

De Amsterdamse co-assistent: zijn opvattingen over de arts-patiënt relatie

DOOR C. VAN DER EIJK EN F. N. STOKMAN

1 Inleiding. In februari 1971 hebben de auteurs van dit artikel tezamen met de vierde-jaars studenten personeelwerk van de sociale academie (Kartuizersplantsoen) te Amsterdam, een onderzoek gehouden onder de co-assistenten van de medische faculteit van de universiteit van Amsterdam.

De bedoeling van het onderzoek was allereerst een inzicht te verkrijgen over de opvattingen van deze studenten over het pas ingevoerde co-assistentenschap huisartsgeneeskunde, dit ten behoeve van het instituut voor huisartsgeneeskunde dat het co-assistentenschap verzorgt. De sociaal-wetenschappelijke belangstelling van de onderzoekers heeft ertoe geleid dat in de enquête ook vragen zijn opgenomen die niet direct met het co-assistentenschap zelf hebben te maken, maar vooral betrekking hebben op meer algemene problemen van de medische professie: de arts-patiënt-relatie en hiermede verband houdende problemen van medische ethiek.

In een vorig artikel (*Van der Eijk en Stokman*)* hebben de auteurs verslag gedaan van dat deel van het onderzoek dat vooral was bedoeld om een inzicht te geven over opvattingen over het co-assistentenschap. Dit artikel daarentegen zal vooral zijn gericht op de opvattingen over de arts-patiënt-relatie. Een aantal zaken zal thans niet worden beschreven omdat dat al in het vorige artikel is gedaan, namelijk de rapportering van de respons, de methode van datavergaring en de techniek van de schaalanalyse (Guttman-schaal). Een enkele keer zal bovendien worden teruggegrepen op variabelen die in het vorige artikel zijn gedefinieerd.

Evenmin als het vorige heeft dit verslag de pretentie een uitputtende rapportering van de resultaten van ons onderzoek te zijn. Er is zeker ruimte voor secundaire analyse, waartoe het materiaal bij de auteurs en bij het instituut voor huisartsgeneeskunde kan worden opgevraagd.

2 Probleemstelling. Het hier gerapporteerde deel van ons onderzoek is duidelijk verkennend van karakter. Dat wil zeggen dat er wel een centrale probleemstelling is, maar dat deze niet is uitgekristalliseerd in te toetsen hypothesen, dat nog niet geheel duidelijk is welke variabelen van belang zijn voor de probleemstelling en dat ook niet zonder

meer duidelijk is hoe deze variabelen moeten en kunnen worden gemeten (geoperationaliseerd). Vooral door gebrek aan eerder gedaan onderzoek richt de analyse zich dan ook in de eerste plaats op het pogen bepaalde vraagstellingen te operationaliseren en, indien dat op zinvolle wijze kan geschieden, na te gaan welke samenhang tussen de geconstrueerde variabelen bestaat.

Het kernprobleem is de relatie arts-patiënt zoals deze de co-assistent voor ogen staat.

Men kan zich de arts-patiënt-relatie op verschillende manieren voorstellen. Enerzijds kan men ervan uitgaan dat de patiënt zich aan een arts toevertrouwt, waarbij aan de arts wordt overgelaten te beslissen wat het beste voor de patiënt is. Dit is mogelijk door de vrije artskeuze van de patiënt*

Een andere relatie welke men zich kan voorstellen is waarbij de patiënt de arts als deskundige consulteert, maar waar in die gevallen, als het gebrek aan deskundigheid dat niet verhindert, de patiënt zelf in laatste instantie beslist wat met hem gebeurt. Uiteraard is ook deze relatie alleen denkbaar bij een vrije artskeuze en gaat het alleen om die gevallen waar het een keuze betreft tussen verschillende alternatieven, die zinvol door een niet-medisch deskundige kan worden gemaakt.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk complex moeilijk in een of enkele vragen is aan te boren. Het zal veeleer nodig zijn verschillende indicatoren tegelijkertijd te gebruiken en na te gaan in hoeverre deze dezelfde onderliggende dimensie bevatten, of dat verschillende, al dan niet met elkaar samenhangende, dimensies worden bestreken. Kortom, een van de belangrijkste opgaven in een verkennend onderzoek als dit is het ontwikkelen van indicatoren die houdingen of gedragingen beschrijven die met de centrale, weinig expliciete, probleemstelling samenhangen.

Een van de voornaamste aspecten die samenhangen met de arts-patiënt-relatie zoals de co-assistenten die zich voorstellen is: hoe staat de aankomende arts tegenover de patiënt die naar de arts

* (1972) huisarts en wetenschap 15, 451-460

* Juridisch is dit inderdaad de relatie arts-patiënt, het betreft namelijk een „overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten”.

toekomst met de vraag een bepaalde behandeling toe te passen. De gevallen waarom het in de gestelde vragen gaat zijn vrij controversieel: een patiënt vraagt anticonceptionele hulp, sterilisatie, abortus. Hoe staan de respondenten hier tegenover: zouden zij indien gevraagd, dergelijke hulp verlenen of eventueel weigeren?

Wat betreft het probleem van het verlenen van anticonceptionele hulp werden, in het belang van vergelijkbaarheid, de vragen overgenomen uit een onderzoek in 1969 door *Bangma* verricht onder een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen.

Nadat men zich heeft afgevraagd of de (toekomstige) arts eventueel bepaalde behandelingen zal willen toepassen kan men nog een stap verder gaan: in hoeverre vinden de co-assistenten dat een arts verplicht is bepaalde handelingen te verrichten op verzoek van de patiënt of in hoeverre mag hij blijven weigeren. Het verschil met de vragen zoals hiervoor beschreven, is dat niet wordt gevraagd of men zelf bepaalde handelingen zou verrichten als arts (voornamelijk een indicator voor de houding ten opzichte van anticonceptie), maar expliciet of de arts verplicht is datgene te doen wat de patiënt van hem vraagt (indicator voor de mate waarin men de patiënt als geëmancipeerd beschouwt).

Om niet louter af te gaan op vragen die refereren aan een hypothetische situatie waarbij de co-assistent arts is, zijn ook een aantal vragen opgenomen die meer aansluiten op het te lopen co-assistentenschap huisartsgeneeskunde.

Hoe denkt men dat men zich ten opzichte van de patiënten die men dan tegenkomt, moet gedragen? In welke activiteiten te verrichten tijdens het co-assistentenschap is men vooral geïnteresseerd? Dit laatste zou een aspect kunnen zijn dat samenhangt met de houdingen ten opzichte van de patiënt, die uit de antwoorden naar voren komen.

In de volgende paragrafen zullen achtereenvolgens worden behandeld: de houding van de co-assistent tegenover anticonceptie, de resultaten van een aantal schaalanalyses en een aantal verbanden die werden gevonden tussen de uit de schaalanalyses ontwikkelde variabelen.

3 *Houdingen ten aanzien van anticonceptie.* *Bangma* heeft in 1969 een onderzoek gedaan naar de meningen en houdingen bij praktizerende huisartsen over anti-conceptionele hulpverlening. Uit zijn vragenlijst werd een aantal vragen overgenomen dat direct betrekking had op het geven van anticonceptionele hulp bij niet-medische indicatie in een aantal gespecificeerde gevallen.

Uit *Bangma's* steekproef bleek dat de meerderheid van de huisartsen bereid was deze hulp te

verlenen; er bestond een vrij grote minderheid die hiertoe niet bereid was. De omvang daarvan bleek bovendien samen te hangen met specifieke gevallen: een jong meisje zou aanzienlijk vaker hulp worden geweigerd dan een getrouwde vrouw.

De resultaten van onze enquête zijn nogal verrassend: in alle gevallen was er een vrijwel unanieme mening (96 tot 99 procent) vóór het verlenen van anticonceptionele hulp. In *Tabel 1* wordt een overzicht gegeven van de vragen, de beantwoording door de steekproef van *Bangma* en de resultaten verkregen bij onze respondenten.

Het zal duidelijk zijn dat bij een dergelijk unanieme respons het niet meer zinvol is de antwoorden op deze vragen verder nog te gebruiken als variabele: er is immers geen variatie.

Uit ons materiaal valt niet zonder meer af te leiden waardoor de verschillen tussen *Bangma's* en onze resultaten zijn te verklaren. Mogelijke factoren kunnen de volgende zijn.

Huisartsen in functie zijn terughoudender in het verlenen van anticonceptie dan co-assistenten voor wie de vraag nog vrij hypothetisch is; het verschil in functie verklaart het verschil in beantwoording.

Bangma's populatie is een landelijke, de onze een Amsterdamse. Het is mogelijk dat de plaats waar men zijn opleiding heeft genoten een bepalende rol speelt bij de meningen over anticonceptie. *Bangma* rapporteert echter niet een dergelijk verband.

Tabel 1. Houdingen ten opzichte van anticonceptie, beantwoording verkregen in Bangma's steekproef (n= 528) en onze populatie (n=232).

Vragen	Percentages die „ja” antwoorden:	
	Nederlandse huisartsen	Amsterdamse co-assistenten
Bent U van mening dat de anticonceptionele hulp op niet-medische indicatie een integrerend deel vormt van de hulp welke de huisarts aan zijn patiënten geeft?	89	96
Zoudt u in principe bereid zijn om anticonceptionele hulp te geven aan een getrouwde vrouw? ..	99	99
Aan een meisje van 15 tot 17 jaar? .	49	98
Aan een ongehuwde vrouw van 25 tot 30 jaar?	84	99
Aan een verloofd meisje ouder dan 20 jaar?	84	99
Aan een pas getrouwde vrouw van 30 jaar?	89	98
Aan een ongehuwde moeder? . . .	84	99

De meest aannemelijke verklaring lijkt ons dat het verschil in beantwoording kan worden teruggebracht op de verschillen in generatie tussen de populaties. Een aanwijzing hiervoor is dat ook bij *Bangma* blijkt dat oudere huisartsen conservatiever ten opzichte van anticonceptie staan dan de jongere.

4 *Resultaten van de schaalanalyses.* Het belang van de in deze paragraaf gerapporteerde analyses ligt vooral in het isoleren van een aantal onderliggende dimensies van waaruit de antwoorden door de co-assistenten zijn gegeven. Deze dimensies kunnen dan later worden gebruikt ter karakterisering (beschrijving) van de respondenten in verdere analyses.

De hier toegepaste techniek van schaalanalyse (Guttman-schaal) wordt gebruikt om na te gaan in hoeverre de antwoorden en vragen (items) kunnen worden begrepen vanuit een model dat een onderliggende dimensie (houding, mening) veronderstelt. Hierbij wordt in een coëfficiënt (H) aangegeven in welke mate de antwoorden aan het model beantwoorden. In het algemeen wordt deze coëfficiënt volgens de volgende criteria gehanteerd: $H \geq .50$ sterke schaal; $.40 \leq H < .50$ redelijke schaal; $.30 \leq H < .40$ zwakke schaal; $H < .30$ geen schaal.

Voor het gebruik van deze techniek wordt verder verwezen naar *Van der Eijk en Stokman*, en naar *Mokken*.

a *Sterilisatie.* In de vragenlijst waren de volgende vragen opgenomen: „Zoudt u, wanneer een van uw mannelijke patiënten om sterilisatie verzoekt, hier positief tegenover staan?” „En wanneer het een vrouwelijke patiënt betreft?”

Beide vragen blijken een sterke schaal te vormen (positief alternatief is beide keren „ja”): $H = .93$ (zeer sterke schaal). De beantwoording is voor beide vragen vrijwel gelijk: 61 procent staat positief tegenover een verzoek om sterilisatie van een mannelijke patiënt en 60 procent als het een vrouw betreft; 8 procent respectievelijk 9 procent staat afwijzend ertegenover; 27 procent weet het nog niet. Er blijken geen verschillen te zijn tussen toekomstige huisartsen en toekomstige specialisten.

Bij schaalanalyses kunnen de respondenten worden gekarakteriseerd met een somatiescore wanneer eenmaal een schaal is geconstrueerd. De score geeft het aantal keren aan dat de respondent het positieve alternatief noemt. De verdeling van de respondenten over de scores is als volgt: score 0 : 38 procent (87); score 1 : 5 procent (12); score 2 : 57 procent (133).

b *Openheid ten opzichte van de patiënt.* Een

aantal vragen heeft betrekking op de mate waarin men vindt dat de patiënt bij zijn eigen „geval” moet worden betrokken wanneer hij niet met een speciaal verzoek bij zijn huisarts komt, maar voor andere, meer therapeutische hulp. De vragen werden gesteld in de veronderstelling dat zij vanuit één onderliggende dimensie zouden worden beantwoord. In dat geval kunnen zij worden gebruikt als indicator voor de variabele „openheid ten opzichte van de patiënt”. De vragen waren de volgende.

a Vindt u dat de patiënt toestemming gevraagd moet worden of de co-assistent aanwezig mag zijn?

b Vindt u dat de patiënt toestemming gevraagd moet worden indien niet de huisarts maar de co-assistent onder toezicht van de huisarts de patiënt onderzoekt?

c Vindt u dat de huisarts en de co-assistent in het algemeen in aanwezigheid van de patiënt hun overwegingen kunnen bespreken over de wijze waarop zij tot de diagnose komen? Indien ja: Dienen deze overwegingen in voor de patiënt duidelijke taal geformuleerd te worden?

d En kunnen zij in het algemeen hun overwegingen over de therapie bespreken in aanwezigheid van de patiënt? Indien ja: Dienen deze in voor de patiënt duidelijke taal geformuleerd te worden?

Deze vier items blijken inderdaad een schaal te vormen waarbij tevens naar voren komt dat de samenhang tussen de items iets groter is bij aanstaande huisartsen dan bij aanstaande specialisten. De resultaten van de schaalanalyse zijn weergegeven in tabel 2 (de nummers refereren aan de volgorde van moeilijkheid van de items).

c *Beslissingsmacht van de patiënt.* Zoals eerder vermeld, is een aantal vragen gesteld naar de mate waarin de respondenten geloven dat een arts verplicht is bepaalde behandelingen toe te passen wanneer de patiënt hem daarom verzoekt. Het gaat primair er om wie de beslissing moet nemen omtrent het doen van ingrepen, waarbij de wijze waarop een dergelijke ingreep zou moeten geschieden indien een dergelijk besluit is gevallen, buiten beschouwing blijft als behorende tot de (technische) competentie van de arts. De vraag luidt als volgt: „Vindt u dat, als de huidige wettige regelingen niet zouden gelden, een arts verplicht is de volgende medische behandelingen toe te passen of te doen toepassen, indien een patiënt blijft insisteren, of vindt u dat een arts dit mag blijven weigeren? Abortus, euthanasie, voorschrijven van anti-conceptiva, sterilisatie.”

Bij schaalanalyse (positief alternatief steeds: arts moet behandeling toepassen of doen toepassen) blijken deze vier items zowel voor aanstaande artsen als voor aanstaande specialisten een zeer sterke schaal te vormen. De resultaten (voor de gehele groep) zijn in *tabel 3* vermeld.

d Interesse in werkzaamheden van de huisarts-praktijk. In de vragenlijst kwam een lijst met zeventien werkzaamheden voor waarvan de respon-

Tabel 2. Schaal „openheid ten opzichte van de patiënt”.

Volgorde item	positief alternatief	frequentie positief alternatief (percentages)		H _i	H _i
		a.s. huisartsen	a.s. specialisten	a.s. huisartsen	a.s. specialisten
1 c	Tweemaal ja	46	45	.47	.46
2 d	Tweemaal ja	54	62	.47	.37
3 a	ja	74	70	.47	.34
4 b	ja	78	71	.46	.28*
Coëfficiënt voor de gehele schaal				H = .47	.36

* Hoewel dit item strikt genomen niet voldoet aan de eis dat $H_i \geq .30$ lijkt het uit theoretische en comparatieve overwegingen niet zinvol dit item uit te sluiten, te meer omdat de gevonden H_i dicht tegen deze grens aanligt.

Verdeling van de respondenten over de scores van de schaal: score 0 : 8 procent (19); score 1 : 11 procent (25); score 2 : 33 procent (77); score 3 : 16 procent (37); score 4 : 32 procent (74).

Tabel 3. Schaal „beslissingsmacht van de patiënt”.

item	Frequentie positief alternatief (in percentages)	H _i
Euthanasie	20	.94
Sterilisatie	46	.85
Abortus	49	.87
Voorschrijven van anticonceptiva	68	1.00
Coëfficiënt van de gehele schaal		H = .90*

* Een dergelijke hoge schaalcoëfficiënt is zeer uitzonderlijk in de sociale wetenschappen, zeker als het een vier-item schaal betreft met goed gespreide moeilijkheden van de items (frequenties van de positieve alternatieven).

Verdeling van de respondenten over de scores van de schaal: score 0 : 32 procent (74); score 1 : 13 procent (31); score 2 : 13 procent (31); score 3 : 23 procent (54); score 4 : 18 procent (42).

dent moest aangeven in hoeverre hij zich ertoe aangetrokken voelde indien hij huisarts zou zijn.* Alle werkzaamheden werden aan schaalanalyse onderworpen (positief alternatief: „zeer sterk” en „sterk”).

Het blijkt dat de zeventien vragen in twee schalen uiteenvallen, een schaal van elf items en een schaal van zes items. Wanneer wordt nagegaan welke deze items zijn, blijken zij ook inhoudelijk duidelijk te verschillen, waardoor de ene schaal kan worden opgevat als indicator voor „interesse in (medisch-) technische werkzaamheden” (elf items) en de andere als indicator voor „interesse in (medisch-) sociale werkzaamheden” (zes items). Deze schalen worden in de *tabellen 4* en *5* beschreven.

De schaalanalyse op deze zeventien items werd ook nog apart gedaan voor twee subgroepen uit onze populatie: zij die van plan zijn huisarts te worden en zij die zich willen gaan specialiseren. Aangezien de groep toekomstige specialisten de toekomstige huisartsen in aantal verre overtreft (respectievelijk 128 en 54) is het waarschijnlijk dat indien er verschillen bestaan in de structurering van de items (schaalbaarheid) tussen beide subgroepen, deze niet volledig tot hun recht zullen komen bij een schaalanalyse over de gehele groep (*Van der Eijk en Stokman*).

Tabel 4. Interesse in (medisch-)technische werkzaamheden

Item	Frequentie positief alternatief (in percentages)	H _i
1 Laboratoriumwerk	25	.46
2 Verbinden	43	.45
3 Receptuur	52	.45
4 Bevallingen verrichten	64	.44
5 Contacten met specialisten leggen	65	.32
6 Gynaecologisch onderzoek	69	.44
7 Kleine chirurgie	69	.37
8 Huisbezoek	82	.34
9 Differentiële diagnostiek	86	.50
10 Lichamelijk onderzoek	88	.68
11 Anamnese	92	.65
Coëfficiënt voor de gehele schaal: H =		.44

* De lijst met werkzaamheden is dezelfde waarvan de respondent moest aangeven in hoeverre hij deze zelf tijdens het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde zou willen doen of in hoeverre hij deze aan de huisarts wilde overlaten. Uit de antwoorden daarop werd een schaal „zelfwerkzaamheid” geconstrueerd (*Van der Eijk en Stokman*).

Tabel 5. *Interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden*

Item	Frequentie positief alternatief (in percentages)	H _i
1 Sociaal onderzoek	73	.56
2 Contacten met maatschappelijk werksters en andere sociale instellingen leggen	75	.43
3 Arbeidsproblemen met patiënt doorspreken	76	.61
4 Psychisch onderzoek	80	.54
5 Andere persoonlijke problemen met patiënten doorspreken . . .	84	.66
6 Gezinsproblemen met patiënt doorspreken	84	.73
Coëfficiënt voor de gehele schaal: H = .58		

Voor de toekomstige specialisten worden dezelfde twee schalen als voor de gehele groep gevonden, alleen met aanmerkelijk hogere schaalcoëfficiënten: H = .51 voor interesse in technische werkzaamheden en H = .69 voor interesse in sociale werkzaamheden.

Bij de toekomstige huisartsen wordt een nogal afwijkend beeld aangetroffen; tien van de zeventien items vormen op geen enkele wijze een schaal; de overblijvende zeven vallen uiteen in twee schalen: een van drie items en een van vier items. De drie-itemschaal bevat de items gynaecologisch onderzoek, lichamelijk onderzoek en anamnese, die tezamen een perfecte schaal vormen (H = 1.00). Deze schaal is kennelijk wat bij de aanstaande huisartsen overblijft van de schaal interesse in (medisch-)technische werkzaamheden.

De vier-item schaal is vergelijkbaar met de schaal interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden en is samengesteld uit de items: arbeidsproblemen met de patiënt doorspreken, psychisch onderzoek, gezinsproblemen met patiënt doorspreken en andere persoonlijke problemen met patiënt doorspreken. De schaalcoëfficiënt over deze vier items is .48.

Het blijkt dus dat wanneer een lijst met zeventien zeer uiteenlopende werkzaamheden aan onze respondenten wordt voorgelegd met de vraag aan te geven hoe sterk men erin is geïnteresseerd, dit voor de toekomstige specialisten twee dimensies oplevert: interesse in (medisch-)technische werkzaamheden en interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden. Met andere woorden: voor deze subgroep vallen alle items te classificeren onder een

tweedeling technische en sociale werkzaamheden.

Voor de aankomende huisartsen is het kennelijk onmogelijk alle items onder te brengen in een tweedeling technische-sociale werkzaamheden: tien van de zeventien items vinden in geen van beide dimensies een plaats. Deze tien niet-schaalbare items zijn hier wellicht als het ware even zoveel aparte dimensies.

Uit ons materiaal kan niet zonder meer een verklaring worden gegeven voor het verschil in cognitieve structurering welke toekomstige huisartsen en specialisten aanbrenge in de genoemde werkzaamheden. Het is mogelijk dat de mate van geïnformeerdeheid op de huisartspraktijk hier een rol speelt: degenen die zich zullen gaan specialiseren zullen zich minder hebben georiënteerd op de verschillende aspecten van de huisartspraktijk, waardoor zij de werkzaamheden eenvoudig kunnen onderbrengen in technische en sociale. Dit abstraherend vermogen wordt daarbij waarschijnlijk nog versterkt door een zekere anticiperende distantie van de huisartspraktijk en een gesimplificeerd, historisch ontstaan beeld daarvan, een beeld dat voornamelijk zijn ontstaan heeft te danken aan het feit dat de medische opleiding vrijwel uitsluitend door specialisten wordt verzorgd.

De toekomstige huisartsen missen duidelijk een dergelijk sterk abstraherend vermogen; veel werkzaamheden zijn voor hen noch onder de technische noch onder de sociale dimensies onder te brengen, zij zijn gewoon anders, een dimensie op zichzelf.

In de rest van dit verslag worden de respondenten beschreven op de dimensies interesse in (medisch-)technische werkzaamheden en interesse in (medisch-) sociale werkzaamheden. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de elf-item schaal welke voor de gehele groep werd gevonden (technische werkzaamheden) en de vier-item schaal die voor beide subgroepen geldig is voor de sociale werkzaamheden. De voornaamste reden om de elf-item-schaal te gebruiken in plaats van de drie-item schaal die voor beide subgroepen valide is, is dat deze laatste te weinig mogelijkheden geeft tot differentiatie van de respondenten, omdat op al deze items ongeveer 80 procent van de respondenten positief antwoordt.

Ook nu nog blijkt dat om zinvolle vergelijkingen te kunnen maken de scores op beide schalen het best kunnen worden gedichotomiseerd, omdat anders klassen ontstaan die vrijwel leeg zijn. Deze dichotomisering ziet als volgt eruit:

	laag	hoog
interesse in (medisch-) technische werkzaamheden	score 0-7 (105)	score 8-11 (127)
interesse in (medisch-) sociale werkzaamheden	score 0-3 (76)	score 4 (156)

Het is duidelijk dat in het verdere onderzoek een van de eerste problemen zal zijn het construeren van beter differentiërende schalen voor deze dimensies.

Het verschijnsel dat de werkzaamheden die in de vragenlijst werden genoemd uiteenvallen in twee dimensies impliceert niet dat een verband zou bestaan tussen de scores op beide schalen, met andere woorden het is niet zo dat wanneer een respondent een hoge interesse heeft voor sociale werkzaamheden, hij dan een lage interesse heeft voor technische werkzaamheden. Er bestaat geen significant verband tussen de scores op beide schalen, hetgeen door de gegevens van *tabel 6* wordt geïllustreerd.

Een laatste punt dat vermelding verdient is de verdeling van de verschillende subgroepen over de scores van beide schalen. Het blijkt dat aanstaande huisartsen op beide schalen relatief hoger scoren dan aanstaande specialisten (*tabel 7*). Dit is weinig verbazingwekkend, aangezien de genoemde werkzaamheden alle betrekking hebben op de huisartspraktijk; zij zullen slechts zeer ten dele bij het werk van een specialist aan de orde komen.

Nu is gebleken dat er geen verband bestaat tussen de beide interesseschalen, is het interessant om na te gaan met welke complexen van andere variabelen wel samenhang bestaat, met name met de in paragraaf 4 gevonden variabelen. In de volgende paragraaf zal dit worden nagegaan voor de interesseschaal voor sociale werkzaamheden, in para-

graaf 6 voor de (medisch-)technische werkzaamheden.

5 Verband tussen interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden en andere variabelen. Uit het voorafgaande bleek dat toekomstige huisartsen meer geïnteresseerd zijn in sociale werkzaamheden dan toekomstige specialisten (*tabel 7*). Los van dit verband is het van belang om na te gaan in hoeverre de score op deze interesseschaal samenhangt met andere variabelen, met name de hiervoor in dit artikel geconstrueerde schalen.

Er blijkt een sterk positief verband te bestaan tussen de score op de schaal interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden en de score op de sterilisatieschaal, met andere woorden: respondenten die sterk zijn geïnteresseerd in sociale werkzaamheden staan veel positiever tegenover sterilisatie op eigen verzoek dan minder geïnteresseerde respondenten. Eveneens blijkt een sterk positief verband te bestaan met de score op de schaal openheid ten opzichte van de patiënt en met de score op de schaal beslissingsmacht van de patiënt (paragraaf 4).

Samengevat kan worden gesteld dat co-assistenten die sterk zijn geïnteresseerd in sociale werkzaamheden, vergeleken met co-assistenten die dit minder zijn, positiever staan tegenover sterilisatie op eigen verzoek, meer open zijn ten opzichte van de patiënt (hem meer betrekken bij zijn eigen geval en meer mededeelzaam zijn wat betreft overwegingen van diagnose en therapie) en meer de beslissingsmacht van de patiënt over zijn eigen zaak erkennen (meer afgaan op het belang van de patiënt zoals de patiënt dat definieert dan zoals de arts dat definieert).

De groep van sterk in (medisch-)sociale aspecten geïnteresseerden is ook meer ontevreden over de opleiding tot huisarts dan degenen die minder in sociale werkzaamheden zijn geïnteresseerd. Dit blijkt uit het verband tussen de score op deze schaal en het noemen van aspecten van de opleiding tot huisarts die volgens de respondenten voldoende of onvoldoende naar voren zijn gekomen in de huidige studie**.

Degenen die een sterke interesse in sociale werkzaamheden hebben kunnen relatief weinig aspecten noemen die voldoende naar voren zijn gekomen in de huidige opleiding en relatief veel die onvoldoende naar voren zijn gekomen. Voor degenen met een lage interesse-score ligt het net andersom: zij noemen relatief veel voldoende en weinig onvoldoende naar voren gekomen aspecten van de opleiding tot huisarts. De in deze paragraaf ver-

Tabel 6. Score op schaal „interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden” tegen score op schaal „interesse in (medisch-)technische werkzaamheden” (in percentages, met tussen haakjes de absolute aantallen).

		Interesse sociale werkzaamheden		
		Laag (0-3)	Hoog (4)	Totaal
Interesse	Laag (0-7)	42 (32)	47 (73)	45 (105)
Technische	Hoog (8-11)	58 (44)	53 (83)	55 (127)
Werkzaamheden	Totaal	100 (76)	100 (156)	100 (232)

TABEL 7. Toekomstig beroep tegen scores op de schalen „interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden” (in percentages, met tussen haakjes de absolute aantallen).*

Interesse		Aanstaande huisarts	Aanstaande specialist	Overigen	Totaal
Technisch,	laag	35 (19)	45 (58)	56 (28)	45 (105)
Technisch,	hoog	65 (35)	55 (70)	44 (22)	55 (127)
Sociaal,	laag	28 (15)	35 (45)	32 (16)	33 (76)
Sociaal,	hoog	72 (39)	65 (83)	68 (34)	67 (156)

* Zie voor deze variabele *Van der Eijk en Stokman*.

** Voor meer informatie over deze vraag en de beantwoording erop wordt verwezen naar *Van der Eijk en Stokman*.

melde samenhang worden samengevat in *tabel 8*.

6 *Verbanden tussen interesse in (medisch-)technische werkzaamheden en andere variabelen.* Het blijkt dat de respondenten die hoog scoren op interesse in (medisch-) technische werkzaamheden gemiddeld lager scoren op de sterilisatieschaal dan respondenten die een geringere technische interesse hebben. Er is sprake van een sterk negatief verband. Wat betreft de relatie met de score op de schaal „openheid ten opzichte van de patiënt”, bestaat een minder duidelijk beeld, er is een zeer ge-

Tabel 8. Verband tussen de score op de schaal „interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden” en andere variabelen (in percentages).

	Interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden		Totaal
	Laag (score 0-3)	Hoog (score 4)	
Aantal respondenten (inabsolute aantallen)	76	156	232
Score sterilisatieschaal			
0, 1 (afwijzend)	49	40	43
2 (positief)	51	60	57
Score openheid ten opzichte van de patiënt			
0, 1, 2 (laag)	63	47	52
3, 4 (hoog)	37	53	48
Score beslissingsmacht van de patiënt			
0, 1, 2 (laag)	74	51	59
3, 4 (hoog)	26	49	41
Aantal genoemde aspecten van de huisartspraktijk dat voldoende in de studie naar voren is gekomen			
0	36	43	41
1	29	29	29
2 of meer	18	15	16
Aantal genoemde aspecten van de huisartspraktijk dat onvoldoende in de studie naar voren is gekomen			
0	9	7	8
1	17	15	16
2 of meer	57	65	62

ringe negatieve samenhang. Een zeer sterke negatieve samenhang daarentegen bestaat met de score op de schaal beslissingsmacht van de patiënt.

Samenvattend kan wat betreft deze drie variabelen worden gesteld dat sterk geïnteresseerden, zich duidelijk negatiever opstellen tegen sterilisatie op eigen verzoek, terwijl zij tevens minder de beslissingsmacht van de patiënt over zijn eigen geval erkennen. Er is een lichte trend om over het geheel genomen de patiënt minder bij zijn geval te betrekken (openheid ten opzichte van de patiënt), maar uit dit weinig uitgesproken verband kunnen niet al te duidelijke conclusies worden getrokken.

Het zal nu, mede gezien de reeds genoemde resultaten weinig verbazing wekken dat de schalen sterilisatie, openheid ten opzichte van de patiënt en beslissingsmacht van de patiënt onderling sterk positief samenhangen, al blijven het verschillende dimensies. Dit blijkt onder andere uit het verschil in sterkte van de samenhang met interesse in (medisch-)technische werkzaamheden: er is geen verband met de openheidsschaal en wel met beide andere schalen.

Tenslotte blijkt dat degenen die hoog scoren op interesse in technische werkzaamheden meer tevreden zijn over de opleiding tot huisarts dan degenen die minder geïnteresseerd zijn in de technische werkzaamheden: zij noemen relatief veel aspecten die voldoende naar voren zijn gekomen in de opleiding tot huisarts en relatief weinig die onvoldoende naar voren zijn gekomen. In *tabel 9* wordt een overzicht van de zojuist gerapporteerde samenhang gegeven.

7 *Afsluitende opmerkingen.* Tot nu toe werd voornamelijk de aandacht gelegd op het ontwikkelen van dimensies waarmede de respondenten kunnen worden gekarakteriseerd. Het bleek mogelijk te zijn een aantal dimensies te vinden die zowel inhoudelijk zeer duidelijk zijn te interpreteren, als consistente verbanden met elkaar en andere variabelen te vertonen.

Uit de verdeling van de respondenten over de scores is echter ook gebleken dat voor een duidelijker analyse beter differentiërende schalen noodzakelijk zijn zodat op meer verfijnde wijze kan worden nagegaan welk verband bestaat, waarbij dan ook geavanceerde technieken van causale analyse kunnen worden gebruikt. Immers, in het voorafgaande werden geen oorzakelijke verbanden aangegeven, maar slechts statistische samenhangen. De consistentie van de verschillende verbanden en de inhoudelijke duidelijkheid van de schalen doen vermoeden dat men hier een aantal dimensies op het spoor is die van groot belang kunnen zijn in de analyse van meningen van co-assistenten en artsen over de arts-patiënt-relatie.

Tabel 9. Verband tussen de score op de schaal „interesse in (medisch-)technische werkzaamheden en andere variabelen (in percentages).

Verband	Interesse in (medisch-)technische werkzaamheden		Totaal
	Laag (score 0-7)	Hoog (score 8-11)	
Aantal respondenten .. (in absolute aantallen)	105	127	232
Score sterilisatieschaal			
0, 1 (afwijzend)	34	50	43
2 (positief)	66	50	57
Score openheid ten opzichte van de patiënt			
0, 1, 2 (laag)	50	54	52
3, 4 (hoog)	50	46	48
Score beslissingsmacht van de patiënt			
0, 1, 2 (laag)	54	62	59
3, 4 (hoog)	46	38	41
Aantal genoemde aspecten van de huisartspraktijk dat onvoldoende in de studie naar voren is gekomen			
0	50	33	41
1	24	33	29
2 of meer	14	18	16
Aantal genoemde aspecten van de huisartspraktijk dat voldoende in de studie naar voren is gekomen			
0	6	9	8
1	13	17	16
2 of meer	69	57	62

Een aantal resultaten dient nog te worden vermeld.

Er blijkt geen samenhang te bestaan tussen toekomstig beroep enerzijds en de score op de schalen sterilisatie, openheid ten opzichte van de patiënt en beslissingsmacht van de patiënt, anderzijds. Dit

Tabel 10. Score op schaal beslissingsmacht van de patiënt, tegen beroep van de vader van de respondent (in percentages).

Score	Beroep vader	Medisch	Niet-medisch	Totaal
0	49	28	32	
1	9	14	13	
2	9	14	13	
3	21	24	23	
4	12	20	18	
Totaal (aantal) . . .	100 (43)	100 (189)	100 (232)	

is weinig verbaasd wanneer wij ons realiseren dat aankomende huisartsen hoger scoren dan anderen op zowel de schaal-interesse in (medisch-)technische werkzaamheden als de schaal-interesse in (medisch-)sociale werkzaamheden. Deze twee interesse-schalen echter hadden een tegenovergestelde samenhang met de drie overige houding-schalen. Om na te gaan hoe de oorzakelijke relaties tussen dit complex van variabelen liggen, zal causale analyse zeker nodig zijn.

Een ander punt van belang is de samenhang die is gevonden tussen de score op de schaal beslissingsmacht van de patiënt en het ouderlijke milieu. Co-assistenten wier vader een medisch beroep uitoefent zijn veel minder geneigd dan anderen om de patiënt te zien als uiteindelijk bepalende instantie bij de vraag of bepaalde ingrepen (euthanasie, sterilisatie, abortus, gebruik van anticonceptiva) dienen te geschieden (tabel 10).

Het hierboven gevonden verband is een duidelijke aanwijzing dat het beroep van de vader (medisch/niet-medisch) een belangrijke determinerende factor is voor de houding van de co-assistent*. Het lijkt de moeite waard na te gaan of er ook op andere variabelen sprake is van een dergelijke socialiserende invloed en, indien dit inderdaad het geval is, in hoeverre dit consequenties zou moeten hebben voor de medische opleiding.

Bangma, P. Huisarts en anticonceptie. Academisch proefschrift, Utrecht, 1970.

Mokken, R. J. (1969) Acta Politica 4, 425-448.

Mokken, R. J. A theory and procedure of scale analyses, with applications in political research. Den Haag, 1970.

* Door oponthoud in de verwerking van de data kon niet tijdig worden nagegaan of er ook een dergelijke samenhang bestaat met de score op de schalen sterilisatie en openheid ten opzichte van de patiënt.