

Nascholing van huisartsen

*resultaten van het werk in studiegroepen
medische psychologie*

R. A. de Boer

Boom Meppel

U7.M
B 67₂

© R. A. de Boer 1973

Niets in deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher

Verzorging omslag Leendert Stofbergen, Amsterdam

Druk Taconis bv, Wolvega

isbn 90 6009 090 x

Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Leiden
1973

I

Het geven van anticiperende begeleiding voor een probleem- of stress-situatie dient, zowel op grond van praktische ervaringen als van theoretische overwegingen, te geschieden bij het begin van, of zo kort mogelijk voor, het optreden van de verwachte situatie.

II

Het is aannemelijk dat tussen sociale status en conformisme een curvilineair verband bestaat, met een sterkere neiging tot conformeren bij diegenen die qua sociale status een middenpositie innemen.

III

Bij de afsluiting van een korte psychotherapie is het raadzaam, ter bestendiging van het bereikte resultaat een gedeelte van de positieve overdrachtsgevoelens intact te laten.

IV

Bij het onderwijs in de geneeskunde wordt te weinig aandacht besteed aan fysiotherapie en revalidatie.

V

De arts die er prijs op stelt, in meer dan de helft der gevallen zijn adviezen voor de behandeling van een ziek kind volledig uitgevoerd te zien, dient aandacht te besteden aan zijn houding tegenover de moeder; voorts dient hij ervoor te zorgen dat zijn voorschriften zo eenvoudig mogelijk en zo gering mogelijk in aantal zijn.

VI

Naast carcinogene koolwaterstoffen verdienen sporen van metalische verbindingen, in het bijzonder die van beryllium, meer aandacht dan er tot dusver aan is besteed.

Inhoud

1	Inleiding	7
2	Literatuurbeschouwing	15
3	Het onderzoekplan	34
	Attitude-onderzoek	38
	Rollenspel-studie	41
4	Attitude-onderzoek	47
	Methode van onderzoek	48
	Operationalisering van de hypothesen	58
	Statistische bewerking	60
	Resultaten	62
	Bespreking van de resultaten	75
5	Het rollenspel-project: voorbereiding	77
	Samenstelling van de proefgroep	77
	Verzameling van het basismateriaal	79
	Beoordeling van het materiaal	89
6	Het rollenspel-project: resultaten	98
	Het Interaction proces analysis-systeem	98
	<i>Bewerking</i>	101
	<i>Resultaten</i>	103
	De Speech disturbance ratio	106
	<i>Bewerking</i>	108
	<i>Resultaten</i>	109
	Het Strupp-systeem	111

Het evaluatieve systeem	112
<i>Statistische bewerking en resultaten</i>	113
<i>Conclusies</i>	118
Kwalitatieve analyse	119
Het vragenformulier	149
Opsporing van het sleutelgegeven	157
7 Slotbeschouwing	159
8 Samenvatting	170
Summary	176
Literatuur	182
Bijlagen	187

1

Inleiding

De jaren na de tweede wereldoorlog hebben in Nederland en elders de opkomst te zien gegeven van een nieuw soort nascholing van artsen, en wel in de eerste plaats van huisartsen.

Deze nascholing heeft betrekking op het gebied dat wel met de term 'medische psychologie' wordt aangeduid; hij vindt plaats in periodieke bijeenkomsten van voor dit doel gevormde werkgroepen. Een uitvoerige beschrijving van ontstaan en werkwijze van deze 'Studiegroepen medische psychologie' is voor ons land gegeven door Veldhuyzen van Zanten (1966). In het nu volgende zal getracht worden een aantal kenmerken van deze groepen te releveren.

De aandacht van vele huisartsen werd na 1945, meer nog dan vroeger, getrokken door de rol die psychische en sociale problematiek speelden in het leven en de ontstaanswijze van de klachten van hun patienten. Schattingen van het aantal klachten in de algemene praktijk die op psychische problemen zijn terug te voeren lopen weliswaar uiteen, maar getallen van 30 pct en meer zijn regel. Hun opleiding had, zo meenden vele artsen, hen onvoldoende toegerust voor de diagnostiek en therapie bij dit soort patienten. Het was dan ook niet verwonderlijk dat een behoefte ging ontstaan aan hulp in enigerlei vorm van dat specialisme binnen de geneeskunde, dat zich met dit soort patienten bezighield, te weten de psychiatrie. Zo werd in 1946 op initiatief van K. J. van Deen een studiegroep gevormd, overwegend bestaande uit huisartsen, waaraan ook werd deelgenomen door de toenmalige hoogleraar in de psychiatrie te Groningen, professor Van der Scheer. In de daaropvolgende jaren hebben nog enkele groepen

kortere of langere tijd bestaan.

In december 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht 'ter behartiging en bevordering van de maatschappelijke belangen in de ruimste zin van huisartsen'. Van meet af aan werkte deze vereniging sterk stimulerend op alle door huisartsen ontplooiden initiatieven ter verbreding en verdieping van inzicht in de problemen van de algemene praktijk.

Het in 1957 verschenen boek van Balint 'The doctor, the patient and the illness' was onder deze omstandigheden 'just what the doctor ordered'. Balint wees erop dat de huisarts zeer vaak klachten moest behandelen, die voor een belangrijk deel terug te voeren waren op psychische problematiek. De huisarts was hiertoe niet opgeleid. Bij de specialisten, inclusief de psychiaters, vond hij voor deze patienten al evenmin een onderdak. Hij zou dus nu zelf zijn weg moeten gaan zoeken, zij het misschien niet alleen.

Voor dit doel richtten Balint en zijn medewerkers groepjes op van circa acht tot tien huisartsen en een of twee psychiaters. De groepen kwamen eens per week bijeen gedurende twee à drie jaar of ook wel langer. Tijdens deze zittingen legden de huisartsen aan de groep gevallen voor, die zij in hun praktijk waren tegengekomen. In gezamenlijk overleg werd dan gezocht naar de werkelijke oorzaak van de klachten van de patient, maar ook naar wat er zich allemaal afspeelde tussen arts en patient, het hoe en waarom van de invloed die beide partijen in deze relatie op elkaar uitoefenden. Verrijkt met deze inzichten kon de arts de behandeling van de patient voortzetten — als hij het wilde en zoals hij dat wilde: hij behield de volledige verantwoordelijkheid voor de patient en een volledige vrijheid bij het bepalen van zijn koers. De psychiater, zo stelde het boek, was bij dit overleg geen leermeester, maar één van de leden van de groep, met een door zijn scholing aparte bijdrage.

Het soort patienten waar het om ging, en de omstandigheden waaronder de huisarts met hen moest werken, waren nog zo weinig onderzocht, dat gesproken mocht worden van een onontgonnen veld dat in de eerste plaats door de huisartsen zelf moest worden opengelegd. Al doende zouden zij een bij de algemene praktijk en hun eigen persoonlijkheid passende aanpak kunnen ont-

wikkelen. Vandaar de typering van het werk van deze groepen als 'research-cum-training'. Balint beloofde de huisarts geen therapeutisch succes bij al zijn patienten. Maar wel kon men lezen hoe een aantal huisartsen, gesteund door de groep, interessante psychotherapieën tot een goed einde bracht. Bovendien werd duidelijk dat het zich diepergaand bezighouden met deze patienten weliswaar in het begin meer tijd kostte dan het uitschrijven van een recept, maar op de lange duur aan de drukbezette arts tijdwinst opleverde. Immers, het opsporen en tot een oplossing brengen door de dokter van het werkelijke probleem van de patient maakte een voor beide partijen gelukkig einde aan een lange reeks spreekuurbezoeken met steeds wisselende — of dezelfde — klachten.

Het boek sloeg in Nederland bij huisartsen direct aan, terwijl het over het algemeen door de psychiaters meer met onverschilligheid en scepticisme werd ontvangen. Rümke's betiteling van Balint als 'der keerlen God' geeft dit verschil in waardering weer. Het zijn dan ook in de eerste plaats de huisartsen geweest, die in de daaropvolgende jaren een groot aantal 'studiegroepen medische psychologie' hebben opgericht, en contact zochten en vonden met psychiaters die als zgn. psychiater-adviseur aan deze groepen wilden deelnemen. De op verschillende plaatsen ontwikkelde initiatieven werden gestimuleerd en in zekere mate gebundeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarin een Subcommissie Medische Psychologie uit de Commissie Nascholing zich speciaal hiermee ging bezighouden. Voor de psychiaters werd een analoog kader geschapen door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie in de vorm van de Commissie Medische Psychologie. Hoe deze beweging zich uitbreidde, welke huisartsen en psychiaters daarbij een belangrijke rol speelden, wat het aandeel van de aan dit onderwerp gewijde Boerhaavecursussen was, dit alles is door Veldhuyzen van Zanten duidelijk geboekstaafd. Hier moge worden volstaan met een aantal gegevens over de stand van zaken in het laatste jaar (1965) van de door hem beschreven periode. De situatie toen was het uitgangspunt van ons onderzoek, dat kort daarna aanving.

Eind 1965 waren 33 groepen actief; zestien waren eerder reeds na een korter of langer bestaan, opgeheven. (Daarbij zijn buiten beschouwing gelaten de paar groepen uit de 'prehistorie', dus de tijd vóór 1957).

Tabel 1

Studiegroepen medische psychologie 1957—1965 (naar gegevens van Veldhuyzen van Zanten)

	1957	1959	1961	1963	1965
functionerende groepen	3	11	22	34	33
aantal deelnemers	26	95	191	295	278
opgeheven groepen			3	6	16

De gegevens over deze 49 groepen zijn niet compleet: het aantal huisartsen, die lid waren of waren geweest, werd geschat op circa 466. De levensduur van de groepen varieerde sterk: twee groepen waren na één jaar opgeheven, één groep bestond al acht jaar. Het gemiddelde aantal deelnemers per groep was 8,7; 44 groepen hadden een psychiater als adviseur, bij de overige werd deze functie vervuld door een psycholoog, een internist of een psychiatrisch sociaal werkster; enige groepen werkten ook een tijd zonder adviseur. Een aantal groepen telde ook andere dan huisartsen onder hun leden: bedrijfsartsen, internisten enz. De frequentie van de bijeenkomsten liep uiteen van wekelijks tot éénmaal per vier à vijf weken; de duur van één à anderhalf uur tot twee à drie uur. Het meest gebruikelijke was een bijeenkomst van twee uur, éénmaal per veertien dagen.

Enkele studiegroepen werden opgericht door organisaties, zoals de Artsen Cursus Commissie te Rotterdam, de staf van de Psychiatrische Inrichting St. Willibrordus en het Instituut voor Medische Psychotherapie te Utrecht; het merendeel echter ontstond op initiatief van één of meer huisartsen. Had zich eenmaal een groep huisartsen gevormd, dan werd gezocht naar een adviseur, doorgaans een psychiater. De groep maakte dan met de adviseur uit, welke aanpak men tijdens de bijeenkomsten zou volgen. Deze ontstaanswijze en het feit dat de psychiaters onderling qua oplei-

ding en werkkring grote verschillen vertoonden, zorgden voor een bonte variëteit in werkwijzen van de diverse groepen. Bovendien veranderden meermalen in de loop der jaren de onderwerpen van gesprek en/of de manier waarop zij behandeld werden. In navolging van Veldhuyzen van Zanten kan men een benaderende indeling in vier groepstypes maken.

Type 1, het 'biografische-anamnese type', vertegenwoordigd door één groep, besprak patienten aan de hand van een uitvoerige biografische anamnese en later ook beschrijving en interpretatie van de eerste indrukken van de patient. De diagnostiek en behandeling werden aan de hand van deze gegevens belicht. Later werd hieraan toegevoegd periodieke instructie over onderwerpen als persoonlijkheidsontwikkeling, psychosomatiek etc. Geleidelijk aan werden ook het groepsgebeuren en de arts-patient relatie in de besprekingen betrokken.

Type 2, de counseling- en gespreksanalyse-groepen, ging uit van een scholing in gespreksanalyse en non-directieve gesprekstechniek met behulp van bandopnamen van gesprekken; het geleerde werd dan in de praktijk toegepast en de hieruit voortvloeiende gesprekken met patienten weer in de groep besproken. Een voorbeeld hiervan vormt een der groepen die hun medewerking verleenden aan de later te beschrijven rollenspelstudie, welke deel uitmaakte van dit evaluatie-onderzoek. De bedoelde groep had een van te voren vastgestelde levensduur van drie jaar. Het eerste jaar werd besteed aan gespreksanalyse en -techniek met behulp van bandopnamen van rolgesprekken, waarin arts en patient door de groepsleden werden gespeeld. Het tweede jaar was gewijd aan een analyse van bandopnamen van gesprekken van de artsen met hun patienten, het derde jaar werden ook klinisch-psychiatrische onderwerpen besproken. Hier moet direct aan worden toegevoegd dat de andere twee tot dit type behorende groepen niet volgens dit schema werkten.

Type 3, het Balinttype, werkt zoals de naam aangeeft volgens het door Balint aangegeven schema. Als men van diverse modificaties afziet, komt dit in theorie neer op het volgende.

De zitting wordt geopend met de vraag, wie een geval heeft. Eén van de artsen begint dan te spreken over een patient, niet aan de

hand van notities, maar geleid door wat hem op dat moment te binnen schiet. Na dit exposé ontstaat een groepsdiscussie, waarin de andere groepsleden, onder wie ook de adviseur, verdere bijzonderheden vragen over de patient, en over de gevoelens van de arts t.o.v. de patient. Eén en ander zou leiden tot het uitkristalliseren van een beeld van de levenssituatie van de patient en de psychodynamiek van zijn klachten, de gevoelens die hij bij de arts wekt en omgekeerd, en de wijze waarop de arts-patient-relatie is gestructureerd en het diagnostisch-therapeutisch proces belemmert of bevordert.

De bespreking van de gevoelens van de arts — tot een bepaalde grens — houdt voor hem een stuk zelfontdekking in met een daarmee gepaard gaande persoonlijkheidsverandering, een 'considerable, though limited, change of personality', die hem in staat stelt scherper te zien wat zich in zijn patienten afspeelt, en zichzelf als therapeutisch instrument beter te hanteren. De psychiater-adviseur moet waken tegen het ontstaan van een leraar-leerling verhouding tussen hem en de huisartsen. Toch heeft hij een belangrijk aandeel in de bespreking. Op grond van zijn opleiding kan hij bepaalde samenhangen onderkennen op gebieden als de psychodynamiek van klachten, de arts-patient-relatie, en ook het groepsproces (Balint, 1966, 1969). Wat dit laatste betreft is een aantal adviseurs in Nederland de mening toegedaan dat of de huisarts, of de groep de rol van de patient gaat vervullen, zodat een bespreking van het groepsgebeuren opheldering zou kunnen geven over de patient en zijn gedragingen (Thiel, 1964). In tegenstelling tot de Engelse opvatting acht men het hier te lande nuttig als de adviseur, indien het geval daartoe aanleiding geeft, op bescheiden schaal ook theoretische of vaktechnische instructies geeft (Spanjaard, 1966).

In hoeverre de praktijk aan de geschetste theorie beantwoordt is de vraag. De psychiater — en de overige groepsleden — staan voor een meervoudige taak. Er zal een beeld gevormd moeten worden van wat zich in de patient afspeelt. Dit is soms al moeilijk genoeg; verder komt men zeker niet altijd en naar ik vermoed bij sommige groepen zelfs zelden. Daarnaast hoort ook de arts-patient-relatie ter sprake te komen. Aan de ene kant is het risico aanwezig dat

men om de gevoelens van de arts te sparen te weinig op zijn aandeel in deze relatie ingaat; anderzijds moet men ook waken tegen het vervallen in een soort groepspsychotherapie. Het juiste midden is lang niet altijd makkelijk te vinden. Bij dit alles komt nog de omstandigheid dat het geheel zich in een groep afspeelt. De invloed van de diverse groepsleden op de arts die het geheel brengt en omgekeerd, en de relatie tussen adviseur en overige groepsleden kunnen van grote invloed zijn en steeds weer doet zich de vraag voor wat hiervan besproken en wat gehanteerd moet worden. Bovendien zijn verschillende adviseurs weinig geschoold in het omgaan met groepen, wat op zichzelf problemen kan opleveren. Men mag dan ook aannemen dat er binnen het Balinttype duidelijk verschillende groepen te vinden zijn.

Bij type 4, het gemengde type, is dit nog veel sterker het geval. Men vindt hieronder de groep, waarin de artsen over hun eigen persoonlijke problemen spreken, maar ook de groep waarin de adviseur lezingen houdt met discussie na. Soms wordt begonnen met een bespreking van capita selecta uit de neurosenleer etc., of de bespreking van een boek, al dan niet gevolgd door een discussie over praktijkgevallen min of meer in de vorm van een patientendemonstratie van het papier. Het kan dan ook weer voorkomen dat geleidelijk geprobeerd wordt, ook de arts-patient-relatie in de bespreking te betrekken, of de mogelijkheden tot het doen van psychotherapie te verkennen. Terwijl in de Balintgroepen voornamelijk het psycho-analytisch begrippenstelsel wordt gehanteerd, is de beschouwingswijze bij het gemengde type in principe meer eclectisch.

Nog niet ter sprake gekomen is de rol van de huisarts-discussieleider. In de door de huisartsen zelf opgerichte groepen neemt één hunner meestal op zich de verzorging van het organisatorische werk (bv. convoceren voor bijeenkomsten), de representatie naar de kant van het N.H.G., en het leiden van de discussie. Het kan overigens ook zijn dat deze laatste taak langzamerhand aan de adviseur wordt gedelegeerd of bv. bij toerbeurt door de leden wordt vervuld.

Tot slot van de beschrijving van de studiegroepen in Nederland moet er nog op worden gewezen dat deze vorm van training ook

in het buitenland wortel heeft geschoten. Behalve aan de Tavistock Clinic zijn ook elders in Engeland studiegroepen opgericht. In Duitsland zijn slechts enkele studiegroepen gevormd, in Frankrijk een groter aantal, in België werken sinds kort enige groepen. In de Verenigde Staten zijn het vooral de Staunton Clinic te Pittsburgh en de Western Interstate Commission for Higher Education die zgn. 'long-term seminars' in het leven hebben geroepen. Daar wordt overigens onder verstaan, een groep met een levensduur van tien of meer bijeenkomsten. Overigens zijn er talrijke nascholingsvormen op dit gebied voor huisartsen in Amerika; verscheidene hiervan dragen echter meer het karakter van een cursus dan van een studiegroep. Internationale bijeenkomsten van psychiaters-adviseurs worden één maal per twee jaar gehouden.

2 Literatuurbeschouwing

Wat is het resultaat van al deze inspanning? De vraag is belangrijk genoeg. Deze langlopende studiegroepen vragen veel tijd van de deelnemers; hoe nuttig wordt die besteed?

Als men bedenkt dat soortgelijke groepen in het buitenland werken en dat met deze vorm van nascholing ook wordt geëxperimenteerd door zielzorgers en anderen, wint het probleem nog aan belang. Verschillende onderzoekers hebben met wisselend succes getracht opheldering te verschaffen.

Een evaluatieprogramma waarover reeds vele jaren mededelingen verschijnen, is dat van de Western Interstate Commission for Higher Education. Deze instelling organiseert studiegroepen in diverse Amerikaanse staten, tot in Alaska en Hawai.

'In a typical calendar year, WICHE will sponsor as many as a dozen such seminars. Enrollment has varied from as few as four or five physicians to as many as 30. Typically, a seminar convenes for one two-hour evening session per week for a period of 10 or 12 weeks, and is instructed either by one or two paid psychiatrist-instructors. Ordinarily about half of the physicians are in general medical practice. Pedagogy varies considerably, ranging from highly didactic to largely non-directive types of instruction'. (Pearson, 1969).

Van 1961 tot 1963 werden deze activiteiten geëvalueerd door Taylor en Parker (Taylor, 1961; Taylor & Parker, 1963). Ze gebruikten hiervoor een eenvoudige lijst van acht vragen, die betrekking hadden op de instelling van de arts t.o.v. zaken als: de resultaten

van psychiatrische behandeling, de toereikendheid van de opleiding van de huisarts voor het behandelen van psychische problemen bij patienten, de vraag in hoeverre dit een deel van de taak van de huisarts moest zijn, enz. Na deelname aan de groepszittingen bleken de artsen hun opleiding toereikender te achten, ze waren tevredener met de wijze waarop zij psychisch gestoorde patienten behandelden, en zij achtten de eisen die dit aan tijd en geld stelde minder zwaar dan tevoren. Naast deze vragenlijst werd ook een serie van acht korte ziektegeschiedenissen voorgelegd, waarbij de artsen werd gevraagd, wat zij in deze gevallen zouden doen. Als vergelijkingsmateriaal dienden de antwoorden van een groep van 40 psychiaters. Hier traden geen veranderingen op: het opgegeven behandelingspatroon bleef hetzelfde.

De taak van Taylor werd in 1963 overgenomen door Pearson (1965, 1966, 1969). In de daaropvolgende jaren is langs drie wegen geprobeerd het onderwerp nader te belichten, te weten door een vragenlijst, interviews en een interactie-analyse van de zittingen van enkele groepen.

De vragenlijst werd elk jaar aan de deelnemers toegezonden voordat de zittingen begonnen en nogmaals na afloop van de cursus, d.w.z. ca drie maanden later. De lijst is elk jaar gewijzigd. In grote lijnen kwam het erop neer dat vóór het begin van de studiegroep het formulier meestal de volgende rubrieken bevatte.

- 1 – Achtergrondgegevens (leeftijd, praktijkomvang enz.).
- 2 – Een zgn. 'role-tolerance' schaal, bestaande uit een aantal beweringen over gedragsnormen voor arts en patient; de artsen moesten aangeven in hoeverre zij het daarmee eens of oneens waren. Een voorbeeld is: 'In the case of a seriously ill child, the M.D.'s decisions should take precedence over that of the parents'.
- 3 – Een aantal vragen die peilen in hoeverre de arts het zich tot een taak rekent bepaalde standpunten in te nemen of gedragslijnen te volgen t.a.v. de behandeling van psychische problemen. Bv.: 'to view the relationship between the patient and the doctor as the most important part of therapy'; tezamen vormden deze vragen de 'psychiatric orientation scale'.
- 4 – Eén of meer korte beschrijvingen van patienten, bv. een jon-

gen met enuresis, gevolgd door een aantal vragen naar het beleid dat de arts zou voeren in een dergelijk geval. Hieruit kon bv. blijken dat de arts het accent zou leggen op onderzoek of therapie in somatische richting, of dat hij eerder zou denken aan verwijzing naar een psychiater of exploratie en mogelijk behandeling van een eventueel psychisch probleem door hemzelf.

5 – In latere jaren kwam hierbij een aantal vragen over voorkeur voor groepen met bepaalde karakteristieken, bv. 'I prefer groups that are informal in the conduct of group matters'; hieruit werd de 'group-participation scale' gevormd.

Na afloop van de cursus werd weer een vragenlijst toegestuurd, ditmaal met de volgende inhoud:

Eerst de rubrieken 1 t/m 4 uit de vorige lijst. Verder een serie vragen over hoe de cursus was verlopen en in welke mate en in welk opzicht men er tevreden over was (seminar satisfaction scale) bv.: 'We never resolved some basic issues in the seminar'.

Uit een vergelijking van de resultaten voor en na de cursus werden conclusies getrokken over verschuiving in normen en opvattingen bij de artsen. Door het opsporen van correlaties met bv. de achtergrondgegevens en de group-participation scale probeerde men na te gaan welke artsen het meeste, en welke het minste profijt trokken van de groepen. Door correlatie met de gegevens over het verloop van de cursus werd een verband gezocht tussen effectiviteit en toegepaste methodes, terwijl ook een verband tussen methode en mate van voldoening bij de groepsleden kon worden nagegaan. Er werden trouwens nog meer correlaties bekeken, maar uit het bovenstaande ziet men al dat het hier om een omvangrijk en interessant programma gaat.

Het is dan ook spijtig, te moeten constateren dat de resultaten van jaar tot jaar vaak uiteen lopen, elkaar tegenspreken of niet vergelijkbaar zijn. Zo werd het succesvolle groepslid in 1964 gezien als een betrekkelijk jonge arts, kort geleden met zijn praktijk begonnen, werkzaam in 'individual private practice', en Republikeins qua politieke sympathie. Een jaar later werd hij beschreven als: jong of oud, maar niet daar tussenin; reeds geruime tijd praktiserend, en wel als specialist, en in een kliniek i.p.v. in een privé-praktijk; zeer actief in zijn gemeente, en een oud-deelnemer aan

vorige cursussen van deze soort. In 1967 luidt de conclusie: hoe langer de arts gepraktiseerd heeft, hoe minder verandering; hoe meer patienten uit de arbeidende klasse, hoe minder onderzoek kamers, en hoe hoger het door de arts geschatte percentage van in de praktijk optredende psychische problemen, hoe meer verandering door het deelnemen aan de cursus.

Het is moeilijk aan te geven waar de oorzaken voor het gebrek aan overeenkomst tussen de conclusies van de verschillende jaren precies liggen. Om te beginnen is de vragenlijst geen twee jaar hetzelfde geweest. Het gaat hierbij niet om detailwijzigingen; hele rubrieken werden toegevoegd of weggelaten, andere ingrijpend gekortwiekt. Bovendien werden de uitkomsten niet steeds op dezelfde wijze verwerkt. De eerste jaren werd bv. de role-tolerance schaal gehanteerd als onafhankelijke en als afhankelijke variabele; in 1968 wordt hij alleen gebruikt als voorspeller van verandering. De eerste jaren wordt gewerkt met zgn. convergence scores, een maat die verkregen wordt door versmelting van de eindscore en het verschil tussen begin- en eindscore. De convergence scores worden later vervangen door veranderingsmeting, waarbij alleen het verschil tussen de twee scores geldt. Hoezeer ook deze vervanging o.i. terecht is geschied, het gebruik van twee wezenlijk verschillende basismaten bij de verwerking van de gegevens maakt het niet mogelijk de conclusies te vergelijken.

Tenslotte is de statistische bewerking op zich niet bijzonder doorzichtig. Zo worden bv. in 1968 vaak scores op subschalen voor en na vergeleken; deze subschalen zijn dan echter bij de eerste meting samengesteld uit andere vragen dan bij de tweede meting. Het ontbreken van een controlegroep bij het onderzoek werd door de auteurs zelf reedsesignaleerd.

Het is dan ook, althans aan de hand van de publicaties, niet doenlijk een weg te vinden door de doolhof van elkaar opvolgende bevindingen. Gezien het belangrijke percentage niet-huisartsen onder de deelnemers aan de seminars en de cultuurverschillen zouden de resultaten toch niet zonder meer kunnen worden overgedragen op de verhoudingen in ons land.

Uit methodologisch oogpunt is het nog van belang erop te wijzen, dat de verandering werd gemeten ten opzichte van een als ideaal

beschouwde score. Deze score lag bij de rol-tolerantie vragen steeds in het midden van de schaal: de meest neutrale opvatting werd als de meest tolerante beschouwd. De vragen van de psychiatric orientation scale had men voorgelegd aan de psychiaters uit de groepen met het verzoek aan te geven wat naar hun mening de meest geëigende antwoorden zouden zijn voor een gewone arts, een psychiatrisch georiënteerde arts, en een psychiater. Hieruit werd een ideaal-model voor de psychiatrisch georiënteerde arts opgebouwd. Hier is dus duidelijk sprake van het afmeten van de huisarts naar een normenstelsel dat afkomstig is van de onderzoekers en de psychiaters. Dit is een kenmerk van meer evaluatiepogingen op dit terrein. Weliswaar belijdt men althans in West-Europa de overtuiging dat de studiegroepen werken op een gebied dat ook voor de psychiater nog terra incognita is en dat door de huisarts zelf in kaart gebracht en ontgonnen moet worden, maar in de praktijk houdt men zich vaak bezig met toepassing van psychiatrie in het huisartsenwerk. Dat vindt dan zijn weerslag in de maatstaven van de evaluatieprojecten.

Een tweede weg waarlangs de evaluatie ter hand werd genomen was die van het houden van interviews met de deelnemers voor en na de cursus, aan de hand van een lijst met te behandelen punten. Deze gesprekken werden gehouden met in totaal 35 artsen uit twee verschillende streken. Afgezien van gerapporteerd anecdotisch materiaal geeft de onderzoeker, Robert J. Daugherty (1966), een indeling van de reacties van de artsen op de cursus in drie rubrieken: zeer gunstig (18), gunstig (9) en ongunstig (8). De daarbij bruikte criteria zijn: regelmaat van cursusbezoek, mening over de cursus, behoefte om een volgend jaar weer mee te doen en opmerkingen over verandering in praktijkvoering t.g.v. de cursus. Een en ander draagt in de eerste plaats het karakter van een terreinverkenning, die overigens niet gevolgd is door verdere pogingen in deze richting.

Als derde is er de interactie-analyse van de zittingen van drie groepen uitgevoerd door de socioloog Paul Chassy (1966, 1969, 1971). Zijn basismateriaal wordt gevormd door bandverslagen

van de opeenvolgende bijeenkomsten van de groepen, aangevuld met aantekeningen, die hij maakte als niet aan de discussies deelnemende waarnemer. Hij meende dat de groepen, om hun taak goed te kunnen vervullen, een oplossing moeten vinden voor twee problemen. Het eerste is de 'asynonimity of cognitive mappings': psychiaters en niet-psychiaters hebben op dezelfde vakgebieden niet dezelfde kennis, en bovendien hechten zij vaak een verschillende betekenis aan de gebruikte termen. Dit staat hun in het begin niet duidelijk voor ogen.

Het tweede is de 'duality of participant obligations'. De groepen fungeren deels als organen van kennisoverdracht en 'structuering', maar deels ook als psychotherapeutische groepen, als men daaronder dan verstaat dat de psychiater de andere groepsleden moet steunen in de moeilijkheden die zij ondervinden bij hun bemoeienis met de sociale en emotionele problemen van hun patienten. Dat betekent dat de huisarts de rol van leerling of van hulpzoekende kan aannemen; de psychiater die van leraar of helper. De keuzes van de rollen moeten op elkaar afgestemd worden.

De beide zojuist genoemde problemen moeten worden opgelost, wil er in de groep een bevredigende uitwisseling van gedachten plaats hebben. Men moet de verschillen in kennis en taalgebruik leren onderkennen en ook de diverse rolverwachtingen over en weer. Er moet a.h.w. een gezamenlijke taal ontwikkeld worden, waarin men nu eens op een abstract, dan weer op een concreet niveau met elkaar kan praten. Zo kan een gezamenlijke rolopvatting en een gebied van gedeelde kennis ontstaan.

Anders gezegd: als men meteen van wal steekt met de gedachte dat men elkaar, als artsen onder elkander, wel begrijpt, loopt het zeker mis. Ook zal het mislopen als de psychiater niet inziet dat de huisartsen pas bereid zullen zijn een deel van zijn ideeën over te nemen, nadat hij, door het verlenen van steun, daadwerkelijk iets voor hen heeft gedaan.

Deze basisveronderstellingen over het socialiseringsproces in de groep heeft Chassy aan zijn materiaal trachten te toetsen. De hypothesen zijn niet zo strak geformuleerd dat men van een echte toetsing kan spreken; eerder van een gerichte verkenning. Het materiaal: drie groepen, waarvan één succes had, terwijl twee

faalden, is wat klein voor het trekken van algemeen geldige conclusies. De coderingshandleiding ontbreekt in de verslaggeving en de bij de statistische bewerking genomen beslissingen zijn soms ondoorzichtig. T.a.v. de resultaten moet daarom een zeker voorbehoud worden gemaakt.

Zijn conclusie luidt in elk geval dat er inderdaad een voortdurend verkennen van elkaars kennis en rolverwachtingen nodig is, wil men komen tot een door allen onderschreven opvatting over het gewenste gedrag van een arts, die gevoelig is voor de psychosociale problematiek van zijn patienten.

Uiteraard gaf de analyse geen antwoord op de vraag of de artsen dan inderdaad hun patienten beter behandelden. Maar afgaande op de maatstaf van een voorspoedig socialiseringsproces stelt Chassy dat zeker in het begin discussies op concreet niveau, bv. bespreking van patienten, een gunstige invloed hebben: men leert sneller begrijpen wat de ander bedoelt.

Een zekere soepelheid in groepsprocedures maakt het mogelijk spanningen te laten afvloeien, die optreden door de noodzaak tot verandering van denk- en gedragsschemata. Of een seminar didactisch of non-directief wordt geleid is van minder belang, dan dat de discussie op het juiste niveau plaats vindt en dat de deelnemers aan elkaars verwachtingen trachten tegemoet te komen. Nog meer conclusies van deze aard worden getrokken. Tenslotte wordt gepleit voor twee soorten groepen: één waarin de twee basisproblemen voor de interactie worden opgelost, en een tweede, vervolgcursus, waarin de deelnemers op de basis van de gevormde begrippenovereenstemming een gewenst rolgedrag kunnen ontwerpen. Het zou dan mogelijk zijn de leden van het vervolgsymposium te selecteren met behulp van de gegevens van de eerste groep.

Uniek in zijn opzet is geweest het grote onderzoek, dat uitgevoerd werd in de Staunton Clinic te Pittsburgh, onder leiding van Zabarenko, Pittenger en Zabarenko (1968). Het onderzoeksteam probeerde eerst in operationele termen te beschrijven, welke veranderingen zouden optreden in het gedrag van de arts tegenover zijn patienten, als de studiegroepen werkelijk aan hun doel beant-

woordden. Het lukte niet om tot een operationele definitie te komen: het aantal manieren waarop een beter besef van de psychische problemen van de patient zich kan uiten, was te groot. Men was het er echter wel over eens dat de studiegroepen waren opgezet om een fundamentele verandering te weeg te brengen in de manier, waarop een arts elke patient benadert en om zijn stijl van handelen te veranderen, in het bijzonder de psychotherapeutische aspecten ervan.

De consequentie hiervan was dat men besloot een aantal artsen te observeren in hun werk gedurende het (eerste) jaar dat zij aan een studiegroep deelnamen, en te zien of er veranderingen optraden.

In de praktijk leidde dit tot het volgende onderzoekontwerp. Vier huisartsen werden geobserveerd gedurende een jaar: dit leverde waarnemingen op voor, tijdens en na deelname aan een studiegroep. Een controlegroep van vier huisartsen, die geen lid waren van een studiegroep, werd op dezelfde manier geobserveerd. Een groep van zes psychiaters, te weten drie die studiegroepen leidden en drie die dat nooit hadden gedaan, fungeerde als waarnemers; de laatste drie wisten niet welke huisartsen een nascholing in medische psychologie kregen. Elke psychiater bezocht iedere huisarts twee maal per kwartaal gedurende telkens één uur tijdens het spreekuur, zodat over het hele jaar per huisarts 48 bezoeken werden gebracht. Deze werden evenredig verdeeld over ochtend-, middag- en avondsprekuren en dagen in de week. De waarnemer zat in de spreekkamer van de arts en vulde kaarten in over elke patient die door de dokter in dat uur werd gezien; de huisarts deed hetzelfde en de gegevens werden later door de onderzoekers vergeleken.

Op de kaarten moesten o.a. worden ingevuld een aantal basisgegevens over de patient: sexe, leeftijd etc.; voorts de medische diagnose, de actie waartoe de huisarts besloot en de tijd aan de patient besteed. Tenslotte een indruk van de reden waarom de patient kwam en het antwoord daarop van de dokter, een eventuele psychologische diagnose, een beschrijving van de reactie van de patient en drie 7-puntschalen voor beoordeling van de somatische werkwijze, het psychologische inzicht van de arts en de mate van integratie van psychologische en medische aspecten in zijn han-

delwijze. Naast dit formulier vulden de psychiaters nog een formulier in, waarop onder meer werd gevraagd of de arts een psychologische diagnose trachtte te stellen, eerder had gesteld of verzuimde te stellen, en in welke mate de behandeling was afgestemd op de medische en de psychologische diagnose.

Gegevens werden ook verkregen tijdens een slotgesprek met de afzonderlijke aan het onderzoek deelnemende huisartsen, dat binnen vier maanden na de laatste observatie werd gehouden. Hierbij werden verschillende vragen gesteld over eventuele veranderingen t.g.v. deelname aan studiegroep.

Tevens werden drie studiegroepen geobserveerd. Daaronder was ook de groep van de vier bovengenoemde huisartsen. Het doel was tweeledig: het verkrijgen van gegevens over de methodologische en technische problemen bij de bestudering van de complexe verschijnselen, die in deze groepen optreden, en daarnaast het geven van systematische beschrijvingen waaruit welomschreven, toetsbare hypothesen konden worden geput. In de praktijk hield dit in dat groepszittingen werden beschreven aan de hand van bandopnamen, stenografische verslagen, en eigen waarneming door een in de kamer aanwezige waarnemer. Niet alleen werden deze technische mogelijkheden vergeleken, maar ook de inbreng van waarnemers met verschillende scholing: een anthropoloog, een schrijver, een psycholoog, een socioloog en een psychiater.

Verder werd een aantal zittingen van een beginnende groep vergeleken met die van een groep die al vijf jaar bestond, enz. De beschrijvingen moesten een beeld geven van het behandelde geval, de arts die de casus bracht, de rol van de psychiater, diverse facetten van het groepsproces, en verdere bijzonderheden die de waarnemer opvielen.

Aldus in grote trekken de opzet van het onderzoek. Bij het bezien van de resultaten is het van belang te weten dat de studiegroep van de geobserveerde artsen 22 maal bijeenkwam en dat de in de Staunton Clinic gebruikte techniek wordt beschreven als 'patterned closely after Balint's'.

De verzamelde gegevens zijn eerst gebruikt voor het beschrijven van de diverse praktijken, met name de epidemiologische bijzon-

derheden van het patientenbestand, het kader waarin de arts zijn werk verrichtte, de frequentie waarmee de arts zich bediende van de verschillende diagnostische en therapeutische mogelijkheden die hem ter beschikking stonden, de mate waarin psychologische diagnostiek en daarop geënte therapie door hem werd gebruikt en een sociologische karakteristiek van de praktijk.

Vervolgens werd een aantal mogelijke spreekuur-procedures geschetst: de screening procedure, het optreden in een crisis-situatie, de procedure bij controle-bezoeken van patienten met een chronisch doch doorgaans geneeslijk lijden, etc.

De eigenlijke evaluatie had blijkbaar plaats aan de hand van de drie 7-punts-schalen door de psychiaters ingevuld, betreffende de somatische werkwijze, het psychologisch inzicht en de integratie van psychologische en medische facetten. Aangezien de waarnemers hun eigen normen mochten gebruiken bij de evaluatie kon overeenstemming tussen hen niet verwacht worden — zij werd dan ook slechts incidenteel gevonden. De oordelen per waarnemer over een bepaalde arts waren wel consistent, in die zin dat zij niet veranderden. De slotconclusie was dan ook, dat geen verandering in het gedrag van de artsen kon worden aangetoond als gevolg van een jaar deelname aan een studiegroep. Een andere conclusie, niet zeer verrassend, was dat de schaal voor de beoordeling van de somatische werkwijze een andere facet van de prestaties van de huisarts karakteriseerde dan de psychologisch inzicht- en integratieschalen.

Bij het slot-interview meende een van de vier artsen dat hij door de studiegroep veranderd was. Dit gold zowel voor praktijkvoering, als voor omgang met patienten en beleving van zichzelf (the course does make you introspective and then it's a little difficult to live with yourself). Hij was ook de enige arts, die het volgende jaar weer aan een studiegroep wilde deelnemen. De bestudering van de seminaria leidde o.m. tot de aanbevelingen dat combinaties van observatiehulpmiddelen (bandopname, stenografisch verslag, event. film) betere resultaten kunnen leveren dan elk hulpmiddel afzonderlijk en dat een interdisciplinair team vermoedelijk beter zal voldoen dan afzonderlijk werkende waarnemers van verschillende disciplines. Men was van mening dat pas na twee à drie

jaar werkelijk waarneembare vooruitgang werd geboekt in de studiegroepen.

Verder viel op het grote verschil tussen de beelden van de artsen en hun werk, die werden verkregen in resp. de spreekkamerobservatie en de studiegroepzittingen (like the difference between surveying a landscape on horseback and trying to guess its contours by looking through tiny chinks in an otherwise impenetrable stone wall). Enkele voorvallen tijdens de groepsbijeenkomsten steunden de indruk van de arts, die zei dat hij veranderd was.

Als conclusie geven de auteurs onder meer dat de psychiater die de arts tijdens zijn spreekuur aan het werk heeft gezien, beter werk kan doen in de studiegroep. Voorts dat in de spreekkamer zelf instructie zou kunnen worden gegeven in voorkomende gevallen. Bovendien dat de geschetste spreekuur-procedures zich lenen voor verdere exploratie en bespreking in studiegroepen.

Samenvattend kan men dit onderzoek als volgt karakteriseren: het is voornamelijk een descriptieve studie geworden, althans afgaande op de rapportage. Het zou denkbaar zijn dat zij een basis vormt voor verder onderzoek. Het toetsende gedeelte van de studie leverde als voornaamste conclusie op: geen veranderingen in spreekurgedrag als gevolg van groepslidmaatschap. De doorenmenging van toetsend en descriptief onderzoek heeft, samen met een aantal andere beslissingen, geleid tot een enigszins topzwaar research-ontwerp, dat zeer vele gegevens van uiteenlopende aard opleverde, die vermoedelijk grote moeilijkheden hebben verschaft bij de bewerking. Zeer aantrekkelijk is het richten van het onderzoek op wat de huisarts werkelijk doet, d.w.z. het meest directe criterium voor het effect van de groepen. Weinig aandacht wordt in de verslaggeving besteed aan het feit dat van de drie gevolgde studiegroepen juist die van de geobserveerde artsen wordt genoemd als 'in some ways not a group. It had not coalesced and had no character'.

Ook in de Tavistock Clinic, de geboortegrond van de Balint-methode, heeft men een evaluatiestudie gedaan (Balint, Balint, Goslings, Hildebrand, 1966).^{*} De kliniek past bij alle groepen de Balint-techniek toe en de deelnemende artsen komen in overgrote

meerderheid uit Londen. Een probleem, waarvoor men zich in de beginjaren gesteld zag, was het grote aantal artsen dat binnen een jaar hun studiegroep verliet.

Om dit aantal te beperken, heeft Balint in 1956 een zgn. mutual selection interview ingesteld. Dit was een gesprek tussen de psychiater en de arts, die lid wilde worden van een groep. De bedoeling was een soortgelijk klimaat te scheppen als in de seminarzittingen. De arts kon dan zien of zoiets hem beviel, de psychiater kon n.a.v. de reacties van de arts proberen te beoordelen of deze al of niet geschikt was. Meestal kwamen de gesprekspartners tot dezelfde conclusie. Na een aantal jaren besloot men, na te gaan wat het effect van deze selectieprocedure was.

Het was niet voldoende om na te gaan of er na het invoeren van het selectie-interview minder vroege uitvallers waren; immers het kon zijn dat de artsen die wel in de groep bleven, geen vorderingen maakten en dus toch tot de mislukkingen van het systeem moesten worden gerekend. Men besloot toen om alle artsen die ooit hadden deelgenomen, te laten beoordelen door de psychiater van hun seminar(s) en de uitkomsten voor en na het instellen van de selectie-procedure te vergelijken. Daartoe werd een ingewikkelde 'schaal' opgesteld. Eén deel daarvan was bestemd voor de artsen, die een jaar of minder lid bleven. Deze werden onderverdeeld naar de vermeende reden voor hun vertrek: gebrek aan tijd, gebrek aan intelligentie, onbekend, ernstige neurose of borderline syndroom, etc. Degenen die langer dan een jaar de seminars volgden, werden onderverdeeld volgens twee dooreengevlochten criteria van vooruitgang: of de arts in een groep van grotere soepelheid en meer inzicht vertoont, en of hij dit tegenover de patient in praktijk kan brengen, te beoordelen naar wat hij daarover in de groep naar voren brengt.

Bovendien werden de destijds over de selectiegesprekken gemaakte aantekeningen achteraf bewerkt om te zien of de na de invoering van deze toelatingseis inderdaad opgetreden verbetering wel het gevolg was van de interviews of (ook) van andere factoren.

* Een publicatie van Bacal (1971) over een recentere evaluatiepoging aan de Tavistock Clinic konden wij niet ter inzage krijgen.

De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek waren de volgende. Het percentage van de eerste jaars-afvallers en hen die lid bleven zonder enige vruchten daarvan te plukken, daalde van 70 tot 39 pct van het totaal aantal artsen. Daarmee steeg uiteraard het percentage artsen die met goed gevolg lid bleven van een groep. Het al of niet afvallen gedurende het eerste jaar bleek ook samen te hangen met de mate van ervaring met dit werk van de psychiater in wiens groep men dat eerste jaar werd ingedeeld. Maar de grote ervaring, die in de Tavistock Clinic langzamerhand verworven was toen het selectiegesprek werd ingevoerd, verklaarde maar een deel van de verandering: een deel van het succes moest op rekening van de selectie worden geschreven.

Het percentage successen bij de training was groter naarmate de artsen korter afgestudeerd waren. De hoogste kwalificatie werd meestal pas gegeven als de arts meer dan drie jaar de seminars had gevolgd. De aantekeningen over de selectiegesprekken waren zo te categorizeren dat de categorieën een scheiding aanbrachten tussen diegenen die wel en die niet lid werden van een groep. Over de duur van hun lidmaatschap van het seminar konden de aantekeningen niets voorspellen, wel waren er lichte aanwijzingen voor een samenhang met de uiteindelijke classificatie volgens de bovenbeschreven schaal.

Een deel van de opgesomde conclusie staat of valt met de geldigheid van de classificatieschaal. Deze is wat twijfelachtig. Inhoudelijk lijkt hij niet sterk. Wat het eerste deel van de schaal betreft, gewijd aan de afvallers van het eerste jaar, is het de vraag of categorieën als 'gebrek aan intelligentie' en 'ernstige neurose of borderline syndroom' recht doen aan de werkelijke oorzaken van het afvallen van de arts; men mist ook categorieën over het gedrag van de psychiater of de groepsprocessen als oorzaak voor het afvallen. Op zichzelf is dit niet zo belangrijk; het accent valt immers op de onderverdeling van de blijvers. De omschrijving van de vier klassen waartussen men hier kan kiezen veronderstelt dat beter gedrag in de groep hand in hand gaat met betere hantering van de arts-patient-relatie; zou dat steeds zo zijn, is men geneigd te vragen. Bewijzen hiervoor worden niet gegeven.

De validiteit van de schaal is ook een punt. Kan men werkelijk

uit de groepsdiscussies afleiden dat de arts 'is more versatile with his patients. As his understanding of his cases increases he develops new skills in handling them, which he applies consciously and deliberately'? Na wat Zabarenko c.s. opmerkten over het verschil tussen gedrag van de arts in de groepsdiscussie en tijdens het spreekuur zal men hier niet zonder meer ja op zeggen. De betrouwbaarheid van de schaal is in de Tavistock Clinic getoetst. De overeenstemming tussen twee beoordelingen door dezelfde psychiater met een geruime tussenpoos was alleszins bevredigend: bij de beoordeling van 41 artsen, herhaald na ca een jaar, werd in 35 gevallen een identieke score toegekend. Ook die tussen de psychiater en de zgn. participant observer van de groep was behoorlijk, mits de laatste in het systeem geloofde. Voor zover echter uit de publicatie valt op te maken, zijn deze participant observers zenuwartsen die opgeleid worden om later zelf een groep te leiden. Men mag daarom toch wel aannemen dat zij in contact staan met de psychiater van de groep en enig idee hebben van zijn visie op wat er in de groep omgaat. Dit zou betekenen dat hun oordeel niet zelfstandig is, wat afdoet aan de gevonden mate van betrouwbaarheid. Een moeilijke zaak is ook nog dat men de psychiater vraagt naar de vorderingen van 'zijn' huisartsen m.a.w. men vraagt hem, de resultaten van zijn eigen werk te schatten. Niet ieder zal dit onbevooroordeeld kunnen doen. En tenslotte heeft, zoals in het nu volgende zal blijken, Van Bork aangetoond hoe in een dergelijke procedure de wet van Posthumus zijn invloed doet gelden.

In Nederland heeft Van Bork (1966) getracht de resultaten van de studiegroepen te evalueren met behulp van het in de Tavistock Clinic ontwikkelde classificatiesysteem. Zijn onderzoek verschilde in zoverre van het Engelse, dat er hier geen selectiegesprek plaatsvindt, zodat niet het effect van de selectieprocedure, maar van het werk van de studiegroep over het geheel zou worden nagegaan. Bovendien had hij te maken met de bonte verscheidenheid van de Nederlandse groepen, terwijl de Tavistock Clinic over zeer homogeen materiaal beschikte.

Enkele interessante conclusies door hem getrokken, zijn de vol-

gende. Het aantal uitvallers in Nederland in het eerste jaar vertoont grote overeenkomst met dat van de Tavistock Clinic *na* invoering van de selectieprocedure (Van Bork zocht een verklaring hiervoor in de zelfselectie onder de huisartsen, die in Nederland zelf de groep oprichten en aanvullen, en ook in het feit dat de groepen hier gemiddeld ca eens per veertien dagen bijeenkomen, in Londen daarentegen wekelijks. Dit heeft als gevolg dat de huisarts veel minder onder druk wordt gezet, zodat de neiging tot zich terugtrekken minder sterk is). Er was, evenals in Engeland, verband tussen classificatie en duur van de deelname aan de studiegroep. Psychoanalytici en niet-psychoanalytici beoordeelden hun groepsleden op nagenoeg dezelfde wijze. Ook was er een sterke overeenkomst in het classificatiepatroon van de Nederlandse huisartsen en de huisartsen uit het Tavistock-materiaal na de invoering van de selectieprocedure. Van Bork wees erop dat deze overeenkomsten tussen verschillende groeperingen allerm minst erop duiden dat de resultaten van de diverse categorieën studiegroepen even goed waren, maar dat slechts eens te meer de juistheid was aangetoond van de wet van Posthumus.

Deze wet geeft aan dat een leerkracht steeds geneigd is een klas te verdelen in 50 pct gemiddelde, 25 pct goede en 25 pct slechte leerlingen. De laatste worden dan de zittenblijvers. Deze verdeling brengt de onderwijzer aan, ongeacht het absolute niveau van de klas: de leerlingen worden t.o.v. elkaar geclassificeerd, niet ten opzichte van een vaste maatstaf (Posthumus, 1940).

Een classificatiesysteem als dat van de Tavistock Clinic geeft ook tot dergelijke vertekeningen aanleiding en Van Borks slotconclusie was dan ook dat het als evaluatie-instrument niet voldoende bruikbaar is.

Aan de University of Southern California worden sinds 1960 cursussen psychiatrie voor huisartsen gegeven. Hoewel het hier niet om studiegroepen gaat, is er een zó uitvoerig evaluatieprogramma aan verbonden geweest, dat het toch interessant genoeg is om er in dit kader aandacht aan te schenken (Adler & Enelow, 1963, 1966; Enelow & Adler 1964, 1965; Adler, Ward & Enelow, 1970).

Het programma bestaat in principe uit drie opeenvolgende cursussen. De eerste bestaat uit tien patientendemonstraties met nabespreking. Men tracht daarbij de artsen te scholen in nauwkeurige observatie en beschrijving van de patient en zijn gedrag, herkenning van psychiatrische symptomen, etc. De tweede cursus richt zich op het bijbrengen van gesprekstechniek, bv. door bespreking in de groep van videotapes van interviews door de cursisten afgenomen, of door geprogrammeerde instructie. De derde leergang is een opleiding psychotherapie in de medische praktijk. De artsen doen psychotherapie onder supervisie en slaan o.a. therapieën van anderen gade door een one way vision screen. De onderdelen van het programma zijn meermalen gewijzigd, o.a. op geleide van de resultaten van de evaluatie. Uit het evaluatieprogramma treden drie exploratiegebieden op de voorgrond.

In de eerste plaats is er het terrein van de kenmerken, belangstelsingsrichting en rolopvatting van de cursisten. Met behulp van enquêteformulieren trachtte men hiervan een beeld te krijgen. De rolopvattingen werden bestudeerd met behulp van vier Guttman schalen, die een beeld gaven van de instelling van de arts resp. betrekking hebbend op het gebruik van autoriteit door de arts tegenover de patient, het zich verlaten op zijn technisch-medische vaardigheid, het koesteren van bezorgheid en beschermende gevoelens t.o.v. de patient, en de erkenning van een persoonlijke betrokkenheid in de relatie. Niet-psychiaters scoorden op de drie eerste schalen hoger, op de laatste lager dan psychiaters. Cursisten uit het bovengenoemde trainingsprogramma namen een tussenpositie in: zij verschilden minder van de psychiaters m.b.t. het zich verlaten op technisch-medische bekwaamheid en de erkenning van persoonlijke betrokkenheid.

In de publikaties die mij ter inzage kwamen is het begrip erkenning van persoonlijke betrokkenheid nog niet zo scherp omlijnd als men zich zou wensen. Dat neemt niet weg dat het zeer nuttig lijkt dat een psychiater-docent op de hoogte is van de rolopvattingen van de cursisten zoals die op de genoemde schalen worden weergegeven.

Met name bij de deelnemers aan de eerste (basis-)cursus heeft men met profijt gebruik gemaakt van een andere onderzoektech-

niek. Er waren twee films van diagnostische psychiatrische gesprekken vervaardigd; het ging om twee vrouwen van middelbare leeftijd met maagdarmlachten zonder afwijkingen op somatisch gebied. De helft van de artsen kreeg film A te zien vóór en film B na de basiscursus, de andere helft zag en hoorde de gesprekken in de omgekeerde volgorde. Na het zien van de film werd elke arts verzocht op schrift een samenvatting te geven van alles wat hij over de patient in kwestie wist en wat z.i. relevant was voor diagnose en behandeling; voorts een diagnose te stellen en tenslotte een behandelingsplan te schetsen.

De antwoorden op deze vragen werden aan een inhoudsanalyse onderworpen. Daarbij werd bv. bekeken hoeveel gegevens betrekking hadden op gedrag en voorkomen van de patient tijdens het interview, hoeveel op de psychiatrisch-sociale ziektegeschiedenis en klachten, hoeveel op de somatische ziektegeschiedenis en klachten, etc. Verder werd nagegaan op hoeveel punten de arts het eens was met de docent (die dezelfde vragen had beantwoord) en hoe vaak hij met hem van mening verschilde. Het bleek dat de totale hoeveelheid inlichtingen die in de antwoorden was vervat, na de cursus was toegenomen. Het aandeel van het totale aantal psychiatrische opmerkingen steeg in tegenstelling tot de gekoesterde verwachting niet in statistisch significante mate. Wel in overeenstemming met een opgestelde hypothese was dat relatief meer opmerkingen werden gemaakt over voorkomen en gedrag van de patient tijdens het interview. Eén van de doelstellingen van de basiscursus was dus verwezenlijkt. Ook was er na de cursus meer overeenstemming met de visie van de docent. De onderzoekers kwamen tot de slotsom dat zij op de zojuist geschetste wijze een aantal vorderingen op cognitief gebied konden aantonen.

De wijze van gespreksvoering en het effect van interview-training zijn ook onderzocht. Hierbij heeft men zich met name bediend van een zelf ontworpen, vèrgaande modificatie van het systeem van Bales. Dit laatste is erop gericht, een beschrijving te geven van processen, die zich afspelen tussen leden van een groep die een probleem moet oplossen. De wijzigingen die werden aangebracht, dienden om het systeem af te stemmen op de dialoog met

de patient en op registratie van de doelstellingen van de gespreks-training. De cursisten moesten zich een non-directieve vorm van interviewen eigen maken, waarbij de patient zoveel mogelijk zijn eigen gedragsstijl kan ontplooien. Dit gedrag van de patient, ook tegenover de interviewer, werd als belangrijke bron van inlichtingen beschouwd naast de feitelijke gegevens, die de patient verstrekte. De 25 categorieën van het scoringssysteem waren verdeeld over drie dimensies: cognitieve uitwisseling (bv. uiteenzetting, duiding, evaluatie, ontwijken), leiding geven (bv. de patient aanmoedigen meer te vertellen, directe vragen, raadgevingen, richtlijnen) en gevoelsuitingen (bv. steun, geruststelling, angst, depressiviteit, vijandigheid). Het is dus een descriptief systeem, dat aangeeft welke soorten van dingen iemand doet in een gesprek en hoe vaak.

De onderzoekers nu stelden een aantal hypothesen op over de veranderingen, die in de scores moesten optreden als de cursisten zich meer gingen bedienen van de onderwezen gesprekstechniek. Zo werd bijvoorbeeld verondersteld dat de meer sturende opmerkingen (directe vragen, duidingen, raadgevingen en richtlijnen) zouden afnemen en de minder sturende, zoals bv. aanmoedigingen meer te vertellen, zouden toenemen. Op die manier wordt het systeem dus via een omweg evaluatief gebruikt. Het gelukte overigens inderdaad om voorspelde verschillen te vinden tussen gespreksstijl vóór en na het volgen van een cursus. Bij de voorspellingen werd onder meer gebruik gemaakt van normatieve scores, ontleend aan een aantal door de docent zelf afgenomen interviews. Op de bevinding dat het effect van de geprogrammeerde instructie groter is dan dat van supervisie in seminaria is een en ander af te dingen.

Het onderzoeksprogramma van de Californische groep is zorgvuldig opgezet en uitgevoerd. De omstandigheid dat het hier niet om zeer uiteenlopende studiegroepen gaat, maar om min of meer uniforme cursussen met duidelijk omschreven onderwijsdoelstellingen, maakte het mogelijk aan te geven welke effecten verwacht werden en dus getoetst moesten worden. Hiervan heeft men goed partij getrokken. Dat de psychiater bij de tweede en derde onderzoeksmethode als norm fungeerde, is in deze opzet verantwoord: hij immers droeg uit wat de cursisten moesten leren. De

vraag of dit het best denkbare leerprogramma was, is daarmee natuurlijk nog niet beantwoord, maar aan de verdiensten van het onderzoek doet dat niet af.

Hiermee is de bespreking van systematische, kwantificerende evaluatiepogingen op het gebied van studiegroepen medische psychologie ten einde. Dat wil niet zeggen, dat er niet verschillende evaluaties gegeven zijn, zowel door huisartsen als psychiaters, naar aanleiding van opgedane ervaringen en indrukken. Men kan deze bv. vinden in het meer genoemde rapport van Veldhuyzen van Zanten, onder het hoofdstuk evaluatie. Aparte vermelding verdient het werk van Van Lidth de Jeude (1971). Hij observeerde enkele huisartsen tijdens hun spreekuur en analyseerde een aantal verslagen van groepszittingen. Zijn conclusie luidde dat huisartsen in de huidige studiegroepen geen grondslag vinden voor een adequate benaderingswijze van patienten met psychosomatische verschijnselen. Oosters (1971) bracht zeer onlangs verslag uit van een onderzoek naar attitudeverandering bij co-assistenten psychiatrie, waarbij een door hemzelf ontwikkeld instrument werd gebruikt. De resultaten, met deze methode bij huisartsen verkregen, zullen hopelijk te zijner tijd worden gepubliceerd. Daarnaast bestaat er een uitvoerige literatuur over evaluatie van gesprekst raining en diverse schema's voor opleiding en psychotherapie e.d. (men zie bv. Matarazzo, 1971). Een bespreking daarvan valt echter buiten het kader van dit boek.

3

Het onderzoekplan

Het is nu tijd te beginnen met het onderwerp dat ons verder zal bezighouden: het evaluatie-onderzoek dat bij Nederlandse studiegroepen medische psychologie vanuit het NIPG is verricht. Eerst enkele opmerkingen over hoe dit onderzoek mogelijk werd gemaakt.

Een onderzoek drijft niet alleen op wetenschappelijke nieuwsgierigheid van één of enkele mensen. Het kost bv. ook geld, en verder kan het absoluut nodig zijn de medewerking te hebben van de instanties, die het gebied bestrijken, waarin de studie wordt opgezet. Zo ook bij het onderzoek waarvan hier verslag wordt uitgebracht.

In 1965 werd door de Commissie Medische Psychologie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie een vergadering van psychiaters-adviseurs bijeengeroepen ter bespreking van de evaluatie-plannen van Van Bork. Min of meer als uitvloeisel van de discussie werd aan Van Schaik en mijzelf verzocht, plannen te formuleren voor verdere in Nederland uit te voeren projecten. Dit leidde tot een tweeledig voorstel. Enerzijds een studie met behulp van een bekende techniek, de semantische differentiaal, waaruit zou moeten blijken of over het geheel genomen de studiegroepen een attitudewijziging bij hun leden hadden bewerkstelligd. Daarnaast een project dat maar een paar groepen zou omvatten en dat wilde exploreren of verschillende trainingsmethoden in de groep ook verschillend effect hadden t.a.v. de manier waarop de artsen een diagnostisch gesprek met een patient voerden. Het bleek dat de directeur van het NIPG bereid was de plannen

in het werkprogramma van het Instituut op te nemen, mits zij de steun kregen van de relevante instanties buiten het Instituut. Met andere woorden: als deze steun verkregen werd, kwamen geld en mankracht beschikbaar. Praktisch betekende dit dat het ging om de houding van de Vereniging voor Psychotherapie, die onderdak bood aan de psychiaters-adviseurs, en het Nederlands Huisartsen Genootschap dat banden onderhield met de huisartsen.

Eerst werden de gevormde plannen besproken in een vergadering voor psychiaters-adviseurs, bijeengeroepen door de Commissie Medische Psychologie onder voorzitterschap van Weijel. Er was een aantal bedenkingen over de opzet en de uitvoerbaarheid van het tweede project, maar tenslotte besloot men de indieners van de plannen de benefit of the doubt te geven, en zich achter de voorstellen te plaatsen. Dit vond zijn weerslag in een brief van de secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, waarin het NIPG werd verzocht evaluatie van de studiegroepen in zijn programma op te nemen.

Vervolgens werd contact gezocht met het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut, dat onderzoek voor het Genootschap uitvoerde, c.q. begeleidde. Van het nut van evaluatief onderzoek over de studiegroepen hoefden Huygen, Van Es en Brouwer, die resp. namens het Huisartsen Genootschap en het Huisartsen Instituut het overleg voerden, allerm minst overtuigd te worden. De wens ernaar leefde in die kringen al lang. Het ging er veel meer om, dat de plannen beoordeeld moesten worden op hun wetenschappelijke waarde, nut en uitvoerbaarheid, terwijl duidelijk moest zijn, dat ze geen moeilijkheden zouden veroorzaken tussen bestuur en leden van het Genootschap bv. door een verkeerde benadering van de leden. Verder moesten bij een eventuele samenwerking de verantwoordelijkheden worden afgebakend, zowel organisatorisch en wetenschappelijk als wat het publicatiebeleid aanging, een deugdelijke communicatie moest worden verzekerd en de financiering van de projecten besproken. Over dit alles kon men het snel eens worden. Besloten werd tot een onderzoek onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van NIPG en NHI, uit te voeren door het NIPG, met financiële steun en waar nodig wetenschappelijke en organi-

satorische hulp van het NHI.

Hiermee was de weg tot uitvoering van de plannen geëffend. Bij de huisartsen was nu een entree geschapen door de aanbeveling van het NHI, bij de psychiaters door de hulp van de Commissie Medische Psychologie. Overleg met beide zijden was steeds mogelijk via Dokter, Brouwer, Weijel en Van Bork. De subcommissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap had aan de plannen eveneens zijn fiat gegeven. Via de bij al deze besprekingen betrokkenen bestonden ook contacten met het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het bestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, zodat een ieder, die op dit gebied werkte, wist wat er zou gaan gebeuren, en daaraan zijn medewerking verleende.

Hoe waren intussen de plannen tot stand gekomen? Van elders uitgevoerde of in uitvoering zijnde projecten was het volgende bekend. Eerst het onderzoek van Taylor en Parker, waarvan alleen het vragenlijstje succesvol was geweest. Dit leek wat mager als kern van een landelijk onderzoek. De studie van Balint c.s. was niet aantrekkelijk op velerlei gronden, die in de literatuurbesprekingen zijn opgesomd. Bovendien werd dit onderzoek al door Van Bork verricht. De eerste berichten over Pearson's project, voornamelijk de opzet ervan, waren er al. Zijn vragenlijst was echter zozeer op Amerikaanse toestanden afgestemd dat voor Nederland een geheel nieuw formulier zou moeten worden ontwikkeld. Als wij de instelling van leden van een studiegroep wilden onderzoeken bood deze lijst dus geen voordeel boven andere technieken. Van het onderzoek van Zabarenko et al. was toen eigenlijk alleen bekend dat het zeer gecompliceerd van uitvoering was en zoveel kostte, dat wij niet konden hopen zo iets ooit te doen. Van de evaluatie-studies van Adler en Enelow was de inhoudsanalyse van opstellen n.a.v. gefilmde interviews duidelijk beschreven. Voor een onderzoek op landelijke schaal kwam dit niet in aanmerking, wel voor een studie van enkele groepen. Maar zoals uit het vervolg zal blijken, wilden wij daarbij gegevens zien te krijgen die dichter bij het werkelijke gedrag van de arts t.o.v. de patient ston-

den. De inhoudsanalyse leverde immers voornamelijk aanwijzingen op over kennisvermeerdering.

De literatuur bood dus niet veel richtlijnen. Men kan natuurlijk allerlei kanten onderscheiden van het werk van de studiegroepen en elk van die kanten is op een aantal manieren te evalueren. Iedere keuze is arbitrair en nooit zal men het volledige effect ermee vangen. Bij onze keus speelden onder meer drie overwegingen een rol.

1 – De groepsbijeenkomsten zijn een middel om tot een doel te geraken. Als dat doel zou men kunnen aanduiden dat de huisarts zijn werk beter en/of met meer voldoening doet door een groter begrip voor de psychische noden van de patient. Wat tijdens de groepsbijeenkomsten gebeurt is zeer belangrijk, maar als criterium voor het effect van het groepswerk zal men liever gegevens trachten te krijgen die zo nauw mogelijk verbonden zijn met het gedrag van de huisarts tegenover zijn patienten.

2 – Zoals in het eerste hoofdstuk werd beschreven, bestonden en bestaan in Nederland zeer grote verschillen in de wijzen waarop de verschillende groepen werken. Parallel hieraan bestaan vele opvattingen over de wijze, waarop een eventuele gedragsverandering van de huisarts tegenover zijn patient tot stand moet komen. Het vergroten van zelfinzicht, het verwerven van kennis, het leer-effect dat bij een interviewtraining optreedt en nog meer factoren worden als werkzame elementen genoemd. Een evaluatiepoging in Nederland dient hiermee rekening te houden. De te kiezen criteria moeten onafhankelijk zijn van een bepaalde theorie of techniek der groepszittingen.

3 – Als factoren die rechtstreeks van belang zijn voor het gedrag van de huisarts worden gezien: a) op kennis gebaseerd inzicht; b) attitude, d.w.z. de over langere perioden min of meer constant blijvende geneigdheid op een bepaalde manier te reageren ten opzichte van een bepaalde persoon of situatie (Hilgard, 1957). Deze attitude hangt ten nauwste samen met het – deels voorbewuste – beeld dat de arts van zichzelf en de patient heeft; c) normen die de arts zich zelf stelt in de uitoefening van zijn beroep; d) bekwamheid in het beïnvloeden van patient (Bloom, 1958).

De keuze viel, zoals gezegd, uiteindelijk op twee verschillende be-

naderingswijzen en objecten. In de eerste plaats werd besloten een onderzoek te doen naar de attitudeverandering onder invloed van studiegroepervaring.

Attitude-onderzoek

Het observeren van het werkelijke gedrag van een aanzienlijk aantal huisartsen t.o.v. hun patienten was binnen het kader van onze mogelijkheden ondoenlijk; we wilden dan in elk geval een factor onderzoeken, die geacht kon worden samen te hangen met dit gedrag. Het begrip 'attitude', zoals hierboven gedefinieerd, leek daarvoor aantrekkelijk. Een dergelijke geneigdheid op een bepaalde manier te reageren t.o.v. een persoon of situatie is doorgaans gekenmerkt door de aanwezigheid van kennis- en gevoelselementen, die als componenten van de attitude kunnen worden beschouwd. Bij iemands attitude tegenover drugs bijvoorbeeld zullen niet alleen kennis omtrent de farmacologische eigenschappen e.d. van deze stoffen, maar ook gevoelsmatige ideeën over het verderfelijke c.q. heilzame karakter ervan een rol spelen.

Attitudes en attitudecomponenten kunnen wisselen in verscheidene opzichten (intensiteit, complexiteit etc.), maar het belangrijkste zijn de verschillen in waardering, die deel uitmaken van de (gevoelsmatige) betekenis, die de persoon of situatie voor het betrokken individu heeft. Spreekt men dan ook over de attitude van een arts ten opzichte van neurotische patienten, dan heeft men het over de positieve of negatieve waardering die hij t.a.v. deze patienten heeft. Als bv. een arts een neurotische patient ziet als onbegrijpelijk, gevaarlijk, onbetrouwbaar etc., dan is zijn attitude tegenover deze patient naar alle waarschijnlijkheid niet positief. De attitude valt dus samen met de waarderingscomponent die ligt opgesloten in het beeld dat men van de persoon of situatie in kwestie heeft.

Nu is het beeld dat artsen hebben van patienten met psychogene klachten over het algemeen minder gunstig dan dat van patienten met zuiver lichamelijke aandoeningen. Dit is niet alleen een ervaring uit de dagelijkse praktijk; het blijkt ook uit daaraan gewijd onderzoek (Blizard, 1966; Geertsma et al., 1959; Nunnally, 1961). Het leek dan ook belangrijk te zien of lidmaatschap van studie-

groepen hierin verandering zou kunnen brengen. Zouden de leden der studiegroepen een minder ongunstig beeld van de patient met psychogene klachten hebben? Anders gezegd: zou hun attitude tegenover deze patienten gunstiger zijn? Terloops zij hierbij opgemerkt dat wij in het onderzoek ons niet uitsluitend bepaald hebben tot het nagaan van de waarderingscomponent van het beeld dat artsen van patienten hadden. Als dan ook later bij de beschrijving van de resultaten over attitude wordt gesproken, heeft deze term een iets ruimere betekenis dan daaraan gewoonlijk wordt gehecht.

Een belangrijke vraag is natuurlijk in hoeverre een attitude werkelijk terug te vinden is in het gedrag. Voor de leden van een studiegroep is het stellig belangrijker te merken, dat zij een patient met psychogene klachten beter leren op te vangen dan te weten, dat er in henzelf iets is veranderd dat door psychologen kan worden gemeten.

Een attitude wordt zeker niet altijd weerspiegeld in het gedrag. Wicker (1969) is hierover zelfs uitgesproken somber. Als eerste van een reeks onderzoeken die op deze materie waren gericht, noemt hij dat van LaPiere: 'In the 1930's when, according to studies of social distances, there was much anti-Chinese sentiment in the United States, LaPiere (1934) took several extensive automobile trips with a Chinese couple. Unknown to his companions, he took notes of how the travellers were treated, and he kept a list of hotels and restaurants where they were served. Only once were they denied service, and LaPiere judged their treatment to be above average in 40 pct of the restaurants visited. Later, LaPiere wrote to the 250 hotels and restaurants on his list, asking if they would accept Chinese guests. Over 90 pct of the 128 proprietors responding indicated they would not serve Chinese, in spite of the fact that all had previously accomodated LaPiere's companions'. De verder door Wicker besproken studies geven een zeer wisselende mate van overeenkomst te zien tussen de onderzochte attitudes en gedragingen waarin de attitude kenbaar had kunnen zijn. Hij concludeert: 'The present review provides little evidence to support the postulated existence of stable, underlying attitudes within the individual which influence both his verbal expressions

and his actions'.

Jaspars (1971) sluit zich in een beschouwing over hetzelfde vraagstuk aan bij Campbell (1963), waar deze erop wijst dat bevindingen zoals die van LaPiere niet de conclusie rechtvaardigen dat er geen verband bestaat tussen iemands attitudes en zijn handelingen. Het ligt meer voor de hand aan te nemen, dat er een veel negatievere attitude voor nodig is om iemand daadwerkelijk de deur te wijzen dan om schriftelijk te weigeren hem te ontvangen. In feite wijst het door Wicker besproken materiaal meer in de richting dat negatief gedrag over het algemeen ook een negatieve attitude inhoudt, maar dat een negatieve attitude niet steeds negatief gedrag ten gevolge heeft. Jaspars vond dat het bij elf van de 26 door Wicker gerefereerde studies mogelijk was Goodman en Kruskal's associatiecoëfficiënt gamma te berekenen; de mediaan van deze gamma's was .69. Hij concludeert: 'Rekening houdend met de onbetrouwbaarheid van de gedragscriteria is dit een veel hogere associatie dan men op grond van de lamentaties in de literatuur zou verwachten'.

Blijft uiteraard het feit dat wij dus niet mogen veronderstellen dat een attitudeverandering bij de huisarts ook een betere behandeling van de patient impliceert. Bekwaamheid en tact, bestaande normen t.a.v. de behandeling van dit soort patienten, factoren die in de uitwendige situatie opgesloten liggen (zoals bv. de beschikbare tijd), en factoren in de persoonlijkheid van de arts gelegen, bepalen mede of en zo ja in hoeverre een attitudewijziging in het gedrag van de arts tegenover de patient tot uiting zal komen. Kort gezegd is het belang van het attitude-onderzoek dit: als een attitudeverschuiving in gunstige zin aantoonbaar is, is een betere opvang van de patient mogelijk, maar niet zeker; is zo'n verschuiving niet aantoonbaar, dan mag ook geen wijziging van het gedrag worden verwacht.

Uiteraard speelt bij het ontwerpen van een project de praktische uitvoerbaarheid een belangrijke rol. Voor een studie van de attitude bestond een beproefde techniek die zich leende voor onderzoek op grote schaal, te weten de zgn. semantische differentiaal van Osgood. In een volgend hoofdstuk zal deze methode nader

worden beschreven. De diverse voor- en nadelen afwegend, kwamen wij tot de formulering van het eerste project. Gedacht werd aan een onderzoek naar de attitude t.o.v. een aantal begrippen, die van belang zijn in het werk met patienten met psychische problematiek, te verrichten bij alle leden en ex-leden van studiegroepen medische psychologie en bij een controlegroep, samengesteld uit huisartsen die nooit aan deze studiegroepen hadden deelgenomen. De psychiaters-adviseurs zouden eveneens in dit onderzoek worden betrokken.

Het onderzoek zou toetsend zijn t.a.v. nog op te stellen hypothesen over het effect van de studiegroepen. Daarnaast zou het misschien exploratief kunnen worden gebruikt, bv. om gegevens te krijgen betreffende overeenkomst en verschil in attitude tussen huisartsen-groepsleden en psychiaters-adviseurs.

Rollenspel-studie

Naast deze in de eerste plaats hypothese-toetsende studie op grote schaal, waarbij onder gebruikmaking van een beproefde techniek één variabele zou worden onderzocht, werd ook gedacht aan een studie op kleine schaal, die meer exploratief en flexibel zou zijn en (hopelijk) dichter zou komen bij het werkelijke gedrag van de arts tegenover zijn patient. Uitgangspunt was daarbij het meermalen gesignaleerde grote verschil in aanpak tussen de diverse groepen in Nederland. Men mocht veronderstellen dat zulke uiteenlopende vormen van training ook verschillen in benadering van de patient ten gevolge zouden hebben. Meer kennis hierover zou het wellicht mogelijk maken de bestaande trainingsprogramma's te wijzigen, zodat een zo gunstig mogelijk effect zou worden verkregen. Daarnaast leek het zonder meer al belangrijk, een wat meer systematisch beeld te krijgen van de wijze waarop huisartsen patienten met psychogene klachten in een gesprek trachten te helpen. Het ontwerp van dit tweede project was gebaseerd op een suggestie van Taylor (1963), die aan latere onderzoekers o.m. de volgende raad gaf: 'Changes in the physician's office behavior should be evaluated in the most realistic setting possible, and using methods which reproduce the kinds of problems he finds in actual practice. For the researcher, the ideal solution would be to

present the practitioner with a counterfeit patient who gave a standardized symptom picture and recorded the doctor's response on tape. But it is unlikely that many physicians would be happy with this sort of thing, and even the most scientific researcher might feel ethical qualms. As an acceptable substitute, the use of role-playing techniques might well be investigated, and the use of motion-picture interviews'.*

Praktisch behelsde het plan het volgende. Enkele groepen, die een duidelijk verschillende werkwijze volgen (bv. Balint, gespreksanalyse) wordt verzocht hun medewerking te verlenen. Als deze toestemming is verkregen krijgt elke groep een bandrecorder te leen met een verzoek de zittingen op de band op te nemen. Na verloop van bv. een half jaar wordt aan de groep en de psychiater-adviseur gelegenheid gegeven een aantal zittingen als minder geslaagd aan te merken; met de opnamen van de overige bijeenkomsten wordt in het experiment verder gewerkt. Aan de hand hiervan wordt een patientengeschiedenis opgesteld, die gebaseerd is op hetgeen in een of meer van de aangewezen zittingen behandeld is. Vervolgens wordt een rolspeeler getraind in het vertolken van de rol van deze hypothetische patient. Met de diverse huisartsen-groepsleden wordt een telefonische afspraak gemaakt voor een gesprek onder vier ogen, op een geluidsband vast te leggen, in de spreekkamer van de arts. Het is de arts dus bekend dat het hier niet gaat om een werkelijke patient. Van de arts wordt verwacht dat hij de rolspeeler ontvangt en met hem handelt als ware hij/zij een patient(e), die een keer op het spreekuur is geweest en is 'terugbesteld' voor een uitvoeriger gesprek. Het interview, dat een bepaalde maximumduur heeft, wordt op de band vastgelegd. Heeft de arts tegen het eind van het gesprek nog niet alle relevante gegevens verzameld, dan vlecht de rolspeeler het ontbrekende in, in zijn laatste opmerkingen. Na afloop wordt de arts via een invulformulier gevraagd, zijn kijk te geven op diverse aspecten van

* Het heeft mij overigens getroffen, dat ik deze opmerking, die mij jaren geleden onder ogen kwam, was vergeten tot ik hem bij het refereren van de literatuur nu weer tegenkwam. Men komt kennelijk makkelijk tot het plegen van een soort onbewust plagiaat.

het geval, bv. de arts-patient-relatie. De bandopnamen worden onafhankelijk beoordeeld door drie beoordelaars volgens tevoren vastgestelde criteria.

Op deze wijze zou een inzicht moeten worden verkregen over de mate waarin en de wijze waarop de arts in praktijk kan brengen, wat hij in de groep heeft geleerd, terwijl zijn opvatting over en beoordeling van het geval en van zichzelf verder op de vragenformulieren naar voren konden komen. Duidelijk was al bij de aanvang dat dit een ingewikkeld plan was met veel risico's. De voornaamste problemen waren de volgende.

a — Elke groep krijgt zijn eigen patient. Dit maakt vergelijking van de resultaten zeer dubieus. Als het alleen de bedoeling was, trainingsmethoden met elkaar te vergelijken, verdiende het gebruik van een en dezelfde fictieve patient voor alle groepen de voorkeur. Ook dan zou de basis wel smal zijn: eigenlijk zou men een serie verschillend geaarde gevallen moeten presenteren om de resultaten van de trainingsmethoden in verschillende situaties te kunnen beoordelen. Ons doel was echter drieledig:

ten eerste: te zien of de artsen het geleerde bij een analoog geval in praktijk konden brengen;

ten tweede: de resultaten in dit opzicht van de diverse trainingsmethoden te vergelijken;

ten derde: te proberen, systematisch te observeren hoe huisartsen in een dergelijke situatie optreden.

Voor de eerste doelstelling was het nodig elke groep een eigen patient te geven. Voor de derde doelstelling zou dit een verrijking van het materiaal betekenen: verschillende patienten zouden misschien verschillend gedrag uitlokken. Er werd daarom beslist voor één patient per groep, met een dubieuze vergelijkbaarheid tussen de groepen. Wel werd besloten voor elke studiegroep een controlegroep te zoeken van enigszins vergelijkbare artsen die niet aan een studiegroep hadden deelgenomen. Hun optreden zou a.h.w. een nullijn vormen, waartegen de prestaties van de getrainde artsen konden worden afgezet.

b — De vergelijking tussen de trainingsmethoden werd ook bemoeilijkt door de invloed van factoren die los stonden van het gebruikte systeem. In Nederland waren twee categorieën groepen

met een min of meer duidelijke geloofsbelijdenis over de toe te passen procedures en de elementen, die daarin werkzaam moesten zijn: de Balint- en de gespreksanalyse-groepen. Maar ook binnen deze groepen hing natuurlijk veel af van het beleid van de psychiater en de samenstelling van de groep. Gevonden verschillen zouden dus niet zonder meer op rekening van de soort training geschreven mogen worden. Het enig mogelijke leek, om na eventuele constatering van verschillen, de bandopnamen van de zittingen te analyseren op in aanmerking komende factoren m.b.t. het optreden van de psychiater en het groepsproces.

c – De geschapen situatie: een lang gesprek met een patient die de huisarts pas éénmaal heeft gezien, komt zelden voor en zou dus weinig betekenis hebben als maat voor het effect van de training. Het zgn. long interview op zich wordt in Balint's boek (1966) uitvoerig besproken, maar meestal, zo luidde het, weet je al zoveel van de mensen. Men kan o.i. betwijfelen of de kennis van de arts omtrent de privé-omstandigheden van de meeste van zijn patienten zo groot is dat een dergelijk gesprek doorgaans heel anders van aard is. Veel belangrijker leek ons dat de arts gedwongen werd met de patient te 'praten'; zou hij dat in werkelijkheid ook hebben gedaan? Dat kon echter alleen door een onderzoek in de praktijk van de artsen beslist worden en zoals gezegd, waren de mogelijkheden voor een dergelijke studie niet aanwezig.

d – Het experimentele karakter van de situatie was een nadeel: geen echte patient, maar een rolspeler; opname op de band tijdens het gesprek, daarmee ook het idee, a.h.w. examen te moeten doen. Het zijn zeker even zoveel kunstmatige invloeden. Nu is de algemene ervaring met rollenspel, dat men meestal na het eerste begin steeds meer opgaat in de situatie. Over het effect van geluidsband en film of videotape bij psychiatrische interviews en psychotherapieën zijn de meningen van diverse auteurs verdeeld (Haggard, Hiken en Isaacs, 1965). Wel komt men over het algemeen tot de conclusie dat de artsen in het begin de situatie als bedreigend ervaren, vooral door de beoordeling door anderen van de wijze waarop zij hun vak uitoefenen. Dat onderzoek in kunstmatige situaties uitkomsten kan opleveren die overeenstemmen met gegevens uit de praktijk werd door Strupp (1962) aangetoond.

Al met al was het onmogelijk, met zekerheid te zeggen wat het effect van de kunstmatige factoren in het onderzoek zou zijn. Bordin (1965) zegt: 'The degree to which you can safely depart from the naturalistic setting is proportional to the amount you already know about the phenomena in question'. Het leek redelijk aan te nemen dat de artsen in de werkelijkheid niet precies zo zouden optreden als in het experiment, maar dat zij zich na het eerste begin ook niet geheel anders zouden gedragen dan hun gewoonte was. Dit woog het zwaarste voor de eerste doelstelling: hoe passen artsen het in de studiegroep geleerde toe op een analoog ander geval? Ten aanzien van de tweede doelstelling: vergelijking van trainingsmethoden, woog het kunstmatige in de situatie voor elke groep even zwaar. Voor het derde doel, systematisch observeren van de wijze van aanpak door de huisartsen, leken de bezwaren niet al te ernstig: het ging hier immers meer om de wegen die huisartsen bewandelden, niet om de perfectie waarmee dit gebeurde. In elk geval werd besloten een vraag in het enquêteformulier op te nemen, die luidde: 'In hoeverre vertoonde dit gesprek overeenkomst met een gesprek, zoals U dit in werkelijkheid met een dergelijke patient zou kunnen hebben gevoerd?' Dit zou ons tenminste de indruk van de artsen zelf geven.

e — Het experiment was gebaseerd op rollenspel — een element uit de trainingsmethode van de gespreksanalysegroepen. Deze waren dus wellicht in het voordeel. Mochten zij zich superieur tonen aan de Balint-artsen, dan moest daarmee rekening worden gehouden in de beoordeling van de resultaten.

f — Een laatste bezwaar tegen het plan luidde dat de huisartsen niet voor een dergelijk experiment te vinden zouden zijn. Dat is nogal meegevallen. Blijkbaar zijn de meeste huisartsen bereid zich inspanning te getroosten en inzage van zaken te geven als zij geloven in het nut van de zaak en de goede trouw van de onderzoeker.

De doelstellingen van dit tweede project zijn wellicht wat bedorven geraakt onder de problemen die met betrekking tot het ontwerp zijn opgesomd. Het zij daarom nogmaals gezegd, dat het ging om drie punten:

In de eerste plaats of aangetoond kon worden of artsen datgene, wat in de studiegroep naar aanleiding van een geval was besproken, konden gebruiken in een interview met een analoge patient. Dit zou bekeken worden door een vergelijking met artsen, die geen studiegroep-ervaring hadden.

In de tweede plaats zouden twee wijzen van groepstraining worden vergeleken, zo mogelijk om te zien wat de verschillen en overeenkomsten in effect waren.

In de derde plaats zou getracht worden na te gaan hoe de artsen het gesprek voerden. Hoe simpel dit ook moge lijken, het is nu eenmaal zo dat in de literatuur veel aanwijzingen te vinden zijn over hoe wèl en hoe níet te handelen, maar dat op de vraag hoe het in de praktijk gedaan wordt moeilijk een antwoord te vinden is.

Hoe een en ander ter hand is genomen en met welk resultaat zal in latere hoofdstukken worden besproken. Eerst zal van de uitvoering van het attitude-onderzoek verslag worden uitgebracht.

In het vorige hoofdstuk werd uiteengezet, dat tot het attitude-onderzoek werd besloten deels omdat daarmee een determinant voor het werkelijke gedrag van de arts tegenover zijn patienten kon worden bestudeerd, en deels omdat een betrouwbare onderzoekstechniek in de vorm van de semantische differentiaal ter beschikking stond. Het begrip attitude werd gedefinieerd als de gedurende lange perioden van het leven min of meer constant blijvende geneigdheid, op een bepaalde manier te reageren ten opzichte van een bepaalde persoon of situatie. Tevens werd gewezen op de nauwe samenhang tussen attitude en de emotionele betekenis, die de desbetreffende persoon of situatie voor de betrokkene heeft, i.c. het verband tussen het beeld dat de arts van een patient heeft en zijn attitude t.o.v. deze patient.

Over de invloed van de scholing in studiegroepen medische psychologie werden nu de volgende hypothesen opgesteld:

- 1 — de attitudes van (ex-)studiegroep-leden tegenover patienten met verschillende soorten van (deels) psychogene aandoeningen zullen gunstiger zijn dan de overeenkomstige attitudes van artsen die nooit aan een studiegroep hebben deelgenomen;
- 2 — de te vinden verschillen zijn geen a-specifieke groepseffecten; ze zijn voornamelijk toe te schrijven aan de speciale scholing, die op dit gebied in de studiegroepen heeft plaatsgevonden.
- 3 — de verschillen zijn echter ten dele het gevolg van zelf-selectie; de artsen die lid worden van een studiegroep medische psychologie zullen zich waarschijnlijk van meet af aan onderscheiden van de gemiddelde huisarts, die het lidmaatschap niet ambieert;
- 4 — er zullen geen aanwijzingen worden gevonden dat de (ex)-

leden van studiegroepen medische psychologie minder belang gaan toekennen aan hun taak als deskundige op somatisch-medisch gebied. Deze laatste hypothese werd opgesteld in verband met de wel eens gehoorde bewering dat onder invloed van de studiegroepen de artsen de neiging zouden krijgen het somatische deel van hun taak te verwaarlozen, om zich te ontwikkelen tot een soort amateur-psychiaters of -psychologen.

De opstelling en toetsing van deze hypothesen, m.a.w. de uitvoering van het attitude-onderzoek, geschiedde door een team bestaande uit de sociaal-psychologen prof. dr. J. M. F. Jaspars en drs. F. van der Meer, de statisticus P. van Leeuwen en de zenuwartsen C. Th. van Schaik en R. A. de Boer, waarbij in een latere fase zich voegde de statisticus J. J. Radder.

Methode van onderzoek

Zoals gezegd werd in deze studie de semantische differentiaal-techniek toegepast. Dit is een gestructureerde associatie-test, ontworpen door Osgood (1957). De methode gaat ervan uit dat een woord of begrip bij degene die er kennis van neemt, niet alleen een beeld oproept van de feitelijke inhoud van het woord of begrip — de zgn. denotatieve betekenis — maar tegelijkertijd van een aantal vagere, persoonsgebonden kwaliteiten, de zgn. connotatieve of bijbetekenissen. Deze bijbetekenissen geven onder meer aan welke attitude een bepaalde persoon heeft ten opzichte van een woord of het erachterliggende begrip.

Zo is de denotatieve betekenis van 'tropen' het gebied tussen de keurkringen. De connotatieve betekenenissen kunnen bijvoorbeeld zijn: zonnige streken, een onbekommerd natuurlven, maar ook: slangen en tijgers, honger en epidemieën. De connotatieve betekenenissen drukken vaak emoties uit, onder meer voorkeur of afkeer*. Om een compleet beeld te krijgen van iemands attitude ten opzichte van bijvoorbeeld 'de tropen' zou men alle gedachten-

* Zie voor een kritische bespreking van het gebruik van de term connotatief door Osgood, R. Brown (1958). Brown's voornaamste bedenking is in dit verband dat de grenzen voor dit begrip te ruim getrokken zijn; soms zelfs wordt de scheidingslijn tussen denotatief en connotatief overschreden.

associaties kunnen noteren, die hij daarbij zou hebben. Gebleken is echter, dat men, door aan een proefpersoon bij een bepaald begrip een beperkt aantal zorgvuldig geselecteerde bijvoeglijke naamwoorden aan te bieden en hem daarop te laten reageren, al een goed beeld kan krijgen van zijn attitude ten opzichte van het aangeboden begrip.

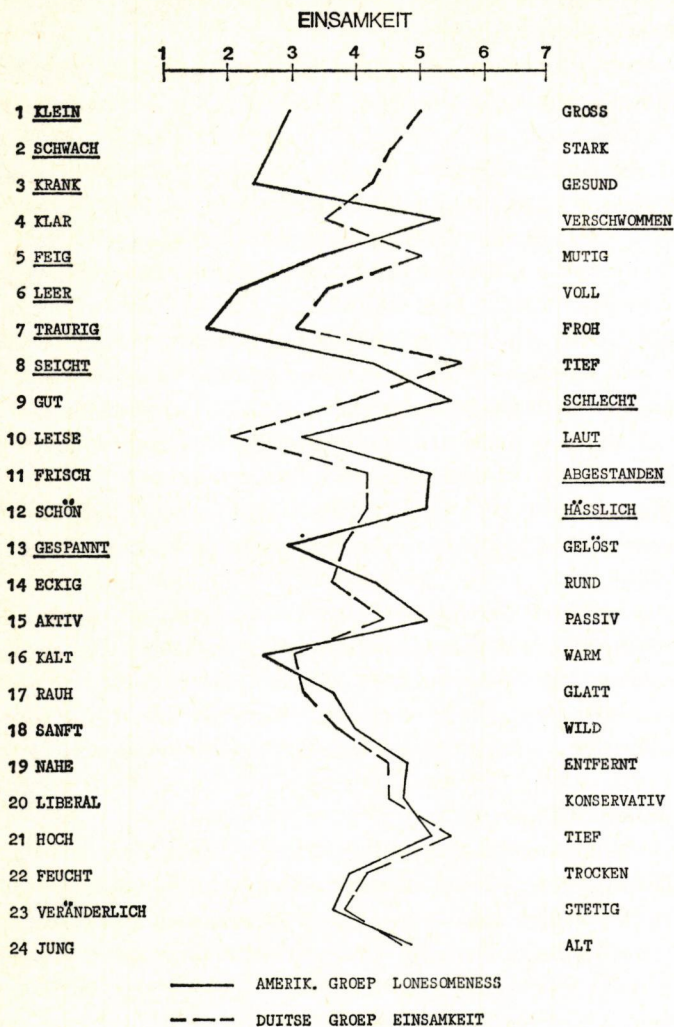
De test wordt dan ook als volgt afgenomen. De proefpersoon krijgt een aantal formulieren aangeboden. Op elk ervan staat een zgn. concept vermeld: de persoon, de situatie of het begrip, waarvan men de daardoor bij de proefpersoon opgeroepen associaties wil onderzoeken. Onder het concept staat een aantal paren van aan elkaar tegengestelde bijvoeglijke naamwoorden, waartussen zich telkens een in (doorgaans zeven) gelijke intervallen verdeelde lijn bevindt. In feite dus 7-puntsschalen waarvan de waarde loopt van de ene helft van het tegenstellingspaar naar de andere. De proefpersoon beoordeelt het concept door een kruisje te plaatsen op elke schaal. De plaats van het kruisje geeft aan welke betekenis voor hem het concept heeft t.o.v. beide polen van het desbetreffende tegenstellingspaar. Deze procedure levert een profiel op waaruit gelijktijdig verschillende aspecten van de betekenis van het concept voor de proefpersoon af te lezen zijn (zie fig. 1).

Door aan elk interval van de schaal een bepaalde waarde toe te kennen (bij een 7-puntsschaal dus oplopend van 1-7) kan men de plaatsing van de kruisjes weergeven door getallen. Deze lenen zich voor statistische bewerking, zodat het mogelijk wordt vergelijkingen te maken tussen concepten, proefpersonen, groepen, etc. Er is een uitgebreide literatuur over de betrouwbaarheid van deze methode.

Een voorwaarde bij toepassing van deze techniek is wel dat men zijn concepten en schalen met zorg kiest. Wij begonnen met het opstellen van een lijst van mogelijke concepten en tegenstellingsparen naar aanleiding van opmerkingen in de literatuur, gesprekken met huisartsen en psychiaters, en geleid door eigen ideeën. In een eerste voorstudie werden toen vijf concepten op 32 schalen beoordeeld door 32 co-assistenten. De bedoeling was te komen tot een reductie van het aantal schalen door hantering van

Figuur 1

Verschillen tussen Amerikaanse en Duitse studenten in de beoordeling van resp. lonesomeness en Einsamkeit (ontleend aan Peter R. Hofstätter, Gruppendynamik)



de volgende criteria:

a — indien verschillende tegenstellingsparen onderling gelijke reacties uitlokken bij de verschillende concepten vervallen alle op één na;

b — tegenstellingsparen die slecht differentiëren tussen verschillende concepten vervallen;

c — van de overige tegenstellingsparen worden bij voorkeur die gekozen, welke duidelijk differentiëren tussen de verschillende co-assistenten.

Na hantering van deze normen bleven 21 schalen over. Deze werden met zestien concepten aangeboden aan een nieuwe proefgroep. Over de lijst van concepten was overleg gepleegd met prof. van Es en dr. Brouwer van het Nederlands Huisartsen Instituut. Gekozen waren dertien soorten van patienten met respectievelijk somatische, psychosomatische en psychiatrische aandoeningen, die bovendien varieerden van betrekkelijk onschuldig tot zeer ernstig. Daaraan waren, om later te bespreken redenen, drie artsentypen, w.o. de huisarts en de psychiater toegevoegd. De proefgroep, die deze formulieren invulde bestond uit 25 chirurgen en chirurgische assistenten, 24 psychiaters en 21 huisartsen. Deze artsen waren uitgekozen op grond van de veronderstelling dat chirurgen en psychiaters duidelijk zouden verschillen in wat de test geacht werd weer te geven — namelijk de mate waarin psychologische en psychiatrische zienswijzen attitudes tegenover patienten wijzigen.* Wanneer de test in deze versie geen verschil zou aangeven tussen chirurgen, psychiaters en huisartsen zou, naar het ons leek, omgezien moeten worden naar een andere methode van onderzoek. Het was immers onwaarschijnlijk dat de test zou differentiëren tussen verschillende groepen huisartsen, als er geen verschillen werden gevonden tussen chirurgen en psychiaters. In feite differentieerde de test wel tussen deze twee groepen, op de concepten die vielen binnen de categorie patienten met psychogene ziektebeelden en gedragsstoornissen. De scores van de huis-

* Zoals reeds eerder gezegd, is dit onderzoek niet beperkt tot de waardeeringscomponent van de beoordeling der diverse concepten, zodat het woord attitude hier wordt gebruikt in een ruimere zin dan bv. bij Osgood.

artsen lagen over het algemeen dicht bij die van de chirurgen. Met behulp van de resultaten van dit tweede vooronderzoek kon een verdere selectie worden gemaakt uit de concepten en tegenstellingsparen. Wat weinig differentieerde tussen de drie groepen arts en viel af; als een aantal concepten of schalen op eenzelfde manier differentieerde, werd uit dat aantal één gekozen; dit alles met inachtneming van een spreiding van concepten over verschillende ziektebeelden. Wat overbleef, waren elf concepten en twee groepen tegenstellingsparen.

De volgende concepten drongen zo door tot de definitieve versie van de test:

een patiënt met appendicitis;

een patiënt met pijn links in de borst;

een patiënt met een maagulcus;

een depressieve patiënt bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt;

ouders die hun kind mishandelen;

een patiënte die flirt met de arts;

een patiënt met pleinvrees;

een patiënt met hardnekkige atypische hoofdpijn;

de huisarts;

ik als huisarts;

de psychiater.

In deze serie komen dus patiënten voor met somatische, psychosomatische en neurotische problemen, alsmede gedragsstoornissen. De concepten 'de huisarts', 'ik als huisarts' en 'de psychiater' waren erin opgenomen om te onderzoeken of de groepsleden er toe neigden zich te distantiëren van hun oorspronkelijke rol als huisarts.

Bij de concepten, die op patiënten betrekking hadden, werden de volgende schalen gebruikt: begrijpelijk-onbegrijpelijk, gemakkelijk-moeilijk, onberekenbaar-voorspelbaar, ziek-gezond, aangeboren-verworven, ongeneeslijk-geneeslijk, laf-moedig, zelfstandig-onzelfstandig, actief-passief, onveranderlijk-veranderlijk, oprecht-onoprecht, voor de psychiater-voor de huisarts. Voor de concepten 'de huisarts', 'ik als huisarts' en 'de psychiater' waren de tegenstellingsparen: op de man af-ontwijkend, ontvankelijk-hardleers, onbegrijpelijk-begrijpelijk, gemakkelijk-moeilijk, gevaarlijk-onge-

vaarlijk, onberekenbaar-voorspelbaar, ziek-gezond, slecht-goed, beklemmend-niet beklemmend, actief-passief, met een ongelukkige jeugd-met een gelukkige jeugd.

Aan wie moest deze semantische differentiaal worden voorgelegd? Het was niet mogelijk een aantal artsen te testen vlak voor zij lid werden van een studiegroep en enige tijd, bv. twee of drie jaar later. Het tempo waarin nieuwe groepen werden opgericht lag niet zo hoog dat binnen een redelijke tijd een populatie van voldoende omvang op die manier kon worden onderzocht. Daarom werd gekozen voor een ex post facto-ontwerp, waarin met twee alternatieve hypothesen rekening werd gehouden. Ontdaan van vakjargon betekende dit het volgende. Er zouden gelijktijdig vier verschillende categorieën huisartsen worden onderzocht, te weten:

1 — al diegenen, die lid waren of waren geweest van een studiegroep medische psychologie;

2 — een vergelijkbare groep artsen, die nooit aan een dergelijke studiegroep hadden deelgenomen;

3 — al diegenen die lid waren of waren geweest van studiegroepen somatische geneeskunde (deze studiegroepen komen qua aantal leden, frequentie van vergaderen enz., overeen met de studiegroepen medische psychologie; de behandelde stof verschilt uiteraard);

4 — artsen, die van plan waren in de nabije toekomst lid te worden van een studiegroep medische psychologie.

Vervolgens zouden de uitslagen van de verschillende categorieën met elkaar worden vergeleken, en wel als volgt:

1 — leden van studiegroepen medische psychologie (categorie 1) met niet-leden (categorie 2); hieruit moest blijken of de verwachte attitude-verschillen inderdaad konden worden gevonden; deze vergelijking vloeiende logisch voort uit onze eerste hypothese, terwijl ook gegevens over de vierde hypothese konden worden verwacht;

2 — leden van studiegroepen medische psychologie (categorie 1) met leden van studiegroepen somatische geneeskunde (categorie 3); hierdoor kon worden vastgesteld wat de invloed was van specifieke groepseffekten (hypothese 2);

3 — leden van studiegroepen medische psychologie (categorie 1) en niet-leden (categorie 2) met candidaat-leden (categorie 4); hieruit zou blijken in welke mate zelf-selectie bijdroeg tot de eventueel gevonden attitudeverschillen (hypothese 3);

4 — vergelijkingen binnen categorie 1, de studiegroepleden, van sub-categorieën artsen, geschoold met behulp van verschillende groepsprocedures; dit zou een inzicht kunnen geven in de effecten van verschillende technieken.

Voor de artsen werd de semantische differentiaal verzendklaar gemaakt in de vorm van een boekje met een handleiding voor het invullen van de test, gevolgd door een aantal bladzijden met op iedere bladzijde een concept met bijbehorende schalen. Voor de volgorde van de concepten werd een aantal verschillende combinaties gekozen om later te kunnen nagaan of de volgorde van de concepten misschien van invloed was op de invulling van de formulieren. Dit bleek overigens niet het geval te zijn. Na de test kwamen in het boekje nog enkele bladzijden met vragen over leeftijd, aantal praktijkjaren, omvang van de praktijk en plaats en jaar van afstuderen, eventueel lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap, van een studiegroep medische psychologie, van een studiegroep somatische geneeskunde (bij de laatste twee verdere vragen naar o.a. de duur van het lidmaatschap), enz. De antwoorden moesten ons in staat stellen de artsen in te delen in één van de vier genoemde categorieën en verder de vergelijkbaarheid van de diverse categorieën en sub-categorieën te toetsen.

Bij het boekje werd een introductiebrief gevoegd, waarin o.a. verwezen werd naar een kort voor de verzending in 'Medisch Contact' en 'Huisarts en Wetenschap' opgenomen artikel. Dit artikel bevatte een beschrijving van doel en achtergrond van het onderzoek en een opwekking tot het verlenen van medewerking van de zijde van de voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, en de directeurs van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO en het Nederlands Huisartsen Instituut. Voor het zover was waren overigens nog onverwachte moeilijkheden opgelost met betrekking

tot de samenstelling van de steekproef voor het onderzoek.

De eerste onaangename verrassing op dit gebied was, dat er geen complete lijst van leden of ex-leden van studiegroepen medische psychologie bestond. Het Nederlands Huisartsen Genootschap beschikte over een catalogus van bestaande en opgeheven groepen, en wist van een aantal daarvan ook de samenstelling, maar in geen van beide opzichten was van volledigheid sprake. Bovendien was bekend dat in veel grotere mate dan met de studiegroepen somatische geneeskunde het geval was, de leden ook gerecruteerd waren buiten de kring van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Verder waren van het ledenbestand van het N.H.G. geen systematische gegevens over leeftijd, praktijkomvang e.d. voorhanden. Dit hield in, dat wij een intensieve speurtocht moesten beginnen naar de leden en ex-leden van de studiegroepen medische psychologie en dat wij voor wat de niet-leden betreft niet konden werken met een betrekkelijk kleine steekproef binnen en buiten het N.H.G., want de selectie-criteria daarvoor ontbraken.

Op twee gegevens kon wel worden gerekend. De totale omvang van het ledenbestand van het N.H.G. was bekend, te weten 1681 leden. Bovendien bleek uit een opgave van de Inspectie voor de Volksgezondheid dat het aantal praktizerende huisartsen in ons land per 1 januari 1967, 4477 bedroeg.

Met nog een faktor moest rekening worden gehouden bij het vaststellen van het aantal artsen dat in het onderzoek zou worden betrokken. Velen waren de mening toegedaan dat in het N.H.G. de meer actieve, wetenschappelijk geïnteresseerde huisartsen waren verenigd. Aan zo'n overtuiging kon men bij een attitude-onderzoek als het onze niet voorbijgaan. Wij zouden dus in staat moeten zijn, vergelijkingen parallel uit te voeren voor N.H.G.- en niet-N.H.G.-leden. Dit zou pas overbodig blijken als de scores op de door ons onderzochte variabelen niet uiteenliepen.

De oplossing van e.e.a. werd tenslotte in de volgende richting gevonden: Alle leden van het N.H.G. zouden de test toegezonden krijgen. Dit moest opleveren: een belangrijk deel van de artsen, die te boek stonden als leden of ex-leden van studiegroepen medische psychologie; een aantal, die lid waren of waren geweest

zonder dat dit ons bekend was; het overgrote merendeel van de leden van studiegroepen somatische geneeskunde; een aantal artsen, die van geen van beide lid waren geweest (categorie 2) én hopenlijk een aantal candidaatleden.

Onder de niet-leden van het N.H.G. zou per provincie een a-selecte steekproef van één op drie worden samengesteld. Ook aan deze artsen zou de test worden verstuurd. Hieronder zou zich nog een aantal studiegroep-leden en candidaat-leden kunnen bevinden en verder een controlegroep van niet-leden.

Een zo compleet mogelijke lijst van leden van studiegroepen medische psychologie werd samengesteld, bv. met behulp van het aanschrijven van alle psychiaters-adviseurs, met een verzoek om opgave van de namen van de huisartsen in hun vroegere groepen. Verslagen van groepszittingen vormden een andere bron voor het opsporen van tot dan toe onbekende leden. Van deze lijst werd nagegaan welke artsen geen N.H.G.-lid waren en ook niet in onze 'niet-N.H.G.'-steekproef voorkwamen. Aan hen werd ook een exemplaar van de test gezonden. Hetzelfde gold voor artsen van wie ons ter ore kwam dat zij oprichting van of deelname aan een studiegroep overwogen.

Tenslotte zou aan de psychiaters-adviseurs eveneens de test worden toegezonden, zonder enquêtelijsjt en zonder het concept 'ik als huisarts'.

Op de testboekjes stond geen naam vermeld. Wel waren zij genummerd. Er was een lijst aangelegd van de namen van de artsen en de corresponderende nummers. Zodoende kon de bewerking anoniem geschieden, terwijl toch achterhaald kon worden welke artsen het testboekje niet hadden ingezonden. Deze artsen ontvingen een rappèl. Uit degenen die ook daarop niet antwoordden, werd een steekproef getrokken. Deze artsen werden eerst schriftelijk en later telefonisch benaderd met het verzoek, de enquête-lijst in elk geval in te vullen. Het doel daarvan was na te gaan of de groep van non-respondenten afweek van degenen die ons wel hadden geantwoord.

In totaal werden 2682 artsen benaderd, van 1647 of ca 61 pct werd antwoord ontvangen. Honderd-vier boekjes moesten terzijde worden gelegd wegens onvolledig of verkeerd invullen (bv twee

kruisjes per regel). Het belangrijkste was natuurlijk het aantal leden en ex-leden van studiegroepen medische psychologie, dat de test had ingevuld.

Hoe groot deze categorie was, was niet bekend, zoals hiervoor reeds bleek. De meest gefundeerde schatting was die van Veldhuyzen van Zanten (1966, p. 44): hij kwam op 466. Wij ontvingen uit deze categorie 399 antwoorden, of 85 pct; 21 incomplete boekjes moesten terzijde worden gelegd. Als men er rekening mee houdt dat een aantal ex-leden door specialisatie, emigratie, neerleggen van de praktijk of overlijden moest zijn afgevallen, is 85 pct een zeer verheugend aantal.

Een tweede zorg werd natuurlijk gevormd door de non-respondenten, 1035 in getal. Zoals gezegd, werden de enquêtelijs-gegevens van een steekproef van 122 van hen verzameld. Vergelijking van deze gegevens met die van de artsen, die wel de test hadden ingevuld, toonde aan dat de enige verschillen waren dat de non-respondenten eerder waren afgestudeerd en langer praktijk deden.

Tabel 2

Verdeling in percentages naar het aantal jaren ervaring als huisarts

jaren ervaring	non-respondenten	respondenten
0— 9	31.1	38.4
10—19	30.3	38.4
20—29	19.3	15.0
30—39	15.1	7.0
40 en >	4.2	1.2
totaal {	100	100
	119	1518
onbekend	3	25

(Zie voor de overige variabelen de desbetreffende tabel in de bijlagen)

Dit duidde erop dat zij ouder waren dan de respondenten. Hierbij zij opgemerkt dat de vraag naar de leeftijd in 30 pct van de ge-

vallen bij dit onderzoek niet was ingevuld, vermoedelijk door een onopvallende plaatsing bovenaan de eerste bladzijde; wij konden daarom deze variabele niet gebruiken.

Wat betekende het feit dat de respondenten als groep wat jonger waren dan de niet-respondenten? De gegevens, die bekend zijn over attitudes van artsen tegenover patienten met psychische aandoeningen geven aan dat deze attitudes gunstiger zijn naarmate de arts jonger is (Blizard).

Voor ons onderzoek betekent dat dus de respondenten afwijken in de richting van een gunstiger attitude t.o.v. patienten met psychiatrische problemen. Deze afwijking treedt hoofdzakelijk op in de categorie van hen die geen lid waren of waren geweest van studiegroepen: hier was het percentage antwoorden 56, terwijl van de studiegroepleden immers 85 pct had geantwoord. Wij menen dan ook dat als dit verschijnsel effect heeft gehad, onze resultaten niet geflatteerd maar afgezwakt zijn — dat wil zeggen, dat de gevonden verschillen tussen leden en niet-leden van studiegroepen waarschijnlijk kleiner zijn dan die welke in werkelijkheid bestonden.

Operationalisering van de hypothesen

Om toetsing van de eerder genoemde hypothesen mogelijk te maken, werden zij als volgt geformuleerd.

1 — Verschillen tussen leden en ex-leden van studiegroepen medische psychologie en artsen, die geen lid zijn of zijn geweest van een studiegroep. Geen verschillen worden verwacht in de beoordeling van patienten met een somatische aandoening, zoals in onze serie de patient met appendicitis. Verschillen zullen wel optreden in de beoordeling van patienten met neurosen en gedragsstoornissen, zoals de patient met agorafobie, de depressieve patient met zelfmoordneigingen en de ouders die hun kind mishandelen. Verschillen zullen ook gevonden worden, maar in geringere mate, bij beelden met een psychogene component (patient met maagulcus). De patient met chronische atypische hoofdpijn zal als neurotisch, die met pijn links in de borst meer als een somatische patient worden gezien. Wat de richting van de voorspelde verschillen aangaat meenden wij, dat de studiegroepleden vergeleken

met de niet-leden een gunstiger beeld van de niet-somatische patienten zouden hebben. Met gunstiger werd daarbij bedoeld, zowel dat wat in de wandel gunstiger wordt genoemd (bv. gezond in plaats van ziek) als ook dat wat de voorkeur verdient als uitgangspunt voor de behandeling (bv. geneeslijk in plaats van ongeneeslijk, begrijpelijk in plaats van onbegrijpelijk). Het tweede vooronderzoek had ons ook het oordeel van een groep psychiaters verschaft als verdere norm om te bepalen wat gunstiger was in onze tweede betekenis van het woord. De twee betekenissen bleken praktisch samen te vallen, voor zover het de tegenstellingsparen in de test betrof. Vandaar de volgende operationele formulering: Bij de beoordeling van de niet-somatische concepten zullen de studiegroepleden een verschuiving te zien geven t.a.v. de niet-groepsleden in de richting van de scores van de psychiaters-adviseurs.

Wij namen daarbij aan dat de psychiaters-adviseurs de bedoelde concepten in grote lijnen op dezelfde manier zouden beoordelen als de psychiaters uit het tweede vooronderzoek. Deze verwachting werd bewaarheid. In concreto betekende dit dat patienten met psychogene afwijkingen door studiegroepleden in het licht van de eerste hypothese moesten worden gezien als begrijpelijker, meer verworven, oprechter enz. dan door niet-leden.

Een aparte veronderstelling werd geformuleerd t.a.v. de schaal 'voor de huisarts - voor de psychiater'. Verwacht werd dat de psychiaters deze patienten sterk zouden zien als behorend bij de psychiater, terwijl de groepsleden meer dan de niet-groepsleden geneigd zouden zijn zelf de verantwoordelijkheid voor dergelijke patienten op zich te nemen en een behandeling in te stellen. Hier zou dus de richting van de verschuiving omgekeerd zijn: de groepsleden zouden in hun oordeel verder van de psychiaters-adviseurs verwijderd zijn dan de niet-groepsleden.

2 - Verschillen tussen leden van studiegroepen medische psychologie en studiegroepen somatische geneeskunde. Verwacht wordt dat bij de leden van studiegroepen somatische geneeskunde de zojuist beschreven attitude-verschuiving niet aantoonbaar is. Daarmee wordt dan aannemelijk dat deze verschuiving niet het gevolg is van een a-specifiek groepsproces.

3 — Verschillen tussen groepsleden, niet-groepsleden en candidaat-leden (d.w.z. zij die van plan waren lid te worden). De profielen van de candidaat-leden zullen liggen tussen die van de leden en de niet-leden. Daarmee wordt steun verleend aan de veronderstelling dat de verschillen tussen leden en niet-leden gedeeltelijk een gevolg zijn van zelf-selectie.

4 — Verschillen tussen groepsleden en niet-leden bij de beoordeling van de concepten: 'de huisarts' en 'ik als huisarts'. Er wordt niet verondersteld dat de groepsleden minder belang zijn gaan toekennen aan hun taak als deskundige op somatisch-medisch gebied. Daarom luidt de voorspelling dat het verschil in attitude t.o.v. 'de huisarts' en 'ik als huisarts' bij beide categorieën artsen even groot zal zijn. Als het verschil bij de groepsleden groter zou wezen, zou dit erop wijzen dat deze artsen bezig waren het contact te verliezen met hun referentiegroep, de huisartsen in het algemeen, die normaliter in de eerste plaats worden beschouwd als deskundig op somatisch gebied. Met referentiegroep wordt hierbij bedoeld de groepering waaraan men normen, waarden en houding pleegt te ontleen.

Statistische bewerking

De twee hoofdgroepen, NHG-leden (1134) en niet-NHG-leden (409) werden verdeeld in vier subgroepen: studiegroepleden, niet-leden, leden van somatische studiegroepen, en artsen die lid waren (geweest) van zowel een somatische studiegroep als een studiegroep medische psychologie. De subgroep niet-leden was in beide gevallen veruit het grootst (NHG 444, niet-NHG 290). Zowel voor NHG als voor niet-NHG werden de uitkomsten van de vier subgroepen op de test onderling vergeleken met behulp van de χ^2 -toets voor zes keer vijf tabellen en de χ^2 -toets voor gemiddelden. Het verschil tussen deze beide χ^2 -en is een maat voor verschillen in verdelingsvorm tussen de vier groepen.* Bij de NHG-leden werd in 26 van de 129 uitgevoerde toetsen een significant verschil gevonden (het aantal toetsen = aantal concepten maal het aantal schalen, ergo $8 \times 12 + 3 \times 11$). Dit aantal gevon-

* H. J. de Jonge, *Medische Statistiek* deel I hfdst. 9.9; deel II hfdst. 21.2

den significanties kreeg een extra reliëf als men bedenkt, dat op de somatische concepten geen verschillen werden verwacht en nage-
noeg niet werden gevonden. Bij de niet-NHG-leden waren minder
significante verschillen. Dit was o.a. toe te schrijven aan de ge-
ringe aantallen artsen die lid van enige studiegroep waren (ge-
weest), vergeleken met de NHG-leden. Opgemerkt mag worden
dat bij deze en alle volgende toetsingen in dit onderzoek een signi-
ficantieniveau van 0.05 werd aangehouden.

Om na te gaan of er verschillen tussen NHG- en niet-NHG-leden
aanwezig waren, werden deze beide groepen, eveneens met de ge-
noemde χ^2 -toetsen, per subgroep vergeleken. Bij het vergelijken
van de niet-studiegroepleden (de grootste groepen) werden geen
significante verschillen gevonden. Het vergelijken van de andere
subgroepen leverde slechts in een zeer gering aantal gevallen een
significantie op. Uit de gemaakte vergelijkingen kon worden ge-
concludeerd tot het laten vervallen van het onderscheid NHG en
niet-NHG.

Inmiddels waren ook de hoofd- en subgroepen bezien op hun
verdeling m.b.t. de enquêtevariabelen. Het aantal vrouwelijke
collegae was zo gering dat met de factor geslacht geen rekening
gehouden hoefde te worden. De verschillen in plaats van afstu-
deren en urbanisatiegraad van de plaats van vestiging waren ge-
ring en alle groepen waren goed gespreid over de provincies.
Tussen wel en niet-NHG-leden traden wat grotere verschillen op
in jaar van afstuderen en aantal jaren ervaring als huisarts (uiter-
aard nauw gecorreleerde variabelen) alsmede praktijkgrootte. Al
met al leverde dus in dit opzicht de verdeling in vier subgroepen
geen problemen op.

Toepassing van de meergenoemde χ^2 -toetsen op de nieuwe tabel-
len waarin NHG- en niet-NHG-leden waren samengevoegd, le-
verde 29 significante verschillen op. Hieruit kon worden gecon-
cludeerd dat de test differentieerde tussen de subgroepen.

De volgende stap was een verdere analyse van gemiddelde scores
per concept in het licht van onze hypothesen. Daarbij werden de
 χ^2 -test voor niveauverschillen en Student's t-toets gebruikt.

Resultaten

1 — Verschillen tussen groepsleden ($n = 378$) en niet-groepsleden ($n = 734$). De significante verschillen tussen deze twee categorieën zijn aangegeven in de volgende tabel. Met één uitzondering zijn alle verschillen in de richting van de gestelde hypothese.

Tabel 3

Toetsing van verschillen in gemiddelde tussen leden van studiegroepen medische psychologie en niet-leden

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk			+					+	onbegrijpelijk
gemakkelijk									moeilijk
voorspelbaar			+					+	onvoorspelbaar
gezond					+	+			ziek
verworven				+		+			aangeboren
geneeslijk							+		ongeneeslijk
moedig								+	laf
zelfstandig	+	+	+	—					onzelfstandig
voor de huisarts					+	+	+	+	voor de psychiater
actief									passief
veranderlijk									onveranderlijk
oprecht									onoprecht

+ verschil in gemiddelde, $p < 0,05$ (twee-zijdige toetsing), in overeenstemming met de hypothese

— idem, maar in tegenspraak met de hypothese

Nummering der concepten

I patient met appendicitis

II patient met maagulcus

III patient met pijn links in de borst

IV patiente die flirt met de arts

V patient met hardnekkige atypische hoofdpijn

VI patient met pleinvrees

VII depressieve patient bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt

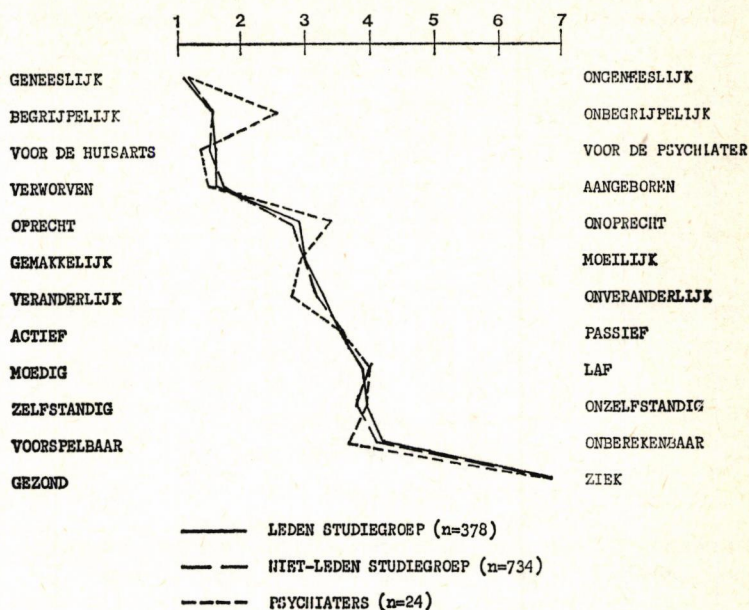
VIII ouders die hun kind mishandelen

Op het zuiver somatische concept, de patient met appendicitis, waren de scores van de twee groepen praktisch gelijk. Het profiel

van de psychiaters vertoonde hier ook grote overeenkomst met dat van de huisartsen (fig. 2). Bij het concept 'een patient met een

Figuur 2

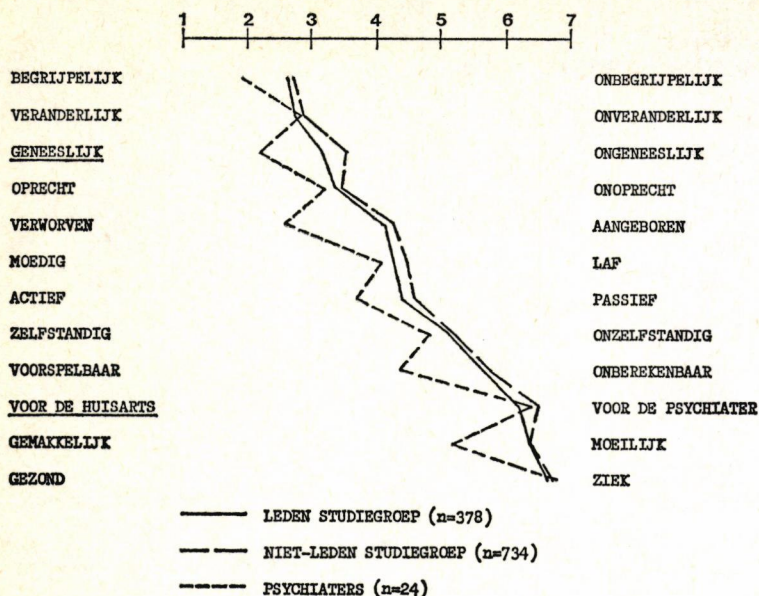
Een patient met appendicitis



maagulcus' trad een significant verschil op tussen de twee categorieën huisartsen op de schaal afhankelijk-onafhankelijk. De groepsleden zagen de patient als wat minder onafhankelijk en neigden daarmee naar de zienswijze van de psychiaters. Het profiel van de groepsleden ligt trouwens op de meeste punten tussen dat van de niet-groepsleden en de psychiaters. Bij de concepten die betrekking hadden op psychische stoornissen en gedragsafwijkingen werden per concept twee tot vier significante verschillen gevonden (fig. 3 en 4). Ook hier lagen de uitslagen van de groepsleden merendeels tussen die van niet-groepsleden en psychiaters in. De verschuiving t.o.v. de niet-groepsleden was overigens gering: maximaal 0,6. De patient met pijn links in de borst leverde drie significante verschillen op, meer dan was verwacht i.v.m. het feit

Figuur 3

Een depressieve patient bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt

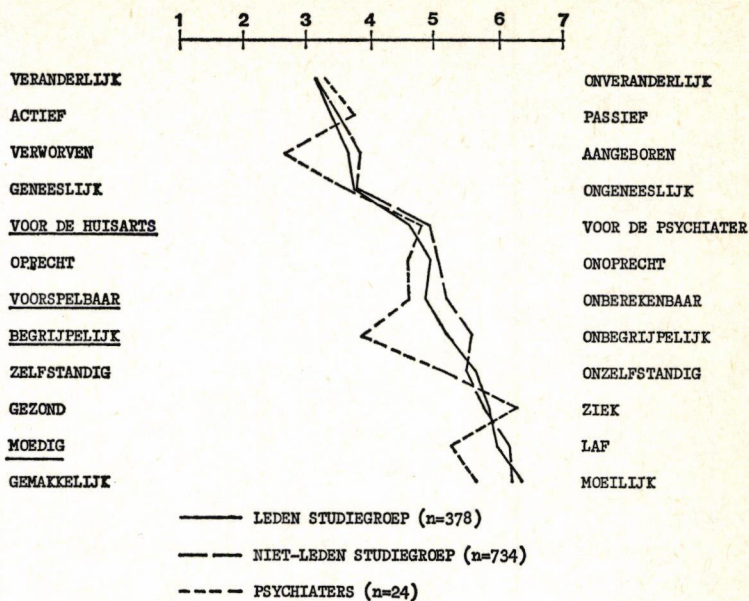


Onderstreepte tegenstellingsparen geven aan dat de gevonden verschillen tussen studiegroepleden en niet-leden significant zijn ($P < 0,05$)

dat deze klacht niet hoefde, maar zeer goed kon wijzen op een lichamelijk lijden. Nader bezien, blijken twee van de aangegeven verschillen zeer klein; met 0,14 en 0,16 zijn het de kleinste in de tabel vermelde waarden. Alleen door de geringe spreiding van de oordelen binnen de twee groepen overschrijden zij de significantiegrens. Klein of niet, de verschillen zijn alle in de voorspelde richting d.w.z. het oordeel van de studiegroepleden ligt dicht bij dat van de psychiater. Men moet vermoedelijk aannemen dat weliswaar deze patient door beide groepen als een waarschijnlijk lichamelijk zieke wordt gezien (daarvoor pleiten hoge scores op: begrijpelijk, verworven, en voor de huisarts), maar dat de gedachte aan eventuele psychogene achtergronden bij de studiegroepleden iets meer leeft.

Figuur 4

Ouders die hun kind mishandelen



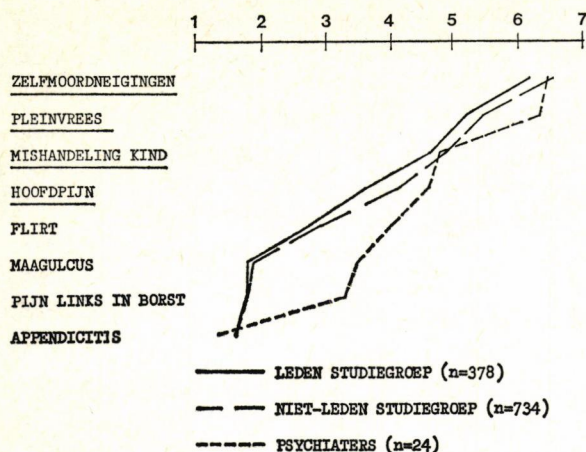
(Voor onderstrepingen zie fig. 3, blz. 64)

De verwachte omkering van de volgorde der scores op de schaal voor de huisarts – voor de psychiater manifesteerde zich. Op deze schaal ligt voor alle concepten de beoordeling van de niet-groepsleden dichter bij die van de psychiaters dan dat bij de groepsleden het geval is (fig. 5). De eerste hypothese was hiermee over het geheel genomen bevestigd.

2 – Verschillen tussen groepsleden en leden van somatische studiegroepen (n = 431). De bovenvermelde systematische attitudeverschuiving werd niet aangetroffen bij de leden van somatische studiegroepen. Deze onderscheiden zich waarschijnlijk op andere punten – overigens door ons niet nader in beschouwing genomen – van de niet-groepsleden. De artsen die zowel van een studiegroep medische psychologie als van een somatische studiegroep lid waren geweest, volgden op deze test het patroon van de

Figuur 5

Schaal: voor de huisarts — voor de psychiater
(Voor onderstrepingen zie fig. 3, blz. 64)



Tabel 4

Toetsing van verschillen in gemiddelde tussen niet-studiegroep-leden en candidaat-leden

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk									onbegrijpelijk
gemakkelijk			+						moeilijk
voorspelbaar									onvoorspelbaar
gezond									ziek
verworven									aangeboren
geneeslijk							-	-	ongeneeslijk
moedig									laf
zelfstandig				+					onzelfstandig
voor de huisarts							+		voor de psychiater
actief									passief
veranderlijk									onveranderlijk
oprecht					+			-	onoprecht

+ verschil in gemiddelde, $p < 0,05$, in overeenstemming met de hypothese
 - idem, maar in tegenspraak met de hypothese
 Zie voor de nummering der concepten tabel 3 (blz. 62)

studiegroepen medische psychologie. Het is dan ook zeer onwaarschijnlijk dat de onder 1 gesignaleerde attitudeverschillen zijn toe te schrijven aan een a-specifiek groepseffect.

3 – Verschillen tussen groepsleden, niet-groepsleden, en kandidaten voor het groepslidmaatschap ($n = 33$). Een aantal artsen uit onze categorieën 2 en 3 hadden op het enquête-formulier ingevuld dat zij van plan waren lid te worden van een studiegroep, eventueel er een op te richten. Overtuigd dat ook hier gold het adagium 'geen woorden, maar daden' informeerden wij zes maanden later of deze voornemens waren gerealiseerd. Dit was bij 33 artsen het geval. De gemiddelden van deze groep waren in het geheel niet in overeenstemming met onze verwachting. De kandidaten namen geen tussenpositie in tussen groepsleden en niet-groepsleden (zie tabel 4, blz. 66).

Hierop was één duidelijke uitzondering te signaleren. Op de schaal 'voor de huisarts – voor de psychiater' gaven de kandidaten bij de 'psychogene' concepten meer dan de niet-groepsleden blijk van een voorkeur voor behandeling door de huisarts. Zij benaderden daarmee duidelijk de attitude van de groepsleden (tabel 5). De hypothese van de zelfselectie als medeoorzaak voor de gevonden verschillen tussen groepsleden en niet-groepsleden werd dus alleen voor de schaal 'voor de huisarts – voor de psychiater' bevestigd; verder werd geen steun gevonden voor deze veronderstelling.

Tabel 5

Gemiddelden van studiegroepleden, kandidaatleden en niet-studiegroepleden op de schaal 'voor de huisarts-voor de psychiater'

concept	studiegroep n = 378	candidaten n = 33	niet-studiegroep n = 734
zelfmoordneiging	6,14	6,15	6,52
pleinvrees	5,21	5,27	5,49
mishandeling	4,62	4,85	4,92
hoofdpijn	3,61	3,64	4,13
flirt	2,74	2,76	2,95
maagulcus	1,78	2,00	1,90
pijn links in de borst	1,78	1,97	1,81
appendicitis	1,63	1,70	1,52

4 — Verschillen tussen groepsleden en niet-groepsleden in hun beoordeling van de concepten: 'de huisarts' en 'ikzelf als huisarts'. Toetsing van de gevonden waarden leverde geen significant verschil op (tabel 6).*

Tabel 6

Waarden voor 'de huisarts' verminderd met de waarden voor 'ik als huisarts'

schaal	studiegroep	niet-studiegroep
op de man af	-.01	.14
ontvankelijk	-.13	.03
begrijpelijk	-.38	-.17
gemakkelijk	.35	.58
ongevaarlijk	.31	.31
voorspelbaar	.16	.19
gezond	.32	.29
goed	-.37	-.36
niet beklemmend	.02	.08
aktief	-.20	-.26
gelukkige jeugd	.57	.62

Deze bevinding steunt de gestelde hypothese dat er geen tekenen zouden zijn dat de groepsleden minder belang zijn gaan toekennen aan hun taak op somatisch terrein.

Het hypothese-toetsende gedeelte van dit project was nu afgesloten. Het leek nuttig de gegevens thans exploratief te gaan gebruiken.

De uitkomsten tot nu toe wezen erop dat het lidmaatschap van een studiegroep medische psychologie inderdaad een attitudeverschuiving bewerkstelligde. Men kon zich afvragen of uit onze gegevens iets af te leiden viel over de snelheid en het verloop van dit proces. Verder is het duidelijk dat als in het materiaal een geleidelijke groei van de attitudeverschuiving bij langere duur van het groeps-lidmaatschap aantoonbaar was, dit onze bevinding m.b.t. de zelfselectie zou steunen. De artsen die ten tijde van het

* Hierbij werd gebruikgemaakt van Student's t-toets voor gepaarde waarnemingen.

onderzoek lid waren van een studiegroep werden daarom verdeeld in subcategorieën met een lidmaatschap van: twee jaar of minder, twee tot vijf jaar, en vijf jaar of meer. De profielen van deze subgroepen werden vergeleken maar er werden geen tekenen gevonden van een systematische groei (of afname) van attitudeverschillen in de loop van de tijd (zie bijlagen). Het blijft natuurlijk mogelijk dat dit in de periode tot twee jaar wel te vinden zou zijn, maar het materiaal was zo samengesteld dat dit niet was na te gaan.

Een tweede berekening was gericht op de effecten van een bepaalde trainingsvorm. Inlichtingen over de gebruikte groepsprocedures waren destijds door de diverse huisartsen-discussieleiders en de psychiaters-adviseurs verstrekt aan Van Bork voor diens onderzoek. Hij was zo welwillend, ons die inlichtingen ter beschikking te stellen, en waar nodig konden aanvullende gegevens worden ingewonnen. Het oorspronkelijke plan was, met deze gegevens alle groepsleden in te delen volgens ondergane trainingsvorm en de hieruit resulterende groeperingen te vergelijken. Tenslotte bleek maar een van deze groepen groot genoeg en uniform genoeg qua gevolgde groepsprocedure, om statistisch nader geanalyseerd te worden. Deze categorie werd gevormd door de groepen die de Balint-methode toepasten en een psycho-analyticus als psychiater-adviseur hadden. Naar de opvatting van Balint (1966) namelijk is een psycho-analytische opleiding noodzakelijk voor het vervullen van de rol van psychiater-adviseur in een studiegroep van het Balint-type. Het aantal artsen in de aldus gevormde groep bedroeg 90. Het resultaat van de toetsing der verschillen in gemiddelden tussen Balintgroep-leden en overige studiegroepleden is hieronder weergegeven. Een systematisch verschil ten gunste van een van beide categorieën werd niet gevonden.*

Tot slot de oordelen van de psychiater-adviseurs, bezien in vergelijking met die van de groepsleden. Wij zullen ons bezighouden

* In eerdere publicaties (De Boer et al. 1969, 1970) werd een verschil ten gunste van de Balintgroep-leden gemeld. Deze conclusie moet op grond van een nadere analyse der gegevens worden teruggenomen.

Tabel 7

Toetsing van verschillen in gemiddelde tussen leden van Balint-groepen en overige studiegroepen medische psychologie

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk									onbegrijpelijk
gemakkelijk							+		moeilijk
voorspelbaar					+				onvoorspelbaar
gezond								+	ziek
verworven									aangeboren
geneeslijk					-				ongeneeslijk
moedig									laf
zelfstandig		-	-						onzelfstandig
voor de huisarts				+					voor de psychiater
actief									passief
veranderlijk									onveranderlijk
oprecht									onoprecht

+ verschil in gemiddelde, $p < 0.05$. Balintgroep-leden vertonen de in hypothesen I voorspelde verschijnselen het sterkst

- verschil in gemiddelde, $p < 0.05$. Leden van overige studiegroepen vertonen de voorspelde verschijnselen het sterkst

Zie voor de nummering der concepten tabel 3 (blz. 62)

met enkele punten van verschil en overeenstemming in de attitudes t.o.v. de patient-concepten. Daarbij wordt de flirtende patient buiten beschouwing gelaten. Dit concept leek bij het ontwerpen van de test interessant, omdat het duidelijk betrekking had op een element in de arts-patient-relatie. Hier echter boezemt ons de beeldvorming t.a.v. patienten met verschillende ziektebeelden belang in. Wat bij deze vergelijking gedaan wordt is uiteraard niet anders dan constateren en speculeren achteraf. Vermeld mag worden dat van de 43 aangeschreven psychiaters-adviseurs 24 een bruikbaar antwoord instuurden.

Als men de gemiddelde scores van groepsleden en psychiaters op de door ons aangeboden schalen beziet, dan valt op de grotere spreiding van deze waarden bij de huisartsen. Blijkbaar maken zij een groter onderscheid tussen de diverse patienten. Dit gaat op

Tabel 8

Gemiddelden van psychiaters en studiegroepleden voor de patient-concepten

psychiaters (n = 24)

schaal	concept							schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
begrijpelijk	2.58	2.42	2.46	1.93	3.88	1.92	3.33	onbegrijpelijk
gemakkelijk	2.96	3.96	4.50	5.17	5.67	5.13	5.63	moeilijk
voorspelbaar	3.67	3.58	3.58	4.42	4.62	2.67	3.92	onvoorspelbaar
gezond	6.79	6.17	6.21	6.79	6.25	6.08	6.00	ziek
verworven	1.50	2.17	2.25	2.58	2.67	2.00	2.87	aangeboren
geneeslijk	1.50	2.58	2.12	2.17	3.58	2.46	3.42	ongeneeslijk
moedig	4.00	4.25	4.12	4.08	5.25	4.00	3.92	laf
zelfstandig	3.96	4.46	4.58	4.79	5.21	5.75	4.42	onzelfstandig
voor de huisarts	1.37	3.29	3.50	6.46	4.79	6.37	4.62	voor de psychiater
actief	3.63	4.04	3.79	3.75	3.71	4.83	4.04	passief
veranderlijk	2.83	2.96	2.75	2.79	3.29	2.58	3.79	onveranderlijk
oprecht	3.42	3.42	3.38	3.21	4.58	3.50	3.63	onoprecht

studiegroep (n = 378)

schaal	concept							schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
begrijpelijk	1.48	1.90	1.77	2.59	5.18	3.37	3.56	onbegrijpelijk
gemakkelijk	3.06	4.65	3.94	6.36	6.33	6.03	6.33	moeilijk
voorspelbaar	4.15	4.16	3.40	5.67	4.86	3.99	4.80	onvoorspelbaar
gezond	6.77	5.19	6.13	6.70	5.86	6.01	5.78	ziek
verworven	1.61	2.14	2.41	4.13	3.65	3.08	3.03	aangeboren
geneeslijk	1.13	2.55	1.85	3.22	3.76	3.60	3.41	ongeneeslijk
moedig	3.85	4.14	4.00	4.32	5.99	4.32	4.28	laf
zelfstandig	3.94	4.23	4.37	5.05	5.70	5.51	5.00	onzelfstandig
voor de huisarts	1.63	1.78	1.78	6.14	4.62	5.21	3.61	voor de psychiater
actief	3.62	3.32	3.13	4.37	3.42	4.38	4.24	passief
veranderlijk	3.30	2.80	2.89	2.76	3.14	3.67	3.22	onveranderlijk
oprecht	2.95	3.18	3.09	3.37	4.95	3.14	3.89	onoprecht

Nummering der concepten:

I patient met appendicitis

II patient met pijn links in de borst

- III patient met een maagulcus
- IV een depressieve patient bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt
- V ouders die hun kind mishandelen
- VI een patient met pleinvrees
- VII een patient met hardnekkige atypische hoofdpijn

voor negen van de twaalf schalen. De uitzonderingen zijn: zelfstandig - onzelfstandig, voor de huisarts - voor de psychiater, veranderlijk - onveranderlijk. Toetsen we de verschillen van de uiterste waarden tussen beide groepen, dan blijkt het verschil significant te zijn. (Student's toets voor gepaarde waarnemingen; $p < 0,025$). Een belangrijke factor is, dat de huisartsen zich over de ouders die hun kind mishandelen, extremer uitlaten dan de psychiaters. Maar ook als men dit concept buiten beschouwing laat blijft het oordeel van de groepsleden meer gespreid.

Men mag hier overigens niet uit concluderen dat kindermishandeling voor de psychiaters een tamelijk neutraal begrip was; evenals de huisartsen vonden zij van alle patienten deze ouders het minst begrijpelijk, het moeilijkst, het minst geneeslijk, het lafst, en het minst oprecht. Zowel bij psychiaters als bij groepsleden lag dit concept op zes schalen aan een van de twee uitersten van hun beoordelingsspectrum - en wel de ongunstige pool.

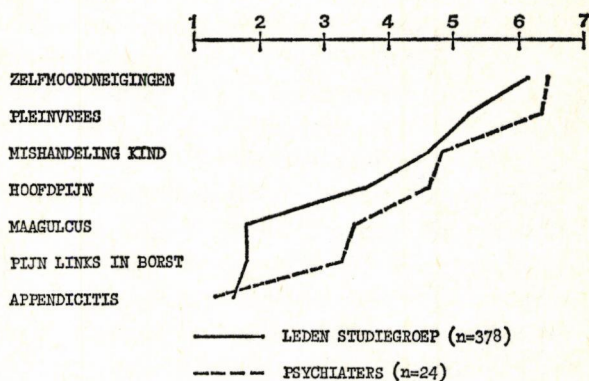
Anders was dit bij de patient met appendicitis. Deze vormde voor de huisartsen op acht, voor de psychiaters op zes schalen de gunstige pool van het beoordelingsgamma (waarbij wij met prijzenswaardige bescheidenheid 'voor de huisarts' gunstig, en 'voor de psychiater' ongunstig noemen). Daarnaast wordt de appendicitis-patient door beide groepen als het ziekst gezien. Appendicitis en kindermishandeling krijgen dus zowel voor groepsleden als adviseurs een aparte plaats in onze reeks concepten.

Voor de psychiaters zijn bovendien opvallend de scores voor de patient met hardnekkige atypische hoofdpijn. Laat men namelijk de ouders die hun kind mishandelen buiten beschouwing, dan is deze hoofdpijnpatient het minst begrijpelijk, het moeilijkst, het minst verworven, het minst geneeslijk en het veranderlijkst. Hij is dan ook nog het gezondst, het moedigst en het minst oprecht, maar op deze drie schalen zijn de onderlinge verschillen zo gering dat daaraan geen waarde mag worden gehecht. Al bij al lijkt deze

patient speciaal voor de psychiater een probleem te vormen. De rangorde die de twee groepen aanbrengen onder de concepten op de schaal 'voor de huisarts - voor de psychiater' is identiek. Op dit belangrijke punt is er dus kwalitatief geen verschil van mening. Enkele details echter zijn de moeite van het vermelden waard (fig. 6). Bij de huisartsen vinden wij een haast gelijke be-

Figuur 6

Schaal: voor de huisarts — voor de psychiater



oordeling van de concepten appendicitis, pijn links in de borst en maagulus. De overige concepten liggen gelijkmatig gespreid over een traject van 3,61 tot 6,14 dat eindigt bij de suicidale patient, die het meest 'voor de psychiater' is. Bij de psychiaters is de appendicitis een typisch 'voor de huisarts' concept met een score van 1,37. De suicidale en de agorafobie-patient horen met 6,46 en 6,37 duidelijk bij de psychiater. De overige concepten zijn op een betrekkelijk smal middentraject gegroepeerd tussen 3,29 en 4,79. Natuurlijk zijn verschillende verklaringen denkbaar, maar men moet zich toch wel serieus de vraag voorleggen of de psychosomatische theorie t.a.v. zijn therapeutische consequenties bij de huisartsen misschien niet zo erg hoog genoteerd staat. Het zou kunnen zijn dat psychiaters en huisartsen, die met elkaar spreken over psychische mede-oorzaken van een ulcus-lijden, daaraan in feite een heel ander accent geven. Een ander, wat minder opvallend verschil tussen beide profielen is dat de psychiaters alle pa-

tienten, op het appendicitis-concept na, meer als 'voor de psychiater' beoordelen dan de huisartsen dat doen. De scores van de twee groepen verschillen vier maal meer dan een vol punt. Een ieder bekijkt uiteraard het veld der geneeskunde vanuit zijn eigen gezichtshoek.

Bij de opmerkingen over deze schaal zijn geen statistische toetsen vermeld; dit zal ook in het hieronder volgende niet gebeuren. Voor de terreinverkenning waarom het nu gaat, lijkt het signaleren van groepjes waarnemingen die in dezelfde richting wijzen, belangrijker dan het voor elke uitkomst apart berekenen van een significantieniveau. Wie op dit gebied toch enig houvast wil hebben kan als vuistregel aanhouden dat een verschil van $\pm 0,70$ in de regel significant is bij een drempelwaarde van 0,05.

In overeenstemming met de rangordening op de 'voor huisarts — voor psychiater' schaal, vinden wij dat de drie (semi-)somatische concepten de huisarts begrijpelijker toeschijnen dan de overige. In overeenstemming met hun rangordening vinden de psychiaters de (semi-)somatische patienten minder begrijpelijk dan de huisartsen, en de twee hun het naast staande concepten t.w. de suïcidale en de agorafobie-patient het begrijpelijkst van allen.

Het kindermishandelingsconcept, hoewel het minst begrijpelijk, krijgt toch nog een veel lagere score dan bij de huisartsen. De verschillen op deze schaal zijn drie maal groter dan 1, en driemaal groter dan 0,5. Daarbij valt op dat de psychiaters wel de drie (semi-)somatische concepten beoordelen als gemakkelijker dan de overige, evenals de huisartsen dat doen. Maar alle vier overige concepten zijn voor de adviseurs toch wel minder moeilijk dan voor de groepsleden: het verschil is één maal groter dan één, en drie maal groter dan 0,5. Vier patienten worden door de psychiaters voorspelbaar gevonden dan door de huisarts: de suïcidale en de agorafobie-patient (verschil > 1) en de patienten met hoofdpijn en pijn links in de borst (verschil $> 0,5$).

Heel duidelijke verschillen zijn er in de attitudes van de twee groepen t.a.v. alweer de suïcidale en de agorafobie-patient. Beide concepten worden door de adviseurs gezien als begrijpelijker, makkelijker, meer voorspelbaar en verworven, en geneeslijker (alle verschillen > 1). Daarbij komt voor de suïcidale patient een gro-

tere activiteit (verschil $> 0,5$). De pleinvrees-patient wordt gezien als meer voor de psychiater en veranderlijker (verschillen > 1).

Het zou niet verantwoord zijn aan deze opsomming verdere speculaties te verbinden. Het is integendeel nodig nog een bedenking te opperen, voordat van deze vergelijking tussen de partners in de studiegroepen kan worden afgestapt. Psychiaters en huisartsen werken niet op hetzelfde terrein der geneeskunde. Het kan daardoor zijn dat dezelfde woorden voor hen een enigszins verschillende inhoud hebben. Het woord 'begrijpelijk' zou bv. voor de huisartsen meer een accent van causaal verklaarbaar, voor de psychiaters een betekenis van invoelbaar kunnen hebben. De patient met pijn links in de borst zal in de huisartsenpraktijk misschien vaker een hartaandoening hebben dan de patient met dezelfde klacht in de psychiatrische praktijk. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de testuitslagen is dus geboden.

Bespreking van de resultaten

Zoals gebruikelijk beantwoordde dit onderzoek enkele vragen en wierp een aantal andere op. De voornaamste conclusie is dat scholing in studiegroepen medische psychologie over het geheel genomen bij de artsen een gunstiger attitude aankweekt t.o.v. patienten met psychische problemen. Deze slotsom wordt getrokken uit drie bevindingen:

- 1 — de attitudes van groepsleden zijn gunstiger dan die van niet-groepsleden;
- 2 — vergelijking met leden van studiegroepen somatische geneeskunde toont aan dat de attitudeverschillen niet kunnen worden toegeschreven aan a-specifieke groepsinvloeden;
- 3 — de verschillen zijn niet veroorzaakt door zelfselectie, getuige de profielen van kandidaten voor het groepslidmaatschap; een uitzondering dient hierbij gemaakt te worden voor de attitude t.o.v. behandeling door de huisarts.

Na deze constatering rijst een aantal vragen. Wat is bijvoorbeeld de optimale attitudeverschuiving? Anders gezegd: wij vonden statistisch significante verschillen, consistent maar betrekkelijk klein. Zijn dit attitudeverschillen die werkelijk verschil maken bij de be-

handeling van de patient? Wij weten het niet. Vooralsnog kan men alleen zeggen dat het in elk geval teleurstellend was geweest als er geen tekenen waren geweest van een attitudeverandering.

Een andere vraag is: hoe lang duurt het om een bepaalde mate van attitudewijziging teweeg te brengen? Wat is in dit opzicht de optimale levensduur van een studiegroep? Onze vergelijking van categorieën artsen met verschillende lidmaatschapsduur bracht geen antwoord op deze vraag. Daarmee ontviel ons ook een verdere steun voor de bevindingen inzake de zelf-selectie hypothese. Een mogelijk verklaring voor dit negatieve resultaat ligt in het feit dat de onderzochte populatie verre van homogeen was.

Met het oog op de grote verschillen in groepsprocedure immers zou men geneigd zijn overeenkomstige verschillen te verwachten tussen de diverse groepen t.a.v. snelheid en duurzaamheid van de attitudeverandering. Dit in aanmerking nemende mag men zich misschien zelfs verwonderen over de consistente verschuivingen die gevonden werden. Wellicht is tenminste één factor werkzaam, die alle groepen gemeen hebben: geregelde gesprekken over mensen met psychische problemen met een als deskundig beschouwde collega, wiens attitude duidelijk verschilt van die van de huisarts. Het valt te betreuren dat gegevens over het effect van specifieke trainingsmethoden alleen voor de Balint-techniek verkregen konden worden. Het is daardoor niet duidelijk geworden, op welke wijze men het meeste invloed op de attitude t.o.v. patienten kan uitoefenen.

De gegevens betreffende de artsen die voornemens waren lid te worden van een studiegroep, stemmen tot nadenken. Zij waren blijkbaar niet van het begin af al psychologisch georiënteerd, maar gaven blijk van een behoefte in staat te zijn niet alleen de somatische patient te diagnostiseren en behandelen, maar ook die met psychische problemen. Zoekt althans een aantal artsen scholing door studiegroepen meer op grond van opvattingen over hun eigen rol en beroep dan van hun ideeën over patienten met psychogene klachten? Men zou het aantal vragen haast naar believen kunnen uitbreiden. Wij willen het echter hierbij laten, om over te gaan tot een beschrijving van wel en wee van het tweede evaluatieproject.

5

Het rollenspel-project: voorbereiding

In een vorig hoofdstuk is besproken, dat wij met deze studie een inzicht hoopten te krijgen in de wijze, waarop artsen met twee verschillende soorten training, en zonder training, een diagnostisch gesprek van langere duur voerden met een patient bij wie psychische problemen werden vermoed.

Zowel een inventarisatie van interviewmethoden van de huisarts in het algemeen, als een bepaling en vergelijking van de effecten van de trainingsmethoden stond ons daarbij voor ogen. Dit onderzoek was wederom geen eenmanswerk. Het werd oorspronkelijk uitgevoerd door dezelfde staf als bij het attitude-project; in de latere fasen vielen Van der Meer en Van Schaik af wegens vertrek. Prof. de Kock van Leeuwen en prof. Koekebakker gaven veel adviezen op methodologisch- en beleidsgebied. Tenslotte werd aan het onderzoek meegewerkt door een aantal beoordeelers, die later genoemd zullen worden.

Eerst zullen nu worden besproken de samenstelling van de groep artsen bij wie het onderzoek werd verricht, de verwerving van het basismateriaal, t.w. de geluidsbanden van de arts-patient-gesprekken, en de wijzen waarop getracht werd de interviews te beoordelen.

Samenstelling van de proefgroep

Zoals reeds gezegd, bleken er bij een nadere beschouwing maar twee groepstypen te zijn met een enigszins uniforme, duidelijk omschreven opvatting over systeem en doel van de scholing. Dat waren de Balint- en de gespreksanalysegroepen. Hieruit moest dus gekozen worden. Voor de Balint-groepen deed zich daarbij

het probleem voor, hoe lang zij al gefunctioneerd moesten hebben. Bij een te jonge groep immers zou men nog weinig effect van de scholing kunnen verwachten. Tenslotte werden twee groepen uitgekozen, beide volgens de huisarts-discussieleider en de psychiater-adviseur werkende volgens de Balint-methode, en met een psycho-analyticus als adviseur. De ene groep bestond drie, de andere vijf jaar. Het aantal leden was resp. zeven en zes. Volgens de rollenspel-gespreksanalyse-methode functioneerde in die tijd één groep, met een tevoren vastgesteld driejarig curriculum, waarvan het laatste jaar juist zou beginnen. Deze groep had acht leden. Bovendien had het Nederlands Huisartsen Genootschap kort tevoren een zich over vele maanden uitstrekkende cursus georganiseerd voor een aantal huisartsen. Daarin was ook een gesprekstraining met behulp van rollenspel en gespreksanalyse opgenomen.

Uiteraard kon men deze cursisten niet gelijk stellen met de zojuist genoemde studiegroep met het driejarige curriculum. Gezien echter de fundamentele overeenkomst in trainingsmethode en doel voor zover het de gespreksscholing betrof, werd besloten de op bereisbare afstand wonende ex-cursisten ook te benaderen; dit waren er zes.

Toen deze lijst eenmaal was opgesteld, werd voor alle vier groepen een controlegroep samengesteld, die half zo groot was. In verband met de toch al zo aanzienlijke reistijd werd daarvoor gekeken in de provincie Zuid-Holland, in Den Haag en omgeving. Gezocht werd naar gemeenten in dezelfde orde van grootte als die waarin de leden van de studiegroepen woonden. Als tweede stap werd nagegaan of in deze gemeenten artsen woonden, die de semantische differentiaal hadden ingestuurd; dit vormde immers enige aanwijzing dat zij in principe interesse hadden voor dat deel van het huisartsenwerk, dat verband hield met psychische problemen bij patienten. De sexe en het jaar van afstuderen in aanmerking genomen, probeerden wij uit deze artsen voor elke studiegroep een controlegroep samen te stellen. Een enkele keer overigens moest worden gezocht onder hen die geen testformulier hadden toegestuurd gekregen. Voor de Balint-groepen werden tenslotte resp. drie en vier artsen als controle genomen, en dezelfde

aantallen voor de twee gespreksanalyse-groepen.

De studiegroepen waren toen al geruime tijd tevoren benaderd met het verzoek, hun medewerking te verlenen aan het project. Alle drie groepen waren bereid mij in een van hun bijeenkomsten te ontvangen om een uiteenzetting van de plannen te geven.

Over de voor- en nadelen van het ontwerp werd gediscussieerd, en elke keer was men bereid, zijn volle medewerking te verlenen, zowel wat het opnemen van een aantal groepszittingen op de band betrof, als wat de latere fase aanging, waarin de artsen individueel een gesprek met de pseudo-patiënte zouden hebben.

De ex-cursisten van het N.H.G. en de artsen die voor de controle-groep moesten worden gerecruteerd werden individueel aan huis benaderd. Ook aan hen werd volledige opening van zaken gegeven over het onderzoeksplan. Slechts één voor de controlegroep bestemde arts weigerde.

Het is hier zeker de plaats om op te merken dat sombere prognoses van sommige kanten over de te verwachten hulp van de huisartsen, volledig werden gelogenstraft. Wij zijn onder de indruk geraakt van de royale medewerking van deze collegae, zonder wie het onderzoek onmogelijk was geweest. In hoeverre dit te danken was aan de geloofsbrieven ons door het N.H.I. verstrekt, is moeilijk na te gaan. In elk geval werd duidelijk dat huisartsen zeker bereid zijn zich moeite te getroosten ten behoeve van onderzoek dat zij nuttig oordelen, ook al komen er voor henzelf geen directe baten uit voort.

Dit alles geldt ook ten volle voor een andere groep van zeven artsen, die het mogelijk maakten een vooronderzoek te verrichten, waarover later meer.

Verzameling van het basismateriaal

Alle drie studiegroepen maakten gedurende zes maanden opnamen van hun zittingen. De vacaties in aanmerking genomen lag de frequentie van de bijeenkomsten tussen eens in de twee of drie weken. Na afloop van het halve jaar werd aan de groepen de gelegenheid gegeven, maximaal drie behandelde gevallen als niet-geslaagde discussie-onderwerpen te kenmerken. Deze patienten zouden dan buiten beschouwing worden gelaten bij de constructie

van het ziektegeval voor het onderzoek. Geen van de groepen maakten van deze gelegenheid gebruik. Alle groepen waren van oordeel dat de banden een goede indruk gaven van hun manier van werken.

Geheel zonder invloed bleef de introductie van het onderzoek niet. Eén psychiater-adviseur meende op te merken dat de eerste keren na mijn bezoek de groep zich hechter aaneen sloot en zich ook positiever over de adviseur uitte. Een andere groep maakte het uitreden van een van de leden mee en begon bovendien in de twee laatste zittingen in afwijking van de daarvoor gevolgde procedure met rollenspel. Men kan uiteraard van mening verschillen over de vraag of het aangekondigde onderzoek hier van invloed was. In elk geval bleek tot onze opluchting het rollenspel zeer fragmentarisch te zijn en niet voor enige gespreksanalyse gebruikt te worden; in feite gingen de groepsleden door met hun normale discussie, die ook zodanig door de adviseur werd gehanteerd.

Alle banden werden afgeluisterd en van de behandelde gevallen werden excerpten gemaakt. Daaruit resulteerde dus voor elke groep een lijst van patienten, inclusief een overzicht van de gevoerde discussie en getrokken conclusies.

In principe kon nu worden volstaan met het schrijven van een ziektegeschiedenis per groep aan de hand van één of meer gevallen uit de betrokken lijst. De N.H.G.-cursisten zouden de patient gepresenteerd krijgen, die voor de gespreksanalyse-studiegroep werd ontworpen. Van de cursus bestonden nu eenmaal geen bandverslagen, zodat wij voor deze groep toch geen patient 'op maat' konden maken. Nu was inderdaad het voornemen in de eerste plaats om te zien wat er a.h.w. bij de artsen bleef hangen van een discussie over een bepaald geval, wat logischerwijs moest uitmonden in drie verschillende aan te bieden patienten, die elk voor zich aansloten op iets dat in de bijbehorende groep was behandeld. Maar het zou natuurlijk ideaal zijn als dit alles in één en dezelfde ziektegeschiedenis kon worden verenigd. Om te zien of dit mogelijk zou zijn werd op advies van en ten dele door prof. Jaspars de volgende procedure gehanteerd.

In de eerste plaats werden voor elke groep drie behandelde gevallen uit-

gekozen. Daarbij werd de voorkeur gegeven aan gevallen die duidelijk uit de presentatie naar voren waren gekomen, en waarbij een discussie van enige duur geleid had tot een zekere communis opinio, terwijl de behandeling in de groep ook duidelijk was afgerond. Er resulteerde een lijst van negen gevallen. Hieruit werden twaalf combinaties van drie gevallen gevormd, waarbij telkens bezien werd in welk opzicht één geval van de twee andere uit het trio verschilde. Omdat één drietal twee van dit soort bijzonderheden opleverde, ontstond een lijst van dertien kenmerken, waarop gevallen van elkaar konden verschillen.

Uiteraard was het mogelijk geweest meer dan twaalf combinaties te vormen uit de negen gevallen, maar daarvan mocht slechts een kleine meeropbrengst verwacht worden. De negen casus werden toen alle gescored op het al of niet voorhanden zijn van de dertien kenmerken. Daarna werd van elk kenmerk geteld hoe vaak het in het totaal voorkwam. Theoretisch lag het gemiddelde natuurlijk bij vier-en-een-half en men kon dus een gemeenschappelijke patient specificeren door de rij van kenmerken langs te gaan en afhankelijk van de score, hoger of lager dan vier-en-een-half, te bepalen dat de te ontwerpen patient het kenmerk wel of niet moest hebben.

Toen deze specificatie-lijst er was werd hij vergeleken met de patienten uit de drie groepen om te zien, met welke patient voor elke groep de grootste overeenkomst bestond. Deze overeenkomst kon worden uitgedrukt in procenten, uitgaande van het aantal werkelijk overeenkomende kenmerken, gedeeld door het totale aantal van dertien kenmerken. Zo kwam men voor de meest aansluitende patient van groep één op 59 pct, groep twee op 81 pct, groep drie op 74 pct.

Hoeveel was van de specificiteit van elke groep verloren gegaan? Daarvoor werden de zojuist geschetste calculaties herhaald, nu niet over alle negen, maar over de drie gevallen van elke groep. Daaruit bleek dat als men voor elke groep een eigen 'gemiddelde' patient creëerde, de overeenstemming met de best aansluitende patient in groep één 70 pct was, groep twee 83 pct, groep drie 77 pct.

De gebrachte offers leken op zich niet te groot. Wel was het verschil in aansluiting op de gemeenschappelijke patient tussen groep één met 59 pct enerzijds en twee en drie met 81 en 74 pct anderzijds, te groot. Daarom werd besloten, de lijst van kenmerken van de gemeenschappelijke patient iets te wijzigen in de richting van het materiaal uit groep één, door op twee kenmerken met gering gewicht het teken (al of niet aanwezig zijn) te veranderen. Het gewicht werd als volgt toegekend. Waar vier-en-een-half het theoretische gemiddelde was, werd het gewicht bepaald door de absolute waarde van het verschil tussen vier-en-een-half en de werkelijk gevonden score per kenmerk over de negen gevallen. Dit verschil gaf immers aan of het kenmerk bij veruit het merendeel van de gevallen aanwezig was, of dat het een betrekkelijk 'neutrale' zaak was, die zowel posi-

tief als negatief kon uitvallen. Na het uitvoeren van deze operatie was de overeenstemming met de best aansluitende patient uit de diverse groepen meer gelijkelijk verdeeld: groep één 68 pct, groep twee 75 pct, groep drie 64 pct.

Er lag toen dus een lijst van dertien kenmerken, waarop een gemeenschappelijke patient gemodelleerd zou moeten worden. De kenmerken waren bv. gehuwd, acuut probleem, geen karakterneurose, monosymptomatisch beeld, geen agrerend gedrag etc. Nadat deze grootste gemene deler voor de drie groepen op zo vernuftige wijze was opgespoord, was het voor mij een teleurstelling te ervaren dat ik geen kans zag om van dit geraamte een mens van vlees en bloed te maken, d.w.z. op deze basis een min of meer levens-echte patient te bedenken, die inderdaad aansloot op het behandelde materiaal in elke groep.

Uiteindelijk werd daarom toch teruggegrepen op het ontwerpen van drie verschillende patienten, voor elke groep (met bijbehorende controlegroep) één. Men zal zich misschien afvragen waarom de beschrijving van deze mislukte poging niet achterwege is gelaten. Dit geldt ook voor nog te beschrijven andere mislukkingen in dit project. De reden om er niet aan voorbij te gaan, is tweeledig. Primair kan voor een volgende onderzoeker een schip op het strand een baken in zee zijn. In de tweede plaats is het denkbaar dat de methode, die hier tevergeefs werd aangewend, in een andere studie met vrucht gebruikt kan worden.

Drie verschillende patienten dus. Deze moesten wel aan een aantal gemeenschappelijke vereisten voldoen. De sexe van de patient moest voor alle drie de gevallen dezelfde zijn, opdat dezelfde vertolk(st)er bij alle artsen de patient kon uitbeelden. Gezien het improviserend karakter van een rollenspel moest hieraan de hand worden gehouden, wilden de diverse gesprekken enigszins vergelijkbaar zijn. Verder moest de problematiek in één gesprek op te sporen zijn. Niet alleen zou dit voor de artsen het meest bevredigend wezen, maar ook bij de beoordeling kon dan het al of niet gevonden zijn van de problematiek een maat vormen voor de efficiency van het gesprek. Om de diagnostiek niet te verwarrend te maken leek het verder het beste om een acuut beeld bij een

voordien normaal functionerende persoonlijkheid aan te bieden. Chronisch-neurotische symptomen bijvoorbeeld konden aanleiding geven tot tijdrovende anamneses, die maar een zeer beperkt beeld zouden geven van de wijze waarop huisartsen gesprekken hanteren. Op grond van deze overwegingen kwamen de volgende 'gevallen' tot stand.*

1 – Een 29-jarige vrouw, moeder van twee kinderen, bij wie de internist klinische observatie noodzakelijk acht wegens een ernstige hypertensie met secundaire veranderingen in fundus. Patiente weigert echter zich te laten opnemen. De problematiek achter deze weigering is dat zij enige maanden tevoren door onoplettendheid op de fiets is aangereden door een auto. Haar zoontje, dat achterop zat, kreeg een contusio cerebri en in aansluiting daaraan epileptische equivalenten, bestaande uit kortdurende droomtoestanden. Zijn toestand gaat vooruit en is medisch gezien bevredigend, maar de moeder wil op grond van schuldgevoelens het zoontje niet in de steek laten.

Het geval van groep één, waarop deze ziektegeschiedenis was geïnspireerd, was dat van een moeder, bij wie de gynaecoloog opname noodzakelijk achtte wegens een verdenking op een tumor. Patiente weigerde zich te laten opnemen, ook toen de huisarts haar zei dat ze dood zou gaan als zij niet naar het ziekenhuis ging. De slotconclusie, naar voren gebracht door de psychiater, was dat overredingspogingen geen verdere zin hadden, en dat de arts eerst te weten moest komen, waarom de patiente niet naar het ziekenhuis wilde: of zij bv. vroeger een onaangename ervaring met een ziekenhuis had gehad.

Bij dit geval, en ook bij de andere gevallen werd in het onderzoek verondersteld dat de arts die het gesprek voerde, kort tevoren de patiente voor het eerst op het spreekuur had gezien. Zij was bij hem gekomen, omdat – in dit geval – de vorige huisarts de

* Veel dank ben ik verschuldigd aan mevr. dr. J. J. Frets-van Buuren, voor haar hulp bij het bedenken van de casus, en aan mej. C. L. D. Ch. Bruins, prof. dr. J. van der Sluys Veer, dr. J. C. van Wieringen en collega M. R. Mackenzie, die een vaktechnisch overtuigende vorm gaven aan resp. de kindercardiologische, internistische, pediatrische en gynaecologische problemen, die wij de patienten hadden toebedacht.

praktijk had neergelegd. Tijdens het spreekuurbezoek had de arts een langer gesprek noodzakelijk geacht, en daarvoor een afspraak gemaakt. Het ontworpen geval viel dan ook uiteen in twee delen, nl. ten eerste de gegevens, die de huisarts had verkregen tijdens het spreekuurbezoek en eventueel daarna door het opvragen van inlichtingen, en als tweede deel datgene wat ter sprake kon of moest komen in het op de band op te nemen gesprek.

Het eerste deel werd de huisarts toegezonden enige tijd vóór het te voeren gesprek, nadat de datum daarvoor in overleg met hem was vastgesteld. Het bestond in dit geval uit: de klacht waarmee de patient kwam, t.w. hoofdpijn; de door de huisarts hierover opgenomen anamnese: duur van de klacht, therapie tot nu toe, advies van de specialist, weigering van patiente, zich op te laten nemen; en de bevindingen bij onderzoek. Voorts opgevraagde gegevens van de vorige huisarts: verloop van de zwangerschappen en bevallingen; behandelde ziekten in het gezin. Bij deze laatste gegevens werd vermeld dat het zoontje na een contusio cerebri de bovenvermelde epileptische equivalenten had, alsmede de door de neuroloog toegepaste medicatie en een beschrijving van het laatste EEG. Tenslotte was bijgevoegd de brief van de internist. Uit een en ander bleek duidelijk dat opname noodzakelijk was en dat de huisarts daarop zou moeten aansturen (zie bijlagen).

Het tweede deel van de casus bestond hoofdzakelijk uit een uitvoerige levensgeschiedenis, inclusief ditmaal de toedracht van het verkeersongeluk en de reacties van de patiente op de diverse gebeurtenissen. Dit deel was de huisarts bij de aanvang van het gesprek onbekend: de rolspelerster kon eruit putten voor de beantwoording van de door de arts te stellen vragen.

2 — Een 31-jarige vrouw, moeder van twee kinderen, die met haar zoontje bij de huisarts komt; het kind zou lusteloos en hangerig zijn. Bevindingen op lichamelijk gebied negatief. Het spreekuurbezoek is de eerste kennismaking van de arts met het gezin, dat kort geleden in zijn gemeente is komen wonen. De problematiek: de moeder heeft moeilijkheden met de aanpassing in de nieuwe woonplaats, neemt dat zichzelf kwalijk. Zij kan daardoor bovendien de aanpassingsproblemen van het zoontje moeilijk accepte-

ren en opvangen; ook daarover voelt zij zich schuldig.

Het in groep twee behandelde geval dat ten voorbeeld had gestaan voor deze casus, kan als volgt geresumeerd worden. Een vrouw had tegenover de huisarts enige malen opmerkingen gemaakt over moeilijkheden bij de opvoeding van een adoptief kind; het beeld bleef vaag. De huisarts arrangeerde een long interview. Daarbij, en in de discussie over dit geval in de groep, kwamen achtereenvolgens aan de orde: de schuldgevoelens van de moeder over haar geïrriteerde optreden tegen het kind, het gevoel van de moeder, dat zij verschillende trekken met het kind gemeen had, de rol van het kind als presenterend symptoom voor de eigen moeilijkheden van de moeder, en de problemen die deze had o.m. in de relatie met haar man en haar gevoel van tekortschieten als verzorgster van het huishouden.

3 – Een 24-jarige vrouw met een depressief syndroom, slapeloosheid, en een koud, leeg gevoel van binnen, met name in de buik, opgetreden na de ontdekking dat haar zeven maanden oude zoontje een hartgeruis had. De cardioloog had de ouders medegedeeld dat het een functionele souffle was, hij wilde het kind na zes maanden terugzien. In zijn brief aan de vorige huisarts was als diagnose vermeld: functionele souffle of atrium-septum-defect. De oorzaak van het depressieve syndroom van de moeder was een abortus provocatus, die zij had laten doen, toen zij op haar zeventiende jaar zwanger werd van een vroegere vriend. De souffle van het zoontje had latente schuldgevoelens gereactiveerd en zij meende dat zij, zelf van binnen defect, verantwoordelijk was voor een hartdefect bij haar kind.

Het geval uit groep drie, waarop deze casus was geënt, was het volgende. Een echtpaar met een zeer defectueus spastisch kind (tangverlossing) was overbezorgd t.a.v. dit kind. Na zes jaar hadden de ouders op aandrang van de huisarts het kind uit huis gedaan; daarna waren twee andere kinderen geboren. De vader was echter voortdurend bezig met gedachten over het oudste kind: waar het met het kind naar toe zou moeten, etc. Dit hield hem 's nachts uit de slaap, hij voelde zich als een opgejaagd dier, alles liep uit de hand. Bovendien bleek dat hij meende dat de mensen, hem aankijkend, zouden menen dat hij niet goed bij zijn verstand

was. Hij was tenslotte al vóór de bevalling bang geweest dat het kind abnormaal zou zijn.

In de discussie werd met name door de psychiater gesteld dat de vader zich identificeerde met zijn zoon en schuldgevoelens i.v.m. eigen vroeg-kinderlijke sexualiteit (bv. onanie) geconcretiseerd zag in de defectuositeit van zijn zoon. In een volgende zitting deelde de huisarts, die het geval had gebracht, mee dat patient desgevraagd moeilijkheden met onanie of pollutie had ontkend.

Het vertolken van de patientenrol was toevertrouwd aan een be-roepsactrice.* Met haar werd telkens eerst de ziektegeschiedenis doorgenomen. Deze bevatte zoals gezegd een levensgeschiedenis die zeer uitvoerig was neergeschreven, verder een beschrijving van de huidige levensomstandigheden van het gezin, en van de wijze waarop de patiente haar probleem beleefde. De bedoeling was dat alle vragen die wij konden voorzien aan de hand van de beschrijving konden worden beantwoord. Als gevraagd werd naar iets dat niet in de ziektegeschiedenis stond, moest de rolspeelster naar beste weten improviseren en de gegeven reacties achteraf aantekenen, opdat een volgende keer hetzelfde antwoord kon worden gegeven. De levensgeschiedenis was overigens in de drie gevallen waar mogelijk identiek.

De rolinstructie bevatte nog enkele elementen. Zo had de actrice de opdracht om, als de arts na 25 minuten, d.w.z. vijf minuten voor het einde van het gesprek, de oplossing van het geval niet gevonden had, de betrokken gegevens aan te bieden op een manier, die zo natuurlijk mogelijk in het gesprek paste. Dit had twee redenen. Ten eerste wilden wij de arts niet achterlaten met het idee gefaald te hebben, omdat hij het kernprobleem niet had kunnen vinden. Ten tweede werd na het gesprek een vragenlijst ter invulling overhandigd. Hierin werd de arts gevraagd naar zijn oordeel over het gesprek, en ook naar zijn visie op de genese van de klachten. Deze vraag was natuurlijk alleen relevant als de arts de benodigde gegevens tot zijn beschikking had. Een verder punt

* Het is hier de plaats om mevr. C. Jacobs-Dura te danken voor de voortreffelijke wijze waarop zij zich van deze taak kweet.

in de rolinstructie was dat de patiente ook in de laatste tien minuten moest zeggen: 'Dokter, ik vind het prettig dat U zoveel tijd aan mij wilt besteden'. Deze kunstgreep was ontleend aan een publicatie van Heller et al (1963). Wij vroegen ons af of het mogelijk zou zijn iets op te maken uit de reacties van de diverse artsen op deze identieke prikkel. Dat hij pas tegen het eind van het gesprek zou worden gegeven was besloten omdat in het vooronderzoek was gebleken dat een dergelijke dankbaarheidsbetuiging sommige artsen ernstig van hun stuk bracht.

Nadat het geval, met inbegrip van de eventuele somatische facetten, uitvoerig met de actrice was doorgesproken, werden verschillende arts-patient gesprekken gevoerd, opdat zij zich vertrouwd kon maken met haar rol. Daarbij werd de interview-stijl van de arts telkens gevarieerd. De taak van de actrice was, zoals bij rolspelen te doen gebruikelijk, om zich in te leven in de patiente en in het gesprek met de arts te doen wat zij meende dat de patiente zou doen. Wat zij op haar weg zou tegenkomen, hing natuurlijk in belangrijke mate af van de arts die het gesprek voerde.

Bij het tweede en derde geval bleek tijdens het instuderen van de rol dat de kans bestond dat het gesprek in 't geheel niet een richting opging, die de arts aanwijzingen zou verschaffen over de aard van het aanwezige probleem. Voor beide gevallen werd hier een hiërarchie van bv. vier aanwijzingen voor de arts opgesteld, in de vorm van steeds duidelijker opmerkingen van de patiente over de gevoelens of voorstellingen, waarmee zij zat. Deze konden dan in het gesprek worden ingevoerd, om oeverloos heen-en-weer praten te vermijden.

Als de rol voldoende ingestudeerd leek, werden twee proefgesprekken gehouden met artsen, die niet van de aard van het geval op de hoogte waren en van tevoren dezelfde gegevens in handen kregen als t.z.t. de huisartsen in het werkelijke onderzoek. Aan de hand van deze proefgesprekken werd beoordeeld of de patiente inderdaad zo gepresenteerd kon worden of dat verder bijschaven, weer gevolgd door proefgesprekken, nodig was.

Als deze voorbereidingen hun voltooiing naderden, werd telefonisch contact opgenomen met de artsen, die zouden worden bezocht. Wanneer eenmaal een afspraak was gemaakt, kreeg de be-

trokken arts enige tijd vóór die datum het hiervoor beschreven eerste gedeelte van het geval, d.w.z. de gegevens, waarover hij geacht werd te beschikken ingevolge het spreekuurcontact en eventueel verder ingewonnen inlichtingen. Bijzonderheden als het adres van patiënte waren aangepast aan de lokale omstandigheden (meestal met hulp van het politiebureau ter plaatse). Wij wilden het daarmee voor de huisarts zo makkelijk mogelijk maken, zich in het geval in te leven.

In een begeleidend schrijven werd nog eens de te volgen procedure besproken. Met nadruk werd de arts daarin verzocht in het gesprek niets anders en niets meer te doen dan hij normaliter zou doen. Als duur van het interview werd opgegeven minimaal twintig minuten en in principe een half uur. Ook werd de arts verzocht de rolspeelster niets over zichzelf, zijn kijk op het onderzoek etc. te vertellen, om te voorkomen dat zij op een of andere manier zou worden bevooroordeeld. Ook bij de voorbereiding was aan de actrice over de arts niets anders meegedeeld dan naam en adres. Op de vastgestelde tijd vervoegde de rolspeelster zich bij de arts. Zij werd door hem in de spreekkamer ontvangen (een enkele arts gebruikte voor dit soort gesprekken een andere kamer), en het interview werd afgenomen en op de band vastgelegd. Daarna vulde de arts de vragenlijst in, om die met de actrice mee terug te geven.

Bij dergelijke rolspeelinterviews is het natuurlijk van belang dat de 'patiënte' tegelijk soepel en constant is in haar vertolking. Enerzijds moet zij bij elke arts dezelfde vrouw zijn, anderzijds moet zij op verschillende benaderingen ook verschillend kunnen reageren.

Na ampele overweging hebben wij afgezien van pogingen tot quantificering van de constantheid van de rolvertolking. Enerzijds leek ons dit te leiden tot schijnexactheid. Anderzijds kregen wij spoedig de indruk dat althans openlijk de actrice zeer rolvast was geweest. Onafhankelijk van elkaar beluisterden vier beoordelaars een aantal banden van de voorstudie en later van het eerste geval. Aller conclusie was dat de algemene houding tegenover de interviewer steeds dezelfde was (meegaand - neutraal, behalve waar de arts duidelijk een andere houding opriep), dat op dezelfde vragen

steeds dezelfde gegevens werden verstrekt, dat bij artsen, die ongeveer evenveel zeiden, de patiënte ook een ten naaste bij even groot deel van het gesprek voor haar rekening nam, enz. Op deze gronden meenden wij dat de rolconstantheid van de actrice bevredigend was.

De manier waarop de opnamen van de arts-patiënt gesprekken tot stand kwamen, is hiermee wel geschetst. Er moet nog aan worden toegevoegd dat de uitvoerbaarheid van e.e.a. vooraf aan de praktijk werd getoetst. Dit gebeurde door in een vooronderzoek de later te volgen gang van zaken volledig na te bootsen. Een niet bij het definitieve onderzoek betrokken studiegroep gaf gelegenheid, enkele zittingen op de band op te nemen. Naar aanleiding daarvan werd een geval geconstrueerd en ingestudeerd. Deze rol werd toen door de actrice bij vier groepsleden en drie niet-groepsleden vertolkt. De proefneming gaf geen aanleiding tot het aanbrengen van ingrijpende wijzigingen.

Beoordeling van het materiaal

Er bestaan vele systemen om de inhoud van gesprekken of bepaalde aspecten daarvan te beoordelen (cf. Marsden, 1965, 1971). Een specifiek op huisartsen afgestemd systeem was er destijds niet. De eerste desbetreffende publicatie van Adler et al (1966) was nog niet veelbelovend en voor ons doel te zeer verweven met een bepaald theoretisch systeem. Na bestudering van de literatuur werd besloten, het materiaal op vier verschillende wijzen te benaderen. Daarbij speelden diverse overwegingen een rol. Om te beginnen de doelstellingen van het onderzoek. Aan de ene kant was er de vraag hoe huisartsen over het algemeen dit soort gesprekken hanteren, aan de andere kant de vraag naar het effect van behandeling van een bepaald soort geval in de groep. Het eerste wees naar een beschrijvend systeem, het tweede naar een evaluatief systeem: was het eventuele effect gunstig of niet?

Verder was er de kwestie van beproefdheid van een systeem tegenover de relevantie voor ons materiaal. Enerzijds immers kreeg men de indruk dat de ene inhoudsanalysemethode meer benaderde wat essentieel was in een gesprek dan de andere, zodat de ene relevanter was dan de andere. Anderzijds hadden sommige sys-

temen, die men uit hoofde van de relevantie niet in de eerste plaats zou kiezen, het grote voordeel dat zij betrouwbaar gebleken waren in herhaalde onderzoeken. In de derde plaats moest rekening worden gehouden met de beschikbare middelen aan geld en mankracht; inhoudsanalyses behoren meestal niet tot de eenvoudigste bewerkingsmethoden.

Al bij al kwamen wij zoals gezegd uit op vier verschillende wijzen van aanpak.

1 – Scoring volgens het Interaction process analysis-systeem van Bales (1950). Deze methode is ontworpen voor de analyse van sociale interactie in kleine groepen. De interactie werd daarbij in de eerste plaats gezien als 'problemsolving' gedrag, zich afspelend tussen de groepsleden en over een bepaalde tijdsduur. De diverse uitingen van de leden van de groep worden verdeeld in zgn. acts; de act is de scoringseenheid. Het is het kleinste verbale of non-verbale gedragssegment dat gecodeerd kan worden. Elke act wordt éénmaal gescored in een systeem van twaalf categorieën, waarvan zes gewijd zijn aan taakgericht gedrag en zes aan sociaal-emotioneel gedrag. De sociaal-emotionele categorieën zijn weer onderverdeeld in drie positieve (bv. shows solidarity, raise other's status, gives help, reward) en drie negatieve (bv. shows antagonism, deflates other's status, defends or asserts self). Het taakgebied is verdeeld in drie categorieën, gewijd aan vragen (bv. asks for opinion, evaluation, analysis, expression or feeling) en drie gewijd aan pogingen tot het geven van een antwoord (bv. gives opinion, evaluation, analysis, expresses feeling, wish). Men kan verder de categorieën paarsgewijs groeperen, zodat diverse paren betrekking hebben op resp. problemen in communicatie, evaluatie, controle, beslissingname, spanningsvermindering en re-integratie. De scoring geschiedt door een observator, die het gebeuren beoordeelt uit de rol van een veralgemeend groepslid. Het systeem heeft vele toepassingsgebieden. De betrouwbaarheid is bij getrainde observatoren goed.

Het systeem is op zichzelf descriptief. Uiteraard kan men dit en andere beschrijvende systemen evaluatief proberen te gebruiken, door van te voren te specificeren aan welke te beschrijven kenmer-

ken een gesprek moet voldoen om goed te zijn. Men kan dan de voor elk gesprek gevonden scores afmeten aan de tevoren opgestelde normen en zo komen tot een uitspraak over de vraag of het gesprek goed, minder goed of slecht is.

Een belangrijk nadeel van het systeem van Bales was voor dit onderzoek dat de categorieën te algemeen zijn om de specifieke kenmerken van een arts-patient gesprek, dat ten dele gaat over de verborgen gevoelens van één van de partners, naar voren te brengen. Strupp (1966) had er reeds op gewezen, dat bij toepassing van dit systeem op psychotherapeutische gesprekken 'too often communications which seemed highly dissimilar were lumped in the same category, that a literal interpretation of the categories led to one classification and a 'psychotherapeutic' one to another etc.' Een groot voordeel was aan de andere kant dat de scoring zonder kosten kon geschieden door studenten in de psychologie als practicum-oefening.

Dit, en de vaststaande betrouwbaarheid, deden besluiten de gesprekken, wat het aandeel van de artsen betrof, toch volgens deze methode te laten analyseren en dan achteraf te bezien of bv. tussen groepsleden en controles verschillen aanwijsbaar waren. Bovendien zou aan twee psychiaters-adviseurs, die veel ervaring met de Balint-methode hadden, en aan twee adviseurs die goed bekend waren met de rollenspel-gespreksanalyse-methode, gevraagd worden om van te voren aan te geven welke verschuivingen in het Bales-profiel zij verwachtten bij met succes volgens hun methode getrainde artsen, in vergelijking met ongetrainde collega's. Er kon dan worden nagegaan of de voorspelde profielkenmerken inderdaad te vinden waren. Dit zou kunnen aantonen of de scholing het door de adviseurs gewenst geachte effect had.

2 — Scoring volgens het systeem van Strupp (1957, 1966). Na ervaring te hebben opgedaan met het systeem van Bales ontwikkelde Strupp een eigen systeem. Het is speciaal van toepassing op psychotherapeutische gesprekken, in principe descriptief en niet gebonden aan enig theoretisch stelsel. Het is een multi-dimensioneel systeem, d.w.z. elke opmerking wordt niet één, maar vijf maal gescored, er zijn n.l. vijf verschillende schalen, die elk

een ander aspect van de opmerkingen van de therapeut weer-geven. De gezegdes van de patient worden niet gescored. De scoringseenheid is de opmerking van de therapeut, d.w.z. wat hij zegt tussen twee opmerkingen van de patient in. Het scoren geschiedt in de context van het gesprek en vanuit het gezichtspunt van de generalised therapist, die dus niet toetst aan de grondstellingen van zijn eigen school, maar zich zowel het uitgangspunt van de behandelende therapeut als de algemene regels van de psychotherapie voor ogen houdt. De vijf gebruikte schalen (zie bijlagen) zijn de volgende.

a — Type of therapeutic activity; dit is een nominale schaal, waarop de aard van de gemaakte opmerking (exploratief, duidend, structurerend etc.) wordt aangegeven. De schaal kent acht klassen van opmerkingen, die weer in categorieën onderverdeeld zijn.

b — Depth-directedness; deze schaal geeft aan in hoeverre de opmerking interpreterend is, anders gezegd, in welke mate de arts het door de patient aangeboden materiaal bewerkt heeft. De schaal loopt van 0 (bv. passief accepteren wat de patient zegt) tot 4 (bv. diepe duiding).

c — Dynamic focus; deze nominale schaal geeft aan het veld waarin de therapeutische activiteit zich beweegt: bespreking van de overdracht, van actuele psychodynamisch belangrijke gebeurtenissen, verzoeken om verdere uitwerking van wat de patient heeft gezegd, etc..

d — Initiative; hierop wordt aangegeven in welke mate de opmerking richting- of tempo-bepalend werkt in het gesprek op dat moment. De schaal loopt van 0 (stilte) tot 4 (autoritaire verklaringen en formuleringen).

e — Therapeutic climate; hierop wordt de emotionele warmte gescored, die in de opmerking opgesloten ligt. Het is een bipolaire schaal, die loopt van - 2 (sarcasme, vijandigheid, bespotting e.d.) tot + 2 (sterke mate van warmte, begrip, belangstelling etc.; ook overbezorgdheid).

Dit systeem leek aan te sluiten op de te verwachten gesprekken. Blijkens de publicaties was de te bereiken betrouwbaarheid van de scoring alleszins bevredigend. Daarom werd besloten het systeem van Strupp te gebruiken, behalve de laatste schaal, waarvan

werd aangegeven dat het merendeel van de opmerkingen in of rond het midden van de schaal gescored plachten te worden, wat een zwakke uitgangspositie schept voor statistische bewerking.

3 — Scoring volgens een eigen, evaluatief systeem. De twee vorige benaderingswijzen konden de gesprekken op zich karakteriseren en eventueel verschillen tussen groepen aantonen. De vraag in welke opzichten een bepaalde aanpak beter, efficiënter, of minder goed was dan een andere kon er slechts indirect en ten dele mee beantwoord worden. Het leek daarom wenselijk te proberen de gesprekken ook direct te beoordelen naar een criterium van goed of minder goed. Dat veronderstelt natuurlijk dat men weet wat goed is en wat niet. Ieder die enigszins op de hoogte is van de literatuur over evaluatie van psychotherapie weet dat daarvoor geen objectief getoetste gegevens zijn. Toch impliceerde de activiteit zelf van de groepen dat men in de praktijk wel kon aangeven hoe men tegenover een patient moest optreden, hoe men te werk moest gaan om de achtergronden van een klacht te vinden etc. Uiteindelijk waren deze groepen immers gevormd om juist dit soort zaken te leren.

Bovendien vindt men in de klinische literatuur een groot aantal aanwijzingen, her en der verspreid, over wat wel en wat niet te doen in een gesprek met een patient. Weliswaar betrof dat niet in de eerste plaats huisarts-patient gesprekken. Maar de redenen voor gedragsregels in bv. een psychiatrisch interview leken in verschillende gevallen ook voor de huisarts geldig te zijn. Tenslotte blijkt uit opmerkingen zoals die van Strupp over de 'generalized psychotherapist' dat men van mening kon zijn dat er geleidelijk aan in de praktijk een aantal normen was ontstaan die naar min of meer algemeen inzicht geldig waren voor het gesprek met de patient met psychische problemen. Op deze gronden meenden wij dat het, hoewel riskant, toch de moeite waard was om uit geschreven en ongeschreven regels voor de gespreksvoering een evaluatief systeem te destilleren en daarmee de interviews door een aantal onafhankelijke beoordelaars te laten scoren.

Als scoringseenheid werd de betekeniseenheid gekozen, d.w.z. dat gedeelte van het door de therapeut gezegde, dat een aparte

betekenis had t.o.v. het voorgaande en het volgende. Dit kon uiteenlopen van een opmerking als ja-ja, tot een toespraak van een aantal zinnen, die alle dezelfde teneur hadden. Het viel niet samen met de scoringseenheid van Strupp: een tussenzin waarin de therapeut bv. even zijn ongeloof aan wat de patient zei naar voren bracht, was een apart item.

Elk item werd gescored in een aantal categorieën, die verschillende aspecten van de opmerking moesten karakteriseren. Deze waren, behalve volgens algemene overlevering en spraakgebruik in de psychotherapie, opgesteld aan de hand van aanwijzingen voor gesprekken, gevonden bij Balint (1966), Sullivan (1954) en Tarachow (1964),* en ook op geleide van het beluisteren van banden van gesprekken, mij welwillend ter beschikking gesteld door o.a. de collegae Van Lidth de Jeude, Huygens, Dokter, Van Van Geldorp, Van Aalderen, en de leden van de studiegroep Leiden II. Zo werden aan een opmerking onderscheiden o.a. relevantie, inhoudelijke juistheid, formulering, de keuze van het tijdstip, hantering van het contact, onderkenning van de gevoelens van de patient, al dan niet hinderlijk op de voorgrond treden van de apostolische functie van de arts (zie bijlagen). De opmerking werd in deze categorieën meestal +, ±, of - gescored, d.w.z. goed, neutraal, of niet goed. Alle begrippen werden eerst zo goed mogelijk omschreven en voorzien van voorbeelden. In de zo ontstane handleiding konden tijdens de voorbereidingsperiode door de beoordelaars wijzigingen worden aangebracht - van welk recht zij ook gebruik maakten.

Gehoopt werd, dat de splitsing van het totaaloordeel over een gesprek in oordelen over betekenisseenheden, en dan nog verder over de verschillende facetten ervan, twee doelen zou dienen. Ten eerste, dat er een gedifferentieerd beeld zou ontstaan van sterke en zwakke punten in een gesprek. Ten tweede dat eventuele waarderingsverschillen tussen de beoordelaars al tijdens de periode van het oefenen met het systeem duidelijk gelokaliseerd zouden kunnen worden, zodat zij elkaar, eventueel op een wat gewijzigde formulering, konden vinden. Het nadeel was natuur-

* Het boek van Brouwer en Dijkhuis (1967) was toen nog niet verschenen.

lijk dat het oordeel over de bomen misschien niet zou samenvallen met dat over het bos. Daarom werd besloten, een globaal oordeel op een 5-punts schaal te laten geven over elk gesprekssegment van twintig opmerkingen.

Het was duidelijk dat iedere score die gegeven werd, een stuk interpretatie inhield van wat gezegd was. Bij dit soort systemen krijgt men dan ook al spoedig een uiteenlopen van de beoordelingen op hetzelfde item. Zo kan de ene beoordelaar milder zijn dan de andere, ook al hanteren zij dezelfde maatstaf. Ook kan bv. bij een serie van vijf opmerkingen waar een agressief element in voelbaar is, verschil van mening bestaan over de vraag of dit in de tweede en derde, of in de vierde en vijfde tot uitdrukking komt. Daarom werd besloten als criterium voor het slagen of falen van de scoring te nemen de rangordecorrelatie tussen de beoordelaars over de totaalscores per gesprekscategorie. Met andere woorden de percentages goede, neutrale en niet goede opmerkingen binnen één categorie over één gesprek zouden in een eindcijfer tot uiting komen. Dit cijfer zou voor elk gesprek berekend worden. Op grond hiervan kon men voor de gesprekken een rangorde aanbrengen, die liep van het meest tot het minst geslaagde gesprek, bezien vanuit het gezichtspunt van die categorie, bv. relevantie van de opmerkingen. Als tussen de rangordeningen van de diverse beoordelaars een goede correlatie werd gevonden, kon de scoring als betrouwbaar worden beschouwd. Het gezichtspunt, waaruit de beoordeling plaats moest vinden, was dat van de arts, die gevoel had voor psychische problemen van patienten en een zekere bekwaamheid in het hanteren daarvan.

Evenals bij het systeem van Strupp zou de beoordelaar zich enerzijds zo nodig moeten verplaatsen in het systeem van gespreksvoering dat door de interviewer werd gevolgd, anderzijds zou hij de praktische resultaten aan de algemene regels voor een gesprek toetsen. Dit veronderstelde uiteraard dat men zowel volgens de non-directieve methode, die bij de gespreksanalysegroep werd verwacht, als bij een meer actieve, op psychoanalytische verklaringen steunende aanpak, zoals die wellicht bij de Balintgroep te zien zou zijn, een naar algemene maatstaven gezien goed gesprek kon voeren. Uiteraard was dit niet bewezen. In elk geval zou de

veronderstelling bij de beoordelaars moeten leven.

Als beoordelaars dachten wij ons een huisarts, een psycholoog en een psychiater. Men mocht hopen dat een dergelijke combinatie kon komen tot een evenwichtige beoordeling van de hantering van het gesprek met inachtneming van de huisartsen-situatie als kader van het interview. Hetzelfde team zou met het Strupp-systeem werken. Eerst zou geoefend worden aan de hand van voorradige bandopnames; als voldoende overeenstemming was bereikt tussen de drie beoordelaars, kon begonnen worden met de in het onderzoek op te nemen banden. De scoring moest onafhankelijk geschieden. De ervaring op het N.I.P.G. had echter geleerd dat dan toch het risico bestond dat in de loop van de tijd scores van de beoordelaars zouden gaan divergeren (De Kock van Leeuwen, 1958). Daarom zouden de beoordelaars met tussenpozen bijeen blijven komen om reeds beoordeeld materiaal te bespreken. Aan de ene kant mocht men hopen dat een gemeenschappelijk referentiekader op deze manier bereikt en behouden zou blijven.

Anderzijds dreigde natuurlijk het gevaar van het ontstaan van een soort wetenschappelijke secte, die wel onderlinge overeenstemming bereikt had, maar ten koste van het zich verwijderen van de rest van hun vakgenoten. Daarom zou als het experiment slaagde, achteraf een controle worden ingevoerd. Die zou hieruit bestaan dat enkele op de rangorde duidelijk uiteenliggende gesprekken ter beoordeling zouden worden voorgelegd aan niet in dit systeem geoefende collegae, om te zien of zij naar enkele criteria de gesprekken op dezelfde wijze zouden ordenen als door de beoordelaars was gedaan.

4 – Tenslotte bestond het voornemen, een aantal gesprekken louter naïef-impressionistisch te bezien. Daarmee wordt bedoeld: buiten enig systeem om het interview op de onderzoeker in te laten werken om te zien of men, met interpretaties die dicht bij het materiaal bleven, kon komen tot een beschrijving van hoe het gesprek tussen huisarts en patient liep, en wat deze loop leek te bepalen. In zekere zin kroop hier het bloed, waar het niet gaan kon. De vorige benaderingswijzen waren uit het oogpunt van validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid op het onderhavige

materiaal in toenemende mate riskant; deze laatste aanpak was puur methodologisch gezien volkomen wazig.

De rechtvaardigingsgrond ervoor lag in het volgende. De eerste drie systemen zouden, elk op hun wijze, van het materiaal maar enkele aspecten registreren. Er vond dus een van te voren vastgestelde reductie plaats. Was dit een reductie tot de essentie van het gesprek? Wij meenden van niet. Sterker nog, geen enkel bekend systeem leek dit te geven. Uit heuristisch oogpunt leek het daarom gerechtvaardigd, nog eens terug te gaan naar het oorspronkelijke materiaal, niet van te voren bepalen wat belangrijk zou zijn en wat niet, wat goed zou zijn en wat niet, en maar te zien of het gesprek zelf een patroon zou tonen van wat de arts deed, waarom, en met welk resultaat, dit alles in wisselwerking met de patient. De resultaten van deze verschillende benaderingswijzen zullen nu aan de orde komen.

6

Het rollenspel project: resultaten

Het Interaction process analysis-systeem

Het eerst zal hier ter sprake komen de bewerking der gesprekken volgens het systeem van Bales. Dit stelsel kent twaalf categorieën, waarvan de inhoud in het kort als volgt kan worden aangeduid:

1 <i>Shows solidarity</i> , raises other's status, gives help, reward	}	Social emotional area: positive
2 <i>Shows tension release</i> , jokes, laughs, shows satisfaction		
3 <i>Agrees</i> , shows passive acceptance, understands, concurs, complies		
4 <i>Gives suggestion</i> , direction, implying autonomy for other	}	Task area: Neutral
5 <i>Gives opinion</i> , evaluation, analysis, expresses feeling, wish		
6 <i>Gives orientation</i> , information, repeats, classifies, confirms		
7 <i>Asks for orientation</i> , information, repetition, confirmation		
8 <i>Asks for opinion</i> , evaluation, analysis, expression of feeling		
9 <i>Asks for suggestion</i> , direction, possible ways of action	}	Social emotional area: negative
10 <i>Disagrees</i> , shows passive rejection, formality, withholds help		
11 <i>Shows tension</i> , asks for help, withdraws out of field		
12 <i>Shows antagonism</i> , deflates other's status, defends or asserts self		

Vóór de scoring van de gesprekken werd op twee manieren getracht een verwachting te formuleren over de te vinden resultaten voor het geval de studiegroepen het effect hadden dat eraan werd toegeschreven.

Eerst analyseerden Jaspars en De Boer het werk van Balint 'The doctor, his patient and the illness' (1966). De bedoeling was om hierin voorkomende aanwijzingen voor het optreden van de huisarts te proberen te vertalen in de categorieën van het systeem van Bales. Er kon dan worden nagegaan of de artsen uit de Balint-groepen (en misschien ook de andere studiegroepen) t.o.v. de contrôles een verschuiving in hun gedragspatroon te zien gaven dat met deze vertaling van de voorschriften van Balint overeenstemde. Dit mislukte om drie verschillende redenen. In de eerste plaats zijn verschillende aanwijzingen te vaag om concreet uitgewerkt te worden in een aantal vooraf aan een gesprek te stellen eisen. Dit geldt bv. voor begrippen als 'leren luisteren' (Balint, l.c., p. 121), het adequate gebruik van de apostolische functie, dat ook door Balint zelf als een nog onopgeloste kwestie wordt beschouwd (p. 238), het niet moeten vergeten dat de dokter huisarts is en geen amateur-psychiater (p. 275). Een tweede reden was dat de opzet van het experiment het optreden van sommige verschijnselen tegenging. Dat gold m.n. de diagnose door eliminatie (p. 42, 43) en de 'collusion of anonymity' (p. 75). Hierbij heeft Balint duidelijk het oog op het blijven verrichten van deelonderzoekingen op lichamelijk gebied en de verwijzing naar een aantal specialisten, waardoor tenslotte niemand meer de hoofdverantwoordelijkheid voor de patient heeft.

Aangezien de patient in ons experiment aan de huisarts werd aangeboden met de gegevens van zijn eigen (veronderstelde) lichamelijke onderzoek en waar nodig de brieven van specialisten, was in deze richting niet veel speelruimte gelaten. Hetzelfde gold in feite voor het toestaan van de vlucht van de patient in een bepaalde ziekte (p. 18, 19) en het negeren van de neurose (p. 54). Waar de lichamelijke kant van het probleem al was afgerond en de aanleiding voor het houden van het gesprek geformuleerd was als: '... komt de arts tot de conclusie dat een langer durend persoonlijk gesprek met de patient voor het verkrijgen van een goed inzicht in

c.q. het verzekeren van een goede behandeling van de klacht, noodzakelijk is'. (brief aan de artsen, die bij het onderzoek betrokken waren; zie bijlagen), was het niet erg waarschijnlijk dat de artsen geen aandacht zouden besteden aan motieven en gevoelens van de patient. Tenslotte waren er ook begrippen als het voortijdig geven van adviezen (p. 119), die door de aard van het systeem van Bales moeilijk daarin te vertalen waren.

Wel valt uit de verschillende aanwijzingen een gemeenschappelijk element te destilleren dat in het systeem van Bales weerspiegeld kan worden. Het leren luisteren, het niet overmatig gebruik maken van de apostolische functie, het stellen van een diagnose anders dan door eliminatie e.d. veronderstellen een minder 'fixer-upper'-achtige houding van de arts, of anders gezegd een minder dirigerende instelling. Het afnemen van het directieve element in het gedrag van de arts nu is wel in Bales-termen te vatten. Daarnaast valt te noemen de gespannen, ongelukkige, of zelfs onaangename relatie tussen de patient en zijn arts, waarneembaar in gevallen waarin het geneesmiddel 'arts' niet de bedoelde werking heeft (p. 11). Een dergelijk optreden van spanning en wrijving kan ook door het Bales-systeem worden gesignaleerd.

Een tweede poging om tot verwachtingen over de bevindingen te komen, werd gedaan door aan vier adviseurs van groepen te vragen wat hun veronderstellingen waren over het effect van de training, geformuleerd in het door Bales opgestelde begrippensysteem. Daarbij ging het dan in het bijzonder om het optreden van de artsen in de te scheppen interview-situatie. Hiervoor werden aangezocht dr. Van Bork en prof. Weijel, beiden met een ruime ervaring als adviseurs van Balint-groepen, en prof. J. H. Dijkhuis en dr. Fischer die een overeenkomstige ervaring hadden met groepen van het rollenspel-gespreksanalyse-type. Hun verwachtingen zijn weergegeven in tabel 9, waarin de categorieën van Bales zijn aangeduid met korte gedragsomschrijvingen. Toename of afname van gedrag in een bepaalde categorie bij getrainde artsen t.o.v. ongetrainde wordt met resp. + of - aangegeven, terwijl 0 betekent dat geen verschil tussen studiegroepleden en niet-getrainde artsen wordt verwacht.

Tabel 9

Verwachtingen van vier adviseurs van studiegroepen t.a.v. het effect van medisch-psychologische scholing op het beroepsgedrag van huisartsen

Bales-categorie	adviseur				Totaal
	I	II	III	IV	
toont solidariteit	—	+	+	+	+2
is ontspannen	+	—	+	+	+2
stemt in	+	+	+	+	+4
geeft suggesties	0	+	—	+	+1
geeft mening	+	+	—	—	0
geeft oriëntatie	+	+	—	+	+2
vraagt oriëntatie	+	—	+	+	+2
vraagt mening	0	—	+	+	+1
vraagt suggesties	0	—	+	0	0
verschilt van mening	0	—	—	—	—3
is gespannen	—	—	—	—	—4
is antagonistisch	—	—	—	—	—4

Uit tabel 9 is te zien dat men vrijwel unaniem een afname van negatieve reacties verwacht (de laatste drie categorieën) bij de getrainde arts en daarnaast een toename van instemming (c.q. passief accepteren, begrip, meegaandheid; zie de eerste drie categorieën). Zowel actief ('geeft') als passief ('vraagt') verwacht men dat de getrainde arts meer de nadruk legt op oriëntatie (informatie, herhalingen, bevestigingen). Ten aanzien van meningen en suggesties lopen de verwachtingen uiteen. Naast een gunstiger gevoelsklimaat in het gesprek verwacht men dus ook een minder dirigerend optreden van de arts, wat in overeenstemming is met de conclusie na de analyse van de adviezen van Balint.

Bewerking — De gesprekken werden als volgt bewerkt. Van de oorspronkelijke bandopnamen waren copieën vervaardigd waaruit de namen van de artsen waren verwijderd, terwijl de gesprekken elkaar a-select t.o.v. het criterium groepslidmaatschap opvolgden. Bovendien waren protocollen uitgetypt van de opmerkingen van de arts.* Deze werden bewerkt volgens het schema van Bales**

* Voor * en ** zie volgende bladzij

Ieder gesprek werd door twee beoordelaars tezamen gecodeerd aan de hand van bandopname en protocol. Ter vaststelling van de betrouwbaarheid werden negen gesprekken door twee beoordelingsparen gecodeerd. Als maatstaf voor de betrouwbaarheid van de beoordelingen werd het percentage overeenkomstig gecodeerde gesprekseenheden aangehouden.***

Als betrouwbaarheids criterium houdt Bales 80 pct overeenstemming tussen beoordelaars aan, hoewel dit percentage niet altijd bereikt kan worden (Bales 1970). De overeenstemming in de door twee paren gecodeerde gesprekken bleek in het onderzoek echter slechts gemiddeld 61.4 pct te bedragen. Dit percentage werd als een aanwijzing van een te lage betrouwbaarheid beschouwd. Om de betrouwbaarheid van de beoordelingen te verhogen werd een niet-metrische meer-dimensionele analyse**** gemaakt van de coderingsverschillen. Uit deze analyse bleek dat vijf categorieën of combinaties van categorieën door de verschillende beoordelingsparen op betrouwbare wijze gecodeerd werden. Het zijn de categorieën 3 (instemming betonen), 4 (suggesties geven), 5-6 (opinie en informatie geven), 7-8 (opinie en informatie vragen), 10-11-12 (negatief gedrag). Het percentage overeenkomstig gecodeerde ge-

* Een volledige accutaresse bij het weergeven van het gesprokene is uiteraard nooit bereikbaar; er zijn altijd wel onverstaanbare fragmenten. Door de banden achtereenvolgens door twee personen te laten beluisteren konden deze defecten echter tot een zeer acceptabel minimum worden beperkt.

** De scoring der gesprekken geschiedde, onder leiding van drs. N. Metaal, door doctoraalstudenten in de sociale psychologie te Leiden als onderdeel van een cursus observatietechnieken. De herscoring werd verricht door B. van den Borne, die hierin prof. Jaspars terzijde stond, van wie de bewerking der resultaten afkomstig is.

*** Het bepalen van de intersubjectieve betrouwbaarheid bij het gebruik van observatie-categorieën kan op verschillende manieren plaats vinden afhankelijk van de scores die men wil analyseren. Bales (1970) vermeldt een aantal mogelijkheden. In dit onderzoek werd gekozen voor het percentage overeenkomstige gecodeerde gesprekseenheden omdat als analyse-eenheid gebruikt werd het percentage gedragingen van de arts in de afzonderlijke Bales-categorieën.

**** Voor deze analyse werd gebruik gemaakt van het MINISSA-computerprogramma van de afdeling mathematische psychologie van het Psychologisch Laboratorium der Katholieke Universiteit te Nijmegen.

dragingen bleek na deze hergroepering van de oorspronkelijke Bales-categorieën gestegen te zijn tot 78.0 pct.

Resultaten — De voornaamste resultaten die nu verkregen werden zijn samengevat in tabel 10.

Om het effect van de training in de studiegroepen na te gaan werd per geval per categorie tussen de gesprekken een rangordening aangebracht. Daarna werden de gemiddelde rangnummers van

Tabel 10

Gemiddelde percentages voor vijf gedragscategorieën van getrainde en ongetrainde huisartsen

geval	omschrijving gedrag				
	instemming	suggesties door arts	opinie en informatie geven	vragen	negatieve reacties van arts
I studiegr. n = 6	18.0	2.4	41.2	30.8	1.7
controle n = 3	11.1	7.0	44.9	20.5	8.5
II studiegr. 1 n = 6	28.3	2.8	32.7	28.7	3.2
2 n = 6	28.8	3.5	37.9	26.7	0.5
controle n = 7	21.8	4.4	36.2	33.0	0.8
III studiegr. n = 7	18.0	4.0	30.6	39.0	1.2
controle n = 4	19.0	1.6	34.2	40.0	0.8

Tabel 11

Toetsing van verschillen tussen getrainde en ongetrainde huisartsen per geval over vijf gedragscategorieën

gedragscategorieën	geval I			geval II			geval III		
	verwachting van $\bar{R}$								
	5,0 $\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	p	11,0 $\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	p	6,0 $\bar{R}_p$	$\bar{R}_c$	p
instemming	5,8	3,3	n.s.	12,2	8,6	n.s.	5,9	6,3	n.s.
suggesties	3,5	8,0	< 5%	9,9	13,2	n.s.	7,1	4,1	n.s.
opinie geven	4,6	5,8	n.s.	10,4	12,1	n.s.	5,6	6,6	n.s.
opinie vragen	6,2	2,7	< 10%	9,6	13,8	n.s.	6,1	5,8	n.s.
negatieve reacties	3,7	7,7	< 5%	11,7	9,6	n.s.	6,0	6,0	n.s.

$\bar{R}$ = gemiddeld rangnummer

n.s. = niet significant

studiegroep en controlegroep bepaald en de verschillen getoetst met de toets van Wilcoxon.

Alleen in geval I blijkt een effect van de training: de studiegroep-leden geven minder suggesties, maken minder negatieve opmerkingen, en vragen vaker de mening van de patient. De aantallen artsen waarom het hier gaat, zijn natuurlijk klein: zes voor de studiegroep, drie voor de controlegroep.

Verder werd nagegaan of, ongeacht de training, de artsen tegenover de verschillende gevallen een verschillend gedragspatroon vertoonden. Aangezien de factor training in geval II en III (zie tabel 10) het gedrag in onze vijf categorieën niet significant had beïnvloed, konden hier proef- en controlegroepen worden samengevoegd; voor geval I moest bij de interpretatie wel rekening worden gehouden met het verschil tussen studiegroep-leden en niet-leden. Voor de bewerking werden eerst de 41 gesprekken bijeen gevoegd. Voor elke gedragscategorie werd nu een rangordening vastgesteld. Daarna werd per categorie voor elk van de drie gepresenteerde gevallen het gemiddeld rangnummer van de bijbehorende gesprekken bepaald. Op de zo verkregen waarden werd de toets van Kruskal en Wallis toegepast.

Tabel 12

Verschillen tussen de drie gevallen in het voorkomen van gedragscategorieën

	geval I	geval II	geval III	
	verwachting van $\bar{R}$			
	21,0	21,0	21,0	
gedragscategorieën	$\bar{R}_I$	$\bar{R}_{II}$	$\bar{R}_{III}$	p
instemming	14,0	26,0	17,3	<5%
suggesties	24,3	20,4	19,5	n.s.
opinie geven	28,0	20,4	16,5	<10%
opinie vragen	17,1	17,4	31,0	<1%
negatieve reacties	28,8	19,2	18,0	<10%

$\bar{R}$ = gemiddeld rangnummer

n.s. = niet significant

Het blijkt dat de artsen hun gedrag afstemmen op het probleem dat hun wordt gepresenteerd. Geval II lokt meer instemmende opmerkingen uit, geval III meer vragen naar de mening van de patient. In geval I poneren de artsen vaker hun eigen mening en maken zij meer negatieve opmerkingen. Wat dit laatste betreft, leert een vergelijking met de percentages voor de vijf gedrags-categorieën, dat het speciaal de ongetrainde artsen waren die een relatief groot aantal negatieve reacties vertoonden; bij de studiegroepleden was dit in veel mindere mate het geval.

Er zijn uiteraard vele omstandigheden die het onmogelijk maken uit deze resultaten met zekerheid conclusies te trekken. Men moet bv. bedenken dat de aantallen klein zijn, dat de getrainde artsen een patient spraken die verwantschap vertoonde met een geval dat in hun groep was besproken, dat de persoonlijke invloed van de psychiater in dit experiment niet kan worden gescheiden van de invloed van de trainingsmethode. Wil men onder dit voorbehoud zich toch afvragen wat de resultaten kunnen betekenen, dan valt het volgende te overwegen.

De drie gevallen zijn kennelijk verschillend van aard geweest voor de artsen. Ten dele vooruitlopend op een later te geven kwalitatieve beschrijving van een deel der gesprekken, kunnen zij misschien het best als volgt kort worden gekenschetst. In het eerste geval wilde de arts een patient die daar niet voor voelde, ertoe bewegen zich in het ziekenhuis te laten opnemen. Dit beheerste het gesprek. Alles en van allerlei werd gedaan om het doel te bereiken. In het tweede gesprek begrepen alle artsen na enige tijd dat de moeder het na de verhuizing moeilijk had met de aanpassing in de nieuwe omgeving. Zij kenden dit verschijnsel heel goed en gaven vaak een aantal 'gewone' wenken zoals de problemen doorpraten met de man, lid worden van verenigingen etc. In het derde gesprek duurde het meestal lang voor de artsen de oorzaak van de symptomen hadden gevonden. Met het opsporen ervan waren zij het grootste deel van de tijd bezig.

Het lijkt er nu op dat de directe problemen waarvoor de arts zich gesteld voelt, in belangrijke mate uitmaken wat hij in het gesprek doet. En dat geldt zowel voor getrainde als voor ongetrainde artsen. Als de arts in het derde geval niet weet wat hij 'eraan moet

doen' zolang de oorzaak van de klachten hem niet duidelijk is, blijft hij een tijdlang vragen. Als hij, zoals in het eerste geval, weet wat er moet gebeuren, geeft hij veel zijn eigen opinie. Dit betekent niet dat de training in het geheel niets uitmaakt. Immers, in het eerste geval waren er verschillen tussen getrainde en ongetrainde artsen, en wel in de richting van een minder dirigerend gedrag en een gunstiger gevoelsklimaat bij de studiegroepleden. In zoverre werd de verwachting bevestigd, uitgesproken aan de hand van de meningen van Balint en de vier studiegroep-adviseurs. Blijkbaar komen de met de training beoogde effecten alleen voor de dag in daarvoor kritische situaties. In dit verband dus: het eerste geval, waarin een autoriteitsconflict makkelijk kon ontstaan. In de andere twee gevallen was er kennelijk ook voor de ongetrainde artsen weinig aanleiding tot het maken van negatief getinte opmerkingen, het veelvuldig verkondigen van eigen mening, enz.

Wie deze redenering tot zover volgt, stuit op een volgende vraag. Zojuist is gesproken over de directe problemen waarvoor de arts zich gesteld voelt. Hoe is het gesteld, daar waar een effect van de training zichtbaar wordt? Zien de getrainde artsen in zo'n geval een ander probleem dan hun ongetrainde collegae, of hebben zij geleerd op hetzelfde probleem bv. niet zo heftig te reageren? Het zal duidelijk zijn dat onze gegevens in dit opzicht geen aanwijzingen geven.

De Speech disturbance ratio

Naast de analyse volgens Bales werd voor de gesprekken ook de door Mahl (1956) ontwikkelde Speech disturbance ratio berekend.* Mahl ging ervan uit dat onvolkomenheden in het spreken, zoals stotteren, 'eh' zeggen, het overbodig herhalen van woorden enz. konden worden opgevat als afweer tegen angst of als het desintegrerend effect van angst op de spraak als complexe vorm van gedrag. Hij onderscheidt acht stoornissen (Disturbance Categories):

* De scoring van de interviews werd verricht door B. van den Borne; de verdere bewerking is van de hand van prof. Jaspars.

1 – 'Ah'. Wherever the definite 'ah' sound (as distinguished from 'er', 'um', etc.) occurs, it is scored.

2 – Sentence Correction. A correction in the form or content of the expression while the word-word progression occurs. To be scored, these changes *must be sensed by the listener* as an interruption in the word-to-word sequence.

3 – Sentence Incompletion. An expression is interrupted, clearly left incomplete, and the communication proceeds without correction.

4 – Repetition. The serial superfluous repetition of one or more words- usually of one or two words.

5 – Stutter.

6 – Intruding Incoherent Sound. A sound which is absolutely incoherent as a word to the listener. It merely intrudes without itself altering the form of the expression and cannot be clearly conceived of as a stutter, omission, or a tongue-slip (though some may be such in reality).

7 – Tongue-slip. This category includes neologisms, the transposition of words from their correct serial position, and the substitution of an unintended for an intended word.

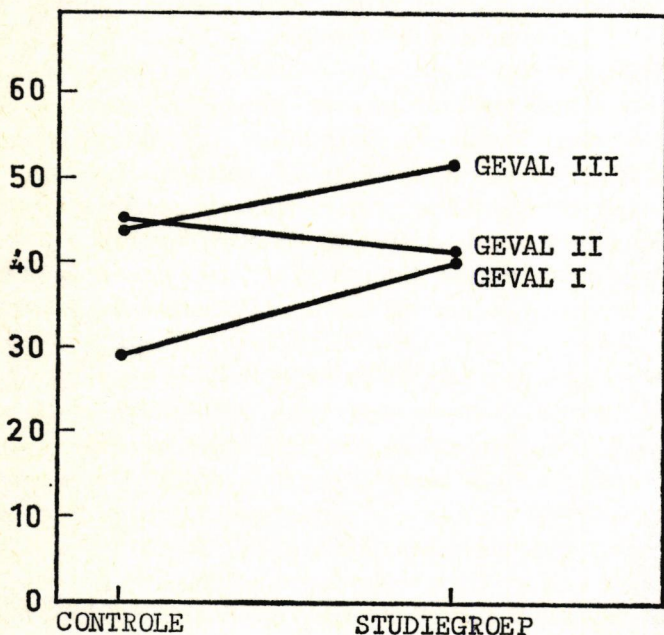
8 – Omission. Parts of words, or rarely entire words, may be omitted. Contractions are exempted. Most omissions are of terminal syllables of words.

Voor de berekening van de Speech disturbance ratio worden deze storingen geteld. Het verkregen totaal wordt gedeeld door een maat voor de tijd gedurende welke de betrokkene heeft gesproken. Over de waarde van dit quotiënt als maat voor de angst van de onderzochte proefpersoon, c.q. patient, wordt in de literatuur verschillend geoordeeld (Marsden, 1971). Mahl zelf heeft later (1959) nog het gebruik van de zg. Non-Ah ratio aanbevolen, waarvoor uit de bovengenoemde lijst de eerste categorie was verwijderd. Hij was van mening, dat het 'ah' zeggen geen verband hield met angst. Dit is overigens van andere zijde weer bestreden (Boomer, 1963). De methode is zoals gezegd doorgaans toegepast op uitingen van patienten of proefpersonen. Er lijkt echter in principe weinig tegen te zijn, in een experiment als het onze het gespreksaandeel van de artsen op deze manier te bewerken.

Bewerking – Deze geschiedde weer aan de hand van bandopname en protocol. De scoring bleek geen betrouwbaarheidsproblemen op te leveren, hetgeen ook niet te verwachten was op grond van de hoge betrouwbaarheidscoëfficiënten die door Mahl (1956) genoemd worden. Beoordeling van enkele gespreksfragmenten door twee onafhankelijk werkende beoordelaars leidde tot vrijwel perfecte overeenstemming. De scoring van de gesprekken is daarna slechts door een beoordelaar uitgevoerd. De aantallen 'Non-Ah' stoornissen bleken klein. Bovendien bleken zij te variëren van arts tot arts overeenkomstig het aantal stoornissen in de eerste categorie. Op grond hiervan werd gekozen voor toepassing van Mahl's oorspronkelijke Speech disturbance ratio. Op de gevonden waarden werd tenslotte een variantie-analyse toegepast (zie bijlagen).

Figuur 7

Gemiddelde speech disturbance ratio per geval voor studiegroepen en controlegroepen



Resultaten — In figuur 7 zijn de gemiddelde waarden van de Speech disturbance ratio voor getrainde en ongetrainde artsen in de drie verschillende gevallen weergegeven. De variantie-analyse toont aan dat er een significant verschil is in het gedrag van de artsen met betrekking tot de verschillende patientenrollen. Bij geval I treden minder 'Speech disturbances' op dan bij de gevallen II en III. Niet significant zijn de verschillen tussen getrainde en ongetrainde artsen. Bij de twee Balint-groepen ligt de gemiddelde Speech disturbance ratio voor studiegroepleden hoger dan voor de controlegroepen, bij de rollenspel-gespreksanalysegroepen is het omgekeerde het geval.

Zoals eerder opgemerkt, staan waarde en betekenis van de Speech disturbance ratio nog niet geheel vast. In dit licht mag men uit de genoemde uitkomsten slechts één conclusie trekken: zij bevestigen de bevinding dat verschillende gevallen een verschillend gedrag bij de arts opwekken. Wel rijst er een aantal vragen: Is bv. de Speech disturbance ratio hier meer een weerspiegeling van onzekerheid geweest dan van angst? Daarvoor zou pleiten dat in het eerste geval, waar de arts van meet af aan wist wat hem te doen stond, t.w. opname bewerkstelligen, de 'Speech disturbances' het minst optreden. Ook zou men kunnen veronderstellen dat de leden van de Balintgroepen door hun training minder rechtlijnige ideeën hebben gekregen over de bij dit soort patienten aanwezige problemen met als gevolg een bepaalde mate van onzekerheid in het gesprek in vergelijking met de niet-getrainde artsen, terwijl de specifiek op de gespreksvoering gerichte training van de artsen uit de rollenspel-gespreksanalysegroepen juist in tegengestelde richting werkte. Maar uiteraard zijn dit niet anders dan gissingen.

De bewerking volgens de Strupp-schalen en het evaluatieve systeem stuitte in de aanlooperperiode op moeilijkheden die hier niet onvermeld mogen blijven. Zij leidden namelijk tot een noodgedwongen wijziging van de oorspronkelijk gedachte samenstelling van de groep beoordelaars.

Zoals in het vorige hoofdstuk werd opgemerkt, lag het in de bedoeling, de gesprekken volgens deze twee systemen te laten bewerken door een en hetzelfde team. Voor het uitvoeren van deze

taak werden bereid gevonden: mw. C. M. Kuiper, psychologe, H. M. Hagemeyer, psychiater en J. I. van der Leeuw, huisarts. Geen van hen was in het bijzonder op het systeem van Rogers georiënteerd, al kenden zij het en hadden zij er begrip voor. Wij meenden dat het belangrijk was, onder de beoordelaars ook iemand te hebben die geruime tijd met deze methode had gewerkt. Daarom nam dr. M. G. van Nieuwenhuyzen deel aan de beoordeling. Vroeger huisarts geweest, is hij thans werkzaam op het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Leidse Universiteit.

Bij de budgettering van het project was rekening gehouden met een periode van drie maanden voor het oefenen met de systemen; daarna moest met de werkelijke scoring worden begonnen. Na ruim twee maanden werd het duidelijk dat dit onuitvoerbaar was. De schalen van Strupp bleken maar ten dele bruikbaar bij dit soort gesprekken. Het evaluatieve systeem vereiste verdere uitwerking van voorbeelden en afspraken alsmede vervanging van een enkele schaal door andere. Bovendien kostte het bereiken van voldoende overeenstemming meer tijd dan oorspronkelijk was gedacht, terwijl op zichzelf het scoren een zeer tijdrovende procedure bleek te zijn. Voor dit alles waren de financiële middelen ontoereikend. Het team moest daarom ontbonden worden. Het hoeft geen betoog dat dit teleurstellend was, zeker ook gezien de moeite die de teamleden zich al getroost hadden en de ijver en zorgvuldigheid waarmee zij het werk hadden verricht.

Besloten werd om de verdere beoordeling te laten plaatsvinden door dr. Van Nieuwenhuyzen en mijzelf, een ex-huisarts en een psychiater. Uiteraard was dit een minimum-team. Ook gold het bezwaar dat ik de gesprekken had voorbereid en de artsen destijds had gesproken, m.a.w. ook had geweten wie wel en wie niet aan een groep had deelgenomen. Weliswaar was nog maar een enkele arts te herkennen van de anonieme bandcopieën die bij het scoren werden gebruikt, maar de mogelijkheid van vertekening van het oordeel viel niet uit te sluiten. Financieel was er echter geen aanvaardbaar alternatief. Bovendien kon het streven om met het andere teamlid tot een eensluidend oordeel te komen, een tegenwicht vormen tegen een vooroordeel op grond van voor-

kennis. Een systematische vertekening kon door vergelijking van de slotresultaten van beide teamleden aan het licht komen.

Het Strupp-systeem

De eerste maanden ervaring leverden de volgende conclusies op. De eerste schaal, type of therapeutic activity, kende achttien categorieën. Hiervan werden drie vaak en twee een enkele keer gebruikt, de andere zelden of nooit. De veel gebruikte waren: passive acceptance, acknowledgement; simple questions, asking for further information, etc.; en: the therapist as an expert: giving information, stating an opinion, etc. De twee andere wel eens gebruikte categorieën waren: greetings, 'small talk', endings; en: interpretations, analysis of defences, etc. Het zelden of nooit gebruikt worden van dertien van de achttien scoringscategorieën gaf aan dat de schaal niet op deze gesprekken was afgestemd. Aangezien de tijdens de voorbereidingsperiode bewerkte banden afkomstig waren van huisartsen die aan een studiegroep hadden deelgenomen, mocht ook niet verwacht worden dat in het onderzoeksmateriaal een grotere spreiding over de categorieën zou optreden.

Bovendien viel een niet onaanzienlijk aantal vragen e.d. eigenlijk geheel buiten het kader van het scoringssysteem. Dat waren de opmerkingen waarbij de arts zich op somatisch of, meer algemeen, op klinisch terrein bewoog. In schalen als die voor de depth-directedness, dynamic focus en type of therapeutic activity was daarvoor eigenlijk geen plaats. Men kwam zodoende steeds voor een in feite onoplosbaar probleem te staan. In mindere mate gold dit ook met betrekking tot vele andere opmerkingen in de gesprekken. Een voorbeeld is de hoge score die op de initiative-schaal wordt toegekend aan 'changing the subject'. Dit wordt gewaardeerd met een 2 op een schaal die loopt van 0 tot en met 3. In een systematisch gevoerd psychotherapeutisch gesprek is deze score volkomen logisch. Het kwam echter meermalen voor dat het overgaan op een ander onderwerp kennelijk plaats had uit verlegenheidsoverwegingen, om de conversatie gaande te houden e.d. Dit viel duidelijk niet onder de algemene kwalificatie 'the therapist is more active, assumes the role of an expert', zoals

Strupp die voor de score 2 in het algemeen stelde. Dit soort conflicten kwam maar al te vaak voor.

Op grond van deze ervaringen werd na zeer langdurige overweging besloten het Strupp-systeem te laten vallen. Deze schalen waren kennelijk onvoldoende afgestemd op de huisarts-patient gesprekken. Men kon wel trachten ze met een aantal min of meer diepgaande wijzigingen alsnog toepasbaar te maken op ons materiaal, maar daarmee verviel weer het voordeel van de bewezen betrouwbaarheid. Een en ander betekende, dat de twee beoordelaars uitsluitend met het evaluatieve systeem verder zouden werken.

Het evaluatieve systeem

Voor de bewerking volgens dit systeem waren de in de protocollen uitgetikte opmerkingen van de arts verdeeld in genummerde betekeniseenheden. De beoordelaars beluisterden de band en scoorden wat zij hoorden, waarbij het protocol als steun fungeerde. Er werd gebruik gemaakt van scoringsformulieren waarop twintig eenheden in de diverse categorieën konden worden beoordeeld, waarna een totaalindruk over het zojuist gescoorde gespreksfragment werd gegeven.

Aan de hand van oefenmateriaal werd eerst nog enige tijd verder gewerkt door de twee beoordelaars. Nadere afspraken werden gemaakt en in de handleiding opgenomen. Daarna werden, geheel volgens de voor de later te bewerken gesprekken ontworpen procedure, de banden uit de voorstudie beoordeeld. Dit gebeurde door de beoordelaars afzonderlijk. Telkens na het scoren van een gesprek werden de resultaten onderling vergeleken. Aan het eind moest worden gezien of er een voldoende overeenstemming was in de rangordening van de acht gesprekken in kwestie, zoals die voor elke beoordelaar afzonderlijk kon worden vastgesteld. De resultaten waren hoopgevend, met dien verstande dat t.a.v. één gesprek een duidelijk verschil in waardering had bestaan. Dit interview werd toen overgescored, waarbij getracht werd de twee zienswijzen zo duidelijk mogelijk te argumenteren en uiteindelijk tot elkaar te brengen.

Daarna werd de handleiding definitief verklaard, d.w.z. dat hierin

geen veranderingen meer mochten worden aangebracht. Vervolgens werd een begin gemaakt met het beoordelen van de interviews over de drie gevallen. De scoring strekte zich uit over een periode van ettelijke maanden. Beide beoordelaars moesten deze taak verrichten naast hun andere werkzaamheden, zodat het tempo niet hoger kon komen dan ca. één gesprek per week.

Statistische bewerking en resultaten – Elk interview leverde per beoordelaar een stapeltje formulieren op; zoals gezegd was op elk formulier een twintigtal opeenvolgende betekeniseenheden in alle categorieën gescord, en een totaaloordeel gegeven. Uit deze gegevens kon de gemiddelde score per categorie en het gemiddelde totaaloordeel van deze beoordelaar voor dit gesprek worden berekend. Voor elke categorie, en ook voor het totaaloordeel, kon dan een rangorde voor de gesprekken worden opgemaakt, afgaande op de hoogte van de diverse scores. Vervolgens konden de rangordes van de twee beoordelaars met elkaar worden vergeleken om te zien of zij voldoende overeenstemden. Besloten was om het materiaal van de diverse gevallen in eerste instantie apart te beoordelen: de bovengenoemde bewerkingen zouden dus eerst afzonderlijk worden toegepast op de groep gesprekken over resp. de patiënte met hypertensie, de patiënte die pas verhuisd was, en de patiënte met een abortus in de anamnese. Als de resultaten in de drie verschillende groepen bevredigd waren, kon over een rangorde voor het totale materiaal worden gedacht.

Bij de bewerking van de acht gesprekken uit de voorstudie werd dezelfde gedragslijn gevolgd. Er bleek een redelijke overeenstemming te bestaan tussen de beoordelaars in de rangordening van gesprekken op verschillende categorieën, zoals 'relevantie' en 'hantering van het contact'. Een vergelijkbare overeenstemming bestond in de rangordening volgens het gemiddelde totaaloordeel per gesprek. Dit was boven verwachting, want voor de toewijzing van de totaaloordelen waren geen regels of voorbeelden gesteld. De rangorde-correlatiecoëfficiënt van Spearman* bedroeg voor het totaaloordeel + 0,61. De verschillen uitten zich zoals eerder op-

* Zie De Jonge, Medische Statistiek, dl. I, hfdst. 10.7

gemerkt, voornamelijk in de beoordeling van één bepaald gesprek; voor de overige zeven bedroeg de rangorde-correlatie + 0,96. Er was verder een voldoende spreiding in de gemiddelde totaaloordeelen over de gesprekken, getuige tabel 13. (Voor de berekening zijn daarbij, om werken met breuken te voorkomen, de oorden steeds met 4 vermenigvuldigd).

Tabel 13

Proefgesprekken: gemiddeld totaaloordeel per gesprek voor de twee beoordelaars afzonderlijk

beoordelaar A	6,0	13,8	4,4	2,9	9,5	7,8	8,6	13,7
beoordelaar B	5,3	9,8	5,3	9,1	8,2	6,2	7,7	13,4

De waarden zijn met 4 vermenigvuldigd, zodat de schaal loopt van 0-20. Rangorde-correlatie tussen de twee beoordelaars + 0,61.

De definitieve studie gaf helaas een ander resultaat te zien (zie tabel 14).

In alle drie groepen zijn de rangordecorrelaties laag, zodat het geen zin had om de vergelijkingen tussen controle- en proefgroepen te doen plaats vinden op grond van een combinatiescore over de beide onderzoekers.

Vervolgens werden de rangorde-correlaties voor de diverse categorieën van het systeem uitgerekend. De bedoeling was om zo mogelijk te komen tot een combinatie van de oordelen der twee beoordelaars in categorieën die hoge correlaties toonden en te zien of met een dergelijke combinatiescore een onderscheid kon worden gemaakt tussen studiegroepen en controlegroepen. De rangorde-correlatie voor een aantal categorieën vindt men in tabel 15; voor verdere gegevens raadplege men de bijlagen.

De categorieën 'juistheid' (inhoudelijke juistheid van de opmerking) en 'respect' (i.c. voor de patient) gaven hoge correlaties te zien voor alle drie gevallen. Op zichzelf waren de veel lagere correlaties voor belangrijke categorieën als 'relevantie' en 'hanteling van het contact met de patient' weer teleurstellend. Maar volgens het geschetste plan werden nu de scores van de beide beoordelaars gecombineerd voor resp. 'juistheid' en 'respect'.

Tabel 14

Onderzoeksgesprekken: gemiddeld totaaloordeel per gesprek voor de twee beoordelaars A en B afzonderlijk

geval	studiegroep		controle	
	A	B	A	B
I	6,4	9,5	5,6	10,9
	4,5	2,0	2,7	2,3
	3,6	8,0	5,0	8,7
	16,5	1,0		
	6,5	10,3		
	12,2	8,3		
II	4,3	7,0	9,6	8,8
	5,7	6,3	3,8	11,3
	8,3	8,8	8,8	6,9
	7,6	5,9	4,1	3,1
	5,5	9,5	3,7	6,3
	13,0	9,7	1,0	3,2
	4,6	5,8	1,0	2,6
	7,2	6,2		
	5,3	4,8		
	5,2	7,3		
	5,1	5,6		
	4,5	6,1		
	8,4	5,0		
	9,8	4,0		
III	1,1	5,2	14,7	15,3
	8,1	4,0	4,2	3,2
	7,6	4,8	6,7	13,3
	6,5	9,9	9,9	9,3
	8,1	3,7		
	5,5	10,1		
	9,8	9,7		

De waarden zijn met 4 vermenigvuldigd. Rangorde-correlaties tussen de beoordelaars:

geval I + 0,13

II + 0,34

III + 0,24

Tabel 15

Relatie tussen de gemiddelde scores per geval van de beide beoordelaars

categorie	geval I n = 9	geval II n = 21	geval III n = 11
relevantie	. 29	. 61	. 43
juistheid	. 70	. 88	. 88
formulering	. 37	. 65	. 24
tijd (timing)	. 02	. 18	. 55
respect	. 83	. 93	. 73
hantering contact	. 08	. 24	. 46
patient/doctor centered	. 42	. 69	. 48

Dit hield in dat bij elk gesprek, voor de twee categorieën afzonderlijk, het gemiddelde werd berekend van de rangordecijfers die het interview van de twee beoordelaars had gekregen. Afgaande op deze gemiddelden werd nu, nog steeds voor de twee categorieën apart, een nieuwe rangordening van de bij eenzelfde geval behorende gesprekken gemaakt, waarna het gemiddelde rangordecijfer voor de studiegroepleden en de controlegroep werd berekend.

Tabel 16

Gemiddelde rangordecijfers voor studiegroep en controlegroep na combinatie van de scores van beide beoordelaars

geval	aantal (n)		juistheid		respect	
	studiegr.	contr.	studiegr.	contr.	studiegr.	contr.
I	6	3	5,7	← 3,7	6,2	← 2,7
II	14	7	11,6	← 9,6	10,9	→ 11,1
III	7	4	5,5	→ 6,9	4,9	→ 8,0

De pijlen geven de richting van het verschil aan. De waarden zijn alleen horizontaal te vergelijken.

Verwacht moest worden dat de studiegroepen dankzij de training het gesprek beter zouden voeren, gunstiger beoordeeld zouden worden, en dus een hoger rangordecijfer zouden krijgen dan de controlegroepen bij de diverse vergelijkingen. Geen der gevonden

verschillen echter is significant (toets van Wilcoxon, significantie drempel 10 pct) terwijl de vergelijking even vaak ten gunste als ten ongunste van de studiegroepleden uitvalt. Dit geldt zowel voor de drie gevallen samen, als voor geval II apart (rollenspel-gespreksanalyse methode, en I en III samen (Balintgroepen). Met behulp van deze combinatiescores kan dus geen onderscheid worden gemaakt tussen studiegroepleden en controlegroepen.

Als volgende stap werd nagegaan of per beoordelaar onderscheid kon worden gemaakt tussen studiegroepen en controlegroepen t.a.v. het gemiddeld totaaloordeel. De desbetreffende scores van studiegroepleden tegenover controles werden per beoordelaar per geval vergeleken met de toets van Wilcoxon.*

Als significantiegrens werd 10 pct aangehouden.

Tabel 17

Toetsing van verschillen in gemiddeld totaaloordeel over gesprekken van studiegroep- en controlegroepleden, voor de beoordelaars afzonderlijk

beoordelaar	geval		
	I	II	III
A	n.s.	C<P	n.s.
B	n.s.	n.s.	n.s.

n.s. = niet significant

C — controlegroep

P — studiegroep

Alleen in het tweede geval werd door beoordelaar A de controlegroep significant lager beoordeeld dan de proefgroep.

Aangezien zowel bij geval I als geval III een z.g. Balint-groep betrokken was werd nog voor deze twee gevallen de toets gecombineerd. Dit leverde voor beoordelaar A geen resultaat op; bij B werd nu de controlegroep significant beter beoordeeld dan de proefgroep (overschrijdingskans 3 pct).**

* Zie De Jonge, Medische Statistiek, dl. I, hoofdstuk 10.5.

** Zie De Jonge, Medische Statistiek, dl. II, hoofdstuk 26.3.

Conclusies — De eerste gevolgtrekking is dat de beoordeling volgens dit systeem heeft gefaald. In de belangrijkste categorieën kon geen betrouwbare rangordening worden bereikt en daarmee verviel de mogelijkheid tot het vergelijken van studiegroepen, zowel onderling als met de controles. De redenen voor deze mislukking zijn vermoedelijk verschillend van aard.

a — De scores vertonen een betrekkelijk geringe spreiding. Op de schaal voor het gemiddeld totaaloordeel, die een traject van 1 tot 20 heeft, liggen van de 41 gesprekken bij beoordelaar A 37, bij B 36 op het schaalgedeelte beneden de 10. Bezie men het traject van 2,5 tot 7,5, dan zijn hierin door beoordelaar A 23, door B 21 gesprekken geplaatst. Voor het bereiken van een betrouwbare rangordening van onderling weinig verschillend gewaardeerde gesprekken is een grotere exactheid nodig dan het systeem kon bieden.

b — Deze geringe exactheid hangt zonder twijfel o.m. samen met interpretatieve element in elke scoring. Bovendien bleek in de praktijk een overlap te bestaan tussen de verschillende schalen, terwijl het ook meermalen voorkwam dat een opmerking als 'goed' werd aangevoeld en dan in praktisch alle categorieën + gescored werd, of als 'slecht', met een — score op vele schalen.

c — Een element dat duidelijk naar voren kwam was ook het fundamentele verschil in visie op wat in een interview hoort en niet hoort tussen de non-directief geschoolde ex-huisarts en de eclectisch en analytisch geschoolde psychiater. Zo werd bv. een gesprek waarbij de arts op een vriendelijke wijze zeer actief de patiënte aan zich probeerde te binden en suggestief optrad, door de een als zeer slecht en door de ander als zeer goed beoordeeld. De ervaring met dit systeem geeft geen aanleiding, vertrouwen te stellen in een gezichtspunt als dat van de 'generalized psychotherapist' als basis voor een gespreksbeoordeling in evaluatieve zin. Tussen een beperkt aantal beoordelaars kan wel overeenstemming worden bereikt over bepaalde opmerkingen die unaniem als 'goed' of als 'slecht' worden gezien, maar er is een te groot terrein waarop een wezenlijk verschil van inzicht bestaat.

Een conclusie die wel kon worden getrokken, was dat er geen systematisch verschil werd gevonden tussen studiegroepleden en

niet-groepsleden in de gespreksvoering voor zover het betrof de inhoudelijke juistheid van de opmerkingen en het respect voor de patient. Hoewel aan verdere bevindingen geen bewijskracht kan worden toegekend wegens het gebrek aan overeenstemming tussen de beoordelaars, is het misschien toch goed om te releveren dat geen van beiden afzonderlijk de groepsleden systematisch beter beoordeelde dan de controles, en dat beide beoordelaars het overgrote merendeel van de gesprekken t.a.v. het gemiddeld totaaloordeel in de onderste helft van de schaal plaatsten. Men kan hierin een teken zien van aanleggen van te hoge maatstaven, men kan het afdoen met de kwalificatie: irrelevante bevindingen met een ondeugdelijk systeem. Ons inziens echter manen de zojuist genoemde punten tot een zekere reserve t.a.v. de resultaten van de studiegroepen m.b.t. het voeren van een 'long interview' met een patient. Er was veel zorg en tijd besteed aan de formulering van de beoordelingscriteria en het oefenen in de hantering ervan. Ook waar dit tekort bleek te schieten, blijft het teleurstellend, dat de beoordelaars noch afzonderlijk, noch in twee categorieën gezamenlijk, de studiegroepsleden beter beoordeelden dan hun onge-trainde collegae, en over het algemeen zo weinig gesprekken als voldoende of meer dan dat kwalificeerden. Het is de vraag of de training in dit opzicht biedt wat er ongetwijfeld mede mee beoogd wordt.

Kwalitatieve analyse

Zoals in het vorige hoofdstuk werd opgemerkt, was ook besloten de gesprekken nog eens 'zo maar' te bezien, d.w.z. niet door de ogen van een bepaald systeem. Dit was bedoeld als aanvulling op de voordien gehanteerde methoden. Misschien zouden op die manier samenhangen en eigenaardigheden van de gesprekken naar voren komen, die via de systemen niet werden geregistreerd.

Een dergelijke bewerking van een aantal gesprekken is in principe oeverloos. Men kan een welhaast onbegrensd aantal fenomenen noteren en op diverse manieren met elkaar in verband trachten te brengen. Als men zich houdt bij de vragen: 'wat probeert de arts te bereiken, en welke wegen bewandelt hij daarbij', geeft dat wel enige beperking, maar in de praktijk blijven dan

toch nog tal van mogelijkheden open. Wat men uiteindelijk vindt en waardoor men getroffen wordt, is mede een zaak van persoonlijke gerichtheid en voorkeur. Op zichzelf is dat niet bijzonder: een dergelijke verkenning van een terrein is zelfs gebruikelijk om te komen tot het formuleren van veronderstellingen die voor wetenschappelijke toetsing in aanmerking komen. Wat dit laatste betreft, heeft het falen met het evaluatieve beoordelingssysteem echter ernstige bedenkingen opgeroepen.

Immers, als men zich afvraagt wat de arts in het gesprek nastreeft, en hoe hij zijn doel tracht te benaderen, houdt men zich bezig met interpretaties van wat gezegd en niet gezegd wordt. Men is niet meer bezig met de woorden die van de geluidsband komen, maar met hun onderlinge verband, de intentie die er achter ligt, het effect dat ze kunnen hebben, etc. Wetenschappelijk gezien, dienen deze interpretaties getoetst te worden. De meest voor de hand liggende eis die daarbij gesteld kan worden, is dat twee of meer beoordelaars na een omschrijving van de te onderzoeken materie en te hanteren begrippen, onafhankelijk van elkaar tot dezelfde interpretatie van het materiaal komen.

Dit is bij het hanteren van het evaluatieve systeem niet gelukt. Het heeft er de schijn van dat datgene wat in een gesprek wordt gezegd, vaak meerduidig is; er bestaan betekenissen naast elkaar en ook als het ware in lagen: oppervlakkige en dieper betekenissen. Datgene wat door de beoordelaar wordt ervaren is niet meer het oorspronkelijke conglomeraat van betekenissen, maar zijn eigen verwerking daarvan. Hij kan er één of meer betekenissen uit hebben geïsoleerd, misschien ook eraan toe hebben gevoegd, accentverschuivingen hebben aangebracht, enz. Dit alleen al maakt het bereiken van een redelijke mate van overeenstemming tussen beoordelaars tot een hachelijke zaak. Mede hierom waarschijnlijk bepalen de meeste inhoudsanalyse-systemen voor psychotherapeutische gesprekken zich tot de manifeste inhoud van het gesprokene: wel mag deze geordend worden naar min of meer algemeen geldende betekenissen van het gezegde, maar niet naar de betekenis voor degeen die het uitsprak. En dit laatste is natuurlijk juist dat wat voor de psychotherapeut van belang is. Marsden (1971) verzucht hierover: 'Content analysis in psychotherapy

research has frequently been superficial and mechanistic, precisely because the epistemological strictures implicit in the dominant classical model exert pressure on investigators to attend to the immediately observable and obvious facets of the therapeutic process, facets that have little relevance to our most richly heuristic theories of personality and psychopathology'.

Men kan dan ook zeggen dat het slechts aan enkelen gelukt is een systeem te ontwikkelen, dat op methodologisch aanvaardbare manier bepaalde klinisch terzake doende veronderstellingen over wat zich in een gesprek afspeelt kan toetsen. Heeft het bij deze stand van zaken nog zin, een aantal indrukken en veronderstellingen met betrekking tot de rolgesprekken op te sommen, die wellicht of waarschijnlijk nooit rigoureus getoetst zullen worden? Misschien toch wel. En wel voornamelijk omdat weinigen de gelegenheid hebben gehad enkele series gesprekken van huisartsen met eenzelfde patient, ook al is het dan een rolpatient, te bestuderen. Wat uit een dergelijke bron kan worden geput aan veronderstellingen ter aanvulling of onderstreping van bestaande ideeën over het huisarts-patient-gesprek, dient o.i. geboekstaafd te worden. Wellicht kunnen anderen er later hun voordeel mee doen, hetzij in practisch werk, hetzij bij het ontwerpen van een onderzoek.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn gebleken dat de nu volgende beschrijving wordt gegeven voor wat zij is: een aantal subjectieve interpretaties waarvan de wetenschappelijke geldigheid niet is aangetoond. Wel zijn de gronden waarop de conclusies getrokken zijn telkens aangegeven, waar mogelijk door voorbeelden. Een ieder kan dan voor zichzelf uitmaken in hoeverre hij geloof wil hechten aan het gestelde. Verder moet nog worden opgemerkt dat steeds gepoogd is, de gesprekken te bekijken zoals zij waren — m.a.w. hoe de huisartsen te werk gingen, en niet of dat juist of onjuist was. In hoeverre dit gelukt is, is alweer ter beoordeling van de lezer. Tenslotte is een zeer aanzienlijke beperking aangebracht in de hoeveelheid onderzocht materiaal. Om te voorkomen dat ik mij zou verliezen in de grote en zeer gevarieerde hoeveelheid gegevens, werden de diagnostische gedeelten van de gesprekken over het eerste en derde geval voor verdere bestudering uit-

gekozen. Onder diagnostisch gedeelte wordt daarbij verstaan het stuk van het gesprek tot het bekend worden van het sleutelgegeven (het ongeluk met het zoontje achterop, de abortus). In het tweede geval was het diagnostische gedeelte niet zo duidelijk herkenbaar begrensd: de verhuizing was al bij de aanvang van het gesprek bekend en het was niet met zekerheid vast te stellen wanneer de arts tot de overtuiging kwam dat het probleem gevormd werd door de reactie van de moeder op deze verhuizing. Om die reden werd het tweede geval buiten beschouwing gelaten. Met alle zojuist genoemde reserves mogen dan de volgende veronderstellingen worden geformuleerd.

1 — Het doel van de bestudeerde gesprekken was voor de huisartsen het bedrijven van therapie. De diagnostiek was hulpmiddel. In een van de gesprekken biecht de patiënte op dat zij vroeger een abortus heeft laten verrichten en zegt daarna: "Ik vind het zo prettig, dat U zoveel tijd aan me wilt besteden". De arts antwoordt: 'Maar we moeten natuurlijk proberen om de tijd die we er aan besteed hebben tot een beetje nuttige tijd te maken hè' om daarna te vervolgen:

Arts: 'En ik geloof dat U daarvoor voor Uzelf het verband moet leren zien hè tussen ten eerste Uw zwaarmoedigheid van nu hè de kennelijk toch wel heel moeizaam door U verwerkte ellendige ervaring met die abortus van vier jaar geleden hè en het schuldgevoel wat U heeft hè dat U door die handelswijze die U dus kennelijk nooit goedgekeurd heeft, maar U heeft laten opleggen door Uw toenmalige partner eh Uw zoon Pieter aan een ge-, hartgebrek geholpen zou hebben hè. Ik geloof dat het heel nuttig is eh maar daar wordt het nu wel een beetje laat voor, als U in de loop van de volgende week dus nog een keer terugkomt. Als ik U dan eens helemaal zou verklaren eh hoe een eventueel hartgebrek ontstaan zou kunnen zijn hè. Het zal wel moeilijk zijn om U ervan te overtuigen dat hartgebreken bij kinderen op zuiver mechanische wijze ontstaan hè doordat dus een bepaalde eh samen aangeboren hartgebrek en dus zodat dus een bepaalde versmelting van cellen niet helemaal juist verloopt hè' enz.

Zo nemen na het ter sprake komen van de abortus negen van de tien betrokken artsen diverse vormen van therapeutische actie. Met name: verzekeren dat patiente geen werkelijke schuld heeft, uitleggen dat het hartgebrek medisch gezien hier niet mee in verband kan staan, voorschrijven van medicamenten, aandringen op een gesprek van patiente met haar man over deze episode in haar leven, arrangeren van een tussentijds cardiologisch consult. De enige uitzondering betreft een arts die verder met de vrouw haar schuldgevoelens en de verwerking ervan exploreert en het gesprek afsluit met het maken van een volgende afspraak. (Waarmee niet gezegd wil zijn dat dit therapeutisch minder effectief zou wezen dan de eerder genoemde wijzen van aanpak). Een en ander krijgt misschien nog extra reliëf als men weet dat acht van de tien artsen meer dan twintig minuten, en twee van hen meer dan een half uur, nodig hadden voor zij de abortus op het spoor kwamen. Er was gevraagd om een gesprek van minimaal twintig minuten en in principe een half uur. De therapeutische actie kwam dus niet voort uit de omstandigheden, maar was een eigen keuze.

In de eerste ziektegeschiedenis moest patiente in een ziekenhuis worden opgenomen, maar weigerde dit in verband met schuldgevoelens over een verkeersongeluk dat epileptische equivalenten bij haar zoontje ten gevolge had gehad. Hier was het door de huisarts na te streven therapeutisch doel duidelijk: bewerkstelligen dat de vrouw zich zou laten opnemen. Wat in dit verband diagnosticeren mocht worden genoemd, was het zoeken naar de reden(en) van haar weigering zich te laten opnemen. Het is in de gesprekken die betrekking hebben op dit geval zonneklaar dat de diagnostiek een hulpmiddel is voor de therapie, van het begin af gebruikt naast andere hulpmiddelen en meer dan eens ingeschakeld als eerdere pogingen om patiente te overreden zijn doodgelopen. Als voorbeeld van het gebruik van diverse hulpmiddelen door elkaar om het therapeutische doel te bereiken volgt hier een fragment waarin de arts een veronderstelling lanceert over de reden van patiente's weigering, daarna een beroep doet op de opinie van de man, en zich vervolgens van de medische autoriteit tracht te bedienen.

Arts: Ja. Eh, mag ik eens vragen eh heeft U eigenlijk al ervaring met ziekenhuizen, heeft U al eens vroeger in een ziekenhuis gelegen?

Pat.: Nou, alleen toen mijn amandelen geknipt zijn.

Arts: En eh hoe oud was U toen?

Pat.: Negen jaar.

Arts: Negen jaar. Heeft U daar bepaalde herinneringen aan overgehouden of is het eigenlijk een beetje in het vergeetboek geraakt?

Pat.: Och ja, ik kan me wel herinneren dat ik dat toen vervelend vond, maar dat eh, ach nee dat . . .

Arts: Ja . . .

Pat.: Dat is niet van invloed nu.

Arts: Dat is niet van invloed dacht U?

Pat.: Nee.

Arts: Eh U heeft hier natuurlijk ook met Uw man over gesproken neem ik aan en eh ik heb gezien dat ook Uw vorige huisarts met Uw man der over heeft gesproken. Eh ik zou eens willen weten wat Uw man der eigenlijk van vindt op dit moment.

Pat.: Ach, eh hij voelt wel dat het nodig is dus hij . . .

Arts: Hij voelt wel dat het nodig is?

Pat.: Ja.

Arts: En bent U 't daar eigenlijk nu in de afgelopen dagen eh we hebben elkaar toch een tijdje niet gezien, bent U het er eigenlijk eh min of meer mee eens geworden of kunt U het eigenlijk toch nog niet helemaal meevoelen met Uw man zo?

Pat.: Nou ik eh. Ik voel er eigenlijk niet zoveel voor, nee.

Arts: U voelt er niet zoveel voor.

Pat.: Nee.

Arts: Eh. Ja, dat is dus het punt waaraan we, waarbij we eigenlijk vorige keer ook al eens aangeland waren en daarom heb ik U ook eigenlijk nog eens even terug laten komen. Dit er niet voor voelen eh is natuurlijk bij iemand die dus eigenlijk duidelijk uitgelegd krijgt dat het wel nodig is, door de mensen die het begrijpen en weten en ik heb dus ook uit de rapporten begrepen dat het echt wel nodig is, is een beetje vreemde zaak. En eh U begrijpt wel eh dat wij toch, mag ik dan even wij zeggen, als medici, toch eigenlijk wel eh, laten we maar zo zeggen het beste met U voor

hebben, 't klinkt een beetje gek misschien, maar eh der zijn nou eenmaal dingen die wij, waarvan wij de risico's kennen en de leken niet.

Het rijzen van de vraag naar het waarom van de weigering als een poging tot overreding niet lukt, wordt geïllustreerd door het volgende fragment. De arts heeft een kennis van hem ten tonele gevoerd die zich op advies van de huisarts had laten opnemen voor een aandoening, analoog aan die van de patiente, maar nog zonder subjectieve klachten en die nu 'reuze opgelucht' na een kleine operatieve ingreep het ziekenhuis heeft verlaten.

Arts: Hè 't meest onschuldige wat men vinden kon heeft deze eh man gehad gelukkig. En die heeft dus de moed gehad toch wel om te zeggen ik laat het verder onderzoeken, hè. Zou U nou niet voor zoiets voelen, want hier wordt met name door de internist ook gedacht aan een knikje in die nierslagader hè en als 't dat is, dan is het heel simpel, geloof ik hè. Dan kan men dat door een kleine ingreep ongedaan maken, dan is het heel simpel. Hè men heeft dus gemeend dat er inderdaad toch wel op de een of andere manier een afwijking te vinden was hè, dat moet dus eerst verder nog wat intern onderzocht worden en zo. Hè, ik zeg ook helemaal niet dat men zal besluiten om dat te gaan opereren, maar, zou U toch niet mee willen doen aan een verder onderzoek wat hier achter kan zitten hè? Uw geval ligt toch wat anders weer dan deze man hè? Deze man heeft nooit klachten gehad. U hebt 't wel degelijk, moeten we toch eerlijk zijn, klachten hè?

Pat.: Ja. Nou ja.

Arts: Wat is eigenlijk dan toch de reden dat U zo moeilijk naar 't ziekenhuis zou willen gaan hè? Men kan U daarin helpen, men kan toch, U hebt familieleden, die eventueel Uw man kunnen verzorgen zolang hè?

Pat.: Ja maar die . . .

Arts: U durft misschien 't kind nog niet in de steek te laten, maar na een poosje verder, men kan er toch naar toe werken, men kan over een maand wel 't kind overlaten aan een ander.

Deze voorbeelden staan niet op zichzelf; zij zijn karakteristiek voor acht van de negen gesprekken. Men kan in deze gesprekken dan ook geen aparte diagnostische fase onderscheiden, als men daaronder verstaat een consequent zoeken naar de reden van weigering. Wel worden telkens vragen in die richting gesteld. De diagnostiek wordt onderbroken als een aangrijpingspunt voor actie is verkregen of als de antwoorden van patiënte geen duidelijk aansprekend motief opleveren.

Terloops mag worden aangestipt dat hier wellicht een wezenlijk verschil ligt tussen studiegroepleden en hun adviseurs. Wij beschikken niet over rolgesprekken, gevoerd door een aantal psychiaters, maar het lijkt aannemelijk dat deze meer belang zullen hechten aan een min of meer volledig beeld van de beweegredenen van de patiënt als basis voor het tot stand brengen van een verandering. De psycho-analytische behandelingsmethode vormt hiervan het duidelijkste voorbeeld. Deze mogelijk aanwezige tegenstelling wordt goed geïllustreerd door het feit dat ik van de gesprekken verwachtte dat het doel zou zijn uit te vinden met welk probleem de patiënt zat, terwijl het doel van de artsen bleek te zijn, in dit eerste 'long interview' hulp te verlenen.

2 – De aard van het gesprek wordt voor een belangrijk deel bepaald door de directe eisen die het geval aan de arts stelt.

In het abortusgeval was sprake van niet levensbedreigende neurotische symptomen, die de arts zo mogelijk moest verlichten of genezen. In het verkeersongeluk-geval rustte op de arts de dure plicht een patiënt met een zeer ernstige somatische aandoening te bewegen, zich spoedig te laten opnemen. Wij menen – en dit is uiteraard weer een interpretatie – dat dit verschil de oorzaak is van een aantal karakteristieke verschillen tussen de twee series gesprekken. De interviews over het verkeersongeval onderscheiden zich nl. door

- a – een veel sneller, vaker en duidelijker zich beroepen van de arts op zijn autoriteit;
- b – een veel geringere mate van zich verdiepen in de motieven van de patiënt: zoals hiervoor reeds aangeduid werden pogingen hiertoe meermalen snel kortgesloten door een voorstel tot actie, of

afgewisseld door andere pogingen om patiente de gewenste keus te laten doen;

c – een zich uitsluitend bezighouden met de opname en de factoren die daar direct mee samenhangen; persoonlijkheid en levensgeschiedenis van patiente werden – in tegenstelling tot het abortusgeval – niet of nauwelijks aangeroerd.

Voorbeelden van het op de voorgrond treden van het autoriteitsaspect vindt men in de volgende twee fragmenten.

Arts: Ik kan me natuurlijk levendig voorstellen dat U eh, eh zich als tegen een muur blind staart op het naar het ziekenhuis gaan hè, maar ik geloof dat we dus juist verder moeten kijken en dus eh terdege rekening met de toestand over een aantal jaren moeten houden hè en juist eh voor eh de situatie op langere termijn daar gaat het me om.

Pat.: Ja.

Arts: hè. Dit, dit zijn natuurlijk dingen die helemaal niet moeten, en zeker niet voor een vrouw van van 29, als U 69 was dan zouden we zeggen nou ja goed eh het zal z'n tijd wel uitduren. Maar zo kunnen we met U toch niet aan de gang gaan.

Pat.: Nee, maar kan 't dan nog niet even wachten?

Arts: Waarop?

Pat.: Ik ik vind 't zo moeilijk om Pieter alleen te laten. 't Is allemaal eh, ach . . .

Arts: Ja, U moet niet vergeten, dat heb ik daarnet ook al gezegd U gaat niet niet voor Uw plezier, als U op weg hier naar toe aangereden was en U was naar het ziekenhuis gebracht, met een gebroken been, dan was er geen discussie geweest hè, en ik ik geloof dat deze noodzaak eigenlijk nog veel groter is, dan wanneer U voor een beenfractuur opgenomen zou moeten worden.

Arts: Waarom ziet U zo tegen, waar ziet U eigenlijk het meeste tegenop? tegen de opname?

Pat.: Nou ja, ach, als je nou met twee van die kleine kinderen zit, dan nou ja, dan . . .

Arts: Ze zijn vijf en twee hè.

Pat.: Ja.

Arts: Ja.

Pat.: Dan kun je zo moeilijk van huis weg, 't is zo'n

Arts: Laten we het nou eens anders stellen, stel dat U eh eh mij morgenavond roept en eh U hebt een enorme buikpijn en hè nou 't is duidelijk U hebt een blindedarmontsteking wat eh, wat zegt U dan als ik zeg nou ja, U moet echt naar het ziekenhuis hè, die moet eruit.

Pat.: Ja

Arts: Wat zou U dan zeggen?

Pat.: Ja, nou ja, dan zou 't moeten. Maar ik kan nou toch nog m'n huishouden doen en zo. Ach, zo erg is 't nou toch ook weer niet.

Arts: Ziet U eigenlijk erg tegen, tegen 't hebt U vroeger in een ziekenhuis gelegen of zo, dat U er zo tegenop ziet.

Pat.: Nee.

Arts: Hebt U der onaangename herinneringen aan.

Pat.: Nee.

Arts: Niet. Bent U, is het eigenlijk vooral dat U bang bent om, om, om de kinderen alleen te moeten laten.

Pat.: Ja.

Arts: Hm kan ik me voorstellen ja, dat is ook niet leuk. Hebt U familie in (naam gemeente) wonen?

Pat.: Ja, mijn ouders. En mijn schoonouders wonen ook hier.

Arts: Zouden de kinderen daar eventueel in huis kunnen.

Pat.: Ja, maar mijn moeder is niet zo jong meer, ik weet niet of dat niet te druk voor haar is.

Arts: Hm, desnoods verdeeld, de een bij de ene grootouder en de ander bij de andere. Hoe zou U het nou doen als het met die blindedarm eh nodig was, hoe zou het dan opgelost worden, dan moet U ze toch, kan ieder mens overkomen, of bent U hem al kwijt.

Het kortsluiten van de exploratie door pogingen de patient te beïnvloeden, vindt men in het volgende fragment.

Arts: Maar waarom ziet U er zó tegenop om de kinderen alleen te laten.

Pat.: Maar kan het dan nog niet even wachten.

Arts: Waarop wou U op wachten.

Pat.: Ik kan nou zo moeilijk van huis.

Arts: En wanneer zou U dan beter van huis kunnen.

Pat.: Misschien over een tijdje.

Arts: Wat is een tijdje.

Pat.: Misschien over een paar maanden.

Arts: En wat zou U over een paar maanden zeggen.

Pat.: Nou dan zou 't misschien wel gaan.

Arts: Wat zou dan over een paar maanden anders zijn dat er nu niet is.

Pat.: Ik heb een ziek jongetje.

Arts: En is die over een paar maanden beter.

Pat.: Nou, misschien gaat 't dan beter met 'm.

Arts: Wat is er nu mis met hem. Want volgens de neuroloog gaat het op het ogenblik heel goed.

Pat.: Ja, maar hij heeft toch altijd nog die aanvalletjes en dan kan ik hem toch niet alleen laten.

Arts: U kunt een kind van vijf jaar dat gezond is ook niet alleen laten en een kind van twee zeker niet. Dus daar moet een oplossing voor gevonden worden.

Pat.: Jawel, maar dit is geen gewoon kind van vijf jaar. Ik bedoel als ie nou gezond was. Ik vind 't zo moeilijk om hem nou alleen te laten.

Arts: Hij heeft dit toch ook al langer.

Het gebruik van medische autoriteit komt in het abortusgeval hoofdzakelijk voor in de vorm van geruststelling. Als bv. de arts na het vruchteloos afnemen van een biografische anamnese de episode van ontdekking en onderzoek van de soufflé bij het zoontje doorneemt, neemt het gesprek de volgende wending:

Arts: Heeft U dat gerustgesteld of wat is Uw reactie geweest op die eh op de uitslag van dat onderzoek die dus eh de cardioloog U gegeven heeft? Hm?

Pat.: Ik ben niet zo erg gerustgesteld, nee.

Arts: En Uw man?

Pat.: Die wel wat meer dan ik.

Arts: Kunt U verklaren waarom Uw man eh meer gerustgesteld is dan U, waarom U dus eigenlijk helemaal niet gerustgesteld blijkt te zijn?

Pat.: We moeten weer over zes maanden terugkomen. Dat zou toch niet hoeven als er niks aan de hand was.

Arts: Hm. Dat vind ik inderdaad een redelijke oorzaak voor Uw ongerustheid hè. Maar daar moet U natuurlijk wel bij bedenken ten eerste U moet dus zich eigenlijk Pieter maar eens voor de ogen halen hè, ik heb hem dus een paar weken geleden gezien en 't is toch wel een kind als alle andere kinderen, hij is goed in gewicht aangekomen, uitstekend zelfs, eh hij eh. U heeft nooit iets aan hem gemerkt dat ie dus blauw werd of kortademig werd hè, ook al had ie een hele tijd om z'n fles gehuild misschien of zich eens goed kwaad gemaakt, hij eet goed hè, hij heeft zich dus ontwikkeld zoals elk ander kind zich ontwikkeld heeft. En eh daarbij heeft U dus de verzekering van de cardioloog dat het een eh vrijwel volkomen zeker is dat het dus een een een een eh niks ernstigs is, maar dus alleen die die stroomversnelling in dat bloed zoals hij dat voor U uitgedrukt heeft hè. En bent U nou sindsdien eh zo bezorgd geworden dat U dat eigenlijk alle plezier in het hebben van van Pieter ontnemt?

Het bestaan van verschillen in de gespreksvoering die samenhangen met de aard van het aangeboden geval, was ook al gebleken uit de resultaten van de Bales-scoring. Achteraf mag het misschien geen verwondering wekken. In elk geval toont het eens te meer aan dat een onderzoek tenminste leerzaam kan zijn voor de onderzoekers. Dit effect was nl. niet verwacht. Wij zagen in beide gevallen de noodzaak tot exploratie van de beweegredenen van de patient en beseften niet welke invloed zou uitgaan van de situatie waarin de arts werd geplaatst.

3 – Belangrijk waren in het gesprek de opmerkingen van de patient die een gegeven bevatten dat als het ware een nieuw element was in de situatie.

Over het algemeen werden de hierop aansluitende reacties van

de arts gekenmerkt door

a — een vrij grote mate van activiteit: aanwijzingen, geruststellingen en al dan niet impliciete interpretatie door de arts kwamen veel voor, open vragen om verdere gegevens bv. veel minder;

b — de neiging om aan het nieuwe element spoedig een vrij concrete betekenis toe te kennen (bv. als reactie van de patient op de omstandigheden, als diagnostisch symptoom, als gevolg van een streng-religieuze opvoeding) en het terzijde te leggen als dit niet verder bleek te voeren. Een aftasten van de betekenis van het nieuwe element, gezien vanuit de patient, komt minder voor.

Hiervoor zullen uit beide gespreksseries een reeks voorbeelden worden gegeven. Eerst het abortusgeval. Zoals gezegd was voor dit geval een reeks aanwijzingen opgesteld die de actrice de arts kon toespelen over de gevoelens en voorstellingen waarmee zij zat. In principe de eerste hiervan was dat zij zou zeggen dat zij zich verantwoordelijk voelde voor het defect van het kind. Deze aanwijzing is in acht van de elf gevallen gegeven. De reacties van deze acht artsen waren als volgt:

Arts: En dit heeft U deze periode heeft heeft zich vroeger nooit anders voorgedaan dan nu sinds dat eh bij Uw zoontje geconstateerd is. Voor die tijd nooit.

Pat.: Nou nee. Maar 't is toch omdat je eigenlijk eh

Arts: Ongerust bent.

Pat.: Verantwoordelijk voelt voor voor

Arts: Ja

Pat.: Nou ja, ik weet niet, ik ben de moeder en nou heb ik 'm op de wereld gebracht en nou heeft ie dit.

Arts: En zou die dan eh bent U bent U daar verantwoordelijk voor?

Pat.: Nou ik weet niet, ik. Ik vind van wel ja. Ik dacht het wel.

Arts: Ja. Hoe hoe eh was dit, was dit ook de de geplande baby deze Pieter?

Pat.: Ja.

Arts: Is Pieter op tijd geboren?

Pat.: Ja.

Arts: Oh, heeft U voor die tijd niet zwanger willen zijn. U bent

twee-en-een-half jaar getrouwd hè.

Arts: Ja, ja. Juist. Hebt U wel meer kennissen of zo die een kindje hebben dat ongelukkig is ongelukkig is dan, het kindje is gelukkig niet ongelukkig, dat is helemaal niet zo maar ik bedoel: hebt U soms eh, hebt U een vriendin of

Arts: Voelt U dat als iets van van, betreft U dat op Uzelf? Ik bedoel U introduceert nu het woord van eh ik heb een niet gezond kind op de wereld gebracht, iets wat wij dus aanvechten, ik bedoel dat zijn wij helemaal niet met U eens, maar hoe komt U op die gedachte, los van natuurlijk dat die dokter heeft gezegd, ik hoor wat bij dat kind ja, als ie het niet gezegd had zou U dan ook gevoeld hebben dat het kind niet gezond was, zou U dan ook wat eraan gezien hebben?

Arts: Ja, natuurlijk, natuurlijk bent U verantwoordelijk voor, uiteraard, maar eh U zit dus nu in een situatie waarin zich dus een een eh medische zaak afspeelt die U zelf niet kunt overzien hè en dit is dus iets wat waar waar U geen eh oordeel over kunt vormen en waar U dus moet moet afgaan op 't oordeel van eh van anderen die er wel in in bevoegd zijn en het is dus niet alleen bij het oordeel van Uw huisarts toen gebleven, maar het is dus ook op hoog niveau als ik het zo mag zeggen is het dus bekeken en eh de hartspecialist die heeft dus daar grondig nagekeken en zijn oordeel over gevormd en daar mag U toch ook wel eh wel op af gaan vindt U niet?

Arts: Ja, maar is dat nou niet een beetje te zwaar gezegd dat dat U dat U er verantwoordelijk voor voelt. U U kunt alleen maar verantwoordelijkheid dragen waar eh waar U daar eh werkelijk iets mee kunt doen.

De nu volgende arts interpreteert de opmerking zo, dat de moeder zich verantwoordelijk voelt niet voor het defect, maar voor het kind.

Arts: Natuurlijk. Maar dat kan toch blijven hè ondanks het feit of ie nou eh een klein gebrekje heeft, hè wat nog niet eens dus nogmaals dergelijke grote gevolgen voor de toekomst hoeft te hebben. Want aan het kind zelf merk je toch helemaal niets.

Arts: Eh ja in hoeverre ziet U die verantwoordelijkheid, je bent er verantwoordelijk voor natuurlijk, want je krijgt dat kind en eh zie maar dat je er een goed mens van maakt hè laten we het zo zeggen.

Arts: En hoe hoe hoe komt dat dat U zich daar verantwoordelijk voor voelt?

Pat.: Nou, misschien ben ik wel niet gezond of zo.

Arts: Maar daar moet U toch een bepaalde reden voor hebben dat eh dat U zich daar min of meer de schuld van geeft.

Bij het geval waarin het verkeersongeluk een rol speelde, gaf de patiënte in zeven van de negen gesprekken te kennen dat zij niet naar het ziekenhuis wilde om toezicht te kunnen houden als haar zoon een aanvalletje had. De reacties van de betrokken artsen waren als volgt:

Pat.: Ja, maar hij heeft toch altijd nog die aanvalletjes en dan kan ik 'm toch niet alleen laten.

Arts: U kunt een kind van vijf jaar dat gezond is ook niet alleen laten en een kind van twee zeker niet. Dus daar moet een oplossing voor gevonden worden.

Pat.: Jawel, maar dit is geen gewoon kind van vijf jaar. Ik bedoel als ie nou gezond was. Ik vind 't zo moeilijk om hem nou alleen te laten.

Arts: Hij heeft dit toch ook al langer.

Arts: Heeft ie nog last gehad sinds de laatste keer?

Pat.: O, hij heeft 't nog steeds. Hij heeft 't iedere keer. Een paar keer per week.

Arts: Ja, maar eh, hij valt er niet bij hè, het is net meer even wegtrekken.

Pat.: Ja, maar hij kan overal tegenaanlopen, er kan van alles met hem gebeuren.

Arts: Ja maar stel nou eens voor dat er iets met U zou gebeuren (Pat.: Nou ja) dan zit 't Uw bloeddruk is, ik ben niet gewend om cijfers te noemen, dat dat de leek toch niks zegt, maar die bloeddruk is echt veel te hoog en zeker voor Uw leeftijd, eens kijken U bent eh van 1938, U wordt

Pat.: 29.

Arts: 29 jaar ja hè. Ja

Pat.: Nou ja, ik weet niet eh, misschien tenslotte, ik ik ben de enige die altijd met 'm samen is, de hele dag, en ik weet precies wanneer of ie 't heeft.

Arts: Ja.

Pat.: En, nou ja, dat kan toch een ander niet zo makkelijk zien allemaal.

Arts: Hoe lang is hij in het ziekenhuis geweest?

Pat.: Twee maanden

Arts: Dat was voor onderzoek (Pat.: Nee) eigenlijk hé? Is ie toen, heeft ie toen ook aanvalletjes gehad, hebben de dokters dat gezien en zo?

Arts: Nee. Maar hoezo komt U daar dan bij dat U om hem niet van huis zou kunnen of is dat niet zo.

Pat.: Nou ja, er moet toch op hem gelet worden.

Arts: Ja, en vertrouwt U dat Uw moeder niet toe.

Pat.: Nee.

Arts: Nee. Ik krijg de indruk dat op het ogenblik zijn ziekte niet zodanig is dat er ieder ogenblik op hem gelet moet worden. De de berichten die ik daarvan gezien heb waren eigenlijk nogal geruststellend hè dat er dus toch eigenlijk niet zo gek veel met hem kan gebeuren hè hij heeft af en toe zo'n aanvalletje dat ie wat suf is, maar d'r gebeurt hem eigenlijk niks, als ie eh, als er niemand toezicht op zou houden hè of als (onverstaanbaar).

Arts: Maar goed eh wat doet U in zo'n geval eraan, ik denk niet veel hè als ie zo'n aanvalletje heeft.

Pat.: Nee, maar ach ik bedoel, 'k ben altijd zo bang dat er iets met 'm gebeurt, dat ie ergens tegenop kan lopen of zo. Ik eh ik let let altijd heel erg goed op en

Arts: Ja, goed

Pat.: En ik geloof dat ik heb 'm nou al die tijd meegemaakt, ik geloof dat ik er 't beste, nou ja 't beste

Arts: Dat U er

Pat.: Zien kan, 'n soort zesde zintuig ervoor gekregen heb.

Arts: Ja.

Pat.: Dan vind ik het zo vreselijk moeilijk om 'm alleen te laten. Om

Arts: Alleen te laten zeker niet natuurlijk (Pat.: Nee, maar ja) als U dat kind ergens te logeren gaat voor 'n tijd dan moeten ze natuurlijk precies ingelicht zijn, wat er gebeuren kan en dat ie aanvalletjes kan hebben twee keer in de week, dat ie de medicamenten doorgebruikt. Maar ja, dit is alles, U begrijpt wel dat het 't natuurlijk allemaal een beetje moeilijk maakt, maar daar tegenover blijft staan de noodzaak van de opname, daar komen we niet langs. Het is een noodzaak, het is nou eenmaal zo. Deze bloeddruk is te hoog, die, die moet nader onderzocht worden. Dus daar moet een oplossing voor gevonden worden. Het zijn allemaal van die kleine hindernissen die we moeten nemen voordat de opname tot stand komt, maar alleen U moet mag dit niet op de lange baan schuiven, dat kan niet.

Pat.: En dat dat is, ik ik leef iedere dag met 'm en

Arts: Ja

Pat.: Dat doet geen ander en bedoel mijn moeder ze is allerliefst, maar ik ben bang dat ze 't niet zo zien zal en dat 't misschien ook erg moeilijk voor d'r is.

Arts: Hm. Is ie op de kleuterschool

Pat.: Geweest ja.

Arts: Dat hebt U niet durven voortzetten.

Pat.: Nou hij is eh. Hij is er na de zomer niet meer terug geweest.

Arts: Waarom niet?

Pat.: Nou 't is 't is van de zomer gebeurd.

Arts: Hm. Hoe is 't ie eh, dat ongeval is dat deze zomer gebeurd?

Pat.: Ja.

Arts: Ja, ja. Bent U natuurlijk ook wel ontzettend geschrokken waarschijnlijk, hè.

Pat.: Ja. (onverstaanbaar)

Arts: Ja, ja. Nou zijn de, de gegevens die ik over hem heb van van de neuroloog die eh zijn eigenlijk erg gunstig hè. Ze willen eventueel dus nog een beetje een beetje meer gaan geven van die tabletten die hij op het ogenblik krijgt hè. Dat is nu eenmaal een kwestie van eh ja van aanpassen hè van kijken hoeveel, hoeveel je nodig hebt en eh ja een beetje, een beetje meer geven als er een beetje meer nodig is, gewoon even afwachten.

De reactie van de laatste (vrouwelijke) arts in deze serie is kenmerkend voor haar stijl van exploratie. Deze is interessant genoeg om hieronder de exploratieve fase van het gesprek nagenoeg in zijn geheel weer te geven. De opmerkingen van de arts zijn vaak suggestief gesteld; zij geeft advies en geruststelling die inhoudelijk hetzelfde zijn als in andere gesprekken van deze serie (kan het kind niet bij Uw ouders; het gaat toch met Pieter prima); zij gaat steeds uit van eigen hypothesen ('t zullen wel de kinderen zijn waar U niet bij weg wilt; bent U om een van de kinderen voornamelijk bezorgd; hebt U wel een goede verhouding met Uw ouders? Is Uw kind er graag?). Een wezenlijk element daarbij is dat de arts bij elke stap uit lijkt te gaan van de gedachte: dit zou het meest voor de hand liggend zijn; als deze patiënte dit niet doet of wil of vindt, wat beweegt haar dan of hoe ziet zij het dan? Daardoor is er een aaneengesloten exploratieproces waarin zowel de omstandigheden als patiënte's beleving daarvan ter tafel komen.

Arts: En eh is het vanwege, ik kan 't me best voorstellen omdat ik misschien nog iets beter voorstellen omdat ik zelf een vrouw ben en ook een kind heb, dus U hebt twee kinderen. (Pat.: Ja) kan me voorstellen 't zullen wel de kinderen zijn waar U niet bij weg wilt.

Pat.: Ja

Arts: Is het dat?

Pat.: Ja.

Arts: Is dat het enige?

Pat.: Ja.

Arts: Eigenlijk het voornaamste, de de kinderen.

Pat.: Ja.

Arts: Eh mag ik dan van U weten eh hebt U eh Uw ouders nog?

Pat.: Ja.

Arts: Wonen die in (Pat.: hier in) in (naam gemeente)?

Pat.: (naam straat) wonen ze.

Arts: En eh hebben die eventueel de mogelijkheid om eh, om de kinderen te verzorgen, of vertrouwt U ze dat niet toe, of zijn ze al te oud, of vertel het eens.

Pat.: Nou ja, m'n moeder is, m'n moeder is 57 en 't is wel druk natuurlijk met twee kinderen voor haar. Lijkt mij.

Arts: Is het ook niet te verdelen eh vrienden of Uw schoonouders of eh, vertel het eens. U hebt zelf al aan al die mogelijkheden gedacht neem ik aan.

Pat.: Ja.

Arts: En d'r is dus toch iets wat U tegenhoudt.

Pat.: Ja.

Arts: Denkt U dat ze ze niet aankunnen, bent U om een van de kinderen voornamelijk bezorgd?

Pat.: Ja om Pieter

Arts: Maar, zoals ik dus ook zie van Uw huisarts gaat het met Pieter prima. Uitstekend. Het 't is dus zo dat die dat de symptomen die die had dat die bijzonder goed reageren dat ie op z'n medicijnen dat ie z'n medicijnen zelfs nog iets verhoogd zouden kunnen worden, maar eh dat dat encephalogram dat weet U natuurlijk wel dat dat toen genomen is dat dat stuk verbeterd is. Hebt U de laatste tijd dan nog iets gemerkt dat er aanvalletjes waren of zo?

Pat.: Ja, ja hij heeft er nog wel. Eén-, tweemaal per week heeft ie ze nog.

Arts: Eén- tot tweemaal per week. Eh, ik neem aan dat Uw, wat doet U dan met hem?

Pat.: Nou

Arts: Iets bijzonder wat Uw moeder eventueel niet zou kunnen doen?

Pat.: Nou ik (Arts: Nee) ik zie 't misschien beter omdat ik altijd, nou ja altijd met 'm geleefd heb al die, al die tijd.

Arts: Komt ie geregeld wel, bent U, hebt U een goede verhouding met Uw ouders?

Pat.: Ja, ja, ja.

Arts: Hij, hij is graag bij opa en oma?

Pat.: O ja.

Arts: Vindt er wel leuk?

Pat.: Ja.

Arts: Heeft ie er wel eens gelogeerd?

Pat.: Ja, vroeger, de laatste tijd niet meer.

Arts: De laatste tijd hebt U hem helemaal niet meer uit logeren laten gaan?

Pat.: Nee.

Arts: Alleen hierom?

Pat.: Ja.

Arts: En vertel eens wanneer is eh is dit ontdekt? Dit is geweest na een contusio eh effe kijken. Staat niet bij (Pat.: Nee 't is) eh, hij heeft niet gezegd wanneer ie eh die hersenschudding heeft gehad.

Pat.: 't Is een, 't is een ongeluk geweest vier maanden geleden. Van de zomer. Eind juli

Arts: Ja

Pat.: Is 't geweest.

Arts: Ja eh, auto-ongeluk (Pat.: Nee) of wat voor ongeluk is dat geweest?

Pat.: Nee hij eh

Arts: Gevallen

Pat.: Hij zat bij mij achterop de fiets

Arts: Daar zit het. Nou hebben we 't waar eh we zijn moeten.

Een factor die zich uiteraard aan beschouwing onttrekt, is of een zekere dosis intuïtie bij dit alles een rol heeft gespeeld.

4 — Ontdekking van het sleutelgegeven.

In aansluiting aan het zojuist gegeven voorbeeld zal nu het ontdekken van het sleutelgegeven worden gezien. De gevallen waarin

de actrice in overeenstemming met haar opdracht de arts in de laatste minuten het gegeven geforceerd toespeelde, blijven buiten beschouwing; zij bevatten een te groot element van kunstmatigheid. Men moet ongetwijfeld een verstokt optimist zijn om te hopen, de aandacht van de lezer te kunnen boeien door het weergeven van lange reeksen gespreksfragmenten. Toch lijkt het nodig om als basis voor de uit te spreken veronderstellingen alle artsen aan het woord te laten die te maken hadden met de patiente die zich niet wilde laten opnemen. Alle, behalve de drie die door de actrice werden geholpen, en de arts die zojuist werd geciteerd; resten dus vijf gespreksfragmenten.

Arts: Hij heeft dit ook al langer.

Pat.: Hij heeft 't nog niet zo lang.

Arts: Hoe lang heeft hij het precies, dat is eh

Pat.: Vier maanden geleden.

Arts: Wacht even hij heeft in, dat is vier maanden geleden geweest, dus dat is geweest in eh (Pat.: in juli) juli. Toen heeft ie dat ongeluk gehad.

Pat.: Ja.

Arts: U heeft ook wel alles tegelijk gehad hè.

Pat.: Ja (snikt).

Arts: Want U begon al, die hoofdpijn die had U al langer.

Pat.: Ja, die is sinds vijf maanden erger geworden.

Arts: Dus die is erger geworden eigenlijk vanaf voordat dat jongetje die lelijke smak maakte, toen werd die hoofdpijn al erger of is dat samengegaan?

Pat.: Voor die tijd was ie al erger.

Arts: En is het toen eh heel veel verergerd? Want het is een enorm heen en weer gedraaf naar zo'n ziekenhuis, of heeft U hem thuis gehad.

Pat.: Nee, hij heeft twee maanden in het ziekenhuis gelegen.

Arts: In welk ziekenhuis?

Pat.: In het (naam ziekenhuis). Hij zat bij mij achterop de fiets.

Arts: En hoe kwam dat?

Pat.: Nou ja, ik weet 't niet eh, misschien tenslotte, ik ik ben de

enige die altijd met 'm samen is, de hele dag, en ik weet precies wanneer of ie 't (= aanvalletjes) heeft.

Arts: Ja.

Pat.: En. Nou ja dat kan toch een ander niet zo makkelijk zien allemaal.

Arts: Hoelang is hij in het ziekenhuis geweest?

Pat.: Twee maanden.

Arts: Dat was voor onderzoek (Pat.: Nee) eigenlijk hè? Is ie toen, heeft ie toen ook aanvalletjes gehad, hebben de dokters dat gezien en zo?

Pat.: Nee, hij heeft eh 't is na een ongeluk gebeurd. Hij heeft een ongeluk gekregen.

Arts: Ja, hij heeft een ongeluk gehad.

Pat.: (Vertelt de toedracht van het ongeluk)

Arts: Nou eh, ja, ik vind U eerlijk gezegd wel een beetje gespannen over het geheel en eh ik wou eigenlijk weten bent U de nog de laatste tijd behandeld met kalmerende middelen.

Pat.: Nee.

Arts: Hebt U nooit gehad. Nee, hebt U nooit gehad. Ik zou toch nog wel eens wat meer willen weten over die amandelpellerij van toen. Eh is dat eh als U aan die amandelenzaak terugdenkt hè, eh, droomt U der nog wel eens van de van die tijd dat U in dat ziekenhuis gelegen heeft.

Pat.: Nee. Nee ik droom van andere dingen.

Arts: Waar droomt U van, de laatste tijd. Kunt U daar iets van zeggen of is dat erg moeilijk. Dromen zijn vaak een beetje primitief hè dus eh, we schrikken der niet zo gauw van als U rare dingen droomt.

Pat.: O, ik droom helemaal niet – ik droom van dat ongeluk

Arts: U droomt van dat ongeluk.

Pat.: Ja. Ja.

Arts: Bedoelt U het ongeluk waarbij Uw (Pat.: Ja) zoontje die hersenschudding heeft opgelopen.

Pat.: Ja.

Arts: Was U daar zelf ook bij?

Pat.: Ja.

Arts: Hoe is dat gegaan? Wat, waar zat U in de auto.

Pat.: Nee. Hij zat bij mij achterop de fiets.

Arts: Hij zat bij U achterop de fiets.

Arts: U wil U voelt er niet zo veel voor op het ogenblik eh. U bent weleens in een ziekenhuis geweest?

Pat.: Jawel.

Arts: Op eh op bezoek geweest of zo of hebt U daar hebt U iets naars meegemaakt in het ziekenhuis.

Pat.: Nee, nee, nee, nee.

Arts: Dat eigenlijk niet.

Pat.: Nee. 't is toch wel begrijpelijk, als je met twee van die jonge kinderen zit kom je er toch niet zo erg gauw toe om, om

Arts: Ja.

Pat.: Naar 't ziekenhuis te gaan.

Arts: Ja. Ja 't zou, 't is ook zo. Ja.

Pat.: 't Is altijd nog een hele zorg en

Arts: Ja. Hoe zijn de kinderen zijn ze erg druk.

Pat.: Ach nee – normaal.

Arts: Normaal. De oudste gaat op de kleuterschool hè. Hoe vindt ie het op de kleuterschool. Hij is vijf hè.

Pat.: Ja.

Arts: Hoe vindt ie het daar.

Pat.: Leuk.

Arts: Hij is gevallen toen hè.

Pat.: Ja.

Arts: Ja. En hij moet dus die medicijnen nog ook nog gebruiken, dat is dat is verdrietig hè. Hoe kwam het eigenlijk dat ie toen gevallen is, dat weet ik eigenlijk niet hè, kunt U mij daar iets van van zeggen.

Pat.: Ja, eh, hij heeft een ongeluk gekregen.

Arts: Wat, wat, wat zegt, hoe is het dan ge, hoe is dat gebeur gebeurd. Kunt U mij daar iets van zeggen.

Arts: Bent U bang dat Uw man het niet zo goed zal kunnen doen met Pieter?

Pat.: Jawel, ach

Arts: Is ie wel eens met hem, gaat U wel eens uit als Uw man thuis is als Uw man vrij heeft het weekend of zo. Laat U ze wel eens, laat U hem wel eens alleen met de kinderen.

Pat.: Nou de laatste tijd niet nee.

Arts: Niet meer sinds de zomervakantie.

Pat.: Nee.

Arts: Waarom niet?

Pat.: Ach -

Arts: Hm?

Pat.: Het is allemaal dat afschuwelijke ongeluk.

Arts: Heeft Uw man eigenlijk eh het eh was die degene die de auto bestuurde?

Wat in deze serie misschien wel het meeste opvalt, is de verscheidenheid van wegen die naar het doel leiden. De eerste arts vraagt details over de opname met de mogelijke invloed op de toestand van patiente. De tweede arts stelt dat het een opname was ter observatie en analyse en informeert of de aanvalletjes toen inderdaad zijn voorgekomen. De derde vraagt naar recente dromen. De vierde vraagt naar de oorzaak van de aanvallen in het kader van een algemene oriëntatie over het kind. De vijfde vraagt zich af of de vrouw haar kind soms niet meer aan haar man toevertrouwt, omdat deze het ongeluk zou hebben veroorzaakt. Dit alles leidt tot een beschrijving van het ongeluk: als reden van de opname, als droominhoud, als oorzaak van de aandoening van het kind, als correctie op een onjuiste veronderstelling over de toedracht. De verwijzing naar het ongeluk geschiedt in het eerste geval associatief door patiente, in het tweede geval is het een correctie op de veronderstelling: opname voor onderzoek; daarbij komt vermoedelijk ook een associatief element. Een niet te beantwoorden vraag is natuurlijk of dit alles ook zo was gegaan in een gesprek met een werkelijke patiente. Als wij even aannemen dat soortgelijke situaties zich in werkelijke gesprekken voordoen, lijkt de navolgende beschrijving de moeite van het overwegen waard.

Bij zijn diverse vragen en beïnvloedingspogingen ontmoet de arts steeds een ontkennen of afwijzing, behalve als 't gaat over het kind en met name de ziekte van het kind. Dit onderwerp wordt

daarom steeds weer opgenomen, ook omdat patiënte zelf het noemt. Het kan in verschillende richtingen worden uitgewerkt (kan het kind niet bij Uw ouders? de brief van de neuroloog zegt dat het erg meevalt, etc.) en dat gebeurt ook. Als de arts telkens bij het opnieuw naar voren komen van de ziekte een andere kant ervan aansnijdt, komen vroeg of laat de oorzaak van de aandoening of de ziekenhuisopname ter sprake. Het behandelen hiervan levert grote kans op het verkrijgen van de sleutelgegevens. Daarvoor is niet van doorslaggevend belang dat de arts een juiste veronderstelling uit of precies naar de toedracht van het ongeluk vraagt. Een onjuiste veronderstelling lokt evenzeer het vertellen van de toedracht uit, en het bespreken van een facet die naast de essentiële ligt kan langs associatieve weg de patiënt brengen tot het verstrekken van de gegevens.

Naast deze weg naar de oplossing van het probleem is er dus ook de methode, gevolgd door de onder punt 3 van deze beschouwing geciteerde arts, die telkens de haars inziens voor de patiënte meest voor de hand liggende motieven, oplossingen of problemen noemde, om op geleide van ontkenning of bevestiging telkens een stap verder te doen in de exploratie van de beleavingswereld van patiënte, tot zij bij de vraag naar het ontstaan van de aandoening kwam.

Als men de drie gesprekken bekijkt waarbij de arts door de patiënte geholpen werd, blijkt dat bij één daarvan als oorzaak te hebben dat de arts zó uitvoerig op elke opmerking van patiënte inging dat er al ca. 25 minuten waren verstreken voordat de exploratie goed en wel op gang was. De twee anderen reageerden op stereotype wijze op het noemen van de aandoening van het kind: er werden niet steeds nieuwe richtingen van exploratie of beïnvloeding ingeslagen.

Het spreekt vanzelf dat bij dit alles slechts sprake is van het verkrijgen van de noodzakelijke gegevens; het gevoelsklimaat dat ontstaan is op het moment dat de ontknoping kwam, is buiten beschouwing gelaten in deze bespreking.

Een ander beeld vertonen de interviews over het abortus-geval. De stukken van de gesprekken die leiden naar de ontknoping, moeten hier veel langer zijn dan bij het vorige geval, wil men althans komen tot citaten waar iets uit af te leiden valt. Daarom

volgen hier slechts twee fragmenten. De eerste arts vraagt, in het kader van een zeer uitvoerige biografische anamnese:

Arts: Wat heeft U toen gedaan?

Pat.: Toen ben ik gaan werken bij een importeur van Duitse lederwaren als secretaresse.

Arts: Hm. Was dat prettig?

Pat.: Ja, dat was wat afwisselender.

Arts: Hm. Kende U toen Uw man al?

Pat.: Ja.

Arts: Heeft U voor, voordat U Uw man leerde kennen nog wel andere vrienden gehad?

Pat.: Ja, één.

Arts: Eén. Lang?

Pat.: Zes maanden.

Arts: Zes maanden. Is dat eh toen plotseling uitgemaakt of . . .

Pat.: Ja.

Arts: En was daar een bepaalde aanleiding toe?

Pat.: Ja.

Arts: Kunt, wilt U me dat vertellen, wat die aanleiding was? (korte stilte). Hoe oud was U toen?

Pat.: Nou, zeventien, zeventien-en-een-half.

Arts: Hoe is toen die vriendschap beëindigd, wat was daar de aanleiding voor? (korte stilte)

Pat.: Ik was in verwachting.

Arts: Hm. En was dat de aanleiding om het te beëindigen of had U daarover over die zwangerschap verschillende gedachten?

Pat.: Ja.

Arts: Wat denkt U er zelf over, wou U dat kind graag?

Pat.: Ach-, och ja-, achteraf geloof ik dat we toch niet — echt van elkaar hielden. Dus dan

Arts: Maar op dat moment dacht U dat nog niet.

Pat.: Ik weet 't niet zo precies allemaal meer. Ik weet wel dat hij er niks voor voelde om te trouwen. En dat hij steeds maar sprak over 't weg laten halen.

Arts: Hm. En wat is er toen uiteindelijk gebeurd?

Pat.: Nou, hij wist toen een adres, van een arts die d'r wel iets aan

kon doen.

Arts: En dat is toen gebeurd.

De volgende arts heeft in een uitvoerig gesprek eerst een biografische anamnese opgenomen, de reactie van patiënte en haar man op 't vernemen van de afwijking van 't kind nagevraagd en de wijze waarop deze boodschap hun door de diverse artsen werd gebracht. Daarna volgt een geruststelling, een bespreking van de weerslag van de toestand van patiënte op de relatie met haar man, en enkele vragen over anticonceptie en de sexuele relatie. Kort daarop neemt het gesprek de volgende wending:

Arts: Heeft U zelf helemaal geen verband gelegd tussen die klachten die U heeft hè en eh het geruisje wat ze bij Pieter gehoord hebben?

Pat.: Misschien dat ik zo somber ben, omdat ik me er verantwoordelijk voor voel.

Arts: U voelt zich verantwoordelijk voor Pieter of U voelt zich verantwoordelijk voor,

Pat.: Ja, voor Pieter dat ie dit heeft.

Arts: Of bedoelt U dat U zich verantwoordelijk voelt voor voor dat dat geruisje wat ie heeft.

Pat.: Ja.

Arts: En hoe hoe hoe komt dat dat U zich daar verantwoordelijk voor voelt?

Pat.: Nou, misschien ben ik wel niet gezond of zo.

Arts: Maar daar moet U toch een bepaalde reden voor hebben dat eh dat U zich daar min of meer de schuld van geeft.

Pat.: Nou - je, je kunt toch wel niet helemaal gezond zijn?

Arts: Uw vorige huisarts heeft U dacht ik nou toch wel eens eh neem ik aan in het begin van de zwangerschap helemaal eh onderzocht.

Pat.: Jawel. Maar ik bedoel, van binnen kan er misschien bij mij toch wel iets niet goed zijn waardoor hij dit heeft?

Arts: Hoe bedoelt U dat 'van binnen'?

Pat.: Misschien - m'n baarmoeder of zoiets of (korte stilte).

Arts: En heeft U de indruk van Uw eigen klachten dat het een

zuiver lichamelijk iets is hè, de klachten die U op dit moment heeft of heeft U toch wel de indruk dat Uw Uw Uw psychische conditie daar een rol bij speelt.

Pat.: Ik weet niet

Arts: Ik geloof dat we dus een beetje te veel van onze tijd op dit moment in beslag gaan nemen hè, maar eh hoewel ik U uiteraard niet geheel en al voor de volle 100 pct gerust kan stellen over Pieter hè is dus het hele verhaal dat U mij bij het vorige bezoek verteld heeft over hoe die zich ontwikkeld heeft hoe het in de zwangerschap gegaan is hè de bevalling was zonder enig probleem de zwangerschap heeft geen moeilijkheden opgeleverd. Pieter heeft zich van een geboortegewicht van 3600 gram ontwikkeld tot een eh zeer gezonde jongeling van 7860 gram hè, hij is goed gegroeid, U heeft verder nooit iets bijzonders aan hem gemerkt. Ik dacht toch juist dat U eh de toekomst wel wat minder somber mocht zien dan U 't nou ziet. En ik geloof dat toch ook voor U-zelf het verband tussen Uw klachten hè, niet meer eten, misschien mankeert er van alles aan me, 't elke nacht wakker worden

Pat.: Ja, maar 't kan toch mijn schuld zijn dat dat gebeurt, dat hij dat heeft.

Arts: Ja, maar U kunt Uw Uw, bedoelt U dat dat U ergens waar dan ook gefaald heeft hè in Uw leven of of eh, probeert U mij nou eens duidelijk te maken wat U met schuld bedoelt in dit geval.

Pat.: Misschien is er wel iets gebeurd, waardoor 't kan zijn gekomen.

Arts: En en wat dacht U dan dat er gebeurd zou zijn waardoor dit gekomen is?

Pat.: Nou ik — ik ben al zo dikwijls bang geweest dat ik geen gezond kind zou krijgen.

Arts: Was U daar voordat U eh in verwachting was al bang voor, of is dat tijdens de zwangerschap gekomen?

Pat.: Ook wel daarvoor.

Arts: En waarom dacht U dat dan?

Pat.: Nou ja dat — denk je toch allemaal wel es.

Arts: Waarom dacht U dat?

Pat.: Nou misschien omdat er iets gebeurd is

Arts: Heeft U er iets op tegen om mij te vertellen wat U hiermee

bedoelt wat er gebeurd is?

Hiermee zijn de twee wegen tot de oplossing getypeerd die in het materiaal voorkomen. De eerste, alleen in dat gesprek te vinden, bestaat uit het afnemen van een zeer uitvoerige anamnese, in het kader waarvan de vroegere verhouding ook wordt nagevraagd. De tweede is de weg die gaat langs de innerlijke beleving en voorstellingen van de patiente. Deze weg wordt met meer of minder moeite bewandeld. Eén arts begaat hem (na een aantal mislukte geruststellingen) schijnbaar moeiteloos. De meesten hebben echter herhaalde fingerwijzingen van patiente nodig, en wel in die mate dat de actrice achteraf in een gesprek met de onderzoeker als haar mening gaf, dat dit geval te moeilijk was voor de artsen. Dat ligt niet aan een onvoldoende besef van het mogelijk belang van psychische achtergronden: er werd gevraagd naar een staalkaart van angsten, voorstellingen, gebeurtenissen in de jeugd, etc. Aangezien echter het aantal mogelijke oorzaken schier onbeperkt is in een dergelijk geval, was het min of meer een kwestie van toeval dat de arts het met een van zijn veronderstellingen aan het rechte eind had.

De twee gevallen met elkaar vergelijkend zou men de volgende, weinig verbazingwekkende, tentatieve conclusie kunnen trekken. De opsporing van de oorzaak van de symptomen van de patient is voor de artsen gemakkelijker naarmate er nagenoeg directe en separaat lopende verbanden bestaan tussen een zo groot mogelijk aantal bijzonderheden uit het leven van de patiente op het ogenblik en de oorzaak van het lijden (de aanvalletjes van het kind en het ongeluk, de dromen van patiente en het ongeluk, etc.). De kans dat de arts bij herhaling naar de oorzaak wordt teruggevoerd, is dan groter. Zijn kans op succes is verder afhankelijk van het al of niet lanceren van steeds andere veronderstellingen, vragen en opmerkingen over het gebied waarheen hij telkens wordt verwezen. De opsporing van de oorzaak is moeilijker naarmate het verband indirect is of de oorzaak samengesteld, naarmate de verbindingen tussen de symptomen en de oorzaak voor een belangrijk deel langs één gemeenschappelijk associatiekanaal verlopen (i.c. abortus in het verleden – geruis bij het kind), en

naarmate de betekenis van de gebeurtenissen voor de patient een meer individueel karakter draagt en dus niet samenvalt met wat iedereen in een dergelijke situatie zou voelen of beleven.

5 — Tot slot rijst de vraag of in de gesprekken van de groepsleden iets te merken was (en zo ja, wat) van de opmerkingen die de psychiater-adviseur had gemaakt over het geval waarnaar de patient in ons onderzoek was gemodelleerd.

In het geval van de patiente die zich niet in het ziekenhuis wilde laten opnemen had de psychiater aangeraden, eerst uit te vinden waarom patiente niet wilde; het zou bv. te wijten kunnen zijn aan vroegere onaangename ervaringen met een ziekenhuis. In de gesprekken met de actrice werd door alle groepsleden inderdaad gevraagd naar de reden van patiente's weigering; de niet-groepsleden deden dit echter ook, en de vraag kwam bij hen niet later dan bij de eerstgenoemden. Wel vroegen verschillende groepsleden — in tegenstelling tot de niet-groepsleden — naar ervaringen met een vorige opname. Als men dus de raad van de psychiater-adviseur zo concreet mogelijk stelt: 'Vraag waarom ze niet wil en denk aan de mogelijkheid van vervelende ervaringen bij een vorige opname', dan is het effect daarvan te bespeuren. Vertaalt men de raad met: eerst weten waarom de patiente niet wil en daarna pas haar proberen te bewegen wel te gaan, daarbij steunend op de kennis van haar motieven, dan zou de conclusie moeten luiden dat deze richtlijn niet of maar ten dele in praktijk is gebracht; in het voorgaande is beschreven hoe de loop van het diagnostisch proces was.

In het geval van de vader die gepreoccupeerd was met zijn spastische kind had de psychiater als vermoeden geuit dat de vader tevoren reeds bestaande schuldgevoelens op seksueel gebied geconcretiseerd zag in de afwijking van het kind. Geen van de groepsleden heeft in het gesprek met de actrice naar dergelijke schuldgevoelens uit eigen beweging gezocht, tenzij men hiertoe wil rekenen het vragen naar het afbreken van de vroegere verkering van patiente door de in het voorgaande geciteerde arts. Men zal zich herinneren dat in de betrokken studiegroep de arts die het geval bracht later meedeelde dat zijn patient desgevraagd moei-

lijkheden met onanie of pollutie had ontkend. Het is uiteraard aan de hand van ons onderzoek niet te zeggen of dit afbreuk heeft gedaan aan het effect van de uitspraak van de psychiater.

Tot zover deze poging, te komen tot een beschrijving van enkele facetten van wat zich afspeelde in de gesprekken over het eerste en derde geval, tot het bekend worden van het sleutelgegeven. Bij de opgeworpen veronderstellingen is al een aantal malen voorbehoud gemaakt: in verband met het subjectieve karakter van interpretatie en gevolgtrekkingen, in verband ook met het kunstmatige element dat in het rollenspel opgesloten ligt. Het is goed, hieraan nog toe te voegen dat wij niet weten hoe vaak dit soort gevallen in de praktijk voorkomt. De aanwezigheid van één duidelijke, aan de patient bewuste sleutelgebeurtenis gaf aan beide gevallen natuurlijk een bepaald karakter. Men kan bovendien zeggen dat het zgn. 'long interview' op zich al een vreemd element is in de huisartsenpraktijk, zoals Balint in latere jaren stelde (Balint, 1969). Het zal zeker waar zijn dat de meeste contacten tussen huisarts en patient niet meer dan tien à vijftien minuten duren. Dat doet m.i. aan de waarde van observaties over een 'long interview' niets af. Nog afgezien van het feit dat vele huisartsen wel hun patienten apart laten terugkomen om een tijdlang met hen te praten, is het niet zonder meer aan te nemen dat een arts in tien minuten een geval zoveel efficiënter zou behandelen dan wanneer hij daarvoor een half uur ter beschikking heeft.

Het vragenformulier

Zoals men zich zal herinneren werd aan de artsen na afloop van het interview verzocht, hun mening over patiente en gesprek kenbaar te maken op een vragenformulier. De tekst hiervan is opgenomen in de appendix. De op deze wijze verkregen gegevens zullen nu puntsgewijs worden behandeld.

De eerste vraag luidde: zoudt u in het kort willen weergeven de algemene indruk, die u als arts hebt van deze patiente en dit gesprek?

Onze veronderstelling t.a.v. de beantwoording van deze vraag

luidde, dat de groepsleden hier een meer geschakeerd antwoord zouden geven dan niet-groepsleden. Anders gezegd: dat de groepsleden meer facetten van het gesprek en/of de patient zouden belichten. Om dit na te gaan, werden de antwoorden gesplitst in de kleinst mogelijke afzonderlijke gegevens die zij bevatten. Deze gegevens werden naar hun inhoud in een van de volgende categorieën ondergebracht:

- 1 – verwijzing naar het kunstmatige karakter van de situatie (bv. 'de patiente speelde haar rol uitstekend', of 'het 'afgeleusterd worden' speelt een belangrijke rol');
- 2 – opmerkingen over het gesprek:
 - a klimaat en verloop ('het gesprek liep eerst stroef');
 - b productiviteit ('was als geheel m.i. niet onvruchtbaar als nader kennismakingsgesprek');
 - c aandeel van de arts ('ex cathedra wordt er teveel gezegd door mij');
- 3 – opmerkingen over de patiente:
 - a gedrag, voorkomen, typering ('patiente is zeer gespannen');
 - b klachten en voorgeschiedenis ('de epilepsie van haar zoon-
tje ten gevolge van een ongeval');
 - c dynamiek ('eigenlijk brengt zij haar eigen moeilijkheden via haar zoontje');
 - d diagnose ('psychogene depressie');
 - e prognose en therapie ('door een aantal gesprekken (ongeveer vijf) is waarschijnlijk heel wat te bereiken');
 - f inzicht ('inzicht in de situatie wordt ontweken');
 - g somatische facetten ('Hb/urine/bezinking/en globaal onderzoek doe ik anders in dit geval');
- 4 – ongeclassificeerd ('het hele schema van de eerste indruk was eigenlijk nauwelijks bruikbaar in deze situatie').

Tussen de twee categorieën artsen werd een verschil gevonden in die zin dat het aantal studiegroepleden dat opmerkingen maakte over het gesprek, relatief groter was dan het overeenkomstige aantal niet-groepsleden. Dit verschil was statistisch significant ($T = 2,67$, $p < 0,01$). Voor de rubriek opmerkingen over het aandeel van de arts waren de verschillen kleiner ($T = -1,62$, $p = 0,10$); hier was dus sprake van een tendens die echter niet

het vereiste significantie-niveau haalde. Verder werden geen verschillen gevonden.*

Tabel 18

Aantallen artsen uit studie- en controlegroepen die opmerkingen maakten over het gesprek en het aandeel van de arts

geval	categorie	opmerkingen over gesprek gemaakt		aandeel van de arts genoemd	
		wel	niet	wel	niet
I	studiegroep	6	0	3	3
	controle	1	2	0	3
II	studiegroep	11	3	6	8
	controle	2	5	0	7
III	studiegroep	4	3	1	6
	controle	1	3	1	3

De verwachting was dus uitsluitend bevestigd t.a.v. het in meer gevallen geven van indrukken over het gesprek door de studiegroepleden. Uiteraard zijn hiervoor verschillende verklaringen denkbaar. Het kan zijn dat aan het gesprek als factor in de arts-patient relatie door de groepsleden meer aandacht wordt besteed, het is ook mogelijk dat de groepsleden alleen gewend zijn geraakt hun indrukken hierover weer te geven.

De tweede vraag bestond uit een viertal schaalvragen, waarbij de arts zijn oordeel moest geven over resp. de toereikendheid van de in het gesprek verkregen inlichtingen, de gevoelsrelatie die ontstond, de mate waarin het gesprek verhelderend werkte voor de patient, en de mate van stroefheid of vlotheid die het gesprek kenmerkte.

De oorspronkelijke bedoeling was, het oordeel van de artsen te vergelijken met de typering volgens het evaluatieve systeem. Aangezien dit gefaald had, verviel deze mogelijkheid. Bij vergelijking

* De toetsing geschiedde met behulp van een combinatie van 2 x 2 tabellen; zie De Jonge, Medische Statistiek II, hoofdstuk 26.3

van de scores van studiegroepleden en niet-groepsleden, zowel per geval als over het totale materiaal, traden geen statistisch significante verschillen op.*

De derde vraag was: wat is uw mening over het ontstaan, c.q. de betekenis voor de patient, van de klachten die op het spreekuur naar voren kwamen?

Aangezien het ons ging om het inzicht van de arts in de psychische problematiek, werd bij het geval van de patiente met hypertensie, die zich niet wilde laten opnemen, een andere formulering gebruikt. Hier luidde het: Wat is uw mening over het probleem, dat de opname voor de patient vormt?' Deze derde vraag was gesteld om na te gaan of de arts, na het gesprek in het bezit van de benodigde gegevens zijnde, begreep wat het kernprobleem was. Een enkele keer viel dit niet op te maken uit het antwoord op deze vraag alleen; zo bv. waar dit luidde: 'probleem moet opgelost worden omdat opname noodzakelijk is'. Het was echter altijd mogelijk om met behulp van antwoorden op andere vragen, of opmerkingen van de arts in het interview, tot een beslissing te komen. Als te noemen thema's werden in de respectieve gevallen beschouwd: schuldgevoelens over het verkeersongeluk, moeilijkheden met eigen aanpassing aan de nieuwe omgeving, en schuldgevoelens over de abortus in het verleden. Tenslotte bleek dat slechts twee artsen de kernproblematiek niet aanwezen. Eén daarvan had niet de beschikking over de noodzakelijke gegevens; de actrice had geen kans gezien ze op enigszins geloofwaardige manier in te vlechten. De genoemde artsen behoorden tot de niet-groepsleden. Het is duidelijk dat hieruit geen verschil blijkt tussen studiegroepleden en niet-groepsleden.

Welke inlichtingen of wat voor onderzoek meent u in dit geval nog nodig te hebben?, was de vierde vraag.

De antwoorden op deze vraag liepen uiteen; verdere anamnestiche gegevens, somatisch onderzoek, gesprekken met gezinsleden

* Gebruikt werd een combinatie van toetsen van Wilcoxon, zie De Jonge Medische Statistiek II, hoofdstuk 26.3

etc. Een onderscheid tussen groepsleden en niet-groepsleden werd niet gevonden.

De vijfde vraag luidde: kan en moet er naar uw mening verder nog iets gedaan worden voor de patient? Zo ja wat? Wie zou dit moeten doen?

Evenals bij de vorige vraag was er enige variatie in de antwoorden. De hypothese, die luidde dat niet-groepsleden meer van een medicamenteuze therapie of verwijzing naar een specialist gebruik zouden maken dan groepsleden, werd niet bevestigd.

De zesde vraag was: hoe vond u de houding van patient t.o.v. u? Bij wijze van voorbeeld volgen hier enkele omschrijvingen. Wilt u deze onderstrepen als ze van toepassing zijn, en zo mogelijk met eigen omschrijvingen aanvullen: meegaand/sceptisch/bescheiden/dominerend/afhankelijk/geringschattend/agressief/coöperatief.

De bedoeling van deze vraag was te zien of de groepsleden een genuanceerdere beschrijving gaven van het aandeel van de patient in de arts-patient-relatie, dan de niet-groepsleden. Een dergelijk verschil werd niet gevonden. In totaal gaven de artsen 99 typeringen van de houding van patiente; 71 daarvan werden gekozen uit de aangeboden beschrijvingen. De verdeling was: meegaand 12, sceptisch 1, bescheiden 21, afhankelijk 7, agressief 1, coöperatief 29 keer. In feite noemden haast alle artsen de patiente meegaand, bescheiden, afhankelijk en/of coöperatief.

De 28 door de artsen zelf toegevoegde kwalificaties ademen vrijwel steeds dezelfde sfeer: bedeesd, gewillig, dankbaar, begrijpend etc. Een uitzondering hierop vormden twee bij het eerste geval geregistreerde opmerkingen: 'argwanend' en 'verzet sthenisch-onbeïnvloedbaar'. Het monotone beeld van de patiente is waarschijnlijk in belangrijke mate terug te voeren tot de rolopdracht die de actrice had gekregen. Immers, om de artsen niet met een al te moeilijke taak te confronteren, was besloten dat de patiente in principe een meegaand-neutrale houding aannam, het initiatief grotendeels aan de arts latend. Daarbij had de moeder in het derde geval nog een behoefte, zich vast te klampen. Een en ander is natuurlijk heel wel te rijmen met de door de artsen gegeven

typeringen.

Daarbij blijft het o.i. toch merkwaardig dat van de zo verschillende sfeer van de drie gevallen zo weinig is terug te vinden in de gekozen kenschetsingen. De weerstand van de vrouw tegen de opname en tegen de overredingspogingen van de arts, die in het eerste geval soms tot de laatste minuten duurden, worden in slechts twee van het standaardpatroon afwijkende opmerkingen gereflecteerd: 'argwanend' en 'sthenisch-onbeïnvloedbaar'. Ook bij het derde geval was meermalen sprake van een procedure waarbij de patiënte weliswaar beleefd antwoordde op alle vragen maar niets prijs gaf van haar overtuiging dat haar zoontje een ernstig, ja onoverkomelijk hartlijden had. Een en ander doet toch de vraag rijzen of de arts niet in het algemeen de neiging heeft, zijn patiënt als meegaand, bescheiden, afhankelijk en coöperatief te zien tenzij bewijzen van het tegendeel zeer duidelijk waarneembaar zijn. Neemt men daarbij in aanmerking hoe artsen in hiervoor relevante gesprekken reageerden op het verzet van patiënte, dan rijst het vermoeden dat dit soms als zodanig kortweg niet aan gevoeld en onderkend wordt. In andere gevallen reageert de arts fel, bv. met sarcasme, dreigen met de dood enz.; toch wordt de patiënt dan beschreven als bedeesd, gewillig etc. Het schijnt dus belangrijk te zijn, van een goede verstandhouding, m.n. van de patiënt uit, te blijven spreken.

Kunt u iets zeggen over uw eigen gevoelens tijdens het gesprek?, luidde de zevende vraag. Evenals bij de vorige vraag volgen hier enkele omschrijvingen. Wilt u de van toepassing zijnde onderstrepen, en zo mogelijk aanvulling geven: behulpzaam/geïrriteerd/meegaand/ontfermend/hartelijk/geneigd zich van de patiënt te distantiëren/leidinggevend/afwijzend.

Uiteraard was dit de tegenhanger van de vorige vraag. Ook hier was weer de verwachting dat de studiegroepleden een genuanceerder typering zouden geven dan de niet-groepsleden. De bij de vraag aangegeven typeringen werden 78 maal gebruikt, 23 opmerkingen werden door de arts zelf toegevoegd. De eerst 78 waren als volgt verdeeld: behulpzaam 28, geïrriteerd 4, meegaand 6, ontfermend 11, hartelijk 9, geneigd zich van de patiënt te distan-

tiëren 1, leidinggevend 19 keer. Het zwaartepunt ligt dus bij 'behulpzaam' en 'leidinggevend'. Overtuigende verschillen tussen de diverse groeperingen artsen vindt men hier niet, afgezien van het feit dat de irritatie uitsluitend door studiegroepleden werd genoemd, en wel drie van de vier maal in verband met het eerste geval. De door de artsen zelf bijgevoegde opmerkingen zijn van verschillende aard. Het opvallende is hier dat 13 van de 27 groepsleden kritisch commentaar leveren op de eigen houding of gevoelens van onzekerheid of hulpeloosheid vermelden (bv., 'te dominerend', 'hulpeloos', 'gevoel op een muur te lopen' etc.). Daarbij zijn dan wel in aanmerking genomen de opmerkingen in de antwoorden op de eerste vraag. Commentaren in deze zin op eigen houding en optreden vindt men bij geen der niet-groepsleden. Een en ander vormt o.i. wel een aanwijzing dat de studiegroepleden zich meer bewust zijn van problemen bij de hantering van de arts-patient-relatie.

Ten achtste werd de arts gevraagd of de patient blijk had gegeven van dankbaarheid, scepticisme, boosheid of angst t.o.v. de arts. Tevens werd gevraagd waaruit dit gevoel dan bleek.

In de beschrijving van de voorbereiding van de gesprekken is gezegd dat de actrice tijdens het interview de opmerking moest maken: 'Ik vind het prettig dat u zoveel tijd aan me wilt besteden'. Dit leek ons een duidelijke uiting van dankbaarheid. De bedoeling was nu, na te gaan welke artsen deze opmerking als zodanig hadden geregistreerd. Verwacht werd dat dit vaker het geval zou zijn bij de studiegroepleden, die immers de bestudering van de arts-patient-relatie als onderdeel van hun training hadden. Het bleek dat 32 van de 41 artsen meenden dat de patient blijk had gegeven van dankbaarheid. De factor groepslidmaatschap speelde daarbij geen rol. Met de motivering van deze indruk lag het anders: 22 van de genoemde 33 artsen verwezen naar de bewuste opmerking van de actrice. De elf overige gaven óf geen motivering, óf redenen als: 'gaf blijk van enig inzicht', 'de bereidheid iets van zichzelf te vertellen', 'door te proberen haar een doel te geven', enz. Als motivering leek ons dit op zijn best vager dan het verwijzen naar de opmerking van de actrice. Als men aan-

neemt dat dit laatste wijst op een meer bewust waarnemen van wat zich in het gesprek manifesteerde aan dankbaarheid, heeft het zin om na te gaan welke artsen de opmerking als bewijs voor de dankbaarheid noemden. Dit waren vijf van de veertien niet-groepsleden en zeventien van de 27 studiegroepsleden. Bij toetsing van dit verschil, dat in de voorspelde richting lag, is de T-waarde 1,33; bij éézijdige toetsing komt dit overeen met een overschrijdingskans van 9 pct.

De negende vraag luidde: als u een of meer delen van vraag 8 met 'ja' hebt beantwoord, kunt u dan ook aangeven wat voor gevoel de betreffende opmerking(en) van de patient bij u wekte(n) en hoe u eventueel in uw houding hierop reageerde? enz.

De bedoeling van deze vraag was, door vergelijking met wat zich na de opmerking van patiente afspeelde in het werkelijke gesprek, te zien of de studiegroepsleden hun eigen reacties beter onderkenden dan de niet-groepsleden. Omdat maar vijf niet-groepsleden de opmerking als teken van dankbaarheid hadden genoemd, verviel dit plan. Nog afgezien daarvan liepen de gegeven antwoorden zo uiteen dat ze zich aan verdere bewerking onttrokken.

In hoeverre vertoonde dit gesprek overeenkomst met een gesprek zoals u dit in werkelijkheid met een dergelijke patient zou kunnen hebben gevoerd?

Deze tiende vraag was gesteld om een schatting door de artsen te krijgen over de natuurgetrouwheid van het gesprek. Hoe ongunstiger het oordeel luidde, hoe minder vertrouwen men o.i. in de onderzoeksmethode mocht stellen. Door twee onafhankelijke beoordelaars werden de antwoorden ondergebracht in vier categorieën: overeenkomst met de werkelijkheid weinig, matig, redelijk, goed. 'Weinig' werd door beide in twee gevallen gescored, de aantallen bedroegen voor 'matig' resp. zes en drie voor 'redelijk' elf en vijftien en voor 'goed' 21 en 20; niet ingevuld 1. Het oordeel van de artsen luidde dus overwegend gunstig.

Vraag elf: in hoeverre hebt u zich speciaal op dit gesprek voorbereid?

Eerder is al gesproken over de vrees dat een op de band op te nemen rollenspel de artsen het gevoel zou geven een soort examen te moeten afleggen. Het leek mogelijk dat zij zich als gevolg hiervan min of meer uitvoerig op het interview zouden voorbereiden, wat op zichzelf het kunstmatige karakter zou versterken. Dit bleek niet het geval te zijn: één arts oriënteerde zich nog eens over hypertensie en stress door het lezen in een boek, twee anderen noteerden een aantal punten waarnaar zij wilden vragen. De overigen bepaalden zich tot het herlezen van de hun toegezonden gegevens, waar zij bij ontvangst, enkele dagen voor het gesprek dus, kennis van hadden genomen.

Samengevat gaf de vragenlijst dus de volgende resultaten: Groepsleden gaven vaker een kenschetsing van het gesprek dan niet-groepsleden; ook vermeldten zij vaker kritiek op hun eigen houding of gevoelens van onzekerheid tijdens het gesprek; voorts noemden zij vaker als teken van dankbaarheid van de patiënte haar opmerking: 'Ik vind het prettig dat u zoveel tijd aan me wilt besteden'. Geen duidelijke verschillen werden gevonden in de beoordeling van het gesprek op enkele schalen, in het aangeven van het probleem van de patiënte, en in verder noodzakelijk geachte gegevens en het therapeutische programma. Een en ander doet vermoeden dat de groepsleden meer aandacht schenken aan het gespreksgebeuren op zich, en de problemen waarvoor het hen stelt. Naar aanleiding van de typering van de houding van de patiënt rees de vraag of artsen in principe geneigd zijn het optreden van hun patiënt als meegaand, coöperatief enz. te interpreteren.

Opsporing van het sleutelgegeven

Tot slot een geïsoleerd gegeven. Bij de beschrijving van de rol-instructie is vermeld dat de actrice kort voor het eind van het gesprek aan de arts, als deze de oplossing van het geval nog niet gevonden had, de sleutelgegevens moest aanbieden op een manier die zo natuurlijk mogelijk in het interview paste. In feite was dit alleen van belang in het eerste en derde geval. Dat in het tweede geval een verhuizing had plaats gehad was in de spreekuurgegevens opgenomen en dat de moeder zelf moeite had met de aan-

passing in de nieuwe omgeving kwam altijd spoedig ter sprake. In de twee andere gevallen had het ter tafel komen van het verkeersongeval c.q. de abortus echt het karakter van een ontkenning die meermalen lang op zich liet wachten. Aan de actrice werd gevraagd op te geven welke artsen zij overeenkomstig de instructie aan het eind van het gesprek uit de moeilijkheden had geholpen. Het resultaat ziet men in tabel 19.

Tabel 19

Aanbieding van sleutelgegevens door de actrice

geval	categorie	aanbieding sleutelgegevens door actrice	
		wel	niet
I	studiegroep	1	5
	controle	2	1
III	studiegroep	3	4
	controle	4	—

Toepassing van de χ^2 toets op de totalen voor geval I en III samen gaf als resultaat dat het verschil tussen studiegroepen en controles significant was op het 10 pct niveau ($0,05 < p < 0,10$). Blijkbaar hadden dus de twee Balint-groepen meer succes dan de controle-groepen bij het doordringen tot de kern van het probleem van de patient.

De opsomming van de bevindingen bij het rollenspel-project is hiermee voltooid. Het is duidelijk dat wij ons veel meer bezig hebben gehouden met de vraag langs welke wegen en met hoeveel succes de artsen zochten naar de gegevens die zij nodig hadden, dan met de vraag welke gevoelsklimaat zij daarbij schiepen. Dat is niet omdat dit ons onbelangrijk voorkwam; de verklaring luidt: het was zo al moeilijk genoeg. In het volgende hoofdstuk zullen de veelsoortige gegevens die thans zijn vermeld, samengevat en afgewogen worden.

De tijd is nu gekomen om de resultaten van het onderzoek als geheel te bezien. Wat zeggen zij ons over de vraag waarom het begonnen was: welk effect heeft de scholing in studiegroepen medische psychologie? En kan men erop verder speculeren over mogelijkheden om het effect te vergroten?

Een resultaat van het werk in studiegroepen lijkt in elk geval te zijn: het aankweken van een gunstiger attitude t.o.v. patienten met psychogene klachten, psychische problemen, en gedragsafwijkingen. Dat resultaat wordt niet bereikt ten koste van het betrokken-zijn van de arts op lichamelijke aandoeningen. Maar werkt deze attitude door in de behandeling van de patient?

Onze toetssteen hiervoor was het optreden van de arts in het 'long interview' met de actrice die een patient uitbeeldde. Er zijn natuurlijk allerlei andere situaties in een huisartsenpraktijk waarin de dokter kan toepassen wat hij zich in een studiegroep heeft eigen gemaakt, maar wij moesten ons nu eenmaal beperken. Wat leverden de rollenspelgesprekken op?

In de eerste plaats de constatering dat het gedrag van de huisarts voor een deel bepaald wordt door de aard van het geval waarmee hij te maken krijgt. De bewerking volgens Bales, de bepaling van de 'speech disturbance rates', en de kwalitatieve analyse van het diagnostische deel van de gesprekken over geval I en III, wezen alle in die richting.

Verder bleek uit de Bales-scoring dat in geval I de getrainde artsen minder dirigerend optraden en minder negatief getinte opmerkingen maakten dan de niet-getrainde. In de gevallen II en III werden geen significante verschillen gevonden. Wij veronderstel-

den op grond hiervan dat effecten van training vermoedelijk slechts optreden in daarvoor kritische situaties, i.c. een geval waarbij een goede mogelijkheid was geschapen voor het optreden van autoriteitsconflicten.

De bewerking met het evaluatieve systeem faalde, als totaliteit genomen. Op twee punten kon wel een conclusie worden getrokken. Vergelijking van studie- en controlegroepen op inhoudelijke juistheid van de gemaakte opmerkingen en mate van distantie t.o.v. de patient leverde geen aanwijzingen op dat studiegroepleden de gesprekken in deze twee opzichten beter hanteerden.

Voor de twee Balint-groepen samen gold dat deze artsen minder vaak door de actrice geforceerd aan het sleutelgegeven van het geval geholpen moesten worden dan de controles. Deze vergelijking kon door de aard van de ziektegeschiedenis voor de andere studiegroepen niet gemaakt worden.

Samengevat: in twee opzichten werden aanwijzingen verkregen dat er verschil was tussen getrainde en niet-getrainde artsen wat het voeren van een gesprek betrof. Dit verschil trad alleen dan naar voren, als de aard van het geval daartoe aanleiding gaf. In twee andere opzichten kon geen verschil worden geconstateerd tussen studiegroepen en niet-groepsleden. Men zal zich overigens herinneren dat in voorgaande hoofdstukken gewezen is op diverse overwegingen van methodologische aard die ervoor pleiten, aan de conclusies die men uit dit experiment kan trekken een voorlopige, en niet absolute betekenis toe te kennen.

Uit de bewerking van de enquête-formulieren kwamen aanwijzingen dat de studiegroepleden meer aandacht hadden voor het gesprek met de patient als situatie op zich, en voor hun eigen gevoelens en tekortkomingen daarin. Dit stemt overeen met de doelstellingen van studiegroepen maar is, net als de gevonden attitudeverschuiving, wel een voorwaarde maar geen garantie voor een betere hantering van het contact met de patient.

Tenslotte is een poging gedaan, te komen tot een beschrijving van aspecten van de gespreksvoering van de artsen in het diagnostische gedeelte van de interviews over de gevallen I en III. Daarbij werd een aantal indrukken vergaard. Het doel van de bestudeerde gesprekken leek voor de huisartsen te zijn het bedrijven

van therapie; de diagnostiek was niet anders dan hulpmiddel. De aard van het gesprek werd sterk beïnvloed door de directe eisen die het geval aan de arts stelde. Opmerkingen van de patient die een nieuw element in de situatie brachten, hadden vaak een actieve stellingname ten gevolge van de arts, die steunde op de betekenis die hij zelf aan dit element toekende. De verschillende wegen waarlangs de artsen tot de ontdekking van het sleutelgegeven kwamen, werden zoveel mogelijk beschreven. Al met al bleek de hantering der gesprekken — hoezeer verschillend ook van arts tot arts — duidelijk anders te zijn dan de procedure die bv. Balint (1966) met 'listening' aanduidt; verschillend ook van de door vele psychotherapeuten gebezigde gespreksstijl.

Als men uit de resultaten iets wil afleiden, dan dient men zich de beperkingen van deze studie voor ogen te houden. Het onderzoek is gericht geweest op groepen, samengesteld uit practiserende artsen die vrijwillig lid geworden waren. Ook als men de bescheiden resultaten van het rollenspelproject wil laten voor wat zij zijn en alleen kijkt naar de positieve gegevens over de attitude-verandering, is het methodisch niet verantwoord de conclusie te trekken, dat verplichte deelneming aan studiegroepen categorisch wenselijk zou zijn, óf dat deze vorm van scholing bij studenten hetzelfde effect zou hebben als bij gevestigde huisartsen. Een andere beperking van het onderzoek ligt in de twee manieren waarop wij geprobeerd hebben het rendement van de training der groepen te beoordelen. In principe zijn nog andere benaderingswijzen denkbaar; het ware toe te juichen als het hier geschetste beeld aangevuld werd of eventueel gewijzigd. Tot het zover is zal men echter bij de koersbepaling voor de training gebruik moeten maken van de gegevens die er zijn.

Dit leidt ons tot de volgende vraag: kan men voor de studiegroepen medische psychologie die werkzaam zijn en zullen zijn, op grond van deze evaluatie richtlijnen aangeven om het nuttig effect van dit werk te vergroten? Strikt genomen is dit niet het geval. Op ons onderzoek kan geen methode voor deze vorm van nascholing worden gebaseerd. Wel is het misschien de moeite waard, na te gaan tot welke suggesties de diverse tot nu toe gedane evalua-

tiepogingen geleid hebben, om daarna enkele problemen en mogelijkheden aan te geven.

Uit de Tavistock-kliniek kwam, zoals beschreven, een onderzoek naar het effect van het selectie-interview. De uitkomst pleitte voor het nut van zo'n selectieprocedure. Methodologische tekortkomingen zetten echter een deel van de conclusies op losse schroeven. De ontwikkeling in het werk van Balint et al. is ook weinig beïnvloed door bevindingen van kwantificerend onderzoek. Er is overigens wel degelijk een ontwikkeling geweest. In het begin kwam voortdurend de zin van de gebruikelijke procedures voor diagnostiek en therapie bij patienten in de huisartsenpraktijk ter discussie. Dit vond zijn neerslag in begrippen als: het komen tot een diagnose door eliminatie van denkbare aandoeningen, de verwatering van de verantwoordelijkheid door verwijzing naar specialisten, de leraar-leerling-relatie tussen specialist en huisarts, de rangorde van ziekten, de angst voor het niet-herkennen van een organische diagnose, de voortijdige geruststelling, enz. Daarnaast werd naar voren gebracht dat de diagnostiek en therapie waartoe men bij een bepaalde patient komt, vaak niet voortvloeien uit de aanwezigheid van een bepaalde afwijking, maar het karakter dragen van een stilzwijgend bereikte overeenkomst tussen arts en patient; een overeenkomst die dan ook mede afhankelijk is van de wijze waarop de arts zijn beroep uitoefent. Deze wijze van beroepsuitoefening hangt sterk samen met persoonlijke opvattingen van de arts die hij uitdraagt naar zijn patienten (de apostolische functie). De bewustwording van zijn eigen apostolische functie nu, zou de arts de ogen openen voor zijn aandeel in de arts-patient relatie. Daardoor zou de patient beter kunnen worden geobserveerd en begrepen, wat zijn heilzame invloed op de therapie niet zou missen. In die gevallen waarin geen localiseerbare aandoening bestaat, moet dan ook geen *'illness-centred'*, maar een *'patient-centred'* geneeskunde worden bedreven, waarbij de persoon als geheel wordt onderzocht. Dit leidde tot de invoering van het *'long interview'* als belangrijk onderzoek- en behandelings-instrument (Balint, 1966, 1969).

Latere jaren gaven o.m. twee ontwikkelingen te zien. Enerzijds een bestudering van het contact met bepaalde groepen patienten

met eenzelfde kenmerk, zoals de stervende patient en de patient met het herhalingsrecept. Anderzijds een poging, te zien of de artsen ook zonder 'long interview' kunnen komen tot het opnemen van een patient-centred aanpak in hun dagelijkse praktijkvoering, en wat in dit opzicht met gesprekken van tien à vijftien minuten kan worden bereikt. Het meest tastbaar op dit gebied lijkt de introductie van het begrip 'little bang aim'. Dit houdt in dat de dokter niet meteen een volledige psychologische diagnose en daarop gebaseerde therapie nastreeft, maar tracht bij elke ontmoeting een stukje wederzijds begrip met de patient op te bouwen door zich een beeld te vormen van wat de patient hem eigenlijk probeert mee te delen en van hem verwacht en daar zo goed mogelijk op te reageren. 'Questions we should be asking were not so much — is this man getting upper respiratory infection because his wife is bullying him? or, does that boy want to stay off work because he is frightened of his homosexuality? but more, why is this girl complaining of eye-strain today? Does she want me to see something for her or instead of her? Does she want more than eye-drops? . . . Or, of another patient, why did he ask me whether it was all right to have the repeat prescription again? He had it for a year without any bother, etc. etc.' (Balint, E., 1968).

Deze ontwikkelingen, het zij nogmaals gezegd, berusten niet op resultaten van kwantificerend onderzoek. Zij zijn tot stand gekomen op grond van ervaring in en met de groepen. Wij zullen nu zien welke ideeën in andere centra naar voren zijn gekomen. Zabarenko et al. (1968) hebben ook enkele aanbevelingen gedaan naar aanleiding van hun bevindingen. Het zijn alweer niet zozeer hun resultaten, als wel een aantal indrukken tijdens de uitvoering van hun onderzoek opgedaan, die hier een rol spelen. Zij wijzen in de eerste plaats op de beperktheid van het beeld dat men in de groepsbijeenkomsten krijgt van het dagelijkse werk van de arts. Een belangrijk deel van zijn doen en laten blijft daardoor onbesproken. Zij raden aan, de psychiater periodiek aanwezig te laten zijn bij het spreekuur van de huisarts. Voor beide partijen is overleg ter plaatse zeer leerzaam. Voor de psychiater is het van groot belang, goed te weten hoe huisartsen hun dagelijks werk doen: hij kan dan ook zinvoller reageren tijdens de groepszittingen. Ten-

slotte zou het leerzaam kunnen zijn, als uitgangspunt voor de discussie bepaalde typen van spreekuurprocedure te nemen, de screening procedure, het optreden in een crisissituatie, etc.

Chassy (1971) meent op grond van zijn onderzoek het volgende. De groepsprocedure moet voldoende soepel zijn om tijdens de zittingen opkomende angsten en spanningen op te vangen. Pogingen van de artsen om meteen al de kenmerken van een psychiatrisch georiënteerd rolgedrag uit te spellen moeten worden afgehouden totdat zekerheid bestaat dat de psychiater en de andere groepsleden dezelfde taal spreken, d.w.z. hetzelfde bedoelen als zij hetzelfde zeggen. De vorming van een gemeenschappelijk begrippenstelsel moet uitgaan van een concrete bespreking van patientenmateriaal om pas daarna op een meer abstract niveau te worden voortgezet. De tegenstelling: didactische versus non-directieve behandeling van het materiaal is niet van doorslaggevend belang. Een non-directieve aanpak leent zich misschien het best voor bespreking van de gevoelsmatige kant van de ter tafel komende problemen, terwijl uitwisseling van kennis en normen vermoedelijk bevorderd worden door een didactische procedure. In het bijzonder tijdens de eerste zittingen is het voor de psychiaters verstandig, voornamelijk te luisteren en hun inbreng steeds af te stemmen op die van de andere groepsleden. Later, als een gemeenschappelijk stelsel van opvattingen is ontstaan, wordt de vraag van wie de richtinggevende impulsen in de groep uitgaan, minder belangrijk. Acht à tien zittingen zijn vermoedelijk nodig om de sociale afstand en het verschil in normen en begripvorming tussen psychiaters en andere groepsleden voldoende te verminderen.

Men zou daarom kunnen denken aan tenminste twee soorten studiegroepen: één waarin de fundamentele communicatieproblemen tussen de deelnemers worden opgelost, en een tweede waarin, voortbouwend op de resultaten van het eerste, een rolgedrag wordt ontworpen dat steunt op het verkregen gemeenschappelijke begrippenstelsel. De resultaten van dit tweede studiegroepstype kunnen later worden onderhouden en versterkt door het aanbieden van permanente consultatiemogelijkheden voor de individuele artsen. Een dergelijk systeem maakt een selectie wenselijk, zowel

van huisartsen als van psychiaters. Bij de huisartsen om te bepalen of zij zich het gemeenschappelijk perspectief hebben eigen gemaakt dat de basis vormt voor het werk in het tweede studiegroep-type. Bij de psychiaters omdat het verschil van de twee groepstypen vermoedelijk vraagt om een verschil in benadering door de psychiater, hetgeen betekent dat niet iedereen gelijkelijk geschikt zal zijn voor deze twee soorten werk. Tenslotte meent Chassy, dat het in de groep verlenen van steun aan de huisartsen bij de moeilijkheden die zij ondervinden in de bemoeienis met de psychische problemen van hun patienten a.h.w. een gevoel van verplichting kan scheppen dat later de assimilatie van psychiatrische opvattingen en inzichten bevordert.

Het onderzoek van Enelow en Adler is sterk toegespitst geweest op de door hen bestudeerde leermethoden, die meer of minder effectief werd bevonden. Het onderzoek van Pearson leverde door de sterk wisselende uitkomsten geen duidelijke algemene richtlijnen op.

Laten wij nu proberen, uit deze bonte verscheidenheid van gegevens, meningen en adviezen enkele punten te lichten die voor de Nederlandse studiegroepen van belang kunnen zijn.

Eerst komt dan naar voren dat een procedure waarbij de artsen zelf bepalen welke gevallen gebracht worden, een groot deel van het werk van de huisarts buiten beschouwing laat. Zabarenko et al. (1968) laten hierover geen twijfel. Ook de in latere jaren in de Tavistock-kliniek gebruikte methode, willekeurig gekozen gevallen aan de orde te stellen, erkent dit feit impliciet. Wil men dus zoveel mogelijk vormen van hantering van het contact met de patient aan de orde gesteld zien in de groepen, dan mag men zich niet bepalen tot wat spontaan gebracht wordt. Men zou natuurlijk kunnen hopen dat de arts, al of niet via een 'considerable though limited change of personality', de instelling die hij zich in bepaalde situaties heeft eigen gemaakt, overbrengt op andere. Er is echter weinig reden om dit aan te nemen. Ons onderzoek toonde al aan dat het optreden ook van getrainde artsen sterk door de aard van het geval werd bepaald, maar ook directe waarnemingen wijzen in deze richting. Fleck zegt naar aanleiding van zijn observatie van huisartsen in hun werk: 'The deficiency might

best be termed failure or unwillingness to use oneself as a therapeutic tool. There was no hesitancy to do this in the form of giving direct and quite authoritarian orders, especially to mothers of sick small children. 'No matter how he struggles, you must get the nose drops in every three hours, or otherwise he might lose his hearing', is an example. This same physician interviewed another patient that same day most skilfully, being careful not to enhance her anxiety, even though he had shown oblivion to the insecurity and anxiety of the mother of the small child with the runny nose whose ear refused to clear up'. (Fleck, 1967).

Hiermee is eigenlijk een tweede punt aan de orde gesteld: het is van belang dat een aanzienlijke verscheidenheid van situaties in de groepsbijeenkomsten de revue passeert. De reden hiervoor, gelegen in de situatiegebondenheid van het gedrag van de arts, is zojuist genoemd. Moeilijker is het te zeggen in welk opzicht de situaties verschillend moeten zijn. Een aantrekkelijk uitgangspunt lijken waargenomen verschillen in gedrag en doelstelling van de huisarts. Brouwer en Dijkhuis (1967) richten zich hierop als zij onderscheiden de klacht, het anamnestic gesprek, voorschrijven, adviseren en verwijzen, het geven van inlichtingen, enz. Ook de door Zabarenko et al. onderscheiden procedures: screening transaction, crisis situation, procrustean transaction, adynamic transaction en faltering transaction, verdienen in dit verband de aandacht. In ons eigen onderzoek nam de weerstand biedende patient een bijzondere plaats in. De Balints en hun medewerkers hielden zich o.a. bezig met de stervende patient en de 'repeat prescription patient'. Aan de laatste werd een alleszins lezenswaardige publicatie gewijd (1970). Als de daarin gestelde conclusies bevestigd zouden worden, zou het voor huisartsen van belang zijn van deze bevindingen op de hoogte te wezen; zo werden zij o.a. licht op de zoëven genoemde procrustean transaction. Men komt daarmee eigenlijk tot een ander criterium voor de keuze van te bespreken situaties, te weten het voorhanden zijn van voor de praktijk belangrijke kennis, waarvan huisartsen nog onvolledig op de hoogte zijn, bv. omdat de kennis afkomstig is uit een ander vakgebied. Deze weg is in Nederland, waar men nooit geheel afkerig was van 'teaching', reeds ingeslagen met de Boer-

haavecursus van 1971 over rouwprocessen. Er zouden meer van dergelijke onderwerpen zijn te noemen.

De observatoren in het project van Zabarenko et al. konden geen verandering waarnemen in het gedrag van artsen die één jaar lid waren van een studiegroep. In ons experiment worden twee aanwijzingen gevonden voor het bestaan van verschillen in gedrag tussen getrainde en ongetrainde artsen. Van de drie groepen die door Chassy werden gevolgd, werden twee door hem als mislukt beschouwd. Het zijn gegevens uit drie verschillende soorten onderzoek, met verschillende criteria, en elk met zijn beperkingen. Toch vormen zij een aanwijzing dat het lid zijn van een studiegroep lang niet altijd leidt tot het beoogde doel. De oorzaken hiervoor zullen ongetwijfeld velerlei zijn. Een belangrijke voorwaarde voor succes is naar het ons voorkomt het door Chassy benadrukte ontwerpen van een gemeenschappelijk begrippenstelsel en het spreken van eenzelfde taal door huisartsen en psychiater-adviseur. Men kan daarbij zijn twijfels hebben over Chassy's veronderstelling dat dit in acht à tien zittingen tot stand kan worden gebracht. Dat neemt echter niet weg dat er vermoedelijk ook bij lang bestaande groepen belangrijke onuitgesproken verschillen in perspectief kunnen zijn tussen huisartsen en adviseurs, die het effect van de inbreng van de psychiater volkomen kunnen ombuigen of te niet doen.

Een voorbeeld uit geval I in ons onderzoek kan dit verduidelijken. In de groepsbespreking over de vrouw die weigerde zich te laten opnemen, had de psychiater gezegd dat het nodig was, eerst te weten te komen waarom zij opname weigerde; misschien op grond van angsten, eventueel verband houdend met een vroegere opname. In het experiment bleek, dat de artsen van de controlegroep ook zonder uitzondering vroegen naar de reden van patiënte's weigering. De actie-gerichtheid van alle artsen manifesteerde zich ook bij de studiegroepleden hierin, dat het vragen naar de reden van de weigering plaats had tussen andere pogingen door, om de patiënte naar het ziekenhuis te krijgen; en tenslotte nam het 'te weten komen waarom' meermalen de vorm aan van zelf bedenken wat de reden wel zou zijn, en die aan de patiënte voorleggen.

Dit soort verschillen tussen de manier waarop een advies bedoeld is en wordt gebruikt, blijft zeker vaak onopgemerkt. Het vervolgen van een besproken geval gebeurt, alleen al om praktische redenen (andere artsen moeten ook aan de beurt komen) vaak fragmentarisch of helemaal niet, zodat de activiteiten van de adviseur meestal een 'doe wel en zie niet om' karakter moeten hebben. Toch is het naïef te menen dat de praktijkvoering de invloed ondergaat van het gebodene in de studiegroep en niet omgekeerd. Met andere woorden: het zal vaak voorkomen dat de huisarts uit de conclusie van de groepsdiscussie slechts een gedeelte (bv. het meest concrete) overneemt en dat invlecht in zijn gebruikelijke manier van optreden tegenover de patient (bv. als extra punt in zijn differentiaaldiagnose). Nu is het zeker niet principieel af te wijzen als de huisarts het advies omvormt naar eigen behoefte. Het is wel bedenkelijk als de wijze waarop dit gebeurt niet ter discussie komt en er in de groep een schijnovereenstemming heerst, terwijl de leden een verschillende uitleg geven aan wat gezegd is.

Het geven van een oplossing is moeilijker dan het stellen van het probleem. In de meeste groepen zal het, alleen al om praktische redenen zoals tijdgebrek, onmogelijk zijn hier consequent aandacht aan te besteden. Het enige wat men dan kan doen is geregeld tijd proberen te reserveren voor het vervolgen van eerder behandelde gevallen. Het is natuurlijk denkbaar dat groepen die zich geruime tijd bezig houden met gespreksanalyse en gesprekstechniek, op dit gebied een aantal gemeenschappelijke normen ontwikkelen die een zekere mate van gemeenschappelijkheid van opvattingen garanderen. Men kan zich ook afvragen of het niet de moeite waard zou zijn, te proberen langs experimentele weg het probleem verder te benaderen. Zo zou men, bv. op de wijze waarop in dit onderzoek gepoogd is dat te doen, kunnen trachten uit series gelijk gerichte interviews op te maken welke factoren kenmerkend en/of richtinggevend zijn voor het optreden van huisartsen in diverse situaties. Kent men deze factoren, dan weet men beter aan welke invloeden een in een studiegroep getrokken conclusie onderhevig is, d.w.z. in welke richting die conclusie kans loopt in de praktijk vertaald te worden. En het is zelfs niet

ondenkbaar dat er, zoals in een van onze gesprekken bij geval I, een interview-stijl wordt ontdekt die strijdig is met verschillende dogma's van de gesprekstechniek, die toch efficiënt lijkt en aansluit bij de stijl van het huisartsenwerk. Maar waarschijnlijk riekt dit voorstel naar de lamp. Er zal nauwelijks iemand te vinden zijn die een dergelijk tijdrovend werk op zich zal willen nemen, nog afgezien van de moeilijkheden die bv. liggen in het onderscheiden van de individuele en de algemene karakteristieken van elk gesprek.

Met een persoonlijke opmerking moge dit hoofdstuk besloten worden. Een doorslaggevende factor voor het succes van de studiegroepen moet gelegen zijn in een correcte hantering van de optredende groepsprocessen. Dit onderwerp wordt in de literatuur onvoldoende aan de orde gesteld. Men zou daar vrede mee kunnen hebben als elke psychiater-adviseur een geschoolde groeps-therapeut was en als de studiegroepen eenzelfde aanpak vereisten als therapeutische groepen. Het een noch het ander is in Nederland het geval. Het werken in de collegiale sfeer met ongeseelteerde, in verschillende mate en op verschillende wijze bij de problematiek betrokken artsen, die gewend zijn met elkaar om te gaan op basis van wederzijds zorgvuldig gerespecteerde souvereiniteit, heeft een aparte bekoring maar brengt ook aparte complicaties met zich mee. Het optreden van leiderschapsconflicten in allerlei verholde vormen, de weerstanden die rijzen zodra uit de groep kritiek komt of verwacht wordt n.a.v. het gebrachte geval, de spanningen die voortvloeien uit bv. de verschillende verwachtingen van hen die meer met hun patienten willen doen en hen die meer voor hun patienten willen zijn, de steeds latent aanwezige tegenstelling huisarts-psychiater, de vroeg of laat optredende druk van de ontzucltering over de beperktheid van de hulp die de groepsdiscussies bieden, het zijn allemaal zaken die op een of andere manier gehanteerd moeten worden, ten dele zonder het kind bij de naam te noemen. De wijze waarop dit soort problemen al of niet wordt opgelost is in hoge mate bepalend voor het voortbestaan en het eventuele succes van de groep. Het is te hopen dat hierover meer dan voorheen een discussie op gang zal komen.

Samenvatting

Dit boek houdt zich bezig met resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie. Hoe deze vorm van nascholing zich ontwikkelde en hoe de stand van zaken was toen het later te beschrijven onderzoek begon, is geschetst in het eerste hoofdstuk. Daarna wordt een overzicht gegeven van de literatuur op dit gebied. In het derde hoofdstuk vindt men de hoofdlijnen van de projecten waarover verder verslag wordt uitgebracht. Het zijn er twee.

A. Het attitude-onderzoek.

Het eerste, beschreven in het vierde hoofdstuk, richtte zich op het aantonen van een eventuele attitudeverandering als gevolg van deelname aan een studiegroep. Er werd een semantische differentiaal ontworpen, waarmee bij een groot aantal artsen kon worden nagegaan welk beeld zij hadden van verschillende types patienten, de huisarts, en zichzelf als huisarts. Achtereenvolgens werden toen bepaalde categorieën artsen vergeleken, te weten studiegroepleden, niet-studiegroepleden, leden van studiegroepen somatische geneeskunde, en artsen die tijdens of kort na het onderzoek lid werden van een studiegroep medische psychologie. Uit deze vergelijkingen bleek successievelijk dat studiegroepleden een gunstiger attitude hadden dan niet-groepleden t.o.v. patienten met neurotische symptomen of gedragsafwijkingen; dat dezelfde attitude niet werd gevonden bij leden van studiegroepen somatische geneeskunde; en dat degenen die na of tijdens het onderzoek lid werden, in attitude geen duidelijke overeenkomst vertoonden met de studiegroepleden. Daaruit werd geconcludeerd

dat de gevonden attitudeverschillen niet gezien moesten worden als een specifiek groepseffect en ook niet een gevolg waren van voorselectie van de leden, maar van de bijzondere aard van de scholing in de studiegroepen medische psychologie. Op één punt was wellicht sprake van selectie: degenen die zouden toetreden tot een studiegroep medische psychologie zagen, evenals de studiegroepleden, patienten met neurotische klachten en gedragsstoornissen meer als patient voor de huisarts (in tegenstelling tot 'voor de psychiater') dan dit bij de niet-groepsleden het geval was.

Het lukte overigens niet, aan te tonen dat de attitude-verschillen toenamen naarmate de artsen langer lid waren van hun studiegroep. Een afzonderlijke beschouwing van de resultaten van de leden van de zg. Balint-groepen leverde geen aanwijzingen op dat deze groepen op het gebied van attitude-beïnvloeding meer of minder efficiënt zouden zijn dan de overige tezamen. Specifieke effecten van andere trainingsmethoden konden niet worden nagegaan, hetzij door te kleine aantallen, hetzij doordat de gebruikte methoden te weinig omschreven waren.

De gevonden verschillen waren merendeels in overeenstemming met de vooraf geformuleerde verwachtingen. Ze vertoonden een duidelijke samenhang, maar waren klein. Ook is, zeker de laatste jaren, steeds meer de vraag gerezen of gevonden attitudeverschillen altijd tot uiting komen in verschillend gedrag. Dit hoeft niet het geval te zijn. Attitudewijziging is wel een voorwaarde voor verandering in gedrag maar is op zichzelf niet voldoende voor het teweeg brengen van zo'n verandering. Er bleef dus twijfel bestaan in hoeverre de studiegroepleden hun patienten met psychische problemen beter zouden tegemoet treden en behandelen dan de niet-studiegroepleden.

Studiegroepleden en niet-studiegroepleden werden ook nog vergeleken t.a.v. de afstand die bestond tussen hun beeld van 'de huisarts' en 'ik als huisarts'. Deze afstand was bij studiegroepleden niet groter dan bij de anderen. Daaruit werd geconcludeerd dat er geen reden is om aan te nemen dat de studiegroepen hun leden doen vervreemden van hun oorspronkelijke werk als huisarts.

Tenslotte bevat het hoofdstuk over de resultaten van het attitude-

onderzoek ook een opsomming van de grote verschillen in dit opzicht tussen de studiegroepleden en hun psychiaters-adviseurs.

B. Het rollenspel-onderzoek.

In het tweede project werd geprobeerd een situatie uit de praktijk na te bootsen om te zien hoe deze gehanteerd werd door de huisartsen. Het ontwerp en de technische aspecten van dit plan vindt men in hoofdstuk 5. In principe ging het om het volgende.

Voor het onderzoek werden drie ziektegeschiedenissen geschreven met behulp van materiaal, ontleend aan zittingen van drie studiegroepen. In elke casus had de patiënte een psychisch probleem. Zij werd geacht zich kort tevoren voor het eerst bij een nieuwe huisarts vervoegd te hebben; deze had haar toen uitgenodigd voor een gesprek van ca. een half uur om zich nader over de achtergronden van het geval te kunnen oriënteren. De leden van de genoemde drie studiegroepen, een aantal huisartsen uit een vierde groep, en een aantal niet-groepsleden verleenden na uitleg hun medewerking aan dit project. Deze bestond hierin dat zij het zojuist aangeduide gesprek van een half uur hadden met een actrice die geoefend was in het vertolken van de drie patientenrollen. Elke arts kreeg slechts één 'patiënte' te spreken. De interviews werden op de band opgenomen.

Bij de bewerking van de bandopnamen werd getracht gegevens te verkrijgen over drie punten. Hoe hanteren huisartsen in het algemeen een dergelijk gesprek? Bestaat er verschil in gespreksvoering tussen studiegroepleden en niet-groepsleden? Bestaan er verschillen tussen leden van studiegroepen van verschillend type? In verband met dit laatste waren twee z.g. Balint-groepen en twee groepen van het rollenspel-gespreksanalyse-type opgenomen in het onderzoek.

Het materiaal werd op verschillende manieren benaderd. In het zesde hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven.

In de eerste plaats werden de gesprekken geanalyseerd volgens het systeem van Bales, een beschrijvend systeem, in principe op allerlei soorten gesprekken toepasbaar. De gemaakte opmerkingen werden geclassificeerd bv. als taakgericht of als (positief of negatief) sociaal-emotioneel van inhoud, etc. Op grond van een

literatuurstudie en een analyse van de verwachtingen van vier adviseurs van studiegroepen werd verondersteld dat de getrainde artsen minder dirigerend zouden optreden en een gunstiger gevoelsklimaat zouden scheppen dan hun ongetrainde collegae. De uitkomsten met betrekking tot de eerste patientenrol ondersteunden deze hypothese. In het tweede en derde geval werd geen significant verschil gevonden tussen getrainde en ongetrainde artsen. Wel bleek de gespreksvoering van zowel studiegroepleden als controles te verschillen van geval tot geval. De indruk werd hieruit verkregen dat effecten van training alleen optreden in daarvoor kritische situaties en dat de artsen hun gedrag afstemmen op het probleem dat hun wordt gepresenteerd.

Verder werd voor elk gesprek de 'speech disturbance ratio' van Mahl bepaald. Gebaseerd op het aantal kleine stoornissen in het gesprokene (bv. stotteren), zou deze maat een aanwijzing vormen voor bij de spreker aanwezige angst. Ook hier bleek een verschil te zijn in het gedrag van zowel getrainde als ongetrainde artsen met betrekking tot de onderscheiden patientenrollen. Tussen studiegroepleden en controles werd geen significant verschil gevonden.

In de derde plaats werd getracht de beoordelingsschalen van Strupp voor psychotherapeutische gesprekken te gebruiken. Met behulp van deze schalen kan men inventariseren hoe vaak diverse typen opmerkingen door de therapeut worden gemaakt, welke mate van initiatief hij ontplooit, hoe sterk het interpreterende element in zijn opmerkingen is, etc. Bij het oefenen met dit systeem werden niet tot het onderzoekmateriaal behorende bandopnamen gebruikt van gesprekken van huisartsen met patienten over psychische problemen. Het bleek dat de schalen voor dit soort interviews niet voldeden, hoofdzakelijk om drie redenen. De opmerkingen van de artsen vertoonden een te kleine spreiding over de schalen. Verschillende opmerkingen waren gericht op de lichamelijke of algemene gezondheid van de patient; hiervoor was eigenlijk op de schalen geen plaats. Tenslotte veronderstelde het systeem min of meer dat elke opmerking van de therapeut een zekere functie had in een therapeutisch plan of kader; dat accent ontbrak meermalen in de door ons gebruikte bandopnamen, wat

aanleiding gaf tot scores die in overeenstemming waren met de letter, maar niet met de zin van de schalen. Het was niet te verwachten dat het onderzoekmateriaal in deze opzichten belangrijk zou afwijken van de bij het oefenen gebruikte opnamen. Daarom werd afgezien van verder gebruik van de schalen van Strupp.

Ten vierde werden de gesprekken beoordeeld met behulp van een zelf ontworpen systeem. Dit was niet beschrijvend zoals de vorige twee, maar moest een waardering geven van de gespreksvoering door de arts. Verschillende in de psychotherapeutische praktijk belangrijk geachte facetten van de opmerkingen van de dokter werden gezien (relevantie, formulering, distantie, enz.) en daarnaast werd een totaaloordeel gegeven. Dit werd gedaan door twee onafhankelijk werkende beoordelaars. Een bevredigende overeenstemming tussen hen werd alleen bereikt t.a.v. de inhoudelijke juistheid van de opmerkingen en het betoonde respect voor de patient. Op deze twee punten konden de scores van de twee beoordelaars gecombineerd worden om de proefgroepen met de controlegroepen te vergelijken. Een systematisch verschil ten voordele of ten nadele van de studiegroepen werd hierbij niet gevonden. Als gevolg van e.e.a. was het ook onmogelijk de studiegroepen van verschillend type met elkaar te vergelijken. Ondanks de gebleken onvoldoende betrouwbaarheid van het systeem werd voor elke beoordelaar afzonderlijk nagegaan of hij verschil maakte tussen studiegroepen en controles t.a.v. het totaaloordeel. De gevonden verschillen waren op 10 pct niveau niet significant, behalve bij één beoordelaar, die de rolspel-gespreksanalyse-groepen lager waardeerde dan hun controlegroep.

Door alle artsen werd na afloop van het gesprek een vragenlijst ingevuld die betrekking had op het geval en de loop van het gesprek. Bij de bewerking van deze gegevens bleken de studiegroepleden vaker opmerkingen te maken over de loop van het gesprek en – in kritische zin – op hun eigen aandeel daarin.

Bij twee van de drie ziektegeschiedenissen moest de arts, voor een goed begrip van het geval, een bepaalde gebeurtenis uit het leven van de patiente op het spoor komen. De actrice moest de arts dit gegeven geforceerd toespelen kort voor het einde van het gesprek, als het dan nog niet ter sprake was gekomen. Studiegroepleden en

controlegroepen werden vergeleken t.a.v. de vraag hoe vaak de actrice tot deze kunstgreep had moeten overgaan. Voor de bij deze twee ziektegeschiedenissen behorende gesprekken samen werd een verschil gevonden dat op 10 pct niveau significant was; uit de controlegroepen waren relatief meer artsen door de actrice geholpen. De hierbij betrokken studiegroepen waren beide van het Balint-type.

De zojuist genoemde gesprekken, en dan met name het deel tot de ontdekking van het sleutelgegeven, werden ook exploratief bekeken. Het doel was, te komen tot een — zij het fragmentarische — beschrijving van de werkwijze van de arts. Als resultaat werden enkele indrukken geformuleerd. Het doel van de gesprekken was voor de huisartsen het bedrijven van therapie; de diagnostiek was hulpmiddel. De aard van het gesprek werd in belangrijke mate bepaald door de directe eisen die het geval aan de arts stelde. Opmerkingen van de patient die een nieuw element in de situatie brachten, werden door de arts doorgaans met een grote mate van eigen initiatief beantwoord, waarbij hij geneigd was aan het nieuwe element een vrij concrete betekenis te geven. Het sleutелеlement werd langs verschillende wegen gevonden; deze werden beschreven en gegroepeerd.

Het laatste hoofdstuk bevat enkele beschouwingen n.a.v. de resultaten van het onderzoek.

Summary

This book deals with an evaluation of long term seminars on psychological problems in medical practice. The first chapter gives a discussion of the development of this form of postgraduate training and of the state of affairs at the beginning of the present investigation. The second chapter is devoted to a review of the literature. In the third chapter, the main points of the two studies to be reported upon (one on attitude changes and one on role-play interview performance) are outlined.

The *attitude study*, described in chapter 4, aimed at the assessment of possible changes of attitude as a result of seminar membership. A semantic differential was developed and presented to a great number of general practitioners, in order to obtain data on their perception of various types of patients, of the general practitioner, and of themselves as a G. P. Comparisons were made among four categories of doctors, viz. (1) seminar members and (2) non seminar members, (3) members of seminars on somatic medicine, and (4) doctors who, shortly after their data had been collected, joined or set up a seminar. The following results were obtained:

- seminar members had a more favourable attitude towards patients with neurotic symptoms or behavioral disorders than non-members;
- this favourable attitude was not found among members of seminars on somatic medicine;
- no clear similarity was found between the attitudes of seminar members and of those who joined a seminar after their data had been received.

It was concluded that the differences in attitude observed did not result from an aspecific group effect or a pre-selection of the seminar members, but from the special nature of the training offered at the seminars on psychological problems. One finding, however, might be explained in terms of pre-selection, namely the fact that seminar members and candidate seminar members tended to regard people with neurotic symptoms and behavioural disorders more as patients for the G. P. (as opposed to the psychiatrist) than non-members.

No evidence could be found indicating that the differences in attitude increased with the length of seminar membership. A separate analysis of the data referring to members of the so-called 'Balint-groups' did not warrant the conclusion that these groups, in terms of the influencing of attitudes, were either less or more efficient than the other groups taken together. Specific effects of other methods of training could not be studied, either because the numbers of subjects were too small or because the methods used turned out to be heterogeneous and lacking in specificity.

Most of the differences found were in accordance with previously formulated expectations and showed a consistent pattern, yet they were rather small. Moreover, in recent years the question has more and more often been raised, whether differences in attitude always find expression in differences in behaviour. This need not be the case. Although a change of attitude is a prerequisite for a subsequent change of behavior, it is in itself not enough to bring about such a change. So, some doubt remained as to the degree to which seminar members would approach and treat patients with psychological problems more adequately than non seminar members.

Another comparison of seminar members and nonseminar members concerned the discrepancy between their perception of the general practitioner's role and their perception of themselves in that role. No reasons were found to assume that seminar membership alienates a doctor from his original work as a G. P.

Finally, the chapter devoted to the results of the attitude-project includes a summing-up of the differences in this respect between seminar members and their psychiatrist-advisers.

The *role-play study*, of which the design and technical details are given in chapter 5, aimed at a registration — via a simulation study — of the way doctors handle a certain situation encountered in their practice. To this end, three case-histories were composed on the basis of material obtained during various sessions of three seminars. Each case centred on a female patient with some psychological problem. It was assumed that this patient had recently consulted a new general practitioner and that the doctor had invited her for a talk of approx. 30 minutes in order to obtain the necessary background information. After the purpose of the project had been explained to them, members of the three seminars mentioned, some G.P.'s attending a fourth seminar, and a number of non seminar members agreed to act as the doctor in this situation. Each of them had a (tape-recorded) interview with one patient, played by an actress who also created the other two types of patients.

It was hoped that the processing of the tape-recordings would yield data on three points: (1) the way G.P.s generally conduct such a talk, (2) the existence of possible differences in approach between seminar members and nonseminar members, and (3) the existence of possible differences in approach between members of various kinds of seminars. In view of the third question, the subjects included members of two so-called Balint-groups and two roleplay-interview analysis groups.

In chapter 6, the main results of the project are given. The data were analysed in various ways. To start with, the interviews were analysed according to Bales' system, which, in principle, is suitable for describing all kinds of social interaction in small groups. Under this system, communications can be scored in a number of categories, relating to task-orientation or social-emotional contents. On the strength of a review of the literature and an analysis of the expectations of four seminar advisers, the hypothesis had been formulated that 'trained' doctors would be less directive and would also create a better emotional climate than their untrained colleagues. The results relating to case I supported this hypothesis. For cases II and III, no significant differences in behaviour between trained and untrained doctors were found. It

turned out that the approach of both seminar members and controls varied with each case, which led to the conclusion that effects of training become apparent only in situations which trigger off a special kind of behaviour and that a doctor will adjust his behaviour to the nature of the problem concerned.

Secondly, for all interviews the speech disturbance ratio according to Mahl was determined. This measure is based upon the theory that minor speech disturbances, such as stuttering, would provide an indication of anxiety on the part of the speaker. Here too, a difference was found to exist between the behaviour of both trained and untrained doctors with regard to the various cases. No significant difference was found between seminar members and controls.

Thirdly, an attempt was made to analyse the doctor's remarks by means of the scales described by Strupp. These scales indicate the frequency of various types of communication by the therapist, his degree of initiative, the extent to which his remarks can be considered interpretive, etc. For the training of judges, tape-recorded doctor-patient interviews (not belonging to the material collected for the project under study) were used. It appeared that these rating scales were unsuitable for our kind of interview, mainly because (1) the remarks did not have a wide enough distribution range on the scales, (2) the scales were not designed for remarks about a patient's general or physical state of health, and (3) the system was more or less based on the assumption that each remark fitted in with a therapeutic design or framework, a condition which was often lacking in our tape-recordings. This led to scores which were in accordance with the letter, but not with the spirit of the rating scales. Since it was to be expected that the actual research material would not differ greatly from the training material in these respects, it was decided not to use these scales.

In the fourth place, an evaluation of the interviews was performed by means of a special system, non-descriptive in character, and designed to provide an appraisal of the doctor's approach during the interview. To this end, two independently working judges scored his remarks in terms of their relevance, formulation, tim-

ing etc. (aspects considered important in psychotherapy). In addition, they gave an overall impression. Their conclusions were in reasonable agreement with each other only with regard to the factual correctness of the doctor's remarks and the respect shown towards the patient. As far as these aspects were concerned, the two scores could be combined, therefore, so that it became possible to compare the results obtained among the test groups and the control groups. A systematic difference pointing towards better (or worse) results for seminar members could not be found. In spite of the system being insufficiently reliable, it was assessed whether the judges had separately reached a different outcome with regard to the overall scores for seminar groups and control groups. In all cases but one, the differences found were not significant at the 10 pct level. One judge, however, had used a lower appraisal rate for the roleplay-interview analysis groups than for the control groups.

After the interview, each doctor filled in a questionnaire relating to the case and the course of the interview. It turned out that seminar members were more inclined to comment upon the course of the talk, and to criticize their own contribution in this respect.

For two of the three cases it was essential, that the doctor should dig up a certain event from the patient's life. If he had not succeeded in doing so by the end of the interview, the actress had to squeeze this information in somehow. A comparison was made between seminar members and controls regarding the question of how often the actress had been forced to intervene. For the interviews relating to these two cases taken together, a difference at a 10 pct level of significance was found. It turned out that the actress had had to prompt relatively more doctors of the control groups than of the seminar groups. The seminar groups concerned were both Balint-groups.

The interviews just mentioned, and in particular the parts up to the discovery of the key information, were also subjected to an exploratory analysis. The aim was to arrive at a description, fragmentary as it might be, of the doctor's approach. Some final conclusions were reached. Thus, it was clear that, from the point of

view of the doctor, the purpose of the interview was first and foremost to provide therapy; diagnostics were just a means to an end. Furthermore, the nature of the interview was to a great extent determined by the direct demands the case made on the doctor. Patient's remarks which introduced a new element in the situation were usually met with a large dose of initiative, whereby the doctor tended to attach a rather concrete meaning to this new piece of information. The various ways by means of which the key information was obtained, were described and classified. Chapter 7, finally, is devoted to a discussion of some of the results obtained.

Literatuur

- Adler, L. M., & A. J. Enelow, Attempts to evaluate postgraduate teaching of psychiatry to non-psychiatrist physicians. In: *Proc. 2nd APA Colloquium for postgraduate teaching of psychiatry*, p. 62—78. Washington, Amer. Psychiat. Ass., 1963
- Adler, L. M., & A. J. Enelow, An instrument to measure skill in diagnostic interviewing: a teaching and evaluation tool. *J. med. Educ.* 41 (1966) 281-8
- Adler, L. M., J. E. Ward & A. J. Enelow, Changes in medical interviewing style after instruction with two closed-circuit television techniques. *J. med. Educ.* 45 (1970) 21-8.
- Bacal, H. H., Training in psychological medicine: an attempt to assess Tavistock Clinic seminars. *Psychiat. in Med.* 2 (1971) 13-22
- Bales, R. F., *Interaction process analysis*. Cambridge, Mass., Addison-Wesley press, 1950
- Bales, R. F., *Personality and interpersonal behavior*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1970
- Balint, E., Investigating the possibilities of patient centred medicine. In: *Proc. 7th APA Colloquium for postgraduate teaching of psychiatry*, p. 39-48. Washington, Amer. Psychiat. Ass., 1968
- Balint, M., *The doctor, his patient and the illness*; 2nd ed., London, Pitman, 1966
- Balint, M., E. Balint, R. Gosling & P. Hildebrand, *A study of doctors*. London, Tavistock, 1966
- Balint, M., The structure of the training-cum-research-seminars; its implications for medicine. *J. roy. Coll. gen. Pract.* 17 (1969) 201-11
- Balint, M., J. Hunt, D. Joyce, M. Marinker & J. Woodcock, *Treatment or diagnosis; a study of repeat prescriptions in general practice*. London, Tavistock, 1970
- Becker, A. (ed.), *The general practitioner's role in the treatment of emotional illness*. Springfield, Thomas, 1968
- Blizard, P. J., The attitude of general practitioners towards psychiatric disorder, psychiatric patients, psychiatrists and psychiatry. *N. Z. med.*

- Bloom, S., An evaluation of undergraduate psychiatric teaching. In: *Conference proc. Ass. Southern professors of psychiatry*, 1958
- Boer, R. A. de, J. M. F. Jaspars, P. van Leeuwen, F. van der Meer, J. J. Radder & C. Th. van Schaik, Onderzoek naar het effect van naschol-
ling in de medische psychologie. *Huisarts en Wet.* 12 (1969) 433-9
- Boer, R. A. de, J. M. F. Jaspars, P. van Leeuwen, F. van der Meer, J. J. Radder & C. Th. van Schaik, An evaluation of long-term seminars
in psychiatry for family physicians. *Psychiatry* 33 (1970) 468-81
- Boomer, D. S., Speech disturbance and body movement in interviews.
J. nerv. ment. Dis. 136 (1963) 263-6
- Bordin, E. S., Simplification as a strategy for research in psychotherapy.
J. cons. Psychol. 29 (1965) 493-503
- Bork, J. J. van, Classification of general practitioners in Dutch study
groups. Voordracht gehouden tijdens de 3d International conference
on G. P. training methods. Amsterdam, 1966
- Brouwer, W., & J. H. Dijkhuis, *Praten met patienten*. Utrecht, Bijleveld,
1967
- Campbell, D. T., Social attitudes and other acquired behavioral disposi-
tions. In: S. Koch (ed.), *Psychology: a study of a science*; vol. 6, p. 94-
172. New York, McGraw-Hill, 1963
- Chassy, P., A processual analysis of seminar interaction. In: J. B. Pearson
(ed.), *The analysis of short-term seminars in psychiatry for non-psy-
chiatrist physicians*; a progress report for the years 1963-1966, p. 33-
40. Boulder, WICHE, 1966
- Chassy, P., Toward an understanding of interprofessional socialization.
In: J. B. Pearson (ed.), *The assessment of short-term seminars in psy-
chiatry for non-psychiatrist physicians*; a progress report for the years
1966-1968, p.23-44. Boulder, WICHE, 1969
- Chassy, P., *The common language process: a study in professional reso-
cialization*. Boulder, University of Colorado, 1971, Ph. D. Thesis
- Daugherty, R. J., The interview technique as a method of evaluating small
group seminar courses in psychiatry for non-psychiatrist physicians.
In: *Summary proc. 6th annual training session for psychiatrist-
teachers of practicing physicians*, p. 17-13, Boulder, WICHE 1966
- Enelow, A. J., & L. M. Adler, Psychiatric skills and knowledge for the
general practitioner. *J. Amer. med. Ass.*, 189 (1964) 91-6
- Enelow, A. J., & L. M. Adler, An instrument for studying role-perception
in physicians, (its application to communication problems in medi-
cine). *Dis. nerv. Sys.* 26 (1965) 191-220
- Fleck, S., Faculty selection. In: *Proc. 5th APA Colloquium for postgrad-
uate teaching of psychiatry*, p. 13-6. Washington, Amer. Psychiat.
Ass., 1967
- Geertsma, R. H., C. McAndrew & R. J. Stoller, Medical student orienta-

- tions toward the emotionally ill. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.)* 81 (1959) 377-83
- Haggard, E. A., J. R. Hiken & K. S. Isaacs, Some effects of recording and filming on the psychotherapeutic process. *Psychiatry* 28 (1965) 169-91
- Heller, K., R. A. Myers & L. V. Kline, Interviewer behavior as a function of standardized client roles. *J. cons. Psychol.* 27 (1963) 117-22
- Hilgard, E. R., *Introduction to psychology*; 2nd ed. New York, Harcourt, Brace & World, 1957
- Hofstätter, P. R., *Gruppendynamik*. Hamburg, Rohwolt, 1960
- Jaspars, J. M. F., Dogmatisch denken; een onderzoek naar de waarde van directe en indirecte attitude metingen. *Gawein* 19 (1971) 309-29
- Jonge, H. de, *Inleiding tot de medische statistiek*; Dl. I & II; 2e dr. Leiden, NIPG, 1963
- Kock van Leeuwen, J. A. C. de, *Verzuimgeneigdheid bij dienstplichtige militairen in vreedstijd*. Proefschrift Leiden, 1958
- LaPiere, R. T., Attitudes vs. actions. *Soc. Forces* 13 (1934) 230-7
- Lidth de Jeude, A. H. van, *De huisarts in de maalstroom der emoties*. Leiden, Stenfert Kroese, 1971
- Mahl, G. F., Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy. *J. abnorm. soc. Psychol.* 53 (1956) 1-15
- Mahl, G. F., Exploring emotional states by content analysis. In: I. de Sola Pool (ed.), *Trends in content analysis*, p. 89-130. Urbana, University of Illinois press, 1959
- Marsden, G., Content-analysis studies of therapeutic interviews: 1954-1964. *Psychol. Bull.* 63 (1965) 298-321
- Marsden, G., Content-analysis studies of psychotherapy: 1954 through 1968. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, p. 345-407. New York, Wiley, 1971
- Matarazzo, R. G., Research on teaching and learning of psychotherapeutic skills. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, p. 895-924. New York, Wiley, 1971
- Nunnally, J. C., *Popular conceptions of mental health*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1961
- Oosters, J. H., *Attitudeverandering bij co-assistenten psychiatrie*. Proefschrift G. U. Amsterdam, 1971
- Osgood, C. E., G. J. Suci & P. H. Tannenbaum, *The measurement of meaning*. Urbana, University of Illinois press, 1957
- Pearson, J. B., Some correlates of seminar success in the teaching of psychiatry to practicing non-psychiatrist physicians; a supplement to the *Proc. 6th annual training session for psychiatrist-teachers of practicing physicians*. Boulder, WICHE, 1965
- Pearson, J. B. (ed.), *The analysis of short-term seminars in psychiatry for non-psychiatrist physicians*; a progress report for the years 1963-1966. Boulder, WICHE, 1966

- Pearson, J. B. (ed.), *The assessment of short-term seminars in psychiatry for non-psychiatrist physicians; a progress report for the years 1966-1968*. Boulder, WICHE, 1969
- Posthumus, K., Middelbaar onderwijs en schifting. *De Gids* 104 (1940) 24-42
- Spanjaard, J., Een didactisch probleem in de huisartsenwerkgroepen. *Huisarts & Wet.* 9 (1966) 274-9
- Strupp, H. H., A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry* 20 (1957) 293-306
- Strupp, H. H., The therapist's contribution to the treatment process; beginnings and vagaries of a research program. In: H. H. Strupp & L. Luborsky (eds.), *Research in psychotherapy*; vol. II, p. 25-40. Washington, Amer. Psychol. Ass., 1962
- Strupp, H. H., *A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic communications*. Manual; 2nd ed., 1966
- Sullivan, H. S., *The psychiatric interview*; ed. by H. S. Perry & M. L. Gawel. New York, Norton, 1954
- Tarachow, S., *An introduction to psychotherapy*. London, Hogarth, 1964
- Taylor, J. B., The psychiatrist and the general practitioner; reported treatment of the emotionally disturbed patient. *Arch. gen. Psychiat. (Chic.)* 5 (1961) 1-6
- Taylor, J. B. & H. A. Parker, Postgraduate training in psychiatry: an assessment and some results. In: *Proc. 2nd APA Colloquium for post-graduate teaching of psychiatry*, p. 108-16. Washington, Amer. Psychiat. Ass., 1963
- Thiel, J. H., Mededeling opgenomen in de notulen van de 2e Réunion internationale des directeurs de groupe de formation psychologique des médecins. Versailles, 1964
- Veldhuyzen van Zanten, R. C., *Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van, of in contact met, het Nederlands Huisartsen Instituut in de periode 1957 tot eind 1965*. Utrecht, NHI, 1966
- Wicker, A. W., Attitudes versus actions: the relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *J. soc. Issues* 25/4 (1969) 41-78
- Zabarenko, L., R. A. Pittenger & R. N. Zabarenko, *Primary medical practice: a psychiatric evaluation*. St. Louis, Warren Green, 1968

Bijlagen

A Het attitude-onderzoek

- 1 Aankondiging van het onderzoek, gepubliceerd in Medisch Contact en Huisarts en Wetenschap
- 2 Begeleidend schrijven bij het aan de artsen toegezonden boekje
- 3 Inhoud van het test- en enquêteboekje
- 4 Overzicht van gegevens, verkregen uit de enquêtelijst
- 5 Verdeling in percentages van respondenten en non-respondenten over de enquête-variabelen
- 6 Gemiddelde scores van diverse categorieën artsen
- 7 Artsen die ten tijde van het onderzoek lid waren van studiegroepen medische psychologie, onderverdeeld in 3 groepen naar de duur van het lidmaatschap; gemiddelde scores over 5 concepten

B Het rolspel-onderzoek

- 1 Begeleidend schrijven bij de toezending van de spreekuurgegevens
- 2 Spreekuurgegevens geval I
- 3 Rolinstructie geval I
- 4 Formulier dat na afloop van het gesprek werd ingevuld
- 5 Vier schalen uit het beoordelingssysteem van Strupp
- 6 Speech disturbance ratios en resultaten van de hierop toegepaste variantie analyse
- 7 Het evaluatieve systeem; Lijst van categorieën met korte aanduiding van de inhoud, ontleend aan de handleiding van het systeem
- 8 Het evaluatieve systeem

A Het attitude-onderzoek

1 Aankondiging van het onderzoek, gepubliceerd in Medisch Contact en Huisarts en Wetenschap

Oproep voor medewerking evaluatie studiegroepen medische psychologie

De taak van de huisarts in het geheel van de geneeskundige voorzieningen is vooral sedert de tweede wereldoorlog onderwerp van diepgaande discussie. Hoewel daarbij veel belangwekkends naar voren werd gebracht, krijgt men niet de indruk dat de plaatsbepaling zich al definitief heeft voltrokken. Wel is duidelijk dat men in het algemeen van mening is dat de huisarts een centrale figuur is in de geneeskunde en dat ook moet blijven. In dezelfde periode is zeer veel wetenschappelijk werk verricht dat het gehele geneeskundige handelen zo sterk heeft beïnvloed dat het voor alle artsen moeilijk was de ontwikkelingen te volgen en nieuwe behandelingsmethoden te beheersen. Het wekt dan ook geen verwondering dat men allerwegen behoefte gevoelde aan nascholing van artsen.

Eén van de gebieden waarvan de kennis sterk werd uitgebreid is dat van de psychologische aspecten van de geneeskunde en ook hier werd gezocht naar mogelijkheden om de ontwikkelde inzichten een plaats te geven in het werk van de huisarts. In de verstreken vijftien jaren ontwikkelde de uit Hongarije geboortige Engelse psychiater Balint een methode van nascholing voor huisartsen. Deze berust op de werking van geregelde groepsdiscussies over problemen uit de praktijk. De besprekingen zijn erop gericht de huisarts gevoelig te maken voor zijn eigen rol ten opzichte van de patiënt en voor hetgeen zich afspeelt in de gevoelsrelatie tussen hem en zijn patiënt. Bij het toepassen van deze methode gaat men ervan uit dat het voor het geneeskundig handelen van groot belang is indien de arts op dit terrein goed is geoefend.

Het werk van Balint vond in Nederland veel navolging. Het leidde tot de oprichting van een groot aantal studiegroepen medische psychologie, waarvan verschillende de door hem aangegeven richtlijnen volgen, terwijl andere zich bedienen van andere inzichten en methoden. Gedurende het laatste decennium waren meer dan vierhonderd artsen in Nederland bezig

met deze vorm van nascholing. Vanaf het begin van de oprichting der studiegroepen medische psychologie heeft deze werkwijze zijn voor- en tegenstanders gekend, waarbij van beide zijden aannemelijk klinkende argumenten werden gehanteerd. De discussie duurt voort omdat aan geen van beide kanten definitieve bewijzen konden worden aangevoerd, hetgeen met name het gevolg is van het feit dat er nog onvoldoende onderzoek werd gedaan naar het effect van nascholing in deze vorm. Er werd overigens wel reeds een respectabele hoeveelheid werk verricht, zowel in Engeland en de Verenigde Staten als recentelijk in Nederland, maar er zal meer onderzoek moeten worden gedaan voordat men tot een communis opinio kan komen. Intussen is het van zeer groot belang, zowel voor de opleiding van artsen als voor hun nascholing, dat het werk van de studiegroepen medische psychologie wordt geëvalueerd. Om deze reden heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie een verzoek gericht tot het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde een onderzoek in te stellen naar de doelmatigheid en het effect van deze vorm van nascholing. Door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde is hierop samenwerking gezocht met het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut voor uitvoering van een evaluatieprogramma. De realisering van dit programma zal binnenkort een aanvang nemen. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde denkt zich van zijn taak te kunnen kwijten onder meer met gebruikmaking van enige technieken welke werden ontwikkeld in de sociale wetenschappen. Aan de onderzoekers heeft daarbij voor ogen gestaan dat het van belang is te beschikken over een systematische waardering van een aantal facetten van het huisartsenwerk, gelegen buiten het medisch-technische, praktijk-organisatorische en financieel-economische gebied. Met name is daarbij gedacht aan de positie van de huisarts als zelfstandig optredend medicus op wie een beroep wordt gedaan door in velerlei opzicht zeer uiteenlopende patiënten, met klachten gelegen op een zeer breed gebied van de geneeskunde. Binnen het kader van een dergelijke waardering zouden tevens belangrijke aanwijzingen kunnen worden verkregen over de vraag of en in hoeverre, de studiegroepen medische psychologie in dit opzicht een eigen bijdrage leveren.

Voor de verzameling van de gegevens is een aantal beoordelingsformulieren samengesteld die binnenkort aan de hieronder te vermelden groepen artsen zullen worden toegezonden, met het verzoek deze formulieren in te vullen. Gebleken is dat hiermede niet meer dan twintig minuten zijn gemoeid. De formulieren zijn anoniem: om verwerkingstechnische redenen zijn zij voorzien van een codenummer. Zij zullen worden toegezonden aan alle artsen die deelnemen of hebben deelgenomen aan een studiegroep medische psychologie en verder aan een overeenkomstige groep artsen die geen lid is geweest van een dergelijke studiegroep. Deze laatste groepering zal uiteraard het karakter dragen van een voor dit doel samengestelde

steekproef. Dit houdt dus in dat de formulieren al bij al slechts aan een beperkt aantal artsen in Nederland zullen worden verzonden.

Uiteraard is het bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde bekend dat er goede redenen moeten zijn voordat het verantwoord is druk bezette artsen te vragen tijd beschikbaar te stellen voor medewerking aan een onderzoek. Ondergetekenden menen dat de onderhavige studie zo belangrijk is voor de gehele artsenstand dat het verantwoord is de benodigde tijd aan de artsen te vragen. De onderzoekers zijn zich er van bewust dat hiermee de verplichting op hen rust om met name ook aan degenen die hun medewerking verleenden, verslag uit te brengen over de resultaten van het onderzoek, en verantwoording af te leggen ten aanzien van de gebezigde technieken.

De onderstaanden bevelen het onderzoek aan in uw belangstelling en roepen u op tot het geven van uw medewerking indien u daartoe wordt benaderd.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst,
Voorzitter: Prof. Dr. W. H. Struben

Nederlands Huisartsen Instituut, Directeur: Prof. Dr. J. C. van Es

Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Directeur: Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen

Nederlands Huisartsen Genootschap, Voorzitter: Dr. F. J. A. Huygen

2 Begeleidend schrijven bij het aan de artsen toegezonden boekje

GEZONDHEIDS-
ORGANISATIE



NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE

No.: 3124 / 64.6

RdB/LV

LEIDEN, datum postmer

Onderwerp:

Zeer geachte Collega,

Bijgaand vindt U een overdruk van een artikel dat onlangs verscheen in de bladen Medisch Contact en Huisarts en Wetenschap. Door dit artikel werd het onderzoek aangekondigd waarvoor U nu wordt benaderd. Tegelijk met dit verzoek aan U wordt aan enige duizenden collegae in Nederland gevraagd, de bijgevoegde formulieren in te vullen en in de retourenveloppe ter post te bezorgen.

Bezinning op opleiding en nascholing in de huisartseneeskunde dient naar onze mening te steunen op feitelijke gegevens. Deze moeten controleerbaar zijn. Bovendien moeten zij recht doen wedervaren aan de grote diversiteit van situaties waarin de huisarts zijn taak vervult. Dit onderzoek beoogt, dergelijke gegevens te verschaffen. De resultaten kunnen slechts dan algemene geldigheid hebben, als een zeer groot percentage der collegae ons hun antwoord doet toekomen.

Het is hierom, dat wij een dringend beroep op U doen, Uw medewerking aan dit onderzoek te verlenen. Zoals in het artikel werd gesteld, gaat het daarbij om 20 minuten van Uw tijd.

Teneinde de anonimiteit bij deze studie te waarborgen zijn de volgende maatregelen genomen. De formulieren vermelden niet de naam van de invuller. Wel zijn zij voorzien van een codenummer. De verwerking der gegevens geschiedt anoniem. De lijst met namen en codenummers kan alleen worden geraadpleegd door de administrateur van het project. Deze heeft geen toegang tot de binnengekomen formulieren.

Nadat de verkregen gegevens zijn bewerkt zal aan alle collegae die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend, een samenvattend artikel worden toegezonden waarin verantwoording

wordt afgelegd over de gebezigde methoden en mededeling wordt gedaan van de resultaten van het onderzoek.

Gaarne verzoek ik U de ingevulde formulieren binnen 14 dagen na ontvangst aan ons te retourneren.

In de hoop, dat U Uw medewerking zult willen verlenen, verblijf ik,

met collegiale hoogachting,


Dr. J.A.C. de Kock van Leeuwen
Directeur

3 Inhoud van het test- en enquêteboekje

Inleiding:

Op de bladzijden, volgende op deze inleiding, vindt U steeds bovenaan de pagina een bepaald begrip genoemd. De eerste begrippen beschrijven telkens een patiënt. Dan volgt een tweede deel, waarin de begrippen 'de huisarts', 'de psychiater' en 'ik als huisarts' zijn opgenomen.

Het doel van het onderzoek is, de gevoelens na te gaan die de verschillende begrippen bij de arts oproepen. Daartoe zijn op elke pagina afgedrukt een aantal in vakjes verdeelde lijnen (die wij schalen zullen noemen) met aan beide uiteinden omschrijvingen die elkaars tegengestelden zijn.

U wordt nu gevraagd het begrip dat bovenaan de bladzijde is vermeld goed in gedachten te nemen. Daarna vult U de schalen in en wel zó, dat het zo goed mogelijk weergeeft wat het gegeven begrip voor U persoonlijk betekent.

U gebruikt de schalen als volgt:

— is voor Uw gevoel het begrip bovenaan de bladzijde zeer nauw verwant met een van beide omschrijvingen aan het uiteinde van de schaal, dan zet U als volgt een kruisje:

x

mooi:: lelijk

of

x

mooi :: lelijk
 — is voor Uw gevoel het begrip betrekkelijk nauw verwant met één van beide omschrijvingen aan het uiteinde van de schaal, dan zet U als volgt een kruisje:

x

donker :: licht
 òf

x

donker :: licht
 — is voor Uw gevoel het begrip weinig verwant met één van beide omschrijvingen dan zet U het kruisje als volgt:

x

groot :: klein
 òf

x

groot :: klein
 — is voor Uw gevoel het begrip even weinig met de ene, als met de andere omschrijving verwant, dan zet U het kruisje in het midden van de schaal; ook als de schaal voor Uw gevoel niet van toepassing is op het begrip, dus irrelevant, zet U het kruisje in het midden

x

nat :: droog
 Laat u s.v.p. geen enkele schaal oningevuld.

Denkt U eraan:

1. dat U Uw kruisje midden in de vakjes zet, niet op de grenzen,

x

dus zo::

x

en niet zo ::

2. dat U iedere schaal voor ieder concept invult en er geen overslaat;
3. dat U nooit meer dan één kruisje per schaal zet.

Soms heeft U misschien het gevoel dat U een omschrijving al eerder bent tegengekomen. Dit is niet het geval. Kijk dus niet terug of vooruit door de schalen. Probeer U niet te herinneren hoe U verwante concepten eerder in het boekje beoordeelde. Beoordeel ieder concept op iedere schaal opnieuw en onafhankelijk. Sta niet te lang stil bij bepaalde concepten of schalen: Uw eerste indrukken zijn van belang. Vul daarentegen de schalen ook niet achteloos in, want we zijn juist geïnteresseerd in Uw werkelijke indrukken.

Een patiënt met pijn links in de borst		
begrijpelijk	.....	onbegrijpelijk
gemakkelijk	.....	moeilijk
onberekenbaar	.....	voorspelbaar
ziek	.....	gezond
aangeboren	.....	verworven
ongeneeslijk	.....	geneeslijk
laf	.....	moedig
zelfstandig	.....	onzelfstandig
voor de		
psychiater	.....	voor de huisarts
actief	.....	passief
onveranderlijk	.....	veranderlijk
oprecht	.....	onoprecht

Overige patiënt-concepten:

Een patiënt met appendicitis.

Een depressieve patiënt bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt.

Een patiënt met een maagulcus.

Een patiënte die 'flirt' met de arts.

Ouders die hun kind mishandelen.

Een patiënt met hardnekkige, atypische hoofdpijn.

Een patiënt met pleinvrees.

Schalen:

begrijpelijk	.....	onbegrijpelijk
gemakkelijk	.....	moeilijk
onberekenbaar	.....	voorspelbaar
ziek	.....	gezond
aangeboren	.....	verworven
ongeneeslijk	.....	geneeslijk
laf	.....	moedig
zelfstandig	.....	onzelfstandig
voor de		
psychiater	.....	voor de huisarts
actief	.....	passief
onveranderlijk	.....	veranderlijk
oprecht	.....	onoprecht

Arts-concepten:

De huisarts.

De psychiater.

Ik als huisarts.

Schalen:

op de man af	:.....:	ontwijkend
ontvankelijk	:.....:	hardleers
onbegrijpelijk	:.....:	begrijpelijk
gemakkelijk	:.....:	moeilijk
gevaarlijk	:.....:	ongevaarlijk
onberekenbaar	:.....:	voorspelbaar
ziek	:.....:	gezond
slecht	:.....:	goed
beklemmend	:.....:	niet beklemmend
actief	:.....:	passief
met een onge- lukkige jeugd	:.....:	met een gelukkige jeugd

Enquête-lijst:

Om te kunnen nagaan of factoren als praktijksituatie, opleiding en nascholing mede invloed hebben op beoordelingen zoals die welke wij zojuist van U vroegen, hebben wij nog enkele gegevens nodig.

Zoudt U daarom de volgende vragen die hierop betrekking hebben, willen beantwoorden?

Leeftijd:

Geslacht:

1 a) Waar bent U afgestudeerd?

b) In welk jaar?

2 Hoeveel ervaring als huisarts heeft U?

3 Wat is de grootte van Uw praktijk?

(ziekenfonds + particulier)

a) minder dan 1000

b) 1000—1500

c) 1500—2000

d) 2000—2500

e) 2500—3000

f) 3000—3500

g) 3500—4000

h) 4000—4500

i) meer dan 4500

4 Bent U lid van een groep artsen die weekenddiensten en eventueel avonddiensten van elkaar

waarnemen?

Neen/Ja

5 Bent U lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap?

Zo ja, sinds wanneer?

Neen/Ja, sinds

6 Bent U lid van één der studiegroepen medische psychologie?

Neen/Ja

INDIEN JA:

a) Hoe lang bent U reeds lid? Sinds

b) Uit hoeveel leden bestaat

- de groep?
- c) Kent U de leden bij naam en voornaam? Uit leden
Naam Ja/Neen Allen/Sommigen
Voornaam Ja/Neen Allen/Sommigen
- d) Weet U iets omtrent de persoonlijke omstandigheden van de leden? Neen/Ja
- e) Met welke frekwentie komt de groep bijeen? maal per jaar
- f) Hoeveel bijeenkomsten woonde U bij? Alle/Het merendeel/De helft/
Minder dan de helft
- g) Is de samenstelling van de groep vrijwel constant of treedt er een sterke wisseling van leden op? Constant/Wisselend
- h) Is er een zenuwarts of psycholoog (resp. psychologisch adviseur) lid van deze groep? Neen/Ja

INDIEN NEEN:

- a) Heeft U zich als lid opgegeven, maar is de werkgroep door praktische omstandigheden (bijv. gebrek aan voldoende leden, gebrek aan psychiaters) nooit gevormd? Nooit opgegeven/Opggegeven
- b) Bent U vroeger lid van een studiegroep medische psychologie geweest? Neen/Ja
- Zo ja,
Wanneer heeft U Uw lidmaatschap beëindigd?
Om welke reden?
- Wilt U alsnog de vragen a) tot en met b) (onder 6) beantwoorden als golden ze voor de tijd dat U nog lid was?

- 7 Bent U lid van een somatische studiegroep die geregeld bijeenkomt?
Neen/Ja

INDIEN JA:

- a) Hoe langt bent U reeds lid? Sinds
- b) Uit hoeveel leden bestaat de groep? Uit leden
- c) Kent U de leden bij Naam Ja/Neen Allen/Sommigen

- | | |
|--|---|
| naam en voornaam? | Voornaam Ja/Neen Allen/Sommigen |
| d) Weet U iets omtrent de persoonlijke omstandigheden van de leden? | Neen/Ja |
| e) Met welke frekwentie komt de groep bijeen? | maal per jaar |
| f) Is de samenstelling van de groep vrijwel constant of treedt er een sterke wisseling van leden op? | Constant/Wisselend |
| g) Hoeveel bijeenkomsten woonde U bij? | Alle/Het merendeel/De helft/
Minder dan de helft |
| h) Is er een zenuwarts of psycholoog lid van de groep? | Neen/Ja |

INDIEN NEEN:

- | | |
|--|---------------------------|
| a) Heeft U zich als lid opgegeven, maar is de werkgroep door praktische omstandigheden (bijv. door gebrek aan belangstelling) nooit gevormd? | Nooit opgegeven/Opgegeven |
| b) Bent U vroeger lid geweest? | Neen/Ja |
| Zo ja, | |
| Wanneer heeft U Uw lidmaatschap beëindigd? | ..... |
| Wat was de reden van deze beëindiging? | ..... |

- 8 Bent U lid van een groep die overwegend uit artsen bestaat waarin men zich niet voornamelijk bezighoudt met problemen op het gebied van medische psychologie of van de somatische geneeskunde (bijv. een artsen hobbyclub, een artsen gezelligheidsvereniging, een sportvereniging, een wijsgerig gezelschap, waarvan voornamelijk artsen lid zijn e.d.)?
- Neen/Ja

INDIEN JA:

- | | |
|---|---|
| a) Hoe lang bent U reeds lid? | Sinds |
| b) Uit hoeveel leden bestaat de groep? | Uit leden |
| c) Kent U de leden bij de naam en voornaam? | Naam Ja/Neen Allen/Sommigen
Voornaam Ja/Neen Allen/Sommigen |
| d) Weet U iets omtrent de persoonlijke omstandigheden van de leden? | Neen/Ja |

- e) Met welke frekwentie komt de groep bijeen? maal per jaar
- f) Hoeveel bijeenkomsten woonde U bij? Alle/Het merendeel/De helft/Minder dan de helft
- g) Is de samenstelling van de groep vrijwel constant, of treedt er een sterke wisseling op? Constant/Wisselend
- h) Is er een zenuwarts of psycholoog lid van de groep? Neen/Ja
- i) Wat is de voornaamste bezigheid van de groep (zie bijv. vraag 7)?

INDIEN NEEN:

- a) Heeft U zich als lid opgegeven, maar is de groep door praktische omstandigheden nooit gevormd? Nooit opgegeven/Opggegeven
- b) Bent U vroeger lid geweest? Neen/Ja
- Zo ja,
Wanneer heeft U Uw lidmaatschap beëindigd?
Wat was de reden van deze beëindiging?

Hebt U opmerkingen of aanvullingen bij enig punt dat U in dit boekje bent tegengekomen?

4 Overzicht van gegevens, verkregen uit de enquêtelijst

I Het al of niet lid zijn of zijn geweest van studiegroepen

groep	NHG-leden	niet NHG-leden
1 lid (geweest) van studiegroep med. psychol. of somat. geneesk.	193	16
2 lid (geweest) van studiegroep med. psychol. alleen	127	42
3 lid (geweest) van studiegroep som. geneesk. alleen	370	61
4 geen lid (geweest) van één van deze groepen	444	290
totaal	1134	409

In de volgende tabellen zal de zojuist gegeven verdeling in 4 groepen worden aangehouden.

II Lidmaatschap van een artsengezelligheidsvereniging

groep	N.H.G.-lid			niet N.H.G.-lid		
	n	ja	%	n	ja	%
1	193	40	20,7	16	4	25,0
2	127	29	22,8	42	9	21,4
3	370	61	16,5	61	13	21,3
4	444	67	15,1	290	55	18,9
totaal	1134	197	17,4	409	81	19,8

III Plaats van afstuderen (in procenten)

	N.H.G.-leden						niet N.H.G.-leden					
	groep						groep					
	1	2	3	4	totaal		1	2	3	4	totaal	
Groningen	13,2	15,1	12,5	15,4	14,0		6,2	9,5	18,0	15,5	15,0	
Utrecht	30,0	22,2	32,2	29,2	29,5		18,8	31,0	16,4	28,3	26,5	
Amsterdam	26,3	33,3	23,8	25,6	26,0		25,0	26,2	27,9	25,5	26,0	
Leiden	21,6	18,3	18,7	19,0	19,3		31,2	19,0	29,5	20,7	22,3	
Rotterdam	7,9	7,9	8,9	7,7	8,2		18,8	11,9	8,2	6,9	8,1	
Nijmegen	0,5	3,2	3,3	2,9	2,7		—	2,4	—	2,8	2,2	
Eindhoven	0,5	—	0,3	—	0,2		—	—	—	0,3	0,2	
Niet in Nederland	—	—	0,3	0,2	0,2		—	—	—	—	—	
totaal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	n	190	126	369	442	1127	16	42	61	290	408	
onbekend		3	1	1	2	7	—	—	—	1	1	

IV Jaar van afstuderen (in procenten)

		N.H.G.-leden					niet N.H.G.-leden				
		groep					groep				
		1	2	3	4	totaal	1	2	3	4	totaal
1910/19		—	—	—	0,2	0,1	—	—	1,6	1,4	1,2
1920/29		0,5	2,4	0,8	2,5	1,6	—	—	6,6	2,1	2,5
1930/39		5,3	9,5	7,0	9,7	8,1	6,7	21,4	9,8	17,0	16,0
1940/49		21,6	15,9	20,0	17,0	18,6	20,0	9,5	26,2	22,6	21,7
1950/59		64,2	54,0	51,6	46,4	52,0	53,3	61,9	45,9	42,0	45,1
1960 en later		8,4	18,3	20,5	24,2	19,7	20,0	7,1	9,8	14,9	13,5
totaal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	n	190	126	370	442	1128	15	42	61	288	406
onbekend		3	1	—	2	6	1	—	—	2	3

V Aantal jaren ervaring als huisarts (in procenten)

		N.H.G.-leden					niet N.H.G.-leden				
		groep					groep				
		1	2	3	4	totaal	1	2	3	4	totaal
0— 9 jaar		31,1	40,8	45,6	43,8	41,9	31,3	25,0	29,5	28,7	28,6
10—19 jaar		51,1	36,8	37,7	35,8	39,1	43,8	50,0	34,4	34,8	36,6
20—29 jaar		15,3	16,0	11,7	12,1	13,0	18,8	7,5	22,9	22,0	20,5
30—39 jaar		2,6	5,6	4,9	6,8	5,4	—	17,5	8,2	11,7	11,3
40 en > jaar		—	0,8	—	1,4	0,6	6,3	—	4,9	2,8	3,0
totaal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	n	190	125	366	438	1119	16	40	61	282	399
onbekend		3	2	4	6	15	—	2	—	8	10

VI Praktijkgrootte (in procenten)

De verdeling naar praktijkgrootte wordt hierbij slechts voor de wel en niet-N.H.G.-leden gegeven. Voor de afzonderlijke groepen wordt volstaan met de gemiddelde praktijkgrootte

		N.H.G.-lid	niet N.H.G.-lid	totaal
< 1000		2,0	5,4	2,9
1000—1499		3,2	3,7	3,4
1500—1999		10,1	13,8	11,1
2000—2499		18,4	19,5	18,7
2500—2999		20,6	20,2	20,5
3000—3499		19,7	13,6	18,1
3500—3999		12,7	11,1	12,3
4000—4499		8,0	5,4	7,3
4500 en >		5,2	7,2	5,8
totaal	%	100	100	100
	n	1124	405	1529
onbekend		10	4	14

Gemiddelde praktijkgrootte

groep	N.H.G.-lid	niet-N.H.G.-lid
1	2882 (n = 190)	2594 (n = 16)
2	2849 (n = 126)	2994 (n = 41)
3	2973 (n = 368)	2975 (n = 60)
4	2907 (n = 440)	2682 (n = 288)
totaal	2918 (n = 1124)	2698 (n = 405)

VII Geslacht

Het aantal vrouwelijke respondenten was gering: onder de NHG-leden 22, onder de niet NHG-leden 11

VIII Spreiding van de respondenten over de provincies (in procenten)

		N.H.G.-leden					niet N.H.G.-leden				
		groep					groep				
		1	2	3	4	totaal	1	2	3	4	totaal
Groningen		2,1	6,3	2,4	7,9	4,9	—	4,8	4,9	4,8	4,6
Friesland		5,2	—	7,3	2,3	4,1	—	—	1,6	3,8	2,9
Drente		4,7	6,3	2,2	4,1	3,8	6,3	—	1,6	4,5	3,7
Overijssel		6,2	2,4	8,1	9,0	7,5	6,3	4,8	8,2	7,2	7,1
Gelderland		12,4	15,7	12,4	14,0	13,4	—	9,5	6,6	17,2	14,2
Utrecht		6,2	7,1	5,9	6,1	6,2	6,3	9,5	1,6	4,1	4,4
Noord-Holland		22,8	24,4	11,1	16,4	16,7	50,0	23,8	14,8	17,6	19,1
Zuid-Holland		18,1	18,1	25,9	19,4	21,2	25,0	38,1	41,0	20,3	25,4
Zeeland		3,6	0,8	2,4	2,5	2,5	—	2,4	3,3	4,8	4,2
Noord-Brabant		16,6	12,6	14,9	9,5	12,8	6,3	2,4	8,2	10,0	8,8
Limburg		2,1	6,3	7,3	9,0	7,0	—	4,8	8,2	5,5	5,6
totaal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	n	193	127	370	444	1134	16	42	61	290	409

IX Urbanisatiegraad van de plaats van vestiging (in procenten)

		N.H.G.-leden					niet-N.H.G.-leden				
		groep					groep				
		1	2	3	4	totaal	1	2	3	4	totaal
platteland		23,3	20,5	24,1	25,0	23,9	12,5	11,9	22,9	26,9	24,2
verstedelijkt		21,8	18,9	22,4	22,1	21,8	—	7,1	21,3	15,2	14,7
platteland											
kleine steden		26,4	40,1	27,5	28,4	29,1	37,5	45,2	24,6	24,8	27,4
grote steden		16,1	8,7	12,2	9,2	11,3	37,5	14,3	8,2	12,1	12,7
Amsterdam											
Rotterdam		12,4	11,8	13,8	15,3	13,9	12,5	21,4	22,9	21,0	21,0
Den Haag											
totaal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	n	193	127	370	444	1134	16	42	61	290	409

5 Verdeling in percentages van respondenten en non-respondenten over de enquête-variabelen

Aantal jaren ervaring als huisarts

		respondenten	non-respondenten
0— 9 jaar		38,4	31,1
10—19 jaar		38,4	30,3
20—29		15,0	19,3
30—39 jaar		7,0	15,1
40 en > jaar		1,2	4,2
totaal	%	100	100
	n	1518	119
onbekend		25	3

Jaar van afstuderen

		respondenten	non-respondenten
1910/19		0,4	1,6
1920/29		1,9	5,7
1930/39		10,2	14,8
1940/49		19,4	19,7
1950/59		50,1	36,9
1960 en later		18,0	20,5
totaal	%	100	100
	n	1534	122
onbekend		9	—

Plaats van afstuderen

		respondenten	non-respondenten
Groningen		14,2	12,4
Utrecht		28,7	28,1
Amsterdam		26,0	27,3
Leiden		20,1	21,5
Rotterdam		8,2	4,1
Nijmegen		2,6	5,8
Niet in Nederland		0,1	0,8
totaal	%	100	100
	n	1535	121
onbekend		8	1

Urbanisatiegraad van de plaats van vestiging

		respondenten	non-respondenten
platteland		24,0	23,0
verstedelijkt			
platteland		19,9	15,6
kleine steden		28,6	30,3
grote steden		11,7	15,6
Amsterdam			
Rotterdam		15,7	15,6
Den Haag			
totaal	%	100	100
	n	1543	122
onbekend		—	—

Praktijkgrootte

		respondenten	non-respondenten
< 1000		2,9	4,9
1000—1499		3,4	4,9
1500—1999		11,1	11,6
2000—2499		18,7	19,0
2500—2999		20,5	22,3
3000—3499		18,1	17,4
3500—3999		12,3	9,1
4000—4499		7,3	4,1
4500 en >		5,8	6,6
totaal	%	100	100
	n	1529	121
onbekend		14	1

6 Gemiddelde scores van diverse categorieën artsen

Leden studiegroepen medische psychologie n = 378

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	1.48	1.90	1.77	2.59	5.18	2.70	3.37	3.56	onbegrijpelijk
gemakkelijk	3.06	4.65	3.94	6.36	6.33	4.71	6.03	6.33	moeilijk
voorspelbaar	4.15	4.16	3.40	5.67	4.86	4.25	3.99	4.80	onberekenbaar
gezond	6.77	5.19	6.13	6.70	5.86	3.99	6.01	5.78	ziek
verworven	1.61	2.14	2.41	4.13	3.65	3.39	3.08	3.03	aangeboren
geneeslijk	1.13	2.55	1.85	3.22	3.76	2.96	3.60	3.41	ongeneeslijk
moedig	3.85	4.14	4.00	4.32	5.99	3.99	4.32	4.28	laf
zelfstandig	3.94	4.23	4.37	5.05	5.70	4.93	5.51	5.00	onzelfstandig
voor de huisarts	1.63	1.78	1.78	6.14	4.62	2.74	5.21	3.61	v. d. psychiater
actief	3.62	3.32	3.13	4.37	3.42	3.27	4.38	4.24	passief
veranderlijk	3.30	2.80	2.89	2.76	3.14	2.54	3.67	3.22	onveranderlijk
oprecht	2.95	3.18	3.09	3.37	4.95	4.63	3.14	3.89	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	2.57	3.99	2.58	ontwijkend
ontvankelijk	1.88	1.98	2.01	hardleers
begrijpelijk	2.03	2.71	2.41	onbegrijpelijk
gemakkelijk	4.29	4.81	3.94	moeilijk
ongevaarlijk	3.42	3.51	3.11	gevaarlijk
voorspelbaar	3.08	3.57	2.92	onberekenbaar
gezond	2.48	2.97	2.16	ziek
goed	2.39	2.64	2.76	slecht
niet beklemmend	3.20	3.65	3.18	beklemmend
actief	1.90	3.50	2.10	passief
met een gelukkige jeugd	2.73	3.59	2.16	met een ongelukkige jeugd

Concepten:

- I een patiënt met appendicitis
- II een patiënt met pijn links in de borst
- III een patiënt met een maagulcus
- IV een depressieve patiënt bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt
- V ouders die hun kind mishandelen
- VI een patiënte die flirt met de arts
- VII een patiënt met pleinvrees
- VIII een patiënt met hardnekkige atypische hoofdpijn
- IX de huisarts
- X de psychiater
- XI ik als huisarts

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	1.47	1.76	1.66	2.66	5.57	2.87	3.18	3.52	onbegrijpelijk
gemakkelijk	3.02	4.82	3.88	6.37	6.23	4.73	5.94	6.36	moeilijk
voorspelbaar	4.11	4.42	3.43	5.83	5.20	4.45	4.10	4.96	onberekenbaar
gezond	6.75	5.35	6.14	6.72	5.80	3.90	5.80	5.56	ziek
verworven	1.66	2.21	2.32	4.28	3.89	3.69	3.40	3.19	aangeboren
geneeslijk	1.11	2.60	1.80	3.54	3.82	3.08	3.58	3.53	ongeneeslijk
moedig	3.85	4.09	3.98	4.44	6.17	3.98	4.40	4.25	laf
zelfstandig	3.84	4.07	4.12	5.13	5.55	4.62	5.43	4.84	onzelfstandig
voor de huisarts	1.52	1.81	1.90	6.52	4.92	2.95	5.49	4.13	v. d. psychiater
actief	3.71	3.37	3.13	4.58	3.54	3.11	4.53	4.30	passief
veranderlijk	3.21	2.75	2.92	2.89	3.11	2.68	3.68	3.29	onveranderlijk
oprecht	2.85	3.18	3.04	3.50	5.07	4.66	3.06	3.86	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	2.39	3.84	2.25	ontwijkend
ontvankelijk	1.85	2.04	1.82	hardleers
begrijpelijk	2.00	2.78	2.17	onbegrijpelijk
gemakkelijk	4.35	4.95	3.77	moeilijk
ongevaarlijk	3.35	3.46	3.04	gevaarlijk
voorspelbaar	3.16	3.69	2.97	onberekenbaar
gezond	2.47	3.02	2.18	ziek
goed	2.30	2.49	2.66	slecht
niet beklemmend	3.39	3.78	3.31	beklemmend
actief	1.71	3.17	1.97	passief
met een gelukkige jeugd	2.83	3.63	2.21	met een ongelukkige jeugd

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	1.44	1.85	1.70	2.84	5.58	2.97	3.42	3.66	onbegrijpelijk
gemakkelijk	3.19	4.75	3.81	6.47	6.29	4.65	5.98	6.44	moeilijk
voorspelbaar	4.20	4.44	3.42	5.98	5.20	4.47	4.10	4.95	onberekenbaar
gezond	6.76	5.13	6.02	6.74	5.59	3.91	5.78	5.51	ziek
verworven	1.59	2.18	2.44	4.22	3.86	3.68	3.23	3.21	aangeboren
geneeslijk	1.07	2.61	1.86	3.40	3.98	3.11	3.59	3.80	ongeneeslijk
moedig	3.84	4.09	4.03	4.44	6.11	4.04	4.34	4.33	laf
zelfstandig	3.87	4.10	4.37	5.01	5.70	4.75	5.45	4.95	onzelfstandig
voor de huisarts	1.56	1.84	1.87	6.36	4.84	2.94	5.57	3.91	v. d. psychiater
actief	3.72	3.40	3.14	4.55	3.58	3.17	4.57	4.30	passief
veranderlijk	3.22	2.84	2.77	2.90	3.23	2.51	3.68	3.36	onveranderlijk
oprecht	2.75	3.17	3.12	3.57	5.18	4.86	3.18	4.04	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	2.62	4.17	2.39	ontwijkend
ontvankelijk	1.97	1.97	1.94	hardleers
begrijpelijk	2.07	2.95	2.22	onbegrijpelijk
gemakkelijk	4.48	5.10	3.81	moeilijk
ongevaarlijk	3.50	3.55	3.11	gevaarlijk
voorspelbaar	3.21	3.73	2.86	onberekenbaar
gezond	2.57	3.14	2.14	ziek
goed	2.47	2.61	2.66	slecht
niet beklemmend	3.42	3.82	3.28	beklemmend
actief	1.74	3.54	1.96	passief
met een gelukkige jeugd	2.89	3.68	2.25	met een ongelukkige jeugd

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	1.30	2.12	1.76	3.09	5.39	3.24	3.94	3.97	onbegrijpelijk
gemakkelijk	2.70	4.15	3.79	6.39	6.24	4.67	5.94	6.24	moeilijk
voorspelbaar	3.67	4.42	3.42	5.94	5.42	4.73	4.15	5.03	onberekenbaar
gezond	6.73	5.21	6.06	6.58	5.91	3.79	6.03	5.48	ziek
verworven	2.03	2.48	2.82	4.03	4.03	3.76	3.18	3.21	aangeboren
geneeslijk	1.09	2.97	2.12	4.18	4.42	3.12	3.61	3.97	ongeneeslijk
moedig	3.82	4.06	4.09	4.18	6.30	3.85	4.39	4.15	laf
zelfstandig	3.91	4.15	4.30	5.27	5.94	5.33	5.70	5.06	onzelfstandig
voor de huisarts	1.70	1.97	2.00	6.15	4.85	2.76	5.27	3.64	v. d. psychiater
actief	3.76	3.42	3.03	4.91	3.94	3.39	4.58	3.94	passief
veranderlijk	3.39	2.85	2.52	2.97	3.58	2.55	3.97	3.27	onveranderlijk
oprecht	2.61	3.30	3.21	3.64	5.64	5.06	3.27	4.36	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	3.06	4.36	2.70	ontwijkend
ontvankelijk	2.18	2.06	2.15	hardleers
begrijpelijk	2.42	3.18	2.45	onbegrijpelijk
gemakkelijk	4.64	4.55	3.94	moeilijk
ongevaarlijk	4.15	3.45	3.18	gevaarlijk
voorspelbaar	3.18	4.15	3.09	onberekenbaar
gezond	2.18	2.88	2.03	ziek
goed	2.64	2.61	2.61	slecht
niet beklemmend	3.52	3.48	3.18	beklemmend
actief	2.21	3.73	2.36	passief
met een gelukkige jeugd	3.15	3.91	2.70	met een ongelukkige jeugd

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	1.46	1.84	1.69	2.37	5.09	2.63	3.41	3.27	onbegrijpelijk
gemakkelijk	2.94	4.49	3.72	6.08	6.17	4.38	6.07	6.17	moeilijk
voorspelbaar	3.97	4.08	3.21	5.54	4.66	3.91	4.17	4.41	onberekenbaar
gezond	6.77	5.19	6.07	6.70	6.11	3.88	6.17	5.69	ziek
verworven	1.62	2.02	2.41	4.30	3.39	3.32	2.91	3.07	aangeboren
geneeslijk	1.16	2.49	1.77	3.12	3.63	2.71	3.66	3.13	ongeneeslijk
moedig	3.91	4.02	3.96	4.29	5.89	4.03	4.23	4.24	laf
zelfstandig	3.92	4.00	4.02	5.09	5.57	4.98	5.56	4.84	onzelfstandig
voor de huisarts	1.61	1.71	1.81	6.03	4.69	2.44	5.33	3.51	v. d. psychiater
actief	3.69	3.30	3.02	4.52	3.38	3.32	4.40	4.19	passief
veranderlijk	3.34	2.91	2.82	2.78	3.22	2.63	3.58	3.33	onveranderlijk
oprecht	2.98	3.08	3.10	3.10	4.77	4.40	3.24	3.94	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	2.72	3.89	2.71	ontwijkend
ontvankelijk	1.91	1.71	1.90	hardleers
begrijpelijk	2.16	5.47	2.29	onbegrijpelijk
gemakkelijk	4.37	4.81	4.18	moeilijk
ongevaarlijk	3.49	3.59	3.14	gevaarlijk
voorspelbaar	3.24	3.36	2.90	onberekenbaar
gezond	2.27	2.86	2.21	ziek
goed	2.42	2.62	2.66	slecht
niet beklemmend	3.01	3.40	3.00	beklemmend
actief	1.91	3.62	2.21	passief
met een gelukkige jeugd	2.80	3.53	1.98	met een ongelukkige jeugd

schaal	concept								schaal
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
begrijpelijk	2.58	2.42	2.46	1.93	3.88	1.75	1.92	3.33	onbegrijpelijk
gemakkelijk	2.96	3.96	4.50	5.17	5.67	3.75	5.13	5.63	moeilijk
voorspelbaar	3.67	3.58	3.58	4.42	4.62	2.75	2.67	3.92	onberekenbaar
gezond	6.79	6.17	6.21	6.79	6.25	4.12	6.08	6.00	ziek
verworven	1.50	2.17	2.25	2.58	2.67	2.54	2.00	2.87	aangeboren
geneeslijk	1.50	2.58	2.12	2.17	3.58	2.92	2.46	3.42	ongeneeslijk
moedig	4.00	4.25	4.12	4.08	5.25	3.96	4.00	3.92	laf
zelfstandig	3.96	4.46	4.58	4.79	5.21	5.00	5.75	4.42	onzelfstandig
voor de huisarts	1.37	3.29	3.50	6.46	4.79	4.00	6.37	4.62	v. d. psychiater
actief	3.63	4.04	3.79	3.75	3.71	3.58	4.83	4.04	passief
veranderlijk	2.83	2.96	2.75	2.79	3.29	2.54	2.58	3.79	onveranderlijk
oprecht	3.42	3.42	3.38	3.21	4.58	4.08	3.50	3.63	onoprecht

schaal	concept			schaal
	IX	X	XI	
op de man af	3.46	2.83	3.38	ontwijkend
ontvankelijk	2.08	2.71	2.04	hardleers
begrijpelijk	2.12	2.37	2.37	onbegrijpelijk
gemakkelijk	3.83	3.79	3.83	ongemakkelijk
ongevaarlijk	3.37	2.87	2.79	gevaarlijk
voorspelbaar	2.58	3.29	2.79	onberekenbaar
gezond	3.17	3.12	2.96	ziek
goed	3.54	3.17	3.75	slecht
niet beklemmend	2.58	2.67	2.67	beklemmend
actief	3.71	2.33	3.50	passief
met een gelukkige jeugd	4.25	3.83	3.29	met een ongelukkige jeugd

Concept XI: ik als psychiater

7 Artsen die ten tijde van het onderzoek lid waren van een studiegroep medische psychologie, onderverdeeld in 3 groepen naar de duur van het lidmaatschap; gemiddelde scores over 5 concepten

schaal	appendicitis			zelfmoord			kind mishandelen			flirt			atypische hoofdpijn		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c
begrijpelijk	1.39	1.55	1.23	2.04	2.67	2.43	5.39	5.13	5.00	2.67	2.97	2.35	3.67	3.57	3.18
gemakkelijk	3.22	3.01	3.03	6.48	6.32	6.25	6.41	6.26	6.55	4.89	4.71	4.90	6.57	6.21	6.25
voorspelbaar	4.70	4.01	4.14	5.83	5.62	5.82	4.98	5.05	5.00	4.41	4.43	3.95	5.00	4.81	4.60
gezond	6.76	6.88	6.77	6.76	6.81	6.80	5.78	6.00	6.17	4.02	4.04	4.30	5.59	5.95	5.70
verworven	1.50	1.35	1.72	4.35	4.04	4.37	3.35	3.66	3.60	3.15	3.55	3.15	2.67	2.81	2.92
geneeslijk	1.24	1.03	1.20	3.15	3.08	3.35	3.63	3.82	3.92	2.85	3.25	3.07	3.46	3.30	3.50
moedig	4.00	3.82	3.70	4.33	4.18	4.35	6.30	5.83	5.82	3.96	4.18	4.00	4.37	4.23	4.20
zelfstandig	4.00	3.88	3.88	4.80	5.03	4.90	5.70	5.65	5.50	5.04	5.10	5.23	5.00	4.95	4.83
voor huisarts	1.59	1.62	1.40	6.00	6.20	6.10	4.46	4.54	4.72	2.06	2.89	2.97	3.35	3.46	3.55
actief	3.54	3.92	3.58	4.26	4.53	4.33	3.00	3.77	3.35	3.15	3.36	3.70	4.30	4.27	4.03
veranderlijk	3.37	3.53	2.90	2.83	2.66	2.95	3.02	2.93	3.42	2.30	2.27	2.67	3.35	3.16	3.22
oprecht	2.76	3.01	3.33	2.91	3.31	3.65	4.70	5.01	4.52	4.54	4.98	4.58	3.61	3.90	3.55

a = < 3 jaar lidmaatschap (n = 46)

b = 3—5 jaar lidmaatschap (n = 94)

c = > 5 jaar lidmaatschap (n = 40)

B. Het rollenspel-onderzoek

1 Begeleidend schrijven bij de toezending van de spreekuurgegevens

GEZONDHEIDS-
ORGANISATIE



NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE

No.: 9504/64.6
dB/AK

LEIDEN, november 1967

Onderwerp:

Zeer Geachte Collega,

Het onderzoek waarvoor U ons Uw medewerking toezegde zal, voor zover het Uw aandeel betreft, binnenkort plaats hebben. In dit verband vraag ik gaarne Uw aandacht voor enkele punten, die van fundamenteel belang zijn voor het slagen van deze studie.

1. Het doel van het onderzoek is in de eerste plaats om een beeld te krijgen van de wijze waarop verschillende artsen de situatie, die in het experiment wordt nagebootst, hanteren. Deze situatie is de volgende: een patiënt is met een klacht op het spreekuur geweest. Na het onderzoek komt de arts tot de conclusie, dat een langer durend persoonlijk gesprek met de patiënt voor het verkrijgen van een goed inzicht in, c.q. het verzekeren van een goede behandeling van de klacht, noodzakelijk is. Hij maakt een afspraak met de patiënt; voor het gesprek is een half uur uitgetrokken. Het is dus beslist de bedoeling dat U het gesprek voert, zoals U dat zelf pleegt te doen en meent te moeten doen. Uw eigen wijze van aanpak is wat het onderzoek zijn waarde moet verlenen.
2. Technisch gesproken zal de gang van zaken de volgende zijn: Hierbij gaat een samenvatting van de gegevens die U in het spreekuurcontact (en eventueel daarna) geacht wordt verzameld te hebben. In de samenvatting zijn alle voor het gesprek benodigde somatische gegevens opgenomen. Tevens treft U er de doelstelling voor het interview aan. U beschikt dus over deze gegevens bij de aanvang van het gesprek. De "patiënte" zal op de afgesproken tijd aanbellen op Uw praktijkbel. Zij brengt een bandrecorder en microfoon mee; voor de aanvang van het gesprek installeert zij deze in Uw spreekkamer.

Daarna begint het gesprek, dat in principe een half uur zal duren. Mocht U het gevoel hebben het onderhoud eerder bevredigend te kunnen afronden, dan bent U uiteraard vrij dat te doen. Ik verzoek U daarbij wel het gesprek op zijn minst 20 minuten te laten duren, omdat anders het gevaar bestaat, dat het te weinig materiaal oplevert voor een goede karakterisering ervan bij de bewerking van de bandopname. Probeert U vooral niet in het halve uur iets anders of meer te doen dan U normaliter meent te moeten doen.

Aan het einde van het gesprek overhandigt de patiënte U een formulier, waarop U Uw visie op geval en gesprek kenbaar kunt maken. Voor het invullen hiervan is een half uur beschikbaar. We zijn er ons terdege van bewust, dat men over het geven van een afgerond oordeel met betrekking tot een casus ook heel goed langer kan doen, maar het gaat hierbij om Uw eerste inzichten en indrukken. Na invulling kunt U het formulier in de bijgevoegde enveloppe doen en aan de patiënte meegeven. De patiënte neemt dan afscheid; Uw aandeel in het onderzoek is daarmee afgesloten.

3. Om elke kans op beïnvloeding of bevooroordeelning van de "patiënte" uit te sluiten, is haar behalve naam en adres niets meegedeeld over de artsen die zij gaat bezoeken. Met name is niet gezegd of U lid bent of bent geweest van een Studiegroep Medische Psychologie. Het is van het grootste belang, dat deze betrekkelijke anonimiteit van de arts tegenover haar gehandhaafd wordt. Ik zou U daarom willen vragen niets omtrent Uzelf, Uw kijk op het onderzoek, etc. met haar te bespreken.
4. In verband met het gehele onderzoekschema is het noodzakelijk precies op tijd te werken. Kunt U daarom patiënte precies op het gestelde tijdstip ontvangen en er zo enigszins mogelijk voor zorgen, dat U niet tijdens het uur dat daarvoor is uitgetrokken, gestoord of weggeroepen wordt? Voor het geval U bv. door ziekte plotseling verhinderd zou zijn, gaarne bericht aan de secretaresse van de afd. Geestelijke Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, tel.01710-50940, toestelnummer 334. Na 17 uur bericht aan Mevr. C. Jacobs, tel.070-864826.
5. De bandrecorder waarmee het interview wordt vastgelegd, is ingesteld op een netspanning van 220 Volt. Wilt U de patiënte waarschuwen als de netspanning bij U in huis een andere is (bv. 127 Volt)? De spanningskiezer van de recorder moet dan even versteld worden.
6. Om te voorkomen dat andere collegae bevooroordeeld zouden worden door eventuele berichten of geruchten die hen omtrent de patiënte zouden bereiken, wil ik U vragen niets aan anderen te vertellen over het gesprek tot U van ons bericht ontvangen hebt, dat het onderzoek is afgesloten wat deze casus betreft.

Tenslotte wil ik U nu reeds danken voor Uw medewerking. Het deelnemen aan een dergelijk onderzoek is niet alleen het ter beschikking stellen van een uur van Uw ongetwijfeld druk bezette tijd, maar vraagt ook een persoonlijke inzet. Wij zijn U daarvoor zeer erkentelijk. Van onze kant zullen wij U zeker, als te zijner tijd over het onderzoek rapport wordt uitgebracht, een verslag toezenden van datgene wat de studie heeft opgeleverd. Wel moet U er rekening mee houden dat dit op zijn vroegst in de tweede helft van het volgend jaar zal gebeuren: de materie is zo ingewikkeld, dat het uitwerken van de gegevens zeer veel tijd in beslag zal nemen.

Met collegiale hoogachting,

R.A. de Boer

2 Spreekuurgegevens geval I

Naam : Anna Theodora de Vries-Segaar
Adres :
Geb. : 21-7-1938
Gehuwd : 3-11-1960
Kinderen : zoon, Pieter Willem (geb. 22-4-1962)
dochter, Marijke Christina, (geb. 6-10-1965)
Echtgenoot : Johan Anton de Vries (geb. 15-1-1937)
Beroep: employé Vroom & Dreesmann, assistent
van afdelingschef
Godsdienst : N. H. (niet praktiserend)

Patiënte heeft zich kortgeleden bij u op het spreekuur vervoegd wegens aanvallen van hoofdpijn, die de laatste vijf maanden frequenter en intenser zijn geworden. Het blijkt, dat zij en haar gezin tot voor kort behoorden tot de praktijk van collega X, die zeer onlangs deze praktijk heeft opgegeven voor het aanvaarden van een werkring als arts-ambtenaar.

Patiënte heeft zich met dezelfde klacht bij collega X vervoegd, die haar na symptomatische therapie twee maanden geleden verwees naar een internist. Deze heeft na onderzoek patiënte meegedeeld, dat zij een te hoge bloeddruk had, dat dit slecht was voor haar hart en dat hij opname dringend noodzakelijk achtte om te kunnen uitzoeken wat er aan de hand was. Patiënte heeft dit geweigerd. De hoofdpijn is ook weer niet zo hinderlijk, en zij weet van een vriendin van moeder, dat deze pilletjes krijgt, waarmee haar bloeddruk weer helemaal normaal is gemaakt. Zij ziet niet in waarom dit bij haar niet kan gebeuren. De internist heeft een zoutloos dieet voorgeschreven, waar patiënte zich goed aan houdt, en tabletten 3x per week.

Bij onderzoek hebt u een tensie gevonden van 165/135, matig heffende ictus, oogfundus graad III en urine alb. sp. Patiënte blijkt af en toe ook last te hebben van wazig zien. U hebt patiënte voorgesteld, dat u eerst inlichtingen zult opvragen bij collega X en de specialist, om aan de hand daarvan nog eens verder met haar over de voorgestelde opname te spreken. U hebt haar daarbij laten merken, dat uw eerste indruk is, dat het daarvan wel zal moeten komen.

Collega X deelt u mede, dat hij patiënte in 1964 heeft behandeld voor een mononucleosis infectiosa. De zwangerschappen en bevallingen zijn voorspoedig en zonder bijzonderheden verlopen, met dien verstande dat patiënte in de tweede graviditeit een wat verhoogde tensie had, waarvoor zij een zoutloos dieet kreeg. Na het ontvangen van de inlichtingen van de internist heeft hij in een gesprek eerst met de vrouw, daarna met de man aangedrongen op opname, wat door de vrouw werd geweigerd. Hij hoopt dat u in deze meer succes zult hebben.

De man is in 1966 opgenomen geweest voor een appendectomie, die zon-

der complicaties verliep. Het zoontje heeft als gevolg van een contusio cerebri last van epileptische equivalenten in de vorm van psychische aanvallen (kortdurende droomtoestanden, waarvoor achteraf amnesie bestaat). Deze symptomen reageren zeer goed op de door de neurologische polikliniek gecontroleerde therapie: met 3 x 100 mg. tegretol is het kind haast vrij van aanvallen. Het E.E.G. is verbeterd: het vertoont nog steeds temporaal focale epileptische activiteit, de piekgolfvarianten zijn echter duidelijk minder steil. Indien nodig zal de tegretol-dosering nog iets worden opgevoerd.

Voor wat betreft de actuele klacht van de vrouw verwijst collega X naar het schrijven van de internist. Dit luidt als volgt:

Zeer geachte collega,

Op uw verzoek zag ik op mijn spreekuur mevrouw A. Th. de Vries-Senaar oud 29 jaar. Patiënte is gehuwd en heeft twee kinderen van resp. 5 en 2 jaar. Patiënte heeft de laatste drie maanden in toenemende mate last van hoofdpijn. Deze treedt aanvalsgewijs op, vooral na lichamelijke en geestelijke inspanning. In de afgelopen weken zou patiënte enige malen last hebben gehad van wazig zien.

De voorgeschiedenis vermeldt, dat patiënte in de laatste maanden van de tweede graviditeit wegens verhoogde bloeddruk zoutloos dieet heeft moeten gebruiken. Voor zover haar bekend is, heeft zij nimmer een nierziekte gehad.

De voornaamste bevindingen van het *lichamelijk onderzoek* waren:

Bloeddruk 170/140 (links = rechts). Percutoir was de hartfiguur in geringe mate naar links vergroot. De ictus was matig heffend. Souffles waren boven het hart niet te horen. Ook elders geen souffles hoorbaar. Bij röntgenonderzoek van de thorax bleek het hart een hypertensie configuratie te hebben. Het longbeeld was normaal. Op het buikoverzicht was de linker nier normaal van grootte. Helaas waren de contouren van de rechter nier niet goed te onderscheiden.

Het E.C.G. toonde tekenen van links-belasting.

Bij oogspiegelen vond ik een ernstige hypertensieve afwijking in fundo met bloedingen en exsudaten.

Bij het *laboratoriumonderzoek* werd in de urine spoor eiwit gevonden. Het sediment toonde geen afwijkingen. De nierfunctie bleek ongestoord gezien het normale kreatininegehalte van het bloed.

Conclusie: ernstige hypertensie met secundaire veranderingen in fundo (bloedingen en exsudaten). Gezien het feit, dat deze hypertensie waar-

schijnlijk nog maar kort bestaat (in het begin van de tweede graviditeit zou de bloeddruk normaal geweest zijn) en gelet op het ontbreken van nierafwijkingen in de zin van een glomerulo-nephritis als oorzaak van deze hypertensie, is het niet onmogelijk, dat aan het geheel een A. renalis-stenose ten grondslag ligt.

Afgezien van het feit, dat behandeling op korte termijn noodzakelijk is, gelet op de hypertensie en de fundusafwijkingen, lijkt het gewenst patiënte op te nemen voor nader onderzoek. Onder andere zou een abdominale aortografie moeten worden verricht, alsmede een renografie. Gelet op het aanvalsgewijs optreden van de klachten dient ook een phaeochromocytoom te worden uitgesloten.

Ik heb een en ander met patiënte besproken. Zij stond in principe nogal afwijzend tegenover opname. Ik zou u willen vragen haar van de ernst van de situatie te willen overtuigen, zodat zij zich alsnog laat opnemen.

In afwachting daarvan schreef ik haar een zoutloos dieet voor, gecombineerd met diuretica in de vorm van hygroton, 3 x per week 190 mg. Wanneer daarmee geen snelle daling van de bloeddruk wordt bereikt, is het noodzakelijk een anti-hypertensie therapie met Aldomet of Ismeline (klinisch) in te stellen.

Met collegiale hoogachting,

3 Rolinstructie geval I

Patiënte is geboren in (naam gemeente) evenals haar man. Haar vader is vrachtautochauffeur bij de gemeente, 57 jaar oud, een rustige vriendelijke man. Liet de opvoeding van de kinderen het meest aan moeder over, maar bemoeide zich 's avonds en in de weekends wel met zijn gezin, deed spelletjes met de kinderen toen ze nog klein waren, etc. Verhouding tussen moeder en hem is goed, een enkele maal ruzie, niet meer dan normaal. Zijn mening telt in het gezin, zonder dat hij domineert. Hij is lid van een harmonie-orkest.

Patiëntes moeder, 57 jaar, evenals P. een inwonster van genoemde gemeente, sneller aangebrand dan haar man, maar heeft 'een hart van goud'. Veel vriendinnen in de buurt. Laat wel eens schulden oplopen bij leveranciers, wat meestal de reden is voor de sporadische woordenwisselingen met haar man (zie boven). Verder een goede huisvrouw. Was er eigenlijk erg tegen gekant, dat haar oudste dochter en schoonzoon acht jaar geleden naar Canada emigreerden: had hen liever bij zich gehouden. Ouders maakten geen verschil tussen de kinderen. Ze hebben gemiddeld éénmaal per 14 dagen 's avonds bezoek van een bevriend echtpaar (collega van P) of gaan naar dit echtpaar toe.

Patiënte's zuster (Wilma) is in Canada, waar haar man vertegenwoordiger is voor een automobielzaak. Na een moeilijke begintijd hebben ze het er goed. Er is geregeld brieven-kontakt met de ouders, via hen met patiënte. De zuster is vier jaar ouder dan patiënte. Het kontakt was altijd goed, enkele ruzies daargelaten, maar niet nauw. De meisjes hadden beide hun eigen vriendinnen. De zuster heeft na de lagere school MULO-A gedaan, in 1950 daarmee klaar, steno en typen, enkele kantoorbaantjes gehad, daar in 1955 haar man leren kennen, 1957 getrouwd, 1959 geëmigreerd, twee zoontjes, 4 en 2 jaar oud.

Patiënte zelf. Kinderziekten gehad (mazelen, waterpokken, de bof) vóór haar 7e jaar. Amandelen geknipt 9e jaar. Sindsdien behalve griep geen ziekte tot de ziekte van Pfeiffer. Als kind wel eens bang in het donker. Heeft over het algemeen een prettige jeugd gehad. Is gehecht aan beide ouders. Lagere school zonder doublures, kon het over het algemeen goed met de leerkrachten vinden, behalve de juffrouw in de vierde klas, die steeds op haar vitte, waarom weet patiënte nu nog niet. Patiënte was boven de middelmaat met leren. In de klas meestal twee à drie goede vriendinnen, nogal eens wisselend. Ook in de straat een vriendinnetje, dat zij nu nog wel eens ziet (deze is getrouwd en heeft een zoontje even oud als Marijke). Speelde veel met poppen.

Na de lagere school MULO-A net als zuster. P. vond het goed als de dochters wat meer leerden; M. was er niet tegen. Geen doublures. Hoorde bij de middelmoet van de leerlingen. Voorkeursvakken: geschiedenis, tekenen, gymnastiek. Kon met de leerkrachten redelijk goed opschieten; kreeg wel eens straf, maar niet vaak. Liefhebberijen: lezen (bakvisboeken, Pearl Buck), dansen, zwemmen. Geen wedstrijdszwemmen. In de laatste klas MULO een vriendje uit de B-afdeling, duurde drie maanden, raakte na de laatste schoolfuif af; voornamelijk met elkaar naar de bioscoop en fuifjes, geen heftig vrijen. Eerste menstruatie op 14e jaar, moeder had haar erop voorbereid. Sexuele voorlichting geleidelijk aan, al naar het ter sprake kwam, van moeder en Wilma gekregen. Geen problemen hiermee gehad. Na de MULO (16 jaar) eerst drie jaar op kantoor bij een belastingconsulent/accountant. Aangiften tikken, dossiers bijhouden etc. Chef was aardige, oudere man; kon er goed mee overweg. Twee andere meisjes met wie ze doorgaans goed kon opschieten. Vrij veel verloop, het werk was wat saai. Daarom zelf ook weggegaan en secretaresse geworden bij een kleine importeur van Duitse lederwaren. Daar gewerkt met plezier tot zij op haar 23e ophield i.v.m. haar eerste zwangerschap (december 1961). Echtgenoot leren kennen in 1957, broer van een meisje op het kantoor van de belastingconsulent. Hij was toen in dienst (infanterie) op de Veluwe. In zijn vrije weekenden nodigde hij haar nogal eens uit (film) en het raakte aan. Ze vond hem vlot, sportief: (atletiek; hardlopen en verspringen), vriendelijk. Was erg verliefd op hem. Hij kwam in 1958 uit dienst en kreeg

een baan als verkoper bij de Bijenkorf. Twee jaar daarna konden zij een flat krijgen en besloten toen te trouwen na één jaar verloofd te zijn geweest. Man ging in 1963 i.v.m. betere verdiensten naar V & D. Zij houden erg van elkaar, weinig ruzie. Man is veel thuis, doet in het weekend nog wel aan atletiek. Ca. één jaar voor zij haar man leerde kennen een half jaar verkering gehad met drie jaar oudere elektromonteur, ging meer van hem uit dan van haar, ze maakte het af omdat het haar begon te vervelen.

Patiënte's man is enige zoon, oudste van twee kinderen, van een fotograaf. Zijn vader is 58, moeder 56. Beide vriendelijke, rustige mensen. De fotowinkel is klein: één bediende, verder drijven vader en moeder hem. Man is materieel wel wat verwend als kind, maar zag zijn ouders weinig, omdat zij vaak in de winkel moesten werken. Ging na school vaak bij vriendjes spelen. MULO gehad, vader wilde, dat hij HBS zou doen, had daar geen zin in. Na MULO tot militaire dienst op kantoor bij verzekeringsmaatschappij. Louter administratief werk. Vond dit op den duur vervelend. Hoopt bij V & D langzamerhand op te klimmen. Verdient nu 12.000 per jaar. Heeft enkele vrienden. Kijkt graag naar de TV.

Het echtpaar heeft geregeld contact met één echtpaar uit de buurt, de zuster van haar man en haar echtgenoot, de vriendin van patiënte en haar man. Verder met de ouders van beide kanten, te weten op verjaardagen, in de weekends; wat de moeder van patiënte betreft, deze komt ook wel eens door de week op een ochtend, zonder haar dochter te overlopen.

Behuizing: vier kamerflat (gekregen kort voor de tweede bevalling). Kinderen slapen in één kamer. Gemakkelijk schoon te houden.

Patiënte vindt het huishouden niet erg. Schoonhouden etc. moet gebeuren. Koken is leuk. Kinderen zijn leuk. Liefhebberijen: lezen (historische romans, streekromans), handwerken. Man geeft haar huishoudgeld, ze komt daar goed mee uit. Kan goed met geld omgaan. Sexueel contact: voor het eerst ca. 1½ jaar vóór trouwen, tegenwoordig één à twee maal per week. Eerst geen bevrediging (en angst voor zwangerschap), tegenwoordig wel bevrediging. Zou over 1½ à 2 jaar nog een kind willen hebben. Jongen of meisje doet er niet toe.

Marijke is een gezond kind, praat al wat, overdag zindelijk sinds twee maanden. Hoeft niet meer gevoerd te worden, maar eet dan nog wel vaak met haar handen. Lief en over het algemeen rustig kind. Enkele malen verkouden geweest, verder geen bijzonderheden. Speelt op mooie dagen in zandbak bij het flatgebouw.

Pieter: ontwikkelde zich goed tot vier maanden geleden. Was altijd beweeglijker dan Marijke. Was met 3 jaar zindelijk (overdag + 's nachts). Zit op de kleuterschool, was de eerste dag verdrietig, daarna ging het meteen

goed. Loopt erg weg met de juffrouw. Heeft een paar vriendjes in de klas, wordt door klasgenootjes geaccepteerd. Speelt graag met autootjes. Wil een elektrische trein hebben, maar ouders vinden hem daar nog te jong voor. Kleurt en tekent graag, speelt met soldaatjes. Mazelen gehad vlak voor zijn 5e verjaardag. Verder behalve een paar verkoudheden tot voor kort géén lichamelijke ziekte. Is vroeger met het eten wel lastig geweest, sinds ± 2 jaar eigenlijk niet meer. Was na de geboorte van Marijke wel jaloers, nu niet meer.

Patiënte heeft geen voorkeur voor een van beide. P. eigenlijk ook niet, maar hij kan veel meer doen met zijn zoontje en heeft pas sinds ruim een half jaar echt contact met Marijke.

Begin mei '66 kreeg de man van patiënte in de vroege ochtend koorts met misselijkheid en braken en pijn in de buik. De dokter heeft hem toen direct laten opnemen, de blindedarm is meteen weggehaald. Een week later was hij weer thuis, nog drie weken later kon hij weer aan het werk. De doktoren en verpleegsters waren aardig. Ze miste haar man wel die week, was blij dat hij weer thuis was en vond het eigenlijk gezellig hem nog drie weken thuis te hebben. Haar man vond het vervelend dat er zoveel voorschriften waren: vroeg het licht uit, niet mogen roken, etc. Verder vond hij het eten niet lekker.

Patiënte is wel wat geschrokken toen zij door Dr. X naar de specialist werd verwezen. Ook toen deze haar zei, dat hij haar enige tijd in het ziekenhuis wilde opnemen, is zij geschrokken. Ze had echter meteen het gevoel, dat zij dat niet moest doen en is daarna tot de overtuiging gekomen, dat het ook niet nodig is. Zij zou trouwens thuis niet gemist kunnen worden. Weliswaar hebben zowel moeder als schoonmoeder aangeboden het huishouden te doen, maar zij meent hen op het ogenblik de zorg voor Pieter niet te kunnen toevertrouwen. Ze denkt dat moeder of schoonmoeder niet nauwkeurig genoeg op hem zullen letten. Haar man deelt deze mening niet; hij is erg ongerust, nadat hij van Dr. X heeft vernomen, dat opname dringend noodzakelijk is en heeft zijn vrouw voorgesteld, dat hij desnoods vakantie zou nemen om op het gezin te passen, samen met patiënte's moeder. Hij heeft er zelfs op de zaak al over gesproken en men is daar bereid medewerking hieraan te verlenen, daar hij een gewaardeerde kracht is. Patiënte blijft echter weigeren, meent dat haar toezicht essentieel is.

Geschiedenis van de epilepsie van Pieter: vier maanden geleden ging patiënte boodschappen doen met Pieter achterop de fiets. Bij het linksaf slaan stak zij haar hand uit, maar vergat om te kijken. Zij werd aangereken door een achteropkomende auto. Zij kwam met de schrik vrij, maar Pieter werd uit het stoeltje geslingerd en liep een 'zware' hersenschudding op. Acht weken opname in het ziekenhuis. Hij was direct na het ongeluk

wit en even bewusteloos, na een kwartiertje kwam hij weer bij bewustzijn. Het zoontje lag op de kinderzaal van de neurologische kliniek. Patiënte gelooft dat het kind haar daar erg gemist heeft. De eerste dagen zei hij pas wat tegen haar onder het bezoeken als zij eerst een tijdje naast zijn bed gezeten had. Hij hilde als zij weg ging. Later ging het allemaal wel beter. De hoofdzuster vond ze erg streng. Die zei ook, dat ze niet de hele tijd moest vragen en de doktoren willen spreken. Er was voor de kinderen wel een speeljuffrouw, die erg aardig voor ze was. Pieter werd wel goed verzorgd. Bij ontslag heeft de dokter gezegd - wat zij zelf ook al had gemerkt - dat het kind er kleine aanvalletjes van over had gehouden. Hij valt daar niet bij, maar het is alsof hij afwezig is, als het ware droomt. Het duurt ca. 30 sec. Hij gaat door met wat hij aan het doen is, maar let niet op zijn omgeving. Achteraf weet hij zich daarvan niets te herinneren. Er moet op hem gelet worden, want als hij zo'n aanvalletje heeft, zou hij ergens tegenop kunnen lopen en zich verwonden. Moeder houdt hem daarom voortdurend in de gaten, zo zelfs, dat zij haar dochttertje wat verwaarloost, waar zij zich weer schuldig over voelt. De dokter heeft gezegd, dat door regelmatig gebruik van medicijnen de aanvalletjes helemaal kunnen worden weggewerkt. Op het ogenblik komt het nog één à tweemaal in de week voor, dat is al wel een grote verbetering, maar het helpt haar niet dit te bedenken, zij blijft erg ongerust en wil de jongen geen ogenblik uit het oog verliezen. Ze heeft na het ongeluk een vreselijke tijd doorgemaakt, wordt 's nachts nog wel wakker na een angstdroom, waarin zij het ongeluk zich weer ziet afspelen. Ze is erg boos op de automobilist, verwijt zich ook zelf dat ze niet heeft omgekeken. Ze is gauw prikkelbaar de laatste tijd.

Haar man was vlak na het ongeluk erg geschrokken, maar heeft haar geen verwijten gemaakt ('Meid het had iedereen kunnen overkomen, denk er maar niet meer over') en was erg lief voor haar. Heeft veel meer vertrouwen dan zij, dat het met de medicijnen over zal gaan.

Algemene indruk van patiënte: verzorgd, nerveus, kort en heftig reagerend op aansporingen zich op te laten nemen; kennelijk geëmotioneerd betreffende alles wat met het ongeluk van het kind te maken heeft. Af en toe maakt zij de indruk ook bezorgd te zijn over haar eigen toestand, maar dit niet te willen toegeven. Voordien doorgaans een tevreden, actief vrouwtje, dat haar huishouden en gezin goed verzorgde. Laat in principe het initiatief aan de dokter.

Eerste reactie op: waarom niet laten opnemen: Het is vast niet nodig. Ik ben toch niet echt ziek, doe mijn huishouden toch. Het kan vast wel zo behandeld worden. Verder: waarom kan het niet gewoon onderzocht worden door de specialist. Ik wil er best een paar keer voor terugkomen. Zo'n ziekenhuis, daar houden ze je maar. Ze denken er niet aan, dat je thuis ook

nodig bent. Ze zeggen ook niet hoe lang het is. Ik zou mijn man en kinderen ook niet zolang kunnen missen. Je moet alles precies doen, zoals de zusters je zeggen. Je moet om 9 uur gaan slapen.

Essentiële inlichtingen (voor de laatste 5 minuten, zo nodig): Pieter heeft de hersenschudding gekregen door de aanrijding, toen hij bij mij achterop de fiets zat en ik linksaf sloeg. Ik stak wel mijn hand uit, maar heb niet omgekeken. Heb sindsdien nu en dan angstdromen waarin ik het weer zie gebeuren. Vond het zo erg, die eerste tijd in het ziekenhuis te zien dat hij mij zo miste.

Bijzondere opmerking. na ca. 20 minuten; ik vind het wel erg prettig dat ze zo rustig de tijd neemt om te praten over wat er met me is en wat er gedaan moet worden (of woorden van gelijke strekking).

4 Formulier dat na afloop van het gesprek werd ingevuld

CONCLUSIES NAAR AANLEIDING VAN HET GESPREK

- 1 Zoudt U in het kort willen weergeven de algemene indruk, die U als arts hebt van deze patiënt en dit gesprek.
- 2 Wilt U door het zetten van een kruisje op onderstaande lijnen Uw indruk over bepaalde kanten van het gesprek nog nader preciseren. De bedoeling is, dat U bv. bij vraag a het kruisje in het midden van de lijn zet als U meent juist voldoende inlichtingen te hebben verkregen, iets naar links als de inlichtingen aan de krappe kant waren, uiterst links als U bepaald te weinig gegevens hebt verkregen, etc.
 - a In hoeverre heeft het gesprek U de inlichtingen gegeven, die U in dit geval nodig meent te hebben?
te weinig ————— ruimschoots voldoende
 - b Hoe vond U de gevoelsrelatie die tussen U en de patiënt ontstond?
onbevredigend ————— zeer bevredigend
 - c In hoeverre heeft dit gesprek verhelderend gewerkt voor de patiënt?
niet verhelderend ————— zeer verhelderend
 - d Hoe 'liep' het gesprek?
zeer stroef ————— zeer vlot
- 3 Wat is Uw mening over het probleem, dat de opname voor de patiënt vormt?
- 4 Welke inlichtingen of wat voor onderzoek meent U in dit geval nog nodig te hebben?
- 5 Kan en moet er naar Uw mening verder nog iets gedaan worden voor de patiënt? Zo ja, wat? Wie zou dit moeten doen?
- 6 Hoe vond U de houding van patiënt ten opzichte van U? Bij wijze van voorbeeld volgen hier enkele omschrijvingen. Wilt U deze onderstrepen als ze van toepassing zijn, en zo mogelijk met eigen omschrijvingen

aanvullen?

meegaand/sceptisch/bescheiden/dominerend/afhankelijk
geringschattend/agressief/cooperatief/

7 Kunt U iets zeggen over Uw eigen gevoelens tijdens het gesprek? Evenals bij de vorige vraag volgen hier enkele omschrijvingen. Wilt U de van toepassing zijnde onderstrepen, en zo mogelijk aanvulling geven? behulpzaam/geïrriteerd/meegaand/ontfermend/hartelijk/geneigd zich van de patiënt te distantiëren/leidinggevend/afwijzend/

8 Gaf de patiënt van één of meer van de hieronderstaande gevoelens blijk? Zo ja, kunt U ongeveer aangeven uit welk gezegde dit gevoel bleek?

a Dankbaarheid t.o.v. U Ja/Neen

Bleek uit:

b Scepticisme t.o.v. U Ja/Neen

Bleek uit:

c Boosheid op U Ja/Neen

Bleek uit:

d Angst voor U Ja/Neen

Bleek uit:

9 Als U een of meer delen van vraag 8 met 'ja' hebt beantwoord, kunt U dan ook aangeven wat voor gevoel de betreffende opmerking(en) van de patiënt bij U wekte(n) en hoe U eventueel in Uw houding hierop reageerde?

ad 8a (dankbaarheid) houding:
gevoel:

ad 8b (scepticisme) houding:
gevoel:

ad 8c (boosheid) houding:
gevoel:

ad 8d (angst) houding:
gevoel:

10 In hoeverre vertoonde dit gesprek overeenkomst met een gesprek zoals U dit in werkelijkheid met een dergelijke patiënt zou kunnen hebben gevoerd?

11 In hoeverre hebt U zich speciaal op dit gesprek voorbereid?

5 Vier schalen uit het beoordelingssysteem van Strupp

TYPE OF THERAPEUTIC ACTIVITY

00 *Facilitating Communication* (minimal activity)

01 Silence

02 Passive acceptance, acknowledgment

03 General invitations to talk or to proceed (nondirective leads)

10 *Exploratory Operations*

- 11 Simple questioning: asking for further information, clarification, examples, elaborations; simple probes, case history questions; accenting by repeating one or more words.

Focal probes (with hypothesis), questions to stimulate the patient's curiosity, encouraging self-exploration.

20 *Clarification* (Minimal interpretation)

- 21 Reflection of feeling, restatements for purposes of clarification (may include'??')

- 22 Summaries (essentially non-interpretive)

30 *Interpretive Operations*

- 31 Interpretations, analysis of defenses, establishing connections, definitions of the patient's problem (interpretive)

- 32 'Reality Model': any operation by which the therapist's communication asserts the patient's rights, needs, etc. and represents a reasonable model of reality (usually interpretive)

- 33 Summaries (essentially interpretive)

40 *Structuring*

- 41 Structuring the therapeutic situation, describing the functions and tasks of therapy in general terms

- 42 Discussions about theory (relatively abstract)

- 43 External arrangements, time, place, fees, etc.

50 *Direct Guidance*

- 51 Direct suggestions for activity within the therapeutic framework

- 52 Direct suggestions for activity outside the therapeutic framework

- 53 'The therapist as an expert': Giving information, stating an opinion, answering direct questions, speaking as an authority. Such communications may seem primarily objective, but they may also convey reassurance (warmth) or rejection (coldness). Approbation, reassurance, support, criticism, sarcasm, cynicism, etc. are included

60 *Activity Not Clearly Relevant to the Task of Therapy*

- 61 Greeting, 'small talk', endings, etc.

- 62 Unwitting emotional reactions (countertransference)

70 *Unclassifiable*

I. DEPTH-DIRECTEDNES

0	1	2	3	4
<i>Non-Inferential</i>	<i>Mildly Inferential</i>	<i>Moderately Inferential</i>	<i>Highly Inferential</i>	
Silence	<----- Intensification of therapeutic activity ----->	<--- Degrees of interpretation --->		
Passive acceptance	Simple questioning:	Restatements	Interpretations	Deep interpreta-
Facilitating communication	requests for further information, clarification, examples, elaboration.	of feeling (reflections)	Analysis of defenses	tions
	Simple probes	Focal probes	Establishing connections	Direct confront-
	Case history questions	(with hypothesis)	(pointing out inconsistencies)	ation
	Accenting ('epitomizing')	Definitions of the therapeutic relationship	Hypothesis testing	(without prepara-
	Non-directive leads	Stimulating P's	Definitions of the problem	tion
	Mild statements and opinions	curiosity about himself; encouraging self-exploration	(interpretive)	

V. DYNAMIC FOCUS

Sector A

Therapist accepts the patient's formulation (minimal interference) without introducing a new frame of reference

Passive acceptance,
facilitating communication,
repeating wordt or phrase
Reflections of manifest feeling

Sector B

Therapist directs the patient's communication into a different channel and/or introduces a new frame of reference:

B—1 Indications that additional information, clarification, examples, elaboration, etc. is needed to further the therapeutic operation

B—2 Focus on *dynamic* events in the *past*

B—3 Focus on *dynamic* events in the *present*

B—4T Focus on the dynamics of the *therapist-patient relationship* (analysis of the transference)

B—4 Focus on the *therapist-patient interaction* (therapist emerging as a person, authority, or expert)

VI. INITIATIVE			
0	1	2	3
Absence of initiative < - - - - The therapist is 'anonymous' - - - - >	Mild forms of initiative	Moderate initiative The therapist is more active, assumes the role of an 'expert'	Strong initiative The therapist assumes the role of an authority
Silence*	Simple questioning Simple probes Accenting Non-directive leads	Focal probes Definitions of the therapeutic relationship Interpretations - - - - > Analysis of defenses - > Hypothesis testing - - > Changing the subject - >	Authoritative statements and formulations
			↑ Reflections of feeling

* Certain forms of silence are scored higher on the scale; see text

6 Speech disturbance ratios en resultaten van de hierop toegepaste variantie analyse

Geval	Studiegroep	Controle
I	30-22-55-25-50-60	28-13-46
II	48-21-30-49-27-64-29-20 48-43-34-46-70-48	51-25-14-39-47-78-67
III	103-37-50-53-39-47-37	26-77-42-34

	SS	df	Ms	F
training	256	1	256	
gevallen	2704	2	1352	3.91 p < 0.05
interactie	247	2	123.5	
residuele variantie	12555	36	349	

7 Het evaluatieve systeem; lijst van categorieën met korte aanduiding van de inhoud, ontleend aan de handleiding voor het systeem*

Relevantie. Onder relevant wordt verstaan: datgene wat bijdraagt tot de opsporing, verheldering en oplossing (c.q. beïnvloeding) van belangrijke problemen (klachten) van de patiënt.

Juistheid. Is het op zichzelf waar wat door de therapeut wordt gesteld? Dus niet: had hij dit moeten zeggen, of nu moeten zeggen, maar: gegeven dit gezegde, is de inhoud waar, of niet.

Formulering. Is de opmerking of vraag in zijn vormgeving juist? D.w.z. niet is hij relevant, of is de inhoud juist, maar gegeven dat men dit wil zeggen, is dan de vormgeving correct?

Tijd. Wat in deze categorie wordt gezien, is niet: is dit de beste opmerking die de therapeut op dit moment kon maken, maar: gegeven dit gezegde (vraag of opmerking, etc.), kan dit nu? of had het beslist vroeger, of later, of helemaal niet gezegd moeten worden.

Respect. Benadert de arts de patiënt al dan niet met het respect waarop de patiënt recht heeft?

Hantering van het contact. Deze schaal richt zich op de vraag of de arts het contact zo weet te hanteren dat hij zo spoedig mogelijk een inzicht krijgt in de bestaande problematiek, terwijl de patiënt zoveel mogelijk het gevoel krijgt dat er begrip voor hem bestaat en dat er iets voor hem ge-

* Aangezien het systeem niet betrouwbaar bleek, wordt hier afgezien van een volledige weergave van de handleiding. Deze is voor belangstellenden beschikbaar.

daan wordt.

Doctor-centered t.o. patient-centered. Van een doctor-centered opmerking kan worden gesproken als de arts, meestal in de mening verkerend dat hij zich laat leiden door de merites van het geval, een opmerking maakt die in feite wordt ingegeven door eigen preoccupaties, emoties en normen.

Dominantie. Is de positie van de therapeut t.o.v. de patiënt in deze opmerking dominant, autonoom of onderworpen? Onder dominant worden verstaan die opmerkingen van de arts waarin is opgesloten een bagatellisering, onderwerping of geringschatting van de patiënt. Van onderworpen is sprake bv. als de therapeut zich door de patiënt een bepaalde handelwijze laat opdringen.

Onderkenning van het gevoel van de patiënt, c.q. van de gevoelsmatige kant van het probleem van de patiënt. De kernvraag bij deze schaal is: geeft de arts te kennen dat hij het gevoel dat de patiënt bracht, onderkent? Wat hij met deze kennis doet, wordt niet op de onderkenningsschaal beoordeeld, maar op de schaal: hantering van het contact.

Distantie. Hiervoor wordt geen nadere omschrijving gegeven.

Ongemotiveerde raad. In deze categorie wordt een + gescored, telkens wanneer door de arts een ongemotiveerde raad, geruststelling of medicatie wordt gegeven. Het woord ongemotiveerd wordt hierbij opgevat als: gegeven zonder dat de arts getracht heeft zich de noodzakelijke gegevens over de achtergrond en betekenis van klacht of probleem te verschaffen.

Anonymiteit. Als de arts, kennelijk als enige of belangrijkste antwoord op de klacht of het probleem van de patiënt, deze verwijst naar een specialist voor verder onderzoek, wordt + gescored in deze categorie. Dit gebeurt eveneens als de arts, om zich te verdedigen tegen een emotioneel beroep dat de patiënt op hem doet, zich verschuilt achter onderzoek of uitspraken van een of meer specialisten die bij het geval betrokken zijn geweest.

Verzuimde opmerking. Deze schaal wordt uitsluitend gehanteerd in geval van een, naar de mening van de beoordelaar, duidelijke en belangrijke nalatigheid van de arts.

Apostolische functie. Er wordt + gescored, telkens als er + is gescored op de schalen 'anonymiteit' en/of 'ongemotiveerde raad'. Verder wordt + gescored als de arts een normerende opmerking maakt, die niet dienstig is voor het doel van het gesprek (vaststelling van de oorzaak van de klacht, hulp aan de patiënt, etc.).

8 Het evaluatieve systeem

Relaties tussen de gemiddelde scores per geval van de beide beoordelaars

categorie	geval I n = 9	geval II n = 21	geval III n = 11
Relevantie	.29	.61	.43
Juistheid	.70	.88	.88
Formulering	.37	.65	.24
Tijd	-.02	.18	.55
Respect	.83	.93	.73
Hantering contact	.08	.24	.46
Patient/doctor centered	.42	.69	.48
Dominantie	.55	.14	.34
Onderkenning gevoel	.04	.75	.65
Distantie	.05	.59	.56
Verzuimde opmerking	-.28	.06	.25
Apostolische functie	.72	.16	.65
Totaal oordeel	.13	.34	.24