



VARIATIES IN PRAKTIJKSTIJLEN VAN ARTSEN

Een sociologisch verklaringsmodel

Hildegard Hermans

Centraal in deze bijdrage staat het medisch professioneel handelen van geneesheren. Aan de hand van een beknopt literatuuroverzicht over de verschillende aspecten van de medische praktijk wordt gedocumenteerd dat er belangrijke variaties bestaan in de wijze waarop geneesheren hun praktijk uitoefenen. De uitdaging is echter te begrijpen waarom de medische praktijkvoering varieert. Naast klinische criteria wordt het medisch professioneel handelen evenzeer beïnvloed door de specifieke praktijkstijlen die geneesheren aannemen. In een eerste fase wordt nagegaan of geneesheren identificeerbare houdingen en gedragingen hebben die in afzonderlijke types geklassificeerd kunnen worden. In een tweede fase wordt onderzocht waarom de medische praktijkvoering varieert. Met behulp van een aantal onafhankelijke factoren en verklarende verbindingsmechanismen wordt het raamwerk onderzocht waarbinnen een bepaalde praktijkstijl tot stand komt. Dit model wordt getoetst aan de hand van een onderzoek naar het profiel van geriatrische beroepsbeoefenaars in België.

1. VARIATIES IN HET MEDISCH PROFESSIONEEL OPTREDEN

Alle geneesheren praktiseren niet op dezelfde manier. Dat blijkt uit de variaties in het medisch professioneel handelen van geneesheren die in de socio-medische literatuur uitgebreid aan bod zijn gekomen. Geneesheren hebben het kwasi-alleenrecht om een afwijking te definiëren, om dus te bepalen wat ziekte is. Ze verwijzen de patiënt naar het laboratorium, naar de specialist, naar het ziekenhuis. En in de ziekenhuizen selecteren vooral de geneesheren wie opgenomen wordt en waar, wanneer en hoelang de patiënt gehospitaliseerd zal worden.

In deze geneesherenbeslissingen worden sterke variaties aangetoond. Geneesheren verschillen in hun evaluatie om patiënten op te nemen en in de duur dat deze patiënten in het ziekenhuis dienen te verblijven (Campbell, 1984; Westert, 1992). Gelijkaardige vaststellingen worden aangetoond bij het uitvoeren van chirurgische ingrepen en

diagnostische testen en bij het voorschrijven van geneesmiddelen (Linn e.a., 1984; Johnson e.a., 1986; Chassin e.a., 1986; Taylor en Kelner, 1987). Bovendien variëren geneesheren onderling sterk in hun tijdsbestedingspatroon en hebben ze een verschillende perceptie over hun eigen taakinhoud (Calnan, 1988; Gerrity e.a., 1990).

2. EEN VERKLARING VOOR VARIATIES IN HET MEDISCH PROFESSIONEEL OPTREDEN

Het is niet genoeg te beschrijven dat er variaties bestaan in het medisch professioneel optreden van artsen. De uitdaging is juist te verstaan waarom de medische praktijk varieert.

Algemeen wordt aangenomen dat geneesheren, in hun medisch professioneel handelen, steunen op wetenschappelijke normen, gebaseerd op behandelingen die getest zijn en hun nut al bewezen hebben. Geneesheren zouden, m.a.w., uitgaan van medische standaarden. Deze zijn gefundeerd op klinische resultaatcriteria of statistische normen. Studies bekrachtigen het belang van klinische overwegingen in de wijze waarop geneesheren hun praktijk uitoefenen. Klinische factoren zijn de beste voorspellers van geneesherenraadplegingen en van het gebruik van ziekenhuisbedden (Henke en Epstein, 1991). De ernst van de ziekte van de patiënt en zijn/haar klinische situatie speelt de belangrijkste rol in de beslissing van de geneesheer om de patiënt te hospitaliseren (McMillan e.a., 1990). Ze zijn tevens de belangrijkste determinanten van het voorschrijven van geneesmiddelen en diagnostisch testgebruik (Zelnio, 1982; Kristiansen en Hjortdahl, 1992).

Er blijven echter variaties in het medisch professioneel handelen van artsen bestaan, na controle voor de aard en de zwaarte van de ziekte (Mackenbach, 1990; Stano, 1991). Modellen die enkel rekening houden met klinische criteria zijn bijgevolg te simplistisch.

Als eerste aanvullende verklaringsfactor werd, vanaf de jaren 50, de structuur van de populatie en haar patiënten, onderzocht (Graham, 1956). Pas in de laatste decennia werden de meeste studies gecontroleerd voor de aard en de ernst van de ziekte zodat duidelijk kon worden aangetoond dat verschillen in therapie ook te wijten waren aan verschillen in sociologische situatie. Een studie van McMillan Moinpour toonde bijv. aan dat geslacht en huwelijkse staat significant gerelateerd waren met verschillen in hospitalisatieduur. Gescheiden of verweduwde personen en vrouwelijke patiënten verbleven langer in het ziekenhuis dan gehuwde en mannelijke personen (McMillan e.a., 1990).

Alhoewel socio-economische factoren significante determinanten blijken te zijn van de medische verzorging door individuen, blijven de leidinggevende *analysten van 'small-area'* variaties erbij dat populatiekenmerken geen belangrijke determinanten zijn van de geobserveerde variaties in de gebruiksratio's. Zo vond Roos geen significante relatie tussen de noden van de populatie in het rurale Manitoba (Canada) en variaties in chirurgische ingrepen en variaties in hospitaalopnamen (Roos e.a., 1986). Wennberg demonstreerde dat populatiekenmerken, zoals leeftijd en morbiditeit, de mate van variatie niet verklaarden in het gebruik van gezondheidszorgen in kleine streken (Wennberg, 1987). De resultaten van McLaughlin en McMahon daarentegen toonden aan dat socio-economische factoren statistisch significante determinanten zijn van

zowel medische als chirurgische ontslagratio's. Het gemiddeld inkomen per capita, het populatiepercentage met vier jaar hogere opleiding, het populatiepercentage dat woont in een rurale omgeving en het percentage families met een inkomen beneden de armoedegrens, verklaren samen meer dan een vierde van de variantie (McLaughlin e.a., 1989; McMahon e.a., 1991).

Andere auteurs onderzochten de invloed van economische factoren. Geneesheren die werken in streken met een lager inkomen per hoofd hospitaliseren meer patiënten (Rosenblatt en Moscovice, 1984).

Ook het bestaan van verschillen in kennis en opvattingen met betrekking tot ziekte, gezondheid en gezondheidszorg onder verschillende personen en groeperingen is uitvoerig onderzocht (Cockerham, 1986). Pas in de laatste decennia werd een duidelijk verband gelegd tussen verwachtingen en houdingen van patiënten en variaties in medische behandelingen. Zo blijkt dat de wensen van patiënten een belangrijk effect hebben op het voorschrijven van geneesmiddelen, het uitvoeren van chirurgie, het verwijspatroon en het uitvoeren van diagnostische testen. Marton toonde aan dat bij twee derde van de patiënten die gastro-intestinale röntgen-opnamen (1) hadden laten nemen, hun verwachting dat het onderzoek gedaan zou worden een belangrijke factor was bij de beslissing het onderzoek te laten uitvoeren (Marton e.a., 1980: 191). Ook bij Rothert, in zijn onderzoek naar variaties in de besluitvorming om zwaarlijvige patiënten naar een endocrinoloog door te verwijzen, was de wens van de patiënt de belangrijkste factor om doorverwezen te worden (Rothert e.a., 1984).

In de literatuur zijn de gevolgen van alternatieve organisationele omgevingen voor de behandeling van patiënten uitgebreid bestudeerd. Hierbij werd zowel stilgestaan bij de specifieke organisatorische kenmerken van de ziekenhuisomgeving als bij de materiële factoren binnen het ziekenhuis of het verzorgingssysteem zelf. De stelling van Freidson - het professionele gedrag van geneesheren wordt in belangrijke mate beïnvloed door de kenmerken van de ziekenhuisomgeving - werd veelvuldig getest (Freidson, 1981: 92). Alhoewel een geneesheer gedurende zijn opleiding de theoretische betekenis van een probleem geleerd heeft, wordt zijn feitelijk gedrag beïnvloed door de institutionele beperkingen die optreden in de alledaagse praktijk. Zo heeft onderzoek aangetoond dat academische ziekenhuizen een ander niveau van verzorging leveren dan niet-academische ziekenhuizen (Palmer en Reilly, 1979: 693; Stafford, 1991). Ook de Roemer-Feldstein hypothese - de stijging van de beschikbare voorzieningen leidt tot een stijging van het gebruik - werd meermaals onderzocht. Zo werd bijvoorbeeld het aantal geneesheren gerelateerd aan hospitalisaties, operaties, raaplegingen en diagnostische testen. Een aantal onderzoekers kwam tot de conclusie dat het volume van geneesheren gerelateerd was aan het volume van testen en operaties die uitgevoerd werden (Detmer en Tyson, 1978; Reinhart, 1979). Zolang er meer chirurgen zijn, en meer bedden, zal meer chirurgie uitgevoerd worden. Meer recentere analyses toonden echter geen consistente relatie tussen de beschikbaarheid van chirurgische middelen en ziekenhuisbedden en het aantal chirurgische ingrepen dat uitgevoerd wordt. Leape kwam tot de vaststelling dat de geografische variatie in de ratio van het laten uitvoeren van een endarteriëctomie (2) veroorzaakt wordt door een beperkt aantal chirurgen in hoge gebruiksgebieden die zeer veel operaties uitvoeren (Leape e.a., 1989).

De betekenis en de reikwijdte van elk van deze verklaringsfactoren is in de socio-medische onderzoeksliteratuur uitgebreid aan bod gekomen. Aan de hand van eigen empirisch materiaal werden gelijkaardige verbanden aangetoond binnen de context van de Belgische institutionele gezondheidszorg (Hermans e.a., 1990).

Er bleven echter significante verschillen in medische behandeling en ziekenhuisgebruik bestaan tussen geneesheren en tussen geografische regio's, na aanpassing voor klinische, socio-demografische en andere patiëntgerelateerde factoren, en aanbod- en omgevingsfactoren (Wennberg, 1987; Wolf, 1989). De laatste jaren is er een nieuw argument op de voorgrond getreden om deze goed gedocumenteerde variaties in medische verzorging te verklaren. Alle geneesheren praktiseren immers niet op dezelfde manier. Het ontbreken van eenduidige regels in de uitoefening van hun beroep en het bestaan van onzekerheden aangaande diagnose en behandeling maken deze variaties mogelijk. Aan deze subjectiviteit en onzekerheid geven geneesheren op een verschillende manier gehoor. Zij schrijven verschillende types van medische verzorging voor patiënten met gelijkaardige problemen voor. Zij ontwikkelen, m.a.w., een eigen praktijkstijl (Hardwick e.a., 1975: 397; Williams e.a., 1982: 363; Rothert e.a., 1984).

De bekende 'Wennberg hypothese' stelt dat geneesheren, in antwoord op onzekerheden, specifieke praktijkstijlen ontwikkelen, die het gebruik van medische middelen verantwoorden. De praktijkstijlen ontwikkelen door de tijd heen en worden zowel beïnvloed door de voorgaande medische opleiding, klinische ervaring en expertise, plaatselijke standaarden van aanvaardbare praktijken als door meer idiosyncratische factoren zoals persoonlijkheidskenmerken, waarden en professioneel gedrag (Wennberg, 1984). Hierbij aanleunend noemt Linn deze factoren 'private habits or rituals' (Linn e.a., 1984). Roos noemt dit de discretionaire beslissingen van geneesheren (Roos, 1992).

Daarom zijn variaties in medische verzorging die resulteren uit verschillende praktijkstijlen niet, ipso facto, het bewijs van vertekeningen gebaseerd op klinische en andere voorheen behandelde factoren. Zij kunnen eerder het bewijs zijn van verschillen onder geneesheren in hun professionele evaluatie van medische behandelingen.

Het meest directe bewijs van het belang van de praktijkstijl van artsen op gebruiks-ratio's wordt gevonden in experimenten waarin de praktijkstijl verandert ingevolge de feedback van informatie naar de geneesheren betreffende de toepassingsratio's in hun eigen en in naburige gezondheidsregio's (Wennberg, 1984: 10-15). Ook andere studies suggereren dat de onverklaarde regionale variaties in het gebruik van gezondheidsdiensten praktijkverschillen onder geneesheren reflecteren (Williams, 1981; List e.a., 1983).

In het hierop volgend empirische gedeelte staan differentiële praktijkstijlen van geneesheren centraal. Een classificatie van algemene geneesherentypes op basis van uitgedrukte houdingen en gedragingen is een eerste stap om variaties in behandeling en medische consumptie te verklaren. In het tweede gedeelte wordt nagegaan waarom geneesheren differentiële praktijkstijlen aannemen. Hiertoe worden de factoren en mechanismen onderzocht die aan de basis liggen van de gevonden variaties.

3. PRAKTIJKSTIJLEN VAN GERIATRISCHE BEROEPS-BEOEFENAARS: EEN EMPIRISCHE TOETSING

Om het fenomeen te verstaan dat leidt tot verschillen in houdingen en gedragingen in de medische praktijkvoering, was het wenselijk om individuele geneesheren direct te bestuderen. Deze benadering heeft een belangrijke beperking. Verschillen in behandeling en medische consumptie kunnen er niet rechtstreeks door verklaard worden. Onrechtstreeks kan dit echter wel, indien het hanteren van bepaalde praktijkstijlen verbonden wordt aan de consequenties die ze hebben voor de medische behandeling van patiënten. Het is deze directe geneesheren-benadering die we zullen toepassen. Hiertoe werd een afzonderlijk empirisch onderzoek opgezet dat het professioneel optreden van geneesheren zelf bevraagt.

Als onderzoeksdomein verkozen we de geriatrie. In dit deelgebied van de geneeskunde staan geen organen en systemen centraal, noch worden er specifieke instrumentele technieken gehanteerd. De doelgroep bestaat veeleer uit hoogbejaarde mensen die een complex multi-pathologisch ziektebeeld vertonen. Het is waarschijnlijk dat praktijkstijlen van geneesheren duidelijker op de voorgrond treden in een weinig technologische omgeving met complexe ziektebeelden dan in een hoog technologische omgeving met zeer nauwkeurige diagnoses, zoals bijv. bij nierdialysecases in de nefrologie (Hermans e.a., 1990). In het onderzoeksdomein van de geriatrie zal de nadruk dan ook komen te liggen op de professionele context, aangezien de handelingsruimte van de artsen hier veel groter is.

In juni 1992 werd een schriftelijke enquête afgenomen bij geriatische beroepsbeoefenaars in België. Om het onderzoeksdomein institutioneel af te bakenen werden enkel de artsen bevraagd die vast verbonden zijn aan institutionele geriatische settings, m.n. de artsen werkzaam in de G-diensten (ziekenhuisdiensten bedoeld voor geriatische patiënten), in de V-diensten (ziekenhuisdiensten bedoeld voor langdurige zieken) en artsen die vast verbonden zijn aan RVT-instellingen (rust- en verzorgingshuizen bestemd voor verzorgingsbehoevende personen die zijn aangetast door een aandoening met een langdurig karakter).

Het adressenbestand werd bekomen door de G-diensten, V-diensten en RVT-instellingen telefonisch te contacteren. 634 van de 655 institutionele geriatische settings gaven de adressen door van de artsen die vast verbonden waren aan hun afdeling. Bijgevolg kunnen we stellen dat bijna gans de populatie bereikt werd. Aan de hand van de ledenlijsten van de provinciale raden van de Orde van Geneesheren werd vervolgens elke geneesheer uit het oorspronkelijk populatiebestand geïdentificeerd. Op deze wijze werden dubbeltellingen verwijderd. Na identificatie werd de populatie van 955 artsen gereduceerd tot 751 artsen tewerkgesteld in institutionele geriatische settings. 278 vragenlijsten werden binnen de gestelde termijn teruggestuurd. Met een populatietotaal van 751 artsen geeft dit een respons van 37%.

Bij de identificatieprocedure werden bijkomende gegevens van de geneesheren opgenomen. Deze controle-gegevens konden ons een aanwijzing geven over de representativiteit van de bekomen respons.

De populatie bestond uit 435 artsen gevestigd in het Vlaams gewest, 235 artsen werkzaam in het Waals gewest en 79 artsen werkzaam in het Brussels gewest. Dit komt neer op 58% nederlandstalige vragenlijsten, 31% franstalige vragenlijsten en 11% tweetalige vragenlijsten. Vergelijken we deze gegevens met de bekomen respons stellen we een grote mate van overeenkomst vast. Eveneens 58% van de respondenten stuurden hun vragenlijsten in vanuit het Vlaams gewest, 28% vanuit het Waals gewest en 14% vanuit het Brussels gewest. Van de Brusselse terugbezorgde vragenlijsten was 22% in het Nederlands. In totaal was 59% van de terugbezorgde vragenlijsten nederlandstalig; 41% was franstalig. Ook de controle met universiteit van herkomst, jaar van afstuderen en specialisatie van de arts gaven geen vertekeningen. De controle met de variabele 'geslacht' was iets minder gunstig. Bij de vrouwelijke artsen was de respons iets lager (28%).

Globaal kunnen we echter stellen dat de controle-variabelen geen aanleiding geven tot het in vraag stellen van de representativiteit.

3.1. De ontwikkeling van een empirische typologie

In dit luik worden de initiële stadia van de studie gerapporteerd, met name de ontwikkeling van een empirische typologie van houdingen en gedragingen van geriatrische beroepsbeoefenaars. Vervolgens wordt, in de mate van het mogelijke, een antwoord gezocht op de vraag in hoeverre verschillen in consumptie van patiënten kunnen verklaard worden door de praktijkstijl die geneesheren aannemen. Het hanteren van bepaalde praktijkstijltypes zal immers nauw aanleunen bij het type van verzorging dat verleend wordt aan patiënten.

In een eerste fase werd naar indicatoren gezocht die deel uitmaken van de medische praktijkvoering van geneesheren. Vervolgens worden de onderlinge relaties tussen de verschillende indicatoren nader bekeken. Dit dient als uitgangspunt om een typologie van praktijkstijl te construeren.

De empirische exploratie van de vragenlijst leverde drie items op. Ze hebben geleid tot de constructie van 8 indicatoren (3).

Het eerste item heeft uitsluitend betrekking op het uitvoeren van specifieke institutionele activiteiten en behoeft weinig bekommende uitleg. Indicator 1 geeft aan hoeveel keer per maand de geriatrische beroepsbeoefenaar een teamvergadering bijwoont. Het is een indicatie voor de wijze waarop de besluitvorming in de dienst verloopt en de mate waarin de geneesheer daarbij betrokken is. Indicator 2 peilt naar het aantal technische onderzoeken dat ze gemiddeld per week uitvoeren. Deze indicator heeft betrekking op de medisch technische oriëntatie van de geriatrische beroepsbeoefenaars.

Het tweede item heeft betrekking op specifieke houdingen en gedragingen die geneesheren aannemen met betrekking tot hun medisch handelen. Indicator 3 meet de patiënt oriëntatie versus wetenschappelijke oriëntatie van geneesheren. Indicator 4 peilt naar de coöperatieve versus dominante houding van geneesheren tegenover hun patiënt en omgeving. Deze indicatoren vragen, zowel om hun specifieke inhoud als omwille van hun complexe constructie, om nadere verklaring. Onze vragenlijst bevatte een twintigtal vragen die betrekking hadden op de medische beroepsuitoefening

van geneesheren. Aan de hand van de techniek van de principale componenten-analyse werden deze data in een beperkt aantal dimensies samengevat. De resulterende eigenwaarden indiceren dat 2 of 3 componenten een goede samenvatting geven van de resultaten; 2 componenten zijn goed voor 30% van de gestandaardiseerde variantie; 3 componenten verklaren 42%. De volgende componenten dragen elk minder dan 10% bij.

Het eerste component is een meting van de patiënt versus wetenschappelijke georiënteerdheid, aangezien de eerste eigenvector hoge positieve waarden scoort (.48, .38, .37) op items waar de zorg voor individuele patiënten en intermenselijke vaardigheden verkozen wordt boven het bijdragen tot wetenschappelijke kennis. Sterk negatieve scores (-.32, -.30) worden verkregen bij items waar het werk zelf of het vaststellen van de diagnose verkozen wordt boven de aandacht voor de individuele patiënt. Hoe hoger de arts bijgevolg scoort op deze principale component, des te meer patiëntgeoriënteerd hij is; hoe lager hij scoort, des te meer wetenschappelijk georiënteerd hij is.

De tweede eigenvector heeft hoge positieve ladingen (.49, .51, .32) op items die betrekking hebben op samenwerking en overleg tussen arts en patiënt, en het zich informeel versus formeel verhouden tot de patiënt. Deze component lijkt een meting te zijn van de coöperatieve versus dominante houding van de respondent. Hoe hoger de arts scoort op deze principale component, des te coöperatiever hij ingesteld is; hoe lager de arts scoort, des te dominanter hij zich gedraagt.

De interpretatie van de derde component is niet duidelijk. Bijgevolg werden slechts twee componenten weerhouden.

Het derde item heeft betrekking op het activiteitenprofiel van de geriatrische artsen. De vragenlijst bevatte een batterij vragen over de tijd die artsen gemiddeld per week besteden aan verschillende medische activiteiten. In deze activiteitenreeks kunnen we twee dimensies onderscheiden, wat aanleiding geeft tot de constructie van vier indicatoren. Een eerste dimensie duidt op de institutionele versus private gerichtheid van de arts. Een arts is institutioneel georiënteerd indien hij veel tijd besteedt aan patiënttoezicht en/of poliklinische raadplegingen (indicator 5). Een arts is daarentegen privaat georiënteerd indien hij veel tijd besteedt aan private raadplegingen (indicator 6).

Een tweede dimensie duidt op een klinische (d.w.z. medisch/technische) versus een ruimer professionele gerichtheid van de artsen. Een arts is klinisch georiënteerd indien hij veel tijd besteedt aan technische prestaties (indicator 7). Een arts is professioneel georiënteerd indien hij veel tijd besteedt aan consulentschap, aan lesgeven, aan wetenschappelijke activiteiten en aan de organisatie en coördinatie van medische activiteiten (indicator 8).

De correlatiematrix, waarin de onderlinge relaties tussen de verschillende praktijkstijl-indicatoren worden weergegeven, geeft reeds een eerste aanwijzing welke de determinerende factoren zullen zijn om tot een bepaalde praktijkstijl te behoren (tabel 1). De institutionele versus private georiënteerdheid van de arts zal zeker een basis van onderscheid zijn. Dit blijkt uit het sterke negatieve verband tussen beide indicatoren. Duidelijk is eveneens dat bij de private georiënteerdheid een sterk patiëntgerichte houding thuishoort, waarbij weinig tijd besteed wordt aan medisch technische en ruimere professionele aangelegenheden. Welke indicatoren met een institutionele georiënteerdheid samenhangen is minder duidelijk. Naast het vanzelfsprekende positief

verband met het bijwonen van teamvergaderingen en de klinische georiënteerdheid van de geneesheren worden geen institutionele verbanden meer aangetroffen. Dit zou erop kunnen wijzen dat binnen de institutioneel gerichte geneesheren nog eens een onderscheid dient gemaakt te worden op basis van de overblijvende indicatoren. Om hierover meer uitsluitsel te vinden wordt overgegaan naar het volgend stadium.

Tabel 1: Correlatiematrix praktijkstijkenmerken

	teamvergad.	techn.ond.	pat.vs wss.	coöp.vs dom.
teamvergaderingen	1.00	0.33	-0.16	-0.06
technische onderz.	0.33	1.00	-0.26	-0.12
pat. vs wss.orient.	0.16	-0.26	1.00	0.00
coöp. vs dominant	-0.06	-0.12	0.00	1.00
instit. activit.	0.30	0.18	-0.12	0.02
private raadplegingen	-0.43	-0.20	0.29	0.01
klinische activit.	0.19	0.31	-0.14	-0.14
ruime profession.act.	0.17	-0.09	-0.22	0.06
	instit.act.	privat.act.	klin.act.	prof.act.
teamvergaderingen	0.30	-0.43	0.19	0.17
technische onderz.	0.18	-0.20	0.31	-0.09
pat. vs wss.orient.	-0.12	0.29	-0.14	-0.22
coöp. vs dominant	0.02	0.01	-0.14	0.06
instit. activit.	1.00	-0.70	0.25	-0.06
private raadplegingen	-0.70	1.00	-0.28	-0.35
klinische activit.	0.25	-0.28	1.00	-0.08
ruime profession.act.	-0.06	-0.35	-0.08	1.00

Via cluster-analyse werden de observaties vervolgens in groepen ingedeeld. Vooreerst werden de acht praktijkstijlindicatoren gestandaardiseerd. Vervolgens werd de K-means clusteranalyse toegepast om de data in een aantal clusters in te delen (4). 37% van de respondenten (N=104) behoort tot de eerste cluster; 47% (N=130) tot de tweede cluster en de resterende 16% (N=44) tot de derde cluster.

3.2. Analyse en bevindingen

Een methode om de clusterresultaten te interpreteren is om het typisch lid van elke cluster te vergelijken. Het typisch lid wordt gedefinieerd als een hypothetische observatie die op elk van de 8 praktijkstijkenmerken de gemiddelde score behaalt van elke groep. Het bestuderen van deze typische leden leidt tot de beschrijving van de clusters (tabel 2).

Tabel 2: Clustergemiddelden van de gestandaardiseerde praktijkstijlkenmerken

Praktijkstijlkenmerken	Type I (N=104)	Type II (N=130)	Type III (N=44)
bijwonen teamvergaderingen	-0.65	0.31	0.60
uitvoeren techn. onderzoeken	-0.40	-0.18	1.45
patiënt vs wssl. orintatie	0.45	-0.27	-0.41
coöperat. vs dominante orintatie	0.07	0.13	-0.49
gericht op institution aktiviteiten	-0.90	0.47	0.49
gericht op private aktiviteiten	1.15	-0.62	-0.57
gericht op medisch techn. akt.	-0.43	-0.24	1.61
gericht op professionele aktiv.	-0.42	0.37	-0.21

Er zijn enkele belangrijke kenmerken van de clusters die verantwoordelijk zijn voor hun differentiatie.

Het typisch lid van cluster I is sterk gericht op private aktiviteiten (1.15), daar waar de twee andere clusters meer gericht zijn op institutionele aktiviteiten (.47; .49). Hij besteedt weinig tijd aan patiëntenverzorging en poliklinische raadplegingen (-.90) en woont weinig teamvergaderingen (-.65) bij. Bovendien is hij, in tegenstelling tot de leden van de beide andere clusters, eerder patiënt dan wetenschappelijk georiënteerd (.45). D.w.z. dat hij zeer sterk de zorg voor individuele patiënten en intermenselijke vaardigheden verkiest boven het bijdragen tot wetenschappelijke kennis.

Zowel het typisch lid van cluster II als het typisch lid van cluster III is zeer sterk gericht op het uitvoeren van *institutionele aktiviteiten*.

Wat het bijwonen van teamvergaderingen betreft, en de patiënt versus wetenschappelijke oriëntatie, ontstaat er reeds een kleine differentiatie. Het typisch lid van cluster III woont meer teamvergaderingen bij (.60) en is wetenschappelijker georiënteerd (-.41) dan het typisch lid van cluster II.

Wat de overige indicatoren betreft, worden tegengestelde waarden aangetroffen. Het typisch lid van cluster II voert weinig technische onderzoeken uit (-.18) en besteedt er ook weinig tijd aan (-.24). Dit in tegenstelling met het typisch lid van cluster III die hierin net veel energie steekt (1.61). Bovendien heeft het lid van cluster II een eerder coöperatieve houding tegenover patiënt en omgeving (.13) daar waar het lid van cluster III een uitgesproken dominante houding aanneemt (-.49). Tenslotte besteedt het typisch lid van cluster II relatief veel tijd aan ruimere professionele aktiviteiten, zijnde lesgeven, consulentschap, wetenschappelijk onderzoek, organisatie en coördinatie van medische aktiviteiten (.37). Het typisch lid van cluster III besteedt hieraan weinig tijd (-.21).

Op basis van bovenstaande resultaten kunnen we de opeenvolgende clusters de voorzichtige titels van traditionele, professionele en technische geneesheren geven. Hieronder volgt een korte beschrijving ervan.

Cluster I: (N=104) : DE TRADITIONELEN

Hun voornaamste aktiviteiten zijn gecentreerd rond private raadplegingen. Hierbij hechten ze meer waarde aan de zorg voor

individuele patiënten en intermenselijke vaardigheden dan aan technische vaardigheden bij het stellen van een diagnose en aan het bijdragen tot wetenschappelijke kennis. Deze traditionele geneesheren besteden zowel aan de zuiver klinische als aan de ruimere professionele activiteiten weinig tijd.

Cluster II: (N=130) : **DE PROFESSIONELEN**

Artsen behorend tot dit type hebben een vrij gebalancerde benadering van medische praktijkvoering. Deze institutioneel georiënteerde geneesheren besteden veel tijd aan teamvergaderingen en aan ruimere professionele activiteiten zoals het lesgeven, het wetenschappelijk onderzoek en de organisatie en coördinatie van medische activiteiten. Ze zijn echter minder klinisch, d.w.z. medisch technisch georiënteerd.

Cluster III: (N=44) : **DE TECHNIEKERS**

De artsen die tot dit praktijkstijltype behoren centreren hun activiteiten vooral rond institutionele, medisch technische bezigheden. Deze artsen hebben weinig aandacht voor communicatieve vaardigheden en leggen vooral de nadruk op het vergaren van vakkennis. Dit wordt zowel opgedaan door het uitvoeren van medisch technische activiteiten als door het zeer regelmatig bijwonen van teamvergaderingen. Ruimere professionele bedrijvigheden, zoals het onderwijs, het wetenschappelijk onderzoek en de organisatie en coördinatie van medische activiteiten komen bij de technisch georiënteerde geneesheren veel minder aan bod.

3.3. Consequenties voor de behandeling van patiënten

De ontwikkeling van deze typologie geeft een inzicht in houdingen en gedragingen van geriatrische beroepsbeoefenaars inzake hun medisch professioneel handelen. De studie toont aan dat er verschillende praktijkpatronen van geneesheren terug te vinden zijn. Deze kunnen verder geanalyseerd en gebruikt worden. Het hanteren van bepaalde praktijkstijltypes leunt immers nauw aan bij het type van verzorging dat verleend wordt aan patiënten. Empirisch wordt dit aangetoond aan de hand van specifieke onderzoeken die geneesheren regelmatig bij hun geriatrische patiënten laten uitvoeren.

Tabel 3 geeft, per cluster waarin de arts zich bevindt, het percentage artsen weer die bepaalde technische onderzoeken regelmatig bij hun patiënten laten uitvoeren. Hieruit blijkt duidelijk dat de techniekers het meest zuiver klinisch georiënteerd zijn. Zij laten hun patiënten een heel gamma van technische onderzoeken ondergaan. Bij 13 van de 20 technische onderzoeken laat meer dan 50% van de techniekers de test regelmatig bij hun patiënten uitvoeren. Bijna alle technische geneesheren laten regelmatig een urineanalyse, bloedtesten, een RXthorax en een electrocardiogram bij hun patiënten uitvoeren. Het minst klinisch georiënteerd zijn de traditionele geneesheren. Zij laten hun patiënten zo weinig mogelijk testen ondergaan. Bij slechts vier van de 20 vooropgestelde onderzoeken laat meer dan 50% van de traditionelen deze test regelmatig bij hun patiënten uitvoeren. Omgekeerd worden 12 van de 20 onderzoeken

bijna niet gevraagd door traditionele geneesheren (25% of minder). De professionelen situeren zich tussen beide groepen. Bij 8 van de 20 vooropgestelde onderzoeken wordt de test door meer dan 50% van de professionelen regelmatig gevraagd. 15 van de 20 vooropgestelde onderzoeken wordt door meer dan één vierde van de professionele artsen regelmatig gevraagd.

Het hanteren van een bepaald praktijkstijltype heeft dus welbepaalde gevolgen voor de patiënt. Patiënten die behandeld worden door technisch georiënteerde artsen zullen een heel gamma van testen en procedures moeten laten uitvoeren. Indien men behandeld wordt door een arts met een professionele praktijkstijl zal dit aantal reeds gevoelig minderen. Patiënten die door traditionele artsen behandeld worden, zullen slechts een minimum aan testen en procedures moeten laten uitvoeren. Het volgen van een bepaalde praktijkstijl zou ook andere gevolgen kunnen hebben voor de patiënt. Zo zullen patiënten die behandeld worden door technisch georiënteerde artsen zich waarschijnlijk minder betrokken voelen bij hun behandeling dan patiënten die door professionele artsen behandeld worden, aangezien deze laatste hun patiënten meer als gelijkjen zien, met wie ze toch een persoonlijke relatie ontwikkelen.

Tabel 3: Percentage artsen die onderstaande technische onderzoeken regelmatig bij hun patiënten laat uitvoeren

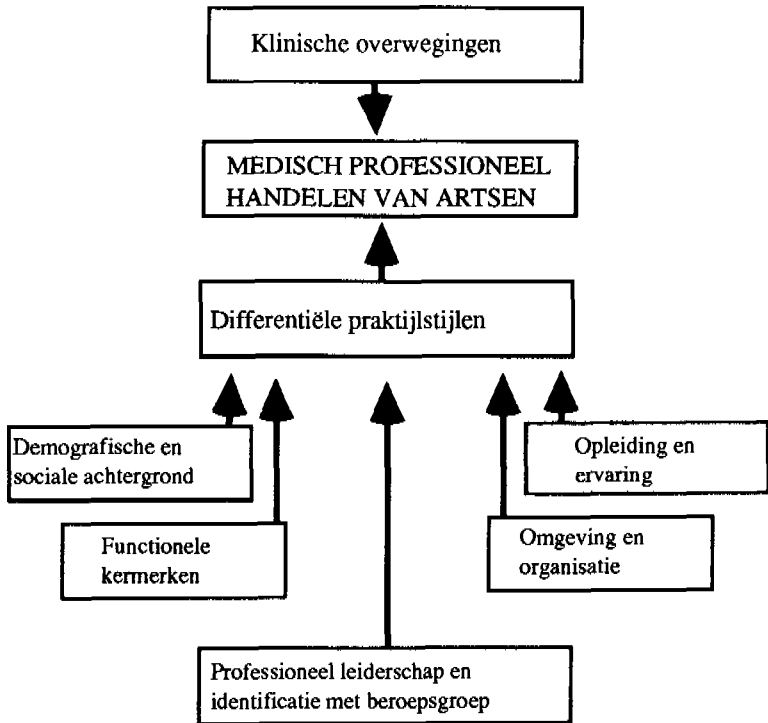
	Totaal	TRAD.	PROF.	TECH.
Urineanalyse	84% (242)	69%	92%	95%
Bloedtesten	83% (239)	67%	91%	95%
RXthorax	80% (238)	62%	90%	89%
Electrocardiogram	73% (241)	54%	83%	89%
Echografie	55% (221)	25%	67%	83%
Ophthalmolog.ond.	53% (224)	32%	65%	64%
Gastroscopie	51% (228)	28%	60%	78%
Holter-registratie	45% (222)	19%	57%	66%
Doppler onderz.	40% (219)	13%	49%	69%
Gewrichtspunctie	38% (220)	28%	42%	48%
Pleura	34% (207)	10%	42%	67%
Ascites	34% (203)	14%	39%	64%
Beenmergpunctie	33% (213)	9%	42%	59%
Coloscopie	31% (220)	1%	36%	61%
Longfunctieond.	27% (215)	9%	38%	39%
Bronchoscopie	22% (219)	9%	25%	47%
ERCP	19% (201)	4%	26%	33%
Botpunctie	18% (202)	7%	23%	33%
Klierpunctie	15% (199)	9%	17%	25%
Leverpunctie	12% (201)	7%	13%	23%

Het karakteriseren van de drie praktijkstijltypes door al hun mogelijke indicatoren leunt bijgevolg dicht aan bij de consequenties die ze hebben voor de medische behandeling van patiënten.

4. EEN VERKLARING VOOR VARIATIES IN PRAKTIJKSTIJLEN

Waarom verschillen geneesheren in hun houdingen en gedragingen aangaande de juiste of de meest aangewezen patiëntenbehandeling? Hiervoor wordt een bijkomend verklaringsmodel uitgewerkt en getest waarin de potentiële factoren van de 'black box' van de medische praktijkstijl onderzocht worden.

Schematisch ziet het te ontwikkelen verklaringsmodel van praktijkstijl er als volgt uit:



Telkens worden deze invloeden beknopt geïllustreerd vanuit observaties uit de sociologische, socio-medische en medische literatuur. Vervolgens wordt de invloed empirisch getoetst, waarbij de ontwikkelde praktijkstijltypologie als uitgangspunt van de analyse dient. In onderstaande tabel werden de indicatoren van de vijf sociologische factoren gecorreleerd met elk van deze praktijkstijltypes. De productcorrelatiecoëfficiënt van Pearson (r) werd berekend voor gewone intervalvariabelen; de multiple-correlatiecoëfficiënt (R) werd berekend voor dummy-variabelen. Tenslotte zullen de significante indicatoren samen in één multiple regressie opgenomen worden.

Tabel 4: Correlaties onafhankelijke factoren en praktijkstijltypologie

	TYPE I Trad.	TYPE II Prof.	TYPE III Techn
Demografische en sociale achtergrond:			
-leeftijd (r)	-0.06	0.07	-0.02
-kinderaantal (r)	0.11	-0.12	0.02
-woonomgeving (R)	0.19	0.17	0.07
-sociale kl. (R)	0.09	0.08	0.04
-beroep vader (R)	0.11	0.12	0.14
-diploma vader (R)	0.14	0.08	0.09
-religie (R)	0.07	0.07	0.13
Opleiding en ervaring:			
-specialisatie (R)	0.60	0.30	0.40
-universiteit (R)	0.18	0.20	0.25
-graden (R)	0.21	0.13	0.14
-afstudeerjaar (r)	0.04	-0.04	0.00
-stages (r)	-0.19	0.12	0.10
-werkervaring (r)	-0.01	0.05	-0.05
Functionele kenmerken:			
-functie (R)	0.55	0.25	0.39
-statuut arts (R)	0.11	0.12	0.06
-stagemceester (r)	-0.17	0.13	0.04
Omgevings- en organis. kenm.:			
-setting (R)			
-private prakt.(r)	0.59	0.28	0.39
-polikl.prakt.(r)	0.60	-0.39	-0.25
-lesg./wss.ond.(r)	-0.19	0.05	0.17
-statuut (r)	-0.10	0.13	-0.05
-taal (r)	0.11	-0.06	-0.06
-gewest (R)	0.09	-0.19	0.14
	0.14	0.22	0.16
professionele leiderschaps- en beroepsidentificatiekenmerken:			
-congressen (r)			
-papers (r)	-0.24	0.15	0.11
-artikels (r)	-0.23	0.26	-0.05
-prof.profiel (r)	-0.22	0.21	0.02
-bestuursfunctie (r)	-0.14	0.09	0.06
-lid wss.verenig. (r)	-0.01	-0.03	0.05
-lid BVGG (r)	-0.01	0.09	0.06
-mening BVGG (r)	-0.46	0.25	0.27
-tijdschrift BVGG (r)	-0.10	0.03	0.07
-lid geriatr.kring (r)	-0.33	0.17	0.20
-vrienden geriatric (r)	-0.19	0.15	0.04
	-0.02	0.04	-0.03

Een eerste reeks factoren heeft betrekking op **socio-demografische en sociale achtergrondkenmerken** van geneesheren. Demografische kenmerken, zoals leeftijd en geslacht, bleken in de literatuur tegenstrijdige effecten te hebben (Campbell, 1984: 365; Kristiansen en Hjortdahl, 1992: 22). Ook van sociale achtergrondkenmerken verwachten we weinig invloed op de wijze waarop geneesheren hun praktijk uitoefenen. Vaak wordt immers aangenomen dat de effecten van sociale achtergrondkenmerken op huidige houdingen en gedragingen afnemen met de toenemende specialisatie in professionele rollen die een lange en intensieve professionele opleiding vereisen (Colombotos, 1969). Geneesheren uit families van een lagere sociale klasse zijn blijkbaar opwaarts mobiel en hebben gedurende het lange opleidingsproces van geneesheer de waarden, houdingen en levensstijlen aangenomen van de hogere klasse. Dit heeft tot gevolg dat de effecten van de sociale oorsprong eerder klein zijn.

Onze resultaten zijn hiervan een bevestiging. De effecten van vroegere socialisatiebronnen, zoals de onderwijs- en beroepsmatige achtergrond van de ouders van de geriatrische artsen, op de praktijkstijl die geneesheren aannemen, zijn te verwaarlozen. Ook de huidige socio-demografische achtergrond van de geriatrische arts oefent nauwelijks een effect uit.

Vervolgens werden de effecten van latere socialisatiebronnen onderzocht. De specifieke **opleiding** die de arts gevolgd heeft, of het aantal jaren dat men met bepaalde patiënten werkt, maakt wellicht dat hij bepaalde routines en gewoontes gaat ontwikkelen.

Algemeen wordt aanvaard dat de medische scholing een belangrijke actor is voor de professionele socialisatie, vooral met betrekking tot het aanleren van technische vaardigheden (Merton, 1957; Epstein e.a., 1984: 1271). Sommigen hebben echter twijfels over de socialiserende werking, of over het overdragen van waarden, in het bijzonder met betrekking tot hun interactie met patiënten. Zulke waarden en houdingen, die gerelateerd zijn aan het interpersoonlijk gedrag zijn individuele kenmerken van studenten en worden doorgegeven door voorbeelden die gesteld worden of door ervaringen die opgedaan worden (Atkinson e.a., 1977).

Onze bevindingen doen besluiten dat de student-geneesheer in sterke mate beïnvloed wordt door de context en de waarden die dominant zijn in de opleiding (tabel 5). De geriatrische geneesheren met de meest algemene opleiding (i.c. de huisartsen), nemen in meerdere mate een traditionele praktijkstijl aan, gekenmerkt door de waarde die ze hechten aan de zorg voor individuele patiënten en intermenselijke vaardigheden. Naarmate de opleiding meer gericht is op een beperkter en meer specifiek domein van de geneeskunde, neemt de technische oriëntatie van de geriatrische artsen toe.

Tabel 5: Medische opleiding naar praktijkstijl

Col Pct	huisarts	internist	superspec.	opgel. I.G.	ervaren I.G.	Total
tradit:	64.34	11.76	13.64	0.00	6.52	39.06
profes:	32.87	64.71	54.55	64.29	63.04	45.70
techni:	2.80	23.53	31.82	35.71	30.43	15.23
Total	143	17	22	28	46	256

Chi-kwadraat: 99.7 met $p < 0.001$

Het medisch besluitvormingsproces van geneesheren wordt evenzeer beïnvloed door huidige socialisatiebronnen. Hierin werd een onderscheid gemaakt tussen een drietal professionele socialisatiebronnen. Functie- en leiderschapskenmerken van artsen zijn persoonsgebonden socialisatie-actoren. De institutionele omgeving, en in mindere mate ook de ruimere regionale omgeving waarin men werkzaam is, zijn organisatiegebonden actoren. Tenslotte is de identiteit met de professie een groepsgebonden socialisatie-actor.

Vooreerst blijkt de **functie** die de arts in de geriatrie instelling bekleedt, een socialiserende werking te hebben op de wijze waarop geneesheren hun praktijk uitoefenen (tabel 6). Artsen die een leidinggevende rol uitoefenen in de geriatrie instellingen houden er meestal een professionele praktijkstijl op na. De aandacht die zij, in het kader van hun functie, dienen te besteden aan de organisatie en coördinatie van medische activiteiten, zal hieraan niet vreemd zijn. De geneesheren met de functie van specialist is het sterkst vertegenwoordigd bij het techniekerstype. Blijkbaar leidt de sterk afgebakende taakuitoefening van de specialist tot een zeer technische en wetenschappelijke houding met weinig aandacht voor communicatieve vaardigheden met patiënt en omgeving. Deze bevindingen liggen in de lijn van eerdere resultaten van Freeborn die de relatie onderzocht tussen de leiderschapsrol binnen de organisatie en het laboratoriumgebruik (Freeborn e.a., 1972).

Zowel de artsen met de laagste ziekenhuisfunctie als de artsen verbonden aan een RVT-instelling (als aangewezen geneesheer of als geneesheer-coördinator) beoefenen eerder een traditionele praktijkstijl. Zij hebben dan ook eerder een verzorgende dan een behandelende taak, wat tot uiting komt in de waarde die ze hechten aan de zorg voor individuele patiënten en intermenselijke vaardigheden.

Het honoreringssysteem, dat in de literatuur als een belangrijke verklarende factor geldt voor de werkwijze van de arts, had in onze analyses nauwelijks effect (Hillman e.a., 1989).

Tabel 6: Functie naar praktijkstijl

Col Pct	hoofd	special.	arts	aangew. RVT	coordin. RVT	combi. zh+RVT	Total
tradi:	8.42	0.00	43.48	53.85	67.69	25.00	34.54
profes:	61.05	60.00	39.13	43.59	32.31	41.67	47.79
techni:	30.53	40.00	17.39	2.56	0.00	33.33	17.67
Total	95	15	23	39	65	12	249
Chi-kwadraat: 89.7 met $p < 0.001$							

Dat de **institutionele omgeving** een belangrijke invloed uitoefent op het gedrag van geneesheren is veelvuldig aangetoond. Geneesheren gebruiken in verschillende praktijksettings verschillende diagnostische en therapeutische methoden voor identieke patiënten (Hlatky e.a., 1983).

Ook uit ons onderzoek blijkt dat zowel de onmiddellijke als de ruimere regionale omgeving een belangrijke socialiserende invloed hebben op de wijze waarop geriatrie beroepsbeoefenaars hun praktijk uitoefenen.

De professioneel literatuur biedt hiervoor een verhelderende verklaring. Een medisch specialistische afdeling van een ziekenhuis kan men immers zien als een organisatorisch verband van artsen werkzaam binnen hetzelfde vakgebied die taken verdelen en doelstellingen trachten te verwezenlijken (Scott, 1982). Eén van de meest karakteristieke eigenschappen van de autonome professionele organisatie is de wijze waarop controle over de beroepsuitoefening van de leden wordt uitgeoefend. Dit gebeurt op gelijkwaardigheid in de 'peergroup'. Collega's onderling kunnen controle uitoefenen over elkaars werk omdat ze dezelfde standaarden voor de beroepsuitoefening hanteren en dezelfde vaardigheden hebben. Freidson gebruikt het begrip 'company of equals' om de gelijkwaardigheid van de partners aan te duiden (Freidson, 1975).

Individueen worden binnen de medische specialistische afdeling bijgevolg gesocialiseerd en opgeleid waarbij ze zich professionele standaarden eigen maken, vaardigheden leren en kennis nemen van de theoretische principes van het vak. Meer concreet betekent dit dat binnen de G-diensten twee visies bestaan van de ideale medische praktijkvoering. De ene groep (en de meest omvangrijkste) legt de nadruk op een professionele taakuitoefening. De andere legt meer de nadruk op een technisch georiënteerde taakuitoefening (tabel 7).

Binnen de V-diensten is men meer verdeeld over de ideale medische praktijkuitoefening. De drie praktijkstijltypes komen hier voor, met een voorkeur voor het traditionele type.

De RVT-instellingen preferen duidelijk het uitoefenen van een traditioneel praktijkstijl. Binnen deze instelling kunnen we trouwens onze twijfels uitdrukken over de mogelijkheden binnen de 'peergroup' om tot effectieve controle van het werk van collega's te komen.

Tabel 7: Geriatrie setting naar praktijkstijl

Col Pct	G-dienst	V-dienst	RVT	G+V	ZH+RVT	Total
tradit:	4.40	50.00	65.14	0.00	22.22	35.91
profes:	62.64	35.71	33.94	69.23	50.00	47.10
techni:	32.97	14.29	0.92	30.77	27.78	19.99
Total	91	28	109	13	18	259
Chi-kwadraat: 105.8 met $p < 0.001$						

Het medisch professioneel gedrag wordt eveneens gedetermineerd door de ruimere regionale omgeving (tabel 8). Kennelijk heeft elke regio een eigen medische cultuur die doorgegeven wordt aan de medische beroepsbeoefenaars. De Vlaamse medische cultuur lijkt gepolariseerd te zijn in twee denkrichtingen: een traditionele en een technische. De Brusselse medische cultuur stelt de traditionele denkrichting tegenover de professionele. De Waalse medische cultuur stelt vooral de professionele denkrichting voorop.

Tabel 8: Gewest naar praktijkstijl

Col Pct	Vlaams Gewest	Brussels Gewest	Waals Gewest	Total
tradit:	44.85	40.63	28.79	39.74
profes:	36.03	56.25	59.09	45.30
techni:	19.12	3.13	12.12	14.96
Total	136	32	66	234

Chi-kwadraat: 14.15 met $p < 0.010$

Tenslotte kan het medisch besluitvormingsproces evenzeer beïnvloed worden door de relatie die de geneesheer heeft met zijn **professionele omgeving**. Algemeen wordt aangenomen dat het verloop van professionaliseringsprocessen aanzienlijk wordt vergemakkelijkt indien de beroepsvereniging de beschikking heeft over een dynamische en actieve beroepsvereniging. Daheim definieerde de beroepsvereniging als een vereniging van bekleeders van gelijke of verwante beroepsposities die zich vrijwillig verenigen om doeleinden of belangen te realiseren die verband houden met hun beroepspositie (Mok, 1973: 71-72). Dit hoofddoel kan de beroepsvereniging op velerwijzen nastreven. Bijvoorbeeld, bij middel van 'indirecte belangenbehartiging via kennisverbreding', of bij middel van directe belangenbehartiging via het afdwingen van remuneratieve en/of andere beroepseisen van de omgeving. Beide methodes zijn erop gericht de positie van zowel het beroep als de beroepsbeoefenaars te versterken. De beroepsvereniging vervult echter nog andere functies. Volgens Mok vervult de beroepsvereniging eveneens 'een belangrijke audience' functie door middel van congressen, konferenties en het uitgeven van een tijdschrift (Mok, 1968).

Het lidmaatschap van de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie fungeerde in ons onderzoek als belangrijkste identificatie-indicator van de geriatrie professionele. Door middel van haar tijdschrift en jaarlijkse congressen (Winter-Meetings) lijnt deze vereniging de taken en doeleinden van het veld van de geriatrie af en definieert ze de unieke kenmerken van de beroepsrol van de geriatrie arts. Tevens neemt de BVGG duidelijk stelling in over de organisatie van de geriatrie gezondheidszorg in België. Zij heeft bijvoorbeeld de oprichting van een afdeling Geriatrie, onder leiding van een internist-geriater, sterk bepleit (Baeyens, 1982).

Uit het onderzoek komt echter duidelijk naar voor dat deze vereniging niet de gehele geriatrie beroepsgroep vertegenwoordigt, maar slechts segmenten ervan (tabel 9). Zowel de 'audience' functie als de rechtstreekse en onrechtstreekse belangenverdediging van de BVGG zijn voornamelijk gericht naar geneesheren die een professionele of een technisch georiënteerde praktijkstijl hanteren.

Tabel 9: Beroepsidentificatiekenmerken naar praktijkstijl

	Traditionelen	Professionelen	Techniekers
% lid BVGG	5% (99)	47% (129)	64% (44)
% zelfde mening	32% (96)	40% (128)	46% (43)
% abon.tijdschr.	19% (97)	49% (126)	63% (43)
% lid ger.kring	8% (98)	24% (126)	21% (43)

In dit stadium is het belangrijk te weten welk van deze factoren het meest determinerend zijn voor het bepalen van houdingen en gedragingen die geneesheren aannemen ingevolge hun medisch professioneel handelen. Is opleiding een minder belangrijke variabele dan werkomgeving, zoals Freidson beweerde (Freidson, 1981: 91-93)? Reageert de geriatrie beroepsbeoefenaar meer op de georganiseerde druk van de situatie waarin hij zich op een bepaald moment bevindt? Of is zijn praktijkstijl meer het resultaat van wat hij vroeger 'geïnternaliseerd' heeft?

Om dit na te gaan worden al de significante variabelen uit ons model in één multiple regressie ingebracht (tabel 10). De stapsgewijze multiple regressie-analyse klasseert deze variabelen volgens de mate waarin ze bijdragen tot de verklaring van de variantie (5). Tevens wordt berekend hoeveel procent van de variantie in de praktijkstijl verklaard wordt door al de significante onafhankelijke factoren samen.

Tabel 10: Multiple regressie-analyse met al de significante onafhankelijke variabelen

Summary of Stepwise Procedure for Dependent Variable TYPEI (Traditionelen)							
Step	Group Entered Removed	Number In	Partial R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	setting	8	0.4128	0.4218	33.2103	15.7316	0.0000
2	lid BVGG	9	0.0492	0.4620	18.1802	16.2819	0.0001
3	statuut arts	11	0.0205	0.4825	15.0980	3.4798	0.0329
4	diploma ouders	15	0.0248	0.5073	14.5293	2.1606	0.0755
Summary of Stepwise Procedure for Dependent Variable TYPEII (Professionelen)							
Step	Group Entered Removed	Number In	Partial R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	setting	8	0.2383	0.2383	16.4961	5.6298	0.0000
2	voordragen papers	9	0.0319	0.2701	12.1550	6.2471	0.0136
3	unief herkomst	16	0.0801	0.3502	10.2256	2.3949	0.0243
4	lid BVGG	17	0.0160	0.3663	9.0367	3.4157	0.0668
Summary of Stepwise Procedure for Dependent Variable TYPEIII (Techniekers)							
Step	Group Entered Removed	Number In	Partial R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	setting	4	0.1820	0.1820	16.9720	9.3457	0.0000
2	gewest	6	0.0418	0.2238	11.7841	4.4653	0.0129
3	voorgedragen papers	7	0.0253	0.2490	8.2250	5.5515	0.0196
4	lid BVGG	8	0.0140	0.2631	7.1420	3.1183	0.0793
5	lid geriatr. kring	9	0.0140	0.2771	6.0538	3.1648	0.0771

Onze bevindingen wijzen vooral op de impact van huidige professionele socialisatiebronnen. Het feitelijk gedrag van de geriatrische beroepsbeoefenaars wordt in de eerste plaats gedetermineerd door de onmiddellijke omgeving waarin ze tewerkgesteld zijn. Dit betekent dat artsen binnen een bepaalde omgeving gesocialiseerd en opgeleid worden waarbij ze zich professionele standaarden eigen maken. Artsen hebben, m.a.w., eenzelfde praktijkstijl aangezien ze in hetzelfde type geriatrische setting werkzaam zijn, of aangezien ze evenveel tijd besteden in dit type van instelling. Het feitelijk gedrag van geriatrische beroepsbeoefenaars wordt eveneens beïnvloed door de druk van de ruimere sociale omgeving. De mate waarin de arts zich identificeert met de geriatrische beroepsgroep bepaalt mee welke praktijkstijl hij aanneemt. Geneesheren hebben eenzelfde praktijkstijl aangezien ze aangesloten zijn bij dezelfde medische vereniging en dezelfde medische literatuur lezen. Maar ook de effecten van vroegere bronnen van socialisatie kunnen niet ontkend worden. Zowel de universiteit van herkomst als de regio waarin men werkzaam is oefenen nog enige invloed uit. Geneesheren hebben eenzelfde praktijkstijl aangezien ze aan dezelfde universiteit afgestudeerd zijn of indien ze in dezelfde streek werkzaam zijn. Kennelijk worden aan universiteiten wetenschappelijke tradities doorgegeven en gelden er streekgebonden standaarden voor aanvaardbare praktijken.

Opvallend is echter dat de invloed, of de socialiserende werking van de specifieke medische opleiding die men gevolgd heeft, in het samenvattend verklaringsmodel geheel verdwenen is. Effecten van professionele opleiding ebben kennelijk weg in het licht van de onmiddellijke druk van de huidige sociale werksetting.

5. BESLUIT EN BESCHOUWINGEN

Centraal in dit artikel staat de zoektocht naar factoren die verantwoordelijk zijn voor de spectaculaire variaties in medische behandeling en verzorging van patiënten in institutionele settings. Het belang van de klinische en socio-demografische situatie en de kennis en attitudes van de patiënt, alsmede van de omgeving waarin de behandeling plaatsvindt, is elders reeds voldoende aangetoond. Omwille van de resterende variaties ging onze aandacht uit naar het professioneel handelen van geneesheren. Alle geneesheren praktiseren niet op dezelfde manier. Dit professioneel handelen wordt enerzijds beïnvloed door de klinische situatie van de patiënt. Naargelang van de ernst van de aandoening worden immers andere therapeutische middelen gemobiliseerd. Anderzijds wordt dit handelen gedetermineerd door de praktijkstijlen van de behandelende artsen. Deze praktijkstijlen worden op hun beurt beïnvloed door een aantal factoren. Onze bevindingen toonden aan dat vooral huidige socialisatiebronnen, zoals de onmiddellijke werkomgeving en de druk van de ruimere sociale omgeving belangrijk zijn. Dat praktijkstijlfactoren mee aan de basis liggen van de bestaande variaties in medische behandeling en verzorging kon echter niet rechtstreeks aangetoond worden. Onrechtstreeks kon dit echter wel aangezien het hanteren van bepaalde praktijkstijltypes immers nauw aanleunt bij het type van verzorging dat verleend wordt aan patiënten. Zo werden bijvoorbeeld de consequenties voor de behandeling van de patiënt aangetoond voor het aantal en de aard van testen die patiënten in institutionele settings dienen te ondergaan. Deze laatste conclusie maakt het algemeen verklaringsmodel van variaties in medische behandeling en verzorging van patiënten analytisch sluitend. Idealiter zou dit model echter nog uitgebreid kunnen

worden door een uitklaring van de wederzijdse wisselwerking tussen de verschillende factoren.

Maatschappelijk gezien is dit algemeen verklaringsmodel te plaatsen binnen belangrijke ontwikkelingen die zich momenteel in de gezondheidszorg voordoen. Invoering van budgettering, zoals bijv. d.m.v. de streepjescode, het beheren van een centraal patiëntendossier, enz... beheersen de discussies in de gezondheidszorg. Welke oplossing men ook zal kiezen, deze zal vooral aansluiting moeten vinden bij de ontwikkelingen die momenteel binnen de medische professie zelf gaande zijn, m.n. de groter wordende noodzaak voor professionals hun werkzaamheden binnen duidelijk organisatorische kaders te verrichten. In de toekomst zal het archetype van de arts, dat Velle nog recentelijk omschreven heeft als de 'nieuwe biechtvaders', stilaan gaan verdwijnen (Velle, 1991). Het type van geneesheer dat als vertrouwensfiguur individueel en subjectief optreedt zal meer en meer moeten plaats ruimen voor het verwetenschappelijkt geneesherentype. Deze verwetenschappelijking van het medisch handelen komt voornamelijk tot stand binnen een professionele organisatorische context. De medicus is een professional die geleerd heeft methodisch te handelen conform protocollen, zich weet te schikken in een hiërarchische ordening en vaak in teamverband zijn werkzaamheden verricht.

Het samengaan van deze nieuwe vorm van professionalisering met organisering zal wellicht gunstige invloeden hebben op de praktijkstijlen die artsen ontwikkelen. Deze zullen evolueren naar een minder subjectieve en een meer intersubjectieve medische praktijkvoering, waar professionals als gelijkwaardige partners functioneren, als 'peers' elkaars werk evolueren en vooral refereren aan patiënten- en professionele belangen.

VOETNOTEN

- (1) Gastro-intestinale röntgenopnames zijn röntgenfoto's betreffende maag en darmen.
- (2) Een endarteriëctomie is de chirurgische verwijdering van de binnenste wandlaag van een slagader.
- (3) Onderzoek toont aan dat geneesheren dikwijls weigeren te antwoorden op vragen die betrekking hebben op professionele en sociale factoren. Hiermee werd bij de opstelling van de vragenlijsten rekening gehouden. Zeer specifieke medische acten konden niet bevroegd worden. Het professioneel profiel werd bijgevolg zo ruim mogelijk gedefinieerd om de respons niet al te zeer te bedreigen.; CRANE D., 'Controversy and the clinical mentality', in *The Sanctity of Social Life: Physician's Treatment of Critically Ill Patients*, New York, 1975, p.17-32.
- (4) Oplossingen gaande van 2 tot 6 clusters werden berekend. Zowel op interpretatieve als op statistische basis (het Cubic Clustering Criterium) werd het optimaal aantal clusters op 3 gebracht.; Uit: SAS Institute Inc., 'The FASTCLUS procedure', in *SAS/STAT Guide for Personal Computers*, Version 6 edition, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1987, p.493-518.

- (5) In de multiple regressie-analyse werd gebruik gemaakt van de 'stapsgewijze' selectiemethode. Zoals in de methode van de voorwaartse selectie worden de variabelen één voor één toegevoegd. De F-statistiek voor een toegevoegde variabele moet significant zijn op het intredeniveau van .15. Nadat een variabele echter is toegevoegd, controleert de stapsgewijze methode of al de variabelen die in het model aanwezig zijn nog een F-statistiek produceren op het blijf-niveau dat eveneens .15 bedraagt. Nadat deze controle is gebeurd en de noodzakelijke verwijderingen zijn gedaan, kan een volgende variabele worden toegevoegd. Het stapsgewijs proces stopt als geen enkele van de variabelen buiten het model een F-statistiek heeft op het intredeniveau en als elke variabele in het model significant is op het blijf-niveau.

BIBLIOGRAFIE

- ATKINSON P., REID M., SHELDRAKE P., 'Medical Mystique', in: *Sociology of Work and Occupations*, 4, 1977, p.243-280.
- BAEYENS J.P., 'De organisatie van de Geriatrie in België', in: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 13, 1982, 4, p.168-170.
- CALNAN M., 'Images of general practice: the perceptions of the doctor', in: *Social Science and Medicine*, 27, 1988, 6, p.579-586.
- CAMPBELL D.M., 'Why do physicians in neonatal care units differ in their admission thresholds', in: *Social Science and Medicine*, 18, 1984, 5, p.365-374.
- CHASSIN M.R., BROOK R.H., PARK R.E., 'Variations in use of medical and surgical services by the medicare population', in: *New England Journal of Medicine*, 314, 1986, p.285.
- COCKERHAM W.C., *Medical Sociology*, New Jersey, 1986.
- COLOMBOTOS J., 'Social origins and ideology of physicians: A study of the effects of early socialization', in: *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 1969, p.16-29.
- DETMER D.E., TYSON T.J., 'Regional differences in surgical care based upon uniform physician and hospital discharge abstract data', in: *Annals of Surgery*, 187, 1978, p.166-169.
- EPSTEIN A.M., BEGG C.B., McNEIL B.J., 'Effects of physician's training and personality on test ordering for ambulatory patients', in: *American Journal of Public Health*, 74, 1984, p.1271.
- FREEBORN D.J., BAER D., GREENLICK M.R., BAILEY J.W., 'Determinants of medical care utilization: Physician's use of laboratory services', in: *American Journal of Public Health*, 62, 1972, p.846-853.
- FREIDSON E., *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*, New York, 1975.
- FREIDSON E., *De medische professie*, Poperinge, 1981.
- GERRITY M.S., DEVELLIS R.F., EARP J.A., 'Physicians' reactions to uncertainty in patient care', in: *Medical Care*, 28, 1990, 8, p.724-736.

- GRAHAM S., 'Socio-economic status, illness and the use of medical services', in: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 35, 1956, p.58-66.
- HARDWICK D.F., VERTINSKY P., BARTH R.T., 'Clinical styles and motivation: a study of laboratory test use', in: *Medical Care*, 13, 1975, p.397.
- HENKE C.J., EPSTEIN W.V., 'Practice variation in rheumatologists' encounters with their patients who have rheumatoid arthritis', in: *Medical Care*, 29, 1991, 8, p.799-812.
- HERMANS H., MEULEMANS H., VAN HOVE E., 'Variaties in de behandeling van dialysepatiënten. Empirische toetsing van een model van institutionele ziekenhuiszorg', in: *Tijdschrift voor Sociologie*, 11, 1990, p.277-300.
- HILLMAN A.L., PAULY M.V., KERSTEIN J.J., 'How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of Health Maintenance Organizations?', in: *New England Journal of Medicine*, 321, 1989, 2, p.86-92.
- HLATKY M.A., LEE K.L., BOTVINICK E.H., BRUNDAGE B.H., 'Diagnostic test use in different practice settings: A controlled comparison', in: *Archives of Internal Medicine*, 143, 1983, p.1886-1889.
- JOHNSON R.E., AZEVEDO D.J., KIEBURTZ K.D., 'Variations in individual physician's prescribing', in: *Journal of Ambulatory Care Management*, 9, 1986, p.25.
- KRISTIANSEN I.S., HJORTDAHL P., 'The general practitioner and laboratory utilization: why does it vary?', in: *Family Practice*, 9, 1992, 1, p.22-27.
- LEAPE L.L., PARK R.E., SOLOMON D.H., CHASSIN M.R., KOSECOFF J., BROOK R.H., 'Relation between surgeon's practice volumes and geographic variation in the rate of carotid endarterectomy', in: *New England Journal of Medicine*, 321, 1989, 10, p.653-657.
- LINN L.S., YAGER J., LAEKE B.D., GASTALDO G., PALKOWSKI C., 'Differences in the number and costs of test ordered by internists, family physicians and psychiatrists', in: *Inquiry*, 21, 1984, p.226.
- LIST N.D., FRONCKZAK NE., GOTTLIEB SH., BAKER RE., 'A cross-national study of differences in length of stay of patients with cardiac diagnoses', in: *Medical Care*, 21, 1983, 5, p.519-530.
- MACKENBACH S.P., 'Regionale verschillen in de frequentie van enkele veel voorkomende operaties', in: *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 134, 1990, 19, p.953-957.
- MARTON K.I., SOX H.C., WASSON J., et al., 'The clinical value of the upper gastrointestinal tract roentgenogramseries', in: *Archives of Internal Medicine*, 140, 1980, p.191.
- McLAUGHLIN C.G., NORMOLLE D.P., WOLFE R.A., McMAHON L.F., FRIFFITH J.R., 'Small-area variation in hospital discharge rates. Do socio-economic variables matter?', in: *Medical Care*, 27, 1989, p.507-521.
- McMAHON L.F., McLAUGHLIN C.G., PETRONI G.R., TEDESCHI P.J., 'Small area analysis of hospital discharges for musculoskeletal diseases in Michigan. The influence of socio-economic factors', in: *American Journal of Medicine*, 91, 1991, 2, p.173-178.
- McMILLAN MOINPOUR C., POLISSAR L., CONRAD D.A., 'Factors associated with length of stay in hospice', in: *Medical Care*, 28, 1990, 4, p.363-368.

- MERTON R.K., 'Some preliminaries to a sociology of medical education', in: MERTON R.K., READER G.G., KENDALL P.L. (eds), *The Student-Physician*, Cambridge/London, 1957, p.3-79.
- MOK A.L., 'De sociologische bestudering van de beroepsvereniging', in: *Sociologische Gids*, 15, 1968, 1, p.54-61.
- MOK A.L., *Beroepen in actie. Een bijdrage tot de beroepsociologie*, Boom/Meppel, 1973, p.71-72.
- PALMER R.H., REILLY M.C., 'Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care', in: *Medical Care*, 17, 1979, p.693.
- REINHART U.E., *The Physician as Generator of Health Care Costs. Health Care and the American Economy: Issues and Forecasts, 1978*, Chicago, Health Services Foundation, 1979.
- ROOS N.P., 'Hysterectomy: Variations in rates across small areas and across physicians' practices', in: *American Journal of Public Health*, 74, 1984, 4, p.327-335.
- ROOS N.P., FLOWERDEW G., WAJDA A., TATE R.B., 'Variations in physician's hospitalization practices: a population-based studie in Manitoba, Canada', in: *American Journal of Public Health*, 76, 1986, 1, p.45-51.
- ROOS N.P., 'Hospitalization style of physicians in Manitoba: the disturbing lack of logic in medical practice', in: *Health Services Research*, 27, 1992, 3, p.361-384.
- ROSENBLATT R.A., MOSCOVICE I.S., 'The physician as gatekeeper. Determinants of physicians' hospitalization rates', in: *Medical Care*, 22, 1984, 2, p.150-159.
- ROTHERT M.L., ROVNER D.R., ELSTEIN A.S., HOLZMAN G.B., HOLMES M.M., RAVITCH M.M., 'Differences in medical referral decisions for obesity among family practitioners, general internists and gynecologists', in: *Medical Care*, 22, 1984, 1, p.42-53.
- SCOTT W.R., 'Managing professional work: three models of control for health organizations', in: *Health Services Research*, 17, 1982, p.213-230.
- STANO M., 'Further issues in small area variations analysis', in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 1991, 3, p.573-588.
- STAFFORD R.S., 'The impact of nonclinical factors on repeat cesarian section', in: *Journal of American Medical Association*, 265, 1991, 1, p.59-63.
- TAYLOR K.M., KELNER M., 'Interpreting physician participation in randomized clinical trials: the physician orientation profile', in: *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 1987, 4, p.389-400.
- VELLE K., *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, 1991.
- WENNBERG J.E., 'Dealing with medical practice variations: a proposal for action', in: *Health Affairs*, 3, 1984, 2, p.6-32.
- WENNBERG J.E., 'Population illness rates do not explain population hospitalization rates', in: *Medical Care*, 25, 1987, 4, p.354-359.
- WESTERT G.P., *Variation in Use of Hospital Care*, Assen/Maastricht, 1992.
- WILLIAMS B.R., 'Geographical variations in the supply of domiciliary oxygen', in: *British Medical Journal*, 282, 1981, p.1941-1943.
- WILLIAMS S.V., EISENBERG J.M., PASCALE L.A., 'Physicians' perceptions about unnecessary diagnostic testing', in: *Inquiry*, 19, 1982, p.363.

WOLF N., 'Professional uncertainty and physician medical decision-making in a multiple treatment framework', in: *Social Science and Medicine*, 28, 1989, 2, p.99-107.

ZELNIO R.N., 'The interaction among the criteria physicians use when prescribing', in: *Medical Care*, 20, 1982, p.277.