

NIV 1(5)9

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

134502

**EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN
EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK**

**DE HUISARTSENQUETE VAN DE NATIONALE STUDIE:
DATAREDUCTIE DOOR SCHAALCONSTRUCTIE**

M. Foets
L. Stokx
J. Hutten
H. Sixma

september 1991

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
Telefoon: 030 - 319946

Typewerk en vormgeving: Ria Karamat Ali
Omslag : Mieke Cornelius
Drukwerk : Drukkerij Post

VOORWOORD

Dit rapport van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk heeft betrekking op een belangrijk deel van de enquête die is afgenomen bij de artsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

De belangrijkste doelstellingen van deze enquête waren:

- het verzamelen van informatie over de structuur en het functioneren van de huisarts en zijn praktijk, voor wat betreft de niet direct patiëntgebonden aangelegenheden (bijvoorbeeld nascholing, praktijkorganisatie etc.);
- het verzamelen van informatie over de huisarts en zijn praktijk,² die van belang kan zijn om verschillen tussen huisartsen (bijvoorbeeld in hun verwijs- en voorschrijfgedrag) te kunnen verklaren.

In dit rapport gaat het vooral om deze laatste vorm van informatie. Hiertoe is een reeks vragenlijsten opgenomen die als doel hadden opvattingen en attitudes van de huisarts over zijn beroep te meten. In dit rapport wordt beschreven hoe voor een groot aantal van deze schalen data-reductie heeft plaatsgevonden. Van de resultaten van deze analyses kunnen onderzoekers, die met gegevens uit de huisartsenquête willen gaan werken, gebruik maken. De resultaten zijn tevens op diskette beschikbaar.

Utrecht, september 1991

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	1
1. PRAKTIJKORGANISATIE	5
1.1. Delegatie van taken naar assistentes	5
1.2. Aanwezigheid van instrumenten	7
1.3. Toepassing van medische technieken	7
2. ATTITUDES EN OPVATTINGEN/ALGEMEEN	11
2.1. Omgang met zekerheid	11
2.2. Nemen van risico's	12
2.3. Taakopvatting met betrekking tot diagnostiek	13
2.4. Taakopvatting met betrekking tot therapie	15
2.5. Taakopvatting op somatisch vlak	17
2.6. Taakopvatting op psychosociaal vlak	19
2.7. Competentiegevoel op somatisch vlak	21
2.8. Competentiegevoel op psychosociaal vlak	24
2.9. Algemene taakopvatting	25
2.10. Algemene taakuitoefening	28
2.11. Invloed huisarts in 2 ^e lijn	30
2.12. Democratische houding	34
2.13. Locus of control	36
3. WERKBELEVING EN SATISFACTIE	39
3.1. Werkbeleving	39
3.2. Satisfactie	41
4. SPECIFIEKE DELEN VAN DE VRAGENLIJST	44
4.1. Rol van de psychosociale factoren	44
4.2. Houding t.o.v. het voorschrijven van geneesmiddelen	45
BIJLAGEN	51
LITERATUUR	

INLEIDING

huisartsenquête

In het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk stonden vier meetinstrumenten centraal (Foets e.a. 1990) met name:

- de patiëntregistratie, door middel waarvan een aantal basiskenmerken is vastgelegd van alle patiënten die ingeschreven staan in de aan het onderzoek meewerkende huisartspraktijken.
- de contactregistratie, door middel waarvan een aantal gegevens is vastgelegd over alle contacten tussen patiënt en huisarts dan wel assistente in de registratieperiode.
- de patiëntenquête door middel waarvan informatie is verzameld over door de patiënt ervaren morbiditeit, over ziektegedrag, medische consumptie en de determinanten ervan; deze enquête is afgenomen bij een steekproef van de ingeschreven patiënten (bruto-omvang = 100 patiënten per huisarts).
- de huisartsenquête door middel waarvan informatie is verzameld over relevante huisarts- en praktijkkenmerken die niet via de contactregistratie aan bod kunnen komen, met name niet direct patiënt-gebonden werkzaamheden.

Binnen deze huisartsenquête is een reeks van vragenlijsten opgenomen waarvan de bedoeling min of meer expliciet is geweest dat zij samen een bepaalde houding van de huisarts of een aspect van zijn praktijkorganisatie meten. Deze zogenaamde schaal-items werden ofwel overgenomen uit eerder onderzoek ofwel speciaal ten behoeve van dit onderzoek samengesteld.

datareductie

Als een handreiking aan onderzoekers binnen en buiten het NIVEL, die met dit materiaal willen gaan werken, is door ons voor een groot aantal schalen datareductie verricht. De daartoe benodigde analyses zijn uitgevoerd volgens een vast stramien. De resultaten van deze analyses worden in dit rapport beschreven. Eén en ander zal de overzichtelijkheid en uniformiteit in de presentatie van de resultaten bevorderen. Bovendien legt een beschrijving van een dergelijke reductie door middel van één of andere schaaltechniek gemakkelijk te veel beslag op de al beperkte lengte van artikelen en de kostbare tijd van onderzoekers.

Dit alles sluit natuurlijk niet uit dat onderzoekers niet ook nog eens zelf op een andere manier naar de data zouden kunnen kijken voor hun specifieke projecten.

Selectie van variabelen

selectie van variabelen

De huisartsenquête bestaat uit twee types vragen. Een eerste groep betreft vragen met een algemene strekking, waarmee wordt bedoeld dat ze relevant zijn voor meerdere/de meeste deelprojecten. Hierbij gaat het

zowel om informatie over de praktijkorganisatie als om diverse opvattingen en attitudes van huisartsen en om satisfactie en werkbeleving. Een tweede groep vragen is specifiek opgenomen ten behoeve van welbepaalde deelprojecten.

In dit rapport zullen hoofdzakelijk de meer algemene vragen rond praktijkorganisatie, rond opvattingen en attitudes en rond satisfactie en werkbeleving beschreven worden en uiteraard slechts voorzover er sprake kan zijn van datareductie.

De variabelen waarvoor schaalanalyse wordt uitgevoerd betreffen (de cijfers tussen haakjes betreffen de vraagnummers in de enquête):

1. Praktijkorganisatie

- delegatie naar assistenten (24)
 - aanwezigheid van instrumenten (25)
 - toepassing van medische technieken (27)

2. Attitudes en opvattingen

- omgang met onzekerheid (55)
- nemen van risico's (60; c-g-h-k-m-o)
- taakopvatting m.b.t. diagnostiek (177, 1^e kolom)
- taakopvatting m.b.t. therapie (177, 2^e kolom)
- taakopvatting (somatisch) (58, 1^e kolom)
- taakopvatting (psychosociaal) (59, 1^e kolom)
- competentiegevoel (somatisch) (58, 2^e kolom)
- competentiegevoel (psychosociaal) (59, 2^e kolom)
- algemene taakopvatting (176)
- invloed huisarts in 2^e lijn (175)
- democratische houding (60; a-b-d-e-f-i-j-l-n)
- locus of control (198)

3. Werkbeleving en satisfactie

- werkbeleving (lichamelijke aand.) (195)
- werkbeleving (ex spreekuur & visites) (196)
- werkbeleving (psychosom./psychosoc.) (197)
- satisfactie (199)

4. Specifieke delen van de vragenlijst

- rol van de psychosociale factoren (61)
- mening voorschrijven van geneesmiddelen (144)

In bijlage 2 staan voor het gemak van de onderzoekers de namen van de afzonderlijke schaalitems in het gegevensbestand.

In bijlage 3 staan per schaal de uiteindelijk overgebleven items, gebruikt in de somscore, aangegeven tesamen met de betrouwbaarheid (Cronbach's α).

Stramien

Bij het uitvoeren van de analyses is gewerkt met het volgende stramien:

1. Beschrijving van de items, afkomst en eventuele wijzigingen, rechte telling.
2. Op basis van de verdeling over de diverse antwoordcategorieën worden die items geselecteerd die uit verdere analyse geweerd zullen worden. In een vijfpuntsschaal worden de frequenties van de twee uiterste categorieën links en rechts bij elkaar opgeteld. Wanneer deze sommen in een van de drie zo samengestelde categorieën meer dan 75 % van de respondenten vertegenwoordigen, wordt het item uit de analyses weggelaten. Op dezelfde wijze wordt omgegaan met vierpuntsschalen. Het afsnijpunt wordt hier gelegd bij 85%. Voor de overblijvende items wordt Cronbach's α berekend.
3. Principale componentenanalyse met varimaxrotatie. Alleen items die hoger dan 0.40 scoren op een bepaalde factor worden geselecteerd (onderstreept in de betreffende tabellen). Een met behulp van factoranalyse verkregen factor wordt pas als factor aangemerkt als de eigenwaarde groter is dan 1.00. Ook moeten de gevonden factoren interpreteerbaar zijn. Zo niet dan worden gedwongen oplossing met minder factoren geprobeerd om uiteindelijk zonodig voor een gedwongen één factor oplossing te kiezen. Deze procedure is ook gevolgd bij schalen die in opzet door de makers als unidimensioneel zijn bedoeld, om na te gaan of de door hen bedoelde oplossing in de data van de Nationale Studie kon worden teruggevonden. Vandaar dat uiteindelijk ook vaak tot een één factoroplossing werd besloten. Tenslotte wordt Cronbach's α berekend voor de afzonderlijke factoren en worden somscores berekend.

Een probleem dat steeds opnieuw terugkomt is dat van de 'missing values'. Als regel houden we aan dat per respondent voor een schaal 25% van de items 'missing' mag zijn. Op deze wijze wordt vastgelegd welke respondenten wel en niet in de analyse betrokken worden. Voor de respondenten met minder missing values, die wel in de analyse worden opgenomen, worden de missing values vervangen door de modus.

Niet alle keuzes die hierboven gemaakt zijn, zijn zonder meer evident. Het is niet de bedoeling om hierbij uitgebreid stil te staan, maar toch volgende opmerkingen.

Zo is de keuze voor principale componentenanalyse niet het resultaat van allerlei methodisch-technische overwegingen, maar wel het simpele gevolg van het feit dat eerder onderzoek door middel van dezelfde of ongeveer dezelfde vragen van deze techniek gebruik heeft gemaakt. Vergelijkbaarheid met eerder onderzoek was met andere woorden een belangrijke overweging.

Er wordt gewerkt met somscores en niet met factorscores; ook bij deze keuze was vergelijkbaarheid een belangrijke overweging. Daarnaast zijn somscores meer hanteerbaar en overzichtelijk. De somscores zijn steeds

gedeeld door het aantal items waaruit ze zijn samengesteld. Hierboven zijn verder een aantal grenswaarden vastgesteld (factorladingen $>.40$; eigen waarde >1 ; 75%/85% grens in verband met spreiding van de items; 25% ten aanzien van missing values). Uiteraard is geen van deze grenzen absoluut en is discussie steeds mogelijk. Ze moeten echter vooral als uniforme afspraken gezien worden ten behoeve van de hele Nationale Studie.

De enkele malen dat in dit rapport om dringende redenen toch is afgeweken van dit geschetste stramien, wordt dit expliciet vermeld.

Selectie van de huisartsen

selectie van huisartsen

De analyses worden standaard op dezelfde groep huisartsen uitgevoerd. In principe is aan alle huisartsen die hebben meegewerkt aan de contactregistratie ook gevraagd de huisartsenquête in te vullen (N=193). Uitzondering hierop werd gemaakt voor artsen met een beperkte praktijkvoering: het gaat hierbij met name om waarnemers en om arts-assistenten in opleiding (N=23). Dit betekent dat er in principe 170 artsen overbleven voor de huisartsenquête. In verband met non-respons is het uiteindelijk aantal 161. Arts- en praktijknummers vindt men in bijlage 1.

1. PRAKTIJKORGANISATIE

1.1. Delegatie van taken naar assistentes (24)

delegatie naar assistente

De in de huisartsenquête opgenomen items zijn grotendeels (item 1 tot en met 14) afkomstig van De Haan (De Haan, 1986). De items 15 tot en met 20 werden toegevoegd.

In het onderzoek van De Haan hadden deze items een heel andere functie: het waren uitspraken voorgelegd aan een groep patiënten met als doel na te gaan hoe groot de acceptatie van patiënten was wat betreft de delegatie van taken aan de assistente. In dit onderzoek is gevraagd welke werkzaamheden wel eens door de praktijkassistente verricht zijn. De antwoordcategorieën zijn in dit onderzoek beperkt tot drie, ('nooit', 'soms', 'vaak') terwijl De Haan een vijfpuntsschaal hanteerde (van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens').

In tabel 1 staan alle items afgedrukt samen met de frequentieverdeling van de antwoorden in de Nationale Studie in percentages.

Tabel 1.: Delegatie van taken naar de assistente in percentages (N=157)

	nooit	soms	vaak
1. het aanleggen of verwisselen van een verband	26.1	29.3	44.6
2. oren uitspuiten	60.5	8.9	30.6
3. injecties geven	25.5	17.8	56.7
4. baarmoederwand uitstrijkje maken	98.7	1.3	0.0
5. kleine wondjes hechten	92.4	7.0	0.6
6. hechtingen verwijderen	39.5	25.5	35.0
7. pilcontroles bij iemand die de pil gebruikt	94.9	5.1	0.0
8. verhoogde bloeddruk controles	65.6	24.2	10.2
9. vuiltjes uit het oog verwijderen	91.7	7.6	0.6
10. wratten aanstippen met vloeibaar stikstof	69.4	14.0	16.6
11. een aantal vragen stellen voordat de dokter komt onderzoeken	71.3	19.1	9.6
12. lengte en gewicht meten	73.2	21.7	5.1
13. testen van het gezichtsvermogen	93.6	6.4	0.0
14. gehoortest uitvoeren	65.0	8.3	26.8
15. mededelingen doen over de uitslagen van een onderzoek	15.9	58.0	26.1
16. voorschrijven medicatie bij onschuldige aandoeningen	48.4	28.7	22.9
17. adviezen geven bij onschuldige aandoeningen	5.7	44.6	49.7
18. urine-onderzoek	5.7	7.0	87.3
19. zwangerschapstest	11.5	4.5	84.1
20. voorlichting geven aan specifieke groepen	59.9	33.1	7.0

Er is voor deze lijst met items slechts informatie beschikbaar voor 157 huisartsen, omdat bij de overige huisartsen geen praktijkassistente werkzaam is.

Op basis van de verdelingen zoals weergegeven in tabel 1 werden volgende items verwijderd: 4, 5, 7, 9, 13, 18, 19. Voor de overblijvende 13 items

is Cronbach's $\alpha = 0.79$.

Principale componentenanalyse leidt tot drie factoren zoals men kan zien in de 1^e kolom van tabel 2.

Nijland (1991) heeft een soortgelijke lijst gebruikt in een enquête onder assistentes. Hij construeerde daaruit een index om de mate van delegatie naar de assistente te bepalen. Hij vond vijf items geschikt om in deze index op te nemen. Deze items komen overeen met de items 2, 3, 6, 8, 10 in tabel 1.

Tabel 2.: Resultaten van de principale componentenanalyse en een gedwongen twee factoroplossing (tussen haakjes) voor de items m.b.t. delegatie van taken naar de assistentes (N=157).

Item-nummer	factor 1(1)	factor 2(2)	factor 3
1	<u>0.81</u> (0.83)	0.25 (0.13)	0.10
2	<u>0.73</u> (0.70)	0.08 (0.15)	0.17
3	<u>0.75</u> (0.73)	0.11 (0.12)	0.12
6	<u>0.80</u> (0.83)	0.21 (0.03)	-0.01
8	<u>0.44</u> (0.55)	<u>0.45</u> (0.33)	0.21
10	<u>0.46</u> (0.51)	0.21 (0.05)	0.01
11	0.16 (0.38)	<u>0.65</u> (0.07)	-0.14
12	0.27 (0.48)	<u>0.69</u> (0.30)	0.09
14	<u>0.59</u> (0.51)	-0.16 (-0.14)	-0.06
15	0.06 (0.06)	0.16 (<u>0.69</u>)	<u>0.68</u>
16	-0.06 (-0.10)	0.02 (<u>0.73</u>)	<u>0.76</u>
17	0.23 (0.16)	-0.03 (<u>0.72</u>)	<u>0.78</u>
20	0.09 (0.13)	<u>0.72</u> (<u>0.43</u>)	0.20
R ²	30.4%	12.9%	10.3%

De onderscheiden dimensies zijn niet allen goed interpreteerbaar. De eerste factor omvat items die verwijzen naar het doen van medisch-technische handelingen. De tweede en derde factor zijn zo goed als niet te interpreteren. Een gedwongen twee factor oplossing liet de volgende oplossing zien (tabel 2 tussen haakjes).

Deze oplossing liet na varimaxrotatie een eerste factor zien waarin alle items omtrent medisch-technische handelingen zijn ondergebracht. De α voor deze factor is 0.82. Deze factor is vergelijkbaar met die van Nijland. Wanneer de α over alleen de vijf items van Nijland worden berekend, dan vinden we een waarde van 0.76. Op de tweede factor laden de items 15, 16, 17, 20; items die zouden kunnen worden benoemd als handelingen met een meer communicatief karakter. Deze factor scoorde een vrij lage α van 0.57 en wordt derhalve ook niet verder als schaal meegenomen.

Voor de eerste factor is vervolgens een somscore berekend. De gemiddelde score op deze schaal bedraagt 1.75 (sd. dev. = .53). De interpretatie van deze score luidt: hoe hoger, hoe meer medisch-technische handelingen naar de assistente worden gedelegeerd.

instrumenten

1.2. Aanwezigheid van instrumenten (25)

De lijst met mogelijk aanwezige instrumenten is nieuw ten behoeve van dit onderzoek opgesteld. In tabel 3 staat deze lijst afgedrukt samen met de frequentieverdeling.

Tabel 3.: In de praktijk aanwezige instrumenten in percentages (N=161)

Instrument	wel aanwezig	niet aanwezig
1. audiometer	48.4	51.6
2. oogbolmeter	37.3	62.7
3. electrocardiograaf	37.3	62.7
4. HB-meter vgl. Sicca	87.6	12.4
5. hygrecator	69.6	30.4
6. kogeltang voor het plaatsen van een IUD	80.1	19.9
7. peak-flow meter	85.1	14.9
8. proctoscoop	57.1	42.9
9. tonometer	23.6	76.4
10. catheter	95.7	4.3
11. microscoop	98.8	1.2
12. haemoglucosetest	91.3	8.7
13. doppler	24.2	75.8
14. foetoscoop	9.9	90.1

Bij deze lijst is er van uitgegaan dat wat niet is aangekruist ook niet aanwezig is. Er zijn dan ook geen missende waarden. Item 14 wordt verwijderd omdat het al dan niet in bezit hebben van een foetoscoop bepaald wordt door het feit of huisartsen al dan niet obstetrie bedrijven of dat in het verleden deden.

Ons inziens is bij deze lijst eigenlijk niet echt sprake van een schaal. Daarom is alleen een somscore berekend over de eerste 13 items, die gebruikt kan worden als maat voor de aanwezigheid van instrumenten in de praktijk. De gemiddelde score is 0.64 (sd. dev. 0.15).

1.3. Toepassing van medische technieken (27)

medische technieken

De lijst is gebaseerd op een lijst uit het onderzoek van Dopheide (1986). In tabel 4 staat de lijst afgedrukt zoals gebruikt in de Nationale Studie. Vergeleken met Dopheide zijn 6 items toegevoegd, te weten de nummers 3, 6, 10, 14, 17 en 18.

Tabel 4.: Toepassing van medische technieken in percentages (N=160)

	doe ik in in bijna alle voorko- mende gevallen	doe ik wel maar niet altijd	van de mogelijke gevallen doe ik het bij uitzonde- ring	van de mogelijke gevallen die ik het zel- den of nooit	aanleiding komt nooit of zelden voor
1. panaritium-incisie	39.4	24.4	15.6	20.6	
2. tonsilabces-incisie	1.3	3.8	6.3	88.8	
3. incisie abces gehoorgang	17.5	21.3	13.8	47.5	
4. wigexcisie, ingegroeide teennagel	46.3	17.5	8.8	27.5	
5. verwijderen atheroom op behaarde hoofdhuid	58.7	20.0	8.1	13.1	
6. idem in het gelaat	4.4	30.0	13.8	31.9	
7. nageextractie	73.8	10.6	6.9	8.8	
8. wrat verwijderen	86.3	10.6	1.9	1.3	
9. inzetten IUD	61.3	3.8	3.8	31.3	
10. cervix uitstrijkje maken	96.9	2.5	0.0	0.6	
11. aanmeten pessarium	45.6	12.5	7.5	34.4	
12. corpus alienum op cornea verwijderen	93.8	3.8	1.9	0.6	
13. roestring van corpus alienum van cornea verwijderen	76.3	10.6	1.9	11.3	
14. corpus alienum uit oor of neus verwijderen	91.9	4.4	0.6	3.1	
15. fundusscopie	30.6	42.5	12.5	14.4	
16. gewrichtspunctie	22.5	33.1	16.3	28.1	
17. gipsen	0.0	1.3	6.3	92.5	
18. ECG maken	19.4	11.9	3.8	65.0	

Op basis van de publicaties is niet meer achterhaalbaar welke antwoordcategorieën werden gebruikt in eerder onderzoek; waarschijnlijk betrof het een dichotomie (wel/niet toepassen). Ten behoeve van de Nationale Studie is het aantal antwoordcategorieën vergroot tot een vijf-puntsschaal met ordinaal karakter. Bij nader inzien echter zijn met name de twee laatste categorieën in dit opzicht twijfelachtig; immers het onderscheid tussen "van de mogelijke gevallen doe ik het zelden of nooit" en "aanleiding komt nooit of zelden voor" is dubieus. Bovendien blijkt uit de antwoorden dat huisartsen de laatste categorie op minstens twee verschillende wijzen hebben geïnterpreteerd. Ten eerste is er de interpretatie zoals bedoeld, namelijk de aandoening waarvoor de genoemde techniek in aanmerking komt, komt zelden of nooit voor in de praktijk. Een tweede mogelijke interpretatie is echter dat bij voorkomende aandoeningen steeds wordt doorverwezen. Voorbeelden hiervan zijn de items 2 en 17: de betreffende aandoeningen waarvoor de genoemde technieken worden toegepast, komen namelijk in elke huisartspraktijk voor. Om al deze redenen is besloten de vierde en vijfde antwoordcategorie samen te voegen.

In tabel 4 staan de frequentieverdelingen in percentages uitgedrukt. In verband met een te groot aantal missende waarden voor één huisarts

hebben de resultaten op 160 huisartsen betrekking.

In verband met een te grote scheefheid van de antwoordverdeling werden 7 items verwijderd namelijk: 2, 8, 10, 12, 13, 14 en 17. Cronbach's α over de overige 11 items is 0.68.

Principale componentenanalyse, waarvan de resultaten na varimaxrotatie zijn weergegeven in tabel 5 leverde drie factoren op die niet interpreteerbaar zijn. Ook een gedwongen twee factor oplossing bracht daarin geen verandering. Daarom werd een gedwongen één factor analyse uitgevoerd. (resultaten in de laatste kolom van tabel 5), waarop de items 4, 5, 6, 7, 9 en 16 laadden. Cronbach's α over deze items is 0.77.

Tabel 5.: Resultaten van de principale componentenanalyse en gedwongen één factor oplossing voor de items 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 15, 16 en 18 met betrekking tot toepassing van medische technieken (N=160)

Item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	gedwongen één factor oplossing
1	0.27	-0.27	<u>0.63</u>	0.24
3	0.11	0.33	<u>0.62</u>	0.24
4	<u>0.78</u>	-0.12	-0.06	<u>0.72</u>
5	<u>0.83</u>	0.10	-0.01	<u>0.83</u>
6	<u>0.73</u>	0.12	-0.05	<u>0.73</u>
7	<u>0.72</u>	0.13	-0.10	<u>0.73</u>
9	<u>0.49</u>	0.12	0.13	<u>0.51</u>
11	-0.11	<u>0.69</u>	-0.13	0.05
15	0.15	<u>-0.55</u>	0.10	0.29
16	<u>0.42</u>	<u>0.59</u>	0.09	<u>0.54</u>
18	0.39	0.07	<u>-0.62</u>	0.34
R²	28.8%	12.3%	11.1%	

Na omscoring van alle items bedraagt de gemiddelde somscore 2.91 (sd. dev. .80). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe meer de huisarts zelf een aantal medische technieken voor zijn rekening neemt in voorkomende gevallen.

2. ATTITUDES EN OPVATTINGEN/ALGEMEEN

2.1. Omgang met onzekerheid (55)

onzekerheid

Dit lijstje bestaande uit 8 items is ten behoeve van de Nationale Studie ontworpen. Er wordt een aantal activiteiten voorgesteld die worden geacht indicatoren te zijn voor reductie van onzekerheid. Op een vijf-puntsschaal kan aangeduid worden in welke mate elk van deze activiteiten behoort tot de werkstijl van de betreffende huisarts. Naarmate dit sterker het geval is, heeft de huisarts in hogere mate de genoemde coping mechanismes in zijn werkstijl geïntegreerd. Wij twijfelen heel sterk aan het feit of dit schaalje iets zegt over onzekerheid. Onzekerheid staat weliswaar in de inleiding boven de vraag genoemd, maar in feite wordt alleen de mate gemeten waarin de genoemde items in de werkstijl van de huisarts zijn geïntegreerd.

In tabel 6 vindt men de items zoals opgenomen in de huisartsenquête evenals de frequentieverdelingen in percentages.

Tabel 6.: Omgang met onzekerheid in percentages (N=161)

	helemaal mijn stijl	mijn stijl	onzeker	niet mijn stijl	helemaal niet mijn stijl
1. aanvragen van laboratorium en röntgendiagnostiek	37.9	28.6	24.8	8.1	0.6
2. consulteren (direct) van collega huisarts(en)	6.2	26.7	19.9	21.1	26.1
3. de onzekerheid aan de patiënt laten blijken	5.6	39.8	34.2	14.9	5.6
4. consulteren (direct) van specialist(en)	9.9	24.8	28.6	28.0	8.7
5. de echte probleemgevallen (achteraf) bespreken met collega's	34.2	29.8	19.9	10.6	5.6
6. de patiënt vragen na een paar dagen terug te komen	42.9	37.3	9.3	8.7	1.9
7. het eerst eens met een medicijnvoorschrift proberen	6.8	25.5	34.8	22.4	10.6
8. zo snel mogelijk verwijzen	2.5	1.9	8.1	27.3	60.2
9. de echte probleemgevallen (achteraf) bespreken met specialisten	9.3	23.0	24.8	24.8	18.0

In verband met een slechte spreiding zijn de items 6 en 8 verwijderd. Cronbach's α over de overblijvende items = 0.37.

Principale componentenanalyse, waarvan de resultaten zijn weergegeven in tabel 7 leidt tot twee factoren, waarvan na varimaxrotatie de eerste niet interpreteerbaar is en de tweede slechts twee items omtrent het raadplegen van een specialist bevat. Daarom en in verband met het

beperkt aantal items is gekozen voor een gedwongen één factor oplossing (tabel 7 laatste kolom). Op deze factor laden de items 2, 3, 5 en 7. Dit laatste item laadt negatief en is derhalve omgescoord. Over de 4 items bedraagt de Cronbach's α 0.64. Dit is laag.

Tabel 7.: Resultaten van de principale componenten analyse voor de items 2, 4, 7 en 9 met betrekking tot omgang met onzekerheid (N=161)

Item-nummer	factor 1	factor 2	gedwongen één factor oplossing
1	-0.13	<u>0.78</u>	- 0.01
2	<u>0.80</u>	0.11	<u>0.81</u>
3	<u>0.63</u>	0.02	<u>0.62</u>
4	0.27	0.71	0.38
5	<u>0.69</u>	0.06	<u>0.69</u>
7	<u>0.56</u>	0.26	- <u>0.52</u>
9	0.36	0.09	0.36
R ²	34.4%	17.1%	

2.2. Nemen van risico's (60, items c, g, h, k, m en o)

risico's

Deze attitudelijst bestaat uit 6 items in verband met het nemen van risico's en is integraal ontleend aan Grol (1983).

In tabel 8 vindt men de items zoals opgenomen in de huisartsenquête met de frequentieverdelingen in percentages. In verband met missende waarden bleven 158 artsen voor de analyse over.

Ten gevolge van slechte spreiding werd item 5 voor verdere analyse verwijderd. Zoals Grol zelf reeds vermeld is dit item het enige dat positief is geformuleerd, waarbij ook hij een groot aantal "mee eens" reacties moest constateren. Voor de vijf overblijvende items is $\alpha = 0.75$.

Principale componentenanalyse leidt tot één enkele factor waarop alle items voldoende hoog scoren. De resultaten van deze analyse staan in tabel 9. We hebben hier dus duidelijk te maken met één dimensie, zoals ook Grol al stelde.

Tabel 8.: Opvattingen over het nemen van risico's bij gezondheidsproblemen in percentages (N=158)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen.	3.8	13.3	46.2	29.7	7.0
2. Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden, dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan.	17.1	36.7	17.7	23.4	5.1
3. Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen.	3.8	15.8	31.6	39.9	8.9
4. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.	2.5	10.8	46.2	33.5	7.0
5. In zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan, dat veel klachten vanzelf overgaan.	22.8	54.4	17.7	4.4	0.6
6. Een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van de klachten op te sporen.	4.4	19.0	33.5	38.0	5.1

In zijn onderzoek besluit Grol eveneens om deze 5 items in verdere analyses te gebruiken; hij vindt een α van 0.80.

De gemiddelde somscore bedraagt in deze studie 3.14 (st. dev. 0.69) en de interpretatie luidt: hoe hoger de score hoe meer risico de huisarts bereid is te nemen.

Tabel 9.: Resultaten van de principale componentenanalyse voor de items 1, 2, 3, 4 en 6 met betrekking tot het nemen van risico's (N=158)

Item-nummer	factor 1
1	<u>0.73</u>
2	<u>0.55</u>
3	<u>0.84</u>
4	<u>0.69</u>
6	<u>0.75</u>
R^2	51.6%

2.3. Taakopvatting met betrekking tot diagnostiek (177 - 1^e kolom)

taakopvatting
diagnostiek

Voor 25 aandoeningen is de huisarts op een vier-puntsschaal gevraagd of de diagnostiek ervan naar zijn mening het werk van de huisarts is dan wel van de specialist. De lijst is integraal ontleend aan Dopheide (1986).

In tabel 10 vindt men de frequentieverdelingen in percentages voor de verschillende items.

Tabel 10.: Taakopvattingen met betrekking tot de diagnostiek van 25 aandoeningen in percentages (N=161)

	huisarts	diagnostiek		specialist
		<----->	>	
1. epiglottitis	51.6	26.7	11.2	10.6
2. lichen ruber planus (excl. slijmvlies)	28.6	34.8	23.6	13.0
3. hyperthyreoidie	43.5	40.4	10.6	5.6
4. bronchiectasie	8.1	21.7	39.1	31.1
5. acute glomerulonefritis	33.5	28.0	18.0	20.5
6. chalazion	89.4	8.7	1.9	0.0
7. heamofilie	3.7	17.4	24.2	54.7
8. leveraandoening ten gevolge van geneesmiddelen	23.6	31.7	33.5	11.2
9. carpaal tunnelsyndroom	42.2	32.9	18.6	6.2
10. hernia nuclei pulposi	30.4	38.5	20.5	10.6
11. CVA in actieve fase	57.8	24.8	9.9	7.5
12. colitis ulcerosa	9.9	26.7	37.9	25.5
13. acuut longoedeem	52.8	24.8	9.3	13.0
14. pericarditis	12.4	29.2	31.7	26.7
15. pleuritis	28.0	43.5	19.3	9.3
16. allergische purpura	46.0	28.6	15.5	9.9
17. leucoplakie van de vagina	28.0	34.2	22.4	15.5
18. orthostatische albuminurie	59.6	26.7	7.5	6.2
19. lupus erythematodes	9.9	23.0	41.6	25.5
20. peritonsillair abces	74.5	16.1	6.2	3.1
21. enteritis regionalis	15.5	23.6	32.3	28.6
22. toxoplasmose	37.3	26.7	22.4	13.7
23. endometriose	17.4	31.7	39.1	11.8
24. contusio cerebri	44.1	21.1	17.4	17.4
25. ziekte van Parkinson	39.1	40.4	16.8	3.7

In het onderzoek van Dopheide werd - over alle 25 items - een Cronbach's α van 0.86 gevonden. Dit is behoorlijk hoog. In ons materiaal vinden we eveneens een Cronbach's α van 0.86. Vanwege de vergelijkbaarheid met dit onderzoek sluiten we hierbij aan. We scoren alle items om en berekenen een somscore. De gemiddelde somscore bedraagt 2.84 (sd. dev. 0.46). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe meer de huisarts diagnostiek als een huisartsgeneeskundige taak beoordeelt.

Ter verificatie van de lijst van Dopheide hebben we zelf nog een principale componenten analyse gedaan. In verband met slechte spreiding worden de items 6, 18 en 20 verwijderd voordat we deze analyse aanvagen. Cronbach's α voor de overblijvende 22 items bedraagt wederom 0.86. Er verandert dus niets aan de betrouwbaarheid.

Principale componentenanalyse leidt tot 5 factoren, die ook na varimaxrotatie niet interpreteerbaar zijn bijvoorbeeld op basis van

specialisme, ernst van de aandoening etc.. Ook gedwongen oplossingen met minder factoren leveren geen inzicht. Bijgevolg is gekozen voor een gedwongen één factor oplossing: hierbij laden slechts 3 items niet hoog genoeg en er zijn derhalve in deze oplossing 19 items opgenomen (de items 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 en 24). Cronbach's α bedraagt wederom 0.86. Ergo idem dito. Dit geeft wel aan dat een volgende gebruiker van deze lijst waarschijnlijk met een kortere versie zou kunnen volstaan.

2.4. Taakopvatting met betrekking tot therapie (177 - 2^e kolom)

taakopvatting
therapie

Zoals in het onderzoek van Dopheide (1986), is voor dezelfde 25 aandoeningen de huisarts gevraagd of de therapie ervan naar zijn mening het werk van de huisarts is dan wel van de specialist. Ook hier kon geantwoord worden op een vier-puntsschaal. In tabel 11 vindt men de frequentieverdelingen in percentages voor de 25 aandoeningen.

In het onderzoek van Dopheide was Cronbach's α (voor alle items) 0.73. Naar analogie van dit onderzoek (zie ook vraag 177 1e kolom) hebben we gekozen voor een oplossing waarin ook alle 25 items zijn opgenomen. De α in dit onderzoek is 0.67. De gemiddelde somscore is 2.03 (sd. dev. 0.31). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe meer de huisarts behandeling als een huisartsgeneeskundige taak ziet.

Ter verificatie is wederom een principale componentenanalyse verricht. Zoals men kan zien zijn er 6 scheef verdeelde items naar de kant van de specialist (1, 7, 9, 14, 19 en 20). Deze items worden verwijderd vóór verdere analyse. Er behoeven geen artsen uit de analyse verwijderd te worden in verband met teveel missende waarden. Cronbach's α bedraagt over de 19 overblijvende items is 0.64. Dit is lager dan de in de door ons gekozen oplossing voor de somscore.

Principale componentenanalyse, leidt tot 7 factoren die na varimaxrotatie niet interpreteerbaar zijn. Minder factoren oplossingen boden geen inzicht in een verborgen onderliggende structuur. Daarom is naar analogie van Dopheide gekozen voor een gedwongen één-factor-oplossing waarbij de 11 items 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 15, 16, 21, 23 en 25 voldoende hoog laden. Cronbach's α is nu 0.68 en verhoogt dus vrij gering. We blijven daarom bij de eerder gekozen oplossing waarin alle 25 items zijn opgenomen.

Tabel 11.: Taakopvattingen met betrekking tot de therapie van 25 aandoeningen in percentages (N=161)

	huisarts	behandeling		specialist
		<----->	>	
1. epiglottitis	5.0	5.0	14.3	75.8
2. lichen ruber planus (excl. slijmvlies)	21.1	34.2	27.3	17.4
3. hyperthyreoidie	2.5	14.3	36.6	46.6
4. bronchiectasie	9.9	34.8	32.3	23.0
5. acute glomerulonefritis	8.7	13.0	22.4	55.9
6. chalazion	21.7	23.0	23.6	31.7
7. haemofilie	0.6	1.2	9.3	88.8
8. leveraandoening ten gevolge van geneesmiddelen	6.2	29.2	42.2	22.4
9. carpaal tunnelsyndroom	4.3	9.9	26.1	59.6
10. hernia nucleii pulposi	4.3	24.2	32.3	39.1
11. CVA in actieve fase	9.3	26.1	38.5	26.1
12. colitis ulcerosa	4.3	19.3	44.1	32.3
13. acuut longoedeem	15.5	24.8	23.0	36.6
14. pericarditis	0.6	2.5	14.9	82.0
15. pleuritis	9.3	21.7	34.8	34.2
16. allergische purpura	35.4	22.4	22.4	19.9
17. leucoplakie van de vagina	6.2	12.4	28.6	52.8
18. orthostatische albuminurie	64.6	19.9	9.9	5.6
19. lupus erythematoses	3.1	6.8	32.3	57.8
20. peritonsillair abces	2.5	11.2	33.5	52.8
21. enteritis regionalis	7.5	8.1	39.1	45.3
22. toxoplasmose	25.5	21.1	32.9	20.5
23. endometriose	11.2	25.5	47.2	16.1
24. contusio cerebri	25.5	9.3	24.8	40.4
25. ziekte van Parkinson	8.7	37.3	37.3	16.8

Tabel 12.: Resultaten van de gedwongen één factoroplossing voor de items 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 en 25 (N=161)

Item-nummer	gedwongen één factor oplossing
2	<u>0.46</u>
3	<u>0.49</u>
4	<u>0.51</u>
5	<u>0.51</u>
6	0.21
8	<u>0.47</u>
10	0.06
11	0.22
12	<u>0.51</u>
13	0.05
15	<u>0.55</u>
16	<u>0.43</u>
17	0.30
18	0.19
21	<u>0.41</u>
22	0.28
23	<u>0.47</u>
24	0.30
25	<u>0.42</u>
R²	15.3%

2.5. Taakopvatting op somatisch vlak (58 - 1^e kolom)

taakopvatting op somatisch vlak

Aan de huisartsen werd een lijst met 22 concrete medische handelingen voorgelegd met het verzoek op een vijf-puntsschaal aan te geven in hoeverre men van mening is dat ze tot de taak van de huisarts behoren. Deze lijst is ontleend aan het onderzoek van Grol (1983). De schaal loopt van "volledig" tot "absoluut niet behorende tot de taak van de huisarts". In tabel 13 vindt men de frequentieverdelingen in percentages voor de 22 medische handelingen.

Tabel 13.: Taakopvattingen op somatisch vlak in percentages (N=161)

	volledig	grotendeels	enigszins	nauwelijks	totaal niet
1. E.C.G. interpreteren	5.0	16.8	32.9	31.7	13.7
2. De diagnose claudicatio intermittens stellen	66.5	28.6	3.7	1.2	0.0
3. De diagnostiek van meniscusleasie afronden	15.5	33.5	19.3	16.8	14.9
4. De diagnostiek van icterus afronden	20.5	55.9	14.3	8.7	0.6
5. Bij acuut rheuma de diagnose stellen en behandeling doen	28.0	30.4	22.4	13.0	6.2
6. De diagnose botfractuur stellen	54.7	40.4	3.7	1.2	0.0
7. Diagnostiek van congenitale heupluxatie bij een kind	55.9	33.5	7.5	0.6	2.5
8. Diagnostiek bij subfertiliteit	9.3	28.0	42.2	14.9	5.6
9. Diagnostiek en behandeling van acute nefritis	15.5	28.6	24.2	19.3	12.4
10. I.U.D. plaatsen	67.7	16.8	9.9	1.2	4.3
11. Een paracentese uitvoeren	16.8	17.4	21.7	24.8	19.3
12. Wigexisie bij unguus incarnatus uitvoeren	59.0	18.6	14.9	3.7	3.7
13. Een patiënt met acute urine retentie t.g.v. een prostaat hypertrofie catheteriseren	76.4	17.4	5.0	1.2	0.0
14. Behandeling van een prolaps m.b.v. een pessarium	55.9	24.2	11.8	5.6	2.5
15. Behandeling van een panaritium	40.4	27.3	21.1	6.8	4.3
16. Punteren van een hydrops van een knie	40.4	28.6	16.1	11.2	3.7
17. Behandeling van een gonorrhoe bij een man	76.4	16.8	1.9	2.5	2.5
18. Behandeling van lichte tot matige reumathoïde arthritis	45.3	41.6	9.9	3.1	0.0
19. Desensibilisering van een patiënt met een atopie	32.3	33.5	21.1	9.3	3.7
20. Behandeling van CARA (gr. 3)	28.0	62.1	8.7	1.2	0.0
21. Behandeling van vaginale bloedingen in de postmenopauze	6.2	12.4	16.8	23.0	41.6
22. Behandeling van psoriasis	11.2	50.9	31.7	5.6	0.6

Zoals men kan zien zijn nogal wat items scheef verdeeld, in de richting van "volledig of grotendeels taak van de huisarts". Volgende items werden derhalve verwijderd voor verdere analyse: 2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 18, en 20. Cronbach's α bedraagt 0.62.

Principale componentenanalyse levert 4 factoren op.

Vergelijking met de resultaten van Grol is moeilijk. Ten eerste is het scheefheids criterium in ons onderzoek wat strikter, waardoor minder items in de analyse worden opgenomen. Grol onderscheidt twee factoren die hij interpreteert als de meer "technische" kant (items 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16) en de meer "analytische en begeleidingskant" (items 4, 5, 18, 20, 21, 22) van het huisartsenwerk. De door ons gevonden drie factoren zijn echter geheel anders samengesteld. Ook bij een gedwongen twee factor

oplossing vinden we niet dit patroon (zie tabel 14). Deze oplossing van Grol lijkt in ieder geval op dit materiaal nogal dubieus.

Tabel 14.: Resultaten van de gedwongen twee factoren analyse taakopvatting op somatisch vlak en een gedwongen één factor oplossing (N=161)

Item-nummer	factor 1	factor 2	gedwongen één factor oplossing
1	0.12	0.30	0.26
3	<u>0.68</u>	-0.11	<u>0.53</u>
5	<u>0.51</u>	0.35	<u>0.62</u>
8	<u>0.41</u>	0.16	<u>0.44</u>
9	<u>0.64</u>	0.15	<u>0.62</u>
11	0.06	<u>0.52</u>	0.33
15	<u>0.45</u>	-0.11	0.33
16	<u>0.57</u>	0.17	<u>0.57</u>
19	0.16	<u>0.59</u>	<u>0.44</u>
21	<u>0.45</u>	0.29	0.53
22	-0.16	<u>0.76</u>	0.26
R²	21.7%	11.8%	

Gedwongen één factoranalyse leidt niet tot een oplossing met een hogere α (= 0.62): hierin zijn volgende items betrokken: 3, 5, 8, 9, 16, 19 en 21. De principale factor bij Grol bestaat uit de items 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 22. Deze factor haalt in het Nationale Studie materiaal een α van 0.67. Vanwege de hogere gevonden betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid, kiezen we voor het construeren van de somscore op identieke wijze als de principale factor bij Grol.

We scoren eerst de items allen om en vinden dan een gemiddelde somscore van 3.95 (sd. dev. 0.44). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe breder de taakopvatting van de huisarts.

2.6. Taakopvatting op psychosociaal vlak (59, 1^e kolom)

taakopvatting op psychosociaal vlak

Ook deze vragenlijst, waarbij artsen op een vijf-puntsschaal konden aangeven in hoeverre bepaalde geheel of gedeeltelijke psychosociale activiteiten tot hun taak behoren, is ontleend aan Grol (1983). In dit geval is wel een aantal wijzigingen aangebracht. Vier items uit de oorspronkelijke lijst van 12 items zijn niet gehandhaafd omwille van hun zeer slechte spreiding in Grol's onderzoek. In de plaats hiervan zijn twee nieuwe items toegevoegd (6 en 10).

Tabel 15.: Taakopvattingen op psychosociaal vlak in percentages (N=159)

	volledig	grotendeels	enigszins	nauwelijks	totaal niet
1. adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	8.2	50.3	38.4	2.5	0.6
2. begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	11.9	47.8	34.6	5.0	0.6
3. bespreken relatieproblemen echtpaar	16.4	41.5	39.6	2.5	0.0
4. hulp bieden bij suicidale neigingen	11.3	36.5	39.6	11.9	0.6
5. behandeling van lichte vorm van straatvrees	13.8	37.7	29.6	17.6	1.3
6. bespreken van langdurige problemen op het werk	25.8	46.5	24.5	3.2	0.0
7. ontspanningstherapie bij spanningsklachten	3.1	17.6	28.9	40.3	10.1
8. hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	13.2	46.5	35.2	5.0	0.0
9. hulp bieden bij verslavingsproblematiek	2.5	22.0	44.7	25.2	5.7
10. behandelen van wanen	0.6	11.9	28.9	40.3	18.2

In tabel 15 vindt men de frequentieverdelingen in percentages van de 10 items. In verband met een teveel aan missende waarden vallen twee artsen af waardoor 159 huisartsen in de analyse zijn opgenomen. In verband met ons spreidingscriterium vallen géén items af. Cronbach's α bedraagt 0.77. In het onderzoek van Grol wordt een iets hogere α over acht overgebleven items (0.79) gevonden. In het Nationale Studie materiaal leveren deze acht items een α van 0.73 op.

Op zoek naar onderliggende dimensies is een principale componentenanalyse gedaan. Deze levert drie factoren op (zie tabel 16). Deze aldus gevonden factoren en ook een gedwongen twee factor oplossing, zijn na varimax rotatie niet eenduidig te interpreteren in termen van lichte versus zware aandoeningen, danwel concrete psychosociale klachten versus nerveus functionele klachten. Dit onderscheid kan ook niet door Grol c.s. worden aangetoond, ook zij veronderstellen één dimensie. Een gedwongen één-factoranalyse liet vervolgens zien, dat alle 10 items voldoende laden op de eerste factor. De α blijft dus 0.77. De somscore na omscore van alle items bedraagt 3.34 (sd. dev. .48).

De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe breder de taakopvatting van de huisarts op psychosociaal vlak.

Tabel 16.: Resultaten principalecomponentenanalyse taakopvattingen op psychosociaal gebied na varimaxrotatie en van de gedwongen éénfactor oplossing (N = 159)

item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	gedwongen één factor oplossing
1	<u>0.73</u>	-0.05	0.18	<u>0.58</u>
2	<u>0.53</u>	<u>0.42</u>	-0.36	<u>0.47</u>
3	<u>0.70</u>	0.15	0.24	<u>0.69</u>
4	0.14	<u>0.75</u>	0.05	<u>0.54</u>
5	<u>0.53</u>	0.10	0.31	<u>0.57</u>
6	<u>0.73</u>	0.13	0.06	<u>0.63</u>
7	0.19	0.05	<u>0.80</u>	<u>0.49</u>
8	0.39	0.29	<u>0.63</u>	<u>0.70</u>
9	0.13	<u>0.72</u>	0.29	<u>0.61</u>
10	0.01	<u>0.80</u>	0.01	<u>0.46</u>
R ²	33.4%	14.8%	10.1%	

2.7. Competentiegevoel op somatisch vlak (58, 2^e kolom)

competentiegevoel op somatisch vlak

Aansluitend bij de vragenlijst over taakopvattingen van de huisarts op somatisch vlak, is voor dezelfde items gevraagd in hoeverre men er zich in staat of competent toe acht. De antwoordmogelijkheden variëren van "ik voel me wat betreft deze handeling zeer goed in staat om ze uit te voeren" tot "totaal niet in staat om ze uit te voeren". Deze lijst is net zoals de lijst over taakopvatting op somatisch vlak afkomstig uit het onderzoek van Grol (1983).

In tabel 17 vindt men de frequentieverdelingen in percentages van deze items over de diverse antwoordcategorieën.

Tabel 17.: Competentiegevoel op somatisch vlak in percentages (N=159)

	ik voel me wat betreft deze activiteit				
	volledig	grotendeels	enigszins	nauwelijks	to-taal niet
	in staat om ze uit te voeren				
1. E.C.G. interpreteren	4.4	11.3	20.1	23.9	40.3
2. De diagnose claudicatio intermittens stellen	51.6	44.7	2.5	0.6	0.6
3. De diagnostiek van meniscuslaesie afronden	11.9	40.9	22.0	10.7	14.5
4. De diagnostiek van icterus afronden	19.5	52.2	22.6	4.4	1.3
5. Bij acuut rheuma de diagnose stellen en behandeling doen	23.3	37.1	27.7	7.5	4.4
6. De diagnose botfractuur stellen	42.1	46.5	9.4	0.6	1.3
7. Diagnostiek van congenitale heupluxatie bij een kind	37.7	44.7	12.6	3.1	1.9
8. Diagnostiek bij subfertiliteit	7.5	24.5	40.3	20.8	6.9
9. Diagnostiek en behandeling van acute nefritis	14.5	17.6	34.0	18.2	15.7
10. I.U.D. plaatsen	64.2	8.8	4.4	7.5	15.1
11. Een paracentese uitvoeren	13.8	13.8	12.6	15.1	44.7
12. Wigexcisie bij unguus incarnatus uitvoeren	0.9	18.2	15.1	6.3	9.4
13. Een patiënt met acute urine urine t.g.v. een prostaat hypertrofie catheteriseren	73.0	19.5	4.4	1.3	1.9
14. Behandeling van een prolaps m.b.v. een pessarium	56.0	19.5	10.1	11.3	3.1
15. Behandeling van een panaritium	38.4	27.7	18.9	6.9	8.2
16. Punteren van een hydrops van een knie	48.4	23.3	11.9	8.2	8.2
17. Behandeling van gonorrhoe bij een man	78.6	14.5	3.1	2.5	1.3
18. Behandeling van lichte tot matige reumatoïde arthritis	44.0	41.5	13.2	1.3	0.0
19. Densensibilisering van een patiënt met een atopie	34.6	28.9	18.9	9.4	8.2
20. Behandeling van CARA (gr.3)	28.9	58.5	11.3	1.3	0.0
21. Behandeling van vaginale bloedingen in de postmenopauze	7.5	17.0	14.5	19.5	41.5
22. Behandeling van psoriasis	11.3	50.9	32.7	3.1	1.9

Twee artsen zijn niet in de analyse opgenomen omdat het aantal missende waarden te groot was. Over de hele lijst bekeken is er sprake van een nogal scheve verdeling in de linkse richting, met andere woorden een groot deel van de huisartsen geeft aan deze taken wel voor zijn rekening te kunnen nemen. Zoals Grol stelt is het best mogelijk dat er enige sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld bij het invullen.

Ten gevolge van het door ons gehanteerde scheefheids criterium vallen acht items af (2, 6, 7, 13, 14, 17, 18 en 20) af. Cronbach's α voor de

overgebleven items bedraagt 0.64.

Principale componentenanalyse na varimaxrotatie leidt tot vijf factoren (zie tabel 18), die niet interpreteerbaar zijn. Ook gedwongen minder factoren oplossingen leveren geen verder inzicht.

Tabel 18.: Principale componentenanalyse competentiegevoel op somatisch vlak (N=159)

Item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	factor 5	gedwongen één factor oplossing
1	0.07	0.04	0.03	0.19	<u>0.82</u>	0.28
3	<u>0.45</u>	-0.26	0.27	<u>-0.51</u>	-0.02	<u>0.40</u>
4	0.27	<u>0.42</u>	0.15	<u>-0.51</u>	0.11	<u>0.54</u>
5	0.20	<u>0.44</u>	<u>0.51</u>	-0.22	-0.09	<u>0.58</u>
8	-0.10	-0.01	<u>0.75</u>	0.31	0.14	0.28
9	0.17	0.21	0.34	-0.26	<u>0.59</u>	<u>0.55</u>
10	0.31	-0.01	-0.17	<u>0.67</u>	0.09	0.24
11	0.32	0.18	0.10	0.31	-0.35	0.22
12	<u>0.75</u>	-0.05	-0.04	0.19	0.22	<u>0.52</u>
15	<u>0.53</u>	0.12	0.16	-0.06	-0.14	<u>0.46</u>
16	<u>0.72</u>	0.14	0.08	-0.03	0.11	<u>0.63</u>
19	0.14	<u>0.74</u>	-0.05	0.04	0.09	0.42
21	0.18	-0.04	<u>0.55</u>	-0.08	0.05	<u>0.40</u>
22	-0.04	<u>0.72</u>	0.03	0.02	0.01	0.30
R^2	19.1%	10.5%	9.3%	8.6%	7.2%	

Uiteindelijk, bij gedwongen één-factoranalyse laadden de negen items 3, 4, 5, 9, 12, 15, 16, 19 en 21 voldoende hoog, met een Cronbach's α van 0.65.

Vergelijking met de resultaten van Grol is niet goed mogelijk omdat door deze alle items op twee na (items 2 en 17) in de principale componentenanalyse werden opgenomen. Ook wanneer we echter precies dezelfde items betrekken als door hem gebruikt blijft het opvallend dat Cronbach's α in zijn onderzoek veel hoger ligt en dat het mogelijk was twee dimensies te onderscheiden en te benoemen (een "technische" en een "analytische" Cronbach's α respectievelijk 0.67 en 0.63) die grotendeels parallel lopen met de twee dimensies die hij ook onderscheidde bij de taakopvattingen op somatisch vlak. In ons materiaal is de α voor de factoren op dezelfde wijze berekend als door Grol slechts respectievelijk 0.56 en 0.53. De betrouwbaarheid van een één factor oplossing analoog aan Grol levert een α van 0.59. De onderliggende twee factor structuur zoals door Grol veronderstelt kunnen we niet reproduceren.

Al met al verkiezen we uiteindelijk de resultaten van onze boven beschreven gedwongen één factor oplossing met 9 items. Na omscoreng bedraagt de gemiddelde somscore 3.50 (sd. dev. 0.62). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe hoger het competentiegevoel op somatisch

vlak van de huisarts.

2.8. Competentiegevoel op psychosociaal vlak (59, 2^e kolom)

competentiegevoel op psychosociaal vlak

Aansluitend bij de vragenlijst omtrent de taakopvatting van de huisarts op psychosociaal vlak is eveneens voor dezelfde items gevraagd in hoeverre men er zich competent toe voelt. De antwoordcategorieën zijn dezelfde als deze voor het competentiegevoel op somatisch vlak.

In tabel 19 vindt men de frequentieverdelingen in percentages voor de 10 opgenomen items. Voor 5 artsen was het aantal missende waarden te groot.

Tabel 19.: Competentiegevoel op psychosociaal vlak in percentages (N = 156)

	ik voel me wat betreft deze activiteit				
	volledig	grotendeels	enigszins	nauwelijks	to-taal niet
	in staat om ze uit te voeren				
1. adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	4.5	51.3	39.1	4.5	0.6
2. begeleiden van ex-psychiatrische patiënten	7.7	46.2	37.2	7.7	1.3
3. bespreken relatieproblemen echtpaar	10.3	41.0	35.9	12.2	0.6
4. hulp bieden bij suicidale neigingen	5.8	30.8	41.0	19.9	2.6
5. behandeling van lichte vorm van straatvrees	11.5	29.5	34.0	17.9	7.1
6. bespreken van langdurige problemen op het werk	22.4	46.2	30.1	1.3	0.0
7. ontspanningstherapie bij spanningsklachten	1.9	11.5	28.2	32.7	25.6
8. hulp bieden bij sexuele moeilijkheden	4.5	35.3	48.7	10.9	0.6
9. hulp bieden bij verslavingsproblematiek	0.6	15.4	48.7	23.7	11.5
10. behandelen van wanen	16.0	29.5	34.0	20.5	0.0

Alle items spreiden volgens de door ons gestelde criteria voldoende. Cronbach's α over de items bedraagt 0.74.

Principale componentenanalyse levert na varimaxrotatie drie factoren op (zie tabel 20). Op de eerste factor laadden de items 2, 4, 9 en 10 voldoende hoog (Cronbach's $\alpha = 0.64$). Op de tweede factor laadden de items 1, 2, 3 en 6 voldoende hoog. (Cronbach's $\alpha = 0.58$). Op de derde factor laadden items 5, 7 en 8 ($\alpha = 0.57$) De eerste factor verwijst, mogelijk naar een dimensie "zwaardere problematiek". De andere twee zijn

niet eenvoudig te duiden.

Omwille van het beperkt aantal items per factor, hun relatief lage betrouwbaarheid en het feit dat Grol ook slechts één dimensie onderscheidde, is tenslotte een gedwongen één-factoranalyse uitgevoerd, waarbij de items 1 tot en met 9 voldoende hoog laadden, waarbij Cronbach's $\alpha = 0.75$.

Na omscoren is de gemiddelde somscore over deze 9 items 3.24 (sd. dev. 0.50).

De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe hoger het competentiegevoel van de huisarts op psychosociaal vlak.

Tabel 20.: Resultaten principale componenten analyse en gedwongen één factor oplossing competentiegevoel op psychosomatisch vlak (N=156)

Item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	gedwongen één factor oplossing
1	0.01	<u>0.67</u>	0.13	<u>0.48</u>
2	<u>0.57</u>	<u>0.45</u>	0.16	<u>0.52</u>
3	0.26	<u>0.61</u>	<u>0.43</u>	<u>0.75</u>
4	<u>0.66</u>	0.33	0.11	<u>0.64</u>
5	0.04	0.25	<u>0.65</u>	<u>0.52</u>
6	0.01	<u>0.69</u>	0.10	<u>0.48</u>
7	0.10	-0.03	<u>0.85</u>	<u>0.50</u>
8	0.25	0.39	<u>0.52</u>	<u>0.67</u>
9	<u>0.73</u>	0.06	0.22	<u>0.58</u>
10	<u>0.71</u>	-0.23	0.11	0.34
R ²	31.3%	13.3%	10.9%	

2.9. Algemene taakopvatting (176, 1e kolom)

algemene taakopvatting

In tabel 21 staan de frequentieverdelingen van de items, die de mening van de huisarts weergeven over de taakverdeling tussen huisarts en specialist (Dopheide, 1986). Het gaat hierbij met name om de mate waarin de huisarts vindt dat hij zich onafhankelijk moet opstellen ten aanzien van de specialist. Voor twee artsen was het aantal missende waarden te groot.

Tabel 21.: Algemene taakopvatting in percentages (N=159)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen.	0.0	1.9	6.9	56.6	34.6
2. Een deel van het diagnostisch werk, dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden.	20.1	54.7	18.9	5.7	0.6
3. Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, te worden verricht door de huisarts.	38.4	47.1	12.6	1.9	0.0
4. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts.	18.2	37.7	27.0	14.5	2.5
5. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts.	52.8	43.4	3.1	0.6	0.0
6. Een huisarts die een ziekenhuis patiënt bezoekt, zou óók zonder tussenkomst van de specialist status moeten kunnen inzien.	40.9	40.9	9.4	8.2	0.6
7. De huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen.	8.2	39.6	27.7	19.5	5.0
8. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven.	1.9	4.4	42.8	41.5	9.4
9. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten.	11.9	39.0	37.1	10.1	1.9
10. Bij de behandeling van ziekenhuis patiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist.	3.1	8.2	28.9	54.7	5.0

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
11. 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.	15.7	46.5	23.3	13.2	1.3
12. De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen.	10.1	43.4	32.7	12.6	1.2
13. De specialist zou de huisarts een grote rol moeten toekennen in de medische nazorg na een ziekenhuisname.	25.8	62.9	10.0	1.3	0.0
14. Als een patiënt na een ziekenhuis opname in medisch opzicht nazorg nodig heeft, zou dat, als het maar enigszins mogelijk is, gedaan moeten worden door de huisarts.	38.3	58.5	3.2	0.0	0.0
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.	47.2	48.2	4.4	0.0	0.0

De items 1, 3, 5, 6, 13, 14, 15 zijn volgens ons criterium te scheef verdeeld. Cronbach's α over de overige items bedraagt 0.68. (na omscoring van de items 1 en 8 die tegengesteld zijn geformuleerd).

Principale componentenanalyse (zie tabel 22) voor de overgebleven acht items leidt tot twee factoren. Een eerste factor waarin de items 4, 7, 10 en 11 voldoende hoog laadden ($\alpha = 0.62$) en een tweede factor waarop items 3, 8, 9, 11 en 12 laadden ($\alpha = 0.56$). De slechte interpreteerbaarheid van deze factoren, de lage betrouwbaarheid gekoppeld aan het feit dat de twee gevonden factoren afzonderlijk slechts weinig items in zich verenigen doet ons besluiten tot één factor oplossing. Hierop laden alle items behalve items 2 en 8. De uiteindelijke variabele taakopvatting wordt dan ook samengesteld uit de 6 items 4, 7, 9, 10, 11 en 12 ($\alpha = 0.70$).

Na omscoring van alle items is de somscore 3.32 (sd. dev. 0.59).

De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe breder de taakopvatting is die huisartsen hebben.

Tabel 22.: Resultaten principale componentenanalyse en gedwongen één factor oplossing algemene taakopvatting (N=159)

itemnummer	factor 1	factor 2	gedwongen één factor oplossing
2	0.04	<u>0.55</u>	0.39
4	<u>0.76</u>	0.01	<u>0.58</u>
7	0.77	-0.01	<u>0.58</u>
8	-0.18	<u>0.56</u>	0.24
9	0.27	<u>0.70</u>	<u>0.66</u>
10	<u>0.60</u>	0.38	<u>0.70</u>
11	<u>0.41</u>	<u>0.41</u>	<u>0.58</u>
12	0.36	<u>0.59</u>	<u>0.66</u>
R ²	32.0%	14.3%	

2.10. Algemene taakuitoefening (176, 2e kolom)

algemene taakuitoefening

Aansluitende bij de items met betrekking tot algemene taakopvatting, waar het accent lag op de mening van de huisarts, is aan de hand van dezelfde items tevens gevraagd naar de feitelijke gang van zaken in de praktijk. In tabel 23 staan de frequentieverdelingen van deze items. Voor 6 artsen was het aantal missende waarden te groot.

Tabel 23.: Algemene taakuitoefening in percentages (N=155)

	in mijn praktijk is dat:				
	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
	het geval				
1. Je moet je als huisarts bij alles wat je doet afvragen of je niet op het terrein van de specialist dreigt te komen.	1.3	3.2	34.2	47.1	14.2
2. Een deel van het diagnostisch werk, dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden.	3.9	27.1	55.5	12.3	1.3
3. Controle van chronische patiënten hoort, als het ook maar enigszins mogelijk is, te worden verricht door de huisarts.	14.2	37.4	47.7	0.6	0.0
4. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts.	1.3	13.5	56.1	26.5	2.6

	in mijn praktijk is dat:				
	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
	het geval				
5. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijking heeft gevonden, behoort direct te worden terugverwezen naar de huisarts.	8.4	45.8	41.3	4.5	0.0
6. Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt, zou óók zonder tussenkomst van de specialist de status moeten kunnen inzien.	16.8	21.3	19.4	23.7	18.8
7. De huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn opgenomen patiënten moeten kunnen meebehandelen.	0.0	0.6	12.9	31.0	55.5
8. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven.	8.4	3.9	36.8	36.1	14.8
9. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten.	0.6	3.2	29.0	56.8	10.3
10. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist.	0.6	1.3	14.2	47.1	36.8
11. 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.	5.2	12.9	25.2	43.2	13.5
12. De specialist zou als regel de huisarts moeten betrekken bij zijn beslissing om de patiënt op te nemen.	1.9	13.5	32.9	41.3	10.3
13. De specialist zou de huisarts een grote rol moeten toekennen in de medische nazorg na een ziekenhuisopname.	5.8	34.8	45.8	13.5	0.0
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.	9.7	36.8	46.5	7.1	0.0
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.	7.1	19.9	46.5	25.2	1.3

De items 7 en 10 zijn te scheef verdeeld. Dit zijn beide items die medebehandeling van de huisarts in het ziekenhuis beschrijven. Het overgrote

deel van de huisartsen geeft aan dat hiervan zelden of nooit sprake is. Cronbachs α bedraagt 0.63 voor de overblijvende items. Principale componenten analyse leidt tot een vijffactorenoplossing, die na varimaxrotatie niet interpreteerbaar zijn en/of slechts weinig items bevatten (R^2 respectievelijk, 23.4, 11.2, 9.4, 8.4, en 8.0 %). De grootte van de verklaarde variantie voor de eerste factor ten opzichte van de andere gevonden factoren en het feit dat ook voor de algemene taakopvatting een éénfactor oplossing is gezocht, doet besluiten tot een gedwongen één factor oplossing (zie tabel 24). Hierbij laden de items 3, 4, 5, 9, 12, 13, 14, 15 hoog genoeg. Cronbach's $\alpha = 0.74$.

De somscore na omscoren alle items is 3.10 (sd. dev. 0.47). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe breder de taakuitoefening van de huisarts.

Tabel 24.: Resultaten één factoroplossing Algemene taakuitoefening (N=155)

item-nummer	gedwongen één factor oplossing
1	0.24
2	0.05
3	<u>0.50</u>
4	<u>0.42</u>
5	<u>0.48</u>
6	0.23
8	0.04
9	<u>0.60</u>
11	0.30
12	<u>0.69</u>
13	<u>0.73</u>
14	<u>0.68</u>
15	<u>0.60</u>

2.11. Invloed huisarts in 2^e lijn (175)

invloed in 2e lijn

De lijst met items zoals opgenomen in tabel 25 wil een indicatie geven van de mate waarin de huisarts invloed meent te hebben in de tweede lijn. Deze lijst is speciaal ten behoeve van de Nationale Studie ontworpen. In verband met te veel missende waarden is één arts niet in de analyses opgenomen. Op basis van het door ons gestelde spreidingscriterium vallen de items 1, 10 en 13 af. Ook voor item 16 is dit het geval, maar dit item overschrijdt de gestelde grens het minst en inhoudelijke afwegingen plus verderop in de schaalconstructie gebleken waarde voor de betrouwbaarheid van de schaal hebben er toe geleid dat dit item toch is gehandhaafd.

Tabel 25.: Invloed huisarts in 2^e lijn in percentages (N=160)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. Ik vind het belangrijk om zo veel mogelijk van mijn kennis en kunde als huisarts in de praktijk toe te passen.	61.3	35.0	3.1	0.6	0.0
2. Als ik één van mijn patiënten verwezen heb naar de specialist, ligt naar mijn idee de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling van deze patiënt (geheel en al) bij deze specialist.	1.9	8.1	43.8	36.3	10.0
3. Ik vind, dat ik zoveel mogelijk de specialistische behandeling van mijn patiënten vanuit een huisarts geneeskundig perspectief behoort te toetsen.	15.6	51.9	25.0	6.3	1.3
4. Ik vind het een prettige activiteit om met specialisten van gedachten te wisselen over de diagnostiek en behandeling van mijn patiënten.	20.0	53.1	20.0	6.3	0.6
5. Voor veel van mijn patiënten ben ik de vertrouwenspersoon die opkomt voor hun belangen, ook als zij onder specialistische behandeling zijn.	19.4	54.4	22.5	3.8	0.0
6. Met mijn generalistische kennis als huisarts schiet ik vaak te kort om adequaat te kunnen communiceren met specialisten met al hun specialistische kennis.	0.0	5.6	23.8	54.4	16.3
7. Ik vind het veel makkelijker om leg te plegen met collega-huisartsen dan met specialisten.	3.1	18.8	18.8	45.6	13.8
8. Ik vind dat ik een afwachtende houding aan moet nemen ten opzichte van de tweedelijns-behandeling van mijn patiënten, tenzij de patiënt zelf om mijn bemoeienis vraagt.	0.0	21.3	32.5	43.1	3.1
9. Als mijn ziekenfondspatiënten naar de specialist willen, zal ik ze niet tegenhouden.	4.4	18.1	41.9	28.8	6.9

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
10. Ik beschouw het als mijn taak om te zorgen dat mijn patiënten niet onnodig in de tweede lijn behandeld	40.0	51.9	4.4	2.5	1.3
11. Ik vind het bezwaarlijk, dat ik geen speciale honorering ontvang voor het consulteren van specialisten.	4.4	6.9	22.5	51.3	15.0
12. Mijn grootste bezwaar tegen het consulteren van specialisten, is dat het zoveel tijd kost.	3.8	11.3	20.6	46.9	17.5
13. Als mijn particuliere patiënten naar de specialist willen, stem ik daarmee altijd in om niet het risico te lopen dat ze een andere huisarts nemen.	1.3	2.5	10.0	49.4	36.9
14. Ik ben als huisarts pas bereid om meer dingen op het grensvlak van de eerste en tweede lijn te doen, als er extra honorering tegenover staat.	2.5	11.9	36.9	38.8	10.0
15. Ik heb er groot bezwaar tegen om steeds meer dingen op het grensvlak van eerste en tweede lijn te moeten doen, omdat het mij zoveel tijd kost.	0.0	20.6	29.4	40.0	10.0
16. Als je ziet hoeveel tijd het kost om de zorg voor patiënten af te stemmen met andere eerste-lijnsdisciplines, dan denk ik vaak: 'Laat die patiënt maar in het ziekenhuis'.	0.0	6.9	12.5	53.8	26.9
17. Behalve wanneer het gaat om routine-zaken, houd ik mij altijd uit mezelf al op de hoogte van de tweedelijns-behandeling van mijn patiënten. Dit voor het geval dat de patiënt na afloop van de tweedelijns-behandeling of tussentijds weer een beroep op mij doet.	8.8	45.6	31.3	13.8	0.6

Op de aldus overgebleven 14 items is een principale componentenanalyse uitgevoerd. Voorafgaand daaraan zijn de items waarvoor dat nodig is (te weten 1, 3, 4, 5, 10, 17) omgescoord, zodat een hogere score steeds wijst op een hoger geachte 'opbrengst' van continuïteitsinvloed voor de huisarts. α voor de overblijvers bedraagt overigens 0.57.

Uit de principale componentenanalyse resulteerden in eerst instantie vijf factoren met een eigenwaarde groter dan 1, die respectievelijk 17.1%, 15.3%, 10.5%, 8.4% en 8.1% van de variantie verklaren. Na varimaxrotatie

hebben zes items een factorlading groter dan 0.40 op de eerste factor ($\alpha = 0.66$). Op elk van de volgende factoren laden maximaal drie items. Vanwege dit kleine aantal items voor factor 2 tot en met 5 is vervolgens een gedwongen drie-factoroplossing geprobeerd. Daarbij laden op factor 2 en 3 elk vier items; de dimensies blijken moeilijk te interpreteren; en de α is vooral bij de derde factor laag (respectievelijk 0.56 en 0.34). Daarom is uiteindelijk voor de volgende twee-factoroplossing gekozen (zie tabel 26):

- De eerste factor bestaat uit dezelfde zes items, die eerder ook bij de vijf-factoroplossing op de eerste factor voldoende bleken te laden ($\alpha = 0.66$). Het betreft de items 2, 11, 12, 14, 15 en 16; Bijna al deze items (behalve item 2) hebben direct betrekking op de materiële kosten van continuïteitsinvloed: de benodigde tijd en het ontbreken van specifieke honorering voor het consulteren van specialisten en het uitvoeren van taken op het grensvlak van eerste- en tweedelijns. Item 2 brengt tot uitdrukking in hoeverre huisartsen - vermoedelijk in verband met deze materiële kosten - vinden dat de verantwoordelijkheid voor verwezen patiënten geheel en al bij de specialist ligt. We duiden deze eerste factor aan als de schaal, die de ervaren 'materiële kosten van continuïteitsinvloed' meet.
- Op de tweede factor laden vijf items voldoende, te weten item 4, 5, 6, 7 en 8; de α voor deze factor is 0.60. Alle items laden hoger dan 0.50 en hebben betrekking op de kosten en baten die aan de verdere begeleiding van patiënten in de tweedelijns verbonden zijn. Het betreft daarbij specifiek de 'sociale' kosten (de moeilijkheden van de communicatie met specialisten -item 6 en 7 en met patiënten - item 8-) en de 'sociale baten' (de genoegens van de communicatie met patiënten -item 5- en specialisten -item 4). We duiden deze tweede factor aan als de schaal die de ervaren 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' meet.

De gemiddelde somscore voor de 'materiële kosten van continuïteitsinvloed' bedraagt 3.58 (sd. dev. 0.55). Voor de 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' bedraagt het gemiddelde 3.67 (sd. dev. 0.53).

Tabel 26.: Gedwongen twee factoroplossing voor continuïteitsinvloed (N=160)

item-nummer	factor 1	factor 2
2	<u>0.46</u>	0.26
3	0.11	0.31
4	-0.15	<u>0.64</u>
5	-0.10	<u>0.61</u>
6	-0.07	<u>0.63</u>
7	-0.08	<u>0.59</u>
8	-0.20	<u>0.50</u>
9	0.07	-0.07
11	<u>0.45</u>	-0.22
12	<u>0.59</u>	0.24
14	<u>0.74</u>	0.01
15	<u>0.73</u>	0.01
16	<u>0.61</u>	-0.05
17	0.02	0.39

2.12. Democratische houding (60; a-b-d-e-f-i-g-l-n)

democratische houding

Tabel 27.: Democratische houding in percentages (N=158)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. Er is niets op tegen als patiënten een beetje opzien tegen hun huisarts.	12.0	26.6	31.6	27.2	12.0
2. Als een patiënt met kanker vraagt wat er met hem aan de hand is, moet de huisarts meteen zo open en eerlijk mogelijk antw. geven.	18.4	32.3	32.9	8.2	1.3
3. Een arts kan onmogelijk altijd open staan voor niet-medische hulpvragen.	23.4	42.4	20.3	12.0	1.9
4. Een huisarts dient zijn patiënten steeds op de hoogte te stellen van wat hij in een verwijsbriefje schrijft.	26.6	46.2	18.4	8.9	0.0
5. Er komen steeds mensen op het spreekuur met klachten of problemen, die je moeilijk au serieux kunt nemen.	12.0	27.8	13.3	39.2	7.6
6. Bij een aantal patiënten heeft het weinig zin om uitleg te geven, omdat ze deze toch niet begrijpen.	3.2	22.2	24.1	36.1	14.6

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
7. Patiënten kunnen te allen tijde van de huisarts eisen, dat ze volledig geïnformeerd worden over hun gezondheidstoestand.	22.2	41.1	24.1	9.5	3.2
8. Een succesvolle behandeling hangt vaak af van het vertrouwen van de patiënt in de huisarts dan van een uitgebreide uitleg.	6.3	32.3	43.0	15.8	2.5
9. Als een huisarts medicijnen voorschrijft dan dient hij altijd nauwkeurig en uitvoerig de werking ervan uit te leggen.	12.0	38.0	37.3	12.0	0.6

De lijst met items, opgenomen in tabel 27, heeft betrekking op de opvattingen die huisartsen hebben over de arts - patiënt - relatie. Deze lijst is integraal ontleend aan Grol (1983). Deze vindt één dimensie bestaand uit de items 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9. Hij interpreteert deze als "opvattingen van huisartsen over het delen van verantwoordelijkheid met de patiënt". De betrouwbaarheid bedraagt bij Grol voor deze dimensie 0.65.

Voor drie artsen is het aantal missende waarden in de huisartsenquête van de Nationale studie te groot, zodat de analyses op 158 artsen betrekking hebben.

Geen der items was te scheef verdeeld. Na omscoring van de tegengesteld geformuleerde items 2, 4, 7, 9 bedraagt de α 0.64.

De betrouwbaarheid van de dimensie zoals Grol die vond, was in ons materiaal slechts 0.54.

Principale componentenanalyse waarvan de resultaten staan vermeld in tabel 28 levert drie factoren op die echter niet eenduidig interpreteerbaar zijn en weinig items bevatten, evenals een niet vermelde twee factor oplossing. Gekozen werd (in navolging van Grol) voor een gedwongen één-factor oplossing. De items 1, 2, 4, 5, 6, 8 en 9 scoren voldoende hoog; α bedraagt 0.65. De gemiddelde somscore bedraagt 3.28 (sd. dev. 0.57). Interpretatie: hoe hoger de score, hoe democratischer de opstelling van de huisarts ten opzichte van de patiënt.

Tabel 28.: Resultaten principale componenten analyse en gedwongen één factor oplossing democratische houding (N=158)

Item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	gedwongen één factor oplossing
1	<u>0.40</u>	<u>0.58</u>	-0.37	<u>0.53</u>
2	0.31	0.03	<u>0.68</u>	<u>0.45</u>
3	<u>0.63</u>	-0.21	-0.01	<u>0.29</u>
4	-0.07	<u>0.77</u>	0.12	<u>0.49</u>
5	<u>0.64</u>	0.26	0.22	<u>0.68</u>
6	<u>0.78</u>	0.18	0.09	<u>0.67</u>
7	-0.05	0.20	<u>0.73</u>	0.34
8	0.34	<u>0.41</u>	0.05	<u>0.52</u>
9	0.04	<u>0.65</u>	0.28	<u>0.54</u>
R ²	31.3%	13.3%	10.9%	

2.13. Locus of control (198)

locus of control

De lijst met uitspraken zoals omschreven in tabel 29 reflecteert de mate waarin de huisarts invloed meent te hebben op zijn omgeving en kan omschreven worden als een "locus of control" voor huisartsen. Het betreft een lijst die is ontleend aan De Jong (1981). In verband met te veel missende waarden zijn 4 artsen uit de analyses geweerd. In verband met ons scheefheidscriterium werd vervolgens item 1 verwijderd. In verband met tegengestelde formulering werden de items 1, 2, 5, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18 omgescoord. Cronbach's α over de overige items bedroeg 0.66.

Principale componentenanalyse leidde tot vijf factoren (zie tabel 30). Deze factoren zijn niet benoembaar. Vanwege het feit dat de lijst zowel items omvat die specifiek naar het werk van de huisarts verwijzen, als meer algemene items, is gekeken of een gedwongen twee-factor-oplossing een dergelijke indeling kon weerspiegelen, maar dit bleek niet het geval. Wel menen we in onze gedwongen twee factor oplossing twee andere factoren te kunnen benoemen: factor 1 'externe locus of control' leverde een Cronbach's α van 0.68 en factor 2 'interne locus of control' met een Cronbach's α van 0.64. Volgens de Jong is de lijst echter unidimensioneel en is de soms wel gehanteerde theoretische onderverdeling in interne en extern locus of control niet meetbaar met dit instrument. Daarom werd vervolgens gekozen voor een één-factor-oplossing (zie laatste kolom in tabel 30). De items 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 16, 17 en 18 laadden voldoende hoog op deze factor. Cronbach's α bedraagt 0.71 en is dus hoger dan welke van de vorige oplossingen ook.

Voor deze items is een somscore berekend met een gemiddelde van 3.09 (sd. dev. 0.38).

De interpretatie van de score luidt: hoe hoger de score, hoe meer invloed de huisarts meent te hebben op zijn omgeving.

Tabel 29.: Locus of control in percentages (N=157)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. Of je plezier hebt in je werk ligt voor een belangrijk deel aan jezelf.	23.6	59.9	15.9	0.6	0.0
2. Hoe meer energie je in patiënten steekt des te meer loont het de moeite.	3.2	14.0	58.6	22.9	1.3
3. Vervelende dingen in het leven heeft men niet zelf in de hand.	4.5	12.1	64.3	19.1	0.0
4. Als huisarts heb je er in het algemeen weinig greep op, of het goed of slecht gaat met een patiënt.	0.6	23.6	52.2	23.6	0.0
5. Als je je werkelijk, volledig inzet bereik je ook veel.	4.5	40.1	42.0	13.4	0.0
6. Wanneer ik als huisarts in moeilijkheden kom tijdens contact met patiënten dan ligt dat vaak aan mezelf.	1.3	33.8	50.3	14.6	0.0
7. Hoe ik me ook inzet, vaak wordt die moeite niet beloond.	1.3	10.2	29.9	55.4	3.2
8. Of patiënten je een goede huisarts vinden heb je zelf niet in de hand.	2.5	11.5	47.8	36.3	1.9
9. Als ik fouten maak komt dat vaak door mijn eigen onkunde.	2.5	35.0	38.2	22.9	1.3
10. De meeste patiënten verander je toch niet.	3.8	35.0	43.3	15.9	1.9
11. Als je werkelijk goed je best doet, kun je veel voor je patiënten doen.	7.6	56.1	29.3	7.0	0.0
12. Als iemand iets vervelends overkomt is het vaak zijn eigen schuld.	0.6	8.3	51.0	36.3	3.8
13. Je kunt je nog zo inspinnen, het ligt vaak aan de omstandigheden of iets wel of niet lukt.	19.7	54.1	25.5	0.6	0.0
14. Veel patiënten zijn nu eenmaal zoals ze zijn, daar verander je als huisarts niet veel aan.	2.5	35.0	46.5	15.9	0.0
15. Ik heb vaak het gevoel, dat patiënten meer het verloop van mijn spreekuur bepalen dan ikzelf.	0.6	18.5	34.4	43.9	2.5
16. Hoe moeilijk je patiënten ook zijn als je blijft proberen lukt het op een bepaald moment toch om ze te veranderen.	0.0	7.0	56.7	33.8	2.5
17. Het hangt vooral van mezelf af, of ik bereik wat ik wil.	3.2	36.9	47.1	12.7	0.0

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
18. Of het goed of slecht gaat met mijn patiënten hangt voor een belangrijk deel af van mijn aanpak.	0.6	15.3	54.8	29.3	0.0
19. Of je goed functioneert in je werk hangt vooral af of het je meezit in je leven.	0.6	20.4	48.4	27.4	3.2

Tabel 30.: Resultaten principale componentenanalyse locus of control, gedwongen twee factor oplossing en gedwongen één factor oplossing (N=157)

item-nummer						gedwongen 2 factor oplossing		gedwongen 1 factor oplossing
	f1	f2	f3	f4	f5	f1	f2	f1
2	<u>0.67</u>	-0.05	-0.12	-0.03	0.06	-0.19	<u>0.59</u>	0.27
3	<u>-0.40</u>	<u>0.53</u>	-0.16	0.01	0.16	<u>0.54</u>	-0.4	0.26
4	0.11	<u>0.47</u>	0.25	-0.11	<u>-0.53</u>	<u>0.46</u>	0.15	<u>0.44</u>
5	<u>0.67</u>	-0.07	0.31	0.13	0.07	0.09	<u>0.62</u>	<u>0.46</u>
6	0.15	0.12	-0.07	0.33	<u>0.60</u>	-0.00	0.33	0.22
7	0.01	0.19	<u>0.57</u>	-0.31	0.27	<u>0.59</u>	-0.03	<u>0.40</u>
8	-0.07	0.04	0.05	<u>-0.56</u>	-0.11	0.18	-0.23	-0.03
9	0.22	-0.10	0.28	0.42	<u>0.46</u>	0.04	0.32	0.25
10	0.14	<u>0.71</u>	0.14	0.07	0.01	<u>0.56</u>	0.34	<u>0.64</u>
11	<u>0.67</u>	0.09	0.08	0.09	-0.16	-0.00	<u>0.64</u>	<u>0.44</u>
12	-0.01	0.14	-0.08	<u>0.63</u>	-0.01	-0.08	0.22	0.09
13	0.12	0.14	<u>0.74</u>	-0.19	0.09	<u>0.63</u>	0.07	<u>0.50</u>
14	0.07	<u>0.68</u>	<u>0.40</u>	-0.01	0.06	<u>0.75</u>	0.25	<u>0.71</u>
15	-0.13	0.25	0.22	-0.32	<u>0.58</u>	<u>0.45</u>	-0.10	0.26
16	0.37	<u>0.66</u>	-0.24	0.07	-0.01	0.25	<u>0.56</u>	<u>0.57</u>
17	<u>0.45</u>	0.28	-0.05	-0.00	0.09	0.11	<u>0.50</u>	<u>0.43</u>
18	<u>0.54</u>	0.33	-0.02	-0.01	0.06	0.15	0.39	<u>0.52</u>
19	-0.16	0.02	<u>0.65</u>	<u>0.47</u>	-0.03	0.37	-0.03	0.24
R ²	17.2%	12.1%	9.1%	7.2%	6.2%			

3. WERKBELEVING EN SATISFACTIE

3.1. Werkbeleving (195-196-197)

werkbeleving

Met betrekking tot drie deelaspecten van zijn werk is de huisarts gevraagd of hij zijn werk positief of negatief ervaart. De operationalisatie is volledig ontleend aan Grol (1983). De deelaspecten betreffen:

- hulp geven aan patiënten met diagnostiseerbare lichamelijke klachten en symptomen (vraag 195)
- hulp geven aan patiënten met psychosomatische klachten of met psychosociale problemen (vraag 196)
- bezig zijn met andere activiteiten spreekuur en visite (vraag 197)

Bij elk van deze drie deelaspecten is gevraagd in welke mate een aantal positieve gevoelens (tevredenheid, uitdaging, eigenwaarde, prettig/aangenaam) en negatieve gevoelens (tijdnood, frustratie, uitdaging en gespannenheid) voorkomen. Dit gebeurde op een 5 puntsschaal lopend van 'zeer vaak' tot 'nooit'.

In tabel 31 staan de frequentieverdelingen voor de drie deelaspecten. 154 artsen werden in de analyse opgenomen. Zeven huisartsen hadden te veel missende waardes gescoord.

De spreiding van alle items is goed. Cronbach's α bedraagt 0.74.

Na omscoring van ieder van de negatief geformuleerde gevoelens (per onderdeel van de vraag de items 2, 3, 5, 7) is een principale componentenanalyse gedaan. Deze laat zeven factoren zien, die niet interpreteerbaar zijn. In navolging van Grol is vervolgens een gedwongen twee factoroplossing gekozen (zie tabel 33). Op de eerste factor die we kunnen noemen laden de items a1, a4, a6, a8, b1, b4, b6, b8, c1, c4, c6, en c8. Deze factor is te benoemen als de positieve gevoelens van de huisarts ten aanzien van zijn werk. α bedraagt 0.82. Op de tweede factor laden de overige items behalve a2 en a3. α voor deze factor bedraagt 0.76. Ook wanneer we de twee niet hoog genoeg ladende items meetellen blijft deze 0.76. Zo doende is volledige vergelijkbaarheid met Grol verkregen.

De somscore na omscoring van alle positief geformuleerde items heeft dus betrekking op 12 items en een gemiddelde waarde van 3.28 (sd. dev. 0.49). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe vaker de huisarts positieve gevoelens in zijn werk meemaakt.

De somscore na omscoring van alle negatief geformuleerde items heeft dus betrekking op 12 items en een gemiddelde waarde van 3.05 (sd. dev. 0.42). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe vaker de huisarts negatieve gevoelens in zijn werk meemaakt.

Tabel 31.: Werkbeleving van de huisarts in percentages (N=154)

	zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit
a. lichamelijke aandoeningen					
1. een gevoel van tevredenheid	13.0	61.3	25.0	0.6	0.0
2. een gevoel van tijdnood	2.6	13.6	55.8	25.3	2.6
3. een gevoel van frustratie	3.9	1.3	48.7	46.1	3.9
4. een gevoel van uitdaging	7.8	43.5	33.1	9.7	5.8
5. een gevoel van gespannenheid	0.6	6.5	40.9	42.2	9.7
6. een gevoel van eigenwaarde	2.6	31.8	42.2	19.5	3.9
7. een gevoel van twijfel	1.9	14.9	64.3	16.9	1.9
8. een prettig, aangenaam gevoel	8.4	57.1	29.2	3.9	1.3
b. psychosomatische/sociale klachten					
1. een gevoel van tevredenheid	5.2	33.8	50.0	10.4	0.6
2. een gevoel van tijdnood	8.4	46.8	31.8	10.4	2.6
3. een gevoel van frustratie	5.8	36.4	44.2	12.3	1.3
4. een gevoel van uitdaging	8.4	37.7	37.7	13.6	2.6
5. een gevoel van gespannenheid	0.6	15.6	51.3	26.6	5.8
6. een gevoel van eigenwaarde	1.3	18.8	45.5	27.3	7.1
7. een gevoel van twijfel	2.6	40.3	44.8	11.0	1.3
8. een prettig, aangenaam gevoel	3.9	21.4	50.0	20.8	3.9
c. andere activiteiten					
1. een gevoel van tevredenheid	7.8	57.1	30.5	3.9	0.6
2. een gevoel van tijdnood	13.6	40.9	30.5	12.3	2.6
3. een gevoel van frustratie	3.9	20.8	44.2	26.0	5.2
4. een gevoel van uitdaging	2.6	24.0	37.7	29.9	5.8
5. een gevoel van gespannenheid	1.3	9.7	39.0	35.1	14.9
6. een gevoel van eigenwaarde	1.3	26.0	42.2	20.1	10.4
7. een gevoel van twijfel	1.3	16.9	50.0	26.0	5.8
8. een prettig, aangenaam gevoel	7.8	42.9	37.7	11.0	0.6

Tabel 32.: Resultaten principale componentenanalyse en gedwongen twee factoroplossing bij de werkbeleving van huisartsen (N=154)

								gedwongen 2 factor opl.	
	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f1	f2
soma 1	<u>0.47</u>	<u>-0.47</u>	-0.08	0.21	0.26	-0.19	0.14	<u>0.49</u>	-0.15
soma 2	0.05	0.08	-0.19	0.16	-0.08	0.01	<u>0.80</u>	0.20	0.23
soma 3	0.18	-0.07	0.09	<u>0.63</u>	-0.30	0.11	0.05	0.10	0.31
soma 4	0.37	-0.13	0.26	0.02	0.08	<u>-0.59</u>	-0.25	<u>0.53</u>	-0.34
soma 5	-0.05	0.16	-0.03	<u>0.77</u>	-0.01	-0.03	-0.03	-0.00	<u>0.48</u>
soma 6	0.16	<u>-0.40</u>	<u>0.60</u>	0.07	0.20	-0.13	0.00	<u>0.63</u>	-0.27
soma 7	0.03	-0.04	0.03	0.69	0.19	0.30	0.12	0.16	<u>0.52</u>
soma 8	<u>0.44</u>	-0.27	0.03	0.22	<u>0.43</u>	-0.26	0.06	<u>0.58</u>	-0.04
psy 1	<u>0.76</u>	0.03	0.16	0.04	0.12	0.28	-0.04	<u>0.62</u>	0.29
psy 2	0.06	<u>0.56</u>	0.02	0.01	-0.12	0.19	<u>0.52</u>	-0.18	<u>0.51</u>
psy 3	<u>0.41</u>	0.37	0.06	0.15	-0.30	<u>0.45</u>	-0.01	0.08	<u>0.54</u>
psy 4	<u>0.63</u>	-0.06	0.34	-0.02	-0.07	-0.25	-0.01	<u>0.60</u>	-0.12
psy 5	0.17	0.12	0.15	0.23	-0.06	<u>0.50</u>	-0.39	0.01	<u>0.42</u>
psy 6	<u>0.44</u>	-0.12	<u>0.64</u>	-0.05	-0.03	0.11	0.03	<u>0.67</u>	-0.02
psy 7	0.16	0.09	0.04	0.25	0.12	<u>0.72</u>	0.04	0.13	<u>0.59</u>
psy 8	<u>0.83</u>	0.01	0.03	-0.02	0.16	0.12	0.03	<u>0.61</u>	0.21
neven 1	0.09	0.12	0.23	0.01	<u>0.78</u>	0.05	-0.01	<u>0.50</u>	0.24
neven 2	-0.05	<u>0.72</u>	0.01	0.00	-0.04	0.03	0.21	-0.21	<u>0.50</u>
neven 3	0.01	<u>0.76</u>	0.02	0.11	0.25	0.11	-0.06	-0.02	<u>0.65</u>
neven 4	0.07	<u>0.25</u>	<u>0.66</u>	0.01	0.05	-0.24	-0.22	<u>0.44</u>	-0.00
neven 5	0.05	<u>0.59</u>	-0.24	0.34	0.28	-0.05	-0.17	-0.11	<u>0.58</u>
neven 6	0.02	0.01	<u>0.80</u>	-0.01	0.34	0.06	-0.06	<u>0.61</u>	0.03
neven 7	-0.07	0.41	-0.09	<u>0.53</u>	0.33	0.23	0.08	0.02	<u>0.72</u>
neven 8	0.21	0.10	0.30	-0.03	<u>0.75</u>	0.00	-0.16	<u>0.62</u>	0.17
R ²	17.6%	15.3%	9.0%	7.1%	6.1%	4.9%	4.6%		

3.2. Satisfactie (199)

satisfactie

De lijst met items zoals opgenomen in tabel 33 is samengesteld op basis van items uit onderzoek van Mechanic (1975) en van McCranie (1982). Er zijn vijf antwoordcategorieën gaande van "zeer tevreden" tot "zeer ontevreden". De frequentieverdelingen in tabel 35 hebben betrekking op 156 huisartsen. Bij de overige 5 huisartsen was het aantal missende waarden te groot.

Tabel 33.: Satisfactie van de huisarts in percentage (N=156)

ik ben ten aanzien van:	zeer tevreden	tevreden	deels wel, deels niet tevreden	ontevreden	zeer ontevreden
1. De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb.	3.8	55.8	30.1	8.3	1.9
2. De mogelijkheid voor professionele contacten met specialisten.	3.2	44.9	29.5	21.2	1.3
3. De mogelijkheid voor professionele contacten met andere huisartsen.	10.9	56.4	19.2	10.3	3.2
4. Mijn inkomen.	7.1	50.6	22.4	17.9	1.9
5. De uitrusting van mijn praktijk en de faciliteiten waarover ik beschik.	21.2	46.8	19.2	10.3	2.6
6. De hoeveelheid tijd die mijn praktijk kost.	0.6	42.9	32.1	22.4	1.9
7. De hoeveelheid tijd die ik voor nascholing heb.	0.6	34.6	21.8	39.6	3.2
8. De hoeveelheid tijd die ik voor mijn gezin heb.	3.2	26.9	26.3	36.5	7.1
9. De hoeveelheid vrije tijd waarover ik kan beschikken.	2.6	17.9	25.6	44.2	9.6
10. De organisatie en het management van mijn praktijk.	9.0	50.0	30.8	9.6	0.6
11. De kosten om mijn praktijk draaiende te houden.	1.9	41.0	37.8	17.3	1.9
12. Het respect dat ik van mijn patiënten krijg.	3.8	84.6	10.3	1.3	0.0
13. De collegiale verhoudingen.	10.9	58.3	19.2	9.0	2.6
14. De 'incentives' om zorg van hoge kwaliteit te leveren.	0.0	53.8	34.6	10.9	0.6
15. De organisatie van avond-, nacht- en weekenddiensten.	17.3	60.3	14.1	5.8	2.6
16. Mijn werk in het algemeen.	11.5	70.5	16.7	1.3	0.0

Zoals men kan zien zijn de verdelingen voor drie items (12, 15, 16) te scheef zodat ze uit verdere analyses worden weggelaten. Cronbach's α bedraagt 0.76 voor de overblijvende items. De lijst heeft dus reeds een goede betrouwbaarheid en is volgens de opstellers ook unidimensioneel. Ter verificatie hebben we een principale componentenanalyse gedaan. Deze leidt tot vier factoren, waarvan na varimax rotatie alleen de eerste duidelijk benoembaar is in termen van de beschikbare tijd (zie tabel 34). De eerste factor heeft daarbij een verklaarde variantie die bijna twee maal zo hoog is als van de tweede factor. Drie factor en twee factor oplossingen geven ook geen inzicht in onderliggende dimensies. Daarna is tenslotte gekozen voor een één factor oplossing. Hierbij laden de items 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 en 13 voldoende hoog. Cronbach's α blijft 0.76 en verhoogt dus niet.

In de somscore zijn vervolgens alleen de drie scheef verdeelde items niet opgenomen. De gemiddelde somscore na omscore van alle items is

3.30 (sd 0.45). Interpretatie: hoe hoger de score, hoe tevredener de huisarts.

Tabel 34.: Resultaten principale componentenanalyse en gedwongen één factor oplossing satisfactie (N=156)

Itemnummer	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	gedwongen één factor oplossing
1	<u>0.51</u>	0.20	<u>-0.47</u>	-0.16	0.34
2	0.26	0.15	0.20	<u>-0.68</u>	0.30
3	0.31	0.38	<u>0.70</u>	-0.24	<u>0.64</u>
4	0.25	0.15	0.20	<u>0.72</u>	0.39
5	-0.03	<u>0.77</u>	0.22	0.01	<u>0.42</u>
6	<u>0.75</u>	0.01	0.12	0.10	<u>0.66</u>
7	<u>0.67</u>	0.10	0.03	-0.27	<u>0.58</u>
8	<u>0.85</u>	0.04	0.15	0.17	<u>0.73</u>
9	<u>0.81</u>	0.04	0.15	0.17	<u>0.74</u>
10	0.04	<u>0.81</u>	-0.00	0.04	<u>0.43</u>
11	0.25	<u>0.49</u>	-0.06	<u>0.53</u>	<u>0.46</u>
13	0.12	0.16	<u>0.81</u>	0.04	<u>0.43</u>
14	0.07	<u>0.56</u>	0.10	0.00	0.36
R ²	27.0%	14.6%	11.6%	8.6%	

4. SPECIFIEKE DELEN VAN DE VRAGENLIJST

4.1. Rol van de psychosociale factoren (61)

rol psychosociale factoren

De respondenten werd gevraagd om op een vijf-puntsschaal aan te geven in hoeverre psychosociale factoren naar hun mening van invloed zijn op het ontstaan of het acuut exacerberen van 12 concreet omschreven aandoeningen die in de huisartspraktijk kunnen voorkomen. De lijst is integraal ontleend aan Grol (1983).

In tabel 35 vindt men de frequentieverdeling in percentages voor de 12 afzonderlijke items. In verband met een te groot aantal missende waarden zijn twee artsen niet in de analyse betrokken. Door een te scheve verdeling is item 7 uit verdere analyses weggelaten.

Tabel 35.: Rol van psychosociale factoren bij 12 omschreven aandoeningen in percentages (N=159)

	totaal geen invloed	weinig invloed	niet veel, niet weinig invloed	veel invloed	zéér veel invloed
1. hartinfarct	1.9	17.0	42.8	32.7	5.7
2. obstipatie	0.6	20.1	35.8	36.5	6.9
3. dysmenorroe	1.9	24.5	42.8	28.3	2.5
4. hypertensie	0.0	11.9	38.4	42.8	6.9
5. eczeem	1.3	8.8	38.4	40.9	10.7
6. hyperthyroïdie	28.9	33.3	25.8	11.3	0.6
7. adipositas	0.6	5.0	18.2	48.4	27.7
8. reumatoïde artritis	26.4	45.9	23.3	4.4	0.0
9. colitis ulcerosa	3.8	17.6	25.8	43.4	9.4
10. brachialgie	5.0	23.3	32.1	32.1	7.5
11. tracheitis	29.6	39.6	18.2	11.3	1.3
12. zwangerschapsbraken	0.6	17.0	28.3	46.5	7.5

Voor de overblijvende items bedroeg Cronbach's $\alpha = 0.71$.

Principale componentenanalyse levert vier factoren op (zie tabel 36), die echter niet interpreteerbaar zijn.

Tabel 36.: Resultaten princip le componentenanalyse en gedwongen  en factor oplossing en rol van psychosociale factoren (N=159)

Itemnummer	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	factor 5	gedwongen �en factor oplossing
1	-0.09	0.16	<u>0.85</u>	-0.04	0.14	<u>0.43</u>
2	0.14	-0.06	<u>0.27</u>	-0.27	<u>0.76</u>	0.27
3	0.11	0.21	-0.03	0.38	<u>0.78</u>	<u>0.51</u>
4	0.33	-0.05	<u>0.62</u>	<u>0.40</u>	0.06	<u>0.63</u>
5	<u>0.50</u>	0.10	0.36	0.39	0.12	<u>0.69</u>
6	0.03	<u>0.83</u>	-0.09	0.11	0.18	<u>0.45</u>
8	0.25	<u>0.72</u>	0.27	-0.07	-0.04	<u>0.56</u>
9	0.17	<u>0.45</u>	0.31	<u>0.47</u>	-0.26	<u>0.57</u>
10	<u>0.79</u>	0.16	-0.01	0.02	0.09	<u>0.56</u>
11	<u>0.83</u>	0.07	0.03	0.01	0.06	<u>0.55</u>
12	-0.00	0.01	0.02	<u>0.84</u>	0.04	0.37
R ²	27.1%	12.1%	10.7%	10.1%	9.2%	

Ook minder factoren oplossingen lieten geen interpretaties toe in de zin van de aanwezigheid van onderliggende dimensies. Gezien de hoge verklaarde variantie voor de eerste gevonden factor ten opzichte van de overige factoren en de resultaten van Grol is het waarschijnlijk dat we met  en onderliggende dimensie te maken hebben. Daarom is vervolgens gekozen voor een gedwongen  en factor oplossing, waarbij alleen item 2 en 12 niet voldoende hoog laden. Cronbach's α voor de overblijvende items bedroeg 0.72.

De gemiddelde somscore over deze 9 items bedraagt 2.91 (st. dev. 0.51). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe groter de huisarts de rol van psychosociale factoren acht.

4.2. Houding ten opzichte van het voorschrijven van geneesmiddelen (144)

houding t.o.v. prescriptie

De in de huisartsenquête opgenomen lijst bevat 17 uitspraken over de juistheid/onjuistheid om geneesmiddelen en is integraal ontleend aan Haayer (1984).

In tabel 37 staan de items afgedrukt samen met de frequentieverdeling in percentages. Er is voor deze lijst voldoende informatie beschikbaar voor 160 huisartsen.

Tabel 37.: Houdingen ten opzichte van het voorschrijven van geneesmiddelen (N=160)

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
1. De meeste klachten kunnen door geneesmiddelen met goede resultaten worden behandeld.	1.3	11.9	39.4	39.4	8.1
2. Als de bijwerkingen van een geneesmiddel niet volledig bekend zijn, is het onjuist dit geneesmiddel voor te schrijven.	5.6	32.5	35.0	25.0	1.9
3. Het is onjuist bij een verstopte neus neusdruppels voor te schrijven.	20.0	46.3	16.9	15.6	1.3
4. Huisartsen moeten geen geneesmiddelen voorschrijven alleen om het placebo-effect.	21.3	28.1	16.9	26.9	6.9
5. Ieder geneesmiddel moet beschouwd worden als een potentieel vergif.	13.1	33.8	25.6	18.1	9.4
6. Als een patiënt blijft vragen om een bepaald geneesmiddel waar hij/zij weinig baat bij zal hebben, kan een arts hiervan best weinig voorschrijven.	7.5	36.3	30.0	23.8	2.5
7. De beste therapie voor een ontstoken keel is het toedienen van antibiotica.	1.9	5.0	16.9	49.4	26.9
8. Iemand kan beter een rustgevend middel gebruiken dan de hele dag gespannen of nerveus rondlopen.	1.9	16.3	43.1	33.8	5.0
9. Voor alle geneesmiddelen geldt: baat het niet, het schaadt altijd.	6.3	19.4	21.9	40.0	12.5
10. Het is onjuist om door middel van het voorschrijven van een geneesmiddel de duur van een niet ernstige klacht te bekorten.	3.8	18.8	32.5	43.1	1.9
11. Een geneesmiddel moet niet gebruikt worden als middel om iemand zijn rol te laten blijven vervullen in de maatschappij.	3.1	13.8	37.5	43.8	1.9
12. Als een patiënt bij zijn huisarts komt vragen om een rustgevend middel, omdat hij over twee weken examen moet doen, is er niets tegen om dat te geven.	4.4	26.9	33.8	30.6	4.4
13. Het is onjuist dat een huisarts aan een lastige patiënt een placebomiddel meegeeft om het consult te beëindigen.	26.2	37.5	16.9	15.0	4.4

	helemaal mee eens	mee eens	deels wel, deels niet mee eens	mee oneens	vol- strekt mee oneens
14. Als een patiënt gerustgesteld kan worden door hem een recept mee te geven, moet een huisarts dat doen, ook al twijfelt hijzelf aan het nut van dat geneesmiddel.	1.3	18.8	46.3	26.9	6.9
15. Het is beter een stijve nek zonder geneesmiddelen te behandelen.	8.1	30.0	33.1	26.9	1.9
16. Bij het voorschrijven van een geneesmiddel moet een arts afgaan op zijn eigen oordeel en zich niet laten beïnvloeden door de vraag van de patiënt.	4.4	26.2	42.5	22.5	4.4
17. Iemand is beter af met een slaapmiddel dan met het missen van een paar nachten slaap.	0.6	4.4	28.8	52.5	13.8

Op basis van de frequentieverdelingen dient item 7 verwijderd te worden. Gezien het feit dat dit een zeer minieme overschrijding is, is in verband met de vergelijkbaarheid met de oorspronkelijke schaal van Haayer gekozen om dit item te behouden. Bij de formulering van item 16 willen we de opmerking maken dat er hier impliciet van wordt uitgegaan dat de vraag van de patiënt altijd gericht is op het krijgen van (meer) geneesmiddelen, waar de huisarts dat misschien minder nodig vindt. De juistheid van deze veronderstelling kunnen we niet verder onderbouwen vanuit de beschrijving van Haayer.

Voor de overblijvende items is Cronbach's α laag, te weten 0.58.

Principale componentenanalyse leidt tot zes factoren. Deze zijn niet eenduidig interpreteerbaar. Haayer vond drie dimensies te weten ten eerste de houding ten opzichte van oneigenlijk voorschrijfgedrag (item 2, 4, 10, 13, 14) met een α van 0.64; ten tweede: de houding ten aanzien van symptoomgericht voorschrijven (item 1, 6, 8, 17) met een α van 0.63; ten derde: de houding ten opzichte van risico's van geneesmiddelen (items 5 en 9) met een α van 0.65. In het Nationale studie materiaal werden over deze oplossingen slechts zeer lage waarden voor α gevonden, respectievelijk 0.45, 0.42 en 0.57.

In navolging van Haayer is een driefactor oplossing geprobeerd, waarvan de oplossing in tabel 40 te vinden is. Deze leverde, hetgeen ook al vanuit de lage α 's verwacht kon worden een geheel andere structuur op als bij Haayer met eveneens lage α 's. (respectievelijk 0.59 voor de eerste, 0.54 voor de tweede en 0.49 voor de derde factor).

Vervolgens is een gedwongen één factor oplossing geprobeerd. Hierop laden 8 items hoog genoeg. α is 0.65. Deze dimensie zou in meer algemene termen kunnen worden benoemd als de voorschrijfgeneigdheid van

huisartsen.

De gemiddelde somscore over deze 8 items bedraagt 2.56 (sd. dev. 0.52). De interpretatie luidt: hoe hoger de score, hoe meer voorschrijfgeneigd de huisarts is.

Tabel 38.: Resultaten van de principale componentenanalyse voor de uitspraken met betrekking tot houding ten opzichte van het voorschrijven (N=160)

Item-nummer	factor 1	factor 2	factor 3	gedwongen één factor oplossing
1	0.28	<u>-0.41</u>	0.08	<u>0.43</u>
2	-0.01	0.38	0.05	-0.13
3	0.25	0.32	0.08	0.12
4	<u>0.68</u>	0.16	0.03	<u>0.52</u>
5	-0.09	0.05	<u>0.72</u>	0.19
6	<u>0.40</u>	-0.02	0.04	0.35
7	0.34	<u>0.65</u>	-0.01	<u>0.54</u>
8	0.35	<u>-0.55</u>	0.33	<u>0.63</u>
9	-0.12	0.14	<u>0.68</u>	0.11
10	0.04	<u>0.53</u>	0.34	0.04
11	0.33	<u>0.44</u>	0.22	0.19
12	0.26	-0.15	<u>0.43</u>	<u>0.45</u>
13	<u>0.69</u>	-0.02	0.04	<u>0.60</u>
14	<u>0.66</u>	-0.08	-0.06	<u>0.56</u>
15	0.05	0.08	<u>0.42</u>	0.17
16	0.17	<u>0.55</u>	-0.09	-0.11
17	0.36	-0.22	<u>0.44</u>	<u>0.56</u>
R ²	15.3%	12.1%	8.8%	

BIJLAGEN

Bijlage 1

Huisartsen in de huisartsenquête Nationale Studie - * is non respons

praktijkcode	artscodes	steek- proef statuut**
100	500	2
100	501	1
100	538	2
101	502	0
101	508	0
103	504	2
103	525	1
103	526	2
104	505	1
104	510	2
105	506	2
105	544	1
106	507	1
107	509	1
108	511	2
108	540	1
109	512	2
110	513	1
111	514	1
111	541	2
113	516	1
114	517	1
115	519	1
116	520	1
117	521	1
118	523	1
119	524	1
119	542	2
120	527	1
121	528	1
121	534	1
121	537	1
122	529	1
123	531	1
123	532	2
124	533	1
125	535	1
126	536	0
127	539	1
128	543	1
201	602	1
202	603	1
202	604	2
203	605	1
203	606	2
203	607	2

praktijkcode	artscod	steek- proef statuut**
203	608	2
204	609	2
204	610	2
205	611	1
205	612	2
205	613	2
206	614	2*
206	615	1
207	616	1
209	618	1
210	619	1
211	620	1
212	621	2
212	622	1
212	651	3
214	624	2
214	625	1
216	627	2
216	628	2*
216	629	1
217	630	2
217	631	1
217	632	2
217	633	2
218	634	1
219	635	2
219	636	1
220	637	1
222	639	1
222	640	3
223	641	2
223	642	1
223	643	3
225	646	1
226	652	0
226	653	0
226	654	3
300	700	1
301	701	1
301	702	2
302	703	1
303	704	1
304	705	1
304	706	2
305	707	1
306	708	1
307	709	2
307	710	1
308	711	2

praktijkcode	artscod	steek- proef statuut**
308	712	2*
309	713	1
310	714	5
310	715	2
311	716	1
311	717	2
312	718	1
313	719	1
314	720	1
315	721	1
316	722	1
317	723	1
317	724	3
318	725	1
318	726	2
319	727	1
320	728	1
320	752	3
321	729	1
321	730	2
322	731	2
322	732	1
323	733	0
324	734	1
325	735	1
326	736	1
327	737	2
327	738	2
327	739	2
327	740	1
327	749	3*
328	741	1
400	800	1
401	801	1
401	802	2
401	803	2
402	804	1
403	805	1
404	806	1
404	807	2
404	808	2
404	850	3
405	809	1
405	844	2
407	812	1
407	813	2
408	814	2
408	815	1
409	816	1
410	817	1

praktijkcode	artscodes	steek- proef statuut**
411	818	1
411	819	2*
412	820	1
413	821	1
415	824	2
415	825	1
416	826	1
416	827	2
416	828	2
417	829	2
417	830	1
418	831	2
418	832	2
419	833	1
419	843	3
420	834	1
420	835	2
421	836	1
422	837	1
423	838	1
424	839	1
425	840	1
426	841	1
427	842	1

** toelichting

0/1: steekproefarts of opvolger
 2: collega van steekproefarts
 3: huisarts - assistent

Bijlage 2

Namen van variabelen

Delegatie naar assistentes	vraag 24	XPRA01 tot XPRA20
Aanwezigheid van instrumenten	vraag 25	XINST01 tot XINST14
Toepassing van medische technieken	vraag 27	XMEDTE01 tot XMEDTE18
Omgang met onzekerheid	vraag 55	XONZEK01 tot XONZEK9
Nemen van risico's	vraag 60; c-g-h-k-m-o	XMEEN03 XMEEN07 XMEEN08 XMEEN11 XMEEN13 XMEEN15
Taakopvatting m.b.t. diagnostiek	vraag 177 1 ^e kolom	XDIAHS01 tot XDIAHS25
Taakopvatting m.b.t. therapie	vraag 177 2 ^e kolom	XBEHHS01 tot XBEHHS25
Taakopvatting (somatisch)	vraag 58 1 ^e kolom	XISTK01 tot XISTK22
Competentiegevoel (somatisch)	vraag 58 2 ^e kolom	XKANTK01 tot XKANT22
Taakopvatting (psychosociaal)	vraag 59 1 ^e kolom	XPSTK01 tot XPSTK10
Competentiegevoel (psychosociaal)	vraag 59 1 ^e kolom	XPSDOE01 tot XPSDOE10
Algemene taakopvatting	vraag 176 1 ^e kolom	XMHASP01 tot XMHASP15
Algemene taakuitoefening	vraag 176 2 ^e kolom	XDHASP01 tot XDHASP15
Invloed huisarts in 2 ^e lijn	vraag 175	XVHASP01 tot XVHASP17
Democratische houding	vraag 60; a-b-d-e-f-i-j-l-n	XMEEN01 XMEEN02 XMEEN04 XMEEN05 XMEEN06 XMEEN09 XMEEN10 XMEEN12 XMEEN14
Locus of control	vraag 198	XPLEZ01 tot XPLEX19
Werkbeleving (lich. aandoeningen)	vraag 195	XDIAGBR1 tot XDIAGBR8
Werkbeleving (excl. spreekuur & visites)	vraag 196	XNEVEN1 tot XNEVEN8
Werkbeleving (pschosom./psychosoc.)	vraag 197	XPSYS01 tot XPSYS08
Satisfactie	vraag 199	XTEVR01 tot XTEVR16
Rol van psychosociale factoren	vraag 61	XROLPS01 tot XROLPS12
Mening voorschrijven	vraag 144	XMMED01 tot XMMED17

Bijlage 3

Betrouwbaarheid van de geconstrueerde schalen

titel schaal	(aantal) overgebleven items	Cronbach's α
Medisch-technisch handelen		
assistenten	(8) 1,2,3,6,8,10,12,14	0.82
Toepassen medische technieken	(6) 4,5,6,7,9,16	0.77
Omgang met werkstijlelementen	(4) 2,3,5,7	0.64
Risico's nemen	(5) 1,2,3,4,6	0.75
Taakopvatting mbt diagnostiek	(25) alle items	0.86
Taakopvatting mbt therapie	(25) alle items	0.67
Taakopvatting somatisch	(14) 3,5,6,7,8,9,10,12,13,14,16,18,19,22	0.67
Taakopvatting psychosociaal	(10) alle items	0.77
Competentiegevoel somatisch	(9) 3,4,5,9,12,15,16,19,21	0.65
Competentiegevoel psychosociaal	(9) alle items	0.75
Algemene taakopvatting	(6) 4,7,9,10,11,12	0.70
Algemene taakuitoefening	(8) 3,4,5,9,12,13,14,15	0.74
Materiële kosten van continuïteitsinvoer	(6) 2,11,12,14,15,16	0.66
Sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed	(5) 4,5,6,7,8	0.60
Democratische houding huisarts	(7) 1,2,4,5,6,8,9	0.65
Locus of control	(10) 4,5,7,10,11,13,14,16,17,18	0.71
Werkbeleving:		
- positieve gevoelens	(12) alle items	0.82
- negatieve gevoelens	(12) alle items	0.76
- satisfactie	(9) alle items minus 2,15,16	0.76
Rol van psychosociale factoren	(9) 1,3,4,5,6,8,9,10,11	0.72
Voorschrijfgeneigdheid	(8) 1,4,7,8,12,13,14,17	0.65

Bijlage 4

Namen van de somscore variabelen in het somscore-bestand van de Nationale Studie (verkrijgbaar op diskette)

titel schaal	naam variabele
Medisch-technisch handelen assistenten	delass
Toepassen medische technieken	instrum
Omgang met werkstijlelementen	medtech
Risico's nemen	risico
Taakopvatting mbt diagnostiek	taakdia
Taakopvatting mbt therapie	taakbeh
Taakopvatting somatisch	taaksoma
Taakopvatting psychosociaal	taakpsy
Competentiegevoel somatisch	compsoma
Competentiegevoel psychosociaal	comppsy
Algemene taakopvatting	tkopvalg
Algemene taakuitoefening	tkuitoef
Materiële kosten van continuïteitsinvoed	invloed
Sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed	social
Democratische houding huisarts	democrat
Locus of control	locus
Werkbeleving:	
- positieve gevoelens	posvoel
- negatieve gevoelens	negvoel
- satisfactie	tevreden
Rol van psychosociale factoren	psyrol
Voorschrijfgeneigdheid	recept

LITERATUUR

- Dopheide JP, Kersten TJJMT, Nijhout FP, van der Speld GDJ. Een ziekenhuis op nieuw land. Een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in de regio. Utrecht: NIVEL, 1986.
- Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. Deel 5. Eindrapportage. Nijmegen: NUHI, 1983.
- Haan J de. De doktersassistente [dissertatie]. Lelystad: Meditekst, 1986.
- Haayer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in het voorschrijfgedrag verklaren [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
- Jong H de. Verslag van de ontwikkeling van een schaal voor het meten van de "Locus of Control" voor Huisartsen [doctoraal scriptie]. Nijmegen: NUHI, 1981.
- McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. *J Fam Pract.* 1982; 14: 1107-14.
- Mechanic D. The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. *Medical Care* 1975; 13: 189-204.
- Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B et al. Determinanten van delegeren. Het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente door de huisarts: een explorerend onderzoek. (Aangeboden aan Huisarts en Wetenschap).

