

telefoon: 030 319545

23 AUG. 1985

HUISARTS OF SPECIALIST: WAT VINDT DE PATIENT ERVAN?

Verslag van een schriftelijke enquête over
de invloed van patiënten op verwijzen.

Ton Jansen Adke de Koning Annelies Loot Bob van Ooyen
Yvon Rijshouwer

Begeleider: R. Vermunt

In opdracht van:
Nederlands Huisartsen Instituut
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek

Rijksuniversiteit Leiden
Vakgroep Sociale- en
Organisatiepsychologie.
Leiden/Utrecht, september 1982

INHOUDSOPGAVE

Blz.

1		Voorwoord
4		Samenvatting
8		Inleiding
11	Hoofdstuk 1	Literatuur
11	1.1.	Inleiding
11	1.2.	Het begrip verwijzen
13	1.3.	Theoretisch model van Van de Ven
15	1.4.	Onderzochte factoren
18	1.5.	Doelstellingen
18	1.6.	Vraagstellingen
19	1.7.	Hypothesen
21	Hoofdstuk 2	Theoretisch model
21	2.1.	Inleiding
21	2.2.	Theorie van Fishbein
22	2.2.1.	Gedrag
22	2.2.2.	Gedragsintentie
22	2.2.3.	Attitude en subjectieve norm
23	2.2.4.	Beliefs x evaluaties
24	2.2.5.	Normatieve beliefs x neiging tot conformeren
24	2.3.	Gebruik van het Fishbein-model in dit onderzoek
26	Hoofdstuk 3	Methoden
26	3.1.	Ontwikkeling vragenlijst
26	3.1.1.	Vooronderzoek
26	3.1.2.	Gedrag
27	3.1.3.	Gedragsintentie
28	3.1.4.	Attitude
28	3.1.4.1.	Indirecte attitude
30	3.1.4.2.	Directe attitude
30	3.1.5.	Subjectieve norm
30	3.1.5.1.	Indirecte subjectieve norm
31	3.1.5.2.	Directe subjectieve norm
31	3.1.6.	Achtergrondvariabelen
31	3.1.6.1.	Tijdprijs

Blz.

32	3.1.6.2.	Ervaren gezondheidstoestand
32	3.1.6.3.	Medische consumptie
33	3.1.6.4.	Tevredenheid met huisarts
33	3.1.6.5.	Verzekeringsvorm
33	3.1.6.6.	Stedeling/platteland
34	3.1.7.	Demografische gegevens
34	3.1.8.	Vragen over de vragenlijst
34	3.1.9.	Opbouw van de vragenlijst
35	3.2.	Beschrijving van het onderzoeksveld
35	3.2.1.	Bevolkingsopbouw
36	3.2.2.	Gezondheidszorg
37	3.2.3.	Urbanisatiegraad
37	3.3.	Steekproef
37	3.3.1.	Het trekken van de steekproef
38	3.3.2.	De benadering van de respondenten
38	3.4.	Respons
40	Hoofdstuk 4	Itemanalyse en schaalconstructie
40	4.1.	Inleiding
43	4.2.	Indirecte attitude
44	4.2.1.	Betrouwbaarheidsanalyse
44	4.2.2.	Principale componenten-analyse
47	4.2.3.	Regressie-analyse
49	4.2.4.	De maat voor de indirecte attitude
50	4.2.5.	Advies voor de vragenlijst in Lelystad
51	4.2.6.	Verkorte maat voor de indirecte attitude
52	4.3.	Directe attitude
52	4.3.1.	Frequentie-analyse
52	4.3.2.	Betrouwbaarheidsanalyse
52	4.3.3.	Principale componenten-analyse
52	4.3.4.	Maat voor de directe attitude
53	4.3.5.	Advies
53	4.4.	Subjectieve norm
53	4.4.1.	Frequentie-analyse
53	4.4.2.	Maat voor de subjectieve norm
53	4.5.	Neiging tot conformeren

Blz.

53	4.5.1.	Frequentie-analyse
54	4.5.2.	Guttman-scalogram-analyse
54	4.5.3.	Advies
54	4.5.4.	Maat voor neiging tot conformeren
54	4.6.	Gedragsintentie
55	4.6.1.	Frequentie-analyse
55	4.6.2.	Betrouwbaarheidsanalyse
56	4.6.3.	Principale componenten-analyse
56	4.6.4.	Maat voor de gedragsintentie
56	4.6.5.	Advies
56	4.7.	Gedrag
56	4.7.1.	Frequentie-analyse
57	4.7.2.	Advies
57	4.7.3.	Maat voor gedrag
57	4.8.	Samenhang Fishbein-variabelen
57	4.8.1.	Inleiding
57	4.8.2.	Pearson-correlatie-coëfficiënt
58	4.8.3.	Multiple regressie-analyse
59	4.9.	Tijdprijs
59	4.9.1.	Frequentie-analyse
59	4.9.2.	Betrouwbaarheidsanalyse
60	4.9.3.	Principale componenten-analyse
61	4.9.4.	Maat voor de tijdprijs
62	4.9.5.	Advies
62	4.10	Verzekeringsvorm
62	4.10.1.	Frequentie-analyse
63	4.10.2.	Chi-kwadraat-analyse
64	4.10.3.	Advies
64	4.10.4.	Maat voor de verzekeringsvorm
64	4.11.	Stedelingen/plattelanders
65	4.11.1.	Frequentie-analyse
66	4.11.2.	Chi-kwadraat-analyse
67	4.11.3.	Maat voor stedeling/platteland
67	4.11.4.	Advies
67	4.12.	Gezondheid

Blz.

67	4.12.1.	Frequentie-analyse
67	4.12.2.	Chi-kwadraat-analyse
68	4.12.3.	Advies
68	4.12.4.	Maat voor gezondheid
68	4.13.	Tevredenheid met de huisarts
68	4.13.1.	Frequentie-analyse
68	4.13.2.	Advies
68	4.13.3.	Maat voor tevredenheid met de huisarts
69	4.14.	Geslacht
69	4.14.1.	Frequentie- en chikwadraat-analyses
69	4.15.	Leeftijd
69	4.15.1.	Frequentie- en chikwadraat-analyses
70	4.16.	Kommentaar van respondenten op de vragenlijst
70	4.16.1.	Antwoorden op vraag I
70	4.16.2.	Antwoorden op vraag II
72	4.16.3.	Antwoorden op vraag III
72	4.16.4.	Conclusies
72	4.16.5.	Advies
74	Hoofdstuk 5	Resultaten
74	5.1.	Vraagstellingen, hypothesen en werkhypothesen
75	5.2.	Gebruikte methoden voor de hypothesetoetsing
76	5.3.	Hypothese-toetsing
76	5.3.1.	Indirecte attitude en gedragsintentie
76	5.3.2.	Verkorte indirecte attitude en gedragsintentie
77	5.3.3.	Directe attitude en gedragsintentie
77	5.4.	Tijdprijs
77	5.4.1.	Tijdprijs en gedragsintentie
78	5.4.2.	Tijdprijs en indirecte attitude
78	5.4.3.	Tijdprijs en directe attitude
79	5.5.	Verzekeringsvorm
80	5.6.	Stedeling/plattelander
81	5.7.	Achtergrondvariabelen
81	5.7.1.	Leeftijd
81	5.7.2.	Opleiding
81	5.7.3.	Geslacht

Blz.

82	5.7.4.	Tevredenheid met de huisarts
82	5.7.5.	Algemene gezondheid
82	5.8.	Overige bevindingen
84	5.9.	Inhoudsanalyse
84	5.9.1.	Inleiding
85	5.9.2.	Methode
85	5.9.3.	De specialist
86	5.9.4.	Gezondheidszorg
86	5.9.5.	De huisarts
88	5.9.6.	Verwijzen
89	5.9.7.	Conclusies op grond van de inhoudsanalyse
91	Hoofdstuk 6	Discussie
91	6.1.	Inleiding
91	6.2.	De onderzoeksresultaten
93	6.3.	Steekproef
93	6.4.	Toepasbaarheid van model en theorie van Fishbein
95	6.5.	Toepasbaarheid van het Fishbein-model voor de vraag- en doelstelling van het onderzoek
95	6.5.1.	Het gedrag
96	6.5.2.	Gedragsintentie
97	6.5.3.	Indirecte attitude
97	6.5.4.	Directe attitude
97	6.5.5.	Subjectieve norm
98	6.6.	Nadere bespreking van de onderzoeksresultaten
98	6.6.1.	Tijdprijs
101	6.6.2.	Stedeling-platteland
101	6.6.3.	Verzekeringsvorm
102	6.6.4.	Invloed van indirecte en directe attitude op ge- dragsintentie
103	6.6.5.	Factoren van invloed op de neiging te vragen om een verwijzing
105		Literatuurlijst
		Bijlage I: Vragenlijst met frequenties
		Bijlage II: Begeleidende brief bij 1e zending vragen- lijst
		Bijlage III: Antwoordkaartje

Bijlage IV: 1e rappelbrief
Bijlage V: 2e rappelbrief
Bijlage VI: Vragen van de interviews
Bijlage VII: Artikelen over het onderzoek uit de
 plaatselijke kranten in Nieuw-Vennep
Bijlage VIII: Weging beliefs en evaluaties
Bijlage IX: Eigenwaarden van factoren uit principale
 componenten-analyse voor ind. attitude
Bijlage X: Samenvatting voor respondenten.
Bijlage XI: Tabellen

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoeksverslag "Huisarts of specialist: Wat vindt de patiënt ervan?" Een onderzoek naar de houding van patiënten ten opzichte van verwijzen uitgevoerd door studenten sociale psychologie van de Rijks Universiteit in Leiden in opdracht van het Nederlands Huisartsen Instituut. Het tweede jaar van de doctoraalstudie is het zogenaamde projectjaar, waarin studenten in groepsverband een sociaal-wetenschappelijk onderzoek doen. De onderzoeksgroep bestaat uit 5 leden en een vaste begeleider, dr. G. Vermunt, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de vakgroep Sociale- en Organisatiepsychologie.

De studenten hebben gemiddeld 3½ dag per week besteed aan het project, gedurende 8 maanden. Dit laatste is afwijkend van de normale gang van zaken waarbij namelijk 10 maanden aan onderzoek wordt besteed. Het voortijdig beëindigen van een onderzoek dat in eerste instantie uitgevoerd zou worden, en waaraan al 2 maanden waren besteed, is hiervan de oorzaak.

Dit onderzoek, waarvan hier verslag gedaan wordt, is verricht in opdracht van het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) te Utrecht.

Het N.H.I. is een stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werkt het N.H.I. veel met externe projectfinanciering. Het N.H.I. houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijnszorg, als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De werkzaamheden van het N.H.I. omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek.

De projectgroep heeft samengewerkt met de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het N.H.I.

Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek over de relatie tussen huisarts en specialist in Lelystad, genaamd "Ziekenhuis Lelystad".

"Ziekenhuis Lelystad" is een onderzoek naar de invloed van de vergroting van aanbod van 2e-lijnsvoorzieningen op het aantal verwijzingen. Het onderzoek richt zich onder meer op de bevolking van Lelystad. Ten behoeve van het bevolkingsonderzoek heeft de projectgroep een vragenlijst over het onderwerp "vragen om een verwijzing aan de huisarts" ontwikkeld in samenwerking met het N.H.I.

Voor de constructie van de vragenlijst is in Nieuw-Vennep een proefafname gedaan. De respondenten zijn allen afkomstig uit de huisartsenpraktijk van dhr. drs. B. Röling. Op grond van de gegevens worden aanbevelingen gedaan voor de definitieve vragenlijst voor het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad".

Daarnaast worden met behulp van gegevens uit de proefvragenlijst ook enkele hypothesen getoetst.

Onderstaand schema geeft de relatie van dit onderzoek met het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" weer.

Periode	Onderzoek	
	"Huisarts of specialist"	"Ziekenhuis Lelystad"
begin december '81	constructie, afname vragenlijst en verwerking van de gegevens.	bevolkingsonderzoek
medio april '82	aanbevelingen/ definitieve lijst	
mei '82	↓ hypothese toetsing	↓ constructie vragenlijst
juni '82	↓ eindverslag	↓ voormeting
augustus '82		↓ opening ziekenhuis
1e helft '83		↓ nameting
1e helft '84		↓ nameting

Figuur 1. Relatie tijdsplanning onderzoek "Huisarts of Specialist" en "Ziekenhuis Lelystad".

Gedurende de 8 maanden van het onderzoek heeft een begeleidingscommissie het onderzoek gevolgd, en in verschillende fasen de projectgroep geadviseerd.

In de begeleidingscommissie hebben zitting gehad: dhr. dr. F. van der Meer, hoofdmedewerker aan de vakgroep Sociale- en Organisationspsychologie; mevr. drs. J. Bensing, hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.I.;

dhr. drs. J.P. Dopheide, medewerker van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.I., en met het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" belast.

dhr. dr. G. Vermunt, hoofdmedewerker aan de vakgroep Sociale- en Organisationspsychologie (voorzitter).

Naast de begeleidingscommissie hebben ook dhr. drs. D. Wijckel, dhr. drs. D. Kersten, mevr. dr. M. Mootz en dhr. drs. G. Kok adviezen gegeven ten behoeve van het onderzoek.

Tevens willen we dhr. drs. B. Rölting bedanken voor zijn medewerking.

Dhr. J. Chr. Evers en mevr. S. Dijkstra zijn we dank verschuldigd voor het typewerk.

Leiden, juni 1982

Ton Jansen

Adke de Koning

Annelies Loot

Bob van Ooijen

Yvon Rijshouwer

SAMENVATTING

Het onderzoek "Huisarts of Specialist, wat vindt de patiënt ervan?" is deel van het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" dat gedaan wordt door het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI).

Dit (deel)onderzoek is uitgevoerd door studenten sociale psychologie aan de universiteit te Leiden, in het kader van hun doctoraalstudie.

Het onderzoek heeft twee functies, nl. enerzijds het ontwikkelen van een vragenlijst voor het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad", en anderzijds het toetsen van enkele hypotheses met behulp van gegevens van de (proef)vragenlijst afgenomen in Nieuw-Vennep.

Zoals in Hoofdstuk I uiteengezet wordt moet het belang van het onderzoek gezien worden in relatie tot de ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij de laatste jaren een sterke toename van vraag en aanbod van tweedelijnsvoorzieningen te constateren valt. De sterke toename in het aantal verwijzingen (deel van de vraag naar de tweedelijnsvoorzieningen) is heel lang toegeschreven aan een veranderde taakopvatting van de huisarts.

Pel vindt echter, dat slechts 25% van het totaal aantal verwijzingen uitsluitend gebeurt op initiatief van de huisarts. Volgens hem neemt bij 17% van de verwijzingen òf de patiënt òf een andere arts het initiatief.

Deze constatering doet vermoeden dat het aandeel van de patiënt in de besluitvorming over het al dan niet verwijzen, niet over het hoofd gezien mag worden.

In het onderzoek wordt verondersteld dat de mate waarin de patiënt zal aandrigen bij de huisarts op verwijzen onder meer zal afhangen van zijn/haar attitude ten aanzien van behandeling door huisarts of specialist. Een houding die beïnvloed kan worden door verschillende factoren. Eén van die factoren lijkt het aanbod van voorzieningen in de tweede lijn te zijn. Met andere woorden, de hoeveelheid van voorzieningen in de tweede lijn en de afstand tot die voorzieningen bepaalt deels de houding ten opzichte van verwijzen. Hoe groter de afstand, hoe minder men geneigd is zich te laten verwijzen.

Andere factoren die zijn onderzocht zijn: tijdprijs (de subjectief ervaren moeite die geïnvesteerd moet worden om tijd vrij te maken voor doktersbezoek), de verzekeringsvorm (wel of niet de huisarts meeverzekerd), stedeling-plattelanders (mentaliteitsverschil als gevolg van wel/niet dichtbij een ziekenhuis wonen).

Met betrekking tot deze factoren zijn de volgende vraagstellingen en hypo-

theses geformuleerd:

- A. Hangen de variabelen tijdprijs, verzekeringsvorm en stedeling-plattelanders samen met de attitude t.a.v. vragen om een verwijzing?
- B. Hangen de variabelen tijdprijs, verzekeringsvorm en stedeling-plattelanders samen met de gedragsintentie t.a.v. vragen om een verwijzing?
- C. Wat is de invloed van de attitude (direct en indirect gemeten) op de gedragsintentie?

Verwacht wordt dat:

- a) de tijdprijs een differentieel effect heeft. Een hoge tijdprijs heeft een negatieve attitude en een minder grote neiging om te vragen om verwijzing tot gevolg;
- b) particulier verzekerden voor wie de kosten van de huisarts niet zijn meeverzekerd, positiever staan tegenover, en meer geneigd zijn tot aandringen op verwijzen dan particulier- en ziekenfondspatiënten voor wie de kosten van de huisarts wel zijn meeverzekerd.
- c) stedelingen positiever staan tegenover vragen om verwijzing dan plattelanders en derhalve ook eerder geneigd zijn om een verwijzing te vragen.
- d) Mensen met een lage score op de (in)directe attitude zullen een lagere gedragsintentie hebben dan mensen met een hoge score op de (in)directe attitude.

In Hoofdstuk II wordt het Fishbeinmodel beschreven: bij de constructie van de vragenlijst is in sterke mate uitgegaan van dit model. Het model biedt de mogelijkheid na te gaan hoe bij mensen attitude en gedrag samenhangen. De (proef)vragenlijst is afgenomen in Nieuw-Vennep, omdat deze plaats enkele kenmerken gemeen heeft met Lelystad nl. de urbanisatiegraad, de leef-tijdsopbouw, het aantal stedelingen en plattelanders, en de situatie in de gezondheidszorg (voor specialistische hulp moet men in beide gevallen ver-reizen).

Voor het vooronderzoek is een systematische steekproef getrokken uit het patiëntenbestand van één huisartsenpraktijk.

De gehanteerde rappelmethode is die van Dillman, zij het in iets gewijzigde vorm. Een week na het verzenden van de eerste vragenlijst, is een rappel-brief gestuurd, na nog een week ontving men opnieuw een rappelbrief verge-zeld van een nieuw exemplaar van de vragenlijst.

De items zijn geanalyseerd op betrouwbaarheid en validiteit (zie Hoofd-stuk IV). De volgende analyses zijn gebruikt: frequentieanalyse, betrouw-baarheidsanalyse (Cronbach's alpha), factoranalyse (rotatiemethode: Varimax), multiple regressieanalyse en de chi-kwadraat toets. Op grond van deze ana-

lyses zijn aanbevelingen gedaan met betrekking tot het wel/niet handhaven van items, en mogelijke herformuleringen van items voor de definitieve vragenlijst.

Ter validering van de vragenlijst zijn in navolging van Fishbein de correlaties berekend tussen de diverse Fishbeinvariabelen.

Ten behoeve van de hypothesetoetsing zijn aan de hand van genoemde analyses schalen geconstrueerd.

In Hoofdstuk VI worden de belangrijkste resultaten uit dit onderzoek besproken:

- naar aanleiding van de gevonden correlaties tussen de Fishbein-variabelen en naar aanleiding van de bevindingen tijdens het onderzoek, wordt de vraag gesteld of Fishbein in onderzoek als dit, wel op adequate wijze gebruikt kan worden. Fishbein stelt stringente eisen aan o.a. de specificiteit van de te meten begrippen. Een nogal algemeen gedrag als "vragen om verwijzing" levert bij de operationalisatie van het begrip veel moeilijkheden op.

Hypothesetoetsing:

- het hebben van een hoge of lage tijdsprijs blijkt voor sommige groepen van invloed te zijn op de attitude t.a.v. verwijzen en de neiging om te vragen om een verwijzing. Voor vrouwen geldt dat een hoge tijdsprijs (veel extra moeite moet gedaan worden voor een bezoek aan de specialist) een lage gedragsintentie tot gevolg heeft. (Men is minder snel geneigd aan te dringen op verwijzen.) Het blijkt dat vrouwen heel vaak een hoge tijdsprijs hebben en mannen vaak een lage tijdsprijs, dit onafhankelijk van het beroep. Mogelijkerwijs speelt b.v. het feit dat vrouwen, wanneer ze werken, vaak een dubbele taak hebben (werk en huishouden) een rol hierbij. Voorts blijkt een negatief verband te bestaan tussen attitude en tijdsprijs voor mensen die over het algemeen gezond zijn, of mensen die tevreden zijn met hun huisarts. Blijkbaar laten meestal gezonde mensen het feit of zij een hoge dan wel een lage tijdsprijs hebben meespelen wanneer zij hun houding bepalen ten opzichte van verwijzen. Mensen die heel vaak ziek zijn, of juist heel gezond, doen dit niet. Voor hen is het feit dat ze extra moeite moeten doen voor specialistenbezoek niet relevant. Een mogelijke verklaring is, dat men of doordrongen is van de noodzaak naar de specialist te gaan (wanneer men nogal vaak ziek is) of omdat men die extra moeite nog nooit heeft moeten doen (wanneer men erg gezond is). Dezelfde lijn is te zien bij tevredenheid. Mensen die tevreden zijn met de huisarts, laten hun tijdsprijs als argument meewegen. Ontevreden mensen,

of juist heel tevreden mensen doen dat niet. Mogelijkerwijs willen ontevredenen wanneer het kan door een andere arts behandeld worden; en zijn heel tevreden mensen overtuigd van de noodzaak wanneer de arts zou aanraden een specialist te bezoeken. Uit de inhoudsanalyse op de aanvullende opmerkingen van de respondenten bleek hoe belangrijk de relatie met de huisarts voor patiënten is. Dit sluit aan bij wat in de literatuur gevonden is, n.l. dat de tevredenheid van patiënten voor een groot deel wordt bepaald door de "open" houding van de arts.

- Of men stedeling is of plattelanders blijkt niet van invloed te zijn op de houding ten aanzien van verwijzen en de neiging invloed uit te oefenen. In andere onderzoeken zijn duidelijke verschillen aangetroffen tussen verwijzpercentages op het platteland en in de stad. In de conclusie van Hoofdstuk VI wordt de mogelijke verklaring aangeboden dat de taakopvatting van de huisarts veel gewicht in de schaal legt.

- De manier van verzekeren is evenmin van invloed op attitude en gedragsintentie t.a.v. vragen om een verwijzing.

Een verklaring wordt gezocht in het feit dat particulieren die de huisarts niet meeverzekerd hebben, huisartsenkosten niet als "hoog" ervaren, en derhalve deze kosten niet als doorslaggevende factor zien. Uit de opmerkingen van de respondenten blijkt n.l. dat medische hulp als noodzakelijk gezien wordt, ongeacht de financiële gevolgen.

- M.b.t. vraagstelling C. is gevonden dat de (in)directe attitude inderdaad de gedragsintentie beïnvloedt.

Tot slot wordt in Hoofdstuk VI nog een aantal aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

INLEIDING

Nederland kan bogen op een uitgebreid gezondheidszorgapparaat. Het ziekenfondssysteem en particuliere verzekeringen maken dat voorzieningen in de eerste lijn (huisarts bijvoorbeeld), in de tweede lijn extramuraal (polikliniek) en intramuraal (ziekenhuisopname), en de derde lijn (geestelijke gezondheidszorg), in principe voor iedereen toegankelijk zijn.

In de laatste decennia blijken steeds meer patiënten verwezen te worden naar een specialist, met andere woorden: het gebruik van tweedelijsvoorzieningen is toegenomen. Het aanbod van voorzieningen is groter geworden door de komst van meer ziekenhuizen en specialisten (F.W.J. Puyleart (1978), R.A. de Melker, F.J.A. Huygen (1973), H.J. Kruidenier (1977), H.A.M. Ruhe (1967)).

Dit alles heeft een kostenstijging in de gezondheidszorg teweeg gebracht, die al enkele jaren ter discussie staat.

Kostenstijging is gerechtvaardigd wanneer dit het gevolg is van een toename in medische voorzieningen, die als noodzakelijk gezien worden. Of die toename wel zo noodzakelijk is, valt soms te betwijfelen en daarmee rijst de vraag of en op welke manier kostenbesparing in de gezondheidszorg mogelijk is.

Een analyse van de groei van de medische voorzieningen en haar mogelijke oorzaken lijkt nodig, om een beleid te kunnen voeren dat gericht is op teruggedringen van de kosten.

De discussie betreffende deze problematiek wordt onder meer gevoerd in termen van vraag en aanbod: een econometrische benaderingswijze (Posthuma en van der Zee, 1974). Heel lang heeft men verondersteld dat een grotere vraag naar specialistische hulp een toename in de tweedelijsvoorzieningen ten gevolge had.

Tegenwoordig gaan steeds meer stemmen op die beweren dat het aanbod de vraag bepaalt. Wanneer er meer specialisten zijn, zal er ook meer gebruik van die hulp gemaakt worden, nog afgezien van de feitelijke noodzaak.

Het onderzoek in Lelystad biedt onder meer de mogelijkheid een antwoord te vinden op het probleem van vraag en aanbod. In Lelystad wordt namelijk in augustus 1982 een nieuw ziekenhuis geopend. Er vindt hierdoor een vergroting van het aanbod van tweedelijsvoorzieningen plaats en tevens een afstandsverkleining tot deze voorzieningen (voorheen was de dichtstbijzijnde tweedelijsvoorziening 20 kilometer verwijderd van Lelystad). De vraag is nu of door deze toename en afstandsverkleining de vraag naar tweedelijsvoorzieningen eveneens zal toenemen en welke factoren hierop van invloed zijn. Om deze vraag te beantwoorden worden drie groepen bij het onderzoek

betrokken. Dit zijn huisartsen, specialisten en de bevolking.

Bij de huisartsen zullen vóór en ná de opening van het ziekenhuis onder andere gegevens verzameld worden over de medische consumptie in de eerste lijn en het aantal verwijzingen naar de tweedelijsgezondheidszorg.

Verder zullen er gegevens verzameld worden over de taakverdeling en de samenwerking tussen huisartsen en specialisten (zie voor een nadere uitwerking de subsidieaanvraag voor dit onderzoek bij het Praeventiefonds).

Bij de bevolking zal onderzocht worden of er na de opening van het ziekenhuis in Lelystad veranderingen optreden in de attitudes ten aanzien van vragen om een verwijzing, en in hoeverre deze veranderingen een vergrote vraag naar specialistische hulp tot gevolg hebben.

Voor het bevolkingsonderzoek wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst. De vragenlijst in Lelystad heeft als doel na te gaan hoe een verandering in het aanbod van medische voorzieningen, de attitude van de bevolking ten opzichte van "vragen om een verwijzing" kan doen veranderen. Een attitudeverandering die hopelijk dan tevens terug te vinden zal zijn in een veranderde vraag naar specialistische hulp door de patiënt.

Voor de relatie attitude-gedrag heeft het model van Fishbein als uitgangspunt gediend (zie voor uitgebreidere uitleg van Fishbein: Hoofdstuk 2.2). Ter voorbereiding van deze vragenlijst is een proeflijst afgenomen in een vooronderzoek in Nieuw-Vennep. Op grond van de gegevens uit het vooronderzoek is de definitieve vragenlijst voor Lelystad samengesteld. Daarnaast diende het vooronderzoek in Nieuw-Vennep om de invloed van enkele belangrijke factoren op de attitude ten aanzien van "vragen om een verwijzing" na te gaan. Op basis van literatuurstudie zijn hiertoe enkele hypothesen geformuleerd.

Het voorafgaande houdt in dat het verslag een tweeledige functie heeft: enerzijds het geven van adviezen ten behoeve van de definitieve vragenlijst in Lelystad en anderzijds weergave van de resultaten van de hypothesetoetsing.

Deze dubbelfunctie is in verschillende hoofdstukken terug te vinden. Het volgende schema geeft een overzicht van deze dubbelfunctie.

	<i>Constructie vragenlijst onderzoek "Ziekenhuis Lelystad"</i>	<i>Hypothese-toetsing</i>
Hoofdstuk 1	literatuurstudie	literatuurstudie
Hoofdstuk 2	Fishbein-model	Gebruik van Fishbein-model
Hoofdstuk 3	Methoden van onderzoek; constructie v.d. vragen- lijst, steekproeftrekking, respons, rappelmethode e.d.	Methoden van onderzoek; constructie v.d. vragenlijst, steekproeftrekking, respons, rappelmethode e.d.
Hoofdstuk 4	Toetsing v.d. vragenlijst op betrouwbaarheid en vali- diteit. Advies voor de definitieve vragenlijst.	Toetsing v.d. vragenlijst op betrouwbaarheid en vali- diteit. Schaalconstructie.
Hoofdstuk 5	-	Analyses gebruikt bij de hypothese-toetsing; de resul- taten (kwantitatief). Ter aanvulling een kwalitatieve inhoudsanalyse.
Hoofdstuk 6	-	Discussie, conclusies en aan- bevelingen voor verder onder- zoek

Figuur 1: Opbouw van het verslag.

HOOFDSTUK 1: LITERATUUR

1.1. Inleiding

Zoals in de algemene inleiding uiteengezet is, zou de opening van een nieuw ziekenhuis in Lelystad gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom van de eerste- naar de tweedelij. Wanneer blijkt dat na de opening van het ziekenhuis het verwijspercentage (aantal verwijzingen per 1000 patiënten) groter is, dan kan worden nagegaan of dit het gevolg is van een veranderde attitude ten aanzien van verwijzen, veroorzaakt door het vergrote aanbod. Deze eventueel gewijzigde attitude kan zijn invloed hebben op twee niveau's: enerzijds op de aanbod-zijde waar de specialist zijn taakopvatting wijzigt en veel werk naar zich toe trekt en anderzijds op de vraagzijde waar de huisarts zijn taakopvatting verandert en sneller specialistische hulp zal inroepen.

Gezien het feit dat ten gevolge van het Nederlandse ziekenfondssysteem de huisarts een sleutelpositie inneemt met betrekking tot verwijzen, lijkt de veronderstelling gerechtvaardigd dat attitudewijziging van de huisarts effect zal hebben op de verwijspercentages. Men kan tenslotte niet naar de specialist zonder een verwijskaart van de huisarts, en dus niet zonder dat eerst een bezoek aan de huisarts is gebracht.

In deze opvatting lijkt de patiënt een passieve rol te spelen bij de beslissing om al dan niet een specialist in te schakelen.

Sommige literatuur, in het navolgende besproken, lijkt echter aanknopingspunten te bieden voor de veronderstelling dat de patiënt een actiever aandeel heeft bij de beslissing over wel of niet verwijzen dan vanouds verondersteld. Dit onderzoek richt zich nu met name op de mogelijke invloed van de patiënt op het verwijzen door de huisarts. In het navolgende zal eerst het begrip verwijzen worden behandeld (1.2.), daarna wordt het theoretische model besproken dat als uitgangspunt voor dit onderzoek heeft gediend (1.3.), uiteindelijk wordt aangegeven welke factoren in dit onderzoek onderzocht zullen worden (1.4.). De geformuleerde doelstellingen, vraagstellingen en hypothesen komen respectievelijk in 1.5., 1.6. en 1.7. aan de orde.

1.2. Het begrip verwijzen

Wanneer in de literatuur het begrip verwijzen aan de orde komt, blijkt er sprake te zijn van verschillende invalshoeken.

Fry en Berger zien het als een kwestie van verantwoordelijkheid: Fry (zie Bremer, 1964) vat verwijzen op als elk geval waar de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt overgedragen aan een specialist. Berger daarentegen maakt een onderscheid tussen een verwijzing ter behandeling, waar de verantwoordelijkheid voor de patiënt overgedragen wordt aan de specialist en een

verwijzing ter diagnose waarbij de huisarts een ontmoeting organiseert tussen patiënt en specialist, maar zelf de verantwoordelijkheid houdt over de patiënt.

Paterson (zie Bremer, 1964) gaat, ter onderscheiding van de verschillende soorten verwijzingen, uit van de motivatie van de huisarts:

- de huisarts verwijst omdat hij de diagnose niet weet;
- de huisarts verwijst omdat hij de behandeling niet zelf kan verrichten;
- de huisarts verwijst omdat hij morele ondersteuning nodig heeft.

Bij bovengenoemde schrijvers lijkt in beide gevallen met betrekking tot "verantwoordelijkheid" en "motivatie" de huisarts de enige, die bepaalt of specialistische hulp ingeschakeld wordt.

Pel echter concludeert dat de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage veel beperkter is dan algemeen wordt aangenomen (Pel, 1975). Hij onderscheidt:

- a) verwijzingen uitsluitend op initiatief van de huisarts;
- b) verwijzingen op initiatief van de patiënt of van een andere arts (bijvoorbeeld een specialist) na overleg met de huisarts;
- c) achterafverwijzingen waar de huisarts alleen achteraf (na de specialistische behandeling) een verwijskaart hoeft uit te schrijven;
- d) refractieverwijzing. Het uitschrijven van een verwijskaart voor bijvoorbeeld brildragers;
- e) herhaalverwijzing, ook wel vervolgv verwijzing genoemd. De huisarts verlengt een eerdere verwijzing.

In de praktijk blijkt dat een huisarts een vraag van de specialist om verlenging vaak moeilijk kan weigeren. Bij een onderzoek in zijn eigen praktijk vond Pel dat "slechts in 25 procent van de verwijzingen het initiatief tot de verwijzing uitsluitend van de huisarts uitging. In 17 procent van alle verwijzingen ging het initiatief van de patiënt of van een andere arts uit, maar werd het voorstel tot verwijzing wel eerst met de huisarts besproken. Het aantal "achterafverwijskaarten" voor patiënten die met een nieuwe aandoening onder specialistische behandeling kwamen zonder eerst hun huisarts te (kunnen) raadplegen was 8 procent. Naast andere artsen heeft dus ook de patiënt invloed op het tot stand komen van een verwijzing."

Van Es en Pijlman (1970) constateren zelfs dat 20 procent van de verwijzingen op verzoek van de patiënt gebeurt.

Blijkbaar heeft de patiënt, gezien het voorgaande, een niet onbelangrijk aandeel in de besluitvorming ten aanzien van verwijzen.

Wanneer landelijke verwijzingspercentages geanalyseerd worden, ligt het derhalve voor de hand ook de invloed van de patiënt hierbij te onderzoeken.

Het onderzoek "huisarts of specialist" richt zich op één soort verwijzing,

namelijk de verwijzing op aanvraag van de patiënt (b), en gaat na wat de opstelling van patiënten is ten aanzien van verwijzen en door welke factoren die opstelling beïnvloed wordt.

Daarbij wordt verondersteld dat de opstelling, de attitude, van de patiënt bepalend is voor het wel of niet "vragen om een verwijzing" en daarmee van invloed is op het verwijspercentage. De vraag rijst daarbij welke factoren van invloed zijn op het "vragen om een verwijzing".

Van de Ven e.a. (1980) onderscheiden 5 klassen van factoren die de medische consumptie van particulier verzekerden en ziekenfondspatiënten verschillend beïnvloeden. Het gaat hierbij, zoals gezegd, om de totale medische consumptie, dat wil zeggen het gebruik van de eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen.

Verwijscijfers bepalen in feite een deel van die totale medische consumptie namelijk, de consumptie in de tweedelijnsgezondheidszorg, te weten de extramurale voorzieningen.

Hoewel Van de Ven zich niet expliciet uitlaat over hoe de consumptie beïnvloed wordt door deze factoren (bijvoorbeeld via de attitude van de patiënt, de taakopvatting van de huisarts etc.) biedt het model toch goede aanknopingspunten.

In het navolgende wordt het model van Van de Ven besproken, waarna dieper ingegaan zal worden op die beïnvloedende factoren die onderzocht zijn in dit onderzoek.

1.3. Theoretisch model van Van de Ven.

Van de Ven beschrijft 5 factoren die de medische consumptie in de gehele somatische gezondheidszorg beïnvloeden, dat wil zeggen: de eerste lijn, en de tweede lijn (intramuraal en extramuraal).

Daar "vragen om een verwijzing" sterk gerelateerd is aan medische consumptie zijn de door Van de Ven genoemde factoren ook van belang voor de attitude ten aanzien van verwijzen.

De vijf factoren zullen hieronder besproken worden.

1. Consumptienoodzaak.

Dit is de subjectief ervaren, en/of objectief geconstateerde ernst en hoeveelheid van ziekteverschijnselen. Met andere woorden: de mate waarin men ziek is (en zich ziek voelt), is bepalend voor het gebruik van medische voorzieningen.

2. Consumptiemogelijkheid.

Hiermee wordt bedoeld de toegankelijkheid van de verschillende vormen van medische zorg in materieel en immaterieel opzicht.

Toegankelijkheid is hier geïnterpreteerd als (Van de Ven is hierover niet erg duidelijk) een functie van de mogelijkheden van de patiënt.

Consumptiemogelijkheid wordt bijvoorbeeld bepaald door de aanwezigheid (al dan niet in voldoende mate) en de bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen. Het gaat hierbij om offers die mensen zich moeten getroosten om van die voorzieningen gebruik te kunnen maken. Die offers kunnen financieel zijn, bijvoorbeeld de verzekeringssituatie, maar ook bijvoorbeeld organisatorisch, wat en hoeveel er geregeld moet worden voor men "weg" kan.

3. Consumptiegeneigdheid.

"Het complex van houdingen en opvattingen dat het individu in meerdere of mindere mate voorbeschikt tot medische consumptie".

Zo zullen medische kennis, ziektebepaling, uitdrukkingsvaardigheid en houding ten opzichte van preventie meespelen bij de mate waarin iemand geneigd is medische hulp in te roepen.

4. Consumptiebeïnvloedend aanbod.

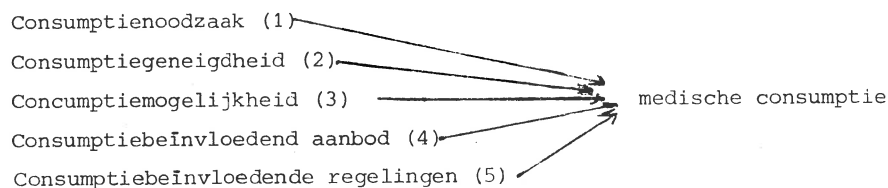
Hiermee wordt het complex van aanbodsfactoren bedoeld, dat invloed heeft op de aard en omvang van medische consumptie. Het gaat hierbij niet alléén om de capaciteit van de voorzieningen en de aan- of afwezigheid ervan, maar ook om de houding en het gedrag van hulpverleners. Wat ook het aanbod kan beïnvloeden is, volgens Van de Ven, de honoreringsregeling van de hulpverleners.

5. Consumptiebeïnvloedende regelingen.

Hiermee worden wettelijke bepalingen (regelingen, polisvoorwaarden e.d.) bedoeld, bijvoorbeeld de wettelijke bepalingen dat men in principe een verwijzingskaart van de huisarts moet hebben alvorens naar de specialist te kunnen.

Bovenstaande factoren zijn de factoren die het gebruik van de medische hulp en ons inziens ook de attitude t.a.v. "vragen om een verwijzing", de duur van de hulp, de aard, de plaats waar de hulp wordt gegeven, bepalen.

Schematisch weergegeven:



Figuur 1.1. Relatie consumptiefactoren en medische consumptie.

Factor 1, 2, 3 zou men de patiëntkenmerken kunnen noemen; ze bepalen de mate waarin de patiënt gebruik wil en kan maken van de medische zorg.

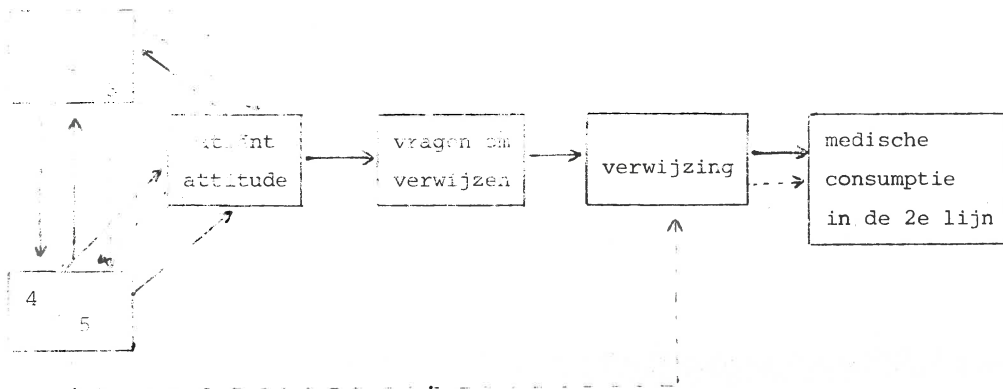
Factor 4, 5 zijn veeleer kenmerken van de gezondheidszorg als systeem; ze bepalen de mogelijkheden binnen de gezondheidszorg voor hulpverlening (zo-

van materieel als immaterieel.

Van oud is gedacht dat met name de factoren 4 en 5 bepalend waren voor de houding van de verwijzpersoent van, namelijk: de houding en het gedrag van de patiënt en de regelingen voor de medische zorg.

Wanneer echter blijkt dat de patiënt een veel actiever aandeel in het beslissingsproces heeft met betrekking tot gebruik van de tweedelijnsvoorziening, wordt het zinvol ook de factoren 1, 2 en 3 bij de analyse te betrekken.

Figuur 1.2. geeft een beeld van de oude en nieuwe inzichten:



--- = oude inzicht

— = nieuwe inzicht

Figuur 1.2. Oud en nieuw inzicht in de 5 factoren.

Wanneer alleen de huisarts grotendeels de verwijzpercentages zou bepalen, de patiënt derhalve geen actief aandeel zou hebben in de verwijzing, zouden de patiëntkenmerken slechts indirect van invloed zijn op de verwijzpercentages, namelijk alleen via de beslissing van de arts.

Heeft de patiënt nu ook een aandeel in de verwijzing dan ontstaat er een complex interactiesysteem waarbij de attitude beïnvloed wordt door patiëntkenmerken en kenmerken van de medische voorzieningen.

De attitude heeft echter ook invloed op de meer algemene patiëntkenmerken; een positieve attitude ten aanzien van verwijzen kan bijvoorbeeld een grotere consumptiegeneigdheid tot gevolg hebben en de veronderstelde noodzaak doen veranderen.

Wanneer nu het aanbod vergroot wordt, dan kan dat ook invloed hebben op de factoren 1, 2 en 3 en daardoor weer op de attitude ten aanzien van verwijzen.

1.4. Onderzochte factoren

Het zijn met name aspecten van consumptiemogelijkheid en -geneigdheid die

in het onderzoek "Huisarts of specialist" onderzocht zullen worden op hun invloed op de attitude ten aanzien van verwijzen; dat wil zeggen in het onderzoek van Nieuw-Vennep. Voor het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" zal tevens van belang zijn hoe het vergrote aanbod van invloed is op de patiëntkenmerken (zie hiervoor verder hoofdstuk 2.).

Consumptiegeneigdheid (2).

Consumptiegeneigdheid wordt beschouwd als een houding t.o.v. de gezondheidszorg, die nog voordat men werkelijk ziek is, in zekere mate de snelheid waarmee men hulp inroept, beïnvloedt. In veel onderzoek is een verschil in consumptiegeneigdheid gevonden tussen mensen uit de stad en mensen van het platteland.

Van Es en Pijlman (1980) vinden dat zowel de verwijzpercentages als de contactfrequentie op het platteland het laagst is.

In eerste instantie gaan "plattelanders" blijkbaar minder snel naar de huisarts dan "stedelingen". In tweede instantie veronderstellen ze dat de "plattelanders" een ander verwachtingspatroon ten aanzien van de huisarts hebben dan "stedelingen".

Ook Posthuma en Van der Zee (1974 en 1977) vinden dat verwijzpercentages op het platteland lager zijn dan in de stad, maar daarentegen zijn er meer opnames per 1000 verwijzingen.

Men kan veronderstellen dat mensen met een plattelandsmentaliteit langer wachten met naar de dokter gaan en ook minder snel gebruik maken van specialistische hulp, maar wanneer ze dat doen, er vaak iets ernstigs aan de hand is. Stedelingen gaan blijkbaar ook voor wat minder ernstige klachten naar de huisarts of specialist. Plattelanders zouden dan minder consumptiegeneigd zijn dan stedelingen.

Consumptiemogelijkheden (3).

Zoals gesteld in par. 1.2. wordt de consumptiemogelijkheid bepaald door de toegankelijkheid van de medische voorzieningen in materieel en immaterieel opzicht. De toegankelijkheid houdt verband met onder meer de verzekerings-situatie, het inkomen en de tijdprijs.

Van de Ven e.a. (1980) concluderen dat een stijging van de direct te betalen prijs een vermindering van het gebruik van medische diensten tot gevolg heeft.

De ziekenfondsverzekering in Nederland omvat een volledige verzekering voor vrijwel alle vormen van medische hulp. Van de particulier verzekerden was in 1977 4 procent niet verzekerd voor poliklinische specialistische hulp, 25 procent niet voor medicijnen op recept van de specialist en 53 procent

niet voor huisartsenhulp en medicijnen op recept van de huisarts.

Binnen de particuliere sector heeft bovendien de laatste tien jaar de verzekeringsvorm met een eigen risico aan de voet een hoge vlucht genomen.

Naar ruwe schatting had ongeveer 30 procent van de particulier verzekerden in 1980 een polis met een eigen risico aan de voet van 1000 gulden of meer. Het feit of men wel of niet een eigen bijdrage moet betalen voor de gezondheidszorg en de hoogte daarvan zijn van invloed op het gebruik van de gezondheidszorg, zo concluderen Van de Ven e.a.

Met name voor die situaties waarin de patiënt zelf invloed kan uitoefenen op de beslissing (bijv. een eerste consult) geldt dat het feit of men particulier of ziekenfondsverzekerd is, van invloed is.

Daarnaast blijkt de tijdprijs, vooral in situaties waarin men (bijna) volledig verzekerd is, een belangrijk punt te worden. Tijdprijs kan worden opgevat in termen van geld dat het kost om een arts te bezoeken, maar ook in termen van moeite en tijd. Deze laatste benadering zal in dit onderzoek gebruikt worden.

Tijdprijs heeft bijv. sterk te maken met de werksituatie en daarmee met de manier van verzekering. Bijvoorbeeld:

- onder particulieren zitten meer zelfstandigen, voor wie het moeilijk kan zijn om tijd vrij te maken;
- werklozen bevinden zich meer in de ziekenfondssector en aangenomen wordt dat werklozen gemakkelijker tijd vrij kunnen maken voor een bezoek aan een arts.

Van de Ven e.a. veronderstellen voorts dat particulieren (vaak de hogere inkomensgroepen) een sterker ontwikkeld onmisbaarheidsgevoel hebben en daardoor een hogere tijdswaardering. Naast de tijdswaardering speelt een ander facet van tijdprijs, namelijk de benodigde tijd om de arts te bezoeken, een rol. De afstand tot en bereikbaarheid van het ziekenhuis zijn hierbij een belangrijk punt. Uit onderzoek, gedaan in Lelystad (Constandse en Schonk, 1980), blijkt bijv. dat 31 procent van de respondenten in een tijdperk van 1 jaar in een ziekenhuis is behandeld. Wanneer het aantal bezoeken aan familie en kennissen hierbij opgeteld wordt, blijkt dat 51 procent in dat jaar een ziekenhuis heeft bezocht. Voor meer dan de helft van deze 51 procent zijn onder andere lange reistijden en slechte busverbindingen punten van kritiek.

Naast de consumptiegeeneigtheid en consumptiemogelijkheid wordt van de patiëntenkenmerken ook consumptienoodzaak, in de vorm van 'ervaren gezondheid', in dit onderzoek betrokken. Voor consumptienoodzaak wordt samen met de demografische gegevens als leeftijd, geslacht, beroep en opleiding gecontroleerd.

De kenmerken van de voorzieningen (4 en 5) komen deels in het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" aan de orde. Consumptiebeïnvloedend aanbod (4) is daar als experimentele variabele opgenomen in de vorm van het vergrote aanbod en de verkleinde afstand tot het ziekenhuis.

Factor 5 (consumptiebeïnvloedende regelingen) wordt geacht tijdens de onderzoeken gelijk te blijven. Het ziekenfondssysteem b.v. zal niet op korte termijn veranderen.

1.5. Doelstellingen.

Zoals in het voorwoord al naar voren kwam, maakt dit onderzoek deel uit van het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad". Vandaar dat er aan het onderzoek 2 doelstellingen ten grondslag liggen.

Doelstelling I van dit onderzoek luidt dan ook: het vervaardigen en toetsen van een vragenlijst voor het bevolkingsonderzoek van "Ziekenhuis Lelystad". Met behulp van de te construeren vragenlijst moeten de vraagstellingen van het bevolkingsonderzoek in Lelystad te beantwoorden zijn, ofschoon deze beantwoording niet het doel is van het onderzoek 'Huisarts of specialist'.

Het voorgaande heeft tot gevolg, dat de vraagstelling van het onderzoek 'Ziekenhuis Lelystad' en de doel- en vraagstellingen van het onderzoek 'Huisarts of specialist' niet los van elkaar gezien kunnen worden m.b.t. de variabelen. De doel- en vraagstellingen van het onderzoek 'Huisarts of specialist' zijn dan ook geformuleerd op basis van literatuurstudie en op basis van de overweging, dat deze proefvragenlijst voor Lelystad uitgangspunt is.

Doelstelling II van dit onderzoek luidt: het verkrijgen van inzicht in factoren, die van invloed zijn op de attitude en gedragsintentie van patiënten t.a.v. het vragen om een verwijzing.

1.6. Vraagstellingen.

Op grond van literatuurstudie en vanuit doelstelling II zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- A. Hangen de variabelen tijdprijs, verzekeringsvorm en verschillen tussen stedeling en plattelanders samen met attitude ten aanzien van het vragen om een verwijzing?
- B. Hangen de variabelen tijdprijs, verzekeringsvorm en verschillen tussen stedeling en plattelanders samen met de gedragsintentie ten aanzien van het vragen om een verwijzing?
- C. Wat is de invloed van de directe attitude en de indirecte attitude op de gedragsintentie?

De begrippen 'directe attitude', 'indirecte attitude' en 'gedragsintentie' zijn nog niet aan de orde geweest. Ze zijn ontleend aan het model van Fishbein en worden in Hoofdstuk 2 nader uitgelegd.

1.7. Hypothesen.

Met betrekking tot de vraagstellingen A, B en C hebben we de volgende hypothesen geformuleerd:

a. Tijdprijs

Verwacht wordt dat de tijdprijs een differentieel effect tot gevolg heeft: indien de afstand tot het ziekenhuis groot is, zullen mensen met een hoge tijdprijs negatiever staan tegenover en minder geneigd zijn om invloed op de verwijzing uit te oefenen dan mensen met een lage tijdprijs; indiene afstand echter gering is, zal er minder verschil zijn tussen mensen met een hoge en een lage tijdprijs.

Van der Ven e.a. (1980) operationaliseren tijdprijs als het product van tijdswaardering (zoals b.v. uurloon) en de totaal benodigde tijd. Dit heeft als nadeel dat voor veel respondenten de tijdprijs nul zal zijn (personen in loondienst, huisvrouwen). Er is derhalve voor gekozen zowel de subjectieve tijdprijs (ervaren tijdswaardering, niet in geld uitgedrukt) te meten, als ook enkele maatregelen die genomen moeten worden voor een bezoek aan de huisarts of specialist (objectieve tijdprijs).

b. Verzekeringsvorm.

Van der Ven e.a. (1980) concluderen dat een stijging van de direct te bepalen prijs een vermindering van het gebruik van medische diensten tot gevolg heeft.

De ziekenfondsverzekering in Nederland omvat een volledige verzekering voor vrijwel alle vormen van medische hulp. Van de particulier verzekerden was in 1977 4 procent niet verzekerd voor poliklinische specialistische hulp, 25 procent niet voor medicijnen op recept van de specialist en 53 procent niet voor huisartsenhulp en medicijnen op recept van de huisarts. Binnen de particuliere sector heeft bovendien de laatste tien jaar de verzekeringsvorm met een eigen risico aan de voet een hoge vlucht genomen. Naar ruwe schatting had ongeveer 30 procent van de particulier verzekerden in 1980 een polis met een eigen risico aan de voet van 1000 gulden of meer.

Op grond van deze bevindingen wordt verwacht: dat ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden, voor wie de kosten van de huisarts niet zijn meeverzekerd, positiever staan tegenover en meer geneigd zijn tot het vragen om een verwijzing dan particulier verzekerden, voor wie de kosten van huisartsenhulp wel zijn meeverzekerd.

c. Verschillen tussen stedelingen en plattelanders

Van Es en Pijlman (1970) vinden "dat de verwachtingspatronen van patiënten in de stad anders zijn dan die van patiënten op het platteland". Aan gezien verwachtingspatronen een grote mate van overeenkomst vertonen met

opvattingen over de taak van de huisarts en specialist wordt verwacht: dat stedelingen positiever staan tegenover en meer geneigd zijn om een verwijzing te vragen dan plattelanders. Dit op grond van de bevinding dat de verwijscijfers in steden hoger liggen (Van Es & Pijlman, 1970; Posthuma & v.d. Zee, 1977/1978). Bij de operationalisatie van deze variabele is het van belang te letten op:

- de herkomst van de respondent;
- de tijd dat de respondent in Lelystad woont;
- hoever hij voorheen van een ziekenhuis woonde.

Met betrekking tot vraagstelling C is de volgende hypothese gevormd: Mensen met een lage score op de (in)directe attitude zullen een lagere gedragsintentie hebben dan mensen met een hoge score op de (in)directe attitude.

HOOFDSTUK 2: THEORETISCH MODEL

2.1. Inleiding

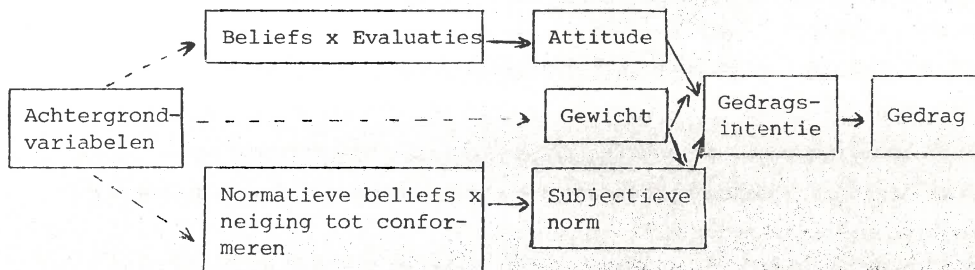
Zowel bij de keuze van de begrippen als bij de veronderstellingen omtrent de onderlinge samenhang als bij de wijze van meten dient de attitude-theorie van Fishbein (Ajzen & Fishbein, 1980) als uitgangspunt.

In het navolgende zal eerst algemeen het model van Fishbein worden besproken (2.2.), waarna in de paragrafen 2.2.1 t/m 2.2.5 de verschillende componenten van het model worden beschreven.

Daarna wordt aangegeven welke componenten van het Fishbein-model in dit onderzoek worden gebruikt en waarom (2.3).

2.2. Theorie van Fishbein

Voor een goed begrip van de theorie van Fishbein lijkt het zinvol een en ander uit te leggen aan de hand van figuur 2.1



Figuur 2.1. De componenten uit de theorie van Fishbein en hun onderlinge relaties (zie Ajzen & Fishbein, 1980, p. 84).

-----> Mogelijke verklaringen voor relaties tussen achtergrondvariabelen en gedrag.

————> Stabiele theoretische verbanden tussen beliefs en gedrag.

Een korte uitleg:

gedrag wordt voorspeld op basis van de gedragsintentie; de gedragsintentie wordt bepaald door de attitude t.o.v. het gedrag enerzijds en de subjectieve norm anderzijds. Deze 2 laatstgenoemde componenten worden weer bepaald door resp. beliefs over het gedrag maal de evaluaties van die beliefs en normatieve beliefs maal neiging tot conformeren.

De beliefs x evaluaties en de normatieve beliefs x neiging tot conformeren geven meer een verklaring waarom het gedrag al dan niet vertoond wordt, terwijl de gedragsintentie voorspelt of het gedrag vertoond zal worden.

In de nu volgende paragrafen worden de afzonderlijke componenten van het model beschreven en wordt aangegeven hoe ze gemeten moeten worden.

2.2.1. Gedrag

Aan gedrag kunnen 4 elementen onderscheiden worden (Ajzen & Fishbein, 1980):

- om welke specifieke handeling van het gedrag gaat het, b.v. drinken.
- de 'target' waarop het gedrag gericht is, b.v. Heineken bier.
- de context waarbinnen het gedrag plaatsvindt, b.v. in de kroeg om de hoek.
- de tijd waarop/waarbinnen het gedrag plaats heeft, b.v. 's avonds.

Het te meten gedrag zou in dit voorbeeld zijn: 's avonds in de kroeg om de hoek Heineken bier drinken.

Bij de meting van het gedrag moeten deze 4 elementen duidelijk omschreven zijn, zodat er sprake is van een zeer specifieke gedraging.

Er zijn verschillende manieren om gedrag te meten. Allereerst kan gedrag geobserveerd worden. Als dit niet mogelijk is kan er retrospectief naar het gedrag gevraagd worden. Dit laatste kan alleen bij zéér specifiek gedrag dat door iedereen hetzelfde wordt opgevat. Niet iedereen vat n.l. een bepaalde handeling op als hetzelfde gedrag. Minder eten is voor de een een dieet volgen en voor een ander niet.

Verder dient nog opgemerkt, dat als het gedrag in een bepaalde context, op een bepaald tijdstip, gericht op een bepaald 'target' en over een specifieke handeling gaat, de andere componenten uit het Fishbein-model op dezelfde dimensies moeten worden gemeten; dat wil zeggen dezelfde context, hetzelfde tijdstip etc.

2.2.2. Gedragsintentie.

De gedragsintentie is het voornemen van een persoon om bepaald gedrag te gaan vertonen. De metingen van gedrag en de gedragsintentie moeten zo dicht mogelijk in de tijd bij elkaar liggen. Indien dit niet zo is, is de kans groot dat de intenties veranderd zijn en het gedrag niet meer te voorspellen.

De gedragsintentie wordt gemeten door respondenten op een 7-puntsschaal te laten aangeven hoe waarschijnlijk men het acht bepaald gedrag te gaan vertonen (zeer onwaarschijnlijk (-3) - zeer waarschijnlijk (+3)).

Zoals gezegd is het heel belangrijk dat het te voorspellen gedrag en de intentie ten aanzien van dat gedrag qua context, tijd, 'target' en specificiteit corresponderen.

2.2.3. Attitude en subjectieve norm.

De gedragsintentie wordt door twee factoren bepaald n.l.:

- een persoonlijke of attitude-component
- een sociale of normatieve component.

Deze twee factoren geven aan waarom mensen zich op een bepaalde manier gedragen.

De attitude-component gaat over de houding van de persoon ten aanzien van het vertonen van bepaald gedrag. Er wordt voor het meten van deze attitude-component volgens Fishbein vaak gebruik gemaakt van een vaste schaal van 7 waarderingen: de zogenaamde semantische differentiaal van Osgood e.a. (Ajzen & Fishbein, 1980, p. 54).

De uiteinden van deze 7-puntsschalen zijn b.v. goed-slecht, prettig-onprettig, etc. en lopen van +3 naar -3.

De tweede component geeft de invloed van de sociale omgeving op de gedragsintentie van de persoon weer (subjectieve norm). De sociale component geeft aan of mensen, die belangrijk zijn voor de persoon, vinden dat hij of zij dat gedrag wel of niet zou moeten vertonen. Het gaat om de mening van anderen zoals die door de respondent wordt waargenomen: dit hoeft dus niet te corresponderen met de werkelijke mening van die anderen. Het gaat bovendien om "anderen" uit de omgeving van de respondent, zonder een verdere specificatie van die "anderen" (een soort gegeneraliseerde ander).

De respondent geeft op een 7-puntsschaal weer wat de mening van anderen is over het door de respondent te vertonen gedrag. De extremen zijn: het gedrag wel vertonen - het gedrag niet vertonen. Voor de scoring hiervan geeft Fishbein geen aanwijzingen.

De attitude- en sociale component krijgen elk een gewicht toegekend voor hun bijdrage aan de voorspelling van de gedragsintentie.

2.2.4. Beliefs x evaluaties.

We hebben gezien, dat de gedragsintentie het gedrag voorspelt en dat de attitude component en de sociale component de gedragsintentie weer bepalen. Een beter begrip van het 'waarom' van bepaald gedrag van mensen wordt gevormd door te kijken naar de bepalers van de attitude en de subjectieve norm.

In deze paragraaf gaan we in op de bepalers van de attitude: beliefs x evaluaties en in de volgende paragraaf op die van de subjectieve norm: de normatieve beliefs x neiging tot conformeren.

Beliefs zijn waarschijnlijkheidsuitspraken over kenmerken (eigenschappen, kwaliteiten, etc.) van het te voorspellen gedrag. Wanneer deze kenmerken van het gedrag positief gewaardeerd worden (positieve evaluatie) dan ontstaat een positieve attitude ten aanzien van dat gedrag. Worden de kenmerken van het gedrag daarentegen negatief gewaardeerd (negatieve evaluatie) dan ontstaat een negatieve attitude ten aanzien van het gedrag.

Beliefs worden gemeten op een 7-puntsschaal die de mate van waarschijnlijkheid aangeeft dat het te vertonen gedrag een kenmerk heeft (-3, zeer onwaarschijnlijk - +3 zeer waarschijnlijk). Evaluaties worden eveneens op een 7-puntsschaal gemeten (zeer slecht (-3) - zeer goed (+3)).

Een positieve of negatieve attitude wordt als volgt berekend:

$$\sum_{i=1}^n (\text{score op beliefs}_i \times \text{score op evaluatie}_i)$$

Alleen wanneer saillante beliefs betrokken worden bij de meting ontstaat, vermenigvuldigd met evaluaties, een goede voorspeller van de attitude-component. Deze saillante beliefs worden gevonden met behulp van interviews met een groot aantal mensen, die qua eigenschappen overeenkomen met de groep mensen waarbij later het onderzoek afgenomen zal worden.

2.2.5. Normatieve beliefs x neiging tot conformeren.

Normatieve beliefs zijn de meningen van specifieke anderen in de omgeving van de respondent over het te vertonen gedrag. Op een 7-puntsschaal geeft de respondent weer of hij/zij denkt dat een bepaald persoon het gedrag wel of niet moet vertonen. De uitersten van de schaal zijn net als bij de subjectieve norm: gedrag wel vertonen - gedrag niet vertonen en ook hierbij is Fishbein niet duidelijk over hoe gescoord moet worden.

Het gaat bij de normatieve beliefs wederom alleen om saillante anderen. Deze worden net als de beliefs geïnventariseerd met behulp van interviews. Weten wat de normatieve beliefs van een respondent zijn is echter niet voldoende om de subjectieve norm te begrijpen of te voorspellen. Het is daarvoor belangrijk te weten hoe zwaar men tilt aan de mening van anderen: is de respondent geneigd zich te conformeren aan de mening van die anderen? De neiging tot conformeren geeft de respondent aan door aan te kruisen op een 7-puntsschaal, in welke mate die neiging bestaat, bij elke afzonderlijke persoon. Helemaal niet (+1) - heel erg (+7) of op een 4-puntsschaal met als uitersten helemaal niet (0) - heel erg (+3).

De voorspelling van de subjectieve norm verkrijgt men door de scores als volgt te verwerken:

$$\sum_{i=1}^n (\text{score op normatieve beliefs}_i \times \text{score op neiging tot conformeren}_i)$$

2.3. Gebruik van het Fishbein-model in dit onderzoek

Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt, heeft dit onderzoek twee doelstellingen. Ten eerste een vragenlijst opstellen en toetsen op betrouwbaarheid en validiteit voor het onderzoek 'Ziekenhuis Lelystad'.

Het onderzoek 'Ziekenhuis Lelystad' beoogt de attitude/gedragsrelatie te onderzoeken, waarbij het gedrag is 'vragen om een verwijzing'. Het Fishbein-model is in dat onderzoek gebruikt als attitude/gedragsmodel. Dit houdt in dat de volgende begrippen uit het model gemeten zullen worden: gedrag, gedragsintentie, attitude, subjectieve norm, beliefs, evaluaties, normatieve beliefs en neiging tot conformeren. Daarnaast is het model van

Fishbein gebruikt ter validering: de verwachte theoretische relaties moeten ook empirische bevestiging krijgen.

De tweede doelstelling van dit onderzoek is het inzicht krijgen in factoren die van invloed zijn op de attitudes en gedragsintentie van mensen t.a.v. het vragen om een verwijzing.

Aangezien de eerste doelstelling een groot deel van de tijd in beslag neemt en, zoals in het voorwoord staat, dit een onderzoek is van slechts 8 maanden, kan de tweede doelstelling slechts beperkt zijn.

Uit het Fishbein-model gebruiken wij dan ook slechts de begrippen:

- attitude (voortaan directe attitude genoemd)
- beliefs x evaluaties (voortaan indirecte attitude genoemd)
- gedragsintentie.

Het zou te ver voeren alle elementen van het model te onderzoeken.

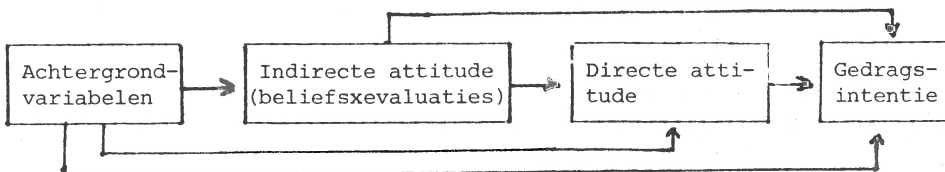
Het lijkt ons ook interessant te onderzoeken wat de invloed van de (in)directe attitude op de gedragsintentie is.

Nog een enkele kanttekening: De manier waarop Fishbein de invloed van achtergrondvariabelen op attitudes en gedragsintentie ziet verschilt met de manier waarop wij en b.v. ook klassieke attitude-theorieën de invloed van achtergrondvariabelen beschouwen.

Wij verwachten n.l. dat achtergrondvariabelen (externe factoren) direct van invloed zullen zijn op attitudes en gedragsintentie, zodat ook achtergrondvariabelen gemeten zullen moeten worden.

Fishbein daarentegen veronderstelt geen directe invloed van achtergrondvariabelen. Deze hebben hooguit hun invloed op de componenten die de gedragsintentie bepalen (zie figuur 2.1.) en men kan ermee volstaan deze componenten te meten.

Hoe wij het Fishbeinmodel gebruiken wordt in onderstaande figuur weergegeven:



Figuur 2.2. Veronderstelde invloed van achtergrondvariabelen op de indirecte en directe attitude en de gedragsintentie en de te onderzoeken relaties tussen deze 3 laatste componenten.

HOOFDSTUK 3: METHODEN.

Inleiding

In dit hoofdstuk worden allereerst de operationalisaties van de begrippen en de constructie van de vragenlijst beschreven. De begrippen zijn deels afkomstig uit het Fishbein-model (zie hoofdstuk 2) en deels uit andere literatuur (zie Hoofdstuk 1).

In de paragrafen 3.1.1. t/m 3.1.5. worden de vragen m.b.t. de Fishbein-variabelen besproken en het daarvoor noodzakelijke vooronderzoek; in de paragrafen 3.1.6. en 3.1.7. de operationalisaties van de achtergrondvariabelen en de demografische gegevens; in paragraaf 3.1.8 de vragen over de vragenlijst en in 3.1.9. de opbouw van de vragenlijst.

Daarna wordt in paragraaf 3.2. het onderzoeksveld behandeld, waarin de 3 punten beschreven worden waarop het onderzoeksveld met Lelystad vergeleken is: n.l. de bevolkingsopbouw, de gezondheidszorg en de urbanisatiegraad. Vervolgens worden in paragraaf 3.3. de steekproef, de steekproeftrekking en de benadering van de respondenten beschreven.

In paragraaf 3.4. tenslotte gaan we in op de hoogte van de respons.

3.1. Ontwikkeling vragenlijst.

3.1.1. Vooronderzoek.

We hebben een vooronderzoek gehouden in de vorm van 20 interviews en wel hierom:

1. welke beliefs hebben mensen over het gedrag 'vragen om een verwijzing'
2. met welke mensen overlegt men over voornoemd gedrag
3. met welke klachten aarzelt men of men naar de huisarts dan wel naar de specialist wil (zie ook Bijlage 6).

Hiermee worden aspecten geïnventariseerd voor respectievelijk de indirecte attitude, de subjectieve norm en de gedragsintentie.

De geïnterviewden moeten volgens Fishbein qua eigenschappen overeenkomen met de groep mensen waarbij later de vragenlijst afgenomen zal worden.

Van de 20 geïnterviewde mensen wonen/werken er 13 in een stad (personeelsleden van het NHI te Utrecht) en 7 wonen in een plattelandsomgeving (resp. in Lelystad en Spijkenisse). Op deze manier hebben we geprobeerd de eigenschap 'stedeling-plattelander' te matchen met de groep bij wie later de vragenlijst afgenomen zal worden.

3.1.2. Gedrag.

Het centrale begrip van dit onderzoek hebben wij als volgt geoperationaliseerd: "de huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil". In de verdere tekst wordt dit zo aangeduid of als "vragen om een verwijzing", "laten merken dat men naar de specialist wil" etc.

Gedrag kan volgens Fishbein op verschillende manieren gemeten worden n.l. door observatie of door er retrospectief naar te vragen. Observatie is in dit onderzoek niet mogelijk, gezien de krappe tijdsplanning. Daarnaast worden alle variabelen d.m.v. een vragenlijst gemeten, zodat naar gedrag retrospectief gevraagd kan worden. Dit gebeurt in vraag 18 als volgt: "Heeft u uw huidige huisarts wel eens laten merken dat u naar de specialist wilde?", waarop met ja of nee geantwoord kan worden. Deze formulering beantwoordt grotendeels aan de 4 elementen waaraan dit gedrag volgens Fishbein moet voldoen:

1. de tijd waarop/waarbinnen het gedrag plaats heeft: binnen 1 jaar n.l. sinds de 'huidige' huisarts zijn praktijk heeft (de vragenlijst is binnen 1 huisartspraktijk afgenomen, zie § 3.3.)
2. de context waarbinnen het gedrag plaatsvindt: binnen het contact tussen huisarts en patiënt
3. de 'target' waarop het gedrag gericht is: gericht op het gedrag van de huisarts, zodat deze een verwijskaart zal uitschrijven
4. de specifieke handeling van het gedrag: dit is niet zo specifiek. Onder "laten merken dat ik naar de specialist wil" verstaan wij het direct en indirect vragen om een verwijzing (zie Bijlage I, p. 2).

Daarna vragen we (vraag 18a) hoe vaak mensen om een verwijzing gevraagd hebben, omdat we willen uittesten of er verschil is tussen mensen die vaak en mensen die weinig om een verwijzing vragen. Ook willen we weten of dit samenhangt met een bepaald soort klacht: vraagt men met specifieke klachten om een verwijzing? Vraag 18b luidt dan ook "Waarvan had u toen last? (Klacht of ziekte invullen a.u.b.)".

3.1.3. Gedragsintentie.

In de vorm van verhaaltjes worden de proefpersonen 10 klachten en ziektebeelden voorgelegd (in de vragen 6b t/m 6j) en gevraagd of ze hun huisarts bij deze klacht(en) zullen laten merken dat ze naar de specialist willen. De ziektebeelden en klachten zijn tamelijk ernstig, maar zó gekozen, dat de ene persoon ermee naar de huisarts en de andere ermee naar de specialist zal willen. Ze zijn geïnventariseerd in de 20 voornoemde interviews en daarna aan enkele huisartsen voorgelegd. Per specialisme is er één ziektebeeld of klacht gekozen. Dit corrigeert het probleem, dat als één specialisme oververtegenwoordigd is en iemand is toevallig onder behandeling van zo'n specialist, die persoon daardoor een zeer hoge gedragsintentie zal hebben. Verder is nog 1 algemene vraag gesteld (6a): "u denkt dat u misschien wel iets ernstigs heeft, zult u dan uw huisarts laten merken dat u naar de specialist wilt?".

Deze vraag is gesteld om na te gaan of in de uiteindelijke vragenlijst

met deze algemene vraag volstaan zou kunnen worden.

De antwoordcategorieën lopen van +1 (zeer waarschijnlijk) tot +7 (zeer onwaarschijnlijk).

3.1.4. Attitude.

De attitude van mensen ten aanzien van het vragen om een verwijzing kan op 2 manieren gemeten worden: direct en indirect. In paragraaf 3.1.4.1. wordt de indirect gemeten attitude besproken, in 3.1.4.2. de direct gemeten attitude.

3.1.4.1. Indirecte attitude.

De indirecte attitude is opgebouwd uit 2 componenten: beliefs en evaluaties. De beliefs die mensen hebben over het gedragsaspect 'laten merken dat men naar de specialist wil' zijn, zoals reeds eerder vermeld, geïnventariseerd in 20 interviews.

Uit de opmerkingen die in de interviews geïnventariseerd zijn, zijn 8 beliefs geconstrueerd die zijn ingedeeld in 4 categorieën (zie categorie 2, 3, 4 en 6 in Tabel 3.1). Daarnaast zijn er in deze categorieën (behalve in categorie 3) nog 6 beliefs bijgemaakt, die voor ons onderzoek van belang lijken en om dezelfde reden zijn er nog 2 categorieën met in totaal 5 beliefs bijgemaakt (zie categorie 1 en 5 in Tabel 3.1).

Categorie	vraag-nummer	belief uit interviews	korte omschrijving beliefs
1. Kosten v.d. gezondh.zorg	2g		premie wordt hoger
	2k		hoge reiskosten naar specialist
	2l		geld uitsparen op doktersrekeningen
	2r		mijn goed recht, want premie betaald.
2. Soort en duur behandeling	2a	x	veel medische onderzoeken moeten ondergaan
	2c	x	lang duren voor echt behandeld
	2h		langer onder behandeling dan echt noodzakelijk
	2m		onpersoonlijk behandeld worden door specialist
	2n		in ziekenhuis opgenomen worden
	2q	x	huisarts verwijst te laat

3. Niveau medische zorg	2d	x	behandeld door arts met meer kennis
	2e	x	te weten komen of klachten ernstig zijn
	2p	x	echt iets aan klachten gedaan door specialist
4. Relatie met huisarts	2f	x	weinig vertrouwen laten zien
	2j		huisarts raakt geïrriteerd
5. Tijdprijs	2i		veel regelen om vrij te maken voor specialist
6. Diversen	2b		huisarts zal verwijzen
	2o	x	veel tijd kwijt zijn met reizen naar specialist
	1q		zelf beslissen

Tabel 3.1.: Categorieën van beliefs en herkomst uit interviews of niet.

Met deze laatste twee stappen wijken wij af van de Fishbein methode, want volgens Fishbein moeten alle beliefs door middel van interviews geïnventariseerd worden.

Voor de formulering van beliefs en evaluaties geeft Fishbein ook regels, n.l. over het niveau waarop ze gemeten moeten worden. Beliefs moeten op hetzelfde niveau als het gedrag gemeten worden, dus gekoppeld aan het gedrag, terwijl evaluaties juist algemeen gemeten moeten worden.

Op pag. 2 en 3 van Bijlage I ziet u dat aan het gedrag (mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil) steeds een belief (2a t/m 2r) wordt toegevoegd (b.v. 2d: betekent dat ik behandeld zal worden door een arts met meer kennis). Wij willen weten of mensen deze kenmerken van het gedrag waarschijnlijk achten of niet. De antwoordcategorieën lopen dan ook van zeer waarschijnlijk (+1) tot zeer onwaarschijnlijk (+7).

De tweede component van de indirecte attitude wordt gevormd door de evaluaties (vragen 1a t/m 1q). Losgekoppeld van het gedrag wordt nu nagegaan of mensen de beliefs positief of negatief evalueren. De evaluatie van b.v. belief 2d wordt dan: 'Behandeld worden door een arts met meer kennis vind ik' (vraag 1d). Hierop kan geantwoord worden op een 7-puntsschaal lopend van zeer goed (A) tot zeer slecht (G).

Er zijn 2 beliefs waarbij het niet mogelijk is een evaluatie te formuleren, n.l. 2q (mijn huisarts laten merkenis noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst) en 2r (mijn huisarts laten merkenis mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald). Evaluaties hiervan zouden onzin worden: Iets noodzakelijks vind ik zeer goed/zeer slecht; mijn goed recht

vind ik zeer goed/zeer slecht. Voor deze twee beliefs hebben we de evaluaties op 'goed' gesteld, omdat wij denken dat mensen hun goed recht of iets noodzakelijks 'goed' zullen vinden.

Uit de interviews is een aspect naar voren gekomen, dat niet in de vorm van een belief gegoten kan worden, maar we toch van zo'n belang achten, dat we het alleen als evaluatie opnemen (vraag 1q): zelf beslissen of ik naar de specialist moet, vind ik zeer goed/zeer slecht. Op advies van het NHI hebben we de waarschijnlijkheid hiervan op "waarschijnlijk" gesteld.

3.1.4.2. Directe attitude

Bij de directe attitude geven respondenten hun oordeel over het gedrag: "Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil" op 5 bipolaire schalen. De formulering van die schalen hebben we gebaseerd op Fishbein (1980), Osgood e.a. (in Segen, 1977), Kok (19..) en op de interviews.

De bipolairen zijn: 3a zeer wenselijk (+1) - zeer onwenselijk (+7)

3b zeer aanvaardbaar (+1) - zeer onaanvaardbaar (+7)

3c zeer goed (+1) - zeer slecht (+7)

3d zeer nuttig (+1) - zeer nutteloos (+7)

3e zeer makkelijk (+1) - zeer moeilijk (+7)

3.1.5. Subjectieve norm.

Ook de subjectieve norm moet, net als de attitude, direct en indirect gemeten worden (zie 2.2.3.).

3.1.5.1. Indirecte subjectieve norm.

De indirecte subjectieve norm bestaat uit 2 delen: de normatieve overtuiging en de neiging tot conformeren. De normatieve overtuiging is de door respondent ervaren overtuiging van mensen in zijn/haar directe omgeving over het vragen om een verwijzing. Dit leek ons een zeer hypothetische toestand worden, omdat 'vragen om een verwijzing' geen alledaags onderwerp van gesprek is. Uit de interviews blijkt dat men niet precies van anderen weet hoe deze erover denken. De normatieve overtuiging is derhalve niet in de vragenlijst opgenomen. Wel van belang is de 'neiging tot conformeren', waarbij de respondenten aangeven of men zich iets gelegen laat liggen aan de mening van anderen m.b.t. het vragen om een verwijzing (vraag 5).

De anderen zijn: 5a- echtgenoot/echtgenote/partner

5b- mensen uit mijn omgeving met dezelfde klachten

5c- andere gezins- of familieleden

5d- vrienden, kennissen of collegae

Deze zijn geselecteerd op grond van de genoemde anderen in de interviews. De antwoordcategorieën zijn 'ja' en 'nee' (score 1 en 0) en bij echtgenoot/etc. ook 'niet van toepassing'. We gaan ervan uit dat niet iedereen een partner heeft, maar wel mensen in de andere categorieën.

Er wordt dus géén score op indirecte subjectieve norm berekend, maar een score voor 'neiging tot conformeren'. In het verdere verslag zullen we dan ook slechts hiernaar refereren.

3.1.5.2. Directe subjectieve norm.

De proefpersonen geven een waarschijnlijkheidsoordeel op een 7-puntsschaal over de uitspraak: "De meeste mensen die belangrijk zijn voor mij, vinden dat ik (...) mijn huisarts moet laten merken dat ik naar de specialist wil" (vraag 4). De score voor subjectieve norm loopt van +1 (zeer onwaarschijnlijk) tot +7 (zeer waarschijnlijk).

3.1.6. Achtergrondvariabelen

3.1.6.1. Tijdprijs.

De tijdprijs hebben wij onderverdeeld in een subjectief en een objectief aspect. Onder subjectieve tijdprijs verstaan wij de "prijs" die men moet 'betalen' in tijd en moeite en objectieve tijdprijs de maatregelen die genomen moeten worden voor een bezoek aan de huisarts of de specialist. We willen weten of er een verschil in tijdprijs is als men naar de specialist of naar de huisarts gaat.

Daarom vragen we (vraag 7): "Vindt u dat een bezoek aan de specialist veel of weinig tijd kost?" en hetzelfde voor de huisarts (vraag 8). De antwoordcategorieën lopen van heel veel tijd tot heel weinig tijd op een 5-puntschaal.

Daarna vragen we (vraag 9): "Kost het u veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist?" en (vraag 10) hetzelfde voor de huisarts. De antwoordcategorieën lopen van heel veel moeite (+5) tot heel weinig moeite (+1).

Een combinatie van deze twee factoren (een bezoek kost veel/weinig tijd en het kost me veel/weinig moeite om die tijd vrij te maken) geeft voor huisarts en specialist de subjectieve tijdprijs.

In de vragen 11, 12 en 13 worden enkele hardere gegevens gevraagd, die de tijdprijs kunnen verhogen of verlagen. Mensen die de aan dokterbezoek bestede tijd doorbetaald krijgen (mensen in loondienst) zullen een lagere tijdprijs hebben dan mensen die dat niet krijgen.

In vraag 11 vragen we dan ook: "Krijgt u de tijd die u kwijt bent aan doktersbezoek doorbetaald?" met als antwoordcategorieën: ja, volledig; ja, gedeeltelijk; nee en niet van toepassing.

Het hebben van werk dat niet uitgesteld kan worden en/of overgenomen moet worden zal de tijdprijs verhogen, ongeacht of dit geld kost of niet. Vraag 12 luidt: "Heeft u werkzaamheden (werk, huishouden, gezin e.d.) die uitgesteld moeten worden om naar de specialist te kunnen gaan?" met als antwoordcategorieën: ja, en ze kunnen lang uitgesteld worden; ja, en ze kun-

nen tijdelijk uitgesteld worden en nee. Vraag 13 luidt: "Heeft u werkzaamheden die overgenomen moeten worden als u naar de specialist wilt?" met als antwoordcategorieën: ja, en een vervanger is moeilijk te regelen; ja, en een vervanger is makkelijk te regelen, en nee.

Wij willen 4 categorieën mensen onderscheiden:

1. mensen met een hoge tijdsprijs voor de specialist en een hoge tijdsprijs voor de huisarts.
2. mensen met een hoge tijdsprijs voor de specialist en een lage tijdsprijs voor de huisarts.
3. mensen met een lage tijdsprijs voor de specialist en een hoge tijdsprijs voor de huisarts.
4. mensen met een lage tijdsprijs voor de specialist en een lage tijdsprijs voor de huisarts.

3.1.6.2. Ervaren gezondheidstoestand.

Om een indruk te krijgen van de noodzaak tot medische consumptie en om te kijken of mensen die verschillen in gezondheidstoestand een verschillende attitude en gedragsintentie zullen hebben, hebben wij geïnformeerd naar de gezondheidstoestand van de respondenten. Wij hebben deze vraag overgenomen uit het Leefsituatieonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 1978, p. 138): "Hoe is over het algemeen uw gezondheid?" (vraag 14) met als antwoordcategorieën: heel goed (+5) tot slecht (+1).

Om te controleren of er verschil is met de gezondheidstoestand op dit moment, omdat die misschien méér van invloed is dan de algemene toestand, luidt vraag 15: "Hoe is op dit moment uw gezondheid?" met dezelfde antwoordcategorieën als vraag 14.

3.1.6.3. Medische consumptie.

Aangezien de huidige huisarts van de respondenten pas een jaar zijn praktisch heeft, vragen we (vraag 16) of men al een keer bij de huidige huisarts is geweest. In vraag 17 meten we de medische consumptie van huisartshulp over de afgelopen 3 maanden.

Deze periode is gekozen op grond van literatuur van V.d. Ploeg (1976). Hij stelt de grens voor een hoge medische consumptie (voor huisartsenhulp) op het 3 x of meer bezoeken van de huisarts in de afgelopen 3 maanden.

De antwoordcategorieën lopen van "geen enkele keer" tot "meer dan zes keer". In vraag 20 vragen wij of en hoe vaak mensen in de laatste twaalf maanden voor zichzelf bij de specialist geweest zijn. Bij een specialist komt men over het algemeen minder vaak als bij de huisarts, zodat hier 1 jaar als periode genomen moet worden. In de antwoordcategorieën wordt een onderscheid gemaakt tussen ziekenhuisopname en poliklinisch bezoek. Het gaat ons om het laatste, omdat verwijzingen alleen naar een polikliniek zijn.

3.1.6.4. Tevredenheid met huisarts.

Om de tevredenheid met de huisarts te meten hebben wij de volgende vraag opgenomen: "Hoe tevreden bent u alles bij elkaar genomen met uw huidige huisarts?". De antwoordcategorieën lopen van zeer tevreden (+5) tot ontevreden (+1).

3.1.6.5. Verzekeringsvorm.

In de hypothese met betrekking tot verzekeringsvorm (zie par. 1.7.) komt naar voren dat we de volgende gegevens van respondenten willen weten:

- a. zijn ze ziekenfonds- of particulier verzekerd.
- b. zijn ze voor huisartskosten, geheel, gedeeltelijk of niet verzekerd.
- c. zijn ze voor kosten voor specialistische hulp geheel, gedeeltelijk of niet verzekerd.

Ad a. Er is in de antwoordcategorieën van vraag 21 een onderscheid gemaakt binnen de ziekenfondsverzekering tussen ziekenfonds verplicht, ziekenfonds vrijwillig en ziekenfonds bejaard. Hiermee willen we nagaan of er verschil bestaat tussen mensen met deze verschillende vormen ziekenfondsverzekering.

Ad b en c. Er zijn erg veel verschillende soorten particuliere verzekeringen, dus zijn gesloten antwoordcategorieën niet mogelijk. Men kan nu in de vragen 21a en 21b invullen hoeveel eigen risico men heeft in guldens of in percentages (met een maximum bedrag).

3.1.6.6. Stedeling/platteland.

Zoals gesteld in de hypothese die hierop betrekking heeft zijn voor het construeren van deze maat de volgende gegevens nodig:

- a. de herkomst van de respondent
 - b. de tijd dat de respondent in Nieuw-Vennep woont
 - c. hoever de respondent in de vorige woonplaats van een ziekenhuis woonde.
- De herkomst en de tijd dat de respondent in Nieuw-Vennep woont willen we weten, om te kunnen beoordelen of iemand tot de categorie stedeling of platteland behoort.

Het lijkt ons niet eenduidig de respondent zelf te laten beoordelen of hij of zij uit een stad of van het platteland komt, omdat iedereen daar andere criteria voor aanlegt. Wij maken de criteria aan de hand van de indeling van gemeentes naar urbanisatiegraad (mate van verstedelijking) van het CBS (1980).

Daarmee hangt samen hoe lang iemand in Nieuw-Vennep woont. Is men er geboren of woont men er $\pm$ 10 jaar of langer, dan kan men tot de plattelanders gerekend worden. Op grond van bovengenoemde urbanisatiegraad worden de mensen die korter dan 10 jaar in Nieuw-Vennep wonen ingedeeld in de groep stedeling of de groep platteland.

Daarnaast vragen wij ons af of een plattelands/stedelingmentaliteit niet

meer te maken heeft met hoe ver men van een ziekenhuis woont (woonde) dan of men in een stad of op het platteland woont (woonde). Meestal zullen deze dingen samenhangen , maar om hiervoor toch te controleren vragen we ook naar de afstand tot het ziekenhuis in de vorige woonplaats. De afstand voor Nieuw-Vennepers stellen wij op 11-20 km.

De vragen voor dit onderdeel worden nu als volgt:

22: Bent u in Nieuw-Vennep geboren?

Zo nee, 22a: Wanneer bent u hier komen wonen?

22b: In welke plaats woonde u voordat u in Nieuw-Vennep kwam wonen?

We vragen plaats en niet gemeente, omdat mensen soms niet weten tot welke gemeente hun woonplaats behoort. Het is voor ons een kleine moeite in een lijst op te zoeken welke plaats bij welke gemeente behoort.

22c: Hoe groot was in uw vorige woonplaats de afstand van uw huis tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis? waarbij de antwoordcategorieën waren: 0-5 km, 5-10 km, 11-20 km en meer dan 20 km.

3.1.7. Demografische gegevens.

In de vragen 23 t/m 26 informeren wij naar enkele noodzakelijke demografische gegevens.

Vraag 23, geslacht, spreekt voor zichzelf.

Leeftijd (vraag 24) willen we weten, omdat dit van invloed kan zijn op b.v. medische consumptie.

Opleiding en werksituatie (vragen 25 en 26) zouden invloed kunnen hebben op de tijdprijs.

3.1.8. Vragen over de vragenlijst.

Op de laatste pagina van de lijst (zie Bijlage 1, pag. 12) zijn enkele vragen toegevoegd over de lijst zelf.

Aangezien dit een proefopname is, willen we graag weten hoe de lijst is overgekomen en kunnen inschatten hoeveel waarde we aan de gegevens kunnen hechten.

Vraag I: Geeft de vragenlijst over het algemeen een goede indruk van wat u werkelijk vindt? (zeer goed/zeer slecht)

Vraag II: Zijn er vragen die u onduidelijk of te moeilijk vindt? (welke en reden)

Vraag III: zijn er vragen waarop u eigenlijk een ander antwoord had willen geven? (welke en reden).

Verder wordt de mogelijkheid geboden aanvullende opmerkingen te maken op een lege pagina.

3.1.9. Opbouw van de vragenlijst.

De opbouw van de vragenlijst is als volgt: eerst krijgen mensen een voorbeeld te zien op de voorpagina. De volgorde van de Fishbeinvariabelen

hebben we grotendeels gebaseerd op de vragenlijst van Kok.

Op pagina 1 wordt begonnen met de evaluaties. De eerste vragen gaan meteen over het onderwerp (Dillman, 1978). De evaluaties komen vóór de beliefs, omdat de evaluaties algemeen en de beliefs specifiek zijn.

Op pagina 2 volgt een uitleg over wat wij onder "mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil" verstaan en daarna de beliefs.

Op blz. 4 volgt de directe attitudemeting, daarna respectievelijk de directe subjectieve norm, de neiging tot conformeren en de gedragsintenties.

De volgorde van de achtergrondvariabelen hebben wij zó getracht te maken dat ze voor de respondent een logische volgorde aangeven (Dillman, 1978).

Onder de aanduiding 'vragen over dokters en uw eigen gezondheid' volgen nu vanaf pagina 7: de tijdprijs, de ervaren gezondheidstoestand, medische consumptie en gedrag en tenslotte tevredenheid met de huisarts.

Onder het hoofdje: 'vragen over uzelf' vallen: de verzekeringsvorm, stedeling-platteland, geslacht, leeftijd, opleiding en werksituatie.

Als laatste kunnen mensen hun mening over de vragenlijst zelf kwijt. Dit 'ontlaadt' respondenten, zodat dit een goede afsluiting is van de lijst (Dillman, 1978).

3.2. Beschrijving van het onderzoeksveld.

Het onderzoek is verricht in Nieuw-Vennep, een stadje met 15.156 inwoners ¹⁾ in Zuid-Holland. We hebben dit stadje gekozen voor de afname van de vragenlijst, omdat het op belangrijke punten overeenkomt met Lelystad.

Hierna volgt een beschrijving van de 3 punten waarop we beide plaatsen met elkaar vergeleken hebben: 3.2.1. de bevolkingsopbouw, 3.2.2. de gezondheidszorg en 3.2.3. de urbanisatiegraad.

3.2.1. Bevolkingsopbouw.

De leeftijdsopbouw van de bevolking van Nieuw-Vennep is vrijwel gelijk aan die van Lelystad ²⁾.

	Nieuw-Vennep	Lelystad
0 - 14 jaar	29%	31%
15 - 65 jaar	66%	65%
65 jaar en ouder	5%	4%

Tabel 3.1., leeftijdsopbouw in procenten van Nieuw-Vennep en Lelystad.

De groep 0-14 jarigen is in beide steden oververtegenwoordigd en de groep van 65 jaar en ouder ondervertegenwoordigd in vergelijking met landelijke cijfers (resp. 23% en 13%, cijfers per 1-1-80, sociografisch bureau de neerlanden, 1980/81).

In Lelystad is de groep 25-34 jarigen ook oververtegenwoordigd. Voor Nieuw-Vennep hebben wij hier geen exacte cijfers over, maar omdat de groep 0-14 jarigen in beide steden ongeveer gelijk is mag verondersteld worden dat ook de groep van 25-34 jarigen (de ouders) in Nieuw-Vennep qua grootte redelijk vergelijkbaar is.

We hebben ook voor Nieuw-Vennep en Lelystad proberen te bepalen hoe de verdeling van mensen met een plattelands- of stadsmentaliteit is.

Er is een grote groep autochtone bevolking in Nieuw-Vennep. Wij denken dat zij een plattelandsmentaliteit t.a.v. de gezondheidszorg zullen hebben, gezien de grote afstand tot een ziekenhuis (zie par. 1.4.). De laatste jaren echter zijn er veel mensen naar Nieuw-Vennep gemigreerd (allochtonen). Meer dan de helft van deze allochtonen komen uit een grote stad (meer dan 100.000 inwoners). Van 1972 t/m 1980 was dat gemiddeld 53% (CBS, serie A3, 1980). Een zeer groot deel van deze mensen komen uit Amsterdam en omgeving (Amstelveen, Diemen en Ouder-Amstel). Hoe de verdeling voor de totale bevolking is, weten we dus niet.

Wat betreft de verdeling stedeling/plattelander in Lelystad kan het volgende opgemerkt worden: Lelystad wordt pas bewoond vanaf 1967. De mensen die er in de eerste jaren kwamen wonen, kwamen veelal van het platteland (Oosten en Noorden van Nederland). Lelystad zelf is ook een plattelandsomgeving, dus we kunnen de mensen die er langer dan ± 10 jaar wonen wel een plattelandsmentaliteit toedenken. Er is de laatste jaren een grote migratie uit Amsterdam en omgeving, zodat nu $\pm 50\%$ van de bewoners van Lelystad ex-Amsterdammers zijn (Constandse en Schonk, 1980).

De leeftijdsopbouw en de verdeling stedeling/plattelander van de beide stadjes komt dus redelijk overeen.

3.2.2. Gezondheidszorg.

In Nieuw-Vennep zijn 6 huisartsen gevestigd: 3 in een gezondheidscentrum, 2 voeren een gezamenlijke praktijk en één huisarts heeft een eigen praktijk.

In het gezondheidscentrum van Nieuw-Vennep zijn, naast de 3 huisartsen, tevens gevestigd: fysiotherapie, de trombosedienst, zwangerschapsgymnastiek, een diëtiste, 2 tandartsen, een oogarts en een huidarts.

In Lelystad is de gezondheidszorg als volgt georganiseerd: er zijn 19 huisartsen, waarvan er 17 in 5 gezondheidscentra werken. In die 5 centra zijn verder gevestigd: fysiotherapeuten, verloskundigen, apotheker en verpleegkundigen en enige dienstverlenende instanties zoals de ambulancedienst en het Regionaal Ziekenfonds.

Er zijn dus in beide steden wel 1e-lijnsgezondheidszorgvoorzieningen, maar nauwelijks 2e-lijnsvoorzieningen. Ook is er in beide plaatsen geen

ziekenhuis aanwezig. In Nieuw-Vennep is men voor specialistische hulp aangewezen op Leiden en Heemstede; in Lelystad op Zwolle, Kampen, Harderwijk, Emmeloord, Ermelo of Amsterdam.

3.2.3. Urbanisatiegraad.

Ook op urbanisatiegraad hebben we Nieuw-Vennep en Lelystad vergeleken. Nieuw-Vennep heeft volgens de CBS-typologie (CBS, 1980) de urbanisatiegraad B2: verstedelijkt platteland met een woonkern tussen 5000 en 30.000 inwoners en minder dan 20% van de mannelijke beroepsbevolking is agrarisch. Lelystad valt in dezelfde categorie. De urbanisatiegraad is toegekend in 1971.

Resumerend kunnen wij stellen, dat Nieuw-Vennep op belangrijke punten overeenkomt met Lelystad, zodat de resultaten van de proefafname op Lelystad toegepast kunnen worden.

3.3. Steekproef.

De steekproef is getrokken uit het patiëntenbestand van één huisarts in Nieuw-Vennep. We hebben een arts gekozen in een gezondheidscentrum, omdat vrijwel alle artsen in Lelystad ook in gezondheidscentra werken.

De invloed van de huisarts willen we constant houden. Dit kan door de steekproef in zoveel mogelijk huisartspraktijken te trekken of juist in één.

Gezien de kleine steekproef (400, zie hieronder) en de organisatorische rompslomp hebben we gekozen voor één huisarts.

De huisartspraktijk bevat 2700 patiënten, waarvan volgens de arts 50% particulier verzekerd en 50% ziekenfonds verzekerd is. Ook de verhouding autochtoon/allochtoon is 50% in deze praktijk, waardoor we hopen evenveel stedelingen als plattelanders in de steekproef te hebben.

De steekproefgrootte is 400. We zijn uitgegaan van een respons van 60-70% (240-280 respondenten), wat voldoende is om zinvolle analyses op uit te voeren, gezien het aantal achtergrondvariabelen.

3.3.1. Het trekken van de steekproef

Er is een systematische steekproef getrokken. Dit is de beste benadering van de (ideale) aselechte steekproef.

Kinderen onder de 16 jaar (grens: geboren voor 1 oktober 1965, $\pm 10\%$) worden niet in de steekproef betrokken, omdat zij vaak nog niet zelfstandig beslissen over artsenbezoek en zij nog niet over een eigen inkomen kunnen beschikken. Het patiëntenbestand waaruit de steekproef getrokken wordt is op de volgende manier georganiseerd: elk gezin heeft een eigen map, elk gezinslid heeft een eigen kaart. We zijn begonnen bij de eerste kaart en hebben elke 6e kaart getrokken, alsof er geen gezinsmappen bestaan. Was het de kaart van een persoon beneden de 16 jaar, dan is de eerstvolgende kaart genomen en daarna weer de 6e enz.

3.3.2. De benadering van de respondenten.

Een groot gedeelte van de rappelmethode is gebaseerd op 'The Total Design Method' (Dillman, 1978). Hij doet hierin o.a. aanbevelingen t.a.v. formuleringen in de brieven en de verzending van de rappels.

Op 26 februari 1982 is aan alle 400 respondenten een vragenlijst met een begeleidende brief verstuurd (zie Bijlage 1 en 2). In deze brief lichten we het onderzoek toe, leggen de plaats van de huisarts in het onderzoek uit en garanderen we respondenten anonimiteit van de gegevens.

Er is ook een antwoordkaartje bijgevoegd, waarmee men een samenvatting van het onderzoek kan aanvragen (zie Bijlage 3).

Na één week, op 5 maart, hebben we aan alle respondenten 'n rappelbrief gestuurd, waarin we mensen die de vragenlijst reeds teruggestuurd hebben, bedanken en de mensen die dat nog niet gedaan hebben vragen dit zo spoedig mogelijk te doen (zie Bijlage 4).

Weer een week later, op 12 maart, is opnieuw aan alle respondenten een vragenlijst, een begeleidende brief (zie Bijlage 5) en een antwoordkaartje gestuurd.

Overigens zijn wij van de methode van Dillman enigszins afgeweken: Dillman gebruikt een codenummer op de vragenlijst, zodat niet iedereen een tweede lijst toegestuurd krijgt. In Lelystad zal echter ook geen codenummer toegepast worden i.v.m. de anonimiteit, zodat wij dat ook niet gedaan hebben. Ook gebruikt Dillman een procedure van 7 weken met 3 rappels. 7 Weken was voor ons onderzoek gezien de tijdsplanning te lang (de schaalconstructie van de proefafname moest 16 april gereed zijn) en we vonden bovendien dat we de respondenten niet 4 keer konden lastig vallen.

3.4. Respons.

Vóór de sluitingsdatum (23 maart) zijn 284 vragenlijsten binnengekomen. Na de sluitingsdatum nog 11. Deze 11 vragenlijsten zullen wel meegerekend worden bij de berekening van de respons, maar niet meer verwerkt worden.

Er bleken 13 vragenlijsten onbestelbaar te zijn. Deze lijsten zullen van het totale aantal verstuurd lijsten (400) worden afgetrokken bij de berekening van de respons (ze worden beschouwd als 'niet verzonden').

De respons bedraagt: $\frac{295}{387} \times 100\% = \underline{\underline{76,2\%}}$.

Dit is hoger dan Dillman voorspelt voor een gedeeltelijk gebruik van de Total Design Method. Hij voorspelt gemiddeld 71%. De hoge respons kan veroorzaakt zijn door de rappelmethode van Dillman (b.v. door de belonende werking van de beloofde samenvatting, waarvan er 220 zijn aangevraagd), maar dit is niet meer te controleren, omdat in 3 plaatselijke kranten bekendheid is gegeven aan het onderzoek (zie Bijlage 7). Deze artikeltjes

kunnen een verhogende of een verlagende werking gehad hebben.

Om aan te geven hoe de respons samenhangt met de rappelmethode volgt een overzicht in tabel 3.2.

Datum	Periode	wat is verstuurd	Respons: aantal %	
26 febr.		vragenlijst brief antwoordkaartje		
	26/2 - 7/3		126	32,6
7 mrt.		brief		
	7/3 - 14/3		101	26,1
14 mrt.		vragenlijst brief antwoordkaartje		
	14/3 - 23/3		57	14,7
	nà 23/3		11	2,8
			295	76,2%

Tabel 3.2. Overzicht rappelmethode en respons.

Van de terugontvangen lijsten waren er 4 onvolledig ingevuld en 11 te laat binnengekomen om nog verwerkt te kunnen worden. Van de 280 overgebleven respondenten hadden er 35 de huisarts nog niet gezien. Deze mensen hebben waarschijnlijk bij het invullen van de vragenlijst hun vorige huisarts in gedachten gehad, terwijl we juist de steekproef in één huisartspraktijk getrokken hebben om de invloed van de huisarts constant te houden. Deze mensen hebben we dan ook bij de analyses buiten beschouwing gelaten.

De analyses zijn uitgevoerd met 245 respondenten (= 63,3%).

Noten

- 1) Sociografisch bureau de Meerlanden, 1980/81, alle gegevens per 1-1-'81 tenzij anders vermeld.
- 2) Lelystad in cijfers, 1981, gegeven per 1-1-'81.

HOOFDSTUK 4: ITEMANALYSE EN SCHAALCONSTRUCTIE.

4.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk worden de gegevens van het proefonderzoek in Nieuw-Vennep beschreven. De items worden geanalyseerd op betrouwbaarheid en validiteit; op grond daarvan worden adviezen gegeven voor de nog op te stellen vragenlijst voor Lelystad. Tevens worden maten geconstrueerd voor de variabelen uit het Fishbein-model en de achtergrondvariabelen.

De variabelen uit het Fishbein-model: indirecte attitude, directe attitude, subjectieve norm, neiging tot conformeren, gedragsintentie en gedrag komen respectievelijk in de paragrafen 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6., en 4.7. aan de orde. In paragraaf 4.8. wordt de samenhang tussen de Fishbein-variabelen besproken. In de paragrafen 4.9. t/m 4.15. worden de achtergrondvariabelen behandeld; n.l.: tijdprijs, verzekeringsvorm, stedeling/platteland, gezondheid, tevredenheid met de huisarts, geslacht en leeftijd. In de paragraaf 4.16. wordt tenslotte het commentaar van de respondenten op de vragen weergegeven. De hierna te bespreken analyses zijn gedaan met 245 respondenten. Wanneer dit aantal minder is zal dit worden vermeld. De 7-puntsschalen in de vragenlijst zijn om technische redenen gecodeerd van +1 (b.v. zeer waarschijnlijk, zeer nuttig) tot +7 (b.v. zeer onwaarschijnlijk, zeer nutteloos). De scores zijn gehercodeerd. De evaluaties (vragen 1a t/m 1q) drukken iets positiefs of negatiefs uit en zijn dus gehercodeerd van -3 (zeer slecht) tot +3 (zeer goed). Voor b.v. gedragsintentie vinden we dat een hoge gedragsintentie met een hoge score moet samenhangen. Daarom zijn alle 7-puntsschalen gehercodeerd van +1 (zeer onwaarschijnlijk) tot +7 (zeer waarschijnlijk). Bij de itemanalyse en de schaalconstructie zijn de volgende analysemethoden gebruikt: frequentie-analyse, betrouwbaarheidsanalyse, factoranalyse, multiple-regressie-analyse en chi-kwadraat-toets. Na afweging van de resultaten van deze analyses is besloten welke items gehandhaafd zullen blijven en welke niet. Ook worden de maten voor de variabelen op grond van deze gegevens geconstrueerd. Hieronder volgt een kort overzicht van welke analysemethode bij welke variabele is gebruikt en wat elke analyse inhoudt. Allereerst is voor alle items een frequentie-analyse uitgevoerd en zijn voor alle items gemiddelde, mediaan, standaarddeviatie, variantie en scheefheid berekend. Op deze manier kan een eerste idee gevormd worden over de verdeling van de antwoorden over de categorieën (zie Bijlage 1). Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse gedaan op bijna alle variabelen; subjectieve norm en gedrag bestaan uit een te klein aantal items om een betrouwbaarheidsanalyse te kunnen uitvoeren.

Als betrouwbaarheidsanalyse is de Cronbachs Alpha genomen; hierbij wordt betrouwbaarheid opgevat als de mate van interne consistentie; de items zijn betrouwbaarder naarmate zij hoger correleren met de andere items. De alpha coëfficiënt geeft de maat voor de hoogte van de gemeenschappelijke variantie van de items. Er is vooral gekeken naar de N-1 alpha, omdat op deze manier de betrouwbaarheid van de afzonderlijke items berekend kan worden; immers wanneer de alpha-coëfficiënt met de N-1 alpha-coëfficiënt wordt vergeleken, blijkt de positieve of negatieve invloed van het weggelaten item.

De waarde van de alpha-coëfficiënt kan variëren van -1 tot +1; als ondergrens is ook de item-rest correlatie van de items berekend; dit is de correlatie van een item met de totaalscore gecorrigeerd voor de invloed van het betreffende item. Door de hoogte van de item-rest correlatie na te gaan, kan nogmaals de betrouwbaarheid bekeken worden; hoe hoger de correlatie, hoe beter de samenhang en hoe hoger de betrouwbaarheid.

Nadat de betrouwbaarheid van de items onderzocht is, is geprobeerd de data te beschrijven met behulp van zo weinig mogelijk factoren. Op deze manier kan ten eerste een inzicht worden verkregen in de structuur van de items en ten tweede vindt er datareductie plaats. Voor de beschrijving met zo min mogelijk factoren is een principale componentenanalyse uitgevoerd met iteraties. De gebruikte rotatiemethode is Varimax. Om de items te kunnen selecteren is de minimale hoogte van de ladingen voor elke factor berekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van de Burt-Blanks formule (Child, 1970):

$$\begin{array}{l} \text{Standaard fout van een lading} \\ \text{waarbij: } n = \text{aantal items} \\ \quad \quad r = \text{nummer van de factor in de analyse} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Standaard fout van een correlatie} \\ \left[\sqrt{\frac{n}{n+1-r}} \right] \end{array}$$

In plaats van de betrouwbaarheidsanalyse is bij de neiging tot conformeren een Guttman-scalogram-analyse gedaan. Met behulp van deze analyse kan worden nagegaan of de items van de schaal een bepaalde hiërarchie vertonen, dat wil zeggen oplopen in moeilijkheidsgraad en of de items unidimensionaal zijn. Uitgaande van die hiërarchie construeert het programma een bepaalde volgorde. Bij deze volgorde wordt uitgegaan van het gegeven dat respondenten op "makkelijke" items "ja" zullen antwoorden (pass) en op "moeilijkere" items "nee" (fail). De items worden gedichotomiseerd dat wil zeggen pass=1 en fail=0. Moeilijke vragen krijgen veel "fail"-antwoorden en makkelijke vragen veel "pass"-antwoorden. Dat betekent bijvoorbeeld ook, dat wanneer een makkelijk item een fail-antwoord krijgt, een moeilijk item dat ook zou moeten krijgen.

Het programma zoekt op grond van het voorgaande een volgorde van moeilijk naar makkelijk. Elke keer wanneer een antwoord op een item "niet hoort" volgens het programma wordt dat als een fout gerekend. Een groot aantal fouten geeft aan in welke mate de plaats van het item binnen de hiërarchie de juiste is. Naast de toetsing van de items op betrouwbaarheid is ook gekeken hoe valide de items zijn.

De constructvaliditeit is nagegaan door de variabelen die hetzelfde begrip zouden moeten meten, weliswaar op een andere wijze, met elkaar te correleren (b.v. de directe met de indirecte attitude).

De criteriumvaliditeit is nagegaan door de samenhang te berekenen tussen de variabelen, die volgens de theorie van Fishbein ook samenhang moeten vertonen. Hiervoor is een multiple-regressie-analyse gedaan. Bij een multiple-regressie-analyse wordt gekeken naar hoeveel van de totale variantie van de afhankelijke variabele wordt verklaard door de onafhankelijke variabele. En verder ook wat de "toegevoegde" verklaarde variantie is van iedere afzonderlijke onafhankelijke variabele aan de reeds door andere items verklaarde variantie. Op deze manier kan de relatieve bijdrage van een onafhankelijke variabele aan de (door alle onafhankelijke variabelen) verklaarde variantie (van de afhankelijke variabele) berekend worden.

De multiple-regressie-analyse is gebruikt om de items te selecteren, die de grootste relatieve bijdrage leveren aan de variantie van de afhankelijke variabelen (die volgens de theorie door die items voorspeld moeten worden).

Voor het aantonen van verbanden wordt voor de variabelen op nominaal niveau de Chi-kwadraat toets gebruikt en voor de variabelen op interval niveau de Pearson-correlatie.

Naast de hier genoemde kwantitatieve analyses is ook een kwalitatieve methode gebruikt. De vragenlijst wordt afgesloten met 3 vragen, die een evaluatie van de vragenlijst inhouden (zie Bijlage 1). Op de laatste pagina van de vragenlijst is een ruimte opengelaten om de respondent gelegenheid te bieden extra opmerkingen te maken. Op de informatie uit deze opmerkingen en vragen is een inhoudsanalyse gedaan (zie 4.16.).

De resultaten zijn op twee manieren gebruikt. De reacties op vragen 2 en 3 zijn gebruikt bij de beslissingen om items wel of niet te handhaven. Onduidelijke vragen uit de vragenlijst zijn op deze manier naar voren gekomen. Verder zijn de algemene opmerkingen bekeken op extra informatie. Uiteindelijk zijn na afweging van alle resultaten uit de hiervoor genoemde analyses adviezen gegeven met betrekking tot het wel of niet handhaven van items in de definitieve vragenlijst. Verder zijn de maten voor de va-

riabelen geconstrueerd. Voor de maten voor de Fishbeinvariabelen worden de scores opgeteld en gecorrigeerd voor ontbrekende antwoorden (niet ingevulde vragen). Er is voor de meeste schalen een somscore gemaakt van alle gegeven antwoorden gedeeld door het aantal gegeven antwoorden.

4.2. Indirecte attitude.

Volgens de theorie van Fishbein wordt de gedragsintentie bepaald door de subjectieve norm en de attitude (zie ook par. 2). De attitude kan zowel direct als indirect worden gemeten. In paragraaf 4.3. zal nader op het meten van de directe attitude worden ingegaan. In deze paragraaf zal de constructie van een maat voor de indirecte attitude worden besproken.

Volgens Fishbein kan de attitude indirect worden gemeten via waarschijnlijkheidsuitspraken ('beliefs') over de samenhang tussen een gedraging en bepaalde kenmerken (oorzaken, gevolgen, eigenschappen). Het 'goed/slecht-oordeel' ('evaluatie') van de respondenten over het kenmerk wordt eveneens gemeten. De som van de producten van een waarschijnlijkheidsuitspraak ('belief') en de bijbehorende evaluatie vormt de - indirecte - maat voor de attitude ten opzichte van de gedraging.

In formule:

$$\text{indirecte attitude} = \sum_{i=1}^n \text{belief}_i \times \text{evaluatie}_i$$

In de vragenlijst zijn 18 beliefs en 17 evaluaties opgenomen. De maat voor de indirecte attitude wordt als volgt samengesteld:

- De evaluaties (vragen 1a t/m 1q) worden gehercodeerd van een schaal met waarden van 7 tot 1 tot een schaal met waarden van -3 (zeer slecht) tot +3 (zeer goed).
- De beliefs (vragen 2a t/m 2r) worden gehercodeerd van een schaal met waarden van 7 tot 1 tot een schaal met waarden van 1 (zeer onwaarschijnlijk) tot 7 (zeer waarschijnlijk).
- De producten van beliefs en evaluaties worden berekend: van iedere respondent wordt zijn score op een belief vermenigvuldigd met zijn score op de bijbehorende evaluatie. De evaluatie zonder bijbehorend belief (vraag 1q) wordt vermenigvuldigd met +6; de beliefs zonder de bijbehorende evaluatie (vragen 2q en 2r) worden vermenigvuldigd met +2 (zie ook Bijlage 8).

De waarden van de productscores lopen van -21 tot +21.

- Met behulp van betrouwbaarheids-, regressie- en principale componenten-analyse worden van de 19 productscores (BE's) er 13 geselecteerd.
- De som van de 13 geselecteerde productscores vormt de maat van de indirecte attitude (gecorrigeerd voor ontbrekende antwoorden).

Op grond van de volgende overwegingen en bevindingen is nagegaan welke

items in de maat van de indirecte attitude opgenomen moeten worden en is deze maat geanalyseerd.

4.2.1. Betrouwbaarheidsanalyse.

Van de 19 BE's zijn de item-rest correlaties en de betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) berekend. De betrouwbaarheidscoëfficiënt alpha van een schaal met alle 19 BE's bedraagt .54. De samenhang van de afzonderlijke BE's met het totaal van de BE's loopt sterk uiteen: de item-rest correlaties van BE 03, BE 10, BE 12, BE 17, BE 18 en BE 19 zijn slecht te noemen (van -.06 tot .12); de item-rest correlaties van BE 04, BE 05, BE 06 en BE 13 zijn matig (van .15 tot .19) en die van BE 01, BE 02, BE 07, BE 08, BE 09, BE 11, BE 14, BE 15 en BE 16 goed (van .20 tot .33). De betrouwbaarheidscoëfficiënt alpha stijgt van .54 tot .65 als slechts de laatstgenoemde BE's in de schaal worden opgenomen.

4.2.2. Principale componenten analyse.

Bij het opstellen en selecteren van de vragen zijn de vragen op inhoudelijke gronden in 6 categorieën ondergebracht, te weten relatie met arts, tijd-prijs, soort en duur van behandeling, niveau van medische zorg, kosten, diverseren (zie par. 3, tabel 3.1.).

Met behulp van 3 principale componenten analyses (resp. met 7, 2 en 5 factoren) is nagegaan of de BE's inderdaad die samenhang vertonen, die op grond van hun inhoudelijke betekenis werd verwacht.

Uit een eerste principale componenten analyse van de 19 BE's blijkt, dat er 7 factoren zijn met een eigenwaarde hoger dan 1 (zie Bijlage 9), die 59 procent van de variantie verklaren.

In de eigenwaarden zit na de tweede factor een 'knik'. Op grond hiervan is besloten een tweede principale componenten analyse uit te voeren, waarbij het aantal factoren is beperkt tot 2.

In tabel 4.1 zijn de significante factorladingen van de BE's op de twee factoren A en B weergegeven.

	Factor A	Factor B
BE 01	.30	.43
BE 02	--	.58
BE 03	.32	--
BE 04	--	.50
BE 05	--	.35
BE 06	--	.28
BE 07	.40	--
BE 08	.43	.29

BE 09	.55	--
BE 10	.18	--
BE 11	.67	--
BE 12	--	--
BE 13	.36	--
BE 14	.31	.29
BE 15	.56	-.20
BE 16	--	.47
BE 17	--	--
BE 18	--	--
BE 19	-.20	.38

Tabel 4.1.: Significante factorladingen ($p < 0,01$; Child, 1978) van BE's op factor A en factor B.

De BE's, die het sterkst met factor A samenhangen (factorlading $\geq .30$) zijn - in volgorde van sterkte -:

- BE 11 Hoge reiskosten voor een bezoek aan de specialist (vragen 1k en 2k)
- BE 15 Veel reistijd voor een bezoek aan de specialist (vragen 1o en 2o)
- BE 09 Veel regelen voor een bezoek aan de specialist (vragen 1i en 2i)
- BE 08 Langere behandeling dan noodzakelijk door specialist (vragen 1h en 2h)
- BE 07 Hogere premie ziekenfonds/ziekttekosten (vragen 1g en 2g)
- BE 13 Onpersoonlijke behandeling door specialist (vragen 1m en 2m)
- BE 03 Duurt lang voor klachten echt worden behandeld (vragen 1c en 2c)
- BE 14 Opname in ziekenhuis (vragen 1n en 2n)
- BE 01 Veel medische onderzoeken moeten ondergaan (vragen 1a en 2a)

Factor A heeft dus betrekking op de negatieve kenmerken van het gaan naar en onder behandeling zijn bij de specialist.

De voornaamste BE's van factor B (factorlading $\geq .30$) zijn:

- BE 02 Huisarts zal verwijzen (vragen 1b en 2b)
- BE 04 Behandeling door arts met meer kennis dan huisarts (vragen 1d en 2d)
- BE 16 Specialist doet echt iets aan klachten (vragen 1p en 2p)
- BE 01 Veel medische onderzoeken moeten ondergaan (vragen 1a en 2a)
- BE 19 Goed recht, omdat premie is betaald (vraag 2r)
- BE 05 Te weten komen, of klachten ernstig zijn (vragen 1e en 2e)

Factor B heeft betrekking op de positieve kenmerken van de tweede-lijnsgezondheidszorg.

BE 12 (vragen 1l en 2l), BE 17 (vraag 1q) en BE 18 (vraag 2q) behoren noch tot factor A noch tot factor B.

BE 01 laadt zowel op factor A als B, evenals BE 08 en BE 14 (factorlading op factor B voor beide BE's .29). In paragraaf 4.2.4. zal hierop nader worden ingegaan.

Door factor A en B wordt 27 procent van de variantie van de BE's verklaard.

De BE's blijken dus onderverdeeld te kunnen worden in twee groepen. De overeenkomst tussen de BE's van factor A en B wordt bepaald door een inhoudelijke samenhang. De beliefs van factor A geven de negatieve kenmerken van specialistische hulp weer, die van factor B de positieve kenmerken.

Van de BE's die op factor A laden loopt de grootte van de factorlading nogal uiteen (van .18 tot .67). Ook bij factor B is dit het geval (factorladingen van -.20 tot .58). Bovendien is er weliswaar sprake van een 'knik' in de eigenwaarden na de tweede factor - op grond waarvan het aantal factoren is onderdrukt tot twee -; de knik is echter niet uitermate sterk. Dit doet vermoeden, dat d.m.v. een derde principale componenten analyse, waarbij het aantal factoren niet wordt onderdrukt tot 2, de factoren A en B uiteen zullen vallen in kleinere deelfactoren. BE 12, BE 17 en BE 18 zijn, omdat ze niet laden op factor A of B, niet in de analyse betrokken.

De analyse levert het volgende resultaat:

Er zijn 5 factoren met een eigenwaarde groter dan 1 (zie Bijlage 9).

De BE's zijn als volgt over de factoren verdeeld:

	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4	factor 5
BE 01	--	--	.68	--	--
BE 02	--	.41	.40	--	--
BE 03	--	--	--	.23	.37
BE 04	--	.60	--	--	-.28
BE 05	-.19	.49	--	.30	.20
BE 06	--	.41	--	--	--
BE 07	.22	--	--	.48	--
BE 08	.19	--	.29	.48	--
BE 09	.51	--	--	.19	--
BE 10	--	--	--	--	.60
BE 11	.77	--	--	.20	--
BE 13	.24	--	--	--	.27
BE 14	--	--	.49	--	--
BE 15	.75	--	--	--	--
BE 16	--	.36	.19	.29	--
BE 19	--	.32	--	--	--

Tabel 4.2.: Significante factorladingen ($p < 0,01$; Child, 1978) van BE's op de factoren 1 t/m 5.

De voornaamste BE's van de 5 factoren (factorlading $\geq .40$) zijn:

Factor 1: Ongemak t.g.v. reistijd en -kosten

BE 11 (.77) Hoge reiskosten voor een bezoek aan de specialist

BE 15 (.75) Veel reistijd voor een bezoek aan de specialist

BE 09 (.51) Veel regelen voor een bezoek aan de specialist.

Factor 2: Hoger medisch niveau van tweede-lijnsgezondheidszorg.

BE 04 (.60) Behandeling door arts met meer kennis dan huisarts

BE 05 (.49) Te weten komen, of klachten ernstig zijn

BE 06 (.41) Gering vertrouwen in huisarts tonen

BE 02 (.41) Huisarts zal verwijzen.

Factor 3: Aard van behandeling in tweede-lijnsgezondheidszorg.

BE 01 (.68) Veel medische onderzoeken

BE 14 (.49) Opname in ziekenhuis

BE 02 (.40) Huisarts zal verwijzen.

Factor 4: Kostenstijging gezondheidszorg.

BE 08 (.48) Langere behandeling dan noodzakelijk

BE 07 (.48) Hogere premie ziekenfonds/ziektekosten.

Factor 5: Relatie met huisarts

BE 10 (.60) Huisarts raakt gefirriteerd.

De 5 factoren komen overeen met de tevoren opgestelde indeling (zie par. 3.4.1.). De overkoepelende factor A (negatieve kenmerken) bestaat vooral uit factor 1,3 en 4. Factor B (positieve kenmerken) voornamelijk uit factor 2 en 3. De negatieve aspecten van de tweede-lijnsgezondheidszorg zijn de reistijd en -kosten, de aard van de behandeling, die je krijgt en de hogere kosten van gezondheidszorg. Het meest uitgesproken positieve kenmerk is het hogere peil van de verstrekte medische zorg.

Factor 5 (relatie met huisarts) hangt nauwelijks samen met factor A of B; deze factor geeft eerder een kenmerk van de eerste-lijnsgezondheidszorg weer.

Door de 5 factoren wordt 54% van de variantie van de BE's verklaard.

4.2.3. Regressie analyse.

Naast de door middel van de betrouwbaarheidsanalyse onderzochte interne consistentie en de door middel van de factor-analyse onderzochte interne validiteit speelt ook de externe validiteit een rol. Voor de construct-validiteit is gekeken naar de samenhang tussen de indirecte en directe

attitude. Ervan uitgaande dat beide begrippen betrouwbaar zijn gemeten, betekent een slechte samenhang ofwel dat het door Fishbein opgestelde model ($\sum BE = \text{indirecte attitude}$) niet juist is, ofwel dat de directe en/of indirecte attitude niet valide zijn gemeten.

Voor de criterium-validiteit is gekeken naar de samenhang tussen indirecte attitude en gedragsintentie, die immers volgens Fishbein door de attitude wordt bepaald. Een lage samenhang tussen indirecte attitude en gedragsintentie kan eveneens wijzen op onjuiste theoretische uitgangspunten of invalide metingen. In dit onderzoek zal à priori worden verondersteld, dat de door Fishbein opgestelde theoretische verbanden juist zijn en dat eventuele lage correlaties een gevolg zijn van invalide meting van de begrippen. Teneinde de samenhang van de BE's met de directe attitude en de gedragsintentie na te gaan zijn multiple-regressie-analyses uitgevoerd met de BE's als onafhankelijke en de directe attitude en gedragsintentie als afhankelijke variabelen.

De samenhang van de BE's met de directe attitude en gedragsintentie is over het algemeen matig tot slecht (zie Tabel 4.3.).

	D.A.	G.I.
BE 01	.14	.16
BE 02	.30	.32
BE 03	-.09	-.07
BE 04	.23	.23
BE 05	.15	.16
BE 06	.25	.15
BE 07	-.08	-.11
BE 08	-.00	.04
BE 09	-.09	-.03
BE 10	.01	-.02
BE 11	-.07	-.12
BE 12	-.05	-.08
BE 13	-.07	.12
BE 14	.03	.17
BE 15	-.11	-.12
BE 16	.23	.20
BE 17	.29	.15
BE 18	.14	.05
BE 19	.26	.21

Tabel 4.3: Correlatie-coëfficiënten van BE's met directe attitude (D.A.) en gedragsintentie (G.I.).

Slechts van BE 02, BE 04, BE 06, BE 16, BE 17 en BE 19 is de correlatie met de directe attitude redelijk (tussen .23 en .30). Van BE 02, BE 04, BE 16 en BE 19 is de correlatie met de gedragsintentie redelijk (tussen .20 en .32).

Alleen van BE 06, BE 14 en BE 17 verschilt de correlatie van de directe attitude met die van de gedragsintentie. Voor de overige BE's zijn beide correlaties nagenoeg gelijk.

Door middel van stapsgewijze regressie-analyse kan tevens inzicht worden verkregen in de door alle BE's verklaarde hoeveelheid variantie, alsmede in de afzonderlijke bijdrage van elke BE hieraan. Deze bijdrage is echter slechts relatief, niet absoluut, aan te geven: alleen van de eerste BE, die in de analyse wordt opgenomen is bekend, hoeveel variantie hij verklaart; van de overige BE's slechts de variantie die zij toevoegen aan de - door eerder in de analyse opgenomen BE's - reeds verklaarde variantie. De door een BE verklaarde variantie hangt derhalve af van de volgorde waarin de BE's in de analyse worden opgenomen. Met 19 BE's zijn 19 (!) volgordes mogelijk. In dit onderzoek is gekozen voor de volgende oplossing: de BE, die het meeste variantie verklaart, wordt het eerst in de analyse opgenomen; vervolgens de BE die hieraan het meeste toevoegt, enz.

Door de 19 BE's wordt 30 procent van de variantie van de directe attitude verklaard en 24 procent van de variantie van de gedragsintentie. Echter, 6 BE's, te weten BE 02, BE 06, BE 07, BE 16, BE 17 en BE 18 verklaren al 26 procent van de directe attitude. Nagenoeg de 6 zelfde BE's, te weten BE 02, BE 06, BE 07, BE 13, BE 16 en BE 17 verklaren ook al 20 procent van de variantie van de gedragsintentie.

De hoeveelheid verklaarde variantie van de directe attitude (30%) en de gedragsintentie is niet hoog (24%). Van alle BE's verklaart BE 02 de meeste variantie. Zonder BE 02 wordt door de overige 18 BE's nog maar 24 procent van de variantie van de directe attitude en 20 procent van de gedragsintentie verklaard!

4.2.4. De maat voor de indirecte attitude.

Doel is het construeren van een betrouwbare en valide maat van de indirecte attitude, die zowel de overkoepelende factoren A en B als ook de factoren 1 t/m 5 meet. In de indirecte attitude worden derhalve die BE's opgenomen, die een hoge item-rest correlatie hebben of een hoge correlatie met de directe attitude, c.q. gedragsintentie of een hoge factorlading op de factoren A, B, 1 t/m 5. BE's, die aan geen van deze drie criteria voldoen, worden niet in de maat voor de indirecte attitude opgenomen. Op deze gronden worden BE 03, BE 12, BE 13, BE 17, BE 18 en BE 19 niet opgenomen. Wel opgenomen worden BE 01, BE 02, BE 04 t/m BE 11 en BE 14 t/m BE 16.

In dit onderzoek wordt er de voorkeur aan gegeven de indirecte attitude zo goed mogelijk te laten samenhangen met de gedragsintentie, ook al gaat dit ten koste van de samenhang met andere begrippen (b.v. directe attitude). De voorspelbaarheid van de gedragsintentie uit de indirecte attitude achten wij van groter belang dan de overeenkomst tussen twee verschillende metingen (direct en indirect) van hetzelfde begrip (attitude). De beste voorspelling voor de gedragsintentie (dus ook de hoogste samenhang) uit de BE's wordt verkregen door de som van de - m.b.v. regressiecoëfficiënten - gewogen BE's plus de Y-intercept A (zie verder Bijlage 8).

In formule:

$$\text{indirecte attitude} = A + \sum_{i=1}^n B_i \times BE_i$$

waarbij:

A = Y-intercept uit regressie-analyse van BE's en gedragsintentie

B_i = regressie-coëfficiënt van BE_i uit regressie-analyse van BE's en gedragsintentie

BE_i = product van belief en bijbehorende evaluatie.

De maat van de indirecte attitude zal bestaan uit de som van 13 gewogen BE's: BE 01, BE 02, BE 04 t/m 11, en BE 14 t/m 16 plus de Y-intercept A (= 36,42). De laagste en hoogste scores zijn resp. -10 en +30. Het gemiddelde (16,7) verschilt slechts weinig van de mediaan (16,4), zodat de veronderstelling van een normale verdeling gerechtvaardigd lijkt. De betrouwbaarheidscoefficiënt bedraagt .59.

4.2.5. Advies voor de vragenlijst in Lelystad.

Zoals gezegd bestaat de indirecte attitude uit BE 01, BE 02, BE 04 t/m BE 11 en BE 14 t/m BE 16. O.i. dienen deze BE's dan ook in de vragenlijst van Lelystad te worden opgenomen, echter niet allemaal in ongewijzigde vorm. Zowel BE 01 als BE 14 laden op factor A en eveneens op factor B. Dit valt te verklaren uit de opmerkingen die veel respondenten bij de vragen 1a en 2a (BE 01) en 1n en 2n (BE 14) maken; men vond de vragen moeilijk te beantwoorden of wilde liever een ander antwoord geven, omdat het weliswaar vaak niet prettig is (factor A) om veel medische onderzoeken te moeten ondergaan of in het ziekenhuis te moeten worden opgenomen, maar in het belang van de gezondheid noodzakelijk en dus wenselijk (factor B). O.i. dienen deze vragen dan ook meer eenduidig geformuleerd te worden, b.v. "Als mijn gezondheid erbij gebaat is, vind ik een uitgebreid medisch onderzoek goed/slecht". De vragen 11 en 21 (BE 12) hoeven o.i. niet in de vragenlijst van Lelystad te worden opgenomen. 152 van de 245 respondenten (62%) zijn volledig verzekerd tegen de kosten van de huisarts en 202 (82%) tegen de kosten van de specialist. Dit maakt vragen over de directe kosten van medi-

sche hulp overbodig en verklaart de lage item-rest correlaties en factorladingen van BE 12.

Ook de vragen 1m en 2m (BE 13) zijn o.i. niet relevant: lage item-rest correlatie, middelmatige factorladingen en lage correlatie met directe attitude en gedragsintentie. Blijkbaar is het niet-medische optreden van de specialist van gering belang wat betreft de attitude ten aanzien van verwijzen. Deze conclusie geldt - op dezelfde gronden - ook voor vraag 2q (BE 18): blijkbaar zijn niet-met-de-ziekte-samenhangende aspecten zoals de indruk, dat de huisarts te lang wacht met verwijzen, van ondergeschikt belang. Tot slot BE 17: hoewel de correlatie met de directe attitude relatief hoog is, dient vraag 1q o.i. niet in de maat voor de indirecte attitude te worden opgenomen, om 2 redenen: 1) de item-rest correlatie is laag; 2) er is geen samenhang met factor A of B.

Vraag 2q dient derhalve o.i. niet als 'belief' in de definitieve vragenlijst te worden opgenomen. Wel kan overwogen worden in plaats van vraag 2q een algemene vraag te stellen door wie de uiteindelijke beslissing over een verwijzing genomen dient te worden.

4.2.6. Verkorte maat voor de indirecte attitude.

Uit de regressie-analyse die in paragraaf 4.2.3. met alle BE-scores is gedaan blijkt dat de BE-scores die de meeste variantie verklaren tot de tweede factor (B) behoren.

Er is berekend of een verkorte maat van alléén de variabelen uit deze ene factor B meer significante resultaten oplevert dan de eerder geconstrueerde maat voor de indirecte attitude. Voor de verkorte maat van de indirecte attitude zijn de volgende BE's gewogen opgeteld: BE 01 + BE 02 + BE 04 + BE 05 + BE 06 + BE 08 + BE 14 + BE 15 + BE 16 + BE 19. Vervolgens is hier een maat van geconstrueerd op soortgelijke wijze als de maat in paragraaf 4.2.4.

Er is vervolgens een frequentietelling uitgevoerd van alle scores op de verkorte indirecte attitude maat. De scores lopen van 0 tot 24. Op grond van deze frequentietelling zijn twee groepen gemaakt. De ene groep bestaat uit mensen met scores kleiner of gelijk dan 10, hetgeen wil zeggen dat deze mensen een minder positieve houding hebben ten aanzien van verwijzen. De andere groep bestaat uit mensen met scores lopend van 10 tot 24 hetgeen een positieve houding ten aanzien van verwijzen betekent.

Er zal bij de hypothese toetsing ook bekeken worden of met deze verkorte maat voor de indirecte attitude significante resultaten verkregen worden. De Pearson-correlatie van de verkorte indirecte attitude met de gedragsintentie bedraagt .38 ($p=0.000$).

4.3. Directe attitude.

Om een beeld te krijgen van de directe attitude van de respondenten is een vraag gesteld in de vorm van 5 subvragen die verschillende dimensies aan-
geven.

Vraag 3: Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik:

3a) zeer wenselijk - zeer onwenselijk; 3b) zeer aanvaardbaar - zeer onaan-
vaardbaar; 3c) zeer goed - zeer slecht; 3d) zeer nuttig - zeer nutteloos en
3e) zeer moeilijk - zeer makkelijk.

De respondenten is gevraagd hun antwoord aan te kruisen op een 7-punts-
schaal.

4.3.1. Frequentie-analyse.

Alvorens de gegevens te analyseren zijn de antwoorden op bovengenoemde vra-
gen in tegengestelde richting gehercodeerd: b.v. zeer goed (1) - zeer slecht
(7) wordt zeer goed (7) - zeer slecht (1).

Uit de frequentie-analyse blijkt dat vraag 3e andere kenmerken heeft dan de
andere vragen uit deze schaal. In tegenstelling tot de andere is dit item
minder scheef verdeeld en de variantie groter (gemiddelde 4.78; mediaan
4.73; variantie 2.42). Item 3a heeft b.v. een gemiddelde van 5.64, een me-
diaan van 5.70 en een variantie van 1.82.

4.3.2. Betrouwbaarheidsanalyse.

Het blijkt dat de schaal van de directe attitude een heel hoge betrouwbaar-
heid heeft: $\alpha = .86$.

De betrouwbaarheid wordt echter nog hoger wanneer de scores van 3e weggela-
ten worden nl. $\alpha = .90$.

4.3.3. Principale componentenanalyse.

Het resultaat van een principale componentenanalyse laat één factor zien
met een eigenwaarde groter dan één n.l. 3.33 en verklaart 66.6% van de
variantie van alle items samen. Alle items laden hoog op deze factor (mini-
maal .77), behalve vraag 3e n.l. .53.

De afwijkende positie die vraag 3e blijkt in te nemen doet vermoeden dat
deze vraag niet helemaal hetzelfde meet als de andere subvragen. Een moge-
lijke verklaring hiervoor kan zijn dat de dimensie makkelijk - moeilijk
naast een evaluatief (semantisch) aspect ook een zeer concreet (activi-
teits) aspect bevat (Osgood in : Segers, 1977 en Azjen & Fishbein, 1980).
Op grond hiervan lijkt het veiliger dit item uit de te construeren schaal
te laten.

4.3.4. Maat voor de directe attitude.

Een betrouwbare maat voor de directe attitude t.o.v. "de huisarts laten
merken dat men naar de specialist wil" wordt samengesteld door de scores
op de vragen 3a, 3b, 3c en 3d te sommeren, gecorrigeerd voor de ontbreken-

de antwoorden.

4.3.5. Advies.

Het advies voor de nieuw te maken vragenlijst luidt vraag 3e niet meer op te nemen.

4.4. Subjectieve norm.

Naar de subjectieve norm van de respondenten is geïnformeerd d.m.v. vraag

4: "De meeste mensen die belangrijk voor mij zijn, vinden dat ik (.....) mijn huisarts moet laten merken dat ik naar de specialist wil".

De respondenten konden antwoorden op deze vraag door hun mening weer te geven op een 7-puntsschaal met extremen lopend van zeer waarschijnlijk (1) tot zeer onwaarschijnlijk (7). Evenals bij de directe attitude zijn de antwoorden gehercodeerd, waarbij zeer waarschijnlijk = 7 en zeer onwaarschijnlijk = 1.

4.4.1. Frequentie-analyse.

De frequentie-analyse geeft van deze vraag een gemiddelde te zien van 5.55 (mediaan 5.60). Mediaan en gemiddelde liggen dicht bij elkaar op de "zeer waarschijnlijk" helft van het continuüm.

4.4.2. Maat voor de subjectieve norm.

De maat voor de subjectieve norm zal de score op vraag 4 zijn, maar wordt niet gebruikt voor de hypothese toetsing.

4.5. Neiging tot conformeren.

De neiging tot conformeren is gemeten door de volgende vragen: "Zoudt u zich aan de mening van onderstaande personen in zo'n geval (wanneer u aarzelt of u de huisarts zal laten merken naar de specialist te willen) veel gelegen laten liggen?

5a: echtgenoot/echtgenote/partner	ja/nee/n.v.t.
5b: mensen uit mijn omgeving met dezelfde klachten	ja/nee
5c: andere gezins- of familieleden	ja/nee
5d: vrienden, kennissen of collegae	ja/nee"

4.5.1. Frequentie-analyse.

Wanneer naar de frequenties wordt gekeken (zie tabel 4.4.) van de antwoorden op elke subvraag, dan is een duidelijke lijn te zien m.b.t. de mensen, waar de meeste respondenten naar luisteren:

vraag-	vraag	1 percentage	2 absolute getallen ja/nee	3 fouten
5a	partner	74.3%	179/59	25
5c	gezins- of familieleden	46.9%	113/125	32
5b	mensen m.dezelfde klach- ten	35.1%	83/155	40
5d	vrienden,kennissen,etc.	24.1%	58/180	21

Tabel 4.4.: Percentage uit de frequentie-analyse (kolom 1), absolute getallen uit de Guttman-scalogramanalyse (kolom 2) en de bijbehorende fouten uit die analyse (kolom 3).

Wanneer men kijkt naar kolom 1 uit tabel 4.4., dan vallen de aflopende percentages op. Blijkbaar luisteren de meeste respondenten naar hun partner, daarna naar hun familieleden, dan naar mensen met dezelfde klachten en het minst naar vrienden, kennissen of collegae. De emotionele nabijheid van diegenen wiens advies men eventueel opvolgt speelt blijkbaar een rol.

4.5.2. Guttman- scalogramanalyse.

De hiërarchie die gevonden is bij de frequentie-analyse is gecontroleerd door een Guttman-scalogramanalyse te doen op de vragen 5a, b, c en d, waarbij in vraag 5a de categorie 'niet van toepassing' gehercodeerd is als 'nee'. Het resultaat is te zien in de kolommen 2 en 3 van tabel 4.4.: dezelfde aflopende aantallen (kolom 2) wanneer men kijkt naar de 'ja's'. Het hoge aantal fouten (kolom 3) b.v. bij de categorie 'mensen met dezelfde klachten' kan ondermeer worden toegeschreven aan het feit dat de categorieën niet wederzijds uitsluitend zijn. Mensen met dezelfde klachten kunnen ook gezins- of familieleden zijn.

4.5.3. Advies.

Ons advies voor de nieuw te construeren vragenlijst luidt als volgt: de categorieën van vraag 5 zouden gehercodeerd moeten worden, zodat ze wederzijds uitsluitend zijn.

4.5.4. Maat voor neiging tot conformeren.

In tegenstelling tot de andere Fishbein variabelen is geen maat geconstrueerd voor deze variabele, omdat deze bij de hypothese toetsing geen rol speelt.

4.6. Gedragsintentie.

Aan de hand van een tiental gefingeerde ziektebeelden en klachten is de respondenten gevraagd hoe waarschijnlijk het is dat men laat merken verwezen te willen worden.

vraag 6a: iets ernstigs

6b: 3 weken exceem; de zalf van de dokter helpt niet

6c: lichte hersenschudding; na 6 weken nog hoofdpijn

6d: steeds slechter horen

6e: sinds 3 dagen een ontstoken oog

6f: plotselinge stekende pijn in de borst

6g: bloed in ontlasting

6h: knobbeltje op de hand

6i: vooral 's nachts kortademigheid, benauwd

6j: 4 weken lang rugpijn; op foto alles normaal.

De antwoordcategorieën bestaat uit 7-puntsschalen lopend van zeer waarschijnlijk (1) tot zeer onwaarschijnlijk (7). Net als de andere 7-puntsschalen zijn ook deze gehercodeerd in tegengestelde richting: zeer waarschijnlijk (7) - zeer onwaarschijnlijk (1).

4.6.1. Frequentie-analyse.

De frequentie-tabel geeft het volgende te zien:

vraagnr.	gemiddelde	mediaan	variantie
6a	5.88	6.30	2.01
6b	5.28	5.75	2.88
6c	5.26	5.68	2.44
6d	5.65	6.02	2.09
6e	4.20	4.04	3.79
6f	4.66	4.47	3.22
6g	4.40	4.22	3.21
6h	4.37	4.24	3.21
6i	4.65	4.62	2.80
6j	5.29	5.71	2.63

Tabel 4.5.: Gemiddelde, mediaan en variantie van de vragen 6a t/m 6j.

De scores op de vragen 6a, b, c, d en j zijn aanmerkelijk schever verdeeld dan de andere vragen. Het gemiddelde ligt bij deze vragen veel hoger en de variantie is minder.

Uit de inhoud van de vragen b, c en j blijkt dat sprake is van een situatie, waarin al eerder huisarts- en/of specialistenhulp is ingeroepen: de zelf van de dokter helpt niet (6b); een lichte hersenschudding, blijkbaar heeft de arts deze diagnose al gesteld (6c), er is al een foto gemaakt (6j). Mogelijkerwijs leiden voornoemde toevoegingen tot te duidelijke situaties: de ernst van de situatie is duidelijk genoeg en de beslissing om te laten merken dat men in dat geval verwezen wil worden óók.

4.6.2. Betrouwbaarheidsanalyse.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse blijkt, dat de interne consistentie tussen de vragen zeer groot is : Cronbach's $\alpha = .89$. Wanneer de vragen 6a en 6j uit de schaal wordt gelaten, heeft dit geen hogere betrouwbaarheid tot gevolg: $\alpha = .89$.

De gecorrigeerde item-rest correlatie laat echter een duidelijker beeld zien: de item-rest correlatie voor de vragen a en j is respectievelijk .46 en .49, terwijl de minst hoge correlatie van de andere items .62 is. De vragen a en j hangen minder samen met de rest van de items.

4.6.3. Principale componentenanalyse.

Een principale componentenanalyse laat zien dat slechts één factor een eigenwaarde heeft die groter is dan één n.l. 5.02 (verklaarde variantie 50.2%). Dit leverde een factor op met de volgende ladingen:

vraagnr.	factorlading
6a	.49
6b	.65
6c	.65
6d	.65
6e	.69
6f	.74
6g	.70
6h	.74
6i	.79
6j	.52

Tabel 4.6.: factorladingen van de gedragsintenties op één factor.

Het blijkt dat de vragen 6a en 6j relatief laag laden op deze factor.

Aan de hand van de voorgaande gegevens kan het volgende geconcludeerd worden over gedragsintentie.

Met name de vragen a en j hebben weinig samenhang met de rest van de vragen: ze lijken iets anders te meten dan de andere items. Vraag 6a is gesteld om na te gaan in hoeverre het mogelijk is, bij het meten van de gedragsintentie te volstaan met deze vraag alléén. Dit blijkt niet mogelijk; de correlatie van vraag 6a met de algemene schaal is laag.

4.6.4. Maat voor de gedragsintentie.

De maat voor de gedragsintentie is de gesommeerde score van de items 6b t/m 6i.

4.6.5. Advies.

Met betrekking tot de nieuw op te stellen vragenlijst kan worden opgemerkt dat de items 6a en 6j, die de minste samenhang vertonen, weggelaten kunnen worden.

4.7. Gedrag.

Gedrag is retrospectief gemeten (vraag 18): "Heeft u uw huisarts wel eens laten merken dat u naar de specialist wilde?" en vraag 18a: "Indien ja, hoe vaak?"

4.7.1. Frequentie-analyse.

Uit de frequentie-analyse blijkt dat van de 245 respondenten er 43 hebben laten merken dat ze naar de specialist wilden (36 lieten dit 1 maal merken,

5 twee maal).

4.7.2. Advies.

Vraag 18a voegt nauwelijks informatie toe en hoeft derhalve niet meer te worden opgenomen in een nieuwe vragenlijst. Het verdient evenwel aanbeveling een vraag toe te voegen n.l.: "Heeft de huisarts uw wens ingewilligd?", waarop met ja en nee geantwoord kan worden. Het wel of niet ingaan van de huisarts op het verzoek kan ons inziens invloed hebben op de attitude ten aanzien van verwijzen.

4.7.3. Maat voor gedrag.

De maat voor gedrag in de analyses van dit vooronderzoek is het antwoord op vraag 18.

4.8. Samenhang Fishbein variabelen.

4.8.1. Inleiding.

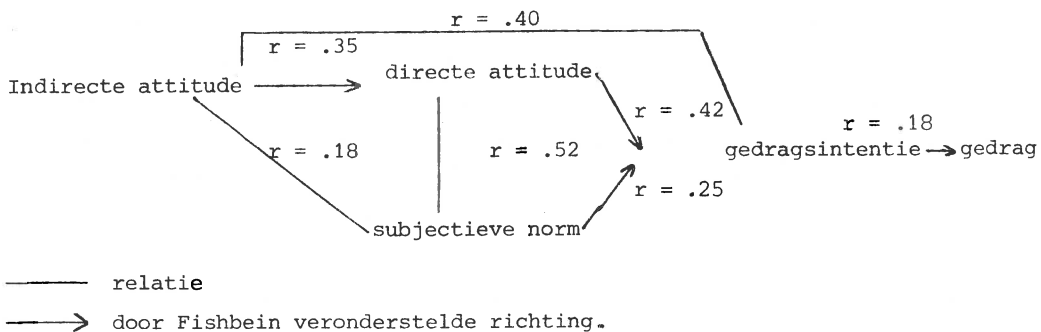
Teneinde de samenhang na te gaan tussen de Fishbein variabelen (ter controle van de schaalconstructie) is gekeken naar de validiteit van de begrippen. Voor de constructvaliditeit is gekeken naar de samenhang tussen de indirecte en directe attitude. Voor de criteriumvaliditeit is gekeken naar de samenhang tussen de indirecte attitude en de gedragsintentie, de directe attitude en de gedragsintentie, de gedragsintentie en het gedrag. Voorts zijn de samenhangen tussen de subjectieve norm en de (in)directe attitude bestudeerd. De bovenstaande samenhangen zijn met behulp van een Pearson-correlatie coëfficiënt berekend.

Tenslotte is nog gekeken naar de invloed van de subjectieve norm en de (in)directe attitude op de gedragsintentie met behulp van een multiple-regressie analyse.

4.8.2. Pearson-correlatie coëfficiënt.

De correlatie coëfficiënt tussen de indirecte en de directe attitude blijkt .35 te bedragen en is significant op 1% niveau. De correlatie coëfficiënt tussen de indirecte attitude en de gedragsintentie is .40 en is significant op 1% niveau. De correlatie coëfficiënt tussen de directe attitude en de gedragsintentie bedraagt .42, die tussen de gedragsintentie en het gedrag .18. De correlatie tussen de directe attitude en de gedragsintentie is significant op 1% niveau, die tussen de gedragsintentie en het gedrag op 5% niveau. De coëfficiënt tussen subjectieve norm en gedragsintentie bedraagt .25 ($p < .00$). Tot nu toe zijn de correlatie coëfficiënten berekend tussen de variabelen volgens het model van Fishbein. Zo kan de attitude bijvoorbeeld zowel direct als indirect worden gemeten, en wordt het gedrag vanuit de gedragsintentie verklaard. Fishbein spreekt zich echter niet uit over een samenhang tussen de subjectieve norm en de attitude. Om een inzicht te krijgen in die samenhang zijn Pearson-correlatie coëfficiënten berekend tussen de subjectieve

norm en de indirecte attitude ($r = .18$, $p < .05$) en tussen de subjectieve norm en de directe attitude ($r = .52$, $p < .01$).



Figuur 4.1.: Pearson-correlatie coëfficiënten tussen de Fishbein variabelen.

4.8.3. Multiple regressie-analyse.

Teneinde de samenhang na te gaan van de gedragsintentie met de directe attitude en de subjectieve norm, de gedragsintentie met de indirecte attitude en de subjectieve norm en de gedragsintentie met de beide attitudes, zijn 3 multiple regressie-analyses uitgevoerd met de gedragsintentie als afhankelijke en de subjectieve norm en de attitude als onafhankelijke variabelen.

De multiple correlatie coëfficiënt met de gedragsintentie voor de directe attitude en de subjectieve norm bedraagt .41.

Door de directe attitude wordt 16% van de variantie met de gedragsintentie verklaard. De subjectieve norm voegt daar 6% aan toe. Kennelijk is er veel overlap tussen de directe attitude en de subjectieve norm. Zowel de directe attitude als de subjectieve norm is significant, maar verklaart niet veel variantie van de directe attitude.

De getransformeerde regressiecoëfficiënten van de directe attitude en de subjectieve norm bedragen respectievelijk: .36 en .08 (De variabele directe attitude is het eerst opgenomen). De multiple correlatie coëfficiënt met de gedragsintentie voor de indirecte attitude en de subjectieve norm bedraagt .42. Door de indirecte attitude wordt 14% van de variantie met de gedragsintentie verklaard. Subjectieve norm voegt daar 4% aan toe. De overlap tussen de indirecte attitude en de subjectieve norm is minder dan die tussen de directe attitude en de subjectieve norm. Subjectieve norm heeft minder met de indirecte- dan met de directe attitude te maken. De getransformeerde regressiecoëfficiënten bedragen voor de indirecte attitude en de subjectieve norm respectievelijk .35 en .20. Zowel de subjectieve norm als de indirecte attitude zijn significant (De variabele indirecte attitude is het eerst in de analyse opgenomen, gevolgd door de subjectieve norm).

De derde multiple regressie-analyse is uitgevoerd tussen de gedragsintentie en beide attitudes.

De multiple correlatie coëfficiënt met de gedragsintentie voor de beide attitudes bedraagt .50. Door de directe attitude wordt 18% van de variantie met de gedragsintentie verklaard. De indirecte attitude voegt daar 8% aan toe. Beide attitudes zijn significant. De getransformeerde regressiecoëfficiënten bedragen voor de directe attitude .32 en voor de indirecte attitude .29. De variabele directe attitude werd als eerste in de analyse opgenomen.

4.9. Tijdprijs.

Over tijdprijs zijn in de vragenlijst zeven vragen opgenomen. De vragen 7 en 8 gaan over de hoeveelheid tijd die vrij gemaakt moet worden voor een bezoek aan de huisarts of specialist. De vragen 9 en 10 gaan over de moeite die het kost om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts of specialist. Bij vraag 11 gaat het erom of men de tijd die men kwijt is aan doktersbezoek doorbetaald krijgt. De vragen 12 en 13 gaan over het uitstellen van werkzaamheden en het kunnen regelen van een vervanger bij een bezoek aan de specialist (zie voor de precieze formulering Bijlage 1).

Binnen deze vragen is een twee-delung aangebracht tussen "subjectieve tijd-prijs" en "objectieve tijdprijs". Tot de subjectieve tijdprijs behoren de vragen 7, 8, 9 en 10. De overige vragen worden beschouwd als de objectieve tijdprijs (zie hiervoor Hoofdstuk 1).

In het onderstaande zal worden nagegaan of de onderverdeling in een subjectieve en objectieve tijdprijs ook uit de analyses naar voren komt en of de vragen voldoende onderlinge samenhang vertonen om tot een maat samengevoegd te worden.

4.9.1. Frequentie-analyse.

Alleen voor vraag 13 blijkt de verdeling van de antwoordcategorieën scheef te zijn (mediaan = 0.0; gemiddelde = 0.52). De overige vragen vertonen geen aanzienlijke afwijkingen in gemiddelde en mediaan waarden.

4.9.2. Betrouwbaarheidsanalyse.

Om de betrouwbaarheid te bepalen zijn de Cronbach's alpha-coëfficiënten en de onderlinge correlaties tussen de items bekeken. In onderstaande tabel zijn de correlaties tussen de vragen weergegeven.

	7	8	9	10	11	12	13
7	1.00						
8	.09	1.00					
9	.16	.21	1.00				
10	.01	.34	.67	1.00			
11	-.02	.07	-.01	.07	1.00		
12	.07	-.01	.33	.20	-.02	1.00	
13	.07	.10	.31	.36	.05	.21	1.00

Tabel 4.7.: Correlatiematrix tijdprijs (p = .01).

Op grond van deze correlaties kan worden geconcludeerd dat de vragen 11 en 7 geen sterke samenhang vertonen met de overige vragen.

Uit een eerste betrouwbaarheidsanalyse blijkt dat de alpha-coëfficiënt voor de vragen 7 tot en met 13 .61 bedraagt. Bij weglaten van de vraag 7 blijkt de alpha-coëfficiënt iets toe te nemen tot een waarde van .62. Als vraag 11 wordt weggelaten neemt de alpha-coëfficiënt eveneens iets toe (.64).

Als vraag 9 wordt weggelaten daalt de alpha-coëfficiënt tot .43 en als vraag 10 wordt weggelaten daalt de alpha-coëfficiënt tot een waarde van .45.

Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse gedaan waarbij de vragen 7 en 11 beiden zijn weggelaten om na te gaan of de alpha-coëfficiënt zal toenemen als beide vragen worden weggelaten. De alpha-coëfficiënt neemt inderdaad toe tot .66 (was eerst .61).

Ook nu blijken de vragen 9 en 10 bij weglating een sterke daling van de alpha-coëfficiënt tot gevolg te hebben. Verder blijkt dat bij weglating van de vragen 8 en 12 de alpha-coëfficiënt in waarde toeneemt en bij het weglaten van vraag 13 slechts een lichte stijging te zien geeft.

Tot slot is een betrouwbaarheidsanalyse gedaan met alleen de vragen 9 en 10. De alpha-coëfficiënt neemt nu tot tot .81.

4.9.3. Principale componentenanalyse.

Aangezien is uitgegaan van twee maten voor de tijdsprijs (een objectieve en een subjectieve tijdsprijs) is een principale componentenanalyse gedaan om te zien of hieruit inderdaad de twee verwachte factoren naar voren komen.

Er komen uit de analyse drie factoren naar voren met eigenwaarden van 2.2, 1.1 en 1.0.

vraagnummer	factor 1	factor 2	factor 3
7	--	--	.49
8	--	.41	--
9	.73	.23	.19
10	.72	.67	--
11	--	--	--
12	.50	-.21	--
13	.41	--	--

Tabel 4.8.: Factorladingen van vragen over tijdsprijs ($p \leq 0.01$; Child, 1978).

De eerste factor verklaart 31,8% van de variantie. De tweede factor voegt hieraan 15,7% toe en de derde factor 14,4%.

Vraag 7 heeft het meeste te maken met de derde factor. Deze factor zou benoemd kunnen worden aan de hand van de inhoud van vraag 7. De factoren 1 en 2 zijn echter niet te benoemen, omdat vraag 10 op beide factoren een hoge

lading heeft.

Vraag 11 laadt op geen van de 3 factoren.

Aangezien er na de eerste factor een 'knik' in de eigenwaarde zit en de eerste factor al veel variantie verklaart is opnieuw een principale componentenanalyse gedaan met één factor (een zogenaamde "moeite" factor) zonder vraag 11.

De vragen 9 en 10 laden het hoogst op deze moeite factor (resp. .45 en .45), terwijl de vragen 7, 8, 12 en 13 laag laden (max. .10, min. 0.4).

Kennelijk meten de vragen 9 en 10 voor een gedeelte hetzelfde.

Op grond van de betrouwbaarheidsanalyse en de principale componentenanalyse wordt besloten om voor de tijdprijs alleen de vragen 9 en 10 te handhaven.

Aangezien de vragen 9 en 10 beiden tot de oorspronkelijke subjectieve tijd-prijs behoren is het niet mogelijk de tweedeling objectief vs subjectief te handhaven (zie ook de principale componentenanalyse). Er zal van de vragen 9 en 10 één maat worden gemaakt.

4.9.4. Maat voor de tijdprijs.

Aangezien het in dit onderzoek gaat om de mate waarin patiënten aan hun huisarts laten merken naar een specialist te willen, is besloten om als maat het verschil van scores op vraag 9 en vraag 10 te nemen. De score op vraag 10 wordt afgetrokken van de score op vraag 9. Het verschil geeft de extra moeite aan die gedaan moet worden om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts of de specialist. De scores op de vragen 9 en 10 lopen van 1 (heel weinig moeite) tot 5 (heel veel moeite).

De scores die op deze manier naar voren komen lopen van -4 tot +4 (nl. vraag 9 (1) - vraag 10 (5) = -4 en vraag 9 (5) - vraag 10 (1) = +4).

Er kunnen nu drie groepen mensen worden onderscheiden:

1. mensen voor wie het extra moeite kost om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist (scores +1 tot +4)
2. mensen waarbij er geen verschil is in de moeite die het kost om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist of de huisarts (score 0)
3. mensen voor wie het extra moeite kost om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts (scores -4 tot -1).

Uit een frequentietelling waarin deze groepen zijn onderscheiden is naar voren gekomen dat slechts 4 personen een negatieve score (-1) hebben. Verder hebben 133 mensen een score 0 en 108 mensen een positieve score (+1 tot +3). Op grond van deze frequentietelling is besloten om de volgende groepen respondenten samen te stellen:

1. mensen met een negatieve score (-1) en mensen met een nul-score samengevoegd tot één groep. Alle mensen uit deze groep zullen een score 1 krijgen.

2. mensen met een positieve score (+1 tot +3) die allemaal een score 2 zullen krijgen.

4.9.5. Advies.

In de nieuwe vragenlijst kunnen het beste alleen de vragen 9 en 10 gehandhaafd blijven. Daarnaast verdient het aanbeveling om een aantal nieuwe vragen op te nemen, die duidelijk de objectieve tijdprijs meten. Hiermee kan dan een beter inzicht worden verkregen in de factoren die van invloed zijn op de afwegingen die mensen maken.

4.10. Verzekeringsvorm.

In vraag 21 wordt gevraagd of men particulier dan wel ziekenfonds verzekerd is. Aan particulier verzekerden wordt bovengedien gevraagd of men verzekerd is voor huisarts- en specialistenkosten en wordt naar de hoogte van een eventueel eigen risico geïnformeerd.

4.10.1. Frequentie-analyse.

Er is een onderscheid tussen 3 soorten ziekenfondsverzekeringen: verplicht, vrijwillig en bejaard. Uit de frequentietelling is naar voren gekomen, dat slechts weinig respondenten behoren tot de categorieën vrijwillig verzekerd (5%) en bejaard verzekerd (1%), terwijl 49% binnen de categorie 'verplicht verzekerd' valt. Landelijk gezien liggen die verhoudingen anders: ziekenfonds vrijwillig 10%, ziekenfonds bejaard 8% en verplicht ziekenfonds verzekerd 54% (V.d. Ven e.a., 1980). Deze verschillen zijn significant ($\chi^2 = 22.73$; $df = 3$; $p < .00$).

De verhoudingen ziekenfonds/particulier verzekerden liggen in onze steekproef anders dan landelijk. In onze steekproef: 56% ziekenfonds en 44% particulier; landelijk: resp. 72% en 28%. Ook deze verschillen zijn significant ($\chi^2 = 71.76$; $df = 1$; $p < .00$).

De oververtegenwoordiging van particulieren was verwacht, omdat dit ook voor de totale praktijk van dokter Röling geldt.

Dat er weinig bejaard ziekenfondsverzekerden zijn verbaast ons niet, omdat al in par. 3.2.1. was gebleken dat in de bevolkingsopbouw van Nieuw-Vennep de groep van 65 jaar en ouder erg klein is.

Waarom vrijwillig ziekenfondsverzekerden ondervertegenwoordigd zijn is niet bekend.

Opvallend is verder, dat in de vragen 21a en 21b, waarin wordt gevraagd of huisartskosten resp. kosten voor specialistische hulp zijn meeverzekerd, eigen risico vrijwel nooit in de vorm van procenten werd ingevuld. Hiervoor zijn twee mogelijke redenen aan te geven: ofwel het komt weinig voor ofwel de antwoordcategorie was te ingewikkeld (nl.: gedeeltelijk, met een eigen risico van ...% tot een maximum van f....).

Verder blijkt uit de frequentietelling, dat maar weinig mensen een eigen

risico hebben (voor de huisarts 14%, voor de specialist 12%). Landelijk gezien hebben wij hierover geen gegevens.

4.10.2. Chi-kwadraat analyse.

Om te bekijken of het zinvol is aparte vragen op te nemen over het eigen risico voor huisarts- en specialistenkosten hebben we een Chi-kwadraat analyse uitgevoerd. Hiervoor hebben we eigen risico voor huisartskosten verdeeld in 3 groepen: laag eigen risico (tot f 400,-), hoog eigen risico (f400,- of meer) en zeer hoog eigen risico (niet verzekerd voor huisartskosten). De grens van f 400,- is op grond van de frequentieverdeling gemaakt. Dit geldt ook voor de kosten van specialistische hulp, waar we de grens op f 1.000,- hebben gelegd. Hier vervalt de categorie 'niet verzekerd', omdat daarin slechts 1 persoon heeft gescoord.

Deze eigen risico's hebben we in een kruistabel uitgezet tegen gedragsintentie, waarvan we de scores boven het midden tussen de hoogste en de laagste waarden (=32) hoog noemen en eronder laag.

Voor de huisarts komen we tot de volgende resultaten:

Eigen risico	Gedragsintentie	
	Laag	Hoog
Laag: < f 400,-	3	7
Hoog: ≥ f 400,-	8	14
Zeer hoog: geen verz.	11	37

Tabel 4.9.: Kruistabel van gedragsintentie met eigen risico voor huisartskosten.

Dit blijkt niet significant te zijn ($\chi^2 = 1.40$; df = 2; $p < .50$). Het is dus niet zo, dat mensen met een hoog eigen risico voor de huisarts een hoge gedragsintentie hebben om naar de specialist te willen.

Voor de specialist zien de resultaten er als volgt uit:

Eigen risico	Gedragsintentie	
	Laag	Hoog
Laag: < f 1.000,-	2	11
Hoog: ≥ f 1.000,-	8	9

Tabel 4.10: Kruistabel van gedragsintentie met eigen risico voor specialistenkosten.

Ook dit is niet significant ($\chi^2 = 3.33$; df = 1; $p < .07$). Het is dus

niet zo, dat mensen met een hoog eigen risico voor de kosten van specialis-
tische hulp een lage gedragsintentie hebben.

4.10.3. Advies.

Op grond van bovenstaande opmerkingen kunnen wij de volgende adviezen geven
voor de nieuw te construeren vragenlijst:

- In vraag 21 kan worden volstaan met een onderscheid tussen ziekenfonds-
en particulier verzekerden. De categorieën verplicht, vrijwillig en be-
jaard ziekenfonds verzekerden worden niet meer apart onderscheiden.
- Er hoeft in de vragen 21a en 21b niet meer naar de percentages van het
eigen risico gevraagd te worden.
- Het valt te overwegen om in plaats van te informeren naar een precies be-
drag van het eigen risico een meer algemene vraag te stellen. Gedacht kan
worden aan: "Heeft u bij uw verzekering een eigen risico voor huisarts-
kosten?", waarop dan met ja of nee geantwoord kan worden. Een dergelijke
vraag kan ook voor de kosten van specialistische hulp worden gesteld.

Door deze algemene formulering treedt wel enig verlies van informatie op,
maar de vragen zullen voor de respondent makkelijker zijn in te vullen. Dit
zou betrouwbaarder gegevens kunnen opleveren.

4.10.4. Maat voor de verzekeringsvorm.

Voor de toetsing van de hypothese m.b.t. verzekeringsvorm worden de volgende
2 groepen respondenten met elkaar vergeleken:

1. ziekenfondsverzekerden (verplicht, vrijwillig en bejaard, N = 136) en
particulier verzekerden, voor wie de kosten van de huisarts niet zijn
meeverzekerd (N = 48).
2. particulier verzekerden, voor wie de kosten van huisartsenhulp wel zijn
meeverzekerd (N = 18).

4.11. Stedelingen/plattelanders.

Ten behoeve van de variabele stedeling/plattelanders zijn 4 vragen gesteld.
In deze vragen wordt geïnformeerd naar de vorige woonplaats van de respon-
dent, hoe groot in die vorige woonplaats de afstand tot een ziekenhuis was,
of de respondent in Nieuw-Vennep is geboren, en wanneer de respondent in
Nieuw-Vennep is komen wonen (de vragen 22, 22a t/m c, zie Bijlage I, p.10).
Bij de vraag die betrekking heeft op de vorige woonplaats van de respondent
is gebruik gemaakt van de C.B.S.-typologie voor urbanisatiegraad. (Urbanisatiegraad = mate van verstedelijking). De hantering van de C.B.S.-typolo-
gie is nodig omdat de kleinste eenheid die het C.B.S. hanteert, de gemeen-
te is. Voor iedere genoemde plaats uit onze respons is de bijbehorende ge-
meente opgezocht. In de vragenlijst is bewust niet gevraagd naar de vorige
gemeente, omdat wij er vanuit zijn gegaan dat men makkelijker de vorige
woonplaats kan weten dan de (eventuele) gemeente waartoe de woonplaats behoort.

4.11.1. Frequentie-analyse.

In de C.B.S.-typologie van urbanisatiegraad worden twaalf categorieën van elkaar onderscheiden. In onze steekproef echter is er sprake van tien categorieën. De plattelandsgemeenten, waar meer dan 50 % van de mannelijke beroepsbevolking een agrarisch beroep uitoefent en de plattelandsgemeenten waar 40 tot 49,9% van de mannelijke bevolking een agrarisch beroep uitoefent, vallen af in onze steekproef omdat de frequenties ervan nul zijn.

In tabel 4.11 zijn de categorieën aangegeven.

Type gemeente van herkomst	Kenmerk	C.B.S.-code	Aantal respondenten
plattelandsgemeente	30-39,9% mannelijke agrarische beroepsbevolking	A3	2
plattelandsgemeente	20-29,9% mannelijke agrarische beroepsbevolking	A4	7
verstedelijkt plattelandsgemeente	minder dan 20% mannelijke agrarische beroepsbevolking. Woonkern < 5000	B1	3
verstedelijkt plattelandsgemeente	minder dan 20% mannelijke agrarische beroepsbevolking Woonkern tussen 5000 en 30000	B2	69
forensengemeente	meer dan 30% overwegend allochtone woonforensen onder mnl. beroepsbevolking	B3	30
plattelandsstadje	stedelijke woonkern tussen 2000 en 10000 inwoners	C1	2
plattelandsstadje	stedelijke woonkern tussen 10000 en 30000 inwoners	C2	4
middelgrote stad	stedelijke woonkern tussen 30000 en 50000 inwoners	C3	1
middelgrote stad	stedelijke woonkern tussen 50000 en 100.000 inwoners	C4	21
Grote stad	stedelijke woonkern van meer dan 100.000 inwoners	C5	93
Totaal			232

Tabel 4.11.: Aantal respondenten ingedeeld naar urbanisatiegraad van de gemeenten van herkomst.

In de tabel vallen vier groepen op : verstedelijkt plattelandsgemeente (B2), forensengemeente (B3), middelgrote stad (C4) en grote stad (C5).

Bij het maken van een onderscheid tussen stedelingen en plattelanders speelt woonduur in Nieuw-Vennep een rol, naast de herkomst van de respondent en de afstand tot het ziekenhuis (in de vorige woonplaats).

"Als autochtoon beschouwen wij personen, die in de kern waar zij wonen, gebo-

ren zijn danwel er langer dan tien jaar wonen" (Gall 1978, pag. 23).

Uitgaande van deze steekproef betekent dit dat respondenten tot de autochtonen worden gerekend als zij vóór 1972 in Nieuw-Vennep zijn gevestigd of in Nieuw-Vennep zijn geboren.

Op grond van de frequentietelling van woonduur in Nieuw-Vennep zou het ook zinvol kunnen zijn, de autochtonie-grens op 16 jaar te stellen. In onze respons valt in de periode 1966-1971 een hausse waar te nemen van nieuwe inwoners, waarvan de helft uit de stad afkomstig blijkt te zijn.

Voor beide autochtonie-grenzen wordt een frequentietelling uitgevoerd, voor drie te onderscheiden groepen: plattelanders, stedelingen en overigen.

De groep plattelanders bestaat uit respondenten die vóór 1965 c.q. 1972 in Nieuw-Vennep zijn komen wonen, uit respondenten die in Nieuw-Vennep zijn geboren en uit respondenten die uit een vergelijkbare gemeente als Nieuw-Vennep (B2) komen.

De groep stedelingen bestaat uit respondenten die ná 1965 c.q. 1972 in Nieuw-Vennep zijn komen wonen en tevens als vorige woonplaats een stad van meer dan 50.000 inwoners hadden.

De groep overigen bestaat uit respondenten die niet voldoen aan de gestelde criteria voor stedelingen en plattelanders.

Bij het stellen van de grens op 10 jaar bestaat de groep stedelingen uit 28 respondenten en de groep plattelanders uit 176 respondenten; voor de 16-jaargrens zijn de aantallen respectievelijk 114 en 71.

Besloten wordt om de grens van 16 jaar aan te houden en af te wijken van de gebruikelijke autochtonie-grens van 10 jr. in onze steekproef. Het stellen van de grens op 16 jaar levert in onze steekproef twee voldoende grote groepen op.

4.11.2. Chi-kwadraat-analyse.

Vervolgens is gekeken m.b.v. een Chi-kwadraattoets naar de mate van samenhang tussen afstand tot het ziekenhuis in de vorige woonplaats (vraag 22c) en de herkomst van de respondent (vraag 22a). Uit de toets blijkt een nauwe samenhang tussen die twee vragen te bestaan ($\chi^2 = 156.78$, $df = 27$; $p < .00$).

Beide vragen hebben kennelijk veel met elkaar te maken. Toch pleiten wij ervoor beide vragen te handhaven. Hierdoor kan een grotere verfijning worden aangebracht tussen stedeling onderling en platteland onderling.

Plattelanders			Stedelingen		
afstand ziekenhuis			afstand ziekenhuis		
1.	0-5 km	3	4.	0-5 km	95
2.	6-10 km	24	5.	6-10 km	16
3.	11-20 km	36	5.	11-20 km	1
	20 km of meer	5		20 km of meer	1

Tabel 4.12.: Samenhang tussen afstand ziekenhuis en herkomst van de respondent.

Met betrekking tot de afstand van een ziekenhuis kunnen drie groepen worden onderscheiden: op een kleine afstand (0-5 km), op een middelgrote afstand (6-10 km) en op grote afstand van een ziekenhuis (11 km of meer).

Bij de groep plattelanders wordt de categorie van 11 tot 20 km samengevoegd met de categorie van 20 km of meer. De frequenties van beide categorieën zijn laag.

Bij de groep stedelingen worden op grond van lage frequenties drie categorieën samengevoegd 5-10 km, 11-20 km, 20 km of meer.

4.11.3. Maat voor stedeling/platteland.

Zo ontstaan 5 groepen als maat voor stedelingen/plattelanders:

1. plattelanders die op een afstand van 11 km of meer wonen van een ziekenhuis (N=44)
2. plattelanders die op een afstand van 6 tot 10 km wonen van een ziekenhuis (N=24)
3. plattelanders die op een afstand van 0 tot 5 km wonen van een ziekenhuis (N=3)
4. stedelingen die op een afstand van 6 km of meer wonen van een ziekenhuis (N=21)
5. stedelingen die op een afstand van 0 tot 5 km wonen van een ziekenhuis (N=90).

De groep overigen wordt niet in de analyses betrokken.

4.11.4. Advies.

Op grond van bovenstaande opmerkingen kunnen wij het volgende advies geven voor de nieuw te construeren vragenlijst:

- Ondanks de nauwe samenhang tussen vraag 22a en vraag 22c wordt geadviseerd beide vragen te handhaven om een grotere verfijning te kunnen aanbrengen tussen stedelingen en plattelanders.

4.12. Gezondheid.

4.12.1. Frequentie-analyse.

In de vragen 14 en 15 hebben wij de respondenten gevraagd hoe zij of haar gezondheid in het algemeen en op dit moment is. De scores lopen van +1 (slecht) tot +5 (heel goed). De meeste mensen vulden bij deze vragen 'goed' in (vraag 14: 144 en vraag 15: 136).

Er zijn slechts kleine verschillen in frequenties van beide vragen, zodat wij ons afvragen of er niet volstaan kan worden met één van beide vragen.

4.12.2. Chi-kwadraat analyse.

Op grond van een Chi-kwadraat analyse kunnen we inderdaad zeggen, dat mensen die over het algemeen een goede of slechte gezondheid hebben, dat op dit moment ook hebben. ($\chi^2 = 401.78$; df = 16; $p < .00$).

4.12.3. Advies.

Wij adviseren dan ook om in de nieuwe vragenlijst alléén vraag 14, algemene gezondheid, te stellen. Wij denken dat de algemene gezondheidstoestand meer invloed op de attitude en gedragsintentie zal hebben dan de gezondheidstoestand op het moment van het invullen van de vragenlijst.

4.12.4. Maat voor gezondheid.

Als maat voor onze eigen analyses gebruiken wij alleen de antwoorden op vraag 14. Omdat de frequenties op de antwoordcategorieën 'slecht' en 'niet zo best' heel laag zijn (resp. 0.4 % en 3.3. %) voegen we deze samen met de categorie 'gaat wel'. We krijgen dan 3 groepen respondenten:

1. Met een heel goede gezondheid (N = 53).
2. Met een goede gezondheid (N = 144).
3. Met een matige of slechte gezondheid (N = 48).

4.13. Tevredenheid met de huisarts

In vraag 19 vragen wij hoe tevreden de respondent alles bij elkaar genomen met de huidige huisarts is. De scores lopen van +1 (ontevreden) tot +5 (zeer tevreden).

4.13.1. Frequentie-analyse

De meeste mensen blijken tevreden tot zeer tevreden met dokter Röling (gemiddelde score 4.25). In de inhoudsanalyse van de opmerkingen achterin de vragenlijst komen ook opmerkingen over de huisarts naar voren (zie par. 5.9.).

4.13.2. Advies

Er zou een categorie 'niet van toepassing' toegevoegd moeten worden, voor de mensen die in vraag 16 te kennen hebben gegeven dat ze de huisarts nog niet gezien hebben.

4.13.3. Maat voor tevredenheid met de huisarts

De frequenties op de antwoordcategorieën 'ontevreden' en 'niet zo tevreden' zijn erg laag (respectievelijk 0.4 % en 5.3 %), zodat we deze samenvoegen met de categorie 'tamelijk tevreden'. Voor onze eigen analyses hebben we nu 3 groepen respondenten:

1. Mensen die zeer tevreden zijn met de huisarts (N = 111).
2. Mensen die tevreden zijn met de huisarts (N = 98).
3. Mensen die tamelijk tevreden tot ontevreden zijn met de huisarts (N = 34).

4.14. Geslacht

4.14.1. Frequentie- en chikwadraat-analyses

We hebben de verdeling mannen/vrouwen in de steekproef en bij onze respondenten (vraag 23) willen vergelijken met populatiegegevens van Nieuw-Vennep en Lelystad. Deze gegevens zijn voor Nieuw-Vennep echter niet beschikbaar, daarom hebben we de gegevens genomen van de gemeente Haarlemmermeer, waartoe Nieuw-Vennep behoort.

	Mannen	Vrouwen	N =
Steekproef	54 %	46 %	400
Respons	39 %	61 %	245
Haarlemmermeer	50.3 %	49.7 %	79.760
Lelystad	50.4 %	49.6 %	43.256

Tabel 4.13: Percentages mannen en vrouwen in de steekproef, respons, Haarlemmermeer en Lelystad.

De verschillen tussen Haarlemmermeer en Lelystad enerzijds en de respons anderzijds zijn significant ($\chi^2 = 11.91$; $df = 1$; $p < .00$).

Uit de tabel blijkt dat veel meer vrouwen dan mannen de vragenlijst teruggestuurd hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrouwen over het algemeen meer naar de dokter gaan (Van der Ploeg, 1977; Medisch Contact, 1981) en er daardoor misschien meer mee bezig zijn en zich meer betrokken voelen bij dit soort onderzoek.

4.15. Leeftijd

4.15.1. Frequentie- en chikwadraat-analyses

We hebben gekeken of de leeftijdsverdeling (vraag 24) in onze respons overeenkomt met populatiegegevens van Nieuw-Vennep, Lelystad en Nederland. Helaas hebben wij geen leeftijdgegevens van de steekproef genoteerd, zodat vergelijking hiermee niet mogelijk is.

Respons ²⁾ N.Vennep ³⁾ Lelyst. ⁴⁾ Nederland ⁵⁾

15-65 jaar	96.3 %	96.8 %	94 %	83.1 %
65 jaar en ouder	2.9 %	3.2 %	6 %	16.9 %

Tabel 4.14: Percentages leeftijdsgroepen in de respons, Nieuw-Vennep, Lelystad en Nederland.

De groep 0-14-jarigen is buiten beschouwing gelaten, omdat jongeren pas vanaf 16 jaar in onze steekproef voorkomen. Het kleine aantal bejaarden in de respons komt redelijk overeen met zowel Nieuw-Vennep als Lelystad. Het verschil is niet significant voor Nieuw-Vennep: $\chi^2 = .1292$; $df = 1$; $p < .75$; echter voor Lelystad wel: $\chi^2 = 4.55$; $df = 1$; $p < .05$. Zoals in hoofdstuk 3.2.1. reeds gesteld is, wijkt dit af van het landelijk gemiddelde. Dit verschil is inderdaad significant ($\chi^2 = 33.92$; $df = 1$; $p < .00$).

4.16. Kommentaar van respondenten op de vragenlijst

Op de laatste pagina van de vragenlijst (Zie Bijlage I, p. 12) hebben we respondenten gevraagd aan te geven of de lijst een goede indruk geeft van wat men werkelijk vindt, (Vraag I), of er vragen zijn die men moeilijk of onduidelijk vindt (vraag II) en of er vragen zijn waarop men eigenlijk een heel ander antwoord had willen geven (vraag III).

In de hierna volgende paragrafen volgt een weergave van de antwoorden op deze vragen.

4.16.1. Antwoorden op vraag I

Op vraag I kon men antwoord geven op een 7-puntsschaal lopend van zeer goed (+7) tot zeer slecht (+1). Het hoogste percentage antwoorden op deze vraag valt in de categorie 'tamelijk goed' (42 %). Het gemiddelde is 4.98. Gezien het feit dat weinig mensen de lijst slecht vinden, kunnen we de resultaten van de vragenlijst wel serieus nemen. Voor sommige mensen zal gelden dat er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven, maar aangezien toch 89 % van de respondenten de vragenlijst tamelijk tot zeer slecht vindt, kunnen we stellen dat deze vraag waarheidsgetrouw is ingevuld.

4.16.2. Antwoorden op vraag II

De opmerkingen van de respondenten gingen voornamelijk over de vragen 1,2,3 en 6. Over de andere vragen kwamen nauwelijks opmerkingen. Het meest moeilijk of onduidelijk vindt men de evaluaties (vragen 1a t/m 19). In totaal worden hier 55 opmerkingen over gemaakt. Over de beliefs (vraag 2a t/m 25) zijn 29 opmerkingen gemaakt; over de directe attitude (vraag 3a t/m 3e) 9 en over de gedragsintentie (vraag 6a t/m 6j) 16. De opmerkingen zijn onder te verdelen in 5 categorieën. Dit zijn criteria waaraan vragen behoren te voldoen (Segers, 1977). Deze criteria zijn: "1. Het taalgebruik in de vragenlijst dient een volledige en nauwkeurige informatie te bevorderen. 2. De vragenlijst moet ontworpen

worden vanuit het referentiekader van de respondent. 3. Een vraag mag niet uitgaan van irreële veronderstellingen over het informatieniveau van de respondent. 4. De formulering der vraag dient strikt neutraal te zijn. 5. Vragen dienen eenduidig en eendimensioneel te zijn." (Segers, 1977).

Twee andere criteria die Segers noemt komen niet in de opmerkingen naar voren, namelijk "-vragen moeten acceptabel zijn in het sociaal-culturele systeem waartoe de respondent behoort. - Bij de volgorde der vragen moet rekening gehouden worden met psychische processen bij de respondent." (Segers, 1977).

Ad. 1. Taalgebruik

Bij vraag 2 wekt de term 'laten merken dat ik naar de specialist wil' verwarring: "Niet laten merken, maar gewoon vragen!"

Van vraag 3 vindt men de antwoordcategorieën van de verschillende onderdelen bijna hetzelfde.

Ad. 2. Referentiekader

De delen over financieën bij vraag 1 en 2 vindt men niet terzake doende:

"Bezuinigingen mogen niet ten koste gaan van medische behandeling".

Bij de beliefs (vraag 2) zouden respondenten overleg met de huisarts willen betrekken. Het belang dat men hecht aan overleg met de huisarts, kan men niet naar voren laten komen bij deze vragen.

Ad.3. Irreële veronderstellingen

Op vraag 2 is de opmerking gekomen dat sommige vragen ervan uitgaan dat de patiënt al door een specialist behandeld wordt, terwijl dit niet het geval is of hoeft te zijn.

Bij de gedragsintenties (vraag 6) miste men een aantal dingen: men zou eerst willen afwachten of de huisarts zelf het probleem op kan lossen en daarnaast wordt het advies van de huisarts als doorslaggevend ervaren. Bovendien speelt de situatie waarin men verkeert een rol: de eigen situatie en de relatie huisarts-patiënt.

Ad. 4. Formulering neutraal

Bij vraag 1 en 2 vindt men dat er soms een vooroordeel in schuilt: "Deze vragen suggereren dat de specialist onpersoonlijker, maar vakbekwamer zou zijn dan de huisarts."

Op vraag 6 kwam de volgende opmerking: "De vragen gaan er teveel vanuit dat het moeilijk is om doorverwezen te worden. Men beslist in overleg met de huisarts wat te doen."

Ad 5. Eenduidige en eendimensionele vragen

De beschreven situaties in vraag 1 en 2 vinden sommige respondenten te alge-

meen: het hangt vaak van de situatie af. Voor vraag 1 geldt bovendien dat sommige onderdelen voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Bij de vragen 1, 2 en 3 wordt opgemerkt dat de vragen onduidelijk en daardoor onbegrijpelijk zijn.

4.16.3. Antwoorden op vraag III

Bij vraag III kon men aangeven of men op sommige vragen eigenlijk een ander antwoord had willen geven en welk antwoord dat zou zijn. Dit is gedaan om te controleren of de antwoordcategorieën aansluiten bij wat de respondenten vinden.

Ook voor deze vraag geldt dat de meeste opmerkingen over de vragen 1, 2 en 6 kwamen.

Samengevat komt bij vraag 1 als nadere antwoordmogelijkheid voornamelijk: "Noodzakelijk" voor; bij vraag 2 ook én de opmerking dat men het een rare vraag vindt. Op vraag 6 geeft men voornamelijk het antwoord: "Hangt van de situatie af", waarbij men onder "situatie" verstaat: 1. eigen situatie, 2. behandeling van de huisarts en 3. overleg met de huisarts.

Bij de rest van de vragen worden weinig andere antwoorden genoemd: meer toelichtingen op het antwoord.

4.16.4. Conclusies

Deze conclusies zullen voorzichtig getrokken moeten worden, omdat niet alle respondenten opmerkingen hebben gemaakt. Deze opmerkingen kunnen een aanwijzing in een richting zijn, meer niet.

We kunnen concluderen dat vooral de vragen 1,2 en 6 problemen opleveren. Het is waarschijnlijk moeilijk om zich iets bij de vragen voor te stellen. Men vindt de vragen te algemeen: de situaties zouden duidelijker omschreven moeten worden, omdat men nu vaak antwoordt: "Hangt ervan af".

De antwoordcategorieën van vraag 1 geven waarschijnlijk niet goed de mening van de respondenten weer: dingen die men noodzakelijk acht, wil men niet op goed of slecht beoordelen.

Het punt van overleg met de huisarts komt in deze vragen vaak aan de orde. Men vindt dit blijkbaar een belangrijk aspect bij het vragen om een verwijzing en kan het op deze manier niet in de vragenlijst kwijt.

4.16.5. Advies

Er zou in de nieuwe vragenlijst meer aandacht aan de overlegsituatie tussen patiënt en huisarts moeten worden besteed.

De negatieve houding ten opzichte van specialisten, die volgens sommige respondenten uit de lijst spreekt, zou bekeken en vermeden moeten worden.

De vragen 1a (veel medische onderzoeken moeten ondergaan) en 1n (in het ziekenhuis opgenomen worden) leveren zoveel problemen op voor respondenten, dat overwogen kan worden deze twee niet in de nieuwe lijst op te nemen.

Noten

- 1) De respondenten die als vorige woonplaats het buitenland opgaven, zijn in deze frequentietelling niet opgenomen.
- 2) N = 245. 0.8 % heeft deze vraag niet ingevuld.
- 3) Gegevens per 1-1-1981, Sociografisch Bureau De Meerlanden, 1980/1981.
- 4) Gegevens per 1-1-1981, Gemeente Lelystad, 1981.
- 5) Gegevens per 1-1-1980, Sociografisch Bureau De Meerlanden, 1980/1981.

HOOFDSTUK 5: RESULTATEN

5.1. Vraagstellingen, hypothesen en werkhypothesen

In dit hoofdstuk worden de vraagstellingen uit het onderzoeksvoorstel beantwoord met behulp van de gegevens uit de in Nieuw-Vennep afgenomen vragenlijst.

De vraagstellingen die beantwoord dienen te worden luiden:

- A. Hoe hangt de attitude ten aanzien van verwijzen samen met de gedragsintentie?
- B. Hoe hangen tijdprijs, verzekeringsvorm en verschillen tussen plattelanders en stedelingen samen met attitudes ten aanzien van het vragen om een verwijzing en de gedragsintentie?

De hypothesen met betrekking tot deze vraagstellingen luiden:

- 1. Mensen met een lage score op de in(directe) attitude zullen een lagere gedragsintentie hebben dan mensen met een hoge score op de (in)directe attitude.
- 2a. Indien de afstand tot het ziekenhuis groot is, zullen mensen met een hoge tijdprijs minder geneigd zijn invloed op de verwijzing uit te oefenen dan mensen met een lage tijdprijs.
- 2b. Indien de afstand echter gering is zal er minder verschil zijn tussen mensen met een hoge en lage tijdprijs.
- 3. Ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden voor wie de kosten van de huisarts niet zijn meeverzekerd zullen positiever staan tegenover (verwijzingen naar) de specialist en meer geneigd zijn hun huisarts te laten merken dat ze naar de specialist willen dan particulier verzekerden, voor wie de kosten van huisartsenhulp wel zijn meeverzekerd.
- 4. Stedelingen zullen positiever staan tegenover (verwijzingen naar) de specialist dan plattelanders en zullen meer geneigd zijn hun huisarts te laten merken naar een specialist te willen.

De volgende opmerkingen dienen gemaakt te worden aangaande deze hypothesen:

- Aangezien alle respondenten inwoners van Nieuw-Vennep zijn en derhalve op grote afstand (meer dan 10 kilometer) van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen, kan hypothese 2b niet worden onderzocht. Hiervoor zou een groep respondenten nodig zijn die dicht bij een ziekenhuis woont.
- Er is bij het opstellen van hypothese 3 geen rekening mee gehouden of de respondenten wel of niet (volledig) verzekerd zijn tegen de kosten van specialistische hulp. In de vragenlijst is hier wel naar gevraagd. In de hierna te noemen werkhypothesen is dit wel opgenomen.

Op grond van de hypothesen en bovengenoemde opmerkingen zijn de volgende werkhypothesen opgesteld (zie voor de operationalisaties van de begrippen hoofdstuk 4):

1. Met betrekking tot de relatie van attitude met gedragsintentie:

Mensen met een lage score op de (in)directe attitude zullen een lagere gedragsintentie hebben dan mensen met een hoge score op de (in)directe attitude. Dit betekent dat mensen die niet zo'n positieve houding ten aanzien van verwijzen hebben niet zo gauw geneigd zijn om hun huisarts te laten merken naar een specialist te willen, terwijl mensen met een positieve houding ten aanzien van verwijzen hier eerder geneigd toe zullen zijn.

2. Met betrekking tot de tijdprijs:

Indien de afstand van de woning tot het ziekenhuis groot is (meer dan 10 kilometer) zullen mensen met een lage tijdprijs gemiddeld een hogere score op de (in)directe attitude en de gedragsintentie hebben dan mensen met een hoge tijdprijs.

3. Met betrekking tot de verzekeringsvorm:

Ziekenfondsverzekerden alsmede particulier verzekerden, voor wie de kosten van de huisarts niet en van de specialist wél zijn meeverzekerd, zullen gemiddeld een hogere score op de (in)directe attitude en gedragsintentie hebben dan particulier verzekerden, voor wie de kosten van de huisarts wel en van de specialist niet zijn meeverzekerd.

4. Met betrekking tot de variabele stedeling-platteland:

Stedelingen zullen gemiddeld een hogere score op de (in)directe attitude en gedragsintentie hebben dan plattelanders.

Alle genoemde werkhypothesen zullen behalve met de oorspronkelijke maat voor de indirecte attitude eveneens getoetst worden met de verkorte maat voor de indirecte attitude (zie par. 5.3.2.) om te zien of dit andere, wellicht betere uitkomsten te zien geeft.

5.2. Gebruikte methoden voor de hypothesetoetsing

De basis voor de hypothesetoetsing wordt gevormd door een aantal meerweg-variantie-analyses.

Allereerst zijn meerweg-variantie-analyses uitgevoerd met als onafhankelijke variabelen de tijdprijs, verzekeringsvorm en de variabele stedeling-plattelanders en als afhankelijke variabelen achtereenvolgens de directe attitude, de

indirecte attitude en de gedragsintentie.

De variabelen tijdprijs en verzekeringsvorm bestaan elk uit twee categorieën, de variabele stedeling-platteland uit vijf categorieën, zodat er sprake is van een $2 \times 2 \times 5$ 'design'.

In de tweede plaats zijn deze variantie-analyses herhaald voor elk van de afzonderlijke categorieën van de variabelen geslacht, algemene gezondheid en tevredenheid met de huisarts.

Verder zijn er nog meerweg variantie-analyses uitgevoerd, met als afhankelijke variabelen (in)directe attitude en gedragsintentie en als onafhankelijke variabelen tijdprijs, stedeling-platteland, verzekeringsvorm en als co-variabelen leeftijd en opleiding.

Tot slot is nog een aantal meerweg variantie-analyses gedaan, waarin naast de onafhankelijke variabelen tijdprijs, stedeling-platteland en verzekeringsvorm de onafhankelijke variabelen geslacht, tevredenheid met de huisarts en algemene gezondheid opgenomen zijn om naar mogelijke interactie-effecten te kijken.

In sommige gevallen is gebruik gemaakt van een chi-kwadraat- of t-toets, indien hiervoor aanleiding was.

5.3. Hypothese-toetsing

5.3.1. Indirecte attitude en gedragsintentie

Voor de toetsing van werkhypothese 1 zijn de scores op de indirecte attitude aan de hand van een frequentie-telling in twee groepen verdeeld. De ene groep bestaat uit mensen met scores die lager of gelijk zijn aan 16; deze mensen hebben niet zo'n positieve houding ten aanzien van verwijzen. De andere groep bestaat uit mensen met scores die lopen van 17 tot 26, hetgeen een positieve houding ten aanzien van verwijzen betekent. Vervolgens is met beide groepen een t-toets uitgevoerd.

Met behulp van een t-toets wordt inderdaad bevestigd dat mensen met een lage indirecte attitude een kleinere gedragsintentie hebben ($M_1 = 30,7$) dan mensen met een hoge score op de indirecte attitude ($M_2 = 38,7$) ($T = -7,4$; $p = 0,00$; $df = 243$). De Pearson correlatie-coëfficiënt tussen indirecte attitude en gedragsintentie is significant ($p < 0,01$) en bedraagt .40.

5.3.2. Verkorte indirecte attitude en gedragsintentie

Verwacht wordt dat mensen met een lage score op de verkorte indirecte attitude (staan niet zo positief tegenover verwijzen) niet zo gauw aan hun huisarts zullen laten merken dat ze naar een specialist willen (lage gedragsintentie), als mensen met een hoge score op de indirecte attitude.

Met behulp van een t-toets wordt inderdaad bevestigd dat mensen met een lage score een kleinere gedragsintentie hebben ($M_1 = 30,9$) dan mensen met een hoge score op de verkorte indirecte attitude ($M_2 = 38,0$) ($T = -6,5$; $df = 243$; $p = 0,00$). De Pearson-correlatie van de verkorte indirecte attitude met de gedragsintentie bedraagt $.38$ ($p = 0,00$).

Er blijken geen andere resultaten naar voren te komen met deze verkorte maat voor de indirecte attitude in vergelijking met de oorspronkelijke maat voor de indirecte attitude.

5.3.3. Directe attitude en gedragsintentie

Op grond van hun score op de directe attitude zijn de respondenten in twee groepen verdeeld. De ene groep bestaat uit mensen met scores die lager dan 19 zijn. De andere groep uit mensen met scores van 19 en hoger. Vervolgens is een t-toets uitgevoerd. Hierdoor wordt bevestigd dat mensen met een lage score op de directe attitude gemiddeld een lagere gedragsintentie hebben ($M_1 = 28,3$) dan mensen met een hoge score op de directe attitude ($M_2 = 37,0$). ($T = -7,3$; $df = 223$; $p = 0,00$).

De Pearson-correlatie-coëfficiënt tussen directe attitude en gedragsintentie is significant ($p = 0,00$) en bedraagt $.42$.

Werkhypothese 1 wordt dus zowel door de directe als door de (verkorte) indirecte attitude bevestigd: mensen met een niet zo positieve attitude ten aanzien van verwijzen zullen niet zo gauw aan hun huisarts laten merken dat ze naar een specialist willen. Mensen met een positieve attitude ten aanzien van verwijzen zullen daarentegen eerder aan hun huisarts laten merken naar een specialist te willen.

5.4. Tijdprijs

5.4.1. Tijdprijs en gedragsintentie

Er is een significante bijdrage ($F = 5,2$; $df = 1$; $p < 0,03$) van tijdprijs op de gedragsintentie in de door ons voorspelde richting: mensen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist dan voor een bezoek aan de huisarts ($M_2 = 32,8$) zijn minder geneigd om hun huisarts te laten merken, dat ze naar een specialist willen dan mensen voor wie het evenveel of minder moeite kost ($M_1 = 35,5$).

Vervolgens is nog gekeken of er significante resultaten gevonden worden als de verschillende groepen van de variabelen geslacht, tevredenheid met de huisarts, en algemene gezondheid bij de analyse betrokken worden. Hieruit is naar voren gekomen dat de invloed van de tijdprijs op de gedragsintentie bij vrouwen een grotere rol speelt dan bij mannen. Bij mannen is er

geén significant verschil tussen mannen met een hoge of lage tijdsprijs en hun gedragsintentie. Van vrouwen met een hoge c.q. lage tijdsprijs is de gedragsintentie daarentegen wel verschillend ($F = 5,5$; $df = 1$; $p < 0,05$).

Vrouwen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist zullen bij hun huisarts minder snel laten merken naar een specialist te willen ($M_1 = 32,8$) dan vrouwen, die voor een bezoek aan de specialist evenveel of minder moeite doen als voor een bezoek aan de huisarts ($M_2 = 37,1$).

Werkhypothese 2 is - op grond van deze resultaten - wat betreft de gedragsintentie bevestigd.

5.4.2. Tijdsprijs en indirecte attitude

Uit de variantie-analyse blijft geen significant verband tussen tijdsprijs en de indirecte attitude. Werkhypothese 2 wordt derhalve wat de indirecte attitude betreft niet bevestigd.

Voor mensen met een goede gezondheid blijkt dit verband echter wel significant ($F = 3,9$; $df = 1$; $p \leq 0,05$): mensen met een goede gezondheid, die meer moeite moeten doen voor een bezoek aan de specialist dan aan de huisarts, staan positiever tegenover verwijzen ($M_2 = 15,7$) dan mensen die evenveel of minder moeite hoeven te doen. Voor mensen met een matige tot slechte gezondheid en voor mensen met een heel goede gezondheid is het verband tussen tijdsprijs en indirecte attitude niet significant.

Verder is gevonden dat mensen die tevreden zijn met hun huisarts en die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist, een minder positieve houding hebben ten aanzien van verwijzen dan tevreden mensen, voor wie een bezoek aan de specialist evenveel of minder tijd kost als een bezoek aan de huisarts ($M_1 = 15,4$; $M_2 = 18,0$; $p < 0,04$; $F = 4,8$; $df = 1$). Voor mensen die ontevreden tot tamelijk tevreden zijn over hun eigen huisarts en voor de heel tevredenen is geen significant effect gevonden.

5.4.3. Tijdsprijs en directe attitude

Uit de variantie-analyses zijn geen significante resultaten gekomen. Werkhypothese 2 wordt derhalve wat de directe attitude betreft verworpen. Ook bij de onderscheiden groepen treden geen significante effecten op.

Samenvattend kunnen we concluderen dat werkhypothese 2 wat betreft de gedragsintentie wordt bevestigd, maar wat betreft de (in)directe attitude wordt verworpen. Mensen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist dan voor een bezoek aan de huisarts zijn minder geneigd hun huisarts te laten merken dat ze naar een specialist willen dan men-

sen voor wie een bezoek aan de specialist even veel of minder moeite kost als een bezoek aan de huisarts.

Verder is gebleken dat de invloed van de tijdprijs op de gedragsintentie bij vrouwen een significant verband vertoont en bij mannen niet. Vrouwen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist zullen bij hun huisarts minder snel laten merken naar een specialist te willen dan vrouwen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts. Voor sommige subgroepen is wel een significant verband tussen tijdprijs en indirecte attitude: bij mensen die tevreden zijn over hun huisarts en bij mensen die een goede gezondheid hebben, is de moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts of specialist van invloed op de attitude die ze hebben ten aanzien van verwijzen.

5.5. Verzekeringsvorm

Het is niet mogelijk gebleken om werkhypothese 3 te toetsen, aangezien er slechts één respondent is die wel tegen de huisarts en niet tegen de specialist is verzekerd. Besloten is om met een andere maat voor verzekeringsvorm te werken en te kijken of er significante resultaten naar voren komen. Allereerst is een nieuwe werkhypothese geformuleerd, waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds ziekenfondsverzekerden en anderzijds particulier verzekerden, waarvoor de specialistische hulp wel volledig meeverzekerd is, maar de huisartsenhulp niet. Uit de frequentie-telling blijkt de groep ziekenfondsverzekerden uit 136 mensen te bestaan en de genoemde groep particulier verzekerden uit 30 mensen.

Er zal getoetst worden of deze groepen significante verschillen hebben op hun gemiddelde scores op de indirecte attitude, de directe attitude en de gedragsintentie.

Uit t-toetsen zijn geen significante verschillen tussen beide groepen naar voren gekomen voor de (in)directe attitude noch voor de gedragsintentie. Aangezien in een aantal andere onderzoeken (Casse, 1973; Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1978; Walta, 1979; Poeisz en Walta, 1980; Fokkens, 1974, 1975) verschillen gevonden zijn in medische consumptie tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in totaal is nagegaan of er significante verschillen zijn tussen deze groepen en hun gemiddelde scores op de indirecte attitude, directe attitude en gedragsintentie.

Verwacht wordt dat ziekenfondspatiënten (voor wie alle kosten voor medische hulp verzekerd zijn) een positievere houding ten aanzien van verwijzen en een grotere intentie om hun huisarts te laten merken dat ze verwezen willen worden zullen hebben dan particulier verzekerden.

Deze veronderstelling wordt echter door geen enkele van de uitgevoerde variantie-analyses bevestigd, noch door een t-toets: er is geen verschil in houding ten opzichte van verwijzen of in intentie om zich te laten verwijzen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.

5.6. Stedeling/plattelander

In paragraaf 4.11.3. is de maat voor stedeling/plattelander geconstrueerd en beschreven: er zijn 5 categorieën, te weten:

1. Plattelanders, die 11 tot 20 kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen.
2. Plattelanders, die 6 tot 10 kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen.
3. Plattelanders, die 0 tot 5 kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen.
4. Stedelingen, die 6 tot 20 kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen.
5. Stedelingen, die 0 tot 5 kilometer van het dichtstbijzijnde ziekenhuis wonen.

Bij de meerweg variantie-analyses met stedeling/plattelander, tijdsprijs en verzekeringsvorm als onafhankelijke variabelen en de (in)directe attitude of gedragsintentie als afhankelijke variabelen, is een drietal designs gehanteerd: A) een $5 \times 2 \times 2$ -design, waarbij de variabele stedeling/plattelander bestaat uit bovengenoemde 5 categorieën; tijdsprijs en verzekeringsvorm bestaan elk uit 2 categorieën; b) een $4 \times 2 \times 2$ -design, waarbij van de variabele stedeling/plattelander de categorieën 2 en 3 zijn samengevoegd; de frequentie van de derde groep alleen is namelijk tamelijk laag. c) een $2 \times 2 \times 2$ -design, waarbij de categorieën 1, 2 en 3 zijn samengevoegd ('plattelanders') evenals categorie 4 en 5 ('stedelingen').

Uit de meerweg variantie-analyses, met het $5 \times 2 \times 2$ -design, blijkt geen significant hoofdeffect van de variabele 'stedeling-plattelanders' voor de gedragsintentie en de (in)directe attitudes. Ditzelfde geldt voor de interactie-effecten. Herhaling van deze analyses binnen het $4 \times 2 \times 2$ -design en binnen het $2 \times 2 \times 2$ -design leidt niet tot andere resultaten. Werkhypothese 4 kan derhalve niet worden bevestigd.

Ook variantie-analyses, waarbij de achtergrondvariabelen als onafhankelijke en/of co-variabelen worden opgenomen en variantie-analyses binnen specifieke subgroepen laten geen significant verband zien tussen stedelingen/plattelander en (in)directe attitude of gedragsintentie.

5.7. Achtergrondvariabelen

5.7.1. Leeftijd

Leeftijd is -evenals opleiding - als co-variabele opgenomen in de variantie-analyses. Er blijkt een significant verband ($F = 12,8$; $df = 1$; $p = 0,00$) te zijn tussen leeftijd en gedragsintentie. Dit wordt niet bevestigd door een Pearson-correlatie ($r = .05$; $p > 0,05$), maar wel door een chi-kwadraat-toets ($\chi^2 = 44$; $df = 25$; $p < 0,05$; zie bijlage XI, tabel 1). Uit de kruistabel blijkt dat jongere mensen over het algemeen een lagere gedragsintentie hebben dan oudere mensen.

Uit de variantie-analyses blijkt eveneens een significant verband ($F = 7,4$; $df = 1$; $p = 0,00$) tussen leeftijd en indirecte attitude. De Pearson-correlatie bedraagt $-.10$ en is significant ($p = .05$). Hoe hoger de leeftijd des te minder positief men staat tegenover verwijzen. Een chi-kwadraat-toets bevestigt dit niet ($\chi^2 = 27$; $df = 20$; $p > 0,05$; zie Bijlage XI, tabel 2). Tussen leeftijd en directe attitude wordt geen enkel significant verband gevonden.

5.7.2. Opleiding

Uit de variantie-analyses blijkt geen enkel significant verband tussen opleiding enerzijds en gedragsintentie en (in)directe attitude anderzijds.

5.7.3. Geslacht

Door middel van variantie-analyses, waarin de variabele 'geslacht' als onafhankelijke variabele is opgenomen, is geen significante invloed op de gedragsintentie of (in)directe attitude aangetoond.

Wel blijkt de invloed van tijdprijs op gedragsintentie bij vrouwen aanzienlijk groter dan bij mannen. Op grond van deze bevinding is besloten een chi-kwadraat-toets uit te voeren op geslacht en tijdprijs. Er blijkt een duidelijke relatie te bestaan ($\chi^2 = 24$; $df = 1$; $p = 0,00$; zie Bijlage XI, tabel 3.1.): er zijn relatief meer vrouwen met een hoge tijdprijs dan mannen. Uit chi-kwadraat-toetsen voor de afzonderlijke beroepsgroepen blijkt dat ook binnen de beroepsgroepen het verband tussen geslacht en tijdprijs gehandhaafd blijft: zowel bij mensen in loondienst als bij scholieren en studenten hebben vrouwen voornamelijk een hoge en mannen een lage tijdprijs (resp. $p = 0,01$ en $p = 0,02$; zie Bijlage XI, tabellen 3.2. en 3.3.). Bij de overige beroepsgroepen kan in verband met lege cellen geen chi-kwadraat-toets worden uitgevoerd.

Deze bevinding wijst erop dat het verband tussen tijdprijs en geslacht onafhankelijk is van het beroep van de respondenten. Ook het resultaat

van de chi-kwadraat-toets tussen beroep en tijdprijs, die geen significant verband aantoont wijst in die richting ($p = .11$, zie Bijlage XI, tabel 4). Wel kan een duidelijk verband tussen beroep en geslacht worden aangetoond ($\chi^2 = 89$; $df = 6$; $p = 0,00$; zie Bijlage XI, tabel 5): in onze steekproef zijn de huisvrouwen, WW'ers, AAW/WAO'ers en scholieren/studenten voornamelijk vrouwen en de mensen in loondienst, zelfstandigen en AOW'ers overwegend mannen.

5.7.4. Tevredenheid met de huisarts

Meerweg-variantie-analyses met de tevredenheid met de huisarts als een van de onafhankelijke variabelen en de gedragsintentie als afhankelijke variabele tonen geen significant hoofd- of interactie-effect. Het hoofdeffect van tevredenheid met de huisarts op de indirecte attitude blijkt wel significant ($F = 3,3$; $df = 2$; $p < 0,05$): hoe groter de tevredenheid met de huisarts, des te positiever staat men tegenover verwijzen.

Tussen tevredenheid met de huisarts en directe attitude is geen verband gevonden.

5.7.5. Algemene gezondheid

De effecten van algemene gezondheid op de gedragsintentie of (in)directe attitude zijn in geen enkele analyse significant.

5.8. Overige bevindingen

In deze paragraaf zullen enkele verbanden tussen variabelen worden onderzocht, waarover geen hypothesen zijn opgesteld, maar die desalniettemin voor de doel- en vraagstellingen van dit onderzoek van belang lijken.

In de eerste plaats is door middel van meerweg-variantie-analyses de invloed van het aantal contacten met huisarts en specialist op de (in)directe attitude en gedragsintentie nagegaan (zie Bijlage XI, tabel 6). Het hoofdeffect van het aantal bezoeken aan de huisarts op de gedragsintentie is significant ($F = 3,1$; $df = 3$; $p < 0,03$). Patiënten die 3 of meer keer bij hun huisarts zijn geweest hebben een duidelijk hogere gedragsintentie ($M_3 = 38,1$) dan patiënten, die nog niet ($M_0 = 34,2$) of 1 of 2 keer (resp. $M_1 = 33,2$ en $M_2 = 32,4$) bij hun huisarts zijn geweest. De invloed van het aantal bezoeken aan de specialist is eveneens significant ($F = 3,4$; $df = 3$; $p < 0,03$), maar toont een ander beeld: patiënten die 1 of 2 keer bij de specialist zijn geweest hebben een hogere gedragsintentie ($M_1 = 37,3$; $M_2 = 39,1$) dan patiënten, die nog niet ($M_0 = 33,4$) of 3 of meer keer ($M_3 = 33,2$) bij hun specialist zijn geweest. Ook het gezamenlijke hoofd-

effect is significant ($F = 3,5$; $df = 6$; $p < 0,01$).

Het hoofdeffect van het aantal contacten met de huisarts op de indirecte attitude is eveneens significant ($F = 4,6$; $df = 3$; $p < 0,01$): patiënten die niet of 1 maal bij de huisarts geweest zijn, hebben een minder positieve houding t.o.v. verwijzen ($M_0 = 16,7$; $M = 15,4$) dan patiënten die 2 of 3 keer zijn geweest ($M_2 = 17,5$; $M_3 = 18,8$).

De invloed van het aantal bezoeken aan de specialist op indirecte attitude is significant ($F = 2,8$; $df = 3$; $p < 0,05$) en laat zien dat - evenals bij de gedragsintentie - de hoogte van de indirecte attitude toeneemt naarmate men de specialist vaker heeft bezocht ($M_0 = 16,2$; $M_1 = 17,2$; $M_2 = 19,1$). Na het tweede bezoek daalt echter de score: ($M_4 = 17,8$). Het gezamenlijke hoofdeffect van het aantal bezoeken aan huisarts en specialist is significant ($F = 4,4$; $df = 6$; $p = 0,00$), evenals de totale hoeveelheid verklaarde variantie ($F = 2,4$; $df = 15$; $p < 0,01$).

Op de directe attitude is slechts het aantal bezoeken aan de specialist van invloed ($F = 4,0$; $df = 3$; $p < 0,01$): wederom stijgt de directe attitude tot en met het tweede bezoek ($M_0 = 17,8$; $M_1 = 19,7$; $M_2 = 20,0$) en daalt indien men 3 of meer keer bij de specialist is geweest ($M_3 = 19,3$). De verschillen zijn echter minder groot dan bij de gedragsintentie en de indirecte attitude.

In de tweede plaats is door middel van chi-kwadraat-toetsen de samenhang van het aantal bezoeken aan huisarts en specialist met de tijdprijs, verzekeringsvorm, stedeling/platteland, leeftijd en geslacht nagegaan.

Twee significante verbanden zijn gevonden: 1) Plattelanders hebben de specialist minder bezocht (gemiddeld 0,41 maal) dan stedelingen (0,73 maal) ($\chi^2 = 4,8$; $df = 1$; $p < 0,05$; zie Bijlage XI tabel 7). Een t-toets bevestigt dit verschil.

2) Mensen met een lage tijdprijs zijn relatief vaak (nog) niet bij hun huisarts geweest; mensen met een hoge tijdprijs zijn relatief vaak wel (1 of meerdere keren) bij hun huisarts geweest ($\chi^2 = 8,7$; $df = 1$; $p < 0,05$; zie Bijlage XI, tabel 8). Tussen verschil in moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan specialist en huisarts (= tijdprijs) en het aantal bezoeken aan de huisarts bestaat dus een positief verband. Dit geldt zowel voor mensen die al wel bij de specialist zijn geweest, als voor mensen, die (nog) niet bij de specialist zijn geweest.

Tussen tijdprijs en het aantal bezoeken aan de specialist bestaat geen verband. Op grond van deze bevindingen zijn enige aanvullende chi-kwadraat-toetsen uitgevoerd, waaruit blijkt dat er geen verband is tussen:

- het aantal bezoeken aan de huisarts en de moeite die men moet doen om er

tijd voor vrij te maken; het aantal bezoeken aan de specialist en de moeite die men moet doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts: mensen die moeilijk tijd vrij kunnen maken voor een bezoek aan de huisarts gaan even vaak naar de huisarts of de specialist als mensen die er makkelijk tijd voor vrij kunnen maken.

- het aantal bezoeken aan de specialist en de moeite die men moet doen om er tijd voor vrij te maken; het aantal bezoeken aan de huisarts en de moeite die men moet doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist: mensen die moeilijk tijd vrij kunnen maken voor een bezoek aan de specialist gaan even vaak naar de huisarts of de specialist als mensen die er makkelijk tijd voor vrij kunnen maken.

Uit het bovenstaande blijkt dat niet de moeite zelf die men moet doen van invloed is op de frequentie van huisarts- of specialistbezoek, maar het verschil in moeite voor een bezoek aan huisarts of specialist.

5.9. Inhoudsanalyse

5.9.1. Inleiding

De inhoudsanalyse is gedaan op de commentaren van de respondenten, gegeven op de laatste pagina van de vragenlijst. In eerste instantie is deze ruimte bedoeld geweest als uitlaatklep; respondenten konden de ruimte op de laatste bladzijde gebruiken voor aanvullende opmerkingen, toelichting van antwoorden etc.

Bij het terugontvangen van de vragenlijst bleek dat vrij veel mensen, namelijk 88, van deze mogelijkheid gebruik gemaakt hebben. Derhalve is besloten op deze informatie een inhoudsanalyse te doen, om mogelijke aanvullende gegevens te verkrijgen over het onderwerp van studie. Daarnaast kunnen de gegevens mede inzicht geven met betrekking tot de belangrijke onderwerpen in de vragenlijst.

In het navolgende zal allereerst de werkwijze bij de inhoudsanalyse beschreven worden, paragraaf 5.9.2. Dan zal een samenvattende beschrijving worden gegeven van de gegevens (paragraaf 5.9.3.). Tenslotte volgt een discussie waarin, zij het voorzichtig, enkele conclusies getrokken worden (paragraaf 5.9.4.). In hoofdstuk 6 is geprobeerd de bevindingen uit de inhoudsanalyse te relateren aan de kwantitatieve bevindingen.

5.9.2. Methode

Zoals in de inleiding naar voren is gekomen, is de open ruimte bedoeld geweest voor aanvullende opmerkingen, algemene ideeën, toelichting etc. Bij de verwerking van de vragenlijsten is echter gebleken dat ook bij de evaluatieve vragen over de vragenlijst zelf, opmerkingen gemaakt zijn, die niet specifiek betrekking hebben op bepaalde vragen, maar meer op het onderwerp van de vragenlijst in het algemeen (vraag II: "Zijn er vragen die U onduidelijk of moeilijk vindt?". Vraag III: "Zijn er vragen waarop U eigenlijk een heel ander antwoord had willen geven?").

Om ook deze informatie te kunnen verwerken is besloten deze non-specifieke opmerkingen bij de inhoudsopgave te betrekken.

Allereerst zijn alle opmerkingen per respondent gerangschikt. Wanneer een respondent zowel naar aanleiding van de vragenlijst, als in de open ruimte eenzelfde algemene opmerking maakt, zijn de betreffende opmerkingen éénmaal opgenomen in de analyse.

Vervolgens zijn de opmerkingen per onderwerp gegroepeerd, namelijk opmerkingen ten aanzien van specialist, gezondheidszorg, huisarts en verwijzen. In de categorie "huisarts" komen twee soorten opmerkingen voor, namelijk opmerkingen over de huisarts in het algemeen en opmerkingen over de eigen huisarts in het bijzonder.

Na de opmerkingen per categorie gerangschikt te hebben, is voor elke groep een korte samenvatting gemaakt. Wanneer noodzakelijk voor het betoog is tussen haakjes het aantal respondenten vermeld.

Per onderwerp volgt nu een overzicht van de gemaakte opmerkingen de specialist, de gezondheidszorg, de huisarts, het verwijzen.

Evenals bij "commentaar van de respondenten" (paragraaf 4.16) geldt hier dat opmerkingen overwegend negatief geformuleerd zijn; ze duiden o.a. op tekortkomingen in de vragenlijst, geven een andere visie dan die de respondent vermoedt bij de makers van de vragenlijst, etc.

Evenals in paragraaf 4.16 geldt hier dat bij het op waarde schatten van de informatie het feit betrokken moet worden dat kritiek vaker negatief is dan positief. Dit sluit overigens niet uit dat de opmerkingen ter harte genomen moeten worden.

5.9.3. De specialist

Dertien respondenten hebben opmerkingen gemaakt over specialistische hulp. Opvallend is dat de meeste opmerkingen (11) negatief zijn. Een veel gehoorde klacht is de onpersoonlijke behandeling. Daarnaast is de volle agenda van de

specialist een bron van ergernis: "ze hebben geen tijd" of "wachttijden van 30 tot 60 minuten zijn normaal".

Iemand vindt de tarieven voor de specialist veel te hoog. En: "je moet veel te vaak voor allerlei onderzoeken terugkomen en het duurt vaak weken of maanden voordat je iets weet."

Conclusie: het lijkt erop dat met name het persoonlijk contact met de specialist bepalend is voor de visie op de specialistische hulp. Opmerking: het is mogelijk dat dit overwegend negatieve beeld van specialisten in belangrijke mate opgeroepen is door de vragenlijst, gezien de volgende opmerkingen van twee respondenten:

"Betreffende het contact met de specialist wordt alleen aandacht besteed aan de tijd, de kosten die je kwijt bent voor het onpersoonlijke en het melkkoeachtige".

"De vragen suggereren dat de specialist onpersoonlijker, maar vakbekwamer zou zijn dan de huisarts."

5.9.4. Gezondheidszorg

In deze categorie vallen de opmerkingen die noch betrekking hebben op de specialist, noch op de huisarts.

Twee respondenten zijn van mening dat allopathie en homeopathie elkaar moeten aanvullen in de geneeskunde.

Zoals homeopaten en "gewone" artsen moeten samenwerken, zo moet ook de samenwerking tussen huisarts en specialist verbeteren.

In het verlengde hiervan: een respondent is geschokt, doordat verschillende artsen het oneens kunnen zijn over een bepaalde behandeling.

De klacht van een andere respondent sluit hier bij aan; hij of zij heeft van verschillende artsen verschillende medicijnen voorgeschreven gekregen, die elkaar bleken tegen te werken.

Er moet, volgens sommige respondenten, binnen de geneeskunde een groter accent op de sociale begeleiding liggen: "stervenden moeten een betere begeleiding krijgen".

Conclusie: 1) de coördinatie in de gezondheidszorg moet verbeteren.

- 2) de taakopvatting moet veranderen bij hulpverleners; meer sociale begeleiding (zie ook 'verwijzen', ad. b).

5.9.5. De huisarts

Zoals in de inleiding naar voren komt zijn in de categorie "huisarts" al die opmerkingen gegroepeerd, die betrekking hebben op de visie van de respondenten op de taak van de huisarts, en hun mening over de eigen huisarts.

Over dit onderwerp laten zich 29 respondenten uit. De opmerkingen vallen in twee groepen uiteen:

- a) De vertrouwensrelatie met de arts en wat daaronder verstaan wordt; (17)
- b) Kritiek met betrekking tot de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de arts (3).

Ad a) De vertrouwensrelatie met de arts

De relatie met de arts is van groot belang: mensen geven aan het vertrouwen in de arts essentieel te vinden.

Bij een goede relatie met de huisarts spelen de volgende punten mee:

- 1) het serieus nemen van de klachten: bijv. "Hij heeft altijd een open oor voor onze vragen en klachten".
- 2) de huisarts dient ruim de tijd te nemen voor de patiënt; bijv.: "De dokter trekt zelf veel tijd uit voor de patiënt."
3. overleg; bijv.: "Hij behandelt me als gelijkwaardige".
- 4) goede uitleg over de ziekte; bijv.: "Hij praat dingen met je door."

Dit betekent niet dat voor elke respondent alle bestaande punten gelden.

Niet elke patiënt zal uitgebreid overleg willen, etc.

Ad b) Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de arts

Eén respondent noemt de volgende punten: a) de afstand tussen praktijk en woonhuis van de respondent is te groot; b) de opbeltijden zijn te kort (het toestel is alsmáar in gesprek, wanneer men een afspraak wil maken); deze patiënt maakt zich zorgen gezien zijn/haar leeftijd in geval van een plotse-linge noodtoestand. Twee mensen vinden dat de huisarts niet snel genoeg komt bij spoedgevallen en niet vlug genoeg op huisbezoek gaat. Eén respondent ziet zijn/haar relatie met de huisarts geschaad doordat de huisarts niet op bezoek kwam bij de patiënt tijdens een ziekenhuisopname.

Conclusie met betrekking tot de relatie met de arts: Men lijkt te vinden dat de arts zich democratisch moet opstellen. Hij heeft de medische kennis en de patiënt wil - voor zover nodig - over die kennis kunnen beschikken (ook hier geldt dat dit niet generaliseerbaar is naar alle respondenten). Overleg en uitleg zijn hiervoor heel belangrijk. De medische kennis zelf lijkt niet ter discussie gesteld te worden; men gaat er kennelijk vanuit dat die goed is. "Mijn huisarts is kundig genoeg om". In een enkel geval geeft de respondent aan de traditionele medische kennis aangevuld te willen zien: "De homeopathische geneeskunde moet meer aandacht krijgen; ze mogen best dieper ingaan op de mens; iemand wordt niet zomaar ziek". Tevens lijkt er een verschuiving waar te nemen in de richting van "gezondheid is niet alleen lichamelijk bepaald, maar heeft ook psychische facetten." Gezien de

vorige en de volgende opmerkingen:

- "Ik zou wel eens langere tijd willen spreken met hem (de huisarts) over die factoren, die waarschijnlijk mede oorzaak zijn van de klachten."
- "Ik ben zeer tevreden met de huisarts; hij legt verband tussen medische en psychosomatische klachten".
- "Men schrijft te snel, te veel medicijnen voor".

5.9.6. Verwijzen

Er zijn 36 mensen die opmerkingen maken over verwijzen en wat daarmee samenhangt. Er komen twee soorten opmerkingen naar voren: a) Wanneer vraag je om een verwijzing? en b) Wie beslist uiteindelijk of er verwezen wordt?

Ad a) Voor enkele respondenten is de vraag "of en wanneer je laat merken naar de specialist te willen" helemaal niet aan de orde. Wanneer men een goede verhouding heeft met de huisarts zal het niet nodig zijn zelf om een verwijzing te vragen. Wanneer er wel om een verwijzing gevraagd wordt, spelen er twee argumenten: ten eerste is de relatie met de huisarts (op dat moment) wat verstoord. Bijv. "Als de huisarts niet mee wil werken", of: "als ik denk dat de huisarts me niet serieus neemt". Ten tweede als de behandeling niet blijkt te helpen; overigens verwacht men in het laatste geval toch overleg met de huisarts.

Ad b) Bij de opmerkingen over 'gezondheidszorg' is al naar voren gekomen dat voor verschillende respondenten een goede relatie met de huisarts onder meer samenhangt met de mogelijkheid overleg te plegen. Ook bij de opmerkingen over verwijzen komt dit aan de orde: 16 mensen geven aan overleg van groot belang te vinden, wanneer het gaat om wel of niet de hulp van de specialist in te schakelen: "Eigenlijk mis ik hier de vragen over de relatie huisarts-patiënt. Bij een goede relatie is een gesprek mogelijk, overleg. Ook is een basisvertrouwen (wederzijds) mogelijk. Vanuit dit gegeven kan al dan niet worden verwezen". Men verschilt echter van mening over wie in laatste instantie de beslissing moet nemen: de patiënt, de huisarts, of huisarts en patiënt samen. De patiënt zelf: "Ik vind dat men zelf moet beslissen of men naar de specialist gaat, maar je kunt dat alleen wanneer de huisarts heeft verteld welke kwaal je hebt." (4)

De huisarts: "Dat bepaalt de huisarts. Als ik dat zelf moet beslissen, heb ik geen goede huisarts." Samen: "Men pleegt toch overleg en dan kom je er tijdens een of meer gesprekken samen uit."

Conclusie: vragen om een verwijzing lijkt in eerste instantie een kwestie van overleg met de huisarts. Pas wanneer - om welke reden dan ook - overleg niet

mogelijk lijkt, wordt het initiatief genomen te vragen om een verwijzing.

5.9.7. Conclusies op grond van de inhoudsanalyse

Zoals al in de inleiding gesteld is, heeft de inhoudsanalyse onder meer als doel inzicht te krijgen met behulp van een andere methode van onderzoek, in de overwegingen die mensen hebben wanneer ze wel of niet laten merken aan de huisarts naar de specialist te willen.

Wanneer gekeken wordt naar het aantal opmerkingen in elke categorie, dan valt op dat de categorieën "huisarts" en "verwijzen" veruit de grootste zijn. Er zijn verschillende (mogelijke) oorzaken aan te wijzen waarom deze categorieën relatief groot zijn.

- 1) Het onderwerp van de vragenlijst is 'vragen om een verwijzing'.
- 2) Bij de bespreking van de categorie 'verwijzen' komt naar voren dat bij verwijzen de huisarts wordt betrokken; overwegingen ten aanzien van de specialist lijken een minder grote rol te spelen.
- 3) In de vragenlijst komt de huisarts veel meer naar voren dan de specialist. Mogelijkerwijs verklaart dit voor een deel waarom ook in de opmerkingen de huisarts sterk naar voren komt.
- 4) Een andere verklaring zou kunnen zijn dat men ten aanzien van de specialist minder opmerkingen maakt, omdat dit onderwerp in de vragenlijst genoeg behandeld is.
- 5) Het feit dat met name wat betreft het verwijzen en de huisarts zoveel aanvullingen gemaakt worden wijst op mogelijke omissies in de vragenlijst (zie ook hoofdstuk 6).

In het voorgaande zijn mogelijke oorzaken genoemd, die kunnen verklaren waarom opmerkingen over de huisarts en over het verwijzen veelvuldiger gemaakt zijn dan de onderwerpen 'specialist' en 'gezondheidszorg'.

Nog afgezien van de oorzaken kan men wel stellen dat 'huisarts' en 'verwijzen' blijkbaar de meeste aanvullingen behoeven volgens de respondenten. Reden om bij de bespreking alleen deze onderwerpen te behandelen.

Wanneer de opmerkingen over deze twee categorieën in relatie tot elkaar bekeken worden, blijkt hoe belangrijk overleg is. Een 'goede' huisarts heeft een democratische houding, wat onder meer tot uiting komt in het plegen van overleg. Men gaat er over het algemeen van uit dat de beslissing over wel of niet verwijzen in overleg met de huisarts genomen wordt. Dit kan dan betekenen dat de overwegingen vooraf, zoals ze in de vragenlijst naar voren komen, heel vaak niet gelden. De rationele optelsom van voor- en nadelen, voordat

men uitgebreid overlegd heeft met de huisarts, lijkt niet te bestaan bij de meeste respondenten. Een punt wat deze veronderstelling lijkt te ondersteunen: in paragraaf 4.16.3. blijkt dat men negatieve zaken als hoge premies, reistijden, ziekenhuisopname, veel medisch onderzoek, etc. als vervelend, maar noodzakelijk ziet, in geval van ziekte. Kennelijk tellen deze punten niet mee bij de beslissing om wel of niet specialistische hulp in te roepen. Wanneer deze min of meer zakelijke argumenten niet in overweging worden genomen, kan men zich afvragen wat wél een argument is om om een verwijzing te vragen: een slechte relatie met de huisarts blijkt een argument te zijn. Afgezien van de vraag wie (en wanneer) het initiatief neemt, speelt ook de vraag wie nu uiteindelijk beslist: huisarts of patiënt. Hoewel veel respondenten overleg benadrukken, verschilt men hierover van mening. Kort samengevat kan de conclusie luiden dat - wil men het aandeel van patiënten in (de totstandkoming van) verwijzingen analyseren - men zich met name moet richten op de overlegsituatie tussen huisarts en patiënt. De vraag om verwijzen lijkt veeleer door de relatie huisarts-patiënt beïnvloed te worden dan door rationele argumenten.

HOOFDSTUK 6: DISCUSSIE

6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek op verschillende facetten geëvalueerd. Allereerst zal een korte samenvatting gegeven worden van de gevonden resultaten (6.2.) Daarna volgt een bespreking van de vragenlijst: de steekproef (6.3), de toepasbaarheid van het model en de theorie van Fishbein (6.4) en in (6.5.) de toepasbaarheid van het Fishbein-model voor de vraag- en doelstelling van het onderzoek.

Tot slot volgt een nadere bespreking van de onderzoeksresultaten, waarbij getracht wordt de theoretische relevantie van de resultaten te bepalen en verbanden te leggen met de resultaten van andere onderzoeken (6.6). Met opzet worden geen aanbevelingen gedaan over maatregelen met betrekking tot de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, die mogelijk leiden tot een vermindering van de kosten van gezondheidszorg. De reikwijdte van ons onderzoek is beperkt, het is in de eerste plaats een proefonderzoek ter constructie van de definitieve vragenlijst. Slechts in de tweede plaats kan een antwoord op beperkte vraagstellingen worden gegeven.

Gegevens uit de voor- en nametingen van het eigenlijke onderzoek in Lelystad dienen een antwoord te geven op de vraag of en in welke mate het aanbod aan voorzieningen bepalend is voor de mate van consumptie en wat daarbij de rol van huisartsen, specialisten en patiënten is.

6.2. De onderzoeksresultaten

De voornaamste - in hoofdstuk 5 genoemde - bevindingen uit het vooronderzoek zijn:

- a. Er is een verband tussen de tijdprijs en de gedragsintentie: mensen die meer moeite moeten doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist dan voor een bezoek aan de huisarts zijn minder geneigd om hun huisarts te laten merken dat ze naar de specialist willen dan mensen voor wie het even veel of minder moeite kost. Dit verband is sterker bij vrouwen dan bij mannen.
- b. Slechts voor mensen die een goede gezondheid hebben of voor mensen, die tevreden zijn met hun huisarts is er een verband tussen tijdprijs en indirecte attitude: diegenen die meer moeite doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist dan aan de huisarts, hebben een minder positieve houding ten opzichte van verwijzen dan degenen die even veel of minder moeite moeten doen.

- c. Er is geen verband tussen tijdprijs en directe attitude.
- d. Er is geen verband tussen tijdprijs en gedrag.
- e. Er is verband tussen tijdprijs en het aantal bezoeken aan de huisarts: mensen met een lage tijdprijs zijn relatief vaak (nog) niet bij hun huisarts geweest. Mensen met een hoge tijdprijs zijn relatief vaak wel bij hun huisarts geweest.
- f. Er is geen verband tussen de moeite die men moet doen voor een bezoek aan de huisarts c.q. specialist en het aantal bezoeken: mensen die moeilijk tijd vrij kunnen maken voor een bezoek aan de huisarts gaan even vaak naar de huisarts of specialist als mensen die er makkelijk tijd voor vrij kunnen maken. Dit geldt ook voor mensen die moeilijk/makkelijk tijd vrij kunnen maken voor een bezoek aan de specialist.
- g. Er is geen verschil tussen ziekenfondsleden en particulier verzekerden (resp. particulier verzekerden voor wie de kosten van huisartsenhulp niet en van specialistische hulp wel zijn meeverzekerd) voor wat betreft gedragsintentie en (in)directe attitude.
Er is eveneens geen verschil tussen ziekenfondsleden en particulier verzekerden wat betreft het aantal bezoeken aan de huisarts of specialist.
- h. Er is geen verband tussen verzekeringsvorm en tijdprijs, tussen verzekeringsvorm en beroep of tussen tijdprijs en beroep.
- i. Er is geen verschil tussen stedelingen en plattelanders wat betreft gedragsintentie en (in)directe attitude, ook niet wanneer rekening gehouden wordt met de afstand van de woonplaats tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Er is eveneens geen verschil wat betreft het aantal bezoeken aan de huisarts. Er is wel een verschil tussen stedelingen en plattelanders wat betreft het aantal bezoeken aan de specialist: door de plattelanders is de specialist in het afgelopen jaar gemiddeld 0,4 maal bezocht; door de stedelingen 0,7 maal.
- j. Er is een verband tussen leeftijd en gedragsintentie: jongere mensen hebben over het algemeen een lagere gedragsintentie dan oudere mensen.
Er is eveneens een -negatief- verband tussen leeftijd en indirecte attitude: jongeren staan iets positiever tegenover verwijzen dan ouderen. Er is geen verband gevonden tussen leeftijd en het aantal bezoeken aan de huisarts of specialist.
- k. Er is geen verband tussen opleiding en gedragsintentie of (in)directe attitude.
- l. Er is geen verband tussen geslacht en gedragsintentie of (in)directe attitude. Er is wel een verband tussen geslacht en tijdprijs: vrouwen hebben

vooral een hoge tijdprijs, mannen een lage, ook binnen de specifieke beroepsgroepen 'mensen in loondienst' en 'scholieren/studenten'. Er is geen verband tussen beroep en tijdprijs.

- m. Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het aantal bezoeken aan de huisarts of specialist.
- n. Er is geen verband tussen de gezondheid van de ondervraagden en hun gedragsintentie of (in)directe attitude.
- o. Er is een verband tussen het aantal malen dat men bij de huisarts is geweest en de indirecte attitude en gedragsintentie: de gedragsintentie en indirecte attitude van mensen, die 1 maal zijn geweest, is lager dan die van mensen, die nog niet zijn geweest. Voor mensen die 2 maal zijn geweest is de indirecte attitude hoger, maar de gedragsintentie lager dan van mensen die 0 of 1 keer zijn geweest. Patiënten die 3 of meer keer bij de huisarts zijn geweest, staan het meest positief tegenover verwijzen en hebben de hoogste geneigdheid dit aan hun huisarts te laten merken.

Ook tussen het aantal malen dat men bij de specialist is geweest en de indirecte attitude en gedragsintentie, alsook met de directe attitude is een verband.

Het beeld is echter omgekeerd: de gedragsintentie en (in)directe attitude stijgt tot en met het tweede bezoek, maar is lager voor diegenen, die 3 of meer keer bij de specialist zijn geweest.

6.3. Steekproef

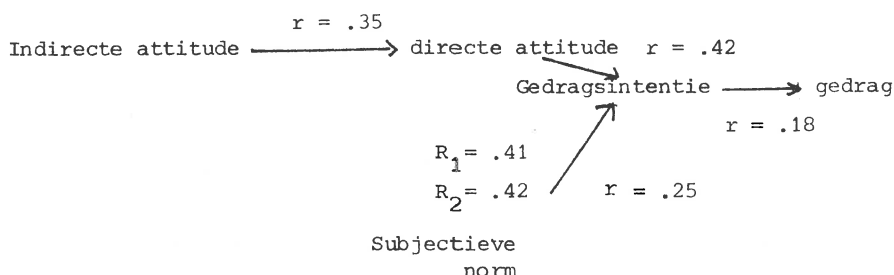
Allereerst dient opgemerkt te worden dat mede dankzij de goede medewerking van de huisarts in Nieuw-Vennep en dankzij de zorgvuldig uitgevoerde rappelmethode er een hoge respons (76,6 %) verkregen is. Tijdens de rappelmethode is een aantal artikeltjes over het onderzoek in plaatselijke kranten gepubliceerd. We hebben helaas niet de invloed hiervan op de respons kunnen nagaan. Er is bij het trekken van de steekproef geen rekening gehouden met een eventueel non-respons-onderzoek. Het verdient aanbeveling dit in een volgend onderzoek wél te doen om zodoende na te gaan hoe representatief de mensen die gereageerd hebben voor de gehele steekproef zijn.

6.4. Toepasbaarheid van model en theorie van Fishbein

Met de resultaten uit het onderzoek zijn voor zover mogelijk de correlaties berekend tussen de verschillende "Fishbein-variabelen", op dezelfde manier zoals Fishbein dit doet (Ajzen & Fishbein, 1980).

Hoewel de beslissing of een correlatie zwak of sterk is een willekeurige zaak is, zijn er volgens Fishbein wel enkele richtlijnen. Correlaties beneden de .30 zijn zwak te noemen en hebben geen praktische waarde, ondanks eventuele significantie. Correlaties tussen .30 en .50 zijn redelijk sterk. Correlaties boven de .50 geven een sterke samenhang weer tussen twee variabelen.

In onderstaande figuur worden de belangrijkste correlaties weergegeven.



Figuur 6.1: Pearson- en multiple-correlatie-coëfficiënten, zoals gevonden in het onderzoek in Nieuw-Vennep.

Er wordt een zwakke correlatie gevonden tussen de gedragsintentie en het gedrag (.18) en eveneens tussen de subjectieve norm en de gedragsintentie (.25). De Pearson-correlatie-coëfficiënt tussen de directe en de indirecte attitude is redelijk sterk te noemen (.35). De multiple correlatie-coëfficiënten van de subjectieve norm en de directe c.q. indirecte attitude met de gedragsintentie is respectievelijk .41 (R_1) en .42 (R_2).

De gedragsintentie is dus redelijk goed te voorspellen uit de directe c.q. indirecte attitude en de subjectieve norm. De subjectieve norm speelt bij die voorspelling een ondergeschikte rol, gezien de lagere regressie-coëfficiënten en de geringe toegevoegde verklaarde variantie die voor de subjectieve norm gevonden worden.

De geringe mate waarin gedrag te voorspellen is uit de gedragsintentie zou te maken kunnen hebben met de eisen die de theorie van Fishbein stelt aan het te meten gedrag. Het gedrag moet zeer specifiek zijn en het tijdstip van de meting en het te vertonen gedrag moeten snel op elkaar volgen.

De zwakke correlaties die gevonden worden kunnen verklaard worden aan de hand van de richtlijnen die Fishbein geeft voor het meten van de variabelen. De variabelen dienen namelijk allemaal op hetzelfde niveau gemeten te worden. In paragraaf 6.5. zal verder ingegaan worden op hoe de variabelen in dit onderzoek gemeten zijn.

6.5. Toepasbaarheid van het Fishbein-model voor de vraag- en doelstelling van het onderzoek

In de nu volgende paragraaf zal per variabele uit het model van Fishbein nagegaan worden wat er mogelijksterwijs aan de operationalisering verbeterd zou kunnen worden.

6.5.1. Het gedrag

In dit onderzoek wordt gevraagd 'of en hoe vaak een respondent in het afgelopen jaar zijn huisarts heeft laten merken, dat hij naar de specialist wilde'.

Het gedrag is derhalve retrospectief gemeten over een periode van één jaar. In de eerste plaats is de periode van één jaar erg lang. In de tweede plaats is een retrospectieve meting alleen mogelijk bij zeer specifiek gedrag, dat door iedereen hetzelfde wordt opgevat. In dit onderzoek is dat niet het geval. De uitdrukking 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' zal beslist niet door iedereen hetzelfde zijn opgevat. Er is geen sprake van één specifieke gedraging, maar van een heel scala van impliciete en expliciete, verbale en non-verbale gedragingen, die erop gericht zijn de beslissing van de huisarts te beïnvloeden. Deze non-specificiteit heeft in dit onderzoek twee gevolgen:

1. De betrouwbaarheid van de retrospectieve gedragsmeting is - mede door de lange periode - waarschijnlijk niet groot.
Rechtstreekse meting is via een vragenlijst niet mogelijk. Bovendien is onzeker of en wanneer het gedrag vertoond zal worden. Bij veel onder-vraagden ontbreekt immers de noodzaak om de hulp van huisarts of specialist in te roepen: ze zijn niet ziek!
2. Het gedrag kan niet met één woord aangeduid worden, maar dient omschreven te worden. Dit heeft geleid tot lange en ingewikkelde zinnen, die niet erg tot de verbeelding spreken. In een aantal gevallen is het nodig gebleken een vraag te laten vervallen, omdat een goede taalkundige formulering niet mogelijk bleek.

De onderzoekers hebben het probleem wel onderkend, maar het is niet gelukt om in de beschikbare tijd tot een eenduidigere operationalisatie van het gedrag te komen.

Daarnaast speelt de onbekendheid met het gedrag "laten merken aan de huisarts dat je naar de specialist wilt" een rol. Niet iedereen heeft ervaring met dit gedrag of heeft er over nagedacht, zodat het voor velen moeilijk is hierover een vragenlijst in te vullen. Verder wordt de uiteindelijke

beslissing niet door de patiënt zelf, maar door de huisarts genomen. Het gedrag dat een patiënt kan vertonen, kan dus nooit het verwijzen zelf zijn, maar hooguit iets onduidelijks in de zin van: 'aandringen op c.q. vragen om een verwijzing', 'laten merken dat', etc.

Het lijkt derhalve raadzaam om in een volgend onderzoek een betere operationalisatie van het gedrag te zoeken. Het probleem van de onbekendheid met het gedrag kan ondervangen worden door in de steekproef alleen mensen op te nemen die in de wachtkamer van een huisarts zitten en waarschijnlijk een grotere ervaring met het gedrag hebben. Het punt dat de patiënt het verwijzen zelf niet beslist blijft bestaan (zie volitional control, Fishbein, 1980).

6.5.2. Gedragsintentie

De gevonden correlatie tussen het gedrag en de gedragsintentie (.18) is laag. Een mogelijke verklaring voor deze lage correlatie kan zijn dat het gedrag en de gedragsintentie niet op hetzelfde niveau gemeten zijn. Het model van Fishbein verlangt dat alle variabelen op hetzelfde niveau van specificiteit c.q. algemeenheid worden gemeten (bijv. als de attitude t.a.v. lichaamsbeweging wordt onderzocht, dient ook de gedragsintentie t.a.v. lichaamsbeweging te worden onderzocht en niet die t.a.v. voetballen). Bij de samenstelling van de vragenlijst kon hier niet consequent de hand aan worden gehouden. Het gedrag is algemeen gemeten (de huisarts laten merken dat je naar een specialist wilt), terwijl de gedragsintentie daarentegen klachten-specifiek gemeten is.

Er kan niet aangenomen worden dat er een klacht bestaat die voor alle mensen eenduidig is, aangezien sommige mensen wel ziek zijn, en anderen niet. Een dergelijke vraag is nagenoeg zonder betekenis en niet te beantwoorden. De gedragsintentie is derhalve door middel van negen klacht-specifieke vragen en een algemene vraag gemeten, ervan uitgaande dat het totaal van tien vragen een algemene gedragsintentie weergeven. Gezien het feit dat (zoals bij de item-analyse bleek, paragraaf 4.6.) bij de gedragsintentie sprake is van één duidelijke factor, lijkt deze veronderstelling gerechtvaardigd. Er dient evenwel aangetekend te worden dat de op meer algemeen niveau geformuleerde vraag slecht correleert met de andere vragen. Dit kan mogelijk kerwijs duiden op het feit dat met de specifieke vragen iets anders gemeten wordt, dan met de algemene vraag. Dit verschil in de specificiteit van het meten kan de lage correlatie verklaren tussen gedrag en gedragsintentie.

6.5.3. Indirecte attitude

Tussen de indirecte- en directe attitude wordt een redelijk sterke correlatie gevonden (.35). De multiple regressie-coëfficiënt van de indirecte attitude en de subjectieve norm met de gedragsintentie bedraagt .42. Deze correlaties zijn redelijk hoog te noemen. Toch zijn bij de hypothese-toetsing weinig significante resultaten gevonden met de indirecte attitude. Dit zou verklaard kunnen worden door de manier van operationaliseren van de indirecte attitude. Bij het meten van de indirecte attitude m.b.v. waarschijnlijkheden, doet zich het volgende probleem voor. Het begrip 'laten merken naar de specialist te willen' is tamelijk onbekend, waardoor het ook moeilijk bleek om beliefs te vinden, die met dit gedrag te maken hebben.

Nagenoeg alle waarschijnlijkheidsuitspraken in de vragenlijst impliceren dat de wens om verwezen te worden ingewilligd wordt en noemen geen kenmerk van het vragen om een verwijzing, maar van het gevolg ervan: de behandeling in de tweede lijn.

Slechts één belief-vraag gaat over het directe gevolg van het vragen om een verwijzing (nl.: dat mijn huisarts geïrriteerd raakt).

Voor de inventarisatie van de saillante beliefs is afgeweken van Fishbein. Niet alle 'beliefs' die door middel van vraaggesprekken zijn geïnventariseerd zijn in de vragenlijst opgenomen. Eigen beliefs zijn aan de geïnventariseerde toegevoegd.

Twee beliefs waarvoor het niet mogelijk bleek een bijbehorende evaluatie te formuleren, zijn zonder evaluatie in de vragenlijst opgenomen. Bij de analyse is de evaluatie door de onderzoekers gesteld op 'goed'. Een evaluatie is zonder bijbehorend belief opgenomen. In de analyse is de waarde van het ontbrekende belief op 'waarschijnlijk' gesteld.

6.5.4. Directe attitude

De correlatie van de directe attitude met de gedragsintentie is redelijk hoog (.42). De directe attitude is algemeen gemeten, namelijk als evaluatie van het gedrag. Er is hiervoor gebruik gemaakt van de schaal van Osgood, die Fishbein ook gebruikt.

Als een betere operationalisatie wordt gevonden voor het gedrag, dan zal de directe attitude eveneens betere resultaten geven.

6.5.5. Subjectieve norm

De subjectieve norm is uitsluitend direct gemeten. Indirecte meting leek - alweer vanwege de geringe bekendheid van het begrip 'verwijzen' - een zin-

loze aangelegenheid te worden en is achterwege gelaten.

Er is een lage correlatie gevonden tussen de subjectieve norm en de gedragsintentie (.25). De extra variantie die de subjectieve norm verklaart van de gedragsintentie is eveneens gering. Dit roept de vraag op of mensen zich inderdaad laten leiden door anderen als het om een dergelijk persoonlijk gedrag gaat. Uit de gehouden interviews is veel naar voren gekomen dat mensen "dat wel zelf bepalen" en zich niet veel aantrekken van anderen.

6.6. Nadere bespreking van de onderzoeksresultaten

In het navolgende zal worden ingegaan op de resultaten van dit onderzoek, zoals weergegeven in het vorige hoofdstuk.

Indien mogelijk zullen de gegevens gerelateerd worden aan ander onderzoek en bestaande literatuur op dit gebied.

6.6.1. Tijdprijs

De hypothese met betrekking tot de tijdprijs en gedragsintentie wordt bevestigd. M.b.t. de tijdprijs kan het volgende opgemerkt worden: de operationalisatie van tijdprijs is het verschil in moeite wat gedaan moet worden om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist en de moeite die gedaan moet worden om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts.

Mensen met een hoge tijdprijs moeten veel extra moeite doen voor een bezoek aan de specialist, in tegenstelling tot mensen met een lage tijdprijs, voor wie het geen verschil maakt, of voor wie bezoek aan de huisarts meer moeite kost qua tijd. Uit de analyses blijkt dat men inderdaad in termen van verschillen denkt, men maakt een afweging tussen datgene wat veel en datgene wat weinig moeite kost.

Het aantal bezoeken aan de specialist en de moeite die gedaan moet worden om tijd vrij te maken, vertoont geen significant verband. Voor het aantal bezoeken aan de huisarts geldt hetzelfde; er is geen verband met de moeite om tijd vrij te maken voor huisarts-bezoek. Met andere woorden de absolute moeite voor alleen de huisarts en/of alleen de specialist, lijkt niet van belang te zijn. Men weegt de moeite voor specialistenbezoek en huisartsenbezoek tegen elkaar af. Volgens de hypothese zou er een verband moeten bestaan tussen tijdprijs en gedragsintentie.

Dit blijkt inderdaad het geval: mensen die veel extra moeite moeten doen voor een bezoek aan de specialist, hebben minder snel het voornemen de huisarts om een verwijzing te vragen, dan diegenen voor wie het geen verschil maakt of juist minder moeite kost naar de specialist te gaan. Dit betekent dat wanneer

nu de afstand tot de tweedelijnsvoorzieningen afneemt (er komt een ziekenhuis bij), de te investeren moeite voor specialistenbezoek zal afnemen; het verschil tussen huisartsen- en specialistenbezoek zal op dit punt ook minder groot worden. Een groter aantal mensen zal nu een lage tijdprijs krijgen; bij een groter aantal mensen zal de neiging om aan te dringen op verwijzen toenemen.

Wanneer nu gekeken wordt of bovengenoemd verband tussen tijdprijs en gedragsintentie wellicht sexe-gebonden is, dan blijkt deze veronderstelling bevestigd te worden.

Bij mannen wordt geen verschil in gedragsintentie gevonden als gevolg van een hoge of lage tijdprijs. Blijkbaar laten mannen hun voornemen om wel of niet om een verwijzing te vragen, niet afhangen van het feit of een bezoek aan de specialist veel extra moeite met zich meebrengt. Vrouwen lijken dit punt wel bij hun overwegingen te betrekken.

Het blijkt daarnaast dat vrouwen vooral een hoge tijdprijs hebben en mannen vooral een lage tijdprijs; dit afgezien van het beroep. Voor de beroepen uitgeoefend in loondienst en scholier/student blijkt namelijk dat mannen voornamelijk een lage tijdprijs en vrouwen een hoge tijdprijs hebben. Het feit dat vrouwen vaak een hoge tijdprijs hebben en mannen een lage tijdprijs, kan mogelijk verklaard worden door de dubbele bezigheden van vrouwen wanneer ze werken. Bijvoorbeeld: werken en de zorg voor het huishouden en het gezin.

Voor mannen geldt daarentegen dat de meesten naast hun baan niet ook nog huishoudelijke taken hebben.

Het voorgaande betekent waarschijnlijk dat de significantie van de relatie tijdprijs en gedragsintentie het gevolg is van het significante verband wat gevonden is voor vrouwen.

Met betrekking tot de relatie tijdprijs en indirecte attitude vonden wij het volgende. Er wordt géén verband gevonden wanneer gekeken wordt naar alle respondenten; voor sommige groepen uit de steekproef gaat het echter wél op. Tijdprijs blijkt alleen van invloed te zijn op de indirecte attitude, wanneer men zich over het algemeen gezond voelt, of tevreden is over de huisarts. Wanneer men een goede gezondheid heeft, dan speelt het feit of men extra moeite moet doen voor een bezoek aan de specialist mee bij het bepalen van de houding ten opzichte van: "de huisarts laten merken naar de specialist te willen". Heeft men een hoge tijdprijs, dan beoordeelt men het vragen om verwijzen negatiever dan wanneer men een lage tijdprijs heeft. Hetzelfde geldt voor mensen die

tevreden zijn met de huisarts.

Voor mensen met een slechte gezondheid of mensen met een heel goede gezondheid is de extra te investeren moeite voor de specialist geen factor van belang bij het bepalen van de houding.

Een slechte gezondheid zal de noodzaak van verwijzen benadrukken; mensen met daarentegen een heel goede gezondheid kunnen zich die noodzaak in het geheel niet voorstellen.

Dezelfde lijn is aan te treffen met betrekking tot de tevredenheid met de huisarts. Alleen voor tevreden mensen is een verband aan te treffen.

Heel tevreden mensen, tamelijk tevreden en ontevreden mensen laten hun tijdsprijs niet meespelen bij hun attitude ten aanzien van verwijzen.

Voor mensen die ontevreden of tamelijk tevreden zijn met de huisarts is geen significant verband gevonden. Blijkbaar is de extra te investeren moeite geen factor van belang bij het bepalen van de houding ten opzichte van het vragen en verwijzen. Mogelijk beoordeelt men "vragen om verwijzen" en de consequenties daarvan positiever wanneer men tamelijk tevreden of ontevreden is over de huisarts. Het alternatief van "verwezen worden" wordt minder negatief. Dit laatste geldt niet voor héél tevreden mensen: mogelijk laten zij hun keuze bepalen door hun goede contact met de huisarts. Tijdsprijs speelt dan veel minder mee als argument.

Cassée (1969) vindt dat de tevredenheid van de patiënt met de huisarts voor een groot deel bepaald wordt door de houding van de arts. De mate van afstandelijkheid in zijn/haar gedrag en de mogelijkheid die patiënten krijgen om over hun problemen te praten zijn bijvoorbeeld punten van belang. Wellicht is het zo dat wanneer men niet goed kan opschieten met de huisarts, de tijdsprijs geen factor van belang is.

Met betrekking tot gezondheid kan gesteld worden dat wanneer men een slechte gezondheid heeft, de afweging van wel of geen extra moeite moeten doen voor bezoek aan een arts niet gemaakt wordt. Bezoek aan huisarts of specialist en de moeite die daarvoor gedaan moet worden is onvermijdelijk om beter te worden.

Het feit dat voor álle respondenten uit de steekproef geen significant, en voor enkele mensen wél een significant verband gevonden wordt, duidt erop dat met name de "niet-gezonden" en de "niet-tevredenen" het ontbreken van dit verband bepalen.

6.6.2. Stedeling-plattelander

Er is geen verschil gevonden in attitude of gedragsintentie tussen mensen uit de stad en mensen van het platteland.

Ook als rekening wordt gehouden met de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis in de vorige of huidige woonplaats treden geen verschillen tussen stedelingen en plattelanders naar voren voor wat betreft hun attitudes of gedragsintentie.

Dit kan komen door de speciale manier van operationalisatie van de begrippen "stedeling" en "plattelander" in dit onderzoek. In ander onderzoek (Gall, 1978) worden mensen die 10 jaar of korter in een dorp wonen en daarvoor in een stad gewoond hebben, opgevat als "stedeling" en mensen die langer dan 10 jaar in een dorp wonen als plattelander. In het onderzoek in Nieuw-Vennep is om praktische redenen een grens van 16 jaar gehanteerd. De vraag is of mensen die 16 jaar in Nieuw-Vennep wonen nog een "stadse" mentaliteit hebben; hier is in dit onderzoek wel vanuit gegaan.

Wél is gebleken dat stadsmensen het afgelopen jaar gemiddeld vaker een specialist bezocht hebben dan plattelanders. Dit komt overeen met de resultaten van Van Es en Pijlman (1970), die hebben gevonden dat het aantal verwijzingen in de stad groter is dan op het platteland.

Aangezien attitudes en gedragsintentie geen verschil laten zien tussen stedelingen en plattelanders zal een andere verklaring moeten worden gezocht voor het verschil in aantal bezoeken aan de specialist. Gedacht kan worden aan een verschil in taakopvatting tussen de huisarts op het platteland en de huisarts in de stad. Een aantal onderzoeken heeft hier inderdaad verschillen tussen gevonden (Ruhe, 1967; Van Es en Pijlman, 1970). Binnen dit onderzoek is de taakopvatting van de huisarts niet onderzocht, zodat deze veronderstelling niet getoetst kan worden.

Aanbeveling voor volgend onderzoek

Wil er een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen stedelingen en plattelanders en hun attitude en gedragsintentie ten aanzien van het de huisarts laten merken verwezen te willen worden, dan zullen van tevoren duidelijke vastgestelde groepen "stedelingen" en "plattelanders" genomen moeten worden.

6.6.3. Verzekeringsvorm

Zoals in hoofdstuk 5 naar voren is gekomen, zijn er voor de verzekeringsvorm geen significante resultaten. De verwachte verschillen tussen ziekenfondsver-

zekerden en particulier verzekerden zijn niet bevestigd. Deze verschillen werden verwacht op grond van het kostenaspect van de medische zorg. Ziekenfondsverzekerden zijn zowel voor huisartskosten als voor specialistische zorg verzekerd, terwijl particulier verzekerden óf ook voor beiden volledig verzekerd zijn óf gedeeltelijk óf soms zelfs voor een van beiden helemaal niet verzekerd zijn.

Kennelijk spelen deze extra kosten voor particulieren geen rol bij hun attitudes of gedragsintentie aangaande het laten merken verwezen te willen worden. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de meeste particulier verzekerden wel een verzekering hebben voor de "duurdere" specialistische hulp, terwijl een aanzienlijk aantal de "goedkopere" huisartskosten niet meeverzekerd heeft. Kennelijk hebben deze lagere huisartskosten niet zo'n grote invloed op de attitude en de gedragsintentie. Verder komt uit de opmerkingen die de respondenten bij de vragenlijst maken naar voren dat men het belangrijker vindt dat er een noodzaak is om naar de dokter te gaan dan dat men naar de kosten kijkt die een bezoek aan de dokter met zich mee brengen. Het verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden dat in andere onderzoeken gevonden wordt (v.d. Ven, 1980) ligt waarschijnlijk aan de rol die de huisarts bij de verwijzing speelt. In dit onderzoek is alleen naar de rol van de patiënt gekeken voor wat betreft de invloed op de verwijzing.

Aanbeveling voor volgend onderzoek

Het verdient aanbeveling om nauwkeuriger na te gaan in hoeverre de kosten voor medische zorg de attitude en gedragsintentie ten aanzien van verwijzen bepalen. Hiertoe zal een grote groep particulier verzekerden met vele vormen van eigen risico voor huisartshulp en specialistenhulp onderzocht moeten worden, los van ziekenfondsverzekerden.

6.6.4. Invloed van indirecte en directe attitude op gedragsintentie

Hypothese 1 onderzoekt de invloed van de indirecte en de directe attitude op de gedragsintentie. Deze hypothese wordt bevestigd; er zijn positieve correlaties gevonden. Enigszins verwonderlijk is het daarom dat hij de toetsing van de andere hypothesen geen significante verbanden zijn gevonden met directe attitude en wel met indirecte attitude.

Beide attitudes zouden volgens Fishbein hetzelfde moeten meten.

Een mogelijke verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat directe attitude en indirecte attitude wellicht verschillende facetten van een onderliggend concept meten, waarbij de indirecte attitude wel beïnvloed wordt en directe attitude niet.

Directe attitude wordt gevraagd door respondenten het gedrag zelf te laten beoordelen, door middel van "gevoelsdimensies" zoals goed, slecht/nuttig, nutteloos/aanvaardbaar, onaanvaardbaar, etc. Men zou dat een algemene beoordeling van het gedrag kunnen noemen.

Dit in tegenstelling tot de indirecte attitude: daar gaat het om de beoordeling van specifieke kenmerken van het gevolg van het gedrag (i.c. de situatie die ontstaat als gevolg van het verwezen zijn). Deze attitude kan als veel rationeler gezien worden, namelijk de evaluaties van gevolgen. Mogelijkerwijs zijn variabelen als tijdprijs, verzekeringsvorm en stad-plateland niet relevant wanneer men op meer algemene wijze zijn houding t.o.v. vragen om verwijzing bepaalt.

6.6.5. Factoren van invloed op de neiging te vragen om verwijzing

Op grond van de resultaten van dit onderzoek moeten we concluderen dat de onderzochte achtergrondvariabelen niet het verwachte effect hebben op de (in)directe attitude en gedragsintentie.

Alleen de tijdprijs is van invloed bij bepaalde groepen respondenten. Voorts kan opgemerkt worden dat het soort afwegingen wat in de "beliefs" naar voren komt alleen meespeelt in de beslissing, wanneer men van tevoren besloten heeft naar de specialist te willen nog zonder de arts te hebben gezien.

Met andere woorden wanneer men het alleen bepaalt zonder daarbij de mening van de arts te betrekken. Dit laatste lijkt, gezien de inhoudsanalyse, vaak niet de gang van zaken. De vraag is nu of er op grond van de onderzoeksresultaten, aanwijzingen zijn om mogelijke factoren die wél van invloed zijn te vinden. De inhoudsanalyse biedt in dit geval aanknopingspunten. Hieruit blijkt namelijk dat de relatie met de huisarts als heel belangrijk gezien wordt.

Met betrekking tot de relatie met de huisarts kan het volgende opgemerkt worden. Ten eerste: de tevredenheid van de patiënten is grotendeels afhankelijk van de beoordeling van het contact met de huisarts. Goede uitleg is van belang en daarnaast wil de patiënt de ruimte hebben om zijn/haar problemen te bespreken.

Cassee's bevindingen zijn gelijksoortig (Cassee, 1969); hij vindt dat de tevredenheid met de huisarts toeneemt, naarmate de huisarts minder kortaf is, minder afstand houdt en de indruk geeft dat de patiënt over zijn/haar proble-

men kan praten.

De interpersoonlijke stijl van de huisarts is blijkbaar van invloed op de tevredenheid van de patiënt.

Van méér belang lijkt echter het tweede punt: het lijkt zinvol na te gaan hoe zowel huisarts als patiënt hun contact zien: als overlegsituatie of als een situatie waarin alleen mededelingen gedaan worden.

Deze onderzoeksresultaten wijzen erop dat veel patiënten uitgaan van een overlegsituatie en weinigen van te voren een standpunt bepalen om die mede te delen aan de huisarts, in de vorm van de wens verwezen te willen worden.

Welke invloed de patiënt heeft in een dergelijke overlegsituatie zal gedeeltelijk afhangen van zijn/haar idee over de mate waarin hij/zij de uitkomst kan bepalen. Maar: waar ligt de locus of control (Rutten; zie Berkowitz, 1975) volgens de patiënt : bij hemzelf of bij de huisarts?"

Resumerend: factoren van belang voor de neiging van patiënten te vragen om een verwijzing zijn:

- a) de tevredenheid met de huisarts;
- b) de uitkomst van het overleg;
- c) de locus of control.

Met betrekking tot het onderzoek naar het aandeel van patiënten in de beslissing om te verwijzen (en daarmee hun invloed op de verwijzpercentages), leidt dit tot de volgende aanbevelingen voor onderzoek:

- 1) De invloed van de patiënt is niet los te zien van de relatie huisarts-patiënt. Deze relatie zou object van studie moeten zijn.
- 2) Met betrekking tot de relatie kan gesteld worden dat deze niet volstrekt gelijkwaardig is. Onderzocht zou moeten worden in hoeverre de ruimte van de patiënt invloed uit te oefenen, bepaald wordt door de taakopvatting en de interpersoonlijke stijl van de huisarts.

LITERATUURLIJST

- Azjen, I. en Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behaviour, Prentice Hall, New Jersey, 1980.
- Berkowitz, L., A survey of social psychology, Dryden Press., Illinois, 1975.
- Brémer, G.J., Het verwijzen in de huisartspraktijk, van Gorcum en Comp. N.V., Assen, 1964.
- Cassee, Drs. E.T., Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt, in: Huisarts en Wetenschap, nr. 12, 1969.
- Cassee, Dr. E. Th., Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg; Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden, 1973.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage, 1978.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Migratiecijfers over Lelystad (1980) en Haarlemmermeer (1972-1980), Serie A3, 1980, ongepubliceerd.
- Child, Dennis, The essentials of factor analysis, Holt, Rinehart and Winston, Toronto, 1970.
- Constandse, A.K. en Schonk, M.K.A. , Leven in Lelystad, Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Rijksdienst voor IJsselmeerpolders, 1980.
- Dillman, Don. A., Mail and telephone surveys; the total design method, John Wiley and Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, 1978.
- Es, Prof. Dr. J.C. van en Pijlman, ir.R., Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken, in: Huisarts en Wetenschap, nr. 13, 1970.
- Fokkens, O. Het gebruik van ziekenhuisbedden door fondspatiënten, Medisch Contact 29, 1974, 332; 30, 1975, 173.
- Gall, J. Dorpskernen in Nederland, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Leiden, 1978.
- Gemeente Lelystad, cijfers over Lelystad, 1981.
- Hays, William L., Statistics for the social sciences, Holt, Rinehart and Winston, Inc., Toronto, 1973.
- Huygens, prof. Dr. F.J.A. en Melker, Dr. R.A. de, Over het verwijzen door de huisarts, in: Medisch Contact, nr. 28, 1973.
- Kok, Gerjo, e.a., Attitudes, sociale normen en energiebesparend gedrag, Groningen, jaartal onbekend.
- Kruidenier, Ir. H.J., Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijzingspatroon, in: Inzet, nr. 1, 1977.
- Kuyvenhoven, M. en F. Touw-Otten, De verschillen en overeenkomsten in frequentie van eerste contacten tussen agrarische, autochtone en forensengezinnen; Rapp. Instituut voor Huisartsgeneeskunde der R.U.U., 1978.

- Methoden en technieken, inleiding in de, Vakgroep Methoden en technieken, Leiden, 1977.
- Methoden en Technieken, klapper van de vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Leiden, 1980.
- Mootz, M., De patiënt en zijn naasten, Drukkerij J.H. Pasmans BV, 's-Gravenhage, 1981.
- Nie, Norman H. e.a., Statistical Package for the Social Sciences, Mc Graw-Hill book Company, Toronto.
- Nipo-enquête; De Nederlander en zijn dokter, in : Medisch Contact, nr. 5, april 1981.
- Pel, Dr. J.Z.S., Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage, in: Medisch Contact, nr. 30, 1975.
- Ploeg, H.M. van der, Onderzoek naar het verband tussen frequenties van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken, deel I, in: Huisarts en Wetenschap, nr. 19, 1976.
- Ploeg, H.M. van der, Onderzoek naar het verband tussen frequenties van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken, deel II, in: Huisarts en Wetenschap, nr. 20, 1977.
- Poeisz, Jos. J. en H.F. Walta, Chirurgen in ziekenhuispraktijken; Publicatie 80.168, NZI, 1980.
- Posthuma, B. en Van der Zee, J., Tussen eerste en tweede echelon deel 1, Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht/Groningen, december 1977.
- Puijlaert, F.W.J., Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost, in: Medisch Contact, nr. 33, 1978.
- Ruhe, Dr. H.A.M., Verwijsgewoonten in de huisartspraktijk, in: Huisarts en Wetenschap, nr. 10, 1967.
- Segers, J.H.G., Sociologische onderzoeksmethoden, van Gorcum, Assen/Amsterdam, 1977.
- Sociografisch Bureau De Meerlanden, statistisch jaaroverzicht, 1980/1981.
- Subsidie-aanvraag voor het onderzoek "Ziekenhuis Lelystad" bij het Praeventiefonds.
- Ven, W.P.M.M. van de, e.a., Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, in: Gezondheid en Samenleving, jaargang. 1, nr. 4, 1980.
- Vuga's alfabetische plaatsnamenlijst van Nederland, Vuga Boekerij, 's-Gravenhage, 1979.
- Walta, H.F., Kinderartsen in ziekenhuispraktijken; Publikatie 79.153, NZI, 1979.

BIJLAGE I : VRAGENLIJST MET FREQUENTIES

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 - 3500 GN utrecht

RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN
FACULTEIT DER SOCIALE WETENSCHAPPEN

HUISARTS OF SPECIALIST: WAT VINDT DE PATIËNT ERVAN?

TOELICHTING:

WIJ VERZOEKEN U DEZE VRAGENLIJST IN TE VULLEN.
HET IS DAARBIJ VAN BELANG DAT U GEEN VRAGEN OVERSLAAT.
LET U VOORAL GOED OP DE AANWIJZINGEN. WILT U EEN KRUISJE
ZETTEN IN HET HOKJE DAT HET MEEST MET UW MENING OVEREENKOMT.

BIJVOORBEELD:

A = Zeer goed E = Tamelijk slecht
B = Goed F = Slecht
C = Tamelijk goed G = Zeer slecht
D = Niet goed en
niet slecht

Trimmen voor mijn gezondheid vind ik

A	B	C	D	E	F	G
☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐

DIT BETEKENT DAT U TRIMMEN TAMELIJK GOED VOOR UW GEZONDHEID VINDT.

BIJ VOORBAAT ONZE DANK VOOR UW MEDEWERKING.

Hieronder volgt allereerst een aantal zaken waarvan wij graag willen weten of U ze in het algemeen goed of slecht vindt. Ze hebben allemaal te maken met ziekte, gezondheid en dokters.

Zet U een kruisje in het hokje wat het meest met Uw mening overeenkomt.

A = Zeer goed
B = Goed
C = Tamelijk goed
D = Niet goed en
niet slecht
E = Tamelijk slecht
F = Slecht
G = Zeer slecht

	A	B	C	D	E	F	G
1a. Veel medische onderzoeken moeten ondergaan vind ik	14	74	38	65	25	20	8
b. Als mijn huisarts mij naar de specialist verwijst vind ik dat	80	144	9	8	1	0	0
c. Als het lang duurt voordat ik echt behandeld word voor mijn klachten, vind ik dat	0	1	1	14	53	91	84
d. Behandeld worden door een arts met meer kennis dan mijn huisarts, vind ik	77	135	17	12	0	2	0
e. Te weten komen of mijn klachten ernstig zijn vind ik	120	107	8	7	0	0	2
f. Mijn huisarts laten zien dat ik weinig vertrouwen in hem heb vind ik	15	66	20	35	25	40	43
g. Als de premie voor mijn ziekenfonds- of ziektekosten-verzekering hoger wordt, vind ik dat	0	11	11	102	34	42	41
h. Langer onder behandeling gehouden worden door een specialist dan eigenlijk noodzakelijk is, vind ik	1	3	8	29	26	68	110
i. Veel moeten regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist vind ik	0	12	8	65	64	56	40
j. Als mijn huisarts geïrriteerd raakt vind ik dat	1	4	2	40	52	67	78
k. Hoge kosten moeten maken voor het reizen naar de specialist vind ik	0	5	4	57	54	73	51
l. Geld uitsparen op mijn huisartsennota's vind ik	9	19	12	58	31	70	39
m. Onpersoonlijk behandeld worden door een specialist vind ik	0	3	0	9	21	76	135
n. In het ziekenhuis opgenomen worden vind ik	13	92	10	78	12	15	21
o. Veel tijd kwijt zijn met reizen naar de specialist vind ik	1	4	2	55	70	71	0
p. Als er door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden, vind ik dat	154	85	2	1	0	1	1
q. Zelf beslissen of ik naar de specialist moet, vind ik	34	82	36	45	23	19	6

U bent misschien zelden ziek, maar toch willen wij U in deze vragenlijst iets vragen over wat mensen zoal doen als ze met klachten over hun gezondheid bij de huisarts komen.

Een van de dingen die mensen dan kunnen doen, is de huisarts laten merken dat ze eigenlijk liever naar de specialist willen. Ze kunnen dat heel duidelijk doen door om een verwijskaart te vragen, maar het kan ook op een minder openlijke manier, bijvoorbeeld door zo iets te zeggen als: "U schijnt ook niet te weten wat het is dokter", "mijn zuster is hier vorig jaar mee naar de specialist geweest", of iets dergelijks. Al die dingen samen noemen we 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil'. Over dat onderwerp willen wij U graag een aantal vragen stellen.

Daarom volgt hieronder een aantal uitspraken. Wilt U naast elke uitspraak aangeven hoe waarschijnlijk U die uitspraak vindt? Zet U een kruisje in het hokje dat het best met Uw mening overeenkomt.

Vult U wel alle vragen in, ook wanneer U ze misschien wat vreemd vindt.

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1 = Zeer waarschijnlijk | 5 = Tamelijk onwaarschijnlijk |
| 2 = Waarschijnlijk | 6 = Onwaarschijnlijk |
| 3 = Tamelijk waarschijnlijk | 7 = Zeer onwaarschijnlijk |
| 4 = Even waarschijnlijk als onwaarschijnlijk | |

2. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil:

	1	2	3	4	5	6	7
a. betekent dat ik veel medische onderzoeken zal moeten ondergaan.	61	69	29	60	12	6	6
b. betekent dat mijn huisarts mij naar de specialist zal verwijzen.	41	94	38	50	14	4	2
c. betekent dat het lang duurt voordat ik echt behandeld word voor mijn klachten.	11	28	37	50	50	41	28
d. betekent dat ik behandeld zal worden door een arts met meer kennis dan mijn huisarts.	113	79	19	19	3	5	4
e. betekent dat ik te weten kom of mijn klachten ernstig zijn.	60	80	33	54	7	4	5
f. betekent dat ik mijn huisarts laat zien dat ik weinig vertrouwen in hem heb.	6	14	12	35	19	80	77
g. betekent dat de premie voor mijn ziekenfonds- of ziektekostenverzekering hoger wordt.	7	11	9	29	22	68	96
h. betekent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij langer onder behandeling houdt dan eigenlijk noodzakelijk.	4	9	11	44	43	73	59
i. betekent dat ik veel moet regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist.	36	64	38	38	24	29	15
j. betekent dat mijn huisarts geïrriteerd raakt.	7	5	4	36	40	68	83
k. betekent dat ik hoge kosten moet maken voor het reizen naar de specialist.	23	47	38	58	30	38	9
l. betekent dat ik geld uitspaar op mijn doktersrekeningen.	14	9	12	35	25	62	85
m. betekent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij onpersoonlijk behandelt.	7	13	24	80	27	49	44
n. betekent dat ik in het ziekenhuis zal worden opgenomen.	8	19	5	147	22	24	19

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1 = Zeer waarschijnlijk | 5 = Tamelijk onwaarschijnlijk |
| 2 = Waarschijnlijk | 6 = Onwaarschijnlijk |
| 3 = Tamelijk waarschijnlijk | 7 = Zeer onwaarschijnlijk |
| 4 = Even waarschijnlijk als onwaarschijnlijk | |

Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil:

	1	2	3	4	5	6	7
o. betekent dat ik veel tijd kwijt ben met reizen naar de specialist	39	64	38	60	18	14	8
p. betekent dat door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden.	58	90	44	46	3	1	1
q. is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst.	48	72	32	37	20	20	13
r. is mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald.	51	49	21	51	12	22	34

Zoudt U nu kunnen aangeven wat U er zelf van vindt om Uw huisarts te laten merken dat U naar de specialist wilt? Er zijn vijf vragen, de beantwoording gaat op dezelfde manier als bij de vorige vragen.

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 = Zeer wenselijk | 5 = Tamelijk |
| 2 = Wenselijk | onwenselijk |
| 3 = Tamelijk wenselijk | 6 = Onwenselijk |
| 4 = Niet wenselijk en
niet onwenselijk | 7 = Zeer onwen-
selijk |

3a. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

1	2	3	4	5	6	7
64	107	22	29	11	6	3

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 = Zeer aanvaardbaar | 5 = Tamelijk |
| 2 = Aanvaardbaar | onaanvaardbaar |
| 3 = Tamelijk aanvaardbaar | 6 = Onaanvaardbaar |
| 4 = Niet aanvaardbaar en
niet onaanvaardbaar | 7 = Zeer onaan-
vaardbaar |

3b. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

1	2	3	4	5	6	7
67	132	18	12	7	5	2

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1 = Zeer goed | 5 = Tamelijk |
| 2 = Goed | slecht |
| 3 = Tamelijk goed | 6 = Slecht |
| 4 = Niet goed en
niet slecht | 7 = Zeer
slecht |

3c. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

1	2	3	4	5	6	7
51	128	20	26	9	4	3

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 1 = Zeer nuttig | 5 = Tamelijk |
| 2 = Nuttig | nutteloos |
| 3 = Tamelijk nuttig | 6 = Nutteloos |
| 4 = Niet nuttig en
niet nutteloos | 7 = Zeer
nutteloos |

3d. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

1	2	3	4	5	6	7
55	110	32	33	5	5	2

- | | |
|--|----------------------|
| 1 = Zeer makkelijk | 5 = Tamelijk |
| 2 = Makkelijk | moeilijk |
| 3 = Tamelijk makkelijk | 6 = Moeilijk |
| 4 = Niet makkelijk en
niet moeilijk | 7 = Zeer
moeilijk |

3e. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

1	2	3	4	5	6	7
37	59	32	64	31	13	5

Het komt wel eens voor dat mensen aarzelen of zij hun huisarts zullen laten merken dat ze eigenlijk naar de specialist willen. Alles heeft immers zijn voor en zijn tegen.

Wilt U bij de volgende uitspraak aangeven wat mensen, die belangrijk voor U zijn, er in zo'n geval van vinden? Zet U een kruisje in het hokje wat het meest met Uw mening overeenkomt.

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 = Zeer waarschijn-
lijk | 5 = Tamelijk on-
waarschijnlijk |
| 2 = Waarschijnlijk | 6 = Onwaarschijnlijk |
| 3 = Tamelijk waar-
schijnlijk | 7 = Zeer onwaar-
schijnlijk |
| 4 = Even waarschijnlijk
als onwaarschijnlijk | |

4. De meeste mensen die belangrijk voor mij zijn, vinden dat ik dan mijn huisarts moet laten merken dat ik naar de specialist wil.	1	2	3	4	5	6	7
	☒ 76	☒ 85	☒ 30	☒ 27	☒ 8	☒ 8	☒ 9

5. Zoudt U zich aan de mening van onderstaande personen in zo'n geval veel gelegen laten liggen?

a. Echtgenoot/echtgenote/partner

JA ☒ 182

NEE ☒ 33

NIET VAN TOEPASSING ☒ 26

b. Mensen uit mijn omgeving met dezelfde klachten

JA ☒ 86

NEE ☒ 155

c. Andere gezins- of familieleden

JA ☒ 115

NEE ☒ 125

d. Vrienden, kennissen of collega's

JA ☒ 59

NEE ☒ 180

Hieronder wordt een aantal situaties beschreven, waarin U klachten heeft over Uw gezondheid. Wilt U bij elke situatie aangeven hoe waarschijnlijk U het vindt dat U in dat geval Uw huisarts zoudt laten merken dat U naar de specialist wilt?

Zet U weer een kruisje in het hokje dat het meest met Uw mening overeenkomt.

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 = Zeer waarschijn-
lijk | 5 = Tamelijk on-
waarschijnlijk |
| 2 = Waarschijnlijk | 6 = Onwaarschijnlijk |
| 3 = Tamelijk waar-
schijnlijk | 7 = Zeer onwaar-
schijnlijk |
| 4 = Even waarschijnlijk
als onwaarschijnlijk | |

	1	2	3	4	5	6	7
6a. U denkt dat U misschien wel iets ernstigs heeft. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	106	73	27	20	9	3	6
b. U heeft een week of drie eczeem op het lichaam en de zelf van de huisarts lijkt niet te helpen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	80	56	29	33	29	11	6
c. U bent gevallen. De huisarts heeft een lichte hersenschudding geconstateerd. Zes weken later heeft U nog regelmatig hoofdpijn. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	62	73	31	38	29	6	5
d. U heeft het gevoel dat U steeds slechter gaat horen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	87	74	32	26	18	5	3
e. U heeft sinds drie dagen een lelijk ontstoken oog. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	43	36	23	44	42	34	22
f. U heeft plotseling stekende pijn in de borst. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	54	41	25	58	35	20	11
g. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	42	39	24	60	40	26	13
h. U ontdekt een knobbeltje op Uw hand. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	39	42	27	53	41	30	12
i. U heeft, vooral 's nachts, last van kortademigheid en benauwdheid. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	43	44	40	56	34	17	10
j. U heeft al een week of vier pijn in Uw rug. De huisarts heeft een foto laten maken, waarop alles normaal is. Toch gaat de pijn niet over. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	62	76	41	28	19	8	10

Hieronder staan enkele vragen over dokters en over Uw gezondheid.

7. Vindt U dat een bezoek aan de specialist veel of weinig tijd kost?

Heel veel tijd	2
Tamelijk veel tijd	40
Niet veel, niet weinig tijd	144
Tamelijk weinig tijd	40
Heel weinig tijd	2

8. Vindt U dat een bezoek aan de huisarts veel of weinig tijd kost?

Heel veel tijd	2
Tamelijk veel tijd	32
Niet veel, niet weinig tijd	101
Tamelijk weinig tijd	100
Heel weinig tijd	8

9. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist?

Heel veel moeite	10
Tamelijk veel moeite	56
Niet veel, niet weinig moeite	73
Tamelijk weinig moeite	70
Heel weinig moeite	36

10. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts?

Heel veel moeite	3
Tamelijk veel moeite	15
Niet veel, niet weinig moeite	59
Tamelijk weinig moeite	100
Heel weinig moeite	68

11. Krijgt U de tijd die U kwijt bent aan doktersbezoek doorbetaald?

Ja, volledig 122

Ja, gedeeltelijk

Nee 32

Niet van toepassing 91

12. Heeft U werkzaamheden (werk, huishouden, gezin e.d.), die uitgesteld moeten worden om naar de specialist te kunnen gaan?

Ja, en ze kunnen lang uitgesteld worden 22

Ja, en ze kunnen tijdelijk uitgesteld worden 146

Nee 77

13. Heeft U werkzaamheden die overgenomen moeten worden als U naar de specialist wilt?

Ja, en een vervanger is moeilijk te regelen 29

Ja, en een vervanger is makkelijk te regelen 71

Nee 144

14. Hoe is over het algemeen Uw gezondheid?

Heel goed 53

Goed 144

Gaat wel 39

Niet zo best 8

Slecht 1

15. Hoe is op dit moment Uw gezondheid?

Heel goed 50

Goed 136

Gaat wel 46

Niet zo best 10

Slecht 3

16. Bent U al een keer bij Uw huidige huisarts geweest?

Ja 248

Nee 36

17. Weet U nog hoeveel keer U de afgelopen drie maanden voor Uzelf bij de huisarts bent geweest of de huisarts thuis heeft laten komen?

Geen enkele keer 81

Eén keer 89

Twee keer 35

Drie of vier keer 34

Vijf of zes keer 5

Meer dan zes keer 1

18. Heeft U Uw huidige huisarts wel eens laten merken dat U naar de specialist wilde?

Ja 43

Nee 201

Zo ja,

a. Hoe vaak?keer

b. Waarvan had U toen last?

(Klacht of ziekte invullen a.u.b.)

19. Hoe tevreden bent U alles bij elkaar genomen met Uw huidige huisarts?

Zeer tevreden 111

Tevreden 98

Tamelijk tevreden 20

Niet zo tevreden 13

Ontevreden 1

20. Bent U de laatste twaalf maanden voor Uzelf bij de specialist geweest?

Ja, tijdens opname in ziekenhuis 15

Ja, op de polikliniek keer 78

Nee 154

Tot slot volgen nog enkele vragen over Uzelf

21. Op welke wijze bent U verzekerd tegen ziektekosten?

Ziekenfonds verplicht	☒ 121
Ziekenfonds vrijwillig	☐ 12
Ziekenfonds bejaard	☐ 3
Particulier	☒ 107

Als U particulier verzekerd bent:

a. Zijn in Uw verzekering de huisartskosten meeverzekerd?

Ja	☒ 152
Gedeeltelijk, met een eigen risico tot f	☐
Gedeeltelijk, met een eigen risico van ...procent tot een maximum f	☐
Nee	☒ 48

b. Zijn in Uw verzekering de kosten voor specialistische
hulp meeverzekerd?

Ja	☒ 202
Gedeeltelijk, met een eigen risico tot f	☐
Gedeeltelijk, met een eigen risico van ...procent tot een maximum f	☐
Nee	☐ 1

22. Bent U in Nieuw-Vennep geboren?

Ja	☒ 14
Nee	☒ 230

Zo nee,

a. Wanneer bent U hier komen wonen?

In 19..

b. In welke plaats woonde U voordat U in Nieuw-Vennep kwam wonen?

In

c. Hoe groot was in Uw vorige woonplaats de afstand van Uw huis
tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis?

0- 5 km	☒ 128
5-10 km	☒ 55
11-20 km	☒ 53
Meer dan 20 km	☐ 7

23. Wat is Uw geslacht?

Man ☐ 95

Vrouw ☐ 150

24. In welk jaar bent U geboren?

In 19..

25. Wat is de hoogste opleiding die U heeft genoten?

Lager onderwijs.VGLO of LAVO ☐ 33

ULO/MULO/MAVO, Lager beroeps-
onderwijs (LTS, LEAO, huishoud-
school of anders) ☐ 104

Middelbaar onderwijs of middel-
baar beroepsonderwijs (HBS,Gym-
nasium, Atheneum, HAVO, MEAO,
MTS of vergelijkbaar onderwijs) ☐ 79

Hoger beroepsonderwijs of semi-
universitair onderwijs (Pedago-
gische Academie, Soc. Academie,
HEAO, HTS, propedeutisch of
kandidaatsexamen, MO-opl.M-akte
of vergelijkbaar onderwijs) ☐ 24

Universiteit of Hogeschool ☐ 4

26. Welke van de onderstaande situaties is het meest op U
van toepassing? (A.u.b. slechts één hokje aankruisen).

Werkzaam in loondienst ☐ 112

Werkzaam in vrij beroep
of eigen bedrijf ☐ 8

Huisvrouw ☐ 84

Thans werkloos ☐ 3

Thans arbeidsongeschikt ☐ 10

Gepensioneerd ☐ 4

Scholier, student of
ander dagonderwijs volgend ☐ 19

Hieronder volgen nog enkele vragen over de vragenlijst zelf.

A = Zeer goed E = Tamelijk slecht
B = Goed F = Slecht
C = Tamelijk goed G = Zeer slecht
D = Niet goed en
niet slecht

I. Geeft de vragenlijst over het algemeen een goede indruk
van wat U werkelijk vindt?

A	B	C	D	E	F	G
14	59	103	42	17	3	2

II. Zijn er vragen die U onduidelijk of te moeilijk vindt?

JA 54

NEE 178

Zo ja, welke? (a.u.b. nummer van de betreffende vraag invullen)

Vraag	Reden
.....	
.....	
.....	

III. Zijn er vragen waarop U eigenlijk een heel ander antwoord had willen geven?

JA 59

NEE 170

Zo ja, welke? (a.u.b. nummer van de betreffende vraag invullen)

Vraag	Eigenlijke antwoord
.....	
.....	
.....	

Op de ruimte hieronder en op de volgende bladzijde kunt U eventuele aanvullende opmerkingen maken.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING.

Utrecht, 26 februari 1982
REL 188 - JPD/JE



nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-319946

Geachte mevrouw /mijnheer,

Het Nederlands Huisartsen Instituut houdt zich bezig met onderzoek naar de manier waarop in Nederland de gezondheidszorg verbeterd kan worden.

Eén van de dingen die we daarbij graag zouden willen weten is hoe mensen denken over huisartsen en specialisten. Daartoe wordt, in samenwerking met de Rijksuniversiteit te Leiden, een onderzoek verricht onder een groot aantal inwoners van Nieuw-Vennep. Voor ons onderzoek is het van belang dat deze mensen allemaal dezelfde huisarts hebben. Daarom zijn we verheugd dat Uw huisarts, dokter Röling, erin toegestemd heeft dat wij een aantal willekeurig gekozen patiënten uit zijn praktijk een vragenlijst toesturen. Uiteraard heeft hij alléén de adressen gegeven en géén medische gegevens van patiënten.

Dokter Röling zal geen inzage krijgen in de ingevulde vragenlijsten. Verder zal hem niet bekend worden welke patiënten een vragenlijst ontvangen hebben.

Ook wij zijn uitsluitend geïnteresseerd in Uw mening over de in de vragenlijst behandelde onderwerpen. Daarom verzoeken wij U de vragenlijst anoniem (dus zonder naam en adres) in te vullen.

Wij vragen U de lijst in te vullen en zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoortenveloppe terug te sturen (U hoeft geen postzegel te plakken). Als U bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt, verzoeken wij U om de heer D. Kersten te bellen op het volgende nummer: 030-319946 op werkdagen tussen 14.00 uur en 17.00 uur.

Indien U geïnteresseerd bent in de resultaten van het onderzoek kunt U hiervan een samenvatting ontvangen door het bijgevoegde kaartje los van de vragenlijst op te sturen (U hoeft geen postzegel te plakken). Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. J.P. Dopheide

Drs. D. Kersten,
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

mariahoek 4 · utrecht · postgiro nr 394072 · amro bank nv te utrecht rekening nr 48.44.59.724

GEEN
POSTZEGEL
NODIG

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
ANTWOORDNUMMER 855
5300 ZA UTRECHT

ONDERZOEK NIEUW - VENNEP

Graag zou ik de samenvatting ontvangen van het
onderzoek in Nieuw Venneep.

Afzender:

Utrecht, 5 maart 1982
REL 190 - JPD/JE



nederlands huisartsen instituut - postbus 2570 - 3500 GN utrecht - telefoon 030-31 99 46

Geachte Mevrouw, mijnheer,

Vorige week heeft U van het Nederlands Huisartsen Instituut een vragenlijst ontvangen, waarin U gevraagd werd hoe U denkt over huisartsen en specialisten.

Als U de vragenlijst al ingevuld en teruggestuurd hebt, danken wij U hartelijk voor Uw medewerking. Als U hem nog niet hebt ingevuld, zoudt U dat dan zo spoedig mogelijk willen doen? Als we de mening van de inwoners van Nieuw-Vennep goed willen weergeven, is het van belang ook Uw mening te weten.

Heeft U geen vragenlijst ontvangen of is hij zoekgeraakt, belt U dan de heer D. Kersten op nummer 030- 31 99 46, op werkdagen tussen 14.00 uur en 17.00 uur, dan wordt U nog dezelfde dag een vragenlijst toegestuurd. Ook voor vragen of onduidelijkheden kunt U de heer Kersten bellen.

Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking,

hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

drs. J.P. Dopheide

drs. D. Kersten
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

Utrecht, 12 maart 1982
REL 191 - JPD/JE



nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-31 99 46

Geachte mevrouw/mijnheer,

Ongeveer twee weken geleden stuurden wij U een vragenlijst waarin we Uw mening vroegen over huisartsen en specialisten. Het is ditmaal de laatste keer dat U iets van ons ontvangt. Omdat wij graag willen dat zoveel mogelijk mensen reageren, en wij niet kunnen nagaan wie wél en wie géén lijst heeft ingevuld, ontvangt U weer een brief.

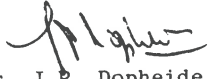
Als U de lijst al ingevuld en opgestuurd heeft, dan kunt U deze brief als niet verzonden beschouwen. Als U de vragenlijst nog niet heeft ingevuld, verzoeken wij U dit alsnog te doen. Voor het geval deze kwijt geraakt is, hebben wij nog een exemplaar hierbij ingesloten. Voor terugzending is een retourenveloppe bijgevoegd (U hoeft geen postzegel te plakken). Als U bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt, verzoeken wij U om de heer D. Kersten te bellen op het volgende nummer: 030-31 99 46, op werkdagen tussen 14.00 en 17.00 uur.

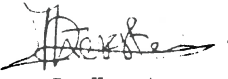
Indien U geïnteresseerd bent in de resultaten van het onderzoek kunt U hiervan een samenvatting ontvangen door het bijgevoegde kaartje los van de vragenlijst op te sturen (U hoeft geen postzegel te plakken)

Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking,

hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT


Drs. J.P. Dopheide


Drs. D. Kersten,

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

BIJLAGE VI : VRAGEN VAN DE INTERVIEWS

1A. Stel U heeft klachten.

De meeste mensen kunnen dan niet direct naar een specialist, maar moeten de huisarts om een verwijzing vragen. Wat zijn voor U de argumenten voor en tegen om zo'n verwijzing te vragen.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

1B. Waar denkt U nog meer aan bij het vragen om een verwijzing?

.....
.....

2A. Stel, U wilt Uw huisarts om een verwijzing naar een specialist vragen. Met welke mensen in Uw omgeving zoudt U daarover praten?

1.

2.

3.

4.

5.

2B. Hoe staan die mensen tegenover het vragen om een verwijzing?

3. Bij welke klachten twijfelt U of U behandeld wilt worden door Uw huisarts of door een specialist?

4. Heeft U het idee dat het feit dat er geen ziekenhuis is in Lelystad een rol speelt in de overwegingen die U heeft bij het vragen naar een verwijzing aan Uw huisarts?

JA/NEE (Doorkruisen)

(ZO ja, welke) -----

Gezondheids- onderzoek in Nieuw-Vennep

Nieuw-Vennep - Het Nederlands Huisartsen Instituut houdt zich bezig met onderzoek naar de manier waarop in Nederland de gezondheidszorg kan worden verbeterd. In verband hiermee wordt nu een onderzoek gedaan in Nieuw-Vennep, in samenwerking met de rijksuniversiteit te Leiden. Een groot aantal inwoners in Nieuw-Vennep is ingeschakeld. Voor het onderzoek is het van belang dat zij allemaal dezelfde huisarts hebben. Dokter Röling, die vorig jaar de praktijk overnam van G. van Gent, stemde er in toe dat het Nederlands Huisartsen Instituut een aantal willekeurig gekozen patiënten uit zijn praktijk een vragenlijst zond. Uiteraard gaat het hierbij alleen om de adressen en niet om medische gegevens.

Dokter Röling zal ook geen inzage krijgen in de ingevulde vragenlijsten en ook zal hij niet weten welke patiënten een vragenlijst ontvingen. De vragenlijst wordt dan ook anoniem ingevuld en opgestuurd.

De vragen gaan onder meer over de gezondheidszorg in het algemeen, over de benadering van de huisarts als men een specialist wenst.

Onderzoek naar gezondheidszorg

NIEUW-VENNEP. — Het Nederlands Huisartsen Instituut houdt momenteel in Nieuw-Vennep een onderzoek naar de manier waarop in Nederland de gezondheidszorg kan worden verbeterd. Het onderzoek gebeurt in samenwerking met de rijksuniversiteit in Leiden. Voor het onderzoek is het van belang dat een groot aantal inwoners van Nieuw-Vennep allemaal dezelfde huisarts hebben. Dokter Röling stemde er in toe dat een willekeurig gekozen aantal patiënten uit zijn praktijk een vragenlijst kregen toegestuurd. Uiteraard gaf hij alleen de adressen en géén medische gegevens.

Dokter Röling, die vorig jaar de praktijk overnam van G. van Gent, zal geen inzage krijgen in de ingevulde vragenlijsten en ook niet te horen krijgen welke patiënten een vragenlijst ontvingen. De vragenlijsten worden overigens anoniem ingevuld en teruggezonden.

De Koerier, 10-2-1982.

Artsenonderzoek in Nieuw-Vennep

NIEUW-VENNEP — Het Nederlands Huisartsen Instituut houdt zich bezig met onderzoek naar de manier waarop in Nederland de gezondheidszorg kan worden verbeterd. Een van die dingen die men daarbij graag wil weten is hoe mensen denken over huisartsen en specialisten. Daarom wordt in samenwerking met de rijksuniversiteit in Leiden, een onderzoek gedaan onder inwoners van Nieuw-Vennep. Voor het onderzoek is het van belang dat deze mensen allemaal dezelfde huisarts hebben. Met toestemming van de huisarts Röling heeft het instituut nu een aantal willekeurig gekozen patiënten uit zijn praktijk benaderd met een vragenlijst. Alleen de adressen zijn verstrekt, géén medische gegevens.

Ook zal dokter Röling geen inzage krijgen in de ingevulde vragenlijsten en komt hij niet te weten welke patiënten een vragenlijst hebben ontvangen.

Dokter Röling volgde vorig jaar de huisarts Van Gent op, die zijn praktijk neerlegde.

BIJLAGE VIII, Weging beliefs en evaluaties

Belief	x	Evaluatie	=	Produktscore	x	Regressie- coëfficiënt	=	Gewogen produktscore
Score op vraag 2a		Score op vraag 1a		BE01		.05		gew. BE01
Score op vraag 2b		Score op vraag 1b		BE02		.49		gew. BE02
Score op vraag 2c		Score op vraag 1c		BE03		-		-
Score op vraag 2d		Score op vraag 1d		BE04		.09		gew. BE04
Score op vraag 2e		Score op vraag 1e		BE05		.06		gew. BE05
Score op vraag 2f		Score op vraag 1f		BE06		.23		gew. BE06
Score op vraag 2g		Score op vraag 1g		BE07		-.36		gew. BE07
Score op vraag 2h		Score op vraag 1h		BE08		-.01		gew. BE08
Score op vraag 2i		Score op vraag 1i		BE09		.10		gew. BE09
Score op vraag 2j		Score op vraag 1j		BE10		-.05		gew. BE10
Score op vraag 2k		Score op vraag 1k		BE11		-.05		gew. BE11
Score op vraag 2l		Score op vraag 1l		BE12		-		-
Score op vraag 2m		Score op vraag 1m		BE13		-		-
Score op vraag 2n		Score op vraag 1n		BE14		.23		gew. BE14
Score op vraag 2o		Score op vraag 1o		BE15		-.13		gew. BE15
Score op vraag 2p		Score op vraag 1p		BE16		.23		gew. BE16
+ 6		Score op vraag 1q		BE17		-		-
Score op vraag 2q		+ 2		BE18		-		-
Score op vraag 2r		+ 2		BE19		-		-
Σ gew. BE's Y-intercept A : 36.42 +								

BIJLAGE IX Eigenwaarden van factoren uit principale componenten-analyse
voor indirecte attitude

	1e en 2e principale componenten-analyse	3e principale compo- nenten analyse*
Factor 1	2.71	2.64
Factor 2	2.34	2.31
Factor 3	1.55	1.43
Factor 4	1.29	1.18
Factor 5	1.16	<u>1.14</u>
Factor 6	1.10	0.95
Factor 7	<u>1.05</u>	0.87
Factor 8	0.99	0.81
Factor 9	0.88	0.78
Factor 10	0.82	0.73
Factor 11	0.74	0.67
Factor 12	0.72	0.63
Factor 13	0.66	0.58
Factor 14	0.62	0.47
Factor 15	0.61	0.44
Factor 16	0.54	0.37
Factor 17	0.45	
Factor 18	0.41	
Factor 19	0.36	

*Slechts 16 factoren, omdat BE12, BE17 en BE18 niet in de analyse zijn betrokken.

BIJLAGE XI Tabellen

G E D R A G S I N T E N T I E							
	1	2	3	4	5	6	Totaal
16-25 jaar	4	4	13	10	7	5	43
26-35 jaar	2	3	13	18	11	5	52
36-45 jaar	1	6	14	21	31	12	85
46-55 jaar	0	2	4	8	13	6	33
56-65 jaar	0	1	1	8	4	9	23
66 en ouder	0	0	0	2	2	3	7
Totaal	7	16	45	67	68	40	243

Tabel 1: Aantallen respondenten naar leeftijd en gedragsintentie
 $(\chi^2 = 44,3; df = 25; p < 0,05)$.

I N D I R E C T E A T T I T U D E						
	1	2	3	4	5	Totaal
16-25 jaar	2	11	21	9	0	43
26-35 jaar	2	18	20	12	0	52
36-45 jaar	1	28	35	19	2	85
46-55 jaar	1	7	14	10	1	33
56-65 jaar	1	1	11	8	2	23
66 en ouder	0	1	3	2	1	7
Totaal	7	66	104	60	6	243

Tabel 2: Aantallen respondenten naar leeftijd en indirecte attitude
 $(\chi^2 = 27,1; df = 20; p > 0,05)$.

T I J D P R I J S			
	Laag	Hoog	Totaal
Mannen	72	23	95
Vrouwen	65	85	150
Totaal	137	108	245

Tabel 3.1. Aantal respondenten naar geslacht en tijdprijs
 $(\chi^2 = 24; df = 1; p = 0,00).$

T I J D P R I J S			
	Laag	Hoog	Totaal
Mannen	53	20	73
Vrouwen	18	21	39
Totaal	71	41	112

Tabel 3.2. Aantal respondenten in loondienst, naar geslacht en tijdprijs
 $(\chi^2 = 6,6; df = 1; p = 0,01)$

T I J D P R I J S			
	Laag	Hoog	Totaal
Mannen	8	0	8
Vrouwen	5	6	11
Totaal	13	6	19

Tabel 3.3. Aantal studerende respondenten, naar geslacht en tijdprijs
 $(p = 0,02).$

T I J D P R I J S			
	Laag	Hoog	Totaal
In loondienst	71	41	112
Zelfstandig	5	3	8
Huisvrouwen	36	48	84
Werkloos	1	2	3
Arbeidsongeschikt	6	4	10
Gepensioneerd	2	2	4
Scholier/Student	13	6	19
Totaal	134	106	240

Tabel 4: Aantal respondenten naar beroep en tijdsprijs
 $(\chi^2 = 10,4; df = 6; p > 0,05)$.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
In loondienst	73	39	112
Zelfstandig	5	3	8
Huisvrouwen	1	83	84
Werkloos	0	3	3
Arbeidsongeschikt	4	6	10
Gepensioneerd	3	1	4
Scholier/Student	8	11	19
Totaal	94	146	240

Tabel 5: Aantal respondenten naar beroep en geslacht
 $(\chi^2 = 88,6; df = 6; p = 0,00)$.

A A N T A L B E Z O E K E N								
	A A N H U I S A R T S				A A N S P E C I A L I S T			
	0	1	2	3 of meer	0	1	2	3 of meer
INDIRECTE ATTITUDE	16,7	15,4	17,5	18,8	16,2	17,2	19,1	17,8
DIRECTE ATTITUDE	-	-	-	-	17,8	19,7	20,0	19,3
GEDRAGSINTENTIE	34,2	33,2	32,4	38,1	33,4	37,3	39,1	33,2

Tabel 6: Gemiddelde score op (in)directe attitude en gedragsintentie;
naar aantal bezoeken aan huisarts en specialist.

A A N T A L B E Z O E K E N A A N S P E C I A L I S T						
	0	1	2	3 of meer	Totaal	Gemiddeld
Plattelanders	55	5	4	5	69	0,41
Stedelingen	72	14	10	16	112	0,73
Totaal	127	19	14	21	181	0,61

Tabel 7: Aantal respondenten naar aantal bezoeken aan specialist
en stads-/plattelandsmentaliteit
($\chi^2 = 4,8$; df = 1; $p < 0,05$).

A A N T A L B E Z O E K E N A A N H U I S A R T S					
	0	1	2	3 of meer	Totaal
Lage tijdprijs	56	43	18	20	137
Hoge tijdprijs	25	46	17	20	108
Totaal	81	89	35	40	245

Tabel 8: Aantal respondenten naar aantal bezoeken aan huisarts en tijdprijs
($\chi^2 = 8,7$; df = 3; $p < 0,05$).

Huisarts of Specialist; Wat vindt de patiënt ervan?

Samenvatting

In April van 1982 is aan een deel van de patiënten uit de praktijk van uw huisarts in Nieuw-Vennep een vragenlijst verstuurd. Deze lijst is door 3/4 van de mensen ingevuld teruggestuurd. Met de vragenlijst is de mening van patiënten over verwijzen onderzocht.

Met deze samenvatting willen we informeren over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek.

Het onderzoek ging over verwijzen door de huisarts. Nu is lange tijd gedacht dat verwijzen naar een specialist een zaak is van de huisarts alleen. Dat wil zeggen dat gemeend werd door deskundigen dat patiënten weinig of geen invloed zouden hebben op het verwijzen. De laatste tijd is uit onderzoek gebleken dat patiënten wel degelijk invloed uitoefenen op het verwijzen. In een aantal gevallen namelijk vragen patiënten aan de huisarts om een verwijzing.

Met het onderzoek in Nieuw-Vennep wilden onderzoekers van het Nederlands Huisartsen Instituut, in samenwerking met de Rijksuniversiteit van Leiden, weten onder welke omstandigheden patiënten vragen om een verwijzing. Uit de resultaten blijkt in de eerste plaats dat patiënten die positief staan tegenover verwijzen zeggen meer te vragen om een verwijzing dan patiënten die er negatief tegenover staan. Dit gegeven is niet zo verwonderlijk, maar wel interessant. Het is niet verwonderlijk, omdat, als je ergens positief over denkt, je eerder in dat verband iets zult ondernemen dan wanneer je er negatief over denkt. Het is interessant omdat op het gebied van gezondheid bevestigd wordt wat op andere gebieden ook gevonden is.

Een tweede gegeven heeft te maken met de moeite die het kost om tijd vrij te maken om naar de huisarts of specialist te gaan. In de meeste gevallen moeten bezigheden onderbroken worden om naar huisarts of specialist te gaan. In het huishouden of op het werk moeten dingen geregeld worden. Als de moeite die het kost om naar de specialist te gaan groter is dan de moeite om naar de huisarts te gaan zeggen patiënten minder om een verwijzing te vragen dan in andere gevallen.

Dit is een belangrijk gegeven omdat mensen kennelijk afwegen of men wel of

naar de specialist wil; een afweging waarin bovendien niet-medische zaken (moeite) een rol spelen.

Nu blijkt verder dat deze moeite en vragen om een verwijzing vooral geldt voor vrouwen. Vrouwen die veel moeite doen om naar de specialist te gaan (in vergelijking tot gaan naar de huisarts) zeggen nauwelijks om een verwijzing te vragen. Voor mannen gaat dit gegeven niet op. Dit verschil tussen mannen en vrouwen hebben we verklaard door te veronderstellen dat een groot deel van de vrouwen een dubbele taak hebben: werken of studeren en de zorg voor het huishouden hebben. Voor deze vrouwen is de moeite die moet doen groot en dus belangrijk in de afweging om een verwijzing te vragen.

Een derde gegeven is dat verzekeringsvorm (de manier waarop patiënten verzekerd zijn: particulier of via het ziekenfonds) geen invloed heeft op het vragen om een verwijzing aan de huisarts. Dit resultaat is opvallend omdat in eerder onderzoek is gevonden dat verzekeringsvorm wel van invloed is op het aantal verwijzingen. Bij afweging van wel of niet om een verwijzing vragen laat men zich dus kennelijk niet leiden door de onkosten die gemaakt worden.

Een verder gegeven is het volgende. Het verwachte verschil tussen mensen die uit de stad komen en mensen uit Nieuw-Vennep in het vragen om een verwijzing kon door de gegevens niet bevestigd worden. Mensen uit de stad worden wel meer verwezen dan mensen van het platteland,

Tot zover de samenvatting.

Met deze samenvatting hopen wij u voldoende op de hoogte gesteld te hebben van het onderzoek en danken u nogmaals voor de medewerking.

