

**Taakopvattingsonderzoek
bij huisartsen**

Omslag: Sjoerd Nicolai
Druk: Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit

© 1993, Hans van der Wouden

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotocopie, of op welke andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wouden, Johannes Cornelis van der
Taakopvattingsonderzoek bij huisartsen / Johannes Cornelis
van der Wouden. - [S.l.:s.n.]-III.
Proefschrift Rotterdam. - Met lit. opg. - Met samenvatting
in het Engels.
ISBN 90-9006502-4 geb.
Trefw.: huisartsen ; onderzoek.

Taakopvattingsonderzoek bij huisartsen

Task conception research
in general practitioners

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus
Prof.Dr. P.W.C. Akkermans M.Lit.
en volgens het besluit van het College van Dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
donderdag 25 november 1993 om 13.30 uur

door

Johannes Cornelis van der Wouden

geboren te Gouda

Promotiecommissie

Promotor: Prof.Dr. H.J. Dokter
Copromotor: Dr. J.L.A. van Rijckevorsel

Overige leden: Prof.Dr. E. van der Does
Prof.Dr. T. Kloek
Prof.Dr. J. van der Zee

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING		9
HOOFDSTUK 1.	OPVATTINGEN OVER DE TAAK VAN DE HUISARTS : CONCEPT EN OPERATIONALISERING	
1.1	INLEIDING	11
1.1.1	Het belang van de taakopvatting	
1.1.2	Benoeming, concept en definities	
1.2	THEORETISCHE ACHTERGRONDEN	14
1.2.1	Het attitudebegrip	
1.2.2	Roltheorie	
1.2.3	Professietheorie	
1.2.4	Afsluiting	
1.3	ONDERZOEK NAAR DE TAAKOPVATTING VAN HUISARTSEN	18
1.3.1	Huisartsen over hun taak	
1.3.2	Anderen over de taak van de huisarts	
1.4	OPERATIONALISERING	20
1.5	CONCLUSIES	25
1.6	SAMENVATTING	26

HOOFDSTUK 2.	ONDERZOEK NAAR DE TAAKOPVATTING VAN DE HUISARTS	
2.1	INLEIDING	27
2.2	MEETINSTRUMENTEN EN ONDERZOEKEN	28
2.2.1	Totstandkoming en vooronderzoek	
2.2.2	Aard van de meetinstrumenten	
2.2.3	Wijze van dataverzameling	
2.2.4	Onderzochte groepen en response	
2.2.5	Item-nonresponse en scheve verdelingen	
2.2.6	Datareductie	
2.3	DE VRAGENLIJST VAN DOPHEIDE	32
2.3.1	Opzet van de vragenlijst	
2.3.2	De eerste dimensie van de taakopvatting	
2.3.3	De tweede dimensie van de taakopvatting	
2.3.3.1	Onderzochte groepen	
2.3.3.2	Scheve verdelingen	
2.3.3.3	Datareductie	
2.4	DE RELATIE TUSSEN DE TAAKOPVATTING EN ACHTERGRONDVARIABLEN	43
2.4.1	Inleiding	
2.4.2	Leeftijd en vestigingsduur	
2.4.3	Praktijkvorm	
2.4.4	Praktijkomvang en werkdruk	
2.4.5	Urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis	
2.5	SAMENVATTING	47

HOOFDSTUK 3.	VRAAGSTELLING, MATERIAAL EN METHODEN	
3.1	INLEIDING	49
3.2	VRAAGSTELLING	49
3.3	DATAVERZAMELING	50
3.3.1	Huisartsenenquête Nationale Studie NIVEL	
3.3.2	Huisartsenenquête Zuid-West Nederland	
3.4	GEBRUIKTE ANALYSE- EN VALIDERINGSTECHNIEKEN	51
3.4.1	Imputatie van ontbrekende waarnemingen	
3.4.2	Homogeniteitsanalyse	
3.4.3	Homogeniteitsanalyse met splines	
3.4.4	Stabiliteitsanalyse	
3.4.5	Toetsing	
3.5	VOORBEREIDING VAN DE GEGEVENS	58
3.5.1	Taakopvattingvariabelen NIVEL-bestand	
3.5.2	Taakopvattingvariabelen ZWN-bestand	
3.5.3	Achtergrondvariabelen	
3.5.4	Vergelijking achtergrondvariabelen	
3.6	SAMENVATTING	63
HOOFDSTUK 4.	ANALYSE	
4.1	INLEIDING	65
4.2	EXPLORATIE TAAKOPVATTINGSVRAGEN NIVEL-BESTAND	65
4.2.1	Antwoordpatronen	
4.2.2	Exploratie met behulp van homogeniteitsanalyse	
4.2.3	Antwoordpatronen van uitbijters	
4.2.4	Conclusie exploratie	
4.2.5	Keuze van de analysetechniek voor de stabiliteitsanalyse	
4.3	STABILITEITSANALYSE NIVEL-BESTAND	76
4.4	VERBANDEN TUSSEN TAAKOPVATTING EN ACHTERGRONDKENMERKEN	79
4.5	TOETSING VERBANDEN AAN ZWN-BESTAND	81
4.6	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	86

HOOFDSTUK 5.	BESCHOUWING	
5.1	ALGEMEEN	89
5.2	TAAKOPVATTING	90
5.3	EERDER ONDERZOEK	94
5.4	GEBRUIKTE TECHNIEKEN	95
HOOFDSTUK 6.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	99
SAMENVATTING		103
SUMMARY		107
DANKWOORD		111
LITERATUUR		113
BIJLAGE 1	Verklaring van technische termen	121
BIJLAGE 2	Inventarisatie onderzoeken taakopvatting	123
BIJLAGE 3	Versies van vragenlijsten voortkomend uit de tweede dimensie van Dopheide	131
BIJLAGE 4	Taakopvattingssitem vragenlijst NIVEL en ZWN	135
CURRICULUM VITAE		138

INLEIDING

Dit proefschrift gaat over onderzoek naar de taakopvatting van huisartsen. Het is opgebouwd rond een aantal deelvragen, te weten:

1. Op welke wijze hebben onderzoekers in het verleden de opvattingen over de taak van de arts benoemd en gedefinieerd?
2. Welke mogelijkheden zijn er om het begrip in een theorie onder te brengen?
3. Op welke wijze is de taakopvatting van huisartsen gemeten?
4. Wat zijn de meettechnische eigenschappen van de instrumenten?
5. Welke relaties werden gevonden tussen de taakopvatting en andere kenmerken van de huisarts en zijn praktijk?
6. Wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van de taakopvattingsschaal van Dopheide?
7. Welke relaties vertoont de aldus gemeten taakopvatting met geselecteerde achtergrondkenmerken van de huisarts?

De eerste twee hoofdstukken geven een overzicht van het onderzoek dat gedurende de laatste decennia is uitgevoerd op het terrein van de taakopvatting. Allereerst gaan we in op het begrip 'taakopvatting', de wijze waarop het begrip is gedefinieerd, de aansluiting bij bestaande theorieën en de manier waarop het begrip is gehanteerd in empirisch onderzoek. De nadruk zal daarbij liggen op de huisarts, aangezien het merendeel van de onderzoekers zich tot deze groep beperkt heeft en ook ons eigen empirisch onderzoek zich op deze groep richt.

Het tweede hoofdstuk geeft een overzicht van de meetinstrumenten (vragenlijsten) die ontworpen zijn om de taakopvatting van de huisarts te meten. Verschillende aspecten van het onderzoek waarin de instrumenten zijn gebruikt, zullen de revue passeren. Eén instrument, de taakopvattingsvragenlijst van de hand van Dopheide, zal zeer uitgebreid aan bod komen. Aan het einde van het tweede hoofdstuk gaan we na welke relaties zijn gevonden tussen de taakopvatting van de huisarts enerzijds en belangrijke andere kenmerken van zijn persoon en zijn praktijk anderzijds.

In het derde hoofdstuk worden de voorbereidingen getroffen voor het empirisch onderzoek, dat wordt beschreven in het vierde hoofdstuk. Onderwerp van onderzoek daarbij is één onderdeel van de bovengenoemde taakopvattingsvragenlijst van Dopheide. Twee gegevensbestanden zijn beschikbaar, die beide antwoorden van huisartsen op deze vragenlijst bevatten. De wijze waarop deze gegevens zijn verzameld komt ter sprake, evenals de

wijze waarop ze zijn geprepareerd voor de analyses. Ook worden de technieken beschreven die zullen worden gebruikt. De technische details van deze beschrijving (die overigens beknopt is gehouden) kunnen door de terzake minder geïnteresseerde lezer worden overgeslagen.

In het vierde hoofdstuk worden exploratieve analyses verricht naar enkele kwantatieve eigenschappen van de vragenlijst. Als onderdeel daarvan wordt nagegaan hoe stabiel de resultaten zijn wanneer de analyse wordt herhaald op een groot aantal steekproeven met teruglegging (de zogenaamde bootstrapanalyse). In het eerste bestand wordt de relatie onderzocht tussen de taakopvatting van de huisarts en vier geselecteerde achtergrondkenmerken (praktijkvorm, praktijkomvang en vestigingsduur van de huisarts en urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk gevestigd is). Vervolgens worden de gevonden relaties getoetst in het tweede bestand ('crossvalidation' of replicatie).

Het vijfde hoofdstuk is beschouwend van aard, er worden kanttekeningen gezet bij de gehanteerde methoden en de gevonden resultaten worden besproken.

In het zesde en laatste hoofdstuk worden conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd voor vervolgonderzoek. Tenslotte volgt een samenvatting.

De literatuur waar in de tekst naar verwezen wordt, is samengebracht aan het eind van het proefschrift.

De eerste bijlage bevat verklaringen van veel gebruikte technische termen.

Op enkele resultaten uit de eerste drie hoofdstukken wordt meer gedetailleerd ingegaan in de bijlagen 2, 3 en 4.

Wanneer in het proefschrift over huisartsen gesproken wordt, dan gebeurt dat om praktische redenen in de mannelijke vorm.

HOOFDSTUK 1. OPVATTINGEN OVER DE TAAK VAN DE HUISARTS: CONCEPT EN OPERATIONALISERING

1.1 INLEIDING

1.1.1 Het belang van de taakopvatting

Huisartsen gedragen zich niet allemaal hetzelfde. Op hun speurtocht naar factoren die de variatie in het handelen van artsen zouden kunnen verklaren, zijn veel onderzoekers gestuit op de opvattingen die artsen hebben over hun taken. Soms vormen deze opvattingen een onderdeel van een grotere groep factoren, die tezamen worden geacht een bepaald kenmerk (werkwijze, verwijsgedrag) te kunnen verklaren (bijv. Raupp, 1971; Kruidenier, 1977; Dopheide & van der Zee, 1980; Dopheide, 1982; Mokka, 1986). In andere gevallen is de opvatting van de arts over (delen van) zijn werk juist hoofdonderwerp van onderzoek (Boots, 1983; Van Zutphen, 1984; Van Staveren, 1984).

Het belang van het begrip dat we 'taakopvatting' zullen noemen zonder het op dit moment nader te definiëren, laat zich ook op andere manieren illustreren. Het lijkt een kenmerk te zijn dat een aanmerkelijke spreiding vertoont, en dat samenhangt met verschillende onderdelen van het werk van de arts.

Tijssen et al. (1985) vinden bijvoorbeeld een grote variatie in beroepsopvattingen. In zijn analyse van verschillen in verwijsgedrag tussen huisartsen toont Dopheide (1982), dat de taakopvatting de belangrijkste niet-structurele determinant is. Vergelijkbaar is De Melker's bevinding ten aanzien van de rol van de huisarts bij zijn opgenomen patiënten (De Melker, 1973; Jacobs et al., 1979).

Een kwantitatieve aanwijzing voor de betekenis van het begrip op huisartsgeneeskundig terrein vormt het register van het tijdschrift Huisarts & Wetenschap. Onder het trefwoord 'taakopvatting' worden in het gecumuleerde register over de jaren 1972-1991 maar liefst 67 vindplaatsen vermeld. Van deze vermeldingen hebben er 30 betrekking op de laatste vijf jaar van de verzamelperiode (Meijman, 1992, p. 209-210). We kunnen stellen dat het onderwerp volop in de belangstelling staat.

Ten slotte kan gewezen worden op de maatschappelijke betekenis van het taakopvattingsprobleem. De gebrekkige overeenstemming over de taakverdeling tussen huisarts en specialist wordt als een ernstige belemmering beschouwd voor de door de overheid nagestreefde verschuiving van taken van tweede naar eerste lijn (Vorst, 1984, p. 19-30; Van Es, 1985, p.443).

1.1.2 Benoeming, concept en definities

'Taakopvatting' is een nietszeggende term als we niet specificeren om wiens taak het gaat, wiens opvatting het betreft en op welke taak of taken de opvatting betrekking heeft. Wanneer we de taken overzien die huisartsen zoal uitvoeren, dan betreffen die een groot aantal terreinen, van preventie tot praktijkvoering en van verwijzen tot de patiënt vertellen wat deze mankeert. Het Basistakenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging (1983) kan beschouwd worden als de formele opvatting van de beroepsgroep over de taken van de huisarts.

Het blijkt dat sterk vergelijkbare begrippen niet eenduidig benoemd of gedefinieerd worden. Ons begrip taakopvatting heet bij Van Dijk en Peters (1981), Boots (1983) en Van Zutphen (1984) ook wel 'taakperceptie', terwijl Raupp (1971) spreekt van 'beroepsbeleving' en 'professionele oriëntatie' en Kruidenier (1977) van 'beroepsopvatting'.

Grol et al. (1985, p.32) suggereren bij de definiëring van het begrip taakopvatting ("een min of meer constante houding ten aanzien van zijn taak, zijn functioneren, zijn verantwoordelijkheid als huisarts") dat de term 'beroepsbeeld' de voorkeur zou verdienen, omdat die minder globaal en vaag zou zijn. Daar staat tegenover dat Boerma en Tijssen (1983) dezelfde term 'beroepsbeeld' in een andere zin hanteren, namelijk als verzamelnaam voor het geheel van professionele waarden: waarden en normen onder artsen, werkweek en aard van het dienstverband, ideeën over kwaliteitsbewaking etcetera. Veel eerder gebruikte Vroege (1968, p.60) het begrip 'beroepsbeeld' in nog een andere betekenis, namelijk als de wijze waarop het publiek de arts beschouwt.

Het gevaar van spraakverwarring loert ook, wanneer de begrippen 'taakopvatting' en 'taakafbakening' door Dopheide en Van der Zee (1980, p.882) en later nog eens door Dopheide (1985, p.437) vrijwel synoniem worden verklaard. Beek et al. (1984, p.1247) en Van Eijk et al. (1985) onderzoeken de opvattingen van huisartsen en specialisten over beider taak bij diabetespatiënten, maar noemen dit 'de (onderlinge) taakafbakening'. Ook voor Grol et al. lijken beide termen inwisselbaar (Grol et al. 1985, p.32). Voorts spreken Beek et al. (1984, p. 1250) van 'taakafbakeningsopvattingen'.

Om wat meer duidelijkheid in de terminologie te scheppen zou men het volgende onderscheid kunnen hanteren:

- taakopvatting: de opvatting (van iemand) over de taak van een functionaris.

- taakafbakening:
- a. (procesbegrip:) de feitelijke discussie tussen beoefenaars van verschillende functies over de scheidslijn tussen de twee taakgebieden.
 - b. (toestandsbegrip:) de overeengekomen scheidslijn.

In het denken over de taken van werkers in de gezondheidszorg gaat de discussie vaak over het territorium van de meer algemeen georiënteerde werker ten opzichte van dat van de meer gespecialiseerde (vergelijk Verhaak (1986) op psychosociaal gebied, vele anderen op het terrein huisarts-medisch specialist (Beek et al., 1984; Van Es, 1985; Vorst, 1984; Jacobs et al., 1985; Rutgers, 1985; Rutten et al., 1985a-e)). De wortels voor deze 'strijd om de taakverdeling' liggen rond de eeuwwisseling, toen de eerste specialisaties vorm kregen (Jaspers, 1985, p.101).

Ook Van Staveren constateert dat het begrip taakopvatting meestal beperkt blijft tot de taak van de huisarts in relatie tot de tweedelijnsgezondheidszorg. Uitbreiding naar andere invloedssferen lijkt hem gewenst (Van Staveren, 1984, blz. 15).

Dit kunnen wij onderschrijven. Immers, het terrein dat een huisarts tot zijn taak rekent, grenst niet uitsluitend aan dat van de specialist. Huisartsen verschillen bijvoorbeeld ook naar de mate waarin zij de praktijkassistente, de wijkverpleegkundige, de drogist of de patiënt medeverantwoordelijkheid toedelen over de zorg voor diens gezondheid.

In het licht hiervan is het begrijpelijk dat Van Dijk en Peters (1981) de variabele 'taak-perceptie' definiëren als "de opvattingen die een persoon heeft omtrent de inhoud van zijn taak en die van een ander alsmede de wijze waarop deze uitgevoerd dienen te worden" (Van Dijk en Peters, 1981, p.41). Een aantrekkelijk aspect van deze taalkundig niet geheel juiste definitie is de ongespecificeerde verwijzing naar 'een ander'.

Een ander probleem is de impliciete complementariteit die wordt gehanteerd in het schrijven over de taakopvattingen van huisarts en specialist. Zo lijken Beek et al. (1984) en Dopheide (1982) er stilzwijgend vanuit te gaan, dat de taakopvattingen van huisarts en specialist elkaar aanvullen. Beek et al. bijvoorbeeld stellen dat de huisarts met een bredere taakopvatting de huisarts "meer centraal stelt" (Beek et al, 1984, p.1250,1251). Hoewel dit niet onmogelijk lijkt, is dit toch problematisch: betekent het ook, dat een specialist die minder taken tot de zijne rekent, meer aan de huisarts wil overlaten?

Op grond van het voorafgaande komen we tot de conclusie dat het beschreven terrein van onderzoek niet uitmunt door helderheid van de gehanteerde begrippen.

1.2 THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

Een onderzoek naar de taakopvatting van de huisarts kan niet zonder plaatsbepaling van het concept 'taakopvatting'. Welke eigenschappen mogen we dit begrip toekennen? Gaat het om een dynamisch kenmerk van de taakvervuller, constant onderhevig aan verandering door verschuivende inzichten, toevalligheden of invloeden van buitenaf? Is het een emotie of betreft het een statisch kenmerk, gevormd tijdens de medische opleiding of in de eerste jaren van de taakuitoefening, om nooit meer te veranderen?

Dopheide constateert, in zijn overzichtsstudie van onderzoek over de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, een gebrek aan theorievorming. Een variabele als 'taakopvatting' wordt niet ingepast in een theorie (Dopheide, 1985, p.437).

We zullen nagaan welke mogelijkheden er zoal zijn om het begrip in te bedden in een theorie en welke keuze andere auteurs hebben gemaakt bij de plaatsbepaling van het begrip. Onze aandacht zal zich daarbij vooral richten op onderzoek naar de opvatting van de huisarts over de eigen taak.

1.2.1 Het attitudebegrip

Het attitudeconcept speelt een belangrijke rol in de (sociale) psychologie. Hoewel er verschil van mening bestaat over aard en definitie van het begrip (Fishbein & Ajzen, 1972; Olson & Zanna, 1993, p. 119), is het zo ingeburgerd, dat voor een conceptuele plaatsbepaling van de taakopvatting de attitude een voor de hand liggende kandidaat is.

Een attitude wordt door English & English (1958, 1974) gedefinieerd als "een voortdurende, aangeleerde predispositie om zich op consistente wijze te gedragen ten opzichte van een bepaalde klasse van objecten".

De taakopvatting van de arts is door verschillende auteurs als attitude geconceptualiseerd. Grol (1983, p. 10) beschouwt de taakopvatting als 'attitude-element' en ook Van Staveren (1984, p.25-26) bestempelt de door hem geoperationaliseerde taakopvattingdimensies als afzonderlijke attitudes.

Dat het begrip attitude in de literatuur verschillend wordt gedefinieerd, vermelden we reeds. Een voor onze toepassing belangrijk aspect als duurzaamheid wordt door sommige auteurs wel genoemd (DeFleur & Westie, 1963; Krech et al. 1974; Cook & Flay, 1978; Fazio & Zanna, 1981; Ajzen, 1987) maar door anderen niet (Doob, 1947; Anderson,

1976; Lalljee et al., 1984). Dit gebrek aan overeenstemming over een dergelijk centraal begrip maakt het niet eenvoudiger om het begrip taakopvatting van een psychologisch etiket te voorzien. Bovendien blijkt er weinig onderzoek te zijn gedaan naar de voorspelbaarheid op langere termijn van gedrag uit attitudes (cf Cook & Flay, 1978, p.49-50)

Het in de zeventiger jaren door Fishbein & Ajzen ontwikkelde model (Fishbein & Ajzen, 1975) kan worden beschouwd als het dominante theoretisch kader voor onderzoek naar attitudes (Olson & Zanna, 1993, p. 131). In het onderzoek van de afgelopen decennia heeft de nadruk gelegen op het preciseren van de relatie tussen attitudes en feitelijk gedrag, door het veronderstellen van intermediërende variabelen (gedragsintenties), het op elkaar afstemmen van de mate van specificiteit van onderzochte attitudes en gedragingen en het verfijnen van de statistische analyse. Dit onderzoek heeft tot het inzicht geleid, dat variaties in menselijk gedrag op tal van terreinen althans ten dele zijn terug te voeren op attitudeverschillen.

Ondanks de genoemde beperkingen lijkt het aantrekkelijk om het begrip taakopvatting als attitude op te vatten. Het geeft de mogelijkheid voort te bouwen op eerder ontwikkelde modellen voor de analyse van samenhang tussen attitudes en overtuigingen enerzijds en gedrag anderzijds.

1.2.2 Roltheorie

De roltheorie legt de nadruk op het feit dat elk lid van de samenleving één of meer rollen vervult en in elk van deze rollen zal proberen te beantwoorden aan de verwachtingen die anderen van hem hebben. De theorie spreekt ondermeer van roldrager, rolzenders, rolverwachtingen en rolopvattingen (Visser et al. 1983).

Van Staveren (1984) plaatst zijn taakopvattingbegrip in de context van de roltheorie bij zijn onderzoek naar de relatie tussen taakopvatting en werkwijze van de huisarts (Van Staveren, 1984, p. 15-21).

De benadering van Vroege (1968) in zijn onderzoek naar welk beeld het publiek van de arts heeft, kan eveneens in dit kader worden gezien. Het publiek fungeert als 'rolzender' naar de arts, die op zijn beurt in meer of mindere mate aan deze 'rolverwachtingen' zal beantwoorden. Omdat de auteur het perspectief van de arts niet aan de orde stelt, is deze benadering voor ons doel niet toepasselijk en zullen we dit onderzoek verder buiten beschouwing laten.

De roltheorie lijkt een aanknopingspunt te bieden voor onderzoek naar de taakopvatting. Ter Heine et al. (1983, p.30) definiëren de rolopvatting als "datgene wat een individu volgens zichzelf in een bepaalde rolsituatie behoort te doen of te laten" (cursivering Ter Heine et al.). Duidelijk is de overeenkomst met het begrip 'taakopvatting', wanneer we ons concentreren op 'huisartsen over zichzelf'. Van de Vliert stelt dat rolopvattingen een grotere rol spelen, naarmate taken meer vrijheid van handelen toestaan (Van de Vliert, 1983, p.108). Deze laatste opmerking brengt ons dicht bij de in de volgende paragraaf te bespreken invalshoek, die van de professietheorie.

Evenals bij het attitudebegrip is er bij de roltheorie sprake van diversiteit. Een belangrijk onderscheid is dat tussen de structuralistische en interactionistische richting. Ten aanzien van de eerste richting concludeert Wippler dat het verklarend vermogen van de theorie teleurstellend is (Wippler, 1983, p.78-79). Bij de interactionistische richting blijkt dat gedrag lang niet altijd voldoet aan waargenomen rolverwachtingen (Boekstijn, 1983, p.95). Dit zou men als een parallel kunnen beschouwen voor de bevindingen in het eerder beschreven attitude-onderzoek.

Concluderend lijkt de roltheorie bruikbaar voor de inbedding van de taakopvatting.

1.2.3 Professietheorie

Dopheide (1985) suggereert om het begrip taakopvatting onder te brengen in een theorie over het handelen van personen met een hoge graad van professionele autonomie. Laat ons nagaan welke aangrijpingspunten de literatuur biedt.

Een professie kenmerkt zich volgens Freidson onder meer door "the exclusive competence to determine the proper content and effective method of performing some task" (de exclusieve bevoegdheid om de juiste inhoud en doelmatige methode vast te stellen voor het vervullen van de taak) (Freidson, 1970, 1988, p.10). Dit uitgangspunt geeft theoretische ondersteuning voor de bestaande variatie in taakuitoefening door artsen en de hang naar onafhankelijkheid en zelfstandigheid ('eigen baas zijn') onder aankomende medische beroepsbeoefenaren (Freidson, 1970, 1988, p.176-178). Freidson besteedt geen expliciete aandacht aan de opvattingen die artsen over hun eigen taak hebben en hoe die taak zich verhoudt tot die van andere artsen.

Boots (1983) benadrukt de nadelen van het onderzoek op dit terrein, door (in navolging van Van Hoof (1969)) te stellen dat dit onderzoek vrijwel uitsluitend gericht is op de

beschrijving van het professionaliseringsproces op groepsniveau, met veronachtzaming van individuele verschillen (Boots, 1983, p.19-21). Boots meent een uitweg te vinden door uit te gaan van de analyse van taakpercepties om aldus inzicht te verkrijgen in het institutionaliseringsproces.

De professionaliseringstheorie is gehanteerd (en getoetst) in een studie van de historische ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland door Van Hove-Baeck (1978). Ook deze sociologische studie legt geen verband tussen het groepsproces en de individuele huisarts. Aan deze studie ontleen wij de constatering, dat de huisartsgeneeskunde door maatschappelijke ontwikkelingen voortdurend gedwongen wordt tot bezinning op haar plaats en taak in de gezondheidszorg (Van Hove-Baeck, 1978, p.320).

Rogers en Shoemaker (1970) deden onderzoek naar de manier waarop innovaties zich binnen een (i.c. agrarische) beroepsgroep verspreiden. Zij onderscheiden op basis van uitgebreid empirisch onderzoek verschillende subgroepen, op grond van de fase waarin deze zich nieuwe inzichten eigen maken. Hoewel de taakopvatting van artsen lang niet altijd betrekking heeft op innovaties, zou men kunnen postulieren, dat de mate waarin individuele huisartsen de taakdefinitie van de 'voorhoede' internaliseren, sterk verschilt. Concluderend lijkt ook de profессиetheorie aanknopingspunten te bieden voor het onderbrengen van het taakopvattingbegrip.

1.2.4 Afsluiting

De meeste auteurs die zich met de taakopvatting van huisartsen hebben beziggehouden hebben zich nauwelijks bezig gehouden met het onderbrengen van de taakopvatting in een theoretisch kader. De door ons gemaakte opmerkingen zijn evenmin meer dan een eerste aanzet voor het relateren van het begrip taakopvatting aan een bestaande theorie.

De roltheorie en het attitudebegrip zijn mogelijke aanknopingspunten, die ook door enkele auteurs zijn gehanteerd. Het is twijfelachtig of de eerste veel zal opleveren. Het roltheoretische uitgangspunt dat mensen zich laten sturen door informatie van normatieve aard vormt weliswaar een rechtvaardiging voor het onderbrengen van de taakopvatting in dit kader, maar geeft nog geen verklaring voor verschillen in opvattingen en voor verschillen in relaties tussen rolopvatting en gedrag. Het attitudebegrip is in de sociale psychologie zeer bruikbaar gebleken, maar biedt geen houvast voor het differentiëren tussen beroepen met een verschillende mate van professionele autonomie.

De professietheorie en de in dezelfde paragraaf besproken theorie omtrent de adoptie van innovaties bieden mogelijk een daadwerkelijke verklaringsbasis voor de verschillen in taakopvatting die cross-sectioneel onderzoek onder huisartsen te zien geeft. Deze verklaringen sluiten elkaar niet uit, maar ze verschillen met name in het temporele aspect: deel uitmaken van een professie betekent dat men met een grote mate van zelfstandigheid de eigen taken invult. Hiermee is geen uitspraak gedaan over het veranderen van de taakopvatting in de tijd. De theorie omtrent de adoptie van innovaties beschouwt verschillen in adoptie als faseverschillen: op zeker moment zullen de navolgers de dingen overnemen die de voorlopers al eerder hadden overgenomen.

1.3 ONDERZOEK NAAR DE TAAKOPVATTING VAN HUISARTSEN

In de volgende paragraaf zal worden nagegaan welke onderzoekers zich tot nu toe met de opvatting over de taak van de huisarts hebben beziggehouden en welke de belangrijkste kenmerken zijn van hun aanpak. We doen dit in chronologische volgorde. Allereerst wordt onderzoek besproken waarbij huisartsen gevraagd is naar de visie op hun taak, vervolgens komen enkele studies ter sprake waarbij anderen (vooral medisch specialisten) gevraagd is hun mening te geven over de taken van de huisarts.

1.3.1 Huisartsen over hun taak

Raupp (1971) onderzoekt de werkmethoden die huisartsen hanteren, en gaat na of verschillen daarin samenhangen met aspecten van persoon en praktijk van de huisarts.

De Melker (1973) vraagt huisartsen naar hun mening over hun rol bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Deze taakopvatting maakt deel uit van de variabelen die door Jacobs et al. (1979) worden geanalyseerd om de verschillen in feitelijk gedrag van huisartsen op dit punt te verklaren.

Van Dijk en Peters (1981) doen in hun doctoraalscriptie verslag van een pilot study naar de communicatie tussen huisarts en specialist in de regio Tilburg. Daarbij definiëren ze een variabele 'taakperceptie', die in verband wordt gebracht met communicatieaspecten.

Dopheide (1982) onderzoekt de verwijscijfers van huisartsen. Als één van de factoren die hierop van invloed zouden kunnen zijn, onderscheidt hij de taakopvatting.

Grol (1983) verstaat onder de taakopvatting: de mening van huisartsen over wat wel of niet tot hun taak behoort. Deze opvatting staat niet op zichzelf, maar hangt samen met de

mate waarin men handelingen beheerst, persoonlijke eigenschappen, structurele factoren etcetera (Grol, 1983, blz. 14). De taakopvatting maakt deel uit van een reeks attitude-elementen, waarvan wordt nagegaan of ze samenhangen met de kwaliteit van het handelen van de huisarts. De taakopvatting wordt opgesplitst in die op somatisch en die op psychosociaal gebied.

Een geheel andere benadering van het taakopvattingconcept kiest Van Staveren (1984). Het gaat hem om de houding van de huisarts op zeven onderdelen, te weten aandacht voor de patiënt; medische deskundigheid; samenwerking; maatschappelijke betrokkenheid; collegiale solidariteit; organisatie-oriëntatie en ten slotte financiële oriëntatie (Van Staveren, 1984, p.21). Eerder schrijft de auteur, dat de gekozen 'role set' moet worden gezien als een minimum (p.16), zodat we mogen aannemen dat er nog veel meer onderdelen toe te voegen zijn.

Van Zutphen (1984) onderzoekt welke taken de huisarts verricht en in hoeverre de taakuitoefening samenhangt met andere factoren, met name de werksituatie, de werkwijze en de 'persoon' van de huisarts (p.14). De taakopvatting is één van de kenmerken die betrekking hebben op de persoon van de arts (p.36).

Om de opvattingen van huisartsen over de taakafbakening te meten, hanteren Beek et al. (1984) en Van Eijk et al. (1985) de door Dopheide ontwikkelde schaal inzake de taakopvatting van de huisarts (Beek et al., 1984, p.1249).

Rutten et al. (1985a-e) onderzoeken voor een aantal aandoeningen het grensgebied tussen huisartsgeneeskunde en enkele specialismen. Rutgers (1985) doet hetzelfde door de meningen van huisartsen en specialisten te peilen over de zorg voor epilepsiepatiënten.

Grol et al. (1985) gaan na welke rol de taakopvatting van de huisarts speelt bij het verwijzen, maar ook bij het hulpverlenend handelen in de spreekkamer. Eén van de bedoelingen van dit onderzoek is te komen tot een meer genuanceerde invulling van het begrip taakopvatting.

Dopheide et al. (1986) verrichten een prospectief onderzoek naar het effect van de komst van een ziekenhuis op de medische consumptie van de bevolking in de regio. Eén van de (interveniërende) variabelen waarvan het verloop wordt gevolgd is de taakopvatting van de huisarts. Voor zover wij konden nagaan, is dit het enige onderzoek waarin het verloop van de taakopvatting in de tijd wordt onderzocht.

Van der Wouden en Dokter (1986, 1989) onderzoeken de meningen van huisartsen en specialisten over hun samenwerking bij kankerpatiënten en de relatie tussen deze meningen en de visie van de respondenten op de taak van de huisarts.

Kersten (1991) onderzoekt de relatie tussen enerzijds de door de huisarts gepercipieerde kosten en baten van invloed in de tweede lijn en anderzijds diverse houdingskenmerken waaronder de taakopvatting.

1.3.2 Anderen over de taak van de huisarts

Behalve de huisarts zelf hebben ook anderen een mening over zijn taak.

Winkler Prins (1966) vraagt zich af welke opvattingen bij het publiek leven over de huisarts en of er sprake is van verschillen in deze opvattingen bij uitsplitsing naar urbanisatiegraad en sociale structuur.

De Melker (1973) onderzoekt in zijn proefschrift de rol van de huisarts bij opgenomen patiënten. Daartoe ondervraagt hij niet alleen huisartsen (zie vorige paragraaf), maar onderzoekt hij tevens bij een groep van 361 ziekenhuispatiënten wat hun verwachtingen zijn van de huisarts. Door ook nog 62 specialisten te ondervragen over hun opvattingen over de rol van de huisarts bij opgenomen patiënten wordt het beeld gecompliceerd.

Rutten et al. (1985a-e) onderzoeken voor verschillende groepen van aandoeningen hoe huisartsen en specialisten denken over de taak en competentie van de huisarts op dit gebied. Interessante bijkomstigheid is dat de respondenten ook gevraagd wordt in welke mate de patiënt in staat is om bepaalde (recidief-) diagnoses zelfstandig te stellen en de behandeling te starten.

Het al eerder genoemde onderzoek van Dopheide et al. (1986) richt zich op de gevolgen van de opening van een ziekenhuis in Lelystad voor de medische consumptie in de regio. Als interveniërende variabelen worden zowel het verloop in de taakopvatting van de huisartsen onderzocht als het verloop van de voorkeur van de patiënten voor huisarts of specialist. Onderdeel van het laatste is de vraag bij tien klachten of men de huisarts zou laten weten, dat men naar de specialist wil.

Van der Wouden en Dokter (1986) gaan na of het oordeel van specialisten over hun samenwerking met de huisarts bij kankerpatiënten samenhangt met hun opvatting over de taken van de huisarts.

1.4 OPERATIONALISERING

In deze paragraaf beschrijven we de volgende stap van de verschillende onderzoeken, gericht op de taakopvatting van de huisarts, door na te gaan hoe het begrip werd geopera-

tionaliseerd: wat was het theoretische begrip, wat is er gemeten? We zullen ons daarbij verder beperken, namelijk tot die onderzoeken die zich hebben beziggehouden met de opvattingen over de taak van de huisarts gezien door de bril van de huisarts zelf. Waar nodig zullen we de operationalisering en commentariën.

Raupp (1971) operationaliseert 'de wijze waarop de huisarts zijn beroep beleeft' in 37 uitspraken. De schrijver stelt: 'de beroepsbeleving van de huisarts wordt onder meer bepaald door aspecten van zijn persoonlijkheid, zijn instelling, alsook door de objectieve omstandigheden waarin hij zijn beroep uitoefent' (Raupp, 1971, blz. 42). De uitspraken gaan over zaken als beschikbaarheid, aantrekkelijkheid van het vak, werkbelasting, samenwerking met andere hulpverleners, honorering. Raupp veronderstelt dat de uitspraken niet alle aspecten van de beroepsbeleving meten.

De taakopvatting van de huisarts wordt door De Melker (1973) zeer specifiek geoperationaliseerd, namelijk voorzover deze betrekking heeft op in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Aangezien dat het onderwerp van zijn onderzoek is lijkt dit geen bezwaar. Hier wordt echter wel een dilemma actueel, namelijk dat het nader specificeren van het object waar men een opvatting over wil onderzoeken, weliswaar de consistentie met het desbetreffende gedrag doet toenemen, maar dat tegelijkertijd de reikwijdte van de opvatting navenant afneemt.

Van Dijk en Peters (1981) beschouwen het begrip 'taakperceptie' als een continuüm, waarbij de extremen benoemd zijn als 'traditionele huisarts' en 'veranderende huisarts' (p.41). Ons commentaar op deze indeling is drieërlei:

- a. Bij het benoemen van een aantal kenmerken van beide extremen is onduidelijk hoe deze tot stand zijn gekomen. Evenmin is helder wat de relatie tussen de onderdelen is.
- b. Het onderscheid tussen taakperceptie, taakopvatting en het rekenen van veel problematiek tot het eigen vakgebied is niet duidelijk en tamelijk tautologisch.
- c. Het grote aantal onderscheiden aspecten waarop de twee huisartsentypen verschillen maakt het twijfelachtig, of hier sprake is van een eendimensionaal concept, een continuüm waarop iedere huisarts ondubbelzinnig te plaatsen valt.

De operationalisering is overigens wel in overeenstemming met de definitie van de auteurs (zie paragraaf 1.1.2), waarin de taak van de roldrager wordt afgezet tegen die van ongespecificeerde anderen.

Dopheide (1982a) geeft in een vaak aangehaalde studie naar het verwijsgedrag van de huisarts een uitgebreide verantwoording van de door hem gekozen operationalisering van de taakopvatting. Het begrip wordt uiteengelegd in vier dimensies:

- a. een dimensie die aangeeft of de huisarts veel of weinig tot het terrein van de huisarts (dan wel de specialist) vindt behoren, uitgewerkt in 25 aandoeningen, waarover gevraagd wordt op wiens terrein diagnostiek en therapie hiervan liggen.
- b. een dimensie die de mening van de huisarts aangeeft over de taakverdeling huisarts-specialist, uitgewerkt in 14 Likert-items. Het gaat daarbij om de mate waarin de huisarts vindt, dat hij zich onafhankelijk moet opstellen ten opzichte van de specialist, zijn medeverantwoordelijkheid voor wat er in het ziekenhuis met een patiënt gebeurt, en dergelijke.
- c. een dimensie betreffende de gebruiksfrequentie van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen.
- d. een dimensie met het oordeel over de feitelijke relatie met de specialist.

In hoofdstuk 2 zal uitvoerig worden stilgestaan bij de ontwikkeling die de vragenlijst in de loop der tijd heeft doorgemaakt.

Grol (1983) operationaliseert de somatische taakopvatting door van een aantal medische handelingen (deels ontleend aan Boots en Van Zutphen (1981)) te vragen in hoeverre de huisarts deze tot zijn taak rekent. Op dezelfde wijze wordt de psychosociale taakopvatting geoperationaliseerd door de huisarts te vragen in welke mate hij zelf een aantal activiteiten op psychosociaal gebied tot zijn terrein rekent.

De door Van Staveren (1984) onderscheiden rol-oriëntaties worden door hem geoperationaliseerd in de vorm van 23 casus, beschrijvingen van contacten tussen huisarts en patiënt. Per casus geeft hij één of meer reactiemogelijkheden, waarvan de respondent gevraagd wordt in hoeverre deze voor hem acceptabel zouden zijn. In de reacties komen elk van de zeven onderscheiden rolverwachtingen (zie paragraaf 1.2.1) ongeveer in gelijke mate aan bod.

De overwegingen die ten grondslag hebben gelegen aan de formulering van de reacties als indicatoren voor de genoemde rolverwachtingen zijn niet eenvoudig te achterhalen. De door de onderzoeker geconcipeerde varianten zijn aan twee huisartsen voorgelegd, waarna enkele reacties werden herschreven. De auteur wijst erop dat de geldigheid van deze wijze van attitudemeting te wensen overlaat (p.24).

De kritiek van Van Staveren op het feit dat andere onderzoekers zich bij de taakopvatting beperkt hebben tot de relatie tot de tweedelijnsgezondheidszorg, resulteert bij de auteur in

een verwaarlozing van dit aspect. De door deze auteur geformuleerde samenwerkings-oriëntatie beperkt zich tot de samenwerking met andere eerstelijnsgezondheidszorgwerkers; in de medische-deskundigheidsoriëntatie ligt de nadruk op het adequaat oplossen van het medisch probleem.

Boots (1983) en Van Zutphen (1984) meten de taakperceptie van de huisarts door voor zes taken (diagnostiek, therapie, begeleiding, preventie, verwijzing binnen en buiten de gezondheidszorg) een aantal vragen te stellen over hetgeen de huisarts tot zijn taken rekent, gegeven randvoorwaarden zoals de aanwezigheid van voorzieningen en ervaren tijdsdruk (Boots, 1983, p.38-46; Van Zutphen, 1984, p.51-57).

De geldigheid van de vragenlijst voor het meten van de taakopvatting is gebaseerd op face value en expert opinion (Van Zutphen, 1984, p. 72-73). Dit werd bereikt door conceptvragen voor te leggen aan huisartsen en andere deskundigen en vervolgens vragen te selecteren op onderscheidend vermogen, eenduidigheid en begrijpelijkheid.

Ook deze auteurs stellen zich over de geldigheid van hun instrumenten enigszins terughoudend op: "De geconstrueerde geldigheid betreft de vooraf gecreëerde samenhang van de uitspraken en de wijze van selectie." (Van Zutphen, 1984, p.72-73; Boots, 1983, p.58).

De vragenlijst is ingevuld door een intensief onderzochte groep van 93 huisartsen (van wie ook spreekuurcontacten werden geobserveerd) en ter vergelijking voorgelegd aan een landelijke steekproef van 900 huisartsen (Van Zutphen, 1984, p. 74-76).

Grol et al. (1985) brengen bij de operationalisering van de taakopvatting van de huisarts een onderscheid aan tussen 'taakafbakening ten opzichte van de specialist' en 'gevoel van competentie'. De operationalisering van deze twee begrippen resulteert in vier meetinstrumenten:

- a. één voor de taakafbakening ten opzicht van de specialist op somatisch gebied.
- b. één voor het gevoel van competentie op somatisch gebied.
- c. één voor de taakafbakening tegenover specialisten op psychosociaal gebied.
- d. één voor het gevoel van competentie op psychosociaal gebied.

Beek et al. (1984) maken bij hun onderzoek naar 'huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening' gebruik van de door Dopheide ontwikkelde schaal voor onderzoek bij huisartsen. De toepasbaarheid van deze schaal bij specialisten wordt door hen niet ter discussie gesteld. Verdere bespreking van dit onderzoek geschiedt in hoofdstuk 2.

Rutten et al. (1985a-e) beperken zich bij de rapportage over de taakopvatting tot de mening over het uitvoeren van een aantal met name genoemde verrichtingen. Behalve naar de keuze tussen huisarts of specialist is steeds gevraagd in welke mate men meent of ook de patiënt zelf een rol kan vervullen.

Mokkink et al. (1986) en Mokkink (1986) brengen attitudes in relatie met de werkstijl van de huisarts. Eén van de onderscheiden attitudes is de opvatting over de huisarts-specialist-relatie: deze laat zien in welke mate de huisarts aangeeft gericht gebruik te maken van de deskundigheden van medisch specialisten, door verwijzingen gepaard te laten gaan met gerichte vragen aan de specialist. De totstandkoming van deze instrumenten is onduidelijk.

Van der Wouden en Dokter (1986, 1989) maken evenals Beek et al. (1984) gebruik van de door Dopheide ontwikkelde schaal. Ook zij stellen de toepasbaarheid van deze schaal bij specialisten niet ter discussie. Dit onderzoek komt nader aan bod in de volgende hoofdstukken.

1.5 CONCLUSIES

Door veel onderzoekers op het terrein van de relatie tussen huisarts en specialist wordt belang toegekend aan de variabele 'taakopvatting'. Het is opmerkelijk dat deze belangstelling nog niet heeft geresulteerd in studies naar de kwaliteit van de ontwikkelde instrumenten voor het meten van de taakopvatting.

Een tweede conclusie is dat verschillende onderzoekers het begrip 'taakopvatting' op hun eigen wijze hebben geoperationaliseerd. Het blijkt daarbij nogal eens onduidelijk wat men tot de opvatting rekent en waar de grenzen liggen met enerzijds het feitelijke gedrag ('doe je dit, doe je dat') en anderzijds met de competentie ('acht je je hiertoe in staat'). Dit is overigens binnen de psychologie een algemeen erkend probleem, dat niet uitsluitend betrekking heeft op taakopvattingen en huisartsen (Liska, 1975).

Over de taakopvatting van medisch specialisten is veel minder geschreven dan over die van huisartsen. Stevens (1987) onderzocht als één van de weinigen de taakopvatting van de medisch specialist. Anders dan veel onderzoek onder huisartsen, koos hij niet voor de algemeen-versus-gespecialiseerd benadering, maar legt hij de taakopvatting van de medisch specialist uiteen in klinische oriëntatie, patiëntgerichtheid, praktijk-, beroeps- en maatschappelijke oriëntatie, begrippen die op zichzelf beschouwd los staan van de verhouding van het werkterrein van de specialist tot dat van de huisarts (Stevens, 1987, p.74-76).

Ter afsluiting nog enige aandacht voor onderzoek waarin de taakopvatting naar onze mening ten onrechte ontbreekt. Zo besteedt Vroege (1968) in zijn 'Sociologie van de arts' geen aandacht aan de opvatting van de arts over zijn taakgebied. In het onderzoek van Van Es en Pijlman (1970) naar verwijzingen wordt in de beschouwing slechts terloops de 'human factor' ter sprake gebracht.

Groenewegen (1985) zoekt naar verklaringen voor het vestigingsgedrag van huisartsen. Het is voorstelbaar dat de huisarts die op zoek is naar een praktijk, in zijn keuzes beïnvloed wordt door zijn opvattingen over het werk, zeker in een tijd waarin de vestigingsmogelijkheden ruim zijn. Het verrichten van specifieke taken, zoals verloskunde of de verstrekking van geneesmiddelen, wordt binnen het gekozen model van deze studie echter uitsluitend beschouwd als middel tot het verwerven van extra inkomen (blz. 136). In onze ogen zou een verlangen naar het uitvoeren van dergelijke taken evenzeer kunnen stoelen op de opvattingen over de taak als huisarts.

Nijland et al. (1991) onderzochten de determinanten van het delegeren van taken aan de praktijkassistente. Het is moeilijk te begrijpen dat een zo voor de hand liggende variabele als de taakopvatting van de huisarts niet is opgenomen in de analyses. Overigens blijkt de hoeveelheid medisch-technische verrichtingen een sterke relatie te vertonen met de mate van taakdelegering.

1.6 SAMENVATTING

Wanneer men het onderzoek onder huisartsen van de afgelopen decennia overziet, dan blijkt dat de opvatting van de huisarts over zijn taak regelmatig aan de orde wordt gesteld, meestal als een factor die van invloed is, of wordt geacht, op het gedrag van de huisarts.

Er bestaat een aanzienlijke variatie in benoeming en definitie van het begrip taakopvatting. Zo worden de termen taakopvatting en taakafbakening nogal eens gebruikt alsof het hetzelfde fenomeen betreft.

Weinig onderzoekers hebben gepoogd het begrip taakopvatting onder te brengen in een theoretisch kader. De professietheorie en de theorie omtrent de adoptie van innovaties lijken het meest in aanmerking te komen om de taakopvatting onderdak te bieden.

De variatie in de benoeming van het begrip wordt nog overtroffen door die in de wijze waarop het begrip is geoperationaliseerd. Een bonte verzameling van instrumenten werd aangetroffen, alle ontworpen om de taakopvatting van de huisarts te meten. Dit gebrek aan eenvormigheid heeft als belangrijk nadeel dat het vrijwel onmogelijk is uitkomsten van afzonderlijke studies met elkaar te vergelijken dan wel te komen tot enige vorm van meta-analyse.

Als inhoudelijk probleem komt naar voren dat het vaak onduidelijk is waar de grenzen liggen tussen taakopvatting, competentie en feitelijke gedrag.

HOOFDSTUK 2. ONDERZOEK NAAR DE TAAKOPVATTING VAN DE HUISARTS

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op onderzoek naar de taakopvatting van de huisarts. Daarbij komen de volgende vragen aan de orde:

1. Op welke wijze is door verschillende onderzoekers de taakopvatting van de huisarts gemeten?
2. Welke resultaten werden gevonden ten aanzien van de meettechnische eigenschappen van de instrumenten?
3. Welke relaties werden gevonden tussen de taakopvatting en andere kenmerken van de huisarts en zijn praktijk?

De eerste vraag heeft betrekking op de gehanteerde onderzoeksmethode. Het gaat ons om de kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van het onderzoek, van voorbereiding tot bewerking van de gegevens. Met de tweede vraag willen we de technische specificaties van de meetinstrumenten leren kennen: hoe staat het met de betrouwbaarheid ervan? Met de antwoorden op de eerste twee vragen hopen we een globale indruk te krijgen van de kwaliteit van de instrumenten die gebruikt zijn om de taakopvatting te meten. De derde vraag is van een wat andere orde. Gegeven de wijze waarop men de taakopvatting gemeten heeft, zullen we inventariseren welke verbanden in de verschillende onderzoeken zijn gevonden met andere praktijk- en artsvariabelen. Nevendoel hiervan is hypothesen te genereren die aan een ander gegevensbestand getoetst kunnen worden. Wanneer er minder overeenstemming is in de bevindingen van verschillende onderzoekers, is het zinvol deze relaties nauwkeurig te onderzoeken.

Zoals in het eerste hoofdstuk bleek, is taakopvatting een vlag die vele ladingen dekt. We hebben er voor gekozen ons te richten op de opvatting van de huisarts over zijn taak in relatie tot die van de medisch specialist. Daarmee zien we af van aandacht voor onderzoek waarbij de opvatting van anderen over de taak van de huisarts het onderwerp is. Ook blijft buiten beschouwing de taak die de huisarts zichzelf toeschrijft op het gebied van preventie, psychosociale hulpverlening en andere terreinen waarover de meningen uiteenlopen.

Chronologisch hebben we ons beperkt tot Nederlands onderzoek waarover is gerapporteerd in de periode van 1970 tot en met 1991. Alleen voor het overzicht van de relaties met andere kenmerken van de huisarts (paragraaf 2.4) hebben we ook buiten de landsgrenzen en buiten de aangegeven periode gezocht.

Een laatste beperking betreft de beschikbaarheid van informatie: we hebben ons gebaseerd op dissertaties, tijdschriftartikelen en enkele 'grijze' publikaties. Dit heeft uiteraard als consequentie, dat wanneer de beschikbare rapportage over de totstandkoming van een meetinstrument onvolledig is, er moeilijk een oordeel te geven valt over het verrichte onderzoek.

2.2 MEETINSTRUMENTEN EN ONDERZOEKEN

In deze paragraaf zullen de eerste twee vragen beantwoord worden ten aanzien van de in eerdere onderzoeken gebruikte instrumenten voor het meten van de taakopvatting.

Er is één instrument, dat hier buiten beschouwing blijft: de taakopvattingsvragenlijsten die werden gebruikt in een onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut, waarover Dopheide in 1982 rapporteerde (Dopheide, 1982). Sindsdien is deze vragenlijst in verschillende onderzoeken in vele varianten teruggekeerd. Dit instrument en zijn varianten komen in een afzonderlijke paragraaf, hoofdstuk 2.3, uitgebreid aan bod.

In het overzicht dat als bijlage 2 is toegevoegd, zijn de taakopvattingsinstrumenten uit de volgende onderzoeken geïnventariseerd: Raupp (1971); De Melker (1973), Jacobs et al. (1979); Van Dijk en Peters (1981); Grol (1983) en Grol et al. (1985); Boots en Van Zutphen (1981), Boots (1983), Van Zutphen (1984); Van Staveren (1984).

In de bijlage zijn van elk instrument de volgende kenmerken weergegeven:

1. de wijze van totstandkoming van het meetinstrument dat de taakopvatting meet: hoe komt men aan de items, welk vooronderzoek is verricht.
2. aard van het meetinstrument: type vragen, hoeveelheid vragen, aantal antwoordcategorieën, benoeming van de categorieën.
3. onderzoeksmethode: wijze van dataverzameling.
4. onderzochte groepen en response, mogelijke selectiebias.
5. item-nonresponse van de gebruikte taakopvattingsvragen, werkwijze bij ongunstig spreiding over antwoordcategorieën.
6. verrichte datareductie, gevonden dimensies, betrouwbaarheidsmaat.
7. samenvatting en commentaar.

Hieronder passeren deze kenmerken stuk voor stuk de revue en worden per kenmerk de meest in het oog springende bevindingen besproken. Daar waar het vragenlijstaspecten betreft, zijn we uiteraard alleen geïnteresseerd in de taakopvattingsvragen. Na de bespreking van de afzonderlijke elementen volgt een beschouwing.

2.2.1 Totstandkoming en vooronderzoek

Vooronderzoek is wenselijk, zeker wanneer men nieuwe meetinstrumenten gebruikt. In een vooronderzoek kan worden nagegaan of de vragen begrepen worden op de manier zoals de onderzoeker bedoeld heeft, of de volgorde van de vragen problemen geeft, de beantwoording niet teveel tijd kost, etcetera.

De hoeveelheid vooronderzoek die in de besproken onderzoeken is verricht, varieert. Van Dijk en Peters, die onderzoek deden voor hun doctoraalscriptie, noemen geen vooronderzoek. Raupp (1971) vermeldt dat er participerende observatie is uitgevoerd (p.27), maar geeft geen nadere informatie. Boots en Van Zutphen hebben hun vragenlijst aan enkele mensen voorgelegd. Van Staveren rapporteert vrijwel uitsluitend vooronderzoek. Zijn proefschrift telt zonder samenvatting en bijlagen 204 pagina's, de rapportage van het hoofdonderzoek begint op bladzijde 185. Opmerkelijk genoeg concludeert de auteur op basis van zijn vooronderzoek dat de ontwikkelde schalen verbetering behoeven (p.75), terwijl hij in het hoofdonderzoek een ongewijzigde versie gebruikt (p.188).

2.2.2 Aard van de meetinstrumenten

De meeste onderzoeken gebruiken vragen van het Likert-type: de respondent krijgt een aantal beweringen voorgelegd (items), waarbij gevraagd wordt de mate van instemming aan te geven. Het aantal items varieert van 12 tot 58, met meestal vijf antwoordcategorieën. De benoeming van de antwoordcategorieën verschilt. De meeste auteurs vragen naar de mate van instemming van de voorgelegde stellingen: van 'zeer mee eens' tot 'zeer mee oneens'. Grol vraagt naar de mate waarin men vindt dat de onderscheiden medische handelingen tot de taak van de huisarts behoren.

Van Staveren hanteert geen Likert-items. Hij legt 23 huisarts-patiënt-situaties voor aan de respondent. Na de beschrijving van elke casus volgen enkele varianten van reacties door de huisarts, waarbij de respondent in een vijfpuntsschaal aan dient te geven hoe aanvaardbaar hij elke variant acht. Per onderscheiden taakopvattingdimensie (totaal zeven

dimensies) zijn er 10-14 handelingsvarianten. De aangegeven aanvaardbaarheid wordt geacht iets te zeggen over de plaats van de respondent op deze dimensie. Een probleem vormt onzes inziens de uitgebreidheid van de beschrijvingen van de gedragsvarianten (10-13 regels tekst). Door de grote hoeveelheid informatie, gegeven in de beschrijvingen, is het onduidelijk op grond van welke aspecten daarvan de respondent tot zijn keuze komt voor een bepaalde gedragsvariant.

2.2.3 Wijze van dataverzameling

De wijze van dataverzameling blijkt in het algemeen de postenquête te zijn, met uitzondering van het onderzoek in Tilburg door Van Dijk en Peters (mondeling) en de 'kleine steekproef' van Boots en Van Zutphen (ter plekke overhandigd).

2.2.4 Onderzochte groepen en response

De onderzochte groepen verschillen sterk qua omvang en samenstelling. De omvang loopt uiteen van 25 (Van Dijk en Peters) tot ruim 600 (Boots en Van Zutphens 'grote steekproef'). De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in een beperkte regio. Alleen het onderzoek van Boots en Van Zutphen betreft een landelijke steekproef.

De mate waarin de benaderde groepen gehoor geven aan een verzoek tot medewerking verschilt eveneens. Raupp bereikt een response van 90%, ook De Melker heeft een hoge response. Grol laat in het midden of er sprake is van nonrespondenten. Bij Van Staveren valt de medewerking tegen: in de drie vooronderzoeken loopt de response uiteen van 42 tot 52%. In zijn hoofdonderzoek dienen de huisartsen aan additionele criteria te voldoen, hetgeen mede verklaart waarom slechts van 16% van de eerder benaderde groep vragenlijsten terugkomen.

2.2.5 Item-nonresponse en scheve verdelingen

Bij item-nonresponse gaat het om het onbeantwoord blijven van vragen die deel uitmaken van een schaal. De item-nonresponse leidt er bij Jacobs et al. toe, dat enkele respondenten niet in de analyse worden betrokken. Bij andere auteurs is de gevolgde handelwijze

moelijk te achterhalen, omdat de item-nonresponse vaak verscholen gaat achter een globale formulering over het aantal vragenlijsten dat geschikt is voor analyse.

Voor zover er gerapporteerd wordt over het deel van de respondenten die vragen over de taakopvatting niet heeft beantwoord, ligt dit in het algemeen onder de 10%. Bij één van de vooronderzoeken van Van Staveren rapporteert deze 10 tot 15% nonresponse per dimensie. Ook Raupp heeft enkele uitschieters.

Een volgend aspekt is de wijze waarop wordt omgegaan met 'ongunstig' gespreide antwoorden. Het verwijderen van vragen, waarbij een groot deel van de respondenten slechts enkele van de antwoordcategorieën benut heeft, lijkt eerder regel dan uitzondering. De wijze waarop dit in de verschillende onderzoeken is aangepakt, verschilt. Raupp spreekt van een te geringe spreiding als de hoogste of de laagste drie scores meer dan 80% van de respondenten bevatten (1971, p.45).

Jacobs et al. (1979, p.227) hebben vier criteria om items te verwijderen op grond van ongewenste spreiding van de antwoordfrequentie: neutraal, te extreem geformuleerd, tweetoppig, constante. Daarbij wordt verwezen naar de 'Don't know/no answer' analyse van Galtung (Galtung, 1967, p.139). Op dezelfde vindplaats komt ook de verdeling van antwoorden aan de orde.

Grol (1983,1985) verwijdert items, wanneer meer dan 85% van de respondenten antwoordt in de twee samengenomen linker- resp. rechtercategorieën, zonder een referentie te geven.

2.2.6 Datareductie

Door de meeste auteurs wordt factoranalyse toegepast op de taakopvattingvragen, waarna de factorscores worden gebruikt om de positie van de respondent op de desbetreffende dimensie te bepalen. De dimensies die resulteren uit Raupp's analyse hebben geen van alle betrekking op de taakopvatting zoals door ons ingeperkt (in relatie tot het werkgebied van de medisch specialist). Boots en Van Zutphen vinden het resultaat van de door hen uitgevoerde factoranalyse voor de taakperceptie te zwak en tellen vervolgens de categorienummers van een reeks items op ('Likert-analyse'). De onderlinge samenhang van de items, weergegeven in Cronbach's alpha (Cronbach, 1951) bedraagt .54. Bij het gewenste diagnostisch en therapeutisch niveau werden de categorienummers meteen opgeteld, $\alpha = .67$. Van Dijk en Peters doen hetzelfde. Door Van Staveren worden geen multivariate analyses toegepast. Hij vindt alpha's die uiteenlopen van .42 tot .78.

2.3 DE VRAGENLIJST VAN DOPHEIDE

In maart 1982 verschijnt een rapport van de hand van J.P. Dopheide, onderzoeker verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) te Utrecht. Het rapport bevat de resultaten van een onderzoek naar de factoren die de variatie in het verwijzen door huisartsen naar de tweedelij n zouden kunnen verklaren. Eén van de onderscheiden factoren is de taakopvatting van de huisarts, waarvoor een uitgebreide vragenlijst is ontwikkeld.

Deze vragenlijst is in de jaren erna herhaaldelijk opnieuw gebruikt, zij het nooit in precies dezelfde vorm. We zullen de vragenlijst, naar zijn eerste auteur, de vragenlijst van Dopheide noemen. Het herhaaldelijke gebruik is één van de redenen, waarom de vragenlijst in een afzonderlijke paragraaf aan de orde komt. Een tweede reden is, dat in het tweede deel van dit proefschrift één van de deelschalen van de vragenlijst nader onder de loep zal worden genomen.

In tabel 2.3.1 staan de publikaties die over onderzoek rapporteren waarin gebruik is gemaakt van (een variant op) deze vragenlijst.

Tabel 2.3.1 Onderzoek waarin werd gebruik gemaakt van (delen van) de vragenlijst van Dopheide

onderzoek	publikaties
1. Verwijzingen	Dopheide 1982a, 1982b
2. 1e-2e lijn Hoogeveen	Swinkels en Dopheide 1982, Swinkels, Dopheide en Visser 1982, Swinkels en Dopheide 1983a
3. Lelystad	Nijhout 1985, Dopheide et al. 1986
4. Relatie 1e-2e lijn	Beek et al. 1984, Rutten et al. 1985abcde, Van Eijk et al. 1985
5. Samenwerking 1e-2e lijn bij kankerpatiënten	Van der Wouden 1986, Van der Wouden en Dokter 1989
6. Nationale Studie	Foets et al. 1991, Kersten 1991, 1992

2.3.1 Opzet van de vragenlijst

De door Dopheide ontwikkelde vragenlijst voor het meten van de taakopvatting bevat vier deellijsten. Deze werden al eerder opgesomd, maar worden hier ten dienste van de lezer herhaald (Dopheide, 1982a, p.9-11):

- a. Een dimensie die aangeeft of de huisarts veel of weinig tot het terrein van de huisarts (dan wel de specialist) vindt behoren, uitgewerkt in 25 aandoeeningen, waarover gevraagd wordt op wiens terrein diagnostiek respectievelijk therapie hiervan ligt.
- b. Een dimensie die de mening van de huisarts vraagt over de taakverdeling huisarts-specialist, uitgewerkt in 14 Likert-items. Het gaat daarbij om de mate waarin de huisarts vindt, dat hij zich onafhankelijk moet opstellen ten opzichte van de specialist, zijn medeverantwoordelijkheid voor wat er in het ziekenhuis met een patiënt gebeurt, en dergelijke.
- c. Een dimensie betreffende de gebruiksfrequentie van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen
- d. Een dimensie voor het oordeel over de feitelijke relatie met de specialist.

In het NHI-rapport (Dopheide, 1982a), wordt d. als 'pendant van de tweede dimensie' betiteld (p.11). In het artikel (Dopheide 1982b) over hetzelfde onderzoek worden alleen a. en b. als dimensies genoemd, d. komt geheel niet aan de orde (Dopheide, 1982b, p.144). In de longitudinale studie van Dopheide et al. (1986) worden de eerste drie lijsten gehanteerd.

Men kan zich afvragen of de laatste twee door Dopheide onderscheiden onderdelen tot het domein van de taakopvatting behoren. Dit is mogelijk ook de reden geweest voor verwijdering in de rapportage in het tijdschrift *Gezondheid en Samenleving* (Dopheide, 1982b). De frequentie van gebruik van technische hulpmiddelen voor diagnostiek en behandeling zal ongetwijfeld samenhang vertonen met de taakopvatting van de huisarts, maar tegelijkertijd met factoren zoals opleiding, aangeboden morbiditeit, aanwezige ziekenhuisvoorzieningen en voorkeur van patiënten. Wanneer een huisarts een bepaald probleem te weinig aangeboden krijgt om zijn ervaring te kunnen onderhouden, dan zal hij dit ook niet, koste wat het kost, tot zijn taak willen blijven rekenen. Het is dan ook begrijpelijk dat Van der Voort (1980) het in dit verband over 'vaardigheden' heeft.

Het oordeel van de huisarts over zijn relatie met de specialist kan, strikt gesproken, evenmin worden aangemerkt als onderdeel van de taakopvatting. Hooguit mag verwacht worden dat de mate waarin de huisarts van mening is dat zijn relatie met de specialist

beantwoordt aan zijn verwachtingen, mede beïnvloed wordt door deze verwachtingen. De verwachtingen zullen waarschijnlijk samenhangen met de taakopvatting.

Op grond van de voorgaande overwegingen laten we de laatste twee onderdelen van Dopheide's vragenlijst naar de taakopvatting verder buiten beschouwing.

2.3.2 De eerste dimensie van de taakopvattinglijst

De eerste dimensie van de versie uit 1982 betreft een lijst van 25 aandoeningen, overgebleven uit een eerdere lijst van 68. Voor diagnostiek en therapie werd gevraagd in welke mate men dit een taak van huisarts of specialist acht. Dit gebeurde met een vierpuntschaal.

De zo geconstrueerde lijst van 25 aandoeningen (zie tabel 2.3.2.1) werd door Dopheide et al. (1986) uitgebreid met 14 aandoeningen en in een andere volgorde gezet. Foets et al. (1991) namen de lijst van 1982 integraal over, zij het met opnieuw wijziging van de volgorde. De onderzoekers verwijzen daarbij echter abusievelijk naar Dopheide et al. (1986) (Foets et al., 1991, p.13).

De betrouwbaarheid van de schalen is goed. Dopheide (1982a, p.14) vindt alpha's van .86 en .73 voor het diagnostisch en therapeutisch terrein (vier te weinig gespreide items zijn verwijderd). Dopheide et al. (1986) vinden voor het diagnostisch terrein .95 en .91 (voor en na de opening van het ziekenhuis) en voor het therapeutisch terrein .75 en .86 (twee items verwijderd) (p.99).

Foets et al. (1991) komen voor de taakopvatting op diagnostisch terrein op $\alpha = .86$ bij diverse varianten, uiteindelijk gebruiken ze 19 items (p.14). Voor het therapeutisch terrein worden alle items inbegrepen, de alpha bedraagt .67 (p.15).

Tabel 2.3.2.1 Aandoeningen eerste dimensie taakopvattingsschaal Dopheide

Versie Dopheide (1982) en Foets et al. (1991)	Toegevoegd door Dopheide et al. (1986)
Thalazion	Meniscuslaesie
Orthostatische albuminurie	Iritis
Peritonsillair abces	Ulcus cruris
Acuut longoedeem	Botfractuur
CVA in actieve fase	M. Besnier Boeck
Allergische purpura	Cholecystitis
Syndroom van Parkinson	Keratitis
Epiglottitis	Psoriasis
Pleuritis	Otitis media chronica
Carpaal tunnelsyndroom	Appendicitis
Contusio cerebri	Cataract
Acute glomerulonefritis	Mastoiditis
Leukoplakie	Glaucoma simplex
Hyperthyreoïdie	Perforatie trommelvlies
Lichen ruber planus	
Hernia nuclei pulposi	
Toxoplasmose	
Colitis ulcerosa	
Endometriose	
Hepatoze tgv geneesmiddelen	
Pericarditis	
Lupus erythematodes	
Enteritis regionalis	
Bronchiëctasie	
Haemofilie	

2.3.3 De tweede dimensie van de taakopvattingsschaal

Zoals aangegeven, is de tweede dimensie van de taakopvattingsschaal herhaaldelijk aangepast. In deze paragraaf zullen we eerst ingaan op de versies die door ons van deze lijst zijn gevonden, vervolgens zullen we beschrijven welke groepen er mee zijn onderzocht en met welke bevindingen.

In bijlage 3 worden de varianten weergegeven die we hebben aangetroffen van de tweede dimensie van Dopheide's vragenlijst. Hieruit wordt duidelijk dat dit deel van de vragenlijst in de loop der tijd nogal wat wijzigingen heeft ondergaan. Ten opzichte van de eerst gepubliceerde lijst heeft de Nijmeegse onderzoeksgroep (Beek, Van Eijk, Rutten) de minst ingrijpende wijzigingen aangebracht. De volgorde van de items in deze versie is identiek

van de middencategorie is gewijzigd van 'geen mening' in 'deels mee eens, deels niet mee eens', waarmee deze categorie inhoudelijk beter in het midden past.

Van der Wouden (1986) neemt de versie van Beek et al. ongewijzigd over, dit is ook de reden waarom deze vragenlijst niet in de bijlage is opgenomen. Van der Wouden verwijderd drie items, namelijk de nummers 3, 5 en 9, op grond van de inhoudelijke argumenten geleverd door Beek et al. (1984, p.1249), ofschoon dit niet door Van der Wouden in zijn rapportage wordt vermeld.

Bij het onderzoek rond de komst van het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad heeft de lijst uit 1982 volgens de onderzoekers 'kleine wijzigingen' ondergaan (Dopheide e.a. 1986, p.15). Dit is een understatement: van de 14 items zijn er twee verwijderd (waarvan item 3, zie boven) en negen geherformuleerd, terwijl ook nog eens zeven items zijn toegevoegd. Globaal geven de wijzigingen de indruk dat is gepoogd langs meer ingangen dezelfde problematiek te vangen, waarbij de inhoudelijk minder relevante items zijn vervallen. De benaming van de middelste antwoordcategorie is eveneens gewijzigd.

De meest recente variant van de vragenlijst die we zullen bespreken is die, welke gebruikt is binnen de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Bensing et al., 1991). Dit grootschalige onderzoek in 103 huisartspraktijken (161 huisartsen) omvatte, naast vele andere vragen, een omvangrijke enquête onder de huisartsen waarin hen onder andere naar de taakopvatting werd gevraagd (Foets et al., 1991).

Er is enige onduidelijkheid rond de benaming van de verschillende vragenlijsten. Bij Foets en Van der Velden (1990, p.47) vinden we 'taakopvatting van de huisarts', waarbij bedoeld wordt op de opvatting en competentie ten aanzien van onderscheiden aandoeningen, problemen en handelingen op somatisch en psychosociaal gebied. Het gaat hier om twee lijsten overgenomen van Grol (1983), de psychosociale lijst is aangepast op basis van De Ridder en Visser (1987). Daarnaast is er de schaal die 'opvattingen over de relatie huisarts-specialist' meet (Foets en Van der Velden, 1990, p.47) die ontleend is aan Dopheide. In Foets et al. (1991) wordt deze laatste schaal benoemd als 'algemene taakopvatting' (p.25-27), terwijl de eerstgenoemde schaal herdoopt is tot 'taakopvattingen op somatisch en psychosociaal vlak' (p.15-20).

De onderzoekers van het NIVEL verwijderden drie items van Dopheide (1982), schaven aan vijf formuleringen en voegen drie vragen over nazorg toe. Vervolgens bewerkstelligden ze een ingrijpende wijziging, door bij ieder item twee vragen te stellen:

- a. De mate waarin men deze opvatting is toegedaan: "ik ben het hier helemaal mee eens-mee eens-deels wel, deels niet mee eens-mee oneens-volstrekt mee oneens".

b. De mate waarin dit in de eigen praktijk het geval is: "in mijn praktijk is dat meestal-vaak-soms wel, soms niet-zelden-nooit het geval".

Dit is een logische gedachte en een aansprekend onderscheid, enigszins aansluitend op de indeling belief-intentie-gedrag, bekend uit de sociale psychologie.

Uit de verdeling van de antwoorden over de onderscheiden categorieën blijkt ook, dat opvatting (over hoe het zou moeten zijn) en werkelijkheid absoluut niet overeenstemmen. De huisarts geeft stelselmatig aan meer betrokken te willen worden bij de specialistische behandeling dan feitelijk het geval is (Kersten, 1991, p.26-27).

Toch zijn er ook bezwaren aan te voeren tegen een dergelijke benadering. Door kort na elkaar te vragen naar hoe men het wil en hoe men het doet, bestaat de kans op de invloed van 'sociale wenselijkheid': de respondent zal mogelijk streven naar meer overeenstemming of verschil in zijn antwoorden op deze twee gebieden dan er in werkelijkheid is (vergelijk Grol, 1983, p.105).

Een ander bezwaar van deze tweedeling is, dat wanneer de twee onderscheiden invalshoeken (opvatting en uitoefening) afzonderlijk worden bewerkt, de kans bestaat dat de resulterende schalen inhoudelijk minder goed op elkaar aansluiten.

De onderzoekers hebben deze werkwijze gevolgd en komen inderdaad tot een gebrek aan overeenstemming. Bij de taakopvatting vallen 8 items af (>75% eens of oneens): 1,2,3,5,6,13,14,15. Bij de taakuitoefening vallen items 7 en 10 af. De overlap van items uit beide dimensies die worden onderworpen aan de volgende fase van data-analyse (principale componentenanalyse) is daarmee beperkt tot slechts 5 items: 4,8,9,11 en 12. De eerste principale component van beide schalen heeft nog maar 3 items gemeen: 4, 9 en 12 (Kersten, 1991, p.24-25; Foets et al., 1991, p.28-30). Deze gebrekkige overeenstemming van de aldus gereduceerde vragenlijsten impliceert, dat wanneer opvatting over en uitoefening van taken met elkaar in verband worden gebracht, het verband minder sterk zal zijn dan wanneer het inhoudelijk dezelfde onderwerpen zou betreffen.

Tenslotte kan men als bezwaar tegen deze innovatie aanvoeren, dat het de vergelijking met eerdere onderzoeken sterk bemoeilijkt.

2.3.3.1 Onderzochte groepen

Dopheide (1982a) stuurt eind 1980 vragenlijsten naar alle 806 solo-huisartsen in ons land, voor zover gevestigd op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Van 609 huisartsen (76%) wordt een bruikbare vragenlijst terug ontvangen. Omdat het onderzoek een koppeling met de verwijscijfers vereist, waarbij aanvullende criteria worden gehan-

teerd waartoe maar een deel van de respondenten toestemming geeft, bestaat de uiteindelijk geanalyseerde dataset 350 huisartsen (p.12). Door de steekproefselectie, uitsluitcriteria en zelfselectie is de homogeniteit van de groep respondenten vermoedelijk groter dan die van de populatie van Nederlandse huisartsen op dat moment.

Swinkels en Dopheide doen in 1980 onderzoek in Hoogeveen, in verband met een experiment gericht op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Huisartsen (24) en specialisten (22) worden ondervraagd (Swinkels, Dopheide en Visser, 1982, p.13).

Beek et al. (1984) verrichten een onderzoek onder huisartsen en specialisten naar de onderlinge taakafbakening. De taakopvattinglijst van Dopheide wordt daartoe eind 1982 toegezonden aan een grote groep huisartsen en specialisten. De response is laag, 51% bij de huisartsen. Het betreft een aselechte steekproef uit het bestand van Nederlandse huisartsen. Van 279 huisartsen worden vragenlijsten verwerkt (p.1248).

Dopheide et al. (1986) leggen de vragenlijst voor aan alle in Lelystad gevestigde huisartsen. Ze doen dat in 1981 en in 1983, voor en na de opening van het Zuiderzeeziekenhuis. Het gaat om 18 huisartsen, waarvan zich er twee uit hun praktijk terugtrekken kort na de opening van het ziekenhuis. De taakopvattingssitemen (inmiddels 'taakafbakeningssitemen' genoemd) worden voor slechts 15 respondenten gepresenteerd.

Van der Wouden (1986; Van der Wouden en Dokter, 1989) ondervraagt alle huisartsen en medisch specialisten in de regio Rotterdam-Gouda over hun samenwerking bij kankerpatiënten. Vragenlijsten worden ontvangen van 342 huisartsen (73% response) en 131 specialisten (61%).

Voor de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen wordt een disproportioneel gestratificeerde steekproef getrokken uit de Nederlandse huisartsen. Huisartsen uit deze steekproef wordt gevraagd om medewerking, bij weigering wordt een volgende huisarts in hetzelfde stratum benaderd. De 170 huisartsen die uiteindelijk participeren in de omvangrijke registratie van de Nationale Studie ontvangen een vragenlijst, 161 ervan vullen hem in (95%) (Foets en Van der Velden, 1990, p.100).

2.3.3.2 Scheve verdelingen

Zoals eerder bleek, is het afstand doen van items die een 'ongewenste' frequentieverdeling vertonen een populaire gewoonte onder onderzoekers. Datzelfde lot ondergaat ook de hier besproken vragenlijst.

Zo verwijdert Dopheide (1982) vier items (3,7,8 en 12) op basis van een scheve antwoordverdeling (meer dan 80% van de respondenten in linker of rechter twee categorieën), en item 9 op inhoudelijke gronden (p.15-16).

Beek et al. (1984) hanteren geen scheefheidscriterium, maar hebben verschillende items waarvan de verdeling van de antwoorden aan dezelfde criteria voldoet (3,5,7,8,10). Hiervan worden er twee verwijderd (3 en 5) op inhoudelijke gronden, namelijk de grote overeenstemming tussen huisartsen en specialisten. Item 9 wordt ook verwijderd, omdat de onderzoekers menen dat het inhoudelijk afwijkt van de overige items (p.1249-50).

Van der Wouden (1986) verwijdert geen items, maar voegt wel enkele antwoordcategorieën samen, wanneer één van de twee slechts door weinig respondenten is gekozen (p.21).

Zoals eerder vermeld, verwijderen Foets et al. (1991) bij de algemene taakopvatting zeven van de 15 items vanwege de in hun ogen ongewenst scheve verdeling van de beantwoording. Hun criterium is dat meer dan 75% van de respondenten aan één zijde van de middencategorie scoort, of dat de middencategorie zelf door meer dan 75% is gekozen.

2.3.3.3 Datareductie

In deze paragraaf beschrijven we hoe onderzoekers de antwoorden op de taakopvattingvragen hebben bewerkt tot een enkele score.

Door Dopheide (1982) wordt item 2 verwijderd vanwege de te lage factorlading. Acht items blijven behouden, nummers 1,4,5,6,10,11,13,14. De gecombineerde maat voor taakopvatting wordt berekend door de scores op de categorieën bij elkaar op te tellen. Alpha is .53 (p.16-17).

Beek et al. (1984) behouden elf items: 1,2,4,6,7,8,10-14, waarvan ze voor iedere respondent de aangekruiste categorienummers sommeren. Alpha voor de huisartsen: .75 (gehele groep .78) (p.1250).

Dopheide et al. (1986): totaal 19 items, geen items verwijderd, geen factoranalyse. Alpha .72 (voor opening ziekenhuis) en .44 (na opening).

Van der Wouden (1986) voert homogeniteitsanalyse uit op de gehele onderzoeksgroep (huisartsen en specialisten) (p.21-22). Er wordt geen alpha gerapporteerd, maar de bovengrens ervan kan worden geschat, doordat de eerste eigenwaarde wordt gegeven (.33), (cf. Lord 1958, p.295). De aldus berekende maximale alpha bedraagt .80, gebaseerd op elf items.

Foets et al. onderwerpen de resterende acht items ($\alpha = .68$) van de taakopvattingsschaal (de taakuitvoeringsschaal blijft hier buiten beschouwing) aan een principale componentenanalyse. De slechte interpreteerbaarheid van de gevonden factoroplossing noopt de onderzoekers tot een gedwongen éénfactoroplossing. Hierbij vallen nog 2 items af (2 en 8). De α van de resterende zes items (4,7,9-12) is $.70$. Voor deze items wordt een somscore berekend.

Aangezien er nogal wat variatie gevonden wordt in de hoeveelheid items die in de definitieve versie van elke index behouden blijft, zijn de bijbehorende betrouwbaarheidscores niet goed vergelijkbaar. In tabel 2.3.3.3.1 geven we naast de door de onderzoekers gerapporteerde waarde een gestandaardiseerde waarde. Daarbij is de oorspronkelijke waarde omgerekend naar 10 items, onder de aanname dat de gemiddelde correlatie tussen de items van de oorspronkelijke versie en een verlengde respectievelijk verkorte lijst gelijk is (Nunnally, 1967, p.223-4).

De tabel laat zien, dat de betrouwbaarheid van de schalen van Beek et al., Van der Wouden en Foets et al. vergelijkbaar is en van een behoorlijk niveau. De vragenlijst gebruikt in het onderzoek rond de opening van het ziekenhuis in Lelystad (Dopheide et al. 1986) komt er wat ongunstiger van af, vooral in de nameting. Een verklaring voor deze lagere (en in de tijd verschillende) scores moet onzes inziens gezocht worden in de kleine groep huisartsen in dit onderzoek ($n=15$).

Tabel 2.3.3.3.1 Betrouwbaarheid gestandaardiseerde indices

	gepresenteerde alpha	gestandaardiseerd voor 10 items
Dopheide 1982	.53	.59
Beek et al. 1984	.75	.73
Dopheide et al. 1986 vóór opening ziekenhuis	.72	.58
idem na opening	.44	.29
Van der Wouden 1986	.80	.78
Foets et al. 1991	.70	.80

In tabel 2.3.3.3.2 worden de indices zoals die in de verschillende onderzoeken zijn geconstrueerd met elkaar vergeleken naar de items waaruit ze zijn opgebouwd. De overlap tussen de indices is verre van perfect. De indices van Dopheide (1982) en Beek et al. hebben zeven items gemeen. Van der Wouden (1986) heeft dezelfde combinatie van items als Beek et al. De taakopvattingindex van Foets et al. heeft slechts vier items gemeen met zijn voorgangers.

Wanneer we vervolgens naar de inhoud van de items kijken, dan zijn daarin een aantal thema's te onderkennen (voor de volledige tekst van de items wordt verwezen naar bijlage 3):

- I. de overlap van taakgebieden: items 2,4,7,11,14
- II. de rol van de huisarts als poortwachter: item 3,5,8,9
- III. de rol van de huisarts bij verwezen patiënten: items 1,6,10,12,13,F1,F2.

De items die we onder thema I hebben gerangschikt zijn alle opgenomen in de index van Beek et al., bij Dopheide ontbreken er twee, bij Foets ontbreekt dit thema in de uiteindelijke index.

Het tweede thema heeft betrekking op de poortwachtersrol van de huisarts. Van de vier items die we hieronder hebben gerangschikt zijn er in de drie onderscheiden indices

slechts één of twee opgenomen, namelijk item 5 (verlenging verwijskaart) en/of item 8 (specialist als consulent).

Onder het derde thema tenslotte hebben we zeven items gerangschikt die allemaal gaan over de rol van de huisarts bij verwezen patiënten. Vijf van de zeven items zijn in alle vragenlijsten opgenomen, twee zijn uitsluitend aanwezig bij Foets et al. De gecombineerde indices van Dopheide en Beek bevatten respectievelijk vier en alle vijf items. De index van Foets bevat twee van de vijf items, daarnaast de twee door hen toegevoegde items.

Tabel 2.3.3.3.2 Items opgenomen in gecombineerde indices
(vragen genummerd volgens Dopheide 1982)

Dop- heide 1982	Beek et al. 1984	Foets et al. 1991	samenvatting inhoud
1	1	1	1. ha moet kunnen meebehandelen in ziekenhuis
	2		2. ha oppassen niet op terrein spec
			3. indien geen afwijkingen gevonden terug naar ha
4	4		4. ha kan veel diagnostiek van spec overnemen
5		5	5. verlenging verwijskaart ha is het wel nodig
6	6		6. bij meningsverschil beslist spec over opname
	7		7. controle van chron pat: meer door huisarts
	8	8	8. specialist meer consulent t.o.v. huisarts
			9. als pat verwijzing vraagt, moet ha voldoen
10	10		10. huisarts moet ziekenhuisstatus kunnen inzien
11	11		11. teveel zorg voor chron pat door specialist
	12		12. wat met verwezen pat gebeurt bepaalt spec
13	13	13	13. zhpat: inbreng ha zou even groot moeten zijn
14	14		14. zorg voor diabetici hoort bij specialist
		+	F1. spec bij opgenomen pat regelmatig overleg ha
		+	F2. spec ha meer betrekken bij opnamebeslissing

2.4 DE RELATIE TUSSEN DE TAAKOPVATTING EN ACHTERGRONDVARIABLEN

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de bevindingen van eerder onderzoek op het gebied van de relatie tussen taakopvatting en andere variabelen. Daarbij hanteren we dezelfde beperking als in het vorige deel, door ons te richten op de taakopvatting voor zover deze de afstemming met de tweedelijnsgezondheidszorg betreft.

Bij de variabelen die in verband worden gebracht met de taakopvatting beperken we ons tot de zogenaamde achtergrondvariabelen, die in ons eigen onderzoek (Van der Wouden, 1986; Van der Wouden en Dokter, 1989) ook waren opgenomen. We lopen hiermee vooruit op de volgende hoofdstukken, waarin de hier gerapporteerde bevindingen van anderen als hypothesen worden gehanteerd, die worden getoetst aan een ander gegevensbestand.

De geselecteerde achtergrondvariabelen betreffen:

- leeftijd of duur van vestiging of aantal jaar huisarts
- praktijkvorm
- werkdruk of praktijkomvang in relatie tot werktijd
- urbanisatiegraad of afstand tot het ziekenhuis.

(De betekenis van het woordje 'of' is hier: afhankelijk van wat in een onderzoek is gebruikt.)

Hieronder volgt een overzicht van door andere auteurs gevonden verbanden met achtergrondvariabelen. Daarbij dient (wederom) gesignaleerd te worden dat er nogal wat variatie te zien is in de wijze waarop de verschillende variabelen gemeten zijn, alsmede in de onderzoekspopulatie (ook al gaat het steeds over huisartsen). Verder is van belang, dat de meeste onderzoekers taakopvatting als onafhankelijke variabele beschouwen en vervolgens de relatie tussen taakopvatting en allerlei gedrag van huisartsen bestuderen. Andere onafhankelijke variabelen komen dan in dezelfde categorie terecht als de taakopvatting, zodat niet gerapporteerd wordt over de onderlinge relaties tussen taakopvatting en de overige onafhankelijke variabelen.

Het onderzoek van Van der Wouden (1986; Van der Wouden en Dokter, 1989) is hier niet opgenomen, omdat deze gegevens zullen worden gebruikt om de hypothesen te toetsen.

2.4.2 Leeftijd en vestigingsduur

De relatie die onderzoekers vinden tussen de taakopvatting en de leeftijd of het aantal jaren dat men als huisarts gevestigd is blijkt te verschillen. De meeste onderzoeken beperken zich tot het rapporteren van een correlatiecoëfficiënt. Meestal vindt men dat de leeftijd negatief correleert met de breedte van de taakopvatting: jongere huisartsen rekenen meer dingen tot hun taak dan oude huisartsen (Peterson et al. 1956, (p.99); Dopheide 1982 (p.23); Van Dijk en Peters 1981 (p.75); De Maeseneer 1989 (p.188)). De correlaties zijn laag, ze liggen rond de .20. Raupp (1971) vindt geen verband, Boots en Van Zutphen vinden in hun onderzoek onder 900 huisartsen een omgekeerd verband: de taakbreedte van oudere huisartsen is groter dan van jongeren ($r=.18$) (Boots en Van Zutphen, 1981, p.67).

Beek et al. analyseren het verband met leeftijd gedetailleerder, door vier leeftijdscategorieën te onderscheiden. De breedste taakopvatting wordt aangetroffen bij de jongste twee groepen (26-45 jaar) (Beek et al. 1984, p.1251).

2.4.3 Praktijkvorm

Peterson et al. (1956) stellen vast dat huisartsen in groepspraktijken (in de Amerikaanse staat North Carolina) meer tot hun taak rekenen dan solo-huisartsen (p.100-101). Kersten vindt, dat huisartsen in gezondheidscentra een bredere taakopvatting hebben dan huisartsen in andere praktijkvormen (Kersten, 1991, p.29-30).

Ook Beek et al. vinden de breedste taakopvatting in het gezondheidscentrum, maar er blijkt in hun onderzoek ook nog een onderscheid tussen andere samenwerkingsvormen en solisten. De laatste categorie heeft de smalste taakopvatting (Beek et al., 1984, p.1250). Raupp, Boots en Van Zutphen vinden geen verschillen tussen praktijkvormen.

Een aspect dat in de tot nu toe besproken literatuur niet aan bod komt is de verstrengeling van de variabelen leeftijd en praktijkvorm. Solo-huisartsen zijn gemiddeld ouder. Bij een onderzoeksgroep van voldoende omvang zou voor deze interactie gecorrigeerd moeten worden.

2.4.4 Praktijkomvang en werkdruk

Het is aannemelijk dat huisartsen met veel patiënten minder tijd per patiënt kunnen besteden. Dat kan als consequentie hebben dat men bepaalde taken aan anderen overlaat, bijvoorbeeld door eerder te verwijzen.

Praktijkomvang is niet identiek aan werkdruk. In welke mate een grotere praktijk een hogere werkdruk met zich meebrengt, hangt af van factoren als de leeftijdsverdeling van de praktijkpopulatie, de praktijkorganisatie, de hoeveelheid tijd die een huisarts aan zijn praktijk besteedt en dergelijke (cf. Groenewegen et al., 1992). Ook kan de relatie tussen praktijkvorm en praktijkomvang-per-huisarts leiden tot schijnverbanden.

Raupp (1971, p.128) vindt geen verband tussen praktijkgrootte en de taakopvatting, maar wel tussen het aantal patiënten per spreekuur en de taakopvatting (factor I beroepsbeleving). Jacobs et al., Boots en van Zutphen en Beek zien geen verschillen. Van Dijk en Peters (1981, p.75) en Dopheide (1982a, p.23) vinden bij kleinere praktijken een bredere taakopvatting.

2.4.5 Urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis

De mate van verstedelijking van een gebied en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis zijn factoren die samenhangen maar niet identiek zijn. Hun relatie met de aangeboden morbiditeit is evident: huisartsen die verder van een ziekenhuis wonen, zullen geconfronteerd worden met hulpvragen waar men in een stad mee naar het ziekenhuis gaat. Een voor de hand liggend voorbeeld zijn ongevallenletsels. Betekent dat, dat ook de opvatting van de huisarts over uit te voeren taken in dezelfde richting gaat?

Peterson et al. (1956) en Greenhill en Singh (1964) vinden beiden, respectievelijk in North Carolina en Canada, dat huisartsen in minder geurbaniseerde gebieden een breder takenpakket hebben. Beide onderzoeken richten zich overigens niet op de taakopvatting maar op het feitelijk handelen. In ons land worden geen of slechts zwakke verbanden gevonden tussen de taakopvatting en de urbanisatiegraad of afstand tot het ziekenhuis.

De taakopvatting ten opzichte van de specialist van de huisartsen rond het nieuwe ziekenhuis in Lelystad blijkt na de opening van het ziekenhuis significant breder dan ervoor (Nijhout, 1985; Dopheide et al. 1986, p.99). Deze bevinding is omgekeerd aan wat men zou verwachten op grond van eerder cross-sectioneel onderzoek. Nijhout (1985, p.82) geeft twee mogelijke verklaringen:

- a. De komst van het ziekenhuis zorgt ervoor, dat de wensen van de huisarts met betrekking tot zijn invloed op het specialistisch beleid geëffectueerd kunnen worden.
- b. De huisarts voelt zich door de komst van de specialisten bedreigd in de tot voor kort relatief zelfstandige taakuitoefening.

2.5 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is aan de volgende vragen aandacht besteed:

1. Op welke wijze is door verschillende onderzoekers de taakopvatting van de huisarts gemeten?
2. Welke resultaten werden gevonden ten aanzien van de meettechnische eigenschappen van de instrumenten?
3. Welke relaties werden gevonden tussen taakopvattingsvariabelen en andere kenmerken van de huisarts en zijn praktijk?

Voor het beantwoorden van de eerste twee vragen hebben we systematisch alle ons bekende onderzoeken van de laatste twintig jaar die de taakopvatting van de huisarts (mede) ten onderwerp hadden, de revue laten passeren. Daarbij hebben we ons beperkt tot de taken van de huisarts in relatie tot die van de medisch specialist.

We worden geconfronteerd met een aanzienlijke variëteit aan onderzoeksinstrumenten en -methoden. In de mate waarin men vooronderzoek doet en in de wijze van analyse van de verkregen gegevens valt eveneens veel variatie te onderkennen. Het zal duidelijk zijn dat deze bonte verscheidenheid aan werkwijzen gemakkelijk tot spraakverwarring leidt, terwijl we het ogenschijnlijk steeds over hetzelfde begrip 'taakopvatting' hebben.

Er is één instrument, dat, zij het niet zonder aanpassingen, vaker gebruikt is. Dit is de vragenlijst die in het begin van de tachtiger jaren op het Nederlands Huisartsen Instituut werd ontworpen door Dopheide. Bij dit instrument staan we uitgebreider stil, met name de tweede deellijst die de mening van de huisarts vraagt over de taakverdeling huisarts-specialist.

Vanuit een oogpunt van accumulatie van wetenschappelijke kennis is het positief te waarden wanneer onderzoekers gebruik maken van reeds bestaande instrumenten. Dit besef lijkt binnen de sociale wetenschappen nog nauwelijks doorgedrongen. Het grote voordeel is van een dergelijke werkwijze is dat allerlei meettechnische eigenschappen reeds bekend zijn, zodat uitkomsten vergeleken kunnen worden met die van eerder onderzoek waarin hetzelfde instrument gebruikt werd.

Een bijkomende voorwaarde voor die vergelijkbaarheid van uitkomsten is, dat de wijze waarop de verwerking van de gegevens plaatsvindt, niet verschilt. Aan deze voorwaarde wordt maar zelden voldaan. Variaties in voorbewerking en datareductie leiden ertoe dat de uiteindelijke indices inhoudelijk maar gedeeltelijk hetzelfde terrein bestrijken.

Wanneer uitkomsten (verbanden met andere variabelen, verschillen in de tijd) verschillen met die van vorige onderzoekers, is de interpretatie van dit verschil daardoor een groot probleem. Is de werkelijkheid veranderd of het meetinstrument?

Deze overwegingen in aanmerking nemend, dient het laatste deel van dit hoofdstuk met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Daarin worden de relaties beschreven, die in het verleden zijn gevonden tussen enkele kenmerken van de huisarts en zijn taakopvatting in relatie tot de medisch specialist.

Ten aanzien van geen van de door ons geselecteerde kenmerken (leeftijd, praktijkvorm en praktijkomvang, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis) blijkt er overeenstemming in de door de verschillende onderzoekers gerapporteerde relatie met de taakopvatting.

HOOFDSTUK 3. VRAAGSTELLING, MATERIAAL EN METHODEN

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de voorbereidingen getroffen voor de statistische analyses waarvan in het volgende hoofdstuk de resultaten zullen worden beschreven. Na de vraagstelling en de beschrijving van de dataverzameling van de twee gegevensbestanden waar we gebruik van zullen maken, worden de statistische technieken gepresenteerd die gehanteerd zullen worden. Deze beschrijving is gewenst omdat het voor een deel om technieken gaat die niet algemeen bekend zijn. In het laatste deel van het hoofdstuk zullen de gegevensbestanden worden geprepareerd voor analyse.

3.2 VRAAGSTELLING

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat de taakopvatting van de huisarts door onderzoekers zeer verschillend is geoperationaliseerd. Wanneer het gaat om het raakvlak met het terrein van de medisch specialist, dan is er één instrument dat, zij het met de nodige variaties, herhaalde malen werd gebruikt om de taakopvatting van huisartsen te meten. Deze schaal, oorspronkelijk ontwikkeld door Dopheide (zie hoofdstuk 2), bevat verschillende onderdelen. Het deel dat het globale oordeel van de huisarts inventariseert over diens plaats ten opzichte van de medisch specialist, is het meest gebruikt.

Dit frequente gebruik en het feit dat slechts weinig onderzoek naar de eigenschappen van de schaal is gedaan, brengen ons tot de volgende vraagstelling:

- 1 - wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van deze schaal?
- 2 - welke relatie vertoont de aldus gemeten taakopvatting met achtergrondkenmerken van de huisarts?

De eerste vraag stellen we met het oog op de kwaliteit van het meetinstrument: is het instrument voldoende homogeen, unidimensioneel en stabiel? De beantwoording van deze vraag bepaalt de bruikbaarheid van het instrument.

Wanneer dit oordeel over de bruikbaarheid bevredigend is, kan ook de tweede vraag beantwoord worden. Met deze vraag gaan we na of er deelgroepen zijn, onderscheiden op achtergrondkenmerken zoals leeftijd en praktijkvorm, die een verschillende taakopvatting hebben. Met het blootleggen van dergelijke verschillen hopen we een bijdrage te leveren

aan het inzicht in oorzaken van gedragsvariatie onder huisartsen. We stellen onze bevindingen op de proef door na te gaan, of de in één groep huisartsen gevonden verbanden ook in een tweede populatie aanwezig zijn (zgn. cross-validation).

3.3 DATAVERZAMELING

3.3.1 Huisartsenenquête Nationale Studie NIVEL

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk werd in 1985-1988 uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het NIVEL. Het is de meest recente studie waarin op landelijke schaal huisartsen naar hun taakopvatting is gevraagd.

Onderdeel van deze studie was een zeer uitgebreide enquête onder de deelnemende huisartsen. In het vorige hoofdstuk lieten we zien, dat ook de taakopvatting van de huisarts onderwerp was van vragen in deze enquête (Foets et al., 1991).

Van de 193 artsen die aan dit onderzoek deelnamen, werden de huisartsen-in-opleiding en de huisartsen die slechts als waarnemer participeerden buiten beschouwing gelaten. Van de 170 resterende deelnemende huisartsen waren er negen die de huisartsenenquête niet hebben ingevuld, zodat het uiteindelijke bestand 161 huisartsen bevat (vgl. Foets et al., 1991, p.4).

Basis voor de werving van de huisartsen vormde een disproportioneel gestratificeerde, aselechte steekproef uit het bestand van Nederlandse huisartsen, waarbij als stratificatievariabelen werden gehanteerd: regio, afstand tot het ziekenhuis en urbanisatiegraad.

De wijze van steekproeftrekking, gemotiveerd door de behoefte om alle relevante combinaties van stratificatievariabelen voldoende vertegenwoordigd te laten zijn, heeft tot gevolg dat de frequentieverdeling van elk van deze variabelen afwijkt van die van de landelijke verdeling. Ook voor andere variabelen (leeftijd van de huisarts, praktijkvorm) zijn er verschillen (Foets en Van der Velden, 1990, p. 92-100).

De taakopvattingsschaal van Dopheide is door de NIVEL-onderzoekers op verschillende punten gewijzigd (zie hoofdstuk 2.3.3). Om redenen van vergelijkbaarheid, zowel met de vragenlijst van Van der Wouden (zie volgende paragraaf) als met alle varianten voorafgaand aan die van de Nationale Studie, zijn door ons ten behoeve van de analyses enkele aanvullende beperkingen aangebracht. In de eerste plaats beperken we ons tot de taakopvatting en zijn de vragen naar de feitelijke taakuitoefening verwijderd. In de tweede plaats zijn de vragen over nazorg (items 13 tot en met 15) buiten beschouwing gelaten.

3.3.2 Huisartsenenquête Zuid-West Nederland

Zoals in het vorige hoofdstuk al aan de orde kwam, werd door Van der Wouden (Van der Wouden, 1986; Van der Wouden en Dokter, 1989) de versie van de schaal van Beek et al. (1984) overgenomen, na verwijdering van drie items die in het laatstgenoemde onderzoek in de analysefase afvielen (zie hoofdstuk 2.3.3). De vragen naar de taakopvatting maakten deel uit van een uitgebreide enquête (120 items), die werd voorgelegd aan alle huisartsen en de voor kankerpatiënten relevante medisch specialisten in Zuid-West Nederland (Groot-Rijnmond, Zeeland, westelijk Noord-Brabant). Het veldwerk vond plaats in de periode oktober 1985 - april 1986. De response onder de huisartsen was 72%. Het belangrijkste onderwerp van de vragenlijst was de samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Over de enquête-resultaten werd onder andere gerapporteerd in Van der Wouden en Dokter (1989). Aangezien het ons uitsluitend gaat om de taakopvatting van huisartsen, blijven de ondervraagde specialisten en de andere vragen uit dit onderzoek hier buiten beschouwing.

In bijlage 4 zijn de twee vragenlijsten vergelijkenderwijs weergegeven. De vragenlijsten komen inhoudelijk goed overeen, hetgeen niet opmerkelijk is gezien hun gemeenschappelijke herkomst. De vragen 8, 9 en 11 uit de ZWN-versie zijn niet opgenomen in de NIVEL-versie. Voor de NIVEL-vragen 5, 9, 11 en 12 geldt dat ze niet in de ZWN-vragenlijst voorkwamen. Andere in het oog springende verschillen zijn de formulering van vraag 2 (vraag 1 bij het NIVEL) en de volgorde waarin de vragen zijn gesteld.

3.4 GEBRUIKTE ANALYSE- EN VALIDERINGSTECHNIEKEN

3.4.1 Imputatie van ontbrekende waarnemingen

Meestal zijn er bij enquête-onderzoek respondenten die sommige vragen niet beantwoorden. Het is gebruikelijk om dergelijke respondenten geheel buiten beschouwing te laten in multivariate analyses ('listwise deletion'). Dit is ongewenst in de veelvoorkomende situatie waarin deze respondenten een substantieel deel van de vragen in de analyse wél beantwoord hebben.

Wanneer het aantal ontbrekende waarnemingen beperkt is, kan overwogen worden om voor deze ontbrekende waarnemingen zelf een waarde in te vullen. Deze werkwijze is in de literatuur bekend als imputatie (Little en Rubin, 1987, 1990). Bij het kiezen van de in te vullen waarden zijn verschillende varianten mogelijk.

Wij hebben er voor gekozen om voor respondenten met één of meer ontbrekende waarnemingen te rade te gaan bij respondenten met een overigens vergelijkbaar antwoorderpatroon. Het resultaat van het op deze wijze vervangen van ontbrekende waarnemingen is een toename van de consistentie van de gegevens, opgevat als de verhouding van tussen- en totaalvariantie (vergelijkbaar met de in het vorige hoofdstuk besproken Cronbach's alpha). De techniek is beschreven door Van Buuren en Van Rijkevorsel (1992) en is als computerprogramma beschikbaar onder de naam MISTRESS.

3.4.2 Homogeniteitsanalyse

Onze gegevens zijn categorisch van aard, dat wil zeggen dat het om variabelen gaat, die opgedeeld zijn in discrete categorieën. Hoewel het gebruikelijk is om dergelijke categorieën van een nummer te voorzien om analyses te kunnen uitvoeren, mogen aan zo'n nummer op voorhand geen eigenschappen worden toegekend zonder aanvullende veronderstellingen.

Voor de multivariate analyse van deze categorische gegevens zal gebruik worden gemaakt van homogeniteitsanalyse (Van de Geer, 1988; Gifi, 1990). Deze techniek biedt de mogelijkheid om, zonder twijfelachtige aannames ten aanzien van onderliggende verdelingen, respondenten en variabelen te representeren in een meerdimensionele ruimte. Daarbij wordt voldaan aan het intuïtieve criterium, dat respondenten van wie de antwoorden veel op elkaar lijken, dicht bij elkaar worden afgebeeld, en dat categorieën waar dezelfde respondenten op scoren eveneens dicht bij elkaar liggen. Dit wederzijdse principe staat bekend onder de naam 'reciprocal averaging'.

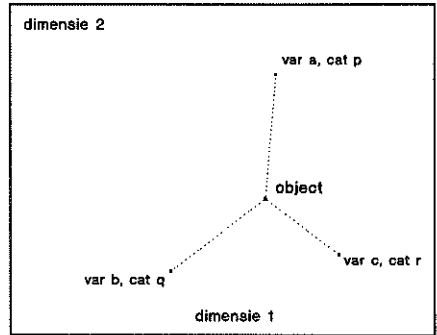
Stel de kwantificaties van k categorieën per variabele zijn weergegeven in een matrix \mathbf{Y} (afmetingen $k \times p$, p is het aantal dimensies) en die van n respondenten in een matrix \mathbf{X} ($n \times p$), dan betekent het principe van reciprocal averages, dat $\mathbf{Y} = \mathbf{D}^{-1} \mathbf{G}' \mathbf{X}$ en $\mathbf{X} = \mathbf{G} \mathbf{Y}$. Daarbij is \mathbf{G} een $n \times k$, binaire matrix met een 1 als een respondent in de desbetreffende categorie heeft gescoord en een 0 als dit niet het geval is. \mathbf{D} is een diagonale matrix met univariate marginals. Homogeniteitsanalyse is de specifieke versie van reciprocal averaging, waarbij standaardisatie van de oplossing plaatsvindt door $n \mathbf{X}' \mathbf{X} = \mathbf{I}$ (eenheidsmatrix).

Belangrijke kenmerken van een aldus gevonden analyse-oplossing zijn:

- hoe vaker een categorie gekozen is door respondenten, hoe centraler deze wordt afgebeeld in de oplossingsruimte
- elk object is de centroïde (zwaartepunt, gemiddelde) van zijn kenmerken (figuur 3.1)

- de discriminatiemaat van iedere variabele op iedere dimensie geeft het belang aan van de variabele voor de dimensie
- een maat voor het gewicht van iedere dimensie van de oplossing is de eigenwaarde, het gemiddelde van de discriminatiematen
- de verhouding tussen eigenwaarden van verschillende dimensies geeft inzicht in het relatieve belang van de dimensies.

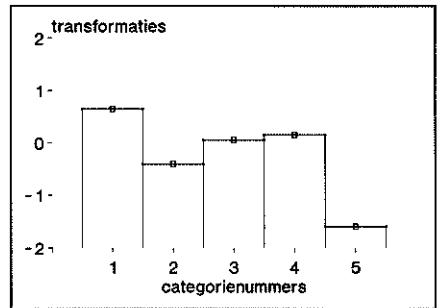
De wijze waarop opeenvolgende categorieën per variabele worden getransformeerd, kan beschouwd worden als een zogenaamde stapfunctie, waarbij iedere categorie een afzonderlijk interval beslaat (zie figuur 3.2).



Figuur 3.1 Relatie tussen object en kenmerken in homogeniteitsanalyse

Een bekende toepassing van de techniek is 'homogeniteitsanalyse als eerste stap', waarbij een groep variabelen wordt gereduceerd tot één nieuwe, metrische variabele, die in een volgende fase aan andere technieken zoals regressie-analyse kan worden onderworpen (De Leeuw, 1988).

Homogeniteitsanalyse zullen we toepassen om een keuze te kunnen maken uit de te gebruiken achtergrondvariabelen en voor de datareductie van de taakopvattingvariabelen. De techniek is geschikt om, met minimale assumpties, de vraag naar homogeniteit en unidimensionaliteit van de taakopvattingsschaal te beantwoorden. De analysemethode is in diverse implementaties beschikbaar.

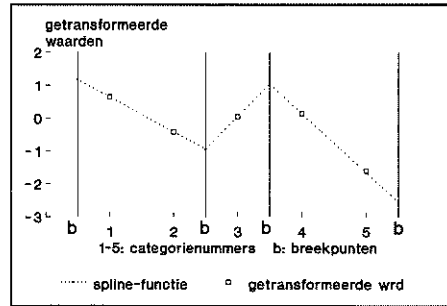


Figuur 3.2 Transformatie door middel van stapfunctie

3.4.3 Homogeniteitsanalyse met splines

Zoals in de vorige paragraaf uiteengezet, kan de wijze waarop in homogeniteitsanalyse de categorieën van een variabele getransformeerd worden, worden opgevat als een stapfunctie (figuur 3.2). Iedere categorie wordt gerepresenteerd door een waarde, de overgang tussen categorieën is niet gedefinieerd. Een stapfunctie is mathematisch gelijk aan een zogenaamde basis-spline (B-spline) van graad 0. Omdat veel variabelen in de praktijk

gezien kunnen worden als kenmerken met een meer geleidelijk verloop, waarbinnen gekozen antwoordcategorieën gediscretiseerde momenten zijn, zijn dergelijke stapfuncties niet altijd de beste representatievorm. Door een meer vloeiende codering te kiezen is het mogelijk meer recht te doen aan bovengenoemde geleidelijkheid. Deze mogelijkheid bestaat in de vorm van B-splines van een hogere graad. De splinefunctie is opgebouwd uit functies voor



Figuur 3.3 Transformatie door middel van spline-functie

afzonderlijke intervallen, waarbij, afhankelijk van de graad van de functie, de mate van aansluiting tussen deze intervallen is gedefinieerd (De Boor, 1978, p.113). In figuur 3.3 wordt een voorbeeld gegeven van een spline-functie van graad 1, opgebouwd uit drie intervallen. De codering middels indicatorfuncties in homogeniteitsanalyse is identiek aan B-splines van graad 0 (de eerder genoemde stapfunctie).

De variant van homogeniteitsanalyse waarbij gebruik wordt gemaakt van B-splines, is bekend onder de naam SPLINALS (De Leeuw, Van Rijckevorsel, Van der Wouden, 1981; Coolen, Van Rijckevorsel en De Leeuw, 1982; Van Rijckevorsel, 1987; Van Rijckevorsel en De Leeuw, 1988).

In ons onderzoek zal voor de reductie van de taakopvattingvariabelen een keuze worden gemaakt tussen de twee hier besproken vormen van homogeniteitsanalyse. Daarnaast zullen we SPLINALS benutten om de analyse-oplossing van een benadering met stapfuncties te evalueren.

3.4.4 Stabiliteitsanalyse

Om na te gaan in welke mate de analyseresultaten van de taakopvattingvragen (met behulp van één of beide van de hiervoor genoemde technieken) gevoelig zijn voor eigenaardigheden van de steekproefopstelling zal een zogenaamde bootstrap-analyse worden verricht. De techniek ontleent haar naam aan het Engelse spreekwoord "to pull oneself up by one's own bootstraps".

De bootstraptechniek is één van de zogenaamde hertrekkingsmethoden. Uit een reeds verzamelde hoeveelheid gegevens wordt, met teruglegging, een groot aantal steekproeven van dezelfde omvang getrokken. Door elk van deze steekproeven te onderwerpen aan dezelfde analysetechniek wordt inzicht verkregen in de stabiliteit van de analyseresultaten.

Op deze wijze wordt tevens informatie verkregen over statistische eigenschappen van populatieparameters.

Sinds het begin van de tachtiger jaren is de belangstelling voor deze techniek sterk groeiende, vooral naar aanleiding van het werk van Efron (Efron, 1979; Diaconis en Efron, 1983). Overzichten van de techniek geven Hinkley (1988) en Stine (1990). Markus en Visser (1989) geven een literatuuroverzicht van methoden voor stabiliteitsonderzoek voor niet-lineaire multivariate analyse. Toepassingen van bootstrapping in de context van niet-lineaire multivariate analysetechnieken zijn beschreven door Van Rijckevorsel et al., 1980; Heiser, 1981; Greenacre 1984; Heiser en Meulman, 1983; Weinberg et al., 1984; Van der Burg en de Leeuw, 1987; Borsboom, 1988 en Markus en Visser, 1990. De hier genoemde "toepassingen" geschieden alle in het kader van techniekontwikkeling. Vragen met betrekking tot de gebruikte techniek stonden voorop, de te analyseren gegevens waren veelal datasets met bekende eigenschappen.

Bij ons probleem zal bootstrapping worden toegepast op homogeniteitsanalyse, mogelijk met splines. Voor deze laatste toepassing zie Van Rijckevorsel en Van Kooten (1985) en Van Rijckevorsel (1987). Afgeleid van onze hoofdvraag naar de statistische eigenschappen van de taakopvattingsschaal, wordt hier de vraag naar de stabiliteit gesteld: welke consequenties hebben steekproefverschillen voor de analyseresultaten van de taakopvattingsschaal?

De oorspronkelijke steekproef van Nederlandse huisartsen uit de Nationale Studie van het NIVEL is gestratificeerd en disproportioneel (maar aselekt) getrokken. Voor drie kenmerken, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis en regio, elk verdeeld in drie of vier categorieën, is gewaarborgd dat deze voldoende gespreid waren in het materiaal. De combinatie van deze drie kenmerken leidt tot 24 cellen (sommige van de theoretische combinaties komen in de praktijk niet voor). Voor elk van de cellen werd bij de steekproeftrekking door het NIVEL gestreefd naar eenzelfde aantal huisartsen. Omdat dat streven niet geheel geslaagd is en bovendien de verdeling van de cellen in de populatie niet gelijkmatig is, heeft dit geleid tot ongelijke steekproeffracties per cel.

Voor uitspraken over de Nederlandse situatie is herweging een mogelijkheid die ook daadwerkelijk is toegepast bij het presenteren van morbiditeitsgegevens (Van der Velden et al., 1991, p.25-30). Voor de bootstrap-analyse van opvattingen van huisartsen hebben we hiervan afgezien op grond van de volgende overwegingen:

- Het aantal van drie stratificatievariabelen maakt dat sommige stratificatiecellen slechts zeer weinig respondenten bevatten. Vier van de 24 cellen bevatten minder dan vijf

huisartsen. Herweging zou betekenen dat de antwoorden van deze kleine groepen huisartsen een onevenredig grote rol gaan spelen.

- De oorspronkelijke steekproef is uitgebreid met de huisartsen die in dezelfde praktijk werkzaam waren. Door deze werkwijze is de steekproef niet langer aselekt. Het is weinig zinvol om deze onzuiverheid met herweging te compenseren (voor uitspraken op het niveau van patiënten lijkt dit minder problematisch).
- In een exploratieve fase is nagegaan of de respondenten op afzonderlijke categorieën van de stratificatievariabelen en hun combinaties aanzienlijke verschillen in taakopvatting lieten zien: dit blijkt niet het geval.

Het aantal te analyseren bootstrap-samples is vastgesteld op 1000 (Markus, 1990). Aangezien bij homogeniteitsanalyse de oriëntatie van een oplossing in een dimensie onbepaald is (links en rechts zijn verwisselbaar), zullen oplossingen op dezelfde wijze worden georiënteerd alvorens gemiddelden en betrouwbaarheidsgebieden van categoriepunten worden uitgerekend.

Voor het bepalen van betrouwbaarheidsgebieden in één dimensie wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde percentile-methode (Efron, 1982). Van elk van de uiteinden van de verdeling van een parameter (in ons geval eigenwaarde, discriminatiemaat en categorie-score van 1000 HOMALS-oplossingen) worden de 50 meest extreme waarden afgenomen. Het resterende interval bevat $(900/1000=)$ 90% van de waarnemingen en kan beschouwd worden als een benadering van het 90% betrouwbaarheidsgebied (Markus, in voorbereiding).

3.4.5 Toetsing

"The only real validation of a statistical analysis, or of any scientific enquiry, is confirmation by independent observations" (Anscombe, 1967, p.6).

Hier beschouwen we de tweede door ons gestelde onderzoeksvraag ten aanzien van de taakopvatting van de huisarts. Gegeven de twee bestanden met antwoorden van huisartsen op vragen naar taakopvatting en achtergrondvariabelen, gaan wij na of relaties tussen taakopvatting en achtergrondvariabelen, gevonden in het landelijke (NIVEL-) bestand, terug te vinden zijn in het ZWN-bestand. Een dergelijke werkwijze staat bekend onder verschillende termen, zoals replicatie, controle-validatie en cross-validation (De Groot,

1961, p.266). Een voorbeeld van een toepassing in combinatie met verschillende vormen van niet-lineaire principale componentanalyse is Maas-de Waal et al. (1982).

De bootstrap-analyse uitgevoerd op het NIVEL-bestand (zie 3.4.4) resulteert in een gemiddelde kwantificatie per antwoordcategorie van elk van de taakopvattingsvragen. Voor iedere respondent wordt een taakopvattingsscore berekend door de bootstrapgemiddelden van elk van de door de respondent aangekruiste categorieën op te tellen. Deze constructiewijze komt voort uit de manier waarop in homogeniteitsanalyse scores aan respondenten worden toegekend.

De taakopvattingsscores zullen vervolgens in verband worden gebracht met de achtergrondvariabelen. De gevonden relaties worden tenslotte getoetst in het bestand van huisartsen uit Zuid-West Nederland.

Om de taakopvattingsscore voor het tweede bestand te berekenen zullen de categoriekwantificaties uit de bootstrap-analyse van het NIVEL-bestand worden gebruikt. Van de vragen die in de ZWN-enquête voorkwamen, maar niet in de NIVEL-enquête, zullen de gemiddelde kwantificaties van vergelijkbare categorieën over alle vragen uit het exploratieve bestand worden gebruikt.

De overeenkomst van de frequentieverdelingen van de taakopvattingsscores in de twee bestanden wordt getoetst met behulp van de Wilcoxon-Mann-Whitney-toets (Siegel en Castellan, 1988, p.128).

Voor de toetsing van verschillen in taakopvattingsscores naar achtergrondkenmerken zal in het geval van meer dan twee categorieën gebruik worden gemaakt van de toets van Scheffé. We onderzoeken of de nulhypothese van gelijke taakopvattingsgemiddelden tussen groepen door één of ander alternatief verworpen wordt (Miller, 1981, p. 48-67). Getoetst wordt met een 95% onbetrouwbaarheidsdrempel. Wanneer er sprake is van meer dan twee groepen worden alle groepen paarsgewijs vergeleken en geldt deze onbetrouwbaarheidsdrempel voor de combinatie van toetsen.

3.5 VOORBEREIDING VAN DE GEGEVENS

3.5.1 Taakopvattingsvariabelen NIVEL-bestand

Zoals aangegeven in paragraaf 3.3.1, bevat het NIVEL-bestand de antwoorden van 161 huisartsen op de enquête waar de taakopvattingsvragen deel van uitmaken. De volledige lijst van taakopvattingsvragen bevat in totaal 38 ontbrekende waarnemingen (1.6% van het totaal aantal antwoorden), voor de twaalf vragen die vergeleken kunnen worden met de enquête onder huisartsen in Zuid-West Nederland ontbreken 28 antwoorden (1.5%).

Conform de procedure die de NIVEL-onderzoekers volgden (Foets et al., 1991, p.3), zijn respondenten met een groot aantal missende waarden op de taakopvattingsvragen uit het bestand verwijderd. Bij de twaalf vergelijkbare vragen zijn de 28 ontbrekende waarnemingen als volgt over respondenten verdeeld: één respondent heeft alle taakopvattingsvragen onbeantwoord gelaten, één respondent acht van de twaalf, en acht respondenten hebben elk één vraag niet beantwoord. De eerste twee respondenten zijn verwijderd, waardoor er 159 respondenten resteren.

De frequentieverdeling van de antwoorden van de resterende respondenten is weergegeven in tabel 3.5.1.1. Bij het beschrijven van de vragen in de tabellen hebben we niet de volledige tekst van de vragen gereproduceerd (zie daarvoor bijlage 4) maar hebben we ons beperkt tot enkele kernwoorden. Tussen haakjes is weergegeven wat het resultaat is van de imputatieprocedure.

3.5.2 Taakopvattingsvariabelen ZWN-bestand

De antwoorden op de 11 taakopvattingsvragen van de vragenlijst van Van der Wouden, afkomstig van 677 huisartsen, bevatten 40 ontbrekende waarnemingen (0.5% van het totaal aantal antwoorden). De verdeling van de onbeantwoorde vragen over respondenten is als volgt: vijf respondenten hebben vijf van de elf vragen niet beantwoord, vijftien andere respondenten hebben elk één vraag niet beantwoord. Na verwijdering van de eerstgenoemde vijf respondenten uit het bestand ontstaat de frequentieverdeling, zoals weergegeven in tabel 3.5.2.1. Het resultaat van de imputatie van de ontbrekende waarnemingen is tussen haakjes weergegeven.

Tabel 3.5.1.1 Frequentieverdeling taakopvattingvragen
NIVEL-bestand vóór (na) imputatie (n=159)

<i>variabelen</i>	<i>categorieën</i>	1 zeer eens	2	3	4	5 zeer oneens	ont- bre- kend
nivel01. terrein specialist?		0	3	11	90	55	0
nivel02. ha diagn even goed		32	87	30	9	1	0
nivel03. chron pat bij huisarts		61	75	20	3	0	0
nivel04. spec primair consulent		29	59	43(44)	23	4	1
nivel05. geen afwijking: terug		84	69	5	1	0	0
nivel06. ha mag status inzien		65	65	15	13	1	0
nivel07. zhpat meebehandelen		13	63	44	31	8	0
nivel08. opname: spec beslist		3	7(8)	67	66	15	1
nivel09. spec moet overleggen		19	62	59	16	3	0
nivel10. inbreng ha bij zhpat		5	13	46	86(87)	8	1
nivel11. is verlenging nodig?		25	72	37	21(23)	2	2
nivel12. spec: overleg opname		16	66	52(53)	20(21)	2(3)	3

Tabel 3.5.2.1 Frequentieverdeling taakopvattingvragen
ZWN-bestand vóór (na) imputatie (n=672)

<i>variabelen</i>	<i>categorieën</i>	1 zeer eens	2	3	4	5 zeer oneens	ont- bre- kend
zwn01. zhpat meebehandelen		100(101)	192	181	162	36	1
zwn02. terrein specialist?		188	258	152	68	6	0
zwn03. ha diagn even goed		142	265	204	55	6	0
zwn04. opname: spec beslist		5	55(57)	186	301	120(123)	5
zwn05. chron pat bij huisarts		220	285	143	21(22)	2	1
zwn06. spec primair consulent		212	341	99	18	1(2)	1
zwn07. ha mag status inzien		280(281)	239	74	67	11	1
zwn08. chron pat spec minder		123	291	184	70(71)	3	1
zwn09. verwezen pat: spec		2	13(14)	75	292	289	1
zwn10. inbreng ha bij zhpat		14	46	216	352(353)	43	1
zwn11. diabetici: spec		5	41(42)	244	280(281)	99(100)	3

3.5.3 Achtergrondvariabelen

Zoals weergegeven in hoofdstuk 2 zijn de geselecteerde achtergrondvariabelen: praktijkvorm, urbanisatiegraad, de periode gedurende welke men als huisarts gevestigd is en praktijkomvang. Het laatste kenmerk is geoperationaliseerd als het aantal patiënten per full time-equivalent. Bij meermanspraktijken is het totaal aantal patiënten verdeeld over de

huisartsen, naar rato van de tijd die ze besteden aan praktijkwerkzaamheden (Groenewegen et al., 1992, p.265).

De achtergrondvariabelen van de huisartsen die meewerkten aan het NIVEL-onderzoek bevatten één ontbrekende waarneming (d.w.z. 0.16% van de dataset), die geïmputeerd is. De oorspronkelijke variabelen bevatten meer categorieën of reële getallen, zoals bij het aantal jaren dat men als huisarts gevestigd is. Bij het samenvoegen tot categorieën is uitgegaan van het ZWN-bestand. Tabel 3.5.3.1 geeft een overzicht van de rechte tellingen.

Deze tabel geeft tevens de achtergrondvariabelen van het ZWN-bestand. Dit bestand bevatte 47 ontbrekende waarnemingen (1.75% van de dataset). Ook deze waarnemingen zijn geïmputeerd.

Tabel 3.5.3.1 Achtergrondvariabelen NIVEL-bestand (n=159) en ZWN-bestand (n=672) voor (na) imputatie

	NIVEL- bestand	ZWN-bestand
praktijkvorm		
solopraktijk	52	394(395)
anders	107	277
vestigingsduur		
t/m 5 jaar	35	152(153)
6-15 jaar	80	345(346)
meer dan 15 jr	44	170(173)
urbanisatiegraad		
< 30 000 inwoners	61	185(186)
30-50 000 inwoners	62	255
meer dan 50 000	28	67
3 grote steden/ Rotterdam	8	163(164)
praktijkomvang		
t/m 2100	76(77)	166(180)
2101-2499	39	151(162)
2500-2940	27	159(165)
> 2940	16	157(165)

3.5.4 Vergelijking achtergrondvariabelen

In tabel 3.5.4.1 worden de beide gegevensbestanden vergeleken met de landelijke verdeling van huisartsen per 1987. De landelijke gegevens met betrekking tot praktijkvorm en vestigingsduur zijn ontleend aan Van Dam en Hingstman (1987, p.37-39) en betreffen de situatie per januari 1987. Gegevens betreffende urbanisatiegraad zijn afkomstig uit Foets en Van der Velden (1990, p.97) en hebben betrekking op de situatie per 1-1-1985. Voor praktijkomvang konden geen landelijke gegevens worden verkregen. De verdeling van de achtergrondvariabelen van beide onderzoeksbestanden vertoont enkele verschillen. Het ZWN-bestand bevat verhoudingsgewijs meer solo-huisartsen dan het NIVEL-bestand, aanzienlijk meer huisartsen in de grote stad (i.c. Rotterdam) en meer huisartsen met een grote praktijk.

Vergelijking van ZWN- en NIVEL-bestand met de landelijke verdeling per 1987 wijst uit, dat beide onderzoeksbestanden verschillen van de landelijke situatie voor vestigingsduur en urbanisatiegraad. De verdeling van de huisartsen over praktijkvorm in het ZWN-bestand is redelijk in overeenstemming met de landelijke verdeling.

De verschillen komen waarschijnlijk voor een deel voort uit regionale verschillen (ZWN-bestand versus landelijk) en de wijze van steekproeftrekking in de NIVEL-studie (zie paragraaf 3.3.1). Ook factoren als selectieve nonresponse kunnen in beide studies een rol hebben gespeeld. Uit interne gegevens van het NIVEL (persoonlijke communicatie, Foets) blijkt, dat de response op het verzoek tot medewerking verschilt naar stratificatiekenmerk, uiteenlopend van 58% bij huisartsen in het zuiden tot 86% bij huisartsen in de grote stad.

De verschillen maken het wenselijk, om de achtergrondvariabelen in onderlinge samenhang te bestuderen in relatie tot de taakopvatting. Het aantal categorieën van de achtergrondkenmerken is echter te groot in verhouding tot de omvang van met name het NIVEL-bestand, om dit een zinvolle onderneming te maken.

Tabel 3.5.4.1 Vergelijking achtergrondkenmerken

<i>bestanden</i>	NIVEL (n=159)	ZWN (n=672)	Nederland (n=5826 /6205)
<i>kenmerken</i>			
praktijkvorm			
solopraktijk	33 %	59 %	55 %
anders	67 %	41 %	45 %
vestigingsduur			
t/m 5 jaar	22 %	23 %	30 %
6-15 jaar	50 %	51 %	42 %
meer dan 15 jaar	28 %	26 %	28 %
urbanisatiegraad			
< 30 000 inwoners	38 %	28 %	30 %
30-50 000 inwoners	39 %	38 %	34 %
meer dan 50 000	18 %	10 %	23 %
3 grote steden	5 %	24 %	13 %
praktijkomvang			
t/m 2100	48 %	27 %	
2101-2499	25 %	24 %	
2500-2940	17 %	25 %	
> 2940	10 %	25 %	

3.6 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk werden de vragen geïntroduceerd die in het volgende hoofdstuk beantwoord zullen worden, de technieken die daarvoor gebruikt zullen worden en de gegevensbestanden waarmee dat gebeurt.

Het instrument voor het meten van de taakopvatting dat we nader zullen beschouwen, is het onderdeel van de door Dopheide ontwikkelde taakopvattingsschaal, dat het globale oordeel van de huisarts vaststelt over diens plaats ten opzichte van de medisch specialist.

De eerste vraag die we stellen is: wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van deze schaal? Deze vraag valt uiteen in enkele deelvragen, die zich richten op homogeniteit, unidimensionaliteit en stabiliteit.

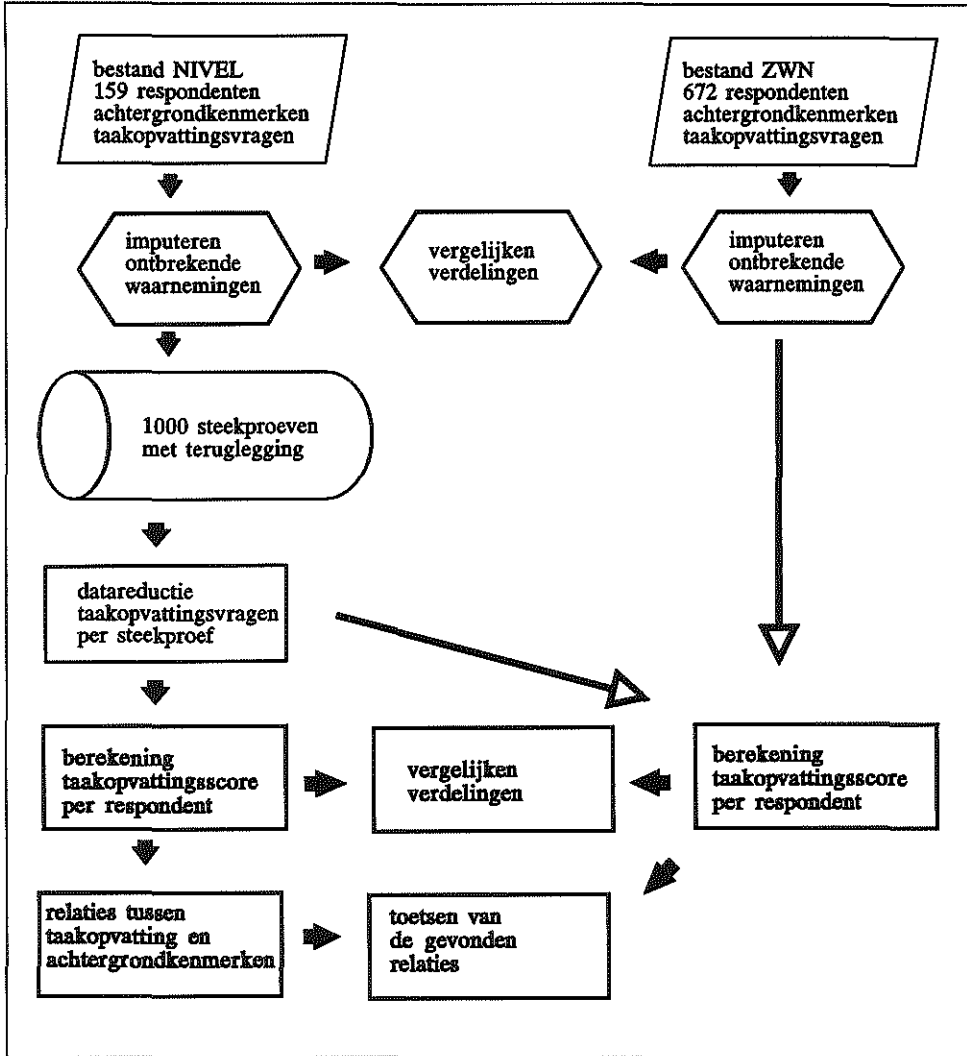
De tweede vraag is: welke relatie vertoont de aldus gemeten taakopvatting met achtergrondkenmerken van de huisarts, te weten praktijkvorm, vestigingsduur, urbanisatiegraad en praktijkomvang?

Er wordt gebruik gemaakt van de gegevens van twee onderzoeken onder huisartsen. Het oudste van de twee is uitgevoerd in 1985-1986 onder alle huisartsen in Zuid-West Nederland en bevat de gegevens van 672 respondenten. Het andere onderzoek is de enquête onder de huisartsen die meewerkten aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL (veldwerk 1987-1988) en bevat antwoorden op taakopvattingvragen van 159 respondenten.

Het percentage ontbrekende gegevens is laag, maximaal 2%. Door middel van imputatie werden de ontbrekende gegevens in het bestand aangevuld. De verdeling van achtergrondkenmerken van de huisartsen in beide bestanden verschilt op enkele punten.

In het schema (figuur 3.6.1) zijn de afzonderlijke stappen van de analyse schematisch weergegeven.

Tabel 3.6.1 Analyseschema



HOOFDSTUK 4. ANALYSE

4.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk vormt het verslag van de statistische analyses op twee bestanden met enquêtegegevens (taakopvattingsvragen en achtergrondkenmerken) van huisartsen, het NIVEL-bestand en het ZWN-bestand. In het vorige hoofdstuk werd de totstandkoming van beide bestanden besproken, en werd een overzicht gegeven van de statistische technieken die we zullen toepassen. In paragraaf 4.2 worden de taakopvattingsvragen van het NIVEL-bestand exploratief onderzocht en wordt gepoogd de gegevens inhoudelijk te interpreteren. Tevens wordt een analysetechniek voor datareductie gekozen. Vervolgens worden de resultaten van de bootstrap-analyse beschreven. Met behulp van de resultaten van de bootstrap-analyse worden de verbanden tussen de achtergrondkenmerken van de NIVEL-respondenten en hun taakopvattingscore onderzocht. De gevonden verbanden worden vervolgens getoetst in het ZWN-bestand.

4.2 EXPLORATIE TAAKOPVATTINGSVARIABLEN NIVEL-BESTAND

4.2.1 Antwoordpatronen

Uitgangspunt voor de exploratie vormt het NIVEL-bestand met de antwoorden van 159 huisartsen op de 12 vragen naar hun taakopvatting in relatie tot de medisch specialist. Enkele ontbrekende antwoorden zijn geïmputeerd, zoals beschreven in paragrafen 3.5.1 van het vorige hoofdstuk.

Er zijn verschillende mogelijkheden om deze taakopvattingsvragen te groeperen naar inhoudelijke thema's. Twee van deze indelingen worden hieronder gegeven. Ze zijn tentatief: sommige vragen laten zich in verschillende groepen indelen. De volledige tekst van de vragen is opgenomen in bijlage 4.

A. indeling naar inhoudelijke terreinen:

- I. problemen i.v.m. de overlap van taakgebieden: nivel01,02,03,08
- II. de rol van de huisarts als poortwachter : nivel04,05,11
- III. de rol van de huisarts bij verwezen patiënten: nivel06,07,09,10,12.

B. indeling naar wie er moet "inleveren" c.q. anders gaan handelen?

- I. de huisarts (nivel01, nivel08)
- II. de specialist (nivel02 t/m nivel07, nivel09 t/m nivel12).

De tweede indeling laat zien, dat de meeste vragen geformuleerd zijn vanuit het perspectief van de huisarts. Categorie 1 (helemaal mee eens) betekent, dat men de huisarts een zeer belangrijke plaats toedicht in verhouding tot de specialist. Categorie 5 (volstrekt mee oneens) betekent, dat de specialist de scepter zwaait is en de huisarts niets te vertellen heeft op het raakvlak van eerste en tweede lijn. Er zijn twee vragen die vanuit de positie van de specialist zijn geformuleerd, namelijk vragen nivel01 en nivel08. In tabel 4.2.1 wordt de frequentieverdeling van de antwoorden van de 159 huisartsen getoond, met inbegrip van de acht geïmputeerde waarden.

TABEL 4.2.1 Frequentieverdeling taakopvattingvragen
NIVEL-bestand na imputatie (n=159)

<i>variabelen</i>	<i>categorieën</i>	1	2	3	4	5
		zeer eens				zeer oneens
nivel01. terrein specialist?		0	3	11	90	55
nivel02. ha diagn even goed		32	87	30	9	1
nivel03. chron pat bij huisarts		61	75	20	3	0
nivel04. spec primair consulent		29	59	44	23	4
nivel05. geen afwijking: terug		84	69	5	1	0
nivel06. ha mag status inzien		65	65	15	13	1
nivel07. zhpat meebehandelen		13	63	44	31	8
nivel08. opname: spec beslist		3	8	67	66	15
nivel09. spec moet overleggen		19	62	59	16	3
nivel10. inbreng ha bij zhpat		5	13	46	87	8
nivel11. is verlenging nodig?		25	72	37	23	2
nivel12. spec: overleg opname		16	66	53	21	3

De randtotalen van de tabel laten zien, dat vragen nivel01, nivel08 en nivel10 in vergelijking met de andere vragen een omgekeerd patroon hebben: de grootste groep respondenten is het in meer of mindere mate oneens met deze drie stellingen. De eerste twee vragen onderscheidden zich in de bovenstaande thematische onderverdeling doordat ze het handelen van de huisarts beperken. De inhoudelijke omkering van de vraag blijkt dus ook in de antwoordfrequenties terug te vinden te zijn. De vraag "Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de

specialist" (nive10) geeft een vergelijkbaar patroon te zien. Dit patroon is inhoudelijk wat moeilijk te duiden door het ontbreken van een 'richting' in de vraagstelling (eigenlijk een vereiste voor dit type vragen). Heeft een huisarts die het met deze uitspraak oneens is, behoefte aan meer of aan minder inbreng dan de specialist? Gezien de beantwoording van de overige vragen, lijkt het gerechtvaardigd om te veronderstellen dat de laatste interpretatie meestal de juiste zal zijn.

Er zijn nauwelijks huisartsen die voor de meest 'huisartsonvriendelijke' antwoordcategorie hebben gekozen. Bij de vraag "De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen" (nive107) en de vraag "Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist" (nive110) zijn er steeds acht respondenten die het volstrekt oneens waren met deze uitspraak, bij de overige vragen ligt de frequentie van deze antwoordcategorie lager.

De vraag met de meeste respondenten in de meest huisartsvriendelijke categorie is "Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts" (nive105), waarmee 84 (53%) respondenten het helemaal eens waren. De al eerder genoemde vraag nive10 is de vraag met het kleinste aantal respondenten in de meest huisartsvriendelijke categorie. Vijf respondenten zijn het hier helemaal mee eens.

4.2.2 Exploratie met behulp van homogeniteitsanalyse

Voor de volgende analyses zullen de categorieën 1 en 5 met minder dan tien respondenten worden gevoegd bij de naastliggende categorie van dezelfde variabele. De belangrijkste reden hiervoor is dat categorieën met slechts enkele respondenten een onevenredig grote invloed kunnen krijgen op de resultaten van de analyse en daarmee op de inhoudelijke conclusies.

Bij het samenvoegen van categorieën hebben we ons beperkt tot het voegen van 5 bij 4 en 1 bij 2, aangezien we menen dat de antwoordcategorieën zo zijn geformuleerd, dat het voegen van 4 bij 3 (bijvoorbeeld bij vragen nive103 en nive105) niet verantwoord is. Categorie 3 (deels mee eens, deels mee oneens) is letterlijk en figuurlijk een middencategorie.

De categorieën, op bovenbeschreven wijze samengevoegd, hebben marginale frequenties zoals vermeld in tabel 4.2.2.1. Om de inhoudelijke richting van de opeenvolgende

antwoordcategorieën te uniformeren (zie paragraaf 4.2.1) zijn vragen nivel01 en nivel08 omgepoold. Er is in tabel 4.2.2.1 en latere tabellen een min-teken voor de omschrijving geplaatst om verwarring te voorkomen.

TABEL 4.2.2.1 Frequentieverdeling taakopvattingvragen NIVEL-bestand na samenvoeging categorieën en ompoling vragen 1 en 8 (n=159)

<i>variabelen</i>	<i>categorieën</i>	1	2	3	4+5
		zeer			oneens +
		eens			zeer oneens
nivel01. -terrein specialist?		55	90	11	3
nivel02. ha diagn even goed		32	87	30	10
nivel03. chron pat bij huisarts		61	75	20	3
nivel04. spec primair consulent		29	59	44	27
nivel05. geen afwijking: terug		84	69	5	1
nivel06. ha mag status inzien		65	65	15	14
nivel07. zhpat meebehandelen		13	63	44	39
nivel08. -opname: spec beslist		15	66	67	11
nivel09. spec moet overleggen		19	62	59	19
nivel10. inbreng ha bij zhpat		0	18	46	95
nivel11. is verlenging nodig?		25	72	37	25
nivel12. spec: overleg opname		16	66	53	24

De HOMALS-analyse resulteert in eigenwaarden van .34 en .20 voor de eerste twee dimensies. Het belang van de afzonderlijke variabelen voor de beide dimensies blijkt uit de discriminatiematen, weergegeven in tabel 4.2.2.2.

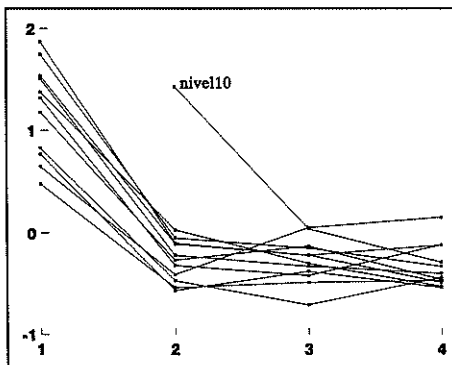
Op de eerste dimensie blijken alle vragen redelijk tot goed te scoren, hetgeen betekent dat de vragenlijst één onderliggende dimensie lijkt te hebben. De discriminatiematen lopen uiteen van .24 tot .44. Op de tweede dimensie hebben vijf van de variabelen een discriminatiemaat beneden de .10. De hoogst scorende vragen zijn nivel04, 07, 09, 11 en 12. Inhoudelijk (zie indelingen hierboven) vallen deze vragen allemaal in de groep waarbij de specialist anders zou moeten gaan handelen. Tot deze groep behoren echter ook nog vijf vragen, die niet hoog scoren.

Tabel 4.2.2.2 HOMALS discriminatiematen voor dimensie 1 en 2

<i>variabelen</i>	<i>dimensies</i>	1	2
nivel01. -terrein specialist?		.242	.011
nivel02. ha diagn even goed		.440	.016
nivel03. chron pat bij huisarts		.436	.150
nivel04. spec primair consulent		.325	.351
nivel05. geen afwijking: terug		.255	.023
nivel06. ha mag status inzien		.413	.047
nivel07. zhpat meebehandelen		.285	.486
nivel08. -opname: spec beslist		.249	.156
nivel09. spec moet overleggen		.295	.285
nivel10. inbreng ha bij zhpat		.285	.246
nivel11. is verlenging nodig?		.428	.302
nivel12. spec: overleg opname		.409	.298

De transformaties van de categorieën op de eerste dimensie zijn weergegeven in figuur 4.2.2.3. Ruwweg blijkt de hier getoonde eerste dimensie van de analyse-oplossing een onderscheid aan te brengen tussen de meest huisartsvriendelijke antwoordcategorie en de overige categorieën. Het valt op dat categorie 2 van nivel10 ongeveer dezelfde waarde krijgt als categorie 1 van de overige variabelen (en categorie 5 van de twee omgepoolde vragen). Dit wijst erop, dat de 'moeilijkheidsgraad' van deze antwoordcategorieën overeenkomt.

Figuur 4.2.2.3 Homogeniteitsanalyse:
categoriekwantificaties eerste dimensie
 horizontaal: categorienummers;
 verticaal: kwantificaties



Voor de volgende analysestappen is het van belang, dat door de wijze waarop de opeenvolgende categorieën van elke variabele worden getransformeerd, een oplopende of aflopende reeks ontstaat (de zogenaamde monotonie). Het gaat immers om vragen naar de mate waarin men het eens is met een bepaalde stelling en we willen die mate van overeenstemming weerspiegeld zien in de kwantificaties. Het is toelaatbaar, wanneer twee aangrenzende categorieën een gelijke kwantificatie krijgen, maar het is niet wenselijk dat langs het continuüm van 'zeer mee eens' tot 'zeer mee oneens' de gekwantificeerde categorieën nu eens omhoog gaan en dan weer omlaag.

geerde categorieën nu eens omhoog gaan en dan weer omlaag.

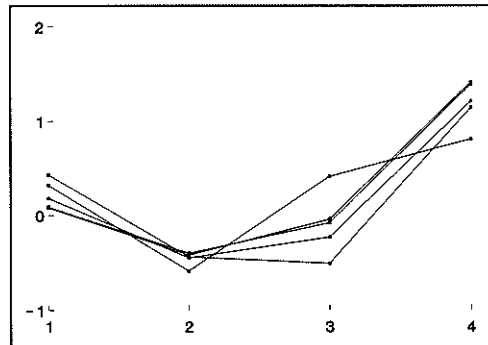
Wanneer we de figuur bezien dan blijkt er in het algemeen inderdaad sprake van een monotoon aflopende reeks van categorie 1 naar categorie 4. Eén van de weinige uitzonderingen is vraag 1, waarbij categorie 2 een lagere waarde heeft gekregen dan de categorieën 3 en 4. (Aangezien de antwoordnummers van deze vraag waren omgepooled, gaat het in de oorspronkelijke codering om categorie 4 ten opzichte van 2 en 3). Omdat het slechts enkele variabelen betreft, waar de monotonie niet volledig is, en vraag 1 ook relatief laag scoort op de eerste dimensie, achten wij deze geringe 'overtredingen' geen beletsel om onze analyse voort te zetten. Gezien het aanzienlijke verschil tussen eerste en tweede eigenwaarde (.34 en .20), alsmede het feit dat slechts enkele vragen op de tweede dimensie scoren, achten wij de vragenlijst redelijk unidimensioneel. *We kunnen de eerste dimensie interpreteren als de mate waarin de huisarts zichzelf een belangrijker plaats toedicht in relatie tot de specialist dan hij thans heeft.*

Volledigheidshalve zal ook de tweede dimensie inhoudelijk worden geïnterpreteerd. We beperken ons daarbij tot de vragen die hoog scoren op deze dimensie. Het betreft de vragen nivel04, 07, 09, 11 en 12. In figuur 4.2.2.4 zijn de transformaties van de categorieën van deze vragen op de tweede dimensie weergegeven.

Het valt op, dat de figuur meer U-vormig is dan die van de eerste dimensie. De monotonie van de transformaties die we

op de eerste dimensie vonden, blijkt hier nauwelijks aanwezig te zijn. Wel krijgen de categorieën 4 (mee oneens) een hogere waarde dan de categorieën 1 (helemaal mee eens). Een dergelijk (meestal meer uitgesproken) U-vormig verloop betekent dat de tweede dimensie een kwadratische transformatie is van de eerste en inhoudelijk weinig extra informatie biedt (Van Rijckevorsel, 1987, hoofdstuk 2). We zullen deze tweede dimensie verder niet gebruiken.

Figuur 4.2.2.4 Homogeniteitsanalyse: categoriekwantificaties tweede dimensie (alleen hoog scorende variabelen)

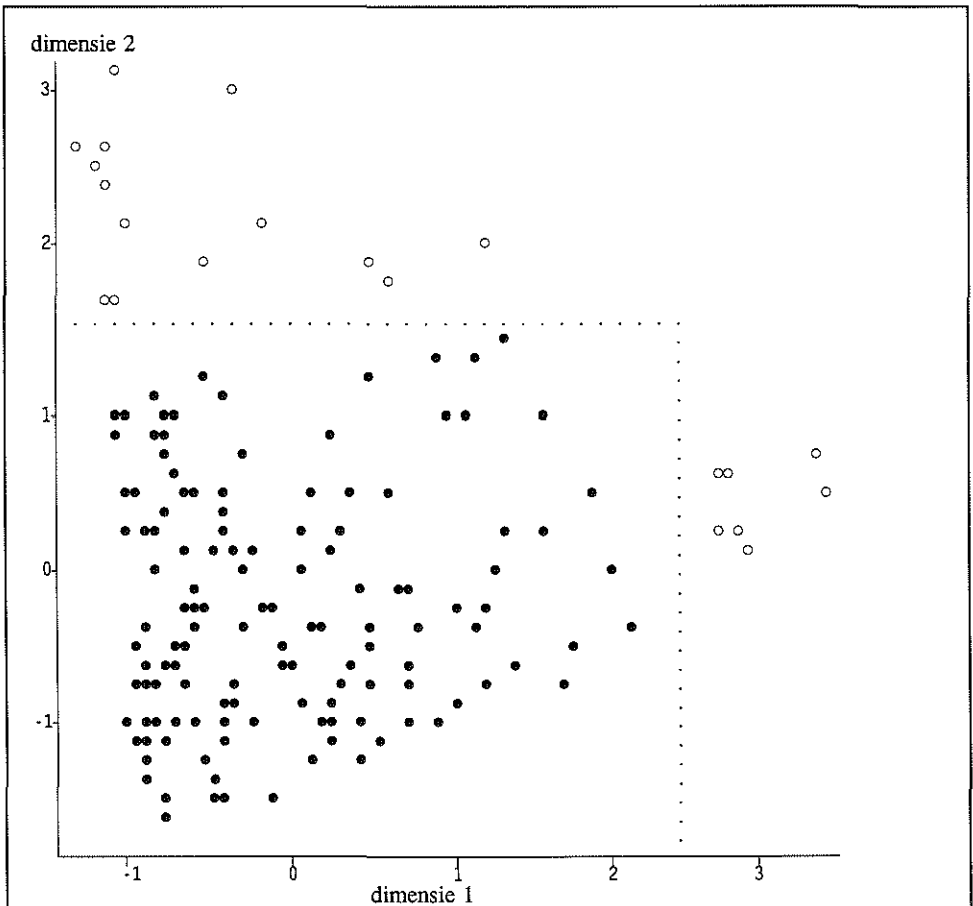


4.2.3 Antwoordpatronen van uitbijters

In deze paragraaf staan we stil bij de respondenten die in de analyse-oplossing een extreme waarde hebben gekregen, in de data-analyse ook bekend als 'uitbijters'. Zoals we in de vorige paragraaf beschreven, zijn we in de eerste plaats geïnteresseerd in de eerste dimensie.

In figuur 4.2.3.1 zijn de respondenten weergegeven in het tweedimensionale vlak van de homogeniteitsanalyse-oplossing. De schaalverdeling op de assen is dezelfde als in de voorgaande figuren.

Figuur 4.2.3.1 Tweedimensionale oplossing homogeniteitsanalyse voor respondenten; ○ = uitbijter



De puntenwolk heeft ongeveer de vorm van een driehoek. De spreiding van respondenten binnen de driehoek is allesbehalve gelijkmatig. Linksonder vinden we een concentratie van respondenten, terwijl in de bovenpunt en rechterpunt slechts weinig respondenten te vinden zijn.

We zullen de antwoordpatronen van deze extreme respondenten nader bestuderen. We hebben op visueel onderscheid intuïtief grenzen getrokken (weergegeven met stippellijnen) en de respondenten buiten deze grenzen als uitbijters aangemerkt in de figuur. Gezien het ambigue karakter van de tweede dimensie, beperken we ons tot de eerste.

Daarbij valt op dat het groepje van zeven huisartsen rechts van de stippellijn nogal afgezonderd is van de rest. Dit is een rechtstreeks gevolg van hun afwijkende antwoordpatroon. Op minstens vier van de twaalf vragen hebben deze respondenten het meest positieve antwoord gekozen, terwijl ze ook op de andere vragen de huisarts een zeer belangrijke positie toekennen in relatie tot de tweedelij. De twee meest extreem geplaatste respondenten op deze dimensie hebben als profiel: 5*111115*211, waarbij * staat voor verschillende categorieën. Dit antwoordpatroon betekent, dat deze twee huisartsen op 10 van de 12 vragen het meest huisartsgezinde antwoord hebben aangekruist. Het bestempelt hen als zeer geïnteresseerd in het verkrijgen van meer invloed op het handelen van de specialist, en als belust op het overnemen van enkele van diens taken.

Om nog gedetailleerder na te kunnen gaan in welke mate de eerste dimensie een inhoudelijk onderscheid aanbrengt binnen de respondenten is onderzocht, hoe vaak iedere respondent de meest huisartsvriendelijke antwoordcategorie gekozen heeft. De samenvoeging van categorieën is dezelfde als bij de homogeniteitsanalyse. In tabel 4.2.3.2 is naast het aantal positieve antwoordcategorieën ook de gemiddelde observatiescore van elke groep weergegeven op de eerste dimensie, alsmede het aantal respondenten per groep.

Er bestaat een sterke relatie tussen het aantal vragen waarbij de respondent de meest huisartsvriendelijke categorie heeft gekozen en de plaats van de respondent op de eerste dimensie van de HOMALS-oplossing. Gegeven de kwantificaties van deze extreme categorieën is dat logisch, aangezien deze categorieën alle in dezelfde richting zijn getransformeerd (categorieën 1 in figuur 4.2.2.3). Verder blijkt dat de respondenten behoorlijk gespreid zijn over de aantallen positieve categorieën, zodat de dimensie niet slechts een onderscheid aanbrengt tussen een klein groepje respondenten en de rest.

Tabel 4.2.3.2 Aantal extreem positieve categorieën en observatiescores homogeniteitsanalyse

aantal positieve categorieën	observatie- score eerste dimensie	sd	N
0	-.96	.13	37
1	-.63	.15	35
2	-.33	.14	18
3	.06	.18	17
4	.47	.16	15
5	.75	.24	11
6	1.17	.12	10
7	1.51	.20	6
8	1.97	.10	3
9	2.63	.01	3
10	2.82	.04	2
11	3.25	.05	2

4.2.4 Conclusie exploratie

De eerste dimensie die resulteert uit de homogeniteitsanalyse lijkt een goede samenvatting van de taakopvattingen en geschikt voor verdere analyse. Inhoudelijk brengt de dimensie een onderscheid aan in de mate waarin de respondenten zichzelf een veel belangrijker plaats toedichten ten opzichte van de specialist dan ze thans hebben.

De tweede dimensie komt niet in aanmerking voor verdere analyse. Slechts een beperkt aantal vragen scoort op deze dimensie, de eigenwaarde van deze dimensie is aanzienlijk lager dan die van de eerste dimensie. Tenslotte valt vanwege het U-vormige verloop van de categorietransformaties in analytisch opzicht weinig nieuws te verwachten. We beperken ons hierna derhalve tot de eerste dimensie.

4.2.5 Keuze van de analysetechniek voor de stabiliteitsanalyse

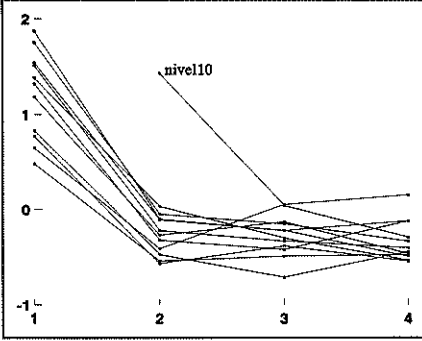
In deze paragraaf gaan we na welke van de niet-lineaire multivariate analysetechnieken te verkiezen valt voor het uitvoeren van de stabiliteitsanalyse. De conclusie zal zijn dat, gegeven dit type vragen en de geringe verschillen tussen de oplossingen van verschillende technieken, homogeniteitsanalyse als meest eenvoudige variant voldoet.

Behalve homogeniteitsanalyse, de techniek die we hiervoor al gebruikt hebben om de data te exploreren, komt ook in aanmerking de variant waarbij kwantificatie van de categorieën volgens een spline-functie verloopt (zie hoofdstuk 3.4.3). Daarbij is het de vraag op welke wijze het totale interval van de antwoordcategorieën onderverdeeld dient te worden. Categorie 1 en 2 van de aan de huisartsen gestelde vragen liggen in dezelfde richting, 'helemaal mee eens' en 'mee eens' zijn gradaties van instemming. Hetzelfde geldt voor 'mee oneens' en 'volstrekt mee oneens', maar dat is in ons geval niet meer relevant, omdat deze twee categorieën al samengenomen zijn vanwege de kleine aantallen in de laatste categorie. Bij kwantificatie met behulp van een spline-functie (SPLINALS) is het mogelijk om het interval waarbinnen de nummers 1 tot en met 4 vallen, zo op te delen, dat de aangrenzende categorieën binnen één interval op eenzelfde rechte komen te liggen. In vergelijking met HOMALS (zonder samengevoegde categorieën) betekent dit het aanbrengen van een restrictie op de analyse-oplossing. Inhoudelijk is deze restrictie alleszins te rechtvaardigen.

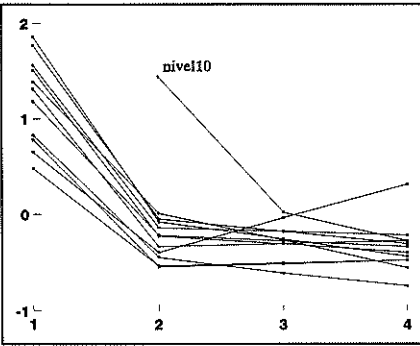
De figuren 4.2.5.1 t/m 4.2.5.3 geven de transformaties van alle twaalf vragen op de eerste dimensie afgebeeld voor gewone homogeniteitsanalyse en twee varianten van homogeniteitsanalyse met splines, namelijk met het breekpunt bij respectievelijk categorienummer 2 en 3. De verschillen tussen de eerste twee analyses zijn gering. De eigenwaarde op de eerste dimensie is vrijwel identiek en ook de mate waarin er sprake is van monotone kwantificatie komt zeer goed overeen. De derde analyse, een SPLINALS-variant met een breekpunt bij categorie 3 geeft de laagste fit, tevens verdwijnt de gewenste monotonie. Uit een (hier niet weergegeven) SPLINALS-analyse met drie intervallen, waarbij categorie 5 afzonderlijk is opgenomen (dus niet samengevoegd met categorie 4), blijkt monotonie afwezig te zijn. We mogen concluderen, dat de samenvoeging van categorie 4 en 5 uit het oogpunt van datareductie een zinvolle stap was.

Op grond van de voorafgaande resultaten concluderen we dat, gegeven onze desiderata, de keuze tussen homogeniteitsanalyse met stapfunctie (HOMALS) en met spline-functie (SPLINALS) in deze situatie weinig uitmaakt, wanneer we het breekpunt bij categorie 2 kiezen. De 'law of parsimony' geeft aan, dat in zo'n geval de meest eenvoudige werkwijze de voorkeur verdient: we zullen de bootstrap-analyses uitvoeren met HOMALS.

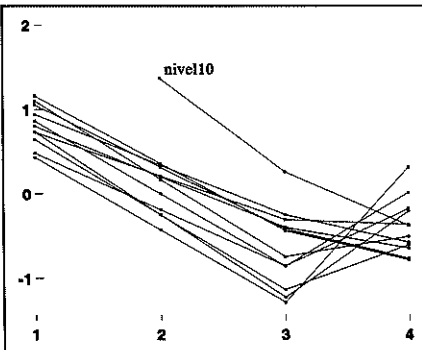
Figuur 4.2.5.1 Homogeniteitsanalyse:
(hor: categorienummers; vert: categorie-
kwantificaties) eigenwaarde: .3384



Figuur 4.2.5.2 Idem, met splines:
breekpunt bij 2 (m.u.v. nivel10)
eigenwaarde: .3368



Figuur 4.2.5.3 Als 4.2.5.2,
breekpunt bij 3
eigenwaarde: .2822

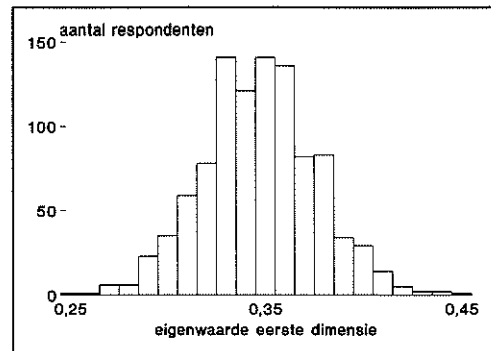


4.3 STABILITEITSANALYSE NIVEL-BESTAND

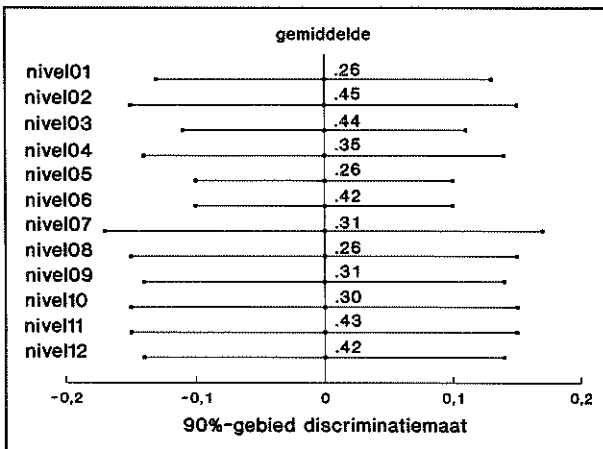
In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van de bootstrap-analyses die zijn uitgevoerd om na te gaan, in welke mate analyseresultaten worden beïnvloed door veranderingen in de samenstelling van de steekproef. Uit het bestand van 159 huisartsen is 1000 maal een steekproef van 159 getrokken met teruglegging. Het aantal maal dat een individuele respondent is getrokken varieert van 915 tot 1075. Voor elk van de 1000 steekproeven is een homogeniteitsanalyse uitgevoerd op de antwoorden op de taakopvattingsvragen, na imputatie en samenvoeging van categorieën 4 en 5, voorbewerkingen die eerder zijn beschreven.

In figuur 4.3.1 is de frequentieverdeling van de eerste eigenwaarden van de 1000 analyse-oplossingen weergegeven. De gemiddelde eigenwaarde is .3518, de waarden lopen uiteen van .2563 tot .4574, de variantie is .0008. De vorm van de verdeling is ongeveer symmetrisch. Voor elk kenmerk van de analyse-oplossing is het mogelijk om een soortgelijke verdeling te laten zien. Een dergelijke mate van detaillering is echter niet zinvol.

Figuur 4.3.1 Steekproevenverdeling HOMALS-eigenwaarden



Figuur 4.3.2 Discriminatiematen: gemiddelden en 90%-gebieden van 1000 bootstrapanalyses



De bootstrapresultaten voor discriminatiematen en categoriescores geven we weer in de vorm van gemiddelden en de gebieden die 90% van de waarnemingen omvatten (door van beide staarten van de verdeling 5% weg te nemen).

In figuur 4.3.2 zijn voor de twaalf vragen de 90%-gebieden van de discriminatiematen weergegeven. De gemiddelden zijn weergegeven langs de verticale as in de figuur. De

discriminatiemaat met de grootste spreiding (het breedste 90%-gebied) vinden we bij de vraag "Een huisarts die dat wil zou sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen" (nivel07), gevolgd door nivel02, nivel08, nivel10 en nivel11. De discriminatiematen met de minste spreiding (het meest stabiel) zijn die van de vragen nivel05 en nivel06.

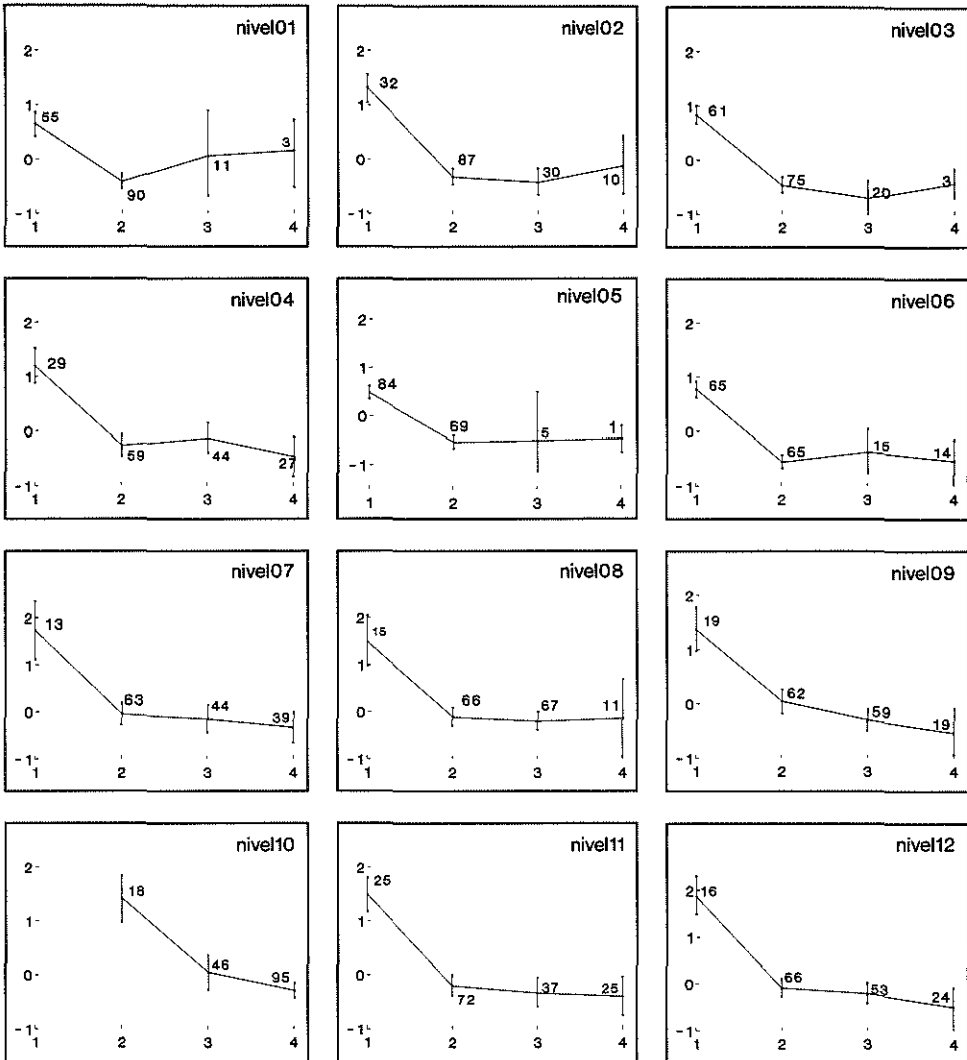
De gemiddelde categoriekwantificaties en de bijbehorende 90%-gebieden zijn voor alle vragen weergegeven in figuur 4.3.3. De gewenste monotonie (zie paragraaf 4.2.2) is voor de meeste variabelen min of meer aanwezig, het minst bij vraag nivel01. Deze bevinding stemt overeen met hetgeen we in de exploratiefase vonden.

De grootte van de 90%-gebieden varieert nogal. Het kleinste en grootste gebied verschillen ongeveer een factor 6. Opvallend groot zijn de 90%-gebieden bij categorie 3 en 4 van nivel01, categorie 3 van nivel05 en categorie 5 van nivel08. Zeer kleine intervallen vinden we bij categorie 2 van de meeste vragen.

In de grafieken zijn ook de marginale frequenties van de antwoordcategorieën in de oorspronkelijke dataset ($n = 159$) weergegeven. Er bestaat een vrij nauwe relatie tussen de breedte van het interval en de marginale frequentie van de desbetreffende categorie in de oorspronkelijke dataset: hoe kleiner het aantal respondenten dat een bepaalde antwoordcategorie heeft gekozen, des te groter de spreiding van categoriekwantificaties in de bootstrap-analyse. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de simulatieresultaten van Markus (1991, p.37).

De gemiddelde categoriekwantificaties uit deze bootstrap-analyse kunnen gebruikt worden om voor iedere respondent een taakopvattingsscore te berekenen (zoals beschreven in hoofdstuk 3.4.5).

Figuur 4.3.3 Categoriekwantificaties: gemiddelden en 90%-gebieden van bootstrap-analyses



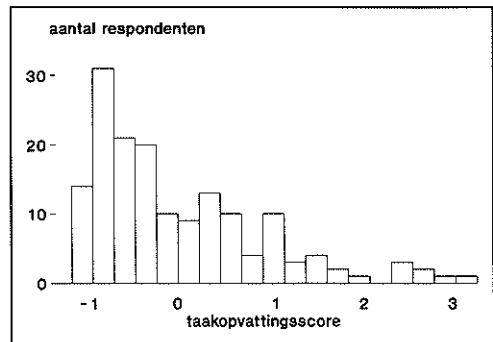
horizontaal: categorienummers; verticaal: kwantificaties
 verticale lijnen: 90%-gebieden; schuine lijnen: verbinding tussen gemiddelden
 cijfers in grafiek: marginale frequenties categorieën in oorspronkelijke steekproef

4.4 VERBANDEN TUSSEN TAAKOPVATTING EN ACHTERGRONDKENMERKEN

Voor elke respondent in het NIVEL-bestand is een taakopvattingsscore geconstrueerd door de categorienummers van de vragen van de Dopheide-schaal te vervangen door de corresponderende gemiddelde categoriekwantificaties uit de bootstrap-analyses. Vervolgens zijn deze scores, twaalf per respondent, opgeteld. Verdere details zijn vermeld in hoofdstuk 3.4.5.

Figuur 4.4.1 geeft de frequentieverdeling van de aldus berekende taakopvattingsscore. De scheve verdeling is in overeenstemming met hetgeen tijdens de exploratieve fase werd gevonden. Figuur 4.2.3.1 (paragraaf 4.2.3) liet zien dat de groep die negatief scoort, dat wil zeggen geen behoefte zegt te hebben aan meer zeggenschap op het terrein van de specialist, veel minder gespreid is dan de positief scorende groep.

Figuur 4.4.1 Frequentieverdeling taakopvattingsscore NIVEL-bestand



In tabel 4.4.2 zijn de gemiddelde taakopvattingsscores weergegeven voor de verschillende categorieën van de achtergrondvariabelen.

In hoofdstuk 2.4 bleek dat de relatie tussen taakopvatting en andere kenmerken van huisartsen in eerder verricht onderzoek nogal uiteenloopt. Om deze reden luidt onze nulhypothese dat er voor de geselecteerde achtergrondvariabelen geen verband is met de taakopvatting. Om dezelfde reden zal er tweezijdig getoetst worden: op voorhand doen we geen uitspraak over de richting van het verband tussen achtergrondkenmerken en taakopvatting. In tabel 4.4.2 is per onderscheiden groep het 95%-betrouwbaarheidsinterval aangegeven. Tevens wordt de uitkomst van de variantie-analyse vermeld. De resultaten laten zien, dat er slechts voor één variabele significante verschillen zijn, namelijk voor het aantal jaren dat men als huisarts gevestigd is. Daarvan verschillen de eerste twee categorieën significant, waarbij de kortst gevestigde groep (hoogstens 5 jaar) veel minder inbreng in de tweede lijn ambieert dan de groep die 6 tot 15 jaar gevestigd is. Het verschil met de nog langer gevestigde groep is niet significant.

Tabel 4.4.2 Taakopvattingsscore NIVEL-bestand naar achtergrondvariabelen

soort praktijk				
	aantal	gemiddelde	sd	95%-interval gemiddelde
solo	52	.03	1.02	-.26 – .32
anders	107	-.01	.99	-.20 – .18
F-waarde .06 p = .80 NS				
vestigingsduur				
	aantal	gemiddelde	sd	95%-interval gemiddelde
t/m 5 jaar	35	-.39	.58	-.59 – -.19
6-15 jaar	80	.16	1.04	-.07 – .39
> 15 jaar	44	.02	1.11	-.32 – .36
F-waarde 3.78 p = .03				
urbanisatiegraad				
	aantal	gemiddelde	sd	95%-interval gemiddelde
< 30 000 inwoners	61	.12	1.06	-.16 – .39
30 000 - 50 000	62	-.01	.99	-.26 – .24
> 50 000 inwoners	28	-.21	.77	-.51 – .09
3 grote steden	8	-.11	1.34	-1.22 – 1.01
F-waarde .71 p = .55 NS				
praktijkomvang				
	aantal	gemiddelde	sd	95%-interval gemiddelde
t/m 2100 patiënten	77	-.21	.82	-.39 – -.02
2101-2499	39	.17	1.23	-.23 – .56
2500-2940	27	.31	.95	-.07 – .68
> 2940 patiënten	16	.07	1.14	-.53 – .68
F-waarde 2.38 p = .07 NS				

*: verschil tussen deze categorieën is significant (Scheffé toets, $p < .05$)

4.5 TOETSING VERBANDEN AAN ZWN-BESTAND

In deze paragraaf gaan we na of de resultaten met betrekking tot de verbanden tussen taakopvatting en overige kenmerken, zoals aangetroffen in het NIVEL-bestand van 159 huisartsen, gerepliceerd kunnen worden in het bestand van 672 huisartsen uit Zuid-West Nederland.

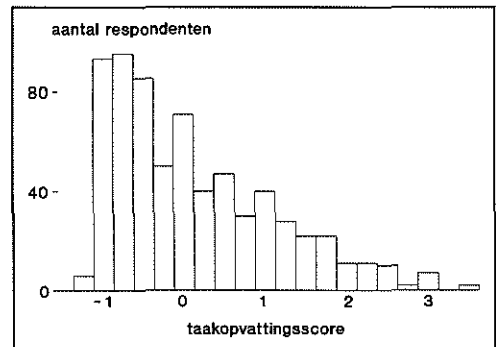
De categoriekwantificaties resulterend uit de bootstrap-analyse van het NIVEL-bestand vormen het uitgangspunt (zie hoofdstuk 3.4.5). Voor vergelijkbare vragen uit de ZWN-enquête zijn voor iedere respondent de categoriekwantificaties van de corresponderende NIVEL-vragen overgenomen. Voor drie vragen uit de enquête voorgelegd aan de ZWN-huisartsen waren geen pendanten in de NIVEL-enquête (zie bijlage 4). De categorienummers van deze drie vragen werden vervangen door de scores van de respectievelijke categorieën gemiddeld over alle vragen (herhaling van de hier volgende analyses zonder deze drie vragen geeft globaal dezelfde resultaten, alleen de p-waarden voor de groepsverschillen zijn wat hoger).

Vervolgens werden de scores per respondent gesommeerd over de elf vragen van de schaal. Tenslotte werd gestandaardiseerd (gemiddelde 0 en standaarddeviatie 1), conform de werkwijze uitgevoerd op het NIVEL-bestand.

Figuur 4.5.1 geeft de frequentieverdeling van deze somscore. Wanneer we deze verdeling vergelijken met die van het NIVEL-bestand (figuur 4.4.1), dan is de vorm ongeveer gelijk. De Wilcoxon-Mann-Whitney toets op de overeenkomst van de verdelingen geeft geen verschil ($p = .85$).

Tabel 4.5.3 geeft gemiddelde waarden voor de taakopvatting van de ZWN-respondenten, uitgesplitst naar achtergrondvariabelen. De grotere omvang van het bestand (672 respondenten in de analyses betrokken, tegenover 159 bij het NIVEL-bestand) maakt op voorhand de kans groter dat in de populatie (werkelijk) aanwezige verschillen getraceerd zullen worden, doordat bij een kleine steekproef verschillen groter moeten zijn om de significantietoets te doorstaan.

Figuur 4.5.1 Frequentieverdeling taakopvattingsscore ZWN-bestand



Tabel 4.5.3 Taakopvattingsscore ZWN-bestand naar achtergrondvariabelen

soort praktijk					
	aantal	gemiddelde	sd	95 %-interval gemiddelde	
solo	398	-.07	.97	-.17 – .02	*
anders	277	.11	1.04	-.02 – .23	*
F-waarde 5.24 p= .02					
vestigingsduur					
	aantal	gemiddelde	sd	95 %-interval gemiddelde	
t/m 5 jaar	153	-.06	.93	-.21 – .08	
6-15 jaar	346	.08	1.05	-.03 – .19	
> 15 jaar	173	-.11	0.96	-.25 – .03	
F-waarde 2.56 p= .08 NS					
urbanisatiegraad					
	aantal	gemiddelde	sd	95 %-interval gemiddelde	
< 30 000 inwoners	186	.03	1.04	-.12 – .18	
30 000 - 50 000	255	.04	1.03	-.09 – .17	
> 50 000 inwoners	67	.05	.89	-.17 – .27	
3 grote steden	164	-.12	.95	-.27 – .02	
F-waarde 1.12 p= .34 NS					
praktijkomvang					
	aantal	gemiddelde	sd	95 %-interval gemiddelde	
t/m 2100 patiënten	180	-.09	.93	-.23 – .05	
2101-2499	162	.10	1.08	-.06 – .27	
2500-2940	165	.03	.96	-.12 – .18	
> 2940 patiënten	165	-.04	1.02	-.19 – .12	
F-waarde 1.19 p= .31 NS					

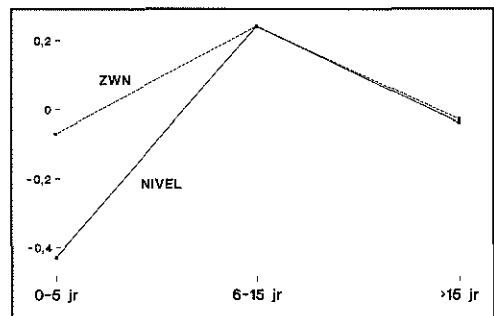
*: verschil tussen deze categorieën is significant (Scheffé toets, $p < .05$)

Het type praktijk waarin de huisarts werkt (solopraktijk tegenover andere vormen) blijkt in het ZWN-bestand samen te gaan met een verschil in taakopvatting: solisten hebben minder behoefte aan meer inbreng in het specialistisch beleid. Dit verschil was niet aanwezig bij de respondenten van het NIVEL-bestand, bovendien was daar de richting van het (niet significante) verschil omgekeerd.

Ook de vestigingsduur geeft een ander resultaat dan in het eerste bestand. Het daar gevonden verschil tussen de groep die niet langer dan 5 jaar gevestigd was en de groep die 6 tot en met 15 jaar gevestigd was blijkt hier niet op te treden. De variantie-analyse resulteert in een p-waarde van .078 hetgeen met enige welwillendheid, omschreven kan worden als bijna significant. De twee categorieën in het ZWN-bestand, waarvan de gemiddelde taakopvattingsscores het meest uit elkaar liggen zijn, anders dan in het NIVEL-bestand, de middengroep en de langst gevestigde groep. *We moeten vaststellen, dat de gevonden relatie bij de landelijke groep huisartsen wordt gefalsifieerd in de groep huisartsen in Zuid-West Nederland. Voor de twee overige kenmerken, urbanisatiegraad en praktijkomvang-per-huisarts worden de resultaten van het NIVEL-bestand bevestigd: er is geen relatie tussen deze kenmerken en de taakopvatting van de huisarts in diens relatie tot de tweede lijn.*

Om opheldering te verschaffen omtrent de gevonden verschillen tussen de twee bestanden werden de taakopvattingsscores vergeleken voor de combinatie van vestigingsduur en praktijkvorm. Voor de groep huisartsen uit solopraktijken bleek in beide bestanden geen relatie tussen vestigingsduur en taakopvattingsscore. Bij de respondenten uit meermanspraktijken daarentegen blijkt in beide bestanden een behoorlijk verschil (F-toets, $p=.01$ en $p=.06$ respectievelijk in NIVEL- en ZWN-bestand). In

Figuur 4.5.4 Huisartsen in meermanspraktijken: taakopvattingsscore (vert) naar vestigingsduur (hor)



figuur 4.5.4 zijn voor beide bestanden de respondenten uit de meermanspraktijken weergegeven, met de gemiddelde taakopvattingsscore afgezet tegen de vestigingsduur. Bij de langer gevestigde huisartsen vinden we vrijwel identieke taakopvattingsgemiddelden in beide bestanden. De kort gevestigde huisartsen blijken te verschillen, waarbij de NIVEL-respondenten een aanzienlijk lagere taakopvattingsscore hebben dan de ZWN-huisartsen ($F=4.35$, $p=.04$).

Wanneer we de analyses uit de vorige paragrafen herhalen zonder de subgroep van huisartsen uit meermanspraktijken die niet langer dan vijf jaar gevestigd zijn, verdwijnt in het NIVEL-bestand het verband tussen vestigingsduur en taakopvatting (vergelijk tabel 4.4.2). Voor de andere achtergrondkenmerken verandert er niets.

In het ZWN-bestand leidt verwijdering van genoemde subgroep slechts tot een wat groter verschil tussen solisten en huisartsen uit meermanspraktijken (F-test, $p = .01$, oorspronkelijk $.02$, vergelijk tabel 4.5.3), doordat (a) de totale groep respondenten uit meermanspraktijken hier een positievere taakopvatting had dan de solisten en (b) de kort gevestigde huisartsen binnen de groep huisartsen uit meermanspraktijken een negatievere taakopvatting vertoonden dan gemiddeld (figuur 4.5.4).

Bij het interpreteren van de gevonden verschillen tussen resultaten van de twee bestanden is in de eerste plaats van belang, welke verschillen er zijn tussen de twee groepen respondenten, die een verklaring zouden kunnen vormen voor deze verschillen. Een eerste factor is de tijd: de dataverzameling onder de ZWN-huisartsen vond ongeveer twee jaar eerder plaats dan de huisartsenenquête van de Nationale Studie van het NIVEL. Het lijkt evenwel niet waarschijnlijk, dat in een dergelijke korte periode de relatie tussen huisartsenkenmerken en taakopvatting is gewijzigd. Een tweede factor is de ruimtelijke spreiding: het is theoretisch voorstelbaar, dat regionaal de relaties anders liggen dan landelijk. De waarde van deze verklaring is onderzocht, door in het NIVEL-bestand na te gaan of de relatie tussen taakopvattingverschillen en praktijkvorm en vestigingsduur verschilde voor de regio's noord-midden-zuid Nederland. De verschillen blijken gering.

Een derde verklaringsgrond is een mogelijke selectiebias in de dataverzamelingsfase. In het geval van het NIVEL-onderzoek was er sprake van een gestratificeerde steekproef van huisartsen, die werden aangezocht voor medewerking aan een zeer tijdsintensief onderzoek, waarvan de hier gebruikte enquête slechts een klein onderdeel vormde. In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat ten aanzien van de omvang van de nonresponse tussen de stratificatiecellen belangrijke verschillen bestaan. Het onderzoek in Zuid-West Nederland was gericht op alle huisartsen en resulteerde in een nonresponse van 28%. Van deze nonrespondenten is bekend, dat ze gemiddeld wat ouder waren en vaker in Rotterdam hun praktijk hadden (Van der Wouden, 1986, p. 14-15). Deze selectiviteit in response vormt echter nog geen verklaring voor de gevonden verschillen. Het ontbreekt ons immers aan informatie over de taakopvatting van de nonrespondenten.

Tenslotte is nagegaan of de groep pasgevestigde huisartsen in beide bestanden qua taakopvatting verschilt, wanneer het kalenderjaar waarin de huisarts zich vestigde in de analyse wordt betrokken. De redenering hierachter is, dat het vestigingsbeleid, zoals in

1986 van kracht geworden, mogelijk een aanzienlijke verandering teweeg heeft gebracht bij praktijkzoekende huisartsen om voor een bepaalde praktijkvorm te kiezen. Deze hypothese blijkt niet te worden bevestigd.

Samenvattend blijkt er in geen van beide bestanden een relatie te vinden tussen taakopvatting enerzijds en urbanisatiegraad en praktijkomvang anderzijds. Voor praktijkvorm en vestigingsduur vinden we in beide bestanden verschillende relaties. De herkomst van deze verschillen is onduidelijk.

4.6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de vragen beantwoord die in hoofdstuk 3 zijn geformuleerd:

1. wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van de Dopheide-schaal?
2. welke relatie vertoont de aldus gemeten taakopvatting met achtergrondkenmerken van de huisarts?

De antwoorden op de taakopvattingvragen in het NIVEL-bestand blijken scheef verdeeld. Er zijn weinig huisartsen die voor de antwoordcategorieën hebben gekozen waarbij de specialist relatief meer zeggenschap zou hebben in het beleid dan thans het geval is.

Bij homogeniteitsanalyse op deze vragen blijken de hoogste eigenwaarden .34 en .20. Dit wijst op relatief weinig samenhang. Aan de belangrijkste dimensie blijken alle variabelen bij te dragen. Wanneer we nagaan hoe de oorspronkelijke categorieën door de techniek zijn weergegeven, dan blijkt de meest homogene oplossing gevonden te worden wanneer een onderscheid wordt aangebracht tussen de meest 'huisartsvriendelijke' antwoordcategorie van elke vraag en de overige categorieën. Het gevolg is, dat het aantal vragen waarvan de respondent de meest huisartsvriendelijke categorie heeft gekozen, sterk samenhangt met de score op deze eerste dimensie. De tweede dimensie blijkt minder bruikbaar voor verder gebruik.

Homogeniteitsanalyses met alternatieve methoden van kwantificering blijken niet tot betere resultaten te leiden.

Voor de stabiliteitsanalyse werd uit het NIVEL-bestand duizend maal een steekproef met teruglegging getrokken van dezelfde omvang. Elke steekproef werd aan een homogeniteitsanalyse onderworpen op de taakopvattingvragen. De eerste eigenwaarde voor de duizend analyses liep uiteen van .26 tot .46. De variatiebreedte van de kwantificaties van de categorieën varieert sterk, in nauwe relatie met de frequentie waarin de categorie voorkomt.

De gemiddelde categoriekwantificaties van de stabiliteitsanalyse werden gebruikt om per respondent uit het NIVEL-bestand een taakopvattingsscore te berekenen. Voor de eerder geselecteerde achtergrondvariabelen werd nagegaan of er een relatie bestaat met deze taakopvattingsscore. Voor soort praktijk, urbanisatiegraad en praktijkomvang bleek dit niet het geval, voor vestigingsduur wel: de groep die 6-15 jaar gevestigd was, is meer gericht op inbreng in de tweede lijn dan de huisartsen die minder dan 6 jaar gevestigd zijn.

Met behulp van dezelfde categoriekwantificaties werd ook voor het ZWN-bestand een taakopvattingsscore berekend. De in het NIVEL-bestand gevonden relatie tussen vestigingsduur en taakopvattingsscore bleek in het ZWN-bestand niet reproduceerbaar.

Van de andere achtergrondkenmerken werd voor het soort praktijk een significant verschil gevonden, waarbij huisartsen uit solopraktijken minder invloed in de tweedelijns wensen dan de overige respondenten.

Bij combinatie van de praktijkvorm en vestigingsduur blijkt het verschil in resultaten tussen NIVEL- en ZWN-bestand terug te voeren op de groep respondenten uit meermanspraktijken die minder dan 5 jaar gevestigd zijn. De NIVEL-respondenten hebben hier een aanmerkelijk negatievere taakopvatting dan hun ZWN-collega's. Voor de overige combinaties van categorieën van deze twee kenmerken zijn er geen verschillen tussen de bestanden.

HOOFDSTUK 5. BESCHOUWING

5.1 ALGEMEEN

De eerste twee hoofdstukken van dit proefschrift kunnen beschouwd worden als een vorm van meta-analyse. Wanneer een bepaald terrein langere tijd onderwerp van onderzoek is geweest wordt het mogelijk om verschillende studies samen te nemen en te overzien wat het onderzoek heeft opgeleverd. Touw-Otten gaf een overzicht van alle dissertaties geschreven door huisartsen in haar wetenschapsociologische studie van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde (Touw-Otten, 1981; Touw-Otten, 1991). De populatie van onderzoeken waar in de eerste twee hoofdstukken een overzicht van wordt gegeven is beperkter. We hebben het onderzoek waarin de taakopvatting van huisartsen een rol speelt samengenomen, ons een oordeel gevormd over dit terrein en beschreven welke resultaten zijn geboekt.

Vier van de door ons geformuleerde deelvragen hadden betrekking op onderzoek eerder verricht op dit terrein:

1. Op welke wijze hebben onderzoekers in het verleden de opvattingen over de taak van de arts benoemd en gedefinieerd?
2. Welke mogelijkheden zijn er om het begrip in een theorie onder te brengen?
3. Op welke wijze is de taakopvatting van huisartsen gemeten?
4. Wat zijn de meettechnische eigenschappen van de instrumenten?

Onze bevinding dat door opeenvolgende onderzoekers onvoldoende gebruik is gemaakt van eerder onderzoek komt overeen met die van Touw-Otten (Touw-Otten, 1981, p.124-125). Deze overeenkomst is verrassend, aangezien ons onderzoeksveld aanzienlijk homogener is. Wanneer men hetzelfde kenmerk gaat onderzoeken dat anderen eerder onderzochten, dan ligt het voor de hand om een meetinstrument te kiezen dat reeds voorhanden is, danwel dit instrument te vervolmaken. Ook Sluijs wordt in haar overzichtsstudie van onderzoek op het gebied van de huisarts geconfronteerd met het probleem van de vele verschillende meetinstrumenten bij haar overzicht van onderzoek naar de relatie tussen taakopvatting en werkwijze. Zij suggereert om de resultaten van het onderzoek op dit terrein vergelijkbaar te maken (Sluijs, 1985, p.117). Voor het onderzoek waarin gebruik is gemaakt van varianten van de lijst van Dopheide zou dit gerealiseerd kunnen worden door de grootste gemene deler van de vragen te kiezen en deze op

dezelfde wijze te bewerken. De resultaten van de in dit proefschrift beschreven stabiliteitsanalyse zouden dan kunnen worden gebruikt bij de datareductie.

5.2 TAAKOPVATTING

Zoals in hoofdstuk 1 naar voren kwam, laat de theoretische verankering van het begrip 'taakopvatting' te wensen over. We bespraken enkele mogelijkheden om het begrip onder te brengen in bestaande theorieën, zonder dat dit in een duidelijke voorkeur resulteerde.

Dopheide (1985, p.437) stelt voor het concept 'taakopvatting' onder te brengen in een theorie over het handelen van personen met een hoge graad van professionele autonomie. Hierop voortbouwend lijkt het een relevante vraag of de variatie in taakopvatting onder leden van een klassieke professie (artsen, advocaten) verschilt van de variatie bij andere beroepsbeoefenaren.

Bij het definiëren van het begrip professie wordt de autonomie van de beroepsgroep in het bepalen van de inhoud van de functie veelal een belangrijke plaats toebedeeld (Freidson, 1970,1988 p.77). Wanneer we het bepalen van de inhoud van de functie door een professioneel zouden opvatten als synoniem aan zijn taakopvatting, dan is het professioneel per definitie iemand met veel vrijheid van taakopvatting en is de hiervoor gestelde vraag niet langer relevant. De sprong die we daarbij maken van een kenmerk van de beroepsgroep naar een kenmerk van het individuele professioneel wordt ook gemaakt door Freidson (1970,1988 hoofdstuk 4 versus hoofdstuk 5).

Wanneer we de twee begrippen als niet identiek beschouwen, is een relevante vraag hoe ze zich tot elkaar verhouden. Een voor de hand liggende mogelijkheid is om een onderscheid te maken tussen de door de beoefenaar gewenste inhoud van de functie enerzijds en de feitelijke invulling anderzijds. De operationalisering van dit onderscheid voor empirisch onderzoek staat voor wat de huisartsgeneeskunde betreft in de kinderschoenen. Kersten (1991, p.19) geeft hier een aanzet toe, maar zijn aanpak is niet zonder problemen (in hoofdstuk 2 werden reeds enkele knelpunten aangegeven). Een daar nog niet aangeroerd probleem is of de feitelijke invulling van een taak valide gemeten kan worden met een vragenlijst. Rethans (1991) heeft aangetoond dat er bij huisartsen een discrepantie bestaat tussen gerapporteerd gedrag (geïnventariseerd door middel van een schriftelijke vragenlijst) en feitelijk gedrag (zoals geobserveerd door simulatiepatiënten). Ook Braams komt in zijn dissertatie tot een dergelijke conclusie (Braams, 1993, p.92).

Onderzoek naar de relatie tussen opvattingen over een taak en de feitelijk uitgeoefende taak is een thema dat niet alleen voor onderzoek bij huisartsen relevant is. Binnen de

sociale psychologie is een hieraan verwant probleem al jaren onderwerp van onderzoek, namelijk dat van de relatie tussen attitude en gedrag (Fendrich, 1967; Ajzen, 1987). De afgelopen decennia was de gebrekkige voorspelbaarheid van gedrag op grond van kennis over attitudes een belangrijk punt van discussie in de sociale psychologie.

Van der Voort (1980) laat zien dat ook bij huisartsen denken en doen vaak niet overeenkomen. Hij vroeg 174 huisartsen of ze 37 vaardigheden typisch huisartsenwerk vonden, en vervolgens of ze deze ook zelf uitvoerden. Het gemiddelde verschil tussen wat men vindt dat men moet doen en wat men zelf zegt te doen is 13%, per verrichting variërend van 0 tot 30%.

Opvallend is dat de taakopvatting van medisch specialisten zelden onderwerp van onderzoek was (het proefschrift van Stevens (1987) vormt een uitzondering).

Mogelijke verklaringen voor dit verschil in aandacht zijn:

- Huisartsen zijn meer solist, werken meer op zichzelf, en laten daarom een grotere variatie in beroepsuitoefening zien: het is dus een interessanter fenomeen dan bij specialisten.
- Gezondheidszorgonderzoekers hebben minder toegang tot het handelen van de specialist. Sinds het ontstaan van de huisartsopleiding werken huisartsen binnen de universitaire huisartsinstituten samen met sociale wetenschappers. Sociale wetenschappers zijn, op grond van hun opleiding, vaak meer deskundig in onderzoek dan huisartsen. Bij het bedenken van onderzoeksvragen ligt het derhalve voor de hand, dat het denken en doen van de huisarts daarin vaak een rol zal spelen en ook de vormgeving van het onderzoek op sociaal-wetenschappelijke leest geschoeid is. De laatste jaren zien we overigens een tendens in de richting van meer medische, patiëntgebonden vraagstellingen, met bijbehorende methodologie.
- Specialisten tonen meer weerstand om onderzocht te worden (vergelijk Freidson, Nederlandse vertaling, 1981, p.167: onder leden van een professie bestaat weerstand geobserveerd te worden, de clinicus beschouwt zijn werkzaamheden als uniek en niet te beoordelen aan de hand van vaste regels). Recente ontwikkelingen op het gebied van consensusontwikkeling en intercollegiale toetsing zouden bij kunnen dragen aan, of zijn misschien zelfs signalen van, een grotere toegankelijkheid van specialisten voor dit soort onderzoek.

Het is onmiskenbaar, dat veel minder onderzocht is hoe anderen de taken van de huisarts zien dan hoe de huisarts ze zelf ziet. Dit is begrijpelijk omdat het hoofddoel van veel onderzoek is, de variatie in huisartsengedrag in kaart te brengen. Van de factoren die dit

gedrag zouden kunnen beïnvloeden, zijn het vooral de opvattingen van de huisarts over zijn taken die van belang wordt geacht. Van der Zee betitelt de huisarts als de meest onderzochte beroepsbeoefenaar (Van der Zee, 1985, p.1).

Enkele studies waarbij ook de specialist gevraagd is wat hij tot het terrein van de huisarts rekent zijn Beek et al. (1984), Rutten et al. (1985a-e) en Rutgers (1985). Een probleem van deze invalshoek is dat onduidelijk is wat de achtergronden van die meningen zijn: het besef dat de huisarts het minder goed, net zo goed of misschien zelfs beter kan, of eerder overwegingen van concurrentie? In dit verband is het ook van belang dat, door de opzet van de medische opleiding, de huisarts in het algemeen beter op de hoogte is van het werkterrein van de specialist dan omgekeerd.

Het onderzoeksterrein van de taakopvatting van de huisarts mag in Nederland welhaast overbevolkt genoemd worden, terwijl het buiten onze landsgrenzen nauwelijks ontgonnen is. Zeldzame voorbeelden van studies waarbij ook de taakopvatting van buitenlandse artsen is onderzocht zijn Van Eijk et al. (1985) en Whitfield et al. (1989). Het is denkbaar dat dit verschil in belangstelling voortkomt uit verschillen in opzet van de gezondheidszorg. Toch bestaan ook buiten Nederland verschillen in opvattingen over het werk van de huisartsen. De Amerikaan Geyman (1989) ziet discussies over de grenzen van het vak onlosmakelijk verbonden aan de huisartsgeneeskunde als horizontaal specialisme, dat verticale specialismen doorkruist. Toch worden in een onderzoek als dat van Wolinski, waarbij nagegaan wordt of de keuze van praktijkvorm gerelateerd is aan verschillende achtergrondkenmerken en attitudes van de arts, de opvattingen over wat wel en niet tot het terrein behoort niet onderzocht (Wolinski, 1982).

Vershillen in de wijze waarop de gezondheidszorg georganiseerd is, maken internationale vergelijking gecompliceerd. Zo is de vergelijking van de taakopvattingen van Nederlandse en Engelse huisartsen (Whitfield et al, 1989) problematisch als het gaat om de vraag: wie vervult de taken die de huisarts niet vervult?

De taakopvatting van de huisarts blijkt meestal bestudeerd te zijn in relatie tot het taakgebied van de specialist. Dit is niet in alle opzichten de juiste invalshoek, omdat deze - in extremo doorgevoerd - uitkomt op de opvatting dat huisartsen met de breedste taakopvatting de som van alle specialismen tot hun taak rekenen.

Een relevanter uitgangspunt zou zijn om de nadruk te leggen op het generalistisch karakter van de huisartsgeneeskunde. Een huisarts met een brede taakopvatting zou vanuit deze optiek meer generalist zijn, een beter inzicht hebben in het werk van de specialist en beter verwijzen. De portiers- en makelaarsfunctie van de huisarts vereisen immers een

generalistische visie: patiënten kunnen niet zelfstandig hun weg vinden in de gezondheidszorg en specialisten zijn wat dit betreft evenmin deskundig (Draper en Smits, 1975; Dokter en Van Berkel, 1984).

Onderzoek naar de relatie tussen de taakopvatting en achtergrondkenmerken is belangrijk gegeven de discussies over het terugdringen van tweedelijns bemoeienis in gevallen waarin de eerstelijns volstaat. Wanneer de taakopvatting van de huisarts in sterke mate zijn feitelijke werkwijze bepaalt en wanneer achtergrondkenmerken hun stempel zouden drukken op de taakopvatting, is het denkbaar dat men door het beïnvloeden van achtergrondkenmerken het medisch handelen enigszins kan sturen.

Ons onderzoek gaf weinig consistente resultaten voor de relatie tussen achtergrondkenmerken en taakopvatting. Aanleiding voor ons toetsingsonderzoek was, dat eerder onderzoek niet tot eensluidende resultaten leidde. Mogelijk komt het bij herhaling gevonden gebrek aan consistentie voort uit een beperkte onderzoekbaarheid van het probleem. Wanneer we, bij wijze van voorbeeld, de achtergrondkenmerken onder de loep nemen, dan zijn de meeste heterogener dan wenselijk. Een kenmerk als urbanisatiegraad heeft vele aspecten: het voorzieningenniveau, de nabijheid van ziekenhuizen, de sociaal-economische status en de scholingsgraad van inwoners en de mate van homogeniteit hiervan, het aantal huisartsen en de mogelijkheid om samen te werken, de aard van de sociale netwerken onder de bevolking en de gevolgen die dit heeft voor de mate waarin men met gezondheidsproblemen de huisarts raadpleegt. Toename van de urbanisatiegraad, afgemeten aan het aantal inwoners van een gemeente, betekent niet dat deze gemeente op alle onderscheiden aspecten verandert.

Ook andere achtergrondkenmerken zijn op deze wijze uiteen te leggen in deelaspecten, die men eigenlijk zou willen onderscheiden voor een goed inzicht in de relatie met de taakopvatting van de huisarts.

Wanneer er sprake zou zijn van een verband tussen achtergrondkenmerken en de taakopvatting van de huisarts, dan kan men de vraag stellen of dit verband constant is. Zo is het voorstelbaar dat de motieven voor jonge huisartsen om een bepaalde praktijkvorm of vestigingsplaats te kiezen in de loop van de tijd veranderen, bijvoorbeeld omdat vestigingsregels worden aangepast.

Dit vormt waarschijnlijk nog geen verklaring voor de door ons gevonden verschillen, aangezien het tijdsverloop tussen de dataverzameling voor de beide gegevensbestanden beperkt was tot één à twee jaar. Het is wel een complicerende factor voor longitudinaal onderzoek.

5.3 EERDER ONDERZOEK

In hoofdstuk 2 werd het empirisch onderzoek beschreven, dat de afgelopen jaren verricht is op dit terrein. Zonder uitzondering gaat het om enquête-onderzoek.

We signaleerden, dat vragen met scheef gespreide antwoordpatronen nogal eens verwijderd worden. De herkomst van dit gebruik is onduidelijk, terwijl een speurtocht daarnaar nog wordt bemoeilijkt doordat de door ons aangehaalde auteurs verzuimen referenties te geven. Raupps verwijzing naar Guilford (1954) is weinig behulpzaam door het ontbreken van de opgave van een specifieke vindplaats (Raupp, 1971, p.45). In de methodisch-statistische literatuur is scheefheid van een verdeling nauwelijks te vinden als reden om een item te verwijderen. Meertoppigheid van de frequentieverdeling lijkt een belangrijker probleem (Guilford, 1954, p.291; Nunnally, 1967, p.532). De laatste auteur noemt als bezwaar van zeer extreem geformuleerde items dat de spreiding minder is.

Wanneer men een bepaald begrip wil meten, stelt men op inhoudelijke gronden een serie vragen op waarmee men meent het beoogde begrip in kaart te brengen. Het is niet duidelijk, waarom men zich dan door een bepaalde frequentieverdeling van de antwoorden op een item zou laten verleiden tot het verwijderen ervan. Een uitzondering hierop lijkt de situatie waarin vrijwel alle respondenten hetzelfde antwoord geven of veel respondenten helemaal geen antwoord geven. Galtung is van mening dat wanneer 85-90% van de antwoorden in één categorie vallen, dit een goede grond is om in de pretest-fase items te verwijderen (Galtung, 1967, p.140).

Naar onze mening dient terughoudendheid te worden betracht bij het verwijderen van vragen. Een scheve verdeling is onvoldoende argument, al kan dit wel een reden zijn om een vraag in een volgend onderzoek anders te formuleren.

Het optellen van antwoordcategorieën staat bekend als Likert-analyse. De onderlinge consistentie van een serie items is af te lezen aan de hoogte van Cronbach's alpha. Dit wordt als criterium gehanteerd om een somscore te berekenen over een reeks items.

In de methodologische literatuur blijkt geen overeenstemming over de wenselijke minimale hoogte van alpha. Guilford (1954, p.286) stelt dat men voor onderzoeksdoel-einden een veel lagere betrouwbaarheid (een alpha van .50 wordt als voorbeeld genoemd) kan accepteren dan voor diagnose en predictie. Nunnally (1967, p.226) verfijnt deze uitspraak door de fase waarin het onderzoek zich bevindt in zijn overwegingen te betrekken. In een beginfase kan volstaan worden met waarden van .50-.60, .80 is zeer acceptabel in vervolgonderzoek, gegeven de moeite die het kan kosten om een vragenlijst verder te verbeteren. Voor toegepaste doeleinden, waarbij de score van een individu

consequenties kan hebben voor dit individu (zoals bij school- en beroepskeuze), moet een alpha van .90 als een minimum worden beschouwd.

Swanborn (1982, p.106) rapporteert dat men bij tien tot vijftien items gewoonlijk als eis stelt dat alpha groter moet zijn dan ongeveer .85. Men kan proberen de alpha te verhogen door items die laag correleren met het totaal te verwijderen. Nunnally (1967, p.211) is van mening dat de belangrijkste oorzaak voor een lage interne consistentie (alpha) gezocht moet worden in de inhoudelijke samenstelling van de items ('sampling of content').

Het is fascinerend te zien, hoe opeenvolgende onderzoekers meetinstrumenten van elkaar overnemen maar daar tegelijkertijd steeds iets aan veranderen, als was het om er een eigen stempel op te drukken. Uit een oogpunt van cumulatie van wetenschappelijke kennis zijn deze uitingen van creativiteit minder toe te juichen. Terwijl wijzigingen zelden gebaseerd zijn op gebleken tekortkomingen in vorige versies (dit zou een valide reden zijn), maken ze vergelijking van uitkomsten uit verschillende onderzoeken vrijwel onmogelijk.

Vrijwel al het verrichte onderzoek naar de relatie tussen achtergrondvariabelen en taakopvatting is cross-sectioneel. Met uitzondering van één onderzoek naar de gevolgen van de opening van een ziekenhuis is de taakopvatting van huisartsen niet in de tijd gevolgd. Dit maakt het moeilijk om uitspraken te doen over causale verbanden.

Een tweede complicatie is de samenhang tussen achtergrondvariabelen. Leeftijd en praktijkvorm, geslacht en praktijkvorm, urbanisatiegraad en afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, zijn steeds paren van variabelen die onderling een sterk verband vertonen. Het ontrafelen van de invloed van de afzonderlijke variabelen wordt hierdoor bemoeilijkt.

De door Nijhout (1985) geopperde verklaringen voor de onverwachte verandering in taakopvatting na de opening van een ziekenhuis achten we minder waarschijnlijk. Gezien de lage betrouwbaarheid van de indices en de kleine groep onderzochte huisartsen lijkt het ons aannemelijk, dat het hier om een toevalsbevinding gaat.

5.4 GEBRUIKTE TECHNIEKEN

Wanneer we het verrichte onderzoek overzien dan is de noodzaak voor onze analyse van de Dopheide-schaal duidelijk: meer inzicht in de kwantitatieve eigenschappen van de schaal is dringend gewenst.

De gekozen analysetechniek (homogeniteitsanalyse) heeft voor- en nadelen. Een nadeel is de relatieve onbekendheid van de techniek. De bekendheid is de laatste jaren toegenomen, te meer daar de techniek inmiddels ook deel uitmaakt van het veelgebruikte analysepakket SPSS. Het grote voordeel van de techniek is, dat er geen beperkende veronderstellingen worden opgelegd aan de verdeling van de gegevens.

Het ontbreken van dergelijke veronderstellingen leidt ertoe, dat geen betrouwbaarheidsintervallen kunnen worden berekend zoals bij parametrische technieken gebruikelijk is. De stabiliteit van de analyseresultaten is daarom onderzocht met een andere techniek, de bootstrap-analyse.

Er zijn vele vormen van stabiliteit. De variant die wij onderzochten wordt door Gifi ondergebracht in de categorie 'stability under data selection', een categorie die overigens nog verschillende andere technieken bevat (Gifi, 1990, p.37) .

Met de bootstrapanalyse waarover werd gerapporteerd in hoofdstuk 4, is voor het eerst enig inzicht verkregen in de stabiliteit van de vragenlijst naar de taakopvatting van de huisarts in relatie tot het terrein van de specialist, zoals ontwikkeld door Dopheide.

De spreiding van de hoogste eigenwaarde bij toepassing van homogeniteitsanalyse blijkt aanmerkelijk, ze loopt uiteen van .25 tot .45, hetgeen voor een onderzoeker kan neerkomen op het verschil tussen stoppen of doorgaan met een analyse.

Het is bekend dat eigenwaarden van volgende dimensies in principale componentanalyse instabiel kunnen zijn (Daudin et al, 1988), maar dat onder invloed van relatief geringe veranderingen in steekproefsamestelling ook de eigenwaarde van de eerste dimensie zo kan variëren is verrassend. De variantie van de duizend eigenwaarden van onze oplossing ligt vergeleken met die van Van Rijckevorsel et al (1980, p.21) bij een zelfde aantal steekproeven een factor 4 tot 8 hoger. Het ligt voor de hand om de verklaring voor dit verschil te zoeken bij specifieke eigenschappen van ons gegevensbestand, in casu de taakopvattingvragen.

De op één na hoogste eigenwaarde van de analyse-oplossing van de oorspronkelijke steekproef is aanmerkelijk lager dan de eerste (respectievelijk .20 en .34). Hierdoor is de kans vrij klein, dat we in het stabiliteitsonderzoek steekproeven hebben getrokken waarbij de eerste twee dimensies in omgekeerde volgorde uit de analyse naar voren komen. Butter (1990, p.33) beschrijft een analyse waarin de eerste twee eigenwaarden dicht bij elkaar liggen, hetgeen gepaard ging met een grote instabiliteit van analyseparameters.

Onze bevinding, dat er een nauwe relatie bestaat tussen de mate van instabiliteit van afzonderlijke categoriepunten, afgemeten aan de breedte van de betrouwbaarheidsinterval-

len, en de frequentie waarmee de betreffende categorieën door respondenten zijn gekozen is eerder gerapporteerd door Van der Burg en De Leeuw (1983, p.76-77) en Gifi (1990, p.477).

De gekozen wijze van berekening van 90%-betrouwbaarheidsgebieden, door van beide zijden van de empirische distributie van parameters 5% te verwijderen (de percentile-methode), is statistisch enigszins onzuiver (zie bijvoorbeeld Hinkley, 1988, p.329). De mate van onzuiverheid is echter van dien aard dat onze conclusies er waarschijnlijk niet door zijn beïnvloed.

Bij de cross-validation, de toetsing van in het NIVEL-bestand gevonden verbanden aan het ZWN-bestand, kunnen kanttekeningen worden geplaatst. De bestanden zijn strikt gesproken niet representatief voor dezelfde populatie: de stratificatieprocedure bij de Nationale Studie heeft ertoe geleid, dat de verdeling van verschillende kenmerken in de NIVEL-steekproef anders is dan voor de totale groep van Nederlandse huisartsen. Het feit dat van steekproefartsen in meermanspraktijken ook de collega's dienden mee te werken (de zogenaamde kielzogartsen), maakt dat de uiteindelijke groep niet langer als aselechte trekking kan worden beschouwd. Het ZWN-bestand heeft als beperking dat het slechts betrekking heeft op een deel van Nederland, namelijk het Zuid-Westen.

De reden dat we gemeend hebben beide bestanden desalniettemin te kunnen gebruiken, is dat we het niet waarschijnlijk achten dat relaties tussen achtergrondkenmerken en de taakopvatting essentieel zullen verschillen voor huisartsen die oververtegenwoordigd of ondervertegenwoordigd zijn in één of beide bestanden.

HOOFDSTUK 6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Uit het overzicht van onderzoek op het gebied van de taakopvatting van huisartsen komt naar voren dat veel onderzoeksenergie verloren is gegaan in het steeds opnieuw bedenken van wat men onder taakopvatting verstaat en hoe men dat zou kunnen meten. Onvoldoende is gebruik gemaakt van eerder onderzoek, waardoor veel van deze onderzoeken weinig hebben bijgedragen aan de vermeerdering van ons inzicht in de taakopvatting van huisartsen en in de wijze waarop deze gemeten kan worden.

De instrumenten ontworpen voor het meten van de taakopvatting van huisartsen hebben meestal de vorm van een vragenlijst, waarbij de respondent gevraagd wordt aan te geven in welke mate hij het eens is met elke stelling. Wanneer we zien hoeveel versies er zijn geweest en hoe vaak bijvoorbeeld de volgorde is gewijzigd van het door ons gedetailleerd bestudeerde onderdeel van de Dopheide-schaal, dan lijkt het bij de onderzoekers onbekend dat verandering van een vragenlijst van invloed kan zijn op de beantwoording.

De aangebrachte wijzigingen stellen ons voor problemen bij het vergelijken van de antwoorden met die op de eerdere versie: men weet niet of de gevonden verschillen voortkomen uit veranderingen bij de respondenten of eenvoudig het gevolg zijn van de aanpassing van het meetinstrument. Voor vervolgonderzoek leidt deze bevinding tot de aanbeveling om wanneer men voor een bestaand meetinstrument kiest, dit instrument - ondanks zijn gebreken - ongewijzigd te gebruiken.

Uit het overzicht van de wijze waarop verkregen gegevens zijn bewerkt, blijkt dat er een aantal ingesloten gewoonten zijn waarvan men de functionaliteit kan betwijfelen. Het verwijderen van vragen waarvan slechts enkele antwoordcategorieën zijn benut is zo'n gewoonte. Zoals aangegeven in hoofdstuk 5, konden wij in de literatuur weinig steun vinden voor deze gewoonte. Wanneer een vraag onderdeel uitmaakt van een doordacht meetinstrument om een theoretisch concept te meten en minstens twee antwoordcategorieën zijn door de respondenten gekozen, dan is het ongewenst om een dergelijke vraag te verwijderen met als enige argument dat maar twee antwoordcategorieën zijn benut.

Voor de onderzoeksfase waarin enquêtevragen zijn gecomprimeerd tot een enkele score geldt een vergelijkbare aanbeveling als voor de vragenlijsten. Doordat in ieder onderzoek de data zijn geanalyseerd alsof het het eerste onderzoek was op dit terrein, heeft ieder onderzoek geresulteerd in een taakopvattingsscore waarvan de samenstelling en totstandkoming uniek is. Het betekent in feite dat ieder onderzoek iets anders gemeten heeft, dan

wel, cynisch gesproken, de 'ruis' anders heeft geïnterpreteerd. Onvergelijkbaarheid van de resultaten is het onvermijdelijke gevolg.

De heterogeniteit van bevindingen in eerder onderzoek waar het ging om de relatie tussen de taakopvatting van huisartsen en achtergrondkenmerken, is dientengevolge mogelijk mede veroorzaakt door verschillen in gestelde vragen en wijze van datareductie.

Om de vergelijkbaarheid van deze studies te bevorderen, verdient het aanbeveling om de indices op dezelfde wijze op te bouwen.

Het stabiliteitsonderzoek geeft aan dat resultaten variëren. Tussen steekproeven, tussen variabelen en tussen categorieën van afzonderlijke variabelen bestaan opmerkelijke verschillen in uitkomsten en spreiding van uitkomsten. Dit leidt tot het inzicht dat het hachelijk is om over één steekproef resultaten te presenteren, zonder dat men inzicht heeft in de stabiliteit van die resultaten bij steekproefvariaties.

Door het gemiddelde analyseresultaat te nemen van een groot aantal steekproeven (in ons geval duizend), verkrijgt men een resultaat dat minder afhankelijk is van toevalsfluctuaties.

De gevolgde werkwijze is toepasbaar op een groot aantal problemen. Het is wenselijk dat door de ontwikkeling van nieuwe software dergelijke vormen van stabiliteitsonderzoek binnen bereik komen van iedereen die regelmatig met niet-parametrische technieken gegevens analyseert (cf. Van Rijckevorsel, 1987, p.178).

De verbanden tussen taakopvatting en achtergrondkenmerken, gevonden in een landelijke steekproef van 159 huisartsen, werden getoetst aan een populatie van 672 huisartsen in de regio Zuid-West Nederland. Deze werkwijze, de zogenaamde cross-validation, bevestigt de betrouwbaarheid van bevindingen, wanneer deze bij herhaling worden gevonden. Wanneer replicatie leidt tot een ander resultaat dan in de eerste analyse is dat een aanwijzing voor de statistische onbetrouwbaarheid van de relaties.

De toetsing leidt bij twee achtergrondvariabelen (praktijkomvang en urbanisatiegraad) tot herhaling van de bevinding dat er geen verband is met de taakopvatting. Bij de twee andere onderzochte kenmerken (praktijkvorm en vestigingsduur) leidt replicatie tot een resultaat dat verschilt van de eerste analyse. Dat betekent dat nader onderzoek nodig is alvorens een generaliserende uitspraak kan worden gedaan over de relatie tussen praktijkvorm en vestigingsduur enerzijds en taakopvatting anderzijds. In de discussieparagraaf van hoofdstuk 4 zijn enkele mogelijke oorzaken aangegeven voor de gevonden verschil-

len, waarvan de meeste overigens weinig waarschijnlijk lijken. Mogelijk is in het NIVEL-bestand sprake van selectieve nonresponse.

Bij de keuze van achtergrondkenmerken en de wijze van analyseren zijn we beperkt door de eigenschappen van de aanwezige gegevensbestanden. Zo is het denkbaar dat het in samenhang analyseren van meerdere achtergrondvariabelen en de taakopvatting leidt tot een beter inzicht dan bij de door ons gekozen weg om de achtergrondkenmerken afzonderlijk te beschouwen. De beperkte omvang van de bestanden sloot echter in ons geval een dergelijke multivariate aanpak uit.

Een belangrijke vraag, die ook door ons onderzoek niet is beantwoord, betreft de causaliteit in een eventuele relatie tussen taakopvatting en achtergrondkenmerken.

Vrijwel al het onderzoek op dit terrein kan betiteld worden als cross-sectioneel of transversaal, dat wil zeggen dat er slechts één keer gegevens worden verzameld en dat er geen sprake is van herhaalde metingen. Een eenmalige enquête kan verbanden blootleggen maar is niet geschikt om na te gaan op welke wijze en in welke mate taakopvatting en andere kenmerken elkaar beïnvloeden. Wil men daar meer inzicht in krijgen, dan dient een aanzienlijke groep huisartsen (praktijken) gedurende een periode van vele jaren regelmatig ondervraagd te worden.

Een kleine groep huisartsen zal waarschijnlijk in het verleden al bij herhaling een taakopvattingvragenlijst hebben ingevuld. Door het combineren van de gegevensbestanden van verschillende onderzoeken zou een eerste aanzet gegeven kunnen worden voor een longitudinale analyse.

Een nog onderbelicht terrein is dat van de eenheid van onderzoek bij het bestuderen van de taakopvatting. Uit ons overzicht bleek, dat de huisarts altijd de eenheid van onderzoek is. Het is echter waarschijnlijk dat alle medewerkers in een huisartspraktijk een rol spelen bij de totstandkoming van het feitelijke takenpakket van een praktijk. Opvattingen van alle praktijkmedewerkers over wat men wil en kan spelen daarbij een rol. Een logisch gevolg is, dat men zich bij de analyse van de taken van de huisartspraktijk niet mag beperken tot de huisarts, of bij 'meermans'-praktijken tot slechts één huisarts. Zelfs van de patiëntenpopulatie mag men aannemen dat ze van invloed is op het zorgaanbod van de huisarts en daarmee op diens taakopvatting. Het lijkt uitvoerbaar om de praktijk als eenheid van onderzoek te kiezen.

Huisartsen worden frequent benaderd voor wetenschappelijk onderzoek. De afgelopen decennia is de gemiddelde response bij postenquêtes onder huisartsen gedaald, regelmatig wordt gesproken van enquêtemoeheid bij deze onderzoeksgroep (Beek et al., 1984; Van der Wouden et al., 1988). Elke aanbeveling om meer, uitgebreider of gedetailleerder onderzoek te doen dient derhalve te worden voorafgegaan door een zorgvuldige afweging van de belasting voor de respondenten en de opbrengst aan informatie.

Gezien de vraagtekens die gezet zijn bij de relatie tussen taakopvatting en achtergrondkenmerken van de huisarts, de problemen die we hebben beschreven bij het meten van de taakopvatting en de heterogeniteit van aspecten die verborgen gaat achter de meeste achtergrondkenmerken, zijn we terughoudend in het doen van aanbevelingen die leiden tot het verzamelen van nieuwe gegevens.

Allereerst dient het theoretisch fundament te worden verstevigd voor de verklaring van variaties in het handelen van huisartsen en de rol die opvattingen over de taak daarin zouden kunnen spelen. Eerder verzamelde gegevens kunnen hun diensten bewijzen voor het toetsen van veronderstellingen, afgeleid uit de theorie in wording.

Eerder suggereerden we ook dat dergelijke reeds beschikbare gegevens bruikbaar zouden kunnen zijn voor een eerste beantwoording van longitudinale vragen met betrekking tot de relatie tussen de taakopvatting van de huisarts en andere kenmerken van persoon en praktijk. Om onze veronderstelling te toetsen dat het niveau van de praktijk als eenheid van onderzoek een consistentere samenhang oplevert dan het niveau van de individuele huisarts is het bestand van de Nationale Studie mogelijk geschikt.

SAMENVATTING

Dit proefschrift gaat over onderzoek naar de taakopvatting van huisartsen. Het is opgebouwd rond een aantal deelvragen, te weten:

1. Op welke wijze hebben onderzoekers in het verleden de opvattingen over de taak van de arts benoemd en gedefinieerd?
2. Welke mogelijkheden zijn er om het begrip in een theorie onder te brengen?
3. Op welke wijze is de taakopvatting van huisartsen gemeten?
4. Wat zijn de meettechnische eigenschappen van de instrumenten?
5. Welke relaties werden gevonden tussen de taakopvatting en andere kenmerken van de huisarts en zijn praktijk?
6. Wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van de taakopvattingsschaal van Dopheide?
7. Welke relaties vertoont de aldus gemeten taakopvatting met geselecteerde achtergrondkenmerken van de huisarts?

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van het onderzoek van de afgelopen decennia waarbij de opvatting van de huisarts over zijn taak aan de orde is gesteld. De meeste onderzoekers hebben dit kenmerk beschouwd als een factor die van invloed is, of zou kunnen zijn, op het gedrag van de huisarts.

Over de benoeming en definitie van het begrip is men het zelden eens. Zo worden de termen taakopvatting en taakafbakening nogal eens gebruikt alsof het hetzelfde fenomeen betreft. Dit gebrek aan overeenstemming kan misschien worden toegeschreven aan een onvoldoende theoretische fundering van het begrip. Weinig onderzoekers hebben namelijk gepoogd het begrip taakopvatting onder te brengen in een theoretisch kader. Wanneer we de mogelijkheden daartoe verkennen, dan lijken de professietheorie en de theorie omtrent de adoptie van innovaties het meest in aanmerking te komen om de taakopvatting onderdak te bieden.

De hierboven genoemde variatie in de benoeming van het begrip wordt nog overtroffen door die in de wijze waarop door verschillende onderzoekers het begrip is geoperationaliseerd. We ontmoeten een bonte verzameling van instrumenten, alle ontworpen om de taakopvatting van de huisarts te meten. Dit gebrek aan eenvormigheid heeft tot gevolg dat het vrijwel onmogelijk is, uitkomsten van de afzonderlijke studies met elkaar te vergelijken. Ten slotte blijkt het vaak onduidelijk waar de grenzen liggen tussen taakopvatting, competentie en feitelijke gedrag.

In het tweede hoofdstuk hebben we systematisch alle ons bekende onderzoeken van de laatste twintig jaar, die de taakopvatting van de huisarts (mede) ten onderwerp hadden, de revue laten passeren. Daarbij hebben we ons ingeperkt door vooral de taken van de huisarts te bezien in relatie tot die van de medisch specialist.

We worden geconfronteerd met een aanzienlijke variëteit aan onderzoeksinstrumenten en -methoden. De mate waarin men vooronderzoek doet en de wijze van analyse van de verkregen gegevens zijn aspecten waarin eveneens veel variatie te onderkennen valt. Het zal duidelijk zijn, dat deze verscheidenheid aan werkwijzen gemakkelijk tot spraakverwarring leidt, terwijl onderzoekers het ogenschijnlijk steeds over hetzelfde begrip 'taakopvatting' hebben.

Er is één instrument dat vaker gebruikt is, zij het niet zonder aanpassingen. Dit is de vragenlijst die in het begin van de tachtiger jaren op het Nederlands Huisartsen Instituut werd ontworpen door Dopheide. Bij dit instrument staan we uitgebreider stil, met name de tweede deellijst die de mening van de huisarts vraagt over de taakverdeling huisarts-specialist.

Vanuit een oogpunt van accumulatie van wetenschappelijke kennis is het positief te waarderen, wanneer onderzoekers gebruik maken van reeds bestaande instrumenten. Een groot voordeel is, dat allerlei meettechnische eigenschappen reeds bekend zijn en uitkomsten vergeleken kunnen worden met die van eerder onderzoek waarin hetzelfde instrument gebruikt werd. Een bijkomende voorwaarde voor die vergelijkbaarheid van uitkomsten is, dat de verwerking van de gegevens niet verschilt. Aan die voorwaarde wordt echter in het onderhavige geval nauwelijks voldaan. Variaties in voorbereiding en datareductie leiden ertoe, dat de uiteindelijke indices inhoudelijk maar gedeeltelijk hetzelfde terrein bestrijken. Daardoor worden verschillen in uitkomsten van opeenvolgende onderzoeken moeilijk interpreteerbaar. Is de werkelijkheid veranderd of het meetinstrument?

Het laatste deel van dit hoofdstuk geeft een overzicht van de relaties, die in het verleden zijn gevonden tussen allerlei kenmerken van de huisarts en zijn taakopvatting in relatie tot de medisch specialist. Dit gedeelte dient om de zojuist gegeven reden met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Voor geen van de door ons geselecteerde kenmerken (leeftijd, praktijkvorm en praktijkomvang, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis) blijkt er overeenstemming ten aanzien van de relatie tot de taakopvatting van de huisarts.

In het derde hoofdstuk worden de vraagstellingen geïntroduceerd die in het volgende hoofdstuk beantwoord zullen worden en de technieken die daarbij zullen worden gebruikt. Ook wordt beschreven hoe de gegevens werden voorbereid.

Het instrument voor het meten van de taakopvatting dat we nader beschouwen, is het onderdeel van de door Dopheide ontwikkelde taakopvattingsschaal, die het globale oordeel van de huisarts vaststelt over diens plaats ten opzichte van de medisch specialist.

De eerste vraag die we stellen is: wat zijn de kwantitatieve eigenschappen van deze schaal? Deze vraag valt uiteen in enkele deelvragen, die zich richten op homogeniteit, unidimensionaliteit en stabiliteit.

De tweede vraag is: welke relatie vertoont de aldus gemeten taakopvatting met achtergrondkenmerken van de huisarts, te weten praktijkvorm, vestigingsduur, urbanisatiegraad en praktijkomvang?

Er wordt gebruik gemaakt van de gegevens van twee onderzoeken onder huisartsen. Het oudste van de twee is uitgevoerd in 1985-1986 onder alle huisartsen in Zuid-West Nederland en bevat de gegevens van 672 respondenten. Het andere onderzoek is de enquête onder de huisartsen die meewerkten aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL (veldwerk 1987-1988) en bevat 159 respondenten.

Het percentage ontbrekende gegevens is laag, maximaal 2% voor de taakopvattingsvragen en 6% voor de achtergrondkenmerken. Door middel van een zogenaamde imputatietechniek werden de ontbrekende gegevens in het bestand aangevuld. De verdeling van achtergrondkenmerken van de huisartsen in beide bestanden verschilt op enkele punten.

In het schema aan het einde van hoofdstuk 3 (figuur 3.6.1) zijn de afzonderlijke stappen van de analyse schematisch weergegeven.

De resultaten van de analyses zijn beschreven in hoofdstuk 4. De antwoorden op de taakopvattingsvragen in het NIVEL-bestand blijken scheef verdeeld. Er zijn weinig huisartsen die voor de antwoordcategorieën hebben gekozen waarbij de specialist relatief meer zeggenschap wordt gegeven.

Bij homogeniteitsanalyse op deze vragen blijken de hoogste eigenwaarden .34 en .20. Dit wijst op relatief weinig samenhang. Aan de dimensie met de hoogste eigenwaarde blijken alle variabelen bij te dragen. Wanneer we nagaan hoe de oorspronkelijke categorieën door de techniek zijn weergegeven, dan blijkt de meest homogene oplossing gevonden te worden, wanneer een onderscheid wordt aangebracht tussen de meest 'huisartsvriendelijke' antwoordcategorie van elke vraag en de overige categorieën. Het gevolg is, dat het aantal vragen waarvan de respondent de meest huisartsvriendelijke categorie heeft gekozen, sterk samenhangt met de score op deze eerste dimensie. De tweede dimensie blijkt minder bruikbaar voor verder gebruik.

Homogeniteitsanalyse met een alternatieve wijze van transformeren, door middel van splines, blijkt niet tot betere resultaten te leiden.

Voor de stabiliteitsanalyse is uit het NIVEL-bestand duizend maal een steekproef met teruglegging getrokken van dezelfde omvang. Elke steekproef werd aan een homogeniteitsanalyse onderworpen op de taakopvattingvragen. De eerste eigenwaarde voor de duizend analyses liep uiteen van .26 tot .46. De variatiebreedte van de kwantificaties van de categorieën varieert sterk, in nauwe relatie met de frequentie waarin de categorie voorkomt.

De gemiddelden van de categoriekwantificaties van deze bootstrap-analyse werden gebruikt om per respondent uit het NIVEL-bestand een taakopvattingsscore te berekenen. Voor de eerder geselecteerde achtergrondvariabelen werd nagegaan of er een relatie bestaat met deze taakopvattingsscore. Voor soort praktijk, urbanisatiegraad en praktijkomvang bleek dit niet het geval, voor vestigingsduur wel: de groep die 6-15 jaar gevestigd was, is meer gericht op inbreng in de tweede lijn dan de huisartsen die minder dan 6 jaar gevestigd zijn.

Met behulp van dezelfde gemiddelde categoriekwantificaties werd ook voor het ZWN-bestand een taakopvattingsscore berekend. De in het NIVEL-bestand gevonden relatie tussen vestigingsduur en taakopvattingsscore bleek in het ZWN-bestand niet reproduceerbaar. Van de andere achtergrondkenmerken werd voor het soort praktijk een significant verschil gevonden, waarbij huisartsen uit solopraktijken minder invloed in de tweedelijns wens dan de overige respondenten. Bij combinatie van de praktijkvorm en vestigingsduur blijkt het verschil in resultaten tussen NIVEL- en ZWN-bestand terug te voeren op de groep respondenten uit meermanspraktijken die minder dan 5 jaar gevestigd zijn. De NIVEL-respondenten hebben hier een aanmerkelijk smallere taakopvatting dan hun ZWN-collega's. Voor de overige combinaties van categorieën van deze twee kenmerken zijn er geen verschillen tussen de bestanden.

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen die we in hoofdstuk 6 voor het onderzoek op het gebied van de taakopvatting van de huisarts hebben geformuleerd zijn:

1. Er is meer uniformiteit gewenst bij het vervaardigen van vragenlijsten en het analyseren van de antwoorden, teneinde de mogelijkheid tot vergelijking van uitkomsten te vergroten.
2. Ondanks jaren van onderzoek is er nog steeds geen inzicht in het verloop van de taakopvatting in de tijd, noch in de oorzakelijke relatie tussen taakopvatting en andere kenmerken.
3. Onderzocht dient te worden of de huisartspraktijk in plaats van de huisarts als eenheid van onderzoek tot consistentere bevindingen leidt.

SUMMARY

The subject of this thesis is the task conception of general practitioners. The following questions are dealt with:

1. In what way have doctors' task conceptions been conceptualized and defined in past studies?
2. What theoretical framework is suitable?
3. How was the task conception of general practitioners (GPs) assessed?
4. Which are the technical features of instruments, developed to assess task conceptions of general practitioners?
5. What relationships were found between task conception and other characteristics of GPs?
6. What are the quantitative properties of the task conception scale, developed by Dopheide?
7. What is the relation between task conception, as quantified in the previous phase, and selected background characteristics?

The first chapter gives an overview of Dutch studies since the early seventies in which the GP's conception of his task was addressed. Most of the investigators considered this characteristic as a factor which is, or might be, affecting the doctor's behaviour.

Little consensus can be found as to the labelling and definition of the concept. For example, the terms task conception and task demarcation have been used as if they were identical. This lack of agreement could be caused by a lacking theoretical foundation, as few investigators have tried to fit the concept into a theoretical framework. Surveying the options, the theory of professions as well as the theory of the dissemination of innovations appear to be candidates to host the concept of the GP's task conception.

Even more variation is found when looking at the operationalisation of the concept in various studies. The lacking uniformity leads to incomparability of study results. A problem found in a number of studies is unclarity about the boundaries between task conception, competence and actual behaviour.

The second chapter offers a systematic description of all investigations in which task conception has been studied. We restrict ourselves mainly to the tasks of the GP vis-à-vis the medical specialist.

We find a great variety of research instruments and methods, as well as of pilot studies and data analysis. Although investigators all address a concept coined 'task conception', it is evident that this variation easily results in a confusion of tongues.

One measurement instrument has been used several times, though not unchanged. This questionnaire was developed in the early 80's by Dopheide. We describe this instrument in detail, especially the second subscale, assessing the GP's opinion about the division of tasks between GP and specialist.

From the point of view of accumulation of scientific knowledge it is to be applauded when subsequent investigators use instruments that have been used before. A great advantage is, that measurement characteristics are already known, and results can be compared to that of earlier studies. An additional condition for comparison is that methods of data analysis are more or less similar. This condition, however, has rarely been met. Variations in preparation and data reduction cause the final combined indicators to be only roughly addressing the same domain of content. Hence it is very difficult to interpret differences in results of subsequent studies. Did reality change or was it just a different instrument?

The last part of the chapter gives an inventory of relations found between characteristics of the general practitioner and his task conception vis-a-vis the medical specialist. As will have become clear, we should be careful when interpreting results.

On selected characteristics (age, type of practice, list size, degree of urbanization and distance between surgery and nearest hospital) no agreement was found with respect to the relation with the GP's task conception.

In the third chapter we introduce the techniques to be used in the next chapter. We also describe how the data were prepared for analysis.

The instrument for the measurement of task conception to be studied in detail, is a part of a task conception questionnaire, developed by Dopheide, assessing the global judgment of the GP of his role in relation to that of the medical specialist.

The first question to be answered is: what are the quantitative characteristics of this scale? This question can be subdivided into questions addressing homogeneity, unidimensionality and stability.

The second question is: what is the relationship between the task conception thus measured and the following background characteristics of the GP: practice type, period established, degree of urbanization and list size.

Two databases of survey studies among general practitioners are introduced. The first survey was held in 1985-86 among all GPs in the South-Western part of the Netherlands. It contains data of 672 respondents and will be called South-Western base. The second study is the questionnaire among GPs that was part of the National Survey of morbidity and interventions in general practice, carried out by the Netherlands Institute for Primary

Care (NIVEL), for which data were collected in 1987-1988. It contains 159 respondents and will be called NIVEL base.

The proportion of missing data is low, maximal 2% for task conception questions and 6% for background characteristics (list size in first study). By means of imputation these missing data were replaced. Distributions of background characteristics in both data bases differ.

Chapter 4 describes the results of the data analysis. The answers of task conception questions appear to be skewly distributed in the NIVEL base. Few GPs chose categories giving specialists more control.

Homogeneity analysis of task conception items results in eigenvalues of .34 and .20 for the first and second dimension, indicating a low coherence. All items contribute to the highest dimension. When we look at the way in which categories are represented in the analysis, then the most homogeneous solution is found when a distinction is made between the most "GP-friendly" category of every questionnaire item and all other categories. Consequently, object scores for the first dimension are strongly related to the number of items where respondents have chosen the most positive category. The second dimension turns out to be less suitable for further use. Homogeneity analysis with an alternative method of transformation, by means of splines, does not give better results.

In the analysis of stability, a thousand samples with replacement were drawn from the NIVEL base. Every sample was submitted to homogeneity analysis of the task conception items. The highest eigenvalue for the thousand analysis varied from .26 to .46. The range of category quantifications varies widely, in apparent relation with the marginal frequency of each category in the original sample.

The mean category quantifications of this bootstrap analysis were used to compute a task conception score for every respondent in the NIVEL base. For the earlier mentioned background characteristics the relation with this task conception score was studied. Type of practice, degree of urbanization and list size did not show a relationship, period established did: the group established for 6 to 15 years is more focused on contributing to specialist policy than GPs that established themselves more recently.

Using the same mean category quantifications a task conception score was computed for the South-Western respondents. The relation found in the NIVEL base between period of establishment and task conception score was not reproducible in the South-Western base. For the other background characteristics type of practice resulted in significantly different task conception scores, with single-handed GPs desiring less influence in specialist care than the other respondents. After combining type of practice and establishment period, the difference in results between the two data bases can be traced back to the group of

respondents in group practices who established themselves for less than 5 years. NIVEL respondents in this group have a considerably lower task conception than their South-Western colleagues. Other combinations of these two characteristics do not show any further differences.

Among the conclusions and recommendations formulated in chapter 6 the most important are:

1. More uniformity is needed in designing questionnaires and analyzing data thus collected, in order to increase comparability.
2. Despite years of research, we still lack knowledge about the causal relationship between task conception and other characteristics.
3. Investigations into the practice as opposed to the GP as unit of research is suggested as a mode for improving consistency of results.

DANKWOORD

Schrijven is lijden, vooral als het om een proefschrift gaat. Het lijden wordt verlicht doordat je mensen om je heen weet die je steunen, schrijfsels van kritisch commentaar voorzien, of alleen maar belangstelling tonen. Enkelen wil ik hier met name noemen.

Prof. Dr. H.J. Dokter wil ik danken voor zijn onvermoeibare steun en adviezen, niet alleen inhoudelijk maar ook met betrekking tot de werkomstandigheden. Dr. J.L.A. van Rijckevorsel was een onmisbare gids in de wondere wereld van de data-analyse.

Ook de leden van de leescommissie, Prof.Dr. E. van der Does, Prof.Dr. T. Kloek en Prof.Dr. J. van der Zee dank ik voor hun bijdragen.

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn een groot aantal mensen betrokken geweest.

In de eerste plaats dank ik de 831 huisartsen die bereid waren een vragenlijst in te vullen. De ZWN-vragenlijst maakte deel uit van een enquête, uitgevoerd in het kader van een onderzoek dat werd gesubsidieerd door het Koningin Wilhelmina Fonds. Dit onderzoek werd begeleid door J.F. Groot, Prof.Dr. D. den Haan, Dr. Th.A.W. Splinter en I.-E. Wouterlood-van Cleeff. Bij het veldwerk waren A.J. Elzinga en M. Gerritsen belangrijke schakels. De gegevens uit de huisartsenenquête van de Nationale Studie van het NIVEL konden worden geanalyseerd dankzij de hulp van Dr. M. Foets. Voor het imputeren van ontbrekende waarnemingen dank ik Dr. S. van Buuren (NIPG-TNO). Bij het uitvoeren van de bootstrap-analyses was M. Markus een deskundige en behulpzame gesprekspartner. Mijn broer Ton dank ik voor de talloze verbeteringen die hij in de tekst aanbracht.

Alle medewerkers van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut ben ik erkentelijk voor de gelegenheid die mij is geboden om, regelmatig afgeschermd van de alledaagse bekommernissen, aan mijn proefschrift te werken.

Mijn gezin heeft meegeleden, doordat vrije tijd werd opgeofferd aan het werken aan het proefschrift. Marjolein, Puck, Lieve, Merel, Bregje en Jet, ik dank jullie voor je geduld.

LITERATUUR

- Ajzen I. Attitudes, traits, and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In: Berkowitz L (ed): *Advances in experimental social psychology*, 1987; 20: 1-63.
- Anderson NH. Integration theory applied to cognitive responses and attitudes. In: Petty R, Ostrom T, Brock T (eds). *Cognitive responses in persuasion*. New York: McGraw-Hill, 1978.
- Anscombe FJ. Topics in the investigation of linear relations fitted by the method of least squares. *Journal of the Royal Statistical Society, series B* 1967; 29: 1-52.
- Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Medisch Contact* 1984; 39: 1247-1251.
- Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap* 1991; 34: 51-61.
- Boekstijn C. Individu en groep: kernprobleem in de roltheorie en de sociale psychologie. In: Visser APH, Van der Vliert E, Ter Heine, EJH, Winnubst JAM (red). *Rollen*. Meppel: Boom, 1983.
- Boerma L, Tijssen I. Artsen over beroep en organisatie. ISG-publicatie nr.6. Nijmegen: Instituut Sociale Geneeskunde, 1983.
- De Boor C. *A practical guide to splines*. New York: Springer, 1978.
- Boots JMJ, Van Zutphen W. Taakopvatting van de huisarts. *Medisch Contact* 1981; 37: 65-68.
- Boots JMJ. *Het werk van de huisarts*. Dissertatie, Maastricht, 1983.
- Borsboom G. Confidence regions for multiple correspondence analysis using bootstrap methods. Rijksuniversiteit Leiden: Vakgroep sociaal-wetenschappelijke informatica, 1988.
- Braams FM. *En... wat zei de dokter?* Dissertatie, Rotterdam, 1993.
- Van der Burg E, De Leeuw J. Non-linear canonical correlation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 1983; 36: 54-80.
- Van der Burg E, De Leeuw J. Use of the multinomial jackknife and bootstrap in generalized nonlinear canonical correlation analysis. University of Twente: Dept of Education, 1987.
- Butter R. *Steekproevenverdelingen van convexe omhulsels*. Rijksuniversiteit Leiden: Vakgroep Methoden en Technieken van Psychologisch onderzoek, 1990.

- Van Buuren S, Van Rijkevorsel JLA. Fast least squares imputation of missing data. *Psychometrika* 1992; 57: 567-580.
- Cook TD, Flay BR. The persistence of experimentally induced attitude change. In: Berkowitz L (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* 1978; 11: 2-57.
- Coolen H, Van Rijkevorsel J, De Leeuw J. An algorithm for nonlinear principal components analysis with B-splines by means of alternating least squares. In: Caussinus H et al. (eds.) *COMPSTAT 1982*. Vienna: Physika Verlag, 1982.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-335.
- Daudin JJ, Duby C, Trecourt P. Stability of principal components analysis studied by the bootstrap method. *Statistics* 1988; 19: 241-258.
- DeFleur MC, Westie FR. Attitude as a scientific concept. *Social Forces*, 1963;42: 17-31.
- Diaconis P, Efron B. Computer-intensive methods in statistics. *Scientific American* 1983; 17: 96-108.
- Van Dijk J, Peters F. De communicatie tussen huisarts en specialist in de regio Tilburg. Vakgroep Psychologie van Organisatie en Arbeid, Katholieke Hogeschool Tilburg, 1981.
- Dokter HJ, Van Berkel P. Is er toekomst voor generalisatie in de geneeskunde? *Medisch Contact* 1984; 40: 1296-1298.
- Doob LW. The behavior of attitudes. *Psychological Review* 1947; 54: 135-156.
- Dopheide JP, Van der Zee J. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. *Medisch Contact* 1980; 2: 879-884.
- Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982 (a).
- Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. *Gezondheid en Samenleving* 1982 (b);3: 141-151.
- Dopheide J. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluis EM et al. (eds.) *Overzichtsstudie Onderzoek Eerstelijns*. Utrecht: NIVEL, 1985, p. 401-443.
- Dopheide JP, Kersten TJMT, Nijhout FP, Van der Speld GDJ. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: NIVEL, 1986.
- Draper P, Smits HL. The primary-care practitioner - specialist or jack of all trades. *New England Journal of Medicine* 1975; 293: 930-907.
- Efron B. Bootstrap methods: another look at the jackknife. *Annals of Statistics* 1979; 7: 1-26.
- Efron B. *The jackknife, the bootstrap and other resampling plans*. Philadelphia: SIAM, 1982.

- English HB, English AL. Psychological and psychoanalytical terms. London: Longman, 1958, 1974.
- Van Es JC, Pijlman HR. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap* 1970; 13: 443-449.
- Van Es JC. Huisarts, specialist en taken. *Medisch Contact* 1985; 40: 443.
- Van Eijk J, Beek M, Heyrman J, Van Hoeck K, Rutten G. Taakafbakening tussen huisarts en internist. *Gezondheid en Samenleving* 1985; 6: 286-295.
- Fazio RH, Zanna MP. Direct experience and attitude-behavior consistency. in: Berkowitz L (ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, 1981; 14: 161-202.
- Fendrich JM. A study of association among verbal attitudes, commitment and overt behavior in different experimental situations. *Social Forces* 1967; 45: 347-355.
- Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: de huisartsenenquête van de nationale studie: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: NIVEL, 1991.
- Freidson E. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge.* Chicago: University of Chicago Press, 1970/1988.
- Freidson E. *De medische professie: een studie van de sociologie van toegepaste kennis.* Lochem: De Tijdstroom, 1981.
- Galtung J. *Theory and methods of social research.* London: George Allen & Unwin, 1967/1973.
- Van de Geer J. *Analyse van categorische gegevens.* Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
- Geyman JP. Toward the resolution of generalist-specialist boundary issues. *Journal of Family Practice* 1989; 28: 399-400.
- Gifi A. *Nonlinear multivariate analysis.* Chichester: Wiley, 1990.
- Greenacre MJ. *Theory and applications of correspondence analysis.* New York: Academic Press, 1984.
- Greenhill S, Singh GH. Comparison of the functions of medical practitioners in rural areas with those in urban areas: a pilot study. *Journal of Medical Education* 1964; 39: 806-9.
- Groenewegen PP. *Locatiekeuze en huisartsendichtheid.* Dissertatie, Utrecht, 1985.
- Groenewegen PP, Hutten JBF, Van der Velden K. List size, composition of practice and general practitioners workload in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1992; 34: 263-270.

- Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
- Grol R, Van Eijk J, Mokkink H, Beek M, Mesker P, Smits A, Mesker-Niessen J. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. *Gezondheid en Samenleving* 1985; 6: 31-40.
- De Groot AD. *Methodologie*. Den Haag: Mouton, 1961.
- Guilford JP. *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill, 1954.
- Ter Heine EJH, Visser A Ph, Van de Vliert E. Over het begrip rol. In: Visser APh, Van der Vliert E, Ter Heine, EJH, Winnubst JAM (red). *Rollen*. Meppel: Boom, 1983.
- Heiser WJ. *Unfolding analysis of proximity data*. Dissertatie, Leiden, 1981.
- Heiser WJ, Meulman J. Constrained multidimensional scaling, including confirmation. *Applied Psychological Measurement* 1983; 7: 381-404.
- Heiser WJ, Meulman J. *Cross validation of multidimensional representations*. Rijksuniversiteit Leiden: Department of Data Theory, 1984.
- Hinkley D. Bootstrap methods. *Journal of the Royal Statistical Society, series B*. 1988; 50: 321-37.
- Van Hoof JJBM. *Het beroep als object van sociologisch onderzoek*. Amsterdam: SISWO, 1969.
- Hove-Baeck A. *Het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts*. *Politica* 1978; 28: 319-371.
- Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, De Melker RA. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 226-234.
- Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWMM. De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisartsen en specialisten. In: Van Es et al. (red). *Het Medisch Jaar 1985*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985, p. 50-58.
- Jaspers JB. *Het medische circuit*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.
- Kersten TJJMT. *Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist*. *Medisch Contact* 1988; 43: 849-851.
- Kersten TJJMT. *De invloed van huisartsen in de tweedelij*. Dissertatie, Utrecht, 1991.
- Kersten TJJMT. De invloed van de huisarts op de specialist. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1992; 90: 171-179.
- Krech D, Crutchfield RS, Livson N. *Elements of Psychology*. New York: Alfred Knopf, 1974.
- Kruidenier HJ. Afstand tot het ziekenhuis van invloed op verwijspatroon. *Inzet* 1977; 1: 32-39.

- Laljee M, Brown LB, Ginsburg GP. Attitudes: Disposition, behaviour or evaluation? *British Journal of Social Psychology* 1984; 23: 233-244.
- De Leeuw J. Multivariate analysis with linearizable regressions. *Psychometrika* 1988; 53: 437-454.
- De Leeuw J, Van Rijckevorsel JLA, Van der Wouden H. Nonlinear principal components analysis with B-splines. *Methods of Operations Research* 1981; 33: 379-393.
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1983.
- Liska AE. The consistency controversy. Readings on the impact of attitude on behavior. New York: Wiley, 1975.
- Little RJA, Rubin DB. Statistical analysis with missing data. New York: Wiley, 1987.
- Little RJA, Rubin DB. The analysis of social science data with missing values. In: Fox J, Scott Long T (eds). *Modern methods of data analysis*. London: Sage, 1990, p.374-409.
- Lord FM. Some relations between Guttman's principal components of scale analysis and other psychometric theory. *Psychometrika* 1958; 23: 291-296.
- Maas-De Waal CJ, Schriever BF, Sikkel D. Toepassing van niet-lineaire technieken bij de analyse van maatschappelijke participatie. Serie Statistische onderzoeken, M16. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1982.
- De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Dissertatie, RU Gent, 1989.
- Markus M, Visser R. Bootstrap methods for generating confidence regions in HOMALS. Rijksuniversiteit Leiden: Department of Behavioral Computer Science, 1990.
- Markus M. External stability of HOMALS parameters, evaluated by the bootstrap method; optimal conditions. Rijksuniversiteit Leiden: Department of Behavioral Computer Science, 1991.
- Meijman FJ. Huisarts en Wetenschap. Register 1972-1991. Utrecht: NHG, 1992.
- De Melker RA. Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin. Dissertatie, Nijmegen, 1973.
- Miller RG. Simultaneous statistical inference. New York: Springer, 1981.
- Mokkink H. Ziekenfondscijfers als parameter van het handelen van huisartsen. Dissertatie, Nijmegen, 1986.
- Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1967.
- Nijhout FP. De opening van een ziekenhuis: gevolgen voor de taakopvattingen en verwijscijfers van huisartsen. In: Boerma WGW en Hingstman L (eds). *De eerste lijn onderzocht*. Utrecht: Van Loghum Slaterus, 1985, p.75-83.
- Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34: 484-7, 499.

- Peterson OL, Andrews LP, Spain RS, Greenberg BG. An analytic study of North Carolina general practice 1953-1954. *Journal of Medical Education* 1956; 31(12 part 2); 1-165.
- Querido A. Aantekeningen bij de relatie specialist-huisarts. *Medisch Contact* 1974; 29: 1466.
- Raupp JLM. Over werkwijzen van huisartsen. Dissertatie, Nijmegen, 1971.
- Rethans JJ. Does competence predict performance? Dissertatie, Maastricht, 1991.
- De Ridder D, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NCGV/NIVEL, 1987.
- Van Rijckevoersel JLA, Bettonvil B, De Leeuw J. Recovery and stability in nonlinear principal components analysis. Rijksuniversiteit Leiden : Department of Data Theory, 1980, 1985.
- Van Rijckevoersel JLA. The application of fuzzy coding and horseshoes in multiple correspondence analysis. Dissertatie, Leiden, 1987.
- Van Rijckevoersel JLA, De Leeuw J (eds). Component and correspondence analysis: dimension reduction by functional approximation. Chichester: Wiley, 1988.
- Van Rijckevoersel JLA, Van Kooten G. Smooth PCA of economic data. *Computational Statistics Quarterly* 1985; 2: 143-172.
- Rogers EM, Shoemaker FF. Communication of innovations: a cross-cultural approach. New York: Free Press, 2nd ed, 1970.
- Rutgers MJ. Meningen van huisartsen en specialisten gepeild: de zorg voor epilepsiepatiënten. *Medisch Contact* 1985;40: 721-724.
- Rutten G, Van Eijk J, Beek M. Huisarts, huidarts of patiënt ? *Medisch Contact* 1985(a); 40: 325-326.
- Rutten G, Beek M, Van Eijk J. Kleine chirurgie: door wie ? *Medisch Contact* 1985(b); 40: 367-368.
- Rutten G, Van Eijk J, Beek M. Controles bij diabetes mellitus. *Medisch Contact* 1985(c); 40: 389-390.
- Rutten G, Van Eijk J, Beek M. Huisarts en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. *Medisch Contact* 1985(d); 40: 432-434.
- Rutten G, Van Eijk J, Beek M. Chronische bronchitis. *Medisch Contact* 1985(e); 40: 457-458.
- Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill, 1988.
- Sluijs EM. Huisarts. In: Sluis EM et al (ed) Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985, p.39-143.

- Van Staveren G. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen. Dissertatie, Amsterdam, 1984.
- Stevens FCJ. De bureaucrativering van het medisch specialistisch ambacht. Dissertatie, Maastricht, 1987.
- Stine R. An introduction to bootstrap methods. In: Fox J, Long JS (eds.). *Modern methods of data analysis*. London: Sage, 1990.
- Swanborn PG. *Schaaltechnieken*. Meppel: Boom, 1982.
- Swinkels MAA, Dopheide JP. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- Swinkels MAA, Dopheide JP, Visser GJ. Samenwerking in Hoogeveen. Samenvatting. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- Swinkels MAA, Dopheide JP. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn. De casus Hoogeveen. *Medisch Contact*, 1983;38: 512-514.
- Swinkels MAA, Dopheide JP. Samenwerking volgens het consultatiemodel. In: De Greve WB (red). *Samenwerking ziekenhuis en eerste lijn*. Serie Leiding & organisatie in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983 (1) 64-79.
- Tijssen IMGJ, Boerma LH, Persoon J. De medische professie: een heterogene beroepsgroep. *Gezondheid & Samenleving* 1985: 6: 4-13.
- Touw-Otten F. *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde*. Dissertatie, Utrecht, 1981.
- Touw-Otten FWMM. *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde II*. Huisarts en Wetenschap 1991; 34:141-145.
- Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- Visser APH, Van de Vliert E, Ter Heine EJH, Winnubst JAM (red). *Rollen*. Meppel: Boom, 1983.
- Van de Vliert E. Determinanten van rolgedrag. In: Visser APH, Van der Vliert E, Ter Heine, EJH, Winnubst JAM (red). *Rollen*. Meppel: Boom, 1983.
- Van der Voort H. Enkele vaardigheden van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 1980; 23: 218-222.
- Vorst FA. Inventarisatie. In: *Huisarts en specialist op één lijn !, (hoe) moet dat ?* Verslag van een symposium gehouden op 30 november 1984. Brunssum, 1984.
- Vroege NH. *Sociologie van de arts*. Utrecht: Schotanus & Jens, 1968.
- Weinberg SL, Carroll JD, Cohen HS. Confidence regions for INDSCAL using the jackknife and bootstrap techniques. *Psychometrika* 1984; 49: 475-91.

- Whitfield M, Grol R, Mookink H. General practitioners' opinions about their responsibility for medical tasks: comparison between England and the Netherlands. *Family Practice* 1989;6: 274-278.
- Winkler Prins J. Huisarts en patiënt. Dissertatie, Amsterdam, 1966.
- Wippler R. De plaats van roltheoretische ideeën in de sociologie. In: Visser APH, Van der Vliert E, Ter Heine, EJH, Winnubst JAM (red). *Rollen*. Meppel: Boom, 1983.
- Wolinski FD. Why physicians choose different types of practice settings. *Health Services Research* 1982; 17: 399-419.
- Van der Wouden JC. De opinie van huisartsen en specialisten over hun samenwerking bij kankerpatiënten in de regio Rotterdam/Gouda. Rotterdam: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, 1986.
- Van der Wouden JC, Hingstman L, Elzinga AJ. De medewerking van artsen aan post-enquêtes. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1988; 66: 379-381.
- Van der Wouden JC, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. *Huisarts en Wetenschap* 1989; 32: 51-5.
- Van der Zee J. Inleiding. In: Sluis EM et al (ed) *Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns*. Utrecht: NIVEL, 1985, p.1-5.
- Van Zutphen W. De taken van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1984.

VERKLARING VAN TECHNISCHE TERMEN

<i>alpha (Cronbach)</i>	maat voor de interne consistentie van een serie Likert-items
<i>bootstrapanalyse</i>	één van de zogenaamde hertrekkingsmethoden. Uit een reeds verzamelde hoeveelheid gegevens wordt, met teruglegging, een groot aantal steekproeven van dezelfde omvang getrokken. Door elk van deze steekproeven te onderwerpen aan dezelfde analysetechniek krijgt men inzicht in de stabiliteit van de analyseresultaten.
<i>breekpunten</i>	bij spline-functies: de overgang tussen trajecten
<i>categoriekwantificatie</i>	in homogeniteitsanalyse het vervangen van categorienummers door gewichten op basis van samenhang in de gegevensset.
<i>cross-validation</i>	toetsen van eerder gevonden resultaten aan nieuwe gegevens.
<i>datareductie</i>	het vervangen van een veelheid variabelen door een kleiner aantal, dat de oorspronkelijke set zo goed mogelijk samenvat
<i>discriminatiemaat</i>	in homogeniteitsanalyse de bijdrage van een afzonderlijke variabele aan een bepaalde dimensie. Discriminatiematen van alle variabelen tellen per dimensie op tot de eigenwaarde.
<i>disproportioneel</i>	van een gestratificeerde steekproef: voor afzonderlijke stratificatiekenmerken worden deelsteekproeven getrokken met ongelijke proporties.
<i>eigenwaarde</i>	in homogeniteitsanalyse de kwantiteit die per dimensie de mate van homogeniteit van de gegevens aangeeft. De hoogte van de opeenvolgende eigenwaarden geeft de verhouding tussen het belang van de afzonderlijke dimensies. Tezamen met inhoudelijke interpreteerbaarheid van een dimensie is de hoogte van de eigenwaarde een indicator voor de relevantie.
<i>erica</i>	dopheide
<i>F-toets, F-waarde</i>	toets voor het vergelijken van groepsgemiddelden gebaseerd op variantieanalyse.
<i>HOMALS</i>	computerprogramma voor homogeniteitsanalyse
<i>homogeniteitsanalyse</i>	techniek voor het gelijktijdig analyseren van meerdere kenmerken van een groep gegevens. De techniek is met name geschikt wanneer de kenmerken niet numeriek zijn, maar ondergebracht in categorieën.
<i>imputatie</i>	het completeren van ontbrekende waarnemingen in een gegevensbestand aan de hand van een bepaald statistisch algoritme.
<i>item-nonresponse</i>	respondenten beantwoorden sommige vragen niet.

<i>Likert-item/-schaal</i>	(onderdeel van) lijst met vragen in de vorm van stellingen, waarbij respondent gevraagd wordt de mate van instemming aan te geven.
<i>monotonie</i>	het feit dat opeenvolgende categorieën van een variabele in dezelfde richting (stijgend danwel dalend) worden afgebeeld.
<i>niet-lineaire multivariate analyse</i>	analyse van meer dan twee variabelen, waarbij de eis, dat de relatie tussen variabelen volgens een rechte lijn verloopt, vervalt.
<i>NS</i>	niet significant: een gevonden verschil of effect is waarschijnlijk te wijten aan het toeval.
<i>p-waarde</i>	kans (in fractie van 1=100%) dat een gevonden statistisch resultaat aan het toeval te danken is.
<i>Scheffé-toets</i>	bij gelijktijdige vergelijking van de gemiddelden van meer dan twee groepen wordt de onbetrouwbaarheidsdrempel gecorrigeerd voor het feit dat er meervoudig getoetst wordt.
<i>scheve verdeling</i>	antwoorden van respondenten zijn niet symmetrisch verdeeld over de antwoordcategorieën van een vraag (van het Likert-type).
<i>selectiebias</i>	vertekening ten gevolge van het feit, dat geselecteerde objecten systematisch afwijken van niet geselecteerde objecten.
<i>SPLINALS</i>	computerprogramma voor homogeniteitsanalyse, waarbij transformatie geschiedt door middel van splines.
<i>spline(-functie)</i>	wiskundige functie waarbij x-as (te transformeren variabele) in trajecten wordt opgedeeld, op elk waarvan een afzonderlijke afbeelding (transformatie) kan worden gekozen. Alternatief voor stapfunctie in homogeniteitsanalyse.
<i>stratificatie</i>	van een steekproef: om te bewerkstelligen dat bepaalde kenmerken voldoende vertegenwoordigd zijn, wordt de steekproef getrokken uit homogene deelgroepen, die voldoen aan de gevraagde kenmerken.
<i>uitbijter</i>	buitenbeentje
<i>Wilcoxon-Mann-Whitney-toets</i>	Toets voor het vergelijken van twee verdelingen, uitgaande van de rangordening van de waarnemingen.

INVENTARISATIE ONDERZOEKEN TAAKOPVATTING

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Raupp JLM, Over werkwijzen van huisartsen.

Dissertatie, Nijmegen, 1971

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Beroepsbeleving

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc.)

Een veelheid van aspecten is (zonder verdere argumentatie) in de items verwerkt: o.a. het alleen werken, de continue beschikbaarheid, de irregulariteit van het werk, het snel alleen moeten beslissen, het verwijzen, de gezinssituatie, de veranderende status, vrije tijd, honorering, relatie met specialisten, arts-patiënt relatie (p.42). Items die het raakvlak met de tweede lijn betreffen zijn: 7, 9, 10, 13, 19. Proefenquête uitgevoerd (omvang en werkwijze niet vermeld).

2. type items, benoeming categorieën

37 Likert-items voorgelegd, geheel eens, gedeeltelijk eens, geen mening, gedeeltelijk oneens, geheel oneens.

3. onderzoeksmethode

Mondelinge interviews, duur ca. 80 minuten (p.34), door getrainde enquêteurs (opleiding van drie weken: p.33). Beroepsbelevingitems werden schriftelijk beantwoord (p.36)

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

Alle Limburgse solo-huisartsen met minstens 500 ziekenfondspatiënten, die tenminste 3 jaar het beroep uitoefenden (p.30). 214 in aanmerking, 213 geworven, 191 respondenten (90%) (p.33). Nonrespondenten verschilden niet qua apotheekhoudendheid, leeftijd, jaar van afstuderen, praktijkomvang en verwijzpercentage (p.32).

5. item-nonresponse taakopvattingvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Item-nonresponse zelden boven 10% (p.42).

Als de hoogste of laagste drie categorieën meer dan 80% van de huisartsen bevatten, werd van een te geringe spreiding gesproken (onder verwijzing naar Guilford 1954). 7 items werden zo verwijderd (p.45). Geen van de verwijderde items relevant voor raakvlak met tweede lijn. Vijf items werden nog verwijderd omdat deze bij beantwoording vragen opriepen omtrent de bedoeling ('dubbelzinnig'). Eén van de items betreft de taakopvatting zoals door ons gedefinieerd. Er resteren 37-7-5= 25 items.

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Factoranalyse op matrix met Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënten (p.45), orthogonale rotatie, drie factoren verklaren 31% van de variantie.

Items 9,10 en 19 'laden' op de eerste factor, evenals 5 andere items. Item 7 laadt op de derde factor. De eerste factor (11% variantie verklaard) wordt door de schrijver benoemt als verwijzen-de naar de mate van onbehagen met betrekking tot de structuur waarin de huisarts moet werken, factor II de wijze waarop de huisarts zijn beroep inhoudelijk omschrijft (psychosociaal vs. somatisch, alleen vs. teamverband, al of niet traditioneel, etc.), factor III gaat over de subjectieve beleving van de stress-elementen (blz 46-49). Factorscores op deze drie factoren zijn gebruikt voor relatering aan andere variabelen (p.64).

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

De Melker RA, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dissertatie.
Nijmegen: Dekker & vdVegt, 1973.

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Opvatting van de huisarts ten aanzien van gedrag en taak bij ziekenhuispatiënten

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc.)

Literatuur, discussies met groepen huisartsen, proefenquête onder 20 huisartsen.

2. type items, benoeming categorieën

35 Likert-items over de rol van de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten.

Helemaal, gedeeltelijk mee eens, geen mening, gedeeltelijk, helemaal mee oneens.

3. onderzoeksmethode

Schriftelijke enquêtes per post, 50 vragen.

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

Landelijke steekproef (10% van alle huisartsen, N=428) en bij de huisartsen die samenwerken met 4 ziekenhuizen. Response landelijke steekproef 76%, geen nonresponsebias voor NHG-lidmaatschap, apotheekhoudendheid, urbanisatiegraad, jaar van afstuderen.

Vier groepen huisartsen rond vier ziekenhuizen (N=222) response 81%.

5. item-nonresponse taakopvattingsvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Item-nonresponse varieerde van 0 tot 2% (bijlage).

Zie verder Jacobs et al. 1979.

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Geen datareductie. Wel door Jacobs et al. 1979.

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, Melker RA de. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. Huisarts & Wetenschap 1979 (22) 226-234.

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Taakopvatting ten opzichte van ziekenhuispatiënten

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

zie De Melker (1973)

Secundaire analyse van (een deel van) het materiaal

2. type items, benoeming categorieën

zie De Melker (1973)

3. onderzoeksmethode

zie De Melker (1973)

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

Voor de secundaire analyse werd alleen gebruik gemaakt van de 4 lokale groepen huisartsen (180 respondenten van 220 aangeschrevenen), selectiebias kon niet worden nagegaan.

5. item-nonresponse taakopvattingsvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Weet niet/geen antwoord analyse cf. Galtung (p.139-141): vier respondenten verwijderd wegens teveel missing values, één wegens response set. 14 items verwijderd: te extreem geformuleerd (9 items met meer dan 75% respondenten aan 1 zijde van de middencategorie), neutraal (3 items met veel respondenten in de middencategorie) tweetoppig (1) en constante (1)

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Factoranalyse op resterende 21 items: nog eens negen statements verwijderd (waarom is onduidelijk, vermoedelijk wegens het te laag laden in de uiteindelijke oplossing) zodat er uiteindelijk twaalf overblijven. Factoranalyse, gefixeerd op twee factoren, varimaxrotatie. De eerste factor wordt benoemd als globale taakopvatting van de huisarts met betrekking tot zijn ziekenhuispatiënten.

Vervolgens werden de belangrijke items gesommeerd met behulp van de factorscores. Deze intervalvariabele werd teruggebracht vijf categorieën. De totstandkoming van de categorieën (afkappunten) is onduidelijk.

Met deze categorische variabele 'taakopvatting ten opzichte van ziekenhuispatiënten' is vervolgens onderzocht welke relatie er bestaat met andere variabelen.

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Dijk J van en Peters F. De communicatie tussen huisarts en specialist in de regio Tilburg. 8e semesterscriptie. Vakgroep Psychologie van Organisatie en Arbeid, Katholieke Hogeschool Tilburg, 1981.

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Taakperceptie

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

Onduidelijk. Continuüm taakperceptie, met als extremen de veranderende huisarts en de traditionele huisarts. Verschillende elementen, relevant is dat de veranderende huisarts (per definitie) een ruime taakopvatting heeft, dat wil zeggen veel problematiek tot zijn vakgebied rekent (p.48).

2. type items, benoeming categorieën

Gevarieerde items. Bijlage 6, vraag 4 (15 Likert-items over taakafbakening met en relatie tot de specialist) 5 categorieën, alleen extreme categorieën benoemd: volledig (mee eens) - helemaal niet (mee eens); vraag 5 (7 items) 6 categorieën: onontbeerlijk, zeer- tamelijk- matig belangrijk, tamelijk onbelangrijk en onbelangrijk (positieve categorieën hebben een wat extremere klank dan de negatieve: zeer onbelangrijk komt niet voor, een betere tegenpool van 'onontbeerlijk' lijkt 'volstrekt overbodig'); vraag 9 (open vraag); vraag 10 (6 items) 5 categorieën: volledig-groten-deels wel-deels wel deels niet- nauwelijks- helemaal niet; vraag 11 (open vraag). (p. 55-56 en bijlage 6)

3. onderzoeksmethode

Mondelinge enquête (p.54).

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

Steekproef van 25 huisartsen in regio Tilburg, die eerder hadden geparticipeerd in onderzoek naar communicatie huisarts-specialist (selectie). Vier weigeringen, vervangen door vier anderen. (p.55).

5. item-nonresponse taakopvattingsvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Geen item-nonresponse gerapporteerd. Buitenste 2 categorieën samengevoegd (bijlage 7a).

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

vraag 4: extreme antwoordcategorieën samengevoegd. Vervolgens respondenten geordend (ordinaal) aan de hand van hun antwoorden op achtereenvolgens de vragen 4, 10, 5 en 9. Vervolgens gegroepeerd: 10 traditionele huisartsen, 10 veranderende huisartsen en een (niet gebruikte) middengroep van 5 huisartsen (bijlage 7). Vervolgens waarden op overige variabelen van de aldus gevormde twee groepen beschouwd. Geen alpha.

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Grol R. (rapporteur) Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. Deel 5 Eindrapportage van het project "Preventie van somatische fixatie". Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983;

Grol R, Eijk J. van, Mokkink H, Beek M, Mesker P, Smits A, Mesker-Niesten J. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving 1985 (6) 31-40.

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Taakopvatting op somatisch gebied

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

Na een pilot onder 66 huisartsen werd de definitieve vragenlijst opgesteld, die naast beide taakopvattingsschalen nog 10 andere schalen bevatte.

Somatische taakopvatting is deels ontleend aan het werk van Boots (1983: schalen "diagnostisch niveau" en "therapeutisch niveau"). Het gaat om uitspraken over een lijst met 22 medische diagnostische en therapeutische handelingen, met de vraag of de huisarts deze tot zijn taak rekent. Psychosociale taakopvatting 12 items (p.24).

Naast taakopvatting is ook het competentiegevoel gemeten. Sterke samenhang, maar problemen (p.105) door onderlinge beïnvloeding tijdens beantwoording leiden ertoe, dat deze competentie en opvatting weer worden samengevoegd (zie verder).

2. type items, benoeming categorieën

5 puntsschaal met "Deze medische handeling behoort: volledig/grotendeels/enigszins/nauwelijks/absoluut niet tot de taak van de huisarts".

3. onderzoeksmethode

Schriftelijke enquête. Onduidelijk hoe aangeboden, gezien de response (100%) waarschijnlijk persoonlijk.

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

112 huisartsen. Van nonresponse is geen sprake. De auteur signaleert het gevaar van bias door zelfselectie van de respondenten (Grol, 1983, p.12, 23) doordat een deel (55) van de respondenten afkomstig is van een cursus over 'preventie van somatische fixatie'.

5. item-nonresponse taakopvattingvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Item-nonresponse varieert van 1 tot 3% (p.16-17). Wanneer meer dan 85% het eens was, oneens was, dan wel de middencategorie had gekozen, werd het item verwijderd. Gebeurde tweemaal.

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Datareductie vindt plaats door middel van factoranalyse. Somatische taakopvatting: gevonden 2 dimensies (na varimaxrotatie) worden geïnterpreteerd als respectievelijk betreffende de technische vaardigheden ('doeners') en de analytische en begeleidende kant van het huisartsenwerk ('denkers'). (p.18-20) Vinden niet terug het onderscheid diagnostisch-therapeutisch van Boots en Van Zutphen. De scores op de twee factoren worden gebruikt voor nader onderzoek. Alpha resp. .69 en .63 (p.103)

Verdere reductie door samenvoeging taakopvatting- en competentie-items en factoranalyse (p.106-107): Taakopvatting technisch, analytisch, psychosociaal en algemeen en competentiegevoel algemeen. Over deze fase worden geen details gerapporteerd (welke items, factorladingen, alpha, etc) in Grol '83, factorladingen wel in Grol '85.

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Boots JMJ en Van Zutphen W. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact 1981 (37) 65-68.

Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1983.

Zutphen W. van. De taken van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1984.

(Hieronder wordt voornamelijk verwezen naar het proefschrift van Boots, meeste punten zijn ook in Van Zutphen te vinden, een enkel uitsluitend in het tijdschriftartikel).

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Taakbreedte, taakperceptie

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

Gezocht naar onderdelen van huisartsentaak waarover meningsverschil bestaat, overleg met Commissie "Takenpakket" LHV. Over ieder onderdeel werd een positief en een negatief geformuleerde vraag opgenomen (Boots, p.42) Thema's: diagnostiek, therapie, begeleiding, preventie, verwijzing binnen en buiten de gezondheidszorg (p.57).

Voorgelegd aan collega's en twee buitenstaanders, bijgesteld (p.58). "De geldigheid van de vragenlijst is gebaseerd op de "face value" en "expert opinion". De geconstrueerde geldigheid betreft de vooraf gecreëerde samenhang van de uitspraken en de wijze van selectie"(Boots, p.58).

2. type items, benoeming categorieën

58 items van het Likert-type. Mee eens-enigszins mee eens-neutraal of geen mening-enigszins mee oneens-mee oneens (Boots, p.145).

3. onderzoeksmethode

a. kleine steekproef: persoonlijk overhandigd en na invulling weer ingenomen + directe observatie van werkuitoefening. b. grote steekproef: postenquête

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

a. kleine steekproef: 93 huisartsen uit 8 subregio's. Nonresponse onduidelijk: auteurs melden, dat uitval door geweigerde medewerking zich niet heeft voorgedaan (p.61), maar tijdens de persoonlijke werving, die plaatsvond door LHV-districtsvertegenwoordigers, is mogelijk wel sprake geweest van gebrek aan bereidheid of selectie van gemotiveerde huisartsen.

b. grote steekproef: 900 huisartsen random getrokken uit huisartsenbestand NHI.

Response: 70% geretourneerd, 68% geschikt voor verdere verwerking. Vergelijking van steekproeven en populatie voor urbanisatiegraad en praktijkvorm geeft geen verschil.

5. item-nonresponse taakopvattingvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ? onbekend

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Associatiematrix van maximale kappa's, vervolgens cluster-analyse (hiërarchisch, complete linkage) op de variabelen. Relevante clusters (1,3,4): zelf sociale problemen aanpakken ; zo weinig mogelijk doorverwijzen; zoveel mogelijk zelf begeleiden en preventief werken.

Factoranalyse, resultaat te zwak voor nadere analyse.

Van de 23 (van de oorspronkelijk 58) items die in bovengenoemde clusters vielen, werden de categorieën dezelfde kant op gecodeerd en opgeteld, som vervolgens naar vijfpuntsindeling getransformeerd (alpha was .54), de index 'taakbreedte' geconstrueerd (Boots p. 70-75, Boots & Van Zutphen, p. 66).

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

Boots JMJ en Van Zutphen W. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact 1981 (37) 65-68.

Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1983.

Zutphen W. van. De taken van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1984.

Wanneer niet vermeld, wordt verwezen naar Boots, meeste punten zijn ook in Van Zutphen te vinden.

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Gewenst diagnostisch en therapeutisch niveau

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

zie vorige schaal (taakbreedte)

2. type items, benoeming categorieën

9 diagnostische en 9 therapeutische 'grensgevallen', mate van instemming gevraagd met of de huisarts het behoort te kunnen. (Boots, 1983 p. 70-75, p.157-158; Van Zutphen, 1984, p. 35-36).

3. onderzoeksmethode

zie vorige pagina

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

zie vorige pagina

5. item-nonresponse taakopvattingsvragen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

onbekend

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

De vragen werden samengevoegd tot ordinale vijfpuntsschalen (p.72). Alpha = . 67 (p.75).

AUTEUR(S), PUBLIKATIE(S)

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

TITEL TAAKOPVATTINGSSCHAAL

Taakopvattingsschalen voor Huisartsen (TOSHA)

1. wijze van totstandkoming meetinstrument (herkomst items, pretesting, etc)

Proefonderzoek 1: 600 studenten en arts-assistenten (42% response)(p.35). Validering door relatie met studiefase en beroepsvoorkeur te bekijken ('niet ontmoedigend' p. 39).

Beroepsvoorkeur gemeten in 3 puntsschaal (p.76). Alpha per dimensie .65-.84. 27 items verwijderd, 10 items toegevoegd (8e dimensie).

Proefonderzoek 2: 152 Twentse huisartsen, response 47%, relatie taakopvattingsschaal met persoons- en praktijkkenmerken.(p.40-46) Alpha .32-.76. Factoranalyse. Geen van de voorspelde correlaties met praktijkkenmerken wordt gevonden. Slechts 2 van de 10 voorspelde correlaties met persoonskenmerken.

Proefonderzoek 3: 153 huisartsen in 5 grote steden die in '70-'77 als huisarts begonnen. Response 52% (p.62). 8e dimensie weer verwijderd, ook uit andere dimensies nog enkele items (p.62).

Alpha's .41-.64. Patientgerichtheids- en Geneeskundegerichtheidsdimensies werden uitgebreid tot aparte schalen. Verwachte relaties met praktijkkenmerken blijken afwezig (p.65), 4 van de 9 voorspelde verbanden met persoonskenmerken gevonden.

Conclusie vooronderzoek: schalen kunnen beter (p.75). Maar: niet gewijzigd voor hoofdonderzoek (zie p.188).

2. type items, benoeming categorieën

Beschrijving 23 casus (huisarts-patient-situaties), per casus 1 tot 5 varianten voor reactie van de huisarts, waarbij respondent op 5-puntsschaal aan dient te geven hoe aanvaardbaar hij/zij de variant acht. Per onderscheiden taakopvattingsschaal (totaal 7 dimensies) zijn er 10-14 handelingsvarianten waarvan de aangegeven aanvaardbaarheid wordt geacht iets te zeggen over de plaats van de respondent op deze dimensie.

Antwoordcategorieën: 1 = zeer aanvaardbaar, 2 = aanvaardbaar, 3 = gedeeltelijk aanvaardbaar, gedeeltelijk niet aanvaardbaar (alternatieve formulering: niet onaanvaardbaar), 4 = niet aanvaardbaar, 5 = in het geheel niet aanvaardbaar (p. 234-235).

Invulduur: 2.5 uur (eerste versie, later iets verkort).

3. onderzoeksmethode

Schriftelijke enquêtes, meestal per post.

Hoofdonderzoek: audio-opnames in praktijken, gevolgd door schriftelijke enquête.

4. onderzochte groep(en) en response, selectiebias

Vooronderzoek zie 1. Selectiebias onbekend. Hoofdonderzoek onder huisartsen in 5 grote steden.

Allen aangeschreven, 30% bereid tot medewerking, 25% daadwerkelijk meegewerkt (n=70)

(p.187). Selectie van spreekuurcontacten volgens aangehouden criteria leidde tot slechts 52 huisartsen (19%). Van deze 52 huisartsen vulden 43 (83%, 16% van oorspronkelijk aangeschreven groep) de vragenlijsten in.

5. item-nonresponse taakopvattingsschalen, hoe omgegaan met scheve verdelingen ?

Weinig over gemeld. Indirect: Proefonderzoek 2: Tabel 3.8 N=62 bij 72 bruikbare formulieren.

Proefonderzoek 3: Tabellen 3.14-3.17: N=76, bij 89 geretourneerde formulieren, tabel 3.13: 10-15% nonresponse per dimensie.

Deelonderzoek minder homogene dimensies: interview 8 respondenten (p.68-72).

6. datareductiemethoden, gevonden dimensies, alpha, en dergelijke

Alpha hoofdonderzoek .42-.78 (p.197). Geen reductie, relatie met gedragsvariabelen.

**VERSIES VAN VRAGENLIJSTEN VOORTKOMEND UIT
DE TWEDE DIMENSIE VAN DOPHEIDE**

Toelichting

Uitgangspunt vormt de vragenlijst van Dopheide (1982) (eerste kolom). Van de latere versies is aangegeven op welke punten de formulering verschilde van de oorspronkelijke versie, en wat het rangnummer van de vraag was.

De laatste pagina geeft een overzicht van de items die in latere versies zijn toegevoegd.

Dopheide (1982)	Swinkels en Dopheide (1983)	Beek et al. (1984)	Dopheide et al. (1986)	Foets et al. (1990)
1. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	identiek: 3	identiek	identiek	anders:7: ...sommige van zijn opgenomen patiënten
2. Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen	anders: 6. De huisarts moet ervoor oppassen, dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt	anders: 2: Specialisten moeten bij alles wat ze doen zich afvragen of ze niet op het terrein van de huisarts dreigen te komen	anders: 10: De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt	identiek: 1
3. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijkingen heeft gevonden, behoort door die specialist niet terugbesteld te worden voor controle	Deels aangepast: 7: ...behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts	anders: 3: Patiënten bij wie de specialist na onderzoek geen afwijkingen vindt, behoren naar de huisarts te worden terugverwezen en niet voor controle te worden terugbesteld	niet opgenomen	anders: 5: ...geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts
4. Een deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden	anders: 16: De huisarts kan nog heel wat diagnostisch werk van de specialist overnemen	anders: 4: ...veelal	anders: 3: Een groot deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou beter door huisartsen gedaan kunnen worden	identiek: 2
5. Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is	anders: 1: ...behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen	anders: 5: ...dan behoort te worden aangegeven waarom voortzetting van de specialistische behandeling nodig is	anders: 2: ...behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen	identiek: 11
6. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	identiek: nr. 19	identiek	identiek: 5	identiek: 8
7. Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, plaats te vinden door de huisarts	anders: nr. 4: ...hoort als regel te worden verricht door de huisarts	identiek	anders: 4: Controle van chronische patiënten hoort plaats te vinden door de huisarts	anders: 3 ... te worden verricht door de huisarts

8. Specialisten zouden zich meer dan nu het geval is moeten opstellen als consulenten van de huisarts	anders: 11: Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts	identiek	anders: 6: Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts	anders: 4: Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts
9. Als een patiënt om een verwijskaart of verwijzing vraagt, behoort de huisarts zonder meer aan dit verzoek te voldoen	anders: 10: ...in principe	anders: 9: Patiënten kunnen aanspraak maken op specialistisch onderzoek, ook als de huisarts dit niet nodig acht	anders: 17: ...in principe	niet opgenomen
10. Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt heeft, óók zonder tussenkomst van de specialist, recht op inzage van de status	niet opgenomen	identiek	anders: 8: De huisarts die de status van een ziekenhuispatiënt wil inzien, dient de specialist daarvoor toestemming te vragen	anders: 6: ...bezoekt, zou óók zonder tussenkomst van de specialist de status moeten kunnen inzien
11. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is	anders: 13: ...van de huisarts kleiner dan eigenlijk gewenst is	anders: 11groter dan noodzakelijk is	identiek: 9	niet opgenomen
12. Wat er met een verwezen patiënt gebeurt, is geen zaak voor de huisarts, maar uitsluitend voor de specialist.	anders: 20: De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt	identiek	anders: 19: De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt	niet opgenomen
13. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist	anders: 9: ...behoort de inbreng van de huisarts even groot te zijn als die van de specialist	identiek	identiek: 16	identiek: 10
14. De zorg voor diabetici is in de eerste plaats een taak voor de specialist	niet opgenomen	identiek	niet opgenomen	niet opgenomen

Swinkels en Dopheide (1983) toegevoegde items t.o.v. Dopheide (1982)	Dopheide et al. (1986) toegevoegde items t.o.v. Dopheide (1982)	Foets et al. (1990) toegevoegde items t.o.v. Dopheide (1982)
2. Huisartsen lichten specialisten voldoende in over hun patiënten die opgenomen worden	7. De huisarts blijft in hoge mate verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis	9. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten
5. De huisarts blijft medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis	11. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn taak is geheel de taak van de specialist	12. De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen
8. Een voorlopig ontslagbericht voor de huisarts is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling	12. De specialist die een patiënt wil laten behandelen door een collega van een ander specialisme, dient eerst de mening van de huisarts van die patiënt daarover te vragen	13. De specialist zou de huisarts een grote rol moeten toekennen in de medische nazorg na een ziekenhuisopname
12. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist	13. De vraag of tussentijds bericht over een ziekenhuispatiënt wenselijk is, kan het beste beoordeeld worden door de specialist	14. Als een patiënt na een ziekenhuisopname in medisch opzicht nazorg nodig heeft, zou dat als het maar enigszins mogelijk is, gedaan moeten worden door de huisarts
14. De specialist licht de huisarts meestal voldoende in over zijn ziekenhuispatiënten	14. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten	15. Als een patiënt in medisch opzicht nazorg nodig heeft na een ziekenhuisopname, zou de specialist daarover altijd contact op moeten nemen met de huisarts
15. De specialist zou vaker met de huisarts moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt	15. Bij een verwijzing komt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt volledig bij de specialist te liggen	
17. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten	18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak wat betreft de zorg voor zijn patiënten	
18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak ten opzichte van zijn patiënten		

TAAKOPVATTINGSITEMS VRAGENLIJST NIVEL EN ZWN

Toelichting

De nummering (nivel## en zwn##) geeft het rangnummer van het desbetreffende item in de vragenlijst. Wanneer de formulering van hetzelfde item in beide vragenlijsten verschilt, zijn beide varianten weergegeven. Sommige vragen komen in slechts één van beide lijsten voor. De drie items over nazorg in de NIVEL-lijst (items 13 tot en met 15) zijn verwijderd.

Van ieder item is, midden boven de volledige tekst, de inhoud kort omschreven. Deze korte omschrijving wordt in de tabellen van hoofdstuk 3 en 4 gebruikt.

plaats in vragenlijst NIVEL	omschrijving	plaats in vragenlijst VdWouden
nivel01	terrein specialist ?	zwn02(neg)
Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen	Specialisten moeten bij alles wat ze doen zich afvragen of ze niet op het terrein van de huisarts dreigen te komen	
nivel02	ha diagn even goed	zwn03
Een deel van het diagnostisch werk, dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden	Een deel van het diagnostisch werk dat veelal door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden	
nivel03	chron pat bij huisarts	zwn05
Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, te worden verricht door de huisarts	Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, plaats te vinden door de huisarts	
nivel04	spec primair consulent	zwn06
Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts	Specialisten zouden zich meer dan nu het geval is moeten opstellen als consulenten voor de huisarts	
nivel05	geen afwijking: terug	-
Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts		
nivel06	ha mag status inzien	zwn07
Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt, zou óók zonder tussenkomst van de specialist de status moeten kunnen inzien	Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt, heeft ook zonder tussenkomst van de specialist recht op inzage van de status	

- nivel07** **zhpat meebehandelen** **zwn01**
De huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen
- nivel08** **opname: spec beslist** **zwn04**
Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven
- nivel09** **spec moet overleggen** -
Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten
- nivel10** **inbreng ha bij zhpat** **zwn10**
Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist
- nivel11** **is verlenging nodig ?** -
Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is
- nivel12** **spec: overleg opname** -
De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen
- **chron pat spec minder** **zwn08**
Wat de zorg voor chronische patiënten betreft is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan noodzakelijk is
- **verwezen pat : spec** **zwn09**
Wat er met een verwezen patiënt gebeurt is geen zaak voor de huisarts, maar uitsluitend voor de specialist
- **diabetici : spec** **zwn11**
De zorg voor diabetici is in de eerste plaats een taak voor de specialist

CURRICULUM VITAE

Hans van der Wouden werd op 8 december 1955 geboren te Gouda. Hij behaalde in 1974 het Atheneum-A diploma aan het Gemeentelijk Lyceum te Dordrecht. Aansluitend studeerde hij sociologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, waar hij in 1980 het doctoraal examen behaalde met als hoofdvakken bestuurssociologie en methoden en technieken van sociaal-wetenschappelijk onderzoek.

In aansluiting op zijn studie was hij tot 1982 werkzaam bij de Afdeling Onderzoek Assistentie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Erasmus Universiteit. Van 1982 tot halverwege 1984 was hij als onderzoeksmedewerker betrokken bij het Instituut voor Milieuvraagstukken van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Sinds 1984 is hij werkzaam bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit, aanvankelijk als onderzoeker, de laatste jaren hoofdzakelijk als onderzoekscoördinator.

