

Opnieuw de arts-patiënt relatie

door A. J. van Loon¹ en H. G. Schmidt²

Parallel aan het toenemende besef bij huisartsen en anderen dat veel problemen, waarmee de arts in zijn praktijk geconfronteerd wordt andere dan puur somatische oorzaken hebben, is de belangstelling toegenomen voor de wijze waarop de arts zijn patiënten benadert. Die toegenomen belangstelling is wel verklaarbaar. Mensen vinden het meestal niet makkelijk om te praten over de problemen die ze met zichzelf en anderen hebben, en die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor die hoofdpijn of die buikklasten. Ze vertonen de neiging tot 'somatiseren', tot het bij zichzelf zoeken van lichamelijke oorzaken voor lichamelijke klachten. Daarbij komt nog dat in de samenleving als geheel psychische en sociale problemen nog steeds niet helemaal serieus worden genomen als bedreigers van de gezondheid. Het lijkt daarom uiterst belangrijk dat mensen met problemen een arts tegenover zich vinden, die door zijn gedrag de drempel om dèk over die andere moeilijkheden te praten, zo laag mogelijk maakt.

Dat er op dit moment daaraan iets schort, blijkt onder andere uit een onderzoek van IJzermans en Schouwenburg (1976). Zij vroegen zowel patiënten als hun huisartsen onafhankelijk van elkaar aan te geven welke psychosociale problemen actueel (gevoest) waren. Slechts in 22% van de gevallen noemden doctoren en hun patiënten dezelfde problemen. Daarnaast is er een groeiend bewustzijn waar te nemen van de afhankelijke positie waarin de patiënt terecht komt als hij zich als patiënt meldt. Een positie die zich kenmerkt door een chronisch gebrek aan informatie over zijn toestand en over wat er met hem gaat gebeuren; die zich kenmerkt door gevoelens van onzekerheid, hulpeloosheid, onderworpen-zijn en tot-ding-gereduceerd-zijn.

Verondersteld wordt nu dat artsen er via hun gedrag veel toe kunnen bijdragen deze gevoelens van onzekerheid te verminderen. Het ligt voor de hand dat medische faculteiten hun onderwijsprogramma's zullen moeten aanpassen aan deze veranderende opvattingen. Met name zal er naast de strikt medisch-technische aspecten ook plaats moeten worden ingeruimd voor programma-onderdelen die aandacht besteden aan de houding van de arts ten opzichte van zijn patiënten. In de Ba-

sisfilosofie van de Maastrichtse medische faculteit (1972) wordt als een van de belangrijke onderwijsdoelen van een medische opleiding genoemd: de attitude-ontwikkeling van medische studenten.

Dit idee is nader vorm gegeven door een groep bestaande uit artsen, medisch-psychologen en onderwijskundigen, en heeft geresulteerd in de opzet van een breed scala van activiteiten binnen het curriculum, lopend van training in intermenselijke relaties, via simulaties naar discussiegroepen over medisch-ethische kwesties. Daarnaast is er samen met de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde in Maastricht een poging gedaan een attitude-meetinstrument te ontwikkelen, dat op betrouwbare wijze de houding van de huisarts ten aanzien van zijn patiënten zou kunnen meten. Dit meetinstrument zou deel moeten gaan uitmaken van een testbatterij waarmee de medische faculteit de ontwikkeling van haar studenten wil gaan volgen (Wijnen, 1976), een testbatterij die verder tests zal bevatten om medische kennis en probleemoplossingsvermogen te meten.

De arts-patiënt relatie

Hierboven werd gesproken over gedrag en houding van de kant van de arts die ertoe zouden kunnen bijdragen gevoelens van onzekerheid en hulpeloosheid bij patiënten te verminderen. De centrale vraag is nu: om welk gedrag, om wat voor attitude, gaat het dan precies? Op welke dimensies vindt het contact plaats tussen arts en patiënt? De laatste

tien jaar is er veel geschreven over, en nog meer onderzoek gedaan naar dit onderwerp. De descriptieve artikelen komen vaak uit de sfeer van de onderwijsdoelstellingen voor de artsenopleiding. Recente voorbeelden daarvan zijn het SOH-rapport (1974), en de artikelen van Dijkhuis (1973) en Bremer (1974). Het tot nu toe gedane onderzoek laat zich globaal indelen in een drietal categorieën: analyse van de directe interactie tussen arts en patiënt, onderzoek naar meningen die patiënten hebben over het functioneren van hun artsen, en onderzoek naar de opvattingen die artsen over patiënten hebben. De eerste soort onderzoekingen wordt gekenmerkt door het feit dat de onderzoeker zich met een bandrecorder onder het bureau van de arts installeert en die in de spreekkamer plaatsvindende gesprekken registreert. Voorbeelden daarvan zijn de onderzoeken van Davis (1966), Katz (1969) en Joosten (1974). De tweede en derde soort onderzoek karakteriseren zich door het gebruik van vragenlijsten. Hier stelt de onderzoeker zich buiten de spreekkamer op en treedt de naar buiten komende persoon tegemoet met de vraag: 'Zou u dit even willen invullen? Het duurt maar vijf minuten'. Waarna de aangesprokene een half uur onder de pannen is. Voorbeelden daarvan zijn het werk van respectievelijk Cartwright (1967) en Shuval (1967).

Wanneer we ons op een normatief standpunt stellen, kan op basis van de literatuur, de in relationeel opzicht ideale arts getypeerd worden als iemand die hartelijk, open, warm en menselijk is; die persoonlijke interesse voor zijn patiënten toont; die ontspannen en bedachtzaam is; die zijn patiënten als zijn gelijke behandelt; die zijn emotionaliteit reguleert; die een zekere afstand tot zijn patiënten bewaart; die beschikbaar is; die kan luisteren; die zijn patiënten kan overreden en bemoedigen; die flexibel is; die maatschappelijk geëngageerd is; die betrokken is op zijn patiënten; etc., etc.

Deze opsomming van alles wat een ideale arts is en doet in relatie tot zijn patiënten, verschaft helaas nauwelijks een helder inzicht in de structuur van de

1. Doctoraal-student Instituut voor Soc. Psychologie, Utrecht.

2. Wetenschappelijk medewerker Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling, Maastricht.

onele relatie, meer dan als een persoonlijke. Daar waar deskundigen, naast een goede medisch-technische bekwaamheid, veelal kenmerken als echtheid, warmte en betrokkenheid van de kant van de arts vooropstellen als dimensies waarop die relatie vorm krijgt, daar zijn patiënten vooral geïnteresseerd in zakelijke informatie. In de tweede plaats moet hier melding worden gemaakt van een wat merkwaardig verschijnsel. Tot de eerste factor horen, naast items die betrekking hebben op informatie, een aantal items die zich bezighouden met het overwicht dat de arts wel of niet zou moeten hebben ten aanzien van patiënten. Items die bijvoorbeeld de volgende vorm hebben:

4. Een huisarts die huilt in het bijzijn van een patiënt, verliest aan prestige.
5. Een goede huisarts hoort een natuurlijk overwicht te hebben over zijn patiënten.

Deze items hingen statistisch sterk samen met de informatie-items. Op het eerste gezicht is echter niet geheel duidelijk wat het psychologisch verband tussen beide is. Een mogelijke verklaring verschaffen misschien de studies van Leavitt (1951). Leavitt beweert dat personen die over meer informatie beschikken ten aanzien van een bepaald onderwerp dan andere personen, door die anderen ook als meer machtig worden waargenomen. Zie ook Mulder (1974) die de relatie tussen macht, informatie en gedragsbeïnvloeding van de kant van de machtige nader uitwerkt. Het blijkt dan ook dat die ondervraagden, die vinden dat een arts overwicht behoort te hebben op zijn patiënten, vinden dat hij zijn patiënten niet uitgebreid hoeft te informeren. Omgekeerd zijn diegenen die vinden dat een arts geen overwicht hoeft te hebben op patiënten van mening dat hij ze altijd uitgebreid moet informeren. De laatste groep is overigens ver in de meerderheid.

Wat hebben deze resultaten voor implicaties voor bijvoorbeeld de medische opleiding? We denken dat de belangrijkste is dat artsen in spé geleerd moet worden, véél meer dan tot op heden het geval is, voortdurend en diepgaand hun patiënten te informeren over de aard van hun problemen; de redenen waarom een bepaald voorschrift of geneesmiddel wordt gegeven; een bepaalde verwijzing wordt gedaan; etc. Het op heldere wijze uitleg kunnen geven is een vaardigheid die, voor zover wij weten; nog nergens binnen een medi-

sche opleiding speciale aandacht heeft gekregen.

Een tweede implicatie is dat in de opleiding meer aandacht zou moeten worden gegeven aan juist diagnostische- en verwijzingsaspecten van psychosociale problemen. Tot op heden is het zo dat, voor zover gedragswetenschappers een rol spelen in de medische opleiding, zij meestal een zwaar accent leggen op gesprekst rainingen, zoals training in counselingstechnieken (die dan ook nog typische hulpverleningstechnieken zijn).

Een attitudeschaal

Op basis van de resultaten van het hierboven beschreven onderzoek is een attitudeschaal geconstrueerd die een antwoord kan geven op de vraag: In hoeverre beantwoordt een bepaalde huisarts (of arts in opleiding) aan het beeld dat patiënten van een goede huisarts hebben? Deze schaal bestaat uit drie subschalen, die overeenkomen met de hierboven beschreven kenmerken. Over de respectieve betrouwbaarheden hebben we al gerapporteerd. Per onderzochte worden drie subscores berekend die na weging samen de score van dit onderzochte op het meetinstrument vormen.

De attitudeschaal is voor belangstellenden – of onderzoekers die in dit veld actief zijn – in twee parallelversies verkrijgbaar bij de Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch van de Rijksuniversiteit Limburg (Tongersestraat 53, Maastricht). Een gebruiksaanwijzing en het rapport waarop dit artikel gebaseerd is (Van Loon, 1976), worden bijgeleverd.

Literatuur:

- Basisfilosofie achtste medische faculteit, 1972 Medisch Contact 33.
- Bremer, G. J.: Huisarts en Opleiding, 1974, Medisch Contact 47.
- Cartwright, A.: Patients and their doctors, 1967, Routledge & Kegan Paul.
- Cassee, E.: Naar de dokter, 1973, Boom, Meppel.
- Davis, M. S.: Variations in patients' compliance with doctor's orders, 1966, Journal of medical education, vol. 41.
- Dijkhuis, H. J. P. M.: De doelstellingen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde, 1973, Medisch Contact 28.
- Joosten, J.: Exploratie van de arts-patiënt relatie, 1974, Leiden.
- Katz, E.: Doctor-patiënt exchanges: a diagnostic approach to organizations and professions, 1969, Human relations, vol. 22.
- Leavitt, H. J.: Some effects of certain communication patterns on group performance, J. of Abnorm. and Soc. Psych, 1951, vol. 46.
- Van Loon, A. J.: Hoe ziet een patiënt zijn huisarts, Utrecht 1976.
- Mulder, M.: Het spel om macht, Boom, Meppel. Rapport van de interfacultaire werkgroep specifieke opleiding huisartsen, 1975.
- Shuval, J. T. Antonowsky, A. Davis A. M.: The doctor-patient relationship in an ethnically heterogeneous society; 1967, Soc. Science and Medicine, vol. 1.
- Wijnen, W. H. F. W.: Het evaluatiesysteem van de medische faculteit Maastricht, 1976.
- IJzermans, C. J. J. M. Schouwborg, H. C.: Huisartsen en hun probleempatiënten; 1976, Huisarts en wetenschap, 19.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, zijn nog enkele overdrukken voorradig. Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van f 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren f 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht.
