

© 1989 J.H. Duistermaat

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

J.H. Duistermaat, Meppelerweg 52, 7707 CP Balkbrug.

Omslag

Beeld: Luisteren naar de aarde, Martine Vlieger, Utrecht 1980.

Foto: Henk Vos, Balkbrug 1988.

Ontwerp: Theo Pasveer bno, Lelystad.

Productie: Meditekst, Lelystad.

Druk: Krips Repro, Meppel.

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Duistermaat, Jan Hendrik

Onmacht in het werk van de huisarts : een empirische verkenning / Jan Hendrik Duistermaat. – (s.l. : s.n.). – Ill.

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

ISBN 90-9002943-5

SISO 604.2 UDC 614.23(043.3)

Trefw.: onmacht / huisartsen.

Onmacht in het werk van de huisarts

Een empirische verkenning

Powerlessness in general practice

An empirical survey

Proefschrift

ter verkrijging van de
graad van doctor
aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
Rector Magnificus
Prof. dr. C.J. Rijns
en volgens besluit van het
College van Dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 6 september 1989 om 15.45 uur

door

Jan Hendrik Duistermaat

geboren te Oss



Promotiecommissie

Promotor: Prof. dr. H.J. Dokter

Promotor: Prof. dr. F. Verhage

Overige leden:

Prof. dr. J. Sperna Weiland

Prof. dr. E. van der Does

Dankwoord

Nu het proefschrift ‘onderweg’ is, krijg ik gelegenheid de belangrijkste personen die mij geholpen hebben, nog eens de revue te laten passeren.

Hooggeleerde Dokter: Heert, ik was de eerste keer bij je met een lang en warrig verhaal. Het kwam erop neer dat huisartsen hun positie misbruikten, door medisch gedrag, om negatieve gevoelens te versluieren. Deze discussie leidde tot het onderwerp: ‘Onmacht in het werk van de huisarts’. Jouw optimisme is vooral het laatste jaar belangrijk voor me geweest.

Hooggeleerde Verhage, een belangrijke bijdrage van u is geweest me steeds weer te attenderen op het handelen van de huisarts. Daarnaast ‘gaf’ u mij uw methodoloog dr. Duivenvoorden.

Beste Hugo, we hebben vier jaar goed gewerkt. Samen veel gelachen en gemopperd. We hebben veel gepraat over ons vak, over onze onmacht die we vaak niet willen onderkennen. Je was in staat om mij tijdens de fase van de analyse met al dat computergedoe enthousiast te houden. Je gaf me steeds weer het gevoel dat dit onderzoek van fundamenteel belang was. Het was goed om bij jullie thuis te werken. De rol die jouw Truus daarbij speelde, was heel bijzonder. Ze gaf me nooit het gevoel dat het werken van twee ‘vakidioten’ in haar huis haar te veel was. Typerend voor Truus was het appeltje dat op de plastic tas lag, toen ik een keer midden in de nacht gegevens uit je tuin haalde.

Truus, jij bent actief geweest in dit onderzoek, niet alleen als gastvrouw, maar ook als degene die de gegevens in code heeft gebracht en als interviewster.

Dit laatste deed je samen met Ria Knippenberg, Marijke Thierbach, Petra van der Aa, Karin Langenkamp, Truus Greving, Bert Schreuder en Tineke.

Johan Middelbos en Henk Tempelman bedank ik voor de hulp bij de tekstverwerker.

Erik Hofmans dank ik voor zijn redactionele adviezen en zijn begeleiding bij de uitvoering daarvan.

Er zijn veel mensen die ik voor hun steun, belangstelling en hulp wil bedanken. Ik kom dan in de sfeer van het appeltje van Truus. Ik ben daar een beetje verlegen mee, omdat het zo gewoon lijkt: een *appeltje*. Het is veelal het gebaar van de ander en het is moeilijk daar mijn waardering voor uit te spreken.

Veel ‘appeltjes’ heb ik gekregen:

- Ik denk aan de patiënten uit de praktijk. Ik kan me nog goed herinneren dat ik, toen ik pas huisarts in Balkbrug was, naar een vrouw moest, die juist uit het ziekenhuis was ontslagen met een niet te behandelen longcarcinoom. Een grote boerderij, een klein opkamertje, propvol, een kortademige, adipeuze boerin, rechtop in een soort opklapbed. Ik kon juist blijven staan tussen bed en tafel. Ik draaide niet alleen met mijn lijf, maar ook met de diagnose. Haar reactie was: ‘Jongeman, ga eens

even zitten en vertel me maar eens wat er aan de hand is.' De patiënten in Balkbrug hebben me geleerd om kritisch naar mezelf te blijven kijken.

- De assistentes in de praktijk zijn altijd van zo'n niveau geweest, dat er een zekere vertrouwdheid van uitging. Dit was een belangrijke voedingsbodem voor een proefschrift als dit.
- Het werkklimaat in de waarneemgroep 'Huisartsen Avereest' is van een gehalte dat onderzoeksvragen daar vanzelf opkomen. Voor mij begon het al meteen in 1965 met Wim Fock van Coppenaal, Gert van Seventer en Herman Grolman. Het team met Wout Meyboom, Piet Been, Harm Knol, Dirk Branbergen, Dieter Boswijk en Bert Schreuder werkt inspirerend.
- Tenslotte thuis: Tineke, Jeanine, Henneke en Erika... ik heb geleerd dat ik in deze omstandigheden gauw te veel zeg...

Inhoud

Deel I. Inleiding	11
1. Hoe ik tot dit onderzoek gekomen ben	13
2. Analyse van een spreekuurcontact	16
2.1. Gevoel van eigenwaarde	16
2.2. Functioneren van de huisarts	17
2.3. 'Moeilijke' patiënten	20
2.4. Consumentengedrag	22
2.5. Verbergen van begeleidende gevoelens	23
2.6. Attributie van onmacht	23
2.7. 'Alles te bieden hebben'-houding	24
3. De omstandigheden en de huisarts	25
3.1. Inleiding	25
3.2. Algemene praktijkgegevens	25
3.3. Moeilijke patiënten	30
3.4. Eigenschappen van de huisarts	32
4. Het functioneren van de huisarts	34
4.1. Inleiding	34
4.2. Werkstijlen	34
4.3. Attitudes	35
4.4. Slot	39
5. Onderzoeksvragen	40
Deel II. Methoden	41
6. Opzet	43
6.1. Huisartsen	43
6.2. Interviewers	43
7. Meetinstrument	45
7.1. Inleiding	45
7.2. Algemene gegevens van de huisarts	46
7.3. Subjectief handelen van de huisarts	46
7.4. Persoonlijkheidskenmerken patiënten en huisarts	46
7.5. Vragen over onmacht van de huisarts	47
8. Analyse	49
8.1. Inleiding	49
8.2. Algemene gegevens van de huisarts	49

8.3. Subjectief handelen van de huisarts	50
8.4. Persoonlijkheidskenmerken patiënten en huisarts	50
8.5. Vragen over onmacht van de huisarts	50
8.6. Verwijs- en voorschrijfgedrag	52
8.7. Validiteit en betrouwbaarheid	53
8.8. Toetsen	54
Deel III. Resultaten	55
9. Algemene resultaten	57
9.1. Respons	57
9.2. Praktijkgegevens	57
9.3. Ziekenfondsgegevens	58
9.4. Onbruikbare vragen	58
10. Typologie van onmacht	60
10.1. Inleiding	60
10.2. Statistische toetsing	60
10.3. Frequentie, intensiteit en duur	61
10.4. Kernvariabele	61
10.5. Indicatoren van onmacht	62
10.6. Attributie	63
10.7. Betekenis	63
11. Praktijkvariabelen en onmacht	64
11.1. Inleiding	64
11.2. Praktijkvariabelen	64
11.3. Relatie met onmacht	65
11.4. Samenwerking en onmacht	68
12. Moeilijke patiënten	70
12.1. Inleiding	70
12.2. Toetsing van de twaalf categorieën	70
12.3. Huisartsen	70
12.4. Drie typen	71
12.5. Twaalf categorieën	72
13. Eigenschappen van de huisarts	73
13.1. Inleiding	73
13.2. Huisartsen	73
13.3. Drie typen	73
13.4. Twaalf categorieën	74
14. Functioneren van de huisarts	77
14.1. Inleiding	77
14.2. Verwijzen en voorschrijven	77
14.3. Verwijzen en voorschrijven in verband met onmacht	78
14.4. Huisartsen en subjectief handelen	79
14.5. Drie typen en subjectief handelen	80
14.6. Twaalf categorieën en subjectief handelen	81

Deel IV. Beschouwing	85
15. De drie typen huisartsen	87
15.1. Inleiding	87
15.2. Type W – de huisarts met weinig onmacht	87
15.3. Type V – de huisarts met veel onmacht	88
15.4. Type M – de huisarts uit de middengroep	90
16. Moeilijke patiënten	93
17. Eigenschappen van de huisarts	95
18. Functioneren	97
18.1. Objectief handelen	97
18.2. Subjectief handelen	97
19. Slotbeschouwing	98
19.1 Praktijkvoering en persoon van de huisarts	98
19.2. Type patiënt, klacht en probleem; situatie in de spreekkamer	99
19.3. Welke huisartsen ontkennen ervaringen van onmacht?	100
19.4. Welk onderzoek is verder nodig?	101
Literatuur, Samenvatting, Summary	103
Literatuur	105
Samenvatting	110
Summary	115
Bijlagen	121
I. Hoe maak je jezelf in je werk onmachtig?	123
II. Praktijkvoorbeeld waarbij gebruik wordt gemaakt van de figuur ‘eigenwaarde’	125
III. Introductiebrief	127
IV. Draaiboek: Interview ‘Ervaringen van de Huisarts’	128
V. Vragenlijst en machtigingsformulier	131
Curriculum vitae	143

Aan mijn vader

Deel I. Inleiding

1. Hoe ik tot dit onderzoek gekomen ben

Op het afsprakenlijstje staat meneer X, een 55-jarige ondernemer.

Ik ken deze man al ruim 20 jaar, vooral met recidiverende rugklachten. Bij onderzoek vind ik meestal een hypertone paravertebrale rugmusculatuur met een redelijk beweeglijke wervelkolom. Foto's in 1978 leverden geen belangrijke afwijkingen op.

In één van onze contacten heb ik eens gesuggereerd dat hij dag en nacht met zijn rug 'werkte'. Ik bedoelde daarmee dat zijn bedrijf hem helemaal opeiste, en dat hij zelfs in zijn bed zijn rug nog gebruikte. Ik probeerde hem duidelijk te maken dat hij overdag zo druk bezig was, dat hij nauwelijks aan zichzelf toekwam en geestelijk 's nachts doorwerkte, wat mogelijk reacties op zijn spieren gaf. Hij reageerde met een brede grijns en hield daarbij z'n krullenkop wat scheef. Ik vermoedde dat hij daarbij dacht: 'Er moet maar eens wat aan die rug van me gebeuren, daar kom ik voor'.

Echt contact had ik niet met hem, en evenmin met zijn vrouw. Er waren perioden van depressies van de vrouw met daarbij vooral moeheid, lusteloosheid en slaapstoornissen. Het was dan niet eenvoudig om met haar te praten. In de spreekkamer begon ze vaak snel te huilen. Thuis was dit door een gebrek aan privacy ook niet mogelijk. Het bedrijf strekte zich uit van de schuren tot de woonkeuken. Ze wilde altijd pillen om te slapen, zodat ze de volgende dag weer kon werken. 'Ik laat me niet op m'n kop zitten', was daarbij haar reactie.

Een jaar geleden belde de man op met de vraag of ik een briefje voor zijn verzekering wilde schrijven, zodat hij de rekening van de chiropractor vergoed zou krijgen. Ik antwoordde dat het moeilijk was een therapie aan te bevelen, als ik niet wist wat er gevonden was en wat er zou gaan gebeuren. Ik ontving daarop de volgende brief van de chiropractor: 'De overdraagbaarheid van mijn behandeling is niet eenvoudig, omdat deze geheel op het gevoel wordt uitgevoerd. In de chiropractie wordt de functie van het zenuwstelsel centraal gesteld, daar richt zich de diagnose en behandeling op, echter op een andere manier dan dat u wellicht gewend bent te horen. In de bijgaande brochure treft u enige informatie aan omtrent de chiropractie in z'n algemeenheid.'

In het volgende telefoongesprek probeerde ik de ondernemer uit te leggen dat ik met deze informatie niets kon: ik was niet in staat daar verantwoordelijkheid voor te nemen. De man beëindigde het gesprek door de hoorn op de haak te gooien.

Nu komt hij vlot, amicaal lachend de spreekkamer binnen. Hij heeft weer lage-rugklachten. Hij houdt een breedsprakig verhaal, dat hierop neerkomt dat het zo niet langer meer gaat. 'Ik heb die klachten al jaren en ik kan eigenlijk niets. Ik heb de hele dag mijn rug nodig, want ik run nog steeds mijn bedrijf. Ik ben "goed gezond" als ik zo met de jongens bezig ben. Die rug maakt me doodziek...'.
Ik reageer met: 'Ik zal u even nakijken.'

Later bekeek ik – verrast en verbaasd – op het televisiescherm mijn eigen manier van doen. Door een onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut* was ik in de gelegenheid alle spreekuurcontacten van in totaal drie dagen op video op te nemen. Ik geener me een beetje voor de manier waarop ik in sommige consulten omga met de patiënt: ietwat uit de hoogte en met een air van: ‘Dat regel ik wel even voor u’. Op die manier had ik de ondernemer – met een houding van *Papa knows best*¹ nauwelijks de ruimte gegeven om te zeggen wat hij op z’n lever had.

Hoe kwam dat? Had dit te maken met de omstandigheden in mijn praktijk (solist, alleen in een dorp)? Waarom realiseerde ik me tijdens het consult niet dat de ondernemer een ‘moeilijke patiënt’ voor me was? Waarom had ik een houding van ‘alles te bieden hebben’ tegenover de patiënt? Waarom kreeg ik pas via de videoband in de gaten dat ik niet zo goed functioneerde?

Ik realiseerde me dat ik me bij deze man onrustig voelde. Dat had ik al toen ik hem op het afsprakenlijstje zag staan. Mijn gedachten waren toen: ‘Het zal wel weer niet lukken hem duidelijk te maken, dat hij anders moet gaan leven, dat hij zich een ander leeftempo moet eigen maken. Hij zal wel verwezen willen worden. Daarmee zal dan de aandacht voor zijn *gedrag*, waardoor hij lichamelijk minder functioneert, worden afgeleid naar bijvoorbeeld een haakje van zijn wervelkolom of een tussenwervelschijf.’

Misschien was het om die vraag om een verwijzing te voorkomen, dat ik plotseling zei: ‘Ik zal u even nakijken.’

Tijdens het hele consult had ik het vooringenomen gevoel dat ik toch wel geen contact met de man zou kunnen krijgen. Ik kreeg de situatie pas weer in de hand door te zeggen: ‘Ik zal u even nakijken.’ Dat was een niet-adequate reactie, omdat nog niet duidelijk was wat de patiënt van me wilde. Ik was daar ook niet in geïnteresseerd, omdat ik dacht dat hij wat anders wilde dan ik wenselijk achtte.

Achter dit soort reacties kan een diepere problematiek schuilgaan. *Balint* heeft zich met dergelijke situaties beziggehouden, en hij besteedde daarbij in het bijzonder aandacht aan de persoonlijke ontwikkeling van de arts.² In mijn geval leidde het feit dat ik (al of niet bewust) verwachtte de situatie niet in de hand te zullen hebben, tot gevoelens van onmacht.

Onmacht ontstaat wanneer men niet accepteert dat men geen richting kan geven – of denkt te kunnen geven – aan gedrag, gedachten of gevoelens van zichzelf en van anderen.³ Er is daarbij verschil tussen het inzicht van de betrokkene en de realiteit.⁴ Onmachtervaringen kunnen tot reacties leiden, die minder adequate zijn, omdat ze een bedreiging vormen voor de arts-patiënt relatie.

Het zien van dit consult heeft vele vragen bij mij opgeroepen, die met onmacht te maken hebben. Er is echter weinig literatuur over onmacht in de huisartsgeneeskunde, en *onderzoek* over onmacht in de huisartsgeneeskunde ontbreekt al helemaal. De geraadpleegde literatuur heeft dan ook vooral gefungeerd als *eye opener*.

* De voorloper van het Nederlands Instituut voor onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

- Mijn eerste vraag – ‘Hoe kwam dit?’ – zal nader worden uitgewerkt in het hoofdstuk ‘Analyse van een spreekuurcontact’.
- De vragen ‘Zijn er algemene praktijkomstandigheden die met onmacht samenhangen?’, ‘Met welke patiënten heeft de huisarts het moeilijk?’ en ‘Welke eigenschappen die huisartsen zichzelf toedenken hangen samen met onmacht?’ komen aan de orde in hoofdstuk 3.
- Dat onmacht bij de huisarts ontstaat, wordt voor de huisartsgeneeskunde pas van belang wanneer deze ervaringen het functioneren zullen beïnvloeden. De vraag ‘Hangt onmacht samen met het functioneren van de huisarts?’ komt aan de orde in hoofdstuk 4.

2. Analyse van een spreekuurcontact

Samenvatting

Mijn onmachtervaringen hebben te maken met een heel complex van gevoelens, opvattingen en attitudes: mijn gevoel van eigenwaarde, mijn mening over mijn functioneren als huisarts, mijn 'moeilijke patiënten', het consumptiegedrag van de patiënt, de gevoelens die bij onmacht een rol spelen, de attributie van onmacht ('waar schrijf ik onmacht aan toe?') en mijn houding van dokter 'die alles te bieden heeft'. Daarbij valt de verwevenheid met onmacht op. Deze aspecten die aan mijn handelen ten grondslag liggen, veroorzaken niet alleen onmacht, zij kunnen ook door onmacht worden opgeroepen.

Deze analyse leidde tot de eerste onderzoeksvraag: Ervaren huisartsen onmacht en zo ja, in welke mate?

2.1. Gevoel van eigenwaarde

Het gevoel van eigenwaarde is de indruk die men van zichzelf heeft over wat men is, was en zal zijn, en daarbij komt de waardering van de omgeving en hoe men daarmee omgaat.⁵

Mijn gevoel van eigenwaarde werd in de casus van hoofdstuk 1 bepaald door de opvatting dat ik een 'genezer van rugklachten' zou moeten zijn door het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Bij een dergelijke hoog gegrepen opvatting over het eigen functioneren wordt de onmacht bijna voorspelbaar. Ik *kon* in dit geval niet voldoen aan mijn gevoel van eigenwaarde: ik was niet in staat om te helpen. Onmachtervaringen en een verminderd gevoel van eigenwaarde hangen in dit geval met elkaar samen.

Bij de binnenkomst van de ondernemer had ik het vooringenomen gevoel dat ik wel niet aan zijn verwachtingen zou kunnen voldoen. Ervaringen uit het verleden (in dit geval het geweigerde briefje voor de chiropractor) zijn in de huisartspraktijk van belang: deze patiënt zou hoe dan ook onmacht bij mij oproepen. Mogelijk speelde daarbij een rol dat ik hem anders wilde helpen dan hij van mij verlangde.

Om deze onmachtervaring te voorkomen, zorgde ik ervoor dat de hulpvraag niet duidelijk werd. Ik vroeg niet: 'Wat kan ik voor u doen?' Daardoor kon ook onduidelijk blijven dat ik iets niet kon: het genezen van zijn rug, door zijn gedrag te beïnvloeden.

In dit onderzoek wordt geschreven over de onmachtervaringen die uit de huisarts zelf komen, en die samenhangen met zijn gevoel van eigenwaarde. De huisarts wordt betrokken bij veel omstandigheden die gekenmerkt worden door onmacht. Bij een verkeersongeval bijvoorbeeld voelen de omstanders zich onmachtig. Deze onmacht heeft iets collectiefs en iets 'gewoons', doordat erover gepraat wordt in termen van: 'Hier kunnen *we* niets aan doen'. De gevoelens bij de televisiebeelden van hongerend Afrika zijn makkelijker bespreekbaar dan de gevoelens van artsen wanneer hun patiënten ver-

driet hebben, ziek worden of doodgaan. Het moeilijkst te hanteren is de onmacht vanuit de arts zelf. Hij denkt dat men deze onmacht niet begrijpt. Het is een machteloosheid die voortvloeit uit het verlangen te voldoen aan de verwachting van anderen, en daarnaast de angst iets te missen. Het is ook de angst voor eigen gevoelens in bepaalde situaties. Er zijn zoveel onveilige situaties in de huisartspraktijk waarbij de arts niet durft.⁶

Dit laatste heeft iets 'geheimzinnigs': 'Ik ben niet in staat om . . . , ik durf niet . . . '. Die geheimzinnigheid zal te maken hebben met de gevoelens die daarbij worden opgeroepen. Ik voelde me bij de ondernemer onzeker. Het zijn vaak deze begeleidende gevoelens die men wil verbergen, waardoor men minder goed gaat functioneren.

Kuiper spreekt liever over onmachtervaringen dan over onmachtgevoelens.⁵ Machteloosheid wordt wel gebruikt als een verzamelnaam voor geïrriteerdheid, onzekerheid, besluiteloosheid en afstandelijkheid.⁷ *De Roeck* vindt onmacht geen gevoel, maar een ziekmakende gedachtencirkel.⁸ Deze cirkel zou hier kunnen zijn: 'Ik wil graag een goede dokter zijn, daarom geef ik graag adviezen, daarvoor is nodig dat ik het initiatief niet uit handen geef . . . '. In *bijlage I* wordt het thema 'Hoe maak je je in je werk onmachtig' nader uitgewerkt.

In dit onderzoek spreken we in het algemeen van onmachtervaringen; daarbij worden dan ook de begeleidende onmachtgevoelens bedoeld, zoals de onrust en onzekerheid die een rol speelden in de besproken casus.

2.2. Functioneren van de huisarts

Er zijn aan het functioneren van de huisarts verschillende aspecten te onderscheiden. In 'Hoe helpt de dokter?'⁹ spreekt men van 'methodisch werken', 'samenwerken' en het 'persoonlijk functioneren' van de huisarts. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut onderscheidt vier basisvaardigheden: 'gericht en systematisch werken', 'hanteren van de arts-patiënt relatie', 'adequaat somatisch handelen' en 'adequaat psychosociaal handelen'.^{10 11}

Hier wordt onderscheid gemaakt tussen het *vaktechnisch* en het *communicatief* functioneren.¹²

De huisarts heeft in zijn vaktechnisch handelen (anamnese, onderzoek, therapie) een zekere afstand nodig ten opzichte van de patiënt om te kunnen luisteren, kijken en voelen (palperen), enz. De houding van de huisarts is die van een 'doener'. Wanneer hij daarnaast communicatief wil handelen – met onder andere aandacht, openstaan, begeleiden en voorlichten – dan is tevens een zekere nabijheid gewenst. *Fromm* noemt dit een houding van iemand die er moet *zijn*.¹³ Men kan zeggen dat bij vaktechnisch en communicatief handelen zowel afstand als nabijheid gewenst zijn, maar dat bij het eerste het accent op afstand ligt en bij het tweede op nabijheid. In het communicatieve onderdeel van een contact is er een ontmoeting tussen hulpvrager en hulpverlener, waarbij ze elkaar als 'bondgenoot' ervaren. Het verlenen van hulp is een ander intermenselijk proces dan het verstrekken van voorzieningen of het aanwenden van technische middelen.¹⁴

Deze persoonlijke ontmoeting wordt nogal eens als negatief, ongewenst of bedreigend ervaren.¹⁴ Het is een actief communicatief aanwezig zijn, in deze studie afgekort als 'zijn'. Marcuse definieert 'zijn' als de waarheid, zoals de toestand werkelijk is.¹⁵ Verder heeft 'zijn' ook betrekking op het vermogen van de huisarts om naar en in zichzelf te kijken.

Een voorbeeld van 'zijn' is de uitspraak van de hypertensiegroep Overvecht: 'Ik vind het zo moeilijk om bij mijn dokter eens rustig te praten over mijn zorgen. Hij schrijft direct een recept voor medicijnen en dat is het laatste dat ik wil.' De arts kiest vaktechnisch bezig zijn met een zekere afstand, en de patiënt vraagt om communicatief bezig zijn. De tevredenheid van de patiënt over zijn huisarts neemt toe wanneer deze meer communicatief gedrag vertoont, minder op een afstand is, meer de indruk geeft over problemen te kunnen praten.^{16 17} De patiënten evalueren de arts in zijn professionele taakvervulling met name op zijn functioneren als 'mens' en veel minder op de effectiviteit van zijn medisch handelen.¹⁸

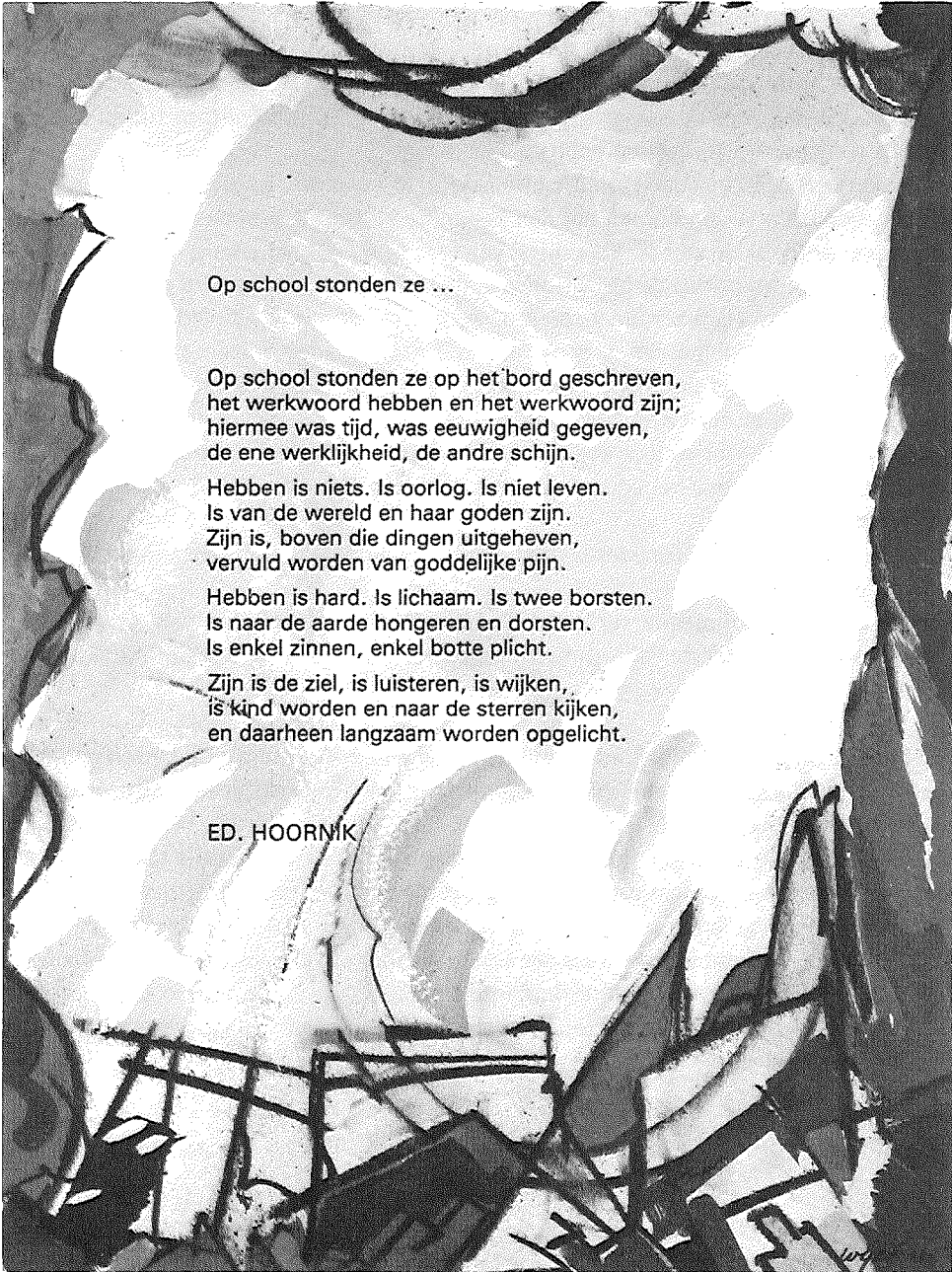
De indeling in 'doen' en 'zijn' is gekozen, omdat de aspecten van het 'zijn' – met name van de huisarts – onvoldoende tot hun recht komen in andere rubriceringen, zoals de geneigdheid tot open staan voor de patiënt. Het vermogen van de huisarts om dit te kunnen, zal samenhangen met zijn vermogen om naar en in zichzelf te kijken. Dit laatste krijgt veelal te weinig aandacht.

In de westerse cultuur speelt het 'doen' een belangrijke rol. Een positie verwerven, zelfhandhaving, zelfverdediging, zelfexpansie, bezitsvorming, autonomie, zelfstandigheid zijn S-motieven (self-maintenance en self-expansion). Daartegenover staan de O-motieven (van Other): verbondenheid, betrokkenheid, bewogenheid, dienstbaarheid.¹⁹ Onvermogen tot S-motieven leidt tot een daling van de zelfwaardering. Dit kan gepaard gaan met andere gevoelens, zoals woede, angst en verdriet. Onmachtervaringen hebben deze gevoelens tot gevolg en maken het moeilijk ermee om te gaan. Dit kan leiden tot minder goed functioneren.

Onmachtervaringen in het werk kunnen gepaard gaan met een verminderde zelfwaardering. Het 'niet in staat zijn om een rug goed te behandelen' kan een gevoel van 'functieloos zijn' geven, zegt Kuiper⁵ of een gevoel van onbeduidendheid zegt Sölle.²⁰ Dit functieloos gevoel kan de dokter opheffen door zichzelf een functie te geven, door te 'doen', vaktechnisch bezig te zijn. Hij vlucht van *care* ('zijn') naar *cure* ('doen').²¹

De huisarts zal, naast vaktechnische taken, ook communicatieve taken moeten uitvoeren om goed te kunnen werken. Het 'doen', het vaktechnisch handelen, leidt tot een *eerste diagnose*. Het communicatief bezig zijn is nodig voor het stellen van een *tweede diagnose*, die samenhangt met angst, ongerustheid, vertrouwen in behandeling en zelfvertrouwen van de patiënt.²² Deze tweede diagnose wordt niet duidelijk door een aantal factoren die zowel bij de patiënt als bij de arts liggen:

- De patiënt houdt zijn angstige fantasieën voor zich, omdat hij bang is dat de dokter hem een aansteller of een zeurpiet zal vinden. Bovendien zou hij bang kunnen zijn dat zijn angstige vermoedens worden bevestigd. Mensen met een geringere opleiding houden hun mond, wachten af wat hun gezegd wordt, uit ontzag voor de dokter. Patiënten durven vaak niet hun mening te geven om niet in competitie met de dokter te



Op school stonden ze ...

Op school stonden ze op het bord geschreven,
het werkwoord hebben en het werkwoord zijn;
hiermee was tijd, was eeuwigheid gegeven,
de ene werkelijkheid, de andre schijn.

Hebben is niets. Is oorlog. Is niet leven.
Is van de wereld en haar goden zijn.
Zijn is, boven die dingen uitgeheven,
vervuld worden van goddelijke pijn.

Hebben is hard. Is lichaam. Is twee borsten.
Is naar de aarde hongeren en dorsten.
Is enkel zinnen, enkel botte plicht.

Zijn is de ziel, is luisteren, is wijken,
is kind worden en naar de sterren kijken,
en daarheen langzaam worden opgelicht.

ED. HOORNIK

treden.²³ In Overijssel zeggen ze: ‘Je moet niet voor de dokter aan praten’. De patiënt conformeert zich aan het ‘doen’ van de arts, en daardoor komt niet aan de orde wat de patiënt bezighoudt: zijn ongerustheid²⁴ (zijn ‘zijn’). De communicatie is onvoldoende doordat voor de huisarts niet duidelijk is waar de patiënt mee zit; dit kan onmacht voor beiden tot gevolg hebben.

- De *huisarts* heeft vaak een houding waardoor de tweede diagnose niet wordt gesteld. Mensen die zich voorgenomen hadden bepaalde vragen of problemen met de arts te bespreken, ontdekken later dat daar niets van is gekomen. De klassieke wijze van anamnese afnemen, waardoor de opvattingen en belevingen van de patiënt met betrekking tot zijn klacht worden veronachtzaamd, geeft daar dan ook aanleiding toe.²³ Goed luisteren naar wat de patiënt zegt, is vaak een voorwaarde voor deze tweede diagnose.²⁵ De patiënt moet daarbij centraal staan, gestimuleerd worden met open vragen, samenvattingen en reflecties. Een voorwaarde daarvoor is dat de huisarts:

- interesse heeft voor en nieuwsgierig is naar wat er in de patiënt omgaat en naar wat diens motief is voor het consult; ik had die interesse niet, want ik ‘wist’ al wat de ondernemer wilde;
- het beseft dat deze tweede diagnose de kwaliteit van de eigen praktijkvoering verbetert.²³

Zorgvuldige communicatie verhoogt de efficiency en effectiviteit van de medische zorg²³ en betekent dat de vaktechnische en de communicatieve taak optimaal worden vervuld.

Mijn communicatieve taak komt pas volledig tot zijn recht wanneer ik mezelf een spiegel voorhoud. Dat levert een *derde diagnose* op: ‘Wat gebeurt er met mijzelf tijdens een patiëntencontact?’

Als ik naar mezelf luister, houdt dat in de eerste plaats bewustwording in. In de tweede plaats is er communicatie over mijn gevoelens met een ander. Dat zou in bepaalde gevallen de patiënt kunnen zijn;²⁶ vaak is het een collega of het thuisfront.²⁷

In de casus uit hoofdstuk 1 werd een eerste diagnose gauw gesteld. Door te snel onderzoek te plegen, bleef de tweede diagnose onbekend. De derde diagnose werd duidelijk via de videoband. Ik ‘deed’ onderzoek, omdat mijn onrust van dat moment niet werd onderkend.

2.3. ‘Moeilijke’ patiënten

Mijn reactie ‘Ik zal u even nakijken’ was in deze situatie niet-adequaat; voor mijzelf was het echter wél een adequate reactie, omdat ik op die manier weer controle kreeg over mijn gevoel van onzekerheid en mijn vooringenomenheid. Mijn reactie gaf mij een quasi-zeker gevoel.

Onderzoeken is aanraken en kan worden ervaren door degene die dat doet, als ‘de hand leggen op’ ‘greep hebben op’, ‘controle hebben over’ en zelfs ‘macht uitoefenen over’.²⁸ De huisarts kan hiermee de eigen onlustgevoelens beheersen, en dit kan van nut zijn, ook voor de patiënt. Het is van belang dat de huisarts zich bewust is van zijn handelen; als dat niet het geval is, wordt daardoor een optimale taakuitoefening be-

dreigt of zelfs geblokkeerd.²⁹ Dat was hier het geval. De ondernemer was niet tevreden over mijn handelen, omdat hij nog steeds niet van me kreeg wat hij wou hebben.

Door zijn gedrag kan ik de ondernemer het etiket 'moeilijke patiënt' opplakken. Dat wilde ik me tijdens het spreekuur niet realiseren; dat strookte niet met het beeld dat ik van mijn spreekuren heb: 'mijn spreekuren verlopen voor mij gladjes en zonder problemen'. Het niet stellen van de tweede diagnose kan leiden tot het ontstaan van een moeilijke patiënt.

In *figuur 2.1* heb ik mijn analyse van deze casus in kaart gebracht (zie ook het praktijkvoorbeeld in *bijlage II*). Centraal in deze figuur staat het gevoel van eigenwaarde. Onmacht kan leiden tot een vermindering van het gevoel van eigenwaarde. Dit zal gepaard gaan met een aantal andere gevoelens. Door te handelen zal het gevoel van onvoldoende handelen worden opgeheven. Dit geeft mogelijk een ontevreden patiënt, die door de huisarts als moeilijk wordt beschouwd. Deze 'moeilijke' patiënt kan weer onmacht bij de huisarts veroorzaken.

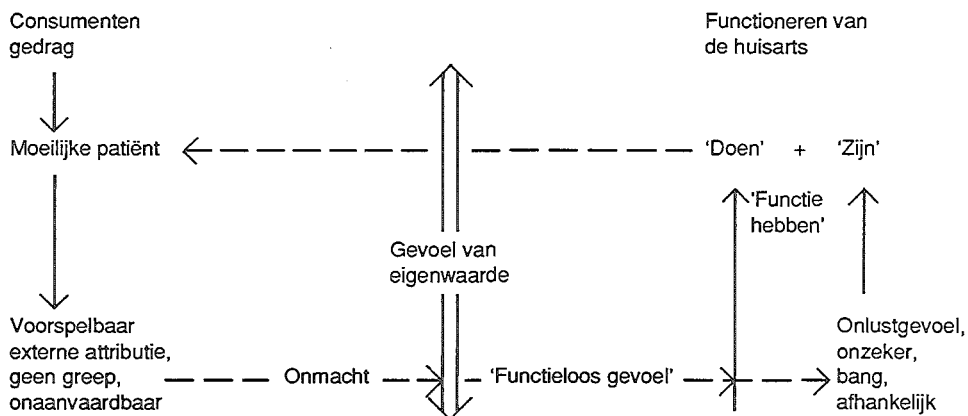
De vicieuze cirkel uit de figuur is in de loop van twintig jaar opgebouwd. In een gesprek van vijf minuten bleek het echter mogelijk de cirkel te doorbreken en het etiket 'moeilijke' patiënt te verwijderen.

Onlangs kwam de ondernemer weer eens op het spreekuur, nu omdat hij ongerust was over een knobbeltje in zijn hals. Ik kon hem geruststellen met de diagnose atroomcyste. Hij vroeg of ik het 'ding' eruit wilde halen, omdat het hem hinderde. Een paar weken later, toen de assistente de hechtingen had verwijderd, vroeg ik hem of hij het concept van het eerste hoofdstuk van dit boek wilde lezen, en of hij het goed vond dat ik zijn casus gebruikte. We praatten over mijn onderzoek en over zijn rug. Hij reageerde met: 'Goed zeg, als we van elkaar kunnen leren'.

In vijf minuten tijd is als het ware achterstallig 'zijn' ingehaald. Dit werkte pas, toen er ook een zekere nabijheid tot de patiënt was, een zekere gelijkwaardigheid van beide partners:

Ook tijdens het spreekuur had ik er beter aan gedaan in bepaalde mate de touwtjes

Figuur 2.1 *Gevoel van eigenwaarde en het functioneren van de huisarts.*



uit handen te geven. Want minder invloed van de huisarts op de gespreksinhoud en het communicatieve verloop, en meer verantwoordelijkheid van de patiënt leiden *niet* tot overbodige medische handelingen of minder adequaat gedrag.³⁰ Ik was daar mogelijk wat bang voor en dacht dat de patiënt als een consument eisen zou gaan stellen. Dit zou een gebrek aan kunde (functie) van mij voor de patiënt duidelijk kunnen maken.

2.4. Consumentengedrag

Drie modellen kunnen ten grondslag liggen aan het functioneren van de arts in de arts-patiënt relatie:

- het mechanische model: de arts reduceert zich tot object; hij functioneert als instrument om de wensen van de patiënt/consument uit te voeren;
- het paternalistische model: een ongelijkwaardige relatie waarbij de patiënt wordt gereduceerd tot object; hier overheersen normen en waarden van de arts;
- het participatiemodel: hier gaan de arts en de patiënt een samenwerkingsverband aan.³¹

Er is een verschuiving van het paternalistische model naar het participatiemodel.³² *De Swaan* zegt dat er in de afgelopen 100 jaar een verschuiving is opgetreden in de gevoelshuishouding tussen mensen: een verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding.³³

Consumentengedrag kan doorslaan naar het mechanische model. Er is een passief en een actief consumentengedrag. Ik dacht dat mijn patiënt passief was in zijn gedrag, met een blind vertrouwen in de techniek. Hij kent de 'winkel' (de gezondheidszorg), maar de 'warenkennis' (zijn eigen lichaam) is niet toegenomen. Hij is niet geneigd naar zijn ziekte te kijken als iets wat in zijn eigen lichaam, geest en leven gebeurt, en hij is niet bereid daar zelf verantwoordelijkheid voor te dragen.¹⁴ Ik had het vooringenomen gevoel dat hij zou zeggen: 'Er moet aan mijn rug gesleuteld worden' en 'Ik wil mijn doen en laten niet veranderen zodat ik mijn rug minder belast'.

De hoge verwachtingen die de patiënt van de geneeskunde heeft, zijn ongerustheid, en de onzekerheid van de arts (o.a. over de arts-patiënt relatie) zijn niet altijd bevorderlijk voor de medische belangen van de patiënt.³² De toegenomen macht van de patiënt kan tot gevolg hebben dat riskant en overbodig onderzoek zich tegen hem keert.³² Ik wilde een goede dokter zijn en overbodige onderzoek voorkomen. Ik durfde de touwtjes niet uit handen te geven.

'De patiënt als consument' wil nog niet zeggen dat men weer van een bevelshuishouding kan spreken. Het gaat om een evenwichtige relatie op basis van gelijkheid tussen dienstverlener en consument. Deze patiënt-consument is niet passief jegens zijn hulpverlener; hij kan zijn stem laten horen, hij kan zorgen dat hij bij de besluitvorming wordt betrokken. Hiertoe moet de patiënt-consument voldoende informatie hebben, in een duidelijke taal, zodat hij inzicht krijgt in de mogelijkheden, effecten en alternatieven.³⁴

Waarom probeerde ik hem niet te stimuleren in een actief consumentengedrag? Ik denk dat ik mij niet bewust wilde worden van het functieloze gevoel dat een gevolg

was van mijn gedachtenspingsels ('ik moet genezen'). Ik wilde mijn onzekerheid en onrust niet voelen en de patiënt mocht het niet zien. Door van mezelf iets te moeten wat ik niet kon, voelde ik me afhankelijk van de patiënt. Ik was bang dat deze dat zou zien.

2.5. Verbergen van begeleidende gevoelens

Ik kon als huisarts mijn gevoelens het beste maskeren door mijn communicatieve taak onvoldoende uit te voeren en het accent te leggen op het vaktechnisch bezig zijn. Op de videoband lijkt het of de patiënt snel en efficiënt te woord wordt gestaan. Mijn onrust, onzekerheid en onmacht zijn niet direct te zien; dat mocht ook niet, omdat onmacht voor mij een gevoel van afhankelijk-zijn betekent.

Mensen hebben elkaar nodig. De strijd tussen mensen zou onbegrijpelijk zijn, als er niet wederkerig afhankelijke verhoudingen aan ten grondslag zouden liggen. Mensen zijn knooppunten in een netwerk van afhankelijkheidsverhoudingen die met elkaar min of meer in balans zijn. Iemand op wie veel mensen zijn aangewezen, zonder dat hij deze mensen in gelijke mate nodig heeft, verkeert in een machtspositie: hij beschikt over een 'machtsaldo' en de 'afhankelijkheidsbalans' is voor de ander negatief, aldus *De Swaan*.

In de asymmetrische relatie tussen arts en patiënt slaat deze balans enerzijds door ten gunste van de dokter.³⁵ Het gaat hier om de asymmetrie die een gevolg is van de tegenstelling tussen leek en deskundige, tussen ziek en gezond, tussen bang en sterk. Bij het lichamelijk onderzoek wordt deze asymmetrie versterkt: bloot versus gekleed, liggend versus staand, klein versus groot, aangeraakt worden versus 'de hand leggen op'.²⁸ In deze opzichten is de afstand tussen patiënt en huisarts groot. Deze afstand biedt de huisarts veiligheid. Hij kan hiermee een gevoel van mislukking – van functie-loosheid – verbergen. Met 'Ik zal u even nakijken' creëert de arts zich die afstand.

Deze asymmetrie is er altijd wel. Patiënten hebben meestal het gevoel dat de arts zo goed is een deel van zijn schaarse tijd aan hen te besteden, en niet dat ze zijn diensten hebben gekocht.³³

De afstand tussen huisarts en patiënt kan ook ongunstig werken. Dit bemoeilijkt de communicatie. Hierdoor was de huisarts zich er niet bewust van dat tijdens het contact een negatief 'machtsaldo' was ontstaan, en dat de patiënt de huisarts het gevoel gaf dat hij 'overruled' werd.

2.6. Attributie van onmacht

Tijdens het contact met de ondernemer was er (al of niet bewust) onmacht. Mijn vooringenomenheid en onzekerheid speelden daarbij een rol. Ik had het vooringenomen gevoel dat ik de patiënt niet zou kunnen helpen, en dit gevoel werd vervolgens bevestigd. Maar misschien ging het wel om een self-fulfilling prophecy. De onmacht werd voor mij bijna *voorspelbaar*.

Ik had bovendien het gevoel dat de ondernemer de onmacht met zich meebracht. Ik schreef de onmacht toe aan een oorzaak van buitenaf (*externe attributie*). Deze ex-

terne attributie wordt versterkt, doordat onmacht een negatieve ervaring is, met vaak negatieve gevoelens: angst, afhankelijkheid, enz. Deze negatieve gevoelens wil men maskeren ('Ik zal u even nakijken') of van zich afschuiven.

Iets wat buiten een individu ontstaat, is bovendien niet door hem te beïnvloeden; hij heeft er *geen greep op*. Dat vond ik bij de ondernemer *onaanvaardbaar*. Ik wil invloed uitoefenen.³⁶ Hoe kan ik anders werken, wanneer ik geen functie heb?

'Extern ervaren' en 'geen greep hebben op' zijn geen identieke begrippen; het een volgt op het ander. Wanneer onmacht als intern wordt ervaren, dan heeft het individu gelegenheid daar een oplossing voor te vinden. Hij kan dan onmacht reduceren. De attributie van onmacht beïnvloedt zo onder meer de mate waarin onmacht wordt ervaren. Er kan bij onmacht een vaag gevoel van onlust zijn, maar ook een volledig dysfunctioneren door een blokkade van het handelen.

Volgens *Halfens* ontstaat onmacht wanneer een individu een bepaald doel wil bereiken (bijvoorbeeld het genezen van een rug) en de middelen daarvoor ontbreken en het individu het onaanvaardbaar vindt, als het doel niet wordt bereikt.³⁶

2.7. 'Alles te bieden hebben'-houding

Op de videoband was te zien dat de patiënt snel en efficiënt te woord werd gestaan. Dat was de geest van het hele consult. Mijn houding was wat irritant – 'Ik weet al wat u hebt' – en de patiënt kon nauwelijks zijn verhaal doen. Wat de patiënt had, wist ik ook al toen ik zijn naam op het afspakenlijstje had zien staan (een vooroordeel). Ik was zo bezig dat er geen ruimte was voor de patiënt. 'Druk bezig zijn', een houdingsaspect, wil echter nog niet zeggen dat men dan ook echt veel doet.

Hoe meer de hulpverlener meent iets te moeten doen, of hoe sterker zijn verantwoordelijkheidsgevoel is voor het oplossen van problemen, kwalen en wantoestanden van anderen, des te groter is de kans op machteloosheid.⁶ Volgens *Freire* lijden mensen immers wanneer hun pogingen om verantwoordelijk te handelen worden gefrustreerd, wanneer zij niet in staat zijn hun gaven te ontplooien. Dit lijden berust op onrust; er is een verstoring van het menselijk evenwicht. Dit onvermogen wekt angst op en die angst moet men van zich afschudden door een poging om iets te 'doen'.³⁷

De voor mij vreemde reactie 'ik zal u even nakijken', die mij tijdens het zien van een videoband van een spreekuur opviel, heeft geleid tot deze nadere analyse en de eerste onderzoeksvraag:

Ervaren huisartsen onmacht en zo ja, in welke mate?

3. De omstandigheden en de huisarts

Samenvatting

Uit de literatuurverkenning in dit hoofdstuk wordt niet duidelijk hoe praktijkvariabelen samenhangen met onmachtvaringen: nemen onder bepaalde werkomstandigheden de onmachtvaringen toe of af? Dit hangt samen met de indirecte wijze waarop onmacht in de literatuur ter sprake komt. Dit leidde tot de onderzoeksvraag: 'Zijn er algemene praktijkgegevens die samenhangen met onmacht?'

'Moeilijke patiënten' ontstaan veelal door het functioneren van de huisarts. Deze moeilijke patiënten zijn aan de persoon van de huisarts gebonden en geven een indruk van de betrokken huisarts. Dit gaf de onderzoeksvraag: 'Met welke patiënten heeft de huisarts het moeilijk?'

Men kan zich voorstellen dat bepaalde karaktereigenschappen van de huisarts (bijvoorbeeld té consciëntieus) eerder tot onmacht kunnen leiden. Over de samenhang van eigenschappen van de huisarts en onmacht is in de literatuur niets te vinden. Dit leidde tot de onderzoeksvraag: 'Welke eigenschappen die de huisarts zichzelf toeschrijft, hangen samen met onmacht?'

3.1. Inleiding

In veel arts-patiënt relaties wordt de arts geconfronteerd met onplezierige gevoelens (schuld, angst, frustratie, onvoldaanheid, enz.). Niet duidelijk is in welke mate die gevoelens worden veroorzaakt door de arts zelf, door de patiënt en/of door de 'omstandigheden'.³⁸ In dit hoofdstuk wordt door middel van een verkenning in de literatuur onderzocht in hoeverre de omstandigheden en de eigenschappen van de huisarts samenhangen met onmachtvaringen.

Van *extern* bepaalde onmacht kan worden gesproken, als de onmacht wordt toegeschreven aan de situatie waarin de huisarts zijn werk doet (algemene praktijkgegevens), en aan de patiënt (moeilijke patiënten); onder *intern* bepaalde onmacht wordt verstaan, de onmacht die wordt toegeschreven aan de persoon van de arts zelf. Overigens is dit een theoretisch onderscheid, omdat beide vormen van onmacht veelal nauw met elkaar verweven zijn.

3.2. Algemene praktijkgegevens

3.2.1 *Praktijkgrootte*

Huisartsen met een kleine praktijk hebben meer gelegenheid tot een intensief contact met hun patiënten. Meer tijd is een voorwaarde voor een meer psychosociaal gerichte benadering.³⁹ Er kunnen daarbij problemen aan het licht komen die moeilijk te hanteren zijn en dus onmacht kunnen geven. Meer tijd betekent in dit geval nog geen verbetering.⁴⁰

De omvang van de praktijk heeft weinig te maken met de werkbelasting. Het terugbestelcijfer van een grote praktijk is laag⁴¹ en het aantal contacten per dag is niet groter dan in een kleine praktijk.⁴² De huisarts probeert zijn werkbelasting binnen de perken te houden door het reguleren van het aantal herhaalcontacten.⁴³ Onderbezette huisartsen kunnen tot ‘veel doen’ vervallen.⁴⁰ Praktijkverkleining kan leiden tot minder verwijzingen per contact, maar als het aantal contacten toeneemt, kunnen ook meer verwijzingen worden verwacht.⁴⁴

Het terugbestelgedrag van de huisarts is hierbij van belang.⁴⁵ De patiëntenstroom wordt voor tweederde bepaald door oude ‘gevallen’.⁴⁰ Van de patiëntenstroom wordt 61 procent terugbesteld. De huisarts neemt vaak het initiatief voor dat terugkomen,⁴⁵ vooral bij psychosociale of nerveus-functionele klachten.²⁵ Niet duidelijk is welk mechanisme hierachter schuilgaat. Worden problemen makkelijker ter sprake gebracht als iemand vaak komt? Gaat iemand met psychosociale problemen eerder naar de huisarts? Of wordt iemand met een grote consumptie sneller als psychosociaal gelabeld?⁴⁶

Een hoge contactfrequentie zet de huisarts onder druk en leidt tot irritaties,^{25 47} wat zou kunnen samengaan met onmacht. De onzekerheid van de huisarts speelt hierbij een rol. Een patiënt te vaak laten terugkomen kan ertoe leiden dat deze op zijn klacht gefixeerd raakt. Deze ‘organized illness’² kan patiënten afhankelijk maken.

Huisartsen met een grote praktijk zijn vaak zekerder van hun diagnose en geven eerder ‘therapie’ voor (psychosociale) problemen;⁴² ze ‘doen’ wat met de gepresenteerde klacht, zodat de tweede diagnose – ‘hoe beleeft de patiënt de klacht?’ – niet zo gauw duidelijk wordt. Dit kan problemen voor de huisarts voorkomen. Huisartsen met een grote praktijk brengen zichzelf op die manier mogelijk minder in de positie om problemen te ervaren, dan huisartsen met een kleine praktijk.

3.2.2 Samenwerken

De samenwerker (part-timer, NHG-lid en opleider) werkt onder omstandigheden waarin meer gelegenheid bestaat om moeilijke patiënten te bespreken en elkaar om advies te vragen. Betekent dit ook dat de onmacht vermindert?

De volgende factoren kunnen daarop van invloed zijn:

- Een zekere ideologisch instelling. ‘Samenwerken is allereerst een principiële kwestie. Het is een uitvloeisel van de keuze anders te willen werken, omdat men hoopt, gelooft en soms zelfs weet, dat dit beter tegemoet komt aan de belangen van de hulpvrager’.⁴⁸ Het gaat hier om een instelling die men zich al doende moet verwerven en die hoge eisen stelt aan de samenwerker.⁴⁹
- De samenwerker kan – al of niet bewust – meer onmacht ondervinden, doordat hij meer collega’s ontmoet. Hij kan eerder geconfronteerd worden met de eigen mogelijkheden en beperkingen. Onderlinge consultatie geeft niet alleen steun, feedback, supervisie en toetsing, maar ook een verdieping van het inzicht in de problematiek van de patiënt.⁵⁰ En hierbij kan de huisarts onmacht ervaren.
- Een samenwerker stelt meer psychosociale diagnoses. Huisartsen die een positieve houding hebben ten opzichte van samenwerken, werken ook meer samen met de patiënt en zien deze als een volwaardige partner.³⁹ Zij rapporteren meer psychische klachten.³⁹

‘Psychisch’ is meestal een etiket dat door de arts wordt gebruikt. Het is te vergelijken

met 'nervus-functioneel'. Dit zijn klachten waarbij geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden, die de klachten kunnen verklaren, en waarbij het zeer waarschijnlijk te achten is dat de oorzaak op psychosociaal gebied ligt.^{25 39} Deze klachten roepen bij de huisarts gevoelens op van machteloosheid en onzekerheid.⁵¹ Machteloosheid, omdat somatische hulp niet baat en de klachten juist hardnekkiger maakt; onzekerheid omdat de huisarts bang is iets over het hoofd te zien.⁵²

Bij psychosociale problemen is de persoonlijkheid van de arts in het geding. Wanneer de oorsprong van de klacht in de psyche ligt, kan de arts moeilijker afstand nemen dan bij een lichamelijke klacht. De arts zelf is ook wel eens bang, enz.⁵³ Wanneer de patiënt niet gelukkig is of moeilijkheden heeft, voelt de arts zich daarbij betrokken. Balint zegt: 'We hebben allemaal soortgelijke problemen, die we al of niet aan kunnen. Als we de patiënt onderzoeken, kunnen we niet nalaten op een of andere manier onszelf te onderzoeken'⁵² En mogelijk komen we daarbij onmacht tegen.

- De samenwerker (de part-timer en opleider) geeft niet alleen meer uit handen aan zijn collega's, hij heeft ook minder 'greep op' zijn patiënten. Bij het vaststellen van een psychosociale klacht moet de huisarts in zekere zin een ommezwaai maken. Hij 'weet het' als het om anamnese, onderzoek en advies gaat, en nu 'weet hij niet' welke boodschap schuilgaat achter de psychosociale kwaal. Nadat hij dit heeft moeten constateren (dat patiënt 'niets' somatisch heeft), kan zich het gevoel van machteloosheid bij hem voordoen, zeggen *Dokter & Verhage*. Dit negatieve gevoel moet veranderen in iets positiefs. Er zijn voor de dokter andere mogelijkheden die hij moet gebruiken.⁵² De huisarts wordt van een autoritaire somaticus als het ware een onwetende helper.⁵⁴

Niet alleen de persoonlijkheid van de huisarts is daarbij in het geding,⁵³ ook die van de patiënt. De patiënt dacht voor zijn lichamelijke klacht een oplossing te vinden. Het blijkt nu dat de lichamelijke klacht een psychosociale achtergrond heeft. Een oorzaak die in (psyche) of bij (sociaal) de patiënt moet worden gezocht. Met behulp van de huisarts moet de patiënt aan het werk om erachter te komen: 'Hoe zit het in elkaar?. Hoe kan ik (patiënt) zo in moeilijkheden raken?' De patiënt wordt zo een soort deskundige in het veroorzaken van zijn klachten.⁵⁵ De ommezwaai van patiënt¹² verloopt van 'Los mijn kwaal op' naar 'Hoe moet ik mijn kwaal oplossen?'. Hij wordt van een passieve hulpvrager een actieve zelfhulpverlener. De psychosociale problemen zijn gelegen in de klager, in zijn psychische en/of sociale situatie. De oplossing van deze problemen vergt actie van de klager.⁵⁶

De huisarts moet wel actief communicatief aanwezig zijn. Daarbij moet hij voldoende inzicht in zichzelf hebben om de eigen onmacht te gebruiken of om de eigen beperkingen te laten zien, omdat de problemen anders te zeer medisch getint worden.¹² Er moet een zekere wederkerigheid in de relatie bestaan, met voor beiden het recht op onzekerheid, zodat wellicht wat minder schijnzekerheden zullen worden getoond.⁵⁷

Dit actief worden eist veel van de patiënt. Zou hij dat wel willen, vraagt de huisarts zich af. De huisarts geeft bij zo'n diagnose meer uit handen dan bij een somatische kwaal. Dat 'uit handen geven' is waarschijnlijk een belangrijker facet bij het ervaren van onmacht dan het 'te kort schieten'. Er is een goede samenwerking nodig tussen patiënt en huisarts om een goede probleemverheldering te krijgen. De samenwerker staat daar meer voor open.³⁹

3.2.3 Regio

Het platteland (met de apotheekhoudende huisartsen) geeft de huisarts een soort monopoliepositie. Deze huisarts doet meer, omdat er (bij gebrek aan andere hulpverleners) een groter beroep op hem wordt gedaan. De taakopvatting van de huisarts is op het platteland breder dan in de stad.⁵⁸

3.2.4 Oudere patiënten

De huisarts wordt bij de oudere patiënt vaker geconfronteerd met verschillende problemen tegelijk:

- Er is een samenhang tussen de lichamelijke klachten van het ouder worden en de psychische en sociale problemen (bijvoorbeeld rouw en eenzaamheid). Deze problemen vragen om een aanpak door verschillende eerstelijns disciplines.⁵⁹
- Zeer veel ouderen (65 procent) geven er de voorkeur aan om bij een ernstige ziekte thuis te sterven. Overigens zou dit in een kwart van deze gevallen niet mogelijk zijn.⁶⁰
- Ouderen lijden vaak aan één of meer chronische aandoeningen en de pathologische processen zijn verhoudingsgewijs ernstig van aard.⁶¹ Het is moeilijk te beoordelen of een chronische kwaal behandeld moet worden wanneer de patiënt daar niet onder lijdt.
- Het contact met de oudere patiënt verloopt soms moeilijk door gebrekkige communicatie (bijvoorbeeld doofheid of vergeetachtigheid).

Gezien deze problematiek zal men eerder onmacht bij een huisarts kunnen verwachten die veel oudere patiënten in zijn praktijk heeft. Daar staat het volgende tegenover:

- De problematiek wordt door de oudere patiënt versluierd aangeboden. Ouderen brengen hun klachten vaker meer somatisch dan jongere patiënten. De psychosociale problematiek wordt verhuld en vraagt weinig aandacht.⁶² Oudere mensen zijn geneigd om psychische aandoeningen als stigmatiserend te beschouwen.⁶³ Het zou kunnen zijn dat de ouderen de moeilijke problematiek niet uiten, omdat ze zich niet durven, willen of kunnen uitspreken als gevolg van hun kwetsbare positie.⁶⁴ De oudere patiënt ziet nog op tegen de dokter, is tevreden met de aandacht die hij krijgt.
- De huisarts kan of wil deze problematiek niet zien. Een arts besteedt naar verhouding weinig tijd aan de oudere patiënt.⁶⁵ De aangeboden problematiek kan daardoor minder duidelijk worden. Huisartsen zeggen bovendien dat probleempatiënten vooral patiënten van middelbare leeftijd zijn.⁴⁶ Steeds meer gegevens wijzen erop dat bij de oudere patiënt weinig aandacht wordt besteed aan psychische problemen.⁶³ De huisarts voelt zich bij oudere patiënten zeker in zijn functioneren; 90 procent van de contacten verloopt gemakkelijk, plezierig en vertrouwd.⁶⁵

Mogelijk staat de huisarts onvoldoende open voor de problematiek van de oudere patiënt. Zo blijkt dat feedback naar de arts van onderzoeksresultaten van oudere patiënten leidt tot een grotere activiteit van de arts en een grotere eensgezindheid bij arts en patiënt over de emotionele toestand.⁶³

3.2.5 Contactduur

Contacten met probleempatiënten zijn vaak consulten die langer dan 10 minuten duren.⁷ De langere duur van deze contacten ontstaat door de probleemverhelderende fase.⁵⁸ Of zijn het niet zozeer de omstandigheden, maar de persoon van de huisarts

zelf waardoor een contact langer duurt? De huisarts heeft immers ook een grote invloed op de hoeveelheid contacten (terugbestelgedrag).

3.2.6 *Leeftijd van de huisarts*

De jongere huisarts maakt vier stadia door in zijn professionele ontwikkeling: het receptuurstadium, het diagnostiekstadium, het waarneemstadium en het continue-integrale-zorgstadium. In dit laatste stadium worden de psychosociale aspecten betrokken.⁴⁷

De jonge (psycho)therapeut wil graag gezien worden en indruk maken; hij zoekt bevestiging van zijn competentie en ziet zichzelf graag als redder en raadgever.⁶⁶ Dat zijn ideeën over zichzelf die onmacht kunnen geven.

De oudere huisarts is eerder bang om fouten te maken; hij neemt geen risico's en verwijst daardoor mogelijk eerder.⁶⁷ Hij is meer klinisch dan huisartsgeneeskundig georiënteerd.⁵⁸ In de huisartsgeneeskunde is er een verschuiving van de klinische oriëntatie (*cure*) naar een meer sociaal-geneeskundige invalshoek (*care*). Nu deze laatste vorm van werken belangrijker wordt, komt de huisarts minder in aanzien te staan dan vroeger.⁶⁸

3.2.7 *Samenwerking in de eerste lijn*

Onder de eerstelijns gezondheidszorg wordt verstaan: werkers en voorzieningen die algemene hulp bieden aan mensen in hun eigen milieu, gevestigd in een duidelijk begrensde gebied (wijk, dorp of stad).⁴⁸ Deze zorg is erop gericht dat de patiënt zoveel mogelijk zelf probleem-oplossend omgaat met de eigen gezondheid c.q. gezondheidsverstoring.⁶⁹

Versterking van de eerste lijn is niet alleen afhankelijk van uitbreiding van het aantal werkers en voorzieningen, maar ook van verbetering van de samenwerking. Daarmee wordt beoogd aan mensen en gezinnen een eerstelijns zorg te bieden, die de gehele leef-situatie zoveel mogelijk bestrijkt (integrale zorg).⁷⁰ Samenwerken is ook nodig om de complexiteit van de hulpvraag te lijf te gaan.⁷⁰ De huidige hulpverlener beseft feitelijk maar weinig te kunnen, zijn onmacht neemt toe.⁷¹

Wil men de eerstelijns gezondheidszorg op een hoger plan brengen, dan zal deze moeten veranderen; dat betekent dat de hulpverlener zelf zal moeten veranderen. 'Hiervoor is confrontatie van mijn functioneren met dat van de ander nodig opdat ik verander'.⁷¹

De leden van 16 Amsterdamse samenwerkingsteams vinden hun besprekingen essentieel: 'Je hebt elkaar nodig want het werk zelf in contact met de patiënt doe je alleen met vaak moeilijke en nare dingen.' Wanneer men zich open en kwetsbaar voor elkaar opstelt, nemen de andere leden ook risico. Men geeft elkaar niet alleen steun en bemoeiding, maar ook kritiek. De begeleidende agoge van deze Amsterdamse teams vindt dat er hoge eisen worden gesteld aan het samenwerken van de eerstelijnsers. Er is een communicatie op verstandelijk en emotioneel niveau, met een evenwichtige aandacht voor de patiënt, de hulpverlener, datgene wat zich tussen beiden afspeelt, en tussen de leden van het team onderling.⁴⁹ Het is echter moeilijk om over persoonlijke aspecten van de samenwerking te praten, en om verborgen problemen boven tafel te krijgen. Ook het gevoel de mindere te moeten zijn, en de angst dat de ideële doelstelling om

zeep wordt geholpen, spelen een rol.⁷² Team-samenwerking betekent dat men niet verwijst naar de ander, maar dat men samen over een patiënt kan praten om samen te besluiten wie een aandeel in de hulpverlening zal hebben, daarbij uitgaand van de gelijkwaardigheid van de teamleden.⁴⁹

Als basis voor samenwerkingsverbanden gaat men in het algemeen uit van wijkverpleging, maatschappelijk werk en huisarts (het kernteam). De nieuwe subsidieregeling van 8 juli 1986 van de staatssecretaris van WVC gaat hiervan uit. Deze subsidie is nodig, omdat samenwerking nog in de kinderschoenen staat en te veel afhankelijk is van hulpverleners die toevallig goed met elkaar kunnen opschieten. De patiënt/cliënt staat daarbij te weinig centraal.⁷³ Overigens waarderen patiënten deze samenwerking positief.⁷⁴

Daarnaast zijn we geïnteresseerd in de samenwerking met fysiotherapeut en verloskundige, omdat de huisarts de klacht van de patiënt vaak versluierd aanbiedt aan de fysiotherapeut, terwijl de samenwerking met de verloskundige vaak maar matig is.

Bij bijna de helft van de verwijzingen naar de fysiotherapeut spelen psychosociale aspecten een belangrijke rol. In die gevallen verwijst de huisarts vaag en vrijblijvend, met het gevaar dat de behandeling van de fysiotherapeut zich eenzijdig zal richten op de somatische aspecten van de klacht.⁷⁵ Wanneer alleen het somatische gedeelte van een psychosociale klacht wordt behandeld, dreigt een recidief (30 procent na één jaar⁷⁵) met een kans op somatisch fixatie. Dit verhindert de ontmedicalisering. Het is van belang dat de patiënt zo met zijn leefprobleem omgaat, dat de lichamelijke klacht niet meer op de voorgrond staat.⁷⁶

Er is weinig samenwerking tussen huisarts en verloskundige.⁷⁷ Het ontbreekt aan duidelijke werkafspraken, zoals voorgesteld door 'Bunnik'.⁷⁸ De consultatiegroep in Noordwijk (verloskundige, huisarts en gynaecoloog) werkt goed. De huisarts daar vindt dat hij optimaal geïnformeerd is over en betrokken bij de zwangerschap. Hijervaart dit overleg als een ondersteuning.⁷⁹

Men kan concluderen dat samenwerken enerzijds onmacht kan verminderen, anderzijds onmacht ook kan versterken of bewust maken.

Uit de literatuur wordt niet duidelijk of de omstandigheden waarin de huisarts werkt, onmacht vermeerderd of vermindert. Dat dit niet duidelijk wordt, zal kunnen worden veroorzaakt door de indirecte wijze waarop onmacht aan de orde komt. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag:

Zijn er algemene praktijkgegevens die samenhangen met onmacht?

3.3. Moeilijke patiënten

Wanneer interactie en communicatie tussen patiënt en arts gebrekkig zijn, wordt de tweede diagnose niet duidelijk. Wat de klacht betreft, blijven er twee werelden bestaan: die van de patiënt en die van de huisarts.⁸⁰ Er ontstaat ruimte voor een vooroordeel: een min of meer gefixeerde en geschematiseerde voorstelling ten aanzien van de patiënt.⁸¹ Heeft de arts een vooroordeel, dan dreigt het gevaar dat de patiënt niet nauwkeurig genoeg wordt nagekeken, met als gevolg dat de arts ook niets vindt. En daarmee bevestigt hij zijn vooroordeel (self-fulfilling prophecy).

De huisarts heeft vaak een zekere weerstand tegen de tweede diagnose. *Van Lidth de Jeude* typeerde de klacht die gepaard gaat met vage gevoelens (de tweede diagnose) als onwelkom. Door de tactiek van 'loven en bieden' probeert de huisarts deze emotionele problemen te omzeilen.⁸² *Verhaak* stelde vast dat de huisarts in 40 procent van de gevallen waarin hij psychische achtergronden vermoedde bij somatische klachten, daar niet op inging. Nog vaker negeerde hij psychische aspecten bij een somatische klacht.⁵⁸

Balint stelde dat de huisarts 'organizes illness', wanneer hij in de eerste fase van het ziek-zijn door onvoldoende communicatief functioneren alleen een eerste diagnose stelt.² Onvoldoende onderzoek naar de tweede diagnose suggereert dat de arts gefixeerd is op het medisch-technisch handelen en niet in de patiënt is geïnteresseerd. Het niet signaleren van bijvoorbeeld onzekerheid doet schade aan de patiënt en kan de gezondheidszorg te veel belasten.²⁴

Naarmate een huisarts meer van mening is op medisch gebied het zekere voor het onzekere te moeten nemen, heeft hij minder oog voor de psychosociale aspecten en voor de wensen en belevingen van de patiënt. Naarmate hij banger is om fouten te maken, zal hij minder aandacht besteden aan de niet-somatische kant van de aangeboden problematiek.⁸³ Het is voor een arts veiliger een ziekte te diagnostiseren dan gezondheid. 'Je kunt immers nooit weten'.⁸⁴

Een individu wordt patiënt wanneer er 'niets' somatisch te vinden is en de huisarts vak-technisch bezig blijft.⁸⁵ Wanneer hij van 'niets' toch iets medisch maakt, dan maakt hij de 'patiënt' afhankelijk van hem en schept hij een situatie waarbij de patiënt door de houding van de huisarts gefixeerd kan raken op zijn lichamelijke klachten.

Somatische fixatie is een toestand waarbij de mensen meer dan nodig afhankelijk worden van anderen (met name hulpverleners). Deze mensen gaan voortdurend inadequaat om met ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen. Hun sociale omgeving of vertegenwoordigers van de gezondheidszorg doen hetzelfde.¹⁰

 Een probleempatiënt is iemand die regelmatig op het spreekuur komt en bij de huisarts het idee oproept: 'Hier kan ik niets mee beginnen'.⁷ Daarbij stelt de patiënt zich afhankelijk op ten opzichte van de huisarts en dit gaat gepaard met het aannemen van de ziekterol, het somatiseren van de klacht. De patiënt maakt een zeurderige, zielige en hulpeloze indruk. Afhankelijk gedrag kan door de huisarts zelf worden versterkt, bijvoorbeeld wanneer hij suggereert hulp te kunnen bieden buiten zijn gebied van deskundigheid (maatschappelijke ontwikkelingen).⁸⁶ De geneeskunde geeft ook de indruk onbegrensd te zijn.⁸⁴ Een dergelijke wijze van hulp bieden – 'alles kunnen' – werkt onmacht in de hand.

De probleempatiënt – we beperken ons in dit onderzoek niet tot de afhankelijke patiënt – is in het algemeen gebonden aan de persoon van de huisarts. De ene huisarts ervaart bij een bepaalde patiënt onmacht, maar een andere huisarts niet. Onmacht wordt pas ervaren wanneer 'iets niet kunnen' onaanvaardbaar is.³⁶

Een moeilijke patiënt is bijvoorbeeld een allochtone patiënt. De taalbarrière en het culturele waardensysteem maken het moeilijk een duidelijke tweede diagnose te stellen. In het algemeen worden deze patiënten meer verwezen en krijgen zij meer voorgeschreven. Er wordt meer vak-technisch gehandeld,⁸⁷⁻⁸⁹ wat ten koste gaat van de communicatie. Iets dergelijks doet zich voor in veel huisartsgezinnen, vooral als zij geen huis-

arts hebben. De leden van deze gezinnen ondergaan meer verrichtingen en gebruiken meer medicijnen dan de doorsnee-patiënt.⁹⁰

In 'De irritatie van de dokter als signaal'⁹¹ wordt een praktijkvoorbeeld beschreven van een 45-jarige man, die in zes jaar elf maal verwezen is, zonder dat een organische afwijking is gevonden. De patiënt heeft daarbij het vertrouwen in de huisarts verloren. Er is een ongunstige arts-patiënt relatie ontstaan, waarbij de huisarts het gevoel had 'geen greep meer te hebben' op de situatie. Dit irriteerde de huisarts: 'Ik doe toch zo mijn best'. Hij was teleurgesteld, omdat hij toch alles voor zijn patiënt *gedaan* had. Nadat – op advies van de Balint-groep – een gesprek was georganiseerd, kwam de communicatie op gang, verdwenen de wederzijdse irritaties en konden onnodige verwijzingen worden voorkomen. De huisarts had een duwtje nodig van zijn groep om de communicatie met de patiënt op gang te brengen. Hij had dat zes jaar vermeden, onder andere door te verwijzen. Hij manipuleerde de patiënt, omdat hij zijn onmacht niet onderkende.

Manipulatie is altijd een wapen tot machtsuitoefening over de ander.⁹² Door het uitoefenen van macht over andere mensen en het misbruik maken van privileges⁸⁴ kan men voorkomen dat gevoelens van eigen onmacht doorbreken. Vindt een huisarts dat zijn patiënt manipuleert, dan moet hij zich afvragen in hoeverre hij daar zelf een rol in speelt. Bij een inventarisatie van probleemcontacten tussen patiënt en huisarts bleek dat de huisarts het probleem negenmaal aan zichzelf toeschreef, en 65 maal aan de patiënt.⁹³ Wanneer er iets mis is in een relatie, zou men eerder een 'fifty-fifty'-basis verwachten.

Bij het beschrijven van lastige patiënten krijgt men een opsomming van eigenschappen van mensen die afspraken niet nakomen en een lange lijst van 'persoonlijkheidsdefecten'.⁸⁵ *Van Aalderen* noemt de andere kant: 'Nu ik patiënten in patiëntenverenigingen ontmoet, krijg ik een idee hoe verschrikkelijk er onder patiënten wordt geleden. Ik had van mezelf vroeger het idee, dat ik naast hen stond. Maar in de spreekkamer zijn de patiënten op iets uit, ze gedragen zich anders, mogelijk zetten ze hun beste beentje voor.'⁹⁴

In deze literatuurverkenning wordt aandacht besteed aan de bijdrage van de huisarts aan het tot stand komen van zijn moeilijke patiënten. Daaraan ten grondslag ligt een te gering communicatief functioneren: wat beleeft de patiënt bij zijn klacht? Uit deze verkenning blijkt eveneens hoezeer externe en interne oorzaken van onmacht met elkaar verweven zijn. De probleempatiënt van de huisarts wordt wel gedefinieerd als een patiënt die bij de huisarts onmacht oproept en zich afhankelijk opstelt. Dit gaf aanleiding tot de volgende onderzoeksvraag:

Met welke patiënten heeft de huisarts moeite?

3.4. Eigenschappen van de huisarts

Eigenschappen van patiënten waar de huisarts moeite mee heeft, geven een indruk van die huisarts. Daarnaast is van belang te zien welke eigenschappen de huisarts zichzelf toeschrijft, die met onmacht samenhangen.

Volgens *Kenter* heeft zich een imago van de eigen professie ontwikkeld. Een drukke praktijk, de heroïek van de overbezette, dag en nacht werkende arts, hebben nog steeds een positief uitstralend effect naar collegae en patiënten, en versterken het gevoel van eigenwaarde. Beroepsverantwoordelijkheid, zekerheid in beslissen, toewijding enzovoort zijn belangrijke eigenschappen die aan artsen worden toegedacht.³²

De karaktereigenschappen nauwgezetheid, toegewijd zijn, stiptheid en ordelijkheid zijn kenmerken van de psychasthene mensen; deze mensen streven naar een volmaakt resultaat, hebben het idee dat het altijd nog beter kan, en zijn bang hun greep te verliezen. Zij willen een prestatie leveren waarop geen kritiek te geven is. De psychasthenie, een syndroom van almacht, is volgens *Van Dantzig* doortrokken van de kans op mislukking. Bij de poging van arts greep te krijgen op zijn almachtsfantasieën bestaat voortdurend de kans daar niet in te slagen en dan onmacht te ervaren. Met andere woorden in de psychasthenie waart de neurasthenie, het syndroom van onmacht, reeds rond. De neurasthenie kenmerkt zich naast symptomen van overbelasting met negatieve symptomen vooral met gevoelens van onmacht.⁹⁵

De patiënt kan dit fenomeen (psychasthenie-neurasthenie) ondersteunen. Een patiënt die de arts het idee geeft dat deze zijn problemen kan oplossen, doet daarmee een beroep op de almachtgevoelens van de arts.⁵³ Zo kan de patiënt steun zoeken bij de huisarts voor zijn problemen of zelfs hopen dat hij bij de huisarts een oplossing vindt. Het specifieke van het vak van de huisarts is dat zijn taakgebied ruimer is dan zijn deskundigheid.⁸⁶

Over de samenhang van eigenschappen van de huisarts en onmacht is in de literatuur niets te vinden. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag:

Welke eigenschappen die huisartsen zichzelf toeschrijven, hangen samen met onmacht?

4. Het functioneren van de huisarts

Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt de literatuur besproken betreffende het functioneren van de huisarts. Dit gebeurt aan de hand van werkstijlen, attitudes, verwijs- en voorschrijfgedrag. De vraag wordt gesteld: 'Hangt onmacht samen met het functioneren van de huisarts?' Het zou kunnen zijn dat veel doen (verwijzen en voorschrijven) ervaringen van onmacht versluiert of dat onmacht veel doen uitlokt.

4.1. Inleiding

Bepaalde omstandigheden (praktijksituaties of moeilijke patiënten) of bepaalde eigenschappen van de huisarts zelf kunnen onmacht tot gevolg hebben. Voor de betrokken huisarts kan dit problemen geven. Voor de huisartsgeneeskunde is er pas een probleem wanneer de onmacht het functioneren beïnvloedt.

4.2. Werkstijlen

Mokkink onderscheid vier werkstijlen:

- de geïntegreerde werkstijl; deze is patiënt- en doelgericht;
- de 'doeners';
- minimum-doen + voorschrijfstijl;
- minimum-doen + verwijsstijl.^{96 97}

Huisartsen die patiënt- en doelgericht werken met adequate huisartsgeneeskundige opvattingen, die open staan voor de inbreng van de patiënt en geneigd zijn om deze informatie te geven, hebben een geïntegreerde werkstijl. Ze verduidelijken hun handelen, ze zijn voorstander van controle over hun functioneren door middel van onderlinge toetsing, ze zijn meer geneigd op gerichte wijze gebruik te maken van de deskundigheid van medische specialisten, en ze proberen niet steeds het zekere voor het onzekere te nemen.

De doeners werken niet patiënt en doelgericht. Ze doen niet alleen veel 'noodzakelijke' maar ook relatief veel overbodige diagnostische handelingen. Ze schrijven veel aspecifieke geneesmiddelen voor. Ze hebben weinig aandacht voor psychosociaal handelen. De neiging veel te doen gaat samen met de weerstand tegen invloeden van anderen op het handelen. Ze zijn geneigd het zekere voor het onzekere te nemen.

De huisartsen die weinig doen (minimum-doen) hebben hoge verwijs- of voorschrijfcijfers. Het zijn huisartsen die weinig patiënt en doelgericht werken, maar ook duidelijk te weinig noodzakelijke diagnostische verrichtingen doen.

De huisarts met een minimum + recept werkstijl besteedt relatief veel aandacht aan het psychosociaal handelen met een positief patroon aan attitudes (risico's nemen, taakopvatting). Het lijkt of dit ten koste gaat van het medisch-somatisch spoor, met als gevolg veel voorschrijven van specifieke geneesmiddelen.

De huisarts met een minimum + verwijz werkstijl besteedt weinig aandacht aan het psychosociaal handelen. Het zijn artsen die het zekere voor het onzekere nemen, ze hebben een beperkte taak opvatting.

Verhaak maakt onderscheid tussen artsen met een huisartsgeneeskundige oriëntatie en artsen met een meer klinische oriëntatie.^{58 39}

De eersten hebben een open werkstijl en hebben meer oog voor psychosociale klachten; ze zien de behandeling daarvan als hun taak. Ze hebben een brede taakopvatting, ze voelen zich competent en vertrouwen op eigen kunnen. Ze zijn bereid op medisch-technisch gebied risico te nemen, omdat ze ervaren hebben dat klachten vaak vanzelf overgaan. Ze nemen niet onmiddellijk actie voor verder somatisch specialistisch onderzoek. Ze nemen de patiënt meer serieus, nemen meer tijd voor hem, werken op voet van gelijkheid met hem (met inbreng van de patiënt), stellen samen vast waardoor de klacht mogelijk wordt veroorzaakt. Deze huisartsen brengen onderwerpen ter sprake, die de patiënt niet naar voren bracht; ze overleggen ook met andere hulpverleners.

De klinisch georiënteerde artsen zijn bang om fouten te maken. Ze hebben geloof in de gezondheidstechniek. Ze hebben een meer autoritaire houding tegenover de patiënt, zoals die vereist is in gevallen waarin sprake is van een rechtstreekse levensbedreiging. In die situatie moet de huisarts leiding geven, technicus zijn.

De 'doeners' en de twee typen minimum-doeners van *Mokkink* en de klinisch georiënteerde artsen van *Verhaak* zouden als huisarts minder goed functioneren. Speelt het omgaan met onmachtervaringen daarbij een rol?

4.3. Attitudes

Problemen die samenhangen met de feitelijkheden van het leven (ziekte, dood) of een gevolg zijn van de verantwoordelijkheden van de patiënt (roken, overgewicht, alcohol) of een gevolg zijn van onze samenleving (werkloos, pensioen) kunnen binnen de invloedssfeer van de huisarts komen. De arts wordt dan, naast machtiger in zijn vak, een soort *Übermensch* in de praktijk.⁹⁸ De arts heeft daarbij veelal een soort 'alles te bieden hebben'-houding.

Volgens *Buma* identificeert de huisarts zich nog steeds met de oude, onnipotente priester-arts, die het recht had de geneeskunde in haar volle omvang uit te oefenen.⁴⁰

Balint spreekt van de apostolische functie van de arts: de arts als trooster, biechtvader of autoritaire voogd. Volgens Balint heeft de arts een omlijnd idee van hoe de patiënt zich moet gedragen als hij ziek is. De meeste artsen worden gedreven door hun apostolische functie om iets te 'doen', om indruk te maken op de patiënt of op zichzelf. Men ervaart het als inhumain, niet liefderijk, om niets te doen als iemand angstig is

of pijn heeft. Dus gaat de arts iets ‘doen’ om het eigen geweten te ontlasten, in plaats van te wachten en te kijken hoe de symptomen zich ontwikkelen.² Deze houding kan zich beperken tot een zekere uitstraling, bijvoorbeeld de ‘papa kwows best’-attitude.¹

De arts die de patiënt het idee geeft dat de geneeskunde alles te bieden heeft, kan eerder onmacht ervaren. Achter deze houding gaat een verlangen naar onnipotentie schuil. *Sharaf & Livinson* onderscheiden drie vormen:

- ‘alles weten’ (omniscience);
- ‘alles voelen’ (omniscience);
- ‘alles doen’ (omnifacience).⁶⁶

4.3.1 ‘Alles weten’

Met ‘alles weten’ kan de huisarts ook gebrek aan informatie over de patiënt maskeren. Zo is de reden waarom de patiënt naar het spreekuur komt, niet altijd de reden die de arts veronderstelt.⁴⁵ In een onderzoek naar problemen bij patiënten die met vage klachten de huisarts bezochten, bleek de achtergrondproblematiek in 22 procent van de gevallen bij de huisarts bekend, en in 37 procent van de gevallen onbekend; in 41 procent van de gevallen gaf de huisarts andere problemen aan dan de patiënt vermeldde.⁹⁹ Dat de huisarts vaak de achtergronden van klachten niet weet, komt door het ontbreken van een tweede diagnose.⁸⁰

‘Alles weten’ heeft ook aspecten van meer willen weten dan de ander. Het gevolg is dat de arts informatie kan achterhouden. Artsen zijn in de ogen van hun patiënten mensen met wie je kunt praten en die zeker en beslist zeggen wat er moet worden gedaan. In veel mindere mate zijn zij bereid tot het geven van informatie over ziekte en therapie. Open en informatief gedrag is emotioneel riskanter dan meer instrumenteel gedrag, volgens *Cassee*.^{16 17} Het is bekend dat artsen meer informatie verstrekken aan hun sociaal-cultureel gelijken dan aan hun sociaal-cultureel minderen.⁸⁵ Deze laatste vragen ook om minder informatie, terwijl ze er wel evenveel behoefte aan hebben.¹⁰⁰ Gebrek aan kennis gaat gepaard met gevoelens van machteloosheid ten opzichte van ziekte, en met scepsis ten aanzien van de mogelijkheden van de medische wetenschap; er is meer angst voor ziekte en minder preventief gedrag.¹⁶

Volgens *Mulder* neemt de tendens om de afstand tussen machtigen en minder-machtigen te verkleinen, toe naarmate de oorspronkelijke afstand kleiner is, en af naarmate zij groter is.¹⁰¹ *Van den Berg* stelt dat geen voorlichting, geen opening van zaken geven betekent dat de patiënt niet kan meebeslissen; een behandeling weigeren wordt voor de patiënt moeilijk.¹⁰² De arts houdt macht over zijn patiënt door zijn kennis niet te delen en hiermee ontnemt hij de patiënt de keuzevrijheid die zo’n belangrijke voorwaarde is voor de kwaliteit van het leven.¹⁰³

Waitskin & Stoeckle zeggen dat de arts macht houdt over zijn patiënt door onzekerheid niet te laten blijken en zich afstandelijk op te stellen.¹⁰⁰ Het verstrekken van informatie door de huisarts wordt door de overgrote meerderheid van de (non-)Hodgkin- en borstkankerpatiënten als ondeugdelijk of als onvoldoende ervaren.¹⁰⁴

Volgens een *NHI-rapport* (1982) ziet de huisarts het geven van informatie als een belangrijke taak, echter de helft van de huisartsen meent alleen informatie te moeten geven als de patiënt erom vraagt, als de diagnose zeker is, en als ze denken dat de patiënt het aankan.¹⁰⁵ Artsen onderschatten vaak de kennis van de patiënt.²³

Het al of niet bewust achterhouden van informatie kan tussen collega's ook een rol spelen. De gebrekkige of ontbrekende verwijsbrief van de huisarts voor de specialist, en de late rapportage van de specialist naar de huisarts zijn hier voorbeelden van.

Het is ook opvallend dat in de status geen ruimte is gereserveerd voor wat er aan de patiënt is meegedeeld en hoe deze daarop reageerde. Deze controle staat niet in verhouding tot de controles op somatisch gebied.

De 'Hoge bloeddruk groep Overvecht' schrijft in haar brochure over haar relatie met professionele hulpverleners: 'Belangrijk is de wijze waarop de hulpverlener met macht omgaat binnen de relatie. Gebruiken ze deze om mensen klein en afhankelijk te houden of proberen ze hun macht kwijt te raken door binnen de hulpverlenersrelatie zoveel mogelijk van hun kennis over te dragen op de hulpvragende mensen?'

4.3.2 'Alles voelen'

'Alles voelen' laat zich onder artsen niet gemakkelijk objectiveren. Artsen tonen vaak ontwijkend gedrag, façade-gedrag of aanmatigend gedrag. Met hun sussende, vriendelijke woorden maken zij een gedistantieerde en prekerige indruk.¹⁰⁶ Het is een maskerend gedrag, omdat de grootste zwakte of onmacht van de arts zijn angst voor eigen zwakte of mislukking zou kunnen zijn.⁶⁶

Cue stelt dat artsen stress ervaren door confrontatie met het lijden van de patiënt: met doodgaan, pijn, angst, onzekerheid. Artsen reageren op deze confrontaties door zich emotioneel terug te trekken, door met ironie te reageren of door het ontkennen van problemen in hun beroep; ze isoleren zich.¹⁰⁷

4.3.3 'Alles doen'

'Alles doen' zal zijn invloed hebben op het vaktechnisch handelen: anamnese, onderzoek en therapie.

- *Anamnese* Wanneer de arts de anamnese opneemt, vragen stelt, krijgt hij altijd wel een antwoord. Maar ook niet meer dan dat. Hij mist zo de tweede diagnose. Hij functioneert daarmee minder goed. Het vermogen om te luisteren, te begrijpen, moet eerst worden verworven. Dit vereist een verandering van zijn psychische instelling.² Elke vorm van vragen is een binnendringen in de ander. Door vragen versterkt iemand zijn machtsgevoel.²⁸

Kingsma & Ten Have omschrijven het arts-patiënt contact als een knooppunt van enerzijds de beleving van ziekte en gezondheid door de patiënt, anderzijds het medische kennissysteem van de arts. De arts houdt zich voor het vinden van een diagnose bezig met het verzamelen van gegevens, het interpreteren van symptomen, enz. Daarbij wordt de 'levensfeitelijkheid' van de patiënt omgezet in termen en begrippen van de medische wetenschap. De subjectieve werkelijkheid van de patiënt (dat wat de patiënt bezighoudt) weerspiegelt zich onder andere in wat hij zelf ter sprake brengt. Deze werkelijkheid wordt ondergeschikt gemaakt aan de medische methodiek. De patiënt komt bij de arts met een van de belangrijkste dingen die hij heeft: 'zichzelf'. Het belangrijkste waaraan hij dan behoefte heeft, is respect. Het medisch handelen van de arts kan zo door de patiënt als krenkend worden ervaren.¹⁰⁸

In alledaagse gesprekken geven de deelnemers meestal commentaar op elkaars opmerkingen. Op de mededeling 'Ik heb buikpijn' volgt bijvoorbeeld het commentaar

‘Wat naar voor je’. De arts onthoudt zich van zo’n opmerking en gaat eerder verder met: ‘Waar zit die pijn dan?’ Hierdoor wordt de indruk gewekt dat de informatie van de patiënt, met onder andere de tweede diagnose, niet ter zake doende is voor de diagnose van de arts.¹⁰⁹ De arts maakt de ander tot object, en hij vergroot hiermee zijn macht.¹¹⁰

Naar aanleiding van een observatie van spreekuurgesprekken van 16 huisartsen werd geconcludeerd dat over het algemeen niet de patiënt maar de dokter een overwegende invloed heeft op de gespreksinhoud en het communicatieve verloop van het consult. Het gesprek gaat grotendeels over de diagnostische-therapeutische aspecten van de klacht.¹¹¹

- *Onderzoek* Door een teveel aan onderzoek loopt men de kans de tweede diagnose te missen. Wél schept de huisarts zich op die manier een gelegenheid om greep op de situatie te krijgen.

Een pas gevestigde huisarts ontdekte dat hij zijn onzekerheid toedekte door nodeloze diagnostische verrichtingen.¹¹² Het op zichzelf zeer zinvolle ECG kan overgewaardeerd worden, als men maximale zekerheid over de gezondheid wil hebben. Deze overwaardering ondermijnt de arts-patiënt relatie en werkt een niet waar te maken afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de arts in de hand.¹¹³

- *Behandeling* De huisarts kan zijn patiënt op zeer verschillende manieren behandelen, bijvoorbeeld door hem gerust te stellen of door adviezen te geven. In het algemeen zijn dit nuttige acties na anamnese en onderzoek, wanneer de diagnose is gesteld.

Verwijzen en voorschrijven behoren tot de normale taken van de huisarts. Door de enorme interdokter-variatie op dit gebied bestaat hiervoor echter een speciale belangstelling. De verschillen hangen enerzijds samen met een aantal omstandigheden – praktijkgrootte, samenwerkingsverbanden, afstand tot een ziekenhuis, urbanisatiegraad, diagnostische faciliteiten en leeftijd/geslachtsopbouw van de praktijkpopulatie – anderzijds met de persoon van de huisarts.¹¹

- *Verwijspercentages* zijn een resultante van invloeden van patiënt, huisarts en specialist.¹¹⁴ Men vermoedt dat bij ongeveer 50 procent van alle verwijzingen het initiatief van de patiënt uitgaat.¹¹⁵ Zo blijkt dat 40 procent van de kinderen naar de kinderarts gaat op initiatief van de ouders.²² Verwijzing van psychische problematiek gebeurt op initiatief van de patiënt ten gevolge van een crisis of wanhoop, met daaraan gekoppeld het onvermogen van de huisarts om verder hulp te bieden.¹¹⁶

Uit observatie van dertien huisartsen gedurende drie maanden bleek dat slechts een derde van de verwijzingen naar interne geneeskunde en de helft van de verwijzingen naar heelkunde door de huisarts geschiedde.¹¹⁷

De persoon van de huisarts speelt een rol bij verwijzingen.²² Ambitie, een brede taakopvatting en intensieve samenwerking in de eerste lijn gaan samen met lage verwijs-cijfers.¹¹⁵ Intercollegiale communicatie over diagnostische mogelijkheden leidde tot minder verwijzingen, maar niet de diagnostische mogelijkheden zelf.^{118 119} Een vermogen om met twijfels om te gaan¹¹⁶ of te leven met onzekerheden¹²⁰ gaat samen met lage verwijs-cijfers. Onbehagen met het ziekenfondsstelsel geeft hogere cijfers.

Van alle verwijzingen naar de kinderarts verwacht de huisarts slechts in 40 procent van de gevallen een positief effect.²² De huisarts kan niets vinden, maar de angst bij de ouders blijft bestaan. Waarom zou hij niet ‘geruststellen’ door er iemand bij te ha-

len? Hij verwijst, verdunt zijn verantwoordelijkheid,² maar hij verwacht er verder niets van. Het medisch-technisch onderzoek of de verwijzing stelt echter meestal niet gerust.²⁴

In het gezondheidscentrum Ommoord werd retrospectief het verwijsgedrag van de acht huisartsen geanalyseerd.¹²¹ Ieder van hen ging in sommige perioden meer verwijzen: bij onzekerheid door vertrek van een steunende collega, bij een conflict met de gemeente, bij de eigen zwangerschap, bij een dalende motivatie, enz. Negatieve gevoelens van de huisarts worden vertaald in medisch gedrag, bijvoorbeeld: meer verwijzen. Dit gedrag biedt de huisarts de gelegenheid om deze gevoelens te versluieren.

Anders gezegd: er zijn drie argumenten om een patiënt te verwijzen:

- voor het vaststellen van een diagnose;
- voor een behandeling;
- voor morele steun van de arts.

De eerste twee kunnen worden misbruikt om de derde te maskeren. Daardoor kan onmacht moeilijk worden onderkend.

• *Voorschrijfcijfers* De persoonlijke factoren van de voorschrijver spelen een grote rol, maar deze factoren zijn nauwelijks onderzocht.¹²² Dit zou te maken hebben met het ontbreken van gegevens over de persoon van de huisarts. Bij de ene huisarts speelt het gevoel de patiënt tevreden te willen stellen een grotere rol dan bij de andere. Hetzelfde geldt voor het niet kunnen hanteren van conflicten, het gevoel bewonderd te willen worden, de onzekerheid, de grote genezer te willen zijn, enzovoort.¹²³ Het is zinnig huisartsen niet alleen farmacotherapeutisch te scholen, maar ze ook bewust te maken van hun niet-rationele motieven en overwegingen bij het voorschrijven.¹²⁴

Een retrospectieve analyse van het voorschrijfgedrag in Ommoord bracht onder meer aan het licht dat een van de huisartsen het viervoudige aan tranquillizers voorschreef in een periode met problemen, vergeleken met een later tijdstip, toen zijn problemen waren opgelost. Een andere huisarts had een stijging van het aantal voorschriften van tranquillizers tijdens de discussie over het aangaan van een dienstverband. De huisarts die het meeste praatte met zijn patiënten, gaf de minste tranquillizers.¹²⁵

In een periode waarin een solopraktijk een duopraktijk werd, werden er meer tranquillizers en analgetica voorgeschreven.¹²⁶

4.4. Slot

Uit deze literatuurverkenning komt naar voren dat mogelijk de doeners en de klinisch georiënteerde huisartsen handelen zoals zij doen om gevoelens te kunnen versluieren. Abnormaal verwijs- en voorschrijfgedrag is een uiting van minder goed functioneren; de slechte verwijsbrief¹¹⁷ en het slordige, onvolledige recept¹²⁷ zijn hier symptomen van. Er zijn aanwijzingen – maar ook niet meer dan dat – dat het afwijkend handelen van de huisarts kan berusten op het feit dat hij onvoldoende oog heeft voor onmachtervaringen. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

Hangt onmacht samen met het functioneren van de huisarts?

5. Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staat de huisarts centraal en niet de patiënt. In de relatie tussen patiënt en huisarts spelen deze twee op zijn minst een rol. Het verloop van een contact krijgt zijn beslag door hun interacties, ieder van hen met zijn eigen opvattingen, verwachtingen, wensen, emoties, expressies en stijl van communiceren. Hier gaat het om de beantwoording van de vraag of de huisarts daarbij onmacht ervaart en hoe hij met zijn patiënten omgaat. Informatie hierover wordt verkregen van de huisarts zelf, en dus niet van de patiënt.

De voorafgaande hoofdstukken hebben duidelijk gemaakt dat onmacht in het werk van de huisarts een rol speelt en dat dit hem beïnvloedt in zijn functioneren. Er is weinig bekend over de aard en de omvang van deze ervaringen. Wel heeft de literatuurverkenning aanleiding gegeven tot het formuleren van een aantal vragen, die het uitgangspunt vormen van het volgende onderzoek:

- Ervaren huisartsen onmacht en zo ja, in welke mate?
- Zijn er algemene praktijkgegevens die samenhangen met onmacht?
- Met welke patiënten heeft de huisarts moeite?
- Welke eigenschappen die huisartsen zichzelf toeschrijven, hangen samen met onmacht?
- Hangt onmacht samen met het functioneren van de huisarts?

Deel II. Methoden

6. Opzet

Samenvatting

Uit de huisarts-medewerkers van respectievelijk de Stichting Rotterdams Ziekenfonds en het Ziekenfonds Drenthe/Noordoost-Overijssel te Meppel, zijn twee groepen van 88 huisartsen aselekt gekozen, die vervolgens werden geïnterviewd. Alle urbanisatiegraden die door het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen worden gehanteerd zijn vertegenwoordigd. De interviewers zijn persoonlijk, gezamenlijk en schriftelijk met behulp van een draaiboek geïnstrueerd.

6.1. Huisartsen

Het onderzoek is uitgevoerd onder de huisarts-medewerkers van twee ziekenfondsen: de Stichting Rotterdams Ziekenfonds (SRZ) en het Ziekenfonds Drenthe/Noordoost-Overijssel te Meppel (DNO). Deze keuze was mede gebaseerd op opportunistische overwegingen: het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (RUHI) onderhoudt een goede relatie met het SRZ, en de onderzoeker is medewerker van het DNO. Bovendien is het Rotterdamse Ziekenfonds georiënteerd op verstedelijkt gebied (Rotterdam en omgeving), en het DNO-Meppel ook op plattelandsgebieden, met name in de provincies Overijssel en Drenthe, en daarnaast in Gelderland, Friesland en Groningen. De urbanisatiegraden die door het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) worden gehanteerd, zijn daarmee in dit onderzoek vertegenwoordigd.

Het SRZ had in 1985 285 huisarts-medewerkers, het DNO 320. Uit beide bestanden zijn door de dokter-assistente van de onderzoeker aselekt 88 huisartsen gekozen.

Aan de huisartsen uit de steekproef is een introductiebrief gestuurd (*bijlage III*); deze brieven werden met ongeveer 20 tegelijk verzonden, met tussenpozen van een dag of zeven. Na ontvangst van de brief werden de huisartsen opgebeld door de onderzoeker met de vraag of ze bereid waren om mee te werken aan het project als 'onderzoekspersoon'. Wanneer de huisarts positief reageerde, werd afgesproken dat een interviewer op korte termijn nader contact zou opnemen.

6.2. Interviewers

Er waren acht interviewers beschikbaar, drie in het westen en vijf in het noordoosten. Het waren een studente in de medicijnen, een psychologe, een psychologisch assistente, twee doktersassistentes, een apothekersassistente en een verpleegkundige en een arts-assistent in opleiding tot huisarts. Alle interviewers ontvingen persoonlijke instructie en een draaiboek (*bijlage IV*). De allereerste ervaringen en met name de knelpunten werden besproken op een gezamenlijke bijeenkomst.

Voor de start van het interview moest de interviewer zelf de regio ('Westen' of 'Noordoosten') en de huisarts invullen (bij het item over de samenwerking in de eerste lijn). Het eerste deel van de vragenlijst moest bij voorkeur door de huisarts zelf worden ingevuld. Bij de vraag 'Welke karaktereigenschappen zijn op uzelf van toepassing?' moest de interviewer vervolgens het invullen overnemen.

Als de respondent een vraag niet goed met ja of nee kon beantwoorden, diende de interviewer te vragen naar de eerste 'inval'. Het was uitdrukkelijk niet de bedoeling dat hij inhoudelijke hulp zou bieden; op eventuele vragen van de huisarts moest hij antwoorden met een wedervraag: 'Wat vindt u er zelf van?' Voor het overige had de interviewer alleen een begeleidende, ondersteunende en stimulerende taak.

De interviews mochten 20-30 minuten duren, wat een vrij hoog tempo betekent. Na afloop van het interview ontving de ondervraagde huisarts een fles wijn; hij was daarvan tevoren niet op de hoogte.

Na het gesprek diende de interviewer nog zijn mening over de ondervraagde huisarts te noteren. Hiermee werd vooral beoogd de interviewer aan te zetten tot actief luisteren en kijken.

7. Meetinstrument

Samenvatting

Het meetinstrument, een gestructureerde vragenlijst, is opgebouwd uit algemene gegevens van de huisarts, een bestaande lijst van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut en naar aanleiding van een vooronderzoek bij 22 psychotherapeuten. Deze vragenlijst bevat tevens directe vragen over onmacht en over de betekenis die onmacht heeft.

7.1. Inleiding

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst, getiteld 'De ervaringen van de huisarts' (*bijlage V*). Deze vragenlijst is objectief, kwantificeerbaar en relatief eenvoudig te scoren. Omdat het om een verkennend onderzoek gaat, is gekozen voor een oppervlakkig en extensief meetinstrument, dat bij grote aantallen respondenten is af te nemen. Bovendien is deze werkwijze relatief goedkoop.

Per vraag is gestreefd naar een beperkt aantal antwoordmogelijkheden, veelal in de vorm van een dichotomie. Dit is gebeurd om twee redenen:

- de vragen zijn zo geformuleerd dat de geïnterviewde huisarts daar redelijkerwijs mee uit de voeten kon;
- er is naar gestreefd schijn-exactheid te voorkomen.

De vragenlijst is zo opgebouwd dat de vragen in het begin eenvoudig zijn en daarna moeilijker worden en een persoonlijker karakter krijgen.

De vragenlijst werd ingevuld tijdens een face-to-face contact. Voor deze aanpak is gekozen om de volgende redenen:

- de kans dat de huisarts niet alle vragen beantwoordt, wordt op die manier zoveel mogelijk beperkt;
- de huisarts zal de vragen serieuzer beantwoorden dan wanneer hem de lijst wordt toegezonden;
- de non-respons wordt op die manier zoveel mogelijk beperkt;
- de huisarts zal beter gemotiveerd zijn – een noodzakelijk voorwaarde voor dit onderzoek.

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

- A algemene gegevens van de huisarts.
- B vragen over het subjectief handelen van de huisarts.
- C vragen over persoonlijkheidskenmerken van moeilijke patiënten en van de huisarts.
- D vragen over onmacht van de huisarts.

Aan het einde van het interview werd de ondervraagde een machtigingsformulier van

het VNZ aangeboden. Doel hiervan was het verkrijgen van gegevens over het objectief handelen van de huisarts (aantal ziekenfondsverzekerden, percentage ouderen en voorschrijf- en verwijscijfers in 1983).

7.2. Algemene gegevens van de huisarts

Lijst A had betrekking op de volgende gegevens: geslacht, leeftijd, vestigingsduur, wel/niet apotheekhoudend, solist/samenwerker, full-time/part-time, wel/niet opleider, wel/niet NHG-lid, praktijkgrootte, percentage patiënten ≥ 65 jaar, aantal contacten per dag, contactduur, de tijd die besteed wordt aan 'praatpatiënten', en de mate van samenwerking in de eerste lijn. Verder werd gevraagd naar het lezen van vakliteratuur, het actief volgen van nascholing en het schrijven van medische artikelen en/of het doen van wetenschappelijk onderzoek. Deze algemene gegevens zouden effect kunnen hebben op het meer of minder ervaren van onmacht bij de huisarts.

Patiënten met ingewikkelde, soms onoplosbare lichamelijke en/of psychosociale problemen – patiënten met kanker, chronische patiënten, oudere patiënten – kunnen het ervaren van onmacht door de huisarts beïnvloeden. Daarom werd in dit deel van de vragenlijst geïnformeerd naar het percentage patiënten van 65 jaar of ouder. De oudere patiënt is eenvoudig te definiëren en hun aantal is goed te bepalen.

7.3. Subjectief handelen van de huisarts

De B-lijst bevat onderwerpen die problemen veroorzaken bij huisartsen. Zij brachten deze ter sprake in Balint-groepen. Deze lijst is ontwikkeld door het RUHI in samenwerking met de afdeling Medische Psychologie¹²⁸ en is aangevuld met belangrijke aspecten betreffende onmacht die naar voren zijn gekomen in hoofdstuk 4.

Naar aanleiding van de analyse van het praktijkvoorbeeld (hoofdstuk 2) is in *bijlage I* het subjectief handelen verduidelijkt met: 'Hoe maak je je in je werk onmachtig?'

7.4. Persoonlijkskenmerken patiënten en huisarts

Voor lijst C is gebruikt gemaakt van een reeks van 57 eigenschappen van patiënten die door de huisartsen als problematisch kunnen worden ervaren (in deze studie spreken we vaak van de huisarts die moeite heeft met eigenschappen van de patiënt of kortweg 'moeilijke patiënten'). Deze eigenschappen zijn eveneens gebaseerd op de ervaringen in de hiervoor genoemde Balint-groepen. De C-lijst is op twee manieren gebruikt: de huisarts kon aangeven met welke patiënten hij het moeilijk had, en hij kon aangeven welke eigenschappen op hemzelf van toepassing waren.

7.5. Vragen over onmacht van de huisarts

De D-vragen bestonden uit: 'Enige vragen over: uzelf', 'Ervaringen in uw werk', en 'Wat betekent onmacht voor u?'.

7.5.1 'Enige vragen over uzelf'

Deze vragen zijn gebaseerd op een vooronderzoek bij 22 psychotherapeuten, dat eind 1984, begin 1985 heeft plaatsgevonden. In een eerste schrijven werd deze psychotherapeuten gevraagd naar ideeën en invallen omtrent onmacht in het werk van de huisarts. Deze ideeën en invallen werden geclusterd in 20 uitspraken. Vervolgens werd dezelfde psychotherapeuten een lijst aangeboden met deze 20 uitspraken. Gevraagd werd om op een glijdende schaal aan te geven in hoeverre men het met elk van deze uitspraken eens was.

De antwoorden werden ingedeeld in vijf categorieën. In 11 gevallen was meer dan 50 procent van de respondenten het (helemaal) eens met de betreffende uitspraak. Deze 11 uitspraken (verder indicatoren genoemd) werden vervolgens geformuleerd als vragen. Een voorbeeld van zo'n vraag is: 'Kunt u zich goed ontspannen?'

- *Indicatoren* Het gaat hier om indirecte vragen over onmacht ('indicatoren'). Deze indicatoren hebben niet specifiek betrekking op onmacht in het werk of in het privé-leven; ze geven een algemeen beeld van de onderzochte persoon.

7.5.2 'Ervaringen in uw werk' en 'Wat betekent onmacht voor u?'

Deze vragen hebben betrekking op frequentie, intensiteit, duur, inhoud, oorzaak, en omgaan met onmacht.

- *Frequentie* Hoe vaak onmacht wordt ervaren, moet worden aangegeven op een glijdende schaal van 6 cm, lopend van 'nooit' naar 'zeer frequent'. De scores (kruisjes) op deze schaal worden verzameld in drie groepen van 2 cm.

- *Intensiteit* Op een glijdende schaal van 6 cm moet worden aangegeven in welke mate men door onmachtgevoelens wordt belemmerd in het uitoefenen van zijn beroep. Ook hier volgt een indeling in drie groepen.

- *Duur* Aangegeven moet worden hoe lang ervaringen van onmacht duren. Er zijn drie antwoordmogelijkheden: 'enkele uren', 'dagen' en 'maanden'.

- *Inhoud* Hier kan worden gekozen uit één of meer van de volgende antwoorden. Onmacht maakt mij: woedend, bang, nietig, verdrietig, weerloos, afhankelijk, apathisch, alleen, onverschillig en onmacht is voor mij een teken van: krenking, beklemming, verlamming, verwerping en verlating.

- *Waar schrijft u onmacht aan toe?* Dat kan zijn:

- 1 eigen gedrag;
- 2 omstandigheden buiten uw schuld;
- 3 pech;
- 4 anderszins.

In dit onderzoek wordt het accent gelegd op de vraag of de huisarts onmacht extern ervaart als 'geen greep hebben op'. Dit is het geval als de huisarts 2 en/of 3 en/of 4 omcirkelt. Het alternatief is extern plus intern, waarbij ook 1 wordt aangegeven. Dit wordt geïnterpreteerd als 'gedeeltelijke greep hebben op'.

- *Hoe gaat u met onmachtsgevoelens om?* Dit is de enige open vraag in de enquête. Deze vraag is bedoeld om de huisarts de ruimte te geven om op zijn eigen wijze iets over onmacht tot uitdrukking te brengen.

8. Analyse

Samenvatting

Voor de analyse van de antwoorden zijn een aantal beperkingen aangebracht. De algemene gegevens zijn bestudeerd met behulp van tweedelingen. Met de gegevens over frequentie, intensiteit en duur van onmacht is een typologie van onmacht ontwikkeld. De criteria voor weinig of veel verwijzen en/of voorschrijven zijn de mediaanwaarden.

8.1. Inleiding

De vele vragen van deze lijst leveren een grote hoeveelheid antwoorden op. Om hiervan zo goed mogelijk gebruik te maken is een groot aantal reducties aangebracht.

8.2. Algemene gegevens van de huisarts

De algemene praktijkgegevens van de A-lijst zijn geordend in tweedelingen. Het is bijvoorbeeld van belang te weten hoeveel jaar praktijkervaring de geïnterviewde huisarts heeft. Zo kan de tweedeling ervaren-onervaren gemaakt worden.

De antwoorden op de vragen 'Wat is uw leeftijd?' en 'Sinds wanneer bent u praktizerend huisarts?' blijken in hoge mate samen te hangen. De tweedeling 'jong-oud' heeft dan ook zowel betrekking op de leeftijd als op de vestigingsduur van de geïnterviewde huisarts.

- *Vestigingsduur* 'Jong' is in dit onderzoek een huisarts die minder dan vijf jaar praktijkervaring heeft (gevestigd vanaf 1981). 'Oud' is in dit onderzoek een huisarts die zich vóór 1981 heeft gevestigd.
- *Praktijkgrootte* Volgens de LHV-norm is een huisartspraktijk 'klein' bij minder dan 2250 patiënten. Hiervan uitgaande is een praktijk met meer dan 2250 patiënten omschreven als 'groot'. Daarbij is voorbijgegaan aan de middelgrote praktijk van 2250-2750 patiënten, die bij de LHV alleen geldt voor huisartsen zonder apotheek.
- *Percentage ouderen* Volgens het CBS was in 1985 12,5 procent van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder. Meer dan 15 procent ouderen in de praktijk kan op grond daarvan worden beschouwd als 'veel'. In dit onderzoek is vooral belangstelling voor huisartsen met veel ouderen in de praktijk; daarom is gekozen voor een tweedeling in 'veel' ouderen in de praktijk en 'niet veel'.
- *Duur arts-patiënt contacten* Doorgaans duurt een consult in de huisartspraktijk niet langer dan 10 minuten. Daarom is een tweedeling gemaakt in 'meer dan 10 minuten' en 'minder dan 10 minuten'. Onder contact wordt in dit onderzoek ook de visite begrepen, maar niet het telefonisch consult.

- *Solist-samenwerker* De solist is een zelfstandig werkende huisarts die alleen verantwoordelijk is voor de zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten. De samenwerker is een huisarts die werkt in een samenwerkingsverband: duopraktijk, groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Voordat de algemene gegevens in verband kunnen worden gebracht met onmacht, zal de onderlinge samenhang van deze gegevens worden onderzocht. Zo is denkbaar dat een jonge huisarts of een part-timer vaker een kleine praktijk zal hebben. Afwijking van 10 procent of meer van het gemiddelde zullen expliciet worden vermeld.

Alleen de statistisch significante en de niet verwachte resultaten zullen worden besproken. Verder zal worden onderzocht welke relatie een aantal praktijkvariabelen gezamenlijk met onmacht hebben. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een huisarts met veel oudere patiënten relatief lang over zijn contacten doet en daarbij veel onmacht ervaart.

Vervolgens zal een structuurboom met zes variabelen worden geconstrueerd: samenwerker (ja/nee), apotheekhoudend (ja/nee) en part-timer (ja/nee). Alleen de groepen die een redelijk aantal huisartsen vertegenwoordigen, zullen nader worden onderzocht. Deze groepen bevatten percentages jonge huisartsen, kleine praktijken en percentages met meer dan 15 procent oudere patiënten. Deze groepen zullen worden vergeleken met het 'gemiddelde'.

De gevolgde nascholing is door medewerkers van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut beoordeeld met 'onvoldoende', 'voldoende' en 'goed'. Dat is onder meer gebeurd op basis van het aantal uren nascholing per jaar en de kwaliteit van de cursus.

8.3. Subjectief handelen van de huisarts

In de B-lijst zijn de antwoordmogelijkheden ja/nee. Deze antwoorden kunnen worden gerelateerd aan de resultaten van de A-, C- en D-lijst.

8.4. Persoonlijkskenmerken patiënten en huisarts

In de C-lijst wordt geïnformeerd naar de patiënten met wie de huisarts moeite heeft. 'Besluiteloos' no. 53 komt te vervallen wegens de doublure met no.14.

8.5. Vragen over onmacht van de huisarts

- *Indicatoren* In de D-lijst zijn de antwoordmogelijkheden ja/?/nee. Wanneer een respondent met '?' antwoordt, dan wordt dit bij de vragen 1 en 4 tot een 'nee' gerekend en de overige vragen tot een 'ja'.
- *Frequentie, intensiteit en duur* Het verdient om reden van efficiëntie aanbeveling om deze drie variabelen te reduceren tot één kern-variabele. Als dat niet zou gebeuren,

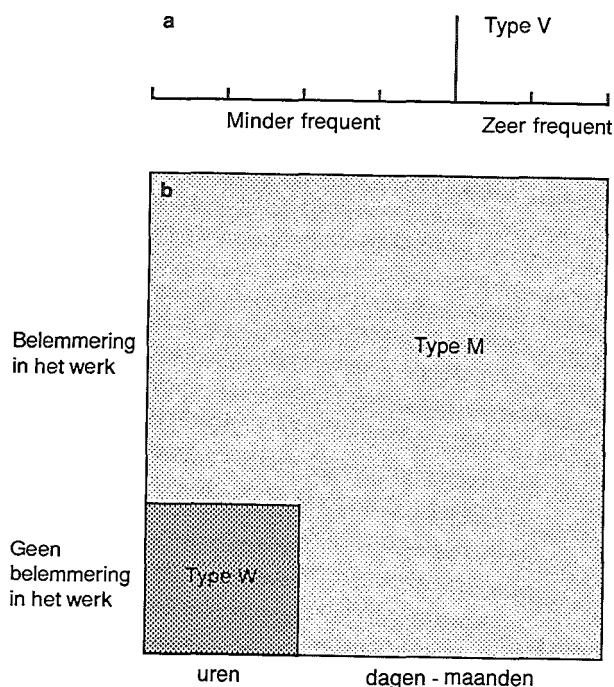
zou het aantal toetsingen en analyses in principe drie maal zo groot worden. Bovendien betreft de vraagstelling van het onderzoek niet zozeer een antwoord te krijgen op de drie vragen afzonderlijk, maar veel meer een antwoord op de relatie tussen onmacht (gemeten met de drie vragen gezamenlijk) enerzijds en andere variabelen anderzijds.

De vraag rijst dan of de antwoorden op deze drie vragen te integreren zijn. Gebruikelijk is dat deze antwoorden aan een of andere methode van multivariate analyse worden onderworpen. Achter dergelijke analysemethoden gaan bepaalde denkmodellen schuil. Het is twijfelachtig of deze (statistische) denkmodellen sporen met de realiteit. Men weet gewoonlijk niet wat getoetst wordt n.l. of de gegevens passen bij het statistisch model of omgekeerd. Deze overwegingen hebben een rol gespeeld om zelf een model op te stellen. De eisen die in dit onderzoek aan dit model zijn gesteld, zijn realiteit en eenvoud:

Realiteit: het model dient gestoeld te zijn op relevante, op realiteit gebaseerde theorie of op empirische (in casu klinische) ervaringen. De realiteit is dat de ene huisarts onmacht ervaart en de andere geen onmacht ervaart en weer een andere die zegt geen onmacht te ervaren, maar onmacht eigenlijk niet onderkent.

Eenvoud: het model dient niet gecompliceerder te zijn dan strikt noodzakelijk is. Concreet betekent dit dat we in de eerste plaats onderscheid maken tussen huisartsen die zeer frequent onmacht ervaren en minder frequent en in de tweede plaats de huisartsen

Figuur 8.1 Frequentie van onmacht (a) en intensiteit en duur van onmacht (b).



met minder frequent onmacht onderscheiden naar hun antwoorden op de intensiteit en duur van onmacht.

De trichotomisering vindt plaats volgens de volgende procedure:

- 1 Allereerst wordt nagegaan welke huisartsen frequent tot zeer frequent onmacht in hun werk zeggen te ervaren. Dit zullen de huisartsen zijn die de 2 cm meest rechts op de glijdende schaal aankruisen, zijnde één derde van de schaal waarin de hoogste frequentie van onmacht is gelokaliseerd. *Figuur 8.1a* geeft deze aan met V. Deze huisartsen zeggen dat ze zeer frequent ervaringen van onmacht in hun werk hebben (type V, de huisarts met *veel* onmacht).
- 2 Voor de overige huisartsen wordt nagegaan of zij, ofschoon zij zeggen minder frequent onmacht te ervaren, gebukt gaan onder deze ervaringen. Daarvoor zullen de twee andere vragen (intensiteit en duur) worden gebruikt. De intensiteit heeft betrekking op de vraag of onmacht belemmerend werkt op het functioneren van de huisarts; de duur heeft betrekking op de persistentie van onmachtvervingen. Voor deze huisartsen is de volgende beslisregel gehanteerd: indien ze antwoorden met 'ja, ik ondervind belemmering van onmacht in mijn werk' en/of 'het zijn ervaringen die dagen tot maanden kunnen aanhouden', dan worden ze toegewezen aan de *mid-dengroep*. In *figuur 8.1b* is dit type M.
- 3 Er blijven een aantal huisartsen over die niet toegewezen worden aan type V of M. Deze huisartsen scoren relatief laag op de vragen over onmacht betreffende frequentie, intensiteit en duur. Het is het type W, huisartsen met *weinig* onmacht en als ze deze ervaringen hebben hinderen deze hen niet in hun werk en houden ze kort aan.

• *Open vragen* Er waren twee open vragen in de enquête. Voor de huisarts de vraag 'Hoe gaat u met onmachtgevoelens om?' en voor de interviewer de vraag 'Wat vond je van dit onderhoud?'. De antwoorden bleken vaak voor verschillende uitleg vatbaar en waren daardoor onbruikbaar voor nadere analyse.

8.6. Verwijs- en voorschrijfgedrag

De twee ziekenfondsen hebben de gevraagde informatie rechtstreeks geleverd. Op basis van deze gegevens kon voor iedere huisarts het verwijscijfer per 1000 verzekerden en het aantal afleveringen (medicamenten) per verzekerde van iedere huisarts worden berekend. Differentiatie naar specialisme en naar medicamentengroep was in de meeste gevallen niet mogelijk.

De gegevens over de percentages oudere ziekenfondsverzekerden waren onvolledig en daardoor niet bruikbaar. Daarom is het percentage ouderen per praktijk vastgesteld op basis van het antwoord op vraag 9 van de algemene praktijkgegevens.

De verwijs- en voorschrijfcijfers hebben betrekking op 1983/84. Er wordt in dit onderzoek gesproken over 'veel' of 'weinig' verwijzen of voorschrijven, wanneer deze cijfers boven of beneden de mediaanwaarde liggen.

In de *figuren 8.1a* en *8.1b* zijn de huisartsen onderscheiden naar onmachtvervingen. In de hoofdstukken 12 t/m 14 worden onmachtvervingen ook onderscheiden naar verwijs- en voorschrijfcijfers:

- + + huisartsen die veel verwijzen en veel voorschrijven;
- + - huisartsen die veel verwijzen en weinig voorschrijven;
- + huisartsen die weinig verwijzen en veel voorschrijven;
- - huisartsen die weinig verwijzen en weinig voorschrijven.

Het begrip *type* is gereserveerd voor de drie groepen die zijn onderscheiden op basis van hun onmachtvaringen. Wanneer de drie *typen* huisartsen (W, M en V) tevens worden onderscheiden naar veel/weinig verwijzen en voorschrijven, levert dat 12 *categorieën* op.

8.7. Validiteit en betrouwbaarheid

We beschikken over de verwijs- en voorschrijfcijfers van ziekenfondsen. In deze studie doen we echter uitspraken over huisartsen over hun hele patiëntenpopulatie, daarbij is geen onderscheid gemaakt naar de particuliere patiënten, leeftijd- en geslachtsopbouw van de praktijk.

In dit onderzoek zijn de totaal verwijscijfers per 1000 verzekerden van een huisarts gebruikt. Met behulp van het LISZ (Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen) jaarboek 1983 zijn deze cijfers te corrigeren wat de urbanisatie betreft.

De voorschrijfcijfers van apotheekhoudende huisartsen zijn 'te hoog'. Apotheekhoudende huisartsen verstrekken hun patiënten ook medicamenten die door specialisten zijn voorgeschreven. Deze medicamenten zijn in de ziekenfondscijfers niet te onderscheiden.

De voorschrijfcijfers van niet-apotheekhoudende huisartsen kunnen mogelijk 'te laag' zijn. De ziekenfondspatiënten van een huisarts kunnen bij verschillende apotheken zijn ingeschreven. Niet alle apotheken zijn aangesloten geweest bij het Recepten Uitreken Controle Bureau (RUCB). Dit bureau verstrekke de ziekenfondsen de voorschrijfcijfers.

De betrouwbaarheid van het meetinstrument heeft betrekking op de vraag of het meten onafhankelijk is van verschillende omstandigheden en tijdstippen. Zo zou de ene interviewer de ondervraagde huisartsen meer kunnen beïnvloeden dan de andere. Dit is zoveel mogelijk voorkomen door een uitvoerige instructie. Ook bestaat de mogelijkheid dat sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven, bijvoorbeeld op de vraag: 'Hebt u nogal eens het gevoel dat het u te "veel" is?' Om dit te voorkomen werden de interviewers geïnstrueerd om een vrij hoog tempo aan te houden: de respondenten zouden op die manier geen tijd krijgen om hun antwoord uitvoerig te overwegen. Wanneer respondenten toch aan een antwoord twijfelden, zouden zij zich voor hun eerste inval moeten uitspreken.

De interviews vonden plaats in 1985. Men had in dat jaar de beschikking over de gegevens van 1983. Dit verschil is acceptabel, omdat het verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen door de jaren heen constant is.^{11 129 130}

Het is een niet te vermijden beperking dat er van de jonge huisartsen slechts verwijs- en voorschrijfcijfers over twee jaar beschikbaar zijn.

8.8. Toetsen

In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt naar regio, omdat dan de frequenties in de cellen wel heel erg laag zouden uitvallen, hetgeen een grote kans geeft op toevallige uitkomsten. Daarom is het toetsende gedeelte beperkt gebleven tot de associatie tussen enerzijds onmacht en anderzijds de andere variabelen. Dit impliceert dat associaties c.q. verschillen tussen variabelen waar onmacht niet deel van uitmaakt, alleen maar beschreven zijn, alsmede dat een nadere differentiatie van onmacht naar verwijs- en voorschrijfgedrag van de huisarts, ook alleen voor beschrijving in aanmerking komt. Mochten er op enigerlei wijze opvallende bevindingen voorkomen, dan dienen deze in een nader onderzoek getoetst te worden op hun stabiliteit met andere woorden een nader onderzoek moet uitwijzen of de bevindingen al of niet toevallig zijn.

Deel III. Resultaten

9. Algemene resultaten

Samenvatting

In september en oktober 1985 zijn 152 huisartsen geïnterviewd; dat is een respons van 87 procent. Het verwijzen en voorschrijven heeft betrekking op 129 huisartsen. De mediaanwaarde van het aantal verwijzingen is 455 per 1000 verzekerden per jaar, en van het voorschrijven van niet-apotheekhoudende huisartsen is 11 afleveringen en van de voorschrijfkosten van apotheekhoudende huisartsen is f 78,- per verzekerde per jaar. Bij de analyse van de enquêtes bleek het nodig enkele vragen te laten vervallen.

9.1. Respons

In Rotterdam en omgeving hebben 70 interviews plaatsgevonden, in de regio Drenthe/Noordoost-Overijssel 82. Dat is een respons van respectievelijk 80 en 93 procent. De weigeringen hadden betrekking op 'geen interesse', 'te druk', 'teveel enquêtes', ziekte of vakanties.

9.2. Praktijkgegevens

Van de deelnemende huisartsen is 92 procent man, 54 procent komt uit de regio Noord-oosten, 81 procent is voor 1981 gevestigd en 81 procent is niet - apotheekhoudend. Van de respondenten is 55 procent solist, werkt 89 procent full-time en 80 procent is geen huisartsopleider. Van de geïnterviewde huisartsen is 57 procent NHG-lid, heeft 65 procent meer dan 2250 patiënten in zijn praktijk en 60 procent minder dan 15 procent ouderen. Doorgaans doen de 152 huisartsen niet langer dan 10 minuten over een contact (87 procent).

De antwoorden op de vraag 'hoeveel tijd besteedt u aan het lezen van tijdschriften per week?' variëren van 0 (3 ×) tot 9,5 (3 ×) uur; 18 procent schrijft weleens een medisch artikel of doet aan wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte doet 11 procent onvoldoende en 19 procent matig aan nascholing; 70 procent doet goed aan nascholing.

Het aantal vrouwelijke huisartsen is te klein om de variabele 'seks' in het onderzoek te betrekken. Verder zijn de onderwerpen 'Lezen van vakliteratuur', 'Schrijven van een artikel', 'Doen van wetenschappelijk onderzoek' en 'Nascholing' niet bij de verdere analyse betrokken, omdat ze geen bijdrage bleken te leveren aan het onderscheid in onmachtervaringen.

9.3. Ziekenfondsgegevens

Van de twee ziekenfondsen is rechtstreeks informatie verkregen over het totaal aantal verwijzingen en het aantal afleveringen per huisarts in 1983. Vervolgens konden het verwijzingscijfer per 1000 verzekerden en het aantal afleveringen (medicamenten) per verzekerde voor iedere huisarts worden berekend, doordat het aantal ziekenfondsverzekerden bekend is. Van niet alle huisartsen is echter een volledige differentiatie naar respectievelijk specialisme en medicamentengroep beschikbaar.

Deze gegevens zijn bekend voor 129 huisartsen. In tien gevallen waren de voorschrijfcijfers onvolledig, zes huisartsen weigerden deze gegevens te verstrekken en zeven huisartsen hadden zich na de peildatum gevestigd. De mediaan van de verwijzingscijfers van de 129 huisartsen bleek 455 verwijzingen per 1000 verzekerden te bedragen.

Met betrekking tot het voorschrijfgedrag van de apotheehoudende huisartsen waren alleen financiële gegevens beschikbaar – een gevolg van het gehanteerde declaratiesysteem. De mediaan was een gedeclareerd bedrag van f 78,- per verzekerde per jaar. Het voorschrijfgedrag van de niet-apotheehoudende huisartsen is uitgedrukt als het aantal afleveringen per jaar per patiënt. De mediaan bedroeg bij deze groep 11 afleveringen per verzekerde per jaar.

Uit het onderzoeksmateriaal kunnen 49 huisartsen worden geselecteerd bij wie onderscheid kan worden gemaakt tussen het voorschrijven van ‘specifieke’ en van ‘aspecifieke’ geneesmiddelen. Onder specifieke geneesmiddelen verstaan we middelen die gericht worden gegeven, naar aanleiding van een diagnose (bijvoorbeeld antihypertensiva, diuretica, cardiaca en anticonceptiva). De aspecifieke middelen zijn de middelen die bij een meer symptomatische aanpak worden gegeven (bijvoorbeeld pijnstillers en psychofarmaca).

De gegevens over het aantal oudere ziekenfondsverzekerden zijn onvolledig en daarom niet bruikbaar. Het percentage ouderen per praktijk is daarom gebaseerd op de antwoorden op vraag 9.

9.4. Onbruikbare vragen

Bij de analyse van de vragenlijst bleken verschillende vragen onbruikbaar; deze zijn daarom verder buiten beschouwing gelaten.

- De vraag ‘Hoeveel contacten hebt u gemiddeld per dag?’ werd verschillend geïnterpreteerd: sommige huisartsen verstonden onder contacten alleen consulten en visites; anderen rekenden daartoe ook telefonisch overleg en het uitschrijven van een recept.
- Bij de vraag ‘Hoeveel tijd besteedt u aan „praatpatiënten”?’ bleek het begrip ‘praatpatiënt’ voor tweërlei uitleg vatbaar. De ene huisarts reageerde met: ‘Ik doe de hele dag niet anders!'; een ander verstond hieronder een vorm van psychotherapie.
- De vraag ‘Mijn functioneren als huisarts heeft niets te maken met de (gezins)situatie waarin ik ben opgegroeid’ (B46) gaf sommigen problemen wegens de dubbele ontkenning.

- In de C-lijst – waarin wordt geïnformeerd met welke patiënten de huisarts moeite heeft – komt nr. 53 ('besluiteloos') te vervallen wegens de doublure met nr. 14.
- De twee open vragen – voor de huisarts: 'Hoe gaat u met onmachtgevoelens om?'; voor de interviewer: 'Wat vond je van dit onderhoud?' – leverden een grote verscheidenheid aan antwoorden op. Veel van deze antwoorden waren echter voor verschillende uitleg vatbaar.
- De onderwerpen 'Het lezen van vakliteratuur', 'Het schrijven van een artikel of het doen van wetenschappelijk onderzoek' en 'De nascholing' leverden geen bijdrage aan het onderscheid in onmachtervaringen.

Tenslotte bleken de antwoorden op 'Wat is uw leeftijd?' en 'Sinds wanneer bent u praktiserend huisarts?' in hoge mate samen te hangen. Dat betekent dat de tweedeling 'jong-oud' betrekking heeft op zowel de leeftijd als de vestigingsduur van de desbetreffende huisarts.

10. Typologie van onmacht

Samenvatting

Op basis van de antwoorden op de directe vragen betreffende de frequentie, intensiteit en duur van de ervaren onmacht is een typologie ontwikkeld. Van de geïnterviewde huisartsen zegt 30 procent weinig onmacht te ervaren (type W), 44 procent vormt een middengroep (type M) en 26 procent zegt veel onmacht te ervaren (type V).

Volgens de antwoorden op de indirecte vragen – de *indicatoren* – is 31 procent vaak moe, staat 28 procent niet uitgerust op en kan 18 procent zich niet goed ontspannen. Deze huisartsen behoren veelal tot de middengroep of ervaren veel onmacht. Deze twee typen onderscheiden zich ook – maar in veel mindere mate – van type W door meer externe *attributie*.

Verdriet heeft bij 69 procent van de huisartsen uit de middengroep veel betekenis; bij huisartsen met weinig onmacht is dat 43 procent en bij veel onmacht 53 procent. Deze laatsten voelen zich bij onmacht eerder nietig, verlamd en onverschillig.

10.1. Inleiding

Welke resultaten getoetst zullen worden komen aan de orde. Dit hoofdstuk behandelt de onderzoeksvraag: ‘Ervaren huisartsen onmacht en zo ja, in welke mate?’ De antwoorden op de vragen over frequentie, intensiteit en duur worden gegeven, vervolgens worden deze items tot één kernvariabele gereduceerd. De indicatoren, de indirecte vragen over onmacht, worden daarna besproken, dan de attributie van onmacht – ‘Waar schrijft men onmacht aan toe’ – en tenslotte de betekenis die onmacht voor huisartsen heeft.

10.2. Statistische toetsing

Frequentieverdelingen zullen alleen maar worden beschreven. Voorts zullen statistische toetsingen worden uitgevoerd wanneer onderscheiden wordt naar de drie typen van onmacht; alleen bij te kleine aantallen zal worden afgezien van toetsing.

De uitkomsten zijn getoetst met behulp van een Chi²-toets voor onafhankelijkheid. Als significantieniveau is $p < .05$ aangehouden. Waar gebruik is gemaakt van een andere statistische toetsingsgrootte, zal dat expliciet worden aangegeven.

Voor het overige wordt er dus niet getoetst. De reden is dat er naar verhouding veel toetsingen zullen worden verricht alleen al voor het onderscheid naar de drie typen van onmacht. De overige bevindingen kunnen worden beschouwd als descriptie van de resultaten.

Behalve de statistisch significante resultaten zullen ook de resultaten met een verschil ≥ 10 procent worden gepresenteerd. De drie typen (W, M en V), zullen ongetwijfeld

niet gelijk van omvang zijn; bij vergelijking van deze typen zal daarvoor gecorrigeerd worden.

10.3. Frequentie, intensiteit en duur

Van de respondenten ervaart 35 procent weinig frequent onmacht; bij 38 procent is dat matig frequent en bij 27 procent zeer frequent.

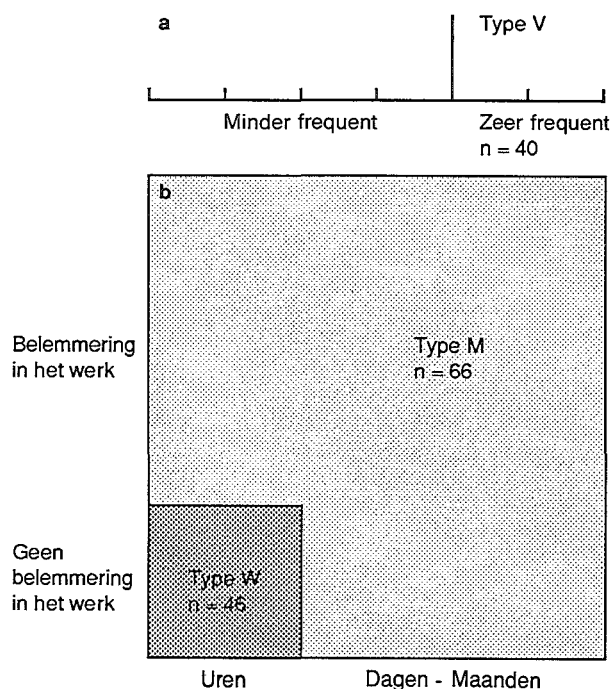
Van de respondenten zegt 68 procent geen belemmeringen van onmachtgevoelens in het werk te ondervinden; 21 procent ondervindt daarvan in zekere mate belemmeringen en bij 11 procent is dat onmiskenbaar het geval.

Van de respondenten ervaart 68 procent onmacht gedurende enige uren, 30 procent gedurende enkele dagen en 2 procent zelfs enkele maanden.

10.4. Kernvariabele

Op basis van frequentie, intensiteit en duur van onmachtervaringen zijn de huisartsen ingedeeld in drie typen (*figuren 10.1a en 10.1b; zie ook paragraaf 8.5*):

Figuur 10.1 *Frequentie van onmacht (a) en intensiteit en duur van onmacht (b).*



- Huisartsen die weinig onmacht ervaren, daar geen belemmering van ondervinden in hun werk, met ervaringen van onmacht die hoogstens enkele uren aanhouden: de 'huisartsen met weinig onmacht' of 'type W' (n=46; 30 procent).
- Huisartsen die weinig onmacht ervaren, daar wel belemmering van ondervinden in hun werk en/of met gevoelens die enkele dagen of langer aanhouden: de 'huisartsen uit de middengroep' of 'type M' (n=66; 44 procent).
- Huisartsen die veel onmacht ervaren of 'type V' (n=40; 26 procent).

10.5. Indicatoren van onmacht

Uit *tabel 10.1* blijkt dat meer dan 50 procent van de geïnterviewde huisartsen gauw emotioneel is geroerd.

De significante bevindingen van *tabel 10.1* zijn dat huisartsen van de typen M en V in een veel groter deel 'vaak moe' zijn dan van type W. Verder staan veel meer huisartsen van de typen M en V doorgaans 'niet uitgerust' op: 2 à 3 maal zoveel als van type W. Voor het item 'zich niet goed kunnen ontspannen' is die verhouding zelfs 8 op 1.

Tabel 10.1 *De indicatoren van onmacht* met voor elk type de percentages bevestigende antwoorden.*

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40	Totaal n=152
6 Gauw emotioneel geroerd	62	66	51	61
5 Vaak gevoel leeg te zijn	41	52	51	49
3 Gevoelig voor geluiden	33	47	46	43
8 Gevoel dat het te veel is	33	39	44	39
9 Vaak moe	18	34	39	31 ^a
4 Staat niet uitgerust op	13	31	39	28 ^b
10 Weinig plezier in het leven	18	31	28	27
2 Moeite aandacht erbij te houden	26	25	23	25
1 Kan zich niet goed ontspannen	3	23	26	18 ^c
11 Lichamelijke klachten door spanning	8	22	18	17
7 Moeite met inslapen	5	13	3	8

* Zie bijlage V, deel D.

^a p < .05; ^b p < .02; ^c p < .01.

Tabel 10.2 *Attributie van onmacht naar typen. Percentages.*

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40
In- + extern (gedeeltelijk greep)	72	64	65
Extern (geen greep)	28	36	35

Tabel 10.3 *De betekenis van onmacht: per type het percentage huisartsen dat het betreffende item heeft aangekruist.*

Onmacht maakt mij	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40	Totaal n=152
d verdrietig	43	69	53	57 ^a
k beklemd	34	48	42	42
a woedend	32	34	34	33
h alleen	30	31	26	29
c nietig	27	21	37	27
e weerloos	23	24	21	23
l verlamd	16	19	37	23
i onverschillig	25	13	32	22
j gekrenkt	21	18	26	21
f afhankelijk	11	15	18	15
g apatisch	11	18	11	14
n verlaten	11	13	5	10
b bang	7	15	3	9
m verworpen	9	8	8	8

^a $p < .05$

10.6. Attributie

In *tabel 10.2* wordt ‘gedeeltelijke greep hebben op’ en ‘geen greep hebben op’ verdeeld over de drie typen huisartsen. Van type W ervaart 28 procent onmacht alleen extern. Bij de andere twee typen is dat circa 35 procent. Deze verschillen zijn statistisch niet significant.

10.7. Betekenis

In *tabel 10.3* zien we dat meer dan 50 procent van de geïnterviewde huisartsen zich bij onmacht verdrietig voelt, terwijl minder dan 10 procent zich dan bang en verworpen voelt.

Wat onmacht voor de drie typen huisartsen betekent, wordt eveneens duidelijk. Het is significant dat type W minder verdriet bij onmacht ervaart dan type V en vooral minder dan type M. Huisartsen van type V voelen zich eerder nietig, verlamd en onverschillig.

11. Praktijkvariabelen en onmacht

Samenvatting

Huisartsen met een kleine praktijk behoren in 17 procent tot type W, in 51 procent tot de middengroep en in 32 procent tot huisartsen met veel onmacht.

Bijna 50 procent van de apotheekhoudende huisartsen, 19 procent van de part-timers en 10 procent van de huisartsen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, behoren tot het type huisarts met weinig onmacht.

Ruim 60 procent van de part-timers behoren tot de middengroep. Bij de huisartsen die meer dan 15 procent oudere patiënten in hun praktijk hebben, overweegt dit type in lichte mate. De samenwerkers hebben praktisch dezelfde verdeling als de 152 geïnterviewde huisartsen. De onderlinge samenhang van deze algemene gegevens zal hierbij een rol spelen: de huisarts met een kleine praktijk is vaker jong, samenwerker en part-timer. De jongere huisarts heeft relatief meer oudere patiënten in zijn praktijk dan de huisartsen uit de onderzoeksgroep (het gemiddelde). De combinatie samenwerker-kleine praktijk wijst sterk in de richting van het type M.

Meer dan 50 procent van de huisartsen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, behoort tot het type huisarts met veel onmacht. Het zijn vaker huisartsen met kleinere praktijken, die langere contacten hebben, en minder vaak de huisartsen met veel oudere patiënten en de jongere huisartsen. Een huisarts van dit type is een huisarts die bij veel oudere patiënten doorgaans langer over zijn contacten doet.

Intensief samenwerken met het maatschappelijk werk gebeurt het meest door het type met weinig onmacht. Huisartsen uit de middengroep werken veelal intensief samen met de collega's en oppervlakkig met het maatschappelijk werk. Huisartsen die geen intensieve samenwerking hebben met collegae en andere werkers in de eerste lijn, behoren vaker tot het type met veel onmacht.

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de samenhang tussen de praktijkvariabelen aan de orde. Vervolgens komt aan de orde hoe de drie typen zich laten onderscheiden met behulp van de praktijkgegevens afzonderlijk en gezamenlijk. Dan wordt besproken of de samenwerking met de eerste lijn oppervlakkig of intensief is. Vervolgens komt aan de orde of intensief samenwerken samenhangt met onmacht van de huisarts en tenslotte of samenwerken al of niet intensief met meerdere disciplines met onmacht samenhangt.

11.2. Praktijkvariabelen

Uit *tabel 11.1* blijkt dat een huisarts met een kleine praktijk vaker een jongere huisarts (36 procent), een samenwerker (60 procent) en een part-timer (17 procent) is dan de huisarts met een grote praktijk.

Tabel 11.2 laat zien dat een jongere huisarts minder vaak apotheekhoudend is (4 pro-

Tabel 11.1 Verband tussen enerzijds praktijkgrootte en anderzijds leeftijd huisarts, samenwerker/solist, part-timer/full-timer. Percentages.

Praktijk	Jong/ Oud	Samenwerker/ Solist	Part-timer/ Full-timer
Klein (n=53)	36 64	60 40	17 83
Groot (n=99)	9 91	36 64	8 92
Totaal (n=152)	19 81	45 55	11 89

Tabel 11.2 Verband tussen enerzijds leeftijd en anderzijds wel/niet apotheekhoudend, percentage oudere patiënten en contactduur. Percentages.

Leeftijd	Apotheekhou- dend ja/nee	Ouderen >15%/≤15%	Contactduur >10/≤10 min
Jonger (n=29)	4 96	50 50	0 100
Ouder (n=123)	22 78	37 63	16 84
Totaal (n=152)	19 81	40 60	13 87

Tabel 11.3 Verband tussen enerzijds contactduur en anderzijds praktijkgrootte en percentage oudere patiënten. Percentages.

Contactduur	Praktijk klein/groot	Oudere patiënten >15%/≤15%
> 10 minuten (n=20)	47 53	26 74
≤10 minuten (n=132)	33 67	37 63
Totaal (n=152)	35 65	40 60

cent). De jongere huisarts heeft meer oudere patiënten in zijn praktijk (50 procent) en doet niet langer dan 10 minuten over een contact. De jongere huisarts onderscheidt zich in deze items van de oudere huisarts.

De huisarts die langer dan 10 minuten over een contact doet (*tabel 11.3*), heeft vaker een kleine praktijk (47 procent) en minder oudere patiënten in zijn praktijk (26 procent) dan de huisarts die korter over een contact doet.

11.3. Relatie met onmacht

In *tabel 11.4* zijn de praktijkvariabelen gerelateerd aan onmacht. Significant is dat 17 procent van de huisartsen met een kleine praktijk van het type W is. Belangrijke uitkomsten zijn verder dat 49 procent van de apotheekhoudende huisartsen, 19 procent

Tabel 11.4 Verband tussen praktijkvariabelen en typen onmacht. Percentages.

	Weinig	Midden	Veel
Kleine praktijk (n=53)	17	51	32 ^d
Grote praktijk (n=99)	37	40	23 ^d
Samenwerker (n=68)	29	46	25
Solist (n=84)	32	40	28
> 15% oudere patiënten (n=61)	29	52	19
≤ 15% oudere patiënten (n=91)	31	37	32
Contacten >10 minuten (n=20)	10	37	53
Contacten ≤10 minuten (n=132)	33	44	23
Part-timer (n=17)	19	62	19
Full-timer (n=135)	32	41	27
Jonger (n=29)	29	46	25
Ouder (n=123)	28	36	36
Apotheekhoudend (n=29)	49	33	18
Niet-apotheekhoudend (n=123)	26	45	29
NHG-lid (n=87)	32	39	29
Geen NHG-lid (n=65)	26	45	29
Westen (n=70)	27	49	24
Noordoosten (n=82)	34	38	28
Opleider (n=30)	23	44	33
Geen opleider (n=122)	33	43	24
Alle huisartsen n=152)	30	44	26

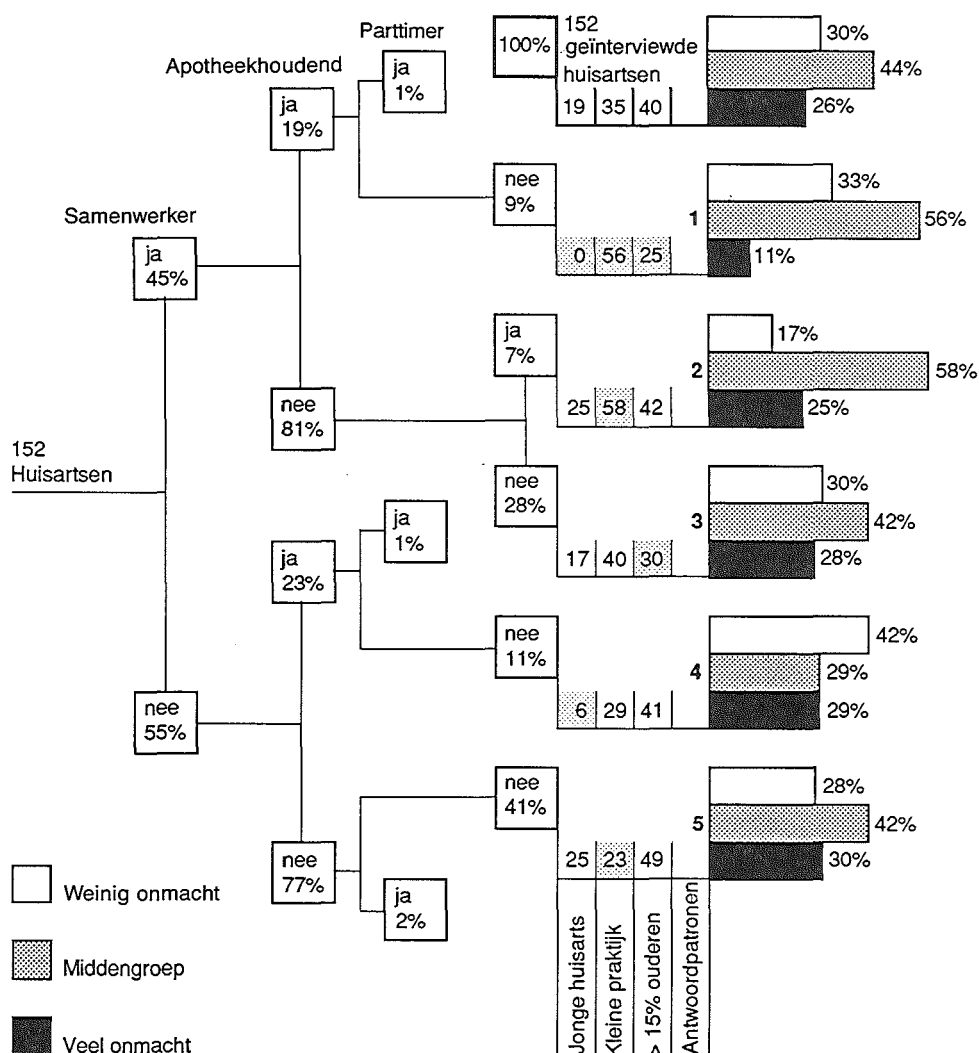
^d p < .001**Tabel 11.5** Verband tussen enerzijds percentage oudere patiënten en contactduur en anderzijds typen onmacht.

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40
> 15% oudere patiënten			
> 10 minuten	2	6	23
≤ 10 minuten	35	41	25
≤ 15% oudere patiënten			
> 10 minuten	2	4	2
≤ 10 minuten	61	49	50

van de part-timers en 10 procent van de huisartsen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, tot type W behoren. Tot type M behoren 62 procent van de part-timers, 51 procent van de huisartsen met een kleine praktijk, 33 procent van de apotheekhoudende huisartsen en 46 procent van de samenwerkers. Van de huisartsen die gemiddeld langer dan 10 minuten over hun contact doen, behoort 53 procent tot type V.

Van de 152 huisartsen heeft 60 procent minder dan 15 procent ouderen in de praktijk en doet 87 procent niet langer dan 10 minuten over een contact. In dit onderzoek worden deze percentages – < 15 procent ouderen en ≤ 10 minuten per contact – als ‘normatief’ beschouwd. In tabel 11.5 zien we dat 61 procent van type W aan deze normen voldoet. Voor type M is dat 49 procent en voor type V 50 procent. Verder zien we dat

Figuur 11.1 Structuurboom met zes praktijkvariabelen in verband met onmacht.



huisartsen van type V, die veel oudere patiënten in hun praktijk hebben, langer dan 10 minuten over hun contacten doen. Voor de andere twee typen geldt dit dus niet.

Figuur 11.1 is een structuurboom met de volgende praktijkvariabelen:

- samenwerker;
- apotheekhoudend huisarts;
- part-timer;
- jonge huisarts;
- huisarts met een kleine praktijk;
- huisarts met meer dan 15 procent oudere patiënten in zijn praktijk.

De groepen 1 en 2 vallen op, doordat ze beide veel huisartsen bevatten van type M (56 procent en 58 procent). Het zijn samenwerkers waarvan naar verhouding veel een kleine praktijken hebben.

11.4. Samenwerken en onmacht

Van de huisartsen heeft 82 procent een intensieve samenwerking met de collega's; 62 procent met de fysiotherapie; 49 procent met de wijkverpleging, 40 procent met het maatschappelijk werk en 9 procent met de verloskundigen.

Er is geen relatie tussen de intensiteit van het contact met de wijkverpleging of de fysiotherapie en het ervaren van onmacht.

Als we de huisartsen die intensief samenwerken met de collega's, vergelijken met de huisartsen die oppervlakkig samenwerken (*tabel 11.6*), dan 'neemt' type M 'af' van 48 naar 27 procent, en type V 'toe' van 23 naar 46 procent.

Wanneer huisartsen met een intensieve samenwerking met het maatschappelijk werk worden vergeleken met huisartsen die een oppervlakkige samenwerking hebben, neemt type W af van 36 naar 26 procent, en type M toe van 36 naar 49 procent.

Tabel 11.6 *Verband tussen intensieve/oppervlakkige samenwerking met andere werkers in de eerste lijn en typen onmacht. Percentages.*

	Weinig	Midden	Veel
<i>Collega-huisarts</i>			
- intensief (n=125)	29	48	23
- oppervlakkig (n=27)	27	27	46
<i>Fysiotherapie</i>			
- intensief (n=94)	30	45	25
- oppervlakkig (n=48)	29	41	30
<i>Wijkverpleging</i>			
- intensief (n=74)	34	42	24
- oppervlakkig (n=78)	26	45	29
<i>Maatschappelijk werk</i>			
- intensief (n=61)	36	36	28
- oppervlakkig (n=91)	26	49	25

Tabel 11.7 Verband tussen zes groepen samenwerkers en typen onmacht. Percentages.

Groepen	Weinig	Midden	Veel
1 (H-, F-, W-, M-) (n=12)	33	25	42
2 (H+, F-, W-, M-) (n=24)	17	58	25
3 (H+, F+, W-, M-) (n=24)	29	50	21
4 (H+, F+, W+, M-) (n=18)	29	59	12
5 (H+, F-, W+, M-) (n=8)	63	25	12
6 (H+, F+, W+, M+) (n=32)	31	38	31
Alle huisartsen (n=152)	30	44	26

H: huisarts; F: fysiotherapeut; W: wijkverpleging; M: maatschappelijk werk.

In deze tabel is afgezien van statistische toetsing, omdat daarvoor het aantal huisartsen per cel te laag is.

De zes groepen die in *tabel 11.7* worden onderscheiden, vormen samen 70 procent van de geïnterviewde huisartsen. De andere groepen waren te klein voor een nadere statistische analyse. Deze zes groepen kunnen elk worden vergeleken met het gemiddelde van de 152 huisartsen:

- *Groep 1* bestaat uit huisartsen die geen intensieve samenwerking hebben. Van hen behoort 25 procent tot type M en 42 procent tot type V.
- *Groep 2* bestaat uit huisartsen die alleen met de collega's intensief contact onderhouden. Deze groep bestaat voor 17 procent uit type W en voor 58 procent tot type M.
- *Groep 3* bestaat uit huisartsen die een intensieve samenwerking hebben met de fysiotherapeut en met de collega's. De typologie van deze groep wijkt nauwelijks af van het 'gemiddelde'.
- *Groep 4* bestaat uit huisartsen die met alle disciplines een intensief contact hebben, behalve met het maatschappelijk werk. Deze groep heeft veel huisartsen van type M en weinig van type V.
- *Groep 5* bestaat uit huisartsen die alleen met de fysiotherapie geen intensief contact hebben. Van deze groep behoort 63 procent tot type W, 12 procent tot type V en 25 procent tot type M.
- *Groep 6* bestaat uit huisartsen die intensief contact hebben met alle vier eerstelijners. De verdeling in deze groep van de drie typen stemt overeen met het 'gemiddelde'.

Heeft het ene type een intensievere samenwerking dan het andere? Huisartsen van de typen V en W vertonen ten aanzien van alle vier de disciplines een opvallende gelijkenis met betrekking tot de intensiteit van de samenwerking. Huisartsen van type M hebben een intensievere samenwerking met hun collega's (88 procent) dan de andere typen (74 procent) en een weinig intensieve samenwerking met het maatschappelijk werk (32 procent tegenover 46 procent bij de andere typen).

12. Moeilijke patiënten

Samenvatting

Bijna 90 procent van de geïnterviewde huisartsen heeft moeite met drammerige patiënten. De huisartsen met weinig onmacht hebben minder moeite met patiënten (met bepaalde eigenschappen van hen) dan de andere typen. De huisartsen uit de middengroep hebben relatief meer moeite met de volgens hen drammerige, onverdraagzame, brutale, obstinate, gekunstelde, geïrriteerde, achterdochtige, arrogante en hautaine patiënt. De huisartsen met veel onmacht vinden relatief de passieve, minzame en de domme patiënt problematisch. De categorieën 1-4 ($W++$, $W+-$, $W-+$ en $W--$) wijken op geen enkel item af van het 'gemiddelde'. Dit laatste geldt ook voor huisartsen met veel onmacht die weinig verwijzen (categorieën 11: $V++$ en 12: $V--$). De huisarts uit de middengroep (categorie 5: $M++$) valt het meeste op wat de moeilijke patiënten betreft: hij heeft moeite met de obstinate, afstandelijke, onverdraagzame, ontoegankelijke en hautaine patiënt.

12.1. Inleiding

Allereerst zullen die eigenschappen van patiënten aan de orde komen waar de geïnterviewde huisartsen het meeste moeite mee hebben. Vervolgens worden de drie typen onderscheiden naar 'moeilijke patiënten'. Tenslotte worden de verschillen tussen de twaalf categorieën betreffende 'moeilijke patiënten' besproken. In hoofdstuk 8 zijn de typen en categorieën huisartsen geformuleerd.

12.2. Toetsing van de twaalf categorieën

In dit hoofdstuk en de twee volgende zullen onderzoeksresultaten aan de orde komen die betrekking hebben op de twaalf categorieën. Omdat het aantal huisartsen in deze categorieën betrekkelijk klein zal zijn, is bij de analyse afgezien van statistische toetsing. Bovendien wordt de presentatie beperkt tot hoofdlijnen, waarbij een vóórkomen van minimaal 20 procent boven het gemiddelde als criterium is gehanteerd. Een cursivering geeft aan welke categorieën daaraan voldoen, terwijl een vet cijfer aangeeft dat een bepaald item specifiek geldt voor één categorie. De categorie die het sterkst afwijkt van het gemiddelde, zal worden gebruikt als illustratie om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen.

12.3. Huisartsen

Tabel 12.1 laat zien dat meer dan 50 procent van de geïnterviewde huisartsen moeite

Tabel 12.1 De items op de vragenlijst over ‘moeilijke patiënten’* die het meest zijn aangekruist. Percentages.

9 Drammerig	89
29 Manipulerend	67
39 Arrogant	63
42 Eisend	59
15 Onverdraagzaam	54
49 Hautain	53

* Zie bijlage V, deel C.

Tabel 12.2 Verband tussen eigenschappen van ‘moeilijke patiënten’* en typen onmacht. Percentages.

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40
9 Drammerig	83	97	85 ^a
12 Gekunsteld	48	59	43
15 Onverdraagzaam	47	70	53 ^c
16 Dom	20	18	30
17 Geïrriteerd	28	47	33
26 Passief	8	20	30 ^a
27 Achterdochtig	30	47	35
33 Brutaal	28	53	40 ^a
39 Arrogant	50	70	55
47 Obstinaat	9	26	8 ^b
49 Hautain	41	61	48
50 Minzaam	2	3	20 ^c

* Zie bijlage V, deel C.

^a $p < .05$; ^c $p < .01$; ^b $p < .02$. Een vet gedrukt getal geeft aan dat een type zich van de andere typen onderscheidt met 10 procent of meer.

heeft met patiënten die als drammerig, manipulerend, arrogant, eisend, onverdraagzaam en hautain worden ervaren.

12.4. Drie typen

Tabel 12.2 geeft aan dat type W minder moeite heeft met patiënten (met bepaalde eigenschappen van hen) dan de andere typen.

Het is statistisch significant dat type M moeite heeft met drammerige, onverdraagzame, brutale en obstinate patiënten. Het valt op dat type M meer moeite heeft dan de andere typen met gekunstelde, geïrriteerde, achterdochtige, arrogante en hautaine patiënten.

Het is significant dat type V relatief nogal wat problemen heeft met minzame en passieve patiënten. Het valt op dat hij het werken met de domme patiënten moeilijk vindt.

Tabel 12.3 Het verband tussen eigenschappen van 'moeilijke patiënten' en de twaalf categorieën. Per categorie het percentage huisartsen dat het betreffende item heeft aangekruist.

Items	Weinig onmacht				Middengroep				Veel onmacht				Totaal n = 129
	++ n = 11	+ - n = 10	- + n = 10	-- n = 8	++ n = 14	+ - n = 14	- + n = 15	-- n = 13	++ n = 8	+ - n = 7	- + n = 11	-- n = 8	
1	46	30	40	13	57	21	27	31	25	43	27	38	33
3	18	0	0	0	7	7	0	15	38	0	9	0	8
5	46	30	40	88	50	43	47	69	50	57	36	38	49
6	0	0	10	0	14	14	0	39	13	14	9	0	10
7	36	20	20	13	14	36	20	39	50	29	36	13	27
12	28	60	80	38	71	43	67	54	25	71	18	50	51
15	46	60	40	13	86	71	47	69	48	71	27	63	54
16	9	20	10	38	43	7	13	15	50	14	36	13	22
17	27	20	40	38	50	71	40	46	25	14	46	25	40
20	36	20	30	0	43	43	27	23	25	57	36	38	32
25	27	40	20	13	36	21	33	62	50	43	18	37	33
26	27	10	0	0	36	14	7	31	13	57	27	25	20
28	36	30	60	38	64	43	47	46	25	14	36	50	43
29	56	60	60	50	71	79	60	85	88	43	73	75	67
30	18	10	70	50	50	50	60	39	13	14	64	38	42
33	27	10	30	38	64	57	27	69	13	43	55	38	41
39	55	60	30	75	100	64	67	62	88	57	34	50	63
41	36	10	20	25	43	50	27	39	50	57	36	25	35
42	63	60	50	25	43	64	80	69	25	71	64	63	59
44	36	10	10	0	50	29	27	15	25	43	46	13	26
47	0	30	0	13	64	14	7	31	0	14	18	0	18
49	27	60	50	38	86	50	60	62	50	43	55	25	53
51	9	10	30	0	29	43	27	46	50	0	55	25	29

Toelichting Er zijn twaalf categorieën: W + + (1), W + - (2), W - + (3), W - - (4), M + + (5), M + - (6), M - + (7), M - - (8), V + + (9), V + - (10), V - + (11) en V - - (12). De eerste + of - heeft betrekking op het verwijscijfer, de tweede + of - op het voorschrijfcijfer; + wil zeggen: meer verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde; - wil zeggen: minder verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde. Een vet gedrukt getal is 'specifiek' voor één categorie: die categorie verschilt 20 procent of meer van het gemiddelde. Een cursief getal is typerend voor meer dan één categorie: deze categorieën verschillen 20 procent of meer van het gemiddelde.

Verklaring

- | | | | |
|----------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 1 Afstandelijk | 15 Onverdraagzaam | 28 Ontoegankelijk | 42 Eisend |
| 3 Impulsief | 16 Dom | 29 Manipulerend | 44 Egocentrisch |
| 5 Afhankelijk | 17 Geïrriteerd | 30 Klagend | 47 Obstinaat |
| 6 Resoluut | 20 Rigide | 33 Brutaal | 49 Hautain |
| 7 Ambivalent | 25 Onderdanig | 39 Arrogant | 51 Amicaal |
| 12 Gekunsteld | 26 Passief | 41 Zelfingenomen | |

12.5. Twaalf categorieën

Tabel 12.3 toont de verschillen tussen de twaalf categorieën in verband met de ‘moeilijke’ patiënten:

- *Categorie 5* heeft, meer dan de andere categorieën, moeite met patiënten die zich in de ogen van de arts afstandelijk of ontoegankelijk opstellen. Hij kan niet goed overweg met hautaine of onverdraagzame patiënten, en al helemaal niet met obstinate patiënten (64 procent versus het gemiddelde van 18 procent).
- *Categorie 6* wordt gekenmerkt door het feit dat deze huisartsen moeite hebben met de patiënten die volgens hen zich irritant opstellen.
- *Categorie 7* heeft moeite met eisende patiënten.
- *Categorie 8* heeft niet alleen moeite met de resolute en brutale patiënten, maar ook met onderdanige patiënten.
- *Categorie 9* heeft problemen met gedragingen van patiënten die gekenmerkt worden door impulsiviteit, manipulatie en ambivalentie.
- *Categorie 10* kan niet goed overweg met de rigide en passieve patiënten. Specifiek is ook dat hij zelfingenomen patiënten moeilijk kan hanteren.

De categorieën 1, 2, 3, 4, 11 en 12 wijken op geen enkel item af van het gemiddelde; ze hebben niet iets specifiek.

We hebben afgezien van beschrijvingen van categorieën huisartsen als verscheidene categorieën verschillen van anderen. Ze zijn wel aangegeven door middel van cursivering in de tabellen. Deze procedure wordt in de hoofdstukken 13 en 14 ook toegepast. We beperken ons door alleen het ‘extreme’ te beschrijven.

13. Eigenschappen van de huisarts

Samenvatting

De geïnterviewde huisartsen beoordelen zichzelf opvallend positief. Dat de drie typen een 'eigen gezicht' hebben, blijkt onder andere uit het feit hoe ze zichzelf zien. De huisarts met weinig onmacht vindt zichzelf resoluut, stipt en zelfingenomen; de huisarts uit de middengroep vindt zich amicaal; de huisarts met veel onmacht oordeelt nogal negatief over zichzelf: afstandelijk, ontoegankelijk, geremd en minzaam. Deze laatste differentieert zijn karaktereigenschappen het beste in vergelijking tot de anderen. Mogelijk heeft de huisarts met veel onmacht de meest genuanceerde kijk op zichzelf. De huisarts van categorie 11 (V- +) vindt zichzelf afstandelijk, impulsief, onderdanig, manipulerend en geremd; deze categorie wijkt het meeste af van het gemiddelde.

13.1. Inleiding

Allereerst zullen de eigenschappen die huisartsen zichzelf toedenken en die het meest worden aangegeven aan de orde komen. Vervolgens worden de drie typen onderscheiden naar de eigenschappen van huisartsen. Tenslotte worden de verschillen tussen de twaalf categorieën aangaande die eigenschappen besproken.

13.2. Huisartsen

Tabel 13.1 laat zien dat de huisartsen zichzelf vooral betrouwbaar, toegewijd, gevoelig, mondig en toegeeflijk vinden.

13.3. Drie typen

Significant is dat type W zichzelf resoluut vindt. Verder geeft *tabel 13.2* weer dat deze

Tabel 13.1 *De items op de vragenlijst over de eigenschappen van de huisarts zelf* die het meest zijn aangekruist. Percentages.*

31 Betrouwbaar	77
55 Toegewijd	75
10 Gevoelig	61
35 Mondig	59
2 Toegeeflijk	56

* Zie bijlage V, deel C.

Tabel 13.2 Verband tussen de eigenschappen van de huisarts zelf* en typen onmacht. Percentages.

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40
1 Afstandelijk	33	23	45
6 Resoluut	65	42	43 ^a
28 Ontoegankelijk	2	5	15 ^a
36 Geremd	22	12	38 ^c
41 Zelfingenomen	22	11	8
50 Minzaam	15	12	25
51 Amicaal	28	42	28
56 Stipt	48	34	35

* Zie bijlage V, deel C.

^a $p < .05$; ^c $p < .01$. Een vet getal geeft aan dat een type zich van de andere typen onderscheidt met 10 procent of meer.

huisarts zich stipt en zelfingenomen vindt. Type M vindt zichzelf amicaler dan de anderen. Significants is dat type V zichzelf geremd en ontoegankelijk beoordeelt. Hij vindt zichzelf ook afstandelijker en minzamer dan de andere typen. Dit type onderscheidt zijn eigenschappen het beste.

13.4. Twaalf categorieën

In tabel 13.3 zien we de verschillen tussen de categorieën:

- *Categorie 2* onderscheidt zich van de andere doordat deze huisartsen zich nauwgezet vinden en passief.
- *Categorie 3* vindt zichzelf naast ongeduldig ook chaotisch.
- *Categorie 4* vindt zichzelf meer betrouwbaar en eisend (50 procent) dan de andere. Met deze eigenschap wijkt deze categorie het meeste af van het gemiddelde (15 procent).
- *Categorie 5* voelt zich meer kwetsbaar dan de andere categorieën. Deze huisartsen vinden zichzelf amicaal.
- *Categorie 6* beoordeelt zichzelf als zwaar op de hand.
- *Categorie 7* vindt zichzelf eerezuchtig en rusteloos.
- *Categorie 8* beoordeelt zichzelf als toegewijd.
- *Categorie 10* vindt zichzelf drammerig en ontoegankelijk, maar beoordeelt zichzelf ook als minzaam.
- *Categorie 11* vindt zichzelf afstandelijk (64 procent versus een gemiddelde van 31 procent), impulsief, onderdanig, geremd en manipulerend. Deze categorie is geschikt als illustratie voor de vraag 'Welke eigenschappen, die de huisarts zichzelf toeschrijft, hangen samen met de onmacht in zijn werk?'.

De categorieën 1, 9 en 12 onderscheiden zich niet van het gemiddelde.

Tabel 13.3 Het verband tussen eigenschappen van de huisartsen zelf en de twaalf categorieën. Per categorie het percentage huisartsen dat het betreffende item heeft aangekruist.

Items	Weinig onmacht				Middengroep				Veel onmacht				Totaal n = 128
	++ n = 11	+- n = 10	-+ n = 10	-- n = 8	++ n = 14	+- n = 14	-+ n = 15	-- n = 12	++ n = 8	+- n = 7	-+ n = 11	-- n = 8	
1	18	40	40	50	21	29	20	8	25	29	64	50	31
3	27	30	50	50	21	29	27	42	25	14	55	38	34
4	46	40	40	63	36	43	80	25	38	29	46	13	43
6	73	80	60	50	36	29	53	33	38	57	64	25	49
8	27	10	10	13	36	29	13	58	50	29	64	13	30
9	0	0	20	25	0	0	0	8	0	29	18	13	8
11	46	30	70	63	36	43	67	33	50	0	73	25	46
13	27	20	40	50	36	29	67	17	13	29	55	50	37
18	9	20	20	13	36	7	40	8	13	0	27	25	20
19	9	10	20	0	21	36	13	8	0	14	18	25	16
21	27	30	50	38	7	21	27	17	13	0	36	25	24
24	9	10	40	0	14	0	7	8	25	0	18	0	11
25	9	0	10	0	0	7	7	0	0	14	27	0	6
26	0	30	0	25	0	7	0	8	0	14	18	0	8
28	9	0	0	0	0	7	7	8	0	29	18	13	7
29	9	10	0	13	0	7	7	0	0	14	27	0	7
31	73	90	80	100	71	79	80	75	75	57	73	75	77
32	18	40	60	50	21	29	13	42	25	29	36	75	34
34	27	50	40	50	57	57	53	33	75	29	46	75	49
36	27	20	10	38	7	7	27	0	38	29	55	25	22
38	46	10	40	50	64	36	47	42	50	29	55	38	43
42	9	20	10	50	7	0	7	8	0	29	36	25	15
45	46	80	40	25	14	50	33	17	38	71	55	38	41
46	64	50	50	13	21	29	13	33	25	29	55	25	34
48	18	40	50	50	43	21	20	33	13	14	18	13	28
50	18	20	20	0	7	14	7	17	25	43	18	25	16
51	46	50	30	0	57	36	40	17	25	43	27	13	34
54	46	70	50	13	21	57	60	33	38	57	46	63	46
55	64	80	80	63	64	71	80	100	75	71	73	75	75
56	46	80	40	38	21	43	60	8	13	71	36	25	40

Toelichting Er zijn twaalf categorieën: W++ (1), W+- (2), W-+ (3), W-- (4), M++ (5), M+- (6), M-+ (7), M-- (8), V++ (9), V+- (10), V-+ (11) en V-- (12). De eerste + of - heeft betrekking op het verwijscijfer, de tweede + of - op het voorschrijfcijfer; + wil zeggen: meer verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde; - wil zeggen: minder verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde. Een vet gedrukt getal is 'specifiek' voor één categorie: die categorie verschilt 20 procent of meer van het gemiddelde. Een cursief getal is typerend voor meer dan één categorie: deze categorieën verschillen 20 procent of meer van het gemiddelde.

Verklaring

1 Afstandelijk	18 Rusteloos	31 Betrouwbaar	48 Bagatelliserend
3 Impulsief	19 Zwaar op de hand	32 Gesloten	50 Minzaam
4 Emotioneel	21 Ongeduldig	34 Secundair	51 Amicaal
6 Resoluut	24 Chaotisch	36 Geremd	54 Nauwgezet
8 Onzeker	25 Onderdanig	38 Kwetsbaar	55 Toegewijd
9 Drammerig	26 Passief	42 Eisend	56 Stipt
11 Intelligent	28 Ontoegankelijk	45 Ordelijk	
13 Eerzuchtig	29 Manipulerend	46 Spaarzaam	

14. Functioneren van de huisarts

Samenvatting

Er is verband tussen verwijzen en voorschrijven. Onder huisartsen die veel verwijzen zijn meer huisartsen die ook veel voorschrijven dan bij huisartsen die weinig verwijzen. Deze huisartsen die veel voorschrijven, doen dat vooral met 'aspecifieke' geneesmiddelen. Huisartsen met veel onmacht verwijzen minder en de apotheekhoudende huisartsen van dit type schrijven minder duur voor dan de andere typen.

Van de 152 huisartsen is 91 procent gevoelig voor waardering. Eveneens 91 procent vindt dat hij zijn patiënten voldoende inlicht. De huisarts met weinig onmacht is goed te spreken over zijn handelen. De huisarts van de middengroep kan moeilijk omgaan met gevoelens van boosheid van de patiënt. Hij geeft graag adviezen. Hij vindt het moeilijk te accepteren dat hij bepaalde patiënten niet echt kan helpen of als vastgelopen systemen in stand blijven. De huisarts van type V heeft moeite zichzelf te corrigeren. Hij heeft nogal eens de neiging te veel hooi op de vork te nemen. Hij voelt zich in zijn werk nogal eens gemanipuleerd en gekrenkt. Hij is geneigd zijn gevoelens weg te stoppen.

De huisarts van categorie 9 (V + +) valt het meeste op in zijn subjectief handelen. Hij heeft er moeite mee wanneer een patiënt een andere huisarts kiest. Hij laat zich nogal eens inpalmen. Impulsieve, manipulerende en ambivalente patiënten geven hem problemen. Hij voelt zich in zijn werk nogal eens gekrenkt en zijn frustratietolerantie is matig.

14.1. Inleiding

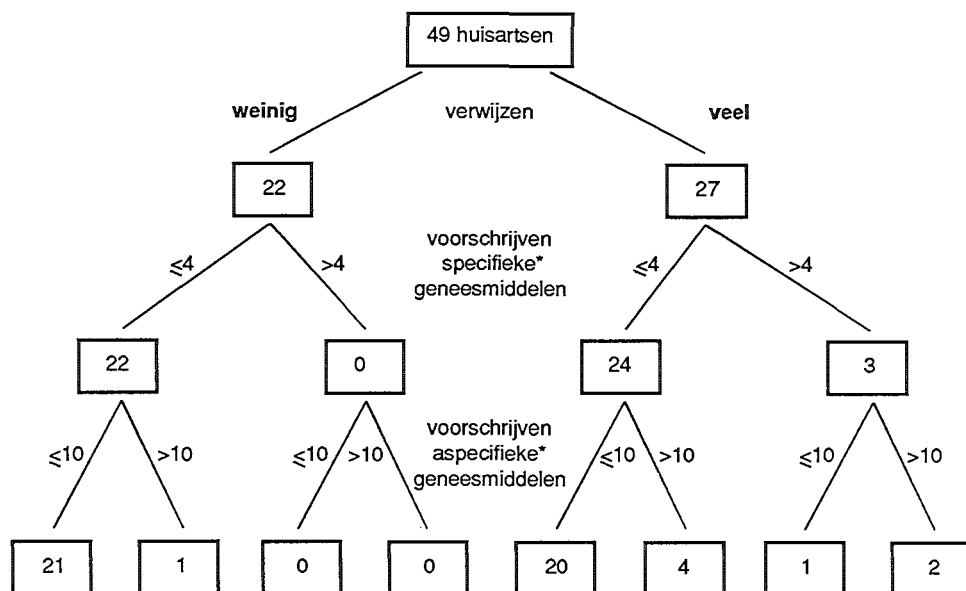
De laatste onderzoeksvraag: 'Hangt onmacht samen met het functioneren als huisarts' wordt in dit hoofdstuk besproken. We maken ook hier het onderscheid tussen objectief en subjectief handelen met andere woorden het verwijzen en voorschrijven van de huisartsen en de meningen die zij over hun functioneren hebben.

Eerst wordt het verband tussen verwijzen en voorschrijven besproken, dan het onderscheid tussen de drie typen naar verwijzen en voorschrijven. Daarna geeft het subjectief handelen eerst een beeld van de geïnterviewde huisartsen, vervolgens van de drie typen en tenslotte van de twaalf categorieën.

14.2. Verwijzen en voorschrijven

In *figuur 14.1* konden 49 huisartsen worden verdeeld in twee groepen: huisartsen die weinig verwijzen en huisartsen die veel verwijzen (> 455 verwijzingen per jaar per 1000 patiënten). Tevens konden deze huisartsen worden onderscheiden in hun voorschrijfgedrag naar specifieke en aspecifieke geneesmiddelen. We zien dat één van de 22 huisartsen die weinig verwijst, >10 afleveringen van aspecifieke en ≤ 4 specifieke geneesmiddelen voorschrijft. De overige 21 huisartsen schrijven ≤ 10 aspecifieke en ≤ 4

Figuur 14.1 Veel/weinig verwijzen en veel/weinig voorschrijven door 49 huisartsen.



specifieke geneesmiddelen voor. Verder laat de figuur zien dat 7 van de 27 huisartsen die veel verwijzen, ook veel voorschrijven: >10 aspecifieke of >4 specifieke of van beide geneesmiddelengroepen.*

14.3. Verwijzen en voorschrijven in verband met onmacht

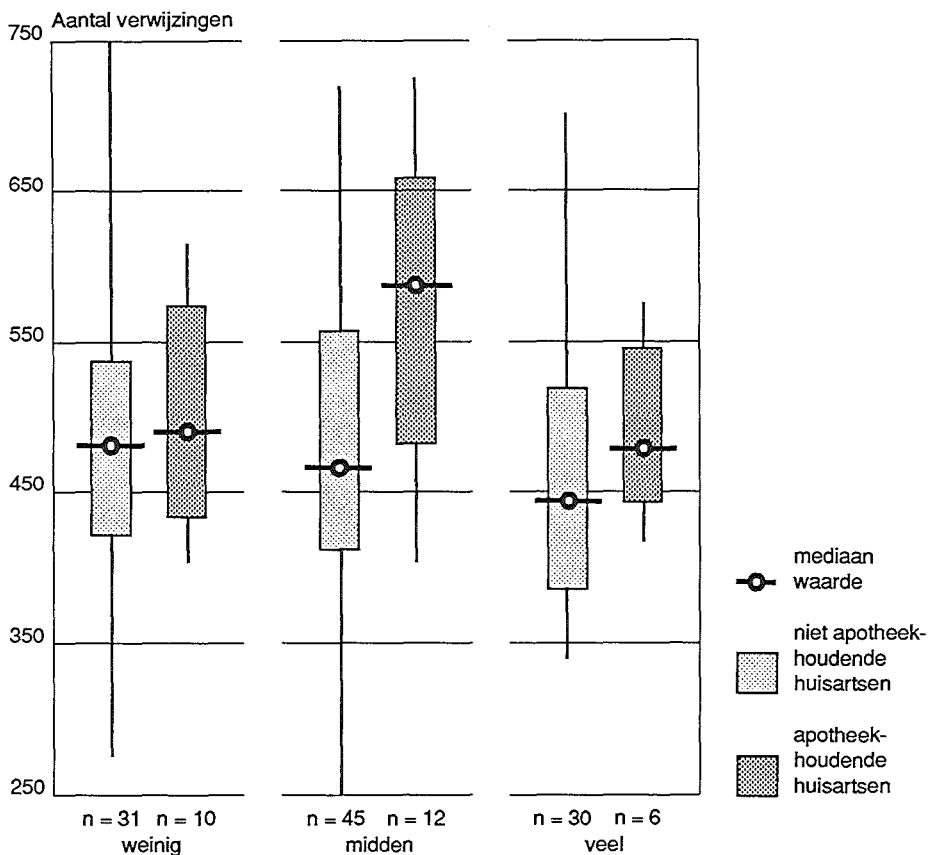
Figuur 14.2 geeft de resultaten van de verwijzingen van niet-apotheekhoudende en apotheekhoudende huisartsen naar type. Figuur 14.3 geeft de significante resultaten betreffende de voorschrijfcijfers van apotheekhoudende huisartsen.

Voor type W ligt de 50e percentiel van de verwijzingen rond de 475 per 1000 verzekerden per jaar (voor niet-apotheekhoudende en apotheekhoudende huisartsen gezamenlijk). De voorschrijfkosten van de apotheekhoudende huisartsen met weinig onmacht zijn f79,- per patiënt per jaar. De niet-apotheekhoudende huisartsen laten zich in het aantal afleveringen nauwelijks onderscheiden (11 afleveringen).

Type M verwijst meer dan type V. Bovendien schrijft de apotheekhoudend huisarts meer voor. In figuur 14.2 zien we dat de 50e percentiel ligt bij 460 verwijzingen per 1000 verzekerden per jaar voor niet-apotheekhoudende huisartsen. Voor apotheekhoudende huisartsen is dat 575 per 1000 verzekerden per jaar. Figuur 14.3 laat zien

* De specifieke geneesmiddelen zijn middelen die gericht gegeven worden naar aanleiding van een diagnose, bijvoorbeeld antihypertensiva, diuretica, cardiaca en anticonceptiva. De aspecifieke middelen worden bij meer symptomatische aanpak gegeven: bij pijnstilling, psychofarmaca, enz.^{96 97}

Figuur 14.2 Interkwartiel-range van verwijscijfers niet-apotheekhoudende en apotheekhoudende huisartsen in verband met onmacht.



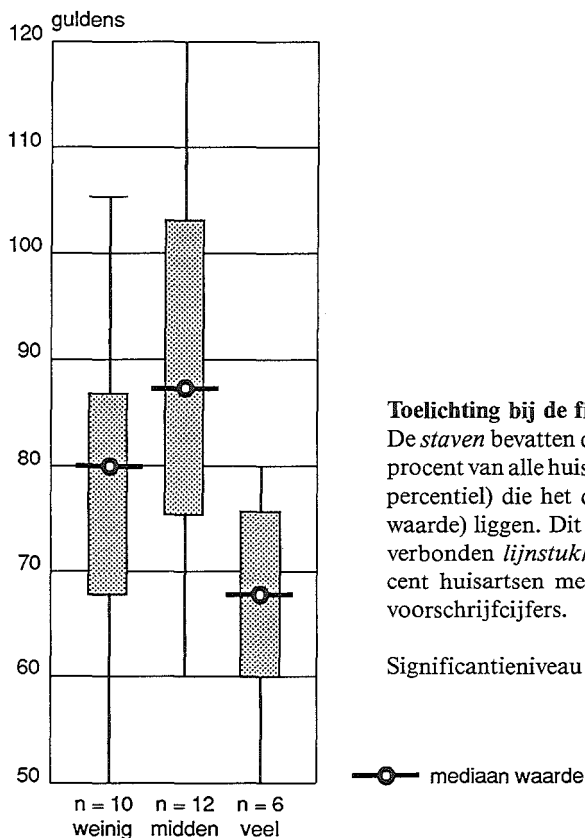
dat de voorschrijfkosten per verzekerde per jaar voor apotheekhoudende huisartsen f 86,- bedragen.

Bij type V ligt de mediaan van de verwijscijfers voor de niet-apotheekhoudende huisartsen bij 438 en voor de apotheekhoudende huisartsen bij 475 (figuur 14.2). De voorschrijfkosten van de apotheekhoudende huisartsen bedragen f 67,- per jaar per verzekerde (figuur 14.3). De interkwartiel-range is smaller dan bij de andere typen.

14.4. Huisartsen en subjectief handelen

Uit tabel 14.1 komt naar voren dat de huisartsen gevoelig zijn voor waardering. Ze vinden dat ze de patiënten voldoende inlichten en informeren. Ze vinden het vervelend door de patiënt te worden afgewezen. Ze geven graag adviezen. En tenslotte vinden ze dat sommige contacten vastlopen.

Figuur 14.3 Interkwartiel-range voorschrijfkosten apotheekhoudende huisartsen in verband met onmacht.



Toelichting bij de figuren 14.2 en 14.3

De *staven* bevatten de verwijs- en voorschrijfcijfers van 50 procent van alle huisartsen (van de 25e percentiel tot de 75e percentiel) die het dichtst bij de middelste (de mediaan-waarde) liggen. Dit is de interkwartiel-range. De daaraan verbonden *lijnstukken* hebben betrekking op de 25 procent huisartsen met de hoogste en laagste verwijs- c.q. voorschrijfcijfers.

Significantieniveau $.05 < p < .10$ (Kruskal Wallis).

Tabel 14.1 De items op de vragenlijst over subjectief handelen met de meeste bevestigende antwoorden* Percentages.

4 Gevoelig voor blijken van waardering	91
5 Licht patiënten voldoende in	91
24 Denkt dat patiënt zich voldoende geïnformeerd vindt	88
23 Vindt het vervelend te worden afgewezen	78
1 Geeft graag adviezen	77
47 Contacten met sommige patiënten lopen vast	77

* Zie bijlage V, deel B.

14.5. Drie typen en subjectief handelen

De huisarts van type W wordt gekenmerkt (statistisch significant) door het feit dat hij zich naar verhouding erg ingenomen voelt met zijn handelen (item 29 van *tabel 14.2*).

Tabel 14.2 *Het verband tussen subjectief handelen* en typen onmacht. Percentages.*

	Weinig n=46	Midden n=66	Veel n=40
1 Geeft graag adviezen	74	91	60 ^d
2 Voelt zich nogal eens gemanipuleerd	54	53	73
28 Moeite met hanteren boosheid patiënt	20	41	22 ^a
29 Ingenomen met eigen handelen	26	9	13 ^a
31 Voelt zich nogal eens gekrenkt	7	9	25 ^b
33 Kan moeilijk accepteren dat patiënt niet kan worden geholpen	50	61	43
44 Stopt gevoelens weg	37	27	48
49 Kan niet accepteren dat vastgelopen systemen in stand blijven	44	56	45
52 Moeite patiënt duidelijk te informeren	7	12	25 ^a
54 Snel oordeel over de patiënt	50	50	63
55 Neemt te veel hooi op de vork	57	55	70
57 Kan zichzelf moeilijk corrigeren	41	44	68 ^a

* Zie bijlage V, deel B.

^d $p < .001$; ^a $p < .05$; ^b $p < .02$. Een vet gedrukt getal geeft aan dat een type zich van de andere typen onderscheidt met 10 procent of meer.

Het is statistisch significant dat type M moeite heeft om met de boosheid van de patiënt om te gaan (item 28) en ook dat hij graag adviezen geeft (item 91). Het valt verder op dat hij moeite heeft te accepteren dat hij de patiënt niet echt kan helpen (item 33) en dat vastgelopen systemen in stand blijven (item 49).

Statistisch significant is de bevinding dat type V zichzelf moeilijk kan corrigeren (item 57) en dat hij moeite heeft om de patiënt duidelijk te informeren (item 52). Ook significant is dat hij zich in zijn werk nogal eens gekrenkt voelt (item 31). Verder valt op dat deze huisarts zich van tijd tot tijd gemanipuleerd voelt (item 2), geneigd is gevoelens weg te stoppen (item 44), gauw een vooroordeel heeft (item 54) en de neiging heeft te veel hooi op zijn vork te nemen (item 55).

14.6. Twaalf categorieën en subjectief handelen

Tabel 14.3 geeft de verschillen tussen de twaalf categorieën wat betreft het subjectief functioneren.

Allereerst komt type W aan de orde:

- *Categorie 1* is geneigd verantwoordelijkheden die bij hun patiënt horen, op zich te nemen (item 9, *tabel 14.3*).
- *Categorie 2* wil er alles aan doen om vastgelopen systemen te veranderen (item 6). Deze huisartsen hebben moeite te accepteren dat ze de patiënt niet echt kunnen helpen (item 33). ‘Nee’ zeggen is voor hen vaak een probleem (item 39) en ze kunnen twijfels slecht verdragen (item 35). Ook kenmerkend is dat ze de patiënt de schuld geven als het mis gaat (item 48).

Tabel 14.3 *Het verband tussen subjectief handelen en de twaalf categorieën. Per categorie het percentage huisartsen dat het betreffende item bevestigend heeft beantwoord.*

Items	Weinig onmacht				Middengroep				Veel onmacht				Totaal n=129
	++ n=11	+- n=10	-+ n=10	-- n=8	++ n=14	+- n=14	-+ n=15	-- n=13	++ n=8	+- n=7	-+ n=11	-- n=8	
1	73	90	60	75	93	93	100	69	50	71	73	38	77
2	64	60	60	50	64	50	47	54	75	57	82	75	60
3	64	70	<i>100</i>	63	86	50	86	46	50	71	34	50	65
6	64	80	50	50	50	43	60	54	50	14	36	37	50
7	64	40	40	38	71	79	93	69	64	86	91	75	69
8	18	40	60	50	43	79	<i>80</i>	54	63	43	64	50	55
9	46	20	30	25	29	29	13	31	13	14	27	25	26
11	44	60	40	50	71	64	27	54	50	71	54	75	54
15	9	10	30	38	50	21	27	31	13	14	55	38	29
16	46	40	20	38	57	50	60	46	88	14	55	50	46
17	36	50	60	37	57	50	67	61	75	29	82	38	59
19	27	40	20	38	50	57	33	39	25	14	36	50	37
20	18	40	10	38	0	21	13	23	25	43	18	25	21
21	27	30	40	25	50	36	27	46	63	43	46	50	40
26	55	30	40	63	64	50	40	54	38	43	82	13	49
27	9	40	20	25	64	50	33	62	75	43	55	38	43
28	0	30	10	50	43	21	40	47	13	29	27	0	27
29	27	0	40	25	21	14	0	8	13	14	9	0	14
30b	18	20	10	25	29	7	33	31	13	43	18	50	24
31	9	10	0	13	14	14	13	0	50	14	18	13	13
33	55	80	40	38	64	36	60	54	38	14	46	38	49
35	9	50	10	0	14	7	7	8	13	0	27	25	14
36	46	40	40	75	71	57	33	54	75	43	73	38	53
37	9	10	40	0	29	14	0	8	25	0	18	13	14
38	9	20	0	0	21	0	7	23	0	43	9	25	12
39	27	60	20	13	43	36	33	23	50	29	46	50	36
40	27	30	40	25	57	43	33	31	50	43	18	63	38
41	46	50	70	50	43	50	60	39	38	86	55	50	52
43	9	10	0	0	36	14	7	15	13	29	9	0	12
44	18	60	30	50	36	29	20	31	50	14	64	50	36
45	9	30	10	38	36	29	40	31	50	29	27	13	29
48	9	50	20	25	21	14	13	15	0	0	9	0	16
49	36	70	30	25	71	43	53	46	63	43	46	0	46
50	9	30	20	25	43	7	20	15	13	14	27	25	21
53	36	30	40	13	50	21	20	23	25	14	36	50	30
54	36	<i>80</i>	40	50	53	43	40	77	<i>88</i>	86	36	75	57
55	46	70	60	50	57	57	60	46	50	86	73	88	60
57	15	70	30	63	71	36	33	31	62	57	73	50	48

Toelichting Er zijn twaalf categorieën: W++ (1), W+- (2), W-+ (3), W-- (4), M++ (5), M+- (6), M-+ (7), M-- (8), V++ (9), V+- (10), V-+ (11) en V-- (12). De eerste + of - heeft betrekking op het verwijscijfer, de tweede + of - op het voorschrijfcijfer; + wil zeggen: meer verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde; - wil zeggen: minder verwijzen c.q. voorschrijven dan de mediaanwaarde. Een vet gedrukt getal is 'specifiek' voor één categorie: die categorie verschilt 20 procent of meer van het gemiddelde. Een cursief getal is typerend voor meer dan één categorie: deze categorieën verschillen 20 procent of meer van het gemiddelde.

Verklaring

- ¹ Ik geef graag adviezen.
- ² Ik voel me nogal eens gemanipuleerd.
- ³ Ik ga in het algemeen snel tot handelen over.
- ⁶ Als ik ervan overtuigd ben dat bepaalde systemen zijn vastgelopen, zal ik alles doen om hierin verandering te brengen.
- ⁷ Af en toe ga ik gebukt onder schuldgevoelens.
- ⁸ Achteraf heb ik nogal eens het gevoel dat ik het anders had moeten doen.
- ⁹ Ik heb de neiging om verantwoordelijkheden die bij de patiënt horen op me te nemen.
- ¹¹ Ik laat me door mijn gevoelens leiden.
- ¹⁵ Ik heb nogal eens de behoefte de patiënt te willen veranderen.
- ¹⁶ Ik heb er duidelijk moeite mee om als patiënt een andere huisarts zoekt c.q.dreigt te zoeken dat te accepteren.
- ¹⁷ Ik betwijfel nogal eens of mijn handelen wel goed is.
- ¹⁹ Eigenlijk ben ik bang dat ik fouten maak.
- ²⁰ Mijn vermogen tot empathie laat eigenlijk te wensen over.
- ²¹ Ik laat me nogal eens inpalmen.
- ²⁶ Ik wil maar al te graag horen dat ik een 'goeie dokter' ben.
- ²⁷ Ik heb er moeite mee om mijn gevoelens van boosheid adequaat te hanteren.
- ²⁸ Ik heb er moeite mee om gevoelens van boosheid van de patiënt adequaat te hanteren.
- ²⁹ Ik ben erg ingenomen met mijn handelen.
- ^{30b} Ik heb de neiging om te rivaliseren met de specialisten.
- ³¹ Ik voel me nogal eens gekrenkt.
- ³³ Ik vind het moeilijk te accepteren dat ik de patiënt niet echt kan helpen.
- ³⁵ Ik kan mijn twijfels slecht verdragen.
- ³⁶ Eigenlijk wil ik graag aardig gevonden worden.
- ³⁷ Bij tijd en wijle heb ik fantasieën dat ik alles kan.
- ³⁸ Ik durf nauwelijks eisen aan de patiënt te stellen .
- ³⁹ Veelal kan ik geen 'nee' zeggen.
- ⁴⁰ Ik heb er moeite mee om met mijzelf te worden geconfronteerd.
- ⁴¹ Ik kan maar slecht verdragen om afhankelijk van anderen te moeten zijn.
- ⁴³ Eigenlijk kan ik geen angst verdragen.
- ⁴⁴ Ik heb de neiging mijn gevoelens weg te stoppen.
- ⁴⁵ Eigenlijk is mijn frustratietolerantie maar matig.
- ⁴⁸ Problemen tussen patiënten en mij moeten overwegend op rekening van de patiënten worden geschreven.
- ⁴⁹ Ik heb er duidelijk moeite mee om te accepteren dat vastgelopen systemen in stand blijven.
- ⁵⁰ Ik ben graag de spil waar alles om draait.
- ⁵³ Ik heb het gevoel dat de patiënten graag doen, wat ik van hen verlang, ook al valt het buiten de rol van huisarts.
- ⁵⁴ Ik betrap me erop dat ik al een oordeel over de patiënt heb, voordat ik hem/haar heb gezien.
- ⁵⁵ Ik heb de neiging te veel hooi op mijn vork te nemen.
- ⁵⁷ Het is moeilijk mezelf te corrigeren.

- *Categorie 3* is erg ingenomen met het eigen handelen (item 29); deze huisartsen hebben soms fantasieën dat ze alles kunnen (item 37).
- *Categorie 4* onderscheidt zich niet specifiek van de gemiddelde huisarts in het subjectief handelen.

Vervolgens wordt het specifieke van het subjectief functioneren van type M vermeld:

- *Categorie 5* kan weinig angst verdragen (item 43). Deze huisartsen hebben het gevoel dat zij de spil zijn waar alles om draait (item 50).
- *Categorie 6* is bang om fouten te maken (item 19).
- *Categorie 7* geeft graag adviezen (item 1).
- *Categorie 8* heeft hier geen specifieke kenmerken.

Tenslotte komt type V aan de orde:

- *Categorie 9* laat zich nogal eens inpalmen (item 21). Deze huisartsen kunnen moeilijk accepteren dat de patiënt een andere huisarts kiest (item 16: 88 procent versus een 'gemiddelde' van 46 procent). Verder kunnen ze slecht een teleurstelling verdragen (item 45) en voelen ze zich gauw gekrenkt (item 31). Deze categorie valt het meeste op.
- *Categorie 10* omvat huisartsen die vinden dat hun empathie te wensen over laat (item 20) en die geen eisen aan hun patiënt durven te stellen (item 38). Het zijn huisartsen die slecht kunnen verdragen om afhankelijk van anderen te moeten zijn (item 41).
- *Categorie 11*. Deze huisartsen willen graag horen dat ze een 'goeie' dokter zijn (item 26). Ze twijfelen soms of hun handelen wel goed is (item 17). Ze kunnen zich nogal eens gemanipuleerd voelen (item 2).
- *Categorie 12*. Deze huisartsen vinden dat ze in hun werk te veel hooi op hun vork nemen (item 55). Ze laten zich nogal eens door hun gevoel leiden (item 11). Bovendien hebben ze de neiging om met specialisten te rivaliseren (item 30). Ze hebben moeite met zichzelf te worden geconfronteerd (item 40).

Deel IV. Beschouwing

De resultaten van deze empirische verkenning zijn gefragmenteerd en zonder commentaar beschreven en dat is soms ten koste gegaan van de overzichtelijkheid. De ‘rode draad’ in deze beschrijvingen wordt gevormd door twee vragen: ‘Wat gebeurt er met de huisarts tijdens een patiëntencontact?’ en ‘Hoe wordt zijn functioneren daarbij zichtbaar?’

Dit zichtbaar maken heeft zijn beperkingen. Gerapporteerd wordt over de antwoorden op vragen en dus niet over geobserveerd gedrag. Dit onderwerp brengt bovendien met zich mee, dat feitelijk gedrag alleen rechtstreeks te observeren is via de betrokken huisarts. Voor het gedrag van de huisarts in het inleidende hoofdstuk zou een observatie van 20 jaar nodig zijn geweest.

Wanneer gesproken wordt over de huisarts betreft dit een huisarts uit de onderzoekspopulatie. Dat wil zeggen dat de steekproeven uit de huisartsen van de twee regio’s geacht worden die twee populaties huisartsen te presenteren.

Onmacht is zeer verweven met andere items, wat in hoofdstuk twee, de analyse van een spreekuurcontact, naar voren kwam. Onmacht is daardoor moeilijk geïsoleerd te meten.

Opvallend is bijvoorbeeld de verwevenheid van onmacht met het subjectief handelen. Het zijn meningen van de huisarts over zijn functioneren. Het is een beperking van een onderzoek met behulp van een vragenlijst (met gesloten antwoordmogelijkheden) dat alleen die meningen duidelijk worden waarnaar geïnformeerd is.

Men kan zeggen dat met dit onderzoek naar alle waarschijnlijkheid slechts een ‘tipje’ van de sluier over onmacht in het werk van de huisarts is opgelicht.

Van belang is verder dat deze beschouwing is geschreven door een huisarts met ruim 20 jaar praktijkervaring. In die periode heeft hij een bepaalde visie ontwikkeld op het functioneren van de huisarts. Hij kijkt door een bepaald sjabloon naar huisartsen. De interpretatie van de onderzoeksresultaten is daardoor wellicht soms ‘gedurfd’ dan door die resultaten wordt gerechtvaardigd. Dit is gedaan om wille van de leesbaarheid.

15. De drie typen huisartsen

15.1. Inleiding

In het voorafgaande zijn de geïnterviewde huisartsen op grond van hun onmachtervaringen onderscheiden in drie typen: de huisarts met weinig onmacht, de huisarts uit de middengroep en de huisarts met veel onmacht. In dit hoofdstuk krijgen deze typen een eigen ‘gezicht’. Deze uitgebreide beschouwing is nodig opdat huisartsen zich kunnen herkennen in de verschillende typen.

15.2. Type W – de huisarts met weinig onmacht

De huisarts van type W vindt zichzelf resoluut en stipt, en is zelfingenomen met betrekking tot zijn handelen; hij heeft minder moeite met patiënten (hij geeft minder moeilijke eigenschappen aan) dan de andere typen; hij verwijst meer dan type V; hij werkt intensief samen met het maatschappelijk werk.

Naar aanleiding hiervan zijn enkele opmerkingen te maken.

- ‘Zelfverzekerd, resoluut en geen moeilijkheden’ lijkt de stijl van de huisarts met een grote praktijk of de apotheekhoudende huisarts, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Het is een stijl van werken die vereist is bij een crisissituatie. Hierbij is leiding geven nodig met een geloof in eigen handelen, in het vak, in de gezondheidstechniek, zoals de klinisch georiënteerde huisarts van *Verhaak* of de doeners en de minimum doeners (+ verwijs of voorschrijfstijl) van *Mokkink*. Dit komt ook naar voren in dit onderzoek: het aantal verwijzingen bij de huisartsen van dit type varieert fors. Deze wijze van functioneren is nodig om de patiënt van dienst te kunnen zijn; dit type huisarts werkt *doctor-centered*.¹³¹

We krijgen uit dit alles de indruk dat type W de patiënt en zichzelf steeds vanuit zijn *vak* beschouwt, en dat hij daar tevreden over is.

- De samenwerking met het maatschappelijk werk biedt wellicht een mogelijkheid om onmacht te verminderen. Een voorbeeld van zo’n mogelijkheid is het Bredase samenwerkingsproject ‘De probleempatiënt in de huisartsenpraktijk’.⁷ De probleempatiënt wordt omschreven als een patiënt die zich afhankelijk van de huisarts opstelt, terwijl de huisarts daarbij onmacht ervaart. De samenwerking tussen huisartsen en een psychosociaal team (psycholoog en maatschappelijk werk) is wellicht van een iets ander gehalte dan samenwerken met maatschappelijk werk alleen, maar het effect was dat 73 procent van de probleempatiënten was verdwenen. Wél kwamen daar evenveel probleempatiënten voor in de plaats, maar de aanpak van de huisartsen bij deze patiënten

was veranderd. Zij durfden er nu beter voor uit te komen dat een bepaalde situatie hen boven het hoofd groeide. De omgang met moeilijke patiënten was veranderd, doordat de huisartsen waren veranderd. Zij voelden zich ‘machtiger’, doordat hun machteloosheid een andere dimensie had gekregen.⁷

- Het lijkt een tegenstelling: een houding van resoluut, stipt en zelfingenomen zijn over het handelen, en intensief samenwerken met het maatschappelijk werk, waar andere kwaliteiten voor zijn vereist. Het *doctor-centered* werken met een klinische oriëntatie zou echter kunnen inhouden dat type W eerder verwijst naar het maatschappelijk werk. De dokter houdt zich bij zijn leest en laat het ‘psychosociale’ aan anderen over. Dat zou kunnen betekenen dat de huisarts daarmee onmachtervaringen voorkomt.

—15.3. Type V – de huisarts met veel onmacht

Dat de huisarts met veel onmacht het gevoel heeft dat hij te kort schiet in zijn communicatieve rol, blijkt uit het feit dat hij vindt dat hij zijn patiënt niet duidelijk kan informeren, dat hij nogal eens een vooroordeel heeft, dat hij de neiging heeft gevoelens weg te stoppen, dat hij moeite heeft zichzelf te corrigeren en dat hij zichzelf afstandelijk en ontoegankelijk vindt. Hij vindt zich minzaam jegens de patiënt: aardig, maar met een overdreven tintje. Hij voelt zich daarbij gemanipuleerd; dit krenkt hem: het doet hem pijn.

Het negatieve beeld dat hij van zichzelf geeft, zal hij misschien een beetje willen compenseren in zijn werk door te veel hooi op z’n vork nemen.

Deze huisarts kan beter dan de andere typen bij zichzelf eigenschappen differentiëren. Hij kent zichzelf als het ware beter, en dit maakt hem ook kritischer tegenover zichzelf dan de andere typen (die daardoor mogelijk minder negatieve eigenschappen bij zichzelf zien).

Deze huisarts doet nogal eens langer dan 10 minuten over zijn contact. Het kan best zijn dat hij een gesprek niet kan ‘sturen’, niet kan beëindigen. Het kan ook zijn dat dit bezig zijn met de persoon (de patiënt en zichzelf) tijd kost. Hij kan zich goed inleven in de ander. Hij kan daardoor accepteren dat hij niet altijd kan helpen en gaat dan ook bij oudere patiënten langer over zijn contacten doen.

Ondanks het feit dat deze huisarts zich te kort voelt schieten, krijgt men de indruk dat het ‘doen’ en ‘zijn’ op elkaar zijn afgesteld. Dit type lijkt een huisarts die *patient-centered*¹³¹ werkt, met een huisartsgeneeskundige oriëntatie (*Verhaak*), een geïntegreerde werkstijl (*Mokkink*). Open staan voor de inbreng van de patiënt en meer oog voor psychosociale klachten sluiten hierbij aan. Dat geldt ook voor de bereidheid op medisch-technisch gebied risico te nemen, omdat deze huisartsen hebben ervaren dat klachten vaak vanzelf overgaan. De huisartsen van type V verwijzen minder. Het zijn de huisartsen met een huisartsgeneeskundige oriëntatie die patiënten meer serieus nemen en meer tijd gunnen. Ze stellen samen met de patiënt vast waardoor de klacht mogelijk wordt veroorzaakt. Dat zou kunnen verklaren dat type V moeite heeft met passieve en domme patiënten.

• *De huisarts die lang over een contact doet*, ervaart veel onmacht in zijn werk. Verschillende verklaringen zijn mogelijk:

1 Deze huisarts *krijgt* door een langer contact gelegenheid onmacht te ervaren. Onmacht krijgen betekent dat dit bij wijze van spreken bij de huisarts de spreekkamer binnen komt. Dit kan een patiënt te weeg brengen met een ingewikkelde mogelijk onoplosbare problematiek. De huisarts met veel oudere patiënten, zoals uiteengezet in de hoofdstukken drie en zeven, kan eerder in moeilijke omstandigheden verzeild raken, langer over zijn contacten doen en meer onmacht krijgen.

Opvallend is dat slechts een kwart van de huisartsen die doorgaans langer dan 10 minuten over een consult doen, huisartsen zijn met praktijken met meer dan 15 procent ouderen. Dat is laag, omdat gemiddeld 40 procent van de geïnterviewde huisartsen meer dan 15 procent oudere patiënten heeft. Bovendien ervaart een huisarts met veel oudere patiënten opvallend weinig onmacht in zijn werk.

Uit dit onderzoek blijkt dus niet dat huisartsen meer tijd nodig hebben voor oudere patiënten. Bovendien blijkt dat veel ouderen in de praktijk niet tot meer onmacht ervaringen leidt. Een uitzondering is de huisarts met veel onmacht (27 procent van de geïnterviewden); die gaat bij oudere patiënten (de aangeboden omstandigheden) wél langer over zijn contacten doen.

2 Deze huisarts *heeft* meer onmacht en doet daardoor langer over het contact. Wanneer we binnen type V de huisarts met lange contacten vergelijken met de huisarts met kortere contacten, dan zien we het volgende: de huisarts met lange contacten heeft meer 'lastige' patiënten, hij heeft meningen over zijn werk (subjectief handelen) waardoor hij eerder kan vastlopen, en hij geeft via indicatoren ('Ik kan me niet goed ontspannen', enz.) meer problemen aan.* Deze gegevens kunnen verklaren dat het primair in de persoon van de huisarts ligt dat hij langer over zijn contacten doet, en niet in de omstandigheden.

Kenmerkend is dat de huisarts die lang over een contact doet, aan onmacht de betekenis van met name *verlamd zijn* toekent.

3 De mogelijkheden van onmacht krijgen of onmacht hebben zouden huisartsen ook wederzijds kunnen beïnvloeden.

Naar alle waarschijnlijkheid kunnen huisartsen ten gevolge van lange contacten onmacht ervaren en anderen door het niet goed omgaan met onmacht tot langere contacten komen en weer anderen hebben de wederzijdse beïnvloeding. Deze studie legt het accent vooral bij het hebben van onmacht waardoor lange contacten ontstaan.

* De huisarts die doorgaans meer dan 10 minuten over een contact doet en veel onmacht in zijn werk ervaart, valt op in vergelijking met de huisarts die korter over zijn contacten doet en veel onmacht ervaart door de vele patiënten waarmee hij door middel van het aankruisen van eigenschappen aangeeft moeite mee te hebben (11 karaktereigenschappen). Deze huisarts vindt dat hij zijn patiënten goed informeert; hij geeft ze graag adviezen. Hij heeft het idee dat de patiënt graag doet wat er van hem wordt verlangd, ook al valt de vraag buiten de rol van huisarts. Hij heeft moeite met zichzelf te worden geconfronteerd. In zijn werk zal hij er alles aan doen om vastgelopen systemen te veranderen. Hij heeft de neiging zich als voorbeeld te stellen voor hoe je moet functioneren. Hij wil ook graag horen dat hij een 'goeie' dokter is. Verder is hij gevoelig voor waardering, laat hij zich door z'n gevoelens leiden en laat hij zich nogal eens inpalmen. Hij kan moeilijk 'nee' zeggen en neemt te veel hooi op zijn vork. Hij rivaliseert met specialisten. Deze huisarts staat doorgaans niet uitgerust op, kan zich moeilijk ontspannen, heeft meer het gevoel 'leeg' en moet zijn dan de huisarts met kortere contacten.

15.4. Type M – de huisarts uit de middengroep

Dat type M zichzelf positief beoordeelt, blijkt uit het feit dat hij zichzelf weinig negatief gelabelde eigenschappen toekent. Hij vindt zich (relatief) amicaal.

Opvallend zijn zijn uitspraken: ‘Ik vind het moeilijk te accepteren als ik bepaalde patiënten niet echt kan helpen of als vastgelopen systemen in stand blijven’. Deze huisarts zal er als het ware alles aan doen veranderingen aan te brengen ten gunste van de patiënt. Het is het beeld van de hardwerkende arts die bewondering afdwingt bij patiënt en collega.

Deze houding zou weleens ten koste kunnen gaan van de huisarts zelf. Dit type scoort hoog op de indicatoren van onmacht: ‘Ik sta niet uitgerust op’, enz. Met zijn ijver dekt hij zich als het ware in tegen kritiek en boosheid van de patiënt, die hij niet kan hanteren. De boosheid van de patiënt is moeilijk voor hem. Dit type heeft problemen met patiënten die mogelijk de rol van patiënt of huisarts niet (kunnen) accepteren. Dit type huisarts heeft moeite met obstinate, arrogante, brutale, hautaine patiënten.

Daarbij past veel ‘doen’, bijvoorbeeld adviezen geven. Hiermee houdt deze huisarts greep op een voor hem moeilijke situatie. Hij verwijst meer dan type V. De apotheekhoudende huisarts van dit type valt daarbij in het bijzonder op, niet alleen door het verwijzen maar ook door het duurder voorschrijven.

Uit het bovenstaande kan men concluderen, dat de huisarts uit de middengroep niet echt tussen de typen W en V in staat. Ook in het samenwerken onderscheidt hij zich van type W en V. Type M werkt vooral samen met de collega’s en niet met het maatschappelijk werk, in tegenstelling tot de andere typen. Wat de verwijs- en voorschrijfcijfers betreft, lijkt type M op type W. Met zijn ijver heeft hij veel weg van de doeners (*Mokkink*).

Het zijn doorgaans de huisartsen met een kleine praktijk, de samenwerkers/part-timers (deze groepen overlappen elkaar – zie hoofdstuk 3) en de huisartsen met meer dan 15 procent oudere patiënten in de praktijk die tot dit type behoren.

- *Huisartsen met een kleine praktijk* (vaker samenwerkers en part-timers) hebben meer gelegenheid tot een intensief contact met hun patiënten. Er kunnen daarbij echter problemen aan het licht komen, die moeilijk te hanteren zijn. In dit onderzoek vinden we dat de huisartsen met een kleine praktijk eerder het gevoel hebben dat ze het anders hadden moeten doen, en ze zijn banger om fouten te maken dan hun collega’s met een grote praktijk**

Het heeft er alle schijn van dat huisartsen met een grote praktijk zekerder zijn van hun diagnose en eerder ‘therapie’ geven voor problemen (met andere woorden: ze ‘doen’ wat). De huisarts met een grote praktijk brengt zichzelf op die manier minder in een positie om onmacht te ervaren, dan de huisarts met een kleine praktijk.

** Vergelijken we binnen type M de huisarts met een kleine praktijk met een huisarts met een grote praktijk, dan heeft de eerste achteraf eerder het gevoel dat hij het anders had moeten doen, en is hij ook eerder bang om fouten te maken. Hij heeft bovendien moeite met eisende en obstinate patiënten.

- *De samenwerkers en part-timers* komen in de literatuurstudie (zie hoofdstuk 3) naar voren door: een 'ideologische' instelling, een ruimere gelegenheid om (al of niet bewust) onmacht te ondervinden, het stellen van meer psychosociale diagnosen en het meer uit handen geven (zowel aan collega's als aan patiënten).

Een aantal van deze 'opmerkingen' is nogal subjectief. Ze komen naar voren, doordat de samenwerker dit beeld zelf oproept. Er kan echter een groot verschil bestaan tussen dit subjectieve beeld dat de 'ideale dokter' oproept, en de werkelijkheid, zoals in hoofdstuk 3 is uitgewerkt. Deze verschillen kunnen bij de betrokken samenwerkers negatieve gevoelens oproepen, zoals teleurstelling en onmacht door het onvermogen daar verandering in aan te brengen.

Omdat men toch met elkaar wil functioneren, zou men deze gevoelens weleens minder goed kunnen onderkennen. Tussen collega's zijn er nogal eens tegenstrijdige belangen: over en weer fungeren zij als steunpilaar, gesprekspartner en waarnemer, maar ook als concurrent. De ambivalentie die daar het gevolg van is, valt moeilijk te hantieren. Het niet goed functioneren in een collegiale verhouding maakt onzeker, met als gevolg streven naar zekerheidsdiagnosen, wat weer leidt tot meer verwijzen'.¹³²

Er is weinig gepubliceerd over negatieve gevoelens die bij artsen ontstaan als gevolg van samenwerking. In het mondelinge circuit tussen artsen ligt dit anders. Intensief samenwerken met collega's, zoals in toetsingsgroepen, is een basisvoorwaarde om onmacht te verminderen. Het relationeel niveau is essentieel bij deze groepen. Er is een gevoel van veiligheid bij de leden nodig om individuele normen, waarden en verwachtingen te bespreken. Is er een goed toetsingsniveau, dan werken de leden gericht en systematischer, en verbetert het hanteren van de arts-patiënt relatie en het psychosociaal handelen. Er ontstaat een adequater gedrag, wat zich onder meer uit in het minder voorschrijven van specifieke geneesmiddelen.^{133 134}

Men krijgt de indruk dat bij het samenwerken met collega's het proces van reductie van onmacht (van V naar M, van M naar W) blijft steken bij de M.

De relatie met het maatschappelijk werk is mogelijk makkelijker dan met de collega's. De maatschappelijk werker is vertrouwd met het hanteren van negatieve gevoelens (onmacht) en daardoor mogelijk beter in staat adequaat feedback te geven dan de collega-huisarts (zoals ook blijkt uit het effect van het psychosociale team in Breda). De relatie is vooral makkelijker, omdat er niet zoveel 'dubbelrollen' zijn als met de collega's.

Volgens *De Swaan* wordt dit relationele niveau vaak niet bereikt. Dit komt door een verschuiving in de collegiale solidariteit van meer emotionele naar zakelijke aspecten. Er is wel zakelijke aandacht voor elkaars werk, maar geen affectieve aandacht voor elkaars problemen.³³

- *De huisarts met meer dan 15 procent oudere patiënten in zijn praktijk* zal vaker met verschillende problemen tegelijk worden geconfronteerd dan zijn collega met minder oudere patiënten. Dit is in hoofdstuk 3 uitgewerkt. Ook kwam daar aan de orde dat de oudere patiënt zijn problematiek versluierd aanbiedt en dat de huisarts deze problemen veelal niet wil of kan zien. Dit laatste wordt in dit onderzoek bevestigd. 'Of ouderen de problemen versluierd aanbieden' kunnen we hier niet beoordelen. We richten ons in dit onderzoek op de huisarts.

Dan blijkt dat een huisarts met doorgaans lange contacten relatief weinig oudere patiënten in zijn praktijk heeft. Verder vinden we dat de huisarts met veel oudere patiënten in het algemeen snel tot handelen overgaat, naar alle waarschijnlijkheid omdat de drukte van de praktijk dat van hem verlangt.

De huisarts met meer dan 15 procent oudere patiënten is in meer dan 50 procent van de gevallen een huisarts van type M. Gezien de problemen, zou men eerder type V verwachten. De huisarts van het type M zou de problemen die onmacht kunnen veroorzaken wel eens uit de weg kunnen gaan. Deze problemen die in de oudere levensfase naar voren komen vragen om andere kwaliteiten van de huisarts.

Deze gegevens bevestigen de indruk dat de huisarts bij de oudere patiënt weinig aandacht besteedt aan de psychische problemen.⁶³

16. Moeilijke patiënten

Met de benaming ‘moeilijke patiënten’ wordt bedoeld: patiënten met persoonlijkheidskenmerken waarvan de huisarts meent dat hij er moeite mee heeft.

Het ontstaan van ‘moeilijke patiënten’ kan zich over een lange periode uitstrekken. ‘Door het niet kunnen omgaan met’ kunnen ‘moeilijke patiënten’ na een aantal contacten geleidelijk aan duidelijk worden. Hierbij zal vaak een vooroordeel van de huisarts een rol spelen, zoals bij de inleidende geschiedenis van de ondernemer. Toen ‘vluchtte’ de huisarts in te vroeg onderzoek.

Van de 152 huisartsen heeft 89 procent moeite met drammerige patiënten. De drammerige patiënt heeft iets continu eisends over zich. Met de eisende patiënt heeft één categorie huisartsen het specifiek moeilijk: de huisarts uit de middengroep die weinig verwijst, veel voorschrijft en graag adviezen geeft. De patiënt vraagt veel van hem, zet hem onder druk en gaat eisen stellen. De huisarts gaat hem als een moeilijke patiënt beoordelen. Dit kan door de huisarts ervaren worden als iets wat van buiten op hem afkomt. Dit zou onmacht bij hem kunnen geven. Hij reageert hier mogelijk op met inadequaat handelen. Dit zou té veel voorschrijven kunnen zijn of té veel adviezen geven. De patiënt kan hierop drammerig reageren. Er ontstaat een opeenstapeling van problemen met een vicieuze cirkel.

Van de geïnterviewde huisartsen heeft 54 procent het moeilijk met de onverdraagzame patiënt, opvallend minder dan met een drammerige patiënt. De drammerige patiënt is voor meer huisartsen belastend dan de onverdraagzame patiënt. De drammerige patiënt wil of eist iets van de huisarts; de onverdraagzame patiënt verdraagt iets of zichzelf of een ander niet.

Het kenmerk van een vicieuze cirkel is, dat begin en einde onduidelijk zijn; met andere woorden: wat is primair? Men kan zich afvragen:

- Welke patiënten zullen eerder worden verwezen en krijgen minder voorgeschreven: de voor de huisarts (met veel onmacht) rigide, passieve of met zichzelf ingenomen ervaren patiënt, of de geïrriteerde patiënt die een huisarts uit de middengroep consulteert?
- Wat gebeurt er met de klagende patiënt? Deze patiënt krijgt eerder een recept!
- Welke patiënt wordt niet opvallend veel verwezen of krijgt naar verhouding weinig medicatie? Uit dit onderzoek blijkt dit de onderdanige patiënt te zijn die een huisarts uit de middengroep consulteert. Maar ook de resolute en de brutale patiënt wordt weinig verwezen en krijgt weinig recepten. Hoewel de onderdanige patiënt mogelijk voor de huisarts makkelijker te hanteren is dan de resolute en de brutale patiënt, reageert de huisarts gelijk wat betreft het objectief handelen (het verwijzen en voorschrijven).

Het lijkt erop dat ook in de vicieuze cirkel de persoon van de dokter cruciaal is. Deze bepaalt grotendeels wat er met de door hem als moeilijk ervaren patiënten gebeurt. De indruk bestaat dat de ene verrichting een andere oproept. Er ontstaat een soort verrichtingenspiraal. Het is relevant dat de huisarts zich dit realiseert en zich vervolgens afvraagt: 'Hoe kan ik deze cirkelgang effectief doorbreken?'

Van de 152 geïnterviewde huisartsen heeft 49 procent moeite met de afhankelijke patiënt; vooral huisartsen met weinig onmacht en huisartsen uit de middengroep hebben het met deze patiënt moeilijk, wanneer ze tot de categorie behoren van weinig verwijzen en voorschrijven. De huisartsen die veel onmacht in hun werk ervaren (en weinig verwijzen en voorschrijven), hebben geen opvallende problemen met de afhankelijke patiënt. Welke huisartsen zouden een bijdrage kunnen leveren aan de vele van de gezondheidszorg afhankelijke patiënten, waarbij processen van organisatie van de klacht (*Balint*) en van somatische fixatie (*Grol* e.a.) een rol hebben gespeeld? Uit het bovenstaande zou men kunnen concluderen dat andere factoren dan verwijzen en voorschrijven in dit geval een rol spelen bij de somatische fixatie.

De huisarts uit de middengroep die veel verwijst en voorschrijft (categorie 5) valt op, omdat hij vergeleken met het gemiddelde het moeilijker heeft met de obstinate, de onverdraagzame, de afstandelijke, de ontoegankelijke en de hautaine patiënt. Deze problemen zouden kunnen ontstaan omdat deze patiënten de rol van patiënt of de huisarts niet (kunnen) accepteren en de huisarts daar niet mee om weet te gaan. Deze categorie valt op omdat deze huisarts eigenlijk maar weinig angst kan verdragen en omdat hij graag de spil wil zijn waar alles om draait.

Wanneer een patiënt deze huisarts raadpleegt, zal hij eerder verwezen worden of medicatie krijgen. Dit kan tot op zekere hoogte strijdig zijn met de spilfunctie. Maar met angst is het moeilijk werken. Wanneer er verband is tussen deze items zou het verwijzen en voorschrijven dan in het teken kunnen staan om dit gevoel te vermijden?

17. Eigenschappen van de huisarts

Dat de geïnterviewde huisartsen op hun gevoelens aanspreekbaar zijn, wordt duidelijk doordat meer dan de helft gauw emotioneel geroerd is. Bijna de helft van de huisartsen is 'leeg' na het werk. Veel huisartsen geven bijna de indruk dat ze overspannen zijn: ze hebben nogal eens het idee dat het werk hen te veel is, ze zijn gevoelig voor geluiden, ze hebben het gevoel dat de pleziertjes van het leven aan hen voorbijgaan.

De geïnterviewde huisartsen beoordelen zichzelf nogal positief: 77 procent vindt zichzelf betrouwbaar, 75 procent toegewijd, enzovoort. De huisarts die weinig onmacht ervaart, weinig verwijst en voorschrijft (categorie 4) vindt zichzelf betrouwbaar en eisend. De onderzochte huisartsen zijn waarschijnlijk onvolledig in hun zelfbeoordeling, op grond daarvan zijn de eigenschappen van de huisarts nauwelijks in deze studie uitgewerkt.

Welke eigenschappen van de huisarts samenhangen met onmacht, kan het duidelijkst worden geïllustreerd aan de huisarts uit categorie 11 (de huisarts met veel onmacht die weinig verwijst en veel voorschrijft). Deze huisarts vindt zichzelf afstandelijk, geremd, onderdanig en ook impulsief en manipulerend. Een handicap van deze huisarts is dat hij twijfelt aan zijn handelen en graag wil *horen* dat hij een 'goeie dokter' is. Met andere woorden: wanneer men hem een goede dokter vindt en hem dat ook laat blijken, dan is het goed. Hij hoeft niet echt een goede dokter te *zijn*. Door zijn gedrag legt hij zich erop toe door de ander geprezen, gewaardeerd te worden. Wanneer iemand op bewondering uit is, zal hij zich aangetrokken voelen tot mensen die dat soort signalen uitzenden, mensen die bereid zijn hem te bewieroken. Welke prijs zal hij daarvoor betalen?⁵

Hij voelt zich nogal eens gemanipuleerd en hij ervaart veel onmacht in zijn werk. Wanneer de items van de huisarts van categorie 11 samen zouden hangen, dan ontstaat de indruk dat door wat te 'doen', bijvoorbeeld een recept te schrijven het gevoel van gemanipuleerd worden of onmacht zou kunnen worden versluierd. Huisartsengedrag is vrij consistent,¹¹ stabiel gedrag.^{129 130} Hij is een huisarts met hoge voorschrijfcijfers.

Er is uit de literatuur veel bekend over de omstandigheden en hoedanigheden waaronder huisartsen veel verwijzen en/of voorschrijven. Er is weinig bekend over wat voor huisartsen dat dan wel zijn. De meest opvallende eigenschappen zullen worden genoemd:

- Welke eigenschap hoort bij de huisarts die veel verwijst en voorschrijft? De amicale dokter uit de middengroep.
- Wat kenmerkt de huisarts die veel verwijst en weinig voorschrijft? De huisarts met veel onmacht die zichzelf als minzaam kwalificeert.

- Welke eigenschap heeft vooral de huisarts die veel voorschrijft en weinig verwijst? De huisarts met veel onmacht die zich afstandelijk en geremd vindt.
- Welke eigenschap heeft vooral de huisarts die weinig verwijst en voorschrijft? Het is een huisarts met weinig onmacht en die zich eisend vindt.

Het onvolledige beeld dat de huisarts van zichzelf geeft, zal moeten worden aangevuld met nader onderzoek.

18. Functioneren

18.1. Objectief handelen

Het objectief handelen is beoordeeld op basis van de verwijs- en voorschrijfcijfers. Er kan in dit onderzoek niet worden gesproken van afwijkende verwijs- en voorschrijfcijfers; het gaat om handelen boven en beneden de mediaan.

Verwijzen en voorschrijven zijn in het algemeen een maat voor het goed functioneren van de huisarts. Er worden in deze studie in zekere zin reacties ‘zichtbaar’ gemaakt.

Wanneer we kijken naar het voorschrijfgedrag van 22 huisartsen die weinig verwijzen, en 27 huisartsen die veel verwijzen, dan zien we dat een huisarts die veel verwijst vaker ook meer voorschrijft. Dit doet hij vooral met aspecifieke geneesmiddelen. Dat is een aanwijzing dat ‘doeners’ niet selectief zijn, maar in algemene zin veel doen: anamnese, onderzoek en/of therapie. Zo is bekend dat een verruiming van de diagnostische faciliteiten voor de huisarts nog niet betekent dat de huisarts ook minder verwijst. Dat laatste hangt onder meer van de persoon, van meer individuele condities af.¹¹⁸

18.2. Subjectief handelen

Een hoog percentage huisartsen is gevoelig voor waardering en vindt het vervelend te worden afgewezen. Dit geeft de kwetsbaarheid aan. Het gevoel van eigenwaarde wordt hiermee afhankelijk van anderen. *Alice Miller* noemt dit de ‘alsof-persoonlijkheid’.⁹² Deze kwetsbaarheid wordt bij alle huisartsen in gelijke mate waargenomen; dit item is niet specifiek voor een van de categorieën.

Categorie 9 (veel onmacht en veel verwijzen en voorschrijven) valt het meeste op wat betreft het subjectief handelen. Deze huisartsen hebben meer moeite dan de anderen wanneer de patiënt een andere huisarts kiest. Hun frustratietolerantie is matig. Zij voelen zich in hun werk nogal eens gekrenkt. Zij laten zich wel eens inpalmen. De impulsieve, de manipulerende en de ambivalente patiënten geven hen meer problemen dan andere categorieën.

Wanneer een patiënt een van deze huisartsen consulteert, zal hij sneller verwezen worden en/of medicatie krijgen dan bij andere huisartsen. Dit is op zichzelf juist. Er is niet altijd onderzoek nodig in de huisartspraktijk om tot een verwijzing of een recept te komen. Het kan echter zijn dat wanneer er verband bestaat tussen de genoemde items deze huisartsen het verwijzen en voorschrijven gebruiken, doordat zij de bovengenoemde gevoelens en ervaringen niet kunnen hanteren.

19. Slotbeschouwing

In deze slotbeschouwing komen de volgende vragen aan de orde:

- 1 Onder welke condities, de praktijkvoering en de persoon van de huisarts betreffende, leidt geneeskundig handelen tot ervaringen van onmacht.
- 2 Onder welke condities met betrekking tot het type patiënt, de klacht en het probleem van de patiënt en de situatie in de spreekkamer van de huisarts, treden ervaringen van onmacht op?
- 3 Welke artsen onderkennen hun ervaringen van onmacht niet?
- 4 Welk onderzoek is verder nodig?

19.1. Praktijkvoering en persoon van de huisarts

19.1.1 *Factoren verbonden met de praktijkvoering*

In dit onderzoek is de relatie tussen het optreden van ervaringen van onmacht en een aantal praktijkvariabelen onderzocht. Dat is niet hetzelfde als de praktijkvoering. Met dit laatste wordt meestal de wijze waarop de huisarts zijn praktijk regelt bedoeld. Heeft hij een assistente? Is zijn waarneming goed georganiseerd? Hoe zijn de spreekuren geregeld? Is hij gemakkelijk bereikbaar?

De onderzochte praktijkvariabelen betreffen de aanwezigheid van een apotheek, de grootte van de praktijk, het aantal ouderen in de praktijk, het part-time of full-time in de praktijk werkzaam zijn, het solistisch werken of wel de praktijk uitvoeren in samenwerking met één of meerdere collegae. Deze variabelen kunnen slechts ten dele gerelateerd worden aan de praktijkvoering. Een huisarts met een grote praktijk die samenwerkt met een collega heeft moeite op de hoogte te blijven van het wel en wee van al zijn patiënten. Het is zeer goed denkbaar dat hij zich vaak machteloos voelt indien hij op de hoogte wil zijn van de verwijzingen, van de ingekomen specialistenbrieven van alle patiënten.

Uit dit onderzoek blijkt nu dat apotheekhoudende huisartsen relatief gezien, weinig onmacht ervaren. Het hebben van een apotheek is kennelijk iets dat deze huisartsen goed in de hand hebben.

Het is opvallend dat huisartsen met een kleine praktijk en part-timers veelal huisartsen zijn die tot de middengroep behoren. We hadden verwacht dat deze huisartsen eerder gelegenheid hebben om onmacht te reduceren. Meer tijd alleen geeft daarvoor onvoldoende mogelijkheden.

Interessant is dat juist degenen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, relatief veel onmacht ervaren in hun werk.

Wat het samenwerken met collega's betreft blijkt uit dit onderzoek dat wanneer dit

intensief gebeurt, er relatief weinig huisartsen zijn met weinig onmacht en veel huisartsen uit de middengroep. Dit hadden we niet verwacht. Er zouden factoren kunnen zijn die bij deze samenwerkers niet alleen onmacht verminderen, maar ook vermeerderen. Dit is in de beschouwing aan de orde geweest.

De intensiteit van de samenwerking met wijkverpleegkundige of fysiotherapeut vertoont in dit onderzoek geen relatie met het ervaren van onmacht in tegenstelling tot die met de maatschappelijk werker. Wat er in de samenwerking tussen de leden van verschillende disciplines plaatsvindt is niet duidelijk. Dit geldt vooral wat betreft de affectieve aandacht.

19.1.2 Factoren verbonden met de persoon van de huisarts

De huisarts die zichzelf beschrijft als afstandelijk, ontoegankelijk, geremd en minzaam, heeft de meeste kans op het krijgen van ervaringen van onmacht in zijn werk. De indruk bestaat dat de wat introverte persoon die dit verbergt achter een minzaam optreden de meeste moeite heeft, terwijl de resolute extravert optredende persoon als huisarts minder onmacht ervaart. De amicale huisarts die zegt weinig onmacht te ervaren heeft daar wel hinder van.

De vraag is of het herkennen van ervaringen van onmacht door de huisarts een positieve bijdrage levert aan de patiëntenzorg. In dit onderzoek is vastgesteld dat dit type huisarts minder verwijst dan zijn collegae. Dit zou men, voorzichtig gesteld, kunnen uitleggen in positieve zin. Ook de bevinding dat apotheekhoudende huisartsen van dit type minder voorschrijven, ondersteunt deze gedachte.

19.2. Type patiënt, klacht en probleem; situatie in de spreekkamer

19.2.1 Welk type patiënt geeft aanleiding tot het ervaren van onmacht?

Vooraf met drammerige patiënten hebben huisartsen het moeilijk. De huisartsen uit de middengroep hebben moeite met drammerige, onverdraagzame, brutale, obstinate, gekunstelde, geïrriteerde, achterdochtige en hautaine patiënten. Kennelijk kunnen deze huisartsen niet goed overweg met deze patiënten. Zij hebben niet goed geleerd op een juiste wijze met deze mensen om te gaan, mogelijk op grond van te weinig inzicht in hun eigen functioneren. Deze groep artsen zou zeer wel kunnen profiteren van een supervisiegroep onder leiding van een psycholoog dan wel van een consultatiegroep naar het model van Balint. De huisartsen die veel onmacht ervaren, hebben moeite met passieve, minzame en domme patiënten. Het blijkt dus dat ook deze patiënten artsen kunnen hinderen. De artsen ervaren onmacht. Ook hier is supervisie c.q. consultatie een mogelijkheid daarin verandering aan te brengen.

19.2.2 Welke klachten geven aanleiding tot het optreden van ervaringen van onmacht?

In dit onderzoek is niet nagegaan welke klachten van patiënten specifiek aanleiding geven tot het ontstaan van ervaringen van onmacht bij huisartsen. Wel is gebleken dat huisartsen moeite hebben met eisende patiënten b.v. een patiënt die een verwijzing naar de specialist eist. Ook ervaren huisartsen onmacht bij klachten die geen lichamelijke

oorzaak hebben en die door hen vrijwel niet te beïnvloeden zijn. Verder onderzoek naar de aard van de klacht en het optreden van onmacht is noodzakelijk.

19.2.3 Welke problemen geven aanleiding tot ervaringen van onmacht?

Wat hierboven over de klachten is gezegd, geldt in mindere mate ook voor de problemen. Het hebben van ouderen in de praktijk is gekozen als voorbeeld van het hebben van een patiënt met een ingewikkelde, mogelijk onoplosbare problematiek. Uit dit onderzoek blijkt dat veel ouderen in de praktijk hebben niet tot meer onmachtervaringen leidt. Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat ouderen nogal veel lichamelijke problemen bij de huisarts presenteren en huisartsen daar geen moeite mee hebben. De vaak ernstige psychosociale problematiek van ouderen zou bij huisartsen wel eens niet aan de orde kunnen komen. Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen met veel oudere patiënten in de praktijk in het algemeen snel tot handelen over gaan en korte contacten hebben met hun patiënten. Dit laatste geldt niet voor de huisartsen met veel onmacht.

19.2.4 In welke situatie treden in de huisartspraktijk ervaringen van onmacht bij de huisarts op?

Hierover is in de paragraaf over de praktijkvoering en de praktijkvariabelen al het nodige gezegd. Uit de inleiding, waarin de patiënt met rugpijn besproken wordt en waarin de huisarts aangeeft al gevoelens van onlust te ervaren als hij de naam van de patiënt op de afspraaklijst ziet staan, blijkt wel dat de situatie complex is. Immers nadat de huisarts de bandopname van het spreekuurcontact bekijkt, ervaart hij, hoe hij de situatie in de hand tracht te houden, door onderzoek te doen terwijl hij weet dat de oorzaak van de klacht elders gelegen is. Dit laatste echter wordt door de patiënt ontkend en dat nu maakt de huisarts machteloos. De huisarts probeert macht over de situatie in de spreekkamer te houden – hij is niet bereid deze met een patiënt die iets wenst te verbergen, te delen.

Deze situatie die zich in de intimiteit van de spreekkamer voordoet is niet nader onderzocht, maar was wel aanleiding tot het onderzoek. Ook hier is nader onderzoek, bijvoorbeeld door middel van bestudering van videobanden gewenst.

19.3. Welke huisartsen ontkennen ervaringen van onmacht?

In paragraaf 15.4 is de huisarts uit de middengroep uitvoerig beschreven. Het zijn ijverige huisartsen die de neiging hebben te veel hooi op de vork te nemen. Zij hebben veel weg van de doeners, zoals deze door *Mokkink* zijn beschreven. Deze huisartsen zeggen geen onmacht te ervaren, maar blijken er wel hinder van te ondervinden. Op de indicatoren zoals het niet uitgerust opstaan, scoren zij hoog. Ook hebben deze huisartsen meningen over eigenschappen van patiënten, waarmee ze problemen hebben, die veelal overeenkomen met huisartsen met veel onmacht. Aangenomen wordt dat deze huisartsen uit de middengroep ervaringen van onmacht niet onderkennen.

Berust deze ontkenning op hun persoonlijkheid?

Deze huisarts heeft een positief oordeel over zichzelf en kent zichzelf weinig negatief gelabelde eigenschappen toe. Geconstateerd is dat de huisartsen die veel onmacht erva-

ren, het meest gedifferentieerd over zichzelf denken. Men zou ook kunnen zeggen dat de huisartsen van dit type meer zelfinzicht hebben dan de beide andere typen.

Type M lijkt ook een huisarts met vooroordelen omdat hij moeite heeft 'vastgelopen systemen' te accepteren. De vraag is: kan dit worden bijgestuurd?

Het is van belang het type M wat te veranderen in de richting van V. Dit zou mogelijk zijn in supervisie- c.q. consultatiegroepen waarin deze huisarts een wat gedifferentieerder beeld krijgt van zichzelf en beter leert omgaan met zijn vooroordelen. Hiermee kan deze huisarts dan ook zich een attitude eigen maken waardoor hij beter met oudere patiënten kan omgaan; alleen meer tijd voor de ouderen is onvoldoende. De huisartsen met een kleine praktijk behoren veelal tot de middengroep. Maar ook kan de samenwerking met het maatschappelijk werk, blijkens de resultaten van dit onderzoek, daarvoor worden aanbevolen.

Is er een persoonlijkheid die meer bloot staat aan ervaringen van onmacht dan een ander?

Zoals hierboven beschreven is de introverte persoon, die zich minzaam voordoet, bloot gesteld aan onmachtvervaringen. Deze huisarts zou wat assertiever moeten worden, waardoor hij wat beter voor zichzelf opkomt en met name wat minder doet – (hooi op de vork neemt). Hij moet leren ook eens 'nee' te zeggen.

19.4. Welk onderzoek is er verder nodig?

Het onderzoek dat met het verschijnen van dit proefschrift wordt afgesloten, heeft zijn beperkingen. Er is reeds opgemerkt dat het gaat over antwoorden op vragen en niet over geobserveerd gedrag. Voor verder onderzoek is directe observatie van huisartsen noodzakelijk. Dit is mogelijk door video-opnamen te maken in de praktijk en deze op grond van een aantal van te voren vastgelegde criteria te beoordelen. Daarbij zou vooral de vraag moeten worden beantwoord welke huisarts onmacht ervaart bij welk type patiënt.

Naast directe observatie zijn diepte-interviews met de betrokken huisartsen noodzakelijk om deze vragen te kunnen beantwoorden.

Gehoopt wordt dat dit fascinerend onderzoek voorgezet wordt.

Literatuur
Samenvatting
Summary

- ¹ Festen H. De voorlichting van het publiek en de artsen. *Katholiek Artsenblad* 1965; 17-21.
- ² Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman, 1956.
- ³ Foucault M. *De wil tot weten*. Nijmegen: SUN, 1984.
- ⁴ Verhage F, Thiel JH. *Onmacht en macht in de medische situatie [Inaugurele rede]*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1974.
- ⁵ Kuiper PC. *Verborgene betekenissen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- ⁶ Van der Voort H. De 'macht' van de huisarts. *Huisarts Wet* 1982; 25: 135-7.
- ⁷ Sanavro FL. *Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ⁸ De Roeck BP, Van den Abeele J. *Liever leren dan afleren*. Haarlem: De Toorts, 1985.
- ⁹ Anoniem. *Hoe helpt de dokter?* Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
- ¹⁰ Grol R. *Somatische fixatie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- ¹¹ Tielens VCLMG. *Consulten van de huisarts [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- ¹² Duistermaat JH. Ook een arts-patiëntrelatie is wederkerig. *Practitioner (NI)* 1984; 1: 821-6.
- ¹³ Fromm E. *Een kwestie van Hebben of Zijn*. Utrecht: Bijleveld, 1976.
- ¹⁴ Van den Hout WP. *Hulpverlening*. *Wending* 1982 (maart); 191-8.
- ¹⁵ Marcuse H. *De een-dimensionale mens*. Bussum: Werkgroep 2000, 1975.
- ¹⁶ Cassee ETh. *Naar de Dokter*. Meppel: Boom, 1973.
- ¹⁷ Cassee ETh. Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patient. *Huisarts Wet* 1969; 12: 97-104.
- ¹⁸ Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension on interaction theory. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 170-80.
- ¹⁹ Hermans HJM, Hermans-Jansen E, Van Gilst J. *De grondmotieven van het menselijk bestaan: hun expressie in het persoonlijke waarderingsleven*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.
- ²⁰ Sölle D. *Lijden*. Baarn: Bosch & Keuning/Oekumenisch Aktie Centrum, 1973.
- ²¹ Kessener AW. Wat wringt er in de eerstelijnsgezondheidszorg? *Med Contact* 1982; 37: 667-8.
- ²² Krol LJ. *De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg [Dissertatie]*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- ²³ Schouten JAM. Gezag en overleg – signaal en ruis. *Med Contact* 1984; 1360-64.
- ²⁴ De Jongh TOH. Ongerustheid, een eerste lijns ziekte. *Med Contact* 1987; 42: 828-30.
- ²⁵ Huygen FJA, Van den Hoogen HJM, Van de Logt ATM, Smits AJA. *Nerveuze-functionele klachten in de huisartspraktijk II, diagnostisch en therapeutisch beleid*. *Ned Tijdschr Geneeskde* 1984; 128: 1372-6.
- ²⁶ Duistermaat JH. *Stervensbegeleiding: Paultje*. *Med Contact* 1985; 40: 1201-4.
- ²⁷ Duistermaat JH. *Kanker: agressie die agressie oproept*. *Practitioner (NI)* 1985; 2: 217-22.
- ²⁸ Canetti E. *Massa en geweld*. Amsterdam: Atheneum – Polak en Van Gennep, 1976.
- ²⁹ Duistermaat JH, Pruyn RFA, Jonkers R. *Ervaringen van huisartsen in de communicatie met hun kankerpatiënten*. *Practitioner (NI)* 1984; 1: 1335-41.
- ³⁰ Smits A, Mokkink H, Grol R, e.a. *Spreekuurgedrag van huisartsen*. *Huisarts Wet* 1985; 28: 121-5.
- ³¹ Spreeuwenberg C. *Huisarts en stervenshulp*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- ³² Kenter EGH. De plaats van de arts in de medische relatie. *Med Contact* 1987; 42: 964-6.
- ³³ De Swaan A. *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff, 1982.

- ³⁴ Andela M. Kwaliteitsverbetering door mondigheid. *Med Contact* 1985; 40: 1168-70.
- ³⁵ Haug MR, Levin B. Practitioner or patient – who's in charge? *J Health Soc Behav* 1981; 22: 212-29.
- ³⁶ Halfens RJG. Locus of control [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- ³⁷ Freire P. *Paedagogie van de onderdrukten*. Baarn: Anthos, 1972.
- ³⁸ Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980; 11: 933-8.
- ³⁹ Verhaak PFM. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- ⁴⁰ Buma JT. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1959.
- ⁴¹ Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. Tilburg: Katholieke Hogeschool Tilburg, 1982.
- ⁴² Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? *Huisarts Wet* 1981; 24: 424-30.
- ⁴³ Van der Meulen P, Spreeuwenburg C. Praktijkverkleining en de tijdsbesteding van de huisarts. *Huisarts Wet* 1987; 30: 76-8.
- ⁴⁴ Van der Zee J. Herverkavelen in de gezondheidszorg. *Med Contact* 1985; 40: 1265-7.
- ⁴⁵ Bergsma J. Het bezoek aan de huisarts. *Med Contact* 1984; 39: 693-5.
- ⁴⁶ Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1982; 25: 376-88.
- ⁴⁷ Van Aalderen HJ, Van den Hout WP. De huisarts. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- ⁴⁸ Laurysens I, Blanken K, Freriks J, e.a. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. *Huisarts Wet* 1979; 22: 62-9.
- ⁴⁹ Meyerink G. De teambesprekingen. Waaraan moet elk team aandacht besteden? *Huisarts Wet* 1981; 24: 225-33.
- ⁵⁰ Van der Meer K. Onderlinge consultatie. *Huisarts Wet* 1986; 29: 104-6.
- ⁵¹ Bergsma J. 't Spreekuur, naar de huisarts en terug. Tilburg: Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie van de subfaculteit Psychologie, 1982.
- ⁵² Dokter HJ, Verhage F. Balint herzien. Medisch jaarboek, 1984.
- ⁵³ Dokter HJ. Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. *Huisarts Wet* 1981; 24: 415-6.
- ⁵⁴ Stam J. Psychosomatische klachten: over moeilijkheden en mogelijkheden bij hulpverlening. *Huisarts Wet* 1976; 19: 140-4.
- ⁵⁵ De Roeck BP. Recepten om in de puree te raken. Haarlem: De Toorts, 1981.
- ⁵⁶ Van Mierlo G, Smits A. Nerveus-functionele klachten – De huisarts en het gezinsgesprek – De klacht en de huisarts. *Huisarts Wet* 1974; 17: 52-5.
- ⁵⁷ Welle Donker MGE. Het verschijnsel zorg. *Med Contact* 1985; 40: 486-8.
- ⁵⁸ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986.
- ⁵⁹ Anoniem. De ontwikkeling van hulpverleningsbeleid in eerstelijns samenwerkingsverbanden: bejaardenbeleid geïnventariseerd. Bunnik: SI-project, 1985.
- ⁶⁰ Schure LM, Bremer GJ. Wat moet er gebeuren als ik ernstig ziek word? *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 10): 10-1.
- ⁶¹ Schellekens JWG, Hilderink CMA. Morbiditeit van ouderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 10): 7-9.
- ⁶² Van der Zee B. De oudere patiënt en psychosociale problematiek. *Huisarts Wet* 1985; 28: 126-8.
- ⁶³ German PS, Shapiro S, Skinner EA, et al. Onderkenning en behandeling van psychische problemen bij oudere patiënten. *JAMA (NI)* 1987; 219-24.
- ⁶⁴ Ruizeveld-van Wezenbeek K. Wat verwacht u van uw Huisarts? *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 10): 12-3.
- ⁶⁵ Wevers CWJ, Van der Leden J. De hulp van de huisarts aan ouderen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 3-8.
- ⁶⁶ Vandereycken W. Macht en onmacht in de therapeutische relatie. *Gedragstherapie* 1984; 17:

- 313-20.
- 67 Manwardi BH. Satisfaction, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. *JAMA* 1979; 241: 1483-6.
 - 68 Sixma H. Het aanzien van de huisarts in Nederland. *Huisarts Wet* 1986; 29: 343-45.
 - 69 Wachters Kaufman CSM. Voorlichtingsbladen voor patiënten met CVA. *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 10): 38.
 - 70 Standaart CA. Samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg gediagnostiseerd: een voorbeeld van een organisatiediagnose in non-profit organisaties. *M & O* 1985/6; 458-469.
 - 71 Kaasjager DC. Samenwerking: doel of middel? *LVG-cahier* 1985, 3-6.
 - 72 Lamberts H. Samenwerken in een team – een routebeschrijving door ruig landschap. *Huisarts Wet* 1974; 17: 15-23.
 - 73 Van de Sterre CH. Thuiszorgteams, een samenwerkingszorg minder? Theoriewerkstuk V.O.-organisatie en management, 1985.
 - 74 Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond Gezondheidscentrum Withuis II. Criteria voor de patiënt bij de beoordeling van het Gezondheidscentrum. *Huisarts Wet* 1975; 18: 40-2.
 - 75 Crebolder HFJM. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandeling. *Huisarts Wet* 1983; 26: 42-8.
 - 76 Buyten NT, Van der Hoogen R, Monteny AE, e.a. Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet. *Huisarts Wet* 1977; 20: 237-43.
 - 77 Gill K. Samenwerken beter, beter samenwerken. *Huisarts Wet* 1984; 27: 349-50.
 - 78 Hennink PM. Afspraken betreffende samenwerking huisarts/verloskundige. *Huisarts Wet* 1974; 17: 137-40.
 - 79 Hageman GCHA, Jansen HDM. Een voorbeeld van samenwerking in de verloskunde. *Huisarts Wet* 1984; 27: 456-7.
 - 80 Schouten JAM. Anamnese en advies. Leiden: Stafleu, 1982.
 - 81 Klinkert JJ. Huisarts en professie II. *Huisarts Wet* 1978; 21: 43-7.
 - 82 Van Lidth de Jeude AH. De huisarts in de maalstroom der emoties: de ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen. Leiden: Stenfert Kroeze, 1971.
 - 83 Grol R, Mokkink H, Van Eijk J, e.a. De onzekere huisarts. *Med Contact* 1985; 40: 1400-2.
 - 84 Illich I. Grenzen aan de geneeskunde. Baarn: Wereldvenster, 1978.
 - 85 Zola IK. De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Mepel: Boom, 1973.
 - 86 Postma TNM. Afhankelijkheid, een kernprobleem voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1979; 22: 283-7.
 - 87 Naudin R, Stegmann L, Bonarius H. Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. *Med Contact* 1987; 42: 1017-20.
 - 88 Bellema S. De contact frequentie van de allochtone patiënt. *Huisarts Wet* 1986; 29: 48-50.
 - 89 Slegt AC, Van Kessel HA. Ziektegedrag van allochtone patiënten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 289-93.
 - 90 Lens P. Zieke dokters [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.
 - 91 Dokter HJ, Voorhoeve NAJ. De irritatie van de dokter als signaal. *Huisarts Wet* 1962; 5: 280-2.
 - 92 Miller A. Het drama van het begaafde kind. Bussum: Wereldvenster, 1981.
 - 93 Brouwer H. Huisartsen over problemen in het contact met patiënten. *Huisarts Wet* 1983; 26: 181-4.
 - 94 Spanjer M. Niemand kan nu meer om de patiënten heen. *NRC Handelsblad* 22-8-87, Zaterdag bijvoegsel: 8.
 - 95 Van Dantzig A, Waage J. Almacht en onmacht, het verband tussen psychasthenie en neurasthenie. *Huisarts Wet* 1962; 5: 239-45.
 - 96 Mokkink HGE, Tielens VCLMG, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen van huisartsen, *Huisarts Wet* 1986; 29: 72-6.
 - 97 Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van de huisarts [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.

- ⁹⁸ Simon FB. Die 'Macht der Ohnmacht'. Psychiat Prax 1980; 7: 90-6.
- ⁹⁹ IJzermans CJE, Schouwenburg HC. Huisartsen en hun probleempatiënten. Huisarts Wet 1976; 19: 185-9.
- ¹⁰⁰ Waitzkin H, Stoeckle JD. The communication of information about illness. Psychosom Med 1972; 8: 180-215.
- ¹⁰¹ Mulder M. Omgaan met macht. Amsterdam: Elsevier, 1982.
- ¹⁰² Van den Berg JH. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach, 1969.
- ¹⁰³ Rombouts R, Hendriksen J. Is kwaliteit van leven te meten? Med Contact 1983; 38: 1577-8.
- ¹⁰⁴ Pruyn J, Van Brunschot CJM, Verbunt HJM, Borne HW. De rol en de betekenis van de huisarts voor kankerpatiënten. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1984; 62: 806-8.
- ¹⁰⁵ Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ¹⁰⁶ Tausch AM. Gesprekken tegen de angst. Baarn: Ambo, 1983.
- ¹⁰⁷ Mc Cue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 1982; 306: 458-63.
- ¹⁰⁸ Kimsma GK, Ten Have SAMJ. De arts-patiëntrelatie tussen beeld en werkelijkheid. Med Contact 1984; 39: 173-7.
- ¹⁰⁹ Renkema J. Taal en macht. Onze Taal 1985; 54: 66-8.
- ¹¹⁰ Gueggenbuehl-Craig A. Macht als gevaar. Rotterdam: Lemniscaat, 1983.
- ¹¹¹ Thomassen JFM, Woltring FJM. Patiënt en huisarts in gesprek. Huisarts Wet 1982; 25: 470-79.
- ¹¹² Knook H. Radiogram van een vrije vestiging. Huisarts Wet 1985; 28: 58-60.
- ¹¹³ Van der Woude GJ. Het zinloze e.c.g. of Hoe gaan we om met overwaardering van het medisch handelen? Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1261.
- ¹¹⁴ Van Es JC. Verwijscijfers, ondeugdelijk instrument om inzicht te krijgen in de werkelijkheid. Med Contact 1985; 40: 1259.
- ¹¹⁵ Kruidenier HJ. De factoren die van invloed zijn op de hoogte van verwijzpercentages. Jaarboek LISZ 1974.
- ¹¹⁶ Van Busschbach J, Verhaak P. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Maanblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 44: 475-92.
- ¹¹⁷ Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzen naar interne en chirurgische specialismen. Huisarts Wet 1986; 29: 365-8.
- ¹¹⁸ Dopheide JP, Van der Zee J. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Med Contact 1980; 35: 879-4.
- ¹¹⁹ Meyboom WA. De beperkingen van cardiofonie. Huisarts Wet 1983; 26: 136-9.
- ¹²⁰ De Melker RA. Proefonderzoek naar de verwijsgewoonten van een groep huisartsen. Huisarts Wet 1974; 17: 289-94.
- ¹²¹ Rop HJ, Lamberts H, Van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts Wet 1979; 22: 306-12.
- ¹²² Haayer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen na factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
- ¹²³ Post D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Zwolle: Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1984.
- ¹²⁴ Kuyvenhoven MM, Toenders WGM, Blom ATHG. Prescriptie huisartsen. Med Contact 1985; 40: 1425-8.
- ¹²⁵ Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag. Med Contact 1978; 33: 1167-75.
- ¹²⁶ Roolvink EGJJ. Verwijs- en voorschrijfgedrag in de huisartspraktijk. Med Contact 1983; 38: 568-70.
- ¹²⁷ Van den Kleyn E, Kempen RW. De rationaliteit van het recept en de ars praescibendi. TGO 1987; 12: 111-8.
- ¹²⁸ Dokter HJ, Duivenvoorden HJ, Verhage F. Change in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. Fam Pract 1986; 3: 155-63.
- ¹²⁹ Ruhe HAM. Over de verwijsgewoonten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1967; 10: 289-94.
- ¹³⁰ Van Es JC, Pijlman HR. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts Wet 1970; 13: 433-49.
- ¹³¹ Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients: a study of the verbal behavior of general

practitioners consulting in their surgeries. 2nd ed. London: Department of Health and Social Security, 1978.

¹³² Beyst A. Van gezondheidscentrum naar solopraktijk. Med Contact 1985; 40: 1261.

¹³³ Grol R, Mookink H, Schellevis F. Effecten van onderlinge toetsing. Huisarts Wet 1986; 29: 99-103, 141-5.

¹³⁴ Crebolder HFJM. Opnieuw: intercollegiale toetsing via waarneemgroepen – een haalbare kaart? Huisarts Wet 1985; 28: 168-70.

Samenvatting

I. Inleiding

Aanleiding tot dit onderzoek was een op videoband opgenomen spreekuurbezoek van een 55-jarige ondernemer, die mij – niet voor de eerste maal – consulteerde wegens rugklachten. Het terugzien van dit consult riep vele vragen op die met onmacht te maken hadden.

Een nadere analyse (*hoofdstuk 2*) maakte mij duidelijk dat mijn onmachtervaringen in dit consult te maken hadden met een heel complex van gevoelens, opvattingen en attitudes: mijn gevoel van eigenwaarde, mijn mening over mijn functioneren als huisarts, mijn perceptie van ‘moeilijke patiënten’, het consumptiegedrag van de betreffende patiënt, de gevoelens die ik bij onmacht ervaar, mijn attributie van onmacht (‘waar schrijf ik onmacht aan toe?’) en mijn houding van dokter ‘die alles te bieden heeft’. Deze gevoelens, opvattingen en attitudes veroorzaken niet alleen onmacht, zij kunnen op hun beurt ook door onmacht worden opgeroepen.

In de literatuur komt onmacht alleen zijdelings en indirect ter sprake. Uit de literatuurverkenning in *hoofdstuk 3* wordt dan ook niet duidelijk in hoeverre praktijken, merken en werkomstandigheden samenhangen met onmachtervaringen. Ook een eventuele samenhang met ‘moeilijke patiënten’ is niet duidelijk; het is vaak juist het functioneren van de huisarts dat sommige patiënten ‘moeilijk’ maakt, en die ‘moeilijke patiënten’ zijn dan ook min of meer gebonden aan de persoon van die huisarts. Tenslotte kan men zich voorstellen dat bepaalde karaktereigenschappen van de huisarts (bijvoorbeeld te consciëntieus) tot onmacht kunnen leiden. Over de samenhang van eigenschappen van de huisarts en gevoelens van onmacht is in de literatuur echter evenmin iets te vinden.

Het ligt voor de hand dat er een wisselwerking bestaat tussen het functioneren van de huisarts en de mate waarin hij onmacht ervaart c.q. daarmee omgaat. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat ‘veel doen’ (veel verwijzen en/of voorschrijven) ervaringen van onmacht versluiert, of dat – omgekeerd – onmacht veel doen uitlokt. Daarom wordt in *hoofdstuk 4* ingegaan op het functioneren van de huisarts, aan de hand van eerder onderzoek naar werkstijlen, attitudes, en verwijs- en voorschrijfgedrag.

In *hoofdstuk 5* worden de onderzoeksvragen als volgt geformuleerd:

- 1 Ervaren huisartsen onmacht en zo ja, in welke mate?
- 2 Zijn er algemene praktijkgegevens die samenhangen met onmacht?
- 3 Met welke patiënten heeft de huisarts het moeilijk?
- 4 Welke eigenschappen die de huisarts aan zichzelf toeschrijft, hangen samen met onmacht?
- 5 Hangt onmacht samen met het functioneren als huisarts?

II. Methoden

In de *hoofdstukken 6-8* worden de opzet en uitwerking van het onderzoek beschreven.

Uit de huisarts-medewerkers van respectievelijk de Stichting Rotterdams Ziekenfonds en het Ziekenfonds Drenthe/Noordoost-Overijsel te Meppel zijn twee groepen van 88 huisartsen aselekt gekozen. Deze huisartsen werden benaderd voor een interview aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, die uit vier onderdelen bestond:

- algemene gegevens van de huisarts;
- vragen over het subjectief handelen van de huisarts;
- vragen over persoonlijkheidskenmerken van moeilijke patiënten en van de huisarts;
- vragen over onmacht van de huisarts.

Aan het eind van het interview werd de huisarts nog een machtigingsformulier van het VNZ aangeboden. Doel hiervan was het verkrijgen van gegevens over het objectief handelen (aantal ziekenfondsverzekerden, percentage ouderen en voorschrijf- en verwijscijfers in 1983).

Voor de analyse zijn de meeste data gereduceerd tot tweedelingen (bijvoorbeeld: praktijkgrootte 'klein' versus 'groot'; 'veel voorschrijven' versus 'weinig voorschrijven'). Op basis van de gegevens over frequentie, intensiteit en duur van de onmachtervaringen is een typologie van onmacht ontwikkeld: 'veel onmacht' (type V), 'weinig onmacht' (type W) en een middengroep (type M). Binnen deze drie typen is nog nader onderscheid gemaakt naar voorschrijf- en verwijscijfers:

- ++ huisartsen die veel verwijzen en veel voorschrijven;
- + - huisartsen die veel verwijzen en weinig voorschrijven;
- + huisartsen die weinig verwijzen en veel voorschrijven;
- huisartsen die weinig verwijzen en weinig voorschrijven.

Op die manier ontstonden twaalf categorieën.

III. Resultaten

De resultaten worden besproken in de *hoofdstukken 9-14*.

In september en oktober 1985 zijn 152 huisartsen geïnterviewd; dat is een respons van 87 procent.

• *Vraag 1* Van de respondenten zei 30 procent weinig onmacht te ervaren (type W) en 26 procent veel onmacht (type V); 44 procent zat daartussenin (type M). Verder antwoordde 31 procent dat men vaak moe was, 28 procent dat men niet uitgerust opstond, en 18 procent dat men zich niet goed kon ontspannen. Deze respondenten behoorden meestal tot de typen M en V. Deze twee typen onderscheiden zich ook – maar in veel mindere mate – van type W door meer externe attributie.

Verdriet heeft bij 69 procent van de huisartsen van type M veel betekenis; bij type W is dat 43 procent en bij type V 53 procent. Deze laatste huisartsen voelen zich bij onmacht eerder nietig, verlamd en onverschillig.

- *Vraag 2* Bijna 50 procent van de apotheekhoudende huisartsen, 19 procent van de part-timers, 17 procent van de huisartsen met een kleine praktijk en 10 procent van de huisartsen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, behoren tot type W.

De helft (51 procent) van de huisartsen met een kleine praktijk, 52 procent van de huisartsen die meer dan 15 procent oudere patiënten in hun praktijk hebben, en 62 procent van de part-timers behoren tot de middengroep. Bij de samenwerkers komt de typering overeen met de 152 geïnterviewde huisartsen. De onderlinge samenhang van deze algemene gegevens zal hierbij een rol spelen: de huisarts met een kleine praktijk is vaker jong, samenwerker en part-timer. De jongere huisarts heeft relatief meer oudere patiënten in zijn praktijk dan de huisarts uit de onderzoeksgroep (het gemiddelde). De combinatie samenwerker-kleine praktijk wijst sterk in de richting van type M.

Meer dan 50 procent van de huisartsen die langer dan 10 minuten over hun contacten doen, behoort tot type V. Het zijn vaker huisartsen met kleinere praktijken, die langere contacten hebben, en minder vaak jongere huisartsen of huisartsen met veel oudere patiënten. Een huisarts van dit type is een huisarts die bij veel oudere patiënten doorgaans langer over zijn contacten doet; dit doen de andere typen minder.

Intensief samenwerken met het maatschappelijk werk gebeurt het meest door type W. Huisartsen van type M werken veelal intensief samen met de collega's, terwijl de samenwerking met het maatschappelijk werk oppervlakkig is. Huisartsen die geen intensieve samenwerking hebben met collegae en andere werkers in de eerste lijn, behoren vaker tot type V.

- *Vraag 3* Bijna 90 procent van de geïnterviewde huisartsen heeft moeite met de drammerige patiënt.

De huisartsen met weinig onmacht hebben minder moeite met patiënten (ze geven minder moeilijke eigenschappen aan) dan de andere typen.

De huisartsen uit de middengroep hebben moeite met de drammerige, onverdraagzame, brutale, obstinate patiënt en verder de gekunstelde, de geïrriteerde, achterdochtige, arrogante en hautaine patiënt.

De huisartsen met veel onmacht hebben moeite met de passieve en minzame patiënt, ook de domme patiënt geeft hem meer problemen dan de andere typen.

De categorieën 1-4 (W++ , W+ , W- + en W- -) wijken op geen enkel item af van het 'gemiddelde'. Dit laatste geldt ook voor huisartsen met veel onmacht die weinig verwijzen (categorieën V- - en V- +). De huisarts uit de middengroep (categorie 5: M+ +) valt op doordat hij moeite heeft met obstinate, afstandelijke, onverdraagzame, ontoegankelijke en hautaine patiënten. Deze problemen zouden kunnen ontstaan omdat deze patiënten de rol van patiënt of de huisarts niet (kunnen) accepteren en de huisarts daar niet mee om weet te gaan. Deze categorie valt op omdat deze huisarts eigenlijk maar weinig angst kan verdragen en omdat hij graag de spil wil zijn waar alles om draait. Wanneer een patiënt deze huisarts raadpleegt, zal hij eerder verwezen worden of medicatie krijgen.

- *Vraag 4* De geïnterviewde huisartsen beoordelen zichzelf opvallend positief. Dat de drie typen een 'eigen gezicht' hebben, blijkt onder andere uit het feit dat ze een duidelijk beeld van zichzelf hebben:

- de huisarts met weinig onmacht vindt zichzelf resoluut, stipt en zelfingenomen;
- de huisarts uit de middengroep vindt zich amicaal;
- de huisarts met veel onmacht oordeelt nogal negatief over zichzelf: afstandelijk, ontoegankelijk, geremd en minzaam.

De huisarts van type V beschrijft zijn karaktereigenschappen gedetailleerder dan de andere typen. Mogelijk heeft deze huisarts de meest genuanceerde kijk op zichzelf. De huisarts van categorie 11: V- + vindt zichzelf afstandelijk, impulsief, onderdanig, manipulerend en geremd; deze categorie wijkt het meeste af van het gemiddelde. Een handicap van deze huisarts is dat hij twijfelt aan zijn handelen en graag wil horen dat hij een 'goeie dokter' is. Hij voelt zich nogal eens gemanipuleerd en hij ervaart veel onmacht in zijn werk. Wanneer de items van de huisarts van categorie 11 samen zouden hangen, dan ontstaat de indruk dat door wat te 'doen', bijvoorbeeld een recept te schrijven het gevoel van gemanipuleerd worden of onmacht zou kunnen worden versluisd. Huisartsengedrag is vrij consistent, stabiel gedrag. Hij is een huisarts met hoge voorschrijfcijfers.

• *Vraag 5* Er is een verband tussen verwijzen en voorschrijven. Onder huisartsen die veel verwijzen zijn meer huisartsen die ook veel voorschrijven dan bij huisartsen die weinig verwijzen. Deze huisartsen die veel voorschrijven, doen dat vooral met 'specifieke' geneesmiddelen.

De huisarts met veel onmacht verwijst minder duur dan de andere typen, en de apothekhoudende huisarts van type V schrijft ook minder voor; verder bestaat binnen type V een grotere uniformiteit in het verwijzen en voorschrijven dan binnen de andere typen.

Van de 152 huisartsen is 91 procent gevoelig voor waardering. Eveneens 91 procent vindt dat hij zijn patiënten voldoende inlicht.

Ook verder zijn de drie typen goed te onderscheiden in hun subjectief handelen:

- de huisarts met weinig onmacht is goed te spreken over zijn handelen;
- de huisarts uit de middengroep kan moeilijk omgaan met gevoelens van boosheid van de patiënt; hij geeft graag adviezen; hij vindt het moeilijk te accepteren dat hij bepaalde patiënten niet echt kan helpen of als vastgelopen systemen in stand blijven;
- de huisarts met veel onmacht heeft moeite zichzelf te corrigeren; hij heeft nogal eens de neiging te veel hooi op de vork te nemen; hij voelt zich in zijn werk nogal eens gemanipuleerd en gekrenkt; hij is geneigd zijn gevoelens weg te stoppen.

De huisarts van categorie V+ + valt het meeste op in zijn subjectief handelen. Hij heeft er moeite mee wanneer een patiënt een andere huisarts kiest. Hij laat zich nogal eens inpalmen. Hij voelt zich in zijn werk nogal eens gekrenkt en zijn frustratietolerantie is matig. De impulsieve, de manipulerende en de ambivalente patiënten geven hem meer problemen. Wanneer een patiënt deze huisarts consulteert, zal hij sneller verwezen worden en/of medicatie krijgen dan bij andere huisartsen. Het kan zijn dat wanneer er verband bestaat tussen de genoemde items deze huisarts het verwijzen en voorschrijven gebruikt, omdat hij de bovengenoemde gevoelens en ervaringen niet goed kan hanteren.

IV. Beschouwing

Type W, de huisarts met weinig onmacht, heeft een resolute, stipte houding en is ingenomen met zijn handelen. Hij lijkt een ‘doener’ (*Mokkink*) en hij werkt doctor-centered, met een klinische oriëntatie (*Verhaak*). Hij werkt intensief samen met het maatschappelijk werk, waar echter andere kwaliteiten voor nodig zijn. Mogelijk beschouwt hij snel verwijzen als intensief samenwerken en voorkomt hij hiermee onmacht.

De huisarts met een kleine praktijk is weinig van het type W. Meer tijd voor de patiënt wil nog niet zeggen dat hij dan ook beter functioneert.

Type V, de huisarts met veel onmacht, roept een wat overdreven beeld van zichzelf op. Hij kijkt beter dan de anderen naar zichzelf en de patiënt. Hij is meer persoonsgericht bezig. Hij werkt eerder patient-centered, met een huisartsgeneeskundige oriëntatie (*Verhaak*) en een geïntegreerde werkstijl (*Mokkink*). Hij verwijst minder en schrijft minder duur voor. Als daar aanleiding toe is (bijvoorbeeld bij oudere patiënten) doen deze huisartsen langer over hun contacten. In het algemeen krijgen we de indruk dat lang doen over een consult eerder aan de huisarts ligt dan aan de aangeboden problematiek.

Type M, de huisarts uit de middengroep, kan de boosheid van de patiënt moeilijk hanteren. Hij doet zijn best om te voorkomen dat patiënten ‘lastig’ worden en om vastgelopen systemen te veranderen. In het subjectief handelen en het samenwerken (veel met collega’s en minder met maatschappelijk werk) staat dit type niet tussen type W en V in; type M is eerder een ‘doener’ (*Mokkink*). De samenwerker/part-timer (veelal uit de middengroep) heeft meer mogelijkheden om onmacht te reduceren, maar doet dat onvolledig.

We weten niet hoe het komt dat huisartsen zo verschillend omgaan met onmacht. Het is verder de vraag in hoeverre huisartsen in staat zijn gevoelens van onmacht zoals die in het dagelijks werk ontstaan, te herkennen, te verdragen en te hanteren. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

Summary

Powerlessness in general practice. An empirical survey

I. Introduction

This study was prompted by a videotaped office visit of a businessman aged 55 who – not for the first time – consulted me because of back pain. When I looked at this consultation again, many questions to do with powerlessness arose in me.

On further analysis (*Chapter 2*) I became convinced that my feelings of powerlessness during this consultation related to a whole range of sensations, views and attitudes: my sense of self-respect, my view of my functioning as a GP, my perception of ‘difficult patients’, the consumption behaviour of the patient in question, the feelings I experience when powerless, my attribution of powerlessness (‘to what do I ascribe powerlessness?’) and my attitude as a doctor ‘who has everything to offer’. Not only do these feelings, views and attitudes cause powerlessness, they may conversely be evoked by powerlessness, as well.

The literature alludes to powerlessness only obliquely and indirectly. Accordingly, the reconnaissance of the literature reported in *Chapter 3* failed to make clear to what extent the type of practice and the working conditions are connected with experiences of powerlessness. The connection, if any, with ‘difficult patients’ is not clear, either; often it is precisely the GP’s functioning that renders certain patients ‘difficult’, and these ‘difficult patients’ accordingly are to some extent linked to the GP’s personality. Finally, it is conceivable that certain aspects of the GP’s character (e.g. overconscientiousness) may lead to powerlessness. However, the literature contains no information, either, on the relationship between GPs’ qualities and feelings of powerlessness.

Obviously there exists an interrelationship between the GP’s functioning and the extent to which he experiences powerlessness. For instance, ‘doing much’ (many referrals and/or prescriptions) may mask feelings of powerlessness or, conversely, powerlessness may provoke a great deal of activity. In *Chapter 4*, therefore, the GP’s functioning is examined, on the basis of earlier research into work styles, attitudes and referring and prescribing behaviour.

In *Chapter 5* the questions to be studied are formulated as follows:

- 1 Do GPs experience powerlessness and if so, to what extent?
- 2 Are any features of the practice generally connected with powerlessness?
- 3 With what patients does the GP have problems?
- 4 What properties which the GP attributes to himself are connected with powerlessness?
- 5 Is powerlessness connected with the functioning as a GP?

II. Methods

The design and implementation of the study are described in *Chapters 6-8*.

Two groups of 88 GPs each were selected at random from among GPs working with, respectively, the Rotterdam Sickfund Foundation and the Sickfund for Drente/North-East Overijssel in Meppel. These GPs were requested to grant an interview with use of a structured questionnaire that consisted of four parts:

- general data on the GP;
- questions about the GP's activities considered subjectively;
- questions about personality characteristics of difficult patients and of the GP;
- questions about powerlessness of the GP.

On completion of the interview, the GP was offered an authorization form of the VNZ (Netherlands Sickfund Association). Its purpose was the collection of data on objective activity (number of sickfund insured, proportion of older patients and prescription and referral figures for 1983).

For the analysis most questions were reduced to dichotomies (such as: size of practice 'small' versus 'large'; 'many prescriptions' versus 'few prescriptions'). On the basis of data concerning frequency, intensity and duration of the feelings of powerlessness, a typology of powerlessness was developed: 'powerlessness frequent' (type F), 'powerlessness rare' (type R) and an intermediate group (type M). These three types were differentiated further according to referring and prescribing figures:

- ++ GPs who refer often and prescribe much;
- + - GPs who refer often and prescribe little;
- + GPs who refer infrequently and prescribe much;
- GPs who refer infrequently and prescribe little.

Thus, twelve categories were distinguished.

III. Results

The results are discussed in *Chapters 9-14*.

In September and October 1985, 152 GPs were interviewed, i.e. a response rate of 87 per cent.

- *Question 1* Of the respondents, 30 per cent said they experienced powerlessness rarely (type R) and 26 per cent said they felt it frequently (type F); 44 per cent were intermediate (type M). In addition, 31 per cent reported being tired often, 28 per cent not being rested when rising and 18 per cent inability to relax well. Most of these respondents belonged to types M and F. These two types also differ – but to a much less extent – from type R by more external attribution.

Grief is of great importance to 69 per cent of the GPs of type M, 43 per cent of type R and 53 per cent of type F. The last-mentioned group of GPs respond to powerlessness rather with feelings of smallness, paralysis or indifference.

- *Question 2* Almost 50 per cent of the dispensing GPs, 19 per cent of the part-timers,

17 per cent of those with small practices and 10 per cent of those who take longer than 10 minutes for their contacts belong to type R.

One-half (51 per cent) of GPs with a small practice, 52 per cent of those with over 15 per cent older patients in their practice and 62 per cent of the part-timers belong to the intermediate group. The labelling of the cooperators tallies with that of the 152 interviewed GPs in general.

Interconnection of these general data probably plays a part in this respect: the GP with a small practice is more often young, a cooperator and a part-timer. The younger GP has relatively more older patients in his practice than the GP of the study group (the mean). The combination of cooperator-small practice strongly tends to type M.

Over 50 per cent of the GPs who take longer than 10 minutes for their contacts belong to type F. Those who have longer contacts are more often GPs with smaller practices and less often younger GPs or GPs with many older patients. A GP of this type allows more time for his contacts with many older patients; the other types do so less often.

Close cooperation with social services is seen mostly in type R. GPs of type M as a rule cooperate closely with their colleagues, while cooperation with social services is superficial. GPs who do not cooperate closely with colleagues and other workers in primary health care more often belong to type F.

- *Question 3* Almost 90 per cent of the interviewed GPs have problems with the obstinate patient.

GPs with infrequent powerlessness have fewer problems with patients (they report fewer difficult properties) than the other types.

The GPs of the intermediate group have problems with the obstinate, intolerant, rude patients and also with affected, irritable, suspicious, arrogant and haughty patients.

The GPs with frequent powerlessness have problems with the passive and amiable patient, and stupid patients also cause them more problems than the other types.

Categories 1-4 (R+ +, R+ -, R- + and R- -) do not deviate from the 'mean' on any item. This also holds true of GPs with frequent powerlessness who refer rarely (categories F- - and F- +). GPs from the intermediate group (category 5: M+ +) stand out because they have problems with obstinate, distant, intolerant, inaccessible and haughty patients. These problems might be due to the fact that such patients do not (cannot) accept the role of patient or the GP and that the GP cannot cope with this. This category stands out because this GP in fact can tolerate only little anxiety and likes to be the pivot on which everything turns. When a patient consults this GP, he will more readily be referred or given medication.

- *Question 4* The interviewed GPs assess themselves with noticeable positivity. Each of the three types has its 'own face', as appears inter alia from the fact that they have distinct self-images:

- the GP with rare powerlessness regards himself as resolute, punctual and self-satisfied;
- the GP from the intermediate group regards himself as friendly;

- GPs with frequent powerlessness assess themselves rather negatively: distant, inaccessible, inhibited and amiable.

The GP of type F describes his character qualities in greater detail than the other types do. He has perhaps more shades of difference in the way he regards himself. The GP of category 11: F- + sees himself as distant, impulsive, humble, manipulating and inhibited: this category deviates most from the mean. This GP is handicapped by doubt of his own actions; he likes to be told he is a 'good doctor'. Fairly often he thinks he is being manipulated, and he experiences much powerlessness in his work. Correlation of the items of the GP of category 11 leads to the impression that 'doing' something, e.g. writing a prescription, might mask the sense of being manipulated or powerless. His conduct as a GP is fairly consistent and stable. His prescription figures are high.

- *Question 5* Referring and prescribing are related. Among GPs who refer often there are more GPs who also prescribe much than there are among GPs who refer infrequently. These GPs who prescribe much mostly prescribe 'aspecific' drugs.

The GP with frequent powerlessness refers less often than the other types, and the dispensing GP of type F also prescribes less expensive; moreover, within type F there is greater uniformity in referring and prescribing than within the other types.

Of the 152 GPs, 91 per cent is sensitive to appreciation. Also, 91 per cent consider that they give their patients sufficient information.

In other respects, also, the three types differ clearly in their subjective activities:

- the GP with little powerlessness is well satisfied with his activities;
- the GP of the intermediate group finds it difficult to cope with patients' feelings of anger; he likes to give advice; he finds it difficult to accept that he cannot really help certain patients, and that some remain in a deadlock;
- the GP with frequent powerlessness has difficulty in correcting himself; he tends to bite off more than he can chew; he fairly often feels manipulated and hurt in his work; he tends to hide his feelings.

The GP of category F+ + is more than the others conspicuous in his subjective activities. He finds it difficult to accept that a patient chooses another GP. People get round him fairly often. He not infrequently is hurt in his job and his frustration tolerance is only fair. He has more problems with impulsive, manipulating and ambivalent patients. A patient consulting this GP will be referred and/or given medication sooner than by other GPs. If the above items are connected, it may be that this GP uses referrals and prescriptions because he cannot adequately cope with the feelings and experiences mentioned.

IV. Discussion

Type R, the GP with little powerlessness, has an attitude of resoluteness and punctuality and is well satisfied with what he does. He gives the impression of a 'doer' (*Mok-kink*) and his work is doctor-centered, with a clinical orientation (*Verhaak*). He cooperates closely with social work which, however, requires different qualities.

Perhaps he regards quick referrals as close cooperation and avoids powerlessness in this manner.

The GP with a small practice is rarely of type R.

More time for the patient does not necessarily mean better functioning.

Type F, the GP with frequent powerlessness, suggests a somewhat exaggerated self-image. He pays more attention to himself and to the patient. His work is more person-directed, patient-centered, with a primary care orientation (*Verhaak*) and an integrated work style (*Mokkink*). He refers and prescribes less frequently and expensive. When indicated (e.g. with older patients), these GPs allow more time for their contacts.

On the whole the impression is that long consultations are caused by the GP rather than by the patient's problems.

Type M, the GP of the intermediate group, has difficulty in coping with patients' anger. He does his best to keep patients from becoming 'troublesome', and to change jammed systems. As regards subjective activity and cooperation (frequently with colleagues and less with social workers), this type is not intermediate between types R and F; type M is more a 'doer' (*Mokkink*). The cooperator/part-timer (mostly of the intermediate group) has more opportunities to reduce powerlessness, but does so incompletely.

We do not know the reason why GPs handle powerlessness in such different ways. It is also an open question to what extent GPs are capable of recognizing, tolerating and coping with sensations of powerlessness that arise in their daily work. Further research is required here.

Bijlagen

Bijlage I. Hoe maak je jezelf in je werk onmachtig?

Zorg dat je werk nauwgezet, toegewijd en ordelijk plaatsvindt, stipt, zodat er niets op aan te merken is. Maak iets te veel afspraken in een te kort tijdsbestek, zodat iedereen kan zien dat je het druk hebt. Zó dat er eigenlijk niets bij kan. Je hebt dan een excuus (geen tijd) als er een moeilijke klus tussen zit.

Maak ook een ieder in je privéleven duidelijk dat je het druk hebt. Thuis aan tafel ben je nog met je gedachten in de praktijk. Je neemt dan niet op wat thuis gezegd wordt. De geestelijke afwezigheid zet je buiten spel. Je kunt daar gebruik van maken door je huisgenoten te verwijten: 'Jullie vertellen me nooit wat, jullie sluiten me uit!' Met andere woorden: 'Wat ben ik zielig'. Kom thuis aan tafel ook regelmatig altijd iets te laat; dat toont de problematische manier waarop je je vak uitoefent. Doe dat te laat komen ook op vergaderingen, kom daar met veel drukte binnen. Doe tijdens zo'n bijeenkomst wat afwezig, zit met je gedachten nog bij je patiënten (zoals thuis aan tafel). Neem het als een vanzelfsprekendheid aan dat anderen je taak in deze vergadering met plezier van je overnemen.

Laat je in de privésfeer thuis beschermen door je vrouw. Het zielig doen geeft daar reeds aanleiding toe. Dit kun je makkelijk versterken door te vertellen hoe sommige patiënten een 'loopje' met je nemen. De doktersassistente neemt dat beschermen wel over in de werksituatie.

Zorg niet alleen dat je het druk hebt, maar dat je ook druk bent in je werk. Dit kun je het beste laten zien door haastig te zijn. Geef in die omstandigheden aan bepaalde mensen ineens veel tijd en ruimte. Praat dan over dat deel van je vak dat eigenlijk buiten je competentie valt. Ga op dat moment je verdiepen in zaken die al jaren vastzitten.

Wanneer er iets te veel afspraken staan, dan weet je zeker dat de rest van de dag spaakloopt. Wat een ieder ook aan je kan zien, omdat je opgewekt gebukt gaat onder je werk. Je doktersassistente kan zeggen tegen de patiënten die nog niet aan de beurt zijn: 'De dokter had veel moeilijke praatpatiënten vandaag!' Dit wordt vast ook door hen vertaald met: 'Wat is die man goed'. Het is moeilijk kritiek hebben op iemand die zo goed is. Mocht er echter toch kritiek komen, wijt het dan inderdaad aan de drukte of andere moeilijke situaties of de patiënt. Zoek het vooral niet bij jezelf! Je gedrag vraagt eigenlijk om een complimentje; wanneer je dat krijgt, wimpel dit dan af met: 'Het kan eigenlijk nog beter'. Zeg zoiets van 'dat je een onbetekenend radertje bent in de gezondheidszorg'. Dit is natuurlijk ook zo, maar geef dat innerlijk nooit toe, dat zou je grootheidsidee aantasten. Vraag nooit om hulp als het echt te druk is, of als je je niet lekker voelt. Doe er dan echt een schepje bovenop, als bewijs dat je niet kinderachtig bent. Maak van een medische ingreep een succes, zo van: 'We waren er net op tijd bij'. Ze zien je dan een beetje als redder.

Wanneer een patiënt je onzeker maakt, overspoel hem dan met veel woorden. Moei-

lijke woorden en vakjargon maken de ander stil. Deze stilte kan je onzekerheid geven; vul deze op met adviezen, recepten, labwerk, röntgenfoto's, enz., want je kunt nooit weten of je iets over het hoofd ziet.

Twijfel je over jezelf, laat de mensen dan terugkomen, het spreekuur is vol, het geeft een belangrijk gevoel, ook al krijg je het idee dat het mogelijk te vol wordt, zoals we reeds constateerden. Je meent hier in ieder geval mee bereikt te hebben dat de patiënt denkt dat je hem serieus neemt.

Vraag aan de patiënt ook niet duidelijk wat hij van je wil. Hij kan immers weleens wat vragen waaruit blijkt dat de patiënt te hoge verwachtingen van je heeft. Werk zo, dat het ondoorzichtig is wat je te bieden hebt. Een beetje geheimzinnigheid eromheen doet het altijd goed. Dit maakt het ook makkelijker voor je om, als je iets niet kunt, toch een houding aan te nemen van 'dat los ik wel op'. Maak er dus wat van, als je niets te bieden hebt. Bepaal in je werk ook niet de grenzen van je kunnen; verleg de grenzen van je eigen deskundigheid steeds verder en geef daarbij toch de patiënt het idee dat je helpen kunt, en misschien zelfs de enige bent.

Dit voorbeeld is niet compleet zolang de lezer zelf niet zijn regeltje (gedrag) heeft toegevoegd.⁸

Wanneer je consequent deze regels uitvoert, dan zul je weleens vast kunnen lopen. Daar moet je beslist niet bij stilstaan, doordoen. Een hulpmiddel daarbij kan een extra borreltje zijn. Dit gedrag staat garant voor een volledige blokkade op den duur. Je bent in die omstandigheden niet meer in staat actief zelf een poging te ondernemen om je zaken te veranderen. De assistente en/of je vrouw kunnen dan zeggen tegen de patiënten: 'Hij had het te druk, hij moest er eens zes weken uit'. In die vrije tijd moet je dan niet over je functioneren nadenken, jouw aandeel waardoor je zo vastgelopen bent. Het is makkelijker te praten over oorzaken die buiten je liggen. Je hebt per slot van rekening ziekteverlof en dan moet je het niet te moeilijk voor jezelf maken. Denk dan liever over de uitholling van het huisartsenvak, de positie van de huisarts in de samenleving of over de mondige patiënten van tegenwoordig.

Je moet je realiseren dat je eigenlijk een ander baantje moet kiezen, opnieuw beginnen. Dit is echter in zes weken niet zo gauw te vinden; bovendien heb je het idee, dat de patiënten je niet kunnen missen. Ga er dus met frisse moed tegenaan...

Het opschrijven van ideeën over eigen functioneren wordt in de praktijk van de onderzoeker regelmatig toegepast.¹² Tijdens een gesprek wordt met dit opschrijven begonnen. Het is een zelfobservatie die vaak moeilijk opgang komt bij de patiënt. Het is de bedoeling dat de patiënt thuis zijn aantekeningen uitwerkt met behulp van enige voorbeelden,^{8 12} het liefst ook met hulp en steun van huisgenoten.

De zelfperceptie van de huisarts wordt in dit onderzoek het subjectief handelen genoemd.

Bijlage II. Praktijkvoorbeeld waarbij gebruik wordt gemaakt van de figuur ‘eigenwaarde’

Een 34-jarige vrouw kwam met haar man voor een gesprek. Ze zag het thuis niet meer zitten: ‘Ik ga weg’. Ze zat tegenover me, met het bureau tussen ons in, voor mijn gevoel op het puntje van haar stoel. Een woordenstroom overspoelde mij en haar man. Hij zat wat onderuit, zo half tussen ons in, wat in elkaar gedoken, quasi onverschillig.

Ze had een baan waarin ze het uitstekend deed. Hierdoor waren haar problemen van vroeger door haar bulemie op de achtergrond geraakt. We hadden toen een aantal gesprekken gehad. Ze at de ijskast leeg om haar nare gevoelens kwijt te raken, en stak vervolgens haar vingers in de keel omdat ze bang was dik te worden. Dik-zijn is lelijk en zou haar eigenwaarde nog meer aantasten. Haar baan deed haar goed, maar had niets opgelost. Thuis kon ze het niet meer uithouden. Ze liep soms te schelden en te tieren door het huis. Ze had het gevoel dat daar alles misging, en dat dit door haar werd veroorzaakt. Toen ze afgelopen zaterdagmorgen wakker werd, was het eerste dat ze hoorde het geruzie tussen haar dochters. Ze had zich zo voorgenomen om er nu eens een fijn weekend van te maken. Ze voelde het als haar schuld dat dit mislukte.

Ze zat allang met schuldgevoelens: ‘Door mijn werk, wat ik niet wil missen, ben ik veel van huis. Wanneer ik dan in mijn gezin ben, wil ik ruimte hebben voor mezelf. Dit kan ik toch niet van hem en mijn kinderen eisen? Wanneer hij ’s avonds uit de avonddienst thuiskomt, wil ik die ruimte ook. Hij moet dan niet meteen te dicht bij me komen. Ik word dan kriebelig, boos, geïrriteerd. Ik moet dan even de tijd hebben om te wennen. Ik weet nooit van tevoren hoe lang zoiets duurt. Ik kan voor mezelf ook niet aangeven wanneer wel en wanneer niet. Ik weet van tevoren niet of ik zijn toenadering wel aankan; de gevoelens daarbij, daar weet ik geen raad mee. Ze zijn er eigenlijk helemaal niet en dat moet toch!’

Voor mijn gevoel was ze een hele tijd aan het woord. Ik kon er niet tussenkomen en wist ook niet hoe ik orde moest scheppen in haar relaas. Ze verwarde me en maakte me een beetje bang. Ik voelde ook verdriet om hen, en daar wist ik niet goed raad mee. Het maakte me moe en daarom was ik misschien een beetje traag. Ik vertelde hun dit. Haar reactie was: ‘Ik voel niks.’ Ik zei: ‘Een mug voelt wat anders dan een olifant en de een is daarom nog niet meer dan de ander.’

Ik maakte een tekeningetje van vijf personen (haar gezin), van wie er één schuldgevoelens had. Deze schuldgevoelens deden haar eigenwaarde dalen. ‘Wanneer je meent iets te moeten kunnen, bijvoorbeeld voor 100 procent garant staan voor de vrede in huis, terwijl je daar maar voor 20 procent verantwoordelijk voor bent (als je met z’n vijven bent), dan maakt jou dit onmachtig. Dan kun je je daar schuldig over voelen omdat dat mislukt... heilige Maria... je meet je namelijk een eigenwaarde aan van Maria... Wanneer nu je eigenwaarde daalt, daal je dus voor je gevoel voor het oog van het „volk” (haar gezin). Dit maakt je boos?’ Ze vulde zelf aan: bang... alleen...

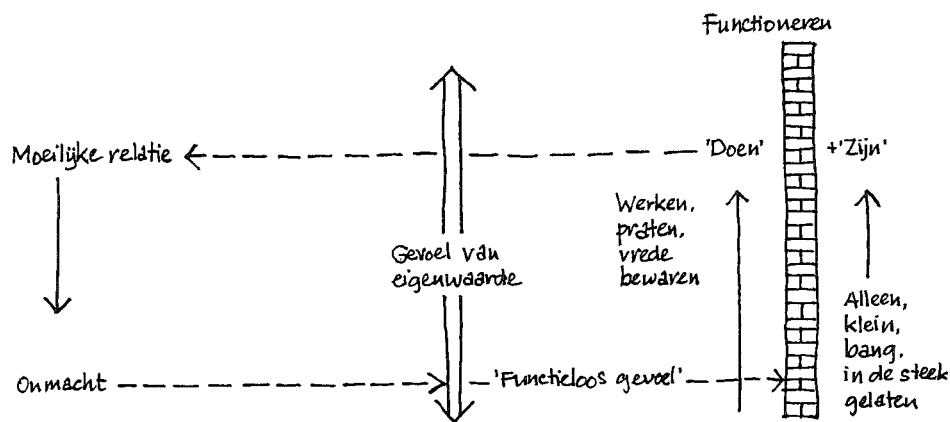
klein... in de steek gelaten... dat doet pijn...

Ze zat er nu heel anders bij; ze leek een beetje kleiner met dikke tranen over haar wangen. Haar man kwam naar haar toe en pakte haar vast.

Na een korte stilte begon ze weer te praten, een woordenstroom; als het ware maakte ze haar rug weer recht. Hij droop af. Ik weet niet precies wat ze gezegd heeft in die woordenstroom. Ik viel haar in de rede: 'Toen je zojuist een klein meisje was, was je veel leuker voor me dan nu; voor de grote ben ik een beetje bang. Je bent heel goed in het praten en daar druk je het kleine meisje mee weg. Het kleine meisje met haar alleen zijn, bang zijn, enzovoort. Deze wordt door de grote weggestopt. Je gedraagt je juist het tegenovergestelde van wat je wilt, en dat is moeilijk voor hem en je kinderen. Je wilt toenadering en klein zijn, en je gedraagt je groot, wat afstoot. Als je je zo anders gedraagt dan je bent, isoleer je je in je gezin.'

'Ik bouw een muur om me heen', was haar reactie.

Ik maakte het volgende tekeningetje:



Ik ging verder: 'Met deze muur kun je tijdelijk groot zijn met behulp van je 'doen'. Maar het isoleert je van de anderen. Ze missen het kleine meisje. Nu je weer zo begint te praten gaat hij ook weer een beetje bij je weg. Je wil nu wegllopen, omdat de muur op instorten staat? Dat geeft wel veel rommel!'

'Hoe moet dat dan?', was haar reactie. 'We zijn er al mee bezig.'

'Praat er thuis over ook met je kinderen, hoe handig je bent om steeds weer die muur op te trekken. Probeer hem en hen te laten zien wat er achter ziet. Misschien moet hij je wel vasthouden, omdat je er bang voor bent. Maar praat niet te veel!'

De patiënten worden door de onderzoeker thuis aan het werk gezet. Hij zegt dat ook. Daarbij zal hijzelf proberen 'notulen' te maken, want hij is niet alleen voorzitter maar ook secretaris!⁸⁰ Dit verslag krijgen ze thuisgestuurd en het wordt in het volgende gesprek besproken.

Bijlage III. Introductiebrief

Onderzoek naar de ervaringen van de huisarts

Zeer geachte Collega,

Het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut verricht onderzoek naar de ervaringen van de Huisarts in contact met de patient. Over deze ervaringen is in de literatuur weinig bekend. Het is van belang daar onderzoek naar te doen, omdat ervaringen van de huisarts zijn gedrag zouden kunnen beïnvloeden en daarbij zijn funktioneren.

Voor dit onderzoek zijn 150 huisartsen nodig. Uit het huisartsenbestand van de regio Rotterdam, Zwolle en de provincie Drenthe is een steekproef getrokken. U bent een van deze huisartsen. We zouden het zeer op prijs stellen wanneer U aan dit onderzoek zou willen meedoen. Dit is van belang voor het slagen van het onderzoek.

We zullen U in de tweede helft van september bellen om te vragen of U wilt meedoen en een afspraak maken voor een interview. Dit interview duurt ongeveer een half uur, en zal gedeeltelijk 'schriftelijk' zijn. Vanzelfsprekend zullen de door U verstrekte gegevens anoniem worden behandeld.

Te zijner tijd zullen we U de studieresultaten doen toekomen.

Een collegiale groet,

Prof.Dr. H.J. Dokter,

en J.H. Duistermaat.

Bijlage IV. Draaiboek: Interview ‘Ervaringen van de Huisarts’

- A. Introductiebrief.
- B. Telefonische afspraken door Duistermaat – Duivenvoorden.
- C. Interview.

1. Namens het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut wil ik u hartelijk danken voor de medewerking aan het onderzoek.

2. Voorpagina laten lezen.

‘Ook in de introductiebrief is het woord anoniem gebruikt. Deze anonimiteit wordt gewaarborgd omdat uw gegevens naar een medewerker van dr. Duivenvoorden gaan en deze zet ze op een computerkaart. De lijst wordt daarna vernietigd of te zijner tijd aan u teruggestuurd met de studieresultaten. In dit laatste geval moet ik uw adres op het enquêteformulier zetten.’

3. Daarna algemene vragen (A) laten beantwoorden. (N.B. 12.5% bejaard is normaal). We hebben de vraag: ‘Hoe is de samenwerking in de huisartsengroep?’ vergeten. Wilt u deze toevoegen in de enquêtelijst?’

4. Vervolgens B.lijst aanbieden: ‘Al deze vragen hebben een beetje ja en/of een beetje nee als antwoord. De ingeving die bij u het eerste opkomt is van belang, wilt u die aangeven? (Denk er dus niet te lang bij na) U moet erbij steeds weer denken dat deze vragen betrekking hebben op uw werk als huisarts, het gaat dus niet om uw persoon.’ Tijdens het invullen van Lijst-B door de betrokken huisarts, wordt lijst A door de interviewer nagelopen op het volledig invullen. Moedig intussen de huisarts aan dat het goed gaat en probeer het tempo erin te houden!!

5. Lijst C.aanbieden, waarbij je start met: ‘Met de ene patiënt kunt u beter uit de voeten dan met de ander. Naar alle waarschijnlijkheid hebt u moeite met bepaalde patiënten, met bepaalde persoonlijkheidskenmerken van de patiënt. Het is de bedoeling dat wij zicht krijgen op patiënten waar u moeite mee heeft. U kunt dit doen door de juiste

persoonlijkheidskenmerken aan te kruisen’.

6. Vervolgens neem je het initiatief over en vraagt aan de huisarts ‘Welke kenmerken zijn op uzelf van toepassing?’

Je vult een tweede rij kruisjes in.

7. Dan volgt: ‘Nu graag enige antwoorden op vragen over uzelf. Welke u met ja – ? – nee beantwoordt. Graag uw eerste inval, ja of nee. U moet er niet te lang bij stilstaan om een antwoord te formuleren’.

Er kan enige weerstand bij de huisarts ontstaan, zo van: ‘Het gaat om mijn functioneren als huisarts, om mijn rol als huisarts en wat heeft dat met ‘kunnen ontspannen’ enz. te maken?’

Antwoord interviewer: ‘We zouden ons kunnen voorstellen dat uw functioneren wordt beïnvloed door uw lichamelijke en geestelijke conditie’.

Of: ‘We weten dit niet, daarom lijken ons deze vragen zinvol’.

Of: ‘Ieder heeft zo zijn eigen stijl, daarom toch graag uw antwoord’.

8. ‘Nu komen er nog enige vragen die betrekking hebben op ervaringen in uw werk’.

Van te voren twee lijnen trekken bij 1 en 2 van 6 cm.

Vraag 3: Hoe gaat u met onmacht om? is voor sommigen niet makkelijk. Geef een eigen voorbeeldje: ‘Ik reageer... als de één dit wil en de ander dát.’

9. ‘Tenslotte graag uw reactie op wat onmacht voor u inhoudt’.

Je leest eerst de 1e kolom van a-i voor in zijn geheel en daarna stuk voor stuk voor het antwoord. Voor kolom 2 j-n hetzelfde.

10. Bij tijdgebrek geeft de interviewer de lijst + de gefrankeerde antwoordenenveloppe aan de geïnterviewde huisarts. Zet je eigen adres op de enveloppe. Je bent immers verantwoordelijk voor het terugkomen van de ingevulde enquête. Vraag of de arts deze vandaag of morgen op de bus wil gooien. Je vraagt of de huisarts de machtiging wil tekenen voor verwijs- en voorschrijfcijfers van V.N.Z. en neemt deze in ieder geval mee terug. *Van te voren naam en aders van de huisarts intypen.*

11. Controleer gehele enquêtelijst.

12. ‘Vriendelijk dank voor al uw moeite. Ik wil u graag deze fles wijn overhandigen als waardering. We sturen u in ieder geval de studieresultaten, maar dat kan nog wel even duren’.

13. In de auto: Welke indruk kreeg u van de Huisarts?

Hij/zij was openhartig?

eerlijk?

gespannen?

geïnteresseerd?

het deed hem/haar wat?

je voelde je op je gemak?

het sprak hem/haar aan?

hij/zij voelde zich belangrijk?

hij/zij vond het vermoeiend?

hij/zij was sarcastisch?

ironisch?

onaangenaam?

.....?

.....

Je indruk invullen op blz 8 van de enquête (stippellijntjes).

Bijlage V. Vragenlijst en machtigingsformulier



Ervaringen van de huisarts

J.H. Duistermaat, huisarts
Dr. H.J. Duivenvoorden, methodoloog

ERVARINGEN VAN DE HUISARTS



Deze vragenlijst is geconstrueerd met de bedoeling
inzicht te krijgen in uw functioneren als huisarts.

Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat erom
dat u uw eerste indruk vastlegt. Bij de beantwoording
van deze vragen dient u voortdurend in gedachte te
houden dat het gaat

om UW FUNCTIONEREN ALS HUISARTS,
om UW ROL ALS HUISARTS.

Wilt u GEEN vragen overslaan en proberen een oprecht
antwoord te geven?

Deze lijst is anoniem!

Vriendelijk dank voor uw medewerking.

Adres: J.H. Duistermaat
Meppelerweg 52
7707 CP Balkbrug

Tel.: 05230 - 56384 (Praktijk)
- 56236 (Privé)



ALGEMENE GEGEVENS

1. Bent u man/vrouw*
2. Wat is uw leeftijd? jaar
3. Sinds wanneer bent u praktizerend huisarts? 19
4. Bent u apotheekhoudend huisarts? ja / nee
- 5a. Wat voor type praktijk heeft u?
1. solo-, 2. duo-, 3. groepspraktijk, 4. gezondheidscentrum .1..2..3..4
- 5b. Werkt u daarin 1. fulltime, 2. parttime of 3. freelance? .1..2..3...
6. Bent u huisartsopleider? ja / nee
7. Bent u N.H.G.-lid? ja / nee
8. Hoe groot is uw praktijk (aantal patiënten aangeven a.u.b.)
9. Hoeveel procent ouderen zijn er in uw praktijk?%
10. Hoeveel patiëntencontacten hebt u gemiddeld per dag?
11. Hoelang duurt een contact gemiddeld? minuten
12. Hoeveel tijd besteedt u aan 'praatpatiënten' per week? uur

13. Hoe is de samenwerking in de eerste lijn?

	aard*	overlegfrequentie	relatie*	
Wijkverpleging	intensief	1	goed	1
	oppervlakkig	2 ... per maand	matig	2
	incidenteel	3	slechts	3
Fysiotherapie	intensief	1	goed	1
	oppervlakkig	2 ... per maand	matig	2
	incidenteel	3	slecht	3
Maatsch. werk	intensief	1	goed	1
	oppervlakkig	2 ... per maand	matig	2
	incidenteel	3	slecht	3
Verloskundige	intensief	1	goed	1
	oppervlakkig	2 ... per maand	matig	2
	incidenteel	3	slecht	3

14. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per week aan het lezen van tijdschriften? uur

15. Schrijft u wel eens een artikel of doet u aan wetenschappelijk onderzoek? ja / nee

16. Welke nascholingscursussen c.q. trainingen hebt u de laatste drie jaar gevolgd?

Naam cursus (eventueel summier omschrijving):

cursusduur

.....

* Wilt u het voor u juiste antwoord omcirkelen?

1. Ik geef graag adviezen	ja	nee*
2. Ik voel mij nogal eens gemanipuleerd	ja	nee
3. Ik ga in het algemeen snel tot handelen over	ja	nee
4. Ik ben gevoelig voor blijken van waardering	ja	nee
5. Ik licht doorgaans de patiënten voldoende over hun aandoeningen in	ja	nee
6. Als ik ervan overtuigd ben dat bepaalde systemen vastgelopen zijn, zal ik alles doen om hierin verandering te brengen	ja	nee
7. Af en toe ga ik gebukt onder schuldgevoelens	ja	nee
8. Achteraf heb ik nogal eens het gevoel dat ik het anders had moeten doen	ja	nee
9. Ik heb de neiging om verantwoordelijkheden die bij de patiënt horen, op me te nemen	ja	nee
10. Ik heb de neiging mijzelf als voorbeeld te stellen hoe je als individu moet functioneren	ja	nee
11. Ik laat mij door mijn gevoelens leiden	ja	nee
12. Ik kan maar moeilijk afstand nemen van patiënten met slepende problemen	ja	nee
13. Ik heb de neiging om me met zaken te bemoeien die mij (op dat ogenblik) niet aangaan	ja	nee
14. Ik erger mij nogal eens aan het gedrag van specialisten	ja	nee
15. Ik heb nogal eens de behoefte de patiënt te willen veranderen	ja	nee
16. Ik heb er duidelijk moeite mee om, als patiënt een andere huisarts zoekt c.q. dreigt te zoeken, dat te accepteren	ja	nee
17. Ik betwijfel nogal eens of mijn handelen wel goed is	ja	nee
18. Ik heb moeite met mondige patiënten	ja	nee
19. Eigenlijk ben ik bang dat ik fouten maak	ja	nee
20. Mijn vermogen tot empathie laat eigenlijk te wensen over	ja	nee
21. Ik laat mij nogal eens inpalmen	ja	nee
22. Ik vervul graag de vaderrol	ja	nee
23. Ik vind het vervelend om door de patiënt te worden afgewezen	ja	nee

* Wilt u het voor u juiste antwoord omcirkelen?

24. Ik denk dat de patiënt zich voldoende door mij geïnformeerd vindt	ja	nee
25. Ik heb er duidelijk moeite mee als mijn adviezen niet worden opgevolgd	ja	nee
26. Ik wil maar al te graag horen dat ik een 'goeie dokter' ben	ja	nee
27. Ik heb er moeite mee om mijn gevoelens van boosheid adequaat te hanteren	ja	nee
28. Ik heb er moeite mee om gevoelens van boosheid van de patiënt adequaat te hanteren	ja	nee
29. Ik ben erg ingenomen met mijn handelen	ja	nee
30. Ik heb de neiging om te rivaliseren		
a. met de patiënten	ja	nee
b. met de specialisten	ja	nee
31. Ik voel me nogal eens gekrenkt	ja	nee
32. Reeds bij de geringste aanwijzing verwijs ik mijn patiënten	ja	nee
33. Ik vind het moeilijk te accepteren als ik de patiënt niet echt kan helpen	ja	nee
34. Als de therapie mislukt ligt dat hoofdzakelijk aan de patiënt	ja	nee
35. Ik kan mijn twijfels slecht verdragen	ja	nee
36. Eigenlijk wil ik zo graag aardig gevonden worden	ja	nee
37. Bij tijd en wijle heb ik fantasieën dat ik alles kan	ja	nee
38. Ik durf nauwelijks eisen aan de patiënt te stellen	ja	nee
39. Veelal kan ik geen 'nee' zeggen	ja	nee
40. Ik heb er moeite mee om met mijzelf te worden geconfronteerd	ja	nee
41. Ik kan maar slecht verdragen om afhankelijk van anderen te moeten zijn	ja	nee
42. Voor mij is het moeilijk te accepteren dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor de oplossing c.q. leniging van zijn problemen	ja	nee
43. Eigenlijk kan ik maar weinig angst verdragen	ja	nee
44. Ik heb de neiging mijn gevoelens weg te stoppen	ja	nee
45. Eigenlijk is mijn frustatietolerantie maar matig	ja	nee
46. Mijn functioneren als huisarts heeft niets te maken met de (gezins)situatie waarin ik opgegroeid ben	ja	nee



47. Mijn contacten met sommige patiënten lopen vast	ja	nee
48. Problemen tussen patiënten en mij moeten overwegend op rekening van de patiënten worden geschreven	ja	nee
49. Ik heb er duidelijk moeite mee om te accepteren dat vastgelopen systemen in stand blijven	ja	nee
50. Ik ben graag de spil waar alles om draait	ja	nee
51. Eigenlijk mis ik het vermogen om écht te luisteren naar de patiënt	ja	nee
52. Ik heb er vaak moeite mee de patiënt duidelijk te informeren	ja	nee
53. Ik heb het gevoel dat patiënten graag doen, wat ik van hen verlang, ook al valt het buiten de rol van huisarts	ja	nee
54. Ik betrap me erop dat ik al een oordeel over de patiënt heb, voordat ik hem/haar gezien heb	ja	nee
55. Ik heb de neiging te veel hooi op mijn vork te nemen	ja	nee
56. Ik heb moeite de mensen te blijven steunen in uitzichtloze situaties (ouderdom, kanker, chronische patiënten)	ja	nee
57. Het is moeilijk mezelf te corrigeren	ja	nee

* Wilt u het voor u juiste antwoord omcirkelen?



Wilt u met een kruisje aangeven met welk 'type' patiënt u moeite heeft?

Bijvoorbeeld: heeft u moeite met 'afhankelijke' patiënten, dan plaatst u een kruisje ter hoogte van de eigenschap 'afhankelijk'.

1. afstandelijk
2. toegeeflijk
3. impulsief
4. emotioneel
5. afhankelijk
6. resoluut
7. ambivalent
8. onzeker
9. drammerig
10. gevoelig
11. intelligent
12. gekunsteld
13. eerzuchtig
14. besluiteloos
15. onverdraagzaam
16. dom
17. geïrriteerd
18. rusteloos
19. zwaar op de hand
20. rigide
21. ongeduldig
22. angstig
23. infantiel
24. chaotisch
25. onderdanig
26. passief
27. achterdochtig
28. ontoegankelijk
29. manipulerend
30. klagend
31. betrouwbaar
32. gesloten



- 33. brutaal
- 34. secundair
- 35. mondig
- 36. geremd
- 37. ijdel
- 38. kwetsbaar
- 39. arrogant
- 40. jaloers
- 41. zelfingenomen
- 42. eisend
- 43. onevenwichtig
- 44. egocentrisch
- 45. ordelijk
- 46. spaarzaam
- 47. obstinaat
- 48. bagatelliserend
- 49. hautain
- 50. minzaam
- 51. amicaal
- 52. opwindend
- 53. besluiteloos
- 54. nauwgezet
- 55. toegewijd
- 56. stipt
- 57. saai



NU ENIGE VRAGEN OVER UZELF

- | | | | |
|---|----|---|-----|
| 1. Kunt u zich goed ontspannen? | ja | ? | nee |
| 2. Hebt u vaak moeite de aandacht erbij te houden? | ja | ? | nee |
| 3. Bent u gevoelig voor geluiden? | ja | ? | nee |
| 4. Staat u doorgaans uitgerust op? | ja | ? | nee |
| 5. Hebt u vaak na uw werk het gevoel 'leeg' te zijn? | ja | ? | nee |
| 6. Bent u gauw emotioneel geroerd? | ja | ? | nee |
| 7. Hebt u moeite met inslapen? | ja | ? | nee |
| 8. Hebt u nogal eens het gevoel dat het u te veel is? | ja | ? | nee |
| 9. Bent u vaak moe? | ja | ? | nee |
| 10. Hebt u nogal eens het gevoel dat de pleziertjes van het leven aan u voorbij gaan? | ja | ? | nee |
| 11. Hebt u nogal eens lichamelijke klachten die mogelijk op spanningen berusten? | ja | ? | nee |

ENIGE VRAGEN OVER ERVARINGEN IN UW WERK

- | | | |
|--|---|-------------------|
| 1. Hoe vaak ervaart u onmacht in uw werk? | nooit | zeer frequent |
| 2. Belemmert dat uw functioneren in uw werk? | nee, in het geheel niet | ja, onmiskkenbaar |
| 3. Hoe gaat u met onmachtgevoelens om? | | |
| | | |
| | | |
| 4. Hoe lang houden deze ervaringen u bezig? | enkele uren*
enkele dagen
enkele maanden | |
| 5. Waar schrijft u onmachtgevoelens aan toe? | 1. eigen gedrag*
2. omstandigheden buiten uw schuld
3. pech
4. anderszins:
.....
..... | |

* Wilt u het voor u juiste antwoord omcirkelen?

TENSLLOTTE ENIGE VRAGEN OVER WAT ONMACHT VOOR U BETEKENT

Onmacht maakt mij:

- a. woedend
- b. bang
- c. nietig
- d. verdrietig
- e. weerloos
- f. afhankelijk
- g. apathisch
- h. alleen
- i. onverschillig

Onmacht is voor mij een teken van:

- j. krenking
- k. beklemming
- l. verlamming
- m. verwerping
- n. verlating

.....

.....

.....

.....

.....



Machtigingsformulier

Hierbij machtigt ondergetekende de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen om ten behoeve van het onderzoek 'Ervaringen van de huisarts', dat wordt uitgevoerd door de Heer J.H. Duistermaat, huisarts te Balkbrug samen met en onder leiding van Prof. Dr. H.J. Dokter hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Prof. Dr. F. Verhagen hoogleraar Medische Psychologie, beide aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, de volgende gegevens ter beschikking te stellen aan het onderzoeksteam:

- leeftijd en geslachtsverdeling van ziekenfondspatiënten in de eigen praktijk in 1983;
- gedeclareerde verwijsskaarten naar medische specialisten en, indien mogelijk, medicatie-voorschrijfcijfers m.b.t. de eigen praktijk.

Datum: Naam:
Adres:
Woonplaats:

Handtekening,

De bereidheid van de VNZ om ten behoeve van dit onderzoek gegevens beschikbaar te stellen betekent niet dat de VNZ daarmee de doelstelling, de opzet en de uitvoering van het onderzoek onderschrijft.

Curriculum vitae

Henk Duistermaat werd geboren op 5 februari 1937 te Oss. Hij volgde het voortgezet onderwijs aan het lyceum te Oss en te Vlaardingen. Hij studeerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden en het Klinisch Hoger Onderwijs te Rotterdam. Het artsendiploma werd behaald in 1964.

Hij vestigde zich in 1965 als apotheekhoudend huisarts te Balkbrug. Dit jaar is de solo-praktijk overgegaan in een duo-praktijk. Hij was huisartsopleider. Hij is als huisarts part-time verbonden aan de TBS-inrichting Veldzicht te Balkbrug.

Hij heeft ruim tien jaar deelgenomen aan een Zwolse Balint-groep. Hij is lid van de Commissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap. In het kijken naar gezinnen heeft hij veel geleerd van de gezinstherapeuten Mieke Crolla en Pieter van der Ven; in het praten met patiënten over hun problemen heeft Bruno de Roeck hem veel inzicht verschaft.

Hij is sinds 1963 getrouwd met Tineke Amesz; ze kregen Jeanine, Henneke en Erika.

