

# "EN..., WAT ZEI DE DOKTER?"

Een beschrijvend onderzoek naar het gedrag  
van huisartsen en de achtergonden daarvan.

CIP-gegevens KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Braams, Franciscus Maria

"En..., wat zei de dokter?": een beschrijvend onderzoek naar het gedrag van huisartsen en de achtergronden daarvan/

Franciscus Maria Braams. -[s.l.:s.n.]-III.

Proefschrift Rotterdam. - Met lit.opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9006169-X

Trefwoorden: huisarts-patientrelatie/ interactie huisarts-patient/ persoon van de dokter/persoonlijk functioneren van huisartsen

1993 F.M. Braams.

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

# "EN..., WAT ZEI DE DOKTER?"

Een beschrijvend onderzoek naar het gedrag  
van huisartsen en de achtergronden daarvan.

## Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam  
op gezag van de Rector Magnificus  
Prof. Dr. C.J. Rijnvos  
en volgens het besluit van het College van Dekanen.  
De openbare verdediging zal plaatsvinden op  
woensdag 2 juni 1993 om 15.45 uur

door

**Franciscus Maria Braams**

geboren in Rotterdam.

Promotiecomissie

Promotores: Prof. Dr. H.J. Dokter  
Prof. Dr. R.W. Trijsburg

Overige leden: Prof. Dr. F.C. Verhulst  
Prof. Dr. Th. B. Voorn

Dit onderzoek is mede tot stand gekomen dankzij een financiële bijdrage van:  
het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht,  
het Preventiefonds te s' Gravenhaege,  
de stichting steunfonds Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut.



Gedrukt door: Drukkerij Haveka B.V., Alblasterdam

# INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	8
<b>HOOFDSTUK 1: SAMENHANG TUSSEN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK, ATTITUDE EN PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN HUISARTSEN: DE LITERATUUR</b>	
1.1 Inleiding	10
1.2 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk	10
1.2.1 Definitie van psychosociale problematiek	10
1.2.2 Prevalentie van psychosociale problematiek	11
1.2.3 Manifestatie van psychosociale problematiek	13
1.2.4 Het hanteren van psychosociale problematiek door de huisarts	14
1.2.5 Opvattingen en aanbevelingen in de literatuur over het hanteren van psychosociale problematiek	16
1.3 Attitude en persoonlijkheidskenmerken van huisartsen.	19
<b>HOOFDSTUK 2: SAMENHANG TUSSEN DE ATTITUDE VAN HUISARTSEN EN HUN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK</b>	
2.1 Inleiding	22
2.2 Methode van onderzoek	23
2.3 Resultaten	25
2.4 Discussie	31
<b>HOOFDSTUK 3: INTERACTIE TUSSEN HUISARTSEN EN MOEILIJKE PATIËNTEN; EEN LITERATUURVERKENNING</b>	
3.1 Inleiding	33
3.2 Psychoseksuele problematiek	35
3.3 Ontevreden patiënten	38
3.4 Omgaan met fouten maken	40
3.5 Terminale kankerpatiënten	41
3.6 Conclusies van deze literatuurverkenning	43
<b>HOOFDSTUK 4: VRAAGSTELLING</b>	
4.1 Inleiding	44
4.2 Vraagstelling, operationalisatie en deelvragen	45

<b>HOOFDSTUK 5: METHODE VAN ONDERZOEK</b>	
5.1. Reacties van huisartsen	47
5.1.1 Eigenschappen van het video-instrument	47
5.1.2 Afnameconditie	48
5.1.3 Onderzoeksgroep	48
5.1.4 Reactie-meting; het Rosenzweigmodel	49
5.1.5 Aanpassing aan de spreekkamersituatie	50
5.1.6 Betrouwbaarheid	52
5.1.7 Validiteit	53
5.2. Attributie-meting	54
5.3. Meting van attitudes en persoonlijkheidskenmerken	55
<b>HOOFDSTUK 6: RESULTATEN</b>	
6.1. Inleiding	58
6.2. Reacties en attributies per patiëntgroep	58
6.2.1 Over de presentatie van de resultaten in deze paragraaf	58
6.2.2 Reacties en attributies bij patiënten met seksuele problematiek	60
6.2.3 Reacties en attributies bij ontevreden	61
6.2.4 Reacties en attributies bij patiënten waarbij fouten gemaakt zijn	63
6.2.5 Reacties en attributies bij terminale kankerpatiënten	65
6.3. Attitude en persoonlijkheidsmetingen	66
6.3.1 Seksualiteits Belevings Schaal (SBS) 1	66
6.3.2 Seksualiteits Belevings Schaal (SBS) 2	67
6.3.3 Zelfwaardering	68
6.3.4 Balintlijst	69
6.4. Onderscheid tussen de reactiestijlen bij de vier patiëntgroepen	70
6.5. Samenhang tussen reactiestijlen per patiëntgroep, attributie, persoonlijkheidsmetingen en attitudes	76
6.6. Samenvatting van de resultaten	79
<b>HOOFDSTUK 7: DISCUSSIE</b>	
7.1. Inleiding	81
7.2. De samenhang tussen de attitude van huisartsen en hun behandeling van psychosociale problematiek	81
7.3. Reacties, wijze van attribueren en de persoonlijkheidskenmerken van huisartsen in de omgang met moeilijke patiëntgroepen	83
<b>SAMENVATTING</b>	90
<b>SUMMARY</b>	94

EPILOOG	98	
LITERATUUR	100	
BIJLAGEN	106	
Bijlage I:	vragenlijst (A) over vóórkomen en behandeling van psychosociale problematiek	106
Bijlage II:	Balint-vragenlijst (B)	107
Bijlage III:	inhoud vignetten	110
Bijlage IV:	vertaalslag van de Rosenzweig Pf-test naar de spreekkamersituatie	112
Bijlage V:	scoringsregels voor de PF-vignetten	113
Bijlage VI:	voorbeeld van de attributievragen per vignet	116
Bijlage VII:	seksualiteitsbelevingsschalen (SBS)	117
Bijlage VIII:	zelfwaarderingsschaal van de Nederlandse PersoonlijkheidsVragenlijst (NPV)	123
Bijlage IX:	verkorte Balint-lijst	124
Bijlage X:	overzichtstabel van de percentage reacties op de vignetten	125
Bijlage XI:	overzichtstabel attributiepatronen	126
Bijlage XII:	frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties van de items van de sbs-1 en sbs-2	127
Bijlage XIII:	frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties van de items van de zelfwaarderingsschaal van de NPV	129
Bijlage XIV:	frequenties, gemiddelden en standaarddeviaties van de items van de Balint-lijst	131
Bijlage XV:	Verdeling variabelen meervoudige resp. logistische regressie-analyse	132
CURRICULUM VITAE	133	

## INLEIDING

In deze studie staat de invloed van de persoon van de huisarts op het vóórkomen van psychosociale problematiek en van moeilijke patiënten in zijn praktijk centraal.

Met betrekking tot de behandeling van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk richt dit onderzoek zich op de vraag in hoeverre persoonlijkheidskenmerken van de huisarts van invloed zijn op de manier waarop huisartsen met psychosociale problematiek omgaan. Hierbij valt te denken aan vragen als: hoe vaak zien huisartsen bepaalde problematiek, welke doelstellingen hebben ze daarbij en welke gesprekstechnieken gebruiken ze.

Onder persoonlijkheidskenmerken kunnen ondermeer worden begrepen: behoefte aan waardering van patiënten, neiging om patiënten te willen veranderen en de manier waarop boosheid, irritatie, angst en schuldgevoel in interactie met de patiënt gewoonlijk worden gehanteerd.

Het onderzoek hiernaar staat beschreven in de eerste twee hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat een literatuurstudie naar de samenhang tussen de behandeling van psychosociale problematiek in de huisartsgeneeskunde en persoonlijkheidskenmerken van huisartsen. In hoofdstuk 2 worden opzet en resultaten van het vragenlijst-onderzoek onder 30 huisartsen besproken.

De belangrijkste bevinding uit dit onderzoek was het gegeven dat huisartsen onderling sterk verschillen in de beoordeling van de frequentie waarmee ze met bepaalde soorten psychosociale problematiek geconfronteerd worden. Deze grote variatie heeft - mede - te maken met de persoon van de dokter. De persoon van de dokter levert een bijdrage aan het vóórkomen van bepaalde soort problematiek in zijn praktijk.

Naar analogie hiervan kan gesteld worden dat de persoon van de dokter tevens een rol speelt bij het vóórkomen van probleempatiënten in zijn praktijk. Dit leidde naar de vraag hoe huisartsen omgaan met voor hen moeilijke of problematische patiëntgroepen.

In hoofdstuk 3 staat beschreven hoe op grond van ervaringen met Balintgroepen en literatuurgegevens gezocht is naar patiëntgroepen die of naar de inhoud van de klacht of naar de presentatie ervan door de patiënt, voor de huisarts moeilijk te hanteren zijn. Wat betreft de eerst categorie is de keuze gevallen op patiënten met



seksuele problematiek en terminale kankerpatiënten. Ten aanzien van de tweede categorie is gekozen voor ontevreden patiënten en patiënten waarbij fouten gemaakt zijn.

Teneinde de relatie tussen de opvattingen van huisartsen over deze patiëntgroepen enerzijds, en het concreet hulpverleningsgedrag van diezelfde huisartsen anderzijds te kunnen bestuderen is gekozen voor een beschrijvend onderzoek met een brede onderzoeksvraagstelling: wat is de samenhang tussen de (verbale) reactie van huisartsen, hun wijze van attribueren en hun attitude of persoonlijkheidskenmerken in de interactie met deze patiëntgroepen.

De vraagstelling en de operationalisatie ervan zijn beschreven in hoofdstuk 4. De verbale reactie is daarbij gedefinieerd als datgene wat de huisarts daadwerkelijk tegen de patiënt zegt in de beginfase van het consult in antwoord op de klacht of de probleemformulering van de patiënt.

Hoofdstuk 5 beschrijft de methode van onderzoek. Daarin wordt aandacht besteed aan het gebruik van video-fragmenten en de wijze waarop de reacties zijn gemeten. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk uiteengezet hoe de attributiemeting is opgezet en welke persoonlijkheidskenmerken in deze studie zijn betrokken.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van het onderzoek. Hierbij wordt ingegaan op de reacties van huisartsen uit de onderzoeksgroep met elk van de vier patiëntgroepen, alsmede op hun wijze van attribueren. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van de persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen op de interactie.

Hoofdstuk 7 bevat de discussie over de resultaten van deze studie en de daarbij gehanteerde methode van onderzoek, alsmede de aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren komen.

# HOOFDSTUK 1

## SAMENHANG TUSSEN BEHANDELING VAN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMATIEK, ATTITUDE EN PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN HUISARTSEN: DE LITERATUUR

### 1.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de literatuur over de behandeling van de psychosociale problematiek in de huisartsgeneeskunde (paragraaf 1.2). Daarbij is speciaal gelet op bevindingen die van belang zijn voor de praktizerende huisarts. Daarnaast is onderzocht hoe persoonlijkheidskenmerken of de attitude van huisartsen van invloed zijn op de door hen ingestelde behandeling van psychosociale problematiek (paragraaf 1.3).

### 1.2 PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE HUISARTSPRAKTIJK

#### 1.2.1 DEFINITIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Lamberts en Hartman (Lamberts '82) definiëren psychosociale problematiek als leefproblemen, waarbij ze op basis van de ICPC-classificatie de volgende indeling maken.

Onder psychische problemen worden verstaan: angst, hypochondrie, depressie, surmenage en neurasthenie, neurotische stoornissen, voorbijgaande situatieve stoornissen, acute stressreacties en poging tot zelfdoding.

Onder sociale problemen worden verstaan: gedragsstoornissen, alcoholmisbruik, financiële problemen, huisvestingsproblemen, problemen bij de zorg van een zieke, partner-relatieproblemen, seksuele problemen, gezins- of familieproblemen, opvoedingsproblemen, aanpassingsproblemen, werkproblemen, levensfaseproblemen, en problemen in de juridische sfeer.

Volgens Verhaak (Verhaak '86) is er sprake van een psychosociale klacht als:

- aan psychische of sociale aspecten een functie bij het ontstaan van de klacht

wordt toegedacht,

- deze aspecten een betekenisvol gevolg zijn van de klacht
- of wanneer de verschijningsvorm als zodanig van niet-somatische aard is.

Daarbij tekent hij aan dat de psychosociale klacht daarmee ook begrippen omvat als psychosomatisch (Groen '73) en nerveus-functionele klachten (Huygen '84).

Onder psychosociale problematiek wordt niet de psychiatrische problematiek verstaan, zoals gedefinieerd in de nota Geestelijke Gezondheidszorg (1984), want hierbij gaat het om langdurig en/of acuut vóórkomende psychische klachten of verschijnselen van ernstige aard zoals angsten, dwang, depressies, waandenkbeelden, hevige agressie, al of niet op basis van psycho-organische stoornissen, schizofrenie, waanstoornissen, overige psychotische stoornissen en een deel van de stemmingsstoornissen.

Buis (Buis '90) constateert dat in de Engelstalige literatuur geen onderscheid gemaakt wordt tussen de begrippen psychiatrisch, psychologisch, emotioneel en "mental". Haar conclusie is dat een groot deel van de daar als psychiatrische genoemde problematiek samenvalt met de hier genoemde psychosociale problematiek en psychosociale klachten.

Vanuit de praktijk gezien kan derhalve de term psychosociale problematiek gezien worden als een verzamelnaam voor de psychische en sociale problemen alsmede de psychosociale klachten, waarmee de huisarts in zijn dagelijks werk wordt geconfronteerd. De begrippen psychosociale problematiek en psychosociale klacht worden dan ook in het kader van deze studie naast elkaar gebruikt.

### 1.2.2 PREVALENTIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Op basis van het door Goldberg en Huxley ontworpen model hebben Giel c.s. (Giel '91) berekend wat de jaarlijkse prevalentie is van psychosociale problemen per 1000 personen van de Nederlandse bevolking in de leeftijdscategorie van 18 tot 65. Zij deden dit aan de hand van metingen met de General Health Questionnaire (GHQ).

Vier filters van het model geven de verschillende stadia aan die iemand met psychosociale problematiek kan doorlopen in het zoeken naar hulp daarvoor.

Filter 1 wordt gevormd door de meningen van de personen rond de betreffende persoon die hem of haar erop wijzen dat er sprake is van ziektegedrag waarvoor

het invoeren van hulp nodig is. Filter 2 wordt gevormd door het vermogen van de huisarts de psychosociale problematiek te herkennen en te benoemen. Filter 3 staat voor het proces van doorverwijzen van de patiënt naar instellingen van geestelijke gezondheidszorg. Het opnamebeleid binnen deze instellingen vormt het vierde filter en bepaalt uiteindelijk wie worden opgenomen.

Op basis van deze jaarcijfers kan het volgende worden gesteld. Van 1000 personen in de bevolking hebben er - gemeten met de GHQ - 303 psychosociale problemen (30%). Van deze 303 mensen met psychosociale problemen vervoegen zich 224 (22% op de oorspronkelijke 1000) - met een of andere klacht - op het spreekuur van hun huisarts. Bij 94 personen wordt de psychosociale problematiek als zodanig herkend en benoemd (9%). Vervolgens worden er 34 personen (3%) doorverwezen naar instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waarvan uiteindelijk 10 personen (1%) worden opgenomen.

Morbiditeit	Jaarprevalentie	
	absoluut	per 1000 personen relatief
Niveau 1: gemeenschap	303	30%
Filter 1: ziektegedrag	-----	-----
Niveau 2: totaal bij huisarts	224	22%
Filter 2: herkenning door huisarts	-----	-----
Niveau 3: herkend door huisarts	94	9%
Filter 3: verwijzing huisarts	-----	-----
Niveau 4: totaal in GGZ	34	3%
Filter 4: opname-beleid	-----	-----
Niveau 5: intramurale GGZ	10	1%

Deze cijfers bevestigen de resultaten uit eerder onderzoek van Goldberg en Huxley (Goldberg '84) en Ormel en Giel (Ormel '83). Het model maakt duidelijk dat van de 1000 personen 1/3 psychosociale problematiek blijkt te hebben en dat 1/4 zich op het spreekuur van hun huisarts meldt met een of andere klacht of hulpvraag.

Het Transitieproject (Lamberts '91) geeft aan dat per jaar 17-23% van de volwassen praktijkpopulatie de huisarts consulteert voor psychosociale problematiek. Hierbij wordt aangetekend dat vrouwen dit vaker doen dan mannen. Huygen (Huygen '84) vindt in het kader van de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegse Universitaire Huisartseninstituut een prevalentie van 18-19% psychosociale problematiek in de huisartspraktijk. Bensing en Sluys (Bensing '84) komen tot de slotsom dat 19% van de spreekuurcontacten betrekking heeft op psychosociale problematiek. Kocken (Kocken '87) komt in zijn onderzoek naar psychische stoornissen in de huisartspraktijk tot de schatting dat 37% van de patiënten van 14 jaar en ouder binnen de onderzoeksperiode van twee jaar symptomen van psychisch dysfunctioneren vertoont. Orleans (Orleans '84) vindt in een onderzoek onder Amerikaanse huisartsen dat 22,6% van de praktijkpopulatie psychische morbiditeit vertoont.

Bovenstaande bevindingen leiden tot de conclusie dat de huisarts jaarlijks in 20 tot 25% van zijn patiëntcontacten te maken krijgt of heeft met psychosociale klachten of problemen. Anders gezegd: de huisarts kan er rekening mee houden dat bij een op de vier patiënten psychosociale problematiek aanwezig is.

Nadere analyse van de cijfers van Giel c.s. (Giel '91) laat daarnaast zien dat van de 224 personen met psychosociale problematiek die zich op het spreekuur van hun huisarts melden, 94 personen als zodanig door hun huisarts worden herkend en benoemd. Dat betekent dat de huisarts bij iets minder dan de helft (42%) van de patiënten met psychosociale problematiek het bestaan ervan herkent en benoemt.

Dan dient zich de vraag aan hoe psychosociale problemen en psychosociale klachten zich op het spreekuur van de huisarts voordoen en hoe de huisarts er in interactie met de patiënt mee omgaat.

### 1.2.3 MANIFESTATIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Goldberg (Goldberg '70) concludeert op grond van zijn onderzoekingen dat het in de huisartspraktijk vooral gaat om angst, neerslachtigheid en ergernis, hetgeen zich

in meer dan 50% van de gevallen uit in de vorm van lichamelijke klachten, waarvoor bij onderzoek geen of onvoldoende lichamelijke verklaring kan worden gevonden.

Volgens Goldberg kunnen hiervoor twee verklaringen worden gegeven:

- psychosociale problemen op zichzelf kunnen leiden tot gevoelens van lichamenlijk onwelbevinden of een toename van lichamenlijke klachten.
- psychosociale problemen kunnen ook de acceptatie van ziekte en aandoeningen (door andere oorzaken) verminderen.

Bensing en Sluys (Bensing '84) melden op grond van hun onderzoek in de huisartspraktijk dat in bijna 50% van de contacten waarbij het om psychosociale problematiek ging, deze werd aangeboden als lichamenlijke klacht. Huygen (Huygen '84) stelt dat psychosociale problematiek zich kan voordoen als nerveus-functionele klachten, dat wil zeggen klachten waarvoor geen lichamenlijke oorzaak kan worden gevonden. Lamberts (Lamberts '91) noemt de volgende uitingsvormen van psychosociale problematiek: nerveus, gedeprimeerd, prikkelbaar of boos, slaapproblemen, seksuele problemen, hyperventilatie, misbruik van alcohol, tabak en drugs.

#### 1.2.4 HANTEREN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK DOOR DE HUISARTS

Volgens de cijfers uit het filtermodel (Giel '91) wordt bij 42% van de patiënten de psychische problematiek door de huisarts wel onderkend of benoemd.

Goldberg (Goldberg '82-1) benadrukt de grote variatie die er onder huisartsen bestaat in het onderkennen en benoemen van psychosociale problematiek. Een groot deel van deze variatie wordt verklaard door interesse en aandacht van de huisarts voor psychosociale problematiek in de huisartspraktijk. Vooral het verband tussen chronisch klaaggedrag en het bestaan van een depressie wordt onvoldoende onderkend. Ook Van der Meer (Meer '92) benadrukt het verband tussen chronisch klagen en psychische problematiek.

Verhaak (Verhaak '86) heeft de interdoktervariatie bij de benadering van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk geanalyseerd aan de hand van video-registratie van spreekuurcontacten. Het blijkt dat een viertal eigenschappen van huisartsen positief samenhangen met de mate waarin psychosociale problematiek wordt onderkend en behandeld. Deze eigenschappen zijn:

- het tot het takenpakket van de huisarts rekenen van psychosociale proble-

matiek;

- het zich competent voelen ten aanzien van deze problematiek;
- de bereidheid om nascholingscursussen daarover te volgen;
- het in de praktijk samenwerken met andere eerstelijnsverleners.

Dit onderscheid tussen huisartsen doet zich volgens Verhaak (Verhaak '86) zowel voor bij de behandeling van expliciet psychische klachten als bij de behandeling bij lichamelijke klachten waarachter zijzelf psychosociale problematiek vermoeden. Positief ingestelde huisartsen zijn zowel actiever in de fase van de probleemverheldering, waaronder het zoeken naar oorzaken of verklaringen, als in de fase van de eigenlijke behandeling of begeleiding.

Eastman en McPherson (Eastman '82) ondervroegen 30 huisartsen over de manier waarop zij met psychosociale problematiek omgingen. 24 van hen gebruikten een combinatie van gesprekstherapie en medicatie. 12 huisartsen gaven aan vormen van psychotherapie zoals counseling te gebruiken.

Orleans (Orleans '85) vond dat Amerikaanse huisartsen hun patiënten behandelen met een combinatie van medicatie en gesprekstherapie waarin advies en geruststelling voorop stonden.

Volgens Cassata (Cassata '81) neemt bijna 25% van de door hem ondervraagde huisartsen maximaal 1,5 tot 2 uur per week om te praten. Jol en Verhaak (Jol '89) stellen dat de gesprekken die huisartsen voeren niet systematisch en planmatig verlopen en vooral bestaan uit luisteren, steunen, geruststellen en probleemverheldering. Lamberts (Lamberts '91) omschrijft op grond van zijn ervaringen met het Transitieproject gesprekstherapie van de huisarts als het voeren van verhelderende en ondersteunende gesprekken die erop gericht zijn de patiënt te helpen beter om te gaan met zichzelf en de wereld. De aan het project meewerkende huisartsen beschrijven zelf de aard van hun gesprekken als adviserend en verklarend.

Uit het filtermodel van Giel c.s. (Giel '91) blijkt dat 3% van de patiënten met psychosociale problematiek door de huisarts worden doorverwezen naar instanties van de geestelijke gezondheidszorg. Van Busschbach en Verhaak (Busschbach '86) hebben dit verwijsgedrag bestudeerd aan de hand van 452 video-registraties van spreekuurconsulten over psychosociale problematiek. Hen bleek dat minder dan 5% van de patiënten werd verwezen en uitsluitend als de patiënten op expliciete wijze het psychosociale probleem naar voren brachten en aangaven meer hulp nodig te hebben. Lamberts (Lamberts '91) signaleert dat huisartsen in het algemeen

terughoudend zijn in het beoordelen van het therapeutisch belang van hun gespreks-therapie, maar dat kennelijk ook vinden voor de hulpverlening in de tweede lijn.

Buis (Buis '90) pleit voor nader onderzoek naar de werking van het filter tussen huisarts en tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg alvorens conclusies en wenselijkheden voor een nieuw beleid te formuleren.

#### 1.2.5 OPVATTINGEN EN AANBEVELINGEN IN DE LITERATUUR OVER HET HANTEREN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Trijsburg, Dokter en Van Beusekom (Trijsburg '92) geven een uiteenzetting van de verschillen tussen huisarts en psychotherapeut. Naar analogie van het voorbeeld dat een huisarts geen chirurg is maar wel chirurgische verrichtingen doet, stellen zij dat de huisarts ondanks dat hij geen psychotherapeut is, wel psychotherapeutisch te werk kan gaan in en door zijn gesprekken met patiënten. De verschillen tussen huisarts en psychotherapeut zijn volgens hen gelegen in de volgende factoren:

- de huisarts staat voor continuïteit van de zorg, dat wil zeggen dat als de behandeling voor het ene probleem is afgesloten, blijft hij - op afroep - beschikbaar voor een volgend probleem.
- de huisarts beschikt over de mogelijkheid om in zijn positie als gezinsarts - desnoods ongevraagd - feiten en meningen over mensen rond de patiënt aan de orde te stellen.
- daarbij is de huisarts ook toegankelijk voor andere gezinsleden of personen uit de directe omgeving van de patiënt, die hem om raad komen vragen.
- de huisarts is in staat om wanneer dat geïndiceerd is lichamelijk onderzoek te doen.
- de huisarts kan verschillende doelstellingen hanteren binnen een behandeling, bijvoorbeeld inzicht geven en adviseren, en dit met meer dan één psychologische behandelingsmethode trachten te bereiken.

In het kader daarvan geeft Ives (Ives '79) een overzicht van behandelingsmethoden die huisartsen zouden kunnen gebruiken bij de behandeling van psychosociale problematiek. Hij noemt daarbij een heel scala van technieken zoals: counselen, ontspanningsoefeningen, biofeedback, inzicht geven, het aanleren van sociale vaardigheden. In geval van seksuele problematiek adviseert hij Master en Johnson-methodieken.



Bensing en Verhaak (Bensing '82) introduceren hier te lande het begrip ruimte voor de patiënt. Hiermee bedoelen zij de hoeveelheid ruimte die patiënten in het gesprek met de dokter krijgen om datgene naar voren te brengen wat hen werkelijk dwars zit. Het begrip ruimte wordt gemeten aan de hand van: de duur van het consult, de lengte van de spreektijd van resp. huisarts en patiënt, de mate waarin de huisarts zich betrokken voelt, het stimuleren van de patiënt in woord en gebaar (bijvoorbeeld het aankijken) en het nalaten van negatieve interventies zoals interrumperen en schrijven tijdens het contact. Naast deze vaardigheden adviseren ze tevens het doorvragen en bewust sturend gedrag van de dokter teneinde de probleemverheldering te verbeteren.

Bensing (Bensing '91) ontwikkelt in haar onderzoek naar de kwaliteit van de psychosociale zorg van huisartsen het begrip communicatiestijl van de huisarts. Hoe beter de communicatiestijl, hoe groter de kwaliteit van de zorg. Binnen deze communicatiestijl van de huisarts wordt onderscheid gemaakt tussen drie dimensies:

- het affectieve gedrag
- het methodisch werken
- het patiëntgerichte gedrag.

De affectieve component wordt gedefinieerd als belangstelling van de huisarts voor de patiënt, non-verbale aandacht, bemoedigend toespreken en verbale empathie. Met het methodisch werken wordt bedoeld dat de huisarts door een gestructureerde gespreksvoering de voorwaarden schept voor het verhelderen van de psychosociale hulpvraag achter de gepresenteerde klacht. Onder het patiëntgerichte gedrag wordt de meer sociale kant van de arts-patiëntrelatie verstaan zoals de begroeting en het creëren van een patiëntvriendelijke sfeer.

De conclusie van het onderzoek is dat vooral de affectieve gedragscomponent doorslaggevend is voor de kwaliteit van de zorg. Dit is in overeenstemming met de mening van Ben-Sira (Ben-Sira '82) die stelt dat het affectieve gedrag van de dokter de werkzaamheid van zijn behandeling bepaalt.

Schouten (Schouten '82) adviseert de huisarts een meer faciliterende en uitnodigende gespreksstijl. Deze moet dienen om de terughoudendheid van patiënten te verminderen. Deze terughoudendheid berust op ontzag voor de dokter, opvattingen over door de dokter gewenst gedrag ("niet zelf met diagnose aankomen"), schaamtegevoel om persoonlijke problemen aan de orde te stellen en last but not least vrees voor bevestiging van angstige vermoedens. Hij tekent daarbij aan dat deze

gespreksstijl voor een dokter wel eens moeilijk aan te leren kan zijn aangezien door deze manier van werken de consulten langer gaan duren en er minder tegemoet wordt gekomen aan de behoefte van artsen om oplossingen aan te dragen en controle te behouden.

Trijsburg c.s. (Trijsburg '92) pleiten voor meer systematiek in de behandeling door middel van gesprekken in de huisartspraktijk. Deze systematiek heeft de vorm van een beslisboom met vier segmenten, te weten de diagnostiek, de probleemtaxatie, de situatie (individuele of relationele factoren) en de motivatie van de patiënt. Indien de huisarts langs deze lijnen te werk gaat, is hij beter in staat om de indicatie voor behandeling door hemzelf te stellen en een bijhorend handelingsplan op te stellen en te evalueren.

Dit sluit aan bij een ander aspect van het omgaan met psychosociale problematiek, namelijk een betere verslaglegging ervan in het dagelijks werk van de huisarts. Goldberg (Goldberg '82-2) adviseert om bij psychosociale klachten de psychische component expliciet te benoemen en het niet te laten bij de vermelding dat lichamelijke oorzaken ontbreken. Het expliciet benoemen van de psychische problematiek, bijvoorbeeld depressie, geeft de mogelijkheid aan dokter en patiënt om zich te bezinnen op oorzaak en gevolg. Indien psychische problematiek alleen maar negatief benoemd wordt als zijnde een toestand waarin lichamelijke oorzaken ontbreken, blijft de probleemverheldering en het behandelingsplan voor dokter en patiënt te vaag.

Ormel en Giel (Ormel '83) pleiten in navolging hiervan voor een multi-axiale classificatie van psychosociale problematiek, waarbij naast het actuele probleem de huisarts ook aantekening maakt van belastbaarheid, belastende sociale factoren, steun uit omgeving en het bestaan van belangrijke lichamelijke afwijkingen. Enid Balint en Norell (Balint '73) hadden reeds eerder erop gewezen dat door huisartsen meer gedetailleerd over hun patiëntcontacten te laten schrijven, het bewustwordingsproces over het bestaan van psychische problematiek bij hun patiënten beter op gang komt.

### 1.3 ATTITUDE EN PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN HUISARTSEN

Wederzijdse betrokkenheid en het voor elkaar openstaan zullen in het algemeen het hulpverleningsproces tussen dokter en patiënt bevorderen.

Balint heeft in dat verband in meerdere publikaties (Balint '57, '64) het begrip de dokter als medicijn geïntroduceerd. In zijn ogen was het belangrijk dat de dokter leerde luisteren naar en zich openstellen voor zijn patiënten teneinde te kunnen achterhalen wat de patiënt werkelijk aan hem kwam vragen. Weyel (Weyel '69) sprak in het kader daarvan van de dokter als participerende partner, de dokter maakte zich tot bondgenoot van de patiënt. Om goed naar de patiënt te kunnen luisteren moest de dokter eerst en vooral leren naar zichzelf te luisteren. Dit leren luisteren kon alleen geoefend worden in de praktijk, maar rapportage ervan en discussie erover vond plaats in zogenaamde Balintgroepen. Het bleek geen gespreksvaardigheid te zijn, maar een 'kleine, maar belangrijke' verandering in de attitude van huisartsen die het mogelijk maakte om, niet gehinderd door eigen vooroordelen of emoties, open te staan voor de boodschap van de patiënt.

Voorbeelden van hoe het niet moest, waren in de ogen van Balint (Balint '64) het apostolisch functioneren van huisartsen en het organiseren van de ziekte. Onder het apostolisch functioneren van huisartsen verstond Balint het gegeven dat de dokter bepaalt wat goed is voor de patiënt en hoe iemand zich als patiënt had te gedragen. Bovendien was zo'n dokter te snel geneigd om adviezen te geven en oplossingen te zoeken. Desnoods beval hij zijn patiënten oplossingen aan die hij gebruikt had voor zijn eigen problemen.

Van het organiseren van de ziekte was volgens Balint sprake als de dokter de verklaring voor de klachten van de patiënt uitsluitend in het somatische vlak zocht. Hiervan was sprake als de huisarts en de patiënt beide terugschrokken voor het zoeken naar een psychologisch oorzaak van de klacht. Voor de patiënt had of heeft een psychologische diagnose geen alibifunctie, ziekte daarentegen wel. De dokter wist of weet niet wat hij met een psychologische diagnose aan moet, bij ziekte daarentegen wel.

Van Lidth de Jeude (Lidth '71) formuleerde het begrip de "onwelkome klacht". Met het begrip "onwelkome klacht" bedoelt hij de situatie dat een bepaalde klacht of probleem de dokter niet goed uitkomt. Dit kan te maken hebben met het feit dat de huisarts kennis of vaardigheden tekort komt om het probleem adequaat te

hanteren. Het kan ook gaan om een probleem dat hij liever uit de weg gaat omdat het hem confronteert met eigen negatieve ervaringen. Indien de dokter op grond daarvan afhoudend reageert, zal het resultaat zijn dat de patiënt geen gehoor vindt voor zijn probleem.

Dokter en Verhage (Dokter '88, '91) hebben in latere studies kunnen aangeven waar het 'naar zichzelf luisteren' van de dokter concreet mee te maken had. Het gaat daarbij om persoonlijkheidskenmerken die binnen het functioneren als huisarts in de interactie met de patiënt aan de orde kunnen komen. Het betreft kenmerken als:

- geen fouten durven maken,
- moeite hebben met het hanteren van boosheid,
- graag aardig gevonden willen worden en
- het vervelend vinden te worden afgewezen door patiënten.

Hoe meer een huisarts zich bewust is van dergelijke kenmerken en hoe beter een huisarts in staat is deze in relatie tot zijn patiënten te hanteren, des te voorspoediger verloopt het hulpverleningsproces. Aan de hand van casuïstiek uit Balintgroepen laten ze zien dat wanneer een huisarts teveel wordt gehinderd door eigen opvattingen over bepaalde gedragingen van zijn patiënten, dit zijn weerslag heeft op de manier waarop hij het hulpverleningsproces kan sturen. Overigens tonen Dokter c.s. (Dokter '86) dat de attitude van huisartsen zich kan wijzigen onder invloed van deelname aan een Balintgroep.

Vanuit de patiënt bezien lijkt het geen twijfel dat deze niet gebaat is bij het niet of minder goed functioneren van de huisarts. Bensing (Bensing '91) stelt dat als patiënten naar de dokter gaan, het niet alleen gaat om van hun kwalen te worden verlost, maar ook om begrepen te worden in hun onzekerheden en angsten.

Hofmans (Hofmans '91) komt tot eenzelfde conclusie in haar onderzoek naar oordelen van patiënten over huisartscontacten. De tevredenheid van patiënten hangt positief samen met de mate waarin huisartsen erin slagen de contactreden te achterhalen. Ook hier wordt de waarde van het begrijpen en het begrepen worden tussen huisarts en patiënt zichtbaar.

Concluderend kan gesteld worden dat de geraadpleegde literatuur aanwijzingen geeft dat de attitude of de persoonlijkheidskenmerken van huisartsen van invloed zijn op de behandeling van de psychosociale problematiek in de huisartsgeneeskunde. Onduidelijk is echter nog het specifieke karakter tussen persoonlijkheids-

kenmerken aan de ene kant en de behandeling van de psycho-sociale problematiek aan de andere kant. Zo is bijvoorbeeld nog onduidelijk wat de samenhang is tussen bepaalde persoonlijkheidskenmerken en het soort psychosociale problematiek waarmee een huisarts regelmatig wordt geconfronteerd. Evenzeer is onduidelijk in hoeverre bepaalde opvattingen samenhangen met de door huisartsen gekozen doelstellingen binnen de psychosociale hulpverlening.

Derhalve lijkt er voldoende aanleiding te zijn om nader onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre persoonlijkheidskenmerken van invloed zijn op de behandeling van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk.

## HOOFDSTUK 2<sup>1</sup>

### SAMENHANG TUSSEN DE ATTITUDE VAN HUISARTSEN EN HUN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

#### 2.1 INLEIDING

De behandeling van psychosociale problematiek is een essentieel onderdeel van het dagelijks werk van huisartsen (Goldberg '70). Ongeveer 20% van de patiënten uit een praktijk worden voor hun psychosociale problemen door hun eigen huisarts behandeld, hoewel dit percentage afhankelijk is van de mate waarin de huisarts dit soort problemen onderkent en benoemt (Verhaak '86, Ormel '83).

De praktizerende huisarts behandelt psychosociale problematiek in het algemeen met een combinatie van medicatie en een of meer gesprekken met de patiënt. Deze manier van behandelen wordt gekenmerkt door steun geven, herstellen van het psychisch evenwicht en adviseren (Orleans '85). Het is niet bekend in hoeverre de manier van behandelen bepaald wordt door de verschillende soorten problematiek waar de huisartsen mee geconfronteerd wordt; hebben zij b.v. een andere aanpak bij de behandeling van gezinsproblematiek dan bij de behandeling van chronische aandoeningen?

Daarnaast is het onbekend in welke mate de eigen attitude van huisartsen van invloed is op de manier waarop zij psychosociale problemen behandelen, met andere woorden: welke invloed hebben de eigen opvattingen, gevoelens en gedragingen van de dokter op zijn of haar manier van werken met patiënten. Als voorbeelden kunnen in dit verband genoemd worden de behoefte aan waardering, problemen met het hanteren van boosheid en de behoefte om mensen te veranderen.

De literatuur geeft aanwijzingen over de positieve invloed die de attitude van

---

<sup>1</sup> Dit hoofdstuk is een vertaling van het artikel verschenen in *Family Practice* (1988; 5 (1): 5-11) met als titel: *Relationship between General Practitioners' Attitude and Methods of Dealing with Psychosocial Problems*. Auteurs: F.M. Braams, H.J. Duivendoorn, H.J. Dokter, R.W. Trijsburg, F. Verhage.

dokters kan hebben op hun manier van werken. Balint spreekt in dit verband van de dokter als medicijn (Balint '64, Weyel '69). Aan de andere kant laten discussies in een Balintgroep zien dat huisartsen door hun manier van opstellen vastlopen en verstrikt raken in de problemen van hun patiënten (Dokter '84).

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe huisartsen psycho-sociale problematiek behandelen en hoe dit samenhangt met hun attitude.

De vraagstelling is als volgt:

- welke doelstelling hebben huisartsen bij de behandeling van psychosociale problematiek?
- welke gesprekstechnieken hanteren ze daarbij?
- welke aspecten van hun attitude spelen daarbij een rol?

## 2.2 METHODE VAN ONDERZOEK

### *Onderzoeksgroep*

Via een aselechte procedure werden 30 huisartsen uit de regio van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut benaderd om mee te werken aan het onderzoek. De bovengenoemde regio omvat de stad Rotterdam en het geurbaniseerde platteland van de Zuidhollandse eilanden, West-Brabant en Zeeland. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 38 jaar, met een spreiding van 29 tot 60 jaar. De vestigingsduur bedroeg gemiddeld 10 jaar, met een spreiding van 2 tot 31 jaar. De huisartsen op het platteland waren allen apotheekhoudend.

### *Meetinstrumentarium*

Vragenlijst A bevat de vragen over doel en keuze bij de behandeling van psychosociale problematiek en is speciaal voor dit onderzoek geconstrueerd. De vraagstelling van dit onderzoek werd geoperationaliseerd als:

1. met welke problemen worden huisartsen regelmatig geconfronteerd als ze praten met hun patiënten? Gaat het daarbij b.v. om opvoedingsproblemen, seksuele problemen of chronische aandoeningen?
2. welke doelen hebben huisartsen voor ogen als ze praten met patiënten? Gaat het daarbij b.v. om probleeminventarisatie, steun geven of aanleren van sociale

vaardigheden?

3. welke gesprekstechnieken gebruiken huisartsen in de regel als ze praten met hun patiënten? Gebruiken ze daarbij b.v. counselende technieken, luisteren of vormen van bevestiging? (Bijlage I).

Alle vragen konden beantwoord worden met ja of neen. De vragenlijst werd ontworpen aan de hand van literatuurgegevens (Brouwer '67, Maes '83) en praktijkervaringen.

Vragenlijst B is geconstrueerd om de attitude van huisartsen te meten (Dokter '86). De in dit onderzoek gebruikte versie bevat 48 vragen of items, die ontleend zijn aan discussies binnen Balintgroepen. Ze hebben alle betrekking op het functioneren als huisarts (Bijlage II). De vragen konden met ja!, ja, neen of neen! beantwoord worden.

#### *Afnameprocedure*

De geselecteerde huisartsen werden door middel van een brief geïnformeerd over het doel van het onderzoek en diegenen die mee wilden werken kregen bezoek van de interviewer in hun praktijk. De huisartsen beantwoordden vragenlijst A in het bijzijn van de interviewer die desgewenst een korte toelichting op de vragen kon geven.

Zes huisartsen weigerden mee te werken aan het onderzoek. Zij gaven daarvoor verschillende redenen op, variërend van geen interesse voor dit soort onderzoek tot zich zelf niet geschikt achten om aan dit soort onderzoek mee te werken. Via dezelfde aselecte procedure werden andere huisartsen aangezocht zodat de deelname van 30 huisartsen kon worden gewaarborgd.

Nadat de deelnemende huisartsen op deze wijze waren ondervraagd kregen zij na enige weken over de post vragenlijst B toegestuurd met een toelichtend schrijven en een retourenveloppe. Zeven huisartsen stuurden de vragenlijst niet terug ondanks herhaald verzoek. Aangenomen werd dat gebrek aan interesse voor dit gedeelte van het onderzoek hieraan debet was.

#### *Data-analyse*

Bij de analyse van de vragenlijstgegevens werd van twee veronderstellingen uitgegaan. Naast overeenkomsten in het behandelingsplan van verschillende soorten psychosociale problematiek zullen er, afhankelijk van het soort problematiek, ook



verschillen zijn in de behandelingsmethoden die door huisartsen worden gehanteerd. Dat wil zeggen dat seksuele problematiek niet op precies dezelfde manier behandeld wordt als een chronische aandoening. De tweede veronderstelling was dat als huisartsen regelmatig worden geconfronteerd met een bepaald soort probleem, dan hun attitude wordt gekleurd door hun eigen opvattingen en ervaringen.

Er werden 5 categorieën psychosociale problematiek gedefinieerd waarvan op theoretische gronden kon worden aangenomen dat er tussen deze categorieën verschillen in behandelingsplan bestaan. Deze 5 categorieën waren:

1. seksuele problematiek, inclusief homoseksualiteit;
2. riskant gezondheidsgedrag, inclusief overmatig gebruik van alcohol, tabak en drugs;
3. gezinsproblematiek, inclusief opvoedingsproblemen;
4. chronische aandoeningen;
5. restcategorie, waarin alle niet in dit onderzoek gedefinieerde problematiek werd opgenomen.

De deelnemende huisartsen werden ingedeeld bij die probleemcategorie die bij hen het meest voorkwamen in de gesprekken met hun patiënten. Indeling in een hogerstaande categorie, bijvoorbeeld 1 of 2, sloot indeling in een van de lagerstaande categorieën uit, bijvoorbeeld 3 of 4.

### 2.3 RESULTATEN

*Welke doelstellingen hebben huisartsen bij de behandeling van psychosociale problematiek?*

Tabel 2.1. geeft een overzicht van de doelstellingen per probleemcategorie. Deze laat zien dat de overgrote meerderheid van de huisartsen als doel kiezen om de problemen te inventariseren, patiënten te laten spuien en steun te geven, onafhankelijk van het soort probleem waar ze mee geconfronteerd worden. Van de 11 dokters die zich richten op uitleg geven, bevinden zich 4 in de groep van de seksuele problematiek. Van de 8 dokters die zich richten op advies geven, bevinden zich 3 in de z.g.n. restcategorie. Een minderheid van de ondervraagde huisartsen kiest voor het aanleren van sociale vaardigheden en het gebruik van directieve

therapieën.

**Tabel 2.1** De doelstellingen per onderscheiden probleemcategorie

	Probleem categorie					Totaal (n=30)
	Seksuele problema- tiek (n=6)	Risikant gezondheids- gedrag (n=4)	Gezinspro- blematiek (n=8)	Chronische aandoenin- gen (n=7)	Restcatego- rie (n=5)	
Probleemverheldering	6	3	8	7	4	28
Steun geven	6	2	7	6	3	24
Patiënt laten spuien	4	4	6	5	2	21
Uitleg geven	4	1	3	2	1	11
Advies geven	1	1	1	2	3	8
Directieve therapie	1	1	1	2	0	5
Vaardigheden aanleren	2	0	1	0	0	3

*Welke gesprekstechnieken gebruiken huisartsen bij de behandeling van psychosociale problematiek?*

Tabel 2.2. geeft een overzicht van de gesprekstechnieken die huisartsen gebruiken bij de behandeling van psychosociale problematiek, gegroepeerd per probleemcategorie. De tabel laat zien dat het overgrote deel van de ondervraagde huisartsen gebruik maakt van luisteren, laten uiten van emoties, doorvragen en samenvatten. Ongeveer de helft van de respondenten gebruikt gesprekstechnieken als reflectie, confrontatie, bemoediging en bevestiging. Reflectie wordt vooral gebruikt in de groep dokters die zich bezig houden met gezinsproblemen, terwijl confrontatie gebruikt wordt in de groep die regelmatig seksuele problematiek tegenkomt. Bemoediging en bevestiging worden vooral gebruikt in de groep huisartsen die zich richten op chronische aandoeningen. Technieken als duiden, het geven van gedragsvoorschriften en herlabeling worden door de ondervraagde huisartsen niet of nauwelijks gebruikt.

**Tabel 2.2** *Gesprekstechnieken per onderscheiden probleemcategorie*

	Probleem categorie					Totaal (n=30)
	Seksuele problema- tiek	Risicant gezondheids- gedrag	Gezinspro- blematiek	Chronische aandoenin- gen	Restcatego- rie	
	(n=6)	(n=4)	(n=8)	(n=7)	(n=5)	
Luisteren	6	4	8	7	4	29
Laten uiten van emoties	4	4	8	7	3	26
Doorvragen	4	3	7	6	3	23
Samenvatten	4	4	5	7	2	22
Reflectie	2	2	5	3	2	14
Confrontatie	4	2	4	2	2	14
Bemoedigen/troosten	3	1	2	5	2	13
Bevestigen	3	2	2	4	1	12
Interpretatie	2	0	2	2	1	7
Herlabelen	1	2	2	1	0	6
Opdrachten geven	1	0	2	1	0	4

*Welke aspecten van de attitude komen bij de behandeling van psychosociale problematiek aan de orde?*

Tabel 2.3. toont de attitude van de meerderheid (meer dan 50%) van de onder-  
vraagde huisartsen per probleemcategorie. De meerderheid geeft aan dat ze het fijn  
vinden om gewaardeerd te worden en als een goede dokter beschouwd te worden,  
alsmede dat ze het moeilijk vinden om afgewezen te worden. Tezelfdertijd geven  
ze aan regelmatig last te hebben van twijfel en schuldgevoelens en bang te zijn om  
fouten te maken.

**Tabel 2.3** *De attitude van de meerderheid van de huisartsen onderscheiden per probleemcategorie*

	Probleem categorie					Totaal (n=23)
	Seksuele problema- tiek (n=4)	Ris- kant gezondheids- gedrag (n=2)	Gezinspro- blematiek (n=7)	Chronische aandoeningen (n=6)	Restcate- gorie (n=4)	
Ik ben gevoelig voor blijken van waarde- ring	2	1	7	5	4	19
Mijn contacten met sommige patiënten lopen vast	3	1	7	5	2	18
Ik betwijfel nogal eens of mijn handelen wel goed is	3	2	6	3	2	16
Ik vind het vervelend door patiënten te worden afgewezen	2	2	5	3	3	15
Ik vind het moeilijk te accepteren als ik de patiënt niet echt kan helpen	3	1	7	2	2	15
Af en toe ga ik gebukt onder schuldgevoelens	3	2	5	2	2	14
Ik wil maar al te graag horen dat ik een goede dokter ben	2	2	2	3	4	13
Ik ben bang om fou- ten te maken	2	1	5	2	2	12
Ik geef graag advie- zen	1	1	5	4	1	12
Ik heb er duidelijk moeite mee om te accepteren dat vastge- lopen systemen in stand blijven	3	1	3	3	2	12
Ik kan maar slecht verdragen afhankelijk van anderen te zijn	2	1	4	1	4	12

Tabel 2.4 toont de attitude van de minderheid (minder dan 50%) van de onder-  
vraagde huisartsen per probleemcategorie. Ze hebben moeite met het hanteren van  
boosheid of van henzelf of van anderen; ook hebben ze de neiging om actief te zijn  
in hun doktersrol.

Indien we kijken naar de attitude van de meerderheid en die van de minderheid  
per probleemcategorie (tabel 2.3 en 2.4 ) dan valt op dat:

- huisartsen die zich bezig houden met seksuele problematiek de neiging hebben  
snel te handelen, en de patiënt of de situatie te willen veranderen.
- huisartsen die zich richten op riskant gezondheidsgedrag van zichzelf zeggen  
zich sterk door hun gevoelens te laten leiden.
- huisartsen die zich richten op gezinsproblematiek of horen tot de restcategorie  
graag aardig gevonden willen worden en zich afhankelijk opstellen tegenover  
hun patiënten.

**Tabel 2.4** *De attitude van de minderheid van de huisartsen onderscheiden per probleemcategorie*

	Probleem categorie					Totaal (n=23)
	Seksuele problema- tiek (n=4)	Riskant gezondheids- gedrag (n=2)	Gezinspro- blematiek (n=7)	Chronische aandoeningen (n=6)	Restcate- gorie (n=4)	
	Achteraf heb ik nogal eens het gevoel dat ik anders had moeten doen.	1	2	3	4	
Ik ga snel tot handelen over	3	1	3	3	1	11
Ik heb er moeite mee mijn gevoelens van boosheid adequaat te hanteren	2	2	3	2	2	11
Eigenlijk wil ik zo graag aardig gevonden worden	0	2	2	3	3	10
Ik erger me nogal eens aan het gedrag van specialisten	3	0	3	2	2	10
Ik heb er moeite mee gevoelens van boosheid van de patiënt adequaat te hanteren	2	1	4	2	1	10
Ik heb nogal eens de behoefte de patiënt te willen veranderen	3	0	3	1	2	9
Als ik ervan overtuigd ben dat bepaalde systemen zijn vastgelopen zal ik alles doen daarin verandering te brengen	3	0	1	4	1	9
Ik voel mij nogal eens gemanipuleerd	2	1	2	1	3	9
Ik laat mij nogal eens inpalmen	3	1	1	1	3	9
Veelal kan ik geen neen zeggen	2	0	2	3	2	9

## 2.4 DISCUSSIE

Uit de resultaten van dit onderzoek zijn slechts voorlopige conclusies te trekken. De geringe omvang van de onderzoeksgroep, het niet statistisch getoetst zijn van de resultaten en de methodologische beperkingen rechtvaardigen slechts uitspraken op het niveau van mogelijke samenhang tussen elementen uit de opgegeven werkwijze en aspecten van de attitude van de ondervraagde huisartsen.

Ongeacht het soort probleem waar huisartsen mee geconfronteerd worden kiest de meerderheid voor probleemverheldering, laten spuien en ondersteunen. De meest gebruikte gesprekstechnieken zijn luisteren, het laten uiten van emoties, doorvragen en samenvatten. In de attitude komt naar voren dat de huisartsen gevoelig zijn voor waardering, het vervelend vinden te worden afgewezen en tegelijkertijd gevoelens ervaren van twijfel, schuld en onmacht. Kijken we naar de samenhang tussen de werkwijze en de attitude dan gaat de bereidheid van de huisarts om zijn patiënten te helpen samen met een behoefte aan waardering door de patiënt.

In de werkwijze van de huisartsen die zich richten op seksuele problematiek staat het voorlichting geven centraal. Dit gaat op het niveau van de attitude samen met de geneigdheid om snel tot handelen over te gaan en patiënten en systemen te willen veranderen. Bij de behandeling van riskant gezondheidsgedrag vertonen de huisartsen geen specifieke elementen in hun werkwijze. De attitude is gekenmerkt door de uitspraak zich sterk door emoties te laten leiden. In de werkwijze van de huisartsen die zich richt op gezinsproblematiek valt het gebruik op dat gemaakt wordt van reflecteren. De attitude is gekenmerkt door een sterke geneigdheid tot hulp verlenen.

De werkwijze van de huisartsen die zich richten op problematiek van chronische aandoeningen wordt gekenmerkt door het gebruik van technieken als stimuleren en bevestigen, terwijl op attitude-niveau de geneigdheid bestaat om adviezen te geven. De werkwijze van de huisartsen die zich niet richten op een van de gedefinieerde probleemcategorieën is gekenmerkt door het geven van adviezen, terwijl in de attitude gevoelens van twijfel en onzekerheid blijken.

Tentatief kan worden gesteld dat dit onderzoek gegevens oplevert die het waarschijnlijk maken dat de werkwijze van huisartsen bij psychosociale problematiek deels bepaald wordt door de aard van de problematiek, deels door attitude-

aspecten van de betrokken huisarts. Aan de validering van de vragenlijsten moet verder worden gewerkt. De geraadpleegde literatuur geeft hierover nog onvoldoende uitsluitel.

Voortgezet onderzoek naar de attitude van huisartsen zal moeten leren hoe specifiek deze factor is voor de behandeling van de psychosociale problematiek in de praktijk van alledag.



## HOOFDSTUK 3

### INTERACTIE TUSSEN HUISARTSEN EN MOEILIJKE PATIËNTEN; EEN LITERATUURVERKENNING

#### 3.1 INLEIDING

Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt dat de manier van omgaan met psychosociale problematiek deels wordt bepaald door de attitude of persoonlijkheidskenmerken van de huisarts en deels door de aard van de psychosociale problematiek. Tevens blijkt dat er huisartsen zijn die veel en die weinig patiënten zien met een bepaalde soort psychosociale problematiek. Dit is in overeenstemming met de door Goldberg (Goldberg '82) en Verhaak (Verhaak '86) geconstateerde grote variatie onder huisartsen in het onderkennen en benoemen van de psychosociale problematiek. Deze variatie blijkt volgens hen samen te hangen met kenmerken aan de kant van de dokter als interesse en competentie. Gegeven dit feit kan gesteld worden dat de persoon van de dokter bijdraagt aan het vóórkomen van bepaalde soorten problematiek in zijn praktijk. Naar analogie hiervan kan worden gesteld dat ook de persoon van de dokter tevens een rol speelt in het vóórkomen van bepaalde groepen moeilijke patiënten in zijn praktijk. Uit de gegevens van het project-Breda van het Nederlands Huisartsen Instituut/Psychosociale Hulpverlening (Grauenkamp '82) over het vóórkomen van probleempatiënten in de praktijk van huisartsen blijkt dat de groep probleempatiënten in een huisartspraktijk wel van samenstelling, maar niet van grootte verandert.

Dit leidt naar de vraag welke factoren of kenmerken aan de kant van de dokter bijdragen aan het ontstaan of het in stand houden van moeilijke patiëntgroepen.

Wat is nu precies een voor de huisarts moeilijke patiënt? Gaat het daarbij om de inhoud van de aangeboden problematiek (bijvoorbeeld seksuele problematiek), of is dat de manier waarop de patiënt zijn problematiek inbrengt (bijvoorbeeld ontevreden patiënten)? Bij dit laatste is het niet noodzakelijk dat het psychosociale problematiek betreft. Er zijn immers ook ontevreden patiënten op het gebied van het somatisch handelen van de huisarts.

Schwenk (Schwenk '89) tracht een indeling te maken van moeilijke patiënten, zoals die door de dokter worden gepercipieerd. Hij deed onderzoek naar demografische kenmerken van de moeilijke patiënt en naar determinanten van de moeilijke arts-patiëntrelatie in vergelijking met een willekeurige steekproef van patiënten. Zijn conclusie luidt dat patiënten die als moeilijk worden aangeduid vaak over een mager sociaal netwerk beschikken, meer acute en chronische problemen hebben die resulteren in een hoger medicijngebruik, meer laboratoriumbepalingen en röntgenonderzoek en een frequenter bezoek aan de dokter. De determinanten van moeilijke arts-patiëntrelaties kunnen volgens Schwenk in twee factoren worden uitgesplitst: de medische onzekerheid die gekarakteriseerd wordt door enerzijds een vaag, moeilijk te beschrijven, ongedifferentieerd medisch probleem en anderzijds een scherpe, kwetsende, agressieve manier om de dokter te benaderen. In deze twee factoren zijn inderdaad het aandeel van het soort probleem en de wijze waarop deze gebracht wordt te herkennen.

Elk van beide factoren of de combinatie ervan bepalen of er sprake is van een moeilijk te hanteren patiënt. Het aandeel van de dokter in de interactie met de patiënt is daarmee nog niet beschreven. Ook in Balintgroepen<sup>2</sup> begint men veelal met de verzuchting dat de patiënt zo moeilijk doet, voordat het mogelijk wordt het aandeel van de dokter in de interactie met die patiënt bespreekbaar te maken.

De opvattingen van de dokter over het soort probleem ofwel over de manier van presenteren door de patiënt completeren het beeld van de interactie tussen huisarts en moeilijke patiënt.

Welke factoren aan de kant van de dokter zijn hier nu in het geding? Uitgangspunt bij het zoeken daarnaar kunnen zijn het soort patiënten of patiëntgroepen die in een Balintgroep aan de orde komen.

In de Balintgroepen komt een aantal patiënten of patiëntgroepen regelmatig terug. Daarbij vallen een aantal thema's op. Als patiënten ontevreden zijn over hun huisarts, is dat meestal voor de huisarts in kwestie een moeilijk te verteren zaak. Ook patiënten die het slachtoffer zijn of zeggen te zijn van fouten binnen het

---

<sup>2</sup> De Balintgroep "nieuwe stijl" (Dokter'88) bestaat uit ongeveer 12 huisartsen die om de twee weken gedurende anderhalf uur bij elkaar komen. Een huisartsbegeleider vervult de taak van voorzitter, de psychotherapeut treedt op als consulent voor de psychologische kanten van wat de huisartsen te berde brengen en wat in het groepsproces naar voren komt.

medische zorgsysteem kunnen het de huisarts lastig maken, ook al heeft de huisarts er zelf geen deel aan gehad.

Emotionele betrokkenheid bij ongeneeslijk zieke patiënten en het ervaren van onmachtgevoelens daarbij, vormen evenzeer een regelmatig terugkerend thema van gesprek.

Ook seksuele problematiek is een thema dat de aandacht krijgt. Hierbij is het niet zozeer de frequentie waarmee dit onderwerp aan de orde komt, alswel de behoedzame wijze waarop de discussie doorgaans gevoerd wordt. De verstilde passages en de herhaling van standpunten verraadt de moeite die het kost om over dit soort ervaringen en gevoelens te spreken.

Hoewel de discussie in de Balintgroep zich richt op de vraag waarom de casusbrenger er moeite mee heeft, blijkt steeds weer dat het probleem voor de andere deelnemers herkenbaar is.

Deze herkenningswaarde van de ingebrachte casuïstiek voor de andere deelnemers aan de Balint-groep impliceert overeenkomsten in de manier van kijken naar een probleem en/of in de manier waarop het probleem door huisartsen gehanteerd wordt. Hoewel niet alle huisartsen het even moeilijk hebben met hetzelfde probleem of dezelfde patiënt, geeft de herkenning van de problemen bij elkaar aan dat het niet gaat om het probleem van een individuele dokter, maar dat het zich laat generaliseren tot een probleem dat voor alle huisartsen in meer of mindere mate geldt.

Op grond van dit empirisch feitenmateriaal is vervolgens in de literatuur gezocht naar die factoren aan de kant van de dokter die kunnen verklaren waarom huisartsen het moeilijk hebben met deze vier groepen patiënten. Onderzoekresultaten en beschouwende bronnen zijn hierbij naast elkaar gebruikt.

### 3.2 PSYCHO-SEKSUELE PROBLEMATIEK

Frenken (Frenken '87) beschrijft de seksuele problematiek onder de Nederlandse bevolking. De problemen zijn van tweeërlei aard. Het kan gaan om gevoelens van onvrede die ontstaan in de beleving indien de discrepantie tussen wens of verwachting enerzijds en de werkelijkheid anderzijds te groot wordt.

Deze problemen kunnen verklaard worden uit verschillen in behoefte tussen de

partners, of verschillen in vorm en emotionele toonzetting. Een tweede soort problemen zijn de seksuele dysfuncties waarvan sprake is als de gevoelens van onvrede leiden tot verslechtering van de fysiologische componenten binnen de seksuele relatie. Naar schatting hebben 20-25% van relaties problemen met seksuele dysfuncties, 10-15% is min of meer ontevreden zonder dysfuncties. Bancroft (Bancroft '83) becijfert op grond van epidemiologische gegevens dat in Engeland rond 20% van de bevolking problemen heeft met het bereiken van orgasme.

Hoewel de prevalentie van seksuele problematiek onder de bevolking derhalve aanzienlijk is, geven de huisartsen in het onderzoek van Frenken (Frenken '88) aan dat ze wekelijks gemiddeld drie patiënten met seksuele problemen op het spreekuur zien. Dit betekent bij een gemiddeld aantal van 200 spreekuurcontacten per week een percentage van rond de 2%.

Interessant zijn de factoren aan de kant van de dokter die deze lage frequentie (mede) bepalen. De ondervraagde huisartsen in het onderzoek van Frenken (Frenken '88) noemen een aantal beroepsgebonden factoren zoals gebrek aan kennis over de seksuele anamnese, onvoldoende gespreksvaardigheden en negatieve opvattingen over behandelingsmogelijkheden. Daarnaast geven ze een aantal persoonsgebonden belemmeringen aan: schroom, verschil in seksuele gedragingen en oriëntatie, vrees voor intimiteitsproblemen.

Burnap en Golden (Burnap '67) stellen dat verschillen in gerapporteerde prevalentie van seksuele problemen meer samenhangen met eigenschappen van de artsen dan van de patiënten. Het zich prettig voelen en het routine-matig vragen naar seksuele problemen blijken het signaleren en het diagnostiseren ervan te verbeteren. Opvallend is dat de artsen van zichzelf zeggen dat ze vaker routine-gewijs seksuele vragen stellen dan dat ze verwachten dat andere dokters dat doen! Daarnaast is er een sterke samenhang tussen het zich prettig en comfortabel voelen in een gesprek over seksuele problematiek en het positief waarderen van de hoeveelheid tijd die dit vraagt. Hun conclusie is dan ook hoe prettiger je je erbij voelt hoe meer vragen je gaat stellen, en hoe meer vragen je gaat stellen hoe meer problemen je zal vinden.

Pauly en Goldstein (Pauly '70) stellen op grond van een vragenlijst-onderzoek onder psychiaters, gynaecologen, huisartsen, internisten en chirurgen dat gemiddeld bij een op de tien patiënten een seksueel probleem wordt gediagnostiseerd. Ook hen bleek dat de mate waarin deze artsen seksuele problematiek signaleren, sterk

samenhangt met het routinegewijs vragen naar het bestaan ervan. Psychiaters en gynaecologen scoren in dit onderzoek hoger dan huisartsen, chirurgen het laagst.

Everaerd (Everaerd '79) stipuleert dat hulpverleners zich te gemakkelijk laten verleiden tot het geven van adviezen en het aandragen van eigen oplossingen die meer met eigen opvattingen dan met de vraag van de patiënt te maken hebben. Naar zijn mening heeft dit te maken met de suppressie van de seksualiteit in de maatschappij als geheel. Daardoor gaan volgens hem hulpverleners zich gedragen alsof zij toestemming ervoor moeten geven. Voorlichting hoort volgens hem thuis in een opvoedingsproces of leersituatie, niet in het hulpverleningsproces.

Dat plaatst de huisarts voor de vraag hoe dan wel om te gaan met dit soort problemen. Praten over belevingskanten van seksualiteit, met inbegrip van wensen, verwachtingen en ervaringen, kan de dokter confronteren met gevoelens van afkeer of opwinding. Dit vereist een vaardigheid die de huisarts extra moet worden bijgebracht, temeer daar er aanwijzingen zijn dat artsen in de opleiding een gedrag hebben aangeleerd dat de onderzoekssituatie deseksualiseert .

Bij een vragenlijst-onderzoek onder 3 groepen medische studenten uit verschillende jaargangen vonden Elstein e.a. (Elstein '77) dat de kennis over seksuele problemen gaandeweg toenam. Daarentegen verandert de attitude nauwelijks. Deze verschuift slechts heel licht van afkeuring en conservatisme naar tolerantie.

Mudd en Siegel (Mudd '69) deden in Amerika eveneens een onderzoek onder medische studenten. Zij onderzochten daarbij de samenhang tussen het ervaren van angst in het algemeen en de angst voor de seksualiteit in het bijzonder binnen de arts-patiënt relatie. Zelfs de meest sociaal vaardige studenten met veel zelfvertrouwen blijken in hun rol van dokter seksuele angst te ervaren. Ook vertrouwen in het eigen seksuele functioneren heft de angst voor seksualiteit binnen de arts-patiëntrelatie niet op. Hun suggestie is dan ook om tijdens de studie studenten in kleine groepjes te laten praten over de beroepsmatige ervaringen en aspecten van seksualiteit.

Van Lunsen (Lunsen '86) heeft in zijn proefschrift een aantal opmerkingen gemaakt over angst voor seksualiteit in relatie tot het gynaecologisch onderzoek. Hij stelt op grond van literatuurgegevens dat patiënten weinig geneigd zijn om op het spreekuur te komen met seksuele problemen omdat ze zich schamen of schuldig voelen. Ook hebben ze door teleurstellende ervaringen in het verleden vaak negatieve verwachtingen over de deskundigheid en belangstelling van artsen ten aanzien

van seksualiteit. Daarnaast stelt Van Lunsen dat artsen vermijdingsgedrag vertonen op grond van een negatieve attitude met betrekking tot seksualiteit en het vastzitten aan eigen normen en waarden. Zo stelt hij dat de ruwheid waarmee artsen het gynaecologisch onderzoek soms doen, voortkomt uit afweer van eigen seksuele gevoelens. Hij noemt een aantal manieren waarop artsen zich afschermen tegenover ongewenste emoties: suggereren van routine, het maken van rituele gebaren, het gebruiken van medische begrippen, en het loochenen van emotievolle reacties van patiënten ("niets aan de hand, gewoonste zaak van de wereld"). Naar zijn oordeel heeft het onderdrukken van emoties de functie de situatie te kunnen blijven controleren.

### 3.3 ONTEVREDEN PATIËNTEN

Meyboom (Meyboom '88) geeft aan dat gemiddeld 10 a 20% van de patiënten ontevreden zijn over het handelen van hun huisarts.

De literatuur - met name de psycho-analytische - noemt een aantal kenmerken aan de kant van artsen waardoor het aannemelijk wordt dat ontevredenheid van patiënten de dokter frustreert. Zo benadrukt Gabbard (Gabbard '86) de dwangmatigheid in de persoon van de arts, hetgeen zich uit in twijfel, schuldgevoel en overdreven verantwoordelijkheidsgevoel. Doordat deze gevoelens worden afgeveerd, ontstaat de neiging tot perfectionisme en de neiging om bij elk appel van een patiënt zich voluit in te zetten.

Groves (Groves '78) stelt dat artsen geneigd zijn om als ze niet kunnen voldoen aan de wensen van hun patiënten, dit te zien als falen. Vaillant c.s.(Vaillant '72) is van mening dat klinisch werkende artsen vaker affectief verwaarloosd zijn in hun jeugd dan artsen die geen patiëntenzorg doen. Wat ze zelf gemist hebben wordt omgezet in dingen doen voor anderen, met alle kwetsbaarheid vandien.

Kuiper (Kuiper '80) beschrijft het mechanisme van het narcisme: het dient ertoe de zelfwaardering op peil te houden, maar dwingt tot een voortdurend in de weer zijn om aan de wensen van de ander tegemoet te komen. Schmitz en Wind (Schmitz '87) doen verslag van hun ervaringen met herformuleren van problemen die arts-assistenten in de beroepsopleiding tot huisarts ervaren in hun werk. In eerste instantie worden de problemen verwoord als: te weinig vrije tijd, te veel hooi op de

vork nemen en er last van hebben als het spreekuur uitloopt. Bij nadere analyse blijkt het te gaan om persoonlijkheidskenmerken als: ik heb een hoog streefniveau en raak gefrustreerd als ik dat niet waar kan maken; ik kan geen neen zeggen omdat ik bang ben niet aardig gevonden te worden; ik durf geen risico's te nemen, ben bang voor conflicten; ik heb moeite met het uiten van gevoelens.

Brown en Zinberg (Brown '82) stellen, in een vergelijkend onderzoek tussen artsen en psychotherapeuten, dat artsen doelgericht zijn, actie waarderen en zich - meer dan psychotherapeuten - verantwoordelijk voelen voor het wel en wee van hun patiënten. Tijdens de opleiding tot arts neemt de interesse in de beleevingskanten van het werk sterk af. Daarentegen komt affectbeheersing op de voorgrond te staan, aangezien sterke emoties interfereren met de noodzaak van klinisch gedrag in crisissituaties. Dit sluit aan op de door Verhaak (Verhaak '86) en Grol (Grol '83) gehanteerde begrippen van klinische versus huisartsgeneeskundige oriëntatie onder huisartsen. De klinisch georiënteerde huisartsen hebben minder aandacht voor psychosociale aspecten, zijn meer gericht op het oplossen van problemen en noemen klachten van patiënten vaker onbelangrijk. De huisartsgeneeskundig georiënteerde huisarts daarentegen heeft meer aandacht voor de psycho-sociale aspecten, is minder oplossingsgericht en hecht meer betekenis aan de klachten van patiënten. Grol c.s. (Grol '84) konden aantonen dat deze huisartsgeneeskundige oriëntatie samengaat met meer tevredenheid in het werk als huisarts. Ontbreekt deze huisartsgeneeskundige oriëntatie, dan wordt de communicatie met patiënten problematisch, hetgeen zich uit in veel voorschrijven en weinig informatie geven. Dokter en patiënt blijven beide ontevreden achter. Beukema (Beukema '91) constateert dat huisartsen in 10% van hun patiëntcontacten gevoelens van ontevredenheid bij zichzelf constateren. Meyboom (Meyboom '88) geeft aan dat ontevredenheid bij patiënten over hun dokter vooral te maken heeft met het minder tijd en aandacht krijgen dan waar ze op gehoopt hadden. Patiënten hebben echter de neiging om die gevoelens van ontevredenheid niet tegenover hun eigen huisarts aan de orde te stellen!.

Bensing (Bensing '91) en Hofmans (Hofmans '91) laten aan de andere kant zien dat tevredenheid van patiënten over hun dokter samenhangt met het affectieve gedrag van hun huisartsen en het gevoel begrepen te worden.

Ben-Sira (Ben-Sira '82) laat zien dat naarmate er meer vertrouwen is in de persoon van de dokter, er des te meer vertrouwen is in het effect van de behande-

ling op medisch-technisch vlak. Het uitwijken van mensen naar alternatieve geneeswijzen heeft naar zijn zeggen te maken met onvrede over het affectieve gedrag van (huis)artsen.

### 3.4 OMGAAN MET FOUTEN MAKEN

In het onderzoek van Stelling en Bucher (Stelling '73) onder Amerikaanse internisten en psychiaters bleek dat veel respondenten het begrip 'fout' vanuit hun vak niet konden omschrijven. Dat lukte pas als het woord fout was vertaald in begrippen uit hun persoonlijk referentiekader of als het fouten maken werd uitvergroot tot welomschreven kunstfouten met ernstig nadeel voor de patiënt. Zij vonden dat de artsen drie min of meer stereotype houdingen aannamen om te kunnen leven met het besef fouten te maken.

De eerste is die van: "Ik doe mijn best, meer kan ik niet doen". De houding suggereert dat wat er verder nog fout gaat buiten de verantwoordelijkheid van de arts ligt. De tweede is die van "De geneeskunde heeft zijn grenzen". Deze houding geeft de mogelijkheid om eigen fouten te ontkennen of af te zwakken. De derde is die van "Er zijn meer wegen die naar Rome leiden". Deze houding geeft de mogelijkheid om verantwoordelijkheden te ontlopen of keuzen te ontwijken.

Hun conclusie is dat artsen moeite hebben om fouten te omschrijven, terwijl ze tegelijkertijd houdingen ontwikkelen om de gemaakte fouten niet zo erg te voelen. Een gevolg daarvan is dat de dreiging van fouten maken een diffuus karakter krijgt met eigen stereotype reacties: "als je twijfelt, altijd insturen".

Freriks (Freriks '81) pleit in aansluiting hierop ervoor om vóórkomende fouten exacter te gaan definiëren. Als voorbeelden daarvan noemt hij ondermeer: fout is als afspraken niet worden nagekomen; fout is als de ander schade wordt berokkend; fout is als de ander niet gelijkwaardig wordt behandeld. Hierdoor wordt het bewustwordingsproces rond het fouten maken gestimuleerd, waardoor er beter ontwikkelde strategieën kunnen worden ontwikkeld om met fouten en falen om te gaan.

Conradi (Conradi '88) komt in een onderzoek onder Nederlandse huisartsen tot soortgelijke bevindingen. Ook hem valt de neiging van huisartsen op om het maken van fouten te minimaliseren. Dagelijkse fouten zoals in de receptuur worden niet



als zodanig benoemd.

### 3.5 TERMINALE KANKERPATIËNTEN

Op grond van onderzoek (Nylenna '86) kan worden gesteld dat een huisarts met een gemiddelde praktijkomvang per jaar ongeveer 10 nieuwe gevallen van kanker ziet en met minstens 25 kankerpatiënten per jaar contact heeft. Daarbij blijkt dat de contactfrequentie met deze groep patiënten twee keer zo hoog is als met niet-kankerpatiënten.

Afgezien van de problemen op medisch-technisch gebied en op het terrein van de samenwerking met andere disciplines ontmoet de huisarts in relatie met de patiënt een aantal problemen op het psychosociale vlak. Aan de kant van de patiënt heerst ontsteltenis, verdriet en angst. Het ziek zijn, de gevolgen daarvan, de consequenties van ingestelde of nog in te stellen behandelingen en het onvermijdelijk sterven beheerst het totale denken en voelen van de patiënt. Hoe reageert de directe omgeving van de patiënt (partner, gezin, vrienden, bureu)? Kunnen zij de patiënt steunen ondanks hun eigen verdriet?

De vraag werpt zich op hoe huisartsen dit soort van probleemsituaties hanteren. In de literatuur maken een aantal auteurs zich zorgen over de attitude van artsen ten aanzien van het omgaan met kankerpatiënten. Glaser en Strauss (Glaser '69) stellen op grond van hun onderzoek dat artsen het moeilijk hebben met het stervensproces vanuit hun eigen afgeweerde doodsangsten en vanuit hun opleiding.

Krakowski (Krakowski '84) wijst erop dat door het proces van rationalisatie tijdens de opleiding de angst voor de dood wordt ontkend. Door die voortdurende ontkenning zijn artsen emotioneel niet in staat zich in dit soort situaties empathisch op te stellen.

Rosser en Maquire (Rosser '82) stellen dat hoewel huisartsen hebben leren leven met de beperkingen van de geneeskunde, ook zij niet ten volle aan het trauma ontkomen dat kanker een aanslag betekent op hun "geloof" ziektes te kunnen genezen en levens te kunnen redden.

Duistermaat (Duistermaat '84, '89) beschrijft de gevoelens van onmacht die huisartsen kunnen ervaren in de communicatie met deze patiënten. Hij stelt dat de huisarts als hulpverlener dezelfde fasen van het verwerkingsproces moet doorlopen

als de patiënt. Deze fasen zijn: beleving van onzekerheid, angst, negatieve gevoelens en controleverlies en uiteindelijk de bedreiging van het gevoel van eigenwaarde.

Uit het onderzoek van Schadé (Schadé '84) blijkt dat huisartsen veelvuldig melden dat de diagnose kanker niet bespreekbaar is te maken in het contact met de patiënt. Hiermee bedoelen ze dat de patiënt niet wil horen hoe ernstig de ziekte en hoe slecht de prognose is.

Afgezien van factoren aan de kant van de patiënt kan dit echter te maken hebben met hoe deze huisartsen daar zelf mee omgaan. Volgens Cuisinier c.s. (Cuisinier '86) blijken huisartsen het geven van informatie over diagnose, beloop en prognose aan ernstig zieke patiënten moeilijk te vinden. Er bestaat tegenzin tegen het meedelen van slecht nieuws. Sommige huisartsen ervaren het mededelen van dit soort boodschappen als beuwerk.

Trijsburg c.s. (Trijsburg '92) benadrukken dat de gesprekstechnische kanten van het slecht-nieuws-gesprek extra aandacht vragen alsmede de noodzaak om voor een dergelijk gesprek alle tijd te nemen teneinde de patiënt te laten vertellen wat hem of haar op het hart ligt. Ook laten ze aan de hand van casuïstiek zien dat indien aan deze voorwaarden niet voldaan wordt, het handelen van de huisarts contraproductief wordt. Het in de ogen van patiënten jachtige doktersgedrag is voor hen een bron van frustratie. Doordat zij in die situatie tevens afhankelijk zijn van de dokter kunnen ze daar op dat moment moeilijk uiting aan geven.

Garfield (Garfield '76) pleit in een beschouwend betoog over de psychologische kanten van stervensbegeleiding voor het standpunt dat het zwaartepunt niet hoort te liggen bij de professionele kant ervan. Het gaat vooral om medemenselijkheid. Dat wil zeggen dat de hulpverlener de bereidheid heeft zich te verplaatsen in het rouwproces van de stervende. In dat rouwproces zijn aanwezig angst voor het naderend lijden en de eenzaamheid, alsook verdriet over het verlies van liefdevolle personen en het verlies van tot dan toe vanzelfsprekende lichaamsfuncties. Volgens dezelfde auteur kunnen de problemen die artsen met stervensbegeleiding hebben, zich vertalen in teveel of te weinig behandelen of in het zich onttrekken aan de continuïteit van de zorg.

### 3.6 CONCLUSIES VAN DEZE LITERATUURVERKENNING

De geraadpleegde literatuur laat zien welke factoren aan de kant van de dokter een rol spelen in de interactie met de vier onderscheiden patiëntgroepen: seksuele problematiek, ontevreden patiënten, patiënten waarbij fouten gemaakt zijn en terminale kankerpatiënten. Aannemelijk is dat de factoren per patiëntgroep verschillen.

Bij de seksuele problematiek lijkt het te maken te hebben met een, in de opleiding aangeleerde of versterkte, neiging om de arts-patiënt relatie te deseksualiseren. Hierdoor wordt het echter moeilijk om belevingskanten van seksuele problematiek in het gesprek met patiënten te hanteren. Dit kan leiden tot vermijdingsgedrag, door bijvoorbeeld het vragen naar het bestaan van seksuele problematiek na te laten.

In de interactie met ontevreden patiënten kan het gevoel van falen en het zich te zeer verantwoordelijk voelen voor het wel en wee van de patiënt de huisarts frustreren. Door deze preoccupatie blijft de ontevredenheid zelf van de patiënt onbesproken en dreigt te worden gemedicaliseerd.

Ook de door artsen gehanteerde strategie in het omgaan met fouten maken lijkt meer problemen te maken dan op te lossen. Het maken van fouten ligt voor een groot deel nog in de taboesfeer. De aandacht richt zich vooral op de schuldvraag. De belevingskanten, ook die van de patiënt, komen nauwelijks aan bod.

In de omgang met terminale kankerpatiënten wordt de huisarts geconfronteerd met het sterven en zijn onvermogen de patiënt te genezen. De begeleiding vergt een grote persoonlijke inzet, waarbij de bedreiging van het gevoel van eigenwaarde tevens een rol speelt.

Niet duidelijk is in het bovenstaande literatuuroverzicht hoe bepaalde opvattingen en denkbeelden over deze patiëntgroepen zich vertalen in concreet gedrag naar de patiënt toe. Welke factoren aan de kant van de dokter leiden er bijvoorbeeld toe dat, als hij het moeilijk heeft met terminale patiënten, hij zich bijvoorbeeld aan de begeleiding gaat onttrekken? Welke factoren bepalen dat hij in een soortgelijke situatie juist teveel gaat behandelen?

Het zoeken naar het antwoord op deze vragen naar het specifieke karakter van de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en gedrag zal in hoofdstuk vier verder worden uitgewerkt.

## HOOFDSTUK 4

### VRAAGSTELLING

#### 4.1 INLEIDING

Zoals in het vorige hoofdstuk bleek geeft de literatuur geen of onvoldoende aanwijzingen over het specifieke karakter van de relatie tussen attitude of persoonlijkheidskenmerken enerzijds en het gedrag van huisartsen anderzijds. Aan het eind van hoofdstuk 3 kwam bij wijze van voorbeeld de vraag aan de orde welke factoren aan de kant van de dokter bepalen of hij, in het geval hij moeite heeft met een terminale kankerpatiënt, zich gaat onttrekken aan de zorg dan wel zich richt op teveel behandelen. Eenzelfde soort vraag is: wanneer leidt het moeite hebben met problemen als deze tot het geven van foutieve informatie aan patiënten? Wanneer leidt het tot een combinatie van deze drie min of meer foutieve benaderingen van patiënten?

Het probleem dat gedrag moeilijk voorspelbaar is vanuit de attitude doet zich niet alleen voor op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Om die samenhang te verduidelijken kan de attributietheorie mogelijk een bijdrage leveren.

De attributietheorie (Harvey '84) richt zich op de vraag wat het voor iemands gedrag uitmaakt als hij of zij de oorzaak van een gebeurtenis aan zichzelf dan wel aan anderen toeschrijft. Dit aan zichzelf toeschrijven van oorzaken wordt intern attribueren genoemd. Het toeschrijven van oorzaken aan anderen of omstandigheden wordt extern attribueren genoemd. Het toeschrijven en toekennen van oorzaken lijkt gebeurtenissen voor mensen meer beheersbaar en voorspelbaar te maken (Wortman '76). Het lijkt ook mensen voor zichzelf en anderen meer beheersbaar en voorspelbaar te maken (Taylor '83).

De attributietheorie sluit op dit punt aan bij de door Rotter (Rotter '62) ontwikkelde theorie over de interne versus externe beheersingsoriëntatie. Deze interne of externe beheersingsoriëntatie verwijst evenzeer naar de waargenomen oorzaken van succes of falen. Legt men de oorzaak van het succes bij zichzelf, dan is er sprake van interne beheersing. Legt men daarentegen de oorzaak bij externe factoren, dan is er sprake van externe beheersing (Klandermans '83).

Vanuit deze theorieën over het verband tussen gedrag en het toewijzen van oorzaken kan plausibel worden gemaakt dat de dokter die de oorzaak van het probleem waarmee de patiënt op het spreekuur komt ("de pijn is nog niet over") bij zichzelf zoekt, anders reageert ("laten we nog eens kijken") dan de dokter die de oorzaak bij de patiënt legt ("hebt U de medicijnen wel ingenomen?").

Teneinde te kunnen achterhalen welke factoren aan de kant van de dokter van invloed zijn op de wijze van omgaan van de huisarts met moeilijke patiëntgroepen is gekozen voor een beschrijvend onderzoek, waarbij niet alleen gedrag, maar ook attributie en attitude worden gemeten. Het begrip gedrag is hierbij ingeperkt tot de eerste, verbale reacties van huisartsen.

#### 4.2 VRAAGSTELLING, OPERATIONALISATIE EN DEELVRAGEN

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

Wat zijn de eerste verbale reacties, de wijze van attribueren en de persoonlijkheidskenmerken of attitudes van huisartsen in de omgang met voor hen of naar inhoud of naar presentatie moeilijke patiëntgroepen?

Bij de operationalisatie van deze vraagstelling is voor wat betreft de patiëntgroepen uitgegaan van de in hoofdstuk drie beschreven vier patiëntgroepen:

S: patiënten met seksuele problematiek.

O: ontevreden patiënten.

F: patiënten waarbij fouten gemaakt zijn.

T: terminale kankerpatiënten.

De eerste verbale reactie van huisartsen is geoperationaliseerd als: datgene wat de huisarts daadwerkelijk tegen de patiënt zegt in de beginfase van het consult als antwoord op de probleemformulering door de patiënt.

Resultaten van onderzoek naar die reacties van huisartsen geven aan dat deze beperking tot de eerste reactie geen overwegende bezwaren opleveren voor de validiteit van de meting. Zo hebben Byrne en Long (Byrne '76) aangetoond dat huisartsen zowel in de diagnostische als in de therapeutische fase van het consult een vaste gesprekstijl hebben waar niet van afgeweken wordt. Thomassen (Thomassen '86) beschrijft in zijn analyse van het consult tussen huisarts en patiënt dat een of enkele zinnen van de patiënt voldoende zijn voor de huisarts om zich een

beeld te vormen van het probleem van de patiënt en hoe het op te lossen.

Teneinde de probleemformuleringen en klachten van de patiënten te standaardiseren werden beginsituaties van spreekuurcontacten, afkomstig uit de praktijk, nagespeeld en op videofilm vastgelegd.

Het voordeel hiervan is dat de meting op elk gewenst moment bij dezelfde of andere groepen van huisartsen kan worden herhaald. Op deze wijze kan ook binnen de opleiding tot huisarts bijvoorbeeld het effect van interactietraining worden gemeten. Rethans (Rethans '87) toont aan dat er bij het gebruik maken van simulatiepatiënten geen verschil optreedt met het spreekurgedrag tegenover echte patiënten. Vergelijkend onderzoek (Norman '82) naar de wijze waarop artsen reageren op video-film vastgelegd gedrag van echte en simulatiepatiënten laat eveneens geen verschillen tussen beide groepen zien.

Naast de reactie is ook de wijze van attribueren en de attitude gemeten. Onder attributie dient te worden verstaan de geneigdheid van huisartsen om oorzaken voor problemen bij zichzelf (intern) of bij anderen (extern) te leggen.

Onder attitude of persoonlijkheidskenmerken dient te worden verstaan het geheel aan denkbeelden, opvattingen en gevoelens, waarmee de huisarts gewoon is een bepaalde probleemsituatie te beoordelen en te benaderen.

De vraagstelling is vervolgens uitgewerkt in een drietal deelvragen:

1. Hoe reageren en attribueren huisartsen in de omgang met
  - patiënten met seksuele problematiek?
  - ontevreden patiënten?
  - patiënten waarbij fouten gemaakt zijn?
  - terminale kankerpatiënten?

(De antwoorden op deze vragen worden besproken in hoofdstuk 6, paragraaf 6.2).

2. Wat is de attitude van huisartsen ten aanzien van seksualiteit en welke persoonlijkheidsfactoren zijn van invloed op hun beroepsmatig functioneren?  
(In hoofdstuk 6, paragraaf 6.3 wordt de antwoorden op deze vraag uitgewerkt).
3. Wat is de specifieke samenhang tussen de patiëntgroepen, de reacties en de attitude of persoonlijkheidskenmerken van huisartsen?.

(Het antwoord op deze vraag wordt toegelicht in hoofdstuk 6, paragraaf 6.4 en 6.5).

## HOOFDSTUK 5

### METHODE VAN ONDERZOEK

#### 5.1 REACTIES VAN HUISARTSEN

##### 5.1.1 EIGENSCHAPPEN VAN HET VIDEO-INSTRUMENT

Aan de huisarts-stafleden van het Rotterdams Universitaire Huisartseninstituut (RUHI) werd gevraagd recente praktijkvoorbeelden te geven van spreekuurcontacten met moeilijke patiënten. Daarbij moest de manier waarop de patiënt zijn of haar klacht of probleem in het begin van het consult naar voren had gebracht zo letterlijk mogelijk worden weergegeven. Uit deze verzameling werden 20 praktijkvoorbeelden geselecteerd aan de hand van de in hoofdstuk 3 beschreven patiëntgroepen. Vervolgens werden de beginsituaties nagespeeld en op videofilm vastgelegd.

De verdeling van deze 20 fragmenten over de vier patiëntgroepen was als volgt:

- a. 7 casus betreffen seksuele problematiek.
- b. 5 casus gaan over ontevreden patiënten.
- c. 4 casus gaan over patiënten waarbij een fout gemaakt is.
- d. 4 casus betreffen terminale kankerpatiënten.

Een voorbeeld uit elk van de vier patiëntgroepen volgt hieronder:

ad a: Vrouw van 40 jaar. Kijkt verdrietig.

"Sinds mijn borst is afgezet, raakt mijn man mij niet meer aan en hij wil er niets over horen".

ad b: Huisarts: "Nou, je bloeddruk is nog steeds prima".

Patiënt: "Maar ja, die pijn in mijn arm, die blijft".

ad c: Man van 60 jaar wordt na een opname voor een acuut hartinfarct ontslagen zonder afspraak voor poliklinische controle.

Huisarts: "Zo, mijnheer Jansen, weer terug uit het ziekenhuis zie ik?"

Patiënt: "Ja dokter, ik dacht, ik kom maar eens even langs. Ik ben gisteren ontslagen, maar ik heb geen dokter meer gezien en ik weet eigenlijk niet goed wat ik doen moet. Hadden ze geen controle-afpraak moeten maken?"

ad d: Huisarts: "Zo, u bent weer terug uit het ziekenhuis. Vertel eens, hoe is het allemaal verlopen?"

Patiënt: "Ja, eigenlijk niet zo best dokter, want ze hebben me geopereerd zoals u weet en toen hebben ze de inwendige organen bekeken en de lever gevoeld en toen hebben ze me weer gauw dichtgemaakt, dus ik denk dat het een foute boel is".

Een overzicht van alle fragmenten staat in bijlage 3. Bij het monteren van de band is erop toegezien dat de patiënten uit de verschillende groepen at random werden gerangschikt. Na elk fragment bevat de band een pauze van 30 seconden.

Deze pauze is bedoeld om de deelnemende huisartsen de gelegenheid te geven hun reactie op te schrijven. De totale duur van de band is twintig minuten.

### 5.1.2 AFNAMECONDITIE

De afname gebeurt in kleine groepjes. Eerst wordt een mondelinge toelichting gegeven waarbij wordt uitgelegd dat het instrument is bedoeld om na te gaan hoe huisartsen verbaal reageren op terminale kankerpatiënten, ontevreden patiënten, patiënten met seksuele problematiek en patiënten waarbij fouten waren gemaakt. De deelnemende huisartsen wordt vervolgens gevraagd zich voor te stellen dat zij de huisarts zijn in het betreffende fragment. Daarna wordt de video-band met de 20 videofragmenten getoond.

### 5.1.3 ONDERZOEKSGROEP

In de regio van het RUHI werden 222 huisartsen uit waarneemgroepen en opleidersgroepen benaderd met de vraag om medewerking aan het onderzoek. 119 huisartsen reageerden positief (respons 54%), waarvan 41% opleiders en 12% vrouwelijke huisartsen (landelijk 11% vrouwelijke huisartsen). Gezien de geringe grootte van het huisartsenbestand en het feit dat de attitudemeting een aantal zeer persoonlijke vragen omvatte, werd om reden van privacy afgezien van de registratie van andere kenmerken (praktijkgrootte, leeftijd etc.).

Huisarts-opleiders hebben minimaal 5 jaar praktijkervaring en zijn geselecteerd voor de functie van opleider op basis van hun kwaliteit van praktijkvoering. Het percentage opleiders onder de respondenten is relatief hoog, zodat de onderzoeks-



groep slechts in beperkte mate representatief is voor de huisartsenpopulatie als geheel.

#### 5.1.4 REACTIE-METING; HET ROSENZWEIGMODEL

Om de reacties van de huisarts met de vier patiëntgroepen in kaart te brengen, werd ervan uitgegaan dat de vier patiëntgroepen potentieel frustrerend zijn voor de huisarts. Het model van de Picture Frustration-test (PF-test) van Rosenzweig (Rosenzweig '76) heeft als basis gediend voor het analyseren van de reacties.

Rosenzweig (Rosenzweig '76) toonde zijn proefpersonen plaatjes waarop frustrerende situaties stonden afgebeeld. Een voorbeeld: de proefpersoon krijgt een plaatje te zien waaruit blijkt dat iemand een vaas van tafel stoot. Op het plaatje komt een man binnen en zegt: "Dat was mijn dierbaarste vaas". De proefpersoon moet zich nu verplaatsen in de positie van de persoon die de vaas heeft omgestoten en noteren wat hij zou zeggen. Dit kan variëren van: "Het spijt me erg" via "Ik koop een nieuwe" tot "U had die vaas beter moeten neerzetten".

Rosenzweig scoorde de reacties van zijn proefpersonen op grond van de psychoanalytische frustratie-theorie (Rosenzweig '76). Hij onderscheidde daarbij twee dimensies, namelijk agressierichting en reactie-type. Beide dimensies werden in 3 componenten onderverdeeld.

De drie componenten van de agressie-richting zijn:

1. extrapunitief: de agressie van de proefpersoon richt zich op de ander.
2. intrapunitief: de agressie richt zich op de proefpersoon zelf.
3. impunitief: de agressie van de proefpersoon wordt geheel of ten dele ontkend.

De drie componenten van het reactie-type zijn:

1. object-dominantie: de proefpersoon benoemt de situatie als frustrerend.
2. ego-defensie: de proefpersoon geeft aan wie of welke instantie verantwoordelijk is voor de frustratie.
3. oplossingsgerichtheid: de proefpersoon hanteert het probleem door een oplossing te suggereren.

De combinatie van de twee dimensies levert 9 categorieën op.

Rosenzweig voegde daar zelf nog twee categorieën aan toe:

1. Een intrapunitieve reactie, waarbij de proefpersoon zichzelf als de aanleiding, maar niet als de oorzaak ziet van de frustratie (nummer 1 als variant van 2).

2. Een extrapunitive reactie waarbij de agressie zich richt op iemand of iets buiten de geschetste situatie (nummer 4 als variant van 3).

Aldus ontstond het onderstaande model. De nummering komt overeen met de rangorde van de categorieën in het scoringsreglement dat voor de meting in dit onderzoek is gebruikt. Het scoringsreglement wordt nader toegelicht in paragraaf 5.1.5.

**Tabel 5.1** *Combinatie van de 3 componenten van de beide dimensies agressie-richting en reactie-type*

	<i>Agressierichting</i>		
	Intrapunitief	Extrapunitief	Impunitief
<i>Reactie-typen</i>			
Egodefensief	1,2	3,4	5
Oplossingsgerichtheid	6	7	8
Objectdominantie	9	10	11

Rosenzweig gaf een overzicht van voorbeeldscores van de verschillende reactievormen per plaatje (Horman '57). De lijst werd genormeerd in een steekproef van 300 personen. De validering van de test is met name door Rauchfleish (Rauchfleish '79) ter hand genomen in het kader van klinisch onderzoek naar psychiatrische aandoeningen bij volwassenen en - met aanpassing van het instrument - bij kinderen ouder dan 7 jaar.

Om het meetinstrument aan te passen aan de spreekursituatie werd een vertaalslag uitgevoerd, waarbij het noodzakelijk was opnieuw aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid, mede gezien de tot dan toe geringe psychometrische kwaliteiten van het oorspronkelijke instrument.

#### 5.1.5 AANPASSING AAN DE SPREEKKAMERSITUATIE

Om tot een betrouwbaar scoren van de reacties te komen werd een strategie gevolgd die bestond uit het opmaken van een reglement, waarin zo precies mogelijk stond aangegeven wanneer welke score adequaat was.

Uitgaande van de inhoud van de oorspronkelijke 11 categorieën van Rosenzweig is geprobeerd om een indeling in categorieën te maken, die daar zo goed mogelijk

bij aansluit. Daartoe is gekeken wat Rosenzweig zelf als omschrijving gaf van een categorie en hoe hij vervolgens in zijn voorbeeldscores per plaatje een categorie opvatte. In bijlage 4 staat een voorbeeld van deze vertaalslag.

Het bleek noodzakelijk om aan de 11 categorieën van Rosenzweig een categorie toe te voegen, aangezien dokters een manier van omgaan met frustraties hebben, die aan de beroepssituatie gebonden is. Dit gebeurt in de vorm van het stellen van anamnestiche vragen als: "Hoe lang heeft U dit al?". Deze anamnestiche vraag moet gezien worden als een bijzondere vorm van een impunitieve reactie. In het scoringsreglement is deze categorie toegevoegd onder nummer 12, als zijnde een variant op categorie 5. Hieronder volgt een overzicht van de 12 categorieën met het nummer dat overeenkomt met de rangorde in het scoringsreglement. Vervolgens is aan elke categorie een voorbeeld toegevoegd uit de reeks die betrekking heeft op het videofragment waarin een patiënt zonder afspraak uit het ziekenhuis was ontslagen.

- 1: De dokter heeft de frustratie wel veroorzaakt, maar is niet verantwoordelijk.  
Voorbeeld: "Ik heb geen tijd gehad om U op te zoeken in het ziekenhuis".
- 2: De dokter heeft frustratie veroorzaakt en is ook verantwoordelijk.  
Voorbeeld: "Daar had ik beter op moeten letten".
- 3: De dokter verwijt de patiënt iets te hebben gedaan of nagelaten. De patiënt heeft de frustratie veroorzaakt.  
Voorbeeld: "U had ernaar moeten vragen".
- 4: De dokter wijst de schuld af, iemand anders of iets anders heeft de frustratie veroorzaakt.  
Voorbeeld: "Dat had het ziekenhuis moeten doen".
- 5: De dokter excuseert de veroorzaker van de frustratie.  
Voorbeeld: "Het is daar vaak ook zo druk".
- 6: De dokter biedt een oplossing aan.  
Voorbeeld: "Ik zal even voor U bellen".
- 7: De dokter vraagt om de oplossing van een ander.  
Voorbeeld: "Wat vindt U daar zelf van?"
- 8: De dokter verwacht dat het probleem in de loop der tijd verdwijnt.  
Voorbeeld: "Het kan wel zijn dat ze U nog bellen".

- 9: De dokter herhaalt of is verbaasd.  
Voorbeeld: "Zonder afspraak ontslagen?"
- 10: De dokter uit empathie.  
Voorbeeld: "Dat is erg vervelend voor U".
- 11: De dokter vindt de frustratie nogal meevallen.  
Voorbeeld: "Daar valt wel mee te leven, toch?"
- 12: De dokter stelt een anamnestiche vraag.  
Voorbeeld: "Hoe gaat het met de klachten?"
- Het volledige scoringsreglement staat in bijlage 5.

### 5.1.6 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheidsbepaling vond plaats aan de hand van 89 vragenlijsten uit een totaal van 119 ingevulde vragenlijsten. De 30 vragenlijsten die gebruikt waren voor de constructie van het score-reglement werden bij het bepalen van de betrouwbaarheid buiten beschouwing gelaten. Uit drie scoorders werden drie koppels gevormd. Per koppel werden 30 vragenlijsten gescoord (laatste koppel 29).

Onder overeenstemming tussen scoorders wordt verstaan dat beide scoorders van een koppel een reactie (van een huisarts) in dezelfde categorie uit het scoringsreglement onderbrengen. Wanneer een reactie volgens één of beide scoorders niet scoorbaar was, dan werd deze reactie niet bij de betrouwbaarheidsbepaling betrokken. Eventuele tweede en verdere reacties werden eveneens niet verwerkt. De score-koppels waren het eens in 2075 van de 2500 gevallen: dat is 83%. Bij de bepaling van overeenstemming dient ook gecorrigeerd te worden voor de a priori kans op overeenstemming. Een maat die daarvoor corrigeert is kappa (Cohen '60). De gemiddelde kappa bedraagt bij deze betrouwbaarheidsbepaling .80. Dit kan geïnterpreteerd worden als een overeenstemming van 80%, onafhankelijk van de a priori kans op overeenstemming.

De volgende tabel geeft per score-koppel de overeenstemming in percentages en tussen haakjes de kappa.

Scoorder	I	II	III
I	--		
II	84% (0,80)	--	
III	85% (0,82)	83% (0,79)	--

Zoals blijkt uit de tabel is er weinig verschil tussen de koppels.

Nadat de betrouwbaarheidsbepaling had plaatsgevonden, werd in alle gevallen waar de twee scoorders het oneens waren een 'master'-scoring uitgevoerd door een scoorder die niet bij de betreffende score betrokken was geweest. Hierbij heeft de master - die weet wat de twee oorspronkelijke scores zijn - de mogelijkheid één van de twee scores te kiezen of een derde score toe te voegen.

De huisartsen en de video-fragmenten zijn vervolgens afzonderlijk onder de loep genomen om de invloed vast te stellen op de betrouwbaarheid. Tussen de huisartsen varieert het percentage overeenstemming van 62% tot 96%. Bij de fragmenten geldt voor het percentage overeenstemming een range van 70% (vignet 18) tot 95% (vignet 2). Gemiddeld 6 artsen per fragment geven een onscorebare reactie. Er waren 4 huisartsen die bij meer dan 9 videofragmenten een onscorebare reactie gaven.

### 5.1.7 VALIDITEIT

Kijkend naar de uitgangspunten van de test kan geconstateerd worden, dat hier op grond van een bestaand theoretisch raamwerk een twee-dimensionaal construct is geoperationaliseerd. Termen als agressie-richting en reactie-type zijn begrippen die verankerd liggen in het psycho-analytische begrippenkader. Over de vertaalslag van de theorie naar een meetbare instrument voor de huisartspraktijk is al gezegd, dat het hier een natuurgetrouwe weergave betreft van wat een dokter in eerste instantie zegt tegen zijn patiënten die hem frustreren.

Dat de video-vignetten sommige artsen frustreren lijkt vanzelfsprekend; de vignetten zijn immers door een groep huisartsen artsen bijeen gebracht, die voor henzelf frustrerende situaties uit recente praktijkgevallen op tafel hadden gelegd.

Dat de vignetten alle artsen frustreren is in dit onderzoek een aanname. Ondersteuning van de validiteit kan geleverd worden door studies waarin de testuitslagen

of hoog of laag correleren met metingen waarvan dit op grond van de theorie wel resp. niet verwacht mag worden (convergente en divergente validiteit). Ondersteuning kan ook komen wanneer de testuitslag in staat was doktersgedrag in bepaalde omstandigheden te voorspellen (prediktieve validiteit). Nader onderzoek naar de validiteit moet dit verder uitwijzen.

## 5.2 ATTRIBUTIE-METING

Nadat alle 20 fragmenten waren getoond, kregen de huisartsen de tekst van de vignetten op papier teneinde de attributievragen te kunnen beantwoorden. Bijlage VI toont een voorbeeld hiervan.

De meting van de manier van attribueren is gebaseerd op een door Seligman ontwikkelde instrument (Seligman '86). In de Attributional Style Questionnaire (ASQ) presenteert Seligman zijn proefpersonen een aantal kort omschreven situaties, die goed of slecht nieuws bevatten. Bij elke situatie presenteert hij een vijftal vragen. Voorbeeld:

"U loopt al een tijdje te zoeken naar een nieuwe baan".

1. Wat is daarvan de belangrijkste oorzaak?
2. Ligt de oorzaak bij uzelf of bij anderen?
3. Als u in de toekomst weer op zoek gaat naar een andere baan, zal de genoemde oorzaak dan weer aanwezig zijn?
4. Speelt de oorzaak ook een rol op andere levensterreinen?
5. Hoe belangrijk is deze gebeurtenis voor u?

Teneinde de vragen aan te passen aan de spreekkamersituatie werden de vijf vragen geherformuleerd tot:

1. Wat is volgens u de belangrijkste oorzaak van deze klacht?
2. Acht u zichzelf verantwoordelijk voor de oorzaak van deze klacht of ligt het aan andere personen of omstandigheden?
3. Als in de toekomst een dergelijke klacht zich herhaalt, heeft dat dan dezelfde oorzaak?

4. Kan de genoemde oorzaak zich ook voordoen op andere gebieden van de praktijkvoering?
5. Hoe belangrijk vindt u dit voorval voor uzelf als huisarts?

In het antwoord op de eerste vraag worden de huisartsen geacht de oorzaak van het door de patiënt ingebrachte probleem in enkele woorden te beschrijven. Deze eerst vraag is bedoeld om de huisartsen een zorgvuldige overweging te laten maken om vervolgens de vier andere vragen met behulp van een 7-puntsschaal te beantwoorden. De eerste vraag wordt verder niet in de analyse betrokken.

Bij nader inzien bleken de vragen 3 en 4 minder relevant voor dit onderzoek, aangezien deze vragen zich richten op de situatiegebonden wijze van attribueren. Aangezien in deze studie de persoonsgebonden wijze van attribueren, in casu de interne of externe wijze van attribueren centraal stond, was vraag 2 daartoe het meest geëigend. De vragen 3 en 4 werden dan ook buiten de analyse gelaten.

De attributiemeting gebeurde uiteindelijk aan de hand van de volgende twee vragen:

- Acht u zichzelf verantwoordelijk voor de oorzaak van deze klacht of ligt het aan andere personen of omstandigheden?
- Hoe belangrijk vindt u dit voorval voor u zelf als huisarts?

### 5.3 METING VAN ATTITUDES EN PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN

Voor de meting van attitudes en persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen is gebruik gemaakt van twee van de vier Seksualiteit Belevingsschalen (SBS-1 en -2) ontwikkeld door het NISSO (het Nederlands instituut voor Sociaal Seksuologisch onderzoek), de Zelfwaarderingsschaal (ZW) van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) en een verkorte versie van de in hoofdstuk 2 gebruikte Balint-vragenlijst.

#### *Seksualiteit Belevingsschalen*

De seksualiteit belevingsschalen 1 en 2 geven respectievelijk een beeld van de seksuele beheersingsmoraal en de psychoseksuele stimulatie. Ze zijn beiden ontwikkeld door het NISSO (Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch

Onderzoek) en maken deel uit van de in totaal 4 SBS-schalen. In 1978 werden de schalen gepubliceerd voor gebruik. De betrouwbaarheid van de scores in dit onderzoek stemt tot tevredenheid. Voor SBS-1 bedraagt deze .90 terwijl dit voor SBS-2 .88 is. Beide maten zijn bepaald met behulp van de formule voor Cronbach's  $\alpha$ .

Voorbeeld van vragen uit SBS-1:

- Het is goed voor kinderen van 10 jaar om hun ouders naakt te zien: volkomen mee eens/ volkomen mee oneens.

Voorbeeld van vragen uit de SBS-2:

- Het lezen van uitvoerige beschrijvingen van seksuele contacten: vind ik erg fijn/ staat me erg tegen.

De volledige vragenlijsten staan in bijlage VII.

#### *Zelfwaarderingsschaal van de NPV*

De zelfwaarderingsschaal (ZW-schaal) is ontwikkeld door Luteijn c.s. om te meten in welke mate een persoon een positieve houding heeft ten aanzien van zijn werk. Daarnaast reflecteert de schaal veranderbaarheid en het goed aangepast zijn. De ZW-schaal maakt deel uit van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst. Validiteit en betrouwbaarheid zijn uitgebreid onderzocht (Visser '82). De  $\alpha$  in het normeringsonderzoek heeft een mediane waarde van 0,74. De stabiliteit over tijd is evenzeer redelijk (circa 0,75 over ongeveer 2 jaar).

Voorbeeld:

- ik kan goed met andere mensen omgaan                      juist/?/onjuist.
- ik heb voor veel dingen belangstelling                      juist/?/onjuist.

De volledige vragenlijst staat in bijlage VIII.

#### *Verkorte Balint-lijst*

De volledige lijst, gebruikt in hoofdstuk 2, is ontwikkeld om veranderingen in attitudes te meten bij huisartsen die participeren in een Balint-groep. Deze lijst is specifiek op huisartsen gericht en blijkt in onderzoek bruikbaar om attitude-aspecten te meten (Dokter '86). Hoewel de face-validity niet in het geding is, bleven betrouwbaarheid en consistentie van de lijst als geheel onderwerp van nader onderzoek. Op grond daarvan is met behulp van factoranalyse een verkorte lijst van 15 items samengesteld (Van der Wouden '88).



Hierbij bleek de lijst uit twee delen te bestaan, met elk een voldoende betrouwbaarheid:

Deel 1 (items 1, 2 en 3) meet de frustratietolerantie van de huisartsen.

Items uit deel 1 van de Balintlijst:

ik kan weinig angst verdragen	ja/nee
mijn frustratietolerantie is gering	ja/nee
ik voel me gauw gekrenkt	ja/nee.

Deel 2 (items 4 tot en met 15) meet de emotionele onafhankelijkheid of autonomie van huisartsen in relatie tot hun patiënten.

Voorbeeld van items uit deel 2 van de Balintlijst:

ik ben bang om fouten te maken	ja/nee
ik kan moeilijk neen zeggen	ja/nee
ik vind het vervelend door patiënten te worden afgewezen	ja/nee

De volledige, verkorte Balint-lijst staat in bijlage IX.

## HOOFDSTUK 6

### RESULTATEN

#### 6.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal getracht worden de in hoofdstuk 4 geformuleerde vraagstellingen te beantwoorden. Per patiëntgroep worden de resultaten besproken wat betreft reactie van de dokter en de wijze van attribueren. De resultaten per patiëntgroep zijn beschreven in paragraaf 6.2. Daarna volgt de bespreking van de resultaten van de verschillende attitude- en persoonlijkheidsmetingen (Seksuele Beheersingsmoraal Schalen, Balint-lijst en Zelfwaarderingsschaal van de NPV) in paragraaf 6.3.

Vervolgens wordt middels een profielanalyse gezocht naar karakteristieke reactiepatronen voor de verschillende patiëntgroepen. Een korte toelichting op de methodiek evenals de resultaten van de analyse zijn te vinden in paragraaf 6.4. In een vervolg op deze analyse wordt met behulp van lineaire regressietechnieken de verbanden gezocht tussen de reacties, attributies, attitudes en persoonlijkheidskenmerken. Een korte toelichting op de methode en de resultaten staan vermeld in paragraaf 6.5. Tot slot volgt in paragraaf 6.6 een samenvatting van de resultaten.

#### 6.2 REACTIES EN ATTRIBUTIES PER PATIËNTGROEP

##### 6.2.1 OVER DE PRESENTATIE VAN DE RESULTATEN IN DEZE PARAGRAAF

Alvorens tot de bespreking per patiëntgroep over te gaan, volgt hier nog een drietal opmerkingen over de gebruikte presentatie. De reactie-categorieën staan gerangschikt en genummerd volgens het in hoofdstuk 5 besproken scoringsreglement. Een kort overzicht:

Categorie:

- 1 de dokter heeft de frustratie wel veroorzaakt, maar is niet verantwoordelijk.
- 2 de dokter heeft de frustratie veroorzaakt en is ook verantwoordelijk.
- 3 de dokter verwijt de patiënt iets te hebben gedaan of nagelaten.

- 4 de dokter wijst de schuld af, iemand anders of iets anders heeft de frustratie veroorzaakt.
- 5 de dokter excuseert de veroorzaker van de frustratie.
- 6 de dokter biedt zelf een oplossing aan.
- 7 de dokter vraagt om de oplossing van een ander.
- 8 de dokter verwacht dat het probleem in de loop der tijd verdwijnt.
- 9 de dokter herhaalt of is verbaasd.
- 10 de dokter uit empathie.
- 11 de dokter vindt de frustratie nogal meevallen.
- 12 de dokter stelt een anamnestiche vraag.

Een overzicht van alle reacties voor alle 20 videofragmenten staat in de uitklapbare bijlage X.

Bij de presentatie van de attributiemeting per patiëntgroep is aandacht besteed aan de attributies die sterk afwijken van het gemiddelde van alle 20 videofragmenten. Wanneer de gemiddelde attributiescore bij een videofragment meer dan 1 standaardafwijking verschilt van het gemiddelde, is dat genoteerd als een "–" (dat wil zeggen dat de score bij de laagste 16% hoort) of een "+" (hoogste 16%). Wanneer de attributie meer dan 1,5 standaardafwijking van dat gemiddelde verschilt, is dat genoteerd als een "–" (laagste 7%) of een "++" (hoogste 7%). Indien de score niet afwijkt van het gemiddelde is de score op het betreffende vignet in de tabel weggelaten.

De attributiescores variëren van 1 tot 7. De gebruikte attributiedimensies zijn (zie ook hoofdstuk 5):

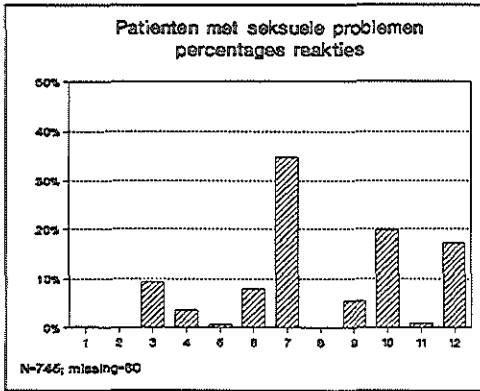
- intern versus extern (een lage score betekent dat een huisarts het probleem aan zichzelf toeschrijft) en
- onbelangrijk versus belangrijk (een lage score betekent dat de huisarts het probleem als onbelangrijk ervaart)

De tabel in bijlage XI toont het overzicht van de attributiescores over de 20 vignetten. De berekening van de betrouwbaarheidsscore van de interne/externe dimensie leverde een Cronbach's  $\alpha$  op van 0,77, de  $\alpha$  van de dimensie belangrijk/onbelangrijk bedraagt 0,82.

## 6.2.2 REACTIES EN ATTRIBUTIES BIJ PATIËNTEN MET SEKSUELE PROBLEMATIEK

### Reacties

Figuur 6.1 geeft de percentuele verdeling van de reacties van de huisartsen bij patiënten met seksuele problematiek weer.



Figuur 6.1 Percentuele verdeling van de reacties op patiënten met seksuele problemen (N=745)

Uit de figuur is te lezen dat huisartsen relatief vaak oplossingsgericht reageren op patiënten met seksuele problematiek, maar daarbij wel de oplossing van anderen verwachten (cat 7): "Wat vindt uw vrouw ervan?" of "Hebt U daar al met uw man over gesproken?". Op de tweede plaats komen de empathische reacties (cat 10): "Dat is erg vervelend voor U" of "Dat is inderdaad niet zo best". Op de derde plaats komen de anamnestiche reacties (cat 12) als

"Hoelang heb je daar nou al last van?" of "Beschrijf nog eens precies wat je voelt". Op de vierde plaats komen de reacties waarbij de dokter de schuld bij de patiënt lijkt te leggen (cat 3): "Hebt U de medicijnen wel ingenomen?". Op de vijfde plaats komen dan de reacties waarbij de dokter zelf de oplossing aandraagt (cat 6): "Laten we het onderzoek nog eens herhalen". De overige categorieën spelen een ondergeschikte rol.

### Attributie

De onderstaande tabel 6.1 laat zien hoe het attributiepatroon is van de huisartsen bij deze patiëntgroep.

**Tabel 6.1** *Vignetten van patiënten met seksuele problemen waarbij de wijze van attribueren belangrijk afwijkt van de gemiddelde score*

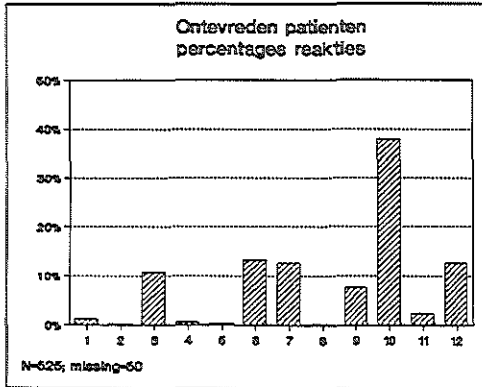
	Intern/extern score:	Belangrijkheid:
Vignetnummer: korte omschrijving		
5: Afscheiding; vrijen nu ook pijn	++	
7: Borsten laten vergroten?	+	-
Gemiddeld over de patiëntgroep (95% betrouwbaarheidsinterval)	5.45 (4.02 - 6.88)	3.01 (1.40 - 4.62)

De gemiddelde score is 5.45. Aangezien een score van 4 het midden van de schaal representeert (noch eigen verantwoordelijkheid, noch verantwoordelijkheid van iemand anders) laat deze score zien dat de huisartsen bij deze patiëntgroep neigen tot extern attribueren. Dat wil zeggen dat zij de verantwoordelijkheid voor dit soort problemen niet bij zichzelf maar bij anderen, in casu de patiënt, leggen. Dit doet zich in versterkte mate voor bij de vignetten vijf en zeven, waarin twee vrouwen klagen over respectievelijk pijn bij vrijen en borstomvang. De huisartsen achten zich niet verantwoordelijk voor de oorzaak van deze klachten. Daarbij vinden ze het probleem van de onvoldoende borstomvang tevens minder belangrijk.

### 6.2.3 REACTIES EN ATTRIBUTIES BIJ ONTEVREDEN PATIËNTEN

#### *Reactie*

Figuur 6.2 toont de percentuele verdeling van de reacties op ontevreden patiënten. Figuur 6.2 laat zien dat de huisartsen uit de onderzoeksgroep bij deze patiëntgroep vaak empathische reacties tonen (cat 10): "Wat vervelend voor u". Op de tweede plaats komen de oplossingsgerichte reacties waarbij de dokter zelf de oplossing aandraagt (cat 6): "Ik zal andere medicijnen voorschrijven" of "Laten we nog eens het onderzoek herhalen". Daarna komen de anamnestiche vraagreacties (cat 12) als "Hoelang hebt u er nou last van?" en oplossingsgerichte reacties waarbij de



Figuur 6.2 Percentuele verdeling van de reacties op ontevreden patiënten (N=525)

oplossing van anderen wordt verwacht (cat 7) in de trend van: "Wat moet er volgens u dan gebeuren?". Tot slot komen reacties waarbij de dokter de patiënt maant of verwijt (cat 3): "Hebt u de medicijnen wel ingenomen?".

### Attributie

In onderstaande tabel 6.2 staat het attributiepatroon van de huisartsen bij deze patiëntgroep.

Tabel 6.2 Vignetten van ontevreden patiënten waarbij de wijze van attribueren belangrijk afwijkt van de gemiddelde score

	Intern/extern score:	Belangrijkheid:
Vignetnummer: korte omschrijving		
1: Pijn in arm blijft	-	+
3: In rolstoel terechtkomen	-	-
5: Rugklachten houden	--	
Gemiddeld over de patiëntgroep (95% betrouwbaarheidsinterval)	3.81 (1.75-5.87)	2.86 (1.25-4.47)

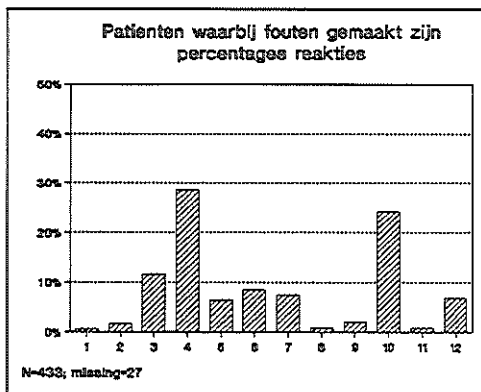
De gemiddelde score laat zien dat de huisartsen bij deze patiëntgroep neigen tot intern attribueren. Dat wil zeggen dat ze de oorzaak van de klacht bij zichzelf zoeken. Dat doet zich in versterkte mate voor bij de vignetten één en vijf, alsmede in mindere mate bij vignet drie. Het belang wat de huisartsen hechten aan de

problematiek verschilt in deze patiëntgroep: vignet nummer één wordt relatief belangrijk gevonden, terwijl dit bij vignet 3 juist andersom ligt.

#### 6.2.4 REACTIES EN ATTRIBUTIES BIJ PATIËNTEN WAARBIJ FOUTEN GEMAAKT ZIJN

##### *Reactie*

Figuur 6.3 geeft de percentuele verdeling van de reacties op patiënten waarbij fouten gemaakt zijn.



Figuur 6.3 Percentuele verdeling van reacties op patiënten waarbij fouten gemaakt zijn (N=438)

De figuur laat zien dat de huisartsen bij deze patiëntgroep erg vaak reageren met erop te wijzen dat anderen schuld hebben (cat 4): "Dat hadden ze in het ziekenhuis anders moeten doen" of "Dat moet u hèm maar vragen". Op de tweede plaats komen de empathische reacties (cat 10) als: "Dat moet erg vervelend voor U zijn geweest". Op de derde plaats komen verwijtende reacties (cat 3) als "Hebt U dat nooit ge-

vraagd?". Daarna volgen de oplossingsgerichte reacties waarbij de dokter of zelf de oplossing aandraagt (cat 6: "Ik zal even voor U bellen") of de oplossing van anderen verwacht (cat 7: "Wat had U zelf gedacht?").

##### *Attributie*

In onderstaande tabel 6.3 staat het attributiepatroon van de huisartsen bij deze patiëntgroep.

**Tabel 6.3 Vignetten van patiënten waarbij fouten gemaakt zijn waarbij de wijze van attribueren belangrijk afwijkt van de gemiddelde score**

Vignetnummer: korte omschrijving	Intern/extern score:	Belangrijkheid:
1: ontslagen zonder afspraak.	+	
2: elke maand plasje brengen.		-
3: seks in plaats van hyperventilatie.		-
Gemiddeld over de patiëntgroep (95% betrouwbaarheidsinterval)	5.83 (4.01 - 7.65)	3.33 (1.37 - 5.29)

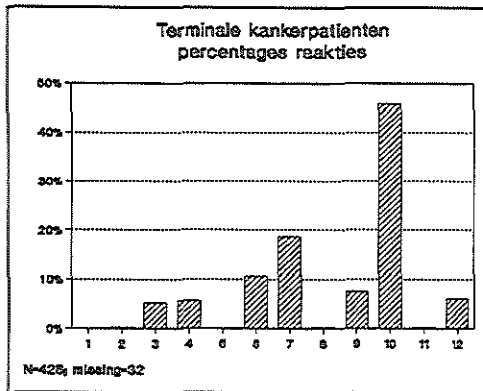
Vergeleken met de andere patiëntgroepen is dit de groep waarbij de huisartsen het meest extern attribueren. Dat wil zeggen dat ze de verantwoordelijkheid voor de situatie waar de patiënten over klagen niet bij zichzelf zoeken. Dit doet zich met name voor bij het vignet van de patiënt die uit het ziekenhuis is ontslagen zonder controle-afspraak. Daarnaast worden sommige klachten onbelangrijk genoemd, in het bijzonder de vignetten twee en drie. Vignet 2 gaat over een man die klaagt over een zijns inziens zinloos urineonderzoek, terwijl vignet 3 een vrouw betreft die zich beklagt over een haar inziens verkeerde behandeling van een psychiater.



## 6.2.5 REACTIES EN ATTRIBUTIES BIJ TERMINALE KANKERPATIËNTEN

### Reactie

Figuur 6.4 toont de percentuele verdeling van de reacties op terminale kankerpatiënten.



Figuur 6.4 Percentuele verdeling van de reacties op terminale kankerpatiënten (N=428)

De grafiek laat zien dat de huisartsen in deze patiëntgroep overwegend reageren met empathische reacties (cat 10): "Dat is heel naar voor U" of "Dat klinkt niet best". Op de tweede en derde plaats komen de oplossingsgerichte reacties, waarbij de dokter de oplossing van anderen verwacht (cat 7): "Heeft de specialist dat zo gezegd?", respectievelijk zelf oplossingen gaat aandragen (cat 6: "Ik zal de specialist even opbellen").

## Attributie

In tabel 6.4 staat het attributiepatroon van de huisartsen bij deze patiëntgroep.

**Tabel 6.4** Vignetten van terminale kankerpatiënten waarbij de wijze van attribueren belangrijk afwijkt van de gemiddelde score

Vignetnummer: korte omschrijving	Intern/extern score:	Belangrijk- heid:
1: Volgende keer mochten ze me laten liggen.		+
3: Ik hoef geen plannen meer te maken.		+
4: Nu voor ontlasting en urine een zakje: een zakje teveel.		+
Gemiddeld over de patiëntgroep (95% betrouwbaarheidsinterval)	5.35 (3.17 - 7.53)	2.30 (0.69 - 3.91)

De gemiddelde score laat zien dat de huisartsen deze problematiek neutraal attribueren. Wel vinden ze de problematiek belangrijk.

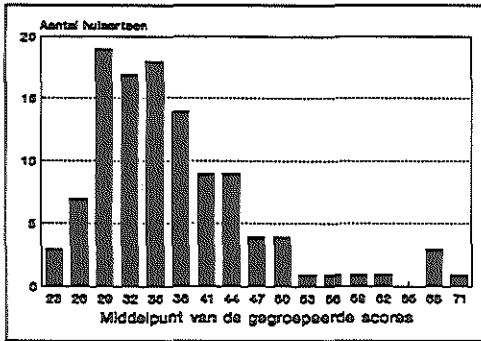
## 6.3 ATTITUDE EN PERSOONLIJKHEIDSMETINGEN

### 6.3.1 SEKSUALITEITS BELEVINGS SCHAAL (SBS) 1

De SBS 1 meet de houding ten aanzien van seksuele beheersingsmoraal. Hierbij gaat het erom in welke mate de ondervraagde huisartsen van mening zijn dat bepaalde opvattingen verwerpelijk zijn. Een paar voorbeelden van zulke opvattingen: "Als je van elkaar houdt, is gemeenschap voor het huwelijk heel vanzelfsprekend" en "Het is goed voor kinderen tot 10 jaar om hun ouders naakt te zien".

Het histogram in figuur 6.5 toont de frequentieverdeling van de antwoorden op deze schaal. De gemiddelde score is 37.2. Bij een score lager dan 48 voor mannen en 50 voor vrouwen wordt volgens de normering van de SBS-1 reeds gesproken

van "verwerping van de beheersingsmoraal". Uit de figuur blijkt dat vrijwel alle huisartsen lager scoren dan deze norm. Uit de normering kan verder worden afgeleid dat zo'n 90% van de Nederlandse bevolking er strengere opvattingen op nahoudt dan de gemiddelde huisarts uit deze onderzoeksgroep. Slechts 8 van de 112 huisartsen uit de onderzoeksgroep scoren minder progressief dan de gemiddelde Nederlander.



Figuur 6.5 Frequentieverdeling van de SBS-1

Een overzicht van gemiddelden en standaarddeviaties van de scores per item staat in bijlage XII.

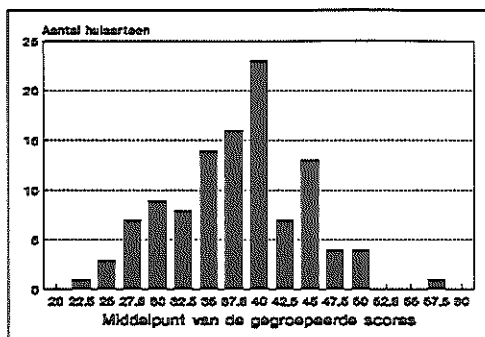
De trend is dat de huisartsen laag scoren. Daarentegen valt de score op de vragen 15, 18, 19 en 20 hoog uit. Nadere analyse leert dat 18, 19 en 20 de enige drie items zijn die naar het gedrag vragen in plaats van mening of houding (zoals 'Mijn eerste geslachts-

gemeenschap was met een meisje/jongen...' met antwoordcategorieën variërend van 'Dat ik toen heel oppervlakkig kende' tot 'Met wie ik toen getrouwd was'. Hieruit wordt (eens te meer) duidelijk dat attitudes en gedrag lang niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn.

### 6.3.2 SEKSUALITEITS BELEVINGS SCHAAL (SBS) 2

Deze schaal meet inhoudelijk in hoeverre de ondervraagden seksueel geprikkeld worden door diverse stimuli. Dit kan variëren van het geprikkeld worden door erotische passages in boeken of TV-beelden tot daadwerkelijk flirt-gedrag. Het histogram in figuur 6.6 toont de verdeling van de antwoorden op deze schaal. Het gemiddelde bedraagt 37,7 terwijl de normering van de SBS-2 spreekt van "sterk toelaten van psycho-seksuele stimulatie" bij een score van 34 voor mannen en 39 voor vrouwen. Uit de normering volgt voorts dat de ondervraagde huisartsen stimuleerbaarder scoren dan 80% van de Nederlandse bevolking.

De tabel in bijlage XII toont wederom een overzicht van gemiddelden en standaarddeviaties per item. Een lage score op de schaal van de stimuleerbaarheid betekent een hoge stimuleerbaarheid.



Figuur 6.6 Frequentieverdeling van de SBS-2

Alle gemiddelde scores zijn laag behalve de scores op de vragen 28 en 36. Het betreft hier de vragen: "Bladert U wel eens door een roman om alvast de meest erotische passages te zoeken?", "Sommige mannen (of vrouwen) hebben vaak bepaalde fantasieën tijdens de geslachtsgemeenschap" en "Hoe vaak denkt u tijdens de gemeenschap aan andere vrouwen (of mannen)

dan uw eigen vrouw (of man)?" . Deze vragen lijken dermate confronterend, dat een minder positief antwoord ten opzichte van de andere vragen voor de hand ligt.

Samenvattend kan gesteld worden dat de huisartsen uit de onderzoeksgroep zich qua beheersingsmoraal ruimdenkender opstellen dan 90% van de Nederlandse bevolking, terwijl qua stimuleerbaarheid de huisartsen hoger scoren dan 80% van de Nederlandse bevolking.

Wel dient rekening gehouden te worden met het feit dat sinds de normering van de test (1978) de twee gemeten begrippen onder de gehele Nederlandse bevolking in progressieve zin kunnen zijn verschoven.

### 6.3.3 ZELFWAARDERING

De zelfwaardering van de ondervraagde huisartsen is gemeten met de zelfwaarderingslijst van de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst (NPV). De tabel in bijlage XIII toont het totale overzicht van de rechte tellingen per item.

In de reeks van gemiddelde scores valt een uitschieter op, en wel de score op vraag 7. Deze luidt "Ik kan mijn gewoonten gemakkelijk veranderen". Het feit dat de ondervraagde huisartsen hier "neen" of "onjuist" op antwoorden kan er op wijzen dat huisartsen ertoe neigen om aangeleerde routines vast te houden.

De tabel in bijlage XIII laat ook de score van de huisartsengroep als geheel zien, vergeleken met de norm-groepsindeling: het resultaat laat zien dat de huisartsen gemiddeld scoren. Dat betekent dat de huisartsen uit de onderzoeksgroep zich wat zelfwaardering betreft niet onderscheiden van de gemiddelde Nederlander.

### 6.3.4 BALINTLIJST

De tabel in bijlage XIV toont de rechte tellingen van de 15 items. De antwoorden op de 3 items van deel 1 laten zien dat ondervraagde huisartsen laag scoren op frustratietolerantie, angst en krenkbaarheid:

- "Mijn frustratietolerantie is gering" (item 2) (87% "Nee")
- "Ik kan weinig angst verdragen" (item 1) (86% "Nee")
- "Ik voel me gauw gekrenkt" (item 3) (79% "Nee")

Het merendeel van de ondervraagde huisartsen geeft hiermee aan met deze aspecten van het beroepsmatig functioneren geen moeite te hebben. De antwoorden lijken te wijzen op een hoge frustratietolerantie.

Opvallend is het contrast wat opgeroepen wordt door de antwoorden op de volgende zes items uit deel 2:

- "Ik vind het vervelend door patiënten te worden afgewezen" (item 8) (87% "Ja")
- "Ik wil graag aardig gevonden worden" (item 13) (84% "Ja")
- "Ik wil graag horen dat ik een goede dokter ben" (item 9) (71% "Ja")
- "Ik kan het slecht accepteren dat patiënten aangeven naar een andere huisarts te willen gaan" (item 5) (64% "Ja")
- "Ik kan moeilijk nee zeggen" (item 14) (59% "Ja")
- "Ik ben bang om fouten te maken" (item 6) (49% "Ja")

Het grote percentage nee-antwoorden op het eerste deel in combinatie met het grote aantal nee-antwoorden op het tweede deel impliceert een samengaan van emotionele onafhankelijkheid met een zekere kwetsbaarheid voor de mening van patiënten.

## 6.4 ONDERSCHIED TUSSEN DE REACTIESTIJLEN BIJ DE VIER PATIËNTGROEPEN

### *Indeling in reactiestijlen*

De scores op de 12 reactiecategorieën werden voor de verdere analyses samengevoegd tot 6 reactiestijlen. Op basis van de tabel 5.1 uit hoofdstuk 5 werden de categorieën als volgt samengevoegd: 3 reactiestijlen op basis van de componenten van de dimensie agressie-richting (intrapunitief, extrapunitief, impunitief) en 3 reactiestijlen op basis van dimensie reactie-type (ego-defensie, oplossingsgerichtheid en object-dominantie).

Hieronder volgt een korte beschrijving van de aldus gevormde reactiestijlen.

Op basis van de dimensie agressie-richting:

- 1 extrapunitieve reactiestijl: de dokter legt de verantwoordelijkheid voor de frustratie bij andere personen of instanties
- 2 intrapunitieve reactiestijl: de dokter legt de verantwoordelijkheid voor de frustratie bij zichzelf
- 3 impunitieve reactiestijl: de dokter negeert de vraag naar de verantwoordelijkheid voor de frustratie

Op basis van de dimensie reactie-type:

- 1 de object-dominante reactiestijl: de dokter benoemt de frustratie
- 2 de ego-defensieve reactiestijl: de dokter geeft aan wie de frustratie veroorzaakt heeft
- 3 de oplossingsgerichte reactiestijl: de dokter geeft aan hoe er een oplossing kan komen voor de frustratie

Na deze samenvoeging<sup>1</sup> zijn vervolgens de scores op agressie-richting en reactie-type per huisarts en per patiëntgroep gesommeerd, waarbij afhankelijk van het aantal vignetten per patiëntgroep de score kon variëren: score van 0 tot 7 bij patiënten met seksuele problemen; score van 0 tot 5 bij ontevreden patiënten; score van 0 tot 4 bij patiënten waarbij fouten zijn gemaakt en bij terminale kankerpati-

---

<sup>1</sup> Van de oorspronkelijke 119 artsen werden er 4 uitgesloten van deze analyses, omdat bij meer dan 9 van de in totaal 20 vignetten de communicatiescores ontbraken of omdat de reacties niet in een van de categorieën onder te brengen waren (zie ook hoofdstuk 5).

ënten.

De score van een huisarts op agressie-richting of reactie-type worden als ontbrekend gedefinieerd ingeval:

- bij meer dan 2 van de 7 vignetten van patiënten met seksuele problemen of
- bij meer dan 1 van de 5 vignetten van ontevreden patiënten of
- bij meer dan 1 van de 4 vignetten van patiënten waarbij fouten gemaakt zijn of
- bij meer dan 1 van de 4 vignetten van terminale kankerpatiënten

de reactiescore ontbreekt of niet ingedeeld kan worden in een van de categorieën ("missing values"). Omwille van de vergelijkbaarheid zijn de scores gestandaardiseerd voor alle artsen. (Dat wil zeggen dat de scores zijn omgezet in z-scores met een gemiddelde van 0.0 en een variatie van 1.0). Een hoge z-score voor bijvoorbeeld oplossingsbehoefte bij patiënten met seksuele problemen geeft aan dat de huisarts in de onderzoeksgroep in vergelijking met de andere artsen eerder een oplossing tracht te vinden in de omgang met deze patiëntgroep.

#### *Toelichting op de profiel- en discriminant-analyse*

Op basis van de scores voor agressie-richting en reactie-type zijn profielen gemaakt voor de vier onderscheiden patiëntgroepen. In deze profielen zijn gemiddelde z-scores voor de zes reactiestijlen weergegeven.

Naast een profielmatige weergave is door middel van discriminant-analyses getoetst of er tussen de vier patiëntgroepen statistisch significante verschillen in reactiestijl bestaan. Daartoe is gebruikt gemaakt van de afstand tussen de groepsmiddelen.

De vraag of de vier patiëntgroepen op basis van de reactiestijl van de huisartsen (statistisch significant) van elkaar te onderscheiden zijn, kan positief worden beantwoord. De groepen worden uitsluitend onderling vergeleken. Dit betekent dat in de hierna volgende resultatenbeschrijving de begrippen "meer" en "minder", "groter" en "kleiner" en "vaak" verwijzen naar relatieve verschillen tussen de patiëntgroepen onderling.

Bij de beschrijving van de resultaten per patiëntgroep zal gebruik worden gemaakt van de figuren 6.7 tot en met 6.10. In figuur 6.7 zijn de gemiddelde z-scores van de vier patiëntgroepen voor wat betreft de dimensie agressie-richting grafisch weergegeven. In figuur 6.8 staan de gemiddelde z-scores van de vier

patiëntgroepen gebaseerd op de dimensie reactie-type. In figuur 6.9 staan de scores van de discriminantanalyse op de dimensie agressie-richting. In figuur 6.10 staan de scores van de discriminantanalyse op de dimensie reactie-type. Om de discriminant-analyses te kunnen interpreteren zijn de correlaties tussen de variabelen en de daaruit geconstrueerde discriminantfuncties benodigd. Deze zijn opgenomen in onderstaande tabel 6.5.

**Tabel 6.5** *Pearson correlaties tussen de reactiestijlen en de daaruit geconstrueerde discriminantfuncties*

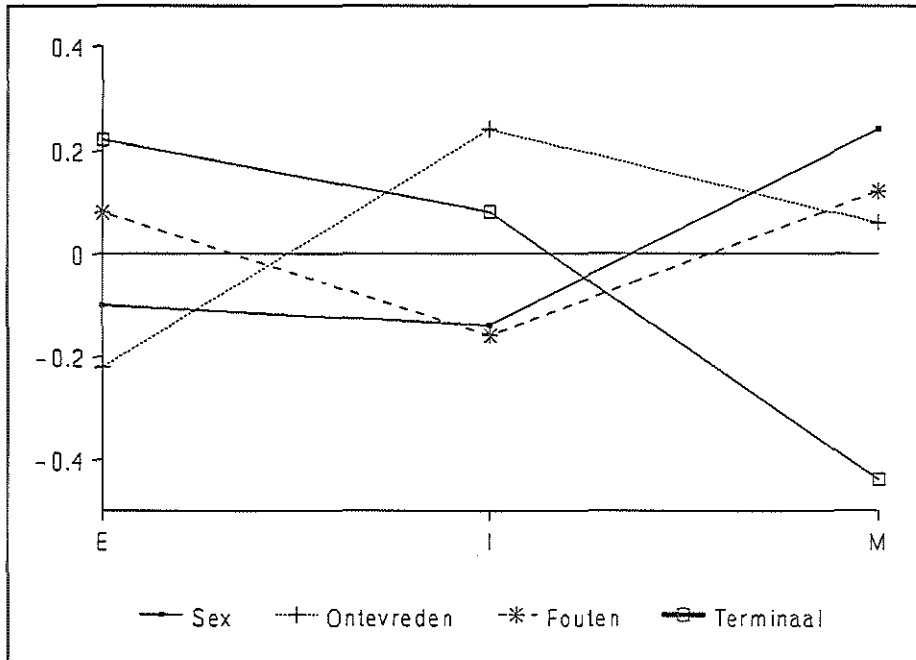
	Agressie-richting			Reactie-type	
	Eerste discriminant functie	Tweede discriminant functie		Eerste discriminant functie	Tweede discriminant functie
Impunitief	1.00	-0.01	Ego-defensief	0.99	-0.10
Intra-punitief	-0.10	0.99	Oplossingsgericht	-0.21	0.98
Extra-punitief	-0.58	-0.73	Object-dominant	-0.59	-0.72

#### *Patiënten met seksuele problemen*

De profielanalyse op de dimensie van de agressie-richting laat zien dat in vergelijking met de andere drie patiëntgroepen de impunitieve reactiestijl het meest wordt gebruikt. Dit betekent dat huisartsen geneigd zijn om vaak te reageren met uitlatingen als "Hoelang hebt u dat al?". De profielanalyse op de dimensie reactie-type geeft aan dat de huisartsen bij deze patiëntgroep overwegend reageren met de oplossingsgerichte reactiestijl als "Hebt u dat al met uw man besproken?". Daarnaast wordt de objectdominante reactiestijl het minst bij deze groep gebruikt ("Dat is ook vervelend voor u"). Op de andere reactiestijlen wijkt deze patiëntgroep niet belangrijk af van de andere groepen.

De discriminant-analyse op de agressie-richting laat zien dat in deze patiëntgroep in vergelijking met de groep van terminale kankerpatiënten significant vaker de impunitieve reactiestijl wordt gebruikt en minder vaak de ego-defensieve reactiestijl. Reacties als "Hoelang hebt U dit al" komen in deze groep vaker voor. De discriminantanalyse op de dimensie reactietype geeft aan dat de oplossingsgerichte reactiestijl bij deze patiëntgroep vaker gebruikt wordt dan bij de andere drie groepen. Het gaat daarbij wel om oplossingsgerichte reacties uit de categorie " Wat





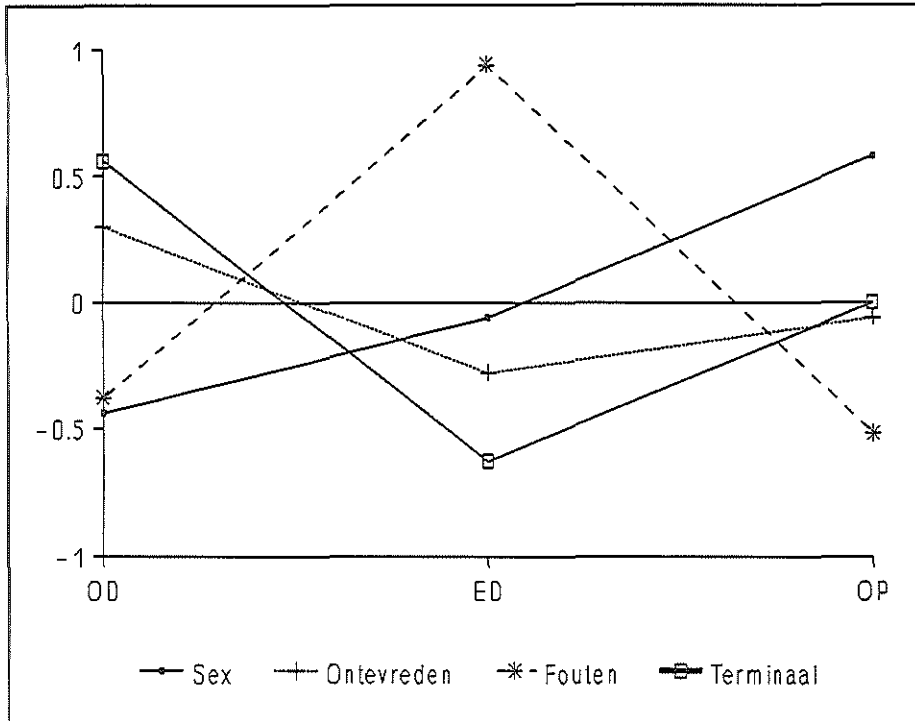
Figuur 6.7 Profielen van agressie-richting: de extra- (E), intra- (I) en impunitieve (M) communicatiestijlen bij de vier patiëntgroepen

zegt uw man ervan?". Dit impliceert dat de objectdominante reactiestijl bij deze patiëntgroep met uitingen als "Dat is vervelend voor U" minder vaak vóórkomen dan in de andere drie groepen.

### Ontevreden patiënten

De profielanalyse op de agressierichting laat zien dat bij deze patiëntgroep in vergelijking met de andere drie groepen de intrapunitieve reactiestijl het meest gebruikt wordt. Dat wil zeggen dat de huisartsen geneigd zijn te reageren met "Ik zal U andere medicijnen geven". Wat betreft de andere reactiestijlen zijn de verschillen tussen de groepen minder sprekend.

De discriminant-analyse op de agressie-richting geeft aan dat bij deze patiëntgroep in vergelijking met die van de terminale kankerpatiënten de impunitieve reactiestijl vaker wordt gebruikt. Dit houdt in dat reacties als "Hoelang hebt U dat al?" bij de ontevreden patiënten vaker worden gebruikt. Daarnaast blijkt de intrapunitieve reactiestijl bij deze ontevreden patiënten vaker te worden gebruikt



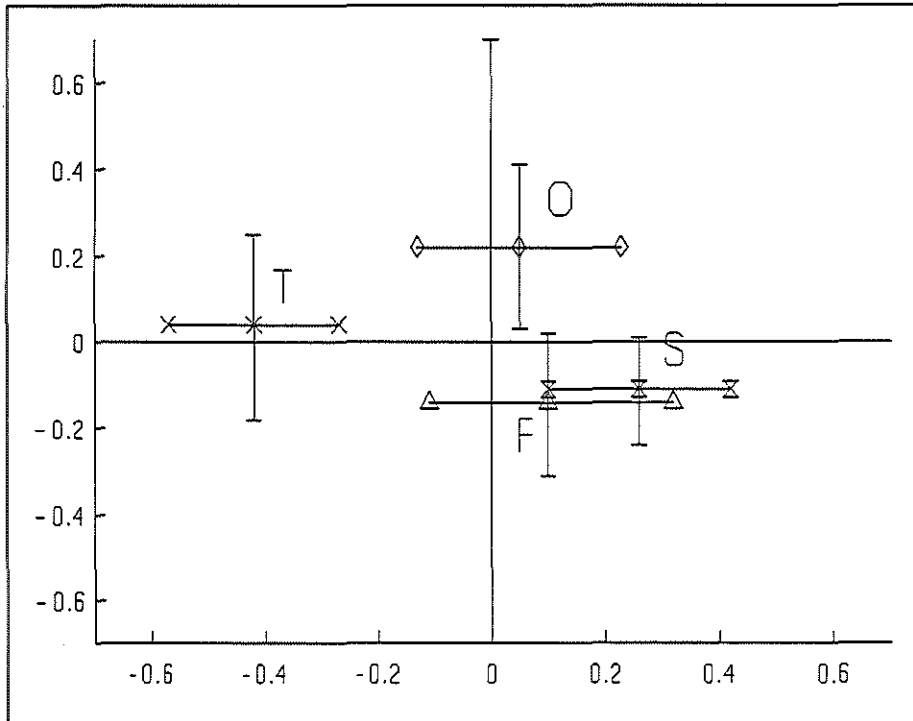
**Figuur 6.8** Profielen van reactie-type: de object-dominante (OD), ego-defensieve (ED) en oplossings-gerichte (OP) communicatiestijlen bij de vier patiëntgroepen

dan in de groep van de seksuele problematiek en die van de patiënten waarbij fouten gemaakt zijn. Dit overheersen van de intrapunitieve reactiestijl betekent dat de extrapunitieve reactiestijl waaruit vermaning of verwijt naar de patiënt toe spreekt, minder vaak voorkomt.

Wat betreft de andere reactiestijlen zijn de verschillen tussen deze groep en de andere groepen minder gevarieerd.

#### *Patiënten waarbij fouten gemaakt zijn*

De profielanalyse op het reactie-type geeft aan dat bij deze patiëntgroep in vergelijking met de andere drie groepen de egodefensieve reactiestijl sterk domineert. Dat houdt in dat huisartsen bij deze groep vaker reageren met uitlatingen als: "Heeft U daar zelf al iets aangedaan?" of "Dat hadden ze in het ziekenhuis moeten doen". Daarnaast laat de analyse zien dat de oplossingsgerichte reactiestijl ("Ik zal even voor u bellen") bij deze patiëntgroep het minst wordt gebruikt. De profielanalyse



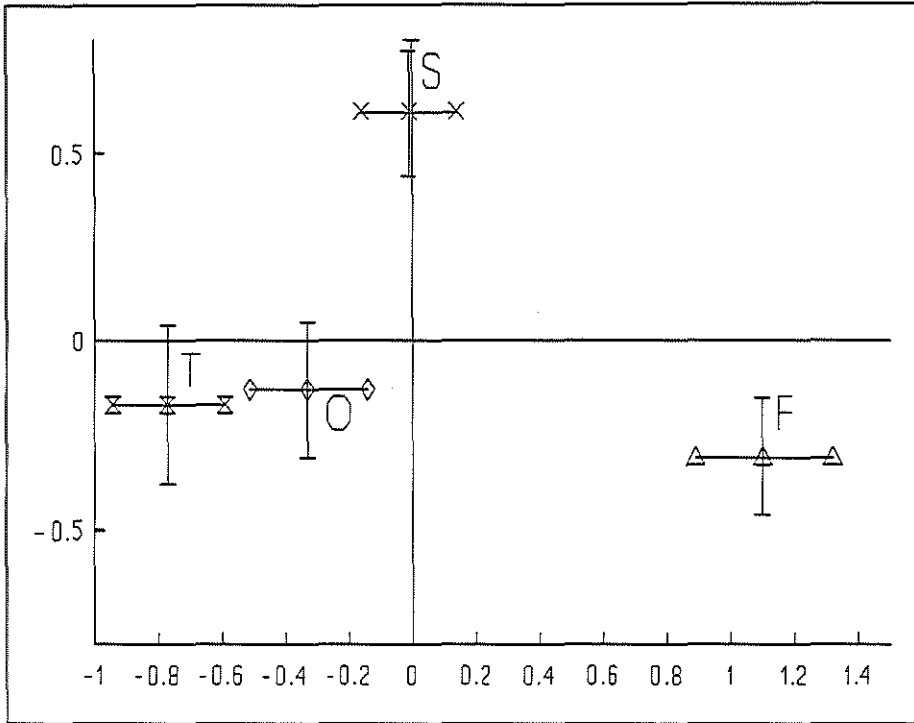
Figuur 6.9 Discriminantanalyse op agressierichting. S=seks prob; O= ontevr pat; F= pat waarbij fouten; T= term kankerpatiënt

op de overige reactiestijlen, alsmede de discriminant-analyse op de agressie-richting vertonen geen opvallende verschillen tussen de groepen.

De discriminant-analyse op het reactie-type laat opnieuw zien dat de bij deze patiëntgroep de egodefensieve reactiestijl veel vaker voorkomt. Anderzijds betekent dit, dat objectdominante reacties als "Wat vervelend is dat nou" juist minder vaak aangetroffen worden.

#### *Terminale kankerpatiënten*

De profielanalyse op de agressie-richting laat zien dat in vergelijking met de andere drie groepen bij deze patiëntgroep de impunitieve reactiestijl het minst voorkomt ("Hoelang hebt u dat al?"), en de extrapunitieve reactiestijl het meest. In samenhang met de uitkomst van de profielanalyse op het reactie-type waarin de objectdominante reactiestijl overheerst, betekent dit dat huisartsen geneigd zijn om op de patiëntgroep empathisch ("Wat een nare zaak") te reageren.



Figuur 6.10 Discriminantanalyse op reactietype. S=seks prob; O= ontevr pat; F= pat waarbij fouten; T= term kankerpatiënt

De discriminant-analyse op de agressie-richting bevestigt dat in vergelijking met groep van de seksuele problemen de impunitieve reactiestijl bij deze patiëntgroep het minst voorkomt. De verschillen op de overige reactiestijlen zijn minder aansprekend.

#### 6.5 SAMENHANG TUSSEN REACTIESTIJLEN PER PATIËNTGROEP, ATTRIBUTIE, PERSOONLIJKHEIDSMETINGEN EN ATTITUDES

##### *Toelichting op de meervoudige regressie-analyse*

In deze paragraaf wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre de reactiestijl van huisartsen wordt bepaald door persoonlijkheidskenmerken aan hun kant. Met hulp van "meervoudige regressie-analyse" kan nagegaan worden of uitkomstmaten (bijvoorbeeld extrapunitieve reactiestijl) gerelateerd zijn aan een of

meerdere kenmerken van de huisarts. De maat die aangeeft of een gevonden verband van belang is, is in dit onderzoek de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt (bèta). De gestandaardiseerde bèta's in de regressie-analyse zijn onderling vergelijkbaar. Dit wil zeggen dat de waarde van de coëfficiënt vergelijkbaar is met coëfficiënten van andere kenmerken. Bovendien is deze coëfficiënt lineair: een bèta-waarde van 0.40 is tweemaal zo groot als een bèta van 0.20. De meervoudige regressie-analyse is erop gericht zodanig gewichten toe te kennen aan de afzonderlijke attributie-, persoonlijkheids- en attitude-kenmerken dat zij bij somming een score opleveren die zo dicht mogelijk bij de werkelijke score op de afhankelijke variabele (in dit geval de reactiestijl) komt te liggen. Een voorwaarde voor de meervoudige regressie-analyse is onder meer dat de variabelen, i.c. de gebruikte reactiestijlen normaal verdeelde continue variabelen zijn. Wanneer dit niet het geval is wordt logistische regressie-analyse toegepast, waarbij de reactiestijl gedichotomiseerd wordt rond de mediaan. Hierbij wordt een score van 1 toegekend aan huisartsen met een score hoger of gelijk aan de mediaan-waarde en een score 0 aan artsen met een score lager dan de mediaan.<sup>2</sup>

Na analyse van de frequentieverdelingen van de scores voor de verschillende reactiestijlen, bleek dat meervoudige regressie-analyse toegepast kon worden in 14 van de 24 situaties. In alle andere gevallen werd logistische regressie-analyse toegepast (zie bijlage XV).

De volgende persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen werden vervolgens in de analyse opgenomen:

- geslacht,
- zelfwaardering,
- intern versus extern attribueren

Bij de reacties op patiënten met seksuele problematiek werden bovendien toegevoegd:

- seksuele beheersingsmoraal,
- seksuele stimuleerbaarheid.

---

<sup>2</sup> Logistische regressie-analyse wordt toegepast bij die communicatiestijlen die zo scheef verdeeld zijn dat de mate van scheefheid ("skewness") groter is dan 3 maal de meetfout ("standard error") van die scheefheid.

Behalve de kenmerken als zodanig werd in de analyses ook getoetst of de interacties tussen de persoonskenmerken statistisch significant een bijdrage leverden in de schatting van de uitkomstvariabele. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat alleen mannelijke huisartsen met een hoge mate van zelfwaardering zich in een bepaalde reactiestijl van anderen onderscheiden.

De genoemde kenmerken werden als volgt in de analyses betrokken.

- de mate van intern versus extern attribueren is de som van de 20 scores per vignet: hoe hoger de score des te meer vindt externe attributie plaats;
- een hoge score op de zelfwaarderingsschaal staat gelijk aan hoge zelfwaardering;
- een hoge score op de schaal voor de seksuele beheersingsmoraal betekent het hebben van conservatieve opvattingen ten aanzien van seksualiteit;
- een hoge score op de schaal van de seksuele stimuleerbaarheid betekent het hebben van een lage stimuleerbaarheid.

#### *Patiënten met seksuele problematiek*

De impunitieve reactiestijl, die bij patiënten met seksuele problemen verhoudingsgewijs vaak voorkomt, hangt samen met het geslacht van de huisarts: vrouwelijke huisartsen hebben meer de neiging impunitief te reageren ( $\beta = -0.27$ ;  $p = 0.00$ ). Huisartsen met een lage zelfwaardering en een hoge seksuele stimuleerbaarheid ( $\beta = -0.27$ ) neigen in de interactie met deze patiëntgroep tot meer extrapunitieve reacties. Ook huisartsen met lage zelfwaardering en met een minder progressieve attitude ten aanzien van seksualiteit ( $\beta = 0.23$ ,  $p = 0.02$ ) neigen tot eenzelfde extrapunitieve reactiestijl.

Op de dimensie reactie-type waren patiënten met seksuele problemen te onderscheiden van de andere groepen, met name vanwege het relatief vaak vóórkomen van oplossingsgerichte reacties. Mannelijke huisartsen met een lage zelfwaardering tonen een sterke oplossingsgerichtheid. Deze reactiestijl zien we ook in de combinatie van intern attribueren en geringe seksuele stimuleerbaarheid. De objectdominante reactiestijl komt weinig voor bij mannelijke huisartsen met een hoge beheersingsmoraal ten opzichte van de seksualiteitsbeleving ( $\beta = -0.21$ ;  $p = 0.03$ ).

### *Ontevreden patiënten*

Mannelijke huisartsen met een sterke extern attributiepatroon neigen in de interactie met ontevreden patiënten meer dan gemiddeld naar een egodefensieve reactiestijl ( $\beta = 0.66$ ;  $p = 0.01$ ).

### *Patiënten bij wie fouten gemaakt zijn*

Mannelijke huisartsen met een extern attributiepatroon hebben meer dan gemiddeld de neiging in contacten met deze patiëntgroep een egodefensieve reactiestijl te hanteren ( $\beta = -0.24$ ;  $p = 0.01$ ). Daarnaast roept deze groep patiënten bij deze zelfde combinatie van huisartskenmerken nauwelijks of geen objectdominante reactiestijl op ( $\beta = -0.22$ ;  $p = 0.02$ ).

### *Terminale kankerpatiënten*

Mannelijke artsen met veel zelfwaardering ( $\beta = 0.25$ ;  $p = 0.01$ ) hebben meer dan gemiddeld de neiging bij deze groep patiënten een extrapunitieve reactiestijl te hanteren.

## 6.6 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

De resultaten per patiëntgroep laten het volgende zien: huisartsen reageren op patiënten met seksuele problemen overwegend oplossingsgericht, attribueren extern, vinden het probleem niet belangrijk en geven aan meer dan gemiddeld progressief te zijn in hun opvattingen over seksualiteit en meer dan gemiddeld toegankelijk voor stimulerende impulsen. Wat betreft de reactie en de attributie op ontevreden patiënten valt op dat zij empathisch en oplossingsgericht reageren en intern attribueren. Op patiënten waarbij fouten gemaakt zijn reageren de meeste huisartsen overwegend met "daar heb ik niets mee van doen", en attribueren sterk extern. De ondervraagde huisartsen reageren empathisch op hulpvragen van terminale kankerpatiënten, waarbij ze aangeven deze problematiek als belangrijk te beschouwen.

De reacties in het geheel genomen blijken huisartsen meestal empathisch te reageren, gevolgd door oplossingsgerichte reacties en het stellen van anamnestiche vragen. Alleen als er sprake is van fouten maken overheerst een vermanende of verwijtende reactiesoort.

Wat betreft de zelfwaardering hebben de huisartsen een gemiddelde score. Daarnaast geven ze van zichzelf aan een hoge frustratietolerantie te hebben, maar te neigen naar een emotionele afhankelijkheid in de relatie met hun patiënten.

Na de indeling op agressie-richting en reactie-type blijken er op de agressie-richting weinig verschillen te bestaan tussen de patiëntgroepen. Een uitzondering hierop vormen de terminale patiënten: deze roepen in vergelijking met de andere patiënten weinig impunitieve reacties op. In concreto betekent dit dat de huisartsen zich de problemen van kankerpatiënten blijkbaar goed kunnen indenken en geen behoefte hebben aan doorvragen.

Wat betreft het reactie-type zijn er wel substantiële verschillen tussen de vier groepen. De objectdominante reactiestijl overheerst bij terminale en bij ontevreden patiënten. De empathische reacties van de huisarts ("Dat is vervelend voor u") overheersen daarbij. Deze reactiewijze komt verhoudingsgewijs minder voor bij patiënten met sexuele problemen.



## HOOFDSTUK 7

### DISCUSSIE

#### 7.1 INLEIDING

De resultaten en de methode van onderzoek van de studie naar de samenhang tussen de attitude van huisartsen en hun behandeling van psychosociale problematiek worden besproken in paragraaf 7.2. De resultaten en de methode van onderzoek van de studie naar de wijze waarop huisartsen reageren en attribueren in de omgang met moeilijke patiëntgroepen, en welke persoonlijkheidskenmerken daarbij een rol spelen is te vinden in paragraaf 7.3.

#### 7.2 DE SAMENHANG TUSSEN DE ATTITUDE VAN HUISARTSEN EN HUN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

##### *Resultaten*

De resultaten van het onderzoek naar de samenhang tussen de attitude van huisartsen en hun behandeling van psychosociale problematiek laten het volgende zien.

In overeenstemming met de daarover in de literatuur gevonden gegevens (Lamberts '91) blijkt dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen bij de behandeling van psychosociale problematiek kiest voor: probleemverheldering, laten spuien en ondersteunen. De daarbij gehanteerde gesprekstechnieken zijn: luisteren, laten uiten van emoties, samenvatten en doorvragen.

De resultaten van deze studie laten daarnaast zien dat huisartsen verschillen in de mate waarin bepaalde soorten psychosociale problematiek in hun praktijk vóórkomen. De ene huisarts ziet meer relatieproblematiek, de tweede meer seksuele problematiek, de derde weer meer problematiek rond chronisch ziekzijn. De resultaten van deze studie bevestigen daarmee de in de literatuur genoemde interdoktervariatie onder huisartsen bij het hanteren van psychosociale problematiek. De verschillen hebben volgens Goldberg (Goldberg '82) te maken met interesse en aandacht aan de kant van de dokter, terwijl Verhaak (Verhaak '86) beroepsgebon-

den eigenschappen noemt als taakopvatting en competentie.

In aanvulling daarop bevatten de resultaten van deze studie aanwijzingen dat deze interdoktervariatie samengaat met bepaalde persoonlijkheidskenmerken van huisartsen. Huisartsen die zich richten op seksuele problematiek, zeggen van zichzelf de neiging te hebben om patiënten te veranderen en hebben voorkeur voor het geven van voorlichting aan hun patiënten. Huisartsen die zich richten op relatieproblematiek geven aan een sterke geneigdheid te bezitten om hulp te verlenen en gebruiken bij voorkeur het reflecteren in hun gesprekken met patiënten. Huisartsen die zich richten op begeleiding van chronisch zieken geven van zichzelf aan dat ze graag adviezen geven en neigen in hun gesprekken met patiënten tot stimuleren en bevestigen.

Deze studie laat verder zien dat de bereidheid van huisartsen om patiënten te helpen samen gaat met de behoefte aan waardering door hun patiënten. Hier lijkt sprake van een vorm van het door Van Lidth de Jeude geïntroduceerde begrip 'loven en bieden' (Van Lidth de Jeude '71), waarmee hij aangeeft dat huisarts en patiënt met elkaar onderhandelen over de inhoud en de betekenis van hun relatie.

Everaerd (Everaerd '79) becommentarieert overigens de neiging van hulpverleners om seksuele problematiek van patiënten te beantwoorden met het geven van voorlichting. Op die wijze te werk gaand is de huisarts meer als (gezondheids)opvoeder bezig dan als hulpverlener. In het verlengde hiervan ligt het door Balint (Balint '64) geïntroduceerde begrip van 'het apostolisch functioneren van de huisarts', waarbij de dokter zich in zijn adviezen aan patiënten laat leiden door de eigen opvattingen over gezondheids- en ziektegedrag.

### *Methode van onderzoek*

Het betreft een onderzoek met twee vragenlijsten onder 30 willekeurig gekozen huisartsen. De vragenlijst A bevat een aantal vragen over het vóórkomen van psychosociale problematiek in de praktijk van de huisarts en welke doelstellingen en gesprekstechnieken de huisarts in zijn gesprekken met de patiënten daarbij kiest (Lamberts '82). Vragenlijst B is een attitude-lijst met een groot aantal items over het functioneren van huisartsen, ontleend aan discussies binnen Balintgroepen (Dokter c.s. '86).

Bij de data-analyse worden de antwoorden op de attitudelijst gerelateerd aan de soort psychosociale problematiek die de betreffende huisarts regelmatig in zijn

praktijk zegt te zien.

Hiertoe is overgegaan vanuit de veronderstelling dat als een huisarts zegt een bepaald soort problematiek regelmatig te zien, dit te maken heeft met de wijze waarop hij daar in de interactie met zijn patiënten mee omgaat.

Gezien de beperkte omvang van de onderzoeksgroep verdient nader onderzoek naar de invloed van deze of andere persoonslijkeidsskenmerken op het hanteren van psychosociale problematiek door huisartsen in het licht van deze resultaten de aandacht.

### 7.3 REACTIES, WIJZE VAN ATTRIBUEREN EN DE PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN VAN HUISARTSEN IN DE OMGANG MET MOEILIJKE PATIËNTGROEPEN

#### *Resultaten*

Uitgangspunt van dit onderzoek was de overweging dat als de persoon van de dokter van invloed is op de aard en het vóórkomen van psychosociale problematiek in zijn praktijk, de persoon van de huisarts ook een rol kan spelen ten aanzien van het vóórkomen van moeilijke patiënten in zijn praktijk. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een bepaalde manier van reageren van de dokter bijdraagt aan het ontstaan of in stand houden van een moeilijke patiëntgroep.

Onder moeilijke patiënten of probleempatiënten dienen in het kader van dit onderzoek die patiënten te worden verstaan die het de dokter of door de inhoud van hun klacht of door de presentatie ervan moeilijk of lastig maken.

Op basis van gegevens uit Balintgroepsdiscussies en uit de literatuur is gezocht naar een aantal van dergelijke moeilijke patiëntgroepen. De keuze is daarbij gevallen op: patiënten met seksuele problemen, ontevreden patiënten, patiënten waarbij fouten gemaakt zijn en terminale kankerpatiënten. De vraagstelling van het onderzoek is daarbij geoperationaliseerd als: wat zijn de eerste verbale reacties, de wijze van attribueren en de persoonslijkeidsskenmerken of attitude van huisartsen in de omgang met deze vier patiëntgroepen.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat huisartsen op basis van de onderlinge vergelijking van de vier patiëntgroepen per onderscheiden patiëntgroep verschillend reageren. Huisartsen hebben de neiging om op patiënten met seksuele problematiek oplossingsgericht te reageren, waarbij ze wel de oplossing van een

ander verwachten ("Wat vindt uw man ervan?"). Daarbij attribueren ze extern, dat wil zeggen dat de huisartsen de oorzaak van het seksuele probleem bij de patiënt leggen. Bovendien vinden ze dit soort problemen voor henzelf als huisarts minder belangrijk.

De progressieve opvattingen van huisartsen over seksualiteit en hun gemiddeld hoge seksuele stimuleerbaarheid vertalen zich niet in een open, uitnodigende reactie indien de patiënt zich met een dergelijk probleem op het spreekuur aandient. De vraag is welke factoren ieder voor zich of in combinatie met elkaar dit gedrag verklaren? Doet het tekort aan specifieke gespreksvaardigheden, het gemis aan mogelijkheden tot verwijzen of de remmende werking van de spreekuursetting (Frenken '88) de huisartsen hier afhoudend reageren? Zeker is dat uitgaande van de schroom die patiënten moeten overwinnen om met dit soort problemen te komen (Van Lunsen '86), deze wijze van reageren van huisartsen gemakkelijk ertoe kan leiden dat de patiënten ontmoedigd raken om verder over dit probleem te praten of om er de volgende keer op terug te komen. Op deze wijze kan verklaard worden waarom huisartsen weinig of geen seksuele problematiek zien (Frenken '88).

Huisartsen reageren op ontevreden patiënten overwegend met empathisch en oplossingsgericht gedrag, waarbij ze zichzelf inzetten ("Ik zal u andere medicijnen voorschrijven"). Wat betreft het attribueren valt op dat huisartsen geneigd zijn om het probleem van de patiënt intern te attribueren, dat wil zeggen de oorzaak voor het voortduren van de klacht bij zichzelf te zoeken. Hier wreekt zich de neiging bij huisarts en patiënt om ongenoegen te vermedicaliseren en te somatiseren (Grol '83). Daarnaast spelen aan de kant van de dokter de mate van zelfwaardering en de behoefte aan waardering van de patiënt mogelijk een rol. Bij de meting van de persoonlijkheidskenmerken blijken huisartsen zich niet te onderscheiden van de gemiddelde Nederlander, terwijl de score op de Balintlijst laat zien dat huisartsen zich in de huisarts-patiënt relatie afhankelijk opstellen.

Het lijkt zinvol huisartsen te leren om op een andere manier te kijken naar en om te gaan met de ontevredenheid van de patiënt. Het onderkennen en benoemen van de ontevredenheid als zodanig bij de patiënt kan de mogelijkheid scheppen er als dokter anders en met meer voldoening voor zichzelf mee om te gaan (Bareman c.s. '93).

Bij reacties van huisartsen op patiënten die bij hen komen klagen over fouten die door anderen gemaakt zijn, domineert sterk de neiging om te reageren op een

manier waarin de schuldvraag centraal staat ("Dat hadden ze anders moeten doen..", "Dat had u anders moeten doen.."). Daarnaast worden deze problemen sterk extern geattribueerd, dat wil zeggen dat de huisartsen de oorzaak helemaal bij anderen leggen. Reacties waarbij wordt ingegaan op het ongemak of de nadelen van de patiënt komen pas op de tweede plaats. Het aan de orde stellen van de schuldvraag verwijst naar een bepaalde manier van omgaan met fouten maken, zoals door Stelling en Bucher uiteengezet (Stelling en Bucher '73). Het sterk extern attribueren van de oorzaak van het gebeuren lijkt in de lijn te liggen van de door hen gevonden stereotiepe strategie van: "Ik doe mijn best, meer kan ik niet doen".

De reacties op de problemen van terminale kankerpatiënten worden gedomineerd door een groot aantal uitingen van empathie en medeleven. Dit is in overeenstemming met de door Garfield (Garfield '76) gepropageerde menselijke benadering van dit soort problematiek. De huisartsen attribueren deze problematiek 'neutraal', hetgeen wil zeggen dat ze niet de neiging hebben het probleem bij de patiënt te leggen. Op grond hiervan kan gesteld worden dat de huisartsen zich in hun eerste reacties tegenover deze problematiek begripvol opstellen. De huisartsen hebben deze patiëntgroep zelf als frustrerend benoemd, maar hiervan lijkt de patiënt geen hinder te ondervinden.

Het antwoord op de vraag of de persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen van invloed zijn op de manier van reageren laat een beperkt aantal conclusies toe. Zo blijkt de invloed van het geslacht van de dokter op de wijze van reageren naar de patiënten toe opvallend groot. Het man of vrouw zijn van de huisarts als zodanig doet zich vooral voor in de communicatie met patiënten met seksuele problematiek. Vrouwelijke huisartsen hebben meer dan mannelijke huisartsen de neiging om oplossingsgericht te reageren.

De combinatie van het geslacht van de huisarts en een aantal andere persoonlijkheidskenmerken laat tevens verschillen zien in de manier van reageren. Zo hebben mannelijke huisartsen met een extern attributiepatroon sterker de neiging om in interactie met ontevreden patiënten en patiënten waarbij fouten gemaakt zijn, te reageren met uitspraken die de schuldvraag voorop stellen.

Gezien het beperkte aantal vrouwen in de onderzoeksgroep is uitgebreider onderzoek naar de invloed van het geslacht van de huisarts op de manier van omgaan met patiënten zeer aan te bevelen, mede in verband met het toenemend aantal vrouwelijke huisartsen in de toekomst.

De persoonlijkheidskenmerken van huisartsen spelen in de manier van omgaan met ontevreden patiënten en patiënten met seksuele problemen een grotere rol dan in de omgang met terminale patiënten en patiënten waarbij fouten gemaakt zijn. Dit kan een aanwijzing inhouden dat huisartsen zich in de omgang met deze laatst genoemde patiëntgroepen een meer professionele manier van reageren hebben eigen gemaakt.

### *Methoden van onderzoek*

In de voorgaande paragraaf bleek dat niet alle in het onderzoek opgenomen persoonlijkheidskenmerken van huisartsen van invloed zijn geweest op de manier waarop huisartsen met deze vier patiëntgroepen omgaan.

Dit zou samen kunnen hangen met de in dit onderzoek gevolgde procedure:

- de selectie van de patiëntgroepen,
- het gebruik van videofragmenten
- de reactiemeting.
- selectie van de persoonlijkheidskenmerken
- samenstelling van de onderzoeksgroep

De patiëntgroepen zijn gekozen uit een door huisarts-stafleden van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut bijeengebrachte verzameling van recente spreekuurcontacten met patiënten, die voor hen frustrerend waren verlopen. Daarmee staat niet vast dat alle geselecteerde patiënten alle huisartsen van de onderzoeksgroep in dezelfde mate hebben gefrustreerd. Bovendien bestaan er meer patiëntgroepen die de huisarts kunnen frustreren zoals agressieve patiënten of de non-compliance patiënten. Aan de hand van literatuurgegevens en ervaringen met Balintgroepen is een selectie gemaakt van vier moeilijke patiëntgroepen waarmee de huisarts regelmatig te maken heeft. De videofragmenten van de gekozen patiëntgroepen werden door de huisartsen die meewerkten aan dit onderzoek als herkenbaar bestempeld. Mede aan de hand hiervan kan gesteld worden dat de selectie representatief is.

Wat betreft het gebruik van de videofragmenten ten behoeve van de presentatie van de klacht van de patiënt kan het volgende worden gesteld. Bij het meten van het gedrag van huisartsen in reactie op op videofilm vastgelegde klachten van patiënten is er ongetwijfeld sprake van een zekere reductie van datgene wat zich in de spreekkamer tussen huisarts en patiënt afspeelt. De spreekkamersituatie kan zijn

meerwaarde ontleen aan de omstandigheid dat de huisarts zich meer bij de patiënt betrokken voelt door kennis van zijn of haar voorgeschiedenis. Hoewel Rethans (Rethans '87) heeft kunnen aantonen dat het spreekuurgedrag van huisartsen ten opzichte van simulatiepatiënten en echte patiënten niet verschilt bij somatische problematiek, hoeft dit nog niet onverkort op te gaan voor het spreekuurgedrag ten opzichte van moeilijke patiëntengroepen. Videofragmenten en simulatiepatiënten zijn hierbij beide in het nadeel. Het voordeel van videofragmenten hierbij lijkt echter de mogelijkheid te zijn om de reductie te verminderen door het toevoegen van informatie over vroegere contacten met de patiënt of door de duur van de fragmenten aan te passen. Videofragmenten lenen zich uitstekend voor laboratorium-achtig huisartsgeneeskundig onderzoek, waarbij de standaardisatie van deze onderzoeksmethode en eenvoud van dataverzameling een groot voordeel vormen.

Over de wijze waarop in dit onderzoek de reactiemeting is gebeurd kan het volgende worden opgemerkt. De meting van het gedrag van huisartsen in de manier van omgaan met moeilijke patiënten is beperkt tot de eerste, verbale reactie van de dokter op de klacht van de patiënt. Deze keuze is gebaseerd op onderzoek van Byrne en Long (Byrne '76) en Thomassen (Thomassen '86). Hieruit blijkt dat huisartsen een vaste gespreksstijl hebben en dat de beginfase van het consult bepalend is voor wat zich verder in het consult afspeelt. Op grond hiervan kan worden gesteld dat de toon van het consult in de eerst 'slagenwisseling' wordt gezet. Uiteraard sluit deze beperking tot de beginfase van het consult de bestudering van uitspraken van dokter en patiënt later in het consult uit. Aangezien het in dit onderzoek niet om een analyse van het consult als zodanig gaat, maar om na te gaan hoe huisartsen omgaan met deze patiëntengroepen, lijkt deze beperking tot de beginfase geen wezenlijke bedreiging voor de validiteit van de metingen te zijn.

Daarnaast verdient de reactiemeting als zodanig de aandacht. Voor het Rosenzweig-model is gekozen vanuit de gedachte dat de confrontatie met een moeilijke patiënt voor de huisarts een frustrerend element in zich bergt. Het meten van verbale reacties alleen sluit andere reacties uit en kan op die wijze tot meetfouten en vertekening leiden. Dit kan gebeuren als de verbale reactie alléén niet overeenstemt met wat de verbale reactie, aangevuld met een non-verbaal signaal, in de werkelijkheid van de spreekkamer zou hebben teweeggebracht. Een ander voorbeeld daarvan is dat een met de juiste intonatie gestelde vraag naar het ontstaan van de klacht binnen de spreekkamersituatie bij de patiënt kan overkomen als een

empathische reactie, terwijl het scoringsreglement deze reactie categoriseert als anamnestiche vraag.

De methodiek is speciaal ontwikkeld ten behoeve van dit onderzoek en lijkt veelbelovend: met relatief geringe inspanning kan gemeten worden hoe de huisarts omgaat met bepaalde patiëntgroepen en vervolgens kan door toepassing van inhoudsanalyse aan de hand van het ontwikkelde scoringsreglement elke reactie in een zinvolle categorie worden ondergebracht. Deze methodiek is bruikbaar in vele andere situaties. In onderwijssituaties kan vlot en gestandaardiseerd feedback worden gegeven aan cursisten. In onderzoek kan de methodiek bij andere (moeilijke) patiëntgroepen worden toegepast. Ook biedt de methodiek de mogelijkheid om veranderingen - bijvoorbeeld als gevolg van cursussen - te meten.

Ook anderen hebben het consult van de huisarts in maat en getal uitgedrukt. Verhaak (Verhaak '86) liet een aantal scoorders (huisartsen en gedragswetenschappers) het video-consult op zaken als "Doet de arts aan vraagverheldering?" beoordelen. De betrouwbaarheid tussen de scoorders varieert van 0,35 tot 0,89 (gebruikte maten zijn Phi, Cramer's V en Pearson's correlatie; deze maten corrigeren niet voor toevallige overeenstemming). Verhaak beoordeelt dit als "niet hoog", maar vindt dit acceptabel doordat de inhoudelijke relevantie daar aan wint. Bensing (Bensing '91) telt in eerste instantie een aantal moleculaire eenheden als "het aantal onderbrekingen" en "de spreektijd van de dokter", in een later stadium hanteert zij, evenals Verhaak, molaire eenheden, bijvoorbeeld de beoordeling door huisartsen en gedragswetenschappers van dimensies als "affectief gedrag". De betrouwbaarheid, gemeten met Pearson correlaties varieert van 0,17 tot 0,65.

De hier gebruikte methodiek heeft als voordeel dat het een hoge betrouwbaarheid combineert met zinvolle scores op molair niveau. Daarnaast hebben de in dit onderzoek gebruikte scores een betekenis die los staat van een beoordelingsprocedure. Een geoefende leek kan aan de hand van het scoringsreglement met een behoorlijke betrouwbaarheid de reacties categoriseren. Tot slot zijn de categorieën ontleend aan het psycho-analytisch kader waarmee aansluiting op de theorie vergemakkelijkt wordt. De genoemde voordelen zijn natuurlijk voornamelijk van toepassing als het consulten met moeilijke problemen dan wel patiënten betreft.

De persoonlijkheidskenmerken die in dit onderzoek zijn opgenomen zijn de seksuele beheersingsmoraal, de psychoseksuele stimuleerbaarheid, de zelfwaardering en opvattingen over het eigen professionele functioneren. De keuze voor de



seksualiteitsbeleving is gerelateerd aan de selectie van de patiëntgroep: patiënten met seksuele problemen. De keuze voor het meten van de zelfwaardering en het functioneren als huisarts heeft te maken met de vraag hoe huisartsen naar zichzelf kijken in het algemeen en bij het omgaan met de vier moeilijke patiëntgroepen in het bijzonder. Mogelijk had het de voorkeur verdiend om in het kader van dit onderzoek niet de zelfwaardering maar meer patiëntenzorggebonden kenmerken als bijvoorbeeld het omgaan met onmachtservaringen (Duistermaat '89) in de onderzoeksopzet op te nemen.

De samenstelling tenslotte van de onderzoeksgroep, waarin huisarts-opleiders zijn oververtegenwoordigd, doet afbreuk aan de representativiteit ervan voor de Nederlandse huisartsenpopulatie. Dit impliceert dat de uitkomsten van dit onderzoek niet zonder meer generaliseerbaar zijn.

Ondanks deze beperkingen kan worden gesteld dat dit onderzoek aantoont dat bij de vier voor de huisarts frustrerende patiëntgroepen verschillend wordt gereageerd en geattribueerd. Door het in kaart brengen van de reactiestijlen en attributiepatronen ontstaan aanknopingspunten voor vermindering van de frustratie door deze patiëntgroepen. Zo lijkt het toeschrijven van de klacht van de ontevreden patiënt aan zichzelf en de daarmee gepaard gaande reactie waarbij de dokter zich begrip opstelt of een oplossing tracht te vinden een goed zicht te werpen op de achtergronden van de frustratie.

Uitgaande van de overweging dat de voldoening in het dagelijks werk omgekeerd evenredig is met het aantal probleempatiënten van die dag, is verder onderzoek naar de invloed van het huisartsengedrag en -denken op het ontstaan en in stand houden van frustraties aan de dokterszijde (en wellicht de patiënt) buitengewoon zinvol.

## SAMENVATTING

Deze studie beschrijft de invloed van de persoon van de huisarts op het vóórkomen van psychosociale problematiek en van moeilijke patiënten in zijn praktijk.

In hoofdstuk 1 wordt aan de hand van de literatuur uiteengezet hoe de psychosociale problematiek zich in de huisartspraktijk manifesteert, alsmede de wijze waarop huisartsen deze problematiek behandelen. Aan de hand van prevalentiecijfers kan worden gesteld dat bij een op de vier patiënten psychosociale problematiek aanwezig is. Er bestaat een grote interdokter-variatie in het onderkennen van deze problematiek. Rond 42% van de patiënten met psychosociale problematiek worden als zodanig door de huisarts herkend en benoemd. De behandeling van deze problematiek bestaat voornamelijk uit gesprekken, waarin het ondersteunen en bemoedigen centraal staan. Meer systematiek in het behandelplan lijkt de effectiviteit van de behandeling ten goede te kunnen komen.

Daarnaast is in ditzelfde hoofdstuk gezocht naar gegevens in de literatuur over de invloed van de attitude en persoonlijkheidskenmerken van huisartsen op de wijze waarop zij met psychosociale problematiek omgaan. Daaruit is af te leiden dat de bereidheid van huisartsen om open te staan voor de problemen van hun patiënten en naar hen te luisteren afneemt als deze huisartsen teveel in beslag worden genomen door het eigen functioneren, gedragingen van hun patiënten of de interactie tussen dokter en patiënt. Het kan daarbij gaan om kwesties als geen fouten durven maken, graag aardig gevonden willen worden of moeite hebben met het hanteren van boosheid van patiënten.

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van een onderzoek met twee vragenlijsten onder 30 huisartsen getracht om de samenhang tussen de attitude en de behandeling van psychosociale problematiek nader te preciseren. De resultaten laten zien dat in de attitude van huisartsen die aangeven regelmatig seksuele problematiek te bespreken, de geneigdheid bestaat om patiënten te willen veranderen. De huisartsen die regelmatig gezinsproblematiek bespreken, zeggen van zichzelf graag mensen te willen helpen. Overigens gaat bij alle huisartsen de bereidheid om patiënten te helpen samen met behoefte aan waardering door hun patiënten.

Deze gegevens leiden tot de conclusie dat, gelet op de bestaande interdokter-variatie, persoonlijkheidskenmerken samengaan met het vóórkomen van bepaalde

psychosociale problemen in zijn praktijk. Naar analogie hiervan kan vermoed worden dat de persoon van de dokter evenzeer samenhangt met het vóórkomen van moeilijke patiënten in zijn praktijk.

In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van literatuur en ervaringen met Balint-groepsdiscussies gezocht naar patiëntgroepen die of door de inhoud van hun klacht of door de presentatie ervan voor de huisarts moeilijk te hanteren zijn. Daarbij is een selectie gemaakt van vier patiëntgroepen: patiënten met seksuele problemen, ontevreden patiënten, patiënten waarbij fouten gemaakt zijn en terminale kankerpatiënten.

Per patiëntgroep is vervolgens gezocht naar eigenschappen of kenmerken aan de kant van de dokter die zouden kunnen verklaren waarom het gedrag of de attitude van de dokter bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van deze moeilijk te hanteren patiëntgroepen.

In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe de vraagstelling is geoperationaliseerd. Het gedrag van de dokter is binnen dit onderzoek beperkt tot de eerste, verbale reactie van de huisarts in de beginfase van het consult als antwoord op de klacht van de patiënt. Naast deze verbale reacties is ook de wijze van attribueren in de vraagstelling opgenomen, dat wil zeggen de geneigdheid van huisartsen om oorzaken voor problemen bij zichzelf (intern) of bij anderen (extern) te leggen. Onder attitude dient te worden verstaan het geheel aan denkbeelden, opvattingen en gevoelens, waarmee de huisarts gewoon is een probleemsituatie te beoordelen en te hanteren. De vraagstelling is opgedeeld in een drietal deelvragen:

- Hoe reageren en attribueren huisartsen in de omgang met elk van de vier genoemde patiëntgroepen?
- Wat is de attitude van huisartsen ten aanzien van seksualiteit en welke persoonlijkheidskenmerken zijn van invloed op hun beroepsmatig functioneren?
- Wat is de samenhang tussen de patiëntgroepen, de reacties en de attitude of persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen.

De methode van onderzoek wordt beschreven in hoofdstuk 5. Uit een verzameling van recente spreekuurcontacten met moeilijke patiënten zijn 20 voorbeelden geselecteerd aan de hand van de vier geselecteerde patiëntgroepen. Vervolgens werden de beginsituatie ervan nagespeeld en op videofilm vastgelegd. Aldus ontstond een videoband met 20 fragmenten met per fragment de aanvangsfase van

het huisarts-patiëntcontact, waarin de patiënt(e) zijn of haar klacht verwoordt. Na elk fragment bevat de band een pauze van 30 seconden teneinde de huisartsen uit de onderzoeksgroep de gelegenheid te geven om hun reactie op het probleem van de (video)patiënt op te schrijven.

De reacties van de huisartsen zijn vervolgens gemeten met een aan de Rosenzweig-Picture-Frustration-test ontleend meetinstrument. Hierbij worden 12 categorieën onderscheiden waarin de reacties kunnen worden ondergebracht. Met deze indeling kunnen uiteenlopende reacties als uitingen van meeleven, het zoeken van oplossingen, maar ook vermanende reacties worden gescoord. De betrouwbaarheid van deze scoring blijkt goed te zijn ( $Kappa = 0,80$ ).

De attributiemeting is gebeurd aan de hand van de vraag wie de huisartsen verantwoordelijk achten voor het probleem, zichzelf (intern) of anderen (extern); en het al of niet belangrijk vinden van het gepresenteerde probleem. De attributievragen werden na afloop van de videoband per - op papier uitgeschreven fragment - beantwoord.

De meting van de attitude en persoonlijkheidskenmerken is gedaan met de seksualiteits-belevingsschalen 1 en 2 van het NISSO. Schaal 1 meet de seksuele beheersingsmoraal, schaal 2 de psychoseksuele stimuleerbaarheid.

De opvattingen over het beroepsmatig functioneren zijn gemeten met de zelfwaarderingsschaal van de NPV en een verkorte uitgave van de in hoofdstuk 2 gebruikte Balintlijst. De items op deze lijst verwijzen naar de frustratietolerantie van huisartsen en het zich al of niet afhankelijk opstellen in de relatie naar patiënten.

De resultaten in hoofdstuk 6 laten zien dat de huisartsen in antwoord op patiënten met seksuele problemen overwegend oplossingsgericht reageren en extern attribueren, dat wil zeggen zich niet of nauwelijks aangesproken voelen. Qua attitude blijken de huisartsen progressief en blijken zij seksuele stimuli gemakkelijk toe te laten. Dit vertaalt zich dus niet in een spreekuurgedrag, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om het probleem nader toe te lichten.

Huisartsen reageren op ontevreden patiënten overwegend oplossingsgericht en empathisch. Ze attribueren daarbij intern, dat wil zeggen dat ze de oorzaak van het probleem waar deze patiënten mee komen, bij zichzelf zoeken. Op de Balintlijst geven de huisartsen aan gevoelig te zijn voor de waardering van hun patiënten. De wijze van reageren en attribueren roept twijfel op over de vaardigheid van huisart-

sen om ontevredenheid van patiënten als zodanig te onderkennen en te benoemen.

De reacties van de huisartsen op de andere twee patiëntgroepen (patiënten waarbij fouten gemaakt zijn en terminale kankerpatiënten) worden niet of veel minder bepaald door de persoonlijkheidskenmerken van de dokter. De manier van reageren lijkt in de omgang met deze patiënten meer geprofessionaliseerd. De reacties van de huisartsen op de terminale kankerpatiënten worden gedomineerd door uitingen van empathie en meeleven, hetgeen als adequaat kan worden bestempeld.

In de analyse naar de specifieke samenhang tussen de patiëntgroepen, de wijze van reageren en de persoonlijkheidskenmerken blijkt het man of vrouw zijn van de huisarts een discriminerende functie te hebben. Vrouwelijke huisartsen onderscheiden zich van mannelijke huisartsen in hun reacties naar bepaalde patiëntgroepen toe. Zo blijken vrouwelijke huisartsen vaker oplossingsgericht te reageren op patiënten met seksuele problemen.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van de beide studies en de gehanteerde methoden van onderzoek besproken. Met name wordt het voordeel van videofragmenten besproken in het kader van (laboratoriummachtig) huisartsgeneeskundig onderzoek naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken op het handelen van huisartsen in het algemeen en op de behandeling van psychosociale problematiek in het bijzonder.

De slotconclusie is dat het onderzoek aantoont dat de huisarts inderdaad op een karakteristieke manier omgaat met elk van de vier patiëntgroepen. Daarmee wordt de vraag naar de bijdrage van deze omgang aan het ontstaan en in stand houden van deze moeilijke patiëntgroepen en de mogelijkheid om hierin verandering te brengen buitengewoon relevant.

## SUMMARY

This study describes the influence the General Practitioner, as person, has on occurring psychosocial problems and difficult patients in his practice.

Chapter I explains, on basis of literature, how psychosocial problems are manifested in the G.P.'s practice as well as the way in which G.P.'s attend to these problems.

Based on prevalence figures one can state that one out of every four patients has psychosocial problems. A large interdoctor-variation exists in perceiving these problems. Approximately 42% of the patients with psychosocial problems is recognized and appointed as such by the G.P. The treatment of these problems mainly consists of conversations, in which support and encouragement have a central function. It seems that a more systematic treatment-scheme improves the effectivity of the treatment.

Also in the same chapter, literature has been searched for on the influence the attitude and personality-characteristics of G.P.'s have on the way they handle the psychosocial problems. From this one can conclude that the willingness of G.P.'s to be open to the problems of their patients as well as to listen to them, reduces if these G.P.'s are too much occupied with their own functioning, the behaviour of their patients or the inter-action between the doctor and the patient. The main issue might be being afraid to make mistakes, appreciating to be liked by the patient or having difficulties in handling anger of patients.

In chapter 2 on basis of a research through two questionnaires among 30 G.P.'s an effort has been made to precise the connection between attitude and the treatment of psychosocial problems. The results show that the G.P.'s, who mention that they regularly discuss sexual problems, have a tendency in their attitude to want to change their patients. The G.P.'s who regularly discuss family-problems express that they are willing to help people. Apart from that with all G.P.'s the willingness to help patients goes together with the need for respect from their patients.

This information leads to the conclusion that, taking into consideration the existing interdoctor-variation, personality-characteristics go together with occurring certain psychosocial problems in his practice. On the analogy of this one can presume that the G.P., as person, also is very much coherent to occurring difficult patients in his practice.

In chapter 3, on basis of literature and experiences with Balintgroup-discussions,

In chapter 3, on basis of literature and experiences with Balintgroup-discussions, patientgroups are displayed, who, because of the contents of their complaint or their presentation, are difficult to handle for the G.P. A selection has been made of four patientgroups: patients with sexual problems, dissatisfied patients, patients who have suffered mistakes and terminal cancer patients.

Then, per patientgroup, qualities of characteristics on the side of the G.P. are searched for, that could explain why the behaviour or attitude of the G.P. contributes to the origin or the maintenance of these difficult patientgroups.

Chapter 4 describes how the questions have been effected. The behaviour of the G.P. has been restricted within this research to the first, verbal reaction of the G.P., when commencing the consult, as an answer to the complaint of the patient. Next to these verbal reactions, also the way of attributing has been included in this investigation, that is to say, the tendency of G.P.'s to place the cause for problems with themselves (internal) or with others (external). In this context the meaning of attitude is the total of ideas, opinions and feelings, which the G.P. uses to judge and deal with conflictsituations.

The questions have been devided into the following three:

- How do G.P.'s react and attribute in dealing with each of the four mentioned patientgroups?
- What attitude do G.P.'s display towards sexuality and which personality characteristics have influence on their functioning in practice?
- What is the coherence between the patientgroups, the reactions and the attitude or personality-characteristics of the G.P.?

The investigation-method is described in chapter 5. Out of a collection of recent consulting-hours with difficult patients 20 example-conversations have been selected on the basis of the 4 above mentioned patient-groups. Then the opening-situation was played and recorded on video. That is how a videotape was made consisting of 20 fragments with, per fragment, the openings-phase of the doctor-patientcontact in which the patient expresses her/his complaint. After each fragment the tape shows an interval of 30 seconds to give the G.P. from the research-group a chance to write down his reaction to the (video)patient's problem.

After that, the reactions of the G.P.'s have been measured against a measuring-instrument derived from the Rosenzweig-Picture-Frustration-test. 12 Categories are distinguished in which the reactions are placed. On classifying this way, various reactions like sympathy-expressions, looking for solutions, but also warning reactions are scored. The reliability of scoring in this way seems to be good

(Kappa = 0,80).

Measuring the attribution took place on the basis of questioning who the G.P.'s hold responsible for the problem, themselves (internal) or others (external), as well as the importance they give to the presented problem. When the videotape was finished, the attribution questions, written on paper were answered fragment by fragment.

Measuring the attitude and personality-characteristics was done by the sexuality-experience-scales 1 and 2 of the Nisso. Scale 1 measures the sexual-control-morality, scale 2 the psychosexual stimulatory.

The opinions on professional functioning have been measured by the appreciation-scale of the NPV and a short edition of the Balintlist used in chapter 2.

The items on this list refer to the G.P.'s frustration-tolerance and the independent attitude towards patients.

The results in chapter 6 show that G.P.'s react mainly solution-minded towards patients with sexual problems and attribute external, meaning that they hardly or not at all feel responsible. Their attitude the G.P.'s are progressive and easily sexually stimulated. It is clear that this is not shown in such a consulting-behaviour, that the patient is encouraged to illustrate the problem.

G.P.'s mainly react solution-minded and empathic towards dissatisfied patients. They attribute internal, which means they look for the cause of the problem the patient comes with, by themselves. On the Balintlist G.P.'s point out to be sensitive for the respect they get from their patients. The way in which they react and attribute creates doubt on their skill in recognizing and appointing dissatisfied patients.

The reactions of G.P.'s towards the other two patientgroups (patient who have suffered mistakes and terminal cancerpatients) are not or much less determined by personality-characteristics of the G.P. The way of reacting in handling these patients seems more professional. Reactions of G.P.'s towards terminal cancerpatients are dominated by expressions of empathy and sympathy, which can be judged as adequate.

In analysing the specific coherence between the patientgroups, the way of reacting and the personality-characteristics seems that the G.P. being a male or female has a discriminating function. Female G.P.'s differentiate from male G.P.'s in their reactions towards certain patientgroups. Female G.P.'s for instance, often react solution-minded to patients with sexual problems.

In chapter 7 the results of both studies as well as the used research-methods are



discussed. Especially the advantage of video-fragments is reviewed in connection with (laboratory-like) medical research of G.P.'s on the influence of personality-characteristics in the way G.P.'s handle in general as well as the way they treat psychosocial problems in special.

The final conclusion is that this research indicates that the G.P. indeed has a characteristic way of handling in contact with each of the four patient-groups. This makes the question extremely relevant if this handling will contribute to the the origin and to the maintenance of this difficult patientgroup, as well as to the possibility of changing this behaviour.

## EPILOOG

Hierbij wil ik mijn gevoelens van dankbaarheid en erkentelijkheid verwoorden jegens die personen, die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit proefschrift.

Op de eerste plaats richt ik mij tot mijn eerste promotor. Heert, jouw belangstelling voor het werken met Balintgroepen en voor het persoonlijk functioneren van huisartsen vormden de uitgangssituatie voor deze studie. De akker was, om zo te zeggen, al ingezaaid. Je toewijding en betrokkenheid hebben er vervolgens in belangrijke mate toe bijgedragen dat dit onderzoek de tegenslagen onderweg heeft kunnen doorstaan. De voltooiing van deze studie is een bijdrage aan je wetenschappelijke arbeid om de persoon van de dokter in het werken als huisarts te profileren.

Vervolgens richt ik mij tot mijn tweede promotor. Wim, jouw bijdrage aan dit proefschrift valt in twee delen uiteen. Je bent nauw betrokken geweest bij de opzet en uitvoering van het eerste deel van deze studie. Pas halverwege deel twee ben je weer op het toneel verschenen. Dat was ook wel te merken. Je energieke inzet en vakmanschap met betrekking tot de inhoudelijk kanten van deze studie en de wijze waarop dit kon worden bewerkt, hebben een belangrijke versnelling gegeven aan de afronding van dit proefschrift.

Op de derde plaats ben ik veel dank verschuldigd aan de twee personen binnen het huisartseninstituut, waarmee ik de afgelopen jaren in het kader van dit onderzoek zeer nauw heb samengewerkt, Bas Themans en Frits Bareman. Bas en Frits, het heeft veel moeite en hoofdbrekens gekost om de ideeën die we hadden om te zetten in een verantwoorde en hanteerbare onderzoeksopzet. Dat onze goede verstandhouding opgewassen bleek tegen het zware weer onderweg, heb ik zelf ervaren als een van de positieve punten bij het werken aan dit proefschrift. Het karakter van onze samenwerking wordt voor mij het meest treffend uitgebeeld door een parafraze op de openingszin van Nescio in Titaantjes: "onderzoekers waren we, maar aardige onderzoekers". Daarnaast heeft Frits met eindeloos geduld en soms virtuose reddingen erop toegezien dat het tekstverwerken tot een goed einde is gebracht.

Wat de statistische en methodologische kanten van dit onderzoek betreft hebben Hugo van Duivenvoorden en Ferd Knippenberg meegewerkt aan de voltooiing ervan. Hugo, jouw bijdrage aan deze studie valt ook in twee gedeelten uiteen. We hebben nauw samengewerkt aan de voltooiing van het eerste deel. Daarna ben je

pas tegen het einde van deel twee er weer bij betrokken geraakt, en niet zonder ingrijpende consequenties. Je positieve stellingname ten aanzien van huisartsgeneeskundig onderzoek en je niet-dogmatische visie op de plaats van de methodologie daarin hebben een essentiële bijdrage geleverd aan deze studie. Ferd, je hebt de laatste statistische bewerkingen van deze studie uitgevoerd, hetgeen in de eindfase van een dergelijke onderneming een groot inlevingsvermogen vereist. Daarmee heb je een niet te onderschatten bijdrage geleverd aan de afronding van dit proefschrift.

Aan de medewerkers van het huisartseninstituut ben ik in enigerlei vorm dank verschuldigd. Een aparte plaats daarin valt toe aan Emiel van der Does. Emiel, je hebt je als hoofd van het instituut ervoor gezorgd dat ik dit onderzoek kon afronden. Je sympathieke en humoristische benadering van het hele gebeuren hebben voor mij vaak een hartverwarmend effect gehad, geheel in de lijn van 'de dokter als medicijn'.

Ook Henk van Amerongen als coördinator van de beroepsopleiding wil ik hier apart noemen. Henk, ook jou ben ik erkentelijk voor de gelegenheid die je me hebt gegeven om dit onderzoek af te ronden. Daarbij is de correcte manier waarop jij de verschillende belangen binnen het laten draaien van de beroepsopleiding tegen elkaar afweegt, voor mij steeds een rustgevende factor geweest.

Verder ben ik de medewerkers dankbaar die hebben bijgedragen aan het verzamelen van de praktijkvoorbeelden, waaruit de patiëntgroepen zijn geformeerd. Daarnaast bleken velen over grote acteertalenten te beschikken toen het ging om het maken van de video-fragmenten.

Van diegenen die van buiten het instituut aan het onderzoek hebben meegewerkt wil ik op de eerste plaats de huisartsen bedanken die als leden van elk van beide onderzoeksgroepen de gegevens hebben geleverd waarop deze studie is gebouwd. In het verlengde daarvan denk ik met plezier terug aan de huisartsen van de Balintgroep Voorne-Putten, die mij gaandeweg materiaal en ideeën verschaften die ik kon gebruiken bij de uitwerking van dit onderzoek.

Mijn vrouw en kinderen ben ik bijzonder erkentelijk voor de manier waarop zij mij in de afgelopen jaren, zonder veel ophef, mijn gang hebben laten gaan. Daarbij paste het werken aan dit proefschrift voor mij bijzonder goed bij wat jullie deden aan (na-, bij- en om-) scholing. Anita, Francine, Hans, Menno en Clemens, waar er bij de tot standkoming van dit proefschrift sprake is geweest van gezamenlijkheid, daar vindt voor mij dat begrip temidden van jullie zijn (of haar?) kristallisatiepunt.

## LITERATUUR

- Balint M. The doctor, his and the Illness. London: Pitman Medical Publishing Co Ltd., 1964.
- Balint M. Psychotherapy and the general practitioner-I. *BMJ* 1957; 1: 156-58.
- Balint M. Examination by the patiënt. *Excerpta Medica, International congress Series* 1953: 9-14.
- Balint E, Norell I. Six minutes on the Patiënt, interaction in general practice consultation. London: Tavistock Publications, 1973.
- Bancroft J. Human Sexuality and its Problems. Edinbrough: Churcill Livingstone, 1983:198-234.
- Bareman F.P, Nijenhuis E.M, Dokter H.J, Trijsburg R.W, Out J, Braams F.M. The effect of a training on General Practitioners' Initial Reactions to dissatisfied Patiënts. *Medical Education* 1993. (Accepted for publication).
- Bensing J, Verhaak P. Ruimte voor de patiënt. *Ned. Tijdschrift voor de Psychologie*. 1982; 37:19-33.
- Bensing J.M. Doctor-patiënt communication and the quality of care. [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1991.
- Bensing JM, Sluys EM. Psycho-sociale problemen in de eerstelijnszorg. Utrecht NHI 1984. NHI-bijdrage aan de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid.
- Ben-Sira Z. Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behavior. *Social Science and Medicine* 1982; 16: 1013-0.
- Ben-Sira Z. Stress Potential and Esotericity of Health Problems: The Significance of the Physician's Affective Behavior, *Medical Care* 1982; XX: 414-24.
- Beukema-Siebenga H. Ontevredenheid van huisartsen over het patiëntcontact. *HW* 1991; 34(4): 166.8.
- Brouwer W, Dijkhuis J.H. Praten met patiënten. Utecht: Erven I. Bijleveld, 1967.
- Brown HN, Zinberg NE. Difficulties in the integration of psychological and medical practices. *Am J Psychiatry* 1982;139: 1576-80.
- Buis WMNJ. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts. [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- Burnap D.W., Golden J.S. Sexual Problems in Medical Practice. *J.Med. Educ.* 1967; 42:673

- Van Busschbach J, Verhaak PFM. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen. *MGV* 1986; 5: 475-91.
- Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to Patiënts*. London: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Cassata DM, Kirkman-Liff BL. Mental Health Activities of Family Physicians. *The Journal of Family Practice* 1981; 12: 683-92.
- Cohen JA. Coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psych Meas.* 1960; 20: 37-46.
- Conradi MH, Mulder H, Schuling J. Fouten in de huisartspraktijk. *HW* 1988; 31: 222-27.
- Cuisinier MCJ, van Eyk JThM, Jonkers R, Dokter HJ. Psycho-social care and education of the cancer patiënt: strengthening the physician's role. *Patiënt Education and Counseling* 1986; 8: 5-16.
- Dokter H.J, Verhage F. *Balint herzien, Het medisch jaar, 1984*. Utrecht: Bohn, Scheltemea en Holkema, 1984.
- Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Changes in the Attitude of General Practitioners as a Result of Participation in a Balint Group. *Family Practice* 1986; 3: 155-63.
- Dokter HJ, Verhage F. Casusbespreking in een Balintgroep nieuwe stijl. *HW* 1988; 31: 364-65.
- Dokter HJ, Verhage F. *De dokter als medicijn*. Utrecht NHG 1991.
- Duistermaat JH. *Onmacht in het werk van de huisarts*. [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1989.
- Duistermaat JH, Pruyn JFA, Jonkers R. Ervaringen van huisartsen in de communicatie met hun kankerpatiënten. *The Practitioner*. 1984: 1335-42.
- Eastman C, McPherson I. As others see us, General practitioners perception of psychological problems and the relevance of clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology* 1982; 21: 85-92.
- Elstein M., Dennis K.J., Buckingham M.S. Sexual knowledge and attitude of Southampton medical students. *The Lancet*. 1977: 495-6.
- Everaerd W. *Helpen bij sexuele moeilijkheden*. Stichting Teleac, NHI 1979.
- Frenken J, Rodenburg K, van Stolk B. *Huisartsen helpen bij sexuele moeilijkheden*. Deventer: van Loghum Slaterus, 1988
- Frenken J. Sexuele moeilijkheden in Nederland; een overzicht. *M.G.V.*; 42: 3-18

- Freriks J. Fouten maken, omgaan met fouten. H.W. 1981; 24: 20-2.
- Gabbard GO, Over dwangmatigheid bij de doorsnee-arts. JAMA/N 1986; 1: 1-10.
- Garfield C.A. Foundations of Psycho-social Oncology, the terminal phase. Front. Radiat. Ther. Onc; 11: 180-212.
- Geestelijke Volksgezondheid, nota van (anoniem), 1984.
- Giel R, Koeter MJW, v.d. Meer K, Ormel J. De filters in het model van Goldberg en Huxley. Diagnostiek en verwijzing van stoornissen in de 1e lijn. HW 1991; 4: 169-72.
- Glaser BG, Strauss A. The social loss of dying patiënts. American Journal of Nursing 1964: 119-121.
- Goldberg DP, Huxley P. Mental Illness in the Community. London: Tavistock Publications, 1984.
- Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice. British Medical Journal 1970; 2: 439-43.
- Goldberg DP. The Concept of a psychiatric "Case" in General Practice. Social Psychiatry 1982; 17: 61-6.
- Goldberg DP, Steele JJ, Johnson A, Smith C. Ability of Primary Care Physicians to Make Accurate Ratings of Psychiatric Symptoms. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 829-33.
- Grauenkamp F.J. Gedragwetenschappelijk onderzoek: versterking van de eerste lijn. Breda: Stichting Psychosociale Hulpverlening, 1982
- Groen J.J. Voor en tegen de psychosomatiek. Ned.Tijdschr. Geneesk. 1973; 117: 1252-54.
- Grol RPTM. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht:Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- Grol R, Mokkink H, Smits A, van Eyk J, Beek M, Mesker P, Mesker-Niessen J. Beleving huisartsenwerk en zorg voor patiënten. M.C. 1984; 44: 1411-13.
- Groves JE. Taking care of the hateful patiënt. N. Eng. J. Med. 1978; 298: 883-7.
- Harvey J, Weary G. Current issues in Attribution Theory and Research. Ann. Rev. Psychol. 1984; 35: 427-59.
- Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.
- Hörman H, Moog W. Der Rosenzweig P-F test Handanweisung. Göttingen: verlag für Psychologie, 1957.

- Huygen FJA, Hoogen HJM van der, Logt AT van de, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk, I Een epidemiologisch onderzoek. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 1321-76.
- Ives G. Psychological treatment in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979; 29: 343.
- Jol A, Verhaak P.F.M. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca? *HW* 1989; 32: 89-95.
- Klandermans P.G, Visser A.Ph. Interne en externe beheersing en de theorie van het sociale leren. 1983; 38: 1-6.
- Kocken J.A. Psychische morbiditeit in een huisartsenpraktijk. [Dissertatie]. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen, 1987.
- Krakowski AJ. Stress and Practice of Medicine, III Physicians compared with Lawyers. *Psychoter. Psychosom.* 1984; 42: 143-52.
- Kuiper PC. *Verborgene betekenissen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *HW*. 1982; 25(I) 333-42 ; 25(II) 376-88.
- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- Van Lidth de Jeude AH. *De huisarts in de maalstroom der emoties*. Leiden: Stenfert Kroese, 1971.
- Van Lunsen H.W. *Wie is er bang voor het gynaecologische onderzoek?* [Dissertatie]. Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 1986.
- Maes S. *In gesprek met de patiënt*. Nijmegen: Dekker en Van De Vegt, 1983.
- Van der Meer K, Smith RIA. Patiënten met chronisch klaaggedrag in de huisartsenpraktijk. *HW* 1992; 35: 13-16.
- Meyboom W.A. Een onderzoek naar (on)tevredenheid over de zorg van de huisarts. *Medisch Contact*. 1988; 20: 629-31.
- Mudd J., Siegel R. Sexuality: The experiences and anxieties of medical students. *The New England Journal of Medicine* 1969; vol 281 nr 25: 1397-1403.
- Norman GR, Tugwell P, Feightner JW. A comparison of resident performance on real and simulated patiënts. *Journal of Medical Education*. 1982; 57: 709-15.
- Nylenna M. A survey of cancer patiënts in general Practice. *Family Practice*. 1986; 3: 168-73.
- Orleans CT, George LK, Houpt JL, Brodie HK. How Primary Care Physicians

- Treat Psychiatric Disorders: A National Survey of Family Practitioners. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 52-7.
- Ormel J, Giel R. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschrift voor psychiatrie* 1983; 25: 688-710.
- Pauly I.B, Goldstein S.G. Prevalence of Significant Sexual Problems in Medical Practice. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 1970; 4: 48-63
- Rauchfleisch U. *Handbuch zum Rosenzweig Picture Frustration test*. Bern: Hans Huber, 1979.
- Rethans JJE, van Boven CPA. Simulated patiënts in general practice: a different look at the consultation. *B.M.J.* 1987; 294: 809-12.
- Rosser JE, Maquire P. Dilemmas in general Practice: the care of the cancer patiënt. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 315-22.
- Rotter J.B, Seeman M, Liverant S. Internal versus external control of reinforcements: a major variable in behavior therapy. *Decisions, Values and Groups*. 1962; 2: 473-516.
- Rosenzweig S. Aggressive Behavior and the Rosenzweig Picture Frustration Study. *Journal of Clinical Psychology*. 1976; 32: 885-91.
- Schade E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. *H W*. 1984; 27: 246-8.
- Schmitz MBG, Wind AW. Evaluatie van het persoonlijk functioneren: supervisie of toetsing? *HW* 1987; 30: 149-51.
- Schouten J.A.M. Anamnese en advies. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.
- Schwenk Th, Physician and patiënt determinants of difficult physician-patiëntrelationships. *The Journal of Family Practice* 1989; 28.1: 59-63.
- Seligman M, Schulman P. Explanatory Stile as a Predictor of Productivity and Quitting among Life Insurance Sales Agents. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50: 832-8.
- Stelling J, Bucher R. Vocabulaires of realism in professional-socialization. *Social Science Med* 1973; 7: 661-75.
- Taylor S.E. Adjustment to Threatening Events. A theory of Cognitive Adaption. *American Psychologist*. 1983: 1161-73.
- Thomassen J. Consultanalyse. [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam, 1986.
- Trijsburg RW, Dokter HJ, van Beusekom JAH. Behandeling door gesprekken in de



- huisartspraktijk. Alphen a/d Rijn: Bohn, Scheltema en Holkema, 1992.
- Vaillant GE, Corbin Sobowale NC, McArthur. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *The New England journal of medicine* 1972; 24: 372-5.
- Verhaak PFM. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1986.
- Visser RSH. Documentatie van test en testresearch. Nijmegen: van Mamerem, 1982.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton, 1967.
- Weyel J. *Medische psychologie*. Lochem: De Tijdstroom, 1969.
- Van Der Wouden J.C. Analyse Balintlijst. Intern rapport Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, 1988.
- Wortman C.B. Causal Attributions and Personal Control, in Harvey J H, Ickes W.J, Kidd R.F. (eds), *New directions in attribution research*, vol 1, Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1976.

Bijlage I

VRAGENLIJST (A) OVER VOORKOMEN EN BEHANDELING VAN PSYCHO-SOCIALE PROBLEMATIEK

Achtergrondinformatie betreffende de huisarts:

1. Leeftijd.
2. Jaar van afstuderen
3. Universiteit waaraan gestudeerd.
4. Jaar van vestiging als huisarts.
5. Werkzaam in een groepspraktijk?
6. Geloofsovertuiging?
7. Welke nascholingscursussen in de laatste 5 jaar gevolgd?

Vragenlijst 1a:

Welke soorten psycho-sociale problematiek komt U regelmatig tegen in gesprekken met patiënten?

- |                                      |     |   |
|--------------------------------------|-----|---|
| 1. angstgevoelens                    | 16. | problemen gekoppeld aan ziekte, handicaps of zwangerschap |
| 2. depressieve gevoelens             |     |   |
| 3. groot aantal vage klachten        | 17. | problemen gekoppeld aan zorg voor langdurig zieken        |
| 4. overspannenheid                   |     |   |
| 5. slaapproblemen                    | 18. | gezinsproblematiek  |
| 6. crisissituaties                   | 19. | opvoedingsproblematiek                                    |
| 7. zelfmoord of pogingen daartoe     | 20. | problemen rond scheiding.                                 |
| 8. overmatig gebruik van alcohol     | 21. | seksuele problemen, inclusief homo-seksualiteit           |
| 9. overmatig roken van tabak         |     |   |
| 10. overmatig gebruik van medicijnen | 22. | ontplooiingsproblematiek                                  |
| 11. drugsgebruik                     | 23. | werkproblemen   |
| 12. financiële problemen             | 24. | eenzaamheid   |
| 13. huisvestingsproblemen.           | 25. | overgewicht   |
| 14. stervensbegeleiding              | 26. | levensfaseproblematiek, inclusief menopauze.              |
| 15. rouwproces                       |     |   |

Vragenlijst 1b:

Welk doel hebt u voor ogen als u patiënten voorstelt om over psycho-sociale problemen te gaan praten?

1. probleemverheldering
2. advies geven
3. uitleg geven
4. patiënten laten spuien
5. steun geven
6. vaardigheden aanleren
7. directieve therapie.

Vragenlijst 1c:

Welke gesprekstechnieken gebruikt U bij voorkeur?

- |                        |     |                      |
|------------------------|-----|----------------------|
| 1. luisteren           | 6.  | duiden               |
| 2. doorvragen          | 7.  | opdrachten geven     |
| 3. reflectie           | 8.  | bemoedigen, troosten |
| 4. emoties laten uiten | 9.  | confrontatie         |
| 5. bevestiging         | 10. | herlabelen           |

Bijlage II

BALINT-VRAGENLIJST (B)

1. Ik heb de neiging om verantwoordelijkheden die bij de patiënt horen, op me te nemen.	ja!	ja	nee	nee!
2. Ik heb de neiging mijzelf als voorbeeld te stellen hoe je als individu moet functioneren	ja!	ja	nee	nee!
3. Ik laat mij door mijn gevoelens leiden	ja!	ja	nee	nee!
4. Ik kan maar moeilijk afstand nemen van patiënten met slepende problemen	ja!	ja	nee	nee!
5. Ik heb de neiging om me met zaken te bemoeien die mij in wezen (op dat ogenblik) niet aangaan	ja!	ja	nee	nee!
6. Ik ga over het algemeen snel tot handelen over	ja!	ja	nee	nee!
7. Ik erger me nogal eens aan het gedrag van specialisten	ja!	ja	nee	nee!
8. Ik heb nogal eens de behoefte de patiënt te willen veranderen	ja!	ja	nee	nee!
9. Ik heb er duidelijk moeite mee om, als de patiënt een andere huisarts zoekt c.q. dreigt te zoeken, dat te accepteren	ja!	ja	nee	nee!
10. Ik betwijfel nogal eens of mijn handelen wel goed is	ja!	ja	nee	nee!
11. Ik heb moeite met mondige patiënten	ja!	ja	nee	nee!
12. Ik geef graag adviezen	ja!	ja	nee	nee!
13. Eigenlijk ben ik bang dat ik fouten maak	ja!	ja	nee	nee!
14. Mijn vermogen tot empathie laat eigenlijk te wensen over	ja!	ja	nee	nee!
15. Ik laat mij nogal eens inpalmen	ja!	ja	nee	nee!
16. Ik voel mij nogal gemanipuleerd	ja!	ja	nee	nee!
17. Ik vervul graag de vaderrol	ja!	ja	nee	nee!
18. Ik vind het vervelend om door de patiënt te worden afgewezen	ja!	ja	nee	nee!
19. Ik heb er duidelijk moeite mee als mijn adviezen niet worden opgevolgd	ja!	ja	nee	nee!
		ja	nee	nee!

20. Ik wil maar al te graag horen dat ik een "goeie dokter" ben	ja!	ja	nee	nee!
21. Ik ben gevoelig voor blijken van waardering	ja!	ja	nee	nee!
22. Ik heb er moeite mee om mijn gevoelens van boosheid adequaat te hanteren	ja!	ja	nee	nee!
23. Ik heb er moeite mee om gevoelens van boosheid van de patiënt adequaat te hanteren	ja!	ja	nee	nee!
24. Ik ben erg ingenomen met mijn handelen	ja!	ja	nee	nee!
25. Ik heb de neiging om te rivaliseren		ja	nee	nee!
a. met mijn patiënten		ja	nee	nee!
b. met specialisten	ja!	ja	nee	nee!
26. Ik voel me nogal eens gekrenkt	ja!	ja	nee	nee!
27. Reeds bij de geringste aanwijzing verwijs ik mijn patiënten	ja!	ja	nee	nee!
28. Ik vind het moeilijk te accepteren als ik de patiënt niet echt kan helpen	ja!	ja	nee	nee!
29. Als de therapie mislukt, ligt het hoofdzakelijk aan de patiënt	ja!	ja	nee	nee!
30. Ik kan mijn twijfels slecht verdragen	ja!	ja	nee	nee!
31. Eigenlijk wil ik zo graag aardig gevonden worden	ja!	ja	nee	nee!
32. Bij tijd en wijlen heb ik fantasieën dat ik alles kan	ja!	ja	nee	nee!
33. Ik durf nauwelijks eisen aan de patiënt te stellen	ja!	ja	nee	nee!
34. Veelal kan ik geen "nee" zeggen	ja!	ja	nee	nee!
35. Ik heb er moeite mee om met mezelf te worden geconfronteerd	ja!	ja	nee	nee!
36. Ik kan maar slecht verdragen om afhankelijk van anderen te moeten zijn.	ja!	ja	nee	nee!
37. Voor mij is het moeilijk te accepteren dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor de oplossing c.q. leniging van zijn problemen	ja!	ja	nee	nee!
38. Eigenlijk kan ik maar weinig angst verdragen	ja!	ja	nee	nee!
39. Ik heb de neiging om mijn gevoelens weg te stoppen	ja!	ja	nee	nee!
40. Eigenlijk is mijn frustratietolerantie maar matig	ja!	ja	nee	nee!

41. Achteraf heb ik nogal eens het gevoel dat ik het anders had moeten doen	ja!	ja	nee	nee!
42. Mijn functioneren als huisarts heeft niets te maken met de (gezins)situatie waarin ik opgegroeid ben	ja!	ja	nee	nee!
43. Mijn contacten met sommige patiënten lopen vast	ja!	ja	nee	nee!
44. Af en toe ga ik gebukt onder schuldgevoelens	ja!	ja	nee	nee!
45. Problemen tussen patiënten en mij moeten overwegend op rekening van de patiënten worden geschreven	ja!	ja	nee	nee!
46. Als ik ervan overtuigd ben dat bepaalde systemen vastgelopen zijn, zal ik alles doen om hierin verandering te brengen	ja!	ja	nee	nee!
47. Ik heb er duidelijk moeite mee om te accepteren dat vastgelopen systemen in stand blijven	ja!	ja	nee	nee!
48. Eigenlijk mis ik het vermogen om écht te luisteren naar de patiënt	ja!			

## Bijlage III

### INHOUD VIGNETTEN

#### *Patiënten met seksuele problematiek:*

1. Vrouw van 40 jaar. Kijkt verdrietig.

"Sinds mijn borst is afgezet raakt mijn man mij niet meer aan en hij wil er niets over horen".

2. Patiënt: "Ja dokter, twee jaar geleden hebt u mij naar een psycholoog verwezen omdat ik potentiële klachten had, maar dat heeft niet zoveel geholpen. Nu las ik laatst in een krantartikel dat er ook onderhand medicijnen voor gevonden zijn. Die zou ik nou van u willen hebben".

3. Jonge vrouw.

"Mijn man is laatst bij u geweest voor uitslag in de liezen. Heeft u met hem ook gepraat over onze seksuele problemen?"

4. Dokter: "Vertel het eens".

Patiënt: Het gaat eigenlijk om mijn zoon van 16 jaar. Hij kwam gisteren een beetje overstuur thuis en mijn vrouw zag dat er wat met hem was. En toen vertelde die haar dan dat hij een soort intieme relatie had met een man van 43. En nou zou ik eigenlijk wel een verwijskaart willen hebben voor hem voor de psychiater.

5. "Ja dokter. Ik heb nog steeds last van die afscheiding. En nu gaat het vrijen ook pijn doen".

6. Vrouw van middelbare leeftijd.

Arts: "Hoe gaat het thuis?"

Patiënt: "Nou erg gezellig is het de laatste tijd ook niet meer sinds mijn man impotent is door de suiker."

7. Jonge vrouw.

"Ik wil graag mijn borsten laten vergroten. Ik ben verschillende malen bij mijn vorige huisarts geweest, maar die vond het niet nodig".

#### *Ontevreden patiënten*

1. Man die elke maand op het spreekuur komt (moet komen) i.v.m. tensiecontrole.

Arts: "Nou, je bloeddruk is nog steeds prima".

Patiënt: "Maar ja, die pijn in mijn arm, die blijft".

2. Vrouw met reumatische klachten, komt op spreekuur.

Arts: "Hoe is het gegaan?"

Patiënt: "Nou, die medicijnen die u laatst voorgeschreven heeft, die helpen niet, en ze kosten me wel steeds een hoop geld".

3. Arts: "Zo, mijnheer Van Gelden, ik heb u 3 weken geleden die andere medicijnen gegeven voor de ziekte van Parkinson. Hoe is dat gegaan?"

Patiënt: "Ik geloof niet dat we er veel mee winnen. Ik ben bang toch dat ik langzamerhand in een rolstoel terecht kom".

4. Dokter (telefoon): "Met Jansen".

Patiënt: "Met de Bruin. Mijn dochter is op vakantie en eh, ja mijn vrouw heeft een halve strip gevonden en nou zou ik wel eens willen weten of u onze dochter de pil heeft voorgeschreven, want wij weten van niets".

5. Man met chronische rugklachten.

Arts: "Kom zitten".

Patiënt: "Dag dokter".

Arts: "Nou, dat gaat moeizaam".

Patiënt: "Ja dokter, nou, ik tob nou al zo'n tijd, ik heb echt de hoop opgegeven dat ik ooit nog van die rugpijn afkom. Dat blijf ik houden".

#### *Patiënten waarbij fouten gemaakt zijn*

1. Man van 60 jaar wordt na een opname voor een acuut hartinfarct ontslagen zonder afspraak voor poliklinische controle.

Arts: "Zo, mijnheer Jansen, weer terug uit het ziekenhuis zie ik?"

Patiënt: "Ja dokter, ik dacht, ik kom maar eens even langs. Ik ben gisteren ontslagen, maar ik heb geen dokter meer gezien en ik weet eigenlijk niet goed wat ik doen moet. Hadden ze geen controle-afspraak moeten maken?"

2. Patiënt: "Weet u wat mij nou niet bevalt? Dat is dat ik iedere maand een uur moet reizen naar Dijkzigt, alleen om mijn plasje te brengen".

3. Vrouw van ongeveer 35 jaar.

Vroeger ben ik onder behandeling geweest van een psychiater, maar daar ben ik weggegaan want hij had het meer over seks dan over mijn hyperventilatieklachten".

4. Arts: "Ja mevrouw, toch zal die huidaandoening die u hebt wel wat te maken hebben met de gewrichts-klachten, die u al langer heeft".

Patiënt: "Waarom heeft mijn eigen huisarts daar nooit iets over verteld?"

#### *Terminale patiënten*

1. Kankerpatiënt, nog 3 maanden te leven.

Arts: "Ik ben ontzettend geschrokken van uw zelfmoordpoging van vorige week".

Patiënt: "Nou, de volgende keer moeten ze me maar laten liggen".

2. Arts: "Zo, u bent weer terug uit het ziekenhuis. Vertel eens, hoe is het allemaal verlopen?"

"Ja, eigenlijk niet zo best dokter, want ze hebben me geopereerd zoals u weet en toen hebben ze de inwendige organen bekeken en de lever gevoeld en toen hebben ze me weer gauw dichtgemaakt, dus ik denk dat het een foute boel is".

3. Arts: "U bent gisteren bij de longarts geweest".

Patiënt: "Ja dokter, en die heeft gezegd dat ik op lange termijn maar geen plannen meer moet maken".

4. Arts: (telefoon).

Patiënt: "Met De Groot".

Arts: "Ha, mijnheer De Groot, met Jansen hier".

Patiënt: "Dag dokter".

Arts: "Ik was gisteren in het ziekenhuis, maar daar was u net ontslagen. Dus ik bel maar even hoe het is afgelopen met de darmoperatie en hoe u zich voelt".

Patiënt: "Ach dokter, ja ja ... ik ben thuis, ik heb, dat weet u waarschijnlijk wel, ik heb een zakje gekregen voor de ontlasting en ik heb ook nog een zakje gekregen voor de urine. En dat is voor mij één zakje teveel".

Bijlage IV

VERTAALSLAG VAN DE ROSENZWEIG PF-TEST NAAR DE SPREEKKAMERSITUATIE

	PF-test	Videofragmenten
	Voorbeeld van een plaatje:	Voorbeeld van fragment:
	Een man heeft een bekende met de auto naar de trein gebracht en verontschuldigd zich er nu voor dat de bekende door autopech de trein heeft gemist.	Dokter: "Zo meneer van Gelder, ik heb u drie weken geleden andere medicijnen gegeven voor de ziekte van Parkinson. Hoe is dat gegaan?". Patiënt: "Ik geloof niet dat we er veel mee winnen. Ik ben bang dat ik langzamerhand in een rolstoel terecht kom"
Categorie	Antwoord bekende:	Antwoord dokter:
1	Geen antwoord	Geen antwoord
2	Geen antwoord	Geen antwoord
3	"Daar koop ik niks voor"	"Voorlopig nog lang niet"
4	Geen antwoord	"Dat weet ik niet"
5	"U kunt er ook niks aan doen"	Geen antwoord
6	"Ik ga gelijk een ander vervoermiddel zoeken"	"Moeten we misschien andere medicatie geven"
7	"Kun je me naar het volgende station brengen?"	"Waarom denkt u dat?"
8	"Dan ga ik toch met de volgende trein"	"We moeten de tijd nemen om het effect van de medicijnen te kunnen beoordelen"
9	"Eigenlijk is het niet zo erg. Ik moet toch naar m'n schoonmoeder"	"In een rolstoel?"
10	"Verdorie. Daar gaat-ie. Dat is vervelend!"	"Wat jammer dat het niet werkt"
11	" Ach, met de volgende trein ben ik nog vroeg genoeg."	" U maakt nog niet de indruk dat het zover is".
12	Bestaat niet bij PF-test	"Vertel een verder. Wat hebt U gemerkt?"



## Bijlage V

### SCORINGSREGELS VOOR DE PF-VIGNETTEN

#### Algemeen:

- > Wanneer er twijfel is tussen twee categorieën, wordt de eerst mogelijke categorie de score. Deze regel gaat niet op wanneer bij de categorie zelf reeds een twijfelbehandeling staat vermeld.
- > De eerste score staat los van een eventuele tweede score en omgekeerd.

#### Korte omschrijving van elke categorie

##### Categorie 1

- > Het functioneren van de dokter wordt expliciet aan de orde gesteld (geeft niet in welke context; het gaat erom of de dokter het goed of slecht doet). De dokter betuigt geen spijt (= > I).
- > De dokter is wellicht de oorzaak, maar ontkent expliciet verantwoordelijk te zijn.

##### Categorie 2

- > De dokter geeft aan dat hij de oorzaak van het probleem is en bovendien verantwoordelijk.
- > Het spijt hem/haar dat hij (of iets/iemand anders uit de medische stand) zo gehandeld heeft.

##### Categorie 3

- > De dokter weigert (in)direct te doen wat de patiënt expliciet vraagt.
- > De dokter spreekt de patiënt tegen. De dokter heeft een visie op het probleem die afwijkt van die van de patiënt (confrontatie).
- > De dokter verwijt/vermaant de patiënt iets. Waarschuwing van de dokter aan het adres van de patiënt. De patiënt heeft iets nagelaten; De patiënt moet zich zo niet voelen; De patiënt moest beter weten; Dat kan wel zijn, maar ...; etc.
- > De dokter stelt een vraag in de ontkennende vorm, waarbij de patiënt het onderwerp is: heeft u niet; bent u niet; kunt u niet; voelt u niet.
- > Bij twijfel tussen E en E' => E.

##### Categorie 4

- > De dokter geeft aan, dat hij het probleem veroorzaakt, maar daar door een andere factor toe genoodzaakt is (hij hoeft deze factor niet te noemen). Hij kan niet; Hij mag niet; Hij weet niet; etc.
- > Een instantie of persoon buiten de patiënt en de dokter om wordt genoemd als oorzaak.

##### Categorie 5

- > De oorzaak van het probleem wordt genoemd en tegelijkertijd verkleind.
- > Expliciet wordt de patiënt vrijgesproken van schuld.

##### Categorie 6

- > De dokter gaat iets doen of stelt iets voor als behandelingsmogelijkheid. Dat kan heel vaag zijn ("Laten we eens kijken"). De dokter hoeft zichzelf niet te noemen ("Zouden jullie een afspraak willen maken?")
- > De dokter noemt een ander in de rol van verwijzer.
- > i gaat boven e

##### Categorie 7

- > Een ander (andere instantie) wordt genoemd ("samen" etc. is ook een ander, tenzij daar de dokter en de patiënt mee bedoeld wordt).

#### Drie uitzonderingen:

- 1) de ander heeft een verwijzfunctie of wordt in het kader van behandeling genoemd (= > I);
- 2) de ander wordt als oorzaak van het probleem genoemd
- 3) er is sprake van I' of M'

- > De mening van de patiënt wordt expliciet gevraagd: vindt u, denkt u, volgens u, uw idee, wilt u, kunt u, meent u, ziet u, bedoelt u (deze rij is uitputtend, tenzij uiterst duidelijk is, dat het hier wel een mening moet betreffen).  
N.B.: een vraag naar het gedrag van de patiënt kan geen vraag naar mening zijn ("Wat was de reden van uw poging" = > Q)  
Uitzonderingen:
  - 1) er is sprake van verbazing van de dokter ("Meent u dat nou?" = > I') of verkleining probleem (= > M').
  - 2) vraag naar gevoelsleven = > E'(4) niet altijd.
- > De dokter speelt de vraag expliciet terug en/of vraagt de patiënt een beslissing te nemen. De dokter vraagt wat de patiënt van plan is te doen (nu of in de toekomst).
- > Als er sprake is van een vermaning = > E.

#### Categorie 8

- > De tijd zorgt ervoor dat het probleem zal verdwijnen.

#### Categorie 9

- > De dokter laat duidelijk merken dat hij verbaasd is. De dokter trekt het bestaan van het probleem in twijfel. Bijv.: Meent u dat?; Is dat wel/echt zo? Deze regel gaat boven de e-regels. Het gebruiken van de vraagvorm alleen is niet voldoende om I' te scoren.
- > De patiënt wordt vrijwel letterlijk herhaald. In de herhaling mogen de patiënt zijn woorden niet ontkennend gebruikt worden. Wel mogen logische synoniemen gebruikt worden. (invalide = rolstoel, foute boel = / kanker, mijn man = / niemand). Ook mogen vraagwoorden en toevoegingen gebruikt worden uit de volgende uitputtende reeks: u zegt, hoezo, u hebt het over ..., hè. Die mag dus zeker niet in de uitputtende reeks van e(2) staan = > e. Wanneer het vervangende woord een ander kleur aan het geheel geeft = > E'.
- > Bij twijfel tussen I' en E = > E.

#### Categorie 10

- > Het probleem voorstellen als minder groot. "Dat is altijd zo". "Dat soort dingen gebeuren". Het verwijft wat hiervan uitgaat betreft in eerste instantie het probleem en wordt niet rechtstreeks tegen de patiënt geuit (= > E).

#### Categorie 11

- > Uiting van empathie ten aanzien van het gevoel van de patiënt of ten aanzien van zijn probleem. Deze uiting is al dan niet nadrukkelijk op de patiënt gericht. Ook samenvattingen die niet ergens anders zijn onder te brengen vallen hieronder.
- > Als de dokter naar een gevoel vraagt, een gevoel aangeeft of verwoordt (hoe subtiel ook) dat de patiënt nog niet genoemd had.
- > Uiting van gevoel door de dokter.
- > De dokter betuigt zijn instemming met de mening/gedachte van de patiënt.
- > De grens tussen empathie (= > E') en de vraag naar de mening van de patiënt (= > e(2)) is soms moeilijk te trekken. In zo'n geval dient naar de eerste letterlijke tekst gekeken te worden. Dus: bedoelt u (e) vindt u (e) denkt u (e) meent u (e) voelt u (E') ik begrijp (E') u vindt dat er met uw gevoel geen rekening wordt gehouden (e). De uitputtende reeks staat bij e(2).
- > Bij twijfel tussen terugspelvraag (die moet een beslissing voorleggen en expliciet zijn of om plan vragen) of empathie = > e.
- > Het functioneren van de dokter is altijd I, maar dan moet de dokter zichzelf expliciet noemen worden.

#### Categorie 12

- > De dokter stelt een anamnestiche vraag. Er wordt neutraal om informatie gevraagd. Er wordt om verheldering/uitleg gevraagd. Er wordt naar betekenis in het algemeen gevraagd ("Hoe voelt dat?"/"Wat betekent dat voor u?").
  - Er wordt geen (specifiek) gevoel aangegeven of verwoord ( $= > E'$ ).
  - Er wordt niet herhaald wat al gezegd werd ( $= > I'$  of  $E'$ ).
  - Geen vraag naar gedachten/mening of terugspiegelvraag (Dat wil zeggen dat de uitdrukking deel uit maakt van de uitputtende reeks onder  $e(2) = > e.$ )
- > Q is in principe (dus niet altijd; zie boven) een rest-categorie en wordt gescoord als andere mogelijkheden niet kunnen.

#### NIET SCOORBAAR

- > Uitroepen en antwoorden van de dokter, tenzij heel duidelijk is wat ze betekenen (wel scorebaar: "vervelend"; niet scorebaar: "godverdomme").
- > Mededeling van de dokter over iets wat gebeurd is, of wat de dokter gedaan heeft (N.B.: niet over het ziekte-verloop).
- > Mening van de dokter over een onderwerp.  
Uitzonderingen:
  - 1) mening over de patiënt  $= > E, E'$  of  $e.$
  - 2) mening als instemming of als ontkenning/tegenspraak van die van de patiënt resp  $= > E'$  en  $= > E.$
  - 3) mening over zichzelf  $= > I$
  - 4) de dokter geeft een subtiel gekleurd commentaar ("Dat klinkt dreigend") (Waar bent u op afgeknappt?)  $= > E'$

Bijlage VI

VORBEELD VAN DE ATTRIBUTIEVRAGEN PER VIGNET

2. Man die elke maand op het spreekuur komt (moet komen) i.v.m. tensiecontrole.

Arts: "Nou, je bloeddruk is nog steeds prima".

Patiënt: "Maar ja, die pijn in mijn arm, die blijft".

1. Wat is volgens U de belangrijkste oorzaak van deze klacht?

---

---

2. Acht u zichzelf verantwoordelijk voor de oorzaak van deze klacht of ligt het aan andere personen of omstandigheden?

ligt helemaal  
aan mijzelf

1 2 3 4 5 6 7

ligt helemaal  
aan andere personen omstandigheden

3. Als in de toekomst een dergelijke klacht zich herhaalt, heeft dat dan dezelfde oorzaak?

waarschijnlijk dat  
dezelfde oorzaak  
zich herhaalt

1 2 3 4 5 6 7

onwaarschijnlijk dat  
dezelfde oorzaak zich  
herhaalt

4. Kan de genoemde oorzaak van de klacht zich ook voordoen op andere gebieden van de praktijkvoering?

doet zich alleen voor  
op dit speciale gebied

1 2 3 4 5 6 7

doet zich op alle  
gebieden voor

5. Hoe belangrijk vindt u dit voorval voor uzelf als huisarts?

uitzonderlijk  
belangrijk

1 2 3 4 5 6 7

in het geheel  
niet belangrijk

Bijlage VII

SEKSUALITEITSBELEVINGSSCHALEN (SBS)

SBS-1

Desgewenst kan in de met een \* gemerkte vragen het woord vrouw vervangen worden door man (of meisje door jongen en zij door hij).

S.v.p. één hokje per vraag invullen.

1. Door seksuele omgang vóór het huwelijk te hebben, loop je op de dingen vooruit en dat neemt veel moois van het huwelijk weg.  
 volkomen mee eens  
 in grote lijnen mee eens  
 neutraal  
 eigenlijk niet mee eens  
 helemaal niet mee eens
  
2. Ik vind het goed dat kinderen tot 10 jaar aan het strand naakt lopen.  
 volkomen mee eens  
 in grote lijnen mee eens  
 neutraal  
 eigenlijk niet mee eens  
 helemaal niet mee eens
  
3. Het is belangrijker voor gehuwden dat het huishouden goed reilt en zeilt dan dat je seksueel goed bij elkaar past.  
 volkomen mee eens  
 in grote lijnen mee eens  
 neutraal  
 eigenlijk niet mee eens  
 helemaal niet mee eens
  
4. Als je van elkaar houdt, is gemeenschap voor het huwelijk heel vanzelfsprekend.  
 volkomen mee eens  
 in grote lijnen mee eens  
 neutraal  
 eigenlijk niet mee eens  
 helemaal niet mee eens
  
5. Als men de geslachtsgemeenschap helemaal losmaakt van het kinderen krijgen, zou het spoedig alleen maar egoïsme worden.  
 volkomen mee eens  
 in grote lijnen mee eens  
 neutraal  
 eigenlijk niet mee eens  
 helemaal niet mee eens

6. Als jongeren te véél over seksualiteit wordt verteld, zullen ze gemakkelijker te ver gaan in het experimenteren ermee.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
7. Het is een normale, goede zaak als verloofden seksuele omgang hebben.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
8. Ouders moeten seksuele spelletjes van jonge kinderen verbieden.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
- \*9. Van een vrouw die al veel seksuele ervaringen heeft gehad zou ik nooit kunnen houden.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
10. Vóór het huwelijk ben je aan elkaar verplicht om jezelf te beheersen.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
11. In het huwelijk is het belangrijker dat een man een behoorlijk inkomen heeft dan dat hij seksueel bij zijn vrouw past.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
12. Ouders moeten hun kinderen voorhouden dat het beter is zich te beheersen en niet aan zelfbevrediging te doen.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens

13. Als jonge mensen voor hun huwelijk seksuele omgang met elkaar hebben, dan hebben ze geen respect voor elkaar.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
14. Het is goed voor kinderen tot 10 jaar om hun ouders maakt te zien.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
15. Als een jongen echt van een meisje houdt dan moet hij zich in seksueel opzicht weten te beheersen.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
16. Al te veel experimenteren met de geslachtsgemeenschap houdt het gevaar in dat het respect voor elkaar verloren gaat.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
17. Mensen behoren zich tijdens het orgasme (klaarkomen) te beheersen en niet te kreunen, zuchten enz.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
- \* 18. Mijn eerste geslachtsgemeenschap was met een meisje ...
- dat ik toen heel oppervlakkig kende
  - dat ik toen een beetje kende
  - dat ik toen goed kende
  - met wie ik toen getrouwd was
  - met wie ik toen getrouwd was
19. Ik heb voor mijn huwelijk seksuele omgang gehad.
- zeer vaak
  - vaak
  - af en toe
  - zelden
  - absoluut nooit

- \*20. Met hoeveel vrouwen hebt u vóór uw huwelijk geslachtsgemeenschap gehad?
- geen
  - alleen met mijn latere echtgenote
  - 1 of 2 anderen
  - 3 tot 5 anderen
  - 6 of meer anderen
21. Een t.v.-programma waar een naakte man of vrouw vertoond wordt zou verboden moeten worden, ook al wordt dit programma laat op de avond uitgezonden.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens

SBS-2

22. Het lezen van uitvoerige beschrijvingen van seksuele contacten in romans ....
- vind ik erg fijn
  - vind ik tamelijk fijn
  - staat me een beetje tegen
  - staat me erg tegen
- \*23. Ik zou gemakkelijk seksueel opgewonden kunnen worden door een vrouw van wie ik weet dat zij veel seksuele ervaring heeft gehad.
- volkomen mee eens
  - in grote lijnen mee eens
  - neutraal
  - eigenlijk niet mee eens
  - helemaal niet mee eens
24. Naar een t.v.-show met veel bloot kijken ...
- vind ik erg fijn
  - vind ik tamelijk fijn
  - staat me een beetje tegen
  - staat me erg tegen
25. Het fantaseren over seksuele dingen komt bij mij ...
- zeer vaak voor
  - vaak voor
  - af en toe voor
  - zelden voor
  - absoluut nooit voor
26. Seksueel prikkelende foto's en plaatjes zien ...
- vind ik erg fijn
  - vind ik tamelijk fijn
  - staat me een beetje tegen
  - staat me erg tegen



- \*27. Het flirten met aardige vrouwen ...
- vind ik erg fijn
  - vind ik tamelijk fijn
  - staat me een beetje tegen
  - staat me erg tegen
28. Bladert u wel eens een roman door om alvast de meest erotische passages te vinden?
- zeer vaak
  - vaak
  - af en toe
  - zelden
  - absoluut nooit
- \*29. Vindt u het fijn om in de ogen van vrouwen op te vallen?
- erg fijn
  - tamelijk fijn
  - niet zo fijn
  - niet fijn
30. Over seksuele dingen fantaseren ...
- vind ik erg fijn
  - vind ik tamelijk fijn
  - staat me een beetje tegen
  - staat me erg tegen
31. Als in een bioscoopfilm de volledige geslachtsgemeenschap getoond zou worden ...
- zou ik dat heel fijn vinden om te zien
  - zou ik dat tamelijk fijn vinden om te zien
  - zou me dat een beetje tegen staan
  - zou me dat erg tegen staan
32. Ik kan het onder bepaalde omstandigheden lange tijd zonder seksuele bevrediging stellen (zowel geslachtsgemeenschap als zelfbevrediging).
- dat vind ik zeer moeilijk
  - dat vind ik tamelijk moeilijk
  - dat vind ik niet zo moeilijk
  - dat vind ik helemaal niet moeilijk
- \*33. Let u wel eens op straat op of onder de voorbijgangers aantrekkelijke vrouwen zijn?
- zeer vaak
  - vaak
  - af en toe
  - zelden
  - absoluut nooit
34. Wordt u seksueel opgewonden door seksuele passages in een romantische film?
- zeer sterk opgewonden
  - sterk opgewonden
  - tamelijk opgewonden
  - nauwelijks opgewonden
  - niet opgewonden

35. Wordt u seksueel opgewonden als u seksuele passages in een roman leest?
- zeer sterk opgewonden
  - sterk opgewonden
  - tamelijk opgewonden
  - nauwelijks opgewonden
  - niet opgewonden
- \*36. Sommige mannen hebben vaak bepaalde fantasieën tijdens de geslachtsgemeenschap, anderen niet. Hoe vaak denkt u tijdens de geslachtsgemeenschap aan andere vrouwen dan uw vrouw?
- zeer vaak
  - vaak
  - af en toe
  - zelden
  - absoluut nooit

Bijlage VIII

ZELFWAARDERINGSSCHAAL VAN DE NEDERLANDSE PERSOONLIJKHEIDSVRAGENLIJST  
(NPV)

INSTRUCTIE

Er zijn drie antwoorden mogelijk, namelijk:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. Als u vindt dat de zin meestal van toepassing is,<br>dan zet u een kringetje om "juist", dus:                          | juist ? onjuist |
| 2. Als u vindt dat de zin meestal niet van toepassing<br>is, zet dan een kringetje om "onjuist", dus:                     | juist ? onjuist |
| 3. Alleen als u een zin beslist niet met "juist" of<br>"onjuist" kunt beantwoorden, zet dan een kringetje<br>om "?", dus: | juist ? onjuist |
| 1. Wanneer mensen veel van mij eisen blijf ik meestal<br>rustig.  | juist ? onjuist |
| 2. Ik kan lang achter elkaar doorwerken.  | juist ? onjuist |
| 3. Ik kan goed met andere mensen omgaan.  | juist ? onjuist |
| 4. Ik voel me meestal opgewekt  | juist ? onjuist |
| 5. Er komt veel werk uit mijn handen.   | juist ? onjuist |
| 6. Ik houd van actie.   | juist ? onjuist |
| 7. Ik kan mijn gewoonten gemakkelijk veranderen.  | juist ? onjuist |
| 8. Tot nu toe is me bijna alles gelukt wat ik wilde.  | juist ? onjuist |
| 9. Veranderingen in het weer hebben weinig invloed op<br>mij.   | juist ? onjuist |
| 10. Wanneer ik mijn leven nog eens over zou moeten doen,<br>zou ik het net zo doen.                                       | juist ? onjuist |
| 11. Ik kan in korte tijd veel werk doen.  | juist ? onjuist |
| 12. Als ik op reis zal gaan, voel ik me ontspannen.   | juist ? onjuist |
| 13. Ik werk graag snel.   | juist ? onjuist |
| 14. Ik heb voor veel dingen belangstelling.   | juist ? onjuist |
| 15. Ik kan goed tegen een grapje.   | juist ? onjuist |
| 16. Als ik iets wil bereiken, zet ik meestal door.  | juist ? onjuist |
| 17. Ik ben meestal ergens mee bezig.  | juist ? onjuist |
| 18. Ik doe mijn werk meestal met plezier.   | juist ? onjuist |
| 19. Ik kan mijn problemen zelf wel aan.   | juist ? onjuist |

Bijlage IX

VERKORTE BALINTLUST

Ja            Nee

1. Ik voel me snel gemanipuleerd.
2. Ik kan het slecht accepteren dat patiënten aangeven naar een andere huisarts te willen gaan.
3. Ik ben bang fouten te maken.
4. Ik laat me nogal eens inpalmen.
5. Ik vind het vervelend door patiënten te worden afgewezen.
6. Ik wil graag horen dat ik een goeie dokter ben.
7. Ik heb moeite mijn boosheid goed te hanteren.
8. Ik heb moeite de boosheid van mijn patiënten adequaat te hanteren.
9. Het is moeilijk mijzelf te corrigeren.
10. Ik wil graag aardig gevonden worden.
11. Ik kan moeilijk neen zeggen.
12. Ik vind het moeilijk om met mezelf te worden geconfronteerd.
13. Ik kan weinig angst verdragen.
14. Mijn frustratietolerantie is gering.
15. Ik voel me gauw gekrenkt.

## BIJLAGE X

### OVERZICHTSTABEL VAN DE PERCENTAGE REACTIES OP DE VIGNETTEN

Vignet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	N
<b>PATIËNTEN MET SEKSUELE PROBLEMATIEK</b>													
Borst afgezet	0	0	1.9	0	0	12.0	37.0	0	1.9	39.8	1.9	5.6	108
Medicijnen impotentie	0	0.9	17.6	8.3	0.9	8.3	17.6	0	0.9	9.3	0	36.1	108
Met man gepraat over seks?	2.0	0	15.8	9.9	0	1.0	37.6	0	6.9	4.0	0	22.8	101
Verwijskaart homoseksuele zoon	0	0	10.8	2.0	2.0	3.9	38.2	0	8.8	15.7	2.9	15.7	102
Vrijen nu ook pijn	0	0	15.2	0	0	9.8	34.8	0	5.4	31.3	0	3.6	112
Ongezellig sinds man impotent	0	0	1.9	0	1.9	2.8	32.4	0	13.0	25.0	0.9	22.2	108
Borsten laten vergroten	0	0	2.8	4.7	0	16.0	46.2	0	1.9	12.3	0	16.0	106
<b>ONTEVREDEN PATIËNTEN</b>													
Pijn arm blijft	1.0	0	20.8	1.3	0	11.9	19.8	0	5.0	7.9	0	32.7	101
Medicijnen helpen niet: wel betalen	4.7	0.9	7.5	0	0	19.8	9.4	0	8.5	41.5	0.9	6.6	106
Kom in rolstoel terecht	0	0	15.0	1.9	0	3.7	15.0	0.9	3.7	49.5	4.7	5.6	107
Wij weten van niets!	0	0	10.8	1.0	2.0	12.7	18.6	0	4.9	41.2	3.9	4.9	102
Houd rugklachten	0.9	0	0.9	0	0	18.3	10.1	0	6.4	47.7	1.8	13.8	109
<b>PATIËNTEN WAARBIJ FOUT IS GEMAAKT</b>													
Ontslagen zonder afspraak	0	0	10.4	12.3	0.9	9.4	7.5	3.8	3.8	34.9	0.9	16.0	106
Elke maand plasje brengen	0	0	5.7	1.9	0	21.9	7.6	0	2.9	50.5	0	9.5	105
Seks in plaats van hyperventilatie	1.8	5.5	28.4	39.4	0	1.8	9.2	0	0.9	12.8	0	0	109
Eigen huisarts nooit gezegd	0.9	0.9	1.8	58.4	23.9	1.8	5.3	0	0.9	0.9	2.7	2.7	113
<b>TERMINALE KANKERPATIËNTEN</b>													
Volgende keer laten liggen	0	0	15.0	0	0	5.0	22.0	0	16.0	34.0	0	6.0	100
Foute boel	0	0.9	2.8	2.8	0	21.3	3.7	0	3.7	61.1	0	3.7	108
Geen plannen maken	0	0	0.9	8.0	0	0.9	23.2	0	6.3	50.9	0.9	8.9	112
Eén zakje teveel	0	0	2.8	11.1	0	14.8	25.9	0.9	4.6	36.1	0	3.7	108

## OVERZICHTSTABEL ATTRIBUTIEPATRONEN

Inhoud vignette	Inter-extern	Onbelangrijk- belangrijk
1: Tensiecontrole: alles ok. Patiënt: maar de pijn in mijn arm, die blijft	-	+
2: Vrouw haar borst is afgezet. Haar man wil haar niet meer aanraken.		
3: Man met hartinfarct uit ziekenhuis ontslagen zonder controle-afspraken	+	
4: Impotente man is bij psycholoog geweest. Wil nu medicijn uit krant.		
5: De medicijnen voor de reuma helpen niet. Patiënt: en ik moet er wel steeds voor betalen.	-	
6: Vrouw: mijn man was hier voor uitslag in de liezen. Heeft hij ook over onze seksuele problemen gepraat?		
7: Waarom moet ik elke keer naar Dijkzigt om daar alleen maar mijn plasje te brengen?		-
8: Patiënt: die psychiater praatte meer over seks dan over mijn hyperventilatie		
9: De medicijnen voor de ziekte van Parkinson helpen niet. Patiënt is bang in rolstoel te belanden	-	
10: Patiënt: heeft u onze dochter de pil voorgeschreven?; wij weten van niks		-
11: Patiënt: volgens mij kom ik nooit meer van die rugpijn af.		
12: Patiënt: mijn zoon heeft een intieme relatie met een man van 43. Ik wil een verwijskaart voor de psychiater	++	
13: Patiënt: volgende keer moeten ze me maar laten liggen		+
14: Patiënt heeft nog steeds last van afscheiding na diverse behandelingen. Nu ook last bij vrijen.	-	
15: Patiënt: ik heb na de operatie twee zakjes gekregen, een voor urine en een voor ontlasting. Dat is er een teveel.		
16: Patiënt: gezellig is het niet meer sinds mijn man impotent is door de suiker		
17: Patiënt: ik wil graag mijn borsten laten vergroten	+	-
18: Patiënt: de longarts heeft gezegd dat ik op lange termijn maar geen plannen meer moet maken		+
19: Patiënt: de operatie was zo afgelopen. Ik denk dat het foute boel is		+
20. Dokter: uw huidaanvoering heeft met gewrichtsklachten te maken. Patiënt: mijn eigen huisarts heeft dat nooit gezegd		

## Bijlage XII

## FREQUENTIES, GEMIDDELDEN EN STANDAARDDEVIATIES VAN DE ITEMS VAN DE SBS-1 EN SBS-2

SBS-1								
Item	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Cat 4	Cat 5	Gemiddeld	Standaard Afwijking	Aantal huisartsen
1	4	5	7	17	86	1.52	1.02	119
2	58	22	31	6	2	1.92	1.05	119
3	0	2	20	52	45	1.82	0.77	119
4	77	25	6	7	4	1.62	1.05	119
5	0	0	3	20	96	1.22	0.47	119
6	0	3	9	33	72	1.51	0.75	117
7	84	21	7	3	4	1.50	0.96	119
8	0	6	13	46	54	1.76	0.84	119
9	0	5	19	30	64	1.70	0.89	118
10	2	12	7	19	79	1.65	1.08	119
11	1	0	4	24	90	1.30	0.62	119
12	0	1	3	20	95	1.24	0.54	119
13	0	1	2	15	101	1.18	0.49	119
14	54	29	27	5	4	1.96	1.08	119
15	3	20	19	37	37	2.27	1.16	116
16	0	12	9	36	62	1.76	0.97	119
17	0	0	7	14	98	1.24	0.55	119
18	10	24	65	6	13	2.90	1.02	118
19	29	40	26	11	11	2.44	1.23	117
20	14	39	33	20	13	3.18	1.18	119
21	0	4	6	19	90	1.36	0.73	119

## SBS-2

Item	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Cat 4	Cat 5	Gemiddeld	Standaard Afwijking	Aantal huisartsen
22	22	65	28	2	0	2.09	.70	117
23	10	30	52	18	9	2.88	1.02	119
24	16	60	33	5	0	2.24	.74	114
25	13	43	58	5	0	2.46	.75	119
26	17	68	29	4	0	2.17	.71	118
27	14	74	26	4	0	2.17	.67	118
28	3	10	37	42	27	3.67	1.00	119
29	14	89	13	3	0	2.04	.57	119
30	21	86	12	0	0	1.92	.52	119
31	13	59	39	6	0	2.32	.74	117
32	24	58	34	3	0	2.13	.76	119
33	12	45	49	10	2	2.53	.85	118
34	4	21	68	25	1	2.98	.75	119
35	3	22	60	31	3	3.08	.80	119
36	2	7	49	46	13	3.52	.84	117



Bijlage XIII

FREQUENTIES, GEMIDDELDEN EN STANDAARDDEVIATIES VAN DE ITEMS VAN DE ZELWAARDE-  
RINGSSCHAAL VAN DE NPV

Item	Juist	?	Onjuist	Gemiddeld	Standaard Afwijking	Aantal huisartsen
1	83	6	30	1.45	.87	119
2	91	8	20	1.60	.76	119
3	97	15	6	1.77	.53	118
4	82	20	16	1.56	.72	118
5	90	23	6	1.71	.56	119
6	86	21	12	1.62	.66	119
7	22	33	64	0.65	.78	119
8	58	25	35	1.19	.87	118
9	79	12	28	1.43	.85	119
10	55	36	28	1.23	.81	119
11	95	6	18	1.65	.73	119
12	88	12	19	1.58	.75	119
13	56	18	45	1.09	.92	119
14	112	4	3	1.92	.36	119
15	91	18	10	1.68	.62	119
16	101	14	4	1.82	.47	119
17	100	8	11	1.75	.61	119
18	106	11	2	1.87	.38	119
19	74	29	16	1.49	.72	119

FREQUENTIEVERDELING VAN DE ZW-SCHAAL OVER DE NEDERLANDSE NORM

Indeling volgens norm	Frequentie	Percentage
Zeer laag	3	2.5
Laag	11	9.5
Beneden gemiddeld	6	5.2
Gemiddeld	55	47.4
Boven gemiddeld	8	6.9
Hoog	25	21.6
Zeer hoog	8	6.9
Totaal	116	100

## Bijlage XIV

## FREQUENTIES, GEMIDDELDEN EN STANDAARDDEVIATIES VAN DE ITEMS VAN DE BALINT-LIJST

Item	Aantal 'Ja'	% 'Ja'	Gemiddeld	Standaard Afwijking	Aantal huisartsen
1	25	21	1.79	.41	119
2	76	64	1.36	.48	118
3	58	49	1.51	.50	118
4	58	49	1.50	.50	117
5	103	87	1.13	.34	119
6	85	71	1.27	.44	116
7	48	40	1.59	.49	118
8	40	34	1.66	.48	118
9	30	25	1.75	.44	118
10	100	84	1.15	.36	118
11	70	59	1.41	.49	119
12	44	37	1.63	.49	118
13	17	14	1.85	.35	117
14	16	13	1.86	.34	118
15	25	21	1.79	.41	118

Bijlage XV

Tabel: Overzicht van de variabelen waarbij meervoudige regressie-analyse (\*) resp. logistische regressie-analyse (-) werd toegepast, onderscheiden naar categorie "moeilijke" patiënten.

communicatiestijl	categorieën "moeilijke" patiënten.			
	S	O	F	T
E	*	*	*	*
I	-	-	-	-
M	*	-	-	-
OD	*	*	*	*
ED	*	-	*	-
NP	*	*	*	-

S: patiënten met sexuele problemen; O: ontevreden patiënten;  
F: patiënten bij wie fouten gemaakt zijn; T: terminale kankerpatiënten.

\*: meervoudige regressie-analyse toegepast.

-: logistische regressie-analyse toegepast.

## Curriculum vitae

De auteur van dit proefschrift werd op 12 november 1940 geboren in Rotterdam, alwaar hij in 1959 het gymnasiumdiploma behaalde.

Vervolgens koos hij voor de studie geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Na het behalen van het doctoraalexamen in 1964 keerde hij naar Rotterdam terug om bij het Klinisch Hoger Onderwijs de studie in 1967 met het artsexamen af te ronden.

Na de dienstitijd bij de Koninklijke Marine en enige intra- en extramurale assistentschappen vestigde hij zich in 1970 als huisarts in Rotterdam-Ommoord. Aldaar droeg hij bij aan de totstandkoming en de uitbouw van het wijkgezondheidscentrum. In 1980 verliet hij het gezondheidscentrum en verhuisde naar een duo-praktijk elders in de wijk.

Vanaf 1975 is hij betrokken bij de beroepsopleiding tot huisarts in het kader van een part-time staffunctie bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit.

Naast onderwijs en onderzoek is hij sinds 1988 actief in het begeleiden van Balintgroepen voor gevestigde huisartsen en arts-assistenten in opleiding tot huisarts.





