

Dokter ik wil u niet meer*

DR. H. BLIJHAM, ZENUWARTS TE GRONINGEN

INLEIDING

Het doel van het werken met huisartsen in groepen, min of meer volgens het model van Michael Balint, is een zodanige verandering in de attitude van de huisartsen op gang te brengen, dat de patiënt-arts relatie in verschillende opzichten aan niveau en gehalte wint. Over de mogelijkheden daartoe, de wenselijkheid ervan en het effect van dergelijke groepsactiviteiten zijn publikaties verschenen. De discussie is gaande, onder meer met betrekking tot de modificaties en nuanceringen in de technieken, respectievelijk het toepassen van nieuwe technieken, in afwijking van de Balint-doctrine.

In de sinds 1961 functionerende huisartsengroep in Zwolle werd de vraag opgeworpen of het mogelijk zou zijn een wetenschappelijke bijdrage te leveren met betrekking tot het relationeel functioneren van de huisarts. Gezien het moeilijk te objectiveren en te toetsen relationeel functioneren gebruikt men voor het bestuderen van attitudeveranderingen de semantische differentiaal (*De Boer*). In het relationele gebeuren tussen patiënt en huisarts bestaat echter een belangrijk en precies te bepalen moment, waarmee naar wij in dit verband meenden, is te werken. Dat is het moment waarop de patiënt op relationele gronden besluit met zijn huisarts te breken, dit kenbaar maakt en een andere huisarts kiest. Kennelijk is op de één of andere wijze de patiënt-arts relatie stuk gelopen. Het is duidelijk dat een breuk tussen arts en patiënt een exponent is van relatie-problemen.

Onze kernvraag is: wat is er op dat moment aan de hand tussen deze huisarts en deze patiënt en hoe is het zo ver gekomen.

* Dit onderzoek is tot stand gekomen in de trainingsgroep medische psychologie te Zwolle, waarvan de deelnemers zijn: Hans Calkhoven, Tom Cost Budde, Sander Drijber, Henk Duistermaat, Ivo Ekker, Jan van den Hoeve, Henk Mulder, Ro Nijboer, Frits de Pagter, Doeke Post en Haye Tromp, allen huisarts, met als psychiater-adviseur Max Blijham. Het onderzoek werd geregistreerd als „Zwols breukproject”.

WIJZE VAN ONDERZOEK

De beantwoording van deze kernvraag is noch in algemene zin, noch in een concreet geval eenvoudig. Voor een voorlopige oriënterende verkenning van deze problematiek werd het volgende onderzoek verricht.

Vanaf 1 september 1973 werd per arts een lijst gemaakt van alle mutaties - met opgaaf van redenen - onder ziekenfonds-verzekerden en particuliere patiënten. Alle niet-relationele redenen voor de mutatie werden buiten het onderzoek gehouden. De naam van de huisarts werd onder een codenummer vermeld. Aangegeven werd hoe het staat met de vrije artskeuze. De mutaties ten gevolge van relationele oorzaken - de weglopers, respectievelijk weggestuurd - kregen eveneens een code-nummer, waarbij alleen rekening werd gehouden met de gene met wie de breuk ontstond. Aangegeven werd of:

- de cliënt een rationele verklaring gaf;
- de cliënt een emotionele verklaring gaf;
- de cliënt geen verklaring gaf, maar wel mededeling van de mutatie deed;
- de cliënt geen verklaring gaf en geen mededeling van de mutatie deed.

De huisarts diende de wijze waarop de afzegging plaatsvond en de gevoelens en gedachten, die bij hem opkwamen direct en zo letterlijk mogelijk te noteren, evenals invallen, associaties en eventueel het laatste gesprek. Vervolgens moest de vragenlijst volledig door hem worden ingevuld.

Op de gebruikelijke manier werd het geval - eventueel live - met zo veel mogelijk emotionele bijzonderheden in de groep gebracht. Alles wat de arts over de cliënt bekend was, werd meegedeeld, opdat de groepsleden een zo duidelijk mogelijk beeld kregen, zowel van de diagnostische gegevens als ook van de ziekte- en levensgeschiedenis. Tevens werden alle gegevens over de beroepsmatige relatie met de cliënt tot het manifest worden van het conflict verstrekt. Zo spoedig mogelijk na de introductie van de casus vulden de groepsleden onafhankelijk van elkaar de vragenlijst in. Voorwaarde voor de verwerkbaarheid

Samenvatting. Er wordt getracht een eerste aanzet te geven tot een methode van onderzoek, ter bestudering van het ontstaan van een relationele breuk tussen patiënt en huisarts. Na toepassing van de beschreven methode op tien gevallen van relationele breuk worden enkele voorzichtige overwegingen gegeven en vooral veel vragen ontwikkeld die van nut kunnen zijn voor een verdere bestudering van het vraagstuk.

van de gegevens was, dat alle groepsleden zo veel mogelijk aanwezig waren.

De vragenlijst (*Bijlage*) bestond uit vier groepen vragen waarbij zowel door de gene met wie de relationele breuk was geweest, als door de anderen bij elke vraag tussen de antwoorden ja of nee moest worden gekozen. Dit gold voor elk geval van breuk tussen één van de huisartsen en een patiënt. De beperkte keuzemogelijkheden ja of nee werden ter wille van de bewerkbaarheid gebruikt.

TOELICHTING OP DE VRAGENLIJST

De acht vragen onder groep A hebben in het bijzonder betrekking op de algemene grondhouding van de arts, waarbij wordt gerefereerd onder meer aan *Rogers* en *Castelnovo Tedesco*. De vragen spreken verder voor zichzelf.

De vier vragen van groep B refereren aan de theorie betreffende overdracht en tegenoverdracht, zoals bekend uit de psycho-analytische literatuur. Bij het bespreken van deze vragen in onze groep bleek het soms wat moeilijk de theoretische overwegingen en de belevingskant van deze begrippen voldoende te verduidelijken, ondanks het feit dat deze begrippen verschillende keren in onze vroegere groepsdiscussies een rol hadden gespeeld. Reeds nu kan worden opgemerkt dat de verkregen resultaten met deze B-vragen om deze reden voor ons niet duidelijk basis konden zijn voor volgtrekkingen.

De vijf vragen onder groep C zijn ontleend aan het werk van *Balint*. Zij kunnen wat betreft de gehanteerde termen en begrippen slechts worden begrepen na bestudering van zijn boek, *The doctor, his patient and the illness*. De tien vragen van groep D ten slotte zijn van

wat meer algemene en rationele aard. Zij hebben vaak betrekking op de ontstane relationele breuk.

Het opstellen van de vragen betekent uiteraard zowel een selectie uit, alsook een reductie van de onderhavige zeer complexe en vaak subtiele psychische problematiek. Wij meenden dat dit geoorloofd was, omdat wij geen andere pretentie hebben dan een terreinverken-nende. De verkregen keuze-antwoorden hebben niet meer betekenis dan dat zij in de gegeven onderzoek-situatie een keuze inhouden. Zij geven aan wat deze artsen in deze situatie vonden.

HET ONDERZOEK

Ter verduidelijking. Het onderzoek werd op 10 september 1973 begonnen en op 14 mei 1974 werd de tiende „breukpatiënt” in het project gebracht. Intussen was gebleken dat dit onderzoek de groepsdynamiek nogal fors aantastte. Vooral om deze, voor de groep vitale, reden werd besloten het althans voorlopig bij tien gevallen te laten en te probe-ren of een bewerking van de gegevens van deze tien gevallen reeds enig perspec-tief opleverde. Voor dit doel werden door ons groepslid, Dr. I. Ekker, de resul-taten op twee, hierna nader te bespreken manieren in een tabellarisch overzicht gebracht.

Terwille van de duidelijkheid dient men zich te realiseren dat het gaat om twaalf groepsleden (inclusief de psychiater-adviseur), tien „breukpatiën-ten” en de vermelde vragen. Vooreerst werd, steeds voor alle tien patiënten te-zamen, per vraag en per groepslid en voorts bovendien voor alle leden samen getotaliseerd, de score opgemaakt. Ter verduidelijking vermeld ik dat op vraag A-1 de scores ja-nee voor de tien patiën-ten samen onderscheidelijk voor ieder der twaalf groepsleden als volgt waren: 10-0; 7-0; 8-1; 10-0; 7-0; 9-0; 10-0; 8-0; 7-0; 8-1; 8-1; 5-0. Dit levert een totaal op van 97-3 of decimaal afge-ronnd 10-0. Met andere woorden gemid-deld kozen de groepsleden bij de vraag: „Was de arts oprecht ten opzichte van de cliënt?” tien maal ja en geen enkele keer nee. Bovendien is in dit voorbeeld duide-lijk dat geen der groepsleden, hoewel sommige wel iets, opvallend afweek van het gemiddelde patroon. De grootste af-wijking in de score was 8-1. Vermoede-lijk is de band tussen de groepsleden hier niet vreemd aan.

Op dezelfde wijze werden de ant-

Bijlage. Vragenlijst.

Code cliënt: Datum bespreking:
Code huisarts: Code commentator: (omcirkelen)

A-vragen

- | | | |
|---|----|-----|
| 1 Was de arts oprecht ten opzichte van de cliënt? | ja | nee |
| 2 Werde de cliënt geaccepteerd door de arts zoals hij/zij is? | ja | nee |
| 3 Liet de arts de cliënt voldoende merken dat zijn/haar lot hem ter harte gaat? | ja | nee |
| 4 Werde een (eventueel psychotherapeutisch) bruikbare emotionele laag aan-gehoord? | ja | nee |
| Zo ja, werd deze bewerkt met voldoende effect, gezien het verwachtings-
patroon van de cliënt? | ja | nee |
| 5 Trof de cliënt voldoende basiscondities bij de arts, die hij/zij speciaal nodig heeft (koos of kreeg hij/zij de juiste huisarts)? | ja | nee |
| 6 Trof de arts een „niet hanteerbare” hoeveelheid of soort psychopathologie aan bij de cliënt, bijvoorbeeld karakterneurose? | ja | nee |
| 7 Waren er emotionele factoren bij de arts die het in relatie treden met de cliënt in de weg stonden? | ja | nee |
| 8 Was er in voldoende mate een luisterende houding bij de arts? | ja | nee |

B-vragen

- | | | |
|--|----|-----|
| 1 Was er negatieve overdracht? | ja | nee |
| Zo ja, heeft de duiding hiervan ontbroken? | ja | nee |
| Of is een desbetreffende duiding verkeerd gegeven? | ja | nee |
| Of is deze overigens verkeerd gevallen? | ja | nee |
| 2 Was er een storende positieve overdracht? | ja | nee |
| Zo ja, heeft de duiding hiervan ontbroken? | ja | nee |
| Of is een desbetreffende duiding verkeerd gegeven? | ja | nee |
| Of is deze overigens verkeerd gevallen? | ja | nee |
| 3 Was er negatieve tegenoverdracht? | ja | nee |
| Zo ja, droeg dit bij tot de breuk? | ja | nee |
| 4 Was er een storende positieve tegenoverdracht? | ja | nee |
| Zo ja, droeg dit bij tot de breuk? | ja | nee |

C-vragen

- | | | |
|---|----|-----|
| 1 Liep het apostolisch gedrag van de arts stuk op het ziektegedrag van de cliënt? | ja | nee |
| Lag dit in hoofdzaak aan de apostolische functie van de arts? | ja | nee |
| Of in hoofdzaak aan het ziektegedrag van de cliënt? | ja | nee |
| 2 Wilde de arts bewijzen dat hij van nut is? | ja | nee |
| 3 Wilde de cliënt bewijzen dat de arts niet van nut is? | ja | nee |
| 4 Bleek het onmogelijk voor arts en/of cliënt een voor beiden aanvaardbare vorm van ziekte te vinden? | ja | nee |
| 5 Hield de cliënt zich in het algemeen wel aan de zakelijke gedragsregels in de praktijk van de arts? | ja | nee |

D-vragen

- | | | |
|--|----|-----|
| 1 Was de relatie (tevorens) tussen cliënt en arts goed? | ja | nee |
| Indien niet goed, lag dit in hoofdzaak aan de arts? | ja | nee |
| Of in hoofdzaak aan de cliënt? | ja | nee |
| 2 Waren er tevoren aanwijzingen voor een dreigend conflict? | ja | nee |
| 3 Was de breuk vermijdbaar geweest? | ja | nee |
| 4 Is de breuk nadelig voor de cliënt? | ja | nee |
| 5 Was de arts tevoren gelukkig met deze cliënt? | ja | nee |
| 6 Was de arts opgelucht na de breuk? | ja | nee |
| 7 Was de arts teleurgesteld na de breuk? | ja | nee |
| 8 Waren er bijzondere omstandigheden bij de cliënt (stress, frustratie, buiten de relatie met de arts) waardoor een conflictsituatie ontstond respectievelijk manifest werd? | ja | nee |
| 9 Waren de contacten tevoren in hoofdzaak somatisch? | ja | nee |
| 10 Speelden intercollegiale verhoudingen een belangrijke rol in het conflict? | ja | nee |

woorden op alle vragen bewerkt. Uit deze bewerking kwamen de volgende bijzonderheden naar voren.

De A-vragen. Ook vraag A-2 – Werd de cliënt geaccepteerd door de arts zoals hij/zij is? – bracht een opvallende communis opinio aan het licht, evenals bij vraag A-3 – Liet de arts de cliënt voldoende merken dat zijn/haar lot hem ter harte gaat? Bij één der groepsleden was de score zelfs 10-0. Bij een andere echter 5-4.

Vraag A-4 – Werd een (eventueel psychotherapeutisch) bruikbare emotionele laag aangeboord? Zoja, werd deze bewerkt met voldoende effect, gezien het verwachtingspatroon van de cliënt? – leverde bij drie groepsleden een afwijking op van respectievelijk 5-5; 4-6; 3-4 van het gemiddelde van 2-8. Vrij unaniem vonden degenen die scoorden dat er wel een bruikbare emotionele laag werd aangeboord, maar dat deze niet met voldoende effect werd bewerkt: 3-15.

Vraag A-5 – Trof de cliënt voldoende basis condities bij de arts, die hij/zij speciaal nodig heeft (koos of kreeg hij/zij de juiste huisarts)? – gaf een gemiddelde score van 6-4, met drie duidelijke afwijkingen naar de andere kant, namelijk 2-7; 2-7; 3-6.

Vraag A-7 – Waren er emotionele factoren bij de arts die het in relatie treden met de cliënt in de weg stonden? – gaf een gemiddelde score van 4-6 met een kleine afwijking van drie artsen van 5-4; 6-3; 5-4 naar de andere kant, doch voorts met twee extreme scores 0-7; 0-7.

Vraag A-8 – Was er in voldoende mate een luisterende houding bij de arts? – gaf een gemiddelde score van 7-3, met één duidelijke afwijking 3-6.

De B-vragen. De vragen onder B gaven weinig reden tot speciale overwegingen. In het algemeen signaleerde men (te recht of ten onrechte) vrij algemeen weinig overdrachtsproblemen. Op deze regel vormt slechts één arts, die vermoedelijk ten onrechte overdrachtsproblemen signaleerde, een zeer duidelijke uitzondering. Dezelfde arts scoorde ook bij A-7 meer dan gemiddeld emotionele problemen bij de arts en bij A-8 scoorde hij duidelijk van het gemiddelde afwijkend een niet voldoende luisterende houding bij de arts (3-6). Kortom, deze arts zag nogal vaak emotionele problematiek die mist ingaan in de patiënt-arts relatie. Ziet deze arts spoken of heeft hij voor emotionele problemen een speciale

gevoeligheid of is er sprake van eigen problematiek met betrekking tot de patiënt-arts relatie?

De C-vragen. De scores bij de vragen onder C geven een tamelijk evenwichtig beeld, met slechts in geringe mate verdeelde meningen. De gemiddelde score van de C-vragen was als volgt. C-1=6-4; C-2=6-4; C-3=5-5; C-4=7-3; C-5=5-5.

Bij vraag C-5 – Hield de cliënt zich in het algemeen wel aan de zakelijke gedragsregels in de praktijk van de arts? – was de grootste eensgezindheid; deze was ook bij C-4 – Bleek het onmogelijk voor arts en/of cliënt een voor beiden aanvaardbare vorm van ziekte te vinden? – duidelijk, met een enkele uitzondering.

Bij C-1 – Liep het apostolisch gedrag van de arts stuk op het ziektegedrag van de cliënt? – waren drie afwijkingen van het gemiddelde de andere kant op, namelijk 3-7; 2-5; 2-7.

Bij C-2 – Wilde de arts bewijzen dat hij van nut is? – waren er vier aan het gemiddelde tegengestelde scores, namelijk 1-9; 3-7; 3-5; 2-7, waarvan de score 1-9 van de psychiater-adviseur was. Vaak waren er ook gemiddeld gerichte maar extreme scorewaarden, waaronder een score van 10-0. Kortom bij C-2 nogal een verdeeld score-beeld.

Bij C-3 – Wilde de cliënt bewijzen dat de arts niet van nut is? – is de verdeeldheid minder uitgesproken, maar wel vergelijkbaar.

De D-vragen. Bij de D-vragen is bij D-1 – Was de relatie (tevooren) tussen cliënt en arts goed? – de gemiddelde score 4-6, met vrijwel geen afwijkingen bij de diverse artsen.

Bij D-2 – Waren er tevoren aanwijzingen voor een dreigend conflict? – is er kennelijk wat twijfel. Bij een gemiddelde van 6-4 zijn er naar beide kanten afwijkingen, met als extremen 8-1 en 2-5.

Hetzelfde geldt voor D-3 – Was de breuk vermijdbaar geweest? – met een gemiddelde van 3-7 en als uiterste afwijkingen 6-4 en 0-8.

Ook D-4 – Is de breuk nadelig voor de cliënt? – geeft een dergelijk beeld, namelijk respectievelijk 5-5; 8-2; 1-8. Nog differenter was de score van D-5 namelijk respectievelijk 4-6; 7-3; 0-9.

Zonder veel individuele afwijkingen waren D-6 – Was de arts opgelucht na de breuk? – en D-7 – Was de arts teleurgesteld na de breuk? – met een gemiddelde

score van respectievelijk 4-6 en 6-4.

Bij D-8 – Waren er bijzondere omstandigheden bij de cliënt (stress, frustratie, buiten de relatie met de arts) waardoor een conflictsituatie ontstond respectievelijk manifest werd? – is er weer meer differentie. Gemiddelde score 5-5 met veel afwijkingen naar beide kanten, met als extremen 9-0 en 0-5.

Tamelijk eensgezind zijn de scores bij D-9 – Waren de contacten te voren in hoofdzaak somatisch? – met slechts één andersgerichte score van 2-5 bij een gemiddelde van 7-3.

Bij D-10 – Speelden intercollegiale verhoudingen een belangrijke rol in het conflict? – is de eensgezindheid opvallend groot, bij een gemiddelde van 1-9.

Overwegingen. Indien we trachten nog enkele aanvullende gedachten te ontlenuen aan deze bevindingen dan mogen de volgende voorzichtige overwegingen worden genoteerd.

Bij de antwoorden op de A-vragen blijkt de eensgezindheid, vermoedelijk samenhangend met de groepsbinding. Kennelijk zijn er nogal wat huisartsen met zorgen over de bij hen aanwezige basiscondities, voor zo ver hun patiënten die nodig hebben, terwijl er minder zorgen zijn over bij patiënten bestaande, niet hanteerbare psychopathologie. Of anders geformuleerd: ik zou het als huisarts moeten kunnen, maar er is twijfel aan de eigen basiscondities. Kennelijk voelt de huisarts zich geen betweter en vermoedelijk is hij dat ook niet. Zulks in tegenstelling tot hetgeen wel eens wordt beweerd.

Bij de antwoorden op de B-vragen is wellicht te concluderen dat de toch voor huisartsen zo buitengewoon belangrijke, lastige en riskante overdrachtsproblematiek hen betrekkelijk weinig duidelijk voor ogen staat. Dit valt mede op te maken uit de discussie in de groep rondom deze B-vragen. Wellicht ligt hier een suggestie voor cursorische en andere vormen van nascholing, maar ook voor de scholing van studenten.

Het lijkt in de scores duidelijk merkbaar te zijn dat de C-vragen, ontleend aan het werk van Balint en betrekking hebbend op zijn werk met huisartsen, in zekere zin echte „huisartsen-vragen” zijn. Kennelijk zijn het vragen waarin men zich herkent. Dit pleit voor de validiteit van het werk van Balint. Er is veel overeenstemming. Bij C-2 – Wilde de arts bewijzen dat hij van nut is? – valt de psychiater-adviseur duidelijk uit de

boot. Van de C-vragen geeft C-2 de huisartsen de meeste moeite: ben ik van nut. Opvallend is de grote betekenis die men over het geheel toekent aan de apostolische functie en aan het apostolisch gedrag van de huisarts. Vermoedelijk terecht. Het lijkt bijzonder nuttig dat huisartsen zich meer bewust gaan worden van hun apostolisch rolgedrag.

Hoewel er ten aanzien van de situatie vóór de breuk vrij eensgezind wordt gedacht, is er met betrekking tot de vermijdbaarheid van de breuk toch verschil van opvatting, evenals betreffende de gevolgen van de breuk voor de patiënt. Ten aanzien van de betekenis van bijzondere omstandigheden, buiten de relatie patiënt-arts liggend, is er kennelijk wat twijfel en verdeeldheid. De nogal differente antwoorden op de D-vragen hangen mogelijk samen met het feit dat de D-vragen minder emotioneel zijn en vanuit eigen identiteit gemakkelijker zijn, hetgeen een persoonlijke beantwoording minder riskant maakt.

Vele groepsleden springen er wel eens uit door een extreme score-afwijking. Bij enkelen met meer score-afwijkingen van het gemiddelde lijken er tussen deze afwijkingen onderling correlaties te bestaan, die vermoedelijk samenhangen met persoonlijke eigenschappen van de arts en/of met een persoonlijke taakopvatting, c.q. persoonlijke problematiek bij deze taakopvatting.

De psychiater-adviseur vertoont enkele keren extreme score-afwijkingen die vermoedelijk samenhangen met het feit van geen huisarts te zijn. De psychiater-adviseur was opvallend weinig frequent van mening dat de breuk nadelig was voor de patiënt, in tegenstelling tot de huisartsen! Over het geheel echter is er opvallend weinig differentie tussen de psychiater-adviseur en de huisartsen wat de scores betreft. Behalve de groepsverbondenheid speelt hierbij mogelijk een rol dat de psychiater-adviseur vroeger huisarts is geweest.

Een andere bewerking. Het door Ekker verzamelde score-materiaal werd nog op een geheel andere wijze bewerkt. En wel door voor iedere breuk-patiënt afzonderlijk na te gaan de op de vragen verkregen ja/nee verhouding van de groepsleden gezamenlijk, uitgezonderd de arts wiens patiënt het betrof. Deze totaal-min-één groepscores (tien stuks, want er waren tien patiënten) werden vervolgens per vraag vergeleken met de totalisering eveneens per vraag van de

ja/nee verhouding van de gezamenlijke tien aanbengers van de projectpatiënten.

Bij deze vergelijking deden zich in de groep der A-vragen bij A-4, A-5 en A-7 verschillen voor die er op kunnen duiden dat de gezamenlijke aanbengers van breuk-patiënten in het bijzonder met de emotionele kant van het gebeuren, door persoonlijke betrokkenheid, meer moeite hadden dan de meer neutrale collegae-groepsnoten.

Bij de antwoorden op de overdrachtsvragen van groep B leek er een tendentie te bestaan dat de problematiek der sturende negatieve overdracht de aanbengende huisarts meer moeite gaf dan de groepsnoten.

Bij de Balint-vragen van groep C was er enige differentie tussen de aanbengers en de groepsnoten bij de vragen C-2 en C-3, handelende over het „nut van de arts voor de cliënt”. Voorts echter, evenals reeds eerder vermeld, ook nu weer aanwijzingen voor een opvallende eensgezindheid bij deze „echte huisartsenvragen”.

Bij de D-vragen tenslotte zijn er, evenals reeds eerder vermeld, ook bij deze bewerking bij sommige vragen (1-2-3-8-9-10) lichte differenties tussen aanbengers en groepsnoten, die evenwel niet duidelijk richtinggevend zijn.

De vergelijking van de groepscores met de scores van iedere individuele aanbenger afzonderlijk gaf geen enkele reden tot welke overweging dan ook. Om deze reden werd in het voorgaande gewerkt met de totalen der antwoorden van de gezamenlijke aanbengers. In het algemeen gesproken blijkt er dus enige aanwijzing te zijn van een verschil in de keuze tussen ja en nee, bij de bij de breuk betrokken aanbengers enerzijds en anderzijds bij de meer neutrale groepsleden. Naarmate de vragen meer emotioneel van aard zijn, is dit verschil groter. Naarmate de vragen meer „echte huisartsenvragen” zijn (vragen groep C) is dit verschil geringer.

SLOTBESCHOUWING

Hoewel de omvang van het scoremateriaal en het aantal patiënten dat kon worden opgenomen in het onderzoek te gering is voor conclusies, is er toch een onmiskenbare aanwijzing dat er bij een relationele breuk tussen patiënt en huisarts belangrijke problematiek ligt. Deze problematiek is onvoldoende bekend en onvoldoende onderzocht.

Nadere bestudering lijkt gewenst en van belang, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Nadere inzichten terzake lijken zowel van positief belang te zijn voor beider welzijn, als ook bevorderlijk voor het medisch rendement van de relatie tussen beiden.

Voor het onderzoek van de onderhavige materie werd een methode in principe beschreven. Bij eventuele verdere toepassing van de methode zijn modificaties en/of nadere uitwerking mogelijk. Ten slotte wordt opgemerkt dat het zich gezamenlijk bezighouden met een wetenschappelijk onderzoek voor het functioneren, voor de dynamiek en voor het voortbestaan van een Balint-groep een bedreiging kan vormen. Anderzijds echter kan de beslissing van een Balint-groep om zich gezamenlijk in een wetenschappelijk avontuur te storten ook een aanwijzing zijn dat er iets hapert aan het adequaat functioneren van de groep. De behoefte aan wetenschap in een Balint-groep is vermoedelijk soms een symptoom, waarvan in voorkomende gevallen de wortels dienen te worden geanalyseerd.

Summary. Doctor, I don't want you anymore. An attempt is made to give a preliminary outline of possibilities to evolve a method of investigation which can be used to study the causes of a breach in the doctor-patient relation. After applying the method described to ten cases of relational breach, some tentative considerations are presented, and in particular many questions are formulated which may be of use in the further study of this problem.