

A. HELSPER EN R. GROL

Attitudeveranderingen tijdens de opleiding tot huisarts

In het kader van het evaluatieproject aan de Nijmeegse en Groningse beroepsopleiding tot huisarts werd onderzocht, in hoeverre de attitude van arts-assistenten tijdens de opleiding verandert. Daartoe werden aan het begin en eind van de opleiding negen attitude-dimensies gemeten. Zowel in Nijmegen als in Groningen traden veranderingen op in de gewenste richting bij de dimensies competentiegevoel, probleemoriëntatie, nemenvanrisico's en beleving van het werk. Opvattingen over het takenpakket van de huisarts werden vooral in Nijmegen ruimer. Aan het eind van de opleiding was gemiddeld ongeveer het attitude-niveau bereikt van de huisartsopleiders. Arts-assistenten met een lage beginscore leken daarbij degenen met een hoge beginscore in te halen. Invloed van andere factoren, zoals de attitude van de huisartsopleiders en de invulling van de wachttijd voor aanvang van de beroepsopleiding, kon niet worden aangetoond.

Inleiding

Aan de huisartseninstituten van Groningen en Nijmegen is een gezamenlijk onderzoek uitgevoerd naar de inhoud en effectiviteit van de beroepsopleiding tot huisarts.^{1,2} Een van de doelstellingen van het onderzoek was de evaluatie van de effecten van de beroepsopleiding op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude. In dit artikel worden de resultaten weergegeven van het onderzoek naar de attitudevorming.

Onder de 'attitude van de huisarts' verstaan we de min of meer duurzame normen, waarden, opvattingen en gevoelens die een huisarts heeft ten aanzien van zijn werk.³ Het belang van de attitude en de attitudevorming in de opleiding tot huisarts wordt algemeen onderkend.⁴ Dit belang wordt nog onderstreept door de duidelijke samenhang die gevonden werd tussen attitude-

kenmerken van de huisarts en een aantal preventieve vaardigheden.^{5,7}

In Nijmegen vormt de aandacht voor attitude-aspecten een beperkt onderdeel van het onderwijsprogramma. Tijdens de wekelijkse bespreking van het persoonlijk functioneren in de praktijk ('spuien') en tijdens het themagerichte onderwijs wordt aandacht besteed aan zaken als taakopvatting, risico's nemen, beleving van het werk en opvattingen over de relatie met de patiënt. Daarnaast vindt attitudevorming plaats tijdens de persoonsgerichte training en de supervisiebijeenkomsten.⁸

In Groningen is het persoonlijk functioneren en daarmee de attitude het uitgangspunt voor het grootste deel van het instituutsonderwijs.² Veel belang wordt gehecht aan eigen normen en waarden, de eigen grondhouding in de relatie tot de patiënt, en het leren omgaan met onzekerheden bij het nemen van medische beslissingen.

In het kader van dit evaluatie-onderzoek stelden we ons de volgende vragen:

- treden er veranderingen op in de attitude bij de arts-assistenten tijdens hun opleiding tot huisarts;
- zijn er daarbij verschillen tussen Nijmegen en Groningen;
- zijn de attitude van de huisartsopleider, de attitude van de arts-assistent bij aanvang van de beroepsopleiding, de invulling van de wachttijd voor aanvang van de opleiding of het geslacht van de arts-assistent van invloed op de attitudevorming?

Methode

De gebruikte vragenlijst is grotendeels ontleend aan eerder attitude-onderzoek van het Nijmeegse Huisartseninstituut (waarbij uitgebreid aandacht werd besteed aan validiteit en betrouwbaarheid).^{9, 10} De vragen hebben betrekking op een aantal voor het werk van de huisarts belangrijke attitude-dimensies (*kader*). Op een vijfpuntsschaal kan worden aangegeven, in hoeverre men het eens is met de gestelde formulering.

Daarbij is steeds impliciet sprake van een richting waarin wij, gezien de doelstellingen van de opleiding,¹¹ de veranderingen wenselijk achten.

Deze uitgebreide attitudevragenlijst werd voorgelegd aan drie Nijmeegse en drie Groningse opleidingsgroepen (respectievelijk 33 en 34 arts-assistenten), zowel aan het begin als aan het eind van hun opleidingsjaar (oktober 1984 - oktober 1985). Daarnaast werden de vragen betreffende de taakopvatting ook ingevuld door de huisartsopleiders. De Nijmeegse huisartsopleiders beantwoordden ook de vragen betreffende de overige attitude-dimensies.

Deze gegevens werden gebruikt om veranderingen in attitude tijdens de opleiding te beschrijven. Verder werd nagegaan of de attitudeveranderingen werden beïnvloed door:

- de attitude van de huisartsopleider (boven c.q. onder het gemiddelde);
 - de attitude van de arts-assistent bij aanvang van de beroepsopleiding;
 - de invulling van de wachttijd tussen basisopleiding en huisartsberoepsopleiding (mèt c.q. zonder klinisch-specialistische ervaring);
 - het geslacht van de arts-assistent.
- Dit deel van het onderzoek werd om praktische redenen alleen uitgevoerd bij de Nijmeegse arts-assistenten.

Resultaten

De Nijmeegse en Groningse groepen bleken niet te verschillen in samenstelling wat betreft leeftijdverdeling, duur van de wachttijd vóór aanvang van de beroepsopleiding en invulling van de wachttijd. De verhouding mannen/vrouwen was in Nijmegen 3/1, in Groningen 5/1.

Veranderingen in de attitude

De resultaten van de attitude-meting aan het begin en het eind van de opleiding bij de hele groep arts-assistenten (N=67) is weergegeven in *tabel 1*. Aan het eind van de opleiding voelden de arts-assistenten zich meer in staat allerlei taken op somatisch en psychosociaal gebied zelf uit te voeren, en rekenden zij ook meer taken tot hun pakket. Daarbij werden problemen meer benaderd vanuit de specifieke huisartsgeneeskundige situatie. Eveneens veranderden de opvattingen over het nemen van risico's. De arts-assistenten gingen onzekerheden beter accepteren en waren het er

A.E.M. Helsper-Lucas, huisarts, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; Dr. R.P.T.M. Grol, psycholoog, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Correspondentie: A.E.M. Helsper-Lucas, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen.

minder mee eens dat een huisarts geen risico mag lopen.

Zowel de positieve als negatieve beleving veranderde: prettige gevoelens traden vaker op, negatieve gevoelens minder vaak. Van betekenis was ook de verandering in negatieve zin ten aanzien van de bereidheid tot controle op de beroepsuitoefening. Nadere analyse leerde dat dit ging om aspecten die betrekking hadden op de financiële en de onafhankelijke positie van de arts. Wat betreft de bereidheid tot inhoudelijke toetsing veranderden de meningen niet.

In de laatste kolom van tabel 1 is het percentage arts-assistenten weergegeven waarbij veranderingen optraden in de beoogde richting. Bij de overige arts-assistenten traden geen veranderingen op of veranderingen in tegengestelde richting. Vooral de taakopvatting en het competentiegevoel op gebied van somatisch handelen bleken bij het merendeel van de arts-assistenten veranderd in de beoogde richting.

Tevens is ter vergelijking de attitude van de huisartsopleiders weergegeven (taakopvatting N=67; overige onderdelen N=33). De verschillen tussen arts-assistenten en opleiders zijn aan het eind van het opleidingsjaar nog slechts gering.

Verskil tussen Nijmegen en Groningen

Wat betreft de mate waarin arts-assistenten veranderden, bleek er alleen op het onderdeel taakopvatting op somatisch gebied een verschil van betekenis te zijn tussen Nijmegen en Groningen (tabel 2). Aan het eind van de opleiding hadden de Nijmeegse arts-assistenten een bredere taakopvatting dan de Groningse. Ook het competentiegevoel bij somatisch handelen bleek aan het eind verschillend, maar ditzelfde verschil bestond reeds bij aanvang van de opleiding. De overige verschillen tussen de arts-assistenten uit beide plaatsen zijn gering.

Factoren van invloed op de attitude

De invloed van de attitude van de huisartsopleider op de mate van attitudeverandering bij de arts-assistent kwam alleen naar voren ten aanzien van het nemen van risico's: arts-assistenten die opgeleid waren bij een opleider met een 'hoge' attitudescore, veranderden iets meer in de beoogde richting. Voor de andere onderdelen werd geen samen-

Tabel 1. Attitudekenmerken van 67 arts-assistenten aan het begin en aan het eind van de eenjarige beroepsopleiding tot huisarts. Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal.

| Kenmerken | Begin | Eind | Opleiders | Percentage AA's veranderd in beoogde richting |
|--|------------|------------|-----------|---|
| Taakopvatting somatisch handelen | 3.2 | 3.7 | 3.6 | 83 |
| Competentiegevoel somatisch handelen | 3.1 | 3.8 | 3.8 | 89 |
| Taakopvatting psychosociaal handelen | 3.4 | 3.5 | 3.5 | 44 |
| Competentiegevoel psychosociaal handelen | 3.0 | 3.4 | 3.6 | 64 |
| Huisartsgeneeskundige oriëntatie | 2.6 | 3.0 | 2.9 | 78 |
| Geloof in medische technologie | 3.3 | 3.2 | 3.3 | 39 |
| Risico's nemen | 2.9 | 3.1 | 3.0 | 54 |
| Geloof invloed op welbevinden | 2.8 | 2.7 | 2.8 | 33 |
| Evenwicht in arts-patiënt relatie | 3.3 | 3.2 | 3.2 | 44 |
| Positieve beleving | 3.4 | 3.6 | 3.3 | 59 |
| Negatieve beleving | 2.7 | 2.9 | 3.0 | 68 |
| Gewenste controle op beroepsuitoefening | 3.4 | 3.3 | 3.1 | 30 |

Toelichting. Hoe hoger de score, des te meer in de beoogde richting. Bij de vet gedrukte scores is er een significant verschil tussen begin en eind, $p < .01$.

Tabel 2. Mate van verandering met betrekking tot somatisch handelen tijdens de eenjarige beroepsopleiding en de uiteindelijk bereikte attitudescore op een vijfpuntsschaal bij 33 Nijmeegse en 34 Groningse arts-assistenten.

| Somatisch handelen | Mate van verandering | | Eindniveau | | Verskil | P |
|--------------------|----------------------|-----------|------------|-----------|---------|------|
| | Nijmegen | Groningen | Nijmegen | Groningen | | |
| Taakopvatting | 0.67 | 0.37 | 3.96 | 3.48 | 0.48 | ≤.01 |
| Competentiegevoel | 0.68 | 0.65 | 3.91 | 3.64 | 0.28 | ≤.05 |

De attitudedimensies

- **Taakopvatting.** In hoeverre behoren een aantal somatische (20) en een aantal psychosociale (12) taken tot het terrein van de huisarts? Voorbeelden: diagnostiek meniscuslaesie, behandeling angina pectoris, begeleiden van verslavingsproblematiek.
- **Competentiegevoel somatisch handelen.** In hoeverre voelt de huisarts zich competent om de onder 'taakopvatting' beschreven taken daadwerkelijk uit te voeren?
- **Huisartsgeneeskundige oriëntatie** (geen vijfpuntsschaal). Welk beleid kiest de huisarts uit vier gegeven mogelijkheden om een zestal huisartsgeneeskundige problemen op te lossen? Bij de keuze speelt kennis van huisartsgeneeskundige epidemiologie een grote rol.
- **Geloof in medische technologie.** Hoe nuttig acht de huisarts een aantal technische verworvenheden (11) voor het werk van de huisarts? Voorbeeld: laten uitvoeren van SMA-12 bloedchemie, ECG.
- **Risico's nemen, omgaan met onzekerheden.** In hoeverre is men van mening dat de huisarts het zekere voor het onzekere

moet nemen bij het vaststellen van een diagnose of het instellen van een behandeling? (Vijf stellingen).

- **Invloed op de patiënt** ('locus of control'). Hoe groot acht de huisarts zijn invloed op het welbevinden van de patiënt? (Vijf stellingen).

- **Relatie met de patiënt.** In hoeverre beschouwt de huisarts de patiënt als een gelijkwaardige gesprekspartner in het consult? (Vijf stellingen).

- **Belevingsaspecten.** In hoeverre ervaart de huisarts positieve gevoelens (tevredenheid, eigenwaarde, uitdaging, aangenaam gevoel) en negatieve gevoelens (tijdnood, frustratie, twijfel, spanning) bij het bieden van hulp bij somatische respectievelijk psychosociale problemen en bij het bezig zijn met nevenactiviteiten (zoals overleg, literatuur bijhouden).

- **Controle op de beroepsuitoefening.** In hoeverre vindt de huisarts toezicht op de kwaliteit en de organisatie van de beroepsuitoefening noodzakelijk? (Vier stellingen).

hang gevonden. Dit gold voor alle arts-assistenten, ongeacht hun attitude aan het begin van de opleiding.

Vrijwel alle arts-assistenten die laag scoorden bij de beginmeting, bleken bij de eindmeting aanzienlijk meer veranderd in de beoogde richting dan de arts-assistenten die bij de beginmeting hoog scoorden.

De wachttijd van de 'klinische' arts-assistenten (gewerkt in een kliniek en/of in de tropen; n=20) bedroeg gemiddeld 45,5 maanden; voor de andere groep (n=13) was dat 23 maanden. De arts-assistenten met klinische ervaring bleken aan het begin van de opleiding bij de meeste attitude-onderdelen meer in de beoogde richting te scoren dan de arts-assistenten zonder klinische ervaring. Dit gold vooral voor het competentiegevoel – zowel somatisch als psychosociaal – en de mate van positieve en negatieve gevoelens ten aanzien van het werk. Aan het eind van het jaar was er een soort inhaaleffect opgetreden: vooral het competentiegevoel bij het somatisch handelen was sterk toegenomen bij de 'niet-klinische' arts-assistenten.

Tenslotte bleek dat vrouwelijke arts-assistenten (n=9) aan het begin van de opleiding een beperktere taakopvatting hadden ten aanzien van psychosociaal handelen, en dat zij zich in het algemeen minder competent voelden dan hun mannelijke collegae (n=24). Dit verschil was aan het eind verdwenen. Twee andere verschillen aan het begin bleven bestaan: vrouwelijke arts-assistenten durfden meer risico te nemen ($p < .05$) en stonden meer open voor toetsing van en controle op de beroepsuitoefening ($p < .05$).

Beschouwing

De attitude van arts-assistenten tijdens de eenjarige beroepsopleiding blijkt zich op veel punten te ontwikkelen in de richting die de opleiding beoogt.^{5,7} Onze resultaten bevestigen de uitkomsten van een attitude-onderzoek uit 1981 waarbij vrijwel hetzelfde meetinstrument werd gebruikt.⁹ 'Attitude' is een moeilijk af te bakenen en moeilijk meetbaar begrip. Dat de resultaten van beide attitude-onderzoeken in grote lijnen overeenkomen, bevestigt dan ook de waarde van de gehanteerde vragenlijst. Dit is van belang voor de ontwikkeling van evaluatiemethoden voor onder

andere de toekomstige meerjarige beroepsopleiding tot huisarts.

De attitude-ontwikkeling kan gezien worden als een groeiproces dat gestimuleerd wordt door gericht onderwijs, werkervaringen en de reflexie daarop. Aan het eind van de opleiding werd door de arts-assistenten een attitudescore bereikt die in grote lijnen overeenkomt met de score van ervaren huisartsen. Wellicht mag men die score beschouwen als een soort standardscore bij deze attitudemeting.

Ons bewust van 'regressie-naar-het-gemiddelde'-effecten, onderzochten wij ook op welke wijze het beginniveau verband vertoonde met attitudeveranderingen. Daar de arts-assistenten met een hoge beginscore toch in de gewenste richting veranderden – in tegenstelling tot de verwachte regressie – menen wij betekenis te mogen toekennen aan de grote verandering bij de arts-assistenten met lage beginscore. De indruk is dat bij een lage beginscore een soort inhaalproces tot stand kwam.

Andere factoren die de attitude-ontwikkeling beïnvloeden, zijn uit dit onderzoek niet duidelijk naar voren gekomen. Klinisch specialistische werkervaringen vóór de beroepsopleiding tot huisarts bleken in ieder geval geen nadelige invloed te hebben op de huisartsgeneeskundige attitude-ontwikkeling, hetgeen van belang is in het kader van de discussie over het opnemen van klinische stages in de toekomstige beroepsopleiding.

De huisartsopleider heeft een belangrijke inbreng in het leerproces van de arts-assistent en vervult een voorbeeldfunctie. Beïnvloeding van de attitude-ontwikkeling van de arts-assistent ligt derhalve voor de hand.^{12,13} In ons onderzoek kon een dergelijke invloed echter niet worden aangetoond. Mogelijk waren de aantallen te klein om zo'n effect te laten zien. Waarschijnlijker is dat attitudevorming niet op de eerste plaats door de attitude van de opleider wordt beïnvloed, maar door een reeks van factoren, waaronder ook het terugkomdagonderwijs een belangrijke rol speelt.

De invloed van het instituutsonderwijs bleek in dit onderzoek moeilijk vast te stellen. Mogelijk ging er een positieve invloed uit van het gestructureerde, expliciet huisartsgeneeskundige thema-onderwijs in Nijmegen, gezien het geconstateerde verschil tussen Nijmegen

en Groningen in de ontwikkeling van de taakopvatting op het gebied van het somatisch handelen. Voor het overige is de eventuele invloed van beide opleidingen op de attitude-ontwikkeling niet duidelijk.

¹ Bulte J, Helsper A, Van de Ende J, Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 1987; 30: 317.

² Helsper A, Bulte J, Grol R, Visser S. Het terugkomdagonderwijs in Nijmegen en Groningen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 318-21, 323.

³ Fishbein, Azjen. *Beliefs, attitudes, intentions and behaviour*. Reading, Mass.: Addison Wesley, 1975.

⁴ Seager C. Attitudinal aspects of medical competence. *Med Educ* 1981; 15: 407.

⁵ Grol R, Mokkink H, Mesker P, Mesker-Niessen J. Beleving van het huisartsenwerk en de zorg van de patiënt. *Med Contact* 1984; 39: 1411-4.

⁶ Grol R, Mokkink H, Van Eijk J, Smits A. De onzekere huisarts. *Med Contact* 1985; 40: 1400-2.

⁷ Mokkink H, Tielens V, Smits A, Grol R. Werkstijlen van huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 272-6.

⁸ Alting van Geusau W, Van Lieshout V. Huisarts en persoonlijkheid. *Med Contact* 1984; 39: 1664-6.

⁹ Grol R, Tielens V, Mokkink H. Attitude changes in the vocational training of general practitioners. *Med Educ* 1985; 19: 479-86.

¹⁰ Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts [Deelrapportage]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

¹¹ Grol R, Tielens V. Een gestructureerde opleiding tot huisarts. *Med Contact* 1983; 38: 843-6.

¹² Freeman J, Roberts J, Metcalf, Hillier V. The influence of trainers on trainees in general practice [Occas Pap 21]. London: Royal College of General Practitioners, 1982.

¹³ Bügel P. Tweede huisartsopleider: een noodzaak. *Med Contact* 1986; 40: 379-80.

Richtlijnen auteurs

Bijdragen voor *Huisarts en Wetenschap* dienen te voldoen aan de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (de 'Vancouver-style'). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op pagina 300 van het septembernummer van de lopende jaargang.