

INTERN RAPPORT

## KENNIS VAN DE DOKTER?

- Een onderzoek naar de bekendheid  
van de arts met zijn patienten -

december 1975

Peter Verhaak

## INHOUDSOPGAVE:

|                                                                   | <u>Blz.</u> |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| I: Inleiding . . . . .                                            | 1           |
| II: Hypothesen . . . . .                                          | 4           |
| III: Operationalisaties . . . . .                                 | 5           |
| IV: Verloop van het onderzoek: kritische kanttekeningen . . . . . | 9           |
| V: Resultaten . . . . .                                           | 12          |
| VI: Diskussie . . . . .                                           | 29          |
| VII: Samenvatting . . . . .                                       | 32          |
| VIII: Literatuuropgave . . . . .                                  | 33          |

### Errata:

#### 1. blz. 14 bovenaan:

Bij het vermelden van de bekendheid van de arts met de patiënt dient een punt te worden toegevoegd, t.w.:

4. wordt geïnformeerd of de arts het nodig vindt meer van de patiënt te weten te komen.

#### 2. blz. 14 bovenaan:

aan V.A.1. als laatste zin toevoegen:

Resumerend kunnen we dus stellen dat ook in de bekendheid die de arts reeds heeft met de patiënt geen afdoende verklaring gevonden kan worden voor de noodzaak welke de arts gevoelt om meer van de patiënt te weten te komen.

#### 3. blz. 23 en 24 zijn abusievelijk niet in de paginering opgenomen.

## I. Inleiding.

Het in het onderstaande beschreven onderzoek moet gezien worden in het grotere kader van het project "Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn", dat sinds september 1974 aan het NHI wordt uitgevoerd (zie voor een uitgebreide opzet hiervan de nota "Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn").

De invloed van de continuïteit van de arts-patient relatie op het diagnostiseringsproces, is het onderwerp waarop dit deelproject zich richt. We menen dat deze continuïteit tot uitdrukking komt in de mate van bekendheid welke de arts met de patient heeft. Onze vraagstelling luidt dan ook: Wat is het verband tussen de bekendheid van arts en patient, en het komen tot een somatische dan wel psychosociale diagnose. Deze vraagstelling kwam enerzijds naar voren uit de voorafgaande fase, die bestond uit observaties bij een aantal huisartsensprekken, anderzijds uit de literatuur omtrent de arts-patient relatie.

### ad observatiefase:

- bij nieuwe en/of onbekende patienten kwamen hoofdzakelijk somatische klachten ter sprake.
- wanneer patienten regelmatig met dezelfde klachten kwamen, nam het zoeken naar somatische oorzaken af, terwijl de arts in de psychosociale richting bleef zoeken.

Men had de indruk, dat de arts, naarmate hij de patient beter kent, ook beter weet wat voor vlees hij in de kuip heeft en sneller naar bepaalde psychosociale problematiek informeert. Ook heeft hij een somatisch georiënteerde voorkeursfout, en zal juist bij beter bekenden ook naar psychosociale aspecten zoeken (Zie ook verslag observatie-fase).

### ad literatuur:

Naast ervaringen uit de observatiefase, wordt de inhoud van dit onderzoek ook bepaald door de aandacht die het longitudinale aspect van de arts-patient relatie in de literatuur krijgt.

Bij een bestudering van de case-studies welke Balint en van Lidt de Jeude beschrijven, valt het onmiddellijk op, dat de arts de informatie die hij nodig heeft voor het begrijpen van het gedrag van de zieke, stukje voor beetje boven de oppervlakte krijgt. Naarmate hij een langere en intensievere relatie met een patient heeft, is hij beter in staat diens gedrag te beoordelen en tot een zinvolle diagnose te komen.

Somatische klachten passen vaak in een duidelijk diagnostiseringskader, waarmee men met natuurwetenschappelijke exactheid tot zinvolle therapieën kan besluiten.

In tegenstelling hiertoe zijn psychosociale klachten vaak slechts na langere omgang met de patient waar te nemen en te verklaren; pas wanneer men een goede notie heeft van de betekenis en de oorzaak van die klachten is het mogelijk om tot behandeling over te gaan.

Juist de huisarts is in staat om een dergelijke mate van bekendheid met de patient op te bouwen: Hij kent 99% van de gezinnen die bij hem patient zijn; hij ziet 95% minstens eens per 2½ jaar (De Vries). Haehn vermeldt dat 66,4% van de patienten bekende patienten met oude klachten zijn, 13% is bekend en komt met een nieuwe klacht.

Deze overwegingen vormen aanleiding voor ons om te trachten een beter beeld te krijgen van de wijze waarop bekendheid of continuïteit van de relatie, een rol speelt in de hulpverlening van de arts. In het bijzonder gaat onze belangstelling uit naar de psychosociale hulpverlening, omdat juist relatieproblematiek, sociale omstandigheden, en rouwprocessen minder "op het lijf geschreven staan", dan wonden, bacillen en gezwellen. Juist in de eerstgenoemde soort problematiek heeft men dus een grotere hoeveelheid achtergrondkennis nodig, welke pas na verloop van tijd is verkregen.

Gedurende de observatiefase kregen we ook het vermoeden dat dit tijds-aspekt zich onder meer manifesteerde in de cues waarop de arts afging bij het stellen van een diagnose. Wanneer een arts zijn patient slecht kent, zal hij een dergelijke diagnose hoofdzakelijk aan de hand van de klacht of het klachtenpatroon stellen. Bij een goed bekende patient kan de arts zijn diagnose op een algemeen referentiekader baseren, en zal dit referentiekader ook een overheersende rol spelen.

De vooronderstelling kwam naar voren dat, naarmate de arts de patient beter kende, er meer cues voor handen waren, waarop een diagnose psychosociaal gebaseerd kon worden.

Afgaande op bovenstaande overwegingen lijkt het ons zinvol om na te gaan in hoeverre de bekendheid van arts met patient van invloed is op het verloop van het diagnostiseringsproces.

Onze doelstelling in dit projekt is tweërlei:

- A. In eerste instantie willen we een instrument ontwikkelen om een greep te krijgen op de bekendheid van de arts met de patient. We vragen ons zowel af hoe we dit begrip "bekendheid" of "continuïteit van de relatie" nader in moeten vullen, als wel in welke manier van optreden van de arts het tot uitdrukking komt.

We willen niet alleen weten in welke mate de arts met de patient bekend is, maar ook een gedifferentieerder beeld van die bekendheid krijgen; we zijn erin geïnteresseerd om te weten van welke aspecten van de patienten de arts op de hoogte is.

- B. Voorts willen we trachten een analyse te maken van het verband tussen bekendheid van de arts met de patient, en het diagnostiseringsproces. Nagegaan moet worden of de arts inderdaad meer op zijn referentiekader afgaat, wanneer hij de patient beter kent; en in hoeverre dit laatste van invloed is op het tot stand komen van de diagnose psychosociaal.

Gezien deze tweedelige doelstelling zal in het vervolg van dit verslag getracht worden deze tweedeling zo konsekvent mogelijk aan te houden.

De indeling komt er dan als volgt uit te zien:

II. Hypothesen.

III.A. Het operationaliseren van bekendheid.

B. Het operationaliseren van cues.

Het operationaliseren van diagnose.

IV. Verloop van het onderzoek: kritische kanttekeningen.

V. Resultaten.

A. Bekendheid, validiteit.

Bekendheid i.v.m. gespreksgedrag van de arts.

B. Uitkomsten van de hypothesen.

VI. Diskussie.

## II. Hypothesen.

Als nul-hypothesen - = bekendheid - werden de volgende drie geformuleerd:

H<sub>0</sub> (1): De bekendheid van de arts met de patient heeft geen invloed op de cues waarop de arts afgaat bij het stellen van een diagnose (n.l. algemeen referentiekader of specifieke klachtgebonden cues).

H<sub>0</sub> (2): De bekendheid van de arts met de patient heeft geen invloed op de diagnose (n.l. somatisch of psychosociaal).

In verband hiermee werd als derde nul-hypothese geformuleerd:

H<sub>0</sub> (3): Er is geen verband tussen diagnose en cues waar de arts op afgaat.

Als alternatieve hypothesen kunnen er telkens twee geformuleerd worden, n.l.:

H<sub>1</sub> (1): De arts zal meer op de klacht en minder op het algemeen referentiekader afgaan, naarmate hij de patient minder goed kent.

H<sub>2</sub> (1): De arts zal minder op de klacht en meer op het algemeen referentiekader afgaan, naarmate hij de patient beter kent.

H<sub>1</sub> (2): De arts zal bij minder bekende patienten relatief vaker een diagnose "neutraal" of "somatisch" stellen.

H<sub>2</sub> (2): De arts zal bij bekendere patienten relatief vaker een diagnose "psychosociaal" stellen.

H<sub>1</sub> (3): Bij een diagnose "psychosociaal" zal de arts meer afgaan op achtergrondgerichte cues.

H<sub>2</sub> (3): Bij een diagnose "neutraal" of "somatisch" zal de arts meer afgaan op specifiek klachtgebonden cues.

### III. Operationalisaties.

A. Het operationaliseren en meten van de onafhankelijke variabele:  
de bekendheid van de arts met de patient.

B. Het operationaliseren en meten van de afhankelijke variabele:  
Het tot stand komen van de diagnose psychosociaal.

A: Het operationaliseren en meten van de onafhankelijke variabele:  
Bekendheid van arts met patient.

Meerdere indelingen en continua waren mogelijk om het longitudinale karakter van de relatie tussen arts en patient weer te geven. Men registreert verschil in bekendheid wanneer men ze indeelt in nieuwe en oude patienten, patienten met nieuwe klachten en patienten met klachten waarvoor ze al eerder bij de arts kwamen, patienten die weinig komen en patienten die veel komen, etc.

Naast dergelijke dichotomieën zijn continua mogelijk als de tijd dat iemand al patient is, de frekwentie waarmee iemand naar de arts gaat, en de hoeveelheid informatie die de arts van een patient kan geven.

De moeilijkheid is, dat elk van bovenstaande maten slechts een bepaald aspect van de "bekendheid van arts met patient" illustreert: Iemand kan lang patient zijn, maar nooit klachten hebben: een zuigeling komt erg vaak bij de arts, maar dit hoeft nog niets van de bekendheid van de arts met die zuigeling te zeggen; een arts kan erg veel informatie geven over één zeer specifiek aspect van de patient.

Deze bovenstaande voorbeelden beantwoorden niet aan het idee wat wij hebben van "bekendheid van arts met patient". Wij denken hierbij aan het beschikken van informatie over de patient en zijn omgeving over een breed aantal terreinen; de mate van bekendheid hangt ons inziens af van de intensiteit en van de breedte van die informatie.

We willen trachten een maat voor deze bekendheid te ontwikkelen die het meest onze definitie dekt en die tegelijkertijd praktisch te meten is. Met een dergelijk meetinstrument hopen we informatie te krijgen over de werkzaamheid van verschillende facetten van die bekendheid.

De meting van de bekendheid van de arts met de patient vindt op de volgende drie manieren plaats:

1. Er wordt geïnformeerd naar de achtergrondinformatie die de arts kan geven over elk van de bij het onderzoek betrokken patienten.

2. Er wordt geïnformeerd in hoeverre de arts zich bekend voelt met de patient.
3. Er wordt geïnformeerd of de arts de patient vaak ziet en of hij reeds bekend was met de klacht.

ad 1. De hoeveelheid achtergrondinformatie die de arts kan geven wordt afgeleid uit het antwoord wat hij op de volgende open vraag geeft:

"Wat kunt u van deze patient vertellen, wat betreft de informatie die u van hem/haar hebt in verband met werk, gezin, gezondheidsverleden, woonsituatie, etc? Alles wat u van hem/haar weet is belangrijk".

Deze vraag werd in een vooronderzoekje gesteld aan twee artsen. Afgaande op hun antwoorden kwamen we op de volgende categorieën waarop de achtergrondinformatie geskoord kan worden:

- Informatie over het gezin: feitelijke info (gezinsgrootte e.d.)
  - info betreffende de man-vrouw relatie
  - info betreffende de ouder-kind relatie
  - info betreffende de kind-kind relatie
- Door de arts toegeschreven attributen aan de patient (bijv. hardwerken- de vrouw).
- Door de arts toegeschreven attributen aan gezin of gezinslid. (bijv. 'keurig gezin)
- Gezondheidsverleden van de patient: lichamelijk  
geestelijk
- Gezondheidsverleden van gezinslid: lichamelijk  
geestelijk
- Werk (of school) van de patient: neutraal  
problematisch
- Werk (of school) van gezinslid: neutraal  
problematisch
- Woonsituatie

Afhankelijk van het aantal categorieën, waarop de informatie die de arts ons verstrekt, betrekking heeft, wordt zijn bekendheid met de betreffende patient vastgesteld. Iedere subcategorie wordt eenzelfde gewicht toegerekend, n.l. één punt, en er wordt niet dubbel geskoord. De maximaal te behalen score bedraagt dus 15.

De categorieën komen zoals gezegd, voort uit de analyse van informatie uit een vooronderzoekje. Vermeld dient nog dat juist deze aspecten (gezin, wonen, werken,) vaak in de literatuur voorkomen, als zijnde van belang bij psychosociale klachten. (cf. Balint, v. Lidt de Jeude, e.a.)

Voorondersteld wordt dus bij deze metingen dat een arts meer categorieën zal aanstippen naarmate hij een patient beter kent.

Uitdrukkelijk zei erbij vermeld, dat vergelijking van verschillende artsen niet mogelijk is. Afhankelijk van de spraakzaamheid van de arts zal het aantal categorieën bij de éne arts uitlopen van 0-6, bij de ander van 2-12. Vergelijking is alleen mogelijk tussen de verschillende patienten van dezelfde arts.

ad 2: Er wordt geïnformeerd in hoeverre de arts zich bekend voelt met de patient. Hierover beantwoordt de arts twee vragen op een vijfpuntsschaal, n.l. "Hoe bekend voelt u zich met deze patient" en

"Vindt u dat u deze patient goed kent in vergelijking met andere patienten".

Deze vragen worden gesteld om na te gaan in hoeverre ze samengaan met de hoeveelheid achtergrondinformatie die de arts kan geven. Voorts dragen ze bij aan het totaalgewicht wat aan bekendheid wordt gegeven.

ad 3: Een indeling oude/nieuwe patienten en oude/nieuwe klacht wordt gemaakt aan de hand van antwoorden op de volgende vragen:

"Wanneer zag u deze patient voor het laatst" en

"Kwam deze patient reeds eerder met dezelfde klacht?"

De antwoorden op deze vragen zijn zodanig dat er in het algemeen een indruk over de frekwentie van bezoek en de periode van patient-zijn uit op te maken valt. In combinatie met 1 en 2 hopen <sup>we</sup> zodoende een beter longitudinaal beeld op te kunnen bouwen van de arts-patient relatie.

Deze drie maten van bekendheid werden afzonderlijk gebruikt.

B. Het operationaliseren en meten van de afhankelijke variabele. Als afhankelijke variabele beschouwen we het gedrag van de arts i.v.m. het tot stand komen van de diagnose.

Nader gespecificeerd zien we als afhankelijke variabele:

1. De cues waar de arts op af gaat bij het stellen van de diagnose.

2. De diagnose die de arts stelt.

ad 1: Ten aanzien van de cues waar de arts op afgaat bij zijn diagnose kan o.i. een onderscheid gemaakt worden tussen de cues die betrekking hebben op de feitelijke situatie van het moment van het konsult - "specifieke, klachtgerichte cues", b.v.:

"Patiente zat zo te wippen op haar stoel terwijl ze haar klacht aanbod", of

"Dergelijke hoofdpijnen wijzen vaak op psychosociale klachten" -

- en cues die betrekking hebben op de informatie die de arts reeds heeft van de patient- "achtergrondgerichte cues":

"Altijd moeilijkheden met dit gezin", of

"Ik weet dat haar vader net is overleden en dat ze dat moeilijk verwerkt"-

Het idee van de achtergrondgerichte cues versus specifieke klachtgerichte cues komt voort uit een vooronderzoek. Hierbij werden konsulten bij huisartsen geobserveerd, en werden de artsen vragen gesteld wat betreft zijn diagnostisering. Op deze manier kwam men tot een aantal cues die een rol konden spelen bij het tot stand komen van een diagnose.

Deze cues waren:

- frekvent klachtenpatroon
- gedrag van de patient/indruk die patient maakt
- informatie, verkregen van derden
- diskrepantie klacht-medische indicatie
- type klacht
- informatie uit vorige konsulten
- plotseling verschijnen en verdwijnen van de klacht
- expliciete aanbieding van de klacht als psychosociaal

Gedurende het onderhavige onderzoek werd bij elk konsult aan de arts gevraagd op welke cues hij was afgegaan; dit kon hij kenbaar maken door een volgorde van belangrijkheid aan te geven op een invulformulier waarop bovengenoemde cues stonden vermeld. Bovendien was het mogelijk om eigen cues aan te geven.

ad 2: De diagnose die de arts stelt.

Deze werd eveneens meteen na het konsult ingevuld op een antwoordformulier, waarop de arts kan kiezen uit de volgende vijf mogelijkheden:

- ik ben ervan overtuigd dat dit een puur organische klacht is
- ik denk dat dit een puur organische klacht is; helemaal zeker weet ik het niet (er is een kleine kans op psychosociale aspecten).
- dit kan evengoed een puur organische klacht zijn als een klacht waaraan (ook) psychosociale aspecten verbonden zijn.
- ik denk dat dit een klacht is waaraan (ook) psychosociale aspecten verbonden zijn; helemaal zeker weet ik het niet.
- ik ben ervan overtuigd dat aan deze klacht (ook) psychosociale aspecten verbonden zijn.

#### IV. Verloop van het onderzoek: kritische kanttekeningen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de moeilijkheden die werden ondervonden bij het verzamelen en verwerken van de data. We achten dit van groot belang, omdat een aantal fouten gemaakt zijn die te vermijden waren geweest, maar nu echter hun invloed op de resultaten uitoefenen.

Hoewel de hypothesen in dusdanige termen gesteld waren, dat er van een toetsend onderzoek gesproken kan worden, was de hoeveelheid gegevens slechts toereikend voor een exploratief onderzoek. Nu we enig idee hebben van de verdeling van de scores (m.a.w. van de verhouding psychosociale diagnose: somatische diagnose; algemene cues: specifieke cues; bekende patient: onbekende patient) kunnen we stellen dat men  $\pm 40$  konsulten per arts nodig heeft om statistische toetsen enigszins succesvol te kunnen toepassen. Gezien het nominale karakter van de gegevens is men n.l. aangewezen op het berekenen van de contingency coefficient, welke wordt berekend m.b.v.  $\chi^2$ . Eisen welke aan deze berekening worden gesteld zijn:

Alle expected frequencies moeten groter zijn dan 1.

Hoogstens 20% van de expected frequencies mag kleiner zijn dan 5.

Wanneer we afgaan op de verdelingen welke we bij 10 artsen aantreffen, dan kunnen we stellen dat bij  $\pm 40$  konsulten zeer waarschijnlijk alle expected frequencies groter dan 5 zullen zijn.

Voorts zal men er zorg voor moeten dragen, dat zo weinig mogelijk gegevens verloren gaan. Men mag hierbij de complexiteit van de "experimenteesituatie" niet onderschatten. Een arts heeft al zijn aandacht voor patienten nodig, wat al bemoeilijkt wordt door de aanwezigheid van de video-apparaatuur. De feiten wijzen uit dat het niet mogelijk is voor hem een ook nog 100% nauwkeurige registratie te verrichten.

Zo kon het voorkomen dat:

- Er wel videoopnames zijn, maar geen diagnose/cue registratie (en dus ook geen interview naar bekendheid).
- Er wel diagnose/cues registratie is (+interview), maar geen videoopname.
- De diagnose/cues registratie en het interview betrekking hebben op verschillende personen.
- Het interview en de videoopname betrekking hebben op verschillende personen.

Dit alles leidde tot een verlies van 20-30% van de gegevens.

Aan te bevelen is dan ook de aanwezigheid van een experimentator bij de opnames, die zorg draagt voor een nauwkeurige registratie van patient \* invulformulier + opnamenummer. Ook dan lijkt het nog verstandig om 10-20% meer opnames te maken dan statistisch noodzakelijk is.

Genoemde moeilijkheden hebben als gevolg, dat er slechts statistische uitspraken gedaan kunnen worden over de som van de konsulten van alle artsen. Dergelijke uitspraken kunnen niets zeggen over de konsulten van één arts, pas wanneer eenzelfde trend bij elke arts afzonderlijk, en bij alle artsen samen wordt aangetroffen, kan men met enig recht van spreken een uitspraak doen. We willen echter wel benadrukken dat ook dergelijke uitspraken uitsluitend een tentatief karakter kunnen hebben. Het karakter van het onderzoek kan dan ook slechts exploratief zijn.

Behalve het toetsen van hypothesen, wordt in de doelstelling van het onderzoek ook genoemd worden dat we "in eerste instantie ..... een instrument (willen) ontwikkelen om een greep te krijgen op de bekendheid van de arts met de patient." We willen niet alleen weten in welke mate de arts met de patient bekend is, maar ook een gedifferentieerder beeld krijgen van die bekendheid: we zijn erin geïnteresseerd om te weten van welke aspecten de arts van de patient op de hoogte is.

De ontwikkeling van een maat voor bekendheid was ons tweede doel, in de bespreking van de resultaten willen we in eerste instantie nagaan in hoeverre we kunnen spreken van een geslaagde maat van bekendheid. Ook hier zitten we met de eerder genoemde moeilijkheid: het aantal gegevens van sommige artsen is wel erg klein. De som van alle artsen gebruiken stuit ook hier op zeer grote moeilijkheden, aangezien de grenzen waarbinnen de artsen antwoorden zeer uiteenlopend zijn:

De rating van de artsen zelf op een 5-puntsschaal liep uiteen van uitsluitend 1-2-3 (2 artsen), tot uitsluitend 3-4-5 (1 arts). Slechts 6 van de 10 artsen gebruikten de hele schaal.

Dat wil zeggen dat wat door de éne arts als 2 wordt geskoord, een ander misschien wel als 4 ziet.

Dezelfde grote variatie was aanwezig in het aantal factoren, dat in het interview met de arts over zijn patienten werd genoemd... Een arts stipte per patient gemiddeld 2,8 gebieden aan waarop hij iets van zijn patient wist, terwijl een ander gemiddeld op 5,5 aandachtspunten reageerde.

We zijn <sup>trouwens</sup> toch niet erg gelukkig met deze manier van bekendheid meten. Vaak ging de arts ontzettend lang door over één aspect, en stipte verder niets meer aan, hoewel de indruk bestond dat hij veel meer wist van die patient. Ook het tegenovergestelde kwam voor: hoewel de arts zei dat hij de patient slecht kende, stipte hij vluchtig een relatief hoog aantal categorieën aan. We hebben het idee dat men beter aangaande de zeventien aandachtspunten geprecodeerde vragen kan stellen, om daar later bepaalde gewichten aan toe te kennen.



## V. Resultaten.

### V. A.1. Het meten van de bekendheid.

Zoals uiteengezet op p. 5 en 6, hadden we ons voorgesteld om drie maten van bekendheid te gebruiken. Het onderscheid tussen oude patient - nieuwe patient bleek echter achteraf vrij zinloos aangezien er per arts slechts 2-3 nieuwe patienten optraden (i.h.a. waarnemingen). Dit aantal was te laag om vergelijkingen te kunnen maken.

Over alle patienten werd de arts een interview afgenomen, zoals beschreven op p. 7, welke geanalyseerd werden op een aantal categorieën welke de arts noemde.

De methode van interviewen gaf zowel gedurende het afnemen van de interviews, als bij het bewerken van de resultaten enige moeilijkheden. Het gebeurde nogal eens dat de arts, nadat de open vraag gesteld was, op een categorie zeer lang doorging, om vervolgens de vraag als beantwoord te beschouwen. Dit had tot gevolg dat er slechts één categorie genoemd werd, terwijl we de indruk hadden dat hij relatief goed op de hoogte was van de achtergrond van de patient.

Een tweede vorm van storing trad op wanneer de arts, naarmate het interview vorderde, steeds summierder informatie gaf.

Ook kwam het voor dat de arts bepaalde informatie konsekwent van de kaart aflas, waardoor betreffende categorie op - bijna - alle patienten geskoord werd.

Tenslotte lieten we ons in het begin nogal eens verleiden tot doorvragen naar informatie, wat achteraf soms moeilijk te corrigeren leek. Een methode waarmee bovenstaande moeilijkheden voor een deel vermeden kunnen worden, is naar onze mening een voorgestructureerde vorm van interviewen. Men zou de arts kunnen vragen wat hij van de patient weet op elk gebied. (Men zou met een geringer aantal categorieën kunnen volstaan).

Achteraf zou men de informatie per categorie kunnen wegen op b.v. een driepuntsschaal, (geen informatie- beperkte info- uitvoerige info). Tijdens het interview werden tenslotte ratings van de arts omtrent zijn bekendheid met de patient vermeld.

validiteit. ( een onderlinge vergelijking van de verschillende maten van bekendheid).

Wanneer we aannemen dat de rating van de arts redelijk zijn bekendheid met de patient weergeeft, in hoeverre korrespondeert het aantal categorieën wat hij in het interview noemt hiermee?

m.a.w. in hoeverre meet je met het aantal categorieën ook de mate van bekendheid?

Om deze vraag te beantwoorden hebben we voor elke arts afzonderlijk de rangkorrelatie berekend, die bestaat tussen het aantal categorieën en de door de arts genoemde bekendheid. Dit leverde slechts voor vier artsen een significante samenhang op, een samenhang die bovendien niet bijzonder hoog was.

We hebben echter het vermoeden dat dit ondermeer te wijten is aan het geringe aantal data; tussen het aantal data per arts (n) en de rangkorrelatie per arts bleek n.l. ook een significante samenhang van 0.55. te bestaan, d.w.z. naarmate er meer data zijn is de kans groter dat er een significante samenhang optreedt.

In getallen weergegeven:

| Arts | $r_s$              | n  |                                                                               |
|------|--------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 4    | 0,76 <sup>x</sup>  | 16 | $x: X < 0,01$                                                                 |
| 7    | 0,71 <sup>x</sup>  | 16 |                                                                               |
| 1    | 0,6 <sup>x</sup>   | 21 | $xx: 0,01 < X < 0,05$                                                         |
| 10   | 0,52 <sup>xx</sup> | 14 |                                                                               |
| 3 o  | 0,39               | 12 | o: Bij deze twee artsen traden de ernstigste fouten op tijdens het interview. |
| 2    | 0,38               | 11 |                                                                               |
| 5    | 0,35               | 20 |                                                                               |
| 9    | 0,35               | 21 |                                                                               |
| 6 o  | 0,24               | 13 |                                                                               |
| 8    | 0,12               | 10 |                                                                               |

Deze resultaten noodzaken ons wel om bij de analyse van de samenhang van bekendheid met diagnose en cues waardoor de arts zich laat leiden, beide maten van bekendheid onafhankelijk van elkaar te gebruiken.

Vervolgens is nagegaan, of de behoefte om meer te weten te komen van een patiënt bepaald wordt door de kennis, die een arts al heeft met die patient. Wanneer dit zo zou zijn, zouden die artsen die aangeven hun patienten gemiddeld het best te kennen, en die het meeste attributen van hun patienten weten te noemen, ook de minste noodzaak aan moeten geven om nog meer van hun patienten te weten te komen.

De samenhang tussen de rangorde in bekendheid en de rangorde in noodzaak om meer te weten bedroeg echter slechts -0.14 (gemeten naar het aantal attributen) en -0,44 (wanneer bekendheid gemeten werd naar de rating van de arts). Dat deze laatste maat een hogere samenhang oplevert, is niet zo verwonderlijk wanneer men in aanmerking neemt dat na elkaar aan de arts de vraag "hoe bekend bent u met deze patient?" en de vraag "vindt u het nodig meer van deze patient te weten te komen?" gesteld werden.

-14 Aangezien deze twee vragen

Aangezien deze twee vragen een tegengesteld karakter hebben, zullen ze in veel gevallen door de arts in deze zin zijn beantwoord.

#### V. A.2. Bekendheid en gespreksgedrag van de arts en patient.

In deze paragraaf willen we op een exploratieve wijze nagaan in welke mate onze operationalisatie van bekendheid een rol speelt in het gespreksgedrag van de arts. Hiertoe is gebruik gemaakt van de analyses van de "Trait d'Union-groep", een ander deelproject van het project "Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn" (vgl. nota "psychosociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk" een onderzoek van NHI en ICIP, december 1974). Binnen dit deelproject is een uitgebreid begrippen- en kategoriserings-systeem opgebouwd, aan de hand van dezelfde konsulten waarop het bekendheidsonderzoek gebaseerd is. In het onderstaande zullen we trachten verbanden te leggen tussen operationalisaties van gespreksgedrag, zoals beschreven door de Trait d'Union-groep en onze operationalisaties van bekendheid. De volgende onderdelen van dit gespreksgedrag zijn, na overleg met de Trait d'Union-groep in beschouwing genomen.

##### - Aandachtsgedrag van de arts

Er werd zowel gelet op technisch aandachtsgedrag (naar Rogeriaanse normen: blikrichting, hoofdstand, a-specifiek volgen, e.d.), als op de indruk die de arts maakte m.b.t. interesse en betrokkenheid.

##### - Passieve dimensie

Gelet werd op het voorkomen van passieve uitingen in verhouding tot het aantal actieve uitingen van de arts.

##### -Referenties naar gemeenschappelijk verleden

Een categorie binnen de actieve dimensie van de arts, welke mogelijkerwijs een aanduiding voor bekendheid/kontinuiteit kan zijn.

##### - Spraakzaamheid van de patient

Een categorie bij de patient welke eventueel door mate van bekendheid beïnvloed kan worden.

De eerste twee categorieën zijn theoretisch interessant, omdat de trainers van de Trait d'Union-groep, die weer inspelen op de onderzoeksresultaten ervan uitgaan dat aandachtsgedrag en passiviteit de spraakzaamheid bij de patient bevorderen, en zodoende de arts veel informatie verschaffen welke hij met actief gedrag of weinig aandacht niet zou krijgen.

Zoals reeds vermeld is gedurende het interview met de arts aan hem gevraagd, in hoeverre hij het nodig vond meer van de patient te weten te komen. Deze vraag werd letterlijk gesteld en werd ingevuld op een 5-puntschaal.

Deze uitkomsten werden vergeleken met:

- De diagnose

Hangt het van de zekerheid omtrent de diagnose (1,5 versus 2, 3, 4), van de aard van de diagnose (somatisch versus psychosociaal), of van iets anders af, of de arts meer te weten wil komen van de patient.

- Aandachtsgedrag

Doet de arts door zijn aandachtsgedrag meer moeite bij de groep "nodig om iets te weten te komen" dan bij de groep "niet nodig om meer te weten te komen."

- Passieve dimensie

Doet hij d.m.v. passiviteit meer moeite bij de éne groep dan bij de andere?

Door middel van dergelijke exploratieve vragen, zal de plaats welke het begrip bekendheid of continuïteit inneemt wellicht duidelijker uitkomen. We komen hierop terug in de discussie.

V. A.2.1. Bekendheid in verband met aandacht en passiviteit van de arts.

Bij deze analyse gaan we uit van de volgende gedragskategorieën van de arts:

- Aandachtsgedrag. Deze categorie werd geskoord vanuit een bepaald ideaal-typisch beeld van de passieve arts, die door zijn houding en (vooral non-verbaal) gedrag de patient laat merken dat hij aandachtig naar hem luistert en tijd voor hem heeft. De categorie werd door de observatoren in louter technische zin geskoord. De intentie van het gedrag, de aan- of afwezigheid van interesse en de betrokkenheid bij de patient bleven in deze categorie buiten beschouwing.

Het technisch aandachtsgedrag werd verdeeld in de elementen:

1. hoofd/blikrichting
2. houding
3. a-specifiek volgen (hm,hm, ja-ja, e.d. De arts geeft te kennen dat hij luistert.

Aan de hand hiervan werd aandachtsgedrag geskoord als +, o, of -. Door nu per arts het overwicht van positief op negatief aandachtsgedrag na te gaan of andersom, kon een rangorde aangebracht worden in mate van aandachtsgedrag bij deze tien artsen.

- Passieve dimensie. Dit betreft gesprekskategorieën die het initiatief aan de patient overlaten. De arts dient bij wijze van spreken als praatpaal.

Passief zijn: -parafrases  
                  -reflekties  
                  -steunende opmerkingen

(vervolg passieve dimensie)

Per konsult kon een ratio berekend worden van het aantal passieve uitingen t.o.v. het aantal actieve uitingen. Door van één arts alle konsulten te middelen, kon per arts een actief/passief ratio berekend worden. Ook hierop werden de artsen gerangordend.

Wanneer we de artsen nu bekijken op hun gemiddeld aandachtsgedrag en hun gemiddelde actief/passief ratio, en dit vergelijken met hun gemiddelde bekendheids skores, dan blijkt er een verband te bestaan.

Artsen die er i.h.a. blijk van geven hun patienten goed te kennen, vertonen n.l. gemiddeld meer aandachtsgedrag en zijn passiever dan kollega's die minder goed bekend zijn met hun patient.

In het onderstaande schema zijn de tien artsen gerangordend naar mate van bekendheid volgens hun eigen rating, en volgens de door hen genoemde attributen; voorts naarmate ze meer aandacht toonden en naarmate ze passiever waren, naar het oordeel van de observatoren.

De rangordening geschiedt van meest bekend (gemiddeld over alle patienten) naar minst bekend, van meeste attributen tot het minste aantal, van meeste aandacht tot minste aandacht en van hoogste passieve skore tot laagste passieve skore.

| Arts no.:               | 10 | 8 | 3 | 5 | 6  | 4  | 2 | 7 | 1  | 9  |
|-------------------------|----|---|---|---|----|----|---|---|----|----|
| Bekendheid (rating)     | 2  | 3 | 1 | 5 | 10 | 4  | 6 | 8 | 7  | 9  |
| Bekendheid (attributen) | 1  | 2 | 6 | 5 | 3  | 4  | 7 | 8 | 10 | 9  |
| Aandacht                | 1½ | 3 | 7 | 6 | 1½ | 10 | 4 | 5 | 8  | 9  |
| Passiviteit             | 4  | 1 | 2 | 3 | 6  | 7  | 8 | 5 | 9  | 10 |

De Kendall coefficient of concordance bedraagt 0.607 en is significant op 0.001 niveau.

Bovenstaande gegevens betekenen dus dat in de onderzochte konsulten bekendheid, aandacht en passieve houding i.h.a. samengaan. Artsen die gemiddeld het meest van hun patienten weten te vertellen, geven ook gemiddeld de hoogste rating van bekendheid, vertoonden het meeste aandachtsgedrag en zijn het passiefst.

Wanneer we de rangordeningen paarsgewijs bekijken aan de hand van de Spearman rang correlation test, dan zien we de volgende rangkorrelaties optreden:

|                                      |                        |
|--------------------------------------|------------------------|
| rating arts van bekendheid-aandacht: | $r_s$ niet significant |
| rating arts van bekh.-aantal attrib: | " " "                  |
| aandacht-passiviteit :               | " " "                  |

-17 aandacht-aant.attributen:  
etc.

(vervolg rangkorrelaties)

aandacht-aantal attributen :  $r_s = 0.622(0.001 < a < 0.05)$   
 passiviteit-aantal attributen :  $r_s = 0.636(0.001 < a < 0.05)$   
 passiviteit-rating arts van bekendheid:  $r_s = 0.661(0.01 < a < 0.05)$

Merkwaardigerwijze konstateren we hier, dat de samenhangen die men het eerst geneigd zou zijn te verwachten, niet significant zijn. Bedoeld worden de samenhangen tussen de twee maten van bekendheid (rating-attributen) en tussen aandacht en passiviteit (die immers op dezelfde theoretische overwegingen gebaseerd zijn: het ideaaltype van de "passieve" arts).

Voor het ontbreken van eerstgenoemde samenhang is wel een verklaring te geven, n.l. de afwijkende score van arts no. 6.

Deze score past ook niet in het beeld wat men verder van deze arts krijgt: één van de meest aandachtige, en één die het meeste achtergrondinformatie geeft. Van de overige artsen kan men stellen dat ze naarmate ze relatief bekender zijn, ook meer attributen van hun patienten noemen. Overigens bedroeg de rangkorrelatie van attributen-rating van de arts evenals die van passiviteit-aandacht nog altijd ongeveer 0.45. Dit was echter net niet significant.

Het aantal attributen is zowel een indicatie van de gemiddelde aandacht als van de gemiddelde passiviteit van de arts. Naarmate de arts meer weet te vertellen vertoont hij gemiddeld ook meer aandachts- en passief gedrag. Vreemd genoeg vertoont de bekendheidsrating van de arts wel een samenhang met passief gedrag (m.a.w. artsen die <sup>8</sup>zegen hun patienten goed te kennen gedragen zich passiever) maar nauwelijks met aandacht.

Nadrukkelijk moet worden opgemerkt dat het bovenstaande slechts geldt voor de arts in het algemeen. Wanneer hij over alle konsulten heen genomen de patienten t.o.v. andere artsen goed kent, is hij ook aandachtiger en passiever (t.o.v. andere artsen).

Wanneer we de gegevens echter verder analyseren blijkt dat wanneer een arts een patient beter kent dan anderen, dit geen voorspelling oplevert voor zijn gedrag t.o.v. die patient. In dit verband werd geen enkele samenhang gevonden. Pas wanneer men de totaal gemiddeldes bij de artsen vergelijkt, treden deze samenhangen op.

Dat bekendheid toch meer met het gedrag van de arts te maken heeft, dan uit bovenstaande gegevens valt af te leiden, blijkt wanneer een nauwkeuriger analyse op aandachtsgedrag wordt toegepast. Wanneer we trachten om, behalve uitsluitend aandachtsgedrag, ook meer subjektieve factoren in beschouwing te nemen ontstaat een ietwat gewijzigd beeld.

-18 Deze subjektieve factoren

Deze subjectieve factoren ontleen we aan de indrukken van de observatoren, in hoeverre de arts geïnteresseerd is en betrokken is. (vgl. Interimverslag van het deelproject van de Trait d'Uniongroep).

Voor de volgende analyse verdeelden we het aandachtsgedrag in drie groepen: Eén groep konsulten welke technisch gezien positief beoordeeld werd, en waarbij de arts als geïnteresseerd en/of betrokken geskoord werd; een tweede groep welke technisch gezien negatief geskoord werd, en waarin de observatoren de arts als negatief en ongeïnteresseerd beoordeelden; tenslotte een middengroep welke niet unaniem als positief of negatief op beide dimensies geskoord kon worden.

Bij twee artsen leverde dit een zeer duidelijke differentiatie, per patient naar de bekendheid op:

| arts 1:   | technisch : +<br>geïnteress.      |      |            | technisch: o<br>middengroep |      |            | technisch: -<br>ongeïnteresseerd                   |      |            |
|-----------|-----------------------------------|------|------------|-----------------------------|------|------------|----------------------------------------------------|------|------------|
|           | bek.                              | rang | attr. rang | bek.                        | rang | attr. rang | bek.                                               | rang | attr. rang |
|           | 2                                 | 5    | 4          | 4                           | 3    | 8½         | 2                                                  | 9    | 5          |
|           | 1                                 | 1½   | 6          | 1                           | 2    | 5          | 4                                                  | 4    | 5          |
|           | 2                                 | 5    | 3          | 7                           | 3    | 8½         | 5                                                  | 2    | 2          |
|           | 2                                 | 5    | 4          | 4                           | 4    | 10½        | 1                                                  | 11½  | 5          |
|           |                                   |      |            |                             | 4    | 10½        | 3                                                  | 7    | 13         |
|           |                                   |      |            |                             | 1    | 1½         | 3                                                  | 7    | 0          |
| rang gem. | $\bar{x} = 4.125$ ; $\bar{x} = 4$ |      |            | $\bar{x} = 7.4$             |      |            | $\bar{x} = 6.75$ $\bar{x} = 11$ $\bar{x} = 12.125$ |      |            |

In het bovenstaande is bekendheid weergegeven op de 5-puntsschaal (1= meest bekend), en het aantal attributen (hoe meer attributen hoe bekender). Naast elke skore staat de rangorde welke de skore in het geheel van 14 konsulten inneemt. Uit de gemiddelde rangordes, welke van elk van de drie "aandachtsgroepen" wordt gegeven, blijkt dat de groep "technisch +; geïnteresseerd" het meest bekend is, terwijl de groep "technisch -; ongeïnteresseerd" als het minst bekend wordt beschouwd. Eenzelfde trend zien we in het schema van arts 9, waarvan we volstaan met het geven van de gemiddelde rangordes:

| arts 9    | technisch +<br>geïnteresseerd |      | middengroep |      | technisch -<br>ongeïnteresseerd |       |
|-----------|-------------------------------|------|-------------|------|---------------------------------|-------|
|           | gem.rang                      | bek. | attr.       | bek. | attr.                           | bek.  |
| $\bar{x}$ | = 3                           |      | 7.83        | 12   | 9.46                            | 13.71 |
| N         | = 3                           |      | 3           | 12   | 12                              | 7     |
|           |                               |      |             |      |                                 | 16.57 |
|           |                               |      |             |      |                                 | 7     |

Hoewel de attributen wat minder overtuigend differentieerden dan de rating van bekendheid, is hier toch wel sprake van een samenhang tussen bekendheid en aandacht, uitgedrukt in technisch aandachtsgedrag en interesse/betrokkenheid voor de patient. Bij de overige artsen valt echter weinig te bespeuren van een dergelijke samenhang:

| arts 2: | technisch: +<br>geïnteresseerd |       | middengroep |       | technisch: -<br>ongeïnteresseerd |       |
|---------|--------------------------------|-------|-------------|-------|----------------------------------|-------|
|         | bek.                           | attr. | bek.        | attr. | bek.                             | attr. |
|         | $\bar{x} = 2$                  | 3     | 5.4         | 6.3   | 3.5                              | 2     |
|         | N = 1                          | 1     | 5           | 5     | 2                                | 2     |
| arts 3: | $\bar{x} = 6.5$                | 5     | 6.66        | 6.16  | 3.25                             | 3     |
|         | N = 3                          | 3     | 6           | 6     | 2                                | 2     |
| arts 4: | $\bar{x} = 7$                  | 6.58  | 7.57        | 7.57  | 10                               | 12½   |
|         | N = 6                          | 6     | 7           | 7     | 1                                | 1     |
| arts 5: | $\bar{x} = 7.64$               | 8.07  | 7.25        | 8.06  | g e e n g e g e v e n s          |       |
|         | N = 7                          | 7     | 8           | 8     |                                  |       |
| arts 7: | $\bar{x} = 7.75$               | 9.33  | 6.14        | 8.33  | 12.75                            | 9.25  |
|         | N = 6                          | 6     | 7           | 7     | 2                                | 2     |

Bij de meeste artsen is het aantal konsulten zoals gewoonlijk te klein - om zinnige uitspraken over te kunnen doen. Niettemin is het interessant dat bij sommige artsen een verband optreedt tussen zijn bekendheid per patient en de aandacht die de arts eraan besteedt, indien die aandacht maar nauwkeurige genoeg gespecificeerd wordt.

#### V. A.2.2. Bekendheid en referenties naar een gemeenschappelijk verleden.

Referenties van de arts zijn uitspraken van de arts waarin hij aangeeft bekend te zijn met de patient, zijn gezin, zijn vorige klachten etc. We vroegen ons af of het doen van dergelijke referenties zou verwijzen naar een grotere mate van bekendheid.

Om dit na te gaan zijn de betreffende gegevens wederom op twee manieren geanalyseerd.

In de eerste plaats gingen we na, in hoeverre de mate waarin de arts referenties plaatst (d.i. het percentage konsulten waarin referenties geplaatst werden t.o.v. het totaal aantal konsulten) samenhangt met zijn gemiddelde bekendheid. De reeds eerder genoemde rangordening op bekendheid en aantal attributen werd hiertoe vergeleken met de rangordening welke gemaakt werd naar aanleiding van het percentage konsulten waarin gerefereerd werd naar een gemeenschappelijk verleden. Eén arts refereerde in 71% van de konsulten naar gemeenschappelijke achtergronden, de overige negen deden dit binnen de rang van 54%-36%. Mede gezien het vaak geringe aantal konsulten, vragen we ons in gemoede af in hoeverre aan de onderstaande uitkomsten enige waarde gehecht kan worden. Het lijkt immers een betrekkelijk toevallige zaak te worden of iemand een rangorde 3 dan wel 9 krijgt toebedeeld.

Wanneer we op deze wankelende basis de rangordening naar mate van refereren, naar bekendheid naar eigen rating, en naar bekendheid aan de hand van het aantal attributen dat genoemd wordt naast elkaar zetten dan ontstaat het volgende beeld:

| mate van refer. | bekendheid<br>(eigen rating) | bekendheid<br>(attributen) | arts<br>no.: |
|-----------------|------------------------------|----------------------------|--------------|
| 1               | 1                            | 6                          | 3            |
| 2               | 2                            | 1                          | 10           |
| 3               | 9                            | 9                          | 9            |
| 4               | 6                            | 7                          | 2            |
| 5               | 4                            | 4                          | 4            |
| 6               | 5                            | 5                          | 5            |
| 7               | 7                            | 10                         | 1            |
| 8               | 3                            | 2                          | 8            |
| 9               | 8                            | 8                          | 7            |
| 10              | 10                           | 3                          | 6            |

De rangkorrelatie tussen de eerste en de tweede kolom bedraagt 0.59 en is significant beneden 't 0.05 niveau. Tussen de eerste en de derde kolom bestaat echter totaal geen verband. M.a.w.: Naarmate een arts zegt meer bekend te zijn, laat hij dit in het konsult ook duidelijker blijken (Voor zover dit laatste te operationaliseren was). Het aantal attributen dat een arts van een patient kan noemen staat echter niet in verband met de mate van refereren door de arts.

Wanneer we per arts vragen of er een verschil bestond wat betreft bekendheid tussen de groep patienten waar wel gerefereerd wordt en de groep waar dergelijke referenties niet geplaatst worden, blijkt dat er geen enkele trend bestaat. In het onderstaande schema zijn de gegevens van deze twee groepen weergegeven:

Gemiddelde bekendheid naar aantal attributen naar rating van de arts, bij de groepen "refereert wel" en "refereert niet": (bij zeven artsen)

| RATING         |                 | ATTRIBUTEN    |                |
|----------------|-----------------|---------------|----------------|
| refereert wel: | refereert niet: | refereert wel | refereert niet |
| 2.44 (N=9)     | 1 (N=2)         | 4.22 (N=9)    | 4 (N=2)        |
| 3 (N=4)        | 2.75 (N=4)      | 6 (N=4)       | 4.6 (N=4)      |
| 3.16 (N=6)     | 3 (N=8)         | 2.16 (N=6)    | 2.88 (N=8)     |
| 3.63 (N=8)     | 3.2 (N=11)      | 4.38 (N=8)    | 3.3 (N=11)     |
| 2.84 (N=7)     | 3.13 (N=8)      | 3 (N=7)       | 3.25 (N=8)     |
| 3 (N=6)        | 3.11 (N=9)      | 4.83 (N=6)    | 3.11 (N=9)     |
| 2.5 (N=9)      | 2.33 (N=6)      | 5.8 (N=8)     | 4.83 (N=6)     |

We menen uit deze gegevens te mogen konkluderen, dat het feit dat een arts refereert naar een gemeenschappelijk verleden weinig tot niets te maken heeft met zijn bekendheid met die patient. (Afgezien dan van het feit, dat als hij werkelijk niets weet, hij ook weinig heeft om te refereren).

#### V. A.2.3. Bekendheid en spraakzaamheid van de patient.

Spraakzaamheid van de patient werd afgeleid van drie aspecten van het gespreksgedrag van de patient: Het aantal starts wat de patient maakte  
het aantal vragen wat de patient stelde  
de mate van doorpraten door de patient.

-24 Bij dit laatste wordt

Bij dit laatste wordt door de observatoren opgemerkt dat een patient doorpraat wanneer hij op een vraag of een andersoortige interventie van de arts meer zegt dan strikt noodzakelijk is. Ook wanneer dit na een start van de patient<sup>zelf</sup> gebeurde gold dit als doorpraten.

We hebben onderzocht in hoeverre deze spraakzaamheid iets te maken heeft met het feit dat de patient beter bij de arts bekend is. Ook uit deze skores viel echter niets op te maken wat in een bepaalde richting wees. Ter illustratie het gemiddeld aantal attributen bij 6 artsen, onderverdeeld in de groepen "spraakzaam (+)", "neutraal (o)" en "niet spraakzaam (-)".

| +    | o    | -   |
|------|------|-----|
| 4.2  | 5    | 6   |
| 5.5  | 5.5  | 6   |
| 5.8  | 6    | 4   |
| 3    | 2.75 | 5   |
| 3.29 | 3    | 2.5 |
| 2.75 | 4.25 | 2   |

Zoals gezegd blijkt hier geen enkele samenhang in te zitten. We moeten dan ook op grond van onze gegevens (die veel te summier zijn) konkluderen dat de bekendheid van de arts met de patient de spraakzaamheid van de patient niet beïnvloedt.

D, De noodzaak om meer van de patient te weten te komen.

Zoals reeds aangekondigd bij de inleiding van dit hoofdstuk, zijn de antwoorden van de arts op de vraag of hij het nodig vond meer van de patient te weten, in verband gebracht met een aantal andere variabelen. Om het begrip "noodzaak om meer te weten te komen" te kunnen plaatsen gingen we na of dit direkt voortvloeide uit de diagnose of de mate van bekendheid die een arts opgaf. Het was naar ons idee immers goed mogelijk dat een arts het antwoord op die vraag gewoon af liet hangen van de aard of de zekerheid omtrent de diagnose, of van de mate van bekendheid. In het laatste geval zou men een korrelatie tussen "noodzaak om meer te weten te komen" en "bekendheid" verwachten van -1.

In het onderstaande schema zijn de gemiddelde "noodzaken om iets te weten te komen" afgezet tegen de diagnose bij de tien artsen.

De "noodzaak om meer te weten te komen" is bij I zeer groot, bij 5 minimaal. De diagnose is bij I puur somatisch, bij V spelen psychosociale factoren zeker een rol.

| ARTS | DIAGNOSE | I    | II   | III  | IV | V    |
|------|----------|------|------|------|----|------|
| 1    |          | 4.25 | 3    | 4    | 5  | 4.2  |
| 2    |          | 4    | 3.5  |      |    | 3    |
| 3    |          | 4.2  | 2.5  | 4    | 3  | 2.8  |
| 4    |          | 3.77 |      | 4    | 4  | 3.29 |
| 5    |          | 4    | 2    | 3.29 | 3  | 4    |
| 6    |          | 3    | 2.66 | 3    |    | 1.5  |
| 7    |          | 3.10 | 2    |      | 2  | 3    |
| 8    |          | 2.6  |      | 2.66 | 5  | 5    |
| 9    |          | 4.36 | 3.5  | 4    | 3  | 3    |
| 10   |          | 3.5  |      | 4.33 |    | 4.2  |

Tweemaal vond een arts het bij diagnose I het meest noodzakelijk om meer van de patient te weten te komen, viermaal bij diagnose II, tweemaal bij diagnose IV, en viermaal bij diagnose V. Het minst noodzakelijk werd het zesmaal bij diagnose I geacht, driemaal bij diagnose II, driemaal bij diagnose IV, en tweemaal bij diagnose V.

Hoewel het slechts om soms enkele konsulten ging, op grond waarvan deze gemiddeldes berekend werden, is deze grote spreiding van voorkeuren toch een bevestiging van ons idee, dat het niet de diagnose is, die een arts doet besluiten dat hij nodig meer van een patient moet weten.

Ook is door ons nagegaan of de noodzaak die de arts voelt om meer van de patient te weten te komen, weerspiegeld wordt in gespreksgedrag wat zich hiervoor volgens de gangbare theorieën leent. We gingen na of de artsen die het nodig vonden meer van hun patienten te weten te komen - technisch-aandachtiger waren en passiever dan kollega's die dit gemiddeld minder nodig vonden. Voorts gingen we per arts na of hij tegenover patienten waarvan hij meer te weten wilde komen aandachtiger en passiever was dan tegenover anderen.

Maar neen, niets van dit al! Noch wanneer men het gemiddelde per arts vergeleek, noch wanneer binnen de arts naar een samenhang werd gezocht, werd enig resultaat bereikt.

Wanneer men de artsen rangordende op hun gemiddelde behoefte om meer van een patient te weten te komen, en dit vergeleek met hun rangordening op aandacht die ze aan de patient besteedden en passiviteit in hun gedrag, dan werden rangkorrelaties van resp. -0.187 en 0.13 bereikt.

Wanneer men binnen één arts (het konsult als onderzoekseenheid nemend) aandacht en passiviteit rangordende naast de behoefte/noodzaak om meer te weten te komen, ontstond er eveneens een volstrekt willekeurig patroon, dat op geen enkel verband wees.

# V.B. Bespreking der hypothesen.

We willen nu ingaan op de toetsing van de drie hypothesen. We geven daarbij zowel de uitkomsten over alle konsulten bij alle artsen, als de trends die per arts optraden.

Voor de laatste hadden we echter vaak te weinig gegevens om statistische toetsen op toe te kunnen passen.

De hypothesen werden getoetst m.b.v.  $\chi^2$ . Er wordt nagegaan of b.v. verhouding somatische diagnose : psychosociale diagnose bij bekende patienten afwijkt van die verhouding bij alle patienten. Verdelingen in 5-puntsschalen e.d. werden vaak samengetrokken binnen twee of drie categorieën om statistisch bewerkbaar te kunnen zijn.

Hypothese 1 \*: De arts zal meer op de klacht en minder op het algemeen referentiekader ingaan, naarmate hij de patient minder goed kent.

| zeer bekend:         | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | onbekend |
|----------------------|----|----|----|----|----|----------|
| alg. referentiekader | 20 | 46 | 47 | 41 | 15 | 169      |
| specifieke cues      | 14 | 27 | 29 | 18 | 7  | 90       |
|                      | 34 | 73 | 76 | 59 | 22 | 259      |

$\chi^2 = 3,9833$  d.w.z. dat de kans dat de afwijkingen binnen rijen en kolommen van de totaalverhouding op toeval berustten tussen de 50 en de 70% ligt.

Wel gaat de trend in de verwachte richting. Bij zeer bekende patienten ligt de verhouding algemeen - specifiek 10 : 7, bij onbekende patienten 15 : 7. De totaalverhouding is ongeveer 13 : 7.

Bij de artsen apart was eveneens geen significant + verband in de richting van bovengenoemde hypothese te vinden. Vier artsen vertoonden wel een trend in die richting, de zes overigen vertoonden een verdeling volgens toeval.

Wanneer men de bekendheid van alle artsen meet naar het aantal genoemde categorieën, zien we dezelfde trend in de richting van de hypothesen. Aangezien hier de kans dat het resultaat op toeval berust tussen de 20 en 30% ligt, is echter ook dit nog geen significant resultaat. Bij drie artsen vonden we dezelfde trend (waarvan één significant 0,05 0,01) De zeven overige artsen vertoonden die trend niet.

\* Bij vermelding van de hypothesen geven we alternatieve hypothese  $H_1$  (zie II) Aanvaarding van  $H_1$  impliceert hier aanvaarding van  $H_2$  en verwerpen van  $H_0$ . Verwerpen van  $H_1$  impliceert hier verwerpen van  $H_2$  en aanvaarden van  $H_0$ .

Hypothese 2: Bij minder bekende patiënten zal de diagnose vaker neutraal of somatisch zijn, dan bij bekende patiënten.

Wanneer men de artsensrating van bekendheid neemt dan blijkt deze trend niet aanwezig te zijn.

De waargenomen frekwenties zijn dan weer eens te hoog, dan te laag, onafhankelijk van de bekendheid.

Bij de afzonderlijke artsen zou misschien van een dergelijke trend sprake kunnen zijn in drie gevallen (veel te weinig data). De overige zeven tonen totaal geen aanwijzingen in die richting.

Wanneer het aantal categorieën wordt genomen als maat voor bekendheid van de arts met de patient blijkt de trend echter volledig volgens verwachting te zijn.

| Aantal categorieën | 0,1,2         | 3,4           | 5           | 6           | 7,8          |
|--------------------|---------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| Diagnose I         | E=14,57<br>19 | E=19,23<br>24 | E=8,57<br>6 | E=7,29<br>6 | E=9,85<br>5  |
| II. III. IV.       | E=10,93<br>10 | E=14,26<br>14 | E=6,42<br>9 | E=5,46<br>5 | E=7,39<br>7  |
| V                  | E=8,5<br>5    | E=11,25<br>7  | E=5<br>5    | E=4,2<br>7  | E=5,75<br>11 |

$\chi^2 = 18,288$  , wat inhoudt dat de kans kleiner dan 0,02 is, dat dit op toeval berust.

Gezien het te kleine aantal diagnoses per arts was het niet mogelijk om per arts na te gaan of dezelfde samenhang daar optrad. Het feit dat de verwachte samenhang zo duidelijk optreedt wanneer men bekendheid meet aan de hand van genoemde attributen, en dat die samenhang afwezig is wanneer men de rating van de artsen volgt, is naar ons idee wel te verklaren. Wanneer men n.l. niet bekendheid als onafhankelijke variabele ziet, maar de diagnose, zou men kunnen stellen dat de arts, wanneer hij een geval als psychosociaal beoordeelt, geneigd is <sup>er</sup>achteraf meer over te vertellen. Dat wil nog niet zeggen dat hij ook meer bekend is met de betreffende patient (zoals aangegeven in zijn eigen rating).

Hypothese 3: Bij een diagnose (deels -)"psychosociaal" zal de arts meer afgaan op achtergrond gerichte cues.

Deze samenhang (voor alle artsen) wordt weergegeven in de tabel op pag.

| Diagnose       | 1<br>(som.)   | 2             | 3             | 4          | 5<br>(ps.s.)  |     |
|----------------|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|-----|
| spec. cues     | E=52,41<br>68 | E=15,52<br>17 | E=23,94<br>22 | E=22<br>20 | E=62,11<br>49 | 176 |
| achtergr. cues | E=28,58<br>13 | E=8,47<br>7   | E=13,05<br>15 | E=12<br>14 | E=33,88<br>47 | 96  |

$$\chi^2 = 22,41 \quad (\chi < 0,001)$$

Uit bovenstaande tabel blijkt dat bij een somatische diagnose (1) relatief veel op specifieke cues wordt afgegaan, (verwacht in 52 gevallen, geobserveerd in 68 gevallen), terwijl bij een psychosociale diagnose relatief veel op achtergrondcues wordt afgegaan (verwacht in 34, geobserveerd in 47 gevallen).

Behalve dat het type cues waar de arts op afgaat, verandert, treedt er ook een verandering op in de hoeveelheid cues waarop de arts afgaat:

| Diagnose      | gem. aantal cues |
|---------------|------------------|
| 1 (somatisch) | 1,32             |
| 2             | 1,66             |
| 3             | 1,51             |
| 4             | 2,96             |
| 5             | 2,78             |

We hebben het idee dat het vage karakter van veel psychosociale klachten voor de huisarts wordt weerspiegeld door het feit dat hij in deze gevallen afgaat op cues die wat vager zijn; bovendien dat hij wat meer aanwijzingen nodig heeft om tot een diagnose psychosociaal te besluiten.

Hoewel bij afzonderlijke artsen statistische berekeningen wederom op moeilijkheden stuitten, is eenzelfde trend als bij het geheel bij 6 à 7 van de tien artsen waar te nemen.

Een moeilijkheid deed zich nog voor bij één van de cues, n.l. de cue "expliciete aanbieding psychosociale klacht". Dit was één van de vier specifieke cues, (zonder voorafgaande informatie van de patient kon de arts er gebruik van maken), maar hij komt alleen voor bij psychosociale diagnoses, m.a.w. op deze manier werd het aandeel van de specifieke cues enigszins kunstmatig verhoogd bij de diagnose psychosociaal. Bij sommige artsen komt bovengenoemde samenhang er beter uit wanneer deze cues achterwege gelaten wordt.

Resumerend kunnen we zeggen dat aan de hand van de uitkomsten van de hypothese het volgende beeld van het diagnostiseringsproces geschetst kan worden:

De arts gaat wat meer op de achtergrondinformatie af dan op de gegevens welke hij gedurende het konsult verkrijgt, bij het komen tot een psychosociale diagnose.

Wanneer een arts de diagnose (deels) - psychosociaal stelt, gaat dit samen met een grotere ~~beveel~~beveelheid categorieën welke hij weet te noemen, dan wanneer de diagnose somatisch is, het hangt echter niet samen met een grotere bekendheid, zoals dit tot uitdrukking komt in de rating van de arts.

Het lijkt erop dat grotere bekendheid samengaat met het vaker noemen van achtergrondcues, waarop de diagnose gebaseerd wordt, maar deze samenhang is zo zwak dat niet gezegd kan worden dat psychosociaal oordelen ook samengaat met grotere bekendheid.

## VI. Diskussie

Wanneer we de besproken resultaten samenvatten, krijgen we het volgende beeld: Het door ons gehanteerde begrip "bekendheid" heeft geen voorspelende waarde voor de diagnose die de arts stelt (somatisch versus psychosociaal), zijn aandacht, zijn passiviteit, zijn al dan niet refereren naar een gemeenschappelijk verleden, de spraakzaamheid van de patient, of voor de door de arts gevoelde noodzaak, om meer van de patient te weten te komen.

Wel zou het kunnen bijdragen aan het algemeen beeld van een arts: de éne arts blijkt .h. . hoger te scoren op beide bekendheidsschaaltjes dan de ander, terwijl dezelfde artsen die hoog scoren op bekendheid ook relatief hoog scoren op aandacht en passiviteit. Misschien zou gedacht kunnen worden in de richting, dat het beter of slechter kennen van de patient een algemeen kenmerk is van de arts, dat wellicht ook te maken heeft met zijn passief reageren en aandachtig zijn. Verder onderzoek in deze richting is gewenst.

We willen nu terugkomen op het begrip "kontinuiteit van de arts-patient relatie". In meer beschrijvende studies, als van Balint en van Lidt de Jeude komt naar voren als een essentieel bestanddeel van het huisarts zijn, dat ook kenmerkend daarvoor is. Ook in gesprekken met verschillende artsen kwam dit naar voren.

Hoe dit begrip "kontinuiteit" empirisch moet worden ingevuld, blijft na het onderzoek nog erg onduidelijk. Op twee bronnen van deze onduidelijkheid willen we hier wat nader ingaan.

### A. Het empirisch bepalen van het vage begrip "kontinuiteit".

Dit begrip "kontinuiteit" is in twee stappen herleid tot onze operationalisatie. Allereerst vulden we het begrip "kontinuiteit" in met "bekendheid", daarbij voorbijgaand aan het feit dat het ook met begrippen als "stereotypering" of "verwachtingspatroon" of iets dergelijks ingevuld zou kunnen worden. Van de meerdere mogelijkheden werd er een gekozen.

Deze éne mogelijkheid "bekendheid" werd vervolgens geoperationaliseerd tot "hoe bekend bent u met deze patient?" en "wat kunt u van deze patient aan achtergrondinformatie geven?". Dit vormde de tweede stap, waarvan de moeilijkheden en bezwaren reeds uitvoerig in hoofdstuk 3 (resultaten) besproken zijn. In het onderstaande zullen we verder ingaan op de kanttekeningen die te maken zijn bij de substitutie van kontinuiteit door bekendheid.

Kontinuïteit werd teruggebracht tot "bekendheid". Bekendheid verwijst naar ons idee naar iets dat vrij bewust aanwezig is, waarover men desgevraagd vrij betrouwbaar en gedegen kan reflekteren. Kontinuïteit, zoals dat in de literatuur naar voren komt, heeft echter naar ons idee ook een aantal andere achtergronden. Het draagt bij tot de vorming van een bepaald stereotype, van een verwachtingspatroon wat gekenmerkt wordt door het feit dat men er zich niet zo sterk van bewust is.

We zouden kunnen stellen dat door kontinuïteit van de relatie te reduceren tot "bekendheid" slechts één komponent is overgebleven, terwijl de andere komponenten een minstens zo belangrijke rol spelen.

Het is bijvoorbeeld de kontinuïteit van de relatie, die er verantwoordelijk voor is dat een huisarts bij een bepaalde klacht plotseling herinnerd wordt aan een voorval van jaren her, waardoor hij gestuurd wordt bij zijn indikatiestelling. Hoewel dit van grote invloed kan zijn bij het hulpverleningsproces, komt dit er niet uit wanneer in een geheel ander kontekst naar bekendheid wordt geïnformeerd. Hetzelfde geldt voor stereotypes en verwachtingspatronen, welke van invloed zijn op het gedrag van de arts, welke in het begrip kontinuïteit verankerd liggen, maar niet in het begrip bekendheid.

Dit alles overwegend, lijkt het de moeite te lonen, om juist andere komponenten van de kontinuïteit van de arts-patient relatie te betrekken in onderzoeken, om zodoende tot een inzicht te komen van het relatieve aandeel wat elk onderdeel op zich heeft.

#### B. Impliciete vooronderstellingen achter het zoeken naar wetmatigheden.

Het in het voorgaande beschreven onderzoek had een zodanige opzet, dat er werd gezocht naar een éénduidig verband tussen mate van bekendheid en andere variabelen. Er werd met andere woorden gezocht naar kenmerken waaraan bijvoorbeeld <sup>bekende</sup> alle patienten moesten voldoen. Impliciete vooronderstelling hierachter is, dat bekendheid een variabele is, die noodzakelijkerwijze leidt tot een bepaald ander gedrag (het paradigma: onafhankelijke variabele → afhankelijke variabele).

Zoals ook reeds onder A doorklonk, kan bekendheid of kontinuïteit misschien beter worden opgevat als een arsenaal waaruit de arts eventueel kan putten. Wanneer men eendergelijke opvatting over bekendheid erop nahoudt, is het niet zinvol meer om bekendheid als onafhankelijke variabele op te vatten: de arts kan bij een bepaalde mate van bekendheid er dan nog voor kiezen of hij al dan niet bepaald gedrag ten toon zal spreiden. (zowel op bewust als onbewust niveau).

Men zou dan met behulp van een andere onderzoeksopzet na moeten gaan, in hoeverre bekendheid een noodzakelijke voorwaarde is voor bepaald gedrag, n.l. door na te gaan of het onder zekere onbekendheidsvoorwaarden niet voorkomt. Dit betekent dan namelijk niet dat het bij grotere bekendheid altijd wel voorkomt, doch slechts dat bekendheid een voorwaarde is om tot dergelijk gedrag te komen.

Voorts zal gezocht moeten worden naar geschikte operationalisaties van andere aspecten van continuïteit welke eveneens in de negatieve zin onderzocht zouden moeten worden, niet: wat zijn de gevolgen van ....., maar: wat zijn de voorwaarden voor .....

In de hoop dat dergelijke ideeën in de komende diskussies verder uitgewerkt kunnen worden, willen <sup>we</sup> hiermee achter deze diskussie een punt zetten.

## VII. Samenvatting.

Een onderzoek werd uitgevoerd naar het effect van de bekendheid van de arts met de patient op het diagnostiseringsproces. Afgaande op opmerkingen uit de literatuur en op gegevens uit een voorafgaand onderzoek speelt deze bekendheid een belangrijke rol: door de continuïteit van de arts-patient relatie verzamelt de arts een grote hoeveelheid achtergrondinformatie omtrent de patient, bouwt hij verwachtingspatronen op, en neemt hij de informatie die een patient aandraagt selektief op.

Bij 10 artsen werden video-opnames van 15-25 spreekuurkontakten gemaakt. Na elk konsult tekende de arts zijn bevindingen aan omtrent diagnose (op een 5-puntsschaal, van somatisch tot psychosociaal) en gaf hij aan op grond waarvan hij tot die diagnose besloten had (op een geprekodeerde lijst). Na enige dagen werd de arts geïnterviewd, en hem werd gevraagd op een 5-puntsschaal aan te geven hoe bekend hij met elke patient was. Voorts werd een maat van deze bekendheid afgeleid uit de interviewgegevens.

De videobanden werden geanalyseerd op gespreksgedrag van de arts (aandacht, passiviteit-aktiviteit, inhoudelijke aspecten).

Bekendheid bleek inderdaad op een bepaalde manier samen te hangen met de diagnose; voorts hing de diagnose samen met de soort informatie die de arts gebruikte om tot die diagnose te komen.

Wanneer men tracht tot een algemene typologie te komen dan blijken artsen die in het algemeen aandachtig zijn, ook passief te zijn, en meer bekend met hun patienten.

Uitdrukkelijk spraken we hier niet van een causaal verband. Voor het overige werden er weinig samenhangen gevonden tussen de onderzochte categorieën.

Als konklusie wordt onder meer naar voren gebracht dat bekendheid (d.w.z. informatie hebben over) slechts één gevolg is van het feit dat arts en patient een continue relatie hebben. Andere mogelijke gevolgen, als stereotypering, etikettering e.d. bleven in dit onderzoek buiten beschouwing. Bovendien moet de faktor bekendheid meer gezien worden als een noodzakelijke dan als een voldoende voorwaarde, vandaar dat een onderzoek als het onderhavige, niet zoveel resultaten opleverde. Er werd n.l. naar immer aanwezige samenhangen gezocht, in plaats van naar samenhangen welke onder bepaalde gespecificeerde kondities optreden.

Literatuuropgave.

- 1) Balint, M., "De dokter, de patient, de ziekte".  
(Het Spectrum Utr/Antw. 1965).
- 2) Haehn, K.D., "Tätigkeit von Allgemeinärzten".  
(Der Praktische Arzt, 20-1974, oktober).
- 3) van Lidt de Jeude, "De huisarts in de maalstroom der emoties".  
(Stenfert Kroese - Leiden; 1969)
- 4) Observatieverslag.  
(Interne publikatie NHI-1975).
- 5) Persoon, J.M.G., "Veranderingen in de patient-huisarts relatie".  
(Dekker & van de Vegt Nijmegen 1975).
- 6) de Vries, "Gezin en hulpverlening in dorp-bij-stad".
- 7) IJzermans en Schouwenburg, "Wat dokters weten van hun probleem-patienten".  
(Interne publikatie GV Amsterdam 1975).