

lijven archief.

juu

CB
B67

VERSLAG OVER BEELDVORMING BIJ ENKELE GROEPEN ARTSEN

© TNO – All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

1967

I N H O U D

	blz.
1 PROBLEEMSTELLING EN DOEL	3
2 HET INSTRUMENT, ACHTERGROND EN ONTWIKKELING	4
3 RESULTATEN	8
3.1 De patiëntbegrippen	8
3.1.1 De positie van de zenuwartsen	8
3.1.2 Aanvaarding en afwijzing	8
3.1.3 Chirurgen vs. huisartsen	11
3.1.4 Onderlinge overeenstemming	11
3.1.5 Leeftijdsverdeling	12
3.2 De artsbegrippen	13
3.2.1 De huisarts en de psychiater	13
3.2.2 Ik als huisarts	15
4 CONCLUSIES	16
5 SAMENVATTING	17

APPENDICES

- A GEBRUIKTE SCHALEN EN BEGRIPPEN
- B GEMIDDELDEN VAN DE PATIËNTBEGRIPPEN
- C DIFFERENTIATIES VAN DE PATIËNTBEGRIPPEN
- D GEMIDDELDEN VAN DE ARTSBEGRIPPEN
- E DIFFERENTIATIES VAN DE ARTSBEGRIPPEN
- F GEMIDDELDE SPREIDING

1 PROBLEEMSTELLING EN DOEL

Doel van het onderhavige onderzoek was verdere gegevens te verzamelen voor de ontwikkeling van een vragenlijst, die het beeld moet weergeven dat bepaalde groepen artsen hebben van verschillende soorten patiënten. De beeldvorming is van belang voor de instelling van de artsen opzichte van de patiënt en met name voor zijn mening omtrent de aanwezige therapeutische mogelijkheden. Dit laatste geldt in het bijzonder waar het patiënten met psychogene, c.q. psychiatrische ziektebeelden betreft. Oorspronkelijk lag het alleen in ons voornemen een onderzoek te doen naar de beeldvorming bij de Nederlandse huisartsen. Daarbij kon tevens een indruk worden verkregen van het effect van nascholing, gegeven in de zgn. Studiegroepen Medische Psychologie (groepen van huisartsen, meestal met een psychiater als adviseur, die in geregelde bijeenkomsten patiënten met psychogene klachten bespreken). Tijdens het ontwikkelen van de vragenlijst voor dit doel ontstond de gedachte dat het ook belangwekkend zou zijn een indruk te krijgen over de beeldvorming bij beoefenaars van enkele, op het oog contrasterende specialismen. Bovendien zou het dan later mogelijk zijn om de gevonden gegevens van huisartsen met de beeldvorming bij de specialisten te vergelijken.

2 HET INSTRUMENT, ACHTERGROND EN ONTWIKKELING

Op de aard van de gekozen testmethode zal nu wat nader worden ingegaan in verband met verschillende vragen die ons uit Uw kring bereikten. Het gebruikte type vragenlijst staat bekend onder de naam Semantische Differentiaal. Deze onderzoeksmethode gaat ervan uit, dat de betekenis van een bepaald woord niet alleen de voor de hand liggende, feitelijke, zgn. denotatieve betekenis omvat, maar ook een aantal min of meer subjectieve, zgn. connotatieve bijbetekenissen, die voor de persoon a.h.w. opgesloten liggen in het gebruikte woord. Zo is de denotatieve betekenis van "de tropen": het gebied tussen 23° N.B. en 23° Z.B. De connotatieve betekenissen kunnen zijn: zonnige streken, een onbekommerd natuurleven, slangen en tijgers, honger en epidemieën, etc., etc. Het begrip "de lagere school" zal voor de één een bijbetekenis hebben van moeizaam geploeter en geplaagd worden door klasgenoten, voor de ander een van een rustige, tamelijk onbezorgde tijd. De connotatieve betekenissen zijn emotioneel, drukken vaak een waardering of voorkeur uit en verschillen in principe van persoon tot persoon. Om deze connotatieve betekenis enigszins "meetbaar" te maken is door Osgood de hier gebruikte techniek van de Semantische Differentiaal ontwikkeld. De methode van het zetten van kruisjes maakt a.h.w. zichtbaar welke bijbetekenissen het begrip in kwestie voor de invuller heeft en het gebruik van in vakken onderverdeelde lijnen maakt het mogelijk aan te geven hoe sterk een bepaalde bijbetekenis gevoeld wordt. Dit stelt ons weer in staat de gegevens te vergelijken en mathematisch te verwerken.

Een voordeel van deze methode is verder dat men zich, zeker als geheimhouding gewaarborgd is, minder geremd blijkt te voelen door maatschappelijke oordelen en vooroordelen dan wanneer een rechtstreekse vraag wordt gesteld over het betrokken begrip. Iemand die bijv. een neger toch wel een beetje griezelig vindt, kan dit veel makkelijker in een semantische differentiaal tot uiting brengen, dan in antwoord op de vraag: Vertelt U eens, wat vindt U van negers?

Ondanks het feit dat een woord verschillende connotatieve betekenissen heeft voor verschillende individuen, blijken betrekkelijk homogene groepen toch een tamelijk homogeen oordeel te hebben ten aanzien van vertrouwde begrippen.

Bij een onderzoek van Osgood naar de connotaties van de woorden "good" en "nice" bij Amerikaanse studenten bleek "good" een mannelijk aspect te hebben en "nice" een vrouwelijk. Hofstätter liet het woord Einsamkeit beoordelen door Duitse studenten en het woord lonesomeness door Amerikaanse. De Amerikaanse eenzaamheid wordt, in vergelijking met de Duitse, significant meer beoordeeld naar de kant van: zwak - leeg - klein - ziek - vaag - treurig - slecht - lelijk - versleten - laf - oppervlakkig, terwijl de Duitsers de eenzaamheid meer beschouwden als sterk - vol - groot, gezond - duidelijk - moedig - diep, enz.

Dat hier een wezenlijk verschil in instelling was, kon ook langs andere wegen bevestigd worden. Het blijkt dus mogelijk te zijn om met behulp van de Semantische Differentiaal verschillen in beeldvorming tussen groepen aan te tonen. Deze verschillen geven aan een onderscheid, dat tussen de groepen bestaat, voor wat betreft de instelling, de attitude ten opzichte van het begrip in kwestie.

Verschillenden onder U hebben hun twijfel geuit over de betrouwbaarheid van deze methode. Zou ik een week later of vroeger de kruisjes niet heel anders hebben gezet? Een belangrijke vraag: een haemoglobino-meter die bij 2 opeenvolgende metingen van hetzelfde bloedmonster zeer verschillende uitslagen geeft, zal men maar liever niet gebruiken. Daarnaast kan men de vraag naar de validiteit stellen: meet zo'n test nu inderdaad wat hij pretendeert te meten? Het is ingenieus uitgedacht, maar geeft de uitslag inderdaad de attitude van de betrokkene weer ten opzichte van het onderhavige object of begrip? Op beide punten is deze testmethode uitvoerig onderzocht, en met gunstige resultaten. Dit was overigens een der redenen waarom onze keuze op de semantische differentiaal viel. Zonder hier al te ver op in te willen gaan, noemen wij U een van de betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoeken.

In een studie van Osgood werden 3 objecten: de neger, de kerk en de doodstraf beoordeeld op 5 schalen: fair - unfair; waardeloos - waardevol; aangenaam - onaangenaam; schoon - vuil; goed - slecht. Deze beoordeling werd na enige tijd herhaald. De uitkomsten van de eerste en de tweede beoordeling vertoonden een correlatie, die varieerde van 0.83 tot 0.91 (zoals bekend is, kan de correlatie variëren van + 1, volledige overeenstemming, over 0, geen enkele overeenstemming, tot - 1, volledige overeenstemming in omgekeerde richting). Daarnaast werden de gevonden attitudes vergeleken met de uitkomsten van een andere, reeds langer bekende en gebruikte methode, die zijn waarde had bewezen, een zgn. Thurstone-schaal, die ook attitudes onderzoekt. De correlatie tussen de uitkomsten met de 2 methodes varieerde van 0.74 tot 0.82.

Na deze opmerkingen over de gevolgde methode nog iets over de betekenis van het onderzoek waaraan U medewerkte voor de verdere ontwikkeling van de test. Op grond van eerder onderzoek was een aantal schalen (tegenstellingsparen) opgesteld. Bovendien was een lijst van te beoordelen begrippen (patiënten) gevormd. De combinatie van deze twee leidde tot een test van een, voor toepassing op grotere schaal, onaanvaardbare lengte. De vraag was o.a. welke coupures verantwoord zouden zijn. Als bijv. patiëntensoort A bij het merendeel der collegae hetzelfde uitkomstenprofiel oplevert als bij patiëntensoort B, kan B gevoeglijk worden weggelaten. Als tegenstellingspaar 1 steeds dezelfde uitkomsten geeft als tegenstellingspaar 2, kan 2 worden geschrapt. De gegevens voor deze keuze konden wij dankzij Uw medewerking vergaren. Het onderzoek leverde daarnaast winst op door opbouwende kritiek, die bijv. de onduidelijkheid van de instructie aan de kaak stelde. (Wat te doen als men vindt dat de schaal niet van toepassing is op dit begrip? etc.)

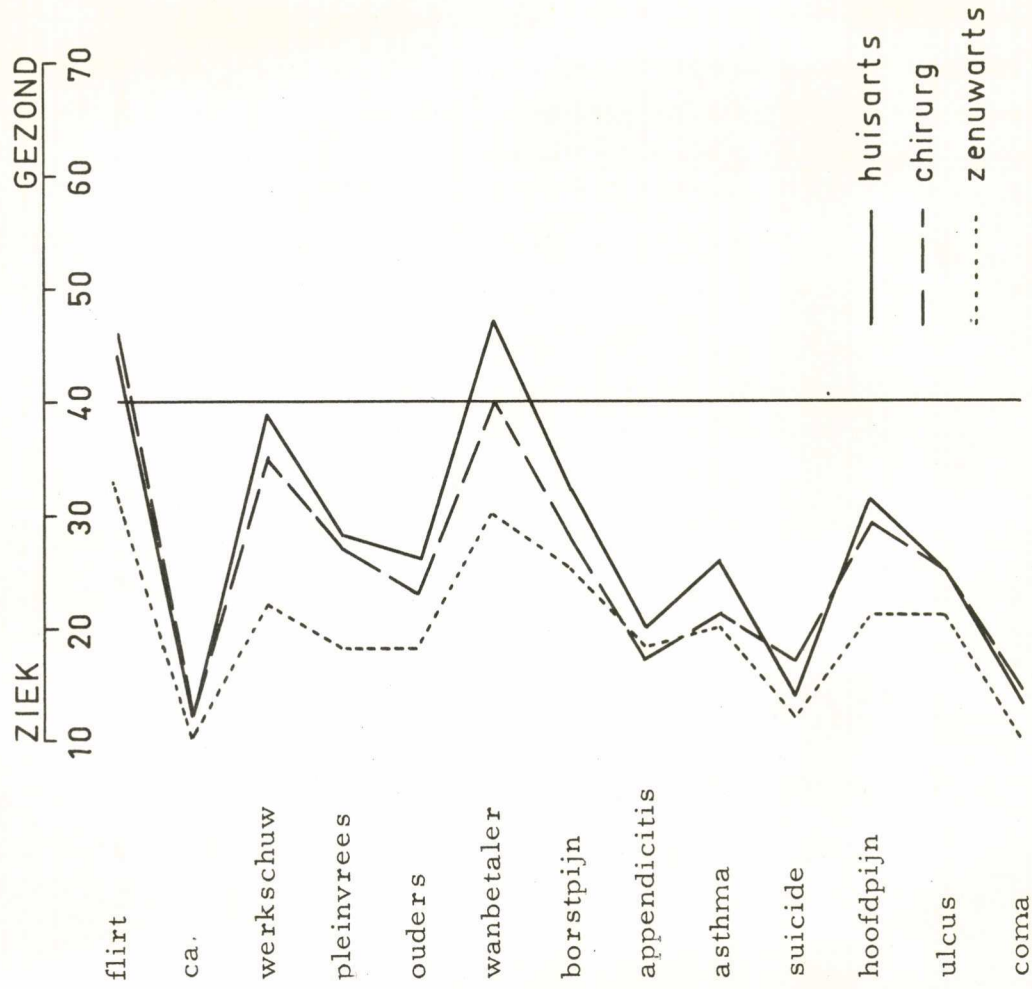
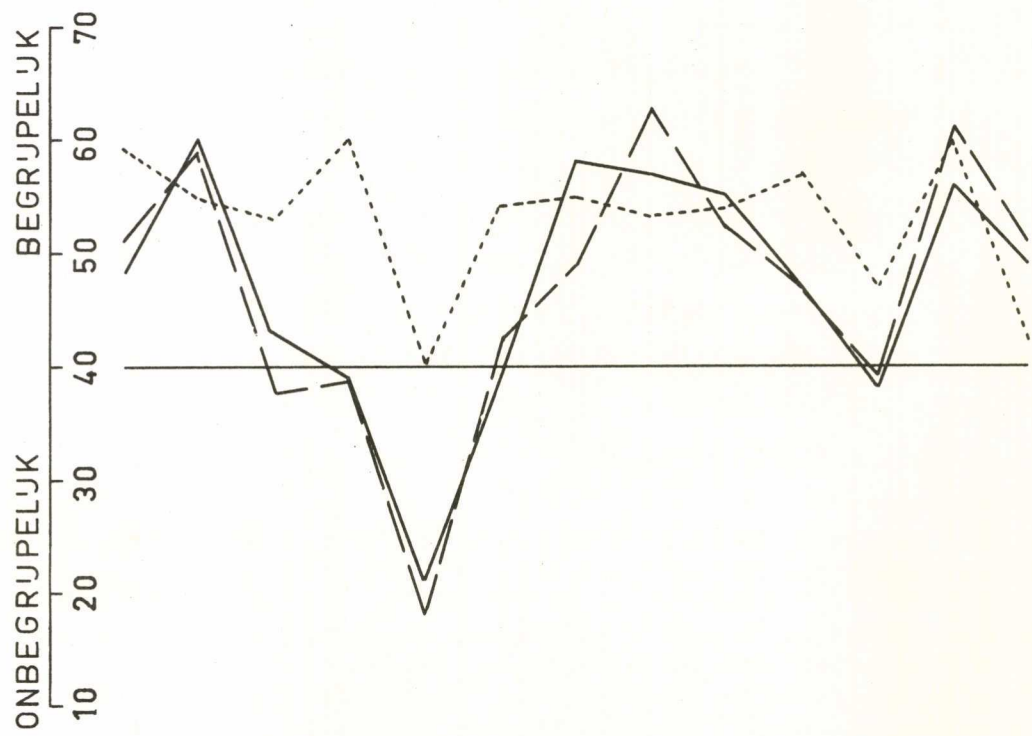
Aansluitend op dit laatste willen wij nog een andere vaak voorkomende opmerking beantwoorden. Deze werd o.m. als volgt geformuleerd: "De vragen zijn voor een groot deel veel te onnauwkeurig, waardoor vele gissingen mogelijk zijn". Hopelijk is duidelijk geworden dat dit logisch voortvloeide uit het doel van de vragenlijst. Het ging niet om de duidelijk omschreven objectieve inhoud van de begrippen: men mag aannemen dat elke collega wel een omschrijving kan geven van het ziektebeeld appendicitis. De vraag was juist welke subjectieve bijbetekenissen voor ieder afzonderlijk aan de begrippen verbonden waren. Dat men daarbij bijv. bepaalde tegenstellingsparen als irrelevant voor het betrokken begrip aanvoelde, kon natuurlijk heel goed voorkomen. Dit temeer omdat wegens technische redenen dezelfde rij tegenstellingsparen voor alle patiënten gebruikt moest worden.

Wat nu de omvang van de enquête aangaat: er werd een beroep gedaan op 32 chirurgen of chirurgische assistenten, op 37 huisartsen, en 30 zenuwartsen, overwegend psychotherapeuten (c.q. psycho-analytici). Het aantal inzendingen was als volgt:

chirurgen 25 huisartsen 21 zenuwartsen 24

Allen kregen 13 patiënten(begrippen) te beoordelen op 21 schalen (zie tabel 1); in verband met het te zijner tijd in te stellen onderzoek bij huisartsen en de vraag naar het effect van de Studiegroepen Medische Psychologie werd bovendien aan de huisartsen gevraagd de begrippen "de huisarts", "ik als huisarts" en "de psychiater" te beoordelen.

De psychiaters werd om dezelfde reden gevraagd naar een oordeel over "de huisarts" en "de psychiater". Tenslotte werd, ook al weer in verband met het komende huisartsenonderzoek, aan de huisartsen een ontwerp voor een vragenlijst betreffende lidmaatschap van artsengroeperingen etc. toegezonden.



3 RESULTATEN

Wij zullen nu de voornaamste conclusies uit het onderzoek weer-
geven *. In de tekst wordt nu en dan een illustratie met behulp van de
verkregen gemiddelde scores gegeven. De schalen worden daarbij aange-
duid met behulp van de pool, die als 7 gewaardeerd wordt. De gemiddel-
den zijn afgerond tot op één decimaal, terwijl bij de weergave de
decimaalpunt is weggelaten. Op de schaal "begrijpelijk" (d.i.
onbegrijpelijk - begrijpelijk) wil 40 dus zeggen: neutraal, niet te
bepalen; 68 betekent "begrijpelijker" dan 36, enz.



3.1 De patiëntbegrippen

3.1.1 De positie van de zenuwartsen

In de eerste plaats valt op (app. C) het grote aantal malen dat
huisartsen en chirurgen tezamen significant van oordeel verschillen
van de zenuwartsen; en met name is dat het geval op de schalen begrij-
pelijk, gezond, verworven en voor de huisarts.

De zenuwartsen vinden vooral de psychiatrische patiënten signifi-
cant meer begrijpelijk dan huisartsen en chirurgen hen vinden (zie
figuur 1). Dit verschil is echter niet meer terug te vinden bij patiën-
ten met psychosomatische klachten, met mogelijk psychogene, mogelijk
somatogene klachten, en met louter somatische klachten.

Het begrip begrijpelijk is waarschijnlijk samengesteld uit
"somatisch doorzichtig" en "psychologisch doorzichtig", en dit laatste
is dan een combinatie van "doorzichtig" en "aanvaardbaar" (de huisart-
sen vinden een suïcidepatiënt begrijpelijker dan een wanbetaler en dan
ouders die hun kind mishandelen).

* Wie onze gedachtengang aan de hand van de basisgegevens wil volgen,
zij verwezen naar de appendices B en C, waarin de volledige uitkomsten
zijn gerangschikt. In app. B is een overzicht gegeven van de gemiddelden
per groep. Daarna is in app. C in diagrammen weergegeven of een bepaalde
schaal differentieert tussen huisartsen, zenuwartsen of chirurgen.
Criterium daarbij was dat het verschil van de gemiddelde beoordeling per
groep van een begrip op die schaal groter of gelijk is aan 1. Dit crite-
rium is een ruwe vuistregel. In de meeste gevallen kan het verschil nl.
nog kleiner zijn, wil het toch nog het 1% significantieniveau bereiken,
zoals berekend met de t-toets. Uit app. C is niet op te maken in welke
richting het verschil ligt. Hiervoor raadplege men weer app. B.

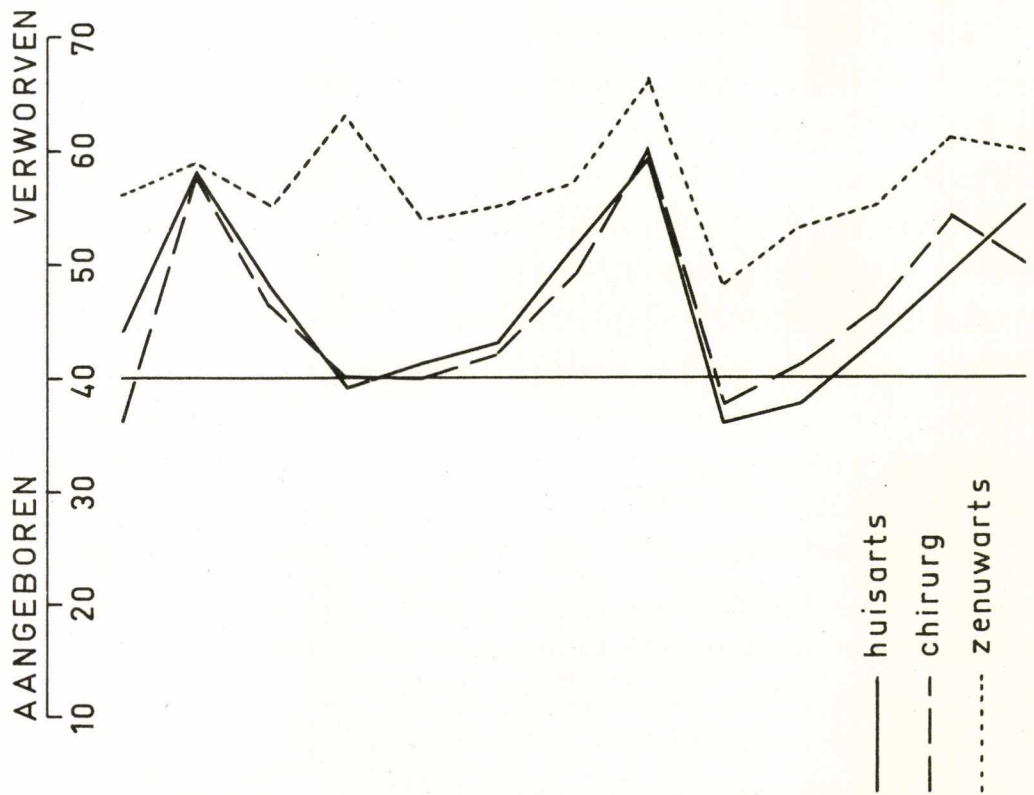


FIG. 3

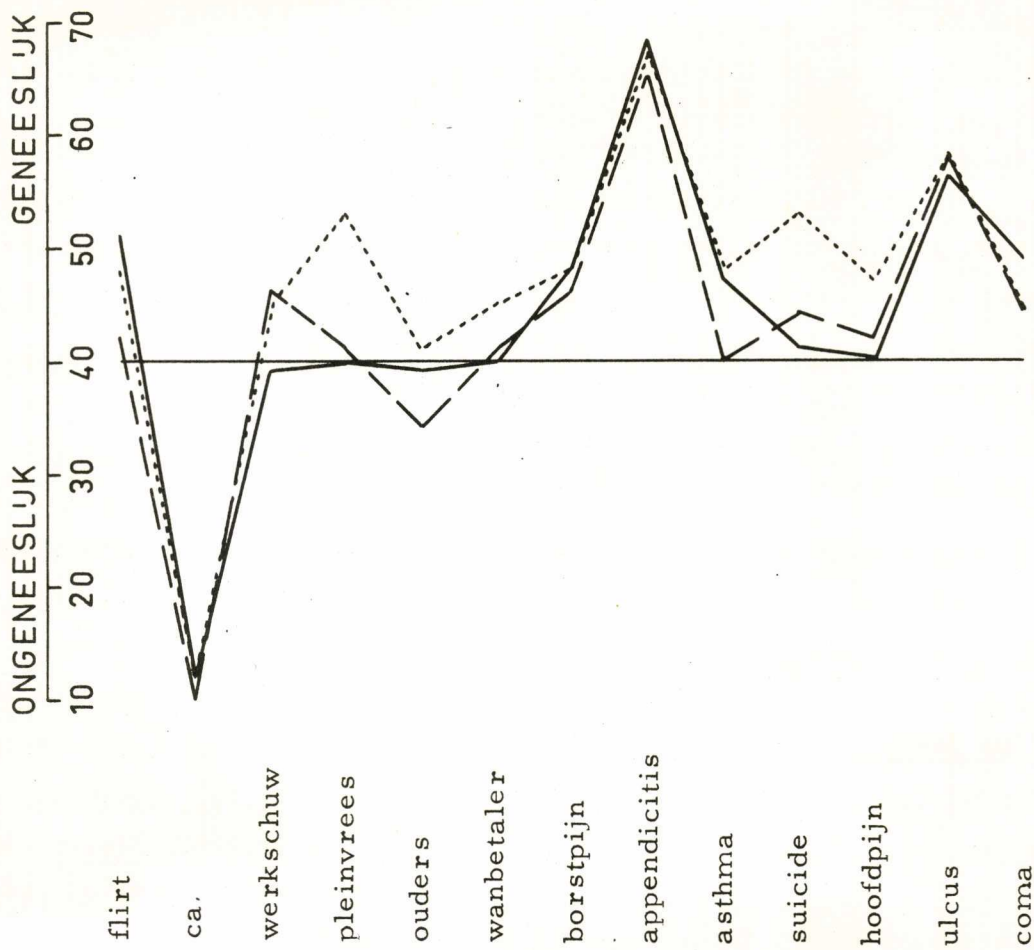


FIG. 4

De zenuwarts vindt alle patiënten ook zieker dan zijn collega's hen beoordelen (zie figuur 2), met uitzondering van de appendicitis-patiënt (maar de verschillen zijn hier uiterst gering). De huisarts beoordeelt de verschillende toestanden hier het mildst op 3 uitzonderingen na waar de chirurg niet zoveel gevaar ziet: de flirtende patiënte, de suïcidepatient en, meer begrijpelijk, de comateuze patiënt. De verschillen zijn echter opnieuw zeer gering en verdienen nauwelijks genoemd te worden.

Ook op de schaal verworven neemt de zenuwarts een aparte positie in (zie figuur 3). Hij tendeert bij alle ziekten meer naar de beoordeling "verworven". Chirurgen en huisartsen volgen daarentegen ongeveer hetzelfde patroon in hun beoordelingen, al moet er op gewezen worden dat de 4 ziektebeelden, die betrekking hebben op gedragsafwijkingen (flirt, werkschuw, ouders, wanbetaler), door de chirurg alle 4 meer als aangeboren beoordeeld worden dan door de huisartsen, terwijl de huisartsen de suïcideneigingen, de hoofdpijn en de maag-
ulcus meer als aangeboren beschouwen.

De zenuwarts vindt de patiënten dus zieker en oordeelt de ziekten meer verworven: op grond van het laatste zou hij dan ook wellicht optimistischer gestemd moeten zijn wat betreft de genezingskansen van de patiënten. Dit wordt in grote lijnen door de resultaten bevestigd (figuur 4) en het is "begrijpelijk" dat vooral de voor hem begrijpelijke ziektebeelden bestreden kunnen worden. Zijn beoordelingen van de patiënten op de schalen begrijpelijk en geneeslijk lopen voor een groot gedeelte parallel; er zijn twee uitzonderingen: appendicitis is voor hem minder begrijpelijk, maar te genezen; en carcinoom is, vanzelfsprekend wanneer er van metastase sprake is, ongeneeslijk. Samenvattend kunnen we zeggen dat van de drie artsen de zenuwarts in de meest geïsoleerde positie verkeert. De beoordelingen van chirurg en huisarts blijken bij veel patiënten overeen te stemmen, of, zoals we zagen, elkaar te benaderen.

3.1.2 Aanvaarding en afwijzing

Uit de veelheid van gegevens willen wij nog een interessant aspect belichten dat naar voren komt uit de beschouwing van twee op het oog zeer verwante schalen, nl. op de man af - ontwijkend; en oprecht - onoprecht (figuur 5 en 6). Opvallend is dat de profielen van de huisartsen op deze twee schalen een grote overeenstemming vertonen, terwijl dit niet gezegd kan worden van de specialisten.

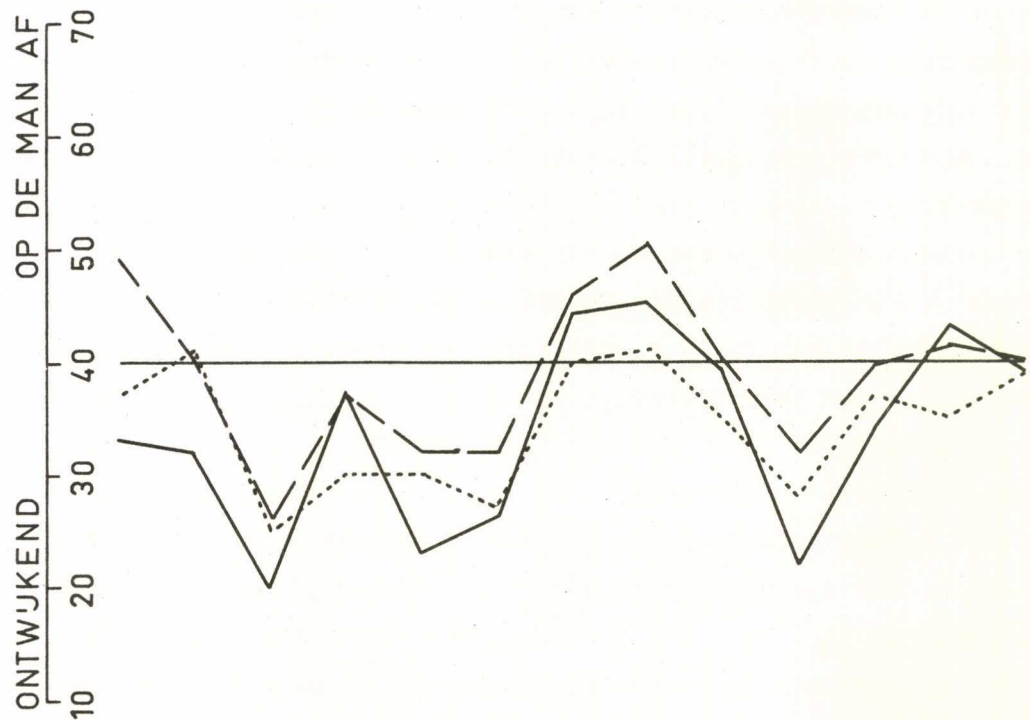


FIG. 5

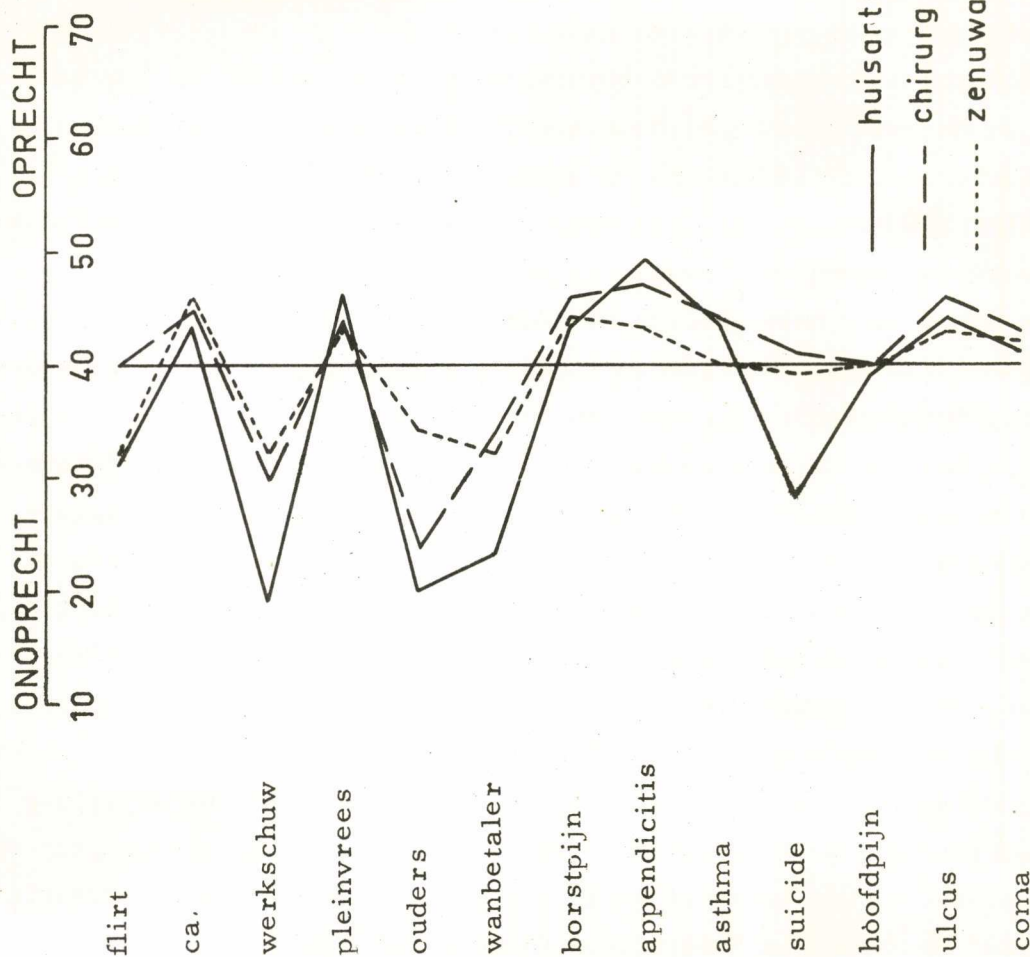


FIG. 6

Verder zijn de scores van de psychiaters op de schaal "op de man af" doorgaans aanzienlijk lager dan op de schaal "oprecht". De patiënt met pleinvrees krijgt een hogere score op het criterium "oprecht" dan op de schaal "op de man af". Deze en andere verschijnselen duiden er op, dat de twee schalen een wezenlijk verschillende betekenis hebben.

De scores op de schaal "op de man af - ontwijkend" geven waarschijnlijk in feite aan in hoeverre de arts het gevoel heeft "greep" te hebben op het geval, d.w.z. in hoeverre stelt een dergelijke patiënt hem een (medische) taak, die hij meent te kunnen volbrengen. De praktijksituatie, die de specialist in bepaalde gevallen afschermt van de 24 uur per dag durende zorg voor patiënten die de huisarts heeft, kan daarbij verklaren dat bijv. de carcinoompatiënt, de ouders die hun kind mishandelen, en de suïcidale patiënt bij de huisarts a.h.w. zwaarder liggen dan bij de chirurg en de psychiater, terwijl bijv. de psychotherapeutische behandeling van de ulcus- en asthmapatiënt door de psychiater als een grotere opgave wordt gevoeld dan de meer somatisch georiënteerde behandeling van deze beide patiënten door huisarts en chirurg.

Daarentegen - en hier zijn de pleinvrees- en suïcidale patiënt duidelijke wegwijzers - is de schaal oprecht - onoprecht veel meer een schaal geweest waarop een ethisch oordeel werd uitgesproken. De patiënten met gedragsafwijkingen: de werkschuwe patiënt, de wanbetaler en de ouders die hun kind mishandelen blijven naar ieders oordeel onder de maat. Dat de suïcide patiënt door de huisarts slecht beoordeeld wordt, wijst erop dat de zware belasting die deze patiënt voor de huisarts vormt, begrijpelijkerwijs tot een stuk irritatie aanleiding geeft.

In aansluiting hieraan is het goed de schalen goed - slecht en moedig - laf nader te bezien (figuren 7 en 8). In feite lijken deze schalen evenals de oprecht - onoprecht schaal een normatief oordeel over de patiënt te geven. Het minst verhuld uiteraard bij de schaal goed - slecht, waarvan de uitkomsten dan ook vaak het neutraalste zijn, het meest verhuld bij de schaal oprecht - onoprecht. Opvallend is dat de afwijzing van de werkschuwe patiënt en de ouders die hun kind mishandelen bij de zenuwartsen minder sterk is dan bij huisartsen en chirurgen.

Zenuwartsen oordelen deze patiënten als zieker dan de anderen doen en hoewel de ziekten in hun ogen ook meer verworven zijn, maken ze er toch minder een schuldvraag van.

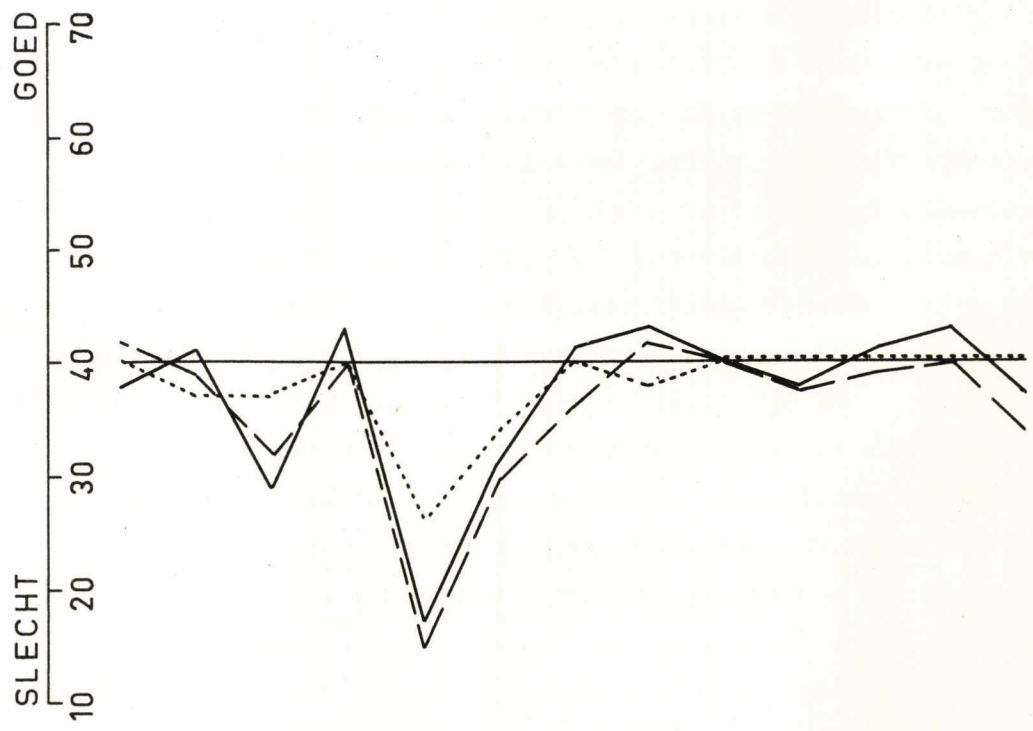


FIG. 7

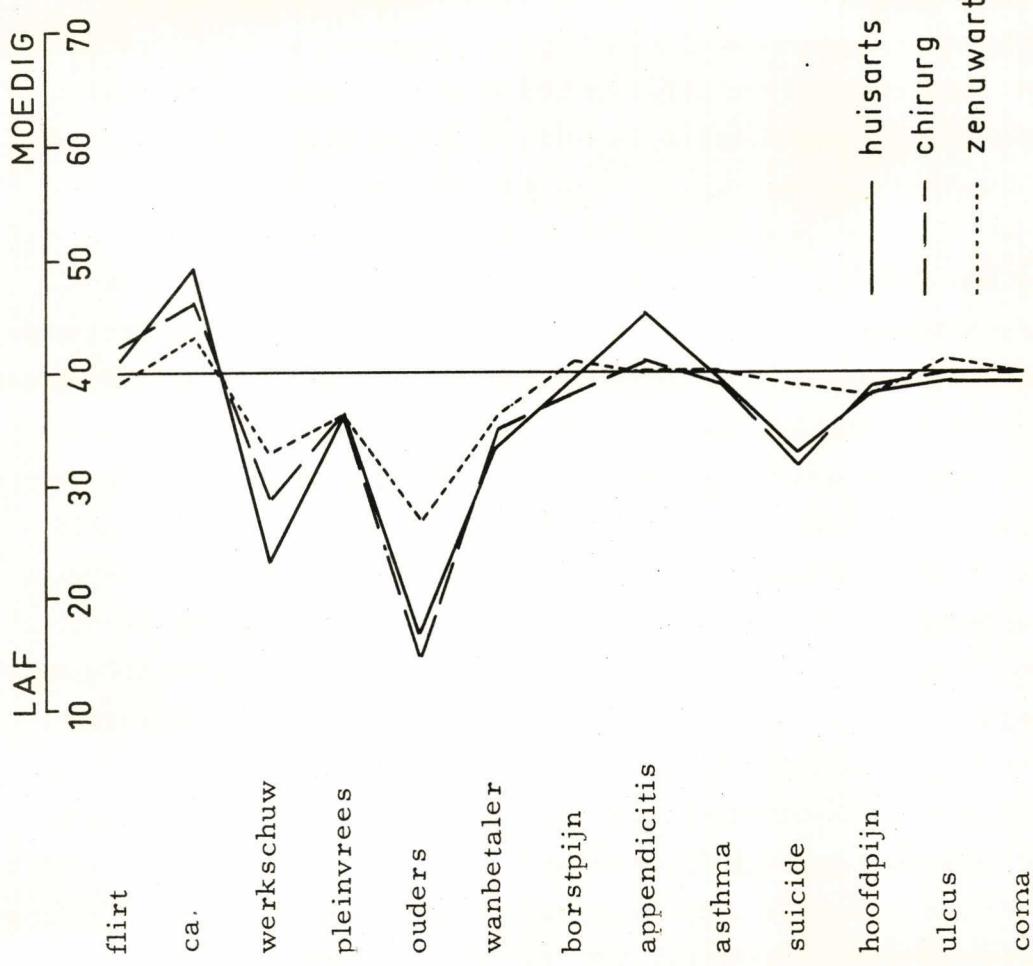


FIG. 8

Met betrekking tot de wanbetaler (een derde patiënt waar morele normen een rol kunnen spelen) zijn de verschillen in beoordeling tussen de 3 artsen nagenoeg verdwenen. (Tussen haakjes kan opgemerkt worden dat de huisarts van deze patiënt blijkbaar het meeste last heeft: hij beoordeelt de wanbetaler het onoprechtst, en tevens het gezondst en het minst beklemmend.)

3.1.3 Chirurgen vs. huisartsen

Significante verschillen tussen huisartsen en chirurgen zijn praktisch alleen te vinden bij het tegenstellingspaar oprecht - onoprecht met betrekking tot de werkschuwe patiënt, de wanbetaler en de patiënt met zelfmoordneigingen; bij het tegenstellingspaar gemakkelijk - moeilijk met betrekking tot de patiënt met pijn in de borst; en bij het tegenstellingspaar beklemmend - niet beklemmend met betrekking tot de patiënt met zelfmoordneigingen en met hoofdpijn. Samenvattend zijn er waarschijnlijk twee verschillen tussen huisartsen en chirurgen:

- 1) met betrekking tot de eerlijkheid van de patiënt is de chirurg optimistischer;
- 2) met betrekking tot de (medische) bedreiging die van de patiënt uitgaat, staat de chirurg vrijer.

We veronderstellen opnieuw dat de praktijksituatie en de ervaring van de artsen een rol speelt bij deze verschillen.

3.1.4 Onderlinge overeenstemming

De artsen verschillen niet alleen van elkaar wat het gemiddelde profiel betreft, maar ook wat de onderlinge overeenstemming onder de artsen aangaat. Wanneer de groep huisartsen bijv. de patiënt met appendicitis beoordeelt op de schaal slecht - goed, dan is het resultaat weer te geven met het gemiddelde, i.c. 4.29. Dit gemiddelde levert ons echter niet alle informatie. Een klein voorbeeld maakt ons dat duidelijk: 4 is het gemiddelde van 2 en 6, maar ook van 3 en 5, en van 4 en 4. Naast het gemiddelde moet er ook een getal zijn dat de mate van spreiding van de oordelen der verschillende artsen op een bepaalde schaal weergeeft. Is deze spreiding groot, dan is de eenstemmigheid onder de artsen gering, en omgekeerd. De drie groepen artsen hebben dus voor iedere patiënt op iedere schaal een gemiddelde en een spreiding.

Nu is het zo dat een patiënt op 21 schalen beoordeeld wordt. We kunnen de gemiddelde spreiding uitrekenen van een groep artsen bij de

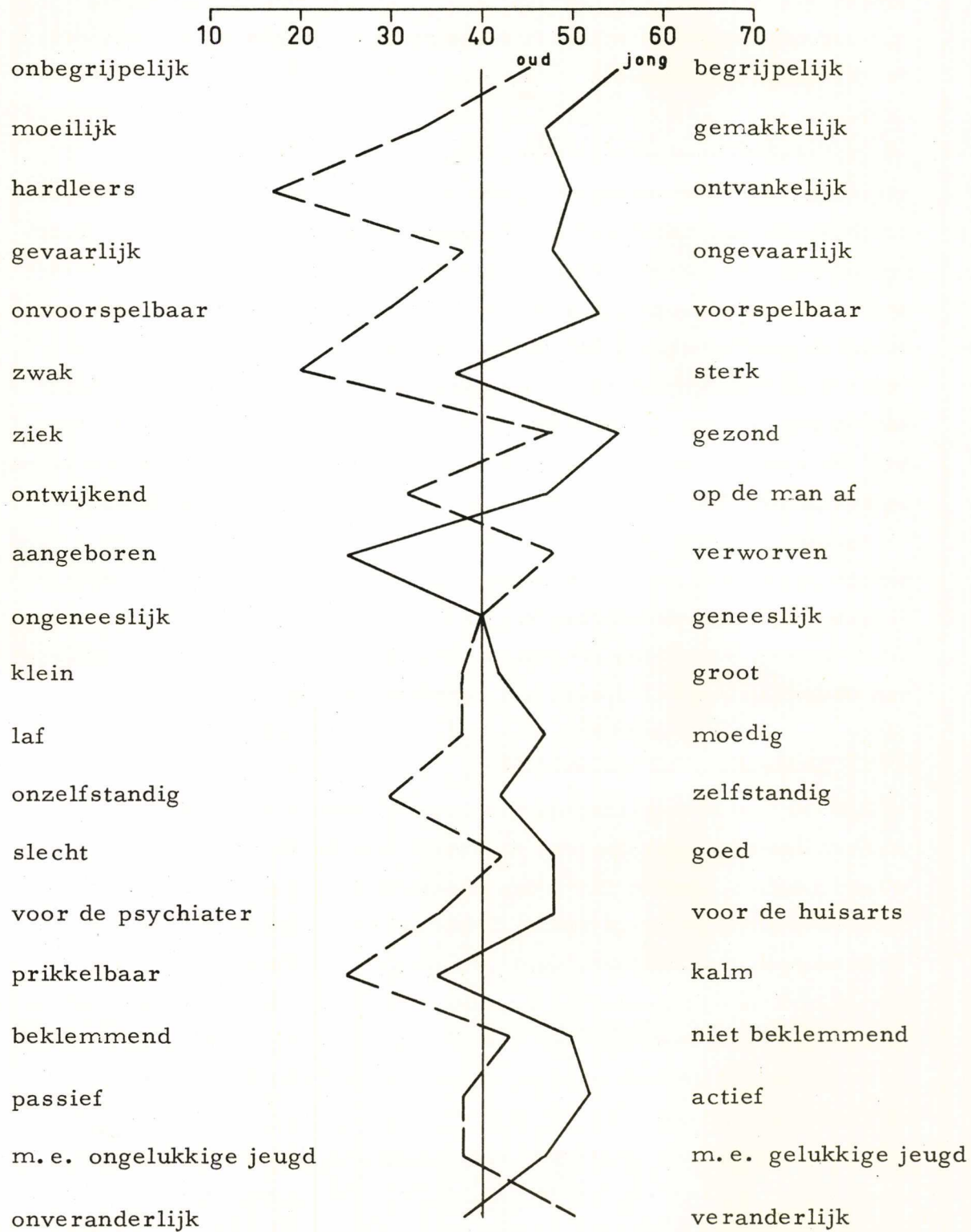


FIG.9
Beoordeling van de 'flirtende patiente' door
2 groepen chirurgen

beoordeling van een patiënt door de spreidingen op de 21 schalen op te tellen en door 21 te delen. Het resultaat geeft dan enigszins de mate weer, waarin die groep artsen de patiënt als een bepaald vast omlijnd type beschouwt. In app. F geven we deze resultaten.

De zenuwartsen blijken een eenstemmiger oordeel te hebben over de flirtende patiënte, de werkschuwe patiënt, de pleinvrees patiënt, de wanbetaler en de zelfmoord patiënt. Dit zijn juist de patiënten met een uitgesproken psychische component en als zodanig zullen deze bevindingen ons niet verrassen. Temeer niet wanneer we bedenken dat de psychiaters voor het merendeel in psycho-analyse waren geweest en een psychotherapeutische of psycho-analytische praktijk uitoefenden. De spreiding in oordeel over de ouders die hun kind mishandelen is verrassender, want hier is weinig verschil tussen de drie groepen artsen, terwijl we toch ook hier bij de psychiaters een grotere eenstemmigheid van oordeel zouden verwachten.

Verdere verschillen waar we de aandacht op willen vestigen, zien we bij de patiënt met pijn in de borst, waar de chirurgen onderling het meest van oordeel verschillen, en bij de appendicitis en de asthma patiënt waar de huisartsen het onderling meer oneens zijn. Er zijn nog meer verschillen te constateren, maar deze zijn nergens zo groot dat we er apart de aandacht op moeten vestigen.

We willen tot slot nog twee opmerkingen maken:

- 1) over het geheel genomen valt er bij de psychiaters een grotere eenstemmigheid te constateren dan bij de andere artsen;
- 2) deze grotere eenstemmigheid is waarschijnlijk te danken, zoals reeds gezegd, aan hun opleiding en de aard van hun praktijk, en niet zozeer aan het feit dat de beoordelaars specialisten zijn. In dat geval konden we immers ook bij de chirurgen een grotere eenstemmigheid verwachten.

3.1.5 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling over de verschillende groepen is als volgt:

leeftijd	aantal psychiaters	aantal chirurgen	aantal huisartsen
20 - 35 jr.	1	13	1
35 - 45 jr.	12	9	10
45 - 55 jr	9	3	5
55 - 65 jr	2		4

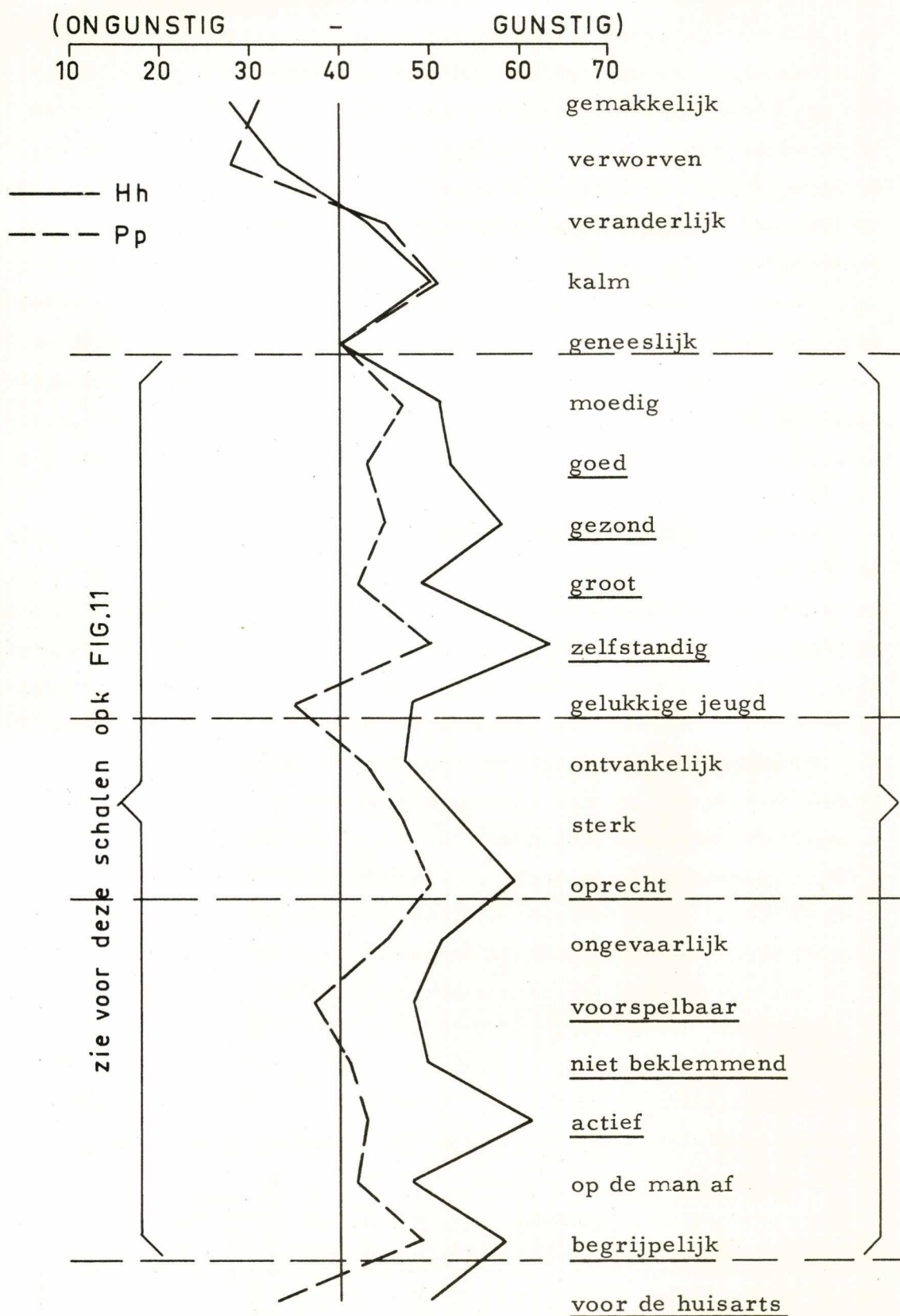


FIG. 10
Bij de onderstreepte schalen is het verschil
tussen Pp en Hh significant op 1% niveau

Het gemiddelde ligt dus lager bij de chirurgen, de variantie binnen groepen verschilt niet significant van groep tot groep.

Men kan zich afvragen of de artsen met het toenemen van de leeftijd, en of de ervaring, een andere attitude krijgen ten opzichte van hun patiënten. De groepen die aan dit onderzoek deelnamen, waren te klein om andere dan zeer duidelijke verschillen aan het licht te brengen. Met dit (belangrijke) voorbehoud kan men zeggen dat van een systematische beïnvloeding der uitkomsten door de leeftijd weinig is gebleken. Eén uitzondering verdient gesignaleerd te worden: Uitsluitend binnen de groep der chirurgen hebben de jongeren over het algemeen een duidelijke waardering voor de patiënte die flirt met de arts. De ervaring schijnt op dit beeld forse correcties aan te brengen, getuige het profiel dat hun oudere collegae ontwerpen (figuur 9).

3.2 De artsbegrippen

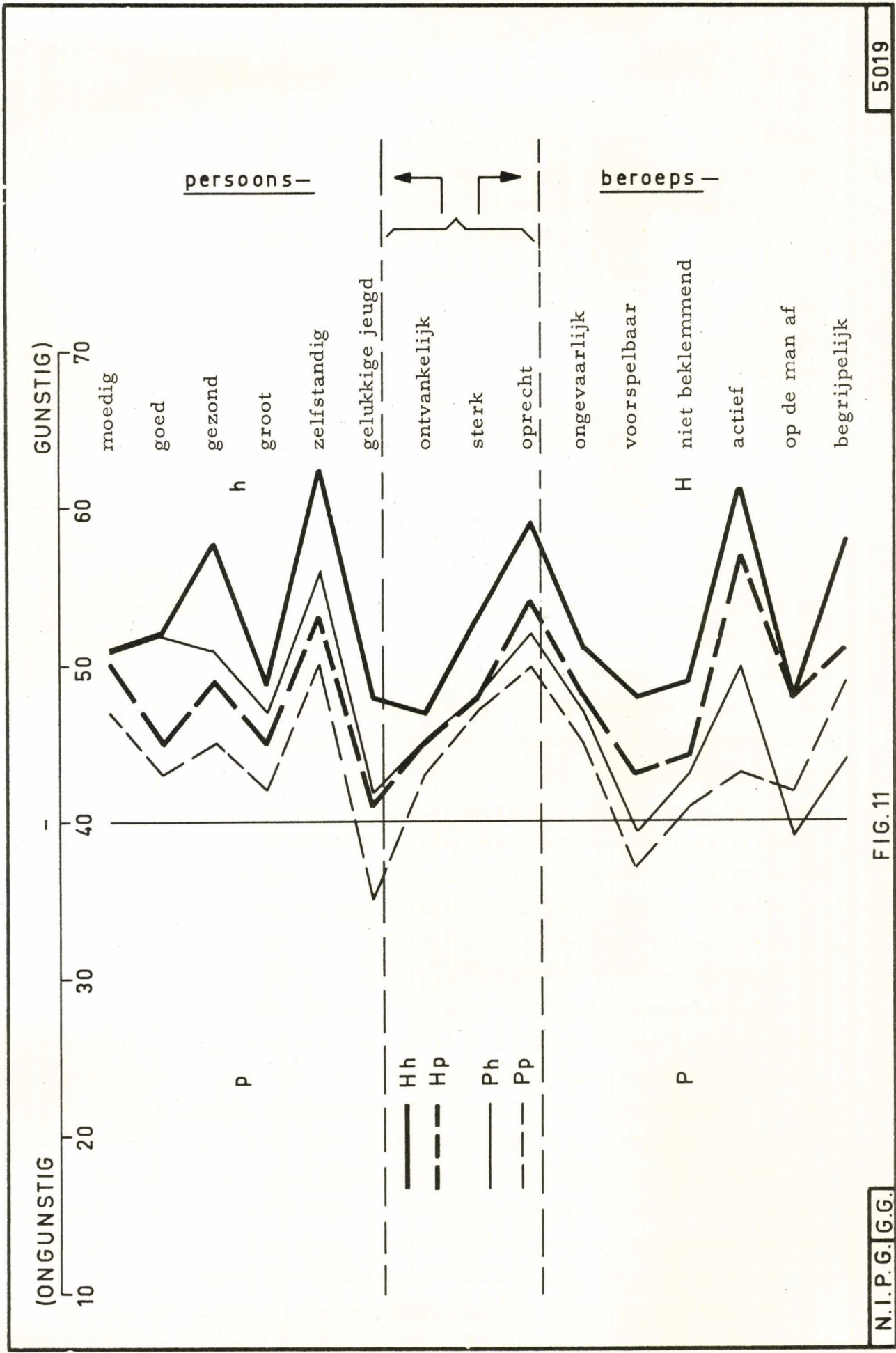
Een tweede deel van het vooronderzoek betrof de beoordeling van de begrippen "de huisarts", "de psychiater", en "ik als huisarts". De chirurgen beoordeelden geen van deze begrippen; de zenuwartsen beoordeelden alleen de eerste twee en de huisartsen beoordeelden ze alle. In app. D is een overzicht gegeven van de verkregen gemiddelden.

Wanneer we voorlopig de beoordeling van "ik als huisarts" buiten beschouwing laten, dan kunnen we vier verschillende beoordelingen onderscheiden:

- van de huisarts, door de huisarts (aan te geven met Hh)
- van de huisarts, door de psychiater (aan te geven met Hp)
- van de psychiater, door de huisarts (aan te geven met Ph)
- van de psychiater, door de psychiater (aan te geven met Pp)

3.2.1 De huisarts en de psychiater

Een tekening van de profielen Hh en Pp (figuur 10) geeft ons een eerste aanwijzing wat betreft de ordening van deze gegevens. Hier hebben dus de huisarts en de psychiater een oordeel gegeven over zichzelf c.q. hun eigen groep. Direct opvallend is dat de psychiaters zichzelf -of hun eigen beroep- veel ongunstiger beoordelen dan dit bij de huisartsen het geval is. De schalen zijn nl. zo gerangschikt dat de op het oog gunstige pool (moedig - goed - gezond) aan de rechterkant staat, en het psychiatersprofiel ligt over het geheel genomen duidelijk meer naar links dan het huisartsenprofiel. Waar dit niet het geval is (5 van de 21 schalen) zijn de verschillen zo miniem, dat



hieraan geen betekenis kan worden toegekend. Wij zullen in de nu volgende analyse deze 5 weinig differentiërende schalen en de schaal "voor de huisarts" weglaten; enkele van deze schalen waren trouwens ook duidelijk irrelevant voor de concepten (bijv. de schalen "geneeslijk" en "voor de huisarts").

Uiteraard roept figuur 10 direct 2 vragen op. Wat is de oorzaak van dit verschil in oordeel over zichzelf of eigen groep? En verder: wat werd eigenlijk beoordeeld, de huisarts c.q. psychiater als persoon of als beroepsbeoefenaar? Om verdere aanwijzingen te krijgen, moeten wij de grafiek compliceren door er ook de beoordeling van de huisarts door de psychiater, Hp, en van de psychiater door de huisarts, Ph, in te tekenen (figuur 11). Dit brengt ons tot de conclusies dat:

- a) de psychiater de huisarts gunstiger beoordeelt dan zichzelf (het Hp-profiel ligt rechts van het Pp-profiel);
- b) de huisarts de psychiater minder gunstig beoordeelt dan zichzelf (het Ph-profiel ligt links van het Hh-profiel).

We kunnen nu ook nog de 4 profielen in hun onderlinge ligging bezien. Daarbij blijkt voor de schalen moedig - goed - gezond - groot - zelfstandig - gelukkige jeugd, dat de curves Pp en Hp links van de curves Ph en Hh liggen. Dit betekent dat, waar de psychiater als beoordelaar aan het woord is geweest, het oordeel (over zichzelf en over de huisarts) gereserveerder was dan de uitspraken van de huisarts. Wij nemen aan dat deze groep schalen zowel door huisarts als psychiater wordt gevoeld als betrekking hebbende op persoonlijke kwaliteiten van de twee soorten artsen die zij moesten beoordelen.

Daarentegen blijkt bij de schalen ongevaarlijk - voorspelbaar - niet beklemmend - actief - op de man af - begrijpelijk, dat de profielen Pp en Ph links van de profielen Hp en Hh liggen. Met andere woorden: het oordeel dat uitgebracht wordt over de psychiater (door hemzelf en door de huisarts) is minder gunstig dan het oordeel, uitgebracht over de huisarts. Wij nemen aan dat deze tweede groep schalen door de beoordelaars is gevoeld als betrekking hebbend op de beroepskwaliteiten van de huisarts, resp. de psychiater.

Van de schalen ontvankelijk - sterk - oprecht is op grond van onze gegevens niet te zeggen of zij horen bij de persoonlijke, dan wel de beroepskwaliteiten.

Dat de psychiaters de persoonskwaliteiten van de artsen minder gunstig waarderen, is wellicht te verklaren uit hun door opleiding en

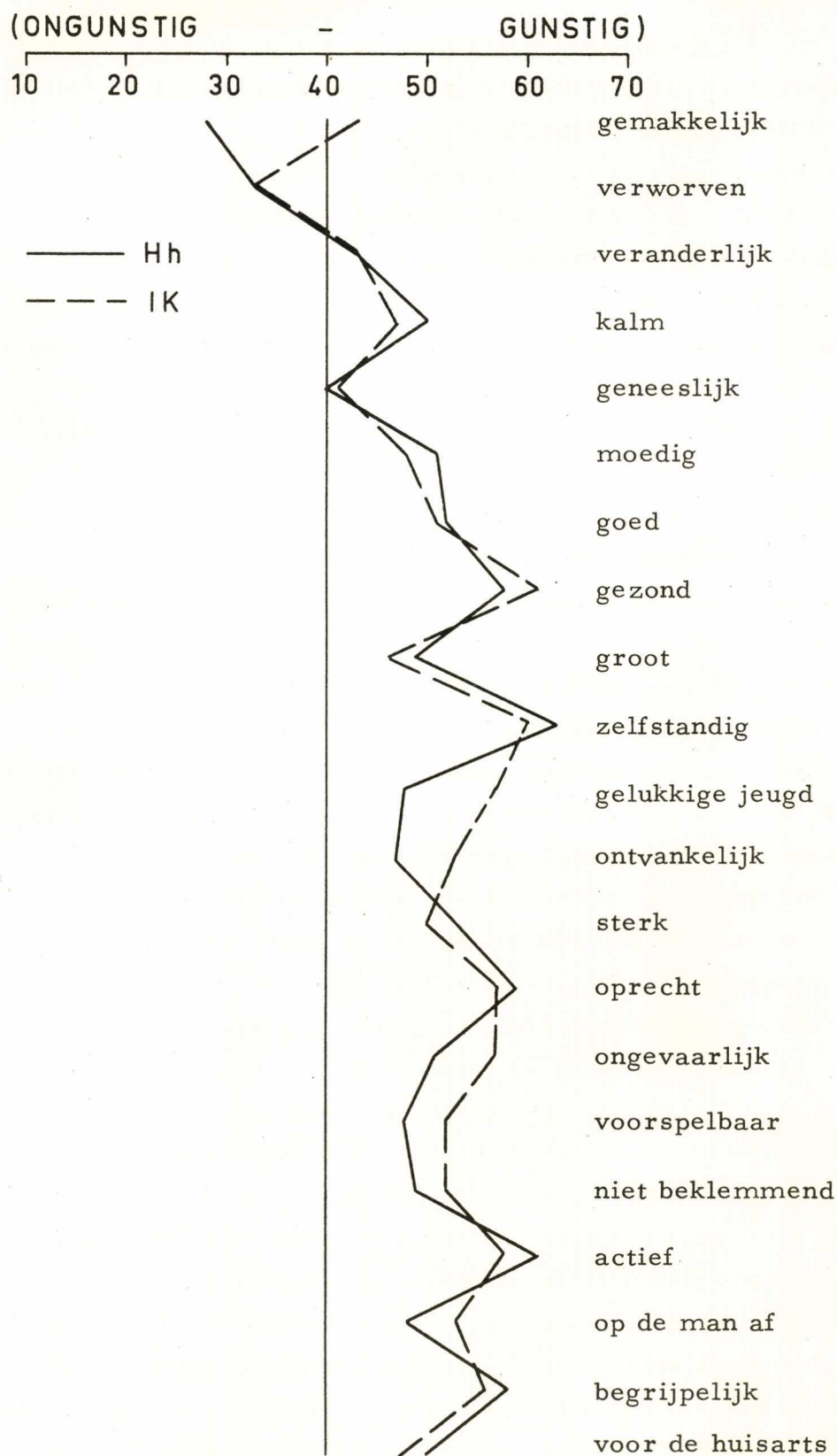


FIG.12

praktijkervaring verworven denkwijze, die een relativering van kwalificaties als moedig - groot - zelfstandig e.d. in de hand werkt. Over het minder waarderen van de beroepskwaliteiten van de psychiater kan men verschillende veronderstellingen te berde brengen; wij willen op deze vraag het antwoord schuldig blijven. Wel moet worden opgemerkt dat men kan betwijfelen of de door ons als "gunstig" aangegeven kwalificaties dit voor de beroepskwaliteiten van de psychiater ook werkelijk zijn; men kan er bijv. over twisten of de psychiater actief, dan wel passief zou moeten wezen. In elk geval is er kennelijk ruimte voor verder onderzoek naar de beeldvorming met betrekking tot de huisarts en de psychiater in hun beroepskwaliteiten.

3.2.2 Ik als huisarts

Tot slot willen wij nog de aandacht vestigen op het beoordelingsprofiel van het begrip "ik als huisarts" (figuur 12). Logisch komt dit het meest overeen met Hh, de beoordeling van de huisarts door de huisarts; en dit blijkt in de praktijk ook zo te zijn, al zijn er enige duidelijke verschillen: zo vindt iedere huisarts zijn werk veel gemakkelijker dan het werk van "de (gemiddelde) huisarts". Ieder heeft bovendien een gelukkiger jeugd gehad dan de anderen. Deze verschillen mogen ons niet verrassen, aangezien het psychologisch algemeen bekend is dat ieder van zichzelf denkt op een aantal punten beter te zijn dan de gemiddelde ander. Het geringe aantal verschillen tussen de 2 profielen wijst erop dat de huisartsen zich zeer verwant voelen aan hun groep van collegae.

4 CONCLUSIES

Op grond van de gegevens, welke in dit onderzoek werden verkregen, kwamen wij tot tweeërlei soort conclusies. De eerste soort betrof de beeldvorming omtrent patiënten en artsen bij beoefenaars van enkele, op het oog contrasterende, specialismen. Deze conclusies zijn in het voorgaande beschreven.

De tweede soort conclusies betrof het nut van dit onderzoek voor de ontwikkeling van een vragenlijst, die de beeldvorming nagaat bij de Nederlandse huisartsen, en voorts het effect daarop van nascholing door middel van Studiegroepen Medische Psychologie. Op grond van de thans verkregen gegevens was het mogelijk de vragenlijst aanzienlijk te bekorten om zodoende de later te benaderen artsen minder te belasten (zie pagina 6). Het aantal patiëntbegrippen werd van 13 teruggebracht tot 8. In de nieuwe versie van de vragenlijst vervielen de begrippen werkschuwe patiënt, wanbetalende patiënt, patiënt met asthma, patiënt met carcinoom en comateuze patiënt. Voor de patiëntbegrippen werd het aantal schalen van 21 teruggebracht tot 12. Er vervielen dus 9 schalen, nl.: ontvankelijk - ongevaarlijk - sterk - verworven - groot - goed - kalm - niet beklemmend - met een gelukkige jeugd. Voor de artsbegrippen vervielen er 10 schalen, zodat er 11 overbleven. De schalen die vervielen waren: sterk - verworven - geneeslijk - groot - moedig - zelfstandig - voor de huisarts - kalm - veranderlijk - oprecht. Bovendien werd de instructie aangepast en werd nadrukkelijk gewezen op het feit dat de middenpositie op de schaal ook aangekruist moet worden als de schaal "niet van toepassing" is.

De vragen die de huisartsen bij dit onderzoek te beantwoorden kregen met betrekking tot enige activiteiten in groepsverband, zoals Studiegroepen Medische Psychologie, somatische studiegroepen etc. werden op enige kleine wijzigingen na in dezelfde versie gehandhaafd.

5 SAMENVATTING

- 1) Het onderzoek waarover dit verslag handelt, is een bepaalde fase in de ontwikkeling van een vragenlijst die de onderzoekers willen gebruiken om het beeld na te gaan, dat bepaalde groepen artsen hebben van verschillende soorten patiënten. Tevens is dit onderzoek bedoeld om de beeldvorming na te gaan bij beoefenaars van enkele, op het oog contrasterende, specialismen om deze later met de gegevens van huisartsen te kunnen vergelijken.

De onderzoekers maken hierbij gebruik van de techniek van de Semantische Differentiaal, omdat deze behalve het feit dat ze betrouwbaar en valide is, ook economische en praktische voordelen biedt. Het onderzoek werd verricht bij een groep huisartsen (21), een groep zenuwartsen (24) en een groep chirurgen (25). De begrippen die aan hen ter beoordeling werden voorgelegd vielen in twee groepen uiteen: de eerste groep bestond uit 13 begrippen, verwijzend naar patiënten met verschillende ziekten; de tweede groep bestond uit de begrippen "de huisarts", "de psychiater" en "ik als huisarts".

Ieder begrip moest op 21 zeven-puntsschalen worden beoordeeld.

- 2) De patiëntbegrippen werden aan alle artsen voorgelegd. Chirurgen en huisartsen blijken bij veel patiënten in hun oordeel overeen te stemmen of elkaar te benaderen. De zenuwartsen staan in hun opvattingen vaak alleen. Met name is dat het geval wanneer de patiënten beoordeeld worden met betrekking tot de begrijpelijkheid, hun ziek-zijn en het verworven of aangeboren zijn van de ziekte. De zenuwartsen zijn bovendien veel eenstemmiger in hun oordeel dan hun beide groepen collega's. Aparte aandacht wordt besteed aan de mate van aanvaarding of afwijzing die meesprekt in de beoordelingen; verondersteld wordt dat ervaring en concrete praktijksituatie hier een rol spelen.
- 3) De artsbegrippen werden alleen aan de huisartsen en de zenuwartsen voorgelegd. Het begrip "ik als huisarts" alleen aan de huisartsen. Zenuwartsen bleken in de beoordeling op schalen die persoonskwaliteiten betroffen gereserveerder dan huisartsen. Misschien dat dit door hun vorming en praktijkervaring kan worden verklaard. In zijn beroepskwaliteiten werd de psychiater minder gunstig gewaardeerd dan de huisarts.

Het gemiddelde beoordelingsprofiel van "ik als huisarts" bleek goed overeen te komen met het beoordelingsprofiel van "de (gemiddelde) huisarts.

- 4) Aan het eind van het verslag worden de gevolgen van dit onderzoek voor een verder gebruik aan de vragenlijst aangegeven.

R.A. de Boer

F. van der Meer

C.Th. van Schaik *

* Wij zeggen hierbij gaarne dank aan Dr. J.M.F. Jaspars van het Psychologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Leiden en de heer P. van Leeuwen van de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO voor hun methodologische adviezen en hulp bij de statistische bewerking.

GEBRUIKTE SCHALEN EN BEGRIPPEN

Begrippen bij het 2e vooronderzoek

1. een patiënte die flirt met de arts
2. een patiënt met gemetastaseerd carcinoom
3. een werkschuwe patiënt
4. een patiënt met pleinvrees
5. ouders die hun kind mishandelen
6. een wanbetalende patiënt
7. een patiënt met pijn links in de borst
8. een patiënt met appendicitis
9. een patiënt met asthma bronchiale
10. een depressieve patiënt bij wie men zelfmoordneigingen vermoedt
11. een patiënt met hardnekkige atypische hoofdpijn
12. een patiënt met een maagulcus
13. een comateuze patiënt
- (14. de huisarts)
- (15. de psychiater)
- (16. ik als huisarts)

Gebruikte schalen

onbegrijpelijk - begrijpelijk
moeilijk - gemakkelijk
hardleers - ontvankelijk
gevaarlijk - ongevaarlijk
onberekenbaar - voorspelbaar
zwak - sterk
ziek - gezond
ontwijkend - op de man af
aangeboren - verworven
ongeneeslijk - geneeslijk
klein - groot
laf - moedig
onzelfstandig - zelfstandig
slecht - goed
voor de psychiater - voor de huisarts

prikkelbaar - kalm

beklemmend - niet beklemmend

passief - actief

met een ongelukkige jeugd - met een gelukkige jeugd

onveranderlijk - veranderlijk

onoprecht - oprecht

GEMIDDELDEN VAN DE PATIËNTBEGRIPPEN

De scoringsmogelijkheden liepen van 1 tot 7. De gemiddelden zijn met 10 vermenigvuldigd.

De benoeming van de schaal geschiedt met de pool die met 7 gewaardeerd wordt.

	flirt	carc.	werk-plein	ou-	wanb.	borst	app.	asthm	suïc	hoofd	dulcus	coma		
			schuwvrees	ders						pijn				
begrijpe lijk	48	60	43	39	21	39	58	57	55	47	38	56	49	huisarts chirurg psychiat.
	51	59	38	39	18	42	49	63	52	47	39	61	51	
	59	55	53	60	40	54	55	53	54	57	47	60	42	
gemakke lijk	37	22	20	21	17	32	23	39	28	16	18	34	22	
	42	17	28	23	22	34	34	42	24	20	18	31	24	
	35	20	20	27	20	23	35	48	22	20	20	27	21	
ontvan kelijk	39	52	22	36	19	25	43	45	40	30	34	40	39	
	45	43	25	34	20	25	44	44	40	34	40	41	40	
	37	46	22	39	24	27	43	44	32	34	33	37	37	
ongevaar lijk	42	33	44	51	19	54	31	33	41	17	49	38	17	
	42	35	44	47	20	48	31	31	38	21	41	34	22	
	46	31	50	51	22	50	37	33	35	18	43	39	21	
voorspel baar	41	50	44	37	21	42	32	32	36	14	30	44	28	
	42	42	42	40	28	41	35	38	37	22	34	41	25	
	38	46	41	47	27	41	43	44	34	23	42	42	30	
sterk	33	28	25	26	25	38	35	42	29	31	35	33	31	
	37	30	24	30	25	34	38	40	31	28	35	36	32	
	32	28	28	29	28	35	35	38	32	34	40	36	29	
gezond	44	12	39	28	26	47	32	20	26	14	31	25	13	
	46	12	35	27	23	40	28	17	21	17	29	25	14	
	33	10	22	18	18	30	25	18	20	12	21	21	10	
op de man af	33	32	20	37	23	26	44	45	39	22	34	43	39	
	49	40	26	37	32	32	46	50	40	32	40	41	40	
	37	41	25	30	30	27	40	41	35	28	37	35	39	
verwor ven	44	58	48	39	41	43	51	59	36	37	43	49	55	
	36	58	46	40	40	42	49	60	37	41	46	54	50	
	56	59	55	63	54	55	57	66	48	53	55	61	60	
genees lijk	51	12	39	40	39	40	48	68	47	41	40	56	49	
	42	10	46	41	34	41	46	65	40	44	42	58	44	
	48	12	45	53	41	45	48	67	48	53	47	58	44	

	flirt	carc.	werk-plein	ou-	wanb.	borst	app.	asthm	suic.	hoofd	dulcus	coma		
			schuwvrees	ders						pijn				
groot	36	44	30	36	27	35	42	42	39	40	38	38	43	huisarts chirurg psychiat.
	40	42	34	34	29	38	38	38	40	39	41	40	42	
	36	43	34	36	32	33	41	38	38	39	39	38	40	
moedig	41	49	23	36	17	33	39	45	39	33	38	39	39	
	42	46	29	36	15	35	38	41	39	32	39	40	40	
	39	43	33	36	27	36	41	40	40	39	38	41	40	
zelf-standig	35	35	21	24	21	39	38	45	32	29	34	38	31	
	42	34	24	30	28	36	41	41	35	30	38	40	34	
	28	34	24	23	23	33	39	39	28	30	37	29	28	
goed	38	41	29	43	17	31	41	43	40	38	41	43	37	
	42	39	32	40	15	30	36	42	40	38	39	40	34	
	40	37	37	40	26	34	40	38	40	40	40	40	40	
v.d. huis-arts	51	65	39	26	31	46	57	62	55	13	36	56	47	
	45	59	42	19	23	41	53	59	48	15	34	52	47	
	34	61	26	13	20	38	54	65	37	13	34	39	53	
kalm	38	43	32	35	16	39	29	45	29	35	29	26	45	
	40	39	38	38	20	38	36	43	34	40	31	32	48	
	34	40	39	36	19	34	36	40	32	37	32	32	47	
niet beklemmend	46	24	42	38	25	49	31	43	35	18	38	46	23	
	46	30	40	32	25	40	30	42	31	27	35	42	32	
	41	25	38	39	26	41	38	40	31	22	37	41	27	
actief	48	35	26	36	47	36	49	36	42	30	39	50	27	
	53	34	26	36	46	42	44	44	39	34	38	44	24	
	47	32	21	31	42	42	38	39	32	30	37	33	26	
gelukkige jeugd	38	40	34	35	22	38	39	40	34	34	36	38	40	
	41	40	38	38	25	38	38	40	35	34	38	38	40	
	31	40	25	25	20	32	39	40	26	26	34	29	40	
veranderlijk	49	40	38	38	42	39	51	45	49	44	51	51	53	
	44	41	44	43	43	41	48	44	50	50	47	53	48	
	51	34	46	53	46	46	46	55	50	54	47	49	52	
oprecht	31	43	19	46	20	23	43	49	43	28	39	44	41	
	40	45	30	44	24	34	46	47	44	41	40	46	43	
	32	46	32	43	34	32	44	43	40	39	40	43	42	

DIFFERENTIATIES VAN DE PATIËNTBEGRIPPEN

begrip pen schalen	flirt 1	carc. 2	werk- schuw 3	plein vrees 4	ou- ders 5	wanb. 6	borst 7	app. 8	asthm 9	suïc. 10	hoofd- pijn 11	dulcus 12	coma 13
1	0		x	0x	0x	0x				0x			
2							0 +						
3													
4													
5				0			0	0			0		
6													
7	0x	x	0x	0		0x							
8	x+												
9	x			0x	0x	0x			0x	0x	0	0	
10				0x						0			
11													
12			0		0x								
13	x											x	
14					x								
15	0x		0x	0	0				0x			0x	
16													
17													
18							0					0x	
19	x		x	x									
20				0x				0x					
21			0 +		0	+				0 +			

0 : significant verschil (≥ 1) tussen huisartsen en zenuwartsen

+ : significant verschil (≥ 1) tussen huisartsen en chirurgen

x : significant verschil (≥ 1) tussen zenuwartsen en chirurgen

GEMIDDELDEN VAN DE ARTSBEGRIPPEN

De scoringsmogelijkheden liepen van 1 tot 7. De gemiddelden zijn met 10 vermenigvuldigd.

De benoeming van de schaal geschiedt met de pool die met 7 gewaardeerd wordt.

	huisarts		psychiater		ik als huisarts
	beoordeeld door huisarts	beoordeeld door psychiater	beoordeeld door huisarts	beoordeeld door psychiater	
gemakkelijk	28	29	21	31	43
verworven	33	31	34	28	33
veranderlijk	43	42	42	45	43
kalm	50	48	56	51	47
geneeslijk	40	42	40	40	41
moedig	51	50	51	47	48
goed	52	45	52	43	51
gezond	58	49	51	45	61
groot	49	45	47	42	46
zelfstandig	63	53	56	50	60
gelukkige jeugd	48	41	42	35	57
ontvankelijk	47	45	45	43	53
sterk	53	48	48	47	50
oprecht	59	54	52	50	57
ongevaarlijk	51	48	47	45	57
voorspelbaar	48	43	39	37	52
niet beklemmend	49	44	43	41	52
actief	61	57	50	43	58
op de man af	48	48	39	42	53
begrijpelijk	58	51	44	49	56
voor de huisarts	50	45	31	33	47

DIFFERENTIATIES VAN DE ARTSBEGRIPPEN

Hh - Ph	Hh - Hp	Ph - Pp	Hh - Pp	Hh - i
huisarts beoordeelt "de huisarts" vergeleken met huisarts beoordeelt "de psychiater"	huisarts beoordeelt "de huisarts" vergeleken met psychiater beoordeelt "de huisarts"	huisarts beoordeelt "de psychiater" vergeleken met psychiater beoordeelt "de psychiater"	huisarts beoordeelt "de huisarts" vergeleken met psychiater beoordeelt "de psychiater"	huisarts beoordeelt "de huisarts" vergeleken met huisarts beoordeelt "ik als huisarts"
gemakkelijker (gezonder) zelfstandiger met een gelukkiger jeugd oprechter voorspelbaarder actiever meer op de man af begrijpelijker meer voor de h	beter gezonder zelfstandiger met een gelukkiger jeugd (begrijpelijker)	moeilijker beter (groter) met een gelukkiger jeugd (actiever)	beter gezonder groter zelfstandiger met een gelukkiger jeugd oprechter voorspelbaarder minder beklemmend actiever begrijpelijker meer voor de h	gemakkelijker met een gelukkiger jeugd (meer op de man af)

Bij de tussen haakjes geplaatste beoordelingen is het verschil significant op 5% niveau.

Bij de overige beoordelingen is het significantieniveau 1%.

GEMIDDELDE SPREIDING

Gemiddelde spreiding van de 21 schalen per begrip

	chirurgen	zenuwartsen	huisartsen
patiënte die flirt	2.03	1.14	1.88
patiënt met carcinoom	1.47	1.53	1.57
werkschuwe patiënt	1.72	1.29	1.94
patiënt met pleinvrees	1.61	1.13	1.67
ouders die kind mishandelen	1.79	1.60	1.53
wanbetalende patiënt	1.72	1.28	1.72
patiënt met borstpijn	1.63	1.28	1.09
patiënt met appendicitis	1.17	.98	1.52
patiënt met asthma	1.15	1.04	1.51
patiënt met suïcideneigingen	1.44	1.15	1.54
patiënt met hoofdpijn	.94	1.12	1.32
patiënt met maagulcus	1.06	1.18	1.25
comateuze patiënt	1.38	1.50	1.30
totaal gemiddelde	1.47	1.25	1.53