

van de damesbladen herinneren, waarmede wij allen naderhand hebben te maken gehad. Door deze artikelen is zeer veel onrust teweeggebracht, die achteraf beter had kunnen worden voorkomen. Anderzijds mogen de artsen naar mijn mening hun medewerking aan radio, televisie en dergelijke niet onthouden.

Ook de relatie met de specialist is belangrijk. Het is van groot belang, vooral bij patiënten die lijden aan langer durende aandoeningen, zoals arthrosis deformans en neurologische aandoeningen, erop toe te zien dat huisarts en specialist geen uiteenlopende meningen hebben.

Wat zegt men tot de patiënt met arthrosis cervicalis? Spreekt men van slijtage of van kraakbeenveranderingen in de gewrichten? En wat zegt de specialist zoals de orthopedische chirurg, de reumatoloog of de revalidatie-arts, met wie dergelijke patiënten veelal te maken krijgen? Meestal zal een en ander niet sterk afwijken van datgene wat de huisarts heeft gezegd. Deze is immers degene

die de patiënt een bepaalde specialist aanraadt. Hij zal dan diegene kiezen in wie hijzelf vertrouwen heeft, niet alleen op grond van diens medische kennis, maar zeker ook op grond van diens optreden ten opzichte van de patiënt. De huisarts verwacht van de specialist een ongeveer gelijklopende uitspraak als de zijne. Daarom mede verwijst hij naar de specialist.

Tot besluit zou ik nogmaals erop willen wijzen hoe belangrijk het luisteren naar de patiënt kan zijn. Daarnaast meen ik, dat de instelling van de arts in zijn relatie tot de patiënt en ook tijdens het gesprek met de patiënt zal moeten veranderen. Hij zal minder van zijn macht en autoriteit dienen gebruik te maken en meer moeten evolueren naar de hulpverlener, die in crisissituaties als een door het gezin belangrijk gevoelde begeleider en raadsman kan optreden. Daarbij moet steeds voorop staan dat het oude „nil nocere” belangrijker is dan „de waarheid en niets dan de waarheid”. Ook in de praktijk van de huisarts is spreken zilver en luisteren goud.

Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt

DOOR DRS. E. TH. CASSEE*

Het is een opmerkelijk feit dat in de sociologische en sociaal-psychologische literatuur betreffende de huisarts-patiënt-relatie nauwelijks wordt gerept over de factoren die de tevredenheid van de patiënt bevorderen. Veel aandacht wordt besteed aan de factoren die van invloed zouden kunnen zijn op de genezing, maar in hoeverre de patiënt een en ander prettig vindt wordt als afzonderlijk probleem nauwelijks gesteld. Mogelijk wordt de vraag naar de tevredenheid van de patiënt als minder relevant beschouwd. Een behandeling kan nu eenmaal niet altijd prettig zijn en het gaat tenslotte om het welzijn van de patiënt. Toch is de tevredenheid van de patiënt niet alleen interessant uit sociaal-wetenschappelijk oogpunt. Het is heel goed mogelijk dat de motivatie van de patiënt en daarmee het succes van de behandeling erdoor wordt beïnvloed.

In dit verslag zal daarom aan het probleem van de tevredenheid van de patiënt aandacht worden geschonken en wel vanuit één bepaalde gezichtshoek: het gedrag van de huisarts. Welke invloed heeft het optreden van de huisarts op de tevredenheid van de patiënt? Deze tevredenheid zal ongetwijfeld voor een belangrijk gedeelte worden bepaald door de resultaten die worden geboekt. Aan

Samenvatting. Op grond van beschrijvingen welke driehonderd patiënten aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst gaven van het optreden van hun huisarts konden vijf gedragsdimensies worden onderscheiden. Daarbij bleek dat huisartsen zich anders gedroegen ten opzichte van mensen uit lager sociaal-economisch milieu dan ten opzichte van mensen uit hoger sociaal-economisch milieu. Bij de laatsten bleek ook een samenhang te bestaan met de frequentie waarmede men de dokter raadpleegde. Een duidelijke samenhang tussen het optreden van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt kan worden geconstateerd. Deze tevredenheid neemt toe naarmate de huisarts minder kortaf en op een afstand is en hij de patiënten meer de indruk geeft dat zij met hem over hun problemen kunnen praten.

genoemde resultaten liggen, naast de aard van de aandoening, de kennis en vaardigheid van de huisarts ten grondslag. De manier waarop deze kennis en vaardigheid worden gehanteerd, het gedrag waarin zij tot uiting komen is echter mogelijk ook van belang voor de tevredenheid van de patiënt.

Nu is er aan het gedrag van (huis-)artsen zowel van de kant van medici, als van de kant van beoefenaars der gedragswetenschappen, ruime aan-

* Wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O.(Leiden).

dacht geschonken. Namen als *Parsons, Balint, Wilson, Bloom* en in ons land *Winkler Prins* kunnen hierbij worden genoemd. Deze auteurs beschrijven echter niet hoe een (huis-)arts zich gedraagt, maar zij geven aan hoe deze zich zou moeten gedragen. In de literatuur wordt dus hoofdzakelijk een normatieve, ideaal-typische gedragsbeschrijving gegeven.

Voor een antwoord op de vraag naar de relatie tussen de tevredenheid van de patiënt en het gedrag van de dokter is evenwel een meer empirische benadering nodig. In ons onderzoek hebben wij daarom in de eerste plaats geprobeerd een beschrijving van het feitelijke gedrag van de huisdokter te verkrijgen. Vervolgens is deze door de patiënt gegeven gedragsbeschrijving in verband gebracht met de tevredenheid en het gedrag van de patiënt.

Method. In het kader van een onderzoek naar achtergronden van ziektegedrag werd in het najaar 1967 een steekproef uit de Utrechtse bevolking ondervraagd. Deze steekproef bestond uit 350 personen tussen 21 en 65 jaar. Door vertrek, ziekte en dergelijke waren uiteindelijk 300 personen bereikbaar. Deze uiteindelijke steekproef heeft, vergeleken met de totale Utrechtse bevolking, een oververtegenwoordiging bij de mannen en bij de groep boven de 50 jaar. Bij interpretatie van descriptieve gegevens zal hiermede rekening moeten worden gehouden.

Aan de ondervraagden werd onder andere de volgende vraag voorgelegd*: „Ik heb hier een lijst waarop een aantal gedragingen van huisartsen staan. De ene dokter gedraagt zich echter vaker op een bepaalde manier dan de andere. Wilt u aan de hand van deze lijst beschrijven wat uw dokter in de praktijk doet? Het gaat dus niet om een oordeel over zijn gedrag, maar om een beschrijving ervan.” Vervolgens kon men door een kruisje te zetten aangeven of de eigen huisarts een bepaalde gedragsvorm altijd, vaak, soms, zelden of nooit vertoonde. Uit deze antwoorden is af te leiden hoe huisartsen zich in de ogen van hun patiënten gedragen.

Door gebruik te maken van enkele statistische technieken is deze veelheid van gedragsbeschrijvingen — de lijst bestond uit 32 gedragvormen — teruggebracht tot enkele onderliggende factoren. Deze factoren geven dan de dimensies aan die in het gedrag van huisartsen worden onderscheiden. Voor een verdere beschrijving van deze analyse zij verwezen naar de bijlage. Het resultaat van de analyse was dat met behulp van de gestelde vraag vijf min of meer samenhangende gedragsdimensies in het optreden van de huisarts kunnen worden ontdekt. Deze dimensies kunnen het best worden beschreven door de gedragingen weer te geven die ervan deel uitmaken.

* De formulering van deze vraag geschiedde naar analogie van de vragen die worden gesteld in de door het N.I.P.G. ontwikkelde leiderschapschalen. Zie hiervoor Philipsen, H. (1965). *Mens en Onderneming* 19, 153-172.

a *Informatief optreden.** Binnen deze dimensie vallen de volgende beschrijvingen.

- 1 Hij legt precies uit waarom hij iets voorschrijft.
- 7 Hij vertelt wat je mankeert.
- 10 Hij legt uit waarom hij iets doet.
- 14 Hij vertelt hoe lang de ziekte waarschijnlijk zal duren.
- 15 Hij overlegt eerst voor hij een manier van leven voorschrijft.
- 30 Hij vertelt je precies hoe ernstig het is.

Al deze beschrijvingen hebben gemeen dat zij betrekking hebben op het verschaffen van informatie aan de patiënt over zijn ziekte en over de therapie.

b *Communicatief optreden.* Deze dimensie omvatte de volgende beschrijvingen.

- 4 Hij stelt je op je gemak.
- 12 Hij is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren.
- 19 Hij geeft je het gevoel dat hij zich voor je interesseert.
- 23 Hij voelt mee met mijn probleem.
- 26 Hij behandelt me niet als een nummer.
- 27 Met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten.

Uit deze beschrijvingen wordt een indruk verkregen van de mate waarin de arts door zijn optreden de patiënt het gevoel geeft dat hij open kaart kan spelen. Het is het aanmoedigen van een open communicatie met de huisarts die uit dit gedrag blijkt.

c *Afwerend optreden.* Binnen deze dimensie vallen de volgende beschrijvingen.

- 11 Hij behandelt zijn patiënten niet als gelijken.
- 18 Hij heeft te weinig tijd voor me.
- 20 Hij wordt korzelig als je met kleinigheden komt.
- 24 Hij houdt zijn patiënten op een afstand.
- 32 Hij is wispelturig in zijn optreden.

Deze dimensie is min of meer het tegenovergestelde van de vorige. Hierin wordt de patiënt afgeweerd, een open contact wordt verhinderd en de afstand wordt benadrukt.

d *Instrumenteel optreden.* In dit verband wordt bij instrumenteel niet gedacht aan het gebruiken van instrumenten, maar aan een optreden dat vooral doelgericht en zakelijk kan worden genoemd. Binnen deze dimensie komen de volgende beschrijvingen voor.

- 2 Hij staat erop dat je precies doet wat hij zegt.
- 3 Hij aarzelt nooit bij een diagnose.
- 8 Hij schrijft nauwkeurig voor wat je moet doen.
- 13 Hij is (niet) nogal onzeker in zijn optreden.

* Voor de exacte formulering van de beschrijvingen zij verwezen naar *tabel 6*. De voor de beschrijving geplaatste nummers corresponderen met die in deze tabel.

- 17 Hij weet dadelijk de goede medicijnen.
 21 Hij begrijpt precies wat er met je aan de hand is.
 31 Hij probeert tegenover iedereen de juiste toon te vinden.

Deze dimensie geeft de zekerheid aan waarmee de huisarts in het taakgerichte, typisch medische vlak optreedt. Duidelijk en beslist aangeven wat de patiënt moet doen, zonder daarbij enige aarzeling te tonen.

e *Diffuus optreden*. Deze dimensie wordt gekarakteriseerd door de volgende beschrijvingen.

- 9 Hij praat met me over andere dingen dan mijn ziekte.
 25 Hij praat met me over andere dan medische problemen.
 29 Hij interesseert zich niet alleen voor je ziekte.

In deze dimensie komt naar voren in hoeverre het contact tussen huisarts en patiënt buiten het strikt medische vlak komt ofwel functioneel diffuus wordt in de terminologie van *Parsons*.

Door aan de beschrijvingen punten toe te laten kennen (altijd = 5, vaak = 4, soms = 3, zelden = 2 en nooit = 1) kan door optelling een maat worden verkregen voor de verschillende dimensies in het optreden van huisartsen. Wij kunnen daardoor een duidelijker beeld krijgen van dit gedrag. In *tabel 1* zijn de gemiddelde „scores” * op de verschillende dimensies weergegeven.

Tabel 1. Gemiddelde „score” per dimensie in het doktersgedrag.

Optreden	Gemiddelde per dimensie	Gemiddelde per gedragsbeschrijving
Informatief	18,54	3,09
Communicatief	25,65	4,27
Afwerend	9,04	1,81
Instrumenteel	30,12	4,30
Diffuus	8,35	2,78

Om de vergelijking te vergemakkelijken is tevens het gemiddelde per gedragsbeschrijving in iedere dimensie weergegeven. Uit *tabel 1* kan worden opgemaakt dat de huisartsen van de ondervraagden in onze steekproef vaak tot altijd communicatief en instrumenteel optreden, soms informatief zijn, soms tot zelden diffuus en zelden tot nooit afwerend zijn. Artsen zijn dus in de ogen van hun patiënten mensen met wie men kan praten, zij geven zeker en beslist aan wat men moet doen. In veel mindere mate zijn zij bereid tot het geven van informatie over ziekte en therapie of tot pra-

* De laagste en de hoogste „score” bedroegen voor de verschillende dimensies: informatief 6 tot 30, communicatief 6 tot 30, afwerend 5 tot 25, instrumenteel 7 tot 35, diffuus 3 tot 15.

ten over andere dan medische problemen. Zelden of nooit houden zij patiënten op een afstand of weren zij hen af.

Een vraag die hierbij voor de hand ligt is: gedragen huisartsen zich tegenover iedereen gelijk. Er wordt soms wel eens geklaagd dat ziekenfondspatiënten anders — volgens de klagers slechter — zouden worden behandeld dan particuliere patiënten. In onze steekproef was 38 procent van de ondervraagden deze mening toegedaan, waarbij het opviel dat men deze klagers even vaak onder de ziekenfondspatiënten als onder de particuliere patiënten aantrof. Een gedeelte van deze 38 procent heeft dit mogelijk, dus door eigen vergelijking, kunnen vaststellen namelijk degenen die vroeger in het ziekenfonds zaten en die nu particuliere patiënten zijn geworden.

Het lijkt dus zinvol om te bezien of er een verband bestaat tussen de sociaal-economische achtergrond van de patiënt en het optreden van de huisarts. Daartoe werd de steekproef in tweeën gesplitst. Onderscheiden werden mensen met een hogere sociaal-economische status (SES) en mensen met een lagere. Deze status werd bepaald met behulp van beroep en opleiding. In *tabel 2* zijn voor beide groepen de gemiddelde „scores” op de gedragsdimensies weergegeven.

Tabel 2. Het optreden van huisartsen ten opzichte van personen met een hogere en een lagere sociaal-economische status.

Optreden	Hogere SES	Lagere SES	Significantie van het verschil
Informatief	19,6	17,8	P < 0,01 *
Communicatief	24,9	25,1	niet significant
Afwerend	8,2	9,6	P < 0,001
Instrumenteel	29,5	30,5	P < 0,05
Diffuus	9,6	7,5	P < 0,001
	N = 110	N = 176	

* Gebruikt is de toets van Student.

Uit *tabel 2* kan worden geconcludeerd dat huisartsen zich waarschijnlijk anders gedragen wanneer de sociaal-economische achtergrond van de patiënt hoger is: ten opzichte van patiënten uit lager sociaal-economische milieus is men: minder informatief; meer afwerend; meer instrumenteel en minder diffuus dan tegenover mensen uit hogere sociaal-economische milieus. Ten aanzien van het communicatieve optreden van de huisarts bestaat er geen verschil.

Het valt buiten het bestek van dit artikel om te beoordelen of dit anders optreden van de huisarts tevens een slechter optreden inhoudt. Wel kan worden nagegaan in hoeverre het verschil van invloed is op de tevredenheid van de patiënt en op zijn gedrag ten opzichte van de dokter.

Uitgaande van het laatste contact dat men had gehad met de huisarts, is bij een aantal van de on-

dervraagden nagegaan hoeveel tijd was verlopen tussen de eerste gewaarwording van ziekteverschijnselen en het tijdstip waarop men de dokter raadpleegde. Aangezien het om een groot aantal verschillende kwalen en aandoeningen ging is het te verwachten dat de variatie in deze periode vooral te wijten is aan het verschil tussen de aandoeningen: met een diepe snede in het been gaat men eerder naar de huisarts dan met een langer durende vermoeidheid. Niettemin kan het zijn dat ook het gedrag dat men verwacht van de huisarts, van invloed is. Het beste kan deze invloed natuurlijk worden nagegaan wanneer wij het „uitstelgedrag” zouden kunnen vergelijken bij mensen met eenzelfde aandoening. In dit onderzoek was dat evenwel niet mogelijk.

Wanneer wij het uitstellen in verband brengen met het gedrag van de huisarts, dan kan globaal gesproken geen verband worden geconstateerd: noch bij het hogere, noch bij het lagere sociaal-economische milieu bestaat een significante samenhang. Het gedrag van de dokter is dus niet van invloed op het wachten met naar de dokter te gaan.

Anders wordt dit wanneer wij een andere gedragsmaat gebruiken: de frequentie waarmee men in de afgelopen twaalf maanden de dokter heeft bezocht of men de dokter heeft ontboden. In *tabel 3* is deze samenhang weergegeven.

Tabel 3. Het verband tussen de frequentie van het doktersbezoek en het gedrag van de huisarts voor verschillende sociaal-economische niveaus.*

Optreden	Hogere SES	Lagere SES	Significantie van het verschil
Informatief	0,01	-0,06	Niet significant
Communicatief	0,25**	0,08	P < 0,08
Afwerend	-0,11	0,03	Niet significant
Instrumenteel	-0,26**	0,08	P < 0,07
Diffuus	-0,05	-0,10	Niet significant
Multiple correlatie	0,34**	0,20	
	N = 110	N = 178	

* Dit verband is weergegeven met behulp van een correlatie-coëfficiënt. Deze coëfficiënt is gelijk aan + 1,00 indien er een volmaakte positieve samenhang bestaat, gelijk aan - 1,00 indien de samenhang volmaakt negatief is en gelijk aan 0,00 indien er geen enkel verband bestaat.

** Deze correlaties zijn statistisch betrouwbaar.

Uit *tabel 3* blijkt dat het gedrag van de huisarts ten opzichte van mensen uit lagere sociaal-economische milieus in het geheel niet samenhangt met de frequentie van het doktersbezoek, deze samenhang kan bij respondenten met een hogere sociaal-economische status wel worden geconstateerd. Mensen uit hogere sociaal-economische milieus die frequenter naar een dokter gaan, hebben een huisarts met wie zij kunnen praten (communicatief gedrag), hij is minder zeker en precies in zijn optreden als arts. Hoe de causaliteit ligt is moeilijk vast te stellen.

Het is mogelijk dat mensen die vaak hun huisarts bezoeken daardoor een andere relatie met hem hebben gekregen, een relatie waarin het open gesprek een belangrijke plaats inneemt en waarin het nauwkeurig, min of meer autoritair voorschrijven minder noodzakelijk is geworden. Mogelijk is natuurlijk ook dat men gemakkelijker een bezoek aflegt omdat men zo prettig met zijn huisarts kan praten en omdat hij niet zo „instrumenteel” is. Dit onderzoek geeft over een en ander geen uitsluitsel.

Hoe de causaliteit ook ligt, in ieder geval kan worden opgemerkt dat een dergelijke samenhang bij mensen uit lagere milieus niet is te constateren. Bij hen is het gedrag van de dokter niet van invloed op de frequentie waarmee men van zijn diensten gebruik maakt; evenmin is het omgekeerde het geval: bij frequenter contact verandert het gedrag niet.

Vervolgens is nagegaan in hoeverre het gedrag van de huisarts samenhangt met de tevredenheid van de patiënt met zijn dokter. De tevredenheid is gemeten met de vraag: „Hoe tevreden bent u alles bij elkaar genomen met uw huisarts?” De antwoordpercentages waren de volgende (*tabel 4*).

Tabel 4. De tevredenheid van de patiënt met de huisarts.

	Absolute aantal	Percentage
Zeer tevreden	138	46
Tevreden	110	36,7
Tamelijk tevreden	31	10,3
Niet zo tevreden	7	2,3
Ontevreden	1	0,3
Niet-codeerbaar	13	4,4
Totaal	300	100,0

Men is dus, gezien de gegevens van *tabel 4*, tevreden met zijn huisarts.

Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van dit gegeven is echter geboden. Het is zeer wel mogelijk dat deze antwoorden mede een afspiegeling zijn van de eventueel in de maatschappij bestaande norm: men behoort tevreden te zijn met zijn huisarts. Immers het zou ondankbaar zijn wanneer men niet tevreden was. Hoewel men dus blijkens *tabel 4* globaal genomen tevreden is met zijn huisarts, is er toch wel enig verschil tussen de respondenten: niet iedereen is zeer tevreden. In hoeverre is dit verschil te verklaren door een verschil in het gedrag van de desbetreffende huisartsen? In *tabel 5* zijn de partiële en multiple correlaties weergegeven, die het verband tussen gedrag van de huisarts en tevredenheid van de patiënt indiceren.

Bezien wij de tussen haakjes geplaatste gewone correlaties, dan blijken behalve het diffuse gedrag alle dimensies van belang te zijn voor de tevredenheid met de huisarts. Bezien wij door middel van de partiële correlaties — waarin de onderlinge sa-

Tabel 5. Het verband tussen het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt (N = 286).*

Gedrag huisarts	Partiële correlaties	Gewone correlaties
Informatief optreden	,14	(,37)
Communicatief optreden	,19**	(,47)
Afwerend optreden	—,25**	(—,46)
Instrumenteel optreden	,10	(,40)
Diffuus optreden	—,05	(,11)
Multiple correlatie	,56**	

* Het werken met partiële correlatie-coëfficiënten houdt in dat men bij de berekening van de samenhang tussen bijvoorbeeld informatief optreden en tevredenheid de invloed van de andere gedragsdimensies uitschakelt. Indien informatief optreden en tevredenheid positief samenhangen, maar beide ook positief samenhangen met communicatief optreden, wordt het bijzonder moeilijk om een werkelijke samenhang van een schijn-samenhang te scheiden. De techniek van de partiële correlatie brengt hier uitkomst. Een multiple correlatie geeft aan in welke mate een aantal variabelen tezamen samenhangen met een andere variabele. In tabel 5 gaat het dus om de samenhang tussen de tevredenheid van de patiënt enerzijds en alle gedragsdimensies tezamen anderzijds.

** Deze correlaties zijn statistisch betrouwbaar.

menhang tussen de gedragsdimensies wordt uitgeschakeld — de specifieke bijdrage van elke dimensie afzonderlijk, dan blijkt dat vooral het afwerend optreden de tevredenheid met de huisarts doet afnemen: een huisarts die kortaf doet en op een afstand is, vindt men minder plezierig.

De tevredenheid wordt daarentegen groter naarmate men meer het gevoel heeft met zijn dokter te kunnen praten. Opmerkelijk is dat het typisch medische gedrag dat in het instrumentele optreden ligt besloten niet bijdraagt tot een grotere tevredenheid, evenmin als het informatieve en het diffuse optreden.

Brengen wij tenslotte de tevredenheid van de patiënt in verband met het gedrag van de patiënt, dan blijkt er geen significante relatie te bestaan tussen tevredenheid en de frequentie van het doktersbezoek. Tevreden mensen gaan dus niet vaker naar de huisarts. Dit geldt zowel voor het hogere als voor het lagere sociaal-economische niveau.

Deze conclusie is van belang voor de eerder gestelde vraag of in hogere sociaal-economische milieus mensen vaker naar de dokter gaan omdat deze zich op een bepaalde manier gedraagt, dan wel of de dokter zich anders gedraagt omdat men vaker komt.

Indien het zo is dat men frequenter naar de dokter gaat, omdat men zijn optreden zo prettig vindt, dan zou er niet alleen een correlatie tussen dat optreden en de frequentie van het doktersbezoek moeten bestaan, maar ook een correlatie tussen frequentie en tevredenheid. Laatstgenoemde correlatie blijkt evenwel niet aanwezig te zijn. Op grond hiervan lijkt het een plausibele redenering

dat het verband tussen doktersgedrag en frequentie moet worden verklaard vanuit de laatste variabele: omdat men de dokter veel ziet, gaat deze zich anders gedragen, althans in de ogen van de patiënt. De dokter wordt minder instrumenteel en meer communicatief. Het blijft evenwel een vraag waarom dit wel bij hogere en niet bij lagere sociaal-economische milieus voorkomt.

* * *

Nabeschouwing en conclusies. Op grond van de beschrijvingen welke patiënten aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst gaven van het optreden van hun huisarts, konden vijf gedragsdimensies worden onderscheiden: informatief, communicatief, afwerend, instrumenteel en diffuus gedrag. Bij verdere analyse kon een verband worden geconstateerd tussen het gedrag van de huisarts en het sociaal-economische milieu van de patiënt.

Ten opzichte van patiënten uit lagere sociaal-economische milieus is men minder informatief en diffuus en meer afwerend en instrumenteel. Tussen het gedrag van de huisarts en het uitstellen van het naar de dokter gaan kon geen verband worden geconstateerd. Bij mensen uit hogere sociaal-economische milieus bleek een relatie te bestaan tussen het optreden van de huisarts en de frequentie waarmee men hem raadpleegde: door intensiever contact ontstaat een andere relatie, waarbij de huisarts zich anders gaat gedragen. Bij patiënten uit lagere sociaal-economische milieus kon dit verband niet worden aangetoond.

De tevredenheid met de huisarts bleek in het algemeen groot te zijn, ongeacht het milieu van de patiënt. Er bestaat een duidelijke samenhang met het gedrag van de arts: de tevredenheid neemt toe naarmate de huisarts minder kortaf en op een afstand is en hij de patiënten meer de indruk geeft dat zij met hem over hun problemen kunnen praten.

Bezien wij de gedragsbeschrijvingen van de huisartsen tenslotte op zichzelf, dan stemt de uitkomst, dat het geven van informatie slechts in sommige gevallen voorkomt, tot nadenken.

Een onderzoek van *Davis* laat namelijk zien dat patiënten zich beter aan de voorschriften van de arts houden, naarmate deze hun meer informatie verschaft. De resultaten van ons onderzoek geven in dit opzicht dan ook aanleiding tot enige bezorgdheid. Dit temeer daar het geven van informatie in het lagere sociaal-economische milieu een nog lagere „score” heeft: ten opzichte van degenen die weinig weten* is men minder geneigd informatie te geven dan ten opzichte van hen die meer we-

* In dit onderzoek blijkt een duidelijke samenhang te bestaan tussen medische kennis, gemeten met behulp van een uit 25 items bestaande schaal en sociaal-economische status ($r = 0,48$).

ten. Welke consequenties dit heeft voor de bevordering van een snelle genezing, met name in de lagere milieus verdient dan ook nader onderzoek.

Summary. The physician's behaviour and the patient's satisfaction. On the basis of descriptions which 300 patients gave of their family doctors' behaviour with reference to a standardized questionnaire, it was possible to distinguish five different dimensions of behaviour. The data showed that family doctors behaved differently according to whether the patients were from a lower or from a higher socio-economic environment. In the latter category there was also a correlation with the frequency of consulting the family doctor. A distinct correlation was established between the family doctor's demeanour and the patient's satisfaction. This satisfaction increases by as much as the doctor is less curt and less aloof, and by as much as he gives his patients a more distinct impression of willingness to discuss their problems with them.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. International Universities Press, New York, 1957.
 Bloom, S. W. The doctor and his patient. Russell Sage Foundation, New York, 1963.
 Davis, M. S. Deviant interaction in an institutionalized relationship: variation in patients' compliance with doctors' orders. Paper voor het Sixth World Congress of Sociology, 1966.
 Parsons, I. The social systems. Free Press, Glencoe, Ill., 1951.
 Wilson, R. N. Patient-practitioner relationship, in: Freeman, H. E., S. Levine en L. G. Reeder. Handbook of medical sociology. Prentice-Hall Inc. New York, 1963.
 Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt. J. A. Boom en zoon, Meppel, 1966.

BIJLAGE

De vragen aan de hand waarvan men het gedrag van de huisarts kon beschrijven, zijn weergegeven in tabel 6. Tevens zijn de gemiddelden en de varianties van de antwoorden vermeld.
 (5 = altijd, 4 = vaak, 3 = soms, 2 = zelden, 1 = nooit).

Voor de verdere analyse van deze gedragsbeschrijvingen is gebruik gemaakt van twee technieken: factoranalyse en „cluster”-analyse. Door middel van beide technieken kan men trachten uit het geheel van variabelen groepjes te destilleren die bij elkaar horen. Bij de factoranalyse wordt daarbij naar een zo groot mogelijke onafhankelijkheid tussen die groepjes gestreefd. De „cluster”-analyse daarentegen probeert de onderlinge samenhang binnen een dergelijk groepje zo groot mogelijk te maken. De uitkomsten van de „cluster”-analyse zijn weergegeven in tabel 7, die van de factoranalyse in tabel 8.

Op grond van beide tabellen kan nu worden vastgesteld welke waarschijnlijk de dimensies zijn in het gedrag van de huisarts, zoals dat door de steekproef werd beschreven. Voor zover „cluster”-analyse en factoranalyse elkander tegen spreken is steeds nagegaan of de betrokken variabelen in één factor toch een behoorlijke onderlinge correlatie hadden, ook al kwamen zij in verschillende „clusters” voor. Een tweede criterium is steeds de theoretische relevantie van een dimensie geweest. De volgende gedragsdimensies werden onderscheiden (zie voor de items binnen elke dimensie het voorgaande verslag):

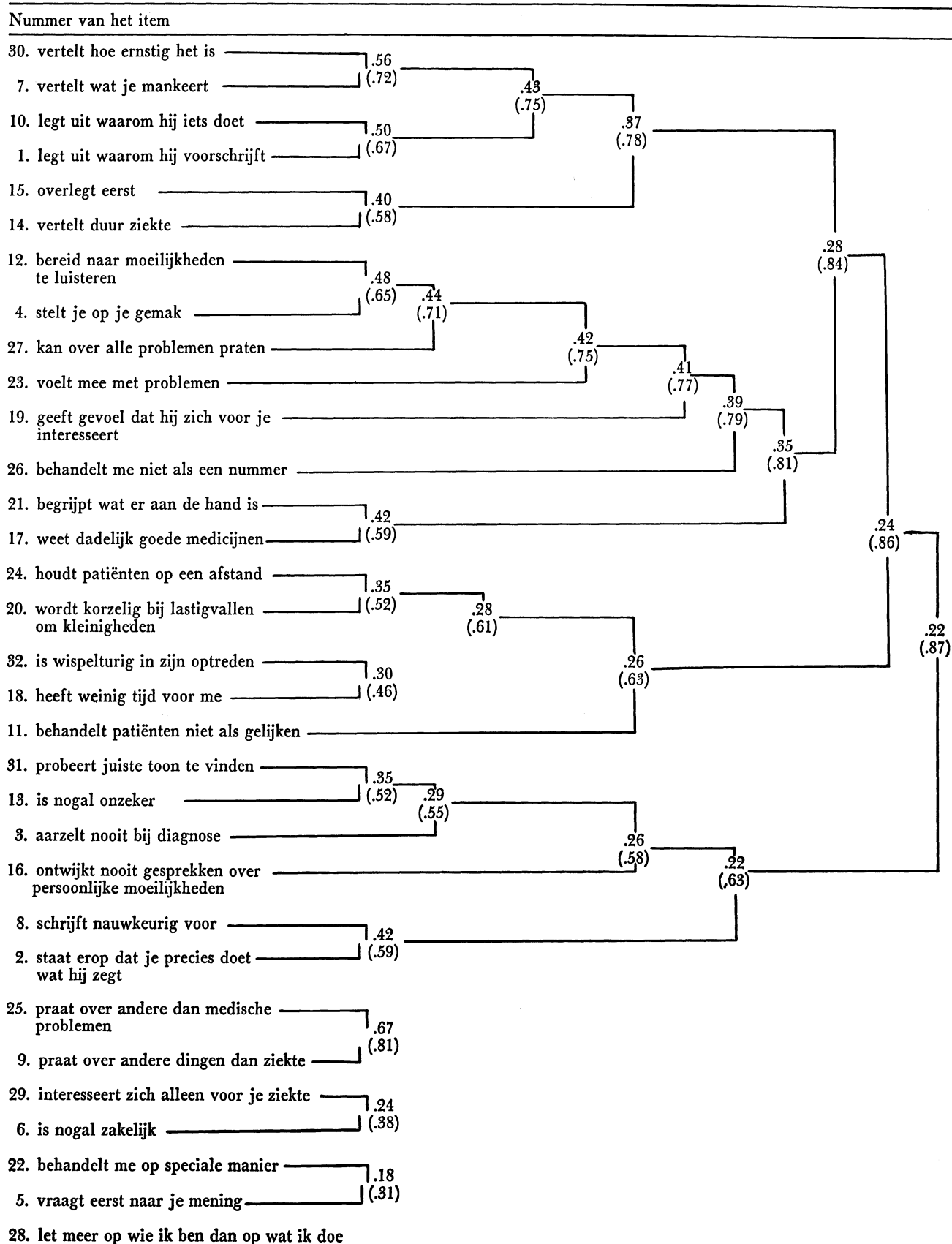
informatief : items in „cluster” 1 en in factor IV
 communicatief : items in „cluster” 1 en in factor I en III
 afwerend : items in „cluster” 1 en in factor III
 instrumenteel : items grotendeels in „cluster” 1 en in factor I
 diffuus : items in verschillende „clusters” en in factor II

De betrouwbaarheidscoëfficiënt, berekend volgens de methode van Hoyt bedroeg voor alle schalen meer dan 0,75.

Tabel 6. De gemiddelden en varianties van de antwoorden op 32 gedragsvragen over de huisarts (N = 288).

Gedragsvraag	Gemiddelde	Variantie
1 Mijn huisarts legt precies uit waarom hij mij bepaalde geneesmiddelen voorschrijft	3,06	2,18
2 Mijn huisarts staat erop, dat je precies doet wat hij zegt	4,41	1,11
3 Mijn huisarts aarzelt als hij vast moet stellen wat ik mankeer	1,95	1,24
4 Mijn huisarts stelt je op je gemak als je met hem praat	4,36	1,24
5 Mijn huisarts vraagt je eerst naar je mening als hij je iets voorschrijft	2,12	2,25
6 Mijn huisarts is nogal zakelijk	2,79	2,17
7 Mijn huisarts vertelt je precies wat je mankeert	3,41	2,00
8 Mijn huisarts schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen als je ziek bent	4,47	0,93
9 Mijn huisarts praat met me over andere dingen dan mijn ziekte alleen	2,86	2,06
10 Mijn huisarts legt uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet	2,59	1,90
11 Mijn huisarts behandelt zijn patiënten als gelijken	4,44	0,92
12 Mijn huisarts is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren	4,48	0,88
13 Mijn huisarts is nogal onzeker in zijn optreden	1,55	0,96
14 Mijn huisarts vertelt hoelang mijn ziekte waarschijnlijk zal duren	3,23	2,02
15 Mijn huisarts overlegt eerst met mij voordat hij mij een bepaalde manier van leven voorschrijft	2,98	2,36
16 Mijn huisarts ontwijkt gesprekken over mijn persoonlijke moeilijkheden	1,68	1,22
17 Mijn huisarts weet dadelijk de goede medicijnen voor me	4,25	0,66
18 Mijn huisarts heeft te weinig tijd voor me als ik hem raadpleeg	1,96	1,55
19 Mijn huisarts geeft je het gevoel, dat hij zich voor je interesseert	4,40	0,96
20 Mijn huisarts wordt korzelig als je hem met kleinigheden lastig valt	2,15	1,79
21 Mijn huisarts begrijpt precies wat er met je aan de hand is	4,12	0,91
22 Mijn huisarts behandelt me op een speciale manier	2,17	2,07
23 Mijn huisarts voelt mee met mijn problemen	3,88	1,40
24 Mijn huisarts houdt zijn patiënten op een afstand	1,74	1,31
25 Mijn huisarts praat met me over andere dan medische problemen	2,51	2,03
26 Mijn huisarts behandelt me als een nummer	1,30	0,69
27 Met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	3,83	1,91
28 Mijn huisarts let meer op wie ik ben dan op wat ik doe	2,88	2,76
29 Mijn huisarts interesseert zich alleen voor je ziekte	3,02	2,33
30 Mijn huisarts vertelt mij precies hoe ernstig het is	3,28	2,05
31 Mijn huisarts probeert tegenover iedereen de juiste toon te vinden	4,38	0,86
32 Mijn huisarts is wispelturig in zijn optreden	1,63	0,97

Tabel 7. „Cluster”-analyse 32 gedragsbeschrijvingen van huisartsen.



Tabel 8. Volgens Varimax-methode geroteerde factoren van een factoranalyse met vijf factoren van 32 gedragsbeschrijvingen van huisartsen.

Omschrijving item					
1. legt uit waarom hij voorschrijft	.38	-.19	-.09	.52	.24
2. staat erop dat je precies doet wat hij zegt	.61	.18	.08	.12	.00
3. aarzelt bij diagnose	-.37	-.14	.14	-.10	.35
4. stelt je op je gemak	.55	-.25	-.39	.07	-.01
5. vraagt eerst naar je mening	.06	.07	.05	.05	.63
6. is nogal zakelijk	-.02	.50	.10	-.01	.39
7. vertelt wat je mankeert	.27	-.06	-.12	.72	-.01
8. schrijft nauwkeurig voor	.61	.15	-.14	.16	-.04
9. praat over andere dingen dan ziekte	.03	-.80	-.01	.20	.08
10. legt uit waarom hij iets doet	.15	-.33	-.01	.65	.08
11. behandelt patiënten als gelijken	.09	-.09	-.54	.18	-.01
12. bereid naar moeilijkheden te luisteren	.36	-.26	-.53	.02	.03
13. is nogal onzeker	-.47	-.05	.17	-.13	.42
14. vertelt duur ziekte	.07	-.16	-.25	.55	-.09
15. overlegt eerst	.07	-.04	-.21	.56	.13
16. ontwijkt gesprek over persoonlijke moeilijkheden	-.24	.25	.22	.00	.49
17. weet dadelijk goede medicijn	.63	-.01	-.16	.06	-.09
18. heeft te weinig tijd voor me	-.20	-.04	.55	-.20	.11
19. geeft gevoel dat hij zich voor je interesseert	.48	-.12	-.46	.09	-.02
20. wordt korzelig bij lastigvallen om kleinigheden	.09	-.06	.44	-.18	.26
21. begrijpt wat er aan de hand is	.62	-.08	-.23	.09	.19
22. behandelt me op speciale manier	.37	-.12	.12	.14	.35
23. voelt mee met problemen	.26	-.18	-.56	.21	.28
24. houdt patiënten op afstand	-.03	-.05	.57	-.06	.29
25. praat over andere dan medische problemen	.03	-.82	-.03	.10	.07
26. behandelt me als nummer	-.23	.14	.63	.07	-.02
27. kan over alle problemen praten	.43	-.35	.40	.08	.24
28. let meer op wie ik ben dan op wat ik doe	-.08	-.21	-.08	.09	.29
29. interesseert zich alleen voor je ziekte	.16	.51	.23	-.26	.12
30. vertelt hoe ernstig het is	.08	-.02	-.07	.73	-.04
31. probeert juiste toon te vinden	.45	-.09	-.13	.14	-.20
32. is wispelturig in zijn optreden	-.07	-.12	.53	-.34	.15

Anticonceptie met behulp van I.U.D.'s

DOOR C. A. WALRAVEN, VROUWENARTS*

Inleiding. I.U.D. is de afkorting van „Intra-Uterine Devices”. Op het in 1967 in Chili gehouden congres van de International Planned Parenthood Federation werd besloten deze afkorting te gebruiken ter aanduiding van alle soorten intra-uteriene pessaria die worden aangewend voor anticonceptionele doeleinden.

In de twintiger jaren van deze eeuw zijn I.U.D.'s in de belangstelling gekomen door de introductie van de ring van Graefenberg. De hiermede opgedane ervaringen leidden in 1935 ertoe dat deze ring door de Duitse gynaecologen als verwerpelijk werd bestempeld. Deze conclusie werd door de meeste gynaecologen in de rest van de wereld aanvaard.

In 1959 werden door Oppenheimer en Ishihama de door hen opgedane gunstige ervaringen met I.U.D.'s gepubliceerd. Vooral de publikatie van Ishihama met de in Japan uit polyethyleen vervaardigde Ota-ring trok de aandacht. De inertie van het gebruikte materiaal ten opzichte van menselijke weefsels bleek voordelen te bieden boven de door Graefenberg en Oppenheimer toegepaste zijden of zilveren grondstoffen.

Toentertijd werd ook begonnen op grotere schaal aandacht te schenken aan het steeds nijpender wordende bevolkingsvraagstuk in de ontwikkelingslanden. Op korte termijn kon daarvoor alleen een oplossing worden geboden in program-

ma's ter bevordering van geboorteregeling. Voor de uitvoering hiervan was het noodzakelijk de beschikking te krijgen over een goedkoop en doeltreffend anticonceptioneel middel, dat voor de bevolking van ontwikkelingslanden aanvaardbaar was. Omdat werd verwacht dat een uit polyethyleen vervaardigd I.U.D. aan deze eisen zou kunnen voldoen, werd begonnen verschillende modellen I.U.D.'s in ontwikkelingslanden en ook in de Verenigde Staten van Noord-Amerika op grote schaal toe te passen. Sinds 1960 zijn er in toenemende mate in een steeds groter aantal landen met de nieuwere modellen I.U.D.'s ervaringen verkregen.

Het „Coöperative Statistical Program (C.S.P.)” uitgevoerd door het „National Committee on Maternal Health” van de V.S. heeft de verzameling van gegevens uit de Verenigde Staten en andere landen gecoördineerd en de statistische bewerking ervan verzorgd. De resultaten van dit onderzoek geven een antwoord op diverse vragen die naar aanleiding van het gebruik van I.U.D.'s kunnen worden gesteld. Alvorens deze aan de orde te stellen, worden eerst nog enige andere aspecten van het I.U.D. behandeld.

Modellen I.U.D.'s. In het C.S.P. zijn gegevens verzameld over de toepassing van vier modellen I.U.D.'s. Deze zijn: de spiraal van Margulies, de lus van Lippes, de boog van Birnberg en de ring van Hall-Stone.

De drie eerstgenoemde worden gemaakt uit polyethyleen vermengd met een bariumverbinding

* Uit de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit; hoofd: Prof. Dr. J. Janssens.