

# **huisarts en patient**

**een kritische evaluatie van onderzoek op  
het gebied van de arts - patient relatie**

**door**

**hannie schut**

**peter verhaak**

**herdruk juni 1977**

**uitgave van het nederlands huisartsen instituut in  
samenwerking met het instituut voor klinische en industriële  
psychologie**

**mariahoek 4 utrecht telefoon 030 -319946**



INLEIDING . . . . .	1
I. DE ARTS-PATIENT RELATIE VANUIT VERSCHILLEND PERSPEKTIEF . . . . .	3
1. Inleiding. . . . .	3
2. De cultuur . . . . .	4
3. Subkulturele referentiegroepen . . . . .	5
4. Het gezin en andere primaire referentiegroepen . . . . .	6
5. De sociale rol van "arts" en "patiënt" . . . . .	7
6. Arts en patiënt als individu . . . . .	10
7. De volledige context van de arts-patiënt relatie (samenvatting) . . . . .	12
8. Plaatsbepaling der te bespreken onderzoeken . . . . .	12
II. ONDERZOEKEN NAAR DE ARTS-PATIENT RELATIE . . . . .	14
1. Inleiding. . . . .	14
2. Probleemstellingen, theoretische uitgangspunten en methodes van de opgenomen onderzoeken . . . . .	16
- Brook. . . . .	16
- Cartwright . . . . .	16
- Cassee . . . . .	17
- Davis. . . . .	18
- Francis e.a. . . . .	19
- Haehn. . . . .	20
- Joosten. . . . .	21
- Katz . . . . .	23
- Kish & Reeder. . . . .	24
- Korsch en Negrete. . . . .	24
- Van Lidth de Jeude . . . . .	25
- Mechanic . . . . .	26
- Shuval e.a. . . . .	26
- Vuori et al. . . . .	28
- Winkler Prins. . . . .	28
3. Resultaten van de opgenomen onderzoeken . . . . .	33
- Brook. . . . .	33
- Cartwright . . . . .	34
- Cassee . . . . .	35
- Davis. . . . .	36
- Francis. . . . .	37
- Haehn. . . . .	38
- Joosten. . . . .	39
- Katz . . . . .	40
- Kish & Reeder. . . . .	41
- Korsch en Negrete. . . . .	42
- Van Lidth de Jeude . . . . .	43
- Mechanic . . . . .	44
- Shuval . . . . .	45
- Vuori et al. . . . .	45
- Winkler Prins. . . . .	46
III. DE ONDERZOEKEN NAAR THEMA BESPROKEN . . . . .	50
1. Inleiding. . . . .	50
2. Tevredenheid van de patiënt met de arts. . . . .	52
3. Het opvolgen van de voorschriften door de patiënt. . . . .	55
4. Het gedrag en de houding van de arts . . . . .	60
5. Interactie-onderzoeken . . . . .	65
6. Een enkele opmerking over het deskriptieve onderzoek . . . . .	69
LITERATUURLIJST . . . . .	71





## INLEIDING.

Enige maanden geleden werden wij door het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) benaderd met de vraag of wij een literatuuronderzoek naar de relatie tussen arts en patiënt wilden uitvoeren. Toen bleek, dat een dergelijke bestudering van de literatuur kon gelden als literatuur-skriptie voor onze doktoraalstudie aan het Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie, hebben wij direkt positief gereageerd op dit verzoek. Deze positieve reactie stoelde merendeels op onze interesse voor de eerste lijns gezondheidszorg.

Onze opdracht luidde: bestudering van onderzoeken naar de relatie tussen huisarts en patiënt, welke zijn uitgevoerd ná 1960. Deze tijdsli-miet kon worden overschreden wanneer onderzoeken naar de arts-patiënt relatie van voor 1960 fundamenteel van karakter waren.

### Selektie van onderzoeken.

We hebben gezocht naar onderzoeken, die zich bezig hielden met de relatie tussen de huisarts en de patiënt. Eén der criteria daarbij was, dat de relatie in het algemeen in beschouwing genomen moest worden. (Onderzoeken, die de relatie in verband brachten met bijvoorbeeld specifieke klachten of problemen, vielen dus buiten de selektie).

Tijdens het doorwerken van de laatste vijftien jaargangen van de belangrijkste tijdschriften op dit gebied, bleken er ook belangwekkende onderzoeken te zijn uitgevoerd, die zich niet richtten op de relatie tussen patiënt en huisarts, maar op de relatie tussen de patiënt en artsen, die in een andere setting werkten. Dergelijke onderzoeken hebben wij eveneens uitgekozen, indien het contact vergelijkbaar geacht kon worden met een spreekuurcontact van de huisarts.

Behalve de 20 geselekteerde onderzoeken hebben wij ook de meest aangehaalde, in boeken beschreven, research bestudeerd.

Op deze wijze hoopten we een redelijk "verzadigde" groep onderzoeken te selekteren; de fase van het selekteren van onderzoeken is dan ook afgesloten toen bleek dat de in de literatuurlijsten meest voorkomende artikelen of boeken in de te behandelen selektie waren opgenomen. De groep te behandelen onderzoeken is enige tijd later - na de eerste leesronde - nog iets uitgedund.

Deze uitval is enerzijds terug te voeren op het feit, dat enkele onderzoeken in artikelen zo minimaal werden beschreven, dat een presentatie in deze literatuurstudie niet verantwoord kon geschieden.

Anderzijds bleken we oorspronkelijk enige onderzoeken te hebben geselekteerd, die we bij nader inzien toch hebben moeten schrappen omdat ze naar onze mening te weinig bijdroegen tot de theorievorming omtrent de arts-patiënt relatie. Het betrof hier met name onderzoeken die het gedrag van de arts en patiënt louter inventariserend beschreven, zonder dieper in te gaan op de relatie tussen arts en patiënt. Om de lezer toch enige indruk te geven van dergelijk onderzoek, is het onderzoek van Haehn opgenomen.

### De inhoud van deze skriptie.

In het eerste hoofdstuk plaatsen we de relatie tussen arts en patiënt in een breder theoretisch perspektief. We hopen de lezer zo een in-

druk te geven van diverse manieren, waarop deze relatie kan worden gezien. Het onderlinge contact tussen arts en patiënt kan immers vanuit verschillende hoeken worden bekeken. Deze verschillende perspectieven zijn ook te onderkennen in de onderzoeksobjecten, probleemstellingen, methodieken e.d. van de te bespreken onderzoeken.

In het tweede hoofdstuk geven wij een gedetailleerde beschrijving van vijftien onderzoeken naar de relatie tussen arts en patiënt. In het eerste deel van dit hoofdstuk worden de vraagstelling(en), opzet en theoretische achtergrond van elk onderzoek besproken; vervolgens behandelen we in het tweede deel de onderscheiden resultaten.

In het derde hoofdstuk worden enkele thema's, die we in de onderzoeken vaak zijn tegengekomen, apart besproken. We gaan daar in op

- de tevredenheid van de patiënt met de arts;
- het opvolgen door de patiënt van de voorschriften van de arts;
- het gedrag en de houding van de arts;
- de interactie tussen arts en patiënt.

Alhoewel de inhoud van dit hoofdstuk is gebaseerd op de gedetailleerde beschrijving der onderzoeken (hoofdstuk III), kan zij toch als een op zichzelf staand stuk worden beschouwd en dientengevolge ook apart gelezen worden.

We willen deze inleiding niet afsluiten voor we een welgemeend "bedankt" hebben uitgesproken tegen Jozien Bensing (stafmedewerkster N.H.I.) en Wim Zwanikken (wetenschappelijk medewerker I.C.I.P.).

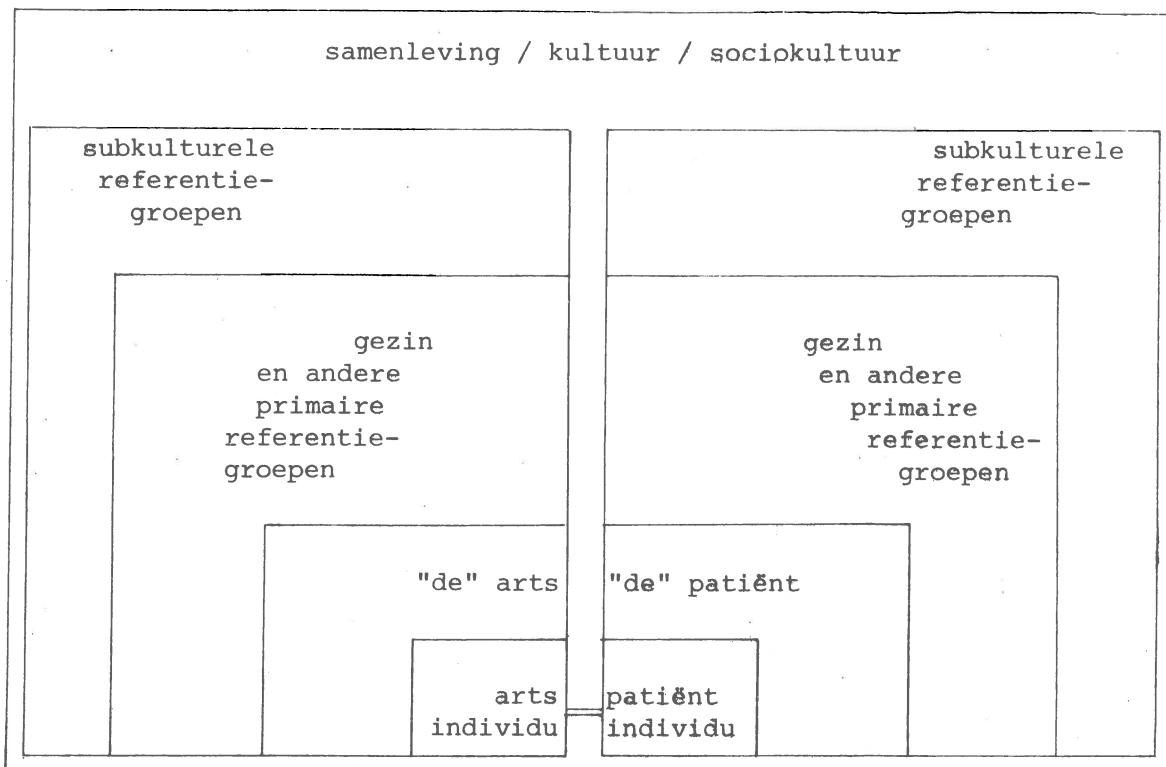
De intensieve en persoonlijke wijze, waarop zij ons hebben begeleid, hebben wij altijd als een stimulans ervaren.

Utrecht, juni 1975.

# I. DE ARTS-PATIËNT RELATIE VANUIT VERSCHILLENDE PERSPEKTIEF.

## 1. Inleiding.

In dit hoofdstuk willen we de verschillende perspectieven weergeven van waaruit de arts-patiënt relatie bekeken kan worden. We gaan ervan uit, dat de interacties tussen arts en patiënt plaatsvinden in een systeem, waarbinnen verschillende lagen te onderscheiden zijn. Schematisch zouden wij ons de arts-patiënt relatie als volgt kunnen voorstellen:  
(uitgebreid schema van Bloom)



Figuur 1: Een interactie systeem.

Verschillende disciplines benadrukken verschillende invloedsvelden. Zo houdt de differentiële psychologie zich vooral bezig met de relatie tussen de arts als individu en de patiënt als individu en richt de sociale psychologie zich o.m. op de rollen van respectievelijk de arts en de patiënt en vestigt de sociologie onder andere de aandacht op de (sub)kulturele invloeden.

Tot op heden blijkt er nog geen alomvattend model op schrift gesteld te zijn. De eigen invalshoek wordt uitgelegd en toegelicht. Over het algemeen memoreren de auteurs wel de mogelijke invloeden vanuit andere sferen, maar daar blijft het dan ook bij.

Hier kunnen, noch willen wij één bepaalde invalshoek als koning der modellen voor de arts-patiënt relatie presenteren. En dan niet zozeer omdat een dergelijke keuze als vrij willekeurig gekenschetst zou moeten worden, maar veeleer omdat naar onze mening de arts-patiënt relatie eerst dan kan worden begrepen als zij wordt gezien tegen het

licht van een samenspel van de genoemde invloedsgebieden. De beschrijving van de verschillende sferen zal de lezer dan ook moeten bezien tegen de achtergrond van dit samenspel van invloeden. Vooruitlopend op deze beschrijving willen we nu reeds aanstippen dat een qua (sub)kulturele en primaire referentiegroepen heterogene samenstelling van een patiëntenbestand een grote mate van flexibiliteit van de arts zal vergen.

## 2. De cultuur.

Konstante elementen in menselijke relaties zijn de culturen met hun verschillende oriëntaties. Elke samenleving benadrukt verschillende oriëntaties en geeft basis aan de ruwe gedragspatronen, die de verwachtingen van de mens en de mensen in zijn omgeving richten.

Florence Kluckhohn heeft de belangrijkste typen waarden-oriëntaties geklassificeerd naar leefproblemen, die voor alle menselijke groepen cruciaal en algemeen zijn:

- a: Human-Nature Orientation: wat is de aard van de aangeboren menselijke natuur? Elke cultuur maakt een keuze uit verschillende opvattingen over de mens: is hij van nature slecht/zondig of juist goed; of is de mens een mengsel van goed en kwaad?
- b: Man-Nature Orientation: wat is de relatie van de mens tot de natuur? In sommige culturen voelen mensen zich machteloos, wanneer zij tegenover natuurlijke krachten staan. In andere daarentegen gelooft men, dat de mens de natuur kan beheersen. Deze laatste opvatting ligt in feite ten grondslag aan de westerse geneeskunde.
- c: Time Orientation: wat is de temporale fokus van het menselijk leven? Kluckhohn bedoelt hiermee het gericht zijn op de toekomst, op het heden of op het verleden.  
Wanneer iemand volledig in het heden leeft -en alle toekomstige gebeurtenissen fatalistisch aksepteert-, zal hij of zij als patiënt niet snel iets, dat nú belangrijk voor hem/haar is, nalaten ten behoeve van een toekomstige beloning (i.c. goede gezondheid).
- d: Activity Orientation: wat is de modaliteit van de menselijke activiteit? Bepaalde samenlevingen hechten grote waarde aan handelingen, aan "iets doen". Deze nadruk op activiteiten is echter geen mondiale waarde. In de Oud-Italiaanse cultuur bijvoorbeeld is het veel belangrijker, dat men helemaal kan opgaan in het emotioneel beleven van gebeurtenissen en dat men dat ook op een spontane manier emotioneel kan uiten. Het is daar dan ook helemaal niet vanzelfsprekend dat een patiënt activiteiten zal ondernemen teneinde te genezen.
- e: Relational Orientation: wat is de modaliteit van de relatie die de mens heeft t.a.v. zijn medemens. In sommige culturen of subculturen vinden belangrijke gebeurtenissen bijvoorbeeld altijd plaats binnen de enge kern van het gezin, terwijl in andere gemeenschappen ook minder verwante familieleden of buurtgenoten bij dit soort gebeurtenissen betrokken worden.  
Mocht dit laatste bij een patiënt het geval zijn, dan is inschakeling van de verwanten bij een therapie -bijvoorbeeld een dieet- vaak een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van de behandeling.

Dat de verscheidene samenlevingen inderdaad op deze en dergelijke oriëntaties gedifferentieerd worden, blijkt o.a. uit de werken van Margaret Mead, uit ideeën als reïnkarnatie en uit de verschillen in "natuur"lijkheid van verschillende sociokulturen.

Aan elke samenleving zijn enkele belangrijke kenmerken (zoals bijvoorbeeld het gezin) te onderscheiden. Binnen een samenleving bestaan rond haar kenmerkende eigenschappen groepen van waarden, welke onderling afhankelijk zijn en elkaar versterken. Binnen een bepaalde cultuur komt elke patiënt met deze achtergrond, deze oriëntatie, deze basiswaarden op konsult bij de arts, die vaak dezelfde bagage als de patiënt met zich meedraagt. In onze samenleving bijvoorbeeld gaan zowel arts als patiënt tenminste in eerste instantie uit van het idee, dat de mens de natuur domineert. Wat betreft de aktiviteitsoriëntatie verwacht de arts van de patiënt en de patiënt meestal ook van zichzelf, dat hij "iets moet doen" om beter te worden.

En zo zijn er nog vele kongruentie-voorbeelden te noemen. De keerzijde van de medaille laat ons daarentegen een polarisatie van oriëntaties zien. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de arts voor een bepaalde behandeling de volledige wil en inzet en het geloof in herstelmogelijkheden bij een patiënt aanwezig veronderstelt, terwijl de patiënt zijn ziekte ziet als een onafwendbare natuurlijk handicap. Polariserend -in dit voorbeeld met betrekking tot de "Man-Nature" oriëntatie- kan de arts-patiënt relatie nadelig beïnvloeden.

De verschillende culturen -met hun waarden, normen en instituties (i.e. een stel normen rond een belangrijke gebeurtenis- bij ons bijvoorbeeld de gezinssituatie)- zijn en worden geschapen en overgedragen door mensen.

Deze sociale erfenis kan mensen beïnvloeden zonder dat ze zich bewust zijn van de kulturele factoren.

Zo ontwikkel(d)en zich vanuit de cultuur ook normen rond gedrag bij ziekten. Deze patronen van verwacht (soms zelfs geëist) gedrag vormen duidelijk omschreven sociale rollen, welke zijn geassocieerd met de genezer en de zieke. Deze rollen blijven op hun beurt door middel van de cultuur bestaan en ze worden erdoor overgedragen.

### 3. Subkulturele referentiegroepen.

De hierboven geschetste benadering van cultuur als een variabele in de arts-patiënt relatie is, naar onze mening, ook geldig voor subkulturele groepen. De moderne samenleving is zó complex, dat een individu niet meer de hele cultuur van de maatschappij, waarin hij is geboren, kan belichamen. Vandaar dat er subkulturele (referentie)groepen ontstaan: verzamelingen van mensen, die sommige -maar niet alle- elementen van een bepaalde cultuur gemeen hebben en zich voorts soms op enkele gebieden onderscheiden van die "hoofdstroom". Zulke groepen ontstaan onder meer op grond van streek, ras en sociale klasse. Binnen een samenleving met subkulturele groepen is een konfrontatie van waarden en normen van arts en patiënt in sommige situaties niet denkbeeldig, aangezien eerstgenoemde zal worden bezocht door patiënten van divers subkulturele plimage. In concreto wordt de arts onder meer met (sub)kulturele verschillen gekonfronteerd bij gastarbeiders. Niet alleen de taal kan in dergelijke gevallen een beslissende, meestal negatieve rol spelen. Ook verschillen in opvatting en ritens om-

trent ziekte zullen een stempel drukken op de relatie en het verloop van het konsult.

#### 4. Het gezin en andere primaire referentiegroepen.

Het sociaal-psychologische begrip "referentiegroep" staat voor een groep, die het individu gebruikt als zijn referentiefraam voor zelf-evaluatie en attitudevorming.

Een dergelijke groep heeft twee functies: de groep kan dienen als vergelijkingsmateriaal en zij kan normatief werken.

Naast het gezin (vgl. Heyendaal) of de andere woon-/leefsituatie van arts en patiënt, kunnen we bij referentiegroepen denken aan beroep, religie (vergelijk de befaamde Staphorster verhalen van enkele jaren geleden en de Jehovagetuigen, die geen gebruik willen maken van bloedtransfusie), vriendenkring, leeftijdsgroep, politieke richting e.d. Indien een individu zich echt lid voelt van een dergelijk konglomeraat of er graag bij zou willen horen, zal hij de normen van de groep ook als de zijne aksepteren en ernaar handelen. Een psycholoog zal -generaliserend gesproken- alleen al door zijn beroep anders naar een spreekuur toegaan, zich anders gedragen tijdens het konsult, andere verwachtingen hebben t.a.v. het optreden van de arts dan de verkoper uit de sigarenwinkel op de hoek.

Binnen de arts-patiënt relatie zijn niet slechts de referentiegroepen van belang, maar minstens evenzeer de negatieve referentiegroepen: groepen, welke het individu niet graag mag, waar hij niet bij wil horen. Ook hier is er sprake van normering, attitude- en gedragsvorming, zij het in tegengestelde richting. Zo kan het gezin voor een bepaalde patiënt juist als negatieve referentie dienen. Voor de arts kan het beroep van hulpverlener zich tot negatief referentiepunt ontwikkelen.

In het kader van de referentiegroepen stuiten we tevens op Freidson, die de arts-patiënt relatie ziet als een konfrontatie van twee afzonderlijke sociale systemen: een professioneel systeem, dat de arts omvat, en een lekensysteem rond de patiënt. Het cruciale verschil tussen deze twee systemen moet worden gezocht in de zogenaamde "grote traditie" van het professionele systeem van de arts. Onder de grote traditie verstaat Freidson de professionele kennis die volgens de officieel geldende normen onderwezen wordt.

Freidson vermoedt, dat de medische wetenschap één der belangrijkste grote tradities van deze tijd is. De - getrainde - artsen representeren in de leken gemeenschappen de buitenwereld en bezitten daarbij kennis, die niet zijn oorsprong vindt in en ook niet gangbaar is binnen die gemeenschap.

De beide bovengenoemde werelden komen in de huisartsenpraktijk met elkaar in aanraking. De arts, die met zijn kollega's speciale kennis, loyaliteit en identiteit deelt, is van leken afhankelijk wanneer het gaat om zijn cliëntèle.

Deze mogelijke cliënten baseren hun artskeuze op de niet-professionele normen van hun "kleine" leken traditie. Freidson meent, dat het arts-patiënt contact in grote mate wordt bepaald door a) de mate van overeenkomst tussen de culturen van de cliëntèle in spé en van de professie en door b) het relatieve aantal en de kohesie van de leken, die zijn gekonsulteerd tussen het moment, waarop de symptomen voor het eerst werden opgemerkt, en het besluit om naar de arts toe te gaan.

Het contact zou het soepelst lopen, wanneer de cultuur van de patiënt lijkt op die van de arts en wanneer in die cultuur een uitgebreide leken-konsultatie, die de acceptatie van de professionele cultuur immers zal versterken, heeft plaatsgevonden. De arts zou zich veel meer moeten aanpassen, als hij praktiseert in een cultureel "inheems" gebied met een uitgebreid lekensysteem. Voor het geval dat de arts er daar niét in slaagt de leken-verwachtingen te aksepteren of te manipuleren, voorspelt Freidson een dusdanige controle van die leken op die professionele praktijk, dat de overlevingskans van die praktijk bedreigd kan worden. Wanneer de arts niet aan min of meer kollektieve verwachtingen kan voldoen, kan er immers een groot praktijkverloop ontstaan.

De arts is dus slechts relatief onafhankelijk en vrij van controle door patiënten. Deze relatieve vrijheid hangt samen met de plaats van de arts in de praktijk in het professionele systeem (vergelijk bijvoorbeeld een huisarts met een cardioloog).

Indien de arts de éérste professional is, die de patiënt bezoekt en hij niet verwijst naar andere artsen, zou hij alleen onderworpen zijn aan de evaluatie van zijn patiënten en hun leken-konsultanten. Betreft de arts ook anderen bij de konsultatie, dan kan zijn professionele gedrag ook worden beoordeeld door zijn kollega's en is dat gedrag dus vooral objekt van professionele kriteria. De extreem onafhankelijke praktijk, die alleen wordt geëvalueerd door cliënten, komt eigenlijk niet meer voor, aangezien de fundamenteën voor die praktijk zijn gelegd in de door kollega's gecontroleerde medische opleiding en het artsen-examen (elementen, die buiten de lekengemeenschap liggen).

Dit prototype wordt het meest benaderd door de solo-huisartsenpraktijk. Freidson verwacht daar de minste gevoeligheid voor de formele professionele kriteria en de grootste sensitiviteit voor de praktijk-normen der leken.

##### 5. De sociale rol van "arts" en "patiënt".

Vlak bij de kern van ons konseptuele schema stuiten we op de interactie van "de" arts en "de" patiënt. De cultuur, de subculturele groepen en de referentie-groepen (met al hun normen, waarden-oriëntaties, negatief en positief motiverende factoren) hebben in onderling samenspel "de" arts-patiënt relatie vastgelegd in een "spel" met twee acteurs, die beide hun sociale rol spelen.

Parsons meent, dat de rol van de arts vier sleutelkwaliteiten heeft:

- a: De universalistische norm verwacht van de arts, dat hij zijn patiënten behandelt op grond van wetenschappelijke en medische maatstaven en niet volgens hun persoonlijke en sociale kenmerken. Hij moet - grof gesproken - alle patiënten gelijkelijk behandelen.
- b: Het optreden van de arts behoort funktioneel specifiek te zijn. Hij wordt beschouwd als een specialist in gezondheid en ziekte en men verwacht dan ook, dat hij zijn verkregen kennis en vaardigheden toepast op problemen die samenhangen met ziekte. Hij is geen algemeen wijs man, maar een technisch specialist. Omdat de uitoefening van zijn vak dat vereist, wordt het hem ook toegestaan zijn patiënten lichamelijk te onderzoeken en hen te "ondervragen" over intieme fysieke en persoonlijke aangelegenheden (een normaliter ongewoon privilege).

c: De sleutel van de attitude van de arts ten opzichte van zijn patiënt ligt in de affektieve neutraliteit: men verwacht van hem, dat hij objektief en "emotionally detached" is. Affektieve neutraliteit schetst het evenwicht tussen enerzijds zorg, sympathie voor en begrip van de patiënt en anderzijds neutraliteit in beoordeling en gereguleerde emotionaliteit.

Reneé Fox heeft dit konsept enigszins gemodificeerd en spreekt van "detached concern".

d: Tenslotte verwacht men van de arts, dat hij de behoeften van de patiënt en de gezondheidsmaatstaven van de maatschappij bij de behandeling primair stelt. Bij de artsen hoort - volgens Parsons - een kollektiviteitsoriëntatie (i.t.t. zelforiëntatie).

Net als alle sociale rollen is ook de rol van zieke een patroon van verwacht gedrag en karakteristieke verplichtingen en privileges. Als we met Parsons de rechten van de zieke bezien stuiten we op twee punten: enerzijds wordt hij ontslagen van zijn normale sociale verplichtingen, anderzijds wordt hij niet verantwoordelijk gesteld voor zijn ziekte, zodat hij het recht heeft om verzorgd te worden (en anderen de plicht hebben dat te doen).

Tegelijkertijd verwacht de samenleving van de zieke, dat hij gemotiveerd moet zijn om weer zo snel mogelijk beter te worden en dat hij daarvoor technisch competente hulp moet zoeken en moet meewerken aan het genezingsproces.

Parsons' definitie van de zieke-rol wordt door meerdere schrijvers bekritiseerd. Het spreken over "de" rol van de zieke zou een te grote generalisatie inhouden. Zo heeft Winkler Prins de indruk, dat Parsons met zijn omschrijving vooral de positie van de patiënt bedoelt aan te geven. Daarmee zou hij slechts één deel van het proces - waarbij men eerst ziek wordt, vervolgens als patiënt wordt behandeld en tenslotte na een periode van herstel weer min of meer volledig in het sociale verkeer wordt opgenomen - beschrijven.

Gene Kassebaum en Barbara Baumann suggereren, dat Parsons' criteria essentieel van toepassing zijn op akueel zieke patiënten. Andere aspecten zijn nodig - zo blijkt uit hun onderzoek - om de zieke-rol van de chronisch zieke mens te verklaren.

Volgens Parsons zijn patiënt en arts verwickeld in een proces van wederzijdse rol-definitie. Hun relatie begint met oriëntaties ten aanzien van de ziekte van de patiënt, die komplementair zijn: de patiënt is hulpeloos en moet volgens zijn rolverplichting beter willen worden en daarvoor hulp zoeken; de arts hoort volgens zijn rol de patiënt technisch te helpen bij zijn herstel. De rol van de patiënt ligt vast, wanneer de arts de toestand van ziekte bevestigt.

Aangezien de patiënt zichzelf moet zien als afhankelijk, hoort hij een min of meer meegaande partner te zijn. Voorts is de arts een sociaal "kontroleur" (de patiënt is immers sociaal deviant), die van de samenleving de taak heeft gekregen de zieke weer volledig te laten functioneren, zodat deze laatste zijn zieke-rol aan de wilgen kan hangen en zijn normale sociale rollen weer op kan nemen.

Zola heeft zich eveneens beziggehouden met de geneeskunde als één der belangrijkste instituties van sociale controle. De geneeskunde zou hierin zelfs traditionele controleurs als godsdienst en recht voorbij-



streven. Zola refereert voor zijn verklaring van deze controlefunctie met name aan het werk van Freidson. Deze laatste meent immers, dat professionele kennis één der belangrijkste grote tradities van onze tijd is (zie ook pag. 6).

Zola stelt nu, dat de medische professie zich niet alleen bezighoudt met de definitie van ziekte en met het benoemen van een persoon als "zieke", maar dat zij ook de maatschappelijke consequenties van het ziek-zijn uitlegt en bepaalt - maatschappelijke controlefunctie-. En aangezien gezondheid een belangrijke en sociale waarde is geworden, zou er sprake zijn van een medische macht.

Ook Wilson benadrukt de positie en rol van de arts als "agent of social control". Daarnaast vraagt hij aandacht voor belangrijke sociale en psychologische verschillen in de rol van patiënt en arts, voor perceptuele verschillen en voor de rol, die wederzijdse verwachtingen spelen. In Wilson's betoog ligt de clou van de relatie in de directe en opvoedkundige functie van de arts. Hij heeft het initiatief en de psychologische en sociale macht, omdat men van hem verwacht, dat hij de rol van de patiënt "geldig" verklaart: aanvankelijk door sociale afzondering af te dwingen - en na de genezing - door aan te dringen op het weer actief sociaal functioneren.

De patiënt moet eenzijdig trouw zijn aan en afhankelijk zijn van de arts. Het "U-bent-de-dokter" kenmerkt de relatie. De relatie arts-patiënt lijkt in verschillende opzichten op andere intensieve relaties tussen mensen (als leraar-leerling, ouder-kind e.d.). Eén der kenmerken van dergelijke relaties is het socialisatieproces (waarin de arts de "ouder"-rol vervult), dat - zo meent Wilson - vier kenmerken omvat:

- a: De arts, als stabiel persoon waarop de patiënt kan vertrouwen, verschaft steun, die echter afhankelijk is van de continue poging van de patiënt om te herstellen.
- b: Omdat "hij het niet kan helpen", mag de patiënt gevoelens en gedragingen, die normaliter niet getolereerd worden, uiten; de arts is toegevend.
- c: Bij het controleren van het gedrag van de patiënt maakt de arts gebruik van manipulatie van beloning.
- d: De omkeerbaarheid der relatie wordt ontkend. De arts weigert de patiënt bijvoorbeeld zijn gevoelens te tonen of mee te gaan in de gevoelens van de patiënt. De arts beoogt hiermee zijn objectiviteit en hulpotentieel niet te verliezen.

Zowel bij Parsons als bij Wilson zien we in het arts-patiënt contact een dominante artsenrol (de arts als sociaal-kontroleur, als iemand met macht), met daaraan gekoppeld een dergelijke rolverwachting. In dit kader past ook hetgeen Michael Balint de "apostolische functie" van de arts noemt.

Balint noemt de apostolische functie van de arts ook wel het "gezond verstand"! Hij gebruikt deze benaming om duidelijk te maken, dat de inhoud van het apostolaat geen eenduidige en voor elke arts gelijke grootte is.

De visies en handelingen van de arts zijn eerder uitingen van de individuele manier, waarop hij met zijn patiënten omgaat. En de arts is

er meestal van overtuigd, dat zijn handeling of zijn visie "de enige natuurlijke" of de "enige verstandige" manier is om een bepaald probleem te benaderen. Balint zegt zelf: "Het leek haast of aan elke arts geopenbaard was wat de patiënt wèl en wat hij niet mag verwachten en verdragen, en of het zijn heilige plicht was om elke onwetende of ongeloovige patiënt tot zijn geloof te bekeren". De arts "leert" zijn visies aan de patiënten, zodat zij zich gaan gedragen op een manier, die aansluit bij de rolverwachting van de arts en zodat de kans op kommunikatiestoornissen en conflicten kleiner wordt. Balint onderkent tevens het geváár van het apostolisch vuur: over het algemeen wordt het bij ieder geval automatisch in stelling gebracht, waarbij niet wordt afgegaan op de persoon en de situatie van de patiënt. Volgens Van Es is het risico van machtsmisbruik in deze handelwijze dan ook levensgroot aanwezig.

#### 6. Arts en patiënt als individu.

Balint voert ons als vanzelf naar de kern van de arts-patiënt relatie, waar we twee individuen zien interakteren. Het apostolisch functioneren is namelijk één van de manieren, waarop de arts "zichzelf als medicijn kan toedienen"! Het apostolisch vuur bepaalt voor een deel de reactie van de arts op datgene, waarmee de patiënt komt en deze reactie is een (neven)werking van het geneesmiddel "arts". Balint geeft in het laatste hoofdstuk van zijn boek (waarin voornamelijk niet puur somatische gevallen worden behandeld) een schets van een soort Medisch Utopia. Hij benadrukt daar (onder het motto: "He who asks questions will get answers - but hardly anything else"), dat de arts vooral moet leren luisteren, wanneer hij met zijn patiënt wil komen tot een diepe diagnose. Dit konsept van "de luisterende arts" is later door zijn vrouw Enid Balint e.a. verder uitgewerkt en aangevuld in de "Flash Technique".

Balint beschouwt elke relatie tussen een huisarts en een patiënt als een "maatschap". Hij bedoelt hiermee, dat de huisarts in de loop van de tijd in zijn patiënt kennis, inzicht, ervaring en emoties "investeert", en dat de patiënt ook op een dergelijke wijze in de huisarts investeert. Deze bijzondere verstandhouding, die is gegroeid op basis van wederzijdse voldoening of wederzijdse teleurstelling, kan - als ze goed wordt benut - zowel voor patiënt als arts een redelijke rente opleveren. Volgens Balint is continuïteit dan ook de essentie van de relatie huisarts-patiënt en moet elke behandeling, vooral één die succes heeft, een verdere aanzienlijke toeneming betekenen van het gemeenschappelijk geïnvesteerde kapitaal van de maatschap. De verstandhoudingen in de verschillende arts-patiënt relaties zullen dus niet uniform zijn, maar mede afhangen van de patiënt en zijn situatie. Ook Szasz en Hollender hebben zich met deze variabele contacten bezig gehouden. Zij beschreven drie typen arts-patiënt relaties, die direkt gerelateerd zijn aan de organische symptomen van ziekte.

- a) "activity-passivity". De arts is hier actief en de patiënt is passief. De patiënt is min of meer hulpeloos en de arts "doet iets aan hem". De behandeling vindt zonder medewerking en soms zelfs zonder medeweten van de patiënt plaats. Deze situatie doet zich vooral voor bij spoedgevallen (ernstige verwondingen, veel bloedverlies, coma). Het prototype van dit model zou te vinden zijn in

de relatie van de ouder tot het hulpeloze kind.

- b) "guidance-cooperation". De omstandigheden zijn nu minder kritiek; er is sprake van een akute ziekte (vooral infecties). Hoewel de patiënt ziek is, heeft hij precies in de gaten wat er gebeurt en kan hij aanwijzingen opvolgen en er enig oordeel over hebben. Verwacht wordt, dat de patiënt volgbaar is en aan de arts zal gehoorzamen. De arts is autoritair-instruerend: hij vertelt de patiënt wat er gedaan moet worden. Dit type contact zou vergeleken kunnen worden met de relatie van de ouder met het kind (of de adolescent).
- c) "mutual participation". Deze benadering is vooral van toepassing op de behandeling van chronisch zieken, die zelf het behandelingsprogramma uitvoeren, waarbij ze slechts zo nu en dan de arts konsulteren. De arts helpt de patiënt zichzelf te helpen; zijn interventies hebben dan ook meestal de vorm van het geven van adviezen. Deze relatie-modaliteit zou ook moeten bestaan bij revalidatie en preventie. Als prototype zien Szasz en Hollender de relatie van volwassenen onder elkaar, waarin de één de gespecialiseerde kennis bezit, die de ander nodig heeft.

De auteurs beweren niet, dat één van bovengenoemde modellen op zich beter is dan de andere twee. Verschillende omstandigheden vereisen verschillende typen arts-patiënt relaties. De arts "kiest" het model, dat voor elke patiënt het beste is. Deze keus is mede afhankelijk van het soort ziekte, de behandelingsfase, het type patiënt en het type arts.

Hollender legt in een latere publikatie uit, dat de participatie van arts en patiënt in elk model complementair is. De arts streeft ernaar de toestand van de patiënt te veranderen. De voor een bepaalde fase van de behandeling gewenste stabiliteit wordt daarmee opgeheven. In dergelijke situaties is het heel goed mogelijk, dat de behoeften en attitudes van de arts interfereren met hetgeen voor de patiënt het beste is. De arts zal in zulke gevallen zijn attitude en benadering moeten aanpassen aan de veranderende behoeften van de patiënt. Zo zal een arts een patiënt in coma behandelen volgens het eerste model. Wanneer de patiënt herstelt, is echter een overschakeling naar een ander soort relatie vereist. Is de arts hiertoe niet in staat, dan zal de patiënt hem - aldus Hollender - beschouwen als een persoon, die geen belang stelt in en niets begrijpt van zijn persoonlijke behoeften, terwijl de arts de patiënt moeilijk en non-koöperatief zal vinden. Ook de patiënt kan bovengenoemde overschakeling afremmen of blokkeren, bijvoorbeeld omdat hij moeite heeft met het loslaten van de behaaglijke patiëntenrol of omdat bij hem de behoefte bestaat zijn afhankelijkheid van de arts te continueren.

Zoals Hollender het complementaire aspect van de types arts-patiënt relaties benadrukt, gaat ook Bloom in op de wederzijdse onderlinge relatie en afhankelijkheid. Hij spreekt over de arts-patiënt interactie in termen van transactie: reciproke processen in een systeem van actie en gedrag.

In zo'n systeem vinden - vooral als het in evenwicht is - tweezijdige, fasische en cyclische uitwisselingen (transacties) plaats, die groten-deels zelf-regulerend en zelf-korrigerend zouden zijn. Deze uitwisse-

lingen houden het systeem draaiende. De balans binnen het systeem staat of valt met het al dan niet komplementair zijn van de interactie-komponenten.

De individuele arts-patiënt relatie kan - afhankelijk van waar de arts in de situatie op gericht is - worden benoemd als instrumenteel of expressief. Kommunikatieprocessen, welke "menselijke" of sociaal-emotionele problemen benadrukken, behoren tot de expressieve transactie; instrumentele transactie is een meer taak-gerichte categorie, waarbij de z.g. "objective application of medical science" op de voorgrond staat.

#### 7. De volledige context van de arts-patiënt relatie (samenvatting).

De individuele arts en patiënt nemen, handelend volgens hun respectievelijke sociale rollen deel aan een sociaal systeem van uitwisselingen. Deze drie aspecten (individu, "speler" van een sociale rol en de onderlinge transacties) vormen de interne omgeving van de relatie. Deze interne omgeving bestaat dus uit een aantal, aan de beide partners en hun interactie te onderkennen, eenheden. Bij een goede methode zou zij in, of in elk geval vlak bij, de spreekkamer van de arts te onderzoeken zijn.

De interpretatie van de beide individuen en hun rollen is echter mede afhankelijk van een scala sociale krachten. De medische professie is voor het gedrag van de arts de belangrijkste referentiebron; bij de patiënt komt hiervoor meestal het gezin in aanmerking. Samen met de cultuur, waarop ze beide gebaseerd zijn, vormen de medische professie en de primaire referenties van de patiënt de externe omgeving van het arts-patiënt contact.

De cultuur hebben we tenslotte nog onderverdeeld in subculturele referentiegroepen als klasse, ras, streek e.d.

De externe omgeving is dus een konglomeraat van invloeden. De bronnen van deze invloeden zijn buiten de spreekkamer, buiten de directe onderlinge interactie gelegen.

#### 8. Plaatsbepaling der te bespreken onderzoeken.

Wanneer we kijken, waar de in het volgende hoofdstuk beschreven onderzoeken zich op richten, valt het op, dat de meeste studies de interne omgeving van de arts-patiënt relatie als object van onderzoek hebben. Er zijn slechts enkele uitzonderingen op deze regel:

- Cassee heeft het huisartsengedrag met de sociaal-ekonomische status van de patiënt in verband gebracht.
- Shuval heeft zijn steekproef zó samengesteld, dat culturele verschillen en verschillen in woon-omgeving gevarieerd konden worden, en
- Winkler Prins heeft de aard en uitgebreidheid van de persoonlijke betrekkingen der patiënt in zijn onderzoek betrokken.

Natuurlijk gebruiken ook de onderzoekers, die zich op de interne omgeving van de arts-patiënt relatie richten, variabelen welke betrekking hebben op de externe omgeving van die relatie. Deze variabelen worden in die gevallen echter als echte "achtergrond"-variabelen gebruikt. We bedoelen hiermee te zeggen, dat deze onderzoekers de bedoelde variabelen hanteren als gegevens, die angstvallig konstant of random of gestratificeerd gehouden moeten worden teneinde te voorko-

men, dat ze interveniëren met de onderzoeksresultaten.

De plaats, die de externe omgeving in de arts-patiënt relatie inneemt, kan pas dan bepaald worden, wanneer onderzoeken worden uitgevoerd, waarin de zogenaamde achtergrondvariabelen juist heel bewust en systematisch gevarieerd worden.

## II. ONDERZOEKEN NAAR DE ARTS-PATIËNT RELATIE.

### 1. Inleiding.

In dit hoofdstuk worden een vijftiental onderzoeken naar de arts-patiënt relatie besproken. Deze bespreking valt uiteen in twee delen:

- Een analyse van elk onderzoek wat betreft vraagstelling, opzet en theoretische achtergrond.
- Een bespreking van de resultaten van elk onderzoek.

In hoofdstuk I en III worden theorieën, modellen en onderzoeken vrij globaal behandeld. In het hierna volgende zal echter op elk onderwerp gedetailleerder worden ingegaan.

De bedoeling van dit hoofdstuk is dan ook tweërlei:

- Op de eerste plaats achten wij het van waarde voor nieuwe onderzoekers. Wij menen, dat het nuttig is om in detail kennis te nemen van de verschillende methodes van observatie en materiaalverwerking die reeds gebezigd zijn, van de verschillende benaderingen die mogelijk zijn, van de resultaten die reeds geboekt zijn en wat dies meer zij.
- Voorts is deze gedetailleerde beschrijving bedoeld als referentiekader voor de in hoofdstuk III volgende bespreking. We zullen daar regelmatig naar het hier verzamelde materiaal verwijzen.

#### Welke onderzoeken worden in beschouwing genomen.

Bij het verzamelen van onderzoeken hebben wij een aantal - soms vrij kunstmatige, soms ook vage - afbakeningen gemaakt. We richtten ons op onderzoeken, die zich bezig hielden met de relatie tussen huisarts (general practitioner) en patiënt. Het betreft hier de relatie in het algemeen; niet opgenomen werd het arts-patiënt contact in verband met bijvoorbeeld stervensbegeleiding, dieetpatiënten etc.

Soms was de arts-patiënt relatie slechts één van de onderzoeksobjecten; in dergelijke gevallen wordt alleen dat deel van het onderzoek behandeld.

Onderzoeken in ziekenhuizen werden weggelaten, tenzij het contact vergelijkbaar geacht werd met een spreekuurcontact van de huisarts (bijv. in het geval van poliklinisch werkende huisartsen). Onderzoek dat betrekking heeft op de specifieke ziekenhuissituatie komt in dit hoofdstuk dus niet voor.

Alle behandelde onderzoeken dateren uit de afgelopen vijftien jaar. Dit komt ook redelijk overeen met de startdatum van dit soort onderzoek. Voor die tijd werden er wel theorieën opgezet over de rollen van arts en patiënt - vooral vanuit de sociologie - maar is er nauwelijks empirisch onderzoek verricht.

#### Welke aspecten van de onderzoeken worden in beschouwing genomen.

In het bovenstaande is reeds opgemerkt dat de bespreking van de verschillende onderzoeken uiteen valt in twee delen.

Het eerste deel wordt gekarakteriseerd door de vraag: "Wat onderzoekt dit onderzoek en hoe wordt dat onderzocht".

We zullen dit bespreken aan de hand van een drietal aandachtspunten: de probleemstelling, de theoretische uitgangspunten en de methode en opzet. We zullen eerst van elk onderzoek weergeven wat de probleem-

stelling is. Een bespreking der probleemstellingen is om verschillende redenen opgenomen.

Een vergelijking van de verschillende konseptualiseringen van de arts-patiënt relatie kan reeds belangrijke informatie geven. De arts-patiënt relatie op zich is een zo breed begrip, dat het op veel verschillende manieren kan worden uitgewerkt. Een onderscheid kan gemaakt worden tussen onderzoekers die de konkrete arts-patiënt interactie observeren en onderzoekers die aan arts en/of patiënt informatie vragen over hun onderlinge verhouding.

Voorts blijkt uit de vraagstelling in hoeverre resultaten generaliseerbaar zullen zijn, wat de toepasbaarheid van de resultaten in de praktijk kan zijn, en in welke mate ze bij kunnen dragen tot theorievorming.

Ook willen we trachten een inzicht te krijgen in de theoretische uitgangspunten welke door de onderzoekers gehanteerd worden. Deze theoretische uitgangspunten worden onder meer duidelijk door de theoretische konstrukten welke de onderzoeker hanteert. Over deze theoretische konstrukten het volgende:

Sommige aspecten van de arts-patiënt relatie berusten op direkt meetbare feiten; een aantal andere aspecten veronderstellen echter een tussenliggend idee dat zelf niet direkt meetbaar is of kan worden waargenomen. Het is echter moeilijk om vast te stellen in hoeverre een begrip direkt waarneembaar is (empirisch begrip) of daarentegen verwijst naar een niet direkt waarneembaar konstrukt. De Groot spreekt van een gradueel verschil, n.l. een onderscheid naar de mate van abstraktie die nodig is om van de direkt waargenomen feiten tot het begrip te komen en omgekeerd.

Een van de problemen is, dat sommige termen nu eens verwijzen naar de empirie, dan weer naar een door de onderzoeker afgeleid konsept. Zo wordt het begrip "tevredenheid" soms rechtstreeks gemeten d.m.v. de vraag: "Bent U tevreden", maar soms ook afgeleid uit andere gegevens (als het opvolgen van de voorschriften, antwoorden op andere vragen etc.) In dit laatste geval spelen de theorieën die een onderzoeker omtrent tevredenheid heeft een rol, vandaar dat we spreken van een theoretisch konsept of konstrukt.

Om een duidelijke scheiding aan te brengen tussen empirische gegevens en theoretische konsepten, zullen rechtstreeks gemeten gegevens empirisch genoemd worden en zullen we begrippen, die door de onderzoeker uit zijn data zijn afgeleid, theoretische konsepten noemen.

Door na te gaan welke theoretische konsepten als abstraktie van de werkelijkheid gebruikt worden, is het mogelijk een inzicht te krijgen in de theoretische uitgangspunten van de onderzoeker.

Tenslotte wordt aandacht besteed aan de gebruikte methodes en aan de opzet van de onderzoeken. Ook dit lijkt ons van belang voor nieuwe onderzoekers in dit veld; maar bovendien willen we trachten tot een evaluatie van verschillende methodes te komen. We hebben het idee dat dit laatste rechtstreeks samenhangt met een evaluatie van de probleemstelling en de resultaten, m.a.w. dat bepaalde probleemstellingen reeds bepaalde resultaten impliceren en andere uitsluiten en dat de probleemstelling ook in zekere mate bepalend is voor de te volgen methode; ook oefent de gevolgde methode o.i. invloed uit op de resultaten.

Het tweede deel van het hoofdstuk behandelt de resultaten van elk onderzoek. Ook hiervoor geldt, dat deze gedetailleerde resultaten op zich van belang zijn voor nieuwe onderzoekers en dat ze tevens vermeld worden om er in het volgende hoofdstuk naar te kunnen verwijzen. Zoals reeds opgemerkt onder deel I willen we niet alleen de resultaten sec beschouwen, maar ze ook in verband brengen met de gebezigde probleemstelling, de gevolgde methoden, de theoretische uitgangspunten etc.

Naast het vermelden van resultaten willen we in dit deel ook de gelegenheid aangrijpen om de onderzoeken ieder voor zich te evalueren.

## 2. Probleemstellingen, theoretische uitgangspunten en methodes van de opgenomen onderzoeken.

### Brook.

Vijf artsen in Engeland hebben onder leiding van een psychiater geïnventariseerd welke emotionele problemen een integraal onderdeel van hun konsult of visite vormden. Aan de hand van zes aandachtspunten rapporteerden de artsen over elke patiënt, die deel uitmaakte van de steekproef. Deze aandachtspunten omvatten de volgende psychologische aspecten van de kommunikatie:

- a) Psychologische problemen van de patiënt, die factoren kunnen zijn in de etiologie van de klacht.
- b) Psychologische problemen bij andere leden van het gezin van de patiënt, die op een of andere manier aan de huidige situatie kunnen bijdragen.
- c) In hoeverre is de echte reden van de konsultatie de gestelde reden; of in welke mate is de gestelde reden een bedekt appèl om hulp bij een of andere vorm van leed?
- d) Angsten van de patiënt over zijn symptomen, de diagnose, de behandeling.
- e) De arts-patiënt relatie.
- f) De problemen van de arts in de situatie.

De vraag of er theoretische konstrukten gehanteerd worden kan nauwelijks worden beantwoord, aangezien geen der variabelen wordt gespecificeerd in termen van beter observeerbare begrippen. We moeten dus aannemen, dat de onderzoekers het idee hebben, dat de door hen genoemde aandachtspunten rechtstreeks observeerbaar zijn.

De artsen rapporteerden hun ervaringen met de zes genoemde aandachtspunten ten aanzien van in het totaal honderd patiënten (80 konsulten en 20 visites). Van elk spreekuur werd iedere zevende patiënt onderdeel van de steekproef; van elke reeks visites werd de middelste betrokken bij het onderzoek.

Aangezien enkele der zes genoemde categorieën - die ook nog onderverdeeld waren - niet vaak van toepassing bleken te zijn en de patiëntengroep niet erg groot was, konden geen statistisch significante uitkomsten verwacht worden. Het onderzoek vond plaats in Engeland.

### Cartwright.

Cartwright informeerde bij patiënten naar een aantal vrij zakelijke gegevens omtrent hun relatie met de arts:

- hoe vaak ziet men de dokter?



- welke klachten overheersen?
- in hoeverre beantwoordt de dokter aan de verwachtingen?

Voorts onderzocht zij:

- samenhangen tussen het aantal konsultaties enerzijds en sexe, leeftijd, sociale klasse en geografische factoren anderzijds.
  - samenhangen tussen sexe en/of leeftijd der patiënten enerzijds en de gewaardeerde eigenschappen van de arts alsmede de soorten mensen met wie men persoonlijke problemen bespreekt anderzijds.
  - de samenhang tussen de frekwentie van konsultatie en een aantal gezinskenmerken.
  - de samenhang tussen sociale klasse en de mate van kritiek op de arts.
- Bij de arts werd geïnformeerd naar het plezier, dat hij in zijn praktijkwerk heeft, en naar de alledaagsheid van de problemen, die hij ontmoet.

Tenslotte werd onderzocht hoe persoonlijk de relatie tussen arts en patiënt is.

Cartwright gebruikte geen theoretische konstrukten. Zij vroeg 1397 patiënten (uit een sample van 1728 personen) en hun artsen (van de 552 aangeschreven artsen reageerden er 422) naar hun opinies. De patiënten en hun artsen waren verdeeld over 12 distrikten, variërend van stadskernen tot plattelanddorpjes.

#### Cassee.

Cassee onderzocht hoe de patiënten het gedrag van de huisarts beleven. Uit een analyse der konkrete gedragsbeschrijvingen kwamen vijf gedragsdimensies naar voren. Cassee relateerde dit huisartsengedrag aan de sociaal-ekonomische status van de patiënt en aan de tevredenheid van de patiënt met de arts.

Cassee onderscheidt vijf soorten optreden van de arts. Deze begrippen zijn als theoretische konstrukten te beschouwen.

- Informatief optreden: uitleggen, vertellen wat de patiënt mankeert, voorlichten omtrent ziekte, overleg met patiënt.
- Kommunikatief optreden: patiënt gevoel geven dat hij open kaart kan spelen, op gemak stellen, bereid zijn om te luisteren, meevoelen.
- Afwerend optreden: niet als gelijke behandelen, te weinig tijd, afstand houden, wispelturig zijn (min of meer het omgekeerde van kommunikatief optreden).
- Instrumenteel optreden: zekerheid op het medische vlak met betrekking tot diagnosticeren en therapie.
- Diffuus optreden: over niet-medische zaken praten, in meer dan alleen de ziekte geïnteresseerd zijn.

Cassee meet het gedrag van de huisarts door de patiënt stellingen over het gedrag van zijn huisarts op een 5-puntsschaal te laten beoordelen. Door middel van faktor- en kluster-analyse komt Cassee tot een structurering van de verschillende items in de vijf gedragsdimensies informatief, kommunikatief, afwerend, instrumenteel en diffuus. De mate van informatief (etc...) optreden is de totaalscore, die is behaald op de items betreffende die bepaalde manier van optreden.

Tevredenheid wordt door Cassee niet als theoretisch konstrukt behandeld, waardoor het verband met eventuele andere konstrukten ook niet verder uit de verf kan komen. Hierdoor worden de vijf bovengenoemde

konstrukten slechts stuk voor stuk in verband gebracht met de mate van tevredenheid van de patiënt.

Tevredenheid is gemeten door de patiënten op een 5-puntsschaal te laten reageren op de vraag: "Hoe tevreden bent U, alles bij elkaar genomen, met Uw huisarts?"

De sociaal-ekonomische status is bij Cassee een combinatie van opleidingsniveau en beroep. Bij de beschrijving van dit konstrukt legt Cassee niet uit, hoe de combinatie van opleidingsniveau en beroep te splitsen is in twee relatieve bijdragen tot de maat van sociaal-ekonomische status. Cassee beschrijft evenmin, hoe hij tot een uiteindelijke verdeling in hoge en lage sociaal-ekonomische status komt.

Cassee nam gestructureerde interviews af bij een a-selekte steekproef, die was getrokken uit de bevolking van de gemeente Utrecht. De leeftijden in de steekproef varieerden van 21 tot 65 jaar. Het sample bestond uit 350 personen. Uiteindelijk bleken echter slechts 300 interviews voor verdere bewerking in aanmerking te komen.

#### Davis.

Davis wilde het al dan niet opvolgen van instructies door de patiënt in verband brengen met de interactie tussen arts en patiënt in het betreffende spreekuurkontakt.

Daartoe scoorde hij de arts-patiënt kommunikatie in de twaalf gesprekscategorieën van Bales (zie onder). Een analyse van dit materiaal gaf aanleiding tot het vaststellen van tien gesprekstypen (zie onder). Davis heeft vervolgens gemeten hoe arts en patiënt - op het gebied van het opvolgen van de adviezen van de arts - hun eigen specifieke rolverplichtingen zagen en wat zij in deze qua rol van de ander verwachten. Uit deze percepties en verwachtingen werd de mate van meewerken van de patiënt afgeleid.

Tenslotte onderzocht Davis welke gesprekstypes samenhangen met het opvolgen en welke types samenhangen met het niet-opvolgen van de voorschriften.

Om gegevens omtrent de arts-patiënt interactie te verkrijgen volgde Davis de volgende procedure:

Bij het eerste bezoek werden de diagnose(s) en de voorschriften op de band opgenomen, terwijl van het herhalingskonsult de totale interactie op de band werd vastgelegd.

Voor het theoretische konstrukt "arts-patiënt kommunikatie" hanteerde Davis de twaalf categorieën van Bales, die verbale uitingen klassificeren:

- a: Shows solidarity, raises other's status, gives help, reward.
- b: Shows tension release, jokes, laughs, shows satisfaction.
- c: Agrees, shows passive acceptance, understands, concerns, complies.
- d: Gives suggestion, direction, implying autonomy for others.
- e: Gives opinion, evaluation, analysis, expresses feeling, wish.
- f: Gives orientation, information, repeats, clarifies, confirms.
- g: Asks for orientation, information, repetition, confirmation.
- h: Asks for opinion, evaluation, analysis, expression of feeling.
- i: Asks for suggestion, direction, possible ways of action.
- j: Disagrees, shows passive rejection, formality, withholds help.
- k: Shows tension, asks for help, withdraws out of the field.
- l: Shows antagonism, deflates other's status, defends or asserts self.

De arts-patiënt gesprekken werden in bovenstaande categorieën geskoord. Vervolgens werd op deze gegevens een faktor-analyse toegepast, hetgeen resulteerde in tien interaktiekategorieën:

- a: Malintegrative behaviour - bijvoorbeeld: beiden handelen formeel, passieve verwerping van elkaar e.d.
- b: Active patient-permissive doctor - bijvoorbeeld: patiënt evalueert en analyseert; hij aksepteert nauwelijks wat de arts zegt.
- c: Solidary relationship - bijvoorbeeld: vriendelijk gedrag van beiden, tevredenheid met de interactie e.d.
- d: Nondirective antagonism - arts is antagonistisch, geeft géén informatie, uitleg of oriëntatie.
- e: Informative nonevaluativeness - arts geeft veel richting, maar geen diagnose of evaluatie.
- f: Nonreciprocal informativeness - betreft de diagnostisering: de arts vraagt informatie, die de patiënt ook geeft; de arts geeft geen informatie.
- g: Evaluative congruence - meet de oplossing van problemen onderling: arts en patiënt komen overeen in hetgeen ze voor de relatie belangrijk en gunstig vinden.
- h: Entreative inquiry - patiënt vraagt om oriëntatie, informatie en analyse.
- i: Tension build-up - beide partners vertonen veel spanning.
- j: Tension release - beide partners vertonen ontspanning door lachen e.d.

De index voor het meewerken van de patiënt was een gewogen gemiddelde van het opvolgen van twee typen voorschriften:

- voorschriften voor thuis of op het werk, en  
- voorschriften, waarvoor de patiënt naar het ziekenhuis moest gaan. Dit opvolgen werd op drie verschillende manieren gemeten. Men analyseerde patiëntengegevens uit de kaartenbak van de arts, gebruikte antwoorden van patiënten op vragen over het zich herinneren en opvolgen van de voorschriften en deed hetzelfde met de antwoorden van de arts op vragen hoe goed de patiënt zich aan de voorschriften hield. Tenslotte werden de patiëntenkaarten geanalyseerd op demografische gegevens, voorschriften en afgezegde afspraken.

Bij het onderzoek waren 154 nieuwe patiënten betrokken. Van hen werden er 76 behandeld door junior-artsen (4e jaars studenten) en 78 door senior-artsen.

#### Francis e.a.

Gedurende vijf jaar heeft een team in het kinderziekenhuis van Los Angeles onderzoek gedaan naar de kommunikatie tussen arts en patiënt. Men volgde hiertoe het verloop van poliklinische konsulten tussen verschillende artsen en verschillende nieuwe patiënten. Tevens werden onmiddellijk na het konsult en veertien dagen later interviews gehouden met de moeders der patiënten. Omdat de interactie voornamelijk plaats vond tussen de arts en de moeder van het kind, werd de moeder in het onderzoek aangemerkt als de patiënt.

Het onderhavige onderzoek richtte zich vooral op de mate, waarin de (moeders van de) patiënten zich aan de voorschriften hielden. (In de engelstalige literatuur spreekt men hier over "compliance".) Men bekeek deze "compliance" in het kader van de verwachtingen van de pa-

tiënt, de arts-patiënt relatie, tevredenheid, type en ernst van de ziekte en type en kompleksiteit van het medische voorschrift.

Het konstrukt compliance stond bij Francis e.a. voor het opvolgen van het advies van de arts. Bij hoge compliance werden alle instructies opgevolgd; bij lage compliance weinig of geen. Matige compliance verwees naar het zich gedeeltelijk houden aan het medische voorschrift. De mate van tevredenheid - ook een theoretisch konstrukt - werd vastgesteld op grond van direkte vragen, indirecte vragen en globale satisfaktieschattingen.

De moeders van de patiënten werden geïnterviewd over hun percepties van de ziekte van het kind en hun subjektieve ervaringen met de ziekte, hun verwachtingen over het medisch konsult, hun percepties van de interactie met de arts, hun tevredenheid met het bezoek en over hun compliance met het door de arts gegeven advies.

Compliance werd niet alleen gemeten door de antwoorden van de moeders te verwerken; de interviewers maakten ook een subjektieve schatting van de mate, waarin de instructies waren opgevolgd. Zo mogelijk werden tevens de medicijnflessen en -potten gecontroleerd om vast te stellen of ze inderdaad aanwezig waren en in hoeverre ze gebruikt waren.

De instructies van de arts werden verkregen door middel van de aantekeningen van de arts op de patiëntenkaart en door middel van de aan de patiënt gegeven verbale instructie over therapie en terugkomen. Bij het onderzoek waren 800 patiënten (kinderen met hun moeders) betrokken. Zij werden bestudeerd met behulp van bandopnames van het konsult, patiëntenkaarten en semi-gestruktureerde interviews vlak na het konsult en veertien dagen later.

De groep patiënten werd in drieën gedeeld:

- bij subgroep 1 werden alle methodes toegepast,
- subgroep 2 werd niet onmiddellijk na het konsult geïnterviewd, en
- van het spreekkamergebeuren van subgroep 3 werden geen bandopnames gemaakt.

#### Haehn.

Het onderstaande onderzoek werd opgenomen als voorbeeld van een inventarisatie onderzoek. Hoewel we in het algemeen bij dit literatuuronderzoek inventariserende onderzoeken buiten beschouwing hebben gelaten, hebben we in dit onderzoek van Haehn wel aanleiding gevonden om het te bespreken.

Het schijnt ons n.l. toe, dat men tracht het continue karakter van de relatie tussen arts en patiënt te betrekken in het onderzoek. Dit blijkt uit het meten van de bekendheid van de arts met de patiënt.

Gedurende drie maanden hielden dertien artsen bij welke handelingen zij verrichtten bij een bepaalde patiëntengroep. Het ging hierbij om zaken als de duur van het konsult, de bekendheid met de patiënt (en de klacht), de aanleiding tot de konsultatie, de uitvoering van de diagnose e.d.

Haehn maakte geen gebruik van theoretische konstrukten.

Van de betreffende patiëntengroep noteerde de arts voor elke patiënt de duur van het konsult.

Voorts katalogiseerde de arts de patiënt op de volgende criteria:

- in de praktijk volledig nieuwe patiënt
- in de praktijk bekende patiënt, die met een nieuwe klacht komt
- patiënt, die al lang in behandeling is; de patiënt komt met een klacht, die reeds behandeld wordt
- bijzondere gevallen
- weekend-/nachtdiensten e.d.

Tevens werd(en) de aanleiding(en) tot de konsultatie geregistreerd (aan de hand van de zogenaamde "Verdener Problemliste").

De diagnostische bezigheden werden ook geanalyseerd. Diagnostiseren werd ingedeeld in zeven stadia, die varieerden van het eenvoudige diagnostische gesprek tot de intensieve diagnostiek, waarbij allerlei technische hulpmiddelen alsmede de verwanten van de patiënt worden ingeschakeld:

a: Keine Leistung.

b: Verlaufsbeobachtung mit diagnostischer Absicht.

c: Gezielte Anamnese und Untersuchung.

d: Gezielte Anamnese und Untersuchung, auch mit technischen Hilfen.

e: Systematische Anamnese und Untersuchung.

f: Grösster Aufwand, Fremdbefragung, technische Untersuchungen.

g: Diagnostisches Konsilium.

Tenslotte werden de therapeutische maatregelen in 12 categorieën geanalyseerd.

De dertien artsen volgden in totaal 1275 patiënten gedurende een periode van 3 maanden. Dit resulteerde in 6065 arts-patiënt kontakten. Drie artsen praktizeerden in een grote stad, drie in een kleine stad. De overige zeven artsen werkten op het platteland.

#### Joosten.

Joosten formuleerde zijn probleemstelling aldus: "Welke sociale en individuele kenmerken van arts en patiënt hangen samen met hun verbaalde gedrag, en is er een samenhang te ontdekken tussen het vertoonde gedrag en de beoordeling van elkaars gedrag?"

Eén van de onderzochte gebieden was het gesprek tussen arts en patiënt. Hiervan werden twaalf formele kenmerken onderzocht op hun onderlinge samenhang, te weten: één-woord antwoorden, woordelijke herhaling arts, woordelijke-herhaling patiënt, betekenis-herhaling arts, betekenis-herhaling patiënt, phraselengte arts, phraselengte patiënt, hum-kuch techniek van de arts, vragen van de arts, onderschikkingsratio\* arts, onderschikkingsratio patiënt en gespreksduur.

Door de gesprekken tussen arts en patiënt te analyseren op deze kenmerken werden verschillende gesprekstypes verkregen. Hoewel deze clusters als uitkomsten te interpreteren zijn, maakte Joosten er in zijn onderzoek een dusdanig gebruik van, dat we deze clusters hier als theoretische konstrukten vermelden.

Joosten destilleerde dus door middel van faktor-analyse uit de "geobserveerde" gesprekken zijn eigen theoretische konstrukten. Deze konstrukten waren:

\* Onder onderschikkingsratio verstaat de onderzoeker het gemiddelde aantal phrases per zin.

- 1: Arts-gecentreerd gesprek
  - één-woord antwoorden
  - woordelijke herhalingen van de patiënt door de arts en omgekeerd
  - betekenis-herhaling van de arts door de patiënt
  - phraselengte arts
- 2: Verbaal gesprek
  - weinig betekenis-herhaling van de patiënt door de arts
  - grote onderschikkingsratio patiënt
  - lange phraselengte arts en patiënt
- 3: Patiënt-gecentreerd gesprek
  - hummen en kuchen door de arts
  - grote onderschikkingsratio arts
  - lange gespreksduur

Joosten heeft voorts met behulp van vragenlijsten, die aan arts en patiënt werden voorgelegd, de wederzijdse beoordeling van arts en patiënt gemeten. Via factoranalyse werden zowel de percepties van de arts als die van de patiënt herleid tot drie clusters (d.w.z. een groep antwoorden, die vaak tegelijk worden gegeven; men kan dan vermoeden, dat aan die antwoorden eenzelfde "gevoel en betekenis" ten grondslag ligt).

Joosten onderscheidde in de perceptie van de arts

- 1: Evaluatie eigen gedrag arts. Dit cluster bestaat uit uitspraken als:
  - ik voel me zeker over de voorgeschreven therapie;
  - deze patiënt kan goed met me opschieten;
  - ik heb deze patiënt precies de ernst van zijn klacht verteld;
  - ik voel me zeker over de diagnose;
  - deze patiënt heeft al zijn klachten geuit;
  - ik heb alle antwoorden van de patiënt, die ik niet direkt begreep, gecontroleerd;
  - ik heb op alle antwoorden, die ik niet begreep, uitleg gevraagd.
- 2: Vervolmaaktheid gesprek. Hierin vallen reacties als:
  - ik heb alle antwoorden van de patiënt, die ik niet direkt begreep, gecontroleerd;
  - ik heb op alle vragen, die ik niet direkt begreep, om uitleg gevraagd;
  - ik had niet graag met deze patiënt nog wat doorgepraat;
  - deze patiënt legt teveel beslag op je.
- 3: Ernst van de klacht. In deze groep vallen antwoorden als:
  - deze klachten betekenen niet veel voor de patiënt;
  - deze patiënt kwam met reële klachten hier.

De perceptie van de patiënt bestond uit de clusters

- 1: Waardering voor de arts. Hiertoe behoren uitspraken als
  - deze arts aarzelt niet bij de diagnose;
  - deze arts heeft al mijn problemen begrepen;
  - deze arts interesseert zich niet alleen voor je ziekte;
  - deze arts vertelt je precies hoe ernstig het is;
  - deze arts overlegt, voordat hij iets voorschrijft;
  - als je de raad van een arts opvolgt, ben je het snelst beter;
  - deze arts behandelt je niet als een nummer;
  - deze arts praat over andere dan medische onderwerpen.
- 2: Sociaal informatieve patiënt. Hiertoe behoren reacties als:
  - ik kan over al mijn problemen spreken bij de arts;
  - bij deze arts kan ik al mijn problemen kwijt.

3: Afwerendheid arts. In dit cluster vallen antwoorden als:

- deze arts behandelt je als een nummer;
- deze arts reageert korzelig als je bij hem komt;
- deze arts houdt zijn patiënten op een afstand.

Zowel de groepen percepties van de arts als de groepen percepties van de patiënt werden in verband gebracht met de drie verschillende gesprekstypes.

Joosten maakte bij één arts bandopnames van de gesprekken met 15 mannen, die schouderklachten hadden. Deze patiënten bezochten de kliniek voor het eerste. (Twee gesprekken bleken onverstaanbaar en zijn dus niet geanalyseerd.)

De gesprekken werden van de band afgeluisterd en men scoorde op welk moment de twaalf bovengenoemde gesprekskategorieën in het gesprek voorkwamen. Deze skoring was de index voor de arts-patiënt interactie. De vragenlijsten, die ingingen op de attitude van de arts en de patiënt ten opzichte van het gesprek, werden door beiden onmiddellijk na het konsult ingevuld. Zowel de vragenlijst voor de arts als die voor de patiënt betroffen zoveel mogelijk dezelfde materie. Zo werd bijvoorbeeld aan de patiënt gevraagd of de arts hem informatie had gegeven over zijn ziekte en werd aan de arts gevraagd of hij de patiënt over zijn ziekte geïnformeerd had. De vragen waren ontleend aan de vijf gedragskategorieën van Cassee (zie pag. 17).

Bovendien gaf de arts een indicatie van de ernst van de klacht. Tenslotte werden bij de patiënt "anxiety" en extraversie gemeten. Men beantwoordde hiervoor vragen, welke waren geselecteerd uit de Amsterdamse Biografische Vragenlijst.

#### Katz.

Katz onderzocht een aantal kenmerken van de arts-patiënt interactie, zoals:

- bargaining (loven en bieden); één der partners vraagt ergens om of biedt iets aan - dit wordt door de ander geweigerd - na de weigering wordt de interactie hierover voortgezet;
- de mate, waarin verschillende tussen arts en patiënt uitwisselbare "bronnen" voorkomen. Bij deze bronnen kunnen we denken aan medikatie, informatie, uitleg e.d.;
- de manier, waarop de bronnen worden geïntroduceerd; hoe erover wordt gesproken; hoe de bronnen weer uit het gesprek worden afgevoerd;
- de plaats, waarop deze onderhandelingspunten in het gesprek voorkomen;
- de soort gesprekken, waarin bargaining voorkomt.

Katz omschreef het loven en bieden met behulp van "coding units". Een dergelijke kodeer-eenheid bestaat uit twee personen, die met elkaar in een bepaalde relatie staan. Deze relatie wordt voor beiden uitgedrukt in weigeren, aanbieden, zoeken, geven, aannemen, ergens van onthouden of niets doen ten aanzien van een bepaalde bron, een bepaald onderwerp. Wanneer persoon A bijvoorbeeld persoon B om een gunst vraagt (seeks), waarna B deze weigert te geven (refuses), dan bestaat de bron uit de gevraagde en geweigerde gunst.

Katz gebruikte in het totaal 20 coding units.

Als onderzoeksmateriaal had Katz 1000 woordelijke verslagen van konsulten ter beschikking. Om de interactie vast te leggen werd het voor-

komen van twintig interaktiedyades door observatoren aangetekend. Aan het onderzoek werkten 25 artsen mee, welke waren verbonden aan ziekenfondsklinieken in Jeruzalem. Van elke arts zijn 40 gesprekken met patiënten onderzocht.

#### Kish & Reeder.

Kish & Reeder vroegen aan patiënten of ze in het afgelopen jaar van hun arts de behandeling hadden gekregen, die ze wensten. Wanneer meerdere patiënten dezelfde arts hadden gehad, kreeg men - met hoogstens één afwijkende stem - altijd een meerderheidsbeslissing over de "goedheid" of "slechtheid" van de betreffende arts. De opinies der patiënten werden in een interview vastgesteld.

De artsen vulden een vragenlijst in over de lengte van hun opleiding, hun patiëntenbestand, praktijkvorm e.d. (kriteria, die de medische wereld - volgens Kish & Reeder - over het algemeen aksepteert als korrelaten van medische behandeling van hoog niveau).

De indicaties voor een positieve evaluatie van de arts waren:

- Het aantal opleidingsjaren, hetgeen in de Verenigde Staten kan leiden tot de "specialty board certification". De artsen, die aan het onderzoek deelnamen, gaven aan of ze bij de groep "board certified" of bij de groep "board eligible" behoorden.
- Het vermijden van uitzonderlijk grote praktijken door het patiëntenbestand te beperken.
- Een positieve motivatie van de arts ten aanzien van de patiënt. Bepaalde welfareprogramma's in de V.S. korreleerden volgens medische normen negatief met een goede praktijkvoering. Uit vragen naar de attitude van de arts ten opzichte van die programma's destilleerden Kish & Reeder de motivatie van de arts.
- Controle door gelijken. Hiertoe werd gekeken naar het type praktijk (individueel, samenwerkingsverband of groepspraktijk).

De onderzoekers korreleerden de twee bovenstaande groepen gegevens, namelijk de opinies der patiënten en de beoordeling der arts op de vier genoemde criteria.

Zij interviewden 366 patiënten van twee klinieken. Deze patiënten noemden de namen van 206 artsen, die een vragenlijst toegezonden kregen (respons: 143 artsen). Bovendien werd de vragenlijst gezonden aan een controlegroep van 231 artsen; van hen antwoordden er 122.

#### Korsch en Negrete.

Het onderzoek van Korsch en Negrete betrof een projekt binnen het onder Francis e.a. (zie pag. 19) beschreven onderzoek.

De konsulten werden geanalyseerd aan de hand van de categorieën van Bales (zie Davis, pag. 18). Voorts werd geïnformeerd naar de verwachtingen der moeders ten aanzien van het konsult, naar de reacties van de moeders op het konsult en naar het opvolgen van de instructies der arts door de moeders.

De "interactie-proces analyse" van Bales beschrijft de inhoud en de toon van de verbale interactie in termen van positief en negatief gevoel. Elke gespreksuiting van arts en patiënt werd geskoord in één der categorieën van Bales. Op deze manier kregen Korsch en Negrete



een beeld van de "arts-patiënt kommunikatie". Deze kommunikatie is - zo geformuleerd - te beschouwen als een theoretisch konstrukt. De mate van tevredenheid werd vastgesteld op grond van direkte vragen, indirekte vragen en globale satisfaktieschattingen. De tevredenheid wordt door ons dan ook als een theoretisch konstrukt beschouwd.

Meteen na het konsult en binnen een periode van veertien dagen daarna werden bij de moeders der patiënten twee interviews afgenomen. Het interview, dat onmiddellijk na het konsult werd gehouden, informeerde naar de verwachtingen, die de moeder had gehad ten aanzien van het konsult, en naar haar reakties op het konsult. Bij het follow-up interview werd het opvolgen der instructies nagegaan. Het opvolgen der instructies werd zo mogelijk ook nog gecontroleerd door de medicijnverpakkingen en de gebruikte inhouden na te kijken.

Het onderzoeksmateriaal bestond uit 800 konsulten van moeders met kinderen, die voor de eerste maal poliklinisch een kinderziekenhuis bezochten.

Vergelijking van de konsulten, waarbij geen gebruik werd gemaakt van bandopnames (300), met konsulten, waarbij dat wel het geval was, wees uit, dat de aanwezigheid van de bandrekoreder geen konstateerbare invloed had gehad op het gedrag van arts of patiënt.

#### Van Lidth de Jeude.

Van Lidth de Jeude formuleerde zijn doelstelling als volgt: "Het beschrijven van de ontwikkeling van een adekwate benaderingswijze van patiënten met psycho-somatische verschijnselen in een huisartsenpraktijk".

Ten behoeve van deze beschrijving ging hij de interaktie tussen arts en patiënt na en mat hij vier categorieën, die betrekking hadden op de aard van de aandoening, en een aantal categorieën, die betrekking hadden op de benaderingswijze van de arts. Het betrof hier inhoudelijk vrij nauw omschreven categorieën. Aan de hand van het wel of niet voorkomen van verschillende categorieën bij verschillende artsen werd het optreden van deze verschillende artsen vergeleken.

De categorieën, die Van Lidth de Jeude hanteerde, zijn over het algemeen empirisch gedefinieerd. In enkele randgevallen zou men eventueel van een theoretisch konstrukt kunnen spreken. Een dergelijke benoeming zou echter verder geen theoretische konsekwenties hebben: het zou niet meer achterliggende ideeën over het te onderzoeken objekt naar voren kunnen brengen.

Afgaande op de aard van de aandoeningen verdeelde Van Lidth de Jeude de patiënten in vier groepen:

- minor ailment
- somatisch verschijnsel-somatisch probleem
- somatisch verschijnsel-psychisch probleem
- psychisch probleem primair

Voorts werden nog onderscheiden:

- neurastheen syndroom
- onwelkome klacht
- nieuw geval

Het konsult werd door de onderzoeker geskoord op de volgende kenmerken:

- vraag naar psychische oorzaken - weggelaten
  - gesteld: antwoord positief
  - antwoord negatief
  - geen antwoord
- psycho-sociale oorzaak door de patiënt gesteld:
  - door arts opgenomen
  - door arts genegeerd
- vraag door patiënt naar toestand dokter
- poging tot duiding
  - door patiënt begrepen
  - door patiënt niet begrepen
- dokter brengt zijn oordeel in
- eigen empirisch ritueel van de arts
- sleutel-opmerking
  - door arts opgenomen
  - door arts genegeerd
- relatie-opmerking door arts
- loven en bieden
  - verdoezelen onwelkome klacht,
  - afwisselend ingaan op emotionele problemen en het lichamelijke verschijnsel,
  - arts houdt rekening met de fluktuerende bewustwording van de patiënt
- fluktuerende benaderingswijze
- gesprek over sleutelfiguren
  - spontaan door patiënt
  - vraag door arts
- onwillekeurige symboolverwoording
- dokter denkt hardop.

Deze begrippen zijn - indien niet rechtstreeks observeerbaar - medisch gedefinieerd.

De onderzoeker observeerde en scoorde het voorkomen van de verschillende categorieën en verkreeg zo een beeld van de interactie tussen arts en patiënt.

Op deze manier werden interacties tussen drie artsen en respectievelijk 28, 27 en 26 patiënten geobserveerd.

#### Mechanic.

Mechanic ging bij 350 moeders in Madison, Wisconsin, onder meer na hoe deze moeders de dokter zagen en waar ze op af gingen bij het kiezen van een arts.

Het betrof een steekproef met sterke "middle class" kenmerken.

Mechanic gebruikte geen theoretische konstrukten.

In een interview met open en gesloten vragen antwoordden de moeders op vragen naar:

- de criteria, die gebruikt waren bij de keuze van de gezinsarts
- de kwaliteiten van een "goede" arts
- een beschrijving van hun opvattingen over een geïnteresseerde arts
- redenen van ontevredenheid.

#### Shuval e.a.

Shuval e.a. onderzochten in hoeverre de artsen, die waren verbonden aan Kupat Holim (de Israëlische instantie voor ziektekostenverzekering ten behoeve van arbeiders), status en katharsis (zie onder) ver-

leenden aan Roemeense en Marokkaanse patiënten in de stad of op het platteland. Zij namen daarbij aan, dat de Marokkanen bij hun immigratie een lagere status hadden dan de Roemenen met hun Europese kultuurpatroon. Voorts hypothetiseerden zij, dat in plattelandsklinieken méér status en katharsis verleend werd dan in stadsklinieken.

De onderzoekers gebruikten twee theoretische konstrukten, die van belang zijn voor de arts-patiënt relatie.

Status houdt in, dat de arts een hoge status bezit, die ook voor de patiënt begerenswaardig is. De arts kan deze status aan de patiënt doorgeven door hem een gevoel van nabijheid te geven (door middel van vriendelijkheid, warmte e.d.).

Shuval mat status door de antwoorden van de arts op vier vragen:

- hoe formeel begroet de arts de patiënt
- hoe goed herinnert hij zich hem
- hoe vaak moet de arts autoritair gaan optreden vanwege het feit, dat de patiënt moeilijkheden veroorzaakt of weigert mee te werken
- hoe sterk benadrukt de arts de afstand tussen de patiënt en zichzelf?

Deze vragen waren in multiple choice vorm gegoten.

Katharsis staat voor het kunnen vertellen van ideeën en problemen.

Hieraan voldoet de arts als hij de gelegenheid geeft tot vrije communicatie. Juist in Israël, waar vooral voor primitieve joden de wijze oude vrouw en de rabbi meer en meer wegvallen, krijgt de arts in dit opzicht een belangrijke plaats.

De mate, waarin de arts katharsis gaf, werd gemeten door de artsen drie multiple choice vragen te laten beantwoorden:

- hoezeer moedigt de arts de patiënt aan (of remt hij hem) om te praten over puur medische problemen
- hoezeer moedigt de arts de patiënt aan (of remt hij hem) om te praten over problemen, die niet geheel medisch zijn
- hoezeer moedigt de arts de patiënt aan (of remt hij hem) om te praten over problemen, die totaal niet medisch zijn?

Shuval heeft een systematisch vragenlijstje voorgelegd aan 342 artsen, die regelmatig zowel oriëntaalse als oost-europese joden behandelden. Status en katharsis werden gemeten ten aanzien van drie groepen patiënten in Israël, namelijk

- a: plattelands-Roemenen
- b: stads-Roemenen en plattelands-Marokkanen
- c: stads-Marokkanen

Shuval hypothetiseerde, dat de artsen eerder status en katharsis zouden geven aan Roemenen dan aan Marokkanen, en hij verwachtte tevens, dat plattelands-patiënten meer status en katharsis zouden ontvangen dan stads-patiënten.

De in het onderzoek betrokken groepen werden geordend. Het criterium voor deze ordening was de mate, waarin de patiënten - volgens de hypothese - status en katharsis zouden ontvangen.

De stads-Roemenen en plattelands-Marokkanen vormden één groep patiënten, omdat Shuval deze twee groepen niet kon rangordenen. In de hypothesen waren immers geen gewichten toegekend aan de ethnische en de stad-/platteland-factoren.

Vuori et al.

Vuori et al. vergeleken bij "ambulatory care" en "hospital care" patiënten ervaringen met de arts-patiënt relatie. De patiënten spraken zich uit over hun ervaringen op het gebied van de instrumentele, de ekspressieve en de kommunikationele interactie.

Vuori et al. onderscheidde drie manieren van interactie met de patiënt. Deze interactievormen, welke zijn te beschouwen als theoretische konstrukten, waren:

- a: Instrumentele interactie; deze interactiewijze hangt samen met onderzoeken, diagnostiseren en behandelen.
- b: Kommunikationele interactie; betreft de duidelijkheid der instructies, de afwezigheid van vreemde medische termen en het geven van informatie over de ziekte.
- c: Ekspressieve interactie; staat voor vriendelijkheid, interesse, individuele behandeling van de patiënt - de arts ziet de patiënt als individu en de patiënt kan zijn klachten kwijt.

Vuori et al. onderzochten tevens het succes van de relatie, zoals gezien door de patiënt. Als inhoud van het konstrukt "succes van de relatie" zagen zij

- de bereidheid van de patiënt om terug te keren naar dezelfde arts
  - de mate, waarin de patiënt de aan hem gegeven instructies opvolgt.
- De onderzoekers inventariseerden tenslotte ook achtergrondvariabelen van de arts (leeftijd en specialisme) en van de patiënt (leeftijd, sekse, scholing en inkomen).

De ervaringen van de patiënten met de drie bovengenoemde interactievormen werden in verband gebracht met het eventuele succes van de relatie én met de beide groepen achtergrondvariabelen.

Er werden twee samples onderzocht: "ambulatory care" (423 personen) en "hospital care" (445 personen). Deze patiënten waren ouder dan 16 jaar en woonden in Turku, Finland. Aan deze steekproef werd een lijst met gesloten vragen toegezonden. De lijst werd teruggezonden door resp. 330 (78%) en 360 (81%) leden van de beide samples, die overigens niet significant verschilden met betrekking tot de achtergrondvariabelen.

De vragenlijst ging in op

- verschillende aspecten van de ervaringen van de patiënt met de interactie
- achtergrond variabelen
- de bereidheid om terug te keren naar dezelfde arts en de mate, waarin de gegeven instructies waren opgevolgd.

Winkler Prins.

Winkler Prins onderzocht de volgende aspecten van de relatie tussen arts en patiënt:

- in hoeverre ziet men de huisarts als persoonlijk betrokken bij de arts-patiënt relatie (persoonlijke band)
- in welke mate staat men kritisch tegenover het beroepshandelen van de arts (kritische instelling)
- heeft men een voorkeur voor persoonlijke of beroepsmatige kwaliteiten van de ideale arts (personaal of funktioneel artsbeeld)
- welke funktiebreedte verwacht men van de arts; m.a.w. wat is de breedte van het veld, waarop men deskundigheden van de arts verwacht,

maar waarvoor de arts geen specifieke opleiding heeft genoten? Voorts werd in beschouwing genomen of bovenstaande percepties verschillen voor bewoners van de stad of van het platteland (twee gebiedstypes, die verschillen in de mate van sociale gedifferentieerdheid). Tevens werden de samenhangen tussen deze percepties onderzocht. Ten derde vroeg Winkler Prins zich af, welke samenhang er bestond tussen de aard en de uitgebreidheid van de persoonlijke betrekkingen (buiten de arts-patiënt relatie) van de patiënt enerzijds en de vier bovengenoemde facetten anderzijds. Tenslotte bezag Winkler Prins of dit laatste verband op het platteland anders is dan in de stad.

Winkler Prins maakte gebruik van vijf theoretische konstrukten. Hij onderzocht de persoonlijke band en de kritische instelling met behulp van een aantal vragen. De inhoud van die vragen wijst erop, dat volgens de onderzoeker

- a: persoonlijke band zou samenhangen met het bespreken van persoonlijke moeilijkheden, het niet hooghartig zijn van de arts, een kleine sociale afstand tussen arts en patiënt, het feit dat de arts uit zijn hoofd weet wie de patiënt is e.d.;
- b: de kritische instelling zou samenhangen met uitspraken als: huisartsen verdienen teveel, je kunt ook wel eens naar kruidenartsen gaan, de huisarts besteedt te weinig tijd aan je, de huisarts legt te weinig uit.

Winkler Prins onderscheidde aan het optreden van de arts twee soorten kwaliteiten:

- persoonlijke kwaliteiten (kwaliteiten van de arts als mens)
- instrumentele kwaliteiten (kwaliteiten van de arts als medisch deskundige).

Binnen het onderzoeksaspect "personaal of functioneel artsenbeeld" zien we deze tweedeling terug:

- c: het personale artsenbeeld bevat termen als "hartelijk en vriendelijk", "altijd strikt eerlijk", "werkt niet in de eerste plaats voor het geld", e.d.;
- d: Binnen het functionele artsenbeeld vinden we percepties met betrekking tot zaken als "zeer grote wetenschappelijke kennis en belangstelling", "precies kunnen vaststellen wat je mankeert" en "roept bij bijzondere klachten al gauw specialistische hulp in".

Een vijfde theoretisch konstrukt is

- e: de verwachte functiebreedte. Hiermee wordt aangegeven welke terreinen een huisarts moet beheersen náást die, waarvoor hij is opgeleid.

Winkler Prins heeft de theoretische konstrukten als volgt geoperationaliseerd:

- a: Persoonlijke band: de patiënten waardeerden vijf uitspraken omtrent de persoonlijke band op een vijfpunts-schaal. Deze antwoorden werden gekodeerd tot positief of negatief. Het aantal positieve antwoorden bepaalde de mate van persoonlijke band.
- b: Kritische instelling: op een vijfpunts-schaal waardeerden de patiënten vijf uitspraken omtrent de kritische instelling. Ook deze antwoorden werden gekodeerd tot positief of negatief. Het aantal positieve antwoorden bepaalde de mate van kritische instelling.
- c: Personaal of functioneel artsenbeeld: de patiënten moesten uit acht uitspraken (vier persoonlijke en vier functionele) drie kie-

zen waar zij het het meest mee eens waren. De onderzoeker scoorde "voorkeur persoonlijke arts", indien twee of drie gekozen uitspraken persoonlijk waren. Indien twee of drie gekozen uitspraken functioneel waren, werd "voorkeur functionele arts" geskoord.

- d: Verwachte funktiebreedte: aan de patiënten uit de steekproef werd gevraagd om van tien terreinen aan te geven of de arts hier deskundig op diende te zijn. Dát deel van de steekproef, dat op vier of minder terreinen deskundigheid van de arts verwachtte, werd geacht een relatief kleine funktiebreedte te verwachten.

Winkler Prins onderzocht de sociale betrekkingen door de patiënten in een interview te vragen of zij gehuwd of ongehuwd waren, in gezinsverband leefden of niet, al dan niet bezigheden buitenshuis hadden, een uitgebreide kennissenkring bezaten e.d.

Winkler Prins verkreeg zijn gegevens door gestructureerde interviews af te nemen bij een a-selekte steekproef van + 500 patiënten: 100 uit Den Ham-Vroomshoop, 100 uit de Beemster, 100 uit Hoge en Lage Mierde en 198 uit Amsterdam.

#### Konklusies.

In de inleiding van dit hoofdstuk zijn verschillende motieven aangevoerd, die een nadere bespreking van de verschillende probleemstellingen rechtvaardigen. We hebben daar gesteld dat het belangrijk is om:

- inzicht te krijgen in de verschillende konseptualiseringen van de arts-patiënt relatie

- de probleemstelling te bezien in het kader van de mogelijkheden voor theorievorming en toepassing in de praktijk.

Voorts werd opgemerkt dat probleemstelling, methode en gebruikte theoretische konstrukten met elkaar zouden samenhangen, m.a.w. dat bepaalde probleemstellingen tot bepaalde methodes zouden kunnen leiden etc. We willen nu trachten dit enigszins uit te werken aan de hand van de beschreven onderzoeken.

#### Kriteria ter beoordeling van de onderzoeken.

De term "arts-patiënt relatie" kan heel veel ladingen dekken. Er kunnen dan ook zeer verschillende onderzoeken aan gewijd worden.

We willen trachten enkele - onderling min of meer onafhankelijke - criteria te beschrijven, op grond waarvan beoordeeld kan worden in welke mate een onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan de kennis over of het inzicht in de relatie tussen art en patiënt.

- a: Wanneer met behulp van onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in een bepaald onderwerp, zijn er ruwweg drie fasen te onderscheiden:
- het inventariseren en beschrijven
  - het eksploratief zoeken naar theoretische verbanden
  - de toetsing van gehypothetiseerde theoretische verbanden.

We zien dan ook als een belangrijk beoordelingskriterium of in een bepaald onderzoek verbanden van theoretische aard worden gelegd.

Bij dergelijke onderzoeken zal er ook sprake zijn van theoretische vooronderstellingen waaruit theoretische konstrukten voortvloeien.

- b: Als tweede criterium zien wij de "breedte" van het onderzoeksobjekt. Het ene onderzoek tracht meer fasetten der arts-patiënt relatie te beschrijven en te verklaren dan het andere. De "breedte" van het onderzoeksobjekt geeft aan hoe volledig de arts-patiënt relatie

wordt onderzocht.

Een dergelijke benoeming is natuurlijk een -vaak intuïtieve- schatting. Door middel van zo'n taksatie kunnen we een onderscheid maken tussen:

- zeer specifieke onderzoeksobjecten (bijv. : beoordelen de patiënten hun arts op dezelfde manier als de artsen zelf, Kish & Reeder), en
  - onderzoeksobjecten die meer met de "totale" arts-patiënt relatie te maken hebben. Zo wordt in het onderzoek van Davis bijvoorbeeld nagegaan welke interactiepatronen van arts en patiënt het opvolgen van instructies stimuleren of afremmen.
- c: Ons laatste criterium is de generaliseerbaarheid. Wanneer een onderzoek op de generaliseerbaarheid wordt beoordeeld, kijken we naar de grootte van de groep artsen en/of patiënten waarop de resultaten van toepassing geacht kunnen worden.

#### Twee soorten onderzoek.

Wanneer we de besproken onderzoeken nader beschouwen, blijken de onderzoeksobjecten in twee hoofdgroepen uiteen te vallen. Deze twee hoofdgroepen hebben hun eigen, specifieke onderzoeksmethodes:

a: Onderzoek naar het interactieproces.

De onderzoekers maken gebruik van observatie, categorisering, eventueel vraaggesprekken n.a.v. de interactie e.d.

b: Onderzoek naar de houding van de arts en/of de patiënt t.o.v. de relatie, naar de mening van de arts over de patiënt en omgekeerd. Dit soort onderzoek geschiedt in alle gevallen d.m.v. vragenlijsten, interviews e.d. Er wordt dan ook een ekstra subjectief element ingevoerd, omdat men afgaat op het geheugen en de interpretaties van de respondent.

We hebben dus te maken met het door arts of patiënt beschreven gedrag. In deze zin onderscheidt deze groep onderzoeken zich van de eerste groep waarin men concreet gedrag bestudeert, dat - afgezien van de bias bij de observator - objectief geregistreerd wordt.

#### Onderzoeken naar de interactie.

Onderzoeken, die van de eerste groep methodes gebruik maken, leggen een zekere eenduidigheid in onderzoeksobject aan de dag. In eerste instantie is de interactie tussen arts en patiënt gedurende het konsult in alle onderzoeken het object van onderzoek.

Er zijn echter grote verschillen in operationalisatie van die interactie:

- Joosten gebruikt louter formele categorieën als gespreksduur en zinslengte, om de interactie vast te leggen.
- Katz gebruikt eveneens formele categorieën. I.t.t. de categorieën van Joosten belicht de categorisering van Katz ook procesmatige aspecten van de communicatie.  
Aan zijn formele categorieën voegt Katz grof gedifferentieerde inhoudelijke categorieën toe (deze betreffen de objecten waarop het proces gericht is).
- De categorieën van Bales, waarvan Davis, Francis en Korsch & Negrete gebruik maken zijn meer inhoudelijk gedefinieerd dan het katego-

riseringssysteem van Katz.

- Van Lidth de Jeude's categorieën vertonen de minste abstraktie; zijnkategoriseringssysteem omvat dan ook de meeste categorieën.

We zien geen kans om deze verschillende wijzen van kategoriseren te beoordelen. Wel is het opvallend, dat al deze onderzoeken een statisch karakter hebben; we bedoelen hiermee dat er slechts een momentopname van de arts-patiënt relatie wordt gegeven. Er wordt geen longitudinaal onderzoek verricht, waarin men tracht veranderingen in interactiepatroon op te sporen en te verklaren.

De oorzaak hiervan zal ongetwijfeld liggen in de praktische moeilijkheden, waarop men bij longitudinaal onderzoek stuit. Men is immers genoodzaakt om gedurende behoorlijk lange tijd dezelfde arts met dezelfde patiënt te observeren.

Wanneer we de onderzoeken, die zijn uitgevoerd met behulp van de eerste groep methodes, beoordelen op grond van de op pag. 30 vermelde criteria, zijn er enkele kanttekeningen te maken:

- Katz, Korsch & Negrete en Van Lidth de Jeude beperken zich tot een beschrijven en kategoriseren van de interactie.
- Davis en Francis beoordelen de interactie op grond van een criterium dat buiten de interactie ligt. Ze gebruiken hiervoor het opvolgen van de voorschriften van de arts door de patiënt. Deze onderzoekers brengen de arts-patiënt interactie dus in verband met een ander aspect van de arts-patiënt relatie.
- Ook Joosten legt een dergelijk verband. Als beoordelingscriterium gebruikt hij de mening van arts en patiënt over hun interactie.

Aangaande de twee eerstgenoemde criteria ter beoordeling van onderzoeken - 1. het leggen van theoretische verbanden; 2. de "breedte" van het onderzoeksobject - mogen we konkluderen, dat Davis, Francis en Joosten diepgaander onderzoek hebben verricht dan Katz, Korsch & Negrete en Van Lidth de Jeude.

- Ten aanzien van het derde criterium - de generaliseerbaarheid - valt op te merken, dat Joosten en Van Lidth de Jeude binnen een tamelijk beperkte onderzoeksopzet hebben gewerkt. In dit verband zouden we kunnen zeggen dat deze onderzoeken een eksploratief karakter hebben.

#### Onderzoek naar de houding van arts en/of patiënt.

Onderzoeken naar de houding van arts en/of patiënt onderscheidden zich niet alleen methodies van de onderzoeken naar de interactie, maar ook door de veel grotere verscheidenheid van onderzoeksobjecten. Wanneer we onze beoordelingscriteria (zie pag. 30) toepassen op deze onderzoeken, valt het volgende op:

- criterium 1 (deskriptie vs theorievorming): Boon, Cartwright en Haehn deden zuiver deskriptief onderzoek. Vooral Cassee, Shuval, Vuori en Winkler Prins hebben daarentegen theoretische verbanden gelegd; zij maakten allen gebruik van theoretische konstrukten en abstraheerden zodoende van de empirie. Binnen deze groep kunnen we op grond van ons criterium geen verschillen in theoretische relevantie aangeven.
- criterium 2 (de "breedte" van het onderzoeksobject): We hebben gezien dat de vraagstellingen van Brook, Kish & Reeder en Shuval op een zeer specifiek gebied gericht waren. De onderzoeken, die meer



aspecten omvatten en bovendien verklaringen trachtten te vinden, gaven alle ongeveer hetzelfde beeld: de onderzoekers gingen na welke gedragingen de arts volgens de patiënt vertoont en/of welke gedragingen de patiënt van de arts verwacht. Als beoordelingskriterium voor dit gedrag werd hoofdzakelijk de tevredenheid van de patiënt en in mindere mate het opvolgen van de voorschriften gebruikt.

- criterium 3 (de generaliseerbaarheid): Onder dit hoofd dient vermeld te worden dat elk onderzoek een zekere mate van kulturele beperktheid in zich had. Een onderzoek als dat van Boon had daarenboven nog de ekstra beperking dat het duidelijk betrekking had op één situatie, n.l. het gezondheidscentrum Wassenaar.

Tot zover de beschouwingen over de probleemstelling, gebruikte methodes, opzet e.d.

In het volgende deel zullen nu de resultaten van deze verschillende onderzoeken in beschouwing worden genomen.

### 3. Resultaten van de opgenomen onderzoeken.

#### Brook e.a.

Brook et al. hebben bij de presentatie van hun onderzoeksresultaten zelf aangegeven, dat de vermelde aantallen wél akkuraat zijn maar over het algemeen te klein om statistisch significant te kunnen zijn. Het gehele onderzoek betrof namelijk slechts 100 patiënten.

Van 33 patiënten werd gerapporteerd, dat er psychologische problemen mee zouden kunnen spelen bij de etiologie van de huidige klacht (categorie 1). Het betrof hier:

- duidelijke psychologische problemen of symptomen (n=3),
- psycho-somatische stoornissen (n=25) en
- "behaviourally facilitated" stoornissen. Dit zijn somatische stoornissen; de patiënt gedraagt zich zo dat hij gemakkelijk in een situatie belandt, waar de ziekte ontwikkeld kan worden (n=5) (vergelijk bijvoorbeeld de waaghals, die altijd zijn been breekt).

In twaalf gevallen bleek de gezinssituatie bij te dragen tot de ziekte (categorie 2).

Er was acht maal sprake van een bedekt appèl (categorie 3):

- drie maal bracht de patiënt fysieke symptomen naar voren, die duidelijk een appèl maskeerden. De patiënt kon er echter niet toe komen dit rechtstreeks in te brengen;
- vier maal presenteerden de patiënten hun symptomen in een kontekst van duidelijke ellende;
- één maal had het appèl een vage, niet duidelijke vorm.

De onder categorie 4 genoemde aspecten - angsten over symptomen, diagnose, behandeling - werden in 28 gevallen gekonstateerd.

De arts-patiënt relatie (categorie 5) bleek het helpen van de patiënt 24 maal negatief te beïnvloeden.

Er bleken in vijftien gevallen moeilijkheden te zijn ontstaan ten gevolge van de angsten van de arts zelf of ten gevolge van een gebrek aan psychologisch inzicht, kennis en vaardigheid van de arts (categorie 6).

De onderzoekers hebben bij veel konsultaties problemen uit meer dan één categorie geïnventariseerd; ze konkludeerden, dat er in 68 van de 100 gevallen sprake was van een emotionele problematiek. Deze problematiek vormde een integraal onderdeel van de konsultatie.

Bij de discussie der resultaten wijzen de onderzoekers op hun basis-aanname, dat een menselijk lichaam een geest heeft en dat beide inter-akteren. Op deze aanname is een benadering van de geneeskunde gebaseerd; zij noemen die zelf de psycho-somatische benadering of de "whole person" geneeskunde; deze geneeskunde zou zich onder meer bezig houden met de in de 6 categorieën genoemde emotionele problemen.

*Deze inventarisatie bevindt zich nog in het exploratieve stadium. Onzes inziens is vooral belangrijk, dat uit het onderzoek blijkt, dat emotionele moeilijkheden veel voorkomen en dat de arts bij het behandelen van dergelijke problemen moeilijkheden ondervindt.*

#### Cartwright.

Cartwright's uitkomsten behelzen een veelheid aan getallen:

- Patiënten vinden, dat de dokter meer voor hen doet dan ze zelf verwachten. De onderzoekster komt tot deze konklusie op grond van een vergelijking van antwoorden op de vraag naar wat men hoopte, dat de arts zou doen, met antwoorden op de vraag naar wat hij feitelijk deed.
- Drukke artsbezoekers zijn onder andere kinderen onder de twee jaar, vrouwen tussen de 21 en 34 jaar en bejaarde mensen.
- De arts kan een vrijgrote invloed op zijn patiënten uitoefenen teneinde te voorkomen, dat ze onredelijke eisen gaan stellen. Hij geeft ook vaak de aanzet tot een herhalingsgesprek.

Cartwright konkludeert, dat de patiënten binnen het systeem van de National Health Service ruimte hebben voor een persoonlijke band met de arts. Deze konklusie baseert zij op de volgende feiten:

- De meeste patiënten hebben gedurende langere tijd dezelfde arts.
- De meeste patiënten kunnen het praktijkadres van de arts gemakkelijk bereiken.
- De meeste patiënten hebben het idee, dat de arts ook in geval van nood makkelijk bereikbaar is.

Patiënten identificeren zich ook op bepaalde punten met de dokter, die ze hebben, en ze hebben een voorkeur voor zijn type organisatie van de praktijk, hoewel ze hem niet vanwege die reden kozen als arts. Zeer weinig patiënten hebben direkte kritiek op de arts.

Als men verder doorvraagt, blijkt de relatie minder diep en persoonlijk. Wanneer enkele karakteristieken van een als "persoonlijk" te kwalificeren arts aan patiënten worden voorgelegd, is 66% van de patiënten het eens met de opmerking: "Mijn dokter is meer vriendelijk dan zakelijk"; 28% beaamt de bewering: "Ik kan met de dokter persoonlijke problemen bespreken, die niet strikt medisch zijn"; 75% van de patiënten stemt in met de bewering: "Hij legt alles volledig aan je uit" en 66% der patiënten stelt: "Mijn dokter zou me bij naam kennen als hij me op straat tegenkwam".

Voor 11% van de patiënten gaan alle vier de beweringen op; voor 88% gaat één of meer der beweringen op.

Metingen bij artsen (hoeveel verrichtingen per patiënt, belangstelling voor psychiatrie, mate waarin de arts het normaal vindt bij gezinsmoeilijkheden in te grijpen e.d.) tonen aan, dat leden van het College of General Practitioners en artsen, die kursussen volgden, enerzijds en de overige artsen anderzijds verschillen in praktijkvoering en attitu-

des ten opzichte van hun patiënten. Het lijkt erop, zo stelt Cartwright, dat de eerste groep bestaat uit betere huisartsen.

Tenslotte willen we nog drie punten noemen, waarop patiënten volgens Cartwright onderling verschillen:

- Vrouwen gaan meer naar de dokter dan mannen, omdat ze meer ziektes hebben of dit van zichzelf denken.
- Vrouwen hebben meer waardering voor de persoonlijke aspecten van de arts.
- De leden van de werkende klasse konsulteren de arts vaker dan de leden van de middenklasse. De totale consultatie-frekwentie is hoger, wanneer de arts een kleinere praktijk heeft; er bestaat echter geen relatie tussen praktijkgrootte en de sociale klasse der patiënten.

*Bij deskriptieve onderzoeken kunnen bepaalde kanttekeningen gemaakt worden. We vragen ons onder meer af, waarom bepaalde vragen in het onderzoek worden opgenomen en dus aan de steekproef worden gesteld en waarom bepaalde differentiaties (bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen) aangebracht worden.*

*Voor het onderzoek van Cartwright geldt het bovenstaande vrij sterk. Voorts missen wij verklaringen van bepaalde gevonden verbanden. Zo zou het bovenstaande resultaat, dat leden van de werkende klasse de arts vaker konsulteren dan leden van de middenklasse, bijvoorbeeld verklaard kunnen worden door na te gaan of deze klasse in een zieker-makende omgeving werkt (eentonige arbeid, slechte werkomstandigheden e.d.).*

#### Cassee.

Volgens Cassee zijn patiënten van mening, dat artsen vaak tot altijd kommunikatief en instrumenteel, soms informatief, zelden tot soms diffuus en zelden tot nooit afwerend zijn.

Bij korrelatie van deze percepties met de sociale klasse der patiënten blijkt, dat patiënten uit de lagere milieus de arts meer afwerend en instrumenteel en tevens minder informatief en diffuus vinden dan de patiënten uit de hogere klassen. De perceptie van het kommunikatieve optreden verschilt niet.

Cassee voert verschillende redenen aan om te bewijzen, dat het hier reële verschillen betreft, die niet terug te voeren zijn op foute percepties van de patiënten:

- Het eerste argument berust op het principe van de "self-fulfilling prophecy": wanneer patiënten een bepaalde perceptie hebben, zullen ze een gedrag "uitlokken", dat overeenkomt met hun perceptie.
- Het tweede argument wordt ontleend aan een nadere analyse van het materiaal. De patiënten zijn geïnterviewd over een aantal items uit de schaal van Weima; deze schaal meet de houding ten opzichte van gezag. Op grond van deze meting konkludeert Cassee, dat mensen uit lagere klassen een sterk en instrumenteel/autoritair gezag wensen. Deze uitkomst zou hun percepties kunnen verklaren en zou er tevens op duiden, dat de werkelijkheid anders is. Als de invloed van de houding ten opzichte van gezagsdragers geëlimineerd zou kunnen worden, zou het verschil in perceptie dus moeten verdwijnen. De onderzoekers hebben een dergelijke eliminatie uitgevoerd. Toen men - met konstant-houding van de houding der patiënten ten opzichte van gedragsdragers - de korrelatie tussen percepties en sociale klas-

se berekende, bleef het verschil in perceptie tussen lagere en hogere klassen bestaan (de samenhang ten aanzien van instrumenteel gedrag vormde hierop de enige uitzondering; deze samenhang verdween onder de significantiedrempel).

Cassee konkludeert uit deze gegevens, dat de arts zich - afhankelijk van het milieu van de patiënt - werkelijk op verschillende manieren gedraagt.

Ondanks het feit, dat de mensen uit lagere milieus de arts als meer afwerend en minder informatief zien, is de perceptie van kommunikatief gedrag voor alle milieus gelijk. Cassee verklaart deze overeenkomst door te stellen, dat mensen uit lagere milieus minder verwachten. Ten gevolge van deze minder hooggespannen verwachting zouden zij een kleinere dosis diffuus of informatief gedrag op dezelfde manier beleven als hoger geklasseerden een grotere dosis.

Deze verklaring sluit aan bij een onderzoek van Lammers. Eén van zijn onderzoeksresultaten was, dat de sociale omgangsfunctie van de arts is geassocieerd met informele contacten en dat deze omgangsfunctie een geringe sociale distantie veronderstelt. Als men - gezien de grote sociale distantie - weinig van een ander verwacht, kan een "kleine dosis" al effect hebben en hoger gewaardeerd worden dan het geval zou zijn geweest bij een persoon uit een hoger milieu. Dan is er immers sprake van een geringe sociale distantie. Tot zover Lammers.

Cassee vindt over het algemeen een hoge graad van tevredenheid. Deze wordt bevorderd door de aanwezigheid van kommunikatief gedrag en de afwezigheid van afwerend gedrag. Instrumentaliteit heeft geen invloed op de mate van tevredenheid.

Het is, aldus Cassee, vooral de gepercipieerde toegankelijkheid, die mensen tevreden maakt met hun huisarts.

*De socioloog Cassee heeft vijf gedragscategorieën gehanteerd en ging er daarbij vanuit, dat het hele gedragsrepertoire van de arts in dergelijke termen te beschrijven is.*

*Het zou natuurlijk evengoed mogelijk zijn het gedrag van de arts te omschrijven in termen, welke ontleend zijn aan de pedagogie, psychologie of een andere wetenschap welke zich bezighoudt met gedragingen. Bij een dergelijke benadering zouden eventueel andere uitkomsten met betrekking tot het optreden van de arts te verwachten zijn.*

#### Davis.

Volgens Davis volgde 37% van de patiënten de voorschriften van de arts niet op. Het al dan niet opvolgen van de voorschriften bleek geen verband te houden met demografische kenmerken als leeftijd, sexe, burgerlijke staat, geloof, opleiding of beroep.

Terwijl de interactie tussen arts en patiënt tijdens het eerste consult geen relatie vertoonde met het meewerken van de patiënt, konden in het vervolgesprek interactietypen (zie pag. 19) worden aangewezen, die duidelijk korreleerden met het opgevolgd hebben van de instructies. De patiënten hielden zich slechter aan de voorschriften bij:

- Malintegrative behaviour: de patiënt gaat tegen de draad in en verdedigt zichzelf of hij vertoont spanning, vraagt om hulp en trekt zich weer terug. Er is ook sprake van slecht geïntegreerd gedrag, wanneer de arts het niet eens is met de patiënt, een passieve afwij-

zing tentoonspreidt en geen hulp geeft (of wanneer de patiënt dit doet).

- Active patient-permissive doctor: de arts is het met de patiënt eens, aanvaardt hem op een passieve wijze, begrijpt, "gaat mee" met de patiënt. De patiënt is in deze situatie de autoriteit: hij geeft richting, informatie, mening, evaluatie, analyse e.d.
- Nondirective antagonism: nu geeft de arts zijn mening; hij evalueert, analyseert en drukt zijn wensen en gevoelens uit. Tevens probeert hij de status van de ander naar beneden te halen en zichzelf te verdedigen.
- Nonreciprocal informativeness: de arts vraagt om oriëntatie, informatie, herhaling en bevestiging. De patiënt gaat hierop in en geeft de arts het gevraagde.

Het zich houden aan de voorschriften nam toe, wanneer er sprake was van "tension release". In een dergelijke situatie laten zowel arts als patiënt een vermindering van spanning blijken. Ze maken grapjes, lachen en tonen zich voldaan.

We hebben gezien, dat bepaalde interaktietypen negatief correleerden met het zich houden aan de voorschriften.

Dergelijke onderzoeksresultaten impliseren echter niet, aldus Davis, dat de patiënten bij interaktietypen met een tegenovergesteld karakter wél zonder meer zullen meewerken.

*Davis onderzoekt de interactie en kan zodoende alleen binnen die interactie factoren aanwijzen, die debet zijn aan een slecht opvolgen van de instructies door de patiënt.*

*Het is onzes inziens belangrijk om - in combinatie met een onderzoek naar de interactie - ook te weten te komen wat er in het verleden tussen arts en patiënt is voorgevallen.*

#### Francis.

Van de patiënten, voor wie een compliance-skore werd berekend, bleek 42,1% zich goed te houden aan de voorschriften en 28,2% matig. Door 11,4% der patiënten werden de voorschriften niet opgevolgd, terwijl 8,3% geen therapie had ontvangen.

Variabelen als grootte van het gezin, opleiding, sociale klasse en leeftijd der ouders bleken niet significant gerelateerd te zijn aan de medewerking van de patiënt.

De mate, waarin de arts tegemoet was gekomen aan de verwachtingen, beïnvloedde de tevredenheid met het konsult.

De afname in meewerken met het medisch advies was niet significant gerelateerd aan het niet uitkomen van de verwachtingen. Signifikante uitkomsten traden pas op, wanneer de verwachtingen werden gedifferentieerd. Zo nam de non-compliance toe van 11 tot 24% bij de patiënten, die een uitleg over de oorzaak en aard van de ziekte hadden verwacht, maar die niet kregen. Bij beschouwing van de patiënten, van wie geen enkele verwachting gehonoreerd werd, viel een duidelijke afname van compliance en tevredenheid te konstateren.

Indien de moeder van mening was, dat de arts niet vriendelijk was, nam het opvolgen van de voorschriften af. Datzelfde gebeurde, wanneer de moeder het idee had, dat de arts haar bezorgdheid over de ziekte van het kind niet begreep.

Ook de tevredenheid werd in verband gebracht met compliance. Het bleek niet zo te zijn, dat alle matig of zeer tevreden patiënten de voorschriften opvolgden en dat van de matig of zeer ontevreden patiënten zich niemand aan de voorschriften hield. In alle vier de groepen bevonden zich zowel patiënten, die zich aan de voorschriften hielden, als patiënten, die dat niet deden.

Dit wil niet zeggen, dat er helemaal geen korrelaties bleken te bestaan tussen de tevredenheid en de compliance. De gevonden korrelaties bleken bij de extreme groepen - d.w.z. de erg (on)tevredenen - het hoogst te zijn. De korrelaties waren positief; de erg tevreden patiënten werkten dus meer mee dan de erg ontevreden patiënten.

Het type ziekte bleek niet significant verband te houden met de medewerking van de patiënt. Wel was er een kleine toename in compliance, wanneer de ziekte volgens de moeder ernstig was. Deze toename was duidelijker, wanneer werd gekeken of men zich hield aan de afspraak om terug te komen.

Als drie of meer medicijnen werden voorgeschreven, hielden de patiënten zich slechter aan de voorschriften. Deze afname trad ook op, wanneer zowel medicijnen als andersoortige behandelingen werden voorgeschreven.

Bij analyse van de groep patiënten, die zich niet aan de voorschriften hielden, bleek, dat zij kwa demografische en andere achtergrondgegevens niet verschilden van de rest van de steekproef.

In het follow-up interview werd aan de patiënten, die zich niet aan de voorschriften hadden gehouden, gevraagd, waarom men een herhalingsafpraak niet was nagekomen. De drie meest voorkomende verklaringen waren:

- gebrek aan vervoer
- gebrek aan geld, en
- problemen thuis met het gezin (zoals ziekte).

Van deze patiëntengroep gaf 56% (een duidelijke hoger percentage dan in het grote sample) aan, dat de verwachtingen op geen enkel gebied waren vervuld.

#### Haehn.

Haehn rapporteerde de volgende onderzoeksresultaten:

- Per consult werden gemiddeld 1,46 diagnoses gesteld.
- Het merendeel der konsulten (66,4%) bestond uit kontakten met patiënten, die al lang bekend waren en steeds weer met dezelfde klacht kwamen. De tweede groep (13%) bevatte "oude" patiënten met een nieuwe klacht.
- Een analyse op leeftijd liet zien, dat de grootste groep (18,3%) bestond uit patiënten tussen de 61 en 67 jaar. Dan volgden - met bijna 9% - de kinderen tot 14 jaar.
- Bij 34% der patiënten vonden geen diagnostische handelingen plaats, terwijl aan 32,8% der patiënten vragen met een diagnostisch doel werden gesteld. De volgende groep (16,2%) werd gekenmerkt door een doelgerichte anamnese en onderzoek.
- Bij de therapeutische maatregelen stond het voorschrijven van medicamenten met 50,7% aan kop; daarop volgden "nur Beratungen" (10,4%) en geen therapie (8,6%).

Joosten.

Het onderzoek van Joosten kan in twee fasen worden verdeeld.

In de eerste fase

- analyseerde hij gesprekken tussen arts en patiënt op twaalf formele kenmerken. Deze analyse resulteerde in drie gesprekstypes (vergeleijk ook pag. 22);
- heeft hij de wederzijdse beoordeling van arts en patiënt gemeten. Zowel de percepties van de arts als de percepties van de patiënt konden worden herleid tot drie clusters (zie pag. 22 en 23).

In de tweede fase van het onderzoek werden bovenstaande resultaten weer gebruikt. Joosten paste een kanonische analyse toe op de samenhang tussen de drie gesprekstypes enerzijds en de zes perceptieclusters, anxiety-skore, extraversie-skore, leeftijd en bekendheid van de patiënt op het ziekenhuis anderzijds.

Joosten beschreef de samenhangen, die door de kanonische korrelatie gegeven werden, als volgt:

"I. Mislukt kontakt.

Een op de arts en niet op de patiënt gecentreerd verbaal gesprek wordt gevoerd met een jonge introverte patiënt. Deze waardeert het kontakt met de arts niet bijzonder.

De samenhang is sterk significant ( $\alpha < 0,0005$ ).

II. Gewaardeerd kontakt.

Een weinig arts- en patiënt-gecentreerd gesprek, dat enigszins verbaal is, wordt door zowel de arts als de patiënt gewaardeerd. Het gesprek heeft geen bijzondere kenmerken, alhoewel er een aanwijzing is dat de patiënt met ernstig te nemen klachten kwam.

De samenhang is sterk significant ( $\alpha < 0,0005$ ).

III. "Laissez-faire" gesprek.

Een sterk verbaal en op de patiënt gecentreerd gesprek wordt gevoerd met een patiënt die op het ziekenhuis vanwege andere klachten bekend is. De arts wordt niet afwerend gevonden, terwijl het gesprek door de arts niet als volledig afgerond wordt gekenschetst.

De samenhang is net niet significant ( $0,10 > \alpha > 0,005$ )."

Bij de discussie van deze uitkomsten merkt Joosten op, dat in de door hem onderzochte gesprekken

- de waardering voor de arts werd bepaald door het feit, dat het gesprek niet op de arts gecentreerd was of weinig herhalingen bevatte.
  - mensen met een hoge anxiety-skore niet anders werden behandeld dan andere patiënten.
  - een zwak verband viel te konstateren tussen de manier, waarop het gesprek werd gevoerd en extraversie (extraversie en anxiety zijn negatief gekorreleerde kenmerken): naarmate de patiënt extravert was, was het gesprek minder op de arts gecentreerd en minder verbaal. Ook beoordeelde de arts patiënten positiever naarmate ze extravert waren.
- De arts was ontevredener over haar eigen optreden naarmate de patiënt een hogere anxiety-skore had.
- het gesprek meer op de arts gecentreerd en minder afgerond was, naarmate de patiënt jonger was.

- het gesprek gunstiger werd beoordeeld, naarmate het verbaler en minder op de arts gecentreerd was.

*Zoals reeds is opgemerkt, kan aan dit onderzoek slechts een exploratief karakter worden toegeschreven. De aanpak is toe te juichen; door Joosten worden zowel de interactie als de beoordeling van die interactie door arts en patiënt in beschouwing genomen.*

*Voor dit onderzoek geldt - evenals bij Davis -, dat het slechts een momentopname betreft, waaraan het longitudinale aspekt ontbreekt. Voorts beperkt dit onderzoek zich, zoals vrijwel alle hier besproken onderzoeken, tot een onderzoek naar de dyade arts-patiënt (zie hoofdstuk I, figuur 1). De sociale context, waarbinnen die dyade existeert blijft in de onderzoeksopzet achterwege.*

### Katz.

De onderwerpen, waarover arts en patiënt loven en bieden, werden door Katz bronnen genoemd (vergelijk pag. 23). Uit zijn onderzoek bleek, dat

- bargaining tussen arts en patiënt in de meeste gevallen ging over medikatie: een ander medicijn, uitleg of informatie omtrent medicijnen, e.d.;
- de tweede belangrijke bron voor bargaining bestond uit de zogenaamde "certificates" (zoals een brief van de arts, dat deze patiënt een bepaalde periode ziek is geweest of aan een bepaalde ziekte heeft geleden; attesten; verwijsbrieven e.d.)

De interactie tussen arts en patiënt speelde zich voornamelijk af rond

- informatie (26,7% van de interacties, die werden uitgedrukt in "coding units")
- beleefdheidsfrases (9,3%)
- belangstelling (9,1%)
- onderzoek en uitslag (6,9%)
- uitleg en overreding (6,5%)
- medicijnen en voorschriften (6,1%)
- samenwerking (5%)
- instructies (3,5%)
- waardering en status (3,4%), en
- aanmoediging (3,2%)

Wanneer we deze verschillende bronnen groeperen onder de noemers medisch, bureaucratisch en persoonlijk, zien we, dat deze drie groepen bronnen respektievelijk 72, 13 en 12% van de interactie tussen arts en patiënt uitmaken.

Bij de fase-analyse werd gekeken naar de plaats, waar de verschillende bronnen aan de orde kwamen en weer verdwenen.

De frequentie, waarin de verscheidene onderwerpen tijdens het gesprek voorkwamen, verschilde per fase:

- medische en bureaucratische informatie en medische aandacht namen tijdens het gesprek af;
- medische instructies, uitleg, ziektecertificaten en bepaalde medicijnen bleken bronnen te zijn, welke in het verloop van het gesprek steeds vaker aan de orde kwamen;
- andere onderwerpen (zoals medische samenwerking, waardering en bepaalde medikatie) kwamen vooral in het midden van het gesprek voor, en



- weer andere onderwerpen (zoals groeten en burokratische samenwerking) hadden - kwa frekwentie - juist een dieptepunt in het midden van het gesprek.

Wanneer de bronnen werden ingedeeld naar hun funktie (oriëntatie, evaluatie, controle, socio-emotionele onderwerpen), waren in het gesprek de volgende fasen te onderscheiden:

- a: in de eerste fase was ongeveer de helft van de interactie gewijd aan oriëntatie;
- b: de oriëntatie minderde in de tweede fase, terwijl de evaluatie iets toenam (diagnose!);
- c: in de tweede helft van het konsult (fase 3) steeg de controle scherp en nam de oriëntatie verder af.

De onderzoekers meenden zelf, dat aan hun onderzoeksopzet drie methodologische problemen kleefden:

- eigenlijk zouden aan de verschillende bronnen gewichten moeten worden toegekend; het was echter onduidelijk hoe groot die gewichten zouden moeten zijn;
- de coding units kenden geen standaard-tijdseenheid; een dergelijke unit kon een seconde of vijf minuten duren.
- de verschillende bronnen verschilden in abstraktieniveau.

*De benadering van Katz e.a. maakt het mogelijk de ontwikkeling van een contact tussen arts en patiënt gedurende een konsult te volgen. We zijn echter van mening, dat de aandacht van de onderzoekers zich bij het kiezen van de verschillende onderwerpen teveel heeft gericht op nogal triviale zaken:*

*de onderzoekers komen tot de konklusie, dat voorschriften vooral aan het einde van het konsult worden gegeven, dat in het midden van het konsult een minimum aan groeten optreedt e.d.*

*Katz c.s. trachtten het gehele konsult zo gedetailleerd mogelijk te beschrijven en moesten zodoende relatief veel aandacht besteden aan niet zulke relevante onderwerpen. Ons inziens zou een meer gedifferentieerde aanpak meer op zijn plaats zijn. Onze gedachten gaan hierbij uit naar een opzet waarbij men een afgebakend doel voor ogen heeft (bijvoorbeeld een analyse van het gedrag van arts en patiënt, wanneer de arts tot een probleem probeert "door te prikken"; een studie van de arts die een patiënt op zijn gemak wil stellen e.d.).*

*Men kan zijn aandacht dan ook richten op een beperkt aantal onderwerpen, die echter wel relevant zijn.*

*Overigens hebben wij de indruk dat het meer de bedoeling van de onderzoekers was om hun methode uit te proberen dan om tot bovenstaande resultaten te geraken.*

#### Kish & Reeder.

In het onderzoek van Kish & Reeder werden drie groepen artsen onderscheiden:

- groep I was het controle-sample;
- groep II bestond uit artsen, die de patiënten de gewenste hulp hadden gegeven;
- groep III bevatte de artsen, die - volgens de patiënten - niet de gewenste hulp hadden gegeven.

Groep III bleek minder artsen te bevatten, die "board certified" of

"board eligible" waren, dan de groepen I of II. Dit impliceerde, dat de artsen uit groep III een minder goede opleiding achter de rug hadden.

Van de artsen uit groep III had 50% het patiëntenbestand beperkt, tegenover 80% van de artsen uit groep I en 70% uit groep II. De artsen uit groep III zagen per dag ook relatief meer patiënten.

In groep III werkte 71,5% der artsen individueel; in de groepen I en II waren dit respectievelijk 55,8% en 58%. Van de artsen uit groep III had 18% meer dan de helft van zijn tijd besteed aan welfare patiënten; groep II kwam tot 8% en groep I tot 4%. Artsen, die vóór de invoering van een bepaalde wet in 1966 veel aandacht aan welfare patiënten besteedden, werden door hun kollega's als minder goede artsen beschouwd.

Uit al deze gegevens trokken de onderzoekers de konklusie, dat de evaluatie van artsen door patiënten (op het criterium: al dan niet de gewenste hulp verschaffen) overeenkomst met de evaluatie op grond van professionele normen. Deze konklusie is in tegenspraak met de professionele ideologieën (en niet alleen die van artsen), dat de vakman relatief onafhankelijk is van evaluatie en controle door leken. Deze - volgens Kish en Reeder dus niet korrekte - opvatting speelt een rol bij de bescherming van de status en bij de toegankelijkheid van het vak.

*We hebben het idee dat de konklusies van Kish & Reeder niet geheel terecht zijn. Uit hun onderzoek blijkt dat patiënten, wanneer het erom gaat of de arts "goed" is, dezelfde artsen uitselecteren als de artsen onderling.*

*We vragen ons echter af, of de gehanteerde professionele criteria niet zo bekend zijn, dat het waarschijnlijk is dat ook de leek daarvan op de hoogte is (en ze dus eveneens hanteert). We vermoeden dat ook leken er van uit gaan dat artsen met kleine praktijken, of werkend in een groepspraktijk, beter zijn dan soloartsen met grote praktijken. Onbeantwoord blijft dan de vraag in hoeverre leken kunnen oordelen over bijv. de instrumentele kwaliteiten van de arts.*

#### Korsch en Negrete.

Volgens Korsch en Negrete waren de patiënten merendeels tamelijk tot zeer tevreden (respectievelijk 36 en 40%). Slechts 11% was tamelijk ontevreden, terwijl 13% zeer ontevreden was. Het was in dit kader opvallend, dat toch ongeveer een vijfde deel van de moeders het idee had, dat niet duidelijk was uitgelegd wat het kind mankeerde. Ook wist de helft van de patiënten na het konsult nog geen oorzaak van de ziekte.

Voor de relatie tussen de mate, waarin aan de verwachtingen was voldaan, en het opvolgen van de voorschriften verwijzen we naar het onderzoek van Francis et al. (zie pag. 37). Daar zijn we ook ingegaan op het verband tussen tevredenheid en "compliance".

De lengte van het gesprek bleek de tevredenheid van de moeder of de duidelijkheid van de diagnose voor de moeder niet te beïnvloeden. Het taalgebruik (de artsen gebruikten in het algemeen te technische taal) was niet het belangrijkste beletsel voor een effectieve communicatie (Korsch en Negrete hebben niet verder toegelicht wat ze hiermee bedoelen); de grootste barrière ontstond, wanneer de arts te wei-

nig interesse toonde voor de bezorgdheid van de moeder voor het kind. Tot de meest genoemde verwachtingen behoorden vriendelijkheid en sympathie; het voorkomen van deze gedragingen vertoonde een samenhang met de tevredenheid van de patiënt. De analyse van de bandopnamen maakte echter duidelijkheid, dat minder dan vijf procent van de konversatie der artsen binnen deze categorieën geskoord kon worden. De arts sprak dus slechts zelden positieve gevoelens uit. Ook de negatieve gevoelens werden meestal niet verwoord. Wanneer de arts deze wel zou uiten, is het gevolg waarschijnlijk ontevredenheid en een niet opvolgen van de voorschriften door de patiënten. De patiënten uitten negatieve gevoelens vaker dan de arts. Weinig patiënten deden dit rechtstreeks; de uiting had meestal de vorm van nervositeit, spanning e.d. De arts ging hier vaak niet op in.

Uit het onderzoek bleek, dat de artsen meer praatten dan de patiënten. De gesprekken hadden meestal meer succes, als de patiënt aktiever was (het is niet duidelijk, wat Korsch en Negrete onder "succes" verstaan).

26% van de moeders zei niet de kans te hebben gehad of niet aangemoedigd te zijn om datgene naar voren te brengen, waarvoor ze het meest bezorgd waren.

#### Van Lidth de Jeude.

Van Lidth de Jeude heeft drie huisartsen bestudeerd. Hij ontdekte verschillen tussen enerzijds de huisartsen 1 en 2 anderzijds huisarts 3:

- de huisartsen 1 en 2 verdoezelden een onwelkome klacht respektievelijk negen van de tien en elf van de twaalf keer. Dit kwam niet voor bij huisarts 3;
- het zodanig "loven en bieden", dat de arts een psychisch probleem kon ontwijken, kwam bij de drie huisartsen respektievelijk negen, zeven en nul keer voor. Alleen bij huisarts 3 werd een "loven en bieden" gekonstateerd, dat tot doel had tot een psychisch probleem door te dringen. Dit gebeurde tien maal;
- bij huisarts 3 was het vragen naar sleutelfiguren (dit zijn belangrijke mensen in het leven van de patiënt) een essentieel onderdeel van zijn zoeken naar mogelijke oorzaken en verbanden. Bij de huisartsen 1 en 2 had het vragen naar sleutelfiguren niet deze functie.

De onderzoeker konkludeerde ondermeer

- dat het mogelijk is een spreekuur te observeren zonder dat arts of patiënt dit belastend vinden;
- dat rubrikatie onderlinge vergelijking van huisartsen mogelijk maakt.

*Uit deze uitkomsten blijkt het exploratieve karakter van dit onderzoek. De belangrijkste bevinding is naar ons idee de aangetoonde vergelijkbaarheid van artsen d.m.v. het kategoriseringssysteem. In volgend onderzoek zal moeten blijken welke mogelijkheden dit oplevert. Positief is het feit dat de categorieën direkt betrekking hebben op de huisartsenpraktijk, en dat ze aansprekelijk en begrijpbaar zijn voor leken.*

### Mechanic.

90% van de patiënten, die aan het onderzoek van Mechanic deelnamen, had een "family doctor".

Men koos zijn arts vooral (34%) op aanraden van vrienden of burens. De aanbevelingen van een andere arts of werker in de gezondheidszorg en de toegankelijkheid van de praktijk bleken ook belangrijke keuzekriteria te zijn (respektievelijk 20 en 16%).

Als gedragskenmerken van een goede arts noemden de respondenten vooral kompetentie, persoonlijke belangstelling en algemeen gedrag ten opzichte van de patiënt, zoals betrokkenheid, bedachtzaamheid, vriendelijkheid e.d. (respektievelijk 45,41 en 37%). Meer ondergeschikt waren kwaliteiten als: het doen van huisbezoek (21%), het vertellen van de waarheid (19%), het voldoende tijd besteden aan de patiënt (17%), de manieren, waarop de arts te werk gaat - grondig, zorgvuldig etc. - (16%), het beschikbaar zijn, wanneer je hem nodig hebt (15%), uitleg (14%) en het luisteren naar de patiënt (12%).

Zoals we boven zagen was dus 41% van de patiënten van mening dat een goede arts persoonlijke belangstelling, persoonlijke interesse moesten vertonen. De faktor "interesse" werd nader geanalyseerd. Deze analyse maakte duidelijk, dat de respondenten een geïnteresseerde arts vooral beschreven in termen als: "Hij zorgt echt voor jou en je gezin" (37%), "Hij geeft je voldoende tijd" (30%), "Hij blijft je ook na de behandeling volgen (25%), "Hij treedt met respekt, sympathiek, bedachtzaam etc. tegen je op" (25%) en "Hij luistert naar je" (22%).

Van de moeders, die wel eens van arts waren gewisseld, gaf ongeveer een derde aan, dat dit uit ontevredenheid was gebeurd. Meestal was de reden voor een dergelijke verandering van arts, dat de dokter niet datgene had gedaan, dat in een bepaalde situatie wenselijk scheen (41%). Voorts was men niet tevreden, omdat de arts geen interesse had, niet goed zorgde voor de patiënt of niet voldoende gemotiveerd was. De klachten betroffen dus over het algemeen geen medische kwalificaties. Een dergelijk oordelen op grond van niet-medische kwalificaties kan ook goed verklaren, dat weliswaar 92% van de patiënten het eens was met de uitspraak: "Het belangrijkste van een arts is, dat hij een goed diagnostikus is", maar dat ook 75% het niet eens was met de uitspraak: "Een arts zijn persoonlijke manier van doen is niet belangrijk, zolang hij maar een bekwaam arts is".

Ook vond 81% der patiënten het belangrijk, dat de dokter een vriend en adviseur is en meende 61%, dat artsen hun patiënten op een persoonlijke en vriendelijke basis moeten leren kennen.

De eindkonklusie zou - zo meent Mechanic - kunnen luiden, dat patiënten hun artsen binnen een bepaald referentiekader evalueren. Dit kader wordt onder meer gevormd door de maatschappelijke definitie van de arts, door de verwachtingen, welke in bepaalde subkulturen leven ten aanzien van het gedrag van de arts, en door de vroegere ervaringen van de patiënt zelf.

De evaluatie van de arts geschiedt vaak niet op grond van technische kwaliteiten - die de patiënt vaak niet kan beoordelen - maar op grond van de al eerder genoemde menselijke kwaliteiten.

Wanneer arts en patiënt hetzelfde referentiekader hanteren, kan dat een belangrijke bijdrage leveren aan het sukses van de arts-patiënt relatie, aldus Mechanic.

Shuval.

De artsen gaven, zo konstateerde Shuval, meer status aan de Roemenen dan aan de Marokkanen. Er was op deze dimensie slechts één significant verschil tussen stads- en plattelandspatiënten. De gevonden verschillen waren tegengesteld aan de in de hypothese verwachte verschillen: de uitkomsten suggereren, dat de artsen in de stad meer status geven dan de artsen op het platteland.

Shuval verklaarde deze niet verwachte resultaten door te stellen, dat stadsartsen meer sociale controle zouden ondergaan en daarom meer volgens de medische normen zouden werken; één van die medische normen zou zijn, dat men status dient te verlenen aan de patiënt.

Deze verklaring steunt op de suggestie van Freidson, dat soloartsen meer van de medische normen afwijken dan artsen, die in een verband werken waar de medische controle groter is.

Het geven van katharsis bleek niet te verschillen voor de beide ethnische groepen noch voor stadspatiënten en plattelanders.

Vuori et al.

Zowel de "ambulatory care" als de "hospital care" patiënten bleken redelijk tot goed tevreden te zijn met de instrumentele, expressieve en kommunikatieve aspecten van het gedrag van de arts.

Vuori heeft ook enkele samenhangen met achtergrondvariabelen onderzocht:

- oudere en minder ontwikkelde patiënten hadden meer moeite met de terminologie en de instructies van de arts;
- jongere patiënten zeiden vaker dan de oudere, dat ze door de arts vriendelijk en met interesse bejegend waren;
- patiënten met een hogere opleiding dachten minder vaak dat de arts fouten gemaakt had, dan de patiënten met een lagere opleiding;
- patiënten uit de hoogste en de laagste inkomensgroepen waren het meest tevreden met de grondigheid van het onderzoek, het vaststellen van de diagnose, de competentie van de arts en verstrekte informatie.

Het sukses van de relatie tussen arts en patiënt werd gemeten door de patiënten te vragen of ze terug wilden keren naar dezelfde arts, en door te kijken of de patiënt de instructies van de arts had opgevolgd. Op grond van deze metingen kon worden gekonkludeerd, dat bij 3/4 van de patiënten (zowel "ambulatory care" als "hospital care") een goede relatie met de arts had.

Het willen terugkeren naar dezelfde arts werd door de onderzoekers nader geanalyseerd. Zij gingen na in hoeverre de verschillende ervaringsvariabelen (instrumentele, expressieve en kommunikationele; zie ook pag. 28) met betrekking tot het terug willen keren diskrimineerden:

- vrijwel alle ervaringsvariabelen diskrimineerden goed bij beide patiëntengroepen. Bij de "ambulatory care" patiënten diskrimineerde de competentie van de arts het beste;
- wanneer beide patiëntengroepen in beschouwing werden genomen, diskrimineerden de drie interactievormen alle evengoed.

(In een latere analyse bleek de kommunikationele groep variabelen een iets kleinere rol te spelen dan de beide andere groepen variabelen.)

Bij de "hospital care" patiënten waren de competentie van de arts en de interesse van de arts in de symptomen de belangrijkste gedragsvariabelen.

Ook met betrekking tot het opvolgen van de instructies voerden Vuori et al. een diskriminanten-analyse uit. Bij de "ambulatory care" patiënten diskrimineerden de meeste factoren; bij de "hospital care" groep was dit echter slechts bij drie van de elf factoren het geval. De kommunikationele variabele "duidelijkheid van de instructies" diskrimineerde in beide patiëntengroepen het beste. Deze variabele nam de te verklaren variantie vrijwel volledig voor zijn rekening.

*Op een ons inziens goede manier is in dit onderzoek geprobeerd om globale en abstracte begrippen als expressief, instrumenteel en kommunikationeel gedrag en sukses van de relatie, uiteen te rafelen in konkrete gedragingen. Op deze wijze komt men o.i. tot een nauwkeurig inzicht in de effecten van de gedragingen van de arts.*

#### Winkler Prins.

Winkler Prins heeft vier aspecten van de arts-patiënt relatie gemeten. Hij vond de volgende samenhangen tussen deze aspecten:

- a: De verwachte funktiebreedte is onafhankelijk van de drie overige variabelen.
- b: De persoonlijke band, die men met zijn huisarts heeft, is negatief gekorreleerd met de kritiek, die men op hem heeft.
- c: Mensen met een kritische instelling hebben een voorkeur voor een persoonlijk optredende huisarts, mits de persoonlijke band zwak is; mensen met een sterke persoonlijke band hebben de voorkeur voor een persoonlijk handelende huisarts, mits zij weinig kritiek op hem hebben.

De onderzoeker tekent bij deze bevindingen onder meer aan, dat de kritische instelling meer bepaald wordt door het persoonlijk optreden van de arts dan door het medisch-technische optreden.

Dat de verwachte funktiebreedte niet in verband staat met de drie overige aspecten verklaart Winkler Prins door te stellen, dat persoonlijke band, kritische instelling en personaal versus functioneel artsenbeeld vaak zouden worden bepaald door gevoelsmatige factoren en dat zij zouden behoren tot de expressieve kant van het beeld, dat men van de arts heeft. De verwachte funktiebreedte daarentegen zou te maken hebben met de taakgerichte verwachtingen, die men van de arts heeft.

Mensen met veel kritiek op de huisarts vertonen - zoals we boven zagen - vaker een zwakke persoonlijke band. Volgens Winkler Prins is dit verklaarbaar, omdat men - bij kritiek op het persoonlijk optreden van de huisarts - ook in feite een slechts weinig persoonlijk betrokken beeld van de eigen arts zal hebben. Vooral bij de respondenten met een sterke voorkeur voor een persoonlijke arts treft men mensen aan, voor wie het persoonlijk optreden van de huisarts erg zwaar weegt. Dit zullen zowel teleurgestelde als zeer tevreden patiënten zijn: de personalist zal eerder teleurgesteld en tot kritiek geneigd zijn, maar hij zal - indien de arts daar aanleiding toe geeft - ook spoedig uitdrukking geven aan zijn tevredenheid. Winkler Prins meent, dat dit de reden is van het feit, dat twee groepen mensen met een voorkeur voor een persoonlijke band met de arts zijn aangetroffen, te weten: teleurgestelden (zwakke persoonlijke band, kritisch), en tevredenen (sterke persoon-

lijke band, niet kritisch).

Bij beschouwing van het verband tussen gebiedstype en de vier kernvariabelen, blijken de stad en het platteland slechts op één variabele te verschillen: op het platteland verwacht men van de arts een grotere funktiebreedte dan in de stad.

Winkler Prins heeft zich ook beziggehouden met het verband tussen de vier variabelen en de sociale betrekkingen, die men onderhoudt. Winkler Prins onderscheidt drie groepen kontakten:

- persoonlijke kontakten: zeer persoonlijke relaties zoals in huwelijk of gezin;
- formele kontakten : relaties vanwege beroep, verenigingsleven e.d.;
- informele kontakten : een relatievorm welke tussen de twee bovenbeschreven types ligt: kennissen, vrienden e.d.

Bij het beeld over de arts zijn alleen de informele kontakten van belang.

Deze informale kontakten zijn vooral in de stad belangrijk, want men ontvangt daar op die wijze een veelheid aan informatie. Deze informatiestroom leidt er blijkbaar onder andere toe, zo meent Winkler Prins, dat men van de arts een breed veld van randmedische deskundigheden verlangt.

Op het platteland heeft de arts een monopolie-positie, welke in principe het plattelandsbeeld over de dokter bepaalt - de sociale betrekkingen en de informatie, die men van buitenaf krijgt, komen hier pas op de tweede plan -. Dit plattelandsbeeld omvat onder meer de mening, dat de arts veel hulpverleningsmogelijkheden op een deskundige wijze moet beheersen.

Winkler Prins probeert met de hypothese, dat men van zijn arts dezelfde relatievorm verwacht als men gewend is, te verklaren, dat stadsmensen met weinig informele kontakten ook bij de huisarts een geringere persoonlijke band ervaren. Deze samenhang is er op het platteland niet en wel omdat daar een iets informelere omgang met iedereen één van de normen is, die iedereen zou kennen. In de stad, met zijn grotere complexiteit, zou daarentegen datgene, wat men zélf en individueel in zijn relaties ondervindt, tot norm worden.

De voorkeur voor een bepaalde ideale arts is volgens de onderzoeker een bepaald stereotype van een ideale arts; dit stereotype zou sterk een sfeer van humaniteit, meevoelendheid e.d. uitstralen.

Eén der onderzoeksresultaten hield in, dat mensen met weinig informele kontakten vaker een persoonlijke arts wensen dan mensen met veel informele kontakten. Dit is volgens Winkler Prins gedeeltelijk te wijten aan het feit, dat de mensen met weinig informele kontakten eerder neigen tot bovengenoemd stereotype, dat staat voor een ideale persoonlijke arts.

De voorkeur voor een persoonlijke arts was ook duidelijk bij de "teleurgestelde personalisten". Deze mensen willen graag een persoonlijke huisarts hebben; zij hebben echter een zwakke persoonlijke band met hun arts en daarom bovendien veel kritiek (de persoonlijke band was immers negatief gekorreleerd met de kritiek).

*Winkler Prins probeert de verschillende aspecten van de relatie tussen arts en patiënt in een breder kader onder te brengen. We vinden het positief dat Winkler Prins geprobeerd heeft verschillen in subcultuur (stad vs platteland) en verschillen in referentiekader (mate van informele kontakten) onder te brengen in de onderzoeksopzet. Hier wordt o.i. een aanzet gegeven in het betrekken van de sociale kontekst in de onderzoeksopzet.*

#### Konklusies.

We willen er hier nogmaals op wijzen, dat onderzoeksuitkomsten niet op zichzelf beschouwd mogen worden. Deze resultaten zijn altijd mede afhankelijk van de uitgangspunten van de onderzoeker, welke weer bepaald worden door de discipline van waaruit het onderzoek geschiedt, door het model van de arts-patiënt relatie dat de onderzoeker hanteert, en door de keuze van de onderzoeker uit de verschillende operationalisaties die mogelijk zijn.

Ad discipline: Bepalend voor het karakter van de uitkomsten, is onder meer of de relatie tussen arts en patiënt onderzocht wordt door bijv. een socioloog, een medicus of een psycholoog. Eerstgenoemde zal meer aandacht besteden aan bijv. de sociale kontekst van de patiënt (zie o.a. Cassee, Winkler Prins) terwijl een psycholoog meer belangstelling zal hebben voor de interactie tussen arts en patiënt.

Ad model : Binnen een discipline worden de onderzoeksresultaten bepaald door het model van de arts-patiënt relatie dat de onderzoeker kiest. Binnen de discipline sociologie zijn bijvoorbeeld verschillende modellen van de arts-patiënt relatie te onderscheiden, zoals het leiderschapsmodel, het exchange model etc. Sociologen die afkomstig zijn uit de leiderschapshoek zullen daarom categorieën kiezen om het gedrag van de arts in te delen, die afkomstig zijn uit die leiderschapstheorieën. Men ziet de arts als een persoon die leiding moet geven aan een hulpvragende, en die dit kan doen door aardig te zijn, door zich als een specialist op te stellen etc. etc. Ook bij de patiënt worden gedragingen gemeten die passen bij het idee van de arts als leider. Men meet het opvolgen van instructies door de patiënt, zijn tevredenheid met het handelen van de arts etc. Zoals reeds opgemerkt krijgt men als resultaat dat de arts inderdaad een leider is, en wel een die leiding geeft door aardig te zijn, resp. zich instrumenteel op te stellen, etc. Hiertegenover kan bijvoorbeeld een exchange model staan: arts en patiënt wisselen gedrag uit (ze belonen en straffen elkaar) en trachten hierin een evenwicht te bereiken. Als resultaat vloeit automatisch hieruit voort dat er geen sprake is van een leider en een opvolger, maar van twee interactors. We treffen dit model aan bij o.a. Katz en Van Lidth de Jeude.



Ad operationalisatie: Een en hetzelfde begrip kan op verschillende manieren geoperationaliseerd worden en zodoende tot verschillende resultaten leiden. Wanneer men alleen maar naar tevredenheid vraagt, krijgt men andere resultaten dan wanneer men tevredenheid meet aan de hand van een aantal specifieke vragen als: "had de arts begrip voor uw bezorgdheid" en "hebt u voldoende informatie gekregen over uw ziekte".

Kortom, we dienen goed voor ogen te houden, dat onderzoek naar de arts-patiënt relatie slechts resultaten oplevert over die variabelen van de relatie die in de probleemstelling en operationalisaties zijn opgenomen.

### III. DE ONDERZOEKEN NAAR THEMA BESPROKEN.

#### 1. Inleiding

Onderzoeken naar de arts-patiënt relatie kunnen zich richten op verschillende gebieden; ze kunnen m.a.w. worden ingedeeld in een aantal clusters rond eenzelfde thema. Zo zijn er bijvoorbeeld onderzoeken naar de gehoorzaamheid van de patiënt, het gedrag van de arts of de interactie tussen arts en patiënt.

Na in het vorige hoofdstuk aandacht te hebben besteed aan vraagstellingen, technieken, operationalisaties en theoretische vooronderstellingen van een aantal onderzoeken naar de arts-patiënt relatie, worden nu enkele thema's, die we vaak in de onderzoeken zijn tegengekomen, apart besproken.

Door de onderzoeken, die een bepaald gebied van de arts-patiënt relatie bestrijken, naast elkaar te zetten, hopen we een beeld te krijgen van de kennis of het gebrek aan kennis op dat gebied.

We hebben voor dit doel de onderzoeken naar de arts-patiënt relatie in een aantal categorieën ingedeeld:

a) onderzoeken met de patiënt als centrale persoon.

We bespreken achtereenvolgens:

- de tevredenheid met de arts, en

- het opvolgen door de patiënt van de voorschriften van de arts.

b) onderzoeken met de arts als centrale persoon.

In dit soort onderzoeken houdt men zich voornamelijk bezig met:

- het gedrag en de houding van de arts.

c) onderzoeken die zich richten op

- de interactie tussen arts en patiënt.

Meer om de lezer een referentiepunt te geven dan om absolute waarheden (wat dat dan ook moge zijn) te willen verkondigen zullen we, alvorens de onderzoeksthema's inhoudelijk te bespreken, nog even in vogelvlucht ingaan op de volgende twee punten:

a) de mate, waarin de besproken onderzoeken door hun opzet bijdragen tot een verdere theorievorming. De onderzoeken zijn immers kwa opzet te benoemen als deskriptief, exploratief of toetsend.

b) de mate, waarin de bij een bepaalde thema besproken onderzoeken (volgens ons) de kern van de arts-patiënt relatie raken.

Een dergelijk soort inhoudsvalidering houdt natuurlijk een waarde-oordeel in! We zijn er bij deze validering vanuit gegaan, dat een onderzoeker die het samenspel van beide partners als onderzoeksobject heeft gekozen, het meest de essentie van de arts-patiënt relatie benadert. Uitdrukkelijk moet hierbij worden vermeld dat de opmerkingen, die in deze introductie t.a.v. de beide bovengenoemde punten worden gemaakt, uiteraard alleen gelden voor de door ons in beschouwing genomen onderzoeken. Wanneer we dus bij een thema als "gedrag en houding van de arts" stellen, dat het zuiver deskriptieve niveau is verlaten, wil dat niet zeggen dat er nooit zuiver deskriptieve onderzoeken naar die artsenfactor zijn uitgevoerd; alleen, deze onderzoeken zijn door ons niet gevonden of in de bespreking opgenomen.

Opgemerkt dient te worden, dat veel onderzoeken meerdere gebieden behandelen. Voorts willen we erop wijzen dat de aangebrachte structure-

ring niet wil zeggen, dat alléén de genoemde aspecten binnen de arts-patiënt relatie de moeite van het onderzoeken waard zijn. In de door ons gevonden onderzoeken wordt met name de historische dimensie van de relatie tussen arts en patiënt node gemist. Ook de sociale kontekst, waarbinnen de arts-patiënt relatie plaats vindt, wordt nogal stiefmoederlijk behandeld.

#### De tevredenheid met de arts.

Sommige onderzoeken naar tevredenheid zijn puur beschrijvend (en dienen dus niet voor generalisering).

In andere onderzoeken wordt het begrip tevredenheid echter binnen een theoretisch kader geplaatst en wordt dat begrip tevens met andere theoretische konstrukten in verband gebracht. Hierdoor onderscheiden ze zich van onderzoek op zuiver deskriptief niveau.

De tevredenheid met de arts wordt vaak in verband gebracht met "gedrag en houding van de arts".

#### Het opvolgen van de voorschriften door de patiënt.

Het deskriptieve niveau is verlaten. De onderzoekers gaan uit van empirische gegevens, welke in een abstrakt categorieënsysteem worden ondergebracht.

De theorievorming is reeds in een gevorderd stadium: er wordt gebruik gemaakt van theoretische amenhangen. Het opvolgen van de voorschriften door de patiënt wordt vaak in verband gebracht met de interactie tussen arts en patiënt en/of met het gedrag van de arts. Het opvolgen der voorschriften moet o.i. worden beschouwd als een zeer specifieke uiting van de arts-patiënt relatie.

#### Het gedrag en de houding van de arts.

Ook deze onderzoeken zijn niet meer zuiver deskriptief; zij bevinden zich op een meer theoretisch niveau. Het thema "gedrag en houding van de arts" spreekt o.i. in algemenere - kwa inhoudsvalidering meer geldige - termen over de arts-patiënt relatie.

Een relatief groot aantal onderzoeken is gewijd aan het gedrag en de houding van de arts. In de onderscheiden onderzoeken zijn deze beide begrippen op verschillende manieren geoperationaliseerd; ze worden ook met verschillende andere aspecten in verband gebracht.

Voorts moet worden opgemerkt dat bij de verschillende onderzoekers ook verschillende vooronderstellingen ten grondslag liggen aan beide begrippen.

#### De interactie tussen arts en patiënt.

Ook deze onderzoeken bevinden zich op een theoretisch niveau. Het onderzoek naar de arts-patiënt interactie staat o.i. het dichtst bij het "onderzoek naar de arts-patiënt relatie"; deze onderzoeken bezitten de grootste inhoudsvaliditeit en refereren dus het meest aan de arts-patiënt relatie.

Deze referentie wordt nog versterkt wanneer het onderzoek naar de onderlinge interactie wordt gekoppeld aan het onderzoek naar de perceptie van arts en/of patiënt van hun relatie.

Het feit, dat wij onderzoek naar de interactie kwa inhoud het meest valide achten, impliceert niet, dat wij onderzoek naar de interactie de best denkbare vorm van onderzoek naar de arts-patiënt relatie vinden.

Door middel van dergelijke onderzoeken verkrijgt men immers slechts een momentopname, die pas verantwoord geïnterpreteerd kan worden, wanneer de longitudinale aspecten van de arts-patiënt relatie erbij betrokken worden. Tevens zou de bredere, historische kontekst niet uit het oog verloren moeten worden.

Wel kan worden gekonkludeerd, dat wij bij de bestudeerde onderzoeken geen betere opzet hebben aangetroffen.

## 2. Tevredenheid van de patiënt met de arts.

### Welke onderzoeken naar tevredenheid zijn er?

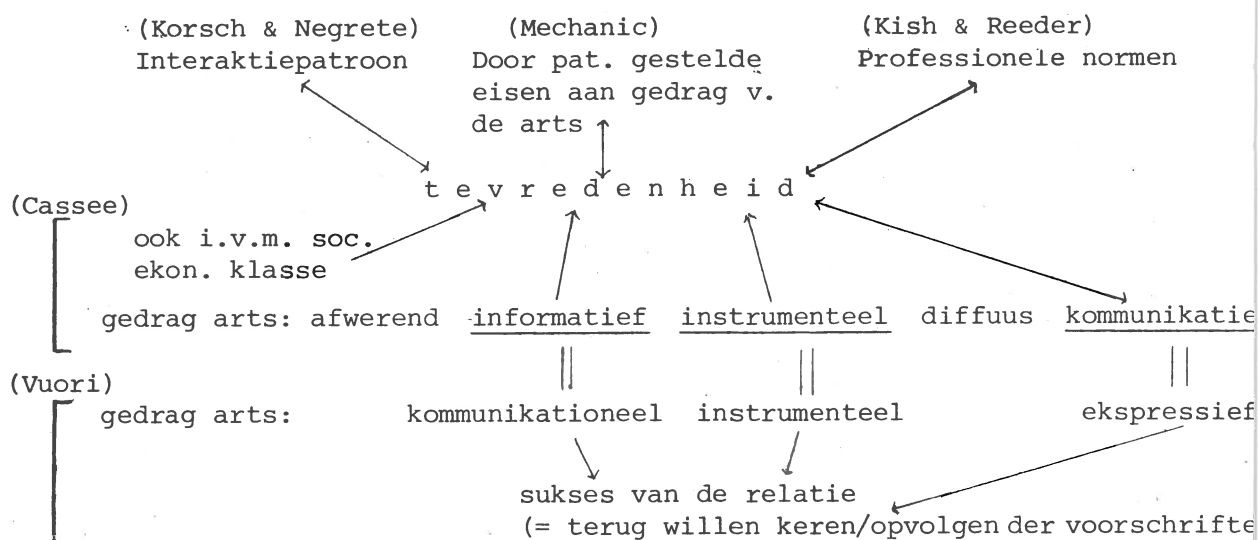
Tevredenheid van de patiënt met de arts is een thema dat in veel onderzoeken naar voren komt. Cassee, Korsch & Negrete en Kish & Reeder informeren rechtstreeks naar de tevredenheid met de arts.

Vuori noemt het terloops en meet voorts "het sukses van de relatie"; hij leidt dit af uit het opvolgen van de voorschriften door de patiënt en het terug willen keren naar dezelfde arts.

Mechanic informeerde naar de reden waarom men van arts was veranderd. Bij een derde van degenen, die wel eens van arts waren veranderd, bleek de reden daarvoor ontevredenheid te zijn. Deze ontevredenheid werd nader geanalyseerd.

### Waarom relateert men tevredenheid?

In het onderstaande schema wordt in het kort aangegeven welke aspecten door de verschillende onderzoekers in verband worden gebracht met tevredenheid.



Figuur 2: Tevredenheid - onderzochte aspecten.

Het schema kan als volgt onder woorden worden gebracht:

Cassee ging na wat de invloed is van het beeld, dat men van het gedrag van de arts heeft, op tevredenheid met die arts. Ook keek hij in hoeverre de sociaal economische klasse, waartoe de patiënt behoort, invloed heeft op de tevredenheid van de patiënt met de arts.

Vuori onderzocht het sukses van de relatie (dat o.i. nauw met tevredenheid samenhangt), en de mate waarin dit sukses bevorderd werd door verschillende gedragsaspecten van de arts.

Korsch & Negrete gingen na wat het verband was tussen de interactiepatronen van arts en patiënt en de mate van tevredenheid van de patiënt.

Mechanic onderzocht welke aspecten van het artsenoptreden tot tevredenheid leidden.

Kish & Reeder, tenslotte, gingen na in hoeverre tevredenheid van de patiënten overeenkwam met het voldoen van de arts aan de professionele beroepsnormen.

#### Welke resultaten werden er gevonden?

##### A. Aantal tevredenen.

Een eerste uitkomst van onderzoeken die rechtstreeks naar tevredenheid informeerden, was dat in elk onderzoek ongeveer driekwart van de patiënten tamelijk tot zeer tevreden was met hun arts (Cassee, Kish & Reeder, Korsch & Negrete).

Volgens ons dient hieruit de konklusie getrokken te worden, dat het zonder meer naar tevredenheid informeren tot een nietszeggend resultaat leidt. Dit bleek b.v. ook in het onderzoek van Kosch & Negrete, waarin 76% tamelijk tot zeer tevreden was. Na doorvragen echter bleek bijv. dat de helft van de moeders van de zieke kinderen na het konsult nog niet wist wat hun kind mankeerde!

Zeggen dat men tevreden is, wil blijkbaar nog niet zeggen dat men reden heeft om tevreden te zijn. Overigens dient vermeld dat ook een verdergaande operationalisering van tevredenheid, zoals we die bij Vuori aantreffen, tot een "suksespercentage" van rond de zeventig procent leidt.

##### B. Tevredenheid i.v.m. gedrag van de arts.

Teneinde de tevredenheid van de patiënten met hun arts te kunnen relateren aan het gedrag van de arts verdeelden de verschillende onderzoekers het artsengedrag in een aantal onderscheiden componenten.

Zoals in het bovenstaande reeds in schema is gebracht, onderscheidt Cassee aan het artsengedrag vijf aspecten: afwerend, informatief, instrumenteel, diffuus en kommunikatief.

Eveneens kan men uit het schema aflezen, dat informatief gedrag bij Cassee overeenkomt met kommunikationeel gedrag bij Vuori, terwijl het kommunikatieve gedrag van Cassee door Vuori ekspressief gedrag wordt genoemd.

Als derde gedragsvorm behandelt Vuori, evenals Cassee, instrumenteel gedrag.

Cassee : Het onderzoek van Cassee kan op dit gebied het meest volledig worden genoemd. Hoewel tevredenheid met vijf gedragskategorieën in verband werd gebracht, differentieerden er slechts twee, n.l. kommunikatief en afwerend gedrag: Naarmate de patiënten meer kommunikatief gedrag waarnamen bij hun arts waren ze meer tevreden; naarmate de arts meer als afwerend gezien werd, nam de ontevredenheid met de arts toe.

Mechanic : De eerste van deze twee konklusies treffen we in omgekeerde vorm aan bij Mechanic.

Zijn konklusie in dit verband is dat "persons who change doctors because of dissatisfaction appear to complain more about the doctors lack of interest, care and motivation, than about his medical qualifications". Ontevredenheid dus vanwege gebrekkige kommunikatieve kwaliteiten.

**Korsch & Negrete:** Bij Korsch & Negrete vinden we gelijksoortige resultaten. Zij relateerden tevredenheid o.m. aan de mate waarin verwachtingen die men omtrent het konsult heeft, uitkomen.

Ontevredenheid werd bevorderd wanneer de arts te weinig interesse toonde voor de bezorgdheid van de moeder voor het kind (kommunikatief aspekt).

Vriendelijkheid en sympathie vertoonden een samenhang met tevredenheid van de patiënt; bij analyse van de interactie bleek echter dat slechts vijf procent van de konversatie in termen van vriendelijk en sympathiek zijn, geskoord konden worden!!

**Vuori** : Hoewel Vuori een uitgebreidere analyse maakt, zitten we hier met de restriktie dat hij het over het sukses van de relatie heeft, in plaats van over tevredenheid. Dit begrip werd weer uitgesplitst in twee componenten, n.l. het terug willen keren van de patiënt en het opvolgen van de instructies.

Alle drie de door Vuori gebruikte gedragsaspekten (expressief/kommunikatief, instrumenteel en kommunikationeel/informatief, zie schema) bleken te differentieren in verband met het terug willen keren. Het belangrijkste bleek hierbij de competentie van de arts (instrumentele variabele).

Positieve ervaring op elk van deze gebieden met de arts ging samen met het terug willen keren (=tevredenheid?), negatieve ervaringen met het omgekeerde.

De tweede component, het opvolgen van de instructies, bleek vooral bevorderd te worden door de duidelijkheid van de instructies: een kommunikationeel/informatief aspekt, dat betrekking heeft op de informatieoverdracht.

(Interessant in dit opzicht is de samenhang tussen tevredenheid en goed opvolgen van de instructies, die door Korsch & Negrete werd gevonden. Dit bevestigt de veronderstelde samenhang tussen tevredenheid en sukses van de relatie.)

Bovenstaande resultaten kort samengevat, zouden we kunnen zeggen dat het kommunikatief zijn van de arts het meest als voorwaarde voor tevredenheid naar voren komt, maar dat ook zijn instrumentele- en informatieve eigenschappen van belang zijn.

**C. Overige resultaten i.v.m. tevredenheid.**

**Kish & Reeder:** Kish & Reeder gaan niet in op de gedragsaspekten van de arts i.v.m. tevredenheid, maar kijken hoe terecht de (on)tevredenheid van de patiënten is.

Uit hun onderzoek blijkt dat de artsen waarover men ontevreden is ook minder voldoen aan de algemeen geldende artsennormen. Hoewel deze normen in het algemeen te maken hebben met de organisatie van de praktijk, zou het toch kun-

nen dat patiënten professioneler oordelen dan Mechanic vermoedt. Hij zegt immers dat ontevredenheid meer voorkomt uit gebrek aan interesse, zorg, motivatie e.d. van de arts, dan uit de gepercipiëerde onkunde van de arts.

In hoofdstuk II. 3, bij de bespreking van Kish & Reeder, is echter reeds gesuggereerd, dat niet de kundigheid van de arts maar de organisatie van zijn praktijk het criterium voor tevredenheid was.

Cassee : Cassee vermeldt dat tevredenheid over de verschillende lagen van de bevolking gelijk verdeeld is. Toch is er verschil in de waargenomen gedragsaspecten: naarmate de sociaal economische status lager is wordt de arts als meer afwerend en instrumenteel, en minder diffuus en informatief gezien. Bovendien meent Cassee dat deze waarneming op de realiteit gestoeld is. (zie hoofdstuk II. 3 onder Cassee)

Misschien staat hiermee de bevinding van Vuori in verband, n.l. dat de hoogste en laagste inkomensgroepen het meest tevreden zijn met de grondigheid van het onderzoek, de competentie van de arts en de diagnose (instrumentele variabelen).

### 3. Het opvolgen van de voorschriften door de patiënt.\*

De vraag of de patiënt de voorschriften van de arts al dan niet opvolgt, staat op het eerste gezicht niet zo sterk in verband met de arts-patiënt relatie. Een dergelijke vraag richt zich immers meer op de patiënt.

Wanneer we echter de in hoofdstuk II besproken onderzoeken onder de loep nemen, blijkt de arts-patiënt relatie vaak te worden aangehaald wanneer de onderzoekers het al dan niet opvolgen der voorschriften door de patiënt bespreken.

Met deze onderzoekers zijn wij van mening dat het opvolgen van voorschriften door de patiënt een wezenlijke "afspiegeling" of "neerslag" van de betreffende arts-patiënt relatie is. Met andere woorden: wanneer de voorschriften der arts niet worden opgevolgd, mankeert er iets aan de relatie.

#### Stimson: Kritiek op bestaande onderzoeken.

Stimson heeft negentien onderzoeken naar het meewerken van patiënten bestudeerd. Deze onderzoeken hadden allen dezelfde opzet:

- aan een bepaalde patiënten populatie worden medicijnen voorgeschreven.
- Vervolgens gaat men na of de patiënten deze medicijnen hebben ingenomen en of dat volgens de voorschriften is gebeurd. Deze toetsing geschiedt door het stellen van vragen, door urine-tests of door een inventarisering van de resterende medicijnen.

\*In de Engelse literatuur wordt gesproken over "compliance" (letterlijk vertaald: meegaandheid). In de onderzoeken betreft deze term vrijwel altijd het opvolgen van de voorschriften van de arts.

In dergelijke onderzoeken houdt men zich tenslotte bezig met de volgende vragen:

a) Hoeveel mensen gebruiken hun medicijnen niet op de voorgeschreven manier?

Uit de onderzoeken blijkt dat meer dan dertig procent van de patiënten de instructies niet opvolgt.

b) Wat zijn de achtergrondkenmerken van deze laatste groep patiënten? Sommige onderzoekers hebben verbanden gevonden tussen het niet opvolgen der voorschriften en onder meer:

- sociale isolatie
- lage sociale klasse
- lage opleidingsgraad
- huwelijkse staat
- duur van de behandeling

Andere onderzoekers konkluderen dat het zich niet houden aan de voorschriften niet in verband staat met:

- leeftijd
- sexe
- intelligentie
- opleiding
- duur van de symptomen
- huwelijkse staat

Stimson heeft dus redelijk veel tegenstrijdigheden gevonden: een type "patiënten, die niet meewerken" lijkt niet geïdentificeerd te kunnen worden.

c) Waarom volgen patiënten de instructies niet op?

Mogelijke aanwijzingen hiervoor worden, zo konkludeert Stimson uit de negentien door hem bestudeerde onderzoeken, meestal gepresenteerd als bijkomstige resultaten van het hoofdonderzoek. Slechts 2 onderzoeken gaan hier systematisch op in. Deze studies (Davis, Francis, Korsch & Morris) worden later in deze paragraaf besproken.

Stimson heeft nogal wat kritiek op de manier, waarop men het opvolgen van de voorschriften door de patiënt onderzoekt. Deze manier wordt op haar beurt weer bepaald door de visie van de onderzoeker op het te onderzoeken onderwerp. Volgens Stimson gaat men uit van het standpunt van de arts en hanteert men een model van de arts-patiënt relatie, waarin enerzijds de arts de instructies geeft en anderzijds de patiënt wordt geacht die op te volgen. In een dergelijk relatie-model ontvangt de ideale patiënt de medische instructies passief en gehoorzaam. Wanneer vanuit een dergelijke visie onderzoeken naar een onderwerp als "het opvolgen van voorschriften" worden opgezet, dan zal dat research-probleem - zo meent Stimson - worden opgevat als een kwestie van konformiteit of van afwijking. Men gaat er in dit soort onderzoeken immers (hoewel onuitgesproken) vanuit, dat de arts de expert is (het dus goed doet) en weet wat het beste is.

En dan is het ook vanzelfsprekend dat men geneigd is de oorzaak van de "fout" (in dit geval: het niet meewerken) bij de patiënt te zoeken.

Een dergelijke visie op de relatie tussen arts en patiënt is onzes inziens deels verklaarbaar uit de achtergrond der onderzoekers.

De meeste onderzoeken naar het opvolgen der voorschriften door de patiënt zijn opgezet en uitgevoerd door sociologen. Binnen de sociologie is de sekte, die zich bezighoudt met de invloed van leiderschap



op bepaalde processen, sterk ontwikkeld. Deze tak heeft ook de medische sociologie zwaar beïnvloed. De gedragscategorieën van arts en patiënt stammen dan ook merendeels uit deze leiderschapssectie. We kunnen ons echter voorstellen, dat de relatie tussen arts en patiënt ook vanuit andere invalshoeken (bijvoorbeeld de therapeutische of de onderwijskundige) benaderd en onderzocht kan worden.

Stimson geeft de voorkeur aan een benadering, die het gedrag van de patiënt meer begrijpelijk maakt in plaats van hem of haar als de schuldige aan te wijzen. In dit kader vestigt hij de aandacht op verschillende factoren, die het opvolgen van voorschriften kunnen beïnvloeden:

- de mensen hebben bepaalde ideeën over of een bepaalde houding ten opzichte van het gebruik van medikamenten (bijvoorbeeld de angst om eraan verslaafd te raken of de houding van "ik wil geen chemische rommel in m'n lijf). Deze ideeën kunnen gebaseerd zijn op de eigen ervaringen met ziekte, medicijngebruik e.d. Zij kunnen (mede) ontstaan onder invloed van de referentiegroep van de patiënt (gezinsleden, kennissen, klubleden e.d.). Niet alleen de arts wordt gekonsulteed, men vraagt ook anderen om medisch advies of om suggesties voor het gebruik van medikamenten.

Freidson (vgl. pag. 6) spreekt in dit verband over het lekensysteem; Winkler Prins praat over "informele kontakten".

De recente ontwikkelingen op het gebied van de groepsgewijze behandeling van patiënten kunnen worden gezien als een erkenning van het feit, dat niet alleen de arts de bron is van de ideeën over en de houding ten opzichte van het opvolgen van instructies. Dit soort behandeling illustreert een poging om greep te krijgen op een referentiegroep van de patiënt. Door de steun vanuit deze groep kan het opvolgen van instructies voor de patiënt gemakkelijker worden gemaakt (vgl. ook C.S.M. Wachters-Kaufmann, groepsgewijze behandeling van patiënten, N.H.I., Utrecht, 1974).

- De mate, waarin de patiënt zich houdt aan de instructies, wordt ook beïnvloed door de interactie met de arts.

Stimson wijst in dit kader onder meer op de rol van verwachtingen, waar de arts al dan niet aan tegemoet gekomen is. Uit onderzoeken blijkt, dat het niet opvolgen van instructies door de patiënt onder meer een verlate reactie kan zijn op een interactie met de arts, welke door de patiënt slecht werd beoordeeld.

Onderzoeken, welke in de lijn van het betoog van Stimson liggen, zijn onder meer die van Davis (1968) en van Francis, Korsch & Morris. Alvorens daar op in te gaan, willen we enige aandacht besteden aan een ouder onderzoek van Davis.

#### Davis - 1966.

Dit onderzoek is niet opgenomen bij de gedetailleerde beschrijvingen in hoofdstuk III, omdat de arts-patiënt relatie er slechts zijdelings bij betrokken wordt. Het kan echter wel dienen als illustratie van de bezwaren van Stimson en is tevens een eerste aanzet tot onderzoeken in de stijl van Davis, Francis e.a. en Vuori e.a.

Davis hield zich in dit onderzoek bezig met samenhangen tussen het meewerken van de patiënt enerzijds en karakteristieken van de arts-patiënt relatie en van de patiënten anderzijds. Hij analyseerde 31 onderzoeken op deze variabelen. Tevens nam hij een vragenlijst over deze onderwerpen af bij 132 senior-artsen (medewerkers aan een geneeskunde fakul-

teit) en 86 junior-artsen (i.e. 4e jaars studenten medicijnen, die regelmatig patiënten zagen op de poliklinieken).

Het bleek erg moeilijk, zoals ook Stimson al had ondervonden, om op grond van het literatuuronderzoek eenduidig het aantal niet meewerkende patiënten vast te stellen (het percentage varieerde van 15% tot 93%). Ditzelfde gold voor het verband tussen al dan niet meewerken en achtergrondvariabelen van de patiënt als: leeftijd, sexe, socio-ekonomische status e.d.

Ook de resultaten van het onderzoek m.b.v. de vragenlijst leverde op beide gebieden tegenstrijdigheden op: de percepties van de artsen onderling waren zeer verschillend.

Toen Davis tenslotte de gegevens uit zijn literatuuronderzoek vergeleek met de resultaten van zijn eigen onderzoekje, bleek ook dat daar een grote verscheidenheid van uitkomsten optrad.

Eenduidiger gegevens kwamen naar voren toen Davis het effect van de arts-patiënt relatie op het al dan niet meewerken van de patiënt onder de loep nam. Van de 31 bestudeerde onderzoeken, hielden zich er tien met dit effect bezig. Uit de meeste van deze studies kwam het belang van onderlinge kommunikatie tussen arts en patiënt naar voren.

Ook de junior- en senior-artsen spraken zich via de antwoorden op de vragenlijst uit over het effect van de arts-patiënt relatie op het meewerken van de patiënt:

- 56% van de senior-artsen en 64% van de junior-artsen beaamde het belang van onderlinge kommunikatie en van het geven van uitleg;
- het onvermogen van de patiënt om het advies van de arts te begrijpen, werd door 40% van de senior- en 47% van de junior-artsen aangevoerd als reden voor het niet-opvolgen van instructies;
- 67% der senior-artsen en 61% der junior-artsen zocht de oorzaak van het niet-meewerken in de "onkoöperatieve persoonlijkheid" van de patiënt;
- slechts 26% van de senior-artsen (tegenover 51% van de junior-artsen) meende, dat de attitude van de arts een belangrijke rol speelde.

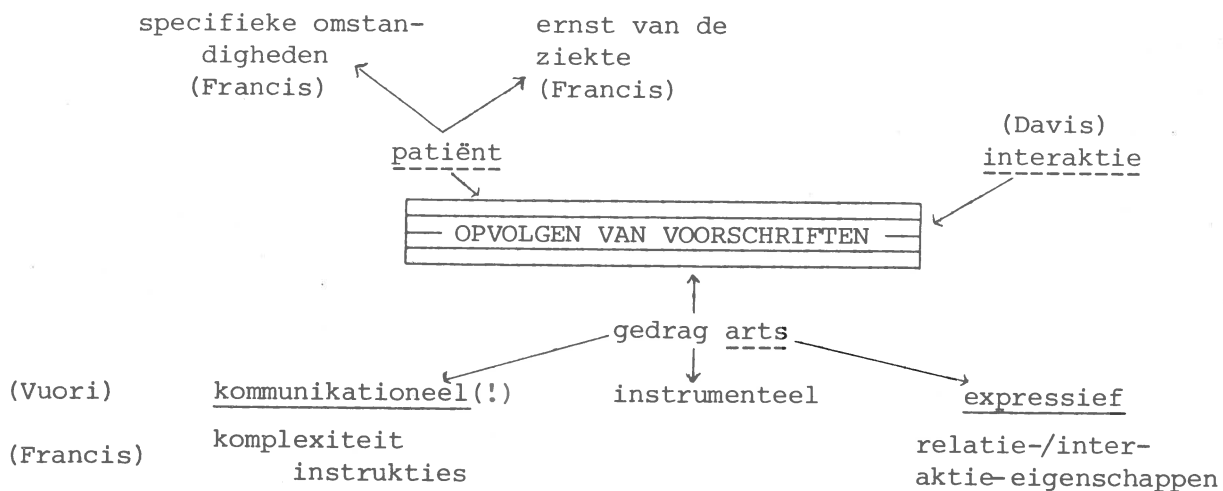
De door Stimson gewraakte roloppvattingen rond arts en patiënt spelen bij deze laatste twee punten waarschijnlijk sterk mee.

#### Het opvolgen van voorschriften i.v.m. de arts-patiënt relatie.

Davis konkludeert uit zijn literatuur- annex inventarisatie-onderzoek, dat de mate van meewerken van de patiënt hoogstwaarschijnlijk kan worden verbeterd door het geven van uitleg enerzijds en een wederzijdse begrip van de waarden van arts en patiënt anderzijds.

Op deze konklusies zijn enkele van de in hoofdstuk II beschreven onderzoeken ingegaan.

We zullen achtereenvolgens Vuori e.a., Francis e.a. en Davis bespreken.



Figuur 3: Het opvolgen van voorschriften - onderzochte factoren.

- Vuori : Het onderzoek van Vuori is - in het kader van tevredenheid van de patiënt met de arts - al gedeeltelijk aan de orde gekomen in paragraaf III.2. Vuori konkludeert dat de kommunikationele eigenschappen van de arts (in termen van Cassee: de informatieve eigenschappen - vgl. figuur 2) de grootste invloed hebben op het al dan niet opvolgen van instructies door de patiënt.
- Francis e.a. : Francis, Korsch & Morris rapporteren, dat een aantal factoren, die buiten de arts-patiënt relatie liggen, een belangrijke rol spelen bij het al dan niet opvolgen van instructies. Zij noemen:
- de ernst van de ziekte;
  - de complexiteit van de instructies. Deze complexiteit kan zowel zetelen in de vorm, waarin de arts zijn instructies heeft gegeven, als in de moeilijkheidsgraad van de instructies op zich. De remmende invloed van de complexiteit der instructies is ook al door Davis (1966) opgemerkt.
  - de specifieke omstandigheden van de patiënt.
- Francis e.a. benadrukken tevens het belang van:
- eigenschappen van de arts op het gebied van relaties en interactie.
- Voorts wijzen zij op een sterke samenhang tussen tevredenheid van de patiënt en het opvolgen van de instructies:
- zowel de tevredenheid als het zich houden aan de voorschriften namen toe, wanneer gedurende het consult was voldaan aan de verwachtingen van de patiënt. Dezelfde toename is gekonstateerd, wanneer de patiënt de houding van de arts beoordeelde als vriendelijk, bezorgd e.d.

Davis : Het reeds uitvoerig in hoofdstuk II beschreven onderzoek van Davis sluit van de ene kant aan bij bovengenoemde bevindingen, maar spreekt ze ook op een belangrijk punt tegen. Vuori e.a. en Francis e.a. hebben het gesprek, waarin de instructies gegeven worden, bestudeerd en komen zo tot bovengenoemde bevinding.

Davis konkludeert echter, dat als gevolg van dat éérste gesprek géén verband is te leggen tussen het meewerken van de patiënt en de onderlinge interactie. Pas de interactie van het follow-up gesprek zou kenmerken vertonen, die beslissend zijn voor het al dan niet meewerken.

Dit verschil in uitkomsten is mogelijkwijs een gevolg van een verschil in onderzoeksopzet. Davis analyseerde van het eerste gesprek, waarin de instructies gegeven werden, slechts een fragment en onderzocht het follow-up gesprek in zijn totaliteit.

Francis e.a. bestudeerde al van het eerste gesprek het totale profiel. Ook Vuori werkte met een totaal-indruk van het eerste gesprek. De patiënten gaven immers, afgaande op het volledige consult, hun visie op de drie (in figuur 3) aangegeven gedragskenmerken van de arts.

#### 4. Het gedrag en de houding van de arts.

Aangezien het gedrag en de houding van de arts al verschillende malen aan de orde is geweest bij de bespreking van "tevredenheid van de patiënt met de arts" en "opvolgen van de voorschriften door de patiënt", kunnen we de behandeling van dit thema nu op sommige punten kort houden.

Op een enkele uitzondering na, kunnen we de vraagstellingen van onderzoeken die zich op dit aspekt van de arts-patiënt relatie richten, uiteen laten vallen in twee delen:

A: Onderzoeken die nagaan wat voor soort gedrag men aantreft bij de huisarts en wat de konsekwenties van verschillende soorten gedrag zijn.

Men onderscheidt in deze onderzoeken verschillende gedragstypes en gaat na in welke mate ze voorkomen of door de patiënt als zodanig waargenomen worden. Eventueel wordt dit voorkomen van gedragstypes in verband gebracht met de sociale context van de patiënt. Tenslotte kijkt men of bepaalde gedragspatronen verband houden met andere verschijnselen; of ze bijvoorbeeld de tevredenheid bevorderen, het sukses van de relatie vergroten, of het opvolgen van de voorschriften in de hand werken.

B: Onderzoeken waarin men nagaat welke verwachtingen er bij de patiënt leven omtrent het gedrag van de arts. Tevens gaat men soms na of er samenhangen bestaan tussen verschillende verwachtingen:

Verwacht iemand met een voorkeur voor een instrumenteel handelende arts bijvoorbeeld ook een grote funktiebreedte van zijn dokter?

#### A. Welk gedrag treft men aan bij de arts en waarmee hangt dit samen.

Onder de eerste kategorie vallen de onderzoeken van Cassee, Shuval en Vuori. Ook Cartwright, Joosten en Winkler Prins hebben hun aandacht hierop gericht.

Schematisch weergegeven treffen we bij de genoemde onderzoekers de volgende vraagstellingen aan:

Onderzoeker	Hoekategoriseert* men gedrag van de arts.	Wat onderzoekt men aan het gedrag op zich.	Welke samenhangen neemt men in beschouwing.
Cassee	Instrumenteel Diffuus Kommunikatief Informatief Afwerend	Mate van voorkomen, gedifferentieerd naar sociaal-ekono- mische status v.d. patiënt.	Konsekwenties voor tevredenheid van de patiënt.
Joosten	zie Cassee	Samenhang tussen de vijf gedragsvormen.	
Vuori	Expressief Instrumenteel Kommunikatio- neel	Mate van voorkomen.	Konsekwenties voor het sukses van de relatie.
Winkler Prins	Mate van persoon- lijke band.		Samenhang met de mate van kritiek, verwach- tingen omtrent de arts, verwachte funktiebreedte en mate van informele kontakten.
Cartwright	Mate van persoon- lijke band.	Mate van voorkomen.	
Shuval	Mate van status geven. Mate van kathar- sis geven.		Samenhang met kultuur- patroon van de patiënt.

\* Voor definities en operationalisaties zie hoofdstuk II en hoofdstuk III. 2 en III. 3.

Cassee : De vijf gedragsvormen van een arts, welke Cassee mat, zijn reeds ter sprake gekomen bij het thema "tevredenheid"(III.2). Binnen het thema "gedrag en houding van de arts" zijn de volgende onderzoeksresultaten nog van belang:

- Artsen worden vaak tot altijd als kommunikatief en instrumenteel gezien; soms vindt men ze informatief, soms tot zelden diffuus en zelden tot nooit afwerend.
- Mensen uit de lagere milieus vinden de arts meer afwerend en instrumenteel, minder informatief en diffuus, dan mensen uit hogere milieus. In hoofdstuk II is uitgebreider

ingegaan op Cassee's veronderstelling dat deze perceptie waarschijnlijk met de realiteit overeenstemt. Overigens hebben deze verschillen in perceptie tussen mensen uit verschillende milieus geen invloed op de tevredenheid: die blijft voor verschillende milieus gelijk.

- Joosten** : Joosten stelde na afloop van het konsult vragen aan de patiënt omtrent het konsult. Ook moesten de patiënten aangeven of ze het al dan niet eens waren met bepaalde uitspraken over de arts. Deze uitspraken waren omschrijvingen van de vijf categorieën van Cassee. Uit een analyse van de antwoorden op deze vragenlijsten bleek dat de categorieën *kommunikatief*, *instrumenteel* en *diffuus*, een samenhang vertoonden binnen de faktor "waardering voor de arts"; *informatieve* aspecten van het optreden van de arts vormden een tweede faktor, *afwerende* aspecten een derde.
- Vuori** : Vuori heeft zich niet zozeer gericht op het voorkomen van bepaalde categorieën (*expressief*, *kommunikationeel*, *instrumenteel*), maar vooral op het verband dat ze hebben met variabelen als "sukses van de relatie" en "opvolgen van voorschriften". Hierop is in hoofdstuk III. 2 en III. 3 reeds uitputtend ingegaan. Van de drie categorieën kan alleen opgemerkt worden, dat ongeveer 75% van de patiënten positieve ervaringen had met *expressieve*, *kommunikationele* en *instrumentele* gedragskenmerken van de arts.
- Shuval** : Shuval richtte zich op een speciaal aspect van het artsengedrag, n.l. de mate waarin hij status en katharsis verleende aan de patiënt. Omtrent deze twee begrippen werd in hoofdstuk II reeds het volgende opgemerkt:  
De arts kan zijn hoge status aan de patiënt doorgeven door hem een gevoel van nabijheid te geven (d.m.v. vriendelijkheid en warmte). Katharsis biedt de arts, wanneer hij de patiënt de gelegenheid geeft tot vrije *kommunikatie*.  
De mate, waarin de arts status en katharsis verleent, blijkt afhankelijk te zijn van het cultuurpatroon van de patiënt: hoger ontwikkelde roemeense joden ontvingen meer status en katharsis dan marokkaanse joden, die op een lager cultureel niveau staan.  
Het lijkt ons gewettigd om aan te nemen, dat status en katharsis bij Shuval en *informatief*, *diffuus* en *kommunikatief* gedrag bij Cassee, refereren naar een persoonlijke band met de arts. (Een persoonlijke band wordt door ons, mede naar aanleiding van de opmerkingen van Winkler Prins hierover, gezien als een contact dat het menselijk aspect van de arts-patiënt relatie benadrukt, in tegenstelling tot een meer "technisch" gericht konsult tussen arts en patiënt.)  
Deze onderzoeksresultaten wijzen er dan op, dat de mate van persoonlijke band tussen arts en patiënt mede cultureel en/of klassebepaald is.
- Cartwright**: Ook Cartwright en Winkler Prins gingen in op de persoonlijke band. Cartwright was van mening dat er in Engeland over

het algemeen een ruime mogelijkheid bestaat om een persoonlijke band met een huisarts te ontwikkelen. Hoewel de patiënten een dergelijke band in eerste instantie ook aangaven (weinig kritiek e.d.), bleek de relatie bij verder doorvragen toch minder diep en persoonlijk te zijn.

Winkler Prins : Winkler Prins kwam tot de konklusie dat men minder kritiek op zijn arts heeft, naarmate er een sterkere persoonlijke band bestaat. Voorts bestaat er, in de stad althans, een zwakkere persoonlijke band met de arts, naarmate men minder informele kontakten heeft; (met informele kontakten worden kontakten bedoeld, die niet door een formele werkstructuur of door een gezinsstructuur worden bepaald). Aangezien verdere konklusies van Winkler Prins samenhangen met de verwachtingen, die de patiënten van hun arts hadden, worden deze resultaten onder B behandeld.

#### B. Welke verwachtingen leven er bij de patiënt omtrent het gedrag van de arts.

Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat een belangrijke faktor binnen de arts-patiënt relatie bestaat uit de verwachtingen die de patiënten omtrent het gedrag van hun arts hebben.

Hiernaar is onderzoek gedaan door Winkler Prins, Mechanic en Korsch & Negrete.

- De verwachtingen waarnaar Korsch & Negrete informeerden zijn gebaseerd op een zeer specifieke ervaring van de patiënt: men vroeg naar de verwachtingen met betrekking tot één konsult.
- De respondenten van Mechanic beschreven de kwaliteiten die ze in het algemeen van een goede huisarts verwachtten.
- Winkler Prins vroeg eveneens naar algemene verwachtingen, maar gaf tevens een aantal gebieden aan waarop die verwachtingen betrekking moesten hebben: hij informeerde naar het type arts - instrumenteel of persoonlijk - waaraan de voorkeur werd gegeven, naar de funktiebreedte die men van de arts verwachtte en naar de samenhang van deze verwachtingen met de sociale kontakten die men onderhoudt. (Voor definiëring en operationalisering van de begrippen van Winkler Prins zie hoofdstuk II.)

Korsch & Negrete: Korsch & Negrete informeerden direkt na afloop van het konsult, naar de verwachtingen die men m.b.t. het konsult had gehad. Ook gingen ze na in hoeverre aan die verwachtingen tegemoet gekomen was. De meest voorkomende verwachtingen waren:

1. het krijgen van informatie omtrent de ziekte van het kind, en
2. aandacht en begrip van de kant van de arts voor de zorgen van de moeder.

Aan beide verwachtingen werd niet optimaal voldaan.

Mechanic : De verwachtingen die de respondenten van Mechanic hebben van een "goede arts" liggen grotendeels op hetzelfde terrein. Drie aspecten van het artsengedrag worden als het meest belangrijk beschouwd:

- kompetentie van de arts
- persoonlijke interesse
- optreden van de arts (bedachtzaam, sympathiek, vriendelijk, bezorgd (!))

Deze drie kwaliteiten worden door 37-45% van de patiënten genoemd.

Minder belang wordt gehecht (12-21%) aan een aantal praktische kwaliteiten als:

- het doen van huisbezoek
- voldoende tijd hebben
- beschikbaarheid,

en aan relationele kwaliteiten als:

- de waarheid vertellen
- manier waarop de arts te werk gaat
- uitleg geven
- luisteren.

Overigens blijkt bij nadere analyse dat de kwaliteit "persoonlijke interesse" een aantal minder voorkomende kwaliteiten omvat. Zo blijken kwaliteiten als "voldoende tijd hebben", "manier waarop de arts te werk gaat" en "luisteren", gerekend te worden onder persoonlijke interesse.

Voorts kenschetsen veel mensen persoonlijke interesse ook als "hij zorgt echt voor jou en je gezin", en "hij blijft je ook na de behandeling volgen". Deze kwaliteit "persoonlijke interesse" lijkt op hetzelfde te duiden als het reeds eerder aangehaalde begrip "persoonlijke band".

Winkler : Aangaande de voorkeur van de patiënt voor een persoonlijke  
Prins dan wel een instrumenteel optredende arts, vermeldt Winkler Prins het volgende:

- Deze voorkeur hangt gedeeltelijk samen met de mate waarin men informele contacten heeft; mensen met weinig informele contacten hebben een sterkere voorkeur voor een persoonlijk optredende arts.

Deze voorkeur valt, volgens Winkler Prins, toe te schrijven aan een bepaald stereotyp beeld, dat men van de arts heeft ("de arts als steun en toeverlaat").

Mensen met geringe informele contacten zouden bij het uitspreken van hun voorkeur voor een persoonlijk optredende arts sterker afgaan op deze stereotypering.

- De voorkeur voor een persoonlijk optredende arts kan ook uit de eigen ervaring voortkomen: patiënten die een zwakke persoonlijke band met hun arts hebben en veel kritiek op hem uitoefenen, vertonen tegelijkertijd een sterke voorkeur voor een persoonlijk optredende arts.

De verwachte funktiebreedte is enigszins cultureel bepaald; patiënten in de stad hebben wat dit betreft andere verwachtingen dan patiënten op het platteland. De laatste patiënten verwachten meer van de arts.

In de stad verwachten patiënten, die veel informele contacten hebben, eveneens een grotere funktiebreedte.



### Konklusie.

Een vergelijking tussen Winkler Prins en beide voorafgaande onderzoeken is moeilijk te maken vanwege de verschillende vraagstellingen. Winkler Prins ging na hoe bepaalde verwachtingen gerelateerd waren aan het sociale milieu, terwijl Mechanic en Korsch & Negrete nagingen welke verwachtingen er überhaupt bestonden. Bepaalde verwachtingen die in dit verband genoemd werden bij Korsch & Negrete en Mechanic kunnen echter aan de hand van de bevindingen van Winkler Prins in een groter subkultureel verband gezien worden; persoonlijke interesse van de arts wordt in het algemeen gezien als een belangrijke kwaliteit van de arts, die veel mensen van hem verwachten, maar dit verwachtingspatroon zal sterker worden naarmate men minder informele kontakten heeft.

Ook wanneer men eerder teleurgestelde ervaringen heeft gehad met een weinig persoonlijk optredende arts zal men meer persoonlijke interesse van de kant van de arts verwachten.

Op een dergelijke wijze kunnen bevindingen van Winkler Prins een verdieping aanbrengen in gegevens zoals die bekend zijn van Mechanic en Korsch & Negrete.

### 5. Interactie-onderzoeken.

Resten ons in deze bespreking de onderzoeken naar de interactie, die gedurende het konsult plaatsvindt tussen de arts en zijn patiënt. Deze onderzoeken onderscheiden zich in twee opzichten van de eerder besprokene:

- Ze omvatten een direkt door de onderzoeker gegeven beoordeling. Tot nu toe hebben we te maken gehad met een indirekte beoordeling van de kant van de onderzoeker: de onderzoeker ging op zijn beurt weer af op de beoordeling door de direkt betrokkene, namelijk de arts of de patiënt.
- Er worden bepaalde specifieke konsulten beoordeeld. De eerder beschreven onderzoeken namen veel globalere aspecten van de arts-patiënt relatie in beschouwing, zoals tevredenheid met de arts in het algemeen, het gedrag van de arts door de jaren heen e.d.

Een derde ietwat subjektiever onderscheidingspunt is gelegen in het feit dat deze interactieonderzoeken zich zowel richten op de arts, als op de patiënt, als op hun onderlinge interactie, waardoor ze in onze ogen een beter totaalbeeld opleveren van de arts-patiënt relatie. Daar staat dan echter wel weer tegenover dat de eerste genoemde types van onderzoek de relatie tussen arts en patiënt over een langere tijd volgen.

Het meest vruchtbaar zijn volgens ons de onderzoeken die naast de interactie tussen arts en patiënt ook andere aspecten in samenhang met die interactie in beschouwing nemen.

Voorbeelden van onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt zien we bij Korsch & Negrete, Francis e.a., Davis en Joosten. Korsch & Negrete onderzochten interactie tussen arts en patiënt in samenhang met tevredenheid, Francis e.a. en Davis in samenhang met het opvolgen van instructies, en Joosten bestudeerde naast de interactie ook het gedrag van de arts, zoals arts en patiënt dat waarnemen. Aangezien al deze aspecten al in de betreffende paragrafen aan bod gekomen zijn zullen we ons hier slechts richten op onderzoek naar de in-

teraktie op zich.

Zoals reeds opgemerkt in hoofdstuk II zijn er verschillende niveau's mogelijk om de arts-patiënt interactie te benaderen.

Men kan op taalkundige aspecten afgaan, zoals zinslengte van arts en patiënt, woord- en betekenisherhalingen, hummen en kuchen, onderschikingsratio e.d. (Joosten).

Sommige onderzoekers verdelen een interactie in een aantal gespecificeerde categorieën, zoals het Bales' systeem (Davis, Korsch & Negrete), de indeling van Van Lidth de Jeude en het systeem van Katz.

Het eerste onderwerp dat wij aan willen snijden is het gebruik van de categorieën van Bales in onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt. In twee onafhankelijk van elkaar opgezette onderzoeken werden observaties gedaan aan de hand van het categorieënsysteem van Bales. We willen nagaan op wat voor manier de resultaten van beide onderzoeken elkaar eventueel aan kunnen vullen.

Op de tweede plaats willen we bespreken, welke types gesprekken er aan de hand van de verschillende analyses kunnen worden onderscheiden, en wat de onderlinge raakpunten van deze verschillende gesprekstypes zijn. We willen proberen om op grond van de laatste gegevens enkele voorzichtige konklusies te trekken over de konsekwenties van de verschillende interactievormen. Hierbij kunnen vragen aan de orde komen als:

- Welke eigenschappen moet de arts-patiënt interactie vertonen, wil zij positief gewaardeerd worden?
- Wat zijn de criteria op grond waarvan een arts-patiënt interactie kan worden beoordeeld?

#### Interaktie onderzoek aan de hand van Bales categorieën.

De categorieën van Bales worden gebruikt door Korsch & Negrete en Davis (zie voor de exakte beschrijving van deze categorieën hoofdstuk II, Davis en Korsch & Negrete).

Korsch & Negrete.

Korsch en Negrete kijken bij het interactieonderzoek naar het voorkomen van deze categorieën op zich. Afgaande op hun bevindingen kan gesteld worden dat bij de patiënt het informatiegeven de belangrijkste plaats inneemt (46% van alle kommunikaties). De volgende categorieën zijn "het eens zijn" (13%) en "spanning" (!) (11%). Hierna komen achtereenvolgens "geeft mening" en "aandacht". Opvallend is dat ondermeer de categorieën "vriendelijkheid" (3%) en "opluchting" (2%) weinig voorkomen.

Ook bij de arts neemt het informatie geven de belangrijkste plaats in (36%), maar dit springt er minder uit dan bij de patiënt. Informatie zoeken komt op de tweede plaats (21%), gevolgd door instructies geven (9%), mening geven, aandacht en vriendelijkheid (6%). In tegenstelling tot de patiënt vertoont de arts nauwelijks spanning en is hij iets vriendelijker.

Het geheel geeft een redelijk natuurgetrouwe afspiegeling van wat onder de klassieke arts-patiënt relatie wordt verstaan. De arts is zeker van zichzelf (weinig spanning), de patiënt niet zo erg, er is dan ook weinig onenigheid (tenminste niet openlijk). De arts vraagt (veel informatie zoeken van zijn kant, de patiënt doet dit nauwelijks), de patiënt antwoordt (hoewel ook de arts redelijk veel informatie geeft,

toch blijkt hij dit, absoluut gezien, te weinig te doen; zie hierover Francis e.a. III. 3 en Korsch & Negrete III. 2).

Davis.

Davis ging verder met zijn gebruik van deze categorieën. Via faktor-analyse kwam hij tot een aantal soorten gesprekken, waarin bepaalde categorieën van Bales steeds gezamenlijk voorkwamen. Een nadeel bij de beoordeling van dit onderzoek is, dat Davis deze gesprekstypes slechts op hun merites beoordeelde in zoverre als ze bijdroegen (in positieve of negatieve zin) aan het opvolgen van de instructies. Het is moeilijk de gesprekken in hun geheel als positief of negatief te beoordelen, aangezien daar geen criteria voor aangegeven worden. Bij het bovengenoemde onderzoek van Korsch & Negrete werd dit criterium gevonden in de tevredenheid van de patiënt met het gesprek.

Hoewel een beoordeling, verdergaand dan de evaluatie die Davis zelf geeft, moeilijk te geven is, willen we wel trachten de resultaten van Korsch & Negrete te combineren met die van Davis. We doen dit door de gegevens van Korsch & Negrete omtrent het voorkomen van de categorieën te gebruiken bij een analyse van de gesprekstypes van Davis. Opvallend is, dat het informatie geven door de arts en het informatie geven door de patiënt (afgaande op Korsch & Negrete de meest voorkomende verbale uitingen) bij Davis niet samen voorkomen binnen één gesprekstype. Informatie geven door de arts komt zelfs in geen der gesprekstypes voor. Wel wordt het in negatieve zin genoemd, het niet geven van informatie komt voor in drie soorten gesprekken:

non-directive antagonism: De arts geeft vaak zijn mening, evalueert e.d., stelt zich vrijmoedig op, geeft geen informatie.

informative non-evaluativeness: Arts geeft wel suggesties en richting, maar geen informatie.

non-reciprocal informativeness: Patiënt geeft informatie, de arts vraagt informatie maar geeft hem zelf niet.

~~De laatste vorm van communiceren wordt door Davis zeer negatief beoordeeld i.v.m. het opvolgen van instructies.~~

Behalve in "non-reciprocal informativeness" komt het informatie geven door de patiënt ook voor in:

active patient-permissive doctor: patiënt geeft informatie, geeft zijn mening; patiënt neemt echter niet passief aan wat de arts zegt of doet, en is het niet met hem eens. De arts neemt wel aan wat de patiënt zegt en is het met hem eens.

~~Ook dit gesprekstype wordt door Davis niet positief beoordeeld i.v.m. het opvolgen van de instructies.~~

Tot zover het geven van informatie door arts en patiënt. Hoewel het een veel geskoorde categorie is, geschiedt het geven van informatie blijkbaar vaak in een verkeerde context en draagt het zodoende niet bij tot een beter opvolgen van de instructies.

Wanneer de negatieve categorieën (vijandschap, oneens zijn, spanning) gezamenlijk voorkomen is er sprake van "malintegrative behaviour".

De categorie "spanning", komt ook voor in het gesprekstype:

"tension build up": arts en patiënt vertonen spanning, arts toont solidariteit. (Afgaande op Korsch & Negrete kan aangetekend worden dat de patiënt ongeveer tien maal zoveel spanning vertoont als de arts.)

Aangezien de negatieve categorieën weinig voorkomen (Korsch & Negrete), zullen gesprekstypes als "mal integrative behaviour" en "tension build up" ook relatief weinig voorkomen.

Tenslotte zien we in drie gesprekstypes positieve en neutrale categorieën gezamenlijk voorkomen:

Solidary relationship: Arts en patiënt zijn solidair en de patiënt is ontspannen. (Deze drie categorieën komen relatief weinig voor.)

Entreative inquiry: Patiënt vraagt om informatie, suggesties en leiding.

Tension release: Beide tonen ontspanning.

De beoordeling van al deze categorieën wordt bemoeilijkt door het feit dat de gedragscategorieën alleen maar geskoord worden; de onderzoekers kennen aan de onderscheiden categorieën geen gewicht toe.

Men kan aldus uit het onderzoek van Korsch & Negrete opmaken dat het tonen van onenigheid en vijandschap nauwelijks voorkomt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het geven van informatie; wat echter het effect van een enkele vijandige opmerking kan zijn, is niet na te gaan. Wel kan men uit het onderzoek van Davis opmaken dat het in dergelijke gevallen vaak niet bij één vijandige opmerking zal blijven, gezien de samenhang met andere negatieve categorieën binnen het gesprekstype "mal integrative behaviour".

#### Vergelijking van verschillende soorten analyses.

In het begin van deze paragraaf hebben we gesteld, dat we als tweede onderwerp de eventuele gemeenschappelijke bevindingen van de verschillende analyses aan de orde wilden stellen. In het voorafgaande werden twee onderzoeken vergeleken, die beide uitingen van het categoriseringssysteem van Bales. Deze ordening bleek uiteindelijk de enige te zijn, die we konden verwezenlijken.

De criteria waarop respectievelijk Davis, Korsch & Negrete, Bales, Joosten, Van Lidth de Jeude en Katz de gesprekken indelen zijn namelijk zo uiteenlopend dat vergelijking van de resulterende gesprekstypes voor ons niet mogelijk was. Joosten gebruikt bijvoorbeeld de syntactische gegevens van de gesprekken met het doel een arts-gecentreerd gesprek, een verbaal gesprek en een patiënt gecentreerd gesprek van elkaar te onderscheiden. Dit is een heel andere dimensie dan die van Katz, die interacties d.m.v. procesmatige criteria onderscheidt (interacties bestaan uit geven en nemen, aanbieden en afwijzen e.d.). Wij konden dan ook geen aanknopingspunten vinden, waarmee verschillende bevindingen vergelijkbaar gemaakt zouden kunnen worden.

Een illustratief voorbeeld van deze moeilijkheid om onderzoeken over eenzelfde onderwerp met elkaar te vergelijken, zien we bij de geciteerde onderzoeken naar de tevredenheid van de patiënt: Volgens Joosten zijn patiënten het meest tevreden met een arts-gecentreerd gesprek, terwijl Katz tevredenheid relateert met "geven en nemen".

Beide onderzoekers hebben het begrip tevredenheid dus in verband gebracht met de interactie tussen arts en patiënt. Deze interactie is in de onderzoeken echter zo verschillend geoperationaliseerd, dat op dit punt verdere vergelijking tussen deze twee onderzoeken onmogelijk is geworden.

Het zou interessant zijn om een aantal gesprekken met behulp van de verschillende kategoriseringssystemen te analyseren, om zo tot een breder categorieënsysteem te komen. Misschien dat uit een dergelijke analyse ook de sterkere en zwakkere kanten van de verschillende indelingen af te leiden zijn.

#### 6. Een enkele opmerking over het deskriptieve onderzoek.

Alvorens dit hoofdstuk, waarin enkele gebieden van de arts-patiënt relatie zijn behandeld, af te sluiten, willen we nog ingaan op enige deskriptieve onderzoeken.

Deze onderzoeken (Cartwright, Haehn) pretenderen niet méér dan het geven van een overzicht. Ook gedeeltes van andere onderzoeken (zoals dat van Vuori et al.) hebben een dergelijk karakter. Zij zullen - voorzover een dergelijk gedeelte op zichzelf staat - hier ook worden besproken.

#### Wat behelzen de deskriptieve onderzoeken?

De deskriptieve onderzoeken gaan in op een veelheid van vragen:

- Hoe vaak gaat men naar de arts? (Cartwright)
- Wat is het klachtenpatroon? (Cartwright, Haehn)
- Hoe hangen konsultatie-frekwenties samen met sexe, leeftijd, sociale klasse e.d. van de patiënt? En wat is de samenhang tussen die achtergrondvariabelen? (Cartwright, Vuori)
- In hoeverre beantwoordt de arts aan de verwachtingen? (Cartwright, Francis)
- Wat is de samenhang tussen achtergrondvariabelen van de patiënt en zijn/haar beoordeling van de arts? (Cartwright, Vuori)
- Wat zijn de verrichtingen van de arts? (Haehn)
- e.d.

Sommige onderzoekers hadden vooral het doorlichten van een bepaalde situatie op het oog (zo wilde Cartwright met haar onderzoek de engelse National Health Service doorlichten). In andere onderzoeken vormde deze inventarisatie - en eventueel korrelatie - van feitenmateriaal een onderdeel van een groter projekt (Vuori).

#### Deskriptie en theorievorming.

Van al deze (onderdelen van) onderzoeken kan gezegd worden, dat ze op het niveau van de feiten opereren. Er wordt dan ook geen gebruik gemaakt van theoretische konstrukten; alle informatie wordt rechtstreeks aan de patiënten of artsen gevraagd.

Ons inziens is de theoretische waarde van dergelijke onderzoeken op zichzelf genomen gering: we krijgen het idee, dat de gegevens niet zijn verzameld vanuit een bepaald referentiekader; het is dan ook moeilijk om tot een interpretatie van de gegevens te komen. Toch moet een onderscheid worden gemaakt tussen een deskriptie op zich en een deskriptie als begin van een analyse (een minutieuze procesbeschrijving). In deze laatste zin kunnen deskriptieve onderzoeken waardevol zijn; een dergelijk onderzoek dient dan als aanzet tot meer op theorievorming gericht onderzoek.

### Bezwaren.

Het feit, dat bepaalde onderzoeken deskriptief zijn, wil niet zeggen, dat de betreffende onderzoekers geen theoretische vooronderstellingen hebben gehad. Men gaat in een enquête geen vragen omtrent de sociale klasse stellen, wanneer men geen vooropgezet idee heeft - en dat ontleent men aan theoretische overwegingen -, dat sociale klasse een belangrijke variabele is. Onze kritiek is, dat er achteraf weinig of niets met dergelijke samenhangen gebeurt: het onderzoek blijft op een beschrijvend niveau steken.

Het is bovendien bezwaarlijk, dat er bij de beschrijvende onderzoeken geen gemeenschappelijke planning valt te bespeuren. Dit heeft tot gevolg, dat deze onderzoeken een veelheid aan gegevens opleveren, welke onderling nauwelijks vergelijkbaar zijn.

Deze vergelijkbaarheid wordt nog verder bemoeilijkt door het feit, dat de onderzoeken gebonden zijn aan tijd en plaats. Eventuele verschillen in onderzoeksuitkomsten zijn altijd op die gebondenheid terug te voeren. Een diepergaande discussie van dergelijke verschillen wordt zo onmogelijk gemaakt.

### Resultaten.

De resultaten van verschillende onderzoeken vertoonden enkele overeenkomsten:

- jonge kinderen en bejaarden komen het meest bij de arts (Cartwright, Haehn), en
- vrouwen gaan vaker naar de dokter dan mannen (o.a. Cartwright).

LITERATUURLIJST.

1. Balint, E., Norell, J.S., Six Minutes for the patient. Tavistock publications Limited, Londen 1973.
2. Balint, M., De dokter, de patiënt, de ziekte. Uitg. Het Spectrum NV, Utrecht/Antwerpen, 1965.
3. Bloom, S.W., The doctor and his patient. The Free Press, New York, 1965.
4. Boon-Derksen, E., "Oh, gelukkig dokter .....!", een onderzoek naar het oordeel van 528 patiënten over de groepspraktijk in het gezondheidscentrum Wassenaar. Leiden dec.1974
5. Brook, A., Experiment in general practitioner/psychiatry cooperation. The journal of the College of General Practitioners, vol XIII, p. 127-131.
6. Cartwright, A., Patients and their doctors. A study of general practice, Routledge & Kegan Paul 1967.
7. Cassee, E., Naar de dokter. Boom Meppel 1973.
8. Davis, M.S., Variations in patients' compliance with doctor's advice: an empirical analysis of patterns of communication. Am. Journal of Public Health, vol. 58, nr. 2.
9. Davis, M.S., Variations in patients' compliance with doctor's orders: Analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. Journal of medical education, vol.41, nov. 1966.
10. Es, J.C. van., Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsengeneeskunde. Uitg. Oosthoek, Scheltema & Holkema. Utrecht 1974.
11. Ford, A.B., R.E.S. Liske, R.S. Ort, J.C. Denton, The doktor's perspective: physicians view their patients and practice, The Press of Case Western Reserve University, Cleveland, 1967.
12. Fox, R.C., Experiment Perilous: Physicians and patients facing the unknown, The Free Press, Glencoe, Ill, 1959.
13. Francis, V., B.M. Korsch, M.J. Morris, Gaps in doctor-patient communications. New England Journal of Medicine, maart 1969, vol. 280, nr. 10, p. 535.
14. Freidson, E., Patients'views of medical practice. Russell Sage Foundation, New York, 1961.
15. Groot, A.D. de, Methodologie, Mouton & Co., 's Gravenhage, 1961.
16. Haehn, K.D., Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Tätigkeit von Allgemeinärzten. Der Praktische Arzt 20-74. Oktober.
17. Heydendael, P.H.J.M., e.a. Gezin en ziekte. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen, 1972.
18. Hollender, M.H., The psychology of medical practice. W.B. Saunders Co., Philadelphia 1958.

19. Kassebaum, G.G., B.O. Baumann, Dimensions of the sick role in chronic illness, in E.G. Jaco, Patients, physicians and illness, The Free Press, New York, 1972, pag. 141-154.
20. Joosten, J., Exploratie van de arts-patiënt relatie, een verkennend onderzoek naar het gesprek tussen arts en patiënt. Leiden, maart 1974.
21. Katz, E., Doctor-patient exchanges: a diagnostic approach to organisations and professions. Human relations, 1969, vol. 22, pag. 309.
22. Kish, A.J. & L.G. Reeder, Client evaluation of physician performance. Journal of health and social behaviour 1969, 10.
23. Kluckhohn, F.R., F.L. Strodtbeck, Variations in value orientations, Row, Peterson and co., Evanston, Ill, 1961.
24. Korsch, B.M., V.F. Negrete, Doctor-patient communication. Scientific American, aug. 1972.
25. Lidth de Jeude, A.H. van, De huisarts in de maalstroom der emoties. Stenfert Kroese Leiden, 1971.
26. Mechanic, D., Medical sociology - a selective view. The Free Press, New York 1968.
27. Parsons, T., The social system. The Free Press, Glencoe, Ill, 1951.
28. Secord, P.F., C.W. Backman, Social psychology, Mc. Graw-Hill Book Company, Tokyo, 1964.
29. Shuval, J.T., A. Antonowski, A.M. Davis, The doctor-patient relationship in an ethnically heterogeneous society. Soc. Science & Med. 1967, vol. 1, pag. 141-154.
30. Stimson, G.V., Obeying doctor's orders. A view from the other side. Soc. Science & Med. 1974, vol. 8, pag. 97.
31. Szasz, T.S., M.H. Hollender, A contribution to the philosophy of medicine. The basis models of the doctor-patient relationship. A.M.A. Archives of internal medicine, mei 1956, vol. 97, pag. 585-592.
32. Vuori, H., T. Aaku, E. Aine, R. Erkho, R. Johansson, Doctor-patient relationship in the light of patient's experiences. Soc. Science & Med. 1972, vol. 6, pag. 723-730.
33. Wilson, R.N., Patient-practitioner relationships, in: H.E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder (eds.), Handbook of medical sociology, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963, pag. 273-295.
34. Winkler-Prins, J., Huisarts en patiënt, J.A. Boom en Zoon, Meppel 1966.
35. Zola, J.K., De medische macht: de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij, Boom Meppel, 1972.