

1986 Diss. 001

**INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE
HUISARTSPRAKTIJK**

Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, Petrus Franciscus Maria

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten
in de huisartspraktijk : een onderzoek naar verschillen
tussen huisartsen / Petrus Franciscus Maria Verhaak. -
Utrecht : Stichting Nederlands Instituut voor Onderzoek
van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - Ill.

Proefschrift Utrecht. - Met lit. opg. - Met samenvatting
in het Engels.

ISBN 90-6905-013-7

SISO 603.3 UDC 614.23:364.444

Trefw.: psychosociale hulpverlening ; huisartsgeneeskunde.

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek werd gesubsidi-
eerd door het Praeventiefonds

**INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK**

Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen

Interpretation and treatment of psychosocial complaints
in general practice

A study of differences among general practitioners

PROEFSCHRIFT

Ter verkrijging van de graad van doctor in de Geneeskunde
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de
Rector Magnificus Prof. Dr. M.W. van Hof en volgens besluit
van het college van dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op woensdag
19 februari 1986 om 14.00 uur door

PETRUS FRANCISCUS MARIA VERHAAK

Geboren te Utrecht

Promotiecommissie

Promotor: Prof. Dr. F. Verhage

Promotor: Prof. Dr. H.J. Dokter

Overige leden: Prof. Dr. F.J.A. Huygen

Prof. Dr. J.H. Thiel

VOORWOORD

Dit proefschrift zou niet zonder de hulp van velen tot stand gekomen zijn in de vorm waarin het thans voor u ligt. Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om een aantal personen daarvoor te bedanken.

Mijn promotoren, prof.dr.F. Verhage en prof.dr.H.J. Dokter dank ik voor hun stimulerende begeleiding. Hun therapeutische ervaring heeft, naar ik mag hopen, voorkomen dat arts en patient in de overvloed aan getallen ten onder zijn gegaan.

Prof.dr.F.J.A.Huygen ben ik erkentelijk voor het commentaar dat hij in het laatste stadium van de totstandkoming van dit proefschrift heeft gegeven.

Prof.dr.J.H.Thiel dank ik eveneens voor de tijd en moeite die hij aan het beoordelen van dit proefschrift heeft gegeven.

Het onderzoek is uitgevoerd als project binnen de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut, later overgegaan in het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het is gefinancierd door het Praeventiefonds. Mijn dank gaat uit naar de directie en het bestuur van deze instituten, die dit onderzoek gestimuleerd hebben en er de faciliteiten voor beschikbaar stelden. Het Praeventiefonds dank ik voor de financiële steun en voor de soepele wijze waarop tussentijds praktische zaken geregeld konden worden.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van ruim 1500 patienten en de 30 zogenaamde "video-artsen". Deze laten dank ik hartelijk voor hun medewerking, die een dagenlange verstoring van hun spreekuur en praktijkruimte met zich meebracht.

Bij de uitvoering van het onderzoek ben ik door een groot aantal mensen op verschillende manieren terzijde gestaan. Het verslag van het onderzoek kan ik dan mijn produkt noemen, het onderzoek als zodanig is een produkt van de voormalige "basiseenheid hulpverleningsprocessen". Ik stel het op prijs ieders bijdrage hier apart te vermelden.

Jooske van Busschbach heeft een belangrijke rol bij het observeren gespeeld. Verder heeft ze ervoor gezorgd dat achteraf de vragenlijsten bij de goede consulten terecht zijn gekomen.

Yvonne Driendijk voerde jarenlang zeer nauwgezet het secretariaat en hielp met het maken van de video-opnamen.

Marleen Duister moet op de eerste plaats genoemd worden als de nauwgezette behoeder van de database. Daarnaast hielp ze mee met het observeren en met het maken van de opnamen.

Jan Gravestein verzorgde op onnavolgbare wijze de data-entry.

Jan Hoekstra verrichtte monnikenwerk met het doen van de talloze tijdsmetingen die de onderzoeker dacht misschien ooit nodig te hebben

Kees Koopmans heeft het maken van de video-opnamen en het observeren voor een belangrijk deel georganiseerd en mede uitgevoerd. De betrouwbaarheids-analyses zijn voor het grootste deel zijn werk.

Franco Sanavro ontwierp de database en hielp met het maken van de opnamen en het observeren. Samen met Kees was hij verantwoordelijk voor de meest onwaarschijnlijke opname-opstellingen, waarbij daken noch kelders geschuwd werden.

Guusje Verweij heeft het secretariaat in de tweede helft van het project gevoerd. Door haar handen zijn de meeste versies die aan het voor u liggende werk voorafgingen, gegaan.

Al deze "HVP-ers" wil ik zeer hartelijk bedanken voor hun enthousiasme en inzet.

Meer vanaf de zijlijn heb ik zeer veel steun van het instituut als geheel ondervonden. Zonder Jozien Bensing zou ik nooit op het idee van een onderzoek door middel van video-observatie gekomen zijn. Jozien en Emmy Sluijs zijn degenen die sinds jaar en dag de ideeënstroom over onderzoek naar het gedrag van de huisarts in de spreekkamer, voeden; hun indirecte bijdrage is zeer groot.

De interimrapporten en conceptversies van het eindrapport zijn zeer conscientieus door mijn collega-onderzoekers gelezen en van commentaar voorzien. Zonder anderen daarbij tekort te willen doen, wil ik met name Peter Groenewegen, Emmy Sluijs en Jouke van der Zee bedanken voor hun uitvoerige kanttekeningen. De literatuurlijst is grondig nagegekeken door de medewerkers van de NIVEL-bibliotheek. Ook Paul van Leeuwen, adviseur van buiten het instituut, wil ik bij deze dankzeggen voor zijn grondige kritieken.

De definitieve tekstverwerking vond plaats door Datacom. Janet Joosten heeft hiervoor op prettige wijze zorg gedragen, waarvoor mijn dank.

Mieke Cornelius was verantwoordelijk voor de uiteindelijke vormgeving. Ik ben blij dat binnen de NIVEL-huisstijl dergelijke producten mogelijk zijn.

INHOUD

1. INLEIDING	1
2. FACTOREN DIE INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BEINVLOEDEN: EEN LITERATUUROVERZICHT	7
2.1. Inleiding	7
2.2. Beoordeling en behandeling van psychosociale klachten door de huisarts	7
2.2.1. Het begrip "ziekte"	7
2.2.2. Verschillen tussen huisartsen in beoordeling van het klachten aanbod	12
2.2.3. Verschillen tussen huisartsen in behandeling van psychosociale klachten	16
2.2.4. Samenvatting en conclusies	18
2.3. Artskenmerken die van invloed zijn op interpretatie en behandeling van psychosociale klachten	19
2.3.1. Inleiding	19
2.3.2. Het actuele consult: arts-patient communicatie	21
2.3.3. De arts-patient relatie	28
2.3.4. Artskenmerken	31
2.3.5. Conclusies	39
3. DE ONDERZOEKSVRAAG IN HYPOTHESEN VERTAALD	41
4. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK	50
4.1. Inleiding	50
4.2. Het verloop van het onderzoek	54
4.3. De vragenlijsten	56
4.3.1. Inleiding	56
4.3.2. De artsenenquête	57
4.3.3. Vragenlijst over patienten	63
4.3.4. Vragenlijst over de arts	64
4.3.5. Klachtenbeoordeling door de arts	67
4.4. Observatie van de arts-patiënt communicatie	68
4.4.1. Inleiding: observeren en observatiesystemen	68
4.4.2. De te meten begrippen	74
4.4.3. De anatomie van het consult	74
4.4.4. De gemeten variabelen: omschrijving en operationalisatie	76
4.4.5. De betrouwbaarheid van de observaties	81

4.5.	Het onderzoeksmateriaal	84
4.5.1.	Het bestand waarop het onderzoek gebaseerd is	84
4.5.2.	Representativiteit van het bestand:deelnemers vergeleken met weigeraars	88
5.	RESULTATEN I: DE AFZONDERLIJKE MATEN	93
5.1.	Inleiding	93
5.2.	De afhankelijke (te verklaren) variabelen: artsenoor- deel en behandeling	94
5.2.1.	Inleiding	94
5.2.2.	Vaststellen van de onderzoekspopulatie	94
5.2.3.	De door de artsen uitgesproken oordelen	97
5.2.4.	De behandeling door de arts	101
5.3.	Artsenopvattingen en kenmerken van praktijkvoering	104
5.4.	Indexen van verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar	108
5.4.1.	Inleiding	108
5.4.2.	De door de patient verwachte functiebreedte	108
5.4.3.	Beoordeelde openheid van de arts	109
5.4.4.	Oordeel van de arts over de patient	110
5.4.5.	Verwachtingen van arts en patient ten opzichte van elkaar:conclusie	111
5.5.	Het gedrag van artsen tijdens het consult	112
5.5.1.	Inleiding	112
5.5.2.	De verdeling van de detailscores over de artsen	113
5.5.3.	Naar één communicatie-index	119
5.5.4.	Discussie	123
6.	RESULTATEN II: TOETSING VAN DE HYPOTHESEN	125
6.1.	Inleiding	125
6.2.	De "simpele" verbanden	125
6.2.1.	Het verband tussen beoordeling en behandeling van de klacht	125
6.2.2.	Het verband tussen taakopvatting en behandeling van psychosociale klachten	128
6.2.3.	Het verband tussen de mogelijkheden tot behandeling en de behandeling van psychosociale klachten	129
6.2.4.	Het verband tussen huisartsgeneeskundige oriëntatie en de beoordeling van de klacht	133
6.2.5.	Het verband tussen communicatie en de beoordeling van de klacht	134

6.2.6.	Het verband tussen wederzijdse verwachtingen van arts en patiënt en de beoordeling van de klacht	139
6.2.7.	De "simpele" verbanden: discussie en conclusies	144
6.3.	Gecompliceerde verbanden	147
6.3.1.	Inleiding	147
6.3.2.	Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen behandeling van psychische klachten	147
6.3.3.	Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen beoordelingen van klachten	151
6.3.4.	Beoordeling en behandeling: gescheiden circuits?	157
6.3.5.	Gecompliceerde verbanden: conclusies en discussie	162
7.	BESCHOUWING EN CONCLUSIE	165
7.1.	Inleiding	165
7.2.	Inhoudelijke bespreking	166
7.2.1.	Wat is een psychische klacht?	166
7.2.2.	Psychische klachten en de taken van de huisarts	170
7.3	Een methodologische terugblik	176
7.4.	Aanbevelingen	179
8	SAMENVATTING	182
9	SUMMARY	190
	NOTEN	198
	LITERATUUR	211
	BIJLAGEN	
	CURRICULUM VITAE	

1. INLEIDING

Een patiënt die met een nieuwe klacht zijn huisarts raadpleegt, zal deze klacht vrijwel altijd in termen van een fysiek ongemak formuleren.

Goldberg (1979) noemt een aantal redenen voor een patiënt om van een in somatische termen verwoorde entree gebruik te maken. Op de eerste plaats bestaat er bij patiënten een bepaalde verwachting over de rol van de huisarts: "bij een dokter kom je met lichamelijke problemen". Vaak zullen psychische problemen ook gepaard gaan met somatische problemen (zie ook Eastwood en Trevelyan, 1972); onder invloed van stress krijgen lichamelijke klachten, die iedereen wel heeft, meer nadruk; ook is het mogelijk dat juist bepaalde lichamelijke klachten psychische problemen als ongerustheid, schaamte of angst veroorzaken. In al deze gevallen is het voor veel patiënten minder bedreigend om de somatische symptomen te presenteren dan de psychische.

Het fysieke ongemak hoeft echter niet altijd de essentie van de klacht te vormen. Ziekte in de klassieke zin van het woord¹ is slechts één van de redenen voor doktersbezoek. Van Es (1980) noemt de volgende mogelijke hulpvragen:

- somatische vragen om hulp
- vragen om hulp bij niet-medische problemen
- vragen om begeleiding
- oneigenlijke hulpvragen en alibivragen, waarbij men de arts voor zijn karretje wil spannen, bijvoorbeeld om zich tijdelijk aan bepaalde verplichtingen te onttrekken
- doelvragen (bijvoorbeeld het verkrijgen van een verwijskaart).

Bij de eerste categorie moeten we ons daarnaast realiseren dat een somatische vraag om hulp nog niet naar een (uitsluitend) tot het lichaam beperkt probleem verwijst. McWhinney (1972) onderscheidt in dit kader:

- symptomen die ongemak geven
- symptomen die ongerustheid of angst veroorzaken
- symptomen die tevens problemen van niet somatische aard uitdrukken.

Al met al is de reden voor doktersbezoek een gecompliceerde kwestie, waar het klassieke medische model bij lange niet op toegesneden is. Men kan dan ook een toenemende precisering van het begrippenapparaat waarop men zijn diagnostiek baseert waarnemen, terwijl relevant ge-

achte aspecten ook buiten het lichaam gezocht worden. Somatische problemen worden tegenwoordig opgevat als de uitkomst van een wisselwerking tussen lichaam, omgeving en persoonsgebonden factoren die bepalen hoe men op bedreigingen uit die omgeving zal reageren (vgl. Van Es, 1980, 119). Binnen zo'n multiconditionele opvatting spelen psychosociale factoren een rol, als mogelijke directe oorzaak voor lichamelijk lijden (psychosomatiek) en als medeveroorzaker (bijvoorbeeld onvoldoende draagkracht die de vatbaarheid voor infectieziekten vergroot).

Dit is dus veelal de uitgangssituatie in een consult: de patiënt legt de huisarts een fysieke klacht voor waarvan de arts moet uitmaken of het een probleem is waar hij als medicus iets aan kan doen; indien dit het geval is, moet hij bepalen welke behandeling noodzakelijk is. Indien er geen sprake is van een medisch probleem zal dit met de patiënt besproken moeten worden en zal gezocht moeten worden naar een niet medisch tegemoetkomen aan de hulpvraag. We stuiten hier op een van de belangrijkste functies van de huisarts: het open staan voor alle vragen om hulp, afstemmen van het hulpaanbod op de behoefte van de patiënt en daarbij samenwerken met andere hulpverleners. Hiertoe dient hij in de eerste plaats de hulpvraag te verhelderen en vervolgens over te gaan tot het opstellen van werkhypothesen. Aldus wordt de diagnostische taak van de huisarts ingevuld in het basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1982). Het is een invulling die onder andere ontleend is aan de methodiek die binnen het "methodisch werken" (Holten-Vriesema, e.a., 1978) is uitgewerkt en in feite teruggrijpt op de klassieke vraag: "waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij mij"? We zullen het in het vervolg hebben over de 'zeeffunctie' van de huisarts. We verstaan hieronder de vertaling van de ongedifferentieerde hulpvraag waarmee de patiënt binnenkomt in een gedefinieerd probleem waarvan duidelijk is in welke opzichten professionele hulp geboden moet worden en wanneer professionele hulp misplaatst zou zijn. Het is onderdeel van de functie die Querido al in 1953 schetste voor de huisarts: de figuur die in staat is de patiënt als persoon te interpreteren; de centrale figuur aan wie de integratie van de gegevens en de interpretatie van de persoon van de patiënt dient te worden toevertrouwd (Querido, 1973).

De arts komt dus een zeer breed scala aan problemen tegen, waarbij het psychosociale element zowel onverhuld als in bedekte termen aanwezig is; dientengevolge moet hij in zijn diagnostiek ook letterlijk

op alles verdacht zijn. Het mag dan ook geen verwondering wekken dat artsen deze functie op zeer verschillende wijze plegen te vervullen. Hiermee belanden we bij de kern van deze studie: de verschillen tussen huisartsen in het belang dat ze aan psychosociale elementen² in het klachtenaanbod toekennen. In het voorgaande hebben we laten zien dat we deze verschillen in theorie mogen verwachten: in principe kunnen bij iedere klacht immers relevante psychosociale aspecten een rol spelen, waarbij het klachtenaanbod zo vaag en diffuus is, dat iedere arts op andere momenten een klacht mede-psychisch bepaald kan noemen. De vergelijking dringt zich op met resultaten van andere beoordelingen van vage stimuli (Rorschach-vlekken, wolken, non-figuratieve kunstuitingen), waarbij even zovele oordelen worden uitgesproken als er beoordelaars zijn.

Deze verschillen blijken ook in de praktijk op te treden. In een literatuuroverzicht (Verhaak, 1981) troffen we schattingen van psychosociale klachten in de huisartspraktijk aan die varieerden van minder dan tien procent tot meer dan tachtig procent van het totale klachtenaanbod. Eigen empirisch onderzoek, met één meetmethode en één definitie liet bijna even grote verschillen tussen huisartsen zien. Deze verschillen in beoordeling van het klachtenaanbod als somatisch dan wel psychosociaal, en de daaruit voortvloeiende verschillen in behandeling vormen het te bestuderen object in deze studie.

Waarom is het belangrijk om deze verschillen tussen huisartsen te onderzoeken? Uit wetenschappelijk oogpunt is het een interessant fenomeen dat een klacht niet voor iedere arts dezelfde betekenis heeft, en daarom van belang om na te gaan wat daarvan de achtergronden zijn. Een beter begrip van de omstandigheden en kenmerken die een huisarts er toe brengen een klacht 'psychisch' te vinden, draagt bij tot een beter inzicht in het begrip 'psychische klacht' (vergelijk ook Bensing (1983)). Bovendien wordt het bestaan van onverklaarde "interdoktervariantie" op dit gebied door epidemiologen als uiterst hinderlijk ervaren. Kocken (1984) acht de resultaten van zijn literatuurverkenning ten aanzien van epidemiologische bevindingen inzake psychische morbiditeit "bijzonder teleurstellend". "Het meest opvallende is de door vele auteurs benadrukte grote "interdoctor variation" zowel bij de diagnostiek, rubricering en behandelingswijze in de huisartspraktijk" (Kocken, 1984, 55). Inzicht in de achtergronden van deze ongewenste variantie zou aan toekomstig morbiditeitsonderzoek een bijdrage kunnen leveren. Het onderzoek kan ook een meer praktische betekenis voor de hulpverlening hebben. Het

bepalen of een klacht voortkomt uit psychosociale achtergrond of niet, en de daarop volgende beslissing tot somatische symptoombestrijding dan wel tot bespreekbaar maken van die psychosociale aspecten is geen vrijblijvende zaak. In de publicaties over het 'somatische fixatie project' (Huygen e.a. (1978), Grol e.a. (1981) is aangetoond hoe patiënt en arts gevangen kunnen raken in eindeloos zoeken naar organische afwijkingen die er niet zijn.

Dit is ongewenst, omdat de patiënt steeds meer gaat geloven in zijn 'ingebeelde' ziekte, en dienovereenkomstig blijft handelen. Hij wordt onnodig afhankelijk van medische specialisten. Tevens is het ongewenst omdat de patiënt onnodig wordt blootgesteld aan (vaak) dure en (soms) ziekteverwekkende behandelings- en onderzoeksmethoden en medicijnen. Door Brook e.a. (1983) wordt erop gewezen dat een deel van de psychische problemen door huisartsen niet herkend wordt. Omgekeerd zijn er ook waarschuwend geluiden te horen om niet te snel - en daarmee soms ten onrechte - alle vage klachten maar als 'psychisch' af te doen en daarmee reële lichamelijke afwijkingen te missen. De term 'psychische fixatie' wordt in dit kader wel gebruikt.

Onderzoek naar de achtergronden van de variatie in klachtbeoordeling - en daarmee naar de variatie in de mate waarin huisartsen klachten binnen een psychosociaal referentiekader behandelen of doorverwijzen - is daarom van belang. Het verschaft meer inzicht in de factoren die de uitoefening van de genoemde zeeffunctie beïnvloeden.

Deze factoren hebben op de eerste plaats betrekking op artskenmerken, zoals die zich in het consult manifesteren: we zullen onze aandacht richten op de arts-patiënt communicatie als mogelijke verklaring voor de wijze waarop de klachten door de arts geïnterpreteerd en behandeld worden. Hiermee zetten we een onderzoekstraditie voort die al geruime tijd binnen het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), voorheen Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) bestaat (vergelijk Bensing en Sluijs (1984), Bensing en Verhaak (1980a, 1982). We zullen in dit onderzoek echter ook aandacht besteden aan kenmerken van huisartsen en patiënten die los van het actuele consult bestaan: opvattingen en normen van huisartsen, praktijkkenmerken en wederzijdse beeldvorming bij arts en patiënt.

Hoe deze elementen onderling samenhangen en in welke mate ze een verklaring bieden voor de geconstateerde verschillen tussen artsen ('interdoktervariantie'), is de afgelopen drie jaar onderzocht in het project 'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek',

waarvan dit geschrift het eindverslag vormt. Eerder is hierover reeds gepubliceerd in interimrapporten en artikelen (Verhaak, 1983, 1984 a, b, c). Waar nodig verwijzen we naar deze publicaties.

De globale onderzoeksvraag luidt: hoe zijn interpretatie en behandeling van klachten gerelateerd aan:

- normen, opvattingen en werkwijze van de huisarts;
- verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar;
- de interactie die tijdens het consult plaatsvindt.

De vraagstelling zullen we in de volgende hoofdstukken van dit theoretisch deel verder uitwerken. In deze hoofdstukken gaan we na, hoe in de literatuur inhoud gegeven is aan normen, opvattingen, etc. van huisartsen waarmee een relatie is aangetroffen met interpretatie en behandeling van klachten. Op basis hiervan formuleren we hypothesen, waarin de globale vraag geconcretiseerd wordt.

We bezien de wijze waarop artsen verschillen in interpretatie en behandeling vanuit een sociaal-wetenschappelijk kader. Interpretatie van klachten wordt opgevat als een sociaal fenomeen: de interpretatie staat niet los van degene die interpreteert en van degene die klaagt. Dit betekent een keuze, waarbij objectieve gegevens omtrent de klacht en verklaringen daarvoor die op het fysiologische of ook het klinisch-psychologische vlak liggen buiten beschouwing blijven. Het medisch-inhoudelijke aspect - en ook het sociaal-culturele kader waarbinnen het handelen van de huisarts zich afspeelt - wordt in dit onderzoek als onproblematisch gegeven beschouwd. Binnen dat kader zoeken we naar individuele eigenschappen van huisartsen die leiden tot een verschil in waardering en behandeling van het klachtenaanbod, dat op de vorige pagina's geschetst is.

In het volgende hoofdstuk zullen we een overzicht geven van de literatuur die over interpretatie (meestal "diagnostiek" genoemd) en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk verschenen is (hoofdstuk 2.2); hoofdstuk 2.3 behandelt literatuur die betrekking heeft op de door ons geselecteerde verklarende variabelen. Op basis van dit literatuur-overzicht besluiten we hoe we onze te verklaren en verklarende variabelen inhoudelijk gestalte zullen geven en welke relaties tussen de variabelen we zullen onderzoeken. Dit wordt in hoofdstuk 3 uitgedrukt in een reeks te toetsen hypothesen.

Hoofdstuk 4 tot en met 7 behandelen het onderzoek dat verricht is om de geformuleerde hypothesen te toetsen. In hoofdstuk 4 bespreken we de opzet en het verloop van het onderzoek, met inbegrip van de gehanteerde methoden en instrumenten. Aangezien in dit hoofdstuk de opzet van het onderzoek beschreven wordt, maar ook uitvoerig stil

wordt gestaan bij de theoretische overwegingen die tot bepaalde methodologische keuzen hebben geleid, is het deels theoretisch, deels praktisch van aard.

Hoofdstuk 5 is een weergave van de "rechte tellingen". Het is de basis voor de daarop volgende analyses, en onmisbaar voor degene die zich wil vergewissen van de toelaatbaarheid van die analyses. Het heeft echter ook een zekere op zichzelf staande waarde voor degene die geïnteresseerd is in wat zich zoal afspeelt in de dagelijkse praktijk van de huisarts, en in de variatie tussen individuen die dit oplevert.

In hoofdstuk 6 worden de hypothesen getoetst en worden de uitkomsten van deze toetsing aan een kritische bespreking onderworpen.

In hoofdstuk 7 wijden we een beschouwing aan de uitkomsten in het licht van onze oorspronkelijke vraagstelling. Het geheel wordt afgerond met een samenvatting.

2. FACTOREN DIE INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BEINVLOEDEN: EEN LITERATUUROVERZICHT

2.1. Inleiding

We zullen in dit hoofdstuk een overzicht geven van het onderzoek naar de wijze waarop artsen klachten beoordelen en - indien een klacht 'psychisch' genoemd wordt - behandelen. We zullen eerst ingaan op de betekenis die we in het kader van dit onderzoek aan 'ziekte' en 'psychosociale interpretatie' geven. Vervolgens geven we weer wat we aan literatuurgegevens over de spreiding onder huisartsen van psychosociale diagnoses en daaruit voortvloeiende behandeling hebben gevonden.

In het tweede deel van dit literatuuroverzicht onderzoeken we welke kenmerken van artsen met deze afhankelijke variabelen samenhangen. We beëindigen ieder paragraaf van dit hoofdstuk met een overzicht van verklarende en te verklaren variabelen, die we in dit onderzoek zullen gebruiken.

2.2. Beoordeling en behandeling van psychosociale klachten door de huisarts

2.2.1. Het begrip 'ziekte'

In een naïeve opvatting is 'ziekte' een entiteit, die meetbaar is, waaraan we eigenschappen kunnen toekennen, en die een bestaan leidt dat onafhankelijk is van dokters of patiënten. We herkennen deze opvatting in het alledaagse taalgebruik: "de griep heerst", of "een vreselijke ziekte houdt hem in zijn greep gevangen".

Kräupl-Taylor (1971) wijst op het misleidende in de term 'ziekte'. Zoals in bovenstaande uitdrukkingen gebruikt, verwijst deze term naar een klasse van schadelijke objecten, waarvan de wetenschap er naar streeft haar zo goed mogelijk te omschrijven. Daartegenover stelt genoemde auteur dat een bepaalde ziekte moet worden opgevat als een serie eigenschappen die aan een bepaalde klasse van patiënten kan worden toegekend. Een dergelijke discussie over de vraag of ziekte al of niet als 'entiteit' bestaat, los van de concrete afzonderlijke patiënten, wordt door Verbrugh (1978, 61) zinloos genoemd: "We hebben allemaal een begrip van (mazelen)...., in de zin van wat we ermee bedoelen als we erover praten". Waarom maken we ons dan druk over dit kennistheoretisch discussiepunt? Niet bepaald omdat

het slechts om motieven van puristische aard zou gaan. Wanneer we 'ziekte' als een object dat vrijelijk in de natuur voorkomt beschouwen, komen we echter in serieuze problemen. Een ziekte moet dan als zodanig herkend worden op grond van een aantal eigenschappen, die noodzakelijke en voldoende voorwaarde zijn om de ziekte als zodanig te benoemen. Virchow loste het probleem van de lokalisatie van die eigenschappen op, door 'ziekte' op te vatten als 'manifestaties van levensprocessen onder veranderde omstandigheden', in later werk als 'een veranderend lichaamsdeel' (Kräupl-Taylor, 1971). Consequentie van een dergelijke metamorfose is dat ziekte in aangetaste lichaamsdelen gezocht wordt en geanalyseerd wordt naar haar "plaats" van herkomst". "Ziekte" is, aldus Boyd (geciteerd door Verbrugh, 1978) "een eenheid.....met bekende oorzaak, structurele eenheid en klinische manifestaties, ziek-zijn, ziek-voelen horen buiten het terrein van de pathologie" (vergelijk noot 1, hoofdstuk 1). Deze opvatting maakt - los van de logische houdbaarheid ervan - 'ziekte' tot een te beperkt begrip. Waar 'ziekte' pas als zodanig herkend kan worden op grond van veranderingen in substantie, en functiestoornissen waarbij veranderingen niet gevonden kunnen worden buiten het ziektebegrip vallen, schiet een dergelijk ziektebegrip tekort (vgl. Iemhoff, 1979). Waar naast veranderingen in substantie ook buitenlichamelijke factoren als mogelijke determinanten van ziekte gezien worden faalt het evenzeer. Waar tenslotte pathologie gereduceerd wordt tot dat wat zich binnen het lichaam afspeelt, faalt dit ziektebegrip omdat de betekenis van ziekte niet los gezien kan worden van de zieke persoon (vgl. Verbrugh, 170).

We kunnen dus wel spreken over mazelen, als was het een zelfstandige entiteit, maar kunnen dit slechts bij gratie van het feit dat we ons in het geval van 'mazelen' ook uitsluitend interesseren in het betreffende virus en de effecten die dit op het lichaam heeft. Op het moment dat het ons om de 'mens met mazelen' gaat, blijken we heel andere begripscategorieën nodig te hebben.

Het klassieke 'ziektebegrip' is aldus slechts in beperkte zin bruikbaar om lichamelijk dysfunctioneren te omvatten en leent zich niet voor een omschrijving van psychosociale problematiek.

Ook een meer in vergelijkende zin spreken van 'psychische ziekten' die te onderscheiden zijn op grond van toestandsbeelden, beloopsvorm en causale factoren (Kuiper, 1973) lijkt niet erg vruchtbaar.

Het is weer Kräupl-Taylor (1971) die er op wijst dat ziekteclassifi-

catie in de psychiatrie in logische zin onvoldoende is, omdat iedere klasse patiënten 'endopathologisch overgedetermineerd' is. Dit wil zeggen dat er een aantal verschillende mogelijke oorzaken voor één syndroom bestaat, wat er toe leidt dat iedere klasse uit een heterogene groep bestaat. (Met andere woorden: psychiatrische categorieën sluiten elkaar niet wederzijds uit; (zie ook Lang, 1978)).

Het discriminatieprobleem is volgens Eysenck (aldus McGuire (1973)) irrelevant in de psychiatrie, omdat het meer in het algemeen irrelevant is om gevallen in ideaal-theoretische categorieën in te delen, waar slechts sprake is van graduele verschillen op oneindig veel dimensies. McGuire brengt hier tegenin dat Eysenck zijn argumenten ontleent aan de verdeling over de gehele populatie, terwijl aan de extremen van een normale distributie typologieën wel gerechtvaardigd zijn.

Dat in ieder geval binnen de eerstelijnsgezondheidszorg de ideaaltypische psychiatrische gevallen zeldzaam zijn, kunnen we uit verricht morbiditeitsonderzoek afleiden: de gediagnostiseerde 'psychiatrische ziekte' valt in onderzoeken van Shepherd e.a. (1966), Olie-mans (1969), Lamberts en Hartman (1982), en Kocken (1984) in het niet bij de hoeveelheid psychische en functionele stoornissen die als symptoom gepresenteerd worden en niet binnen een diagnostische categorie kunnen worden ingedeeld. Het is daarom in meerdere opzichten een hachelijke zaak om van "psychische ziekten in de huisarts-praktijk" te spreken. Het is niet zinvol om 'ziekte' als een zelfstandige entiteit op te vatten; het is ook niet goed te verdedigen om 'psychische ziekte' als metafoor op te vatten; ten slotte lijkt het, zeker in de praktijk van de eerstelijnsgezondheidszorg ook niet mogelijk om tot een op andere gronden gebaseerde indeling van gedragingen te komen waarin psychische en sociale symptomen zich laten classificeren. We moeten ons neerleggen bij het bestaan van een grote hoeveelheid lichamelijke, sociale en psychische symptomen die in allerlei combinaties bij een huisarts gepresenteerd worden. Alle symptomen die niet uitsluitend lichamenlijk zijn, noemen we 'psycho-sociaal'.

We spreken zodoende niet over ziekte los van de patiënt, maar over patiënten die 'ziektegedrag' vertonen (vergelijk noot 1, hoofdstuk 1); de ordening die de huisarts aanbrengt in dit 'vertonen van ziektegedrag' is onderwerp van deze studie. Deze ordening vindt plaats op grond van eigenschappen die aan die patiënt worden toegekend door de arts. Die eigenschappen kunnen betrekking hebben op kenmerken van het lichaam, op de wijze waarop de patiënt sensaties van het li-

chaam beleeft, op gevoelens van de patiënt die los staan van lichaamservaringen, op de verhouding van de patiënt tot zijn omgeving, etc.

Een belangrijke consequentie van deze benadering is, dat een huisarts bij de interpretatie van de klachten van een patiënt geen geforceerde keuze hoeft te maken of het een somatische ziekte dan wel een psychische klacht betreft: een klacht kan heel wel een somatische component hebben, die behandeling behoeft, en daarnaast uitdrukking vormen van een psychisch probleem. Een huisarts die in zijn klachteninterpretaties veel oog heeft voor psychische aspecten, kan tegelijk zeer zorgvuldig de somatische aspecten in beschouwing nemen. In onze optiek zijn "psychisch" en "somatisch" geen elkaar uitsluitende categorieën, waarbij toename van de één automatisch gepaard gaat met afname van de ander.

Dit moet tot uiting komen in de wijze waarop het door de huisarts waargenomen klachtenaanbod wordt vastgelegd. Parallel aan de opvatting dat ziekte een zelfstandige grootheid is, loopt de indeling van diagnoses in categorieën-systemen. Idealiter wordt iedere combinatie van symptomen in één diagnosecategorie ondergebracht. Kenmerkend hierbij is dat men het te categoriseren materiaal naar één dimensie rangschikt, dan wel op hiërarchische wijze eerst volgens één dimensie een hoofdindeling maakt, en vervolgens subindelingen volgens nieuwe dimensies aanbrengt. Het prototype van een dergelijke taxonomie is het systeem waarmee Linnaeus de planten- en dierenwereld in-deelde. Zo'n taxonomie is nuttig, wanneer één indelingscriterium duidelijk prevaleert boven andere mogelijkheden en wanneer de verschillen tussen de diverse soorten die eruit voortvloeien relatief groot zijn. Medische diagnose in categorieën is geëigend in die gevallen waarbij iedere diagnose gepaard kan worden aan specifieke pathogene oorzaken.

Wil men recht doen aan de hiervoor gemaakte bezwaren tegen een dergelijke categorisering, dan dient men het klachtenpatroon op meerdere dimensies gelijktijdig in te delen of te beoordelen.

Voor een classificatie op meerdere dimensies is onder meer gepleit door Regier e.a. (1979). Ze betogen dat met een op ziektecategorieën gerichte classificatie een deel van de psychische problematiek gemist wordt. Door hen uitgevoerd onderzoek maakt dit ook aannemelijk. Ze vergeleken incidentiecijfers, vastgelegd met behulp van diverse ééndimensionale categorieënsystemen, (de International Classification of Diseases (ICD), de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-II), en de Reason for En-

counter Classification (RFE)) met het vóórkomen van psychische problematiek, gemeten met een patiëntenvragenlijst, de General Health Questionnaire (Goldberg, 1972). Dit laatste instrument bracht drie maal zoveel psychische gevallen aan het licht dan de genoemde classificaties, hetgeen ons na het voorgaande niet hoeft te verbazen. Immers, veel psychische problematiek gaat samen met classificeerbare somatische klachten, en zal zo als "hoofdpijn", "lage rugpijn" of "asthma" de geschiedenis ingegaan zijn.¹ Regier e.a. pleiten daarom voor psychosociale classificatie naast ICD of RFE. In zo'n geval vraagt men niet om het klachtenaanbod te benoemen in termen van 'ziekte', 'syndroom', 'symptoom' of 'klacht' maar om een oordeel uit te spreken over de mate waarin psychosociale factoren een rol spelen bij het ziektegevoel van de patiënt. Het meest simpel in dit opzicht is de unidimensionale beoordeling die Crombie (1963) voorstelt, en die in verschillend onderzoek binnen het Nederlands Huisartsen Instituut (Bensing e.a., 1980), Ten Horn, (1973), Sanavro (1982), Verhaak (1979) gebruikt is: artsen beoordelen de mate waarin psychische aspecten meespelen op een vijf-puntsschaal: de uitersten van deze schaal zijn "puur somatisch" en "puur psychosociaal". Ten Horn (1973) gebruikt alleen deze twee uitersten alsmede een categorie "weet niet". In deze beoordelingen gaat verloren of het toegekende psychische aspect oorzaak dan wel gevolg is van somatische klachten en of het om somatisch dan wel psychisch gepresenteerde symptomen gaat.

Wat meer inhoud heeft de taxonomie die McWhinney (1972) voorstelt. Een patiënt kan komen vanwege één der volgende redenen

- men komt omdat symptomen op zich zoveel ongemak geven dat het niet verdraagbaar meer is (NB Een symptoom kan psychisch of somatisch zijn.)
- men komt omdat de symptomen ongerustheid of angst veroorzaken
- men komt met symptomen die levensproblemen uitdrukken
- men komt om administratieve redenen
- men komt niet vanwege klachten maar vanwege preventieve redenen of algemeen medische zaken als zuigelingencontrole, keuringen e.d.

Deze beoordeling benadrukt de functie die het zoeken van hulp voor de patiënt heeft.

Andere oordelen dan die aangaande de rol van psychische aspecten en de functie van het doktersbezoek betreffen de trivialiteit van de klacht (Gough, 1977) en de ernst van de klacht (Van Eijk, 1979). (Dit zijn geen tegenpolen op dezelfde dimensie.) Deze oordelen zijn niet van belang ontbloomd omdat ze iets zeggen over de houding van de arts tegenover de overlappende gebieden 'ziekte', 'ziektegevoel', en

'zoeken van hulp'. Wanneer voor een arts eigenlijk alleen 'ziekte' relevant is, zal hij wensen dat 'ziektegevoel' en 'zoeken van hulp' met het eerste gebied samenvalt. Zo niet, dan is er sprake van een triviale klacht waarvoor eigenlijk geen hulp gezocht had hoeven worden.

Een verdere uitwerking van het idee dat meerdere dimensies van belang zijn bij het vastleggen van relevante aspecten van de hulpzoekende patiënt, vinden we in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Tegelijk met klinische psychiatrische syndromen en persoonlijkheidsstoornissen is het mogelijk op een andere dimensie de fysieke klachten vast te leggen die mogelijkerwijze relevant zijn voor eerstgenoemde; daarnaast is er sprake van een dimensie waarop de ernst van stressoren die bijdragen aan de psychische klachten wordt vastgesteld en tenslotte van een dimensie waarop een prognose wordt vastgelegd.

Hoewel op papier aan lichamelijke en psychische aspecten in alle mogelijke combinaties recht gedaan kan worden, blijkt de nadruk zeer sterk op de eerste assen (klinisch psychiatrisch syndroom en persoonlijkheidsstoornis) te liggen (Giel, 1982) en zijn de eerder genoemde bezwaren die tegen ziekte-indeling in categorieën gemaakt zijn, ook hierop van toepassing. Daarnaast maakt het klinisch-psychiatrisch karakter de DSM-III weinig geschikt voor toepassing in de huisartspraktijk.

Het verdient aanbeveling, om los van de medische diagnose het oordeel van de arts vast te leggen over het eventueel meespelen van psychosociale aspecten in het klachtentotaal. Deze aanbeveling zal in de opzet van het onderzoek terugkeren. Het spreekt echter voor zich dat in het hierna te bespreken overzicht van studies, waarin de spreiding van psychiatrische of psychosociale oordelen onder huisartsen wordt besproken, niet uitsluitend deze wijze van vastleggen van oordelen is gebruikt. Integendeel, we wijzen erop dat in de meeste studies het klachtenaanbod in psychiatrische categorieën is vastgelegd. Daarnaast geven we onderzoeken weer, waarin aparte dimensies gescoord zijn. In dit kader zullen we ook het effect van het gehanteerde scoringssysteem op de gevonden spreiding tussen de artsen bespreken.

2.2.2. Verschillen tussen huisartsen in beoordeling van het klachtenaanbod

In een eerdere publicatie (Verhaak, 1981) zijn we ingegaan op empi-

risch vastgestelde verschillen in gemeten incidentie en prevalentie van psychosociale problematiek. Vastgesteld werd dat, ook al controleerde men voor meetmethode, soort classificatie, en de wijze waarop de populatie at risk werd vastgesteld, er toch onverklaarbare verschillen optraden. Laten we enige onderzoeken wat nader onder de loep nemen.

Kessel en Shepherd (1962) bespreken in een literatuuroverzicht 28 onderzoeken waarin het percentage psychiatrische gevallen wordt vastgesteld. Deze percentages lopen uiteen van 4% tot 54% van alle ziektes en van 5% tot 48% van alle consulten. Kessel en Shepherd gaan in op het problematische van een dergelijke diagnostiek voor de huisarts. Patiënten in de huisartspraktijk plegen hun psychische problemen in niet-psychiatrische vorm te presenteren. Een kleine groep komt met psychische symptomen, de grootste groep met psychiatrische problematiek bestaat uit patiënten met lichamelijke klachten die niet organisch te verklaren zijn. Oftewel, wanneer men de arts dwingt te classificeren in termen van psychiatrische ziekte, zal dit vaak geschieden op negatieve gronden: er is niets lichamelijks. De categorie 'neurose' wordt daarmee een 'vuilnisbak' waarin een heterogene groep slecht classificeerbare klachten gedeponeerd wordt.

Morrell, Gage en Robinson (1970) vergelijken hun eigen resultaten van één jaar morbiditeitsregistratie met andere Britse morbiditeitsregistraties en vinden de grootste verschillen binnen de categorie 'mental, psychoneurotic and personality disorders'. Men merkt op dat, naast de gebruikelijke fouten en vergissingen, interdoktervariantie in interpretatie van klachten verantwoordelijk moet worden gesteld voor deze verschillen, met name daar waar "volledige objectiviteit niet bereikt kan worden".

Een gedetailleerder beeld van de verschillen in classificatie van psychiatrische ziekten verkrijgen we uit het grote onderzoek dat Shepherd en zijn collega's in het begin van de jaren '60 bij 46 Londense huisartsen uitvoerden (Shepherd e.a., 1966). Bij deze artsen werden gedurende één jaar alle ziekte-episoden geclassificeerd in veertien hoofdgroepen (ICD). Nader werd ingegaan op de categorie: 'formele psychiatrie'. Deze werd onderverdeeld in 'psychose', 'achterlijkheid', 'dementie', 'neurose' en 'persoonlijkheidsstoornis'. Daarnaast werden vijf toestanden onderscheiden die met het psychiatrische geassocieerd werden: 'ziekte en symptomen waarbij psychologische mechanismen van belang waren bij het ontstaan', 'ziekte en symptomen waarbij psychologische mechanismen van belang waren bij het voortduren ervan', en 'andere psychische of sociale problemen'. De over-all psychische morbiditeit liep uiteen van 2,5 - 5% in

de praktijk met de minste waargenomen psychische problemen tot 30 - 32,5% in de praktijk met de meeste. Lette men op de onderverdeling zoals die hierboven is aangegeven, dan traden de grootste verschillen tussen huisartsen op bij de psychosomatische klachten. Ook bij de neuroses waren deze erg groot. De kleinste verschillen trof men aan bij de psychoses.

Ook bij onderzoek dat zich op kleinere artsenaantallen richt en dat gebruik maakt van psychiatrische categorieën zoals ze in ICD en E-lijst voorkomen, vindt men dergelijke verschillen tussen artsen (vergelijk Carney, 1980, Oliemans, 1969).

De ICHPPC-classificatie stelt de arts in de gelegenheid psychische en sociale problematiek te classificeren, zonder dat hij zijn toevlucht hoeft te nemen tot een psychiatrische diagnose. Lamberts en Hartman (1982) vermelden gegevens uit een twee jaar durende morbiditeitsstudie bij acht praktijken:

De als 'neurotisch' gecategoriseerde klachten vertonen een zeer grote variatie tussen artsen (bij 'angst' van 6 per 1000 patiënten in de ene praktijk tot 175 per 1000 patiënten in een andere). Alle psychoses te zamen genomen variëren daarentegen van 0 tot 10.5 per 1000 patiënten. Oftewel, de verschillen tussen huisartsen blijven, en wel binnen dezelfde categorieën als in het op ICD of E-lijst gebaseerde onderzoek.

Wanneer men artsen vraagt om globale oordelen uit te spreken in plaats van de klacht te categoriseren, worden de verschillen niet kleiner. Dit blijkt uit de beschikbare cijfers: beoordeling van het klachtenaanbod op een dimensie somatisch-psychosociaal gedurende vier maal twee weken bij negen artsen leverde 10% tot 70% puur somatische klachten op (Verhaak, 1979). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met Crombie (1963) en Bensing e.a. (1980), die dezelfde vijf-puntsschaal gebruikten.

Mowbray (1961) liet eveneens gedurende veertien dagen de diagnoses specificeren door vijftien artsen in een der zes volgende categorieën:

1. lichamelijke ziekte (is punt 1 op de schaal die Bensing, Crombie en Verhaak gebruikten)
2. lichamelijke ziekte met psychische factoren
3. psychosomatische ziekte
4. psychiatrische ziekte
5. persoonlijk probleem
6. anders.

Het percentage 'lichamelijke ziekte' varieerde van 43% tot 87%, het percentage 'lichamelijke ziekte waar men psychische factoren bij herkende' van 4% tot 36%. De overige categorieën kwamen minder voor (in totaal 17% van de 1552 oordelen) en vertonen dus minder grote absolute verschillen, maar relatief gesproken nog een zeer grote variantie tussen artsen (categorie 3: 0-20%, categorie 4: 0-12%). Marks, Goldberg en Hillier (1979) lieten 91 artsen over in totaal 4098 patiënten een oordeel op een zes-puntsschaal uitspreken over de aanwezigheid van 'psychiatrische ziekte'. De scores van deze artsen liepen uiteen van 3% tot 77% 'psychiatrische ziekte'. Overigens bleek bij afname van de General Health Questionnaire, welke objectief aanwezigheid van psychiatrische problematiek pretendeert vast te stellen (Goldberg, 1972), dat deze een waarschijnlijke prevalentie opleverde die varieerde van 15% tot 69%. De correlatie tussen het artsenoordeel en de GHQ tenslotte varieerde van .09 tot .66.

Scores op dimensies 'somatisch-psychosociaal', 'vaag-niet vaag', 'ernstig-niet ernstig' en 'kan er wat mee-kan er niets mee' leverde per arts een idiosyncratisch patroon op (Sanavro, 1982). Voor de ernst-score wordt dit bevestigd door Van Eijk (1979). Ten Horn (1973) liet 83 artsen een oordeel somatisch-weet niet-psychosociaal uitspreken over ongeveer 360 klachten op een klachtenlijst (in termen van patiënten). Over 38% van alle klachten was minstens een vijfde van de respondenten het oneens met collega's. 55% van de aangeboden klachten was volgens vier vijfde of meer van de respondenten somatisch en 7% was volgens dezelfde meerderheid psychosociaal. De betreffende middenmoot bevat een bonte verzameling zoals 'hoesten' (62: somatisch - 21: psychisch), 'krampen in de borst (39: somatisch - 39: psychisch) en vage borstklachten (11: somatisch - 40: psychisch). Het zijn klachten die als lichamelijke klacht zijn uitgedrukt, maar waarover artsen het blijkbaar in grote mate oneens zijn als het op een somatisch oordeel aankomt.

Artsen, in enquêtes of interviews gevraagd om een schatting te geven van het percentage klachten dat mede psychisch bepaald is, hebben hiervoor als groep het spectrum van 0% tot ver boven de 50% nodig (Eastman en McPherson, 1982, Verhaak, 1984a, Whitfield en Winter, 1980).

Omtrent de verschillen tussen artsen in hun oordeel over de trivialiteit van de klacht rapporteren onder meer Gough (1977), Mechanic (1974) en Cartwright (1967) met een spreiding van 0% tot 90% "problems that do not really require medical attention".

De volgende slotsom kunnen we aan dit literatuuroverzicht verbinden:

- huisartsen verschillen zeer sterk van mening, wat het aandeel van psychische factoren in het totale klachtenaanbod is;
- het doet er in dit opzicht niet toe of men de artsen psychiatrische categorieën ter beschikking stelt om het klachtenaanbod in onder te brengen, of men de klachten in psychische en sociale symptomen laat uitdrukken, of dat men - afgezien van de medische diagnose - een oordeel op een dimensie somatisch-psychisch laat uitspreken; de verschillen blijven in alle gevallen zeer groot;
- de lichtere psychische problematiek (dat wil zeggen niet de zogenaamde 'zwarte psychiatrie'), maakt het grootste deel uit van de aangeboden psychische problematiek in de huisartspraktijk, en leidt tot de grootste interpretatieverschillen tussen huisartsen.

2.2.3. Verschillen tussen huisartsen in behandeling van psychosociale klachten

Behandeling van psychosociale aspecten van klachten stelt ons niet voor de problemen die we hiervoor besproken hebben. De behandelingsmogelijkheden van psychische klachten - wat dat ook moge zijn - zijn voor de diverse artsen vrij duidelijk.

Shepherd e.a. (1966) onderscheiden in hun reeds vermelde onderzoek de volgende mogelijkheden:

- voorschrijven van sedativa, stimulantia, anti-depressiva en tranquillizers
- voorschrijven van tonica en placebo's
- geruststellen, praten, counseling
- huisartsen-psychotherapie
- verwijzing naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of algemeen maatschappelijk werk (AMW)
- verwijzing naar andere hulpverlener
- symptomatische behandeling
- anders
- geen behandeling.

Andere indelingen om mogelijke reactievormen voor een arts op psychosociale problemen aan te geven (bijvoorbeeld Bensing en Verhaak, 1980, Lamberts en Hartman, 1982) worden door deze indeling omvat (afgezien eventueel van een categorie 'advies').

Op het gebied van voorschrijven van psychofarmaca verschillen artsen onderling sterk (vergelijk Bertens, Samuels Brusse en Breimer (1980), Christensen en Bush (1981), Haaijer-Ruskamp (1984), Hadsall,

Freeman en Norwood (1982), en Hemminki, 1974). In het algemeen laten de verschillen zich moeilijk verklaren of zijn de uitkomsten tegenstrijdig. Voor zover kenmerken van artsen of hun praktijken samenhangen met de frequentie waarmee ze psychofarmaca voorschrijven, bespreken we ze in 2.3.4.

Het verschil tussen artsen in het voorschrijven van medicijnen zou ook wel eens aan die culturen gebonden kunnen zijn, waar de huisartsgeneeskunde een hoge vlucht heeft genomen, en kritisch gedacht wordt over het snel voorschrijven van medicijnen. Renieri en Piperno (1984) vermelden dat Italiaanse artsen bijna altijd medicijnen voorschrijven. Daarmee verdwijnen in die culturen de verschillen: iedereen doet het.

verschillen
Ook het verwijscijfer bij psychosociale problemen is onderzocht. Robertson (1979) vindt in Schotland verwijscijfers naar psychiatrie (aantal verwijzingen per 10.000 patiënten) die variëren van 4.8 tot 73.8 (in steden) en van 0 tot 70.3 (op het platteland). Whitfield en Winter (1980) vermelden naar aanleiding van een enquête in de Engelse regio Avon dat 6% van de respondenten (N=268) in 1978 niet verwezen had naar een National Health Service psychiater, 53% tussen de een en zes keer en 41% meer dan zes keer.

In het kader van onderzoek naar het effect van mental health consultation op het gedrag van huisartsen werden bij zes huisartsen gedurende langere tijd hun verwijzingen geregistreerd (Bensing en Verhaak, 1980).

De verschillen tussen de artsen die op het gebied van psychosociale verwijzingen konden worden vastgesteld waren aanzienlijk: in drie viermaandse registratieperioden verwezen de zes artsen uit het 'konsultatieprojekt' respectievelijk 0 tot 12 keer, 2 tot 18 keer en 0 tot 13 keer naar psychosociale hulpverleners (vooral naar maatschappelijk werk. Hiervoor was de spreiding tussen de zes artsen respectievelijk 0 tot 5 keer, 0 tot 13 keer, 0 tot 9 keer). Het totale spreidingsgebied in de drie perioden te zamen liep van 4 verwijzingen door degene die het minste verwees tot 36 verwijzingen door degene met het hoogste verwijscijfer (Algemeen Maatschappelijk Werk: 3 tot 22).

Het verwijzen naar GGZ en AMW - laat staan naar één mogelijkheid daaruit - is in het algemeen dermate incidenteel dat de systematische verschillen tussen artsen in dat opzicht moeilijk aan het licht kunnen komen. (Vergelijk Peters (1984), die berekent dat de gemiddelde arts in Nederland ongeveer zestien patiënten per jaar verwijst).

Een aantal studies vergunnen ons om een integraler beeld van de variatie in behandeling van psychosociale problematiek te krijgen. Lamberts en Hartman (1982) laten voor vier vaak gediagnostiseerde klachtencategorieën, 'neurose', 'slaapstoornissen', 'hypochondrie' en 'depressie', zien hoe acht artsen kunnen variëren in het therapeutisch repertoire dat ze gebruiken: 0% tot 60% van alle 'neuroses' werden behandeld met psychofarmaca, 0% tot 70% met psychotherapie, 0% tot 45% met adviezen, 10% tot 80% werd niet behandeld. 'Depressie' en 'hypochondrie' lieten soortgelijke verschillen zien; alleen 'slaapstoornissen' werden voor 70% tot 90% van de gevallen mediceenaal behandeld. In dit opzicht verschillen artsen onderling dus weinig.

Verhaak (1979) bestudeerde van negen artsen 30 à 50 op videoband vastgelegde consulten per arts, en vond dat dezen in 15% tot 60% van de klachten waarbij psychische aspecten een rol speelden, hier niet opgingen. In het eerder genoemde konsultatieproject werd hetzelfde bij zes andere artsen gedaan, en ook hier bleken de artsen onderling zeer te verschillen in hun gedragsrepertoire: min of meer therapeutische gespreksvoering komt in 6% tot 35% van de gevallen voor, psychofarmaca in 9% tot 40%, advisering in 7% tot 22% van de gevallen (Bensing en Verhaak, 1980a).

Mayou (1980) interviewde twintig artsen over hun aanpak bij de diagnostiek en therapie van zeven neurotische klachten; hij constateerde een grote overeenkomst in de diagnostische methoden die gehanteerd werden, en een zeer grote variëteit in behandeling die daarop volgde.

Kortom, wanneer van behandelingsvormen voldoende waarnemingen beschikbaar zijn, kunnen we in de meeste gevallen concluderen dat het handelen van huisartsen bij psychosociale problemen van arts tot arts sterk varieert.

2.2.4. Samenvatting en conclusie

Hoewel veel gebruik gemaakt wordt van categorieënsystemen, waarin diagnoses van psychosociale problemen moeten worden ingedeeld, hebben we beargumenteerd, dat men beter iedere klacht die zich bij een huisarts aandient kan beoordelen op de mate waarin psychosociale aspecten - naast lichamelijke - van belang zijn. Hoewel het voorkomt dat een huisarts het aantal klachten waarbij psychische of sociale aspecten een rol spelen gedwongen onderrapporteert, omdat hij een niet terechte keus moet maken tussen de somatische en psychosociale aspecten, blijft de zogenaamde interdoktervariantie bij dergelijke

meerdimensionale beoordelingssystemen even groot als bij de categoriesystemen. Uit ieder onderzoek dat we in beschouwing hebben genomen komt naar voren dat sommige artsen nauwelijks en andere zeer frequent van mening zijn dat psychosociale aspecten bij klachten een belangrijke rol spelen.

Gegeven het feit dat het hier een aantal grootschalige studies betreft, kunnen we ervan overtuigd zijn dat deze verschillen reëel zijn, en niet terug te voeren op toevallige omstandigheden binnen populaties, verkeerde steekproeftrekking of andere methodologische onvolkomenheden.

Anders ligt dit voor verschillen in behandeling. Voor zover het objectief vastlegbare en frequent voorkomende handelingen zijn (voorschrijven van psychofarmaca) hebben we voldoende grond om te beweren dat ook in dit opzicht de ene huisarts de andere niet is. Gaat het daarentegen om incidentele verschijnselen (als verwijzen), of handelingen die slechts middels intensief onderzoek, en dus bij weinig artsen, vast te leggen zijn (het gedrag tijdens het consult), dan kunnen we hooguit zeggen dat alle resultaten in dezelfde richting wijzen: artsen handelen op uiteenlopende wijzen. De genoemde onderzoeksresultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden. Het is echter onwaarschijnlijk dat artsen die handelingen die moeilijk bestudeerbaar zijn, plotseling wel allen op dezelfde wijze ten uitvoer brengen.

2.3. Artskenmerken die van invloed zijn op interpretatie en behandeling van psychosociale klachten

2.3.1. Inleiding

Hoe komt het dat de ene arts psychosociale aspecten zo veel vaker van belang acht en ook ter sprake brengt en in het behandelingsplan betreft dan de ander? Hiervoor kunnen uiteenlopende verklaringen naar voren worden gebracht. We hebben getracht in onze inventarisatie van dergelijke verklaringen, die in de literatuur aangetroffen worden, enige ordening aan te brengen. Deze ordening heeft betrekking op het soort verklaring.

Het oordeel van de arts dat psychische aspecten bij een bepaalde klacht belangrijk zijn, kan veroorzaakt zijn door de manier waarop het arts-gesprek gevoerd is. Er is een uitgebreide traditie van onderzoek naar de arts-patiënt communicatie en de gevolgen daarvan; de literatuur die dit opgeleverd heeft vormt een eerste bron waaruit we voor ons onderzoek relevante verklaringen voor de wijze waarop art-

sen klachten interpreteren willen putten.

We zijn echter van mening, dat het oordeel dat een arts over de klacht heeft niet uitsluitend berust op een rationeel beslissingsproces dat zich binnen één consult afspeelt. Een belangrijk aspect van de huisartsenrol is het in de tijd voortdurende karakter van zijn relatie met de patiënt. Arts en patiënt leren elkaar in de loop van de tijd kennen en bouwen wederzijds verwachtingspatronen op, die mogelijkerwijze ook hun effect hebben op de oordeelsvorming van de arts. En omgekeerd kan de patiënt in de loop van de tijd geleerd hebben, met bepaalde problemen wel of juist niet naar de huisarts te gaan. Dit heeft te maken met wat Balint (1965) de "apostolische functie van de huisarts" heeft genoemd. Iedere arts, aldus Balint, meent te weten wat "een patiënt wèl en wat hij niet mag verwachten en verdragen.....(ziet het als) zijn heilige plicht om elke onwetende of ongelovige patiënt tot zijn geloof te bekeren" (Balint, 1965, 240). Dat kan betrekking hebben op de opvatting dat patiënten hun huisarts niet 's nachts met futiliteiten moeten lastig vallen, op de norm dat psychofarmaca maar lapmiddelen zijn, of op het idee dat de meeste lage rugpijnen psychische oorzaken hebben; kortom, iedere huisarts, aldus Balint, tracht zijn patiënten bepaalde zaken bij te brengen die hij wezenlijk vindt.

De tweede soort van verklaringen die we zoeken heeft dus betrekking op de arts-patiënt relatie.

Tot nu hebben we ons beperkt tot verklaringen die te maken hebben met de verhouding tussen de arts en de patiënt: we zoeken naar effecten van de concrete confrontatie tussen arts en patiënt, die in het consult plaatsvindt, en van de arts-patiënt relatie die in het verleden gestalte gekregen heeft. Op de derde plaats zoeken we in de literatuur naar het effect op klachtinterpretatie van arts- en praktijkkenmerken die los staan van bepaalde patiënten. Er is immers een hele serie verklaringen te bedenken voor de voorkeur van een bepaalde arts om klachten 'psychisch' of juist 'somatisch' te noemen, die weinig met de patiënt die de klacht presenteert te maken heeft. Dergelijke verklaringen variëren van onkunde tot gebrek aan mogelijkheden voor een uitgebreidere diagnostiek, van de persoonlijkheid van de arts tot de situering van zijn praktijk. In de derde subparagraaf zullen we inventariseren welke verbanden in de literatuur gelegd zijn tussen dergelijke arts- en praktijkkenmerken en het herkennen en behandelen van psychische problemen.

2.3.2. Het actuele consult: arts-patiënt communicatie

Welke aspecten van de communicatie tussen arts en patiënt zullen de kans op een psychosociale interpretatie vergroten? Om te bepalen welke communicatiekenmerken voor ons onderzoek van belang zullen zijn gaan we te rade bij de normen die op dit gebied door deskundigen (opleiders, trainers in gespreksvoering) gehanteerd worden en verzamelen we de empirische gegevens over de effecten van bepaalde vormen van gespreksvoering.

In beide gevallen trachten we onze literatuurrecherche toe te spitsen op dat type gesprek, waarbij men psychosociale problematiek aan de orde wil stellen, doch veelal zullen we ons tevreden moeten stellen met resultaten die in meer algemene termen gesteld zijn.

Hoe hoort een gesprek gevoerd te worden, waarin de arts psychosociale aspecten van de klacht aan de orde wil stellen? Bepaalde gespreksmodellen worden hiervoor aangeraden. Vrolijk, Dijkema en Timmerman (1972) hebben het in dit verband over het non-directieve model als één van de twee mogelijkheden om een counselingsgesprek te voeren.² Binnen dit gespreksmodel worden bepaalde technieken aanbevolen. Een opsomming van gesprekstechnieken geeft Van Dorp (Van Dorp, 1977, 79-104) waarbij met name de technieken die onder de categorie 'faciliteren' worden gevat, voor ons doel van belang zijn. Van wezenlijk belang bij het afnemen van een psychosociale anamnese wordt de non-directieve houding van de arts geacht. Uit de psychotherapie is de notie afkomstig dat de patiënt zich begrepen en geaccepteerd moet voelen om met persoonlijke problematiek naar voren te komen (het gaat hier om Roger's concept van "unconditional positive regard" (Lang en Van der Molen (1984). We schreven immers in onze inleiding dat patiënten de gewoonte hebben om een somatische eerste klacht bij de huisarts te presenteren, waarbij het verdere verloop van het gesprek - dat grotendeels afhankelijk is van de arts - uitmaakt of deze somatische entree gewijzigd wordt.

Hoe gevoeliger het onderwerp, hoe meer de patiënt zich op zijn gemak dient te voelen, en hoe meer hij van de arts een beeld moet hebben als van een te vertrouwen partner bij wie hij met zijn moeilijkheden terecht kan.

Empathie tonen, aandachtig zijn en de patiënt volgen zijn dan ook richtlijnen die ten behoeve van het gesprek over psychosociale problematiek worden gegeven (vergelijk Van Dorp (1977), DiMatteo (1979), Vrolijk, Dijkema en Timmerman (1972). Het wordt geconcretiseerd in gedragingen als het stellen van open en indirecte vragen (Maes (1981), reflecteren (Van Dorp en Vrolijk), een breed scala aan

non-verbaal gedrag zoals gelaatsuitdrukking, de patiënt met de blik volgen, aanraking, stem (vergelijk Friedman (1979) voor een uitgebreid overzicht), de patiënt op zijn gemak stellen, aanmoedigen, en het tonen van betrokkenheid en genegenheid (Van Dorp, DiMatteo). Het verbale en non-verbale gedrag dient ook op elkaar afgestemd te zijn en op dat van de participant: communicatie is geen statisch gebeuren, maar geschiedt in een constante interactie van verbale en non-verbale tekens die elkaar dienen te ondersteunen (vergelijk Heath, 1984). Dit betekent dat bepaald gedrag niet zonder meer voorgeschreven kan worden, maar 'contextgevoelig' is. Bovenstaande verbale en non-verbale uitingen, samengebracht in de juiste verhouding vatten we samen in de term 'affectieve houding'.

Als tweede voorschrift, naast het tonen van een affectieve houding, wordt gesteld dat een consult goed gestructureerd moet zijn, om psychosociale aspecten tot hun recht te laten komen. Dit houdt, volgens Van Dorp (1977) in dat tevoren voor beide gesprekspartners duidelijk moet zijn waarover en in welke volgorde gesproken wordt, en dat overgangen in het gesprek duidelijk aangegeven worden. Goldberg (1979) laat zien hoe zo'n structurering plaats kan vinden. Hij beveelt die structurering aan wanneer men een psychosociale anamnese wil afnemen.

Zijn aanbevelingen, die sterke gelijkenis vertonen met het hieronder te behandelen 'methodisch werken' zijn:

- Begin het gesprek met enige open vragen, waarin de hulpvraag in een breder kader geplaatst wordt. Rekening moet worden gehouden met de inhoud van de geuite reden voor komst maar ook met de manier waarop dit gepresenteerd wordt en - op het eerste gezicht - niet ter zake doende nevenaspecten die de patiënt naar voren brengt;
- Neem de ruimte voor een nadere verheldering van de hulpvraag: laat de patiënt uitvoerig in zijn eigen woorden beschrijven wat er aan de hand is, help hem eventueel met korte vragen tussendoor;
- Hoewel de arts begint als passieve hulp bij het gesprek, moet hij het gesprek naarmate het vordert, ook controleren: Hij moet zorgen de nodige informatie te krijgen, en voorkómen dat het gesprek van de hak op de tak springt; dit is ook nogal afhankelijk van het type patiënt;
- De laatste helft van het consult wordt ingenomen door het maken van een plan en het verschaffen van uitleg hierover. Met name bij psychosociale klachten - waarvan de behandeling vaak meerdere sessies zal vergen - is het van belang tot afspraken met de patiënt

te komen.

Een dergelijke planmatige aanpak - nodig om tot een heldere probleemanalyse te komen, èn onontbeerlijk voor het management van de beperkte tijd van de arts (vergelijk Stimson en Webb (1975) - is de afgelopen jaren uitgewerkt in het kader van 'methodisch werken'. Hierbij wordt eerst geïnventariseerd waarom de patiënt nu met deze klacht komt, vervolgens een consultplan opgesteld (vergelijk Van Dorp) waarna diagnose -probleemverheldering plaatsvindt en tot behandelings(plan) wordt overgegaan (Den Hoed en Sluijs (1982). Een dergelijke werkwijze voorkomt dat nieuwe aspecten van het probleem, of nieuwe problemen ad hoc in het consult ter sprake worden gebracht en op die manier niet tot hun recht komen. Men mag veronderstellen dat een psychosociale interpretatie van het probleem binnen een methodisch verlopend consult meer kansen krijgt dan in een consult waarbij de arts ongeordend te werk gaat.

Een derde aspect dat vermelding waard is, is het openstaan voor de inbreng van de patiënt. Deels is dit in de twee vorige begrippen, affectieve houding en structurering vervat: uitingen dat men meevoelt met de patiënt hebben als belangrijk doel dat deze zich veilig genoeg voelt om zijn zorgen mee te delen; men structureert een consult om te voorkomen dat inbreng van de patiënt verloren gaat.

De inbreng van de patiënt honoreert men echter nog niet, wanneer men alleen rekening houdt met deze "vormaspecten". Ook op inhoudelijke wijze dient de arts zich rekenschap te geven van de informatie die de patiënt te bieden heeft. Wanneer de arts psychosociale aspecten bij zijn oordeelsvorming wil betrekken, gaat dit verder dan het afnemen van een medische anamnese. Dit laatste geschiedt immers binnen een begrippenstelsel dat de arts bij uitstek beheerst, en waarbij zijn vragen zullen bepalen welke informatie gegeven wordt.

Over mogelijke psychische oorzaken van het probleem, of over de beleving van problemen heeft de patiënt, mits hij de gelegenheid krijgt, heel wat meer te vertellen. Inbreng van de patiënt honoreren betekent dan dat de arts de patiënt de gelegenheid geeft zijn visie op diagnose en behandeling te geven. Het is het 'mutal understanding' model van Szasz en Hollender (1956), of het 'patient-centered behaviour' van Byrne & Long (1976) dat gewenst is om tot een oordeelsvorming te komen, waarbij aan psychosociale aspecten recht wordt gedaan. In dit opzicht is de patiënt namelijk vaak even deskundig als de arts (vergelijk Philipsen, 1979). Het betekent in concreto dat de arts in ruime mate gebruik maakt van de patiëntenkenis- en beoordeling bij het vaststellen van de aard van het probleem

en dat hij samen met de patiënt beslissingen neemt.

Samenvattend luidt in theorie de opdracht, wanneer een arts wil bepalen welke psychosociale factoren een rol spelen bij het probleem-aanbod, dat hij over moet komen bij de patiënt als iemand die meevoelt en begrip heeft, dat hij het consult moet structureren, en dat hij optimaal gebruik moet maken van de ideeën van de patiënt.

In hoeverre deze voorschriften in de praktijk het gewenste effect hebben, zullen we in het tweede deel van deze paragraaf nagaan. Hierbij moeten we opmerken dat de interpretatie van klachten als 'psychosociaal' en de daaruit voortvloeiende behandeling slechts zelden onderwerp van empirisch onderzoek is geweest. We besteden daarom ook aandacht aan onderzoek met betrekking tot afhankelijke variabelen waarvan we op theoretische gronden aannemen dat ze een relatie met die oordeelsvorming hebben.

Idealiter zoeken we naar empirische relaties die gelegd zijn met het als 'psychosociaal' beoordelen van klachten of met behandeling van psychosociaal beoordeelde klachten. "Welke variabelen blijken hiermee in de praktijk samen te hangen?" is onze hoofdvraag.

Daarnaast zullen we onderzoeken welke andere relaties er gevonden zijn met de drie genoemde begrippen 'affectiviteit', 'structuur' en 'patiënteninbreng'.

Wanneer psychosociale klachten in een consult naar voren worden gebracht, is 70% van de uitingen in het gesprek van de patiënt afkomstig, wanneer de klachten somatisch zijn komt 80% op rekening van de arts, aldus Bain (1979b).

Consulten met psychisch beoordeelde klachten duren langer dan consulten met somatische klachten (Bain (1979a), Bensing en Verhaak (1982), Den Hoed en Sluijs (1982), Raynes en Cairns (1980), Westcott (1977)). De langere duur wordt met name gevonden in de zogenaamde probleemverhelderingsfase. Consulten met psychosociale klachten voldoen ook wat beter aan de eisen die methodisch werken stelt (Den Hoed en Sluijs). Bensing en Verhaak (1982) vonden geen verschil in het affectief gedrag³ van de arts tussen consulten waarin psychosociale elementen ter sprake kwamen en consulten waarin dit niet het geval was. Deze twee consulttypes onderscheidden zich wel in die zin dat in het eerste soort consult de arts gericht zocht naar psychische achtergronden. Overigens kwam in dit onderzoek (en ook in ander NHI-observatieonderzoek, vergelijk Bensing en Sluijs (1984), Verhaak (1979) naar voren dat een niet onaanzienlijke proportie klachten wél door de arts (mede) psychosociaal beoordeeld wordt, terwijl in het

gesprek uitsluitend somatische onderwerpen ter sprake komen. Marks, Goldberg en Hillier (1979) lieten een psychiater een groot aantal consulten observeren, en vroegen de arts iedere patiënt op een zes-puntsschaal te beoordelen op aanwezigheid van "psychiatrische ziekte". Tevens werd met behulp van de General Health Questionnaire (vergelijk 2.2.2) een objectieve maat van "psychische ziekte" vastgelegd. De overeenstemming tussen de twee maten - de proportie correct geclassificeerden - bleek hoog te zijn bij artsen die als empathisch werden gekwalificeerd door de psychiater/observator, die naar niet-medische zaken als het gezin en de familie informeerden en die niet onder tijdsdruk werkten.

Het ter sprake komen van psychische problematiek hangt dus samen met de duur van het consult, met de structurering die de arts aanbrengt en met het gericht zoeken van de arts naar psychosociale achtergronden. Hiermee is overigens geen causaliteit aangegeven: we kunnen niet zeggen dat er psychosociale onderwerpen ter sprake kwamen **omdat** het consult methodischer was, of langer duurde.

De relatie met 'affectief gedrag' ligt ingewikkelder: op consultniveau bleek dit niet te verschillen tussen consulten waarin men over psychische en sociale zaken sprak en consulten waarin dit achterwege bleef. Op artsniveau treft men echter bij artsen die empathisch genoemd worden meer correcte psychosociale diagnoses aan. Empathie als algemene houding is blijkbaar een artskenmerk dat gepaard gaat met een grotere gevoeligheid voor psychosociale interpretatie van problemen (hierover in de volgende paragraaf meer), maar het kan niet gezien worden als techniek die onveranderlijk als effect een gesprek over onderwerpen van psychische aard oplevert.

Onderzoek waarbij de relatie werd gelegd tussen de inbreng van de patiënt en het diagnostiseren van psychische klachten is ons niet bekend.

Is er relatief weinig onderzoek gedaan naar communicatiestijlen in relatie met het opsporen van psychosociale problemen, des te meer gegevens zijn er gepubliceerd over effecten van een affectieve houding, structurering en patiënteninbreng, die een zekere verwantschap met onze te verklaren variabelen hebben. Het affectief gedrag, in diverse operationalisaties (beoordelingen door patiënt en/of observator, scores van artsen op tests, tellen van 'affectieve' uitingen, meten van aankijktijden) is het meest onderzochte aspect van de arts-patiënt interactie. Het is vooral onderzocht in verband met de tevredenheid van patiënten, Ben Sira (1977, 1980, 1982), DiMatteo

e.a. (1980), Van Dorp (1977), Doyle & Ware (1977), Greenley, Young en Schoenherr (1982), Hall, Roter en Rand (1981), Korsch & Negrete (1972), Vuori e.a. (1972), Weinberger, Greene en Mamlin (1981) en Woolley e.a. (1978). In zijn algemeenheid geldt dat een positieve beoordeling door de patiënt van het affectief gedrag van de arts leidt tot een grotere tevredenheid. Ook in negatieve zin gaat dit op. Artsen die als "afwerend" worden waargenomen door patiënten hebben meer ontevreden patiënten (vergelijk Cassee, 1973). Patiënten die van arts veranderen uit ontevredenheid klagen meer over het gebrek aan interesse en zorg dan over de medische kwaliteiten van de arts (Mechanic, 1968, 162). Interessant in de context van dit onderzoek is het resultaat van Greenley e.a. (1982) dat met name die patiënten ontevreden zijn na contact met een hulpverlener, die in een interview-achteraf problemen naar voren brengen die ze in het consult niet besproken hebben. Deze groep is in het algemeen ontevreden met het persoonlijk contact.

Nauw verwant met tevredenheid van de patiënt is het feit dat men zich door de arts begrepen voelt (Korsch, Gozzi en Francis, (1968), Treadway (1983), een gevoel dat teweeg gebracht wordt door aspecten van het affectief gedrag als empathie tonen en aanmoedigen. Een andere factor, samenhangend met affectief gedrag, die tevredenheid met zich meebrengt, is de continuïteit met vorige consulten, die de arts kan inbrengen (Weinberger, Greene en Mamlin, 1981).

Het oordeel over het affectieve gedrag van de arts beïnvloedt blijkens een aantal onderzoeksresultaten het oordeel over het technisch kunnen van de arts (Ben Sira, 1976, 1980, DiMatteo en DiNicola, 1981). Ware en Snyder (1975) concluderen dat aan de waardering van verzorgende aspecten van het huisartsenvak (de zogenaamde "care") dezelfde factor ten grondslag ligt als aan die van de meer technische aspecten (de "cure"). Ook Stiles e.a. (1979) vinden een hoge correlatie tussen zogenaamde "cognitieve" en "affectieve" tevredenheid. Patiënten kunnen de instrumentele component niet zo goed beoordelen: in dit opzicht is de arts de expert; de sociale component van het arts-patiënt contact beheersen ze echter in principe even goed als de arts. Uit de beoordeling van dit aspect, of de arts vriendelijk is, open staat voor de patiënt leidt men blijkbaar een oordeel over het technisch niveau van de behandeling af. Philipsen (1979) wijst erop dat de arts-patiënt relatie beide componenten in zich heeft, en dat de sociale component steeds zwaarder gaat wegen, naarmate het doel van de gezondheidszorg meer gezondheidsbevordering door behandeling van bestaande gedragspatronen (te hard werken, te

veel eten) en minder de bestrijding van ziekte en gebrek is geworden.

Affectief gedrag van de arts levert niet alleen tevreden patiënten op: patiënten volgen dokter's voorschriften ook beter op (Davis (1968), Francis, Korsch en Morris (1969), Garrity (1981), Korsch & Negrete (1972)). Onaandachtig gedrag, geoperationaliseerd als de tijd die de arts besteedde aan het lezen van de patiëntenkaart, resulteerde in het onderzoek van Smith, Polis en Hadac (1981), behalve in ontevredenheid ook in slechter begrip van de instructies die de arts had gegeven. Dit begrip was beter naarmate de arts een aandachtiger houding had aangenomen. Aandacht, begrip, persoonlijke interesse, of bezorgdheid is ook een van de belangrijkste zaken die patiënten verwachten van hun arts (Korsch & Negrete, 1972, Mechanic, 1968). Deze kenmerken worden door veel meer respondenten aan een "goede" dokter toegeschreven dan zaken als bereikbaarheid, doen van huisbezoek en werkwijze.

Ook het zogenaamd 'patiëntgerichte gecentreerde gedrag' van de arts is in diverse onderzoeken gerelateerd aan tevredenheid en compliantie van de patiënt.

Stiles e.a. (1979) concluderen dat het gesprek, waarin bij de probleemverheldering sprake is van wederzijdse samenwerking (arts laat de patiënt zijn eigen verhaal vertellen, geeft feedback, stelt verhelderende vragen) meer patiënten oplevert die tevreden zijn met de affectieve toon van het consult. De categorisering van Stiles is een grammaticale operationalisatie van Szasz en Hollender's "mutual understanding" model. Wanneer in de concluderende fase objectief informatie gegeven wordt zijn de patiënten tevredener over de kennis die ze hebben opgedaan (vergelijk Goldberg's aanbevelingen over de laatste fase in een consult).

Stewart (1984) mat de patiëntgerichtheid door het voorkomen van die categorieën van Bales' observatiesysteem (zie voor een bespreking hiervan paragraaf 4.4.1) die ze als ondersteunend en aanmoedigend beschouwde te tellen. Deze operationalisatie toont geen significant verband met tevredenheid van de patiënt, wel met compliantie. Het is in zo'n geval natuurlijk de vraag of de arts veel instemt, solidariteit toont, etc. met coöperatieve patiënten of dat patiënten hun voorschriften beter opvolgen omdat de arts zich zo patiëntvriendelijk gedraagt.

Kortom, een affectieve houding en een zekere gerichtheid op de patiënt wordt meestal gewaardeerd, en lijkt in veel gevallen het cri-

terium te zijn waarop patiënten hun arts beoordelen.

Dat een affectieve houding, het aanbrengen van structuur en patiëntgericht gedrag zonder meer leiden tot een stortvloed van psychosociale bekentenissen van de kant van de patiënt, durven we op grond van deze literatuurbeschuwing niet te zeggen. Het lijkt wel duidelijk dat een dergelijke houding een noodzakelijk uitgangspunt is, om tot een vertrouwelijk gesprek te komen. Het is evenzeer duidelijk dat die houding niet op zichzelf staat, maar in verband met andere kenmerken van de arts, de patiënt en de relatie tussen beiden bestudeerd dient te worden, zoals we in de inleidende paragraaf reeds opmerkten. De hier besproken onderzoeken behandelen immers de onderscheiden gespreksvariabelen betrekkelijk geïsoleerd. We weten nog niet hoe ze onderling samenhangen (gaan empathische artsen ook meer af op de ideeën die de patiënt over zijn behandeling heeft? Werkt een arts die gericht naar achtergronden van psychische aard zoekt ook volgens een systematiek waarbij hij eerst de hulpvraag verheldert, dan tot een diagnose komt en daarop een behandelingsplan baseert?). Ook wordt uit de geïsoleerde onderzoeksresultaten niet duidelijk wat de interactie tussen de gespreksvariabelen is (komt een arts die actief zoekt naar psychische achtergronden ook tot meer psychosociale oordelen wanneer hij niet aandachtig en empathisch is?).

En buiten de directe context van het gesprek om, blijven we ons afvragen of de gesprekstechnieken bij ieder type arts, in iedere situatie, bij iedere patiënt, dezelfde effecten zullen hebben. We komen in hoofdstuk 3 terug op de hier gepresenteerde stand van zaken, maar dan om een aantal hypothesen te schetsen, waarvan de hier beschreven houding van de arts in het consult integraal bestanddeel uitmaakt, maar die de probleemstelling in een meeromvattend kader plaatsen.

In deze hypothesen zullen de volgende elementen uit de communicatie tussen arts en patiënt opgenomen worden:

- de affectieve houding van de arts
- de mate waarin de arts de patiënt mee laat beslissen
- de mate waarin de arts het consult structureert
- de mate waarin de arts actief zoekt naar achtergronden van psychosociale aard.

In hoofdstuk 4 zullen we uiteenzetten en verantwoorden hoe deze begrippen in het onderzoek zijn geoperationaliseerd en gemeten.

2.3.3. De arts-patiënt relatie

We wezen er in de inleiding van dit hoofdstuk op, dat de arts-pa-

tiënt relatie van belang is om te begrijpen wat er zich in een specifiek consult afspeelt. Dit betekent dat de wederzijdse beeldvorming van beide partners, die in de loop der tijd zijn beslag heeft gekregen, in de te onderzoeken hypothesen opgenomen moet worden.

Dat de arts en patiënt tijd nodig hebben, om een verwachtingspatroon op te bouwen, op grond waarvan ze handelen, is op verschillende manieren geïllustreerd. Huygen (1978) laat op fraaie wijze zien hoe de arts-patiënt relatie gestalte krijgt en zelfs van generatie op generatie doorwerkt. In het reactiepatroon van de dochter herkent hij het reactiepatroon van de moeder twintig jaar daarvoor. Ross e.a. (1981) vinden dat patiënten tevredener worden met de zorgverlening naarmate ze hier langer gebruik van maken.

Ross en Duff (1982) zien ook dat patiënten die tevreden zijn met de psychosociale hulpverlening terugkeren naar dezelfde arts. Dit laatste is een typisch Amerikaanse uitkomst, waar teruggaan naar dezelfde arts minder voor de hand liggend is, dan in de Nederlandse situatie.

Overigens weerhoudt de vaak lange duur van de arts-patiënt relatie er de arts toch niet van veel slechter op de hoogte te zijn van problemen van zijn patiënten, dan men op grond van de relatie zou verwachten (IJzermans en Schouwenburg (1976), Van Amstel (1978), Stewart, McWhinney en Buck (1979)). In het algemeen kent hij lichamelijke klachten en gebreken vrij goed, maar is hij verre van volledig geïnformeerd over sociale achtergronden.

De duur van de arts-patiënt relatie kan tweemaal effect hebben. Enerzijds zal een arts op de hoogte moeten zijn van de leefomstandigheden waarin patiënten verkeren om te kunnen schatten in hoeverre psychosociale aspecten een rol spelen bij het klachtenpatroon. Hierop is ook de werkwijze bij het diagnostiseringsproces min of meer toegespitst. McCranie, Horowitz en Martin (1978) vermelden dat arts- en in papieren-patiënten-onderzoek beginnen met organische werkhypothesen. Na uitsluiting hiervan zoekt men psychische verklaringen.

Ook Shepherd e.a. (1966) geven aan dat slechts zelden een nieuwe klacht als psychisch wordt gelabeld; men gaat pas psychosociale denklijnen volgen als het somatische niets oplevert. Men heeft de tijd nodig om de patiënt beter te leren kennen en gaandeweg organische mogelijkheden uit te sluiten. Omgekeerd kan de tijd in die zin negatief werken dat een arts teveel afgaat op zijn vooroordelen. Dit is het geval wanneer een patiënt eenmaal bekend is als iemand met somatische klachten die toch niets betekenen (we wijzen in dit kader op het bekende somatische fixatie syndroom (Grol e.a., 1981)).

In een wat breder kader blijkt uit Sanavro's onderzoek naar probleempatiënten (1982) dat een eenmaal door de arts ingenomen standpunt ('zeurt', 'afhankelijk' of 'somatiseert') van consult tot consult weer terugkeert. Het spreekt voor zich dat ook patiënten hier weer op reageren, en zo een self fulfilling prophecy in werking stellen. (Een voorbeeld hoe etikettering zelfs vanuit een onverdacht somatisch beginpunt een psychosociaal effect bij de patiënt kan bewerkstelligen, leveren Bloom en Monterossa (1981). Patiënten die in een screeningsonderzoek ten onrechte als hypertensiepatiënt waren benoemd (en aan wie dit was meegedeeld) gingen meer depressieve klachten ("zenuwen", "slapeloosheid", "depressief", "slechte eetlust") uiten en vermeldden een slechter gezondheidsgevoel dan zogenaamde normotensieve patiënten.)

Artsen benoemen vrouwen, ziekenfondspatiënten, en patiënten tussen de 40 en 60 jaar relatief vaak als probleempatiënt (Sanavro (1982), Verhaak (1979). Patiëntkenmerken die door een arts als negatief worden opgevat, hebben betrekking op gedrag dat negatief beoordeeld wordt (aandacht vragen, zeuren, komt niet op tijd, volgt voorschriften niet op, etc. (Ima, Tagliacozzo en Lashof (1970), op vóórkomen van de patiënt (Comstock e.a., 1982) maar ook op psychosociaal klachtenaanbod. Artsen, gevraagd om een top vijf samen te stellen van de meest negatief beoordeelde klachten noemen in 57% van de gevallen psychiatrische ziekten, vervolgens alcoholisme, drugverslaving, obesitas, chronische rugpijn, en seksualiteitsproblemen (Klein e.a., 1982). Eenzelfde vraag leverde in een soortgelijk onderzoek 47% stemmen voor alcohol, 33% voor lichtere psychosociale problematiek, en 25% voor hypochondrie op (Najman, Klein en Munro (1982). Het uiten van psychosociale klachten wordt de patiënt niet alleen maar in dank afgenomen, en zal doorwerken in de relatie tussen arts en patiënt.

Andersom houden patiënten er zo hun visie over de arts op na. We merkten in paragraaf 2.3.2 reeds op dat deze visie (uitgedrukt in tevredenheid, terug willen keren naar dezelfde arts, niet van arts veranderen) met name gebaseerd werd op de waargenomen zorg ('care') die de arts voor zijn patiënten had. In de Nederlandstalige literatuur is deze zorg zoals de patiënt hem waarneemt geoperationaliseerd in Cassee's vragenlijsten (1973), waaraan deze een instrumentele ('cure'), een informatieve, een communicatieve ('care'), een afwevende ('niet-care') en een diffuse component onderscheidde.

Uit Cassee's onderzoek kan men dan afleiden dat respondenten met een lagere sociaal-economische status hun arts afwerender en minder communicatief vinden. Ross en Duff (1982) maken melding van slechte

psychosociale en somatische zorg voor mensen met een lage opleiding voor zover ze niet een groepspraktijk met een abonnementsysteem (prepaid practice) bezoeken. Juist die slechte ervaring met de psychosociale zorg beïnvloedt de neiging tot terugkeren negatief.

Kortom, arts en patiënt slijten op elkaar in. Enerzijds leert men beter wat men van elkaar verwachten kan, en hoe bepaalde klachten en uitingen moeten worden ingeschat, anderzijds kan men "door ervaring wijs geworden" besluiten dat een klacht toch wel weer niets zal zijn, of, vanuit de patiënt gezien, dat men bepaalde klachten maar beter niet bij deze dokter naar voren kan brengen.

We zullen de volgende begrippen opnemen in de hypothesen die we in hoofdstuk 3 bespreken:

- verwachtingen van de arts ten aanzien van de patiënt
- verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de arts
- leeftijd en geslacht van de patiënt
- duur van de relatie.

2.3.4. Artskenmerken

Aangezien we in dit onderzoek de psychosociale interpretatie en behandeling van klachten door huisartsen tot onderwerp van studie hebben gemaakt, zijn we bijzonder geïnteresseerd in andere kenmerken van huisartsen die hiermee samenhangen. In deze paragraaf behandelen we opvattingen, structurele en achtergrondkenmerken van artsen waarvan we dergelijke relaties veronderstellen.

Als meest algemene opvattingen noemen we de ideeën die een arts heeft over ziekte, haar ontstaanswijze en gevolgen, en de functie die ziekte kan vervullen.

Heel in het algemeen kan men in dit opzicht een tweedeling maken tussen een ziekteopvatting, waarin sociale en psychologische aspecten mede in overweging worden genomen en een ziekteopvatting, die zich tot biologisch dysfunctioneren beperkt.

Een aardige invalshoek wordt daarbij geboden door het oordeel van de arts over het percentage consulten waarin de patiënt triviale klachten⁴ presenteert (Cartwright (1967), Gough (1977), Mechanic (1974)). Artsen die veel triviale consulten rapporteren, geven ook meer problemen op die ze met lastige, zeurende, dwingende of onfatsoenlijke patiënten hebben; een veelvuldig rapporteren van deze problematiek hangt nauwelijks met achtergrond- of praktijkkenmerken samen. Mechanic onderzocht 24 variabelen als leeftijd, praktijkorganisatie en nascholing op hun samenhang met de rapportage van triviale consulten, en slechts één vertoont een zekere samenhang: de werkbelas-

ting. Hoe meer patiënten een arts per dag ziet, hoe groter het percentage waarvan hij vindt dat hij die niet had hoeven te zien. Sterk is de samenhang daarentegen met allerlei attitudes van de arts ten opzichte van psychische en sociale factoren, en persoonlijke omgang met patiënten. Artsen met een positieve houding ten opzichte van deze zaken zien minder patiënten per dag, maar relatief ook veel minder trivia. Gough (1977) vindt een samenhang tussen het percentage consulten dat in de ogen van de arts eigenlijk onnodig was, en een natuur-wetenschappelijke oriëntatie op de geneeskunde met een preferentie voor rationele oplossingsmethoden.

Haney (1971) hanteert een tweedeling die in een aantal opzichten verwant is aan bovenstaande: hij onderscheidt "interventie-gerichte" artsen en "onderhouds-gerichte" artsen. De eerste groep is op genezen (cure) georiënteerd, richt zich op de klacht en niet op de patiënt, heeft als student voorkeur voor specialismen als chirurgie, en scoort relatief hoog op dogmatisme- en conservatisme-schalen. De tweede groep is op het verzorgen van de patiënt (care) georiënteerd, richt zich op de patiënt als geheel (vergelijk bijvoorbeeld Staudenmayer en Lewkowitz, 1981), heeft als student voorkeuren voor interne geneeskunde en psychiatrie, en scoort relatief laag bij dogmatisme- en conservatisme-schalen.

Andere onderzoekers bevestigen de indruk dat een dergelijke tweedeling te maken is. Pallis en Stoffelmayr (1973) onderzochten psychiaters en deelden ze in drie groepen in: biologisch georiënteerd met een nadruk op fysieke behandeling, sociotherapeutisch georiënteerd en psychotherapeutisch georiënteerd. De eerste groep onderscheidt zich van beide andere doordat ze conservatiever en "botter" is.

Toone e.a. (1979) onderzochten ook psychiaters: biologisch georiënteerden hebben meer belangstelling voor natuurwetenschappelijk onderzoek, publiceren meer, en zijn ouder dan psychoanalytici.

Matteson en Smith (1977) onderzochten studenten in hun specialisatiekeus, de effectuering daarvan en hun tolerantie voor ambiguïteit. Dat laatste is hoger bij studenten die psychiatrie daadwerkelijk kiezen en lager voor degenen die in een chirurgie- of gynaecologieopleiding terecht komen. Grol (1983) onderscheidt huisartsen met een huisartsgeneeskundige oriëntatie en huisartsen met een klinische oriëntatie. De eerste groep durft meer risico's te nemen, verwijst minder snel, en houdt meer rekening met de inbreng van de patiënt dan de tweede. De tweede groep hecht meer waarde aan moderne technologische toepassingen in de gezondheidszorg (hetgeen als een natuurwetenschappelijke oriëntatie uitgelegd zou kunnen worden).

Schema 2.1 vat alle bovengenoemde aspecten van de typologie, die wij

in het vervolg als klinisch-huisartsgeneeskundig benoemen, samen.

Schema 2.1.: huisartsgeneeskundige en klinische typologie

		auteur:
huisartsgeneeskundig	klinisch	Grol (1983)
maintainance oriented	interventionist oriented	Haney (1971)
persoonlijke omgang met patiënt	zakelijke omgang met (klacht van de) patiënt	Haney; Grol; Staudenmayer en Lewkowitz (1981)
holistisch: patiënt geörienteerd	analytisch: klacht geörienteerd	
weinig 'triviale' klachten	veel 'triviale' klachten	Gough (1977) Mechanic (1974)
progressief liberaal ambigu-tolerant	conservatief dogmatisch ambigu-intolerant	Haney; Pallis en Stoffelmayer (1973) Matteson en Smith (1977)
neemt risico's geen uitgesproken natuurwetenschappelijke oriëntatie	neemt geen risico's natuurwetenschappelijke oriëntatie	Grol (1983) Gough; Toone e.a. (1979)
preferentie voor psychiatrie/interne	preferentie voor chirurgie/gynaecologie	Haney; Matteson en Smith
psychotherapeutische oriëntatie op psychiatrie	biologische oriëntatie op psychiatrie	Pallis, Stoffelmayer en Toone e.a.

De hier weergegeven huisartsgeneeskundige oriëntatie - althans aspecten daarvan - werkt het benoemen van problemen als 'psychosociaal' in de hand. Het reeds eerder geciteerde onderzoek van Marks, Goldberg en Hillier (1979) getuigt hiervan. De belangrijkste dimensie ter vaststelling van de proportie 'correct als psychiatrisch ge-

val geclassificeerden' is de uit de communicatie afgeleide factor 'interesse en betrokkenheid', zoals we in paragraaf 2.3.2 zagen. De op één na belangrijkste dimensie is de factor 'conservatisme': de score op de Wilson-Patterson Social Attitude Inventory (ook gebruikt door Pallis en Stoffelmayer, zie het voorgaande) had een hoge positieve lading hierop, de proportie correcte classificaties laadde ook hoog, maar negatief, evenals het aantal psychiatrische vragen dat in de consulten gesteld werd. Dit betekent dat een conservatieve persoonlijkheid (een kenmerk van de 'klinische orientatie') minder gevallen correct als 'psychiatrisch' classificeerde.

In een aantal onderzoeken is gemeten hoeveel waarde artsen hechten aan de mogelijke psychogenese van fysieke klachten.

Link, Levav en Cohen (1982) concluderen dat artsen die relatief aan veel klachten een mogelijk psychosociale oorzaak koppelen, meer psychische problemen opsporen: In hun onderzoek blijkt 14% van de variantie in het identificeren van psychosociale klachten verklaard te worden door situationele en demografische arts-eigenschappen; neemt men de opvattingen met betrekking tot psychogenese en de effectiviteit van psychiatrische verwijzing mede in beschouwing, dan stijgt het percentage verklaarde variantie tot 26 %. Als een geval eenmaal geïdentificeerd is, dragen deze opvattingen niet meer bij tot de verklaring van de hoogte van het verwijscijfer.

Grol (1983) onderzocht ook het belang dat artsen aan mogelijk psychosociale oorzaken hechten, en vond dat een hoge score samenhangt met huisartsgeneeskundige opvattingen. Shepherd e.a. (1966) bevestigen de resultaten van Link, Levav en Cohen: artsen die zeggen dat veel psychosociale aspecten een rol spelen constateren ook in hun dagelijkse praktijk een hoge prevalentie van psychische problematiek. Deze artsen hebben ook positievere opvattingen ten aanzien van emotioneel gestoorde patiënten en geestelijke gezondheidszorg. Hull (1979) constateert dat psychosociaal georiënteerde artsen minder naar psychiaters verwijzen (en dus meer zelf doen?).

Uit deze verschillende gegevens zou men kunnen concluderen dat een "klinisch" georiënteerde arts juist die problemen benoemt als triviaal die een "huisartsgeneeskundig" georiënteerde arts benoemt als "psychosociaal". Blijkbaar wordt er door de twee groepen verschillend gedacht over de waarde die men moet hechten aan psychosociale factoren binnen het probleem aanbod.

Artsen die de nadruk leggen op het biologisch dysfunctioneren zullen

zich bij interpretatie en behandeling van klachten laten leiden door feitelijk constateerbare lichaamsafwijkingen en minder door de functie die de klacht voor de patiënt heeft of door niet-lichamelijke factoren die de klacht meebepalen.

Naast algemene opvattingen over de bijdrage van psychosociale aspecten aan ziekten kunnen we opvattingen in beschouwing nemen, die meer zijn toegespitst op bepaalde handelingsmogelijkheden: samenwerking met andere disciplines, nascholing of psychosociale taken voor de huisarts. In het algemeen blijken dergelijke opvattingen zowel onderling samen te hangen, als een samenhang te vertonen met de hierboven geschetste huisartsgeneeskundige opvattingen.

Het idee dat we met een min of meer unidimensionale typologie te maken hebben, wordt hiermee versterkt. Deze conclusie kan men onder meer trekken uit de studies rond de ATSIM-schaal (Parlow & Rothman (1974), Streit (1980)).

Deze batterij, welke 'Attitudes to Social Issues in Medicine' meet, bestaat uit zeven subschalen, waarin de volgende onderwerpen aan de orde komen: sociale factoren als determinant van ziekte, samenwerking, preventie, arts-patiënt-relatie, invloed en inmenging van de overheid, en liberale opvattingen in het algemeen. De intercorrelatie tussen de subschalen is vrij hoog. De afzonderlijke scores worden tot één totaalscore opgeteld: artsen met een hoge score zijn weinig dogmatisch (gemeten met Rokeach's dogmatismeschaal) en hebben een empathische houding (vergelijk het vermelde in 2.3.2).

Subschalen van de ATSIM (sociale factoren als determinant van ziekte en arts-patiënt-relaties) werden afgenomen bij huisartsassistenten die een extra gedragswetenschappelijke training kregen en assistenten die een conventioneel curriculum doorliepen. De eerste groep (N=6) scoorde significant hoger op beide schalen dan de tweede (N=10), en stelde in haar consulten (N=37) een veel hoger percentage psychosociale diagnoses (43%) dan de andere groep (12% psychosociale diagnoses in 41 consulten) (Merkel en Nierenberg (1983)).

Ook wanneer dit aan concretere ervaringen en opvattingen wordt afgemeten kunnen we zo staande houden dat huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen meer waarde hechten aan sociale of psychische factoren als determinant van fysieke klachten, en dat zowel de huisartsgeneeskundige opvatting als de waardering voor psychosociale factoren de kans op psychosociale beoordelingen van het klachtenaanbod vergroten.

Een aparte vermelding verdient de taakopvatting ten opzichte van psychosociale problemen van de arts: dit is niet een vrijblijvende opinie, maar een uitspraak over wat de arts vindt dat hij hoort te doen op het gebied van psychosociale hulpverlening. Grol (1983) construeerde vragenlijsten waarin taakopvatting werd gedifferentieerd naar psychosociaal en somatisch gebied. Beide vragenlijsten correleren onderling hoog, zodat de auteur concludeerde dat artsen in het algemeen onderscheiden kunnen worden in artsen met een smalle en artsen met een brede taakopvatting; dit onderscheid werkt op psychosociaal en somatisch terrein op dezelfde wijze door. Een conclusie die overigens strijdig is met Boots' en Van Zutphen's (1981) conclusie dat er meerdere terreinen zijn waarover artsen onderling onafhankelijke taakopvattingen hebben. Een verklaring voor dit verschil is wellicht dat taakbreedte bij Boots en Van Zutphen op zeer uiteenlopende terreinen werd gemeten, terwijl Grol scores op twee meer homogene terreinen met elkaar in verband bracht. Grol constateerde voorts dat psychosociale taakopvatting sterk correleerde met de competentie die artsen zichzelf op dat gebied toekenden, met een huisartsgeneeskundige oriëntatie en met het veel toekennen van psychische aspecten aan klachten. Ook legde hij een verband tussen taakopvatting en het handelen van de arts bij psychosociale problemen: de arts die vond dat hij veel moest doen en zich daartoe competent achtte liet minder psychosociale signalen liggen, gaf de patiënten meer ruimte en liet minder na wat hij volgens de observatoren wél behoorde te doen.

In een later onderzoek (Grol e.a., 1985) wordt de relatie geanalyseerd tussen deze taakopvatting en het handelen en verwijzen door de huisarts. Een brede taakopvatting op het gebied van psychosociale problematiek hangt samen met minder verwijzingen naar medisch specialisten, met een beter beoordeeld medisch handelen (doen wat vereist is en overbodige handelingen nalaten) en met open staan voor de patiënt. Taakopvatting hangt samen met de stijl van werken van de huisarts, waarbij een bredere taakopvatting tot een betere kwaliteit van het medisch handelen leidt, aldus de auteurs.

Dezelfde taakopvattingsschalen, door ons voorgelegd aan 249 huisartsen, vertoonden geen rechtstreeks verband met het geschatte percentage psychische problemen in hun praktijk. Taakopvatting en competentie vervulden echter een intermediaire functie tussen huisartsgeneeskundige opvattingen en geschat voorkomen van psychosociale problemen: bij een brede taakopvatting en hoge competentiescore is er een veel sterker verband tussen huisartsgeneeskundige opvattingen

en psychosociale klachtenbeoordeling dan bij een lage taakopvatting (Verhaak, 1984c). Bij een smalle taakopvatting en lage competentie-score daarentegen was er wel een verband tussen de benoeming van klachten als 'triviaal' en een psychosociale klachteninterpretatie. Voor deze artsen lijkt de eerder geopperde verstrengeling van 'triviaal' en 'psychosociaal', welke we bij klinisch geïntereerde artsen vermoedden, op te gaan.

Samenhangend met competentie moeten we wijzen op de nascholing die een arts gevolgd kan hebben, met name op het gebied van psychosociale hulpverlening. De Boer (1973) en Merkel en Nierenberg (1983) constateren in hun onderzoeken effect van dergelijke nascholing op de attitudes ten aanzien van psychosociale hulpverlening en klachteninterpretatie, overigens bij bescheiden steekproeven. Effecten op gedrag worden niet aangetroffen door De Boer.

Structurele kenmerken die men aan artsen toe kan schrijven en die genoemd worden in verband met hun praktijkuitoefening zijn onder meer de vestigingsplaats en de vestigingsvorm. Omtrent de vestigingsplaats valt te vermelden dat de taakopvatting breder is op het platteland dan in de stad (Boots en Van Zutphen, 1981). Een verschijnsel dat zich laat verklaren uit het feit dat ten plattelande minder voorzieningen voorhanden zijn dan in de stad. Men ziet ook het complementaire verschijnsel: patiënten ten plattelande verwachten dat de arts meer verschillende functies vervult dan stadspatiënten (Winkler Prins, 1966). Vestigingswijze, waarbij we denken aan het onderscheid solo-arts/groepspraktijk/gezondheidscentrum is een lastige variabele: pogingen om het voordeel van de ene vorm boven de ander te "bewijzen", plegen in het algemeen te stranden op verstrengeling van verschillende verklarende variabelen (vestigingswijze is in het algemeen gecontamineerd met vestigingsplaats, voorzieningenaanbod, probleemaanbod), op de nieuwigheid van de verschijnselen gezondheidscentrum en groepspraktijk en op de moeilijke toegankelijkheid van gegevens wanneer praktijkpopulaties door elkaar lopen. Onderzoek van Ross, Wheaton en Duff (1981) op dit gebied wijst uit dat tevredenheid met psychosociale zorg de tijd moet krijgen; het bleek echter dat na verloop van tijd de zorg in gezondheidscentra beter werd beoordeeld dan bij solo-praktijken en associaties.

Overigens kwamen we bij de bespreking van de ATSIM-schalen de attitude ten opzichte van samenwerking met andere disciplines tegen, die nauw gelieerd was aan attitudes die we onder de noemer 'huisartsge-

neeskundige oriëntatie' hebben geschaard: 'sociale factoren als determinant van ziekte' en 'belang van arts-patiënt relatie'; bovendien vermeldden we dat deze attitudes samenhangen met andere aspecten van een 'huisartsgeneeskundige oriëntatie' als 'liberalisme' en 'empathie'. Men zou dus mogen verwachten dat artsen die de positieve attitude ten opzichte van samenwerking in de praktijk brengen, hetzij door in een gezondheidscentrum te werken, hetzij door op andere wijze veel samen te werken, meer psychische klachten zullen rapporteren. Dit blijkt in de praktijk ook zo te zijn: artsen in gezondheidscentra hebben huisartsgeneeskundiger opvattingen en schatten in een enquête het percentage klachten van het totale aanbod dat psychisch is hoger (Verhaak, 1984a).

Kish en Reeder (1969) troffen bij solisten en artsen met grote praktijken meer patiënten aan die niet de hulp hadden gekregen die ze verwachtten. Hull (1979) vermeldt geen invloed van het in een groepspraktijk dan wel solo werken op het verwijscijfer naar een psychiater. We zagen reeds dat Mechanic ook geen verschillen vond tussen samenwerkende en niet-samenwerkende artsen.

Wel vermeldde Mechanic dat artsen die onder tijdsdruk werkten (een variabele die rechtstreeks is afgeleid van de praktijkgrootte, veronderstellen we) meer klachten 'triviaal' vonden. Dit oordeel is in het voorgaande beschouwd als kenmerkend voor een klinische oriëntatie.

Een hoge werkbelasting leidt er ook toe dat men meer kalmerende middelen en slaapmiddelen voorschrijft (Haaier-Ruskamp (1984)). Een dergelijk effect werd niet geconstateerd op het voorschrijven van tranquillizers en benzodiazepines. Geen van beide groepen psychofarmaca werd meer voorgeschreven wanneer de huisarts een speciale belangstelling voor psychiatrie of psychosomatische ziekten had. Dit laatste vond Hemminki (1974) ook. Het lijkt erop dat een arts, wanneer hij het druk heeft, gemakkelijker naar de "lichte" psychofarmaca grijpt. Aangezien belangstelling voor psychiatrie geen bemiddelende rol speelt, zou men kunnen veronderstellen dat het meer voorschrijven van kalmerende middelen in deze gevallen geen functie is van het veelvuldig als 'psychisch' interpreteren van de klacht maar dat het vooral geschiedt bij klachten die meteen openlijk als psychisch gepresenteerd worden. Wanneer dit het geval is, en de arts heeft het druk, zal hij sneller een kalmerend middel voorschrijven, zo interpreteren we deze resultaten.

Tenslotte variëren artsen in leeftijd en geslacht, althans dit zijn voor Nederland relevante achtergrondvariabelen. (In Amerikaans onderzoek speelt 'ras' vaak een belangrijke rol).

Gray (1982) vermeldt in een literatuuroverzicht dat vrouwelijke artsen meer met patiënten communiceren, dat ze minder medicijnen voorschrijven, en dat ze vrouwen serieuzer nemen. Comstock e.a. (1982) vermelden hogere tevredenheid met vrouwelijke artsen, vooral van vrouwelijke patiënten. Oudere artsen zouden minder negatief stereotyperen dan jongeren (Najman, Klein en Munro, 1982), minder naar psychiaters verwijzen (Hull, 1979), maar een smallere taakopvatting hebben (Boots en Van Zutphen, 1981; Dopheide, 1982). Oudere artsen (in dit geval psychiaters) zijn vaker biologisch georiënteerd (Toone e.a., 1979); zelf vinden we in de eerder genoemde enquête dat oudere artsen een meer klinische oriëntatie hadden dan jongere artsen, die meer als huisartsgeneeskundig konden worden getypeerd (Verhaak, 1984a).

In deze paragraaf zijn een aantal opvattingen van artsen naar voren gekomen, die van belang zijn voor de verklaring van de verschillen tussen huisartsen bij de interpretatie en behandeling van psychosociale klachten. Voorts treffen we een aantal eigenschappen van artsen aan die klaarblijkelijk met deze opvattingen samenhangen. Zoals ook met de elementen uit de vorige paragrafen het geval was, zullen we de meest in het oog springende in hoofdstuk 3 gebruiken bij de formulering van onze onderzoekshypothesen.

Het gaat om de volgende begrippen:

- huisartsgeneeskundige versus klinische oriëntatie
- taakopvatting ten aanzien van behandeling van psychosociale problemen
- competentiegevoel ten aanzien van de behandeling van psychosociale problemen
- gevolgde nascholing
- samenwerking met andere hulpverleners
- praktijkgrootte en duur van de consulten
- aantal jaren dat de arts is afgestudeerd
- leeftijd van de arts.

2.3.5. Conclusie

We zullen de variabelen die aan het slot van de paragrafen 2.3.2, 2.3.3 en 2.3.4 opgesomd staan in ons eigen onderzoek opnemen en nagaan welke samenhang ze vertonen met de neiging van huisartsen om psychosociale aspecten in hun beoordeling van klachten te betrekken en met hun behandeling van dergelijke klachten.

Hoewel iedere variabele op een of andere manier effect heeft op klachteninterpretatie en -behandeling, vormen ze te zamen een onsa-

menhangend geheel. Een huisarts die veel aandacht voor zijn patiënten heeft krijgt wellicht meer psychische problemen aan te horen, en een huisarts met een kleine praktijk ook en een arts die zich niet competent voelt in de behandeling van dergelijke problemen helemaal niet, maar over de onderlinge relaties tussen de verschillende verklarende variabelen is nog niets gezegd.

In hoofdstuk 3 presenteren we een aantal hypothesen, waarin de mogelijke verklaringen, die hier naar aanleiding van de literatuur besproken zijn, als een geordend stelsel van verklaringen wordt gepresenteerd.

De volgende stap, van variabele naar een maat, wordt in hoofdstuk 4 gezet. Van iedere hier onderscheiden variabele wordt daar weergegeven op welke wijze ze geoperationaliseerd is, welke testgegevens eventueel omtrent dat betreffende instrument bekend zijn, hoe de meting heeft plaatsgevonden, en met welke betrouwbaarheid dit is geschied.

3. DE ONDERZOEKSVRAAG IN HYPOTHESEN VERTAALD

In hoofdstuk 1 werd de globale onderzoeksvraag geformuleerd: "Hoe zijn interpretatie en behandeling van psychosociale klachten door huisartsen gerelateerd aan:

- normen, opvattingen en werkwijze van huisartsen;
- verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar;
- de communicatie die tijdens het consult plaatsvindt."

We zijn hierbij geïnteresseerd in de relaties op zichzelf en in de onderlinge verhouding tussen die relaties. Die onderlinge verhouding achten we van belang omdat iedere relatie op zichzelf onvoldoende lijkt om verschillen in probleemdefinitie en behandeling te verklaren; men moet dan aannemen dat alle andere variabelen constant blijven, waar dit in de werkelijkheid slechts zelden het geval zal zijn. Voor een goed beeld van de omstandigheden waaronder een huisarts veel klachten in een psychosociaal kader zal plaatsen, is juist inzicht vereist in de werking van het totaal aan factoren.

We zullen het stelsel van hypothesen in stappen opbouwen. In schema 3.1 (zie volgende pagina) zijn de elementen weergegeven die we naar aanleiding van de literatuurbespreking geselecteerd hebben.

Een eerste ordening kunnen we aanbrengen door een onderscheid te maken tussen variabelen waarvan we aannemen dat ze op 'interpretatie' van invloed zijn, en variabelen waarvan we veronderstellen dat ze van invloed zijn op 'behandeling'. In algemene termen kunnen we over 'behandeling' zeggen, dat een arts psychosociale aspecten van een klacht zal behandelen, wanneer hij van mening is dat dergelijke aspecten bij een bepaalde klacht in het geding zijn; dit is een noodzakelijke voorwaarde, maar niet voldoende. Een huisarts gaat ook geen open hartoperatie uitvoeren wanneer hij van mening is dat een dergelijke behandeling het logisch uitvloeisel van zijn diagnose is. Het is namelijk niet de taak van een huisarts open hartoperaties uit te voeren en bovendien staan hem waarschijnlijk de mogelijkheden niet ter beschikking. In het algemeen veronderstellen we daarom dat de 'behandeling' een functie is van de 'interpretatie', de 'taakopvatting' ten aanzien van die behandeling en de diverse variabelen die de mogelijkheden tot behandeling definiëren. Dit zijn in het voorgaand overzicht het gevoel van competentie, de samenwerking met andere disciplines, de hoeveelheid gevolgde nascholing en de prak-

Schema 3.1.: de variabelen

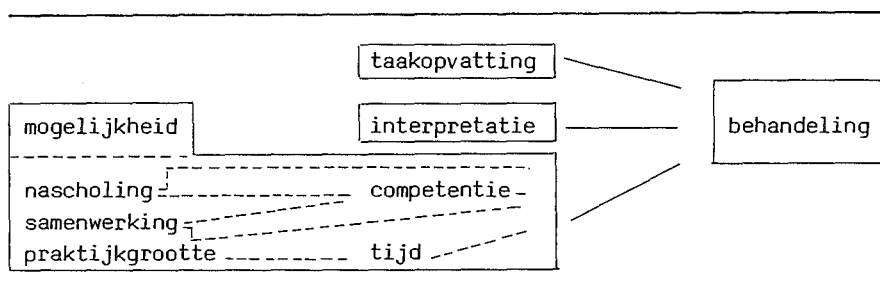
verklarende variabelen	te verklaren variabelen
arts-patiënt communicatie:	interpretatie
affectieve houding	behandeling
patiëntgericht gedrag	
structuur	
gericht zoeken	
arts-patiënt relatie:	
verwachtingen van de arts t.o.v. de patiënt	
verwachtingen van de patiënt t.o.v. de arts	
duur van de relatie	
kenmerken van de arts:	
huisartsgeneeskundige/klinische oriëntatie	
taakopvatting	
gevoel van competentie	
samenwerking	
nascholing	
praktijkgrootte	
tijd voor de patiënt	

tijkgrootte. Hoe deskundiger men zich voelt, des te meer zal men geneigd zijn het gedrag dat men denkt te beheersen ook te vertonen; samenwerking met andere hulpverleners - met name met maatschappelijk werkers of psychologen - hoeft dan wel niet de eigen deskundigheid te verhogen, maar geeft een huisarts wel het gevoel een 'steun in de rug' te hebben, waarop men kan terugvallen (Verhaak, 1979).

'Nascholing' wordt verondersteld de deskundigheid - en daarmee de behandelingsmogelijkheden - te vergroten. 'Praktijkgrootte' beïnvloedt in die zin de behandelingsmogelijkheden, dat een kleine praktijk in theorie tot meer tijd per patiënt moet leiden.

'Nascholing' en 'Samenwerking' kunnen een rechtstreeks effect op behandeling hebben, maar zullen ook de 'competentie' positief beïnvloeden. 'Praktijkgrootte' zal alleen indirect - via 'Tijd die de arts voor een individuele patiënt heeft' - een effect mogen hebben; immers, los van de verklaring dat men in een kleine praktijk meer tijd voor een patiënt heeft is het moeilijk in te zien waarom artsen

Schema 2.3.: verklaring van 'behandeling'



in kleine praktijken meer psychische klachten zullen behandelen. In schema ziet de verklaring voor 'behandeling' er als volgt uit:

We kunnen dit ook in een aantal hypothesen uitdrukken. Hiertoe formuleren we in eerste instantie hypothesen die relaties tussen slechts twee variabelen uitdrukken.

- H 1 Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij meer klachten als psychosociaal definieert.
- H 2 Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij meer de mening is toegedaan dat dat bij zijn taak hoort.
- H 3 Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij daar meer mogelijkheden voor heeft.

Omdat binnen het blok 'mogelijkheden' een aantal relaties verondersteld zijn in het schema, kunnen we deze derde hypothese nader specificeren.

- H 3a Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij meer tijd voor de patiënt heeft.
- H 3b Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij meer samenwerkt met psychosociale hulpverleners.
- H 3c Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij zich op dit vlak competentier voelt.
- H 3d Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij zich meer heeft nageschoold.

H 3e Wanneer een arts een kleinere praktijk heeft, zal hij meer tijd voor zijn patiënten hebben.

H 3f Wanneer een arts zich op psychosociaal gebied meer naschoolt zal hij zich competentier voelen.

H 3g Wanneer een arts meer samenwerkt met andere eerstelijns hulpverleners (met name op het gebied van GGZ) zal hij zich competentier voelen.

Op dezelfde manier kunnen we een aantal relaties veronderstellen, waarin 'interpretatie van klachten' afhankelijke variabele is, die door een aantal kenmerken verklaard kan worden. De variabelen die besproken zijn onder de verzamelnaam 'arts-patiënt communicatie' en 'arts-patiënt relatie' hebben alle betrekking op het interpretatiekader waarbinnen een klacht door de huisarts opgevat zal worden; hetzelfde geldt voor de opvattingen van huisartsen met betrekking tot ziekte en de omgang met patiënten, die we in de typologie 'huisartsgeneeskundig-klinisch' hebben samengevat. Al deze variabelen hebben een zekere voorspellende waarde voor de interpretatie van een klacht, maar voorspellen niet direct iets over de behandeling.

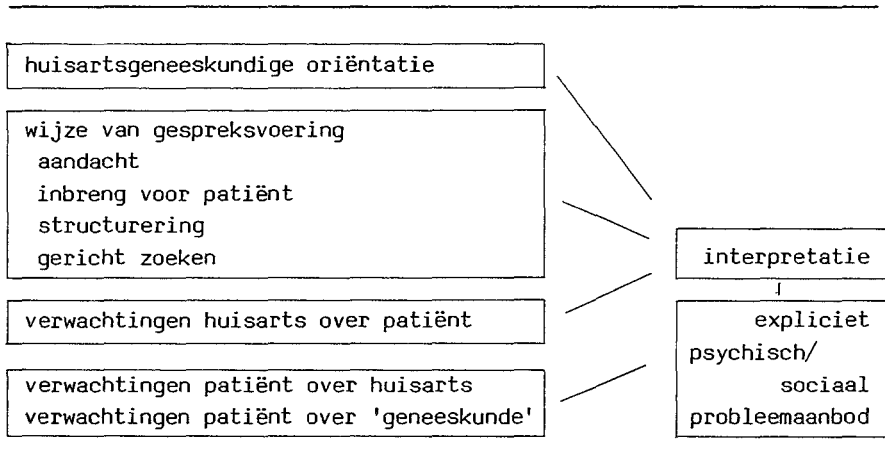
Tussen de huisartsgeneeskundige oriëntatie en de communicatiestijl enerzijds en interpretatie van klachten anderzijds verwachten we een rechtstreekse relatie. Voor de variabelen die we onder de kop 'arts-patiënt relatie' hebben geschaard is de veronderstelde relatie gecompliceerder. Patiënten hebben verwachtingen over hun huisarts en in het algemeen over de functies van 'de geneeskunde'; die leiden ertoe dat ze psychische of sociale problemen als klacht presenteren; naarmate dit expliciet psychische en sociale klachtenaanbod groter is, zullen artsen meer klachten als 'psychisch' interpreteren: ze hebben hun patiënten zo opgevoed. De verwachting van de arts over de patiënt dat het een 'problempatiënt' is, zal rechtstreeks op de interpretatie van invloed zijn. Omdat deze wederzijdse verwachtingen in de loop van de tijd gestalte krijgen, zullen de voorspelde effecten sterker zijn, naarmate arts en patiënt elkaar langer kennen.

In schema verwachten we de volgende relaties met 'interpretatie':

De volgende hypothesen staan in schema 3.3 (zie volgende pagina) weergegeven.

H 4 Een huisarts zal meer problemen als 'psychosociaal' definiëren, naarmate hij een huisartsgeneeskundiger oriëntatie heeft.

Schema 3.3.: verklaring van interpretatie

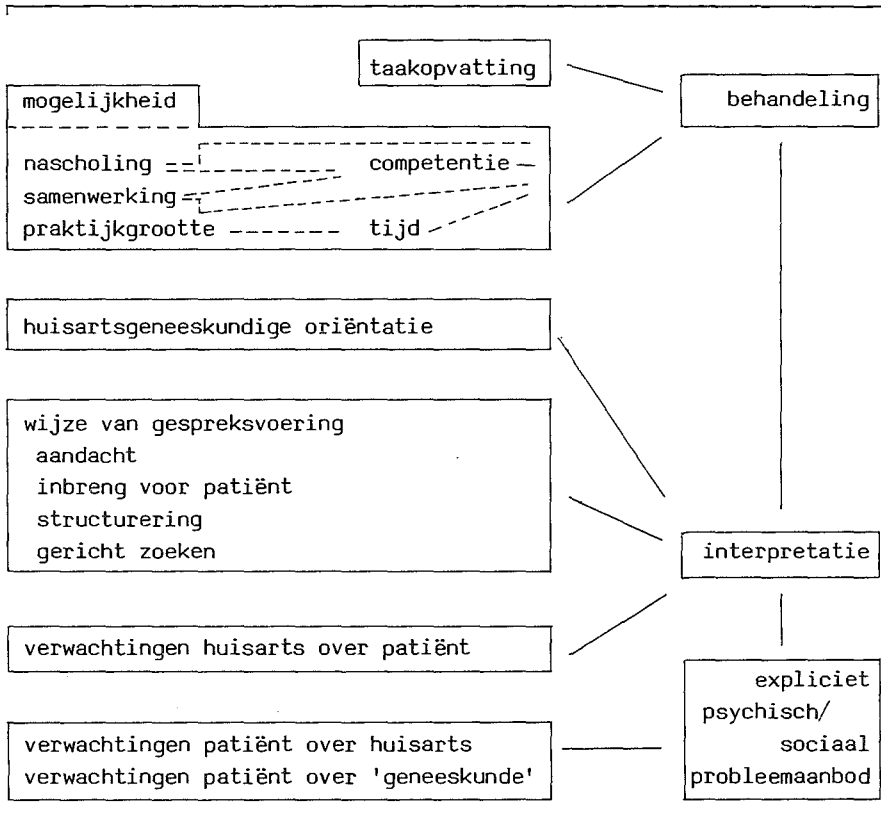


- H 5 Een huisarts zal meer problemen als psychosociaal definiëren, naarmate hij in het consult meer openingen biedt om psychosociale aspecten aan de orde stellen.
- H 6 Een huisarts zal meer problemen als psychosociaal definiëren, naarmate hij van zijn patiënten meer problemen verwacht.
- H 7 Een huisarts zal meer problemen als psychosociaal definiëren, naarmate zijn patiënten meer expliciet psychische en sociale problemen presenteren.
- H 7a Naarmate patiënten aan "de huisarts" meer functies op het gebied van psychosociale hulpverlening toekennen, zullen ze eerder psychische en sociale problemen aan hem voorleggen.
- H 7b Naarmate de patiënten positiever over de communicatieve vaardigheden van hun huisarts oordelen zullen ze meer psychische en sociale problemen aan hem voorleggen.
- H 7c De samenhangen in H 6 tot en met H 7b zijn sterker naarmate een patiënt langer bij de huisarts als patiënt staat ingeschreven.

We hebben nu enige ordening aangebracht; sommige variabelen zouden - gezien hun aard - vooral behandeling moeten beïnvloeden, andere zou-

den de interpretatie van de klachten moeten beïnvloeden, maar alleen via 'interpretatie' van invloed mogen zijn op 'behandeling'. Dit wordt duidelijk wanneer we beide schema's 'aan elkaar plakken' (zie schema 3.4).

Schema 3.4.: de verklaringen geïntegreerd



In schema 3.4 worden een aantal verklarende variabelen ter verklaring van de variantie in 'interpretatie' respectievelijk 'behandeling' naast elkaar gezet. We zoeken naar factoren die de interpretatie van klachten beïnvloeden en naar factoren die invloed uitoefenen op behandeling in een psychosociale context. We willen echter geen optelling van relevante variabelen; we willen inzicht in de wijze waarop ze elkaar onderling beïnvloeden in het effect dat ze

uitoefenen op interpretatie en behandeling van psychosociale problemen.

Met betrekking tot de variabelen die 'behandeling' verklaren willen we daarom hun onderlinge wisselwerking bestuderen. Als uitgangspunt nemen we een evenwichtsmodel: een huisarts zal streven naar een evenwicht tussen de kennis die hij heeft over de klacht ('interpretatie'), de normen die hij heeft over de behandeling van bepaalde klachten ('taakopvatting') en zijn feitelijk gedrag ('behandeling'). Zijn mogelijkheden vormen hierbij randvoorwaarden die de grenzen van zijn gedrag bepalen. Dit kan vele vormen aannemen: in termen van ons onderzoek kan een arts vinden dat hij psychosociale klachten hoort te behandelen, meningen hebben over ziekte die er toe leiden dat veel klachten een psychosociaal karakter hebben, en veel klachten als psychosociaal labelen. We voorspellen dat deze arts veel psychische problematiek zal behandelen. Wanneer zijn taakopvatting echter negatief zou zijn, zou hij nog wel veel psychosociale klachten zien, maar weinig behandelen, zonder dat dit hem gevoelens van wroeging of te kort schieten zou opleveren. Zou zijn taakopvatting positief zijn, maar zijn idee over zijn eigen kunnen negatief, dan zou hij slechts "in balans kunnen blijven" door weinig psychosociale klachten te "zien".

Dit leidt tot de volgende hypothesen:

H 8 Lage taakopvatting + geringe mogelijkheden leiden - ongeacht het oordeel - tot weinig behandeling.

H 9 Een discrepantie tussen taakopvatting en mogelijkheden leidt tot een overwegend 'somatische blik' en dientengevolge tot weinig behandeling.

H 10 Bij brede taakopvatting en veel mogelijkheden is de behandeling een functie van het oordeel.

Ook met betrekking tot de verklaring van de interpretatie van klachten zullen we onderzoeken in hoeverre er sprake is van een wisselwerking tussen de diverse onafhankelijke variabelen. We doen dit in de eerste plaats door te onderzoeken in hoeverre de verschillende verklarende variabelen onderling onafhankelijk zijn in die zin dat ze ieder een eigen bijdrage aan de verklaring van de variantie in 'interpretatie' leveren.

Op de tweede plaats gaan we na, in hoeverre verschillende onafhankelijke variabelen elkaar versterken, oftewel, of effecten van bepaalde communicatievormen groter zijn bij bepaalde subgroepen artsen en patiënten.

De kenmerken van de communicatie, de arts-patiënt relatie en de huisarts die samen zouden hangen met 'interpretatie' willen we ook in hun onderlinge samenhang bestuderen. Communiceert een arts anders met patiënten omdat hij anders over ziekte denkt, en beoordeelt hij daarom het klachtenaanbod anders? Wordt de gesprekstijl door zijn verwachtingen over de patiënt beïnvloed? Hebben huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen meer patiënten met positieve verwachtingen betreffende zijn ontvankelijkheid voor psychische problemen, en dus een groter aanbod aan klachten die als psychische klacht geformuleerd zijn, dus een psychosociale interpretatie?

Om het grote aantal mogelijke verbanden in te perken gaan we ervan uit dat de feitelijke communicatie in het consult slechts de interpretatie kan beïnvloeden, dat de arts-patiënt relatie invloed op communicatie en interpretatie kan uitoefenen, en dat de oriëntatie van de huisarts zowel interpretatie, communicatie als arts-patiënt relatie kan beïnvloeden. Achtergrond hiervan is de gedachte dat het algemene wel het bijzondere beïnvloedt, maar niet andersom: de oriëntatie van de arts is geen gevolg van wat er in één consult gebeurt of van wat de arts van één patiënt denkt; zijn algemene opvattingen kunnen echter wel zijn meer bijzondere oordelen of handelingen verklaren.

De hypothesen die uit deze beschouwing voortvloeien kunnen als volgt geformuleerd worden:

H 11 De wijze van gespreksvoering hangt samen met de interpretatie van klachten, nadat gecontroleerd is voor de oriëntatie van de arts en de verwachtingen van de arts en de verwachtingen van arts en patiënt (deze laatste weerspiegeld in het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod).

H 12 Verwachtingen van huisarts en patiënt (weerspiegeld in het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod) hangen samen met de interpretatie van klachten nadat gecontroleerd is voor de huisartsgeneeskundige oriëntatie.

Hypothesen 8 tot en met 10 stellen onderlinge wisselwerking van ver-

klaringen voor 'behandeling' ter discussie, hypothesen 11 en 12 gaan over de wisselwerking bij de verklaring van 'interpretatie'. Als toets voor de scheiding tussen deze twee groepen verklaringen formuleren we hypothese 13:

H 13 De oriëntatie van de arts, de gesprekstijl en de aspecten van de arts-patiënt relatie hangen niet samen met 'behandeling' wanneer gecontroleerd wordt voor 'interpretatie'.

We kunnen dit hoofdstuk als volgt samenvatten: op grond van inhoudelijke argumenten - die deels op eigen en dus discutabel inzicht berusten - is een ordening in de verklarende variabelen aangebracht. In het daaruit resulterende verklaringsmodel wordt gestreefd naar een verklaring van de variantie in behandeling die deels rechtstreeks geschiedt, deels met 'interpretatie' als tussenschakel. Verder volgens zijn een aantal veronderstellingen geformuleerd, waarvan de toetsing inzicht zou moeten verschaffen in de manier waarop de verklarende variabelen elkaar onderling beïnvloeden.

4. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

4.1. Inleiding

Teneinde de in hoofdstuk 3 geformuleerde hypothesen te toetsen is nieuw materiaal verzameld met betrekking tot de aldaar genoemde variabelen. Over het uitgevoerde onderzoek allereerst het volgende. Het is toetsings-onderzoek in termen van de Groot (1970). In hoofdstuk 3 zijn de te toetsen hypothesen geformuleerd. Omdat we het bestaan van zekere effecten van artsenopvattingen, van de arts-patiënt-relatie en van arts-patiënt interactie op de interpretatie en behandeling van klachten willen aantonen, is toetsend onderzoek geïndiceerd (De Groot, p. 317).

Het is correlatieve onderzoek. De vraagstelling heeft een uitdrukkelijk toegepast karakter: het gaat over huisartsen en hun patiënten, en heeft betrekking op de specifieke verhouding tussen deze twee groepen actoren. De opgeworpen hypothesen bevatten begrippen die slechts in een veldsituatie operationaliseerbaar zijn. Experimenteel onderzoek in een gecontroleerde situatie is daarbij niet mogelijk zonder de essentie van de vraagstelling (verklaring van juist dit specifieke beoordelingsprobleem) te verliezen. Natuurlijk brengt het feit dat het om correlatieve onderzoek in een veldsituatie gaat, de nodige problemen met zich mee. We hebben geen controle over een gelijk aanbod aan stimuli bij de proefpersonen, in ons geval een vergelijkbaar patiënten- en klachtenaanbod bij de artsen die we onderzoeken. Zoals zal blijken is getracht dit bezwaar zo veel mogelijk te ondervangen door per arts een (het intensief type onderzoek in aanmerking genomen) vrij groot aantal consulten te bestuderen. Daarnaast onderzoeken we achteraf het mogelijke effect van verschil in samenstelling van de groepen per arts, door de gevonden effecten na te rekenen voor subgroepen die wat betreft enige belangrijke variabelen homogeen gemaakt zijn.

Het uiteindelijke niveau van analyse waarop we de hypothesen toetsen is de huisarts. We onderzoeken samenhangen tussen kenmerken die we aan de artsen kunnen toeschrijven. Er is echter sprake van meerdere niveaus van observatie, die door middel van nader te specificeren aggregatieregels met elkaar in verband gebracht worden.

De observatieniveaus zijn de volgende:

1. de huisarts kenmerken en meningen van de huisarts kunnen rechtstreeks aan de persoon van de arts gekoppeld

- worden.
2. het consult een aantal van de variabelen die in het vorige hoofdstuk genoemd zijn, worden ontleend aan specifieke ontmoetingen tussen arts en patiënt: verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar en het gedrag van de arts kunnen per arts niet in zijn algemeenheid worden vastgesteld, maar worden afgeleid uit een vijftigtal consulten per arts, die op videoband zijn opgenomen.
- 3a. de klacht¹ In een aantal opzichten is het consult nog een te globale eenheid. Binnen één consult kunnen meerdere, onderling niet samenhangende klachten aan de orde komen, die ieder een beoordeling door de arts en een behandeling krijgen, waarbij de arts de patiënt op een per klacht specifieke wijze tegemoet treedt.
- 3b. het fragment Eerder onderzoek wees uit dat de gespreksstijl van een huisarts anders is op het moment dat over puur lichamelijke zaken gepraat wordt dan op het moment dat men het over psychosociale onderwerpen heeft. Daarnaast is het voor de analyse van belang de delen van het consult waarin men het over administratieve taken heeft en de delen waarin de arts niet als 'arts' maar b.v. als plaatsgenoot wordt aangesproken te kunnen onderscheiden. Op basis van het gespreksonderwerp is het consult daarom ook verdeeld in fragmenten:
somatisch - psychosociaal - mengvorm van somatisch en psychosociaal - administratief - "social talk".
Deze indeling loopt door de indeling in klachten heen; deze twee zijn nevengeschikt.

We kunnen deze indeling met de volgende voorbeelden toelichten:

1. Een patiënt komt binnen en zegt al drie dagen last van zijn maag te hebben. De arts onderzoekt hem lichamenlijk, en vraagt tijdens de anamnese naar de soort pijn die de patiënt voelt, naar de tijdstippen waarop het het ergst is, en of de patiënt er vaker last van heeft. Hier is sprake van één klacht en één (somatisch) fragment;
2. Dezelfde klachten; behalve de vragen die de arts in het eerste voorbeeld stelde, vraagt de arts op een gegeven moment naar 'de

toestand thuis'. De patiënt vertelt hierop dat hij de laatste tijd veel onenigheid heeft met zijn oudste dochter. Hier is sprake van één klacht en twee fragmenten: eerst een somatisch, dan een psychosociaal;

3. Dezelfde situatie als in 2. Aan het eind van het consult vraagt de patiënt of hij ook nog een recept voor tabletten voor zijn vrouw kan krijgen; de arts informeert naar de lichamelijke conditie van haar: twee klachten (maag, tabletten), en eerst een somatisch, dan een psychosociaal en dan weer een somatisch fragment;
4. Een patiënt komt met rugklachten; die worden lichamelijk onderzocht. Vervolgens zegt hij al een week griepig te zijn. De arts neemt een anamnese af en schrijft een medicijn voor. Ten slotte vraagt de patiënt om een herhaalverwijskaart naar de oogarts. De laatste minuut besteedt de arts aan het schrijven van die verwijskaart: drie klachten (rug, griep, oogartsverwijzing), eerst somatisch fragment, daarna administratief fragment.

In schema kunnen we de volgende observatieniveaus onderscheiden:

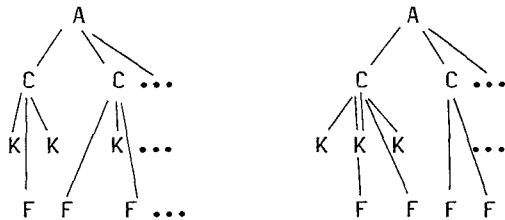
Schema 4.1.: de onderscheiden observatieniveaus

30 artsen:

1569 consulten:

2879 klachten:

1943 psychische en
somatische fragmenten:



Het materiaal voor dit onderzoek bestaat zo uit ± 2900 klachten die in ± 1600 consulten van 30 huisartsen verzameld zijn: de consulten (en de daarin gepresenteerde klachten) zijn op videoband opgenomen en geobserveerd; met betrekking tot klachten en consulten zijn door arts en patiënt vragenlijstjes ingevuld en de artsen hebben een algemene vragenlijst ingevuld. Daarnaast zijn cijfers door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen beschikbaar gesteld met betrekking tot praktijkopbouw en verwijscijfers van de 30 huisartsen.²

Op basis van deze gegevens is van iedere arts een groot aantal indices berekend: deze variëren van opvattingen over psychosociale pro-

blemen tot gemiddelde functiebreedte die patiënten op het gebied van psychosociale problematiek aan een betreffende arts toekennen, van percentage klachten dat een arts in de praktijk als psychisch blijkt te beoordelen tot zijn praktijkgrootte, van de gemiddelde aandacht van een arts voor zijn patiënt wanneer een puur lichamelijk gespreksonderwerp aan de orde is tot de gemiddelde verhouding tussen artsen- en patiëntenspreektijd. Met behulp van deze - en vele andere - indices toetsen we de gestelde hypothesen.

Over de gehanteerde methoden van onderzoek willen we het volgende opmerken.

Voor een belangrijk deel ontlene we onze gegevens aan observatie van video-opnamen van spreekuren. Enige alinea's terug stelden we dat een onderzoek als het onderhavige slechts mogelijk is in een (natuurlijke) veldsituatie. Men kan zich afvragen in hoeverre een camera in de spreekkamer afbreuk doet aan de natuurlijkheid van de situatie. Vooropgesteld zij dat de aanwezigheid van een camera wel aangekondigd was, omdat de patiënt schriftelijk om toestemming gevraagd moest worden, maar voor de rest vrijwel niet opviel; hiervan getuigt het groot aantal patiënten dat men als observator aan het eind van het consult ziet opmerken dat "er toch een opname gemaakt zou worden". De literatuur over het gebruik van camera's in de huisartspraktijk ten behoeve van opleiding of onderzoek maakt duidelijk dat dit slechts geringe verstoring teweeg brengt. Davis e.a. (1980) vermelden dat het opmerkelijk was te zien hoe snel patiënten de aanwezigheid van een camera vergeten. Campbell (1982) vroeg aan patiënten of ze bepaalde zaken vanwege de video-opname niet aan de orde hadden gesteld: drie van de 145 ondervraagden bevestigden dit en twee zeiden zich niet natuurlijk gedragen te hebben. Martin en Martin (1984) ondervroegen 261 patiënten die toegestemd hadden in video-opnamen: 78% zei de camera te vergeten tijdens het consult, maar 21% daarentegen vond dat de camera het consult minder vertrouwelijk maakte, 16% vond dat ze minder geneigd waren over dingen die ze dwars zaten te praten, en 11% werd er zenuwachtig van.

De meeste patiënten die toestemming geven voor een opname hebben er klaarblijkelijk niet veel last van. Er is een minderheid die echter een minder natuurgetrouw beeld van de patiënt oplevert. Het beeld dat de arts biedt, is volgens patiënten conform de werkelijkheid (Campbell, Martin en Martin). Een ander probleem van video-opnamen is de selectieve uitval van patiënten die ze veroorzaken. Martin en Martin vermelden gynaecologische en psychische klachten als redenen om de arts te bezoeken die onevenredig vaak een weigering oplever-

den. Teneinde de aard en omvang van dit verschijnsel in ons onderzoek te kunnen schatten, zijn door de artsen met betrekking tot de weigeraars dezelfde formulieren ingevuld als met betrekking tot de deelnemers. Hierop werden de aard van de klacht, het oordeel over de klacht (somatisch-psychosociaal), leeftijd en geslacht van de patiënt, en enige beoordelingen van de arts over de patiënt opgetekend. Dit alles uiteraard anoniem. Dit stelt ons in staat per arts het percentage weigeraars en de vertekening die ze veroorzaakten in genoemde opzichten vast te stellen, (zie paragraaf 5 van dit hoofdstuk).

Naast observatie van het vastgelegde beeld en geluid, is schriftelijk informatie verzameld bij artsen en patiënten. Hiervoor is gebruik gemaakt van de vragenlijst-methode: dit geschiedde om redenen van efficiëntie (het grote aantal maakte interviews per consult in ieder geval onmogelijk) en standaardisatie (de meeste gebruikte vragenlijsten zijn in ander onderzoek en soms ook bij veel grotere steekproeven gebruikt, waardoor vergelijking met andere groepen mogelijk wordt). Om te kunnen vergelijken is er dan ook voor gekozen om de dertig artsen over hun algemene kenmerken ook voorgecodeerde vragenlijsten in te laten vullen, welke ook bij een landelijke steekproef werden afgenomen, en deze zaken niet door middel van minder gestructureerde interviews te achterhalen.

We zullen in de rest van dit hoofdstuk in gaan op de wijze waarop het onderzoek nader gestalte heeft gekregen. In paragraaf twee schetsen we het verloop van de gegevensverzameling. De meetinstrumenten komen in paragraaf drie (de vragenlijsten) en vier (observatie) aan de orde. In paragraaf vijf presenteren we het materiaal waarmee in de volgende hoofdstukken gewerkt zal worden.

4.2 Het verloop van het onderzoek

De verzameling van de benodigde onderzoeksgegevens ging als volgt in zijn werk. Op diverse manieren werden dertig artsen bereid gevonden mee te werken aan het onderzoek. Soms betrof dit een volledige groep huisartsen, verbonden aan een huisartseninstituut waarmee reeds contacten bestonden, soms individuele artsen, die via contactpersonen van het Nederlands Huisartsen Instituut benaderd werden, soms artsen met wie we door bemiddeling van reeds deelnemende artsen in contact kwamen. Een poging tot willekeurige selectie door middel van een oproep tot deelname bij een enquête leverde geen deelnemers op. Het

komt ons voor dat een dergelijke indringende wijze van gegevensverzameling (video-opnamen, enquête + vragenlijsten van patiënten) alleen deelnemers oplevert, wanneer men kandidaten persoonlijk kan benaderen. Over de selectieve samenstelling van de groep deelnemende artsen is in het eerste (Verhaak 1983, 38-68) en tweede interimrapport (Verhaak 1984b, 65-69) gerapporteerd.

De materiaalverzameling vond plaats van september 1982 tot december 1983. Bij iedere arts werd geprobeerd 60 consulten op video vast te leggen. Hiertoe was een vaste camera in de spreekkamer opgesteld, op zodanige wijze dat arts en patiënt beiden en profiel zichtbaar waren. De ter plaatse aanwezige onderzoeksleider bediende de apparatuur van afstand en vroeg de patiënten schriftelijk toestemming om de opnamen te maken. Van de arts ontvingen de patiënten een vragenlijst die ze na het consult anoniem invulden. De arts vulde eveneens naar aanleiding van ieder consult een vragenlijst in. Met identieke volgnummers van patiënten- en artsenvragenlijst en video-opname konden alle consultgegevens aan elkaar gekoppeld worden, terwijl de anonimiteit gewaarborgd bleef.

Indien een patiënt toestemming weigerde, werd de apparatuur uitgeschakeld. De patiënt vulde geen vragenlijst in, de arts echter wel, uiteraard anoniem.

Dit maakt het ons mogelijk de invloed van het ontbreken van de 'niet-deelnemers' te bestuderen. In paragraaf 4.3 zullen we de inhoud en constructie van deze vragenlijsten behandelen.

In principe gingen de opnamen door tot het aantal van 60 opnamen met voldoende geluids- en beeldkwaliteit bereikt was. Dit aantal haalden we meestal niet, bij 27 artsen werden meer dan 50 consulten opgenomen, bij drie moesten we ons beperken tot 41, 44 en 45 consulten. Dit kan liggen aan geringe opkomst van patiënten op de betreffende dagen en/of een groot aantal weigeraars. De opnamelimiet lag namelijk bij vier à vijf dagen, hetgeen overigens volstrekt redelijk is, gezien de vrij grote inbreuk die onze aanwezigheid op de dagelijkse gang van zaken in de praktijk maakte.

Na afloop van de opnamen vulden de artsen een enquête in, waarin opgenomen: vragenlijsten over het vóórkomen van psychosociale problemen, taakopvatting en competentie op het gebied van psychosociale problematiek, en een lijst ter meting van de huisartsgeneeskundige oriëntatie; vervolgens vragen over gevolgde nascholing op het gebied van psychosociale problematiek en over relaties met andere hulpverleners en instellingen op het gebied van GGZ. Tenslotte bevatte de

enquête een aantal vragen over praktijk- en achtergrondkenmerken. In paragraaf 4.3 komt de inhoud van deze enquête uitgebreid aan de orde.

Teneinde inzicht te krijgen in de mate waarin deelnemende artsen afwijken van de gemiddelde huisarts, is dezelfde enquête afgenomen bij een steekproef van 249 huisartsen. De resultaten hiervan zijn, zoals gezegd, in de interimrapporten besproken.

Gegevens met betrekking tot artskenmerken en arts- en patiëntopvattingen ten opzichte van elkaar en artsenoordelen over de klacht, waren zo gereed voor analyse. Dit geldt niet voor de arts-patiënt-communicatie en de behandeling; de te analyseren data zijn de in observatieprotocollen neergelegde waarnemingen en beoordelingen van observatoren. Na vaststelling van het eerste observatieprotocol zijn deze getraind op oud videomateriaal, dat niet in dit onderzoek gebruikt wordt. Op grond van de hierbij opgedane ervaring is het definitieve protocol vastgesteld (zie 4.4.3 en 4.4.4). Vervolgens zijn de consulten van het eerste uur van de opnamen - drie à negen consulten per arts - door de observatoren gezamenlijk gescoord.

Op basis hiervan geschiedt de betrouwbaarheidsmeting tussen observatoren. Iedere observator is daarna begonnen een deel van het videobestand volgens vaste normen te scoren. Een klein deel van het bestand werd op vastgestelde tijden gezamenlijk gescoord, om een uit elkaar groeien van observatoren te voorkomen. Dit deel van het bestand is niet gebruikt bij de in de volgende hoofdstukken te gebruiken resultaten. Ten behoeve van een testresultaat per observator zijn aan het einde door drie observatoren 30 consulten opnieuw gescoord. Het totale bestand is zodanig verdeeld onder de observatoren dat een observator eenzelfde deel van de consulten van iedere arts observeerde, zodat het persoonlijk gewicht van de observatoren gelijk verdeeld is bij iedere arts. Het is met name dit zeer tijdsintensieve deel van de dataverzameling, dat de opbouw van de volledige database tot een langdurige geschiedenis maakte.

4.3. De vragenlijsten

4.3.1. Inleiding

Schema 4.2 (zie volgende pagina) laat zien welke meetinstrumenten onder de verzamelnaam 'vragenlijsten' worden begrepen, welke variabelen we eraan ontleen, van wie de betreffende informatie komt en op welk niveau deze betrekking heeft.

Schema 4.2.: overzicht van gebruikte meetinstrumenten

instrument	variabelen	informant	aggregatieniveau
artsen- enquête	aandacht voor psycho- sociale aspecten huisartsgeneeskundige- klinische benadering taakopvatting competentie samenwerking met andere hulpverleners nascholing praktijkenmerken achtergrondkenmerken arts	arts	arts
vragenlijst over patiënten	oordeel over afhanke- lijkheid van de patiënt	arts	consult
vragenlijst over arts	verwachte functie- breedte openheid interesse tijd	patiënt	consult
klachtbe- oordeling	oordeel psychisch- somaatich oordeel trivialiteit	arts	klachten

In deze paragraaf behandelen we achtereenvolgens de vier meetinstrumenten: herkomst, testgegevens en eventuele bijzonderheden komen aan de orde. In bijlage 2 t/m 4 zijn alle vragenlijsten integraal weergegeven.

4.3.2 De artsenenquête

Deze enquête bevat een aantal beoordelingsschalen, die betrekking hebben op de oriëntatie van de arts, zijn gevoelens van competentie en zijn taakopvatting. Daarnaast wordt feitelijke informatie ge-

vraagd over de mate waarin hij met andere hulpverleners samenwerkt, de nascholing die hij gevolgd heeft, zijn wijze van praktijkvoering en over een aantal persoons- en praktijkkenmerken. We zullen deze onderdelen van de enquête één voor één behandelen.

Deze enquête is niet alleen bij de dertig bij dit onderzoek betrokken artsen afgenomen, maar ook bij een steekproef van 249 huisartsen. Zodoende beschikken we over een "ankerpunt" waarmee we na kunnen gaan in hoeverre de standpunten die deelnemende huisartsen innemen overeenkomen met die van grotere groepen artsen.

De resultaten van deze algemene enquête zijn besproken in het eerste interimrapport van het interdoktervariantie onderzoek (Verhaak 1983, 30-68) en in een tweetal andere publicaties (Verhaak 1984a, 1984c) en zullen hier slechts aangehaald worden, wanneer het nodig is de huidige resultaten in een breder perspectief te plaatsen.

Aandacht voor psychosociale aspecten bij lichamelijke klachten.

De eerste vragenlijst uit de enquête meet in hoeverre een arts oog heeft voor psychosociale aspecten bij de aetiologie van verschillende klachten. Deze lijst is door Grol (1983) ontwikkeld. De respondent krijgt 12 aandoeningen voorgelegd, waarvan hij dient aan te geven of psychosociale factoren daarbij van invloed zijn (5-puntschaal). Een alternatief voor deze schaal zou wellicht de Physicians Belief Scale (Ashworth, Williamson en Montano, 1984) geweest zijn, ware deze eerder gepubliceerd. Deze schaal, met goede psychometrische kwaliteiten, gaat niet alleen in op de aetiologie van psychosociale klachten maar ook op de gevoelens van competentie, van praktische haalbaarheid, e.d., welke nu deels in andere schalen die we gebruikt hebben, zijn verwerkt.

De lijst, zoals hij uiteindelijk door Grol is vastgesteld, vertoont per item een goede spreiding. Een lage score op deze lijst (dat wil zeggen weinig openstaan voor de invloed van psychosociale aspecten) kwam meer voor bij artsen die veel waarde hechten aan zogenaamde gezondheidstechnologie (het maken van EEG, total body scanning, hartfrequentie meten tijdens de bevalling, en dergelijke).

De score op de lijst correleerde .30 met de schatting die men maakte van het percentage lichamelijke klachten met psychosociale factoren in de huisartspraktijk.

Gelijksoortige resultaten vonden wij bij de door ons geënquêteerde landelijke steekproef huisartsen. Analyse van deze resultaten wees bovendien uit dat alle items bij factoranalyse op één dimensie laadden (verklaarde variantie: 68%), en betrouwbaar gemeten werden (Cronbach's alpha bedroeg .77).

Huisartsgeneeskundige versus klinische benadering

Hiermee wordt uitgedrukt wat we in de hoofdstuk 2 beschreven: huisartsgeneeskundig staat voor niet-specialistisch, gericht op zorg ('care'), erop gericht de patiënt door een moeilijke periode heen te helpen, en een hulpverlening die zich richt op de patiënt als persoon in een sociale omgeving.

Klinisch staat voor specialistisch, behandelend ('cure'), gericht op interventies, en een hulpverlening die zich meer op het 'zieke' lichaamsdeel richt.

Men zou deze begrippen op diverse manieren kunnen operationaliseren. Twee van de taakopvattingsschalen van huisartsen (TOSHA) van Van Staveren (1984) bevatten belangrijke elementen van een huisartsgeneeskundige (TOSHA: aandacht voor de patiënt) en een klinische (TOSHA: medische deskundigheid) dimensie. Afgezien van het feit dat de publicatie van deze meetinstrumenten te laat kwam om voor ons onderzoek in aanmerking te komen, moet opgemerkt worden dat de gepubliceerde testresultaten van deze instrumenten zodanig zijn dat ze niet geschikt geacht moeten worden om de betreffende houdingen te meten. We doelen hier op hun ingewikkelde karakter, de lage interne consistentie en de geringe 'concurrent validity'.

De huisartsgeneeskundig - klinische dimensie komt ook naar voren in de onderzoeken van Ben Sira (1976, 1980) en DiMatteo e.a. (1980), maar is hier geoperationaliseerd in termen van patiënten-oordelen. Hetzelfde geldt voor Cassee's dimensies (1973) 'instrumenteel' (klinisch), en 'communicatief' en 'diffuus' (beide bevatten huisartsgeneeskundige aspecten). Diverse subschalen van Parlow en Rothman's ATSIM (zie p. 35), meten attitudes die nauw verwant zijn aan wat wij de huisartsgeneeskundige-klinische dimensie noemen. Dit geldt met name voor de attitudes ten aanzien van sociale factoren als determinant van gezondheid, preventieve geneeskunde, en arts-patiënt-relatie.

Reden waarom hiervan geen gebruik gemaakt wordt is vooral dat deels vergelijkbare items in het Nederlands ontwikkeld en uitgetest zijn door Grol (1983). Zijn meetinstrumenten hebben betrekking op:

- klinisch-diagnostisch versus huisartsgeneeskundig-diagnostisch denken
- geloof in gezondheidstechnologie
- opvattingen over het nemen van risico's
- angst om fouten te maken
- samenwerken met patiënten.

Twee aspecten uit deze vragenlijst hebben onze speciale aandacht,

mede gezien de relatie die ze hebben met de interpretatie van klachten: opvattingen over het nemen van risico's en opvattingen over de wijze waarop men als huisarts met patiënten moet omgaan.

De 'risicolijst' geeft aan in welke mate de huisarts vertrouwt op eigen kunnen en niet onmiddellijk zijn heil zal zoeken bij somatisch specialistisch onderzoek. Dit aspect wordt door ons van belang geacht bij de behandeling van psychosociale klachten, aangezien snelle somatische verwijzingen in elk geval het psychosociale aspect ondergeschikt maken aan het somatische. Het aandurven van risico's blijkt deze lijst hangt samen met een geringere angst om fouten te maken, met een hoger zelfvertrouwen van de arts en met een geringe vrijblijvendheid in de beroepsuitoefening (men is meer voorstander van verplichte nascholing, toetsing, e.d. Een treffende overeenkomst met wat Parlow en Rothman vonden). Een klinisch georiënteerde huisarts zal weinig risico nemen, elke klacht tot op de bodem uitzoeken en streven naar het 'genezen' van de klacht. Een huisartsgeneeskundig georiënteerde huisarts zal niet onmiddellijk op de klacht op zich reageren en heeft daarmee de ruimte deze meer in de gehele context van de patiënt te plaatsen.

Het tweede aspect dat we noemden heeft betrekking op de manier van omgaan met de patiënt. In de huisartsgeneeskundige versie betekent dat overleggen met de patiënt, informatie geven over wat er aan de hand is, op gelijke voet omgaan met de patiënt. De klinische variant is meer autoritair/paternalistisch: de patiënt hoeft niet zoveel te weten, begrijpt het toch niet. Staudenmayer en Lefkowitz (1981) vonden dat artsen die gericht waren op zorg ook meer rekening hielden met de patiënt, zijn beleving en zijn wensen dan artsen die gericht waren op direct ingrijpen (hetgeen we in het bovenstaande 'cure' hebben genoemd). Dit aspect van de dimensie huisartsgeneeskundig-klinisch past bij ons onderzoek naar verschillen tussen artsen bij de beoordeling en behandeling van psychosociale klachten, omdat men juist in dit geval van mening is dat arts en patiënt een veel gelijkwaardiger inbreng horen te hebben dan in gevallen waarin sprake is van rechtstreekse levensbedreiging; in dat laatste geval is de arts technicus en specialist, van wie een zeker autoritair optreden verwacht mag worden.

De 'risicoschaal' is een zes-item-schaal. Deze schaal bleek in de algemene artsenenquête een interne betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) te bezitten van .73.

De tweede, negen-item-schaal meet in hoeverre een arts afstand bewaart van zijn patiënt en zich als absoluut medisch deskundig be-

schouwt, dan wel samen met de patiënt wil nadenken over wat er moet gebeuren. We noemen deze schaal 'samenwerken met patiënten'. Cronbach's alpha bedroeg .68.

Taakopvatting en competentie ten aanzien van de behandeling van psychosociale klachten

Meetinstrumenten om de taakopvattingen van artsen vast te leggen zijn ontwikkeld door Boots en Van Zutphen (1981), Dopheide (1982) en Van Staveren (1984) maar geen van deze is specifiek op taakopvatting ten aanzien van behandeling van psychosociale problematiek gericht. Van Zutphen (1984) meet wel opvattingen over psychosociale klachten en de arts-patiënt-relatie maar deze passen meer in de eerder genoemde reeks huisartsgeneeskundige opvattingen. Onder de echte taakopvattingen met betrekking tot therapie en begeleiding treffen we wel enige items aan die psychosociale problemen betreffen, maar de schaal als geheel is te algemeen voor ons doel.

Wel geschikt zijn de taakopvattingen- en competentieschalen van Grol (1983). Om taakopvatting en competentie te meten, selecteerde hij een aantal handelingen op het gebied van psychische en sociale hulpverlening en liet artsen scoren in welke mate ze zo'n handeling als hun taak opvatten respectievelijk hoe competent ze zich voelden om zo'n handeling uit te voeren. De best spreidende items vormden uiteindelijk een taakopvattingen- en competentielijst. Deze twee correleerden onderling hoog: naarmate men een handeling meer als zijn taak ziet, voelt men zich daar ook beter in thuis. Tevens correleerde deze psychosociale taakopvattingenlijst positief met een somatische taakopvattingenlijst, zodat Grol concludeert dat een algemeen onderscheid gemaakt kan worden tussen huisartsen die zich een beperkte taak toeschrijven en waarschijnlijk eerder geneigd zullen zijn snel door te verwijzen en huisartsen die zichzelf een brede taak toerekenen en geneigd zullen zijn de patiënt langer zelf te begeleiden.

De taakopvatting van de arts en de mate waarin hij zich competent acht, meten we met behulp van deze twee 12-item-schalen van Grol. Gesteld moet worden dat een aantal items te scheef verdeeld bleken om bruikbaar te zijn. Er is gewerkt met een 6-item taakopvattingen-schaal (Cronbach's alpha: .62) en een 7-item competentieschaal (Cronbach's alpha: .73). De taakopvattingen- en competentieschaal hangen sterk samen, getuige een produkt-moment correlatie van .60, gemeten bij de respondenten van de algemene enquête. Vrijwel dezelfde testresultaten vinden Grol e.a. (1985) bij gebruik van deze schalen.

Aandacht voor samenwerking

We meten de aandacht voor samenwerking door te informeren naar een aantal routines: de overlegfrequentie met een aantal eerstelijns- en GGZ-disciplines en de mate waarin men daarheen verwijst. Weliswaar verkrijgt men op deze wijze slechts een globaal inzicht in de mate waarin een huisarts met andere disciplines samenwerkt en is een meer gedetailleerde wijze van vragen mogelijk (vergelijk Wijkel (1984), Kersten (1985)), maar als verklarende variabele blijkt een globale index bruikbaar (vergelijk Mechanic (1968), Van Zutphen (1984)). Het betreft zelfrapportage door de arts. Dit is de enige mogelijkheid. De eerstgenoemde routines liggen immers nergens vast; van de verwijzingen zou men slechts betrouwbaar het geregistreerde aantal verwijzingen naar de psychiater kunnen meten (hetgeen overigens bij de groep deelnemende artsen ook gebeurd is).

Overleg houdt in dat de arts inhoudelijk patiënten bespreekt. Het kan telefonisch of vis-à-vis geschieden, tussen arts en andere hulpverlener of in een teambespreking of sociaal café.

Het is ondoenlijk om in een enquête uitsluitend dat overleg te inventariseren dat betrekking heeft op psychosociale problematiek. Voor sommige disciplines zal dit - gezien hun karakter - wel het geval zijn; voor andere, met een meer algemene functie, zal de enquêteerde wel kunnen vaststellen hoe vaak hij ze spreekt, maar niet wat keer op keer de inhoud is. We beperken ons daarom tot het vaststellen van de overlegfrequentie in het algemeen met die eerstelijns-hulpverleners, waarmee de meeste contacten bestaan - en waarbij psychosociale aspecten een substantieel deel van het klachtenaanbod uitmaken -: wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en fysiotherapeut. Daarnaast wordt gevraagd naar de overlegfrequentie met een drietal typische GGZ-disciplines: psychiater, psycholoog, en Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV'er), zonder de institutie waarbinnen ze werken te specificeren. Tenslotte vroegen we nog naar eventuele contacten met pastoren.

Gevolgde nascholing

Huisartsen die zich hebben bijgeschoold in studiegroepen medische psychologie lijken in hun attitudes ten opzichte van niet-somatische klachten meer op psychiaters dan artsen die deze studiegroepen niet volgden of artsen die studiegroepen met betrekking tot somatische onderwerpen volgden (De Boer, 1973). Belangrijk is dat artsen die zich op deze wijze wilden gaan nascholen, niet van anderen verschilden: de attitudewijziging was een gevolg van gevolgde nascholing.

Ten tijde van de afname van onze enquête, (1982-'83) bestonden er

naast studiegroepen medische psychologie meerdere mogelijkheden voor artsen om op het gebied van psychische problemen en omgaan met de arts-patiënt-relatie, nascholing te krijgen. Van de meest voorkomende wordt expliciet gevraagd of dit type nascholing de afgelopen vijf jaar gevolgd is. Daarnaast bestond de gelegenheid zelf andere vormen van gevolgde psychosociale nascholing aan te geven.

Praktijkenmerken

In de enquête is geïnformeerd naar het aantal bij de arts ingeschreven patiënten als indicator voor de praktijkgrootte. De arts gaf in de tweede plaats aan of hij alleen, met een associé, met meerdere artsen in een groepspraktijk of met meerdere disciplines onder een dak in een gezondheidscentrum werkte.

Als derde kenmerk van zijn praktijkvoering gaf hij de op tijd die volgens het afsprakenrooster voor de patiënt beschikbaar is.

Achtergrondkenmerken van de arts

De volgende kenmerken van de deelnemende artsen zijn bovendien bekend:

- het jaar van afstuderen van de arts
- lidmaatschap Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap
- activiteiten binnen universitaire huisartseninstituten
- vestigingsplaats.

4.3.3. Vragenlijst over patiënten

Met betrekking tot iedere patiënt (ook de weigeraars) vulde de arts een vragenlijstje in³, waarmee hij zijn ideeën over de patiënt en over zijn manier van klachten presenteren weergaf. Het lijstje is ontwikkeld in een onderzoek waarin werd onderzocht welke kenmerken artsen aan probleempatiënten toeschrijven (Sanavro 1982). Probleempatiënten worden vaker afhankelijk en niet coöperatief genoemd dan 'gemiddelde' patiënten. De lijst bevat zes 5-punts-items, met een hoge interne betrouwbaarheid: Cronbach's alpha, gemeten over 487 consulten van 10 artsen bedraagt .88. Voorts blijken de eerste vier items, waarmee de arts de patiënt beoordeelde op openhartigheid, zelfstandigheid, coöperativiteit en reële presentatie één factor te vormen, terwijl 'niet reële presentatie' met de twee laatste beoordelingen (zeurderig en somatiserend) een tweede factor vormt. Zie hiervoor verder het eerste interimrapport (Verhaak 1983).

4.3.4. Vragenlijst over de arts

Aan iedere patiënt die meewerkte aan de video-opnamen, werden vragenlijsten afgenomen waarmee we wilden meten welke taken op het gebied van psychosociale hulpverlening een patiënt voor de huisarts ziet weggelegd.

In de tweede plaats vulden ze een vragenlijst in die aangaf in hoeverre de patiënt vond dat de arts voor hem open stond. Ten slotte lieten we de patiënt beoordelen of hij vond dat de arts geïnteresseerd was en dat hij voldoende tijd voor de patiënt had en gaf de patiënt aan hoe lang hij bij de betreffende arts als patiënt stond ingeschreven.

Verwachte functiebreedte

De patiënt heeft een bepaald idee van het soort problemen dat hij aan de arts voor kan leggen: de verwachte functiebreedte, zoals Winkler Prins (1966) dit noemde. Dit begrip staat voor de taken op niet-medisch gebied welke de patiënt aan de arts toekent. Crebolder (1977) onderzocht de functiebreedte in een uitgebreider context. Hij ging na welke taken de patiënten van een toekomstig gezondheidscentrum toedachten aan huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, priesters, assistentes en anderen. De meeste taken - alle met betrekking tot onderwerpen die niet puur somatisch van aard waren - werden toebedeeld aan huisarts of maatschappelijk werker. In beide gevallen werd de functiebreedte die de patiënt aan de arts toekent gemeten door de patiënten een aantal vragen voor te leggen die betrekking hadden op niet strikt medische zaken. De patiënt gaf per vraag aan of dit een taak voor de huisarts is of niet (Winkler Prins), dan wel of dit een taak voor de huisarts, de verpleegkundige, de maatschappelijk werker, etcetera is (Crebolder). Wat inhoud betreft werd in beide onderzoeken naar dezelfde taken gevraagd.

In een pilotstudy werd door ons de vragenlijst van Crebolder aan 80 patiënten van vier huisartsen voorgelegd: één plattelandspraktijk, twee stadspraktijken, en één praktijk in een forensengemeente. Op grond van de resultaten werden vijf van de twaalf items geschrapt, omdat meer dan 85% van de respondenten in één categorie scoorde ('daarmee ga je naar de huisarts' dan wel 'daarmee ga je naar een andere hulpverlener');⁴ tevens was deze try-out aanleiding om de drie oorspronkelijke antwoordcategorieën: "daarmee ga je naar de huisarts", "daarmee kun je het beste naar een andere hulpverlener", "daarmee hoeft je niet naar een hulpverlener" om te zetten in twee: "daarmee ga je naar de huisarts" en "daarmee ga je niet naar

de huisarts".

Na afloop van het consult, waarvan een video-opname werd gemaakt, vulde de patiënt op wie de eerste klacht betrekking had deze vragenlijst in (uitzondering: kleine kinderen bij wie een ander als woordvoerder optrad, hier vulde de woordvoerder de vragenlijst in).

Cronbach's alpha over de zeven items bedroeg .62, (gemeten bij 1350 respondenten). Zie voor nadere gegevens het eerste interimrapport.

Beoordeelde openheid van de arts

Wanneer patiënten hun arts beoordelen zijn het niet zozeer zijn technische prestaties, maar veeleer zijn sociaal-emotionele vaardigheden die het patiëntenoordeel bepalen. In meerdere onderzoeken wordt gevonden dat het oordeel over het laatstgenoemde het andere oordeel voorspelt: uit de ondervonden zorg en belangstelling leidt men af of de dokter in technisch opzicht competent is (vergelijk Ben Sira (1980), Dimatteo e.a.(1980), Mechanic (1968). Tevredenheid van patiënten wordt veroorzaakt door een arts die meevoelt, luistert en de patiënten op zijn gemak stelt, niet door de technisch perfecte arts (vergelijk Cassee (1973), Vuori e.a.,(1972).

Philipsen (1979) heeft erop gewezen dat in de arts-patiënt-relatie zowel de instrumentele als de sociaal-emotionele component meespeelt, en dat de laatste steeds zwaarder gaat wegen naarmate het doel van de gezondheidszorg meer gezondheidsbevordering is geworden door ingrijpen in bestaande gedragspatronen en minder bestrijding van ziekte en gebrek. Het oordeel van de patiënt over de communicatieve vaardigheden van de arts zal daarom voor de patiënt medebepalen of hij de emotionele aspecten van zijn klachten met die arts wil bespreken.

Deze maat 'beoordeelde openheid' verschilt van de vorige 'functiebreedte' in twee opzichten. In het vorige geval werd geïnformeerd naar terreinen die de huisarts in het algemeen zou moeten bestrijken in de ogen van de patiënt; in het onderhavige geval wordt zeer nadrukkelijk geïnformeerd naar meningen over de eigen huisarts. Op de tweede plaats betreft het hier een zeer persoonlijke impressie van de patiënt, waar in het geval van de functiebreedte een min of meer zakelijke mening in het geding was.

Deze impressie is met de vragenlijstmethoden gemeten. Hiertoe zijn items uit de door Cassee samengestelde vragenlijst gebruikt.

Cassee heeft de oordelen van patiënten over hun arts geoperationali-

- seerd in een vragenlijst, waaraan hij vijf dimensies onderscheidde:
- Instrumenteel Het oordeel over het medisch-technische handelen.
 - Informatief Het oordeel over de mate waarin de arts uitleg geeft en vertelt wat er aan de hand is.
 - Communicatief Het oordeel over de mate waarin de arts de patiënt het gevoel geeft open kaart te kunnen spelen.
 - Diffuus Het oordeel dat de arts ook over andere zaken dan ziekte praat.
 - Afwerend Het oordeel over een houding, waaruit spreekt dat de arts geen tijd heeft en afstand tot de patiënt houdt.

Opgemerkt dient te worden dat deze dimensies nogal door elkaar heen lopen: bepaalde 'afwerende' items zijn negatief gepoolde communicatieve items, 'diffuus' en 'communicatief' lopen conceptueel door elkaar heen.

In eerste instantie zijn 13 items uit Cassee's vragenlijst gekozen welke betrekking hebben op de door de patiënt ervaren sociaal-emotionele vaardigheden van de arts. Deze zijn voorgelegd aan de 80 patiënten uit de genoemde pilot-study. Hiervan bleken er slechts enkele redelijk te spreiden. Deze zijn aangevuld met de naar inhoud meest 'communicatieve' items, die naar redactie enigszins werden gewijzigd om een grotere spreiding te bewerkstelligen. In totaal zijn zes 5-punts-items voorgelegd aan de patiënten, nadat ze de arts geconsulteerd hadden.

De aldus vastgestelde vragenlijst leverde desondanks een scheve verdeling op: patiënten beoordelen hun arts nu eenmaal positief. Teneinde deze scheefheid op te heffen zijn de items gedichotomiseerd (uiterst positief versus rest). De somscore (die in feite aangeeft hoeveel vragen een respondent uiterst positief beantwoord heeft) wordt in de analyse gebruikt. We realiseren ons dat de aangebrachte dichotomie tot vertekening kan leiden: respondenten met een extreme antwoordtendentie scoren onevenredig veel hoger dan respondenten met een gematigde antwoordtendentie maar overigens gelijke opvattingen. We gaan echter van de veronderstelling uit dat de antwoordtendenties van de patiënten gelijk verdeeld zijn bij de 30 artsen. Cronbach's alpha over deze gedichotomiseerde schaal bedroeg .71 bij 1420 gevallen. Voor gedetailleerde analyse van deze vragenlijst verwijzen we weer naar het eerste interimrapport.

Beoordeelde interesse en tijd

Iedere patiënt vulde tenslotte twee vragen in over de mate waarin hij vond dat de arts geïnteresseerd was (zeer geïnteresseerd-zeer ongeïnteresseerd) en dat de arts tijd voor hem had.

4.3.5 Klachtenbeoordeling door de arts

Klachtenomschrijving

De arts gaf van iedere klacht een omschrijving in termen van symptoom of diagnose. Een belangrijk deel werd vermeld in termen van klachten en symptomen. Deze werden centraal gecodeerd met behulp van het RFE-classificatiesysteem.

Klachtbeoordeling: somatisch-psychisch

Deze klachten werden door de huisarts van een oordeel voorzien dat betrekking had op de mate waarin psychosociale aspecten een rol speelden bij de betreffende klacht.

Door ons is geprobeerd verder te gaan dan een puur 1-dimensionale beoordeling 'somatisch-psychisch' en te proberen de door de arts waargenomen psychosociale oorzaken en gevolgen en het aldan niet belangrijk zijn van de somatische klachten mee te laten spelen.

De arts is daarom gevraagd de klacht binnen één van de volgende zes categorieën te plaatsen:

1. de klacht is somatisch
2. de klacht is somatisch maar heeft psychische aspecten
3. de klacht wordt somatisch gepresenteerd, ik denk dat er iets psychisch achterzit
4. de klacht wordt psychisch gepresenteerd, ik denk dat er iets somatisch achterzit
5. de klacht is psychisch maar heeft somatische bijverschijnselen
6. de klacht is psychosociaal.

Met deze beoordeling wordt 'interpretatie' vastgesteld.

Een aantal van McWhinney's functies (zie 2.2.1) zijn hierin terug te vinden. De patiënt die met name komt vanwege het ongemak scoort 1 of 6. De patiënt die komt voor zijn bezorgdheid scoort 2, degene die met zijn symptomen iets psychisch maskeert scoort 3. Administratieve en preventieve redenen van komst worden niet op deze schaal beoordeeld.

Klachtbeoordeling: trivialiteit

Ook gaf de arts van iedere klacht aan, of deze klacht wel doktersbe-

zoek rechtvaardigde. We beoogden hiermee de mate waarin de arts klachten triviaal en doktersbezoek eigenlijk onnodig vindt, te meten. Een variable waaraan gerefereerd is in het literatuurdeel (2.2.2 en 2.3.4), ontleend aan het werk van Gough (1977) en Mechanic (1974).

4.4. Observatie van de arts-patiënt-communicatie

4.4.1. Inleiding: observeren en observatiesystemen

Een belangrijk deel van de gegevens waaraan we de in hoofdstuk 3 geformuleerde hypothesen willen toetsen, ontleen we aan observatie van het vastgelegde gesprek tussen huisarts en patiënt. We zullen in deze paragraaf bespreken welke stappen gezet zijn om van video-opname tot indices van huisartsengedrag te geraken, en op welke theoretische overwegingen we onze operationalisatie baseren.

Voordat we hiertoe overgaan, wijden we een korte algemene beschouwing aan observatie als methode van dataverzameling en aan de keuzen die we daarbij gemaakt hebben.

Er is gekozen voor observatie, omdat we, naast de meningen van arts en patiënt, in ons te toetsen model een belangrijke plaats voor hun gedrag in het consult hebben ingeruimd.

Consequentie hiervan is dat, waar het observatiegegevens betreft, we ons moeten beperken tot die gegevens die voor iedereen waarneembaar zijn. Onderwerpen, waarvoor mogelijkerwijze kennis over de voorgeschiedenis nodig is of die interpretatie van de onuitgesproken zieleoerselen van arts of patiënt vereisen, blijven achterwege. De intentie die arts of patiënt met hun uitingen hebben, en de wisselwerking tussen beiden in dit opzicht, blijven zodoende eveneens buiten beschouwing. Ook zij opgemerkt dat van de observatoren nooit gevraagd is verder te gaan dan te beschrijven wat ze (denken te) zien. In ander observatie onderzoek ziet men wel dat de observator niet alleen aangeeft of bepaald gedrag voorkomt, maar ook of het op het juiste moment gebeurt (vergelijk Van Dorp, 1977). In andere gevallen is sprake van het al dan niet geïndiceerd zijn van bepaalde hulpverleningsstijlen in bepaalde situaties of fasen in het hulpverleningsproces (Vrolijk, Dijkema en Timmerman, 1972, Lang en Van der Molen, 1984). Onze observaties gaan niet zo ver; ze pretenderen niet meer dan het gesprek tussen arts en patiënt op een aantal dimensies beschrijvend weer te geven. Hiermee is niet gezegd dat aan deze beschrijving geen waarde-oordeel verbonden kan zijn.

Wanneer men gedrag wil beschrijven, stuit men op het probleem van de keuze van de observatie-eenheid (vergelijk Fassnacht, 1982). Men kan hetgeen zich in het consult afspeelt gedetailleerd of globaal weergeven. Men kan gedrag splitsen tot in zijn kleinste eenheden, en voor non-verbale communicatie 136 items gebruiken, zoals Brannigan en Humphries (geciteerd in Fassnacht) deden. Deze zogenaamde moleculaire benadering is niet ongebruikelijk in de ethologie. Men kan daarentegen gedrag ook benoemen in molaire eenheden, daarbij een aantal moleculaire eenheden samenvoegend tot een doelgericht geheel, betrekking hebbend op een persoon in zijn totaliteit (en niet op bijvoorbeeld zijn wenkbrauw- of armbewegingen) en in een bepaalde context.

Naast de keuze van een observatie-eenheid, heeft men ook te maken met de keuze van het observatiesysteem. Naast non-verbale systemen (voor ons doel verder niet interessant), onderscheidt Fassnacht de volgende:

- 'sign' systemen wanneer een bepaald fenomeen optreedt wordt het vastgelegd
- categorie systemen iedere optredende observatie-eenheid wordt binnen een categorie ondergebracht
- dimensionale systemen indien niet zonder meer gesteld wordt dat een fenomeen wel of niet optreedt, maar dit bovendien gekwantificeerd wordt
- structurele systemen waarbij het onderling verband in tijd en ruimte van diverse observatie-eenheden in beschouwing wordt genomen.

Wat betreft het kwantificeren zijn er dan nog verschillende mogelijkheden: time sampling, event sampling en beoordeling. In het eerste geval meet men de duur van het gedrag onder observatie, in het tweede geval de frequentie. Bij beoordeling is sprake van het toekennen van een bepaald gewicht aan het gemeten gedrag.

Wanneer we observatie-onderzoek naar arts-patiënt-gesprekken in beschouwing nemen, dan zien we dat de meeste mogelijkheden die hierboven in theorie geschetst zijn, in de praktijk ook voorkomen. Het meest geliefd zijn categoriesystemen. Hierbinnen treffen we opmerkelijke verschillen in abstractieniveau aan. Het meest in algemene termen vervat is de Resource Process Analysis, ontwikkeld door Longabough, toegepast door Katz (1969) en Themans (1982). Communicaties

betreffende relevante onderwerpen worden beschreven in dyadische termen 'zoeken-aanbieden' of 'vragen-weigeren'. Stiles' Verbal Response Mode (Stiles e.a. 1979) vertoont een zekere gelijkenis hiermee: ook hier worden dyades bestudeerd aan de hand van algemene (in dit geval grammaticale) eigenschappen.

Ook in zeer algemene termen gesteld, maar inhoudelijk wat meer op de hulpvrager-hulpverlenerssituatie gericht is de Interaction Process Analysis van Bales (1950). Dit systeem is waarschijnlijk het meest wijd verbreid binnen het huisartsgeneeskundig onderzoek. We treffen het - soms in licht gewijzigde vorm - onder meer aan bij De Boer (1973), Davis (1966, 1968), Smith, Polis en Hadac (1981), Korsch en Negrete (1972) en Stewart (1984).

De 12 categorieën van Bales zijn in algemene termen gestelde evaluaties van uitingen van de arts en de patiënt: 'helpt, beloont, toont solidariteit' of 'vraagt naar mening, evaluatie, analyse'. Ze hebben meer inhoud en vergen meer interpretatie dan de eerder genoemde Resource Process Analysis en Verbal Response Mode.

Roter (1977) gebruikte een systematiek die analoog is aan de Interaction Process Analyses, maar gaf de categorieën wat meer inhoud, 'toont instemming' of 'is het niet eens'. Bain (1976, 1977, 1979) maakte gebruik van de afleiding van Bales' systeem, die door Morrison en Cameron-Jones (1972) is ontworpen. Het geheel is simpeler, en telt slechts tien categorieën: 'arts stelt vraag', 'patiënt vraagt informatie' e.d.

Veel fijnmaziger en concreter zijn de categoriesystemen die Van Dorp (1977), Byrne en Long (1976) en Pridham en Hansen (1980) presenteren. In ± 40 tot ± 60 gedragscategorieën worden de mogelijke uitingen van de huisarts uiteengelegd. Evenals in alle andere genoemde categorie-systemen moet elke uiting in één der categorieën benoemd worden. Categorieën in deze systemen zijn b.v. 'gesloten vraag', 'reflectie' of 'kapt af'. In alle drie de gevallen is de inhoud van de categorieën vooral door communicatie-theoretische overwegingen bepaald. Bij Byrne en Long zou de gewogen optelling van alle uitingen de 'stijl' van de arts aangeven op de dimensie artsgericht-patiëntgericht.

In de meeste gevallen worden de frequenties waarmee de diverse categorieën voorkomen in beschouwing genomen, maar soms maakt men gebruik van een time sampling-methode (Pridham en Hansen): per tien seconden worden maximaal drie categorieën aangegeven. Zijn er minder

dan drie categorieën aanwezig in een bepaald interval, dan wordt aangenomen dat de laatste categorie 'over het interval heen' voortduurt.

We zien zo dat binnen de categorie-systemen zowel vrij molaire (Bales) als meer moleculaire (Byrne en Long, Pridham en Hansen) benaderingen voorkomen; de eenheid van observatie is een 'stuk tekst', een 'zin' of een 'uiting' maar dit kan bij sommige auteurs uitlopen tot een aantal zinnen over hetzelfde onderwerp.

Een heel andere schaalgrootte kennen die observatiesystemen, waarbij geen uitingen in categorieën worden ingedeeld, maar waar de observator een bepaald aspect van het consult beoordeelt. Mokkink, Smits en Grol (1982) meten het preventief handelen van de arts door een groot aantal nauw omschreven deelactiviteiten op het gebied van somatisch handelen, psychosociaal handelen en het hanteren van de arts-patiëntrelatie (b.v. 'anamnese', 'aandacht voor psychosociale aspecten', 'patiënt serieus nemen') te laten beoordelen als 'te veel', 'voldoende' of 'te weinig'. Den Hoed en Sluijs (1982) beoordeelden consulten op het vóórkomen van 22 deelaspecten van methodisch werken⁵. Barsky e.a. (1980) lieten een 19-tal uiteenlopende aspecten van het consult (variërend van gebruik van autoriteit door de arts tot vraagtechnieken) op 5-puntsschalen scoren. Hooper e.a. (1982) richtten zich op de communicatiestijl (informatie geven, ondervragen, aandacht, empathie, beleefdheid) welke ze op 4-puntsschalen lieten beoordelen. Deze meetinstrumenten hebben onderling gemeen dat ze het consult of een substantieel deel hiervan als eenheid van observatie hebben, dat het beoordeelde gedrag molair van karakter is (men moet als het ware interpreteren, bedoelingen inschatten, het gedrag in zijn context beschouwen) en dat men zo een globale indruk krijgt van het consult.

Andere, wat meetniveau betreft genuanceerde manieren om tot kwantitatieve gegevens te komen, zijn tijdmetingen (hoe lang zijn arts en patiënt aan het woord) en de meting van frequenties van uitingen, afwisselingen daarin, etc. zoals door Matarazzo in de 60-er jaren ondernomen is (Kruithof 1966). Thomassen en Woltring (1982) presenteren een zogenaamde reactief gespreksmodel, waarin het gesprek indyades wordt uiteengelegd (vgl. de aanpak van Katz) en vervolgens percentages dyades worden berekend die over bepaalde klachtenaspecten gaan, percentages openingen van een spreker, percentages openingen waar een respons op volgt, en percentages respons van een deel-

nemer waar een volgende opening van zijn kant op volgt. Deze maten - die het verloop van het gesprek aangeven - worden gekoppeld aan inhoudelijke elementen als oorzaak en gevolg van de klacht, verloop, etc.

Dergelijke kwantificaties zijn - los van verdere inhoud - abstract. Ten slotte treffen we beschrijvingen van observatiesystemen aan, waarbij het optreden van bepaalde fenomenen in een consult wordt vastgelegd, zonder dat naar uitputtendheid gestreefd wordt. Zulke 'sign-systems' zijn bijvoorbeeld gehanteerd door Van Lidth de Jeude (1971), Pendleton en Bochner (1980) en Raynes (1978).

Enige behartenswaardige opmerkingen over het gebruik van verschillende observatiesystemen zijn gemaakt door Carter e.a. (1982). Ze vergeleken Bales' systeem, Roter's aanpassing daarvan en Stiles' Verbal Response Mode in hun vermogen om kennis, 'compliance' en tevredenheid van patiënten te kunnen voorspellen. Hiertoe werden 100 consulten met bekende uitkomsten op alle drie manieren gemeten. Roter's systeem bleek de meeste voorspellingen waar te maken, dat van Stiles de minste. Carter e.a. concluderen dat het aanbeveling verdient dat observatiesystemen een duidelijke inhoudelijke component hebben, gericht op arts- en patiëntbegrippen: ze pleiten voor een holistische aanpak, in plaats van de abstracte, los van de klinische praktijk staande begrippen in Bales' en Stiles' systemen: "the focus of new systems might usefully retain some emphasis on language structure (e.g. open ended vs closed questions) but would hopefully deal with clinician and patiënt behaviour in larger 'units' of potential interest and importance" (Carter e.a., 1982, 566). Hun pleidooi voor meer inhoudelijke, theoretisch bepaalde studie van arts-patiëntcommunicatie wordt overgenomen door Tucket en Williams (1984) in een uitgebreide overzichtstudie. Bales zelf heeft er overigens ook op gewezen dat zijn systeem ontworpen is om groepsinteracties te bestuderen, en in eerste instantie niet om twee-gesprekken te analyseren. Slechts een deel van het ontwikkelde categorieënsysteem zou relevant zijn voor de data betreffende interacties tussen slechts twee personen (Stiles e.a., 1979). Stewart (1984) merkt met betrekking tot Bales' systeem op dat het met name nuttig is, wanneer men de emotionele toon van een consult wil treffen, en de inhoud van de interactie er minder toe doet.

Het moge duidelijk zijn dat meer concreet ingevulde categorieënsystemen, zoals dat van Byrne en Long aan bovengenoemde kritiek tegemoet treden, in die zin dat ze een lager abstractieniveau hebben. Ze geven het gedrag van arts en patiënt niet in grotere eenheden weer;

integendeel, het beeld wordt eerder microscopisch. Byrne en Long presenteren weliswaar hun detail-categorieën als onderdelen van één dimensie, maar hiertegen is aangevoerd dat het idee achter die dimensie (artsgerichtheid-patiëntgerichtheid) op zich waardevoller is dan de door hen voorgestelde operationalisatie (Buys, Sluijs en Verhaak, 1984).

Van de diverse beoordelingsschalen kan gesteld worden dat ze veel beter voldoen aan de eis om inhoudelijke betekenis aan het handelen van de arts te geven dan de moleculaire categoriesystemen. Daar staat tegenover dat er alle meettechnische nadelen van molaire categorieën en van beoordelingsschalen aan kleven. Het toekennen van een schaalwaarde vereist interpretatie, betrouwbaarheden tussen beoordelaars zijn veel lager, dan wanneer men gebeurtenissen laat turven of categoriseren. Bij Morkink e.a. zijn betrouwbaarheden rond .50 geen uitzondering, Den Hoed en Sluijs scoren vaak boven de .80, maar geven ook een aantal coëfficiënten van .50 en lager. Van Dorp geeft een overzicht waaruit hij concludeert dat de gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij dit soort schalen rond de .50 ligt. Betrouwbaarheden van zogenaamde 'checklist gegevens' (komt een gebeurtenis of categorie voor?) variëren daarentegen bij Van Dorp tussen de .84 en .90, bij Byrne en Long's systeem in \pm 80% van de gevallen tussen .66 en .87 (Buys, Sluijs en Verhaak, 1984), bij tijdscores en de afgeleiden daarvan veelal tussen .75 en .95 (Kruihof 1966); Stiles' Verbal Response Mode leverden gemiddelde overeenstemmingsscores tussen de 75% en 85% op (Stiles e.a., 1979). De Boer vermeldt van Bales' systeem een lagere overeenstemming: 61% (De Boer, 1973).

In het door ons uitgevoerde onderzoek is prioriteit verleend aan de inhoudelijke relevantie, zoals in de volgende paragrafen zal blijken. Hoewel niet geschuwd is om waar mogelijk ook zo objectief mogelijk te meten (tijdsmetingen, tellen van diverse soorten uitingen), leunt het observatieprotocol sterk op holistische en globale categorieën, die door middel van beoordeling worden vastgesteld. Een ander algemeen principe dat het observatieprotocol beheerst betreft het object van observatie.

Door de consulten te observeren, willen we op de eerste plaats een aantal aspecten van de communicatiestijl van de arts vaststellen. Zoals in hoofdstukken 2 en 3 ook naar voren kwam, is hierbij sprake van een eenzijdige gerichtheid op de arts: we zien af van de inbreng van de patiënt. Dit gaat in tegen de systeemtheoretische opvattingen

van communicatie, waarin communicatief gedrag van de één niet los gezien kan worden van de ander (Watzlawick, Beavin en Jackson, (1972). We hebben het toch gedaan, op de eerste plaats omdat we in dit onderzoek geïnteresseerd zijn in verschillen tussen artsen. We veronderstellen daarbij dat, gezien het grote aantal gesprekken per arts, de invloed die de individuele patiënt op het gedrag van een arts heeft, over alle consulten heen geneutraliseerd zal worden.

We zullen nu overgaan tot de bespreking van ons observatieprotocol. Daartoe komen eerst in 4.4.2. de begrippen ter sprake welke we uit de observaties willen afleiden. In 4.4.3. bespreken we de 'anatomie' van het consult: de indeling die door ons is aangebracht om vast te kunnen stellen op welke momenten bepaalde begrippen relevant zijn. Paragraaf 4.4.4. bevat de operationalisaties. De betrouwbaarheid waarmee het observeren geschiedde, komt in 4.4.5 aan de orde.

4.4.2. De te meten begrippen

Met het hier te beschrijven observatieprotocol zullen we de volgende aspecten van het gedrag van de arts ten opzichte van de patiënt vaststellen.

Op de eerste plaats zijn daar de elementen die in ons onderzoeksmodel een verklarende rol kregen toebedeeld:

- de mate waarin de arts het consult structureert
- de mate waarin de arts aan de patiënt invloed toekent
- de mate waarin de arts affectief gedrag ten opzichte van de patiënt laat zien
- de mate waarin de arts stuurt in zijn zoeken naar achtergronden van de klacht.

Op de tweede plaats inventariseren we met behulp van observatie welke klachten feitelijk besproken worden.

Op de derde plaats stellen we door observatie vast hoe psychosociale klachten worden behandeld.

4.4.3. De anatomie van het consult

Alvorens tot benoeming van te observeren eenheden of te beoordelen categorieën over te gaan, dient een aantal beslissingen toegelicht te worden over de wijze waarop het consult is ingedeeld. Een aantal te observeren variabelen moet aan bepaalde klachten of aan betreffende gespreksfragmenten (vergelijk 4.1) gekoppeld te worden.

Andere auteurs delen consulten in in een diagnostische en een beslissingsfase (Byrne en Long 1976), een verhelderings- en beleidsfase (Grol e.a. 1985) of een fase 'medical history', een fase 'phy-

sical examination', en een fase 'conclusion'. Het gedrag van de arts in deze verschillende fases kan sterk verschillen (vergelijk Byrne en Long, of voor het verschil tussen gesprekstijlen in somatische en psychosociale gespreksfragmenten: Bensing en Verhaak (1980b).

We hebben de consulten op de volgende manier vóórgestructureerd:

- De observator stelt vast welke klachten in het consult optreden; per klacht wordt de leeftijd en het geslacht van de betreffende patiënt vastgesteld. Ook omschrijft de observator de benoeming van de klacht (in termen van RFE), geeft hij aan of het op initiatief van de patiënt of van de arts ter sprake komt en of het primair of secundair is. Een secundaire klacht is een klacht waarvan de indruk bestaat dat men er niet speciaal voor naar de huisarts was gegaan, maar dat, nu men er toch is, deze ter sprake wordt gebracht.

Per klacht worden vervolgens een aantal oordelen vastgesteld.

Voor de volgende stappen wordt de z.g. 'tijd buiten beeld' (meestal in de onderzoekskamer) buiten beschouwing gelaten.

- De observator stelt vast welke van de onderstaande gespreksfragmenten optreden:

Een consult bestaat uit een of meerdere fragmenten. Bepalend voor het soort fragment is de gespreksinhoud:

somatisch; er wordt over de klacht gesproken in verband met het lichamelijk functioneren.

psychosociaal; er wordt over de klacht gesproken in verband met het psychisch of sociaal functioneren.

gemengd; er wordt over de klacht gesproken in verband met lichamelijk functioneren, maar dit heeft een psychosociale functie: geruststelling, uitleg, e.d.

administratief; er wordt niet inhoudelijk over klachten gesproken, maar over procedures: (met betrekking tot laboratorium, ziekenhuisbezoek, medicijnafgifte e.d.). Daarnaast valt brieven schrijven en telefoneren onder het 'administratieve' fragment.

social talk; er wordt gesproken over niet relevante onderwerpen, dat wil zeggen onderwerpen waar de arts niet beroepsmatig bij betrokken geacht kan worden te zijn (vakanties e.d.). Ook het praten over de video-opname valt onder deze categorie.

Per fragment wordt vastgesteld welke klachten daarbinnen vallen.

De te meten 'procesuitingen' worden vervolgens aan de fragmenten gekoppeld. Per fragmentwisseling wordt vastgesteld of dit op initiatief van arts of patiënt gebeurt.

- Ten slotte spreekt de observator zijn oordeel uit over de inbreng die de patiënt krijgt op de indeling van Byrne en Long: inbreng in de diagnostische fase wordt onderscheiden van inbreng in de beslissingsfase. Hij doet dit per klacht.

De observator classificeert, beoordeelt en telt aldus. Ten slotte verricht hij nog een aantal tijdmetingen: de duur van het consult en van ieder fragment wordt met behulp van chronometers vastgelegd. Per fragment worden voorts de aankijktijd van de arts en de spreektijd van arts en patiënt vastgelegd.

4.4.4. De gemeten variabelen: omschrijving en operationalisatie

In 4.4.2 (en eerder al in hoofdstuk 3) onderscheidde we 4 verklarende variabelen waarvan hieronder eerst de operationalisaties volgen (vergelijk ook het observatieprotocol in bijlage 5).

Mate waarin de arts het consult structureert

Op twee niveau's wordt beoordeeld of de arts systematisch werkt. Voor iedere klacht wordt nagegaan of de arts onderzoekt wat de echte hulpvraag is (vraagverheldering), of hij het probleem nader onderzoekt (probleemdefinitie) en of hij een plan opstelt om het probleem te verhelpen (plan). Volgens Den Hoed en Sluijs (1982) kan een consult in grote trekken geacht worden uit deze drie fasen opgebouwd te zijn. Waar zij vervolgens deze aspecten inhoudelijk beoordelen, beperken wij ons tot het vaststellen van het vóórkomen van ieder der aspecten. De volgende scoringsregels golden daarbij:

Vraagverheldering:

Ja, als de arts de motieven bespreekt voor de komst van de patiënt (bijvoorbeeld: "wat wil je dat ik voor je doe"), of die expliciet bevestigt als ze in het verhaal van de patiënt verweven zitten, ook achteraf.

Nee, als de arts niet expliciet de motieven voor de komst van de patiënt bespreekt of bevestigt.

Niet van toepassing:

In een aantal gevallen is het motief bij voorbaat duidelijk of kan redelijkerwijs niet van de arts verwacht worden dat hij naar onderliggende motieven gaat zoeken, zoals bij contrôles, keuringen, afgesproken herhaalconsulten of vragen ten behoeve van derden. In deze gevallen is geen vraagverheldering gescoord.

Probleemdefinitie:

Ja, als de arts de klacht onderzoekt door middel van praten of li-

chamelijk onderzoek of de probleemdefinitie van de patiënt bevestigd.

Nee, de arts doet niets om de klacht te onderzoeken, hij gaat er niet op in.

Niet van toepassing, bij sommige klachten is het probleem al gedefinieerd (uitslag van onderzoek), kan geen probleemdefinitie plaatsvinden (vragen met betrekking tot derden), is er geen sprake van een te definiëren probleem (keuringen) of de probleemdefinitie is te kort om duidelijk ja of nee te scoren.

Plan:

Ja, er wordt beslist of afgesproken welke therapie wordt ingesteld of welke andere maatregelen worden genomen en/of de arts vertelt de prognose van de klacht.

Nee, de arts stelt geen therapie voor, vertelt niets over wat de patiënt te verwachten heeft, of maakt er zich van af.

Niet van toepassing, er hoeft geen plan opgesteld te worden (keuringen) of de planfase is te onbeduidend om duidelijk ja of nee te scoren.

Naast deze vaststelling, die voor iedere geobserveerde klacht geschiedt, wordt op de tweede plaats het consult in zijn geheel beoordeeld op de vraag of de arts alle gepresenteerde klachten één voor één behandelt.

Brengt de arts structuur aan:

Ja, de arts behandelt klachten na elkaar, of hij zegt van tevoren bijvoorbeeld eerst alle lichamelijk onderzoek te zullen verrichten en daarna te vertellen wat de behandeling zal zijn.

Nee, de arts schept geen orde in de klachtenreeks; hij gaat bij voorbeeld van de derde weer naar de eerste klacht, om daarna nog eens terug te komen op de tweede klacht.

Gedeeltelijk, de arts brengt structuur aan maar komt toch weer met nieuwe punten over een al behandelde klacht.

Niet van toepassing, er is maar één klacht.

Structurering van het consult, zoals dat bijvoorbeeld binnen het methodisch werken wordt nagestreefd, wordt vooral bepaald in ons observatieprotocol door - per klacht gemeten - aanwezigheid van vraagverheldering en het zo nodig achter elkaar behandelen van diverse klachten.

De mate waarin de arts aan de patiënt invloed toekent

Dit betreft de dimensie welke door Byrne en Long (1976) wordt uitgedrukt in hun 'power-shift model'. Aan het ene uiterste is de arts autoriteit die de patiënt oplegt wat hem mankeert en wat de behandeling moet zijn; aan de andere zijde treffen we arts en patiënt aan, gezamenlijk speurend naar de achtergronden van de klacht, en overlegend over mogelijke behandelingen. In aansluiting op eerder geformuleerde kritiek op de wijze waarop Byrne en Long de stijl van de arts meten (Buys, Sluijs, en Verhaak, 1984) meten we deze stijl door een over-all oordeel uit te spreken. We doen dit per klacht en afzonderlijk voor de inbreng in de diagnostische fase en in de therapeutische fase (zie 4.4.3.). Per klacht worden op de onderstaande wijze dus twee oordelen vastgesteld.

De inbreng bij de diagnose:

1. (minste inbreng) arts onderzoekt de klacht zonder nadere uitleg
2. arts onderzoekt de klacht en vertelt waarom
3. arts onderzoekt de klacht en betreft daarbij de ideeën die de patiënt daarover heeft
4. arts onderzoekt de klacht en zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft
5. (meeste inbreng) arts laat de patiënt ideeën naar voren brengen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

De inbreng bij behandeling:

1. (minste inbreng) arts bepaalt een behandeling en geeft hierbij geen toelichting
2. arts bepaalt de behandeling en vertelt waarom
3. arts bepaalt de behandeling en betreft daarbij de mening van de patiënt
4. arts bepaalt de behandeling, maar zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft
5. (meeste inbreng) arts laat de patiënt de behandeling bepalen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

Indien bij de vaststelling van de structurering blijkt dat 'vraagverheldering' en 'probleemdefinitie' ontbreken dan is de 'inbreng bij diagnose' niet van toepassing. Wanneer 'plan' ontbreekt, is de inbreng bij behandeling niet van toepassing.

Affectief gedrag

Het affectief gedrag van de arts, voor zover afgeleid uit observatie (N.B. De patiënt beoordeelde het ook in een vragenlijst, zie 4.3.4), is voor ieder somatisch, psychosociaal en gemengd gespreksfragment afzonderlijk vastgesteld.

We beoordelen **interesse** op een 5-puntsschaal:

1. zeer ongeïnteresseerd
2. ongeïnteresseerd
3. neutraal
4. geïnteresseerd
5. zeer geïnteresseerd

De **non-verbale aandacht**, de houding, het toegewend zijn, het ontbreken van storend gerommel wordt beoordeeld als:

1. negatief
2. neutraal
3. positief

Daarnaast wordt het aankijken door de arts gemeten door tijdmeting. De maat is de ratio van aankijktijd/mogelijke aankijktijd, hetgeen bij een normaal consult de totale duur van het consult in de spreekkamer is. Wanneer de arts gaat lopen, in een oor kijkt of bloeddruk opneemt kan hij echter niet aankijken, hiervoor is dus gecorrigeerd. De **aandacht** van de arts is ook gemeten door het aantal a-specifieke uitingen die aangeven dat de arts de patiënt begrijpt en volgt (hummelen, knikjes, ja-ja) te tellen. Tevens wordt het aantal uitingen waarmee de arts aangeeft dat hij begrijpt wat de patiënt doormaakt (uitingen die de gevoelens van de patiënt reflecteren) geteld: een score van **empathie**.

De mate waarin de arts stuurt

Ook dit wordt per fragment vastgesteld; het wordt op de eerste plaats afgeleid uit het gebruik van procesuitingen door de arts. Procesuitingen zijn uitingen van de arts die de bedoeling hebben bij de patiënt een verbale reactie uit te lokken: ze kunnen er op gericht zijn de patiënt iets te laten vertellen of juist hem af te remmen.

In volgorde van directiviteit onderscheiden we:

Volgende uitingen: uitingen van de arts waarmee hij aangeeft dat hij begrijpt wat de patiënt doormaakt.

Aanmoedigen om door te praten: uitingen van de arts die de patiënt aanmoedigen door te praten over het aangesneden onderwerp door bijvoorbeeld het stellen van open vragen over het onderwerp, het parafraseren van wat de patiënt vertelt (gevolgd door stilte).

Gesloten vragen: uitingen van de arts die van de patiënt een duidelijke, en beperkte informatie vragen (bijvoorbeeld ja of nee). hebben het verhaal van de patiënt af te remmen: interrupties, negeren of afhouden.

Met de volgende uitingen aan het ene uiterste en de remmende aan het andere, vormen deze procesuitingen een reeks, waarbij aan de ene kant de patiënt zijn eigen verhaal vertelt, in het midden de patiënt het verhaal vertelt waarom de arts hem vraagt, en aan de andere kant de patiënt zijn verhaal niet kan vertellen. Enigszins los hiervan staat een laatste, zeer belangrijke categorie procesuitingen:

Aansnijden van nieuwe onderwerpen: uitingen waarmee de arts een nieuw onderwerp ter sprake brengt dat nog niet aan de orde is geweest, door bijvoorbeeld over de psychische kanten van de lichamelijke klacht te beginnen of omgekeerd: door naar klachten te vragen die niet binnen het probleemgebied van de patiënt vallen of door in het algemeen te vragen of de patiënt nog over andere zaken wil praten.

Al deze uitingen worden geteld; we hanteren zowel de ruwe scores: aantal keren dat een bepaalde uiting in een bepaald fragment voorkomt, als de score met tijdscorrectie: aantal uitingen per 10 minuten. Overigens bleek eerder (Verhaak 1984b, 34 en 44) dat deze tijdscorrectie weinig aan de resultaten verandert.

Als maat voor het sturen van de arts gebruiken we:

1. de ratio gesloten + remmen / volgen + aanmoedigen
2. de frequentie van aansnijden van nieuwe onderwerpen
3. de mate waarin de arts het initiatief neemt tot wisseling van gespreksfragment.

Behalve de manier waarop de arts de patiënt tegemoet treedt wordt door de observatoren ook vastgesteld of hij ingaat op psychosociale klachten en op welke wijze hij dit doet. Hiermee wordt 'behandeling' vastgesteld. Iedere klacht wordt hiertoe door de observatoren op dezelfde schaal beoordeeld als de artsen gedaan hebben (zie 4.3.5). Wanneer arts en/of observator de klacht niet puur somatisch noemen, beoordeelt de observator de volgende aspecten:

De arts gaat niet in op psychosociale aspecten:

1. de arts praat alleen over somatische aspecten, uit niets wordt duidelijk dat hij of de patiënt aan psychische of sociale aspecten denkt.
2. De patiënt laat door verbale of non-verbale hints blijken dat er wel psychische of sociale aspecten meespelen, maar de arts ne-

negeert deze;

3. Restcategorie van alle andere manieren waarmee de arts niet in gaat op psychosociale aspecten van het klachtencluster.

De arts gaat wel in op psychosociale aspecten

1. Door middel van somatische aanpak. De arts heeft de rol van psychosociale aspecten onderkend en heeft besloten dat daar het best aan tegemoet kan worden gekomen door:
 - a. medicijnen voor te schrijven (slaapmiddelen, tranquillizers);
 - b. de patiënt te verwijzen naar een niet-psychosociale hulpverlener; bijvoorbeeld naar een specialist om angst voor een ziekte weg te nemen, of naar een fysiotherapeut om zich te leren ontspannen.
2. Door het geven van algemene adviezen.
3. Door de patiënt te verwijzen naar een hulpverlener op het gebied van de GGZ.
4. Door de patiënt op eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid te wijzen; hem zelf het probleem te laten oplossen.
5. Door te (laten) praten over de psychosociale aspecten. Hier worden nog zes subcategorieën onderscheiden, te weten:
 - a. aanhorend de arts laat de patiënt praten zonder er verder iets aan toe te voegen
 - b. geruststellend de arts probeert de door hem onderkende angst of ongerustheid te verminderen
 - c. steunend de arts erkent de zwaarte van het probleem, zonder naar verbetering te (kunnen) zoeken
 - d. explorerend de arts probeert door middel van vragen het probleem te analyseren en naar mogelijke oplossingen te zoeken
 - e. inzichtbevorderend de arts verklaart het verband tussen probleem of gedrag (en legt uit waarom zijn voorgestelde oplossing zou kunnen helpen)
 - f. gedragsveranderend de arts probeert de patiënt ander gedrag aan te leren als oplossing van het probleem.

4.4.5. Betrouwbaarheid van de observaties

Betrouwbaarheid is een "maat die uitdrukt in hoeverre een meting constant blijft wanneer deze herhaald wordt onder omstandigheden die constant geacht worden" (Kaplan, 1964, 200). We hebben de betrouwbaarheid waarmee de in 4.4.4 besproken variabelen geobserveerd zijn op twee manieren onderzocht.

In de eerste plaats zijn consulten door vier observatoren gezamen-

lijk gescoord; deze consulten telden 204 klachten en 177 consultfragmenten. De overeenstemming van de observatoren is uitgedrukt in een aantal associatiematen: phi of Cramer's V is gebruikt om de overeenstemming te bepalen voor de beoordelingsmaten die op nominaal of ordinaal niveau zijn gemeten; de overeenstemming voor de telbare procesuitingen is vastgesteld met behulp van Pearson's produkt-moment correlatiecoëfficiënt.

Op deze wijze is de overeenstemming **tussen** observatoren vastgesteld. In de tweede plaats is onderzocht of dezelfde observator ongeveer anderhalf jaar later dezelfde scores toekende als in eerste instantie geschiedde. Drie observatoren herhaalden hiertoe de beoordeling van in totaal 86 consulten (148 klachten, 112 fragmenten). Dezelfde associatiematen werden gebruikt als bij de vaststelling van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Overeenstemming met betrekking tot variabelen die op consultniveau gemeten worden, is zonder verdere problemen vast te stellen, omdat het object van observatie ondubbelzinnig vaststaat.

Dit geldt niet voor de variabelen die betrekking hebben op klacht of fragment. Het is immers mogelijk dat de ene observator meer klachten binnen een consult onderscheiden heeft dan de ander of het consult in andere fragmenten heeft ingedeeld. Hetzelfde geldt uiteraard voor de observator die na anderhalf jaar nogmaals hetzelfde consult observeert en van beoordelingen voorziet. De overeenstemmingsmaten die we vermelden hebben alleen betrekking op die klachten respectievelijk fragmenten die door minstens een paar observatoren zijn beoordeeld. Het percentage overeenstemming tussen de observatoren over het optreden van een klacht was 80%, over het optreden van een fragment 82%. In de test-retest situatie bedroegen de overeenstemmingspercentages 86% respectievelijk 87%.

In de volgende tabel zien we wat de overeenstemming tussen observatoren en tussen twee waarnemingen op verschillende tijdstippen van één observator met betrekking tot de verschillende besproken maten is geweest. Bij de overeenstemming tussen observatoren past de volgende opmerking.

Hier is telkens sprake van zes overeenstemmingsmaten (namelijk zes mogelijke combinaties van paren uit de groep van vier observatoren), waarvan het gemiddelde genomen is. Omdat bij het gemeenschappelijk scoren niet altijd alle vier de observatoren betrokken waren hebben niet alle paren betrekking op alle klachten of fragmenten. Het minimum aantal waarnemingen van één paar bedraagt 49.

We vermelden de betrouwbaarheidsmaten voor die variabelen die bij

Tabel 4.1.: overeenstemming tussen en binnen observatoren

variabele	associatie- maat	tussen observa- toren	N*	test- retest	N**
behandelt de arts de klachten achter elkaar?	Phi	.35	78-34	.66	42
doet de arts aan vraagverheldering?	"	.41	86-49	.54	118
inbreng van de patiënt bij de probleemdefinitie	Cramer's V	.40	91-47	.45	107
inbreng van de patiënt bij de vaststelling van het plan	"	.42	98-55	.44	116
interesse van de arts	"	.51	93-55	.68	112
aankijken van de arts	"	.44	93-52	.47	112
a-specifieke uitingen	Pearson's corr	.89	99-56	.81	112
empathische uitingen	"	.53	99-56	.88	112
aanmoedigen tot doorpraten	"	.64	99-56	.53	112
gesloten vragen	"	.83	99-56	.85	112
remmende opmerkingen	"	.35	99-56	.66	112
aansnijden van nieuwe onderwerpen	"	.43	99-56	.50	112
totaal aantal procesuitingen	"	.87	99-56	.86	112
ingaan op psychosociale asp.	Cramer's V	.70	31-18	.56	74
passieve gespreksvoering (aanhoren, geruststellen, of steunen)	"	---	---	.56	74
actieve gespreksvoering (exploreren, inzicht bevorderen of gedrag veranderen)	"	---	---	.56	74

* De hoogste en laagste N van de zes paren worden vermeld.

** N varieert omdat niet iedere variabele in alle gevallen van toepassing is.

het vaststellen van de communicatiestijl van de arts van belang geacht worden (zie hoofdstuk 5), of betrekking hebben op de behandeling van psychische klachten. We behandelen alleen die variabelen die niet zeer scheef verdeeld zijn.

De samenhangen zijn - zeker tussen de observatoren - niet hoog. Dit was in zoverre ook te verwachten, omdat, zoals we al eerder opmerkten, het geven van een oordeel, ook na uitgebreide instructie, nooit zo betrouwbaar kan geschieden als het tellen van moleculaire eenheden. We hebben op die plaats echter ook uitgesproken de voorkeur te geven aan inhoudelijke relevantie boven meettechnische perfectie. Enige woorden ter relativering mogen ook wel aan deze uitkomsten gewijd worden.

De gegevens met betrekking tot de betrouwbaarheid tussen observatoren werden aan het begin van de observatieperiode verzameld. De eerste helft hiervan vormt ook het begin van het "echte" observeren. De onderlinge besprekingen die op gezette tijden gedurende de hele observatieperiode plaatsvonden, leverden de tweede helft van de gezamenlijk gescoorde consulten op. Vergelijking van deze twee helften leert dat in de tweede helft de onderlinge overeenstemming toegenomen was (vergelijk het tweede interimrapport, bijlage I).

In de tweede plaats zijn de consulten zodanig over de observatoren verdeeld dat het observatoreffect zoveel mogelijk geneutraliseerd werd. Iedere observator nam van iedere arts eenzelfde proportie consulten voor zijn rekening. In het tweede interimrapport is voor iedere variabele afzonderlijk nagegaan of er sprake was van een significant observatoreffect, en indien dit het geval was, is nagegaan of gevonden verschillen tussen artsen verdwenen na contrôle voor dit observatoreffect. Dit bleek nooit het geval te zijn; we hebben hieruit de conclusie getrokken dat de gelijkmatige verdeling van observatoren over de artsen succesvol is geweest.

4.5. Het onderzoeksmateriaal

4.5.1. Het bestand waarop het onderzoek gebaseerd is

Tabel 4.2 (zie volgende pagina) geeft voor de 30 artsen een overzicht van het aantal consulten, klachten, somatische en psychosociale gespreksfragmenten, waarop we onze analyses baseren.

Letten we op de aantallen, dan kunnen we constateren dat van iedere arts voldoende consulten, klachten en somatische fragmenten aanwezig zijn, om er gegevens aan te ontleen. Dit geldt niet voor het aantal psychosociale fragmenten: bij vier artsen is dat kleiner dan tien, hetgeen onvoldoende is om er op geaggregeerd niveau gegevens aan te ontleen: de kans op toeval is te groot. Wanneer er uitspraken over psychosociale fragmenten per arts gedaan zouden worden, laten we de-

Tabel 4.2.: aantal consulten, klachtenclusters en fragmenten per arts

arts	aantal consulten	aantal klachten	klacht/ consult	aantal somat. fragment	somat. fragm./ consult	aantal psych. fragment	psychisch fragment/ consult
1	35	64	1.8	35	1.00	4	.11
2	47	87	1.9	46	.97	10	.21
3	64	109	1.7	64	1.00	17	.27
4	54	101	1.9	51	.94	17	.32
5	58	91	1.6	57	.98	3	.05
6	58	111	1.9	56	.97	11	.19
7	54	106	2.0	51	.94	17	.32
8	55	106	1,9	53	.96	26	.47
9	50	94	1.9	45	.90	17	.34
10	53	102	1.9	50	.94	18	.34
11	55	99	1.8	51	.93	24	.44
12	55	111	2.0	52	.95	15	.27
13	48	93	1.9	47	.98	17	.35
14	34	84	2.5	32	.94	21	.62
15	67	141	2.1	59	.88	30	.45
16	50	81	1.6	46	.92	8	.16
17	57	98	1.7	51	.95	14	.25
18	53	95	1.8	51	.96	20	.38
19	56	121	2.2	51	.91	24	.43
20	53	106	2.0	49	.93	16	.30
21	46	76	1.7	39	.85	18	.39
22	49	69	1.4	37	.76	19	.39
23	56	99	1.8	55	.98	17	.30
24	45	87	1.9	41	.91	17	.38
25	54	88	1.6	50	.93	16	.30
26	56	94	1.7	51	.91	17	.30
27	55	106	1.9	46	.84	18	.33
28	49	75	1.9	45	.92	8	.16
29	50	96	1.9	48	.96	13	.26
30	53	89	1.7	52	.98	10	.19
totaal	1569	2879	1.8	1461	.93	482	.31

ze vier artsen buiten beschouwing.

Letten we op verschillen tussen de artsen dan geldt dat het aantal klachten per consult en het percentage consulten met minstens één somatisch fragment niet zeer sterk uiteenlopen: de meeste artsen zien per consult 1.7 à 2 klachten. Vrijwel iedere arts praat in bijna al zijn consulten (ook) over somatische onderwerpen. De mate waarin ze over onderwerpen van psychische of sociale aard praten verschilt sterk: van minder dan 10% van de consulten tot meer dan 60%.

In een consult kunnen één tot vier patiënten optreden. We hebben met meerdere patiënten te maken wanneer bijvoorbeeld een ouder met kinderen komt, en allen klachten presenteren. De woordvoerder staat als eerste patiënt opgevoerd. De leeftijdsverdeling over alle consulten van de patiënten is als volgt:

Tabel 4.3.: leeftijdsverdeling van woordvoerders, tweede en derde, vierde bezoekers, algemeen⁶

leeftijdscategorie	woordvoerder		2e bezoeker		3e, 4e bez.	
	n	%	n	%	n	%
≤ 20 jaar	182	11.6%	196	71,8%	33	79%
21-30 jaar	352	22.5%	14	5,1%	6	14%
31-40 jaar	352	22.5%	32	11.7%	2	5%
41-50 jaar	241	15.4%	8	2.9%	1	2%
51-60 jaar	206	13.2%	11	4.1%		
61-70 jaar	120	7.7%	5	1.8%		
≥ 71 jaar	111	7.1%	7	2.6%		
totaal ⁷	1564		273		42	
\bar{x}	42.2		18.0		9.3	
s.d.	17.5		20.8		11.4	

Wanneer we de leeftijd van de woordvoerder als leeftijdsmaat hantieren, dan varieert de gemiddelde leeftijd van de patiënten tussen de artsen van 31 jaar tot 48 jaar. De groep jonge bezoekers (jonger dan 20 jaar) is sterk ondervertegenwoordigd: tot ongeveer 12 jaar is het meestal de begeleider (die zelf overigens ook meestal klachten presenteert) die het woord doet. Wanneer we gespreksfragmenten bestude-

ren wordt de leeftijd van de woordvoerder hierbij betrokken. Wanneer oordelen over de klacht het onderwerp van analyse zijn, wordt de leeftijd van de betreffende patiënt hierbij betrokken. Bij oordelen over het gehele consult betrekken we de leeftijd van de woordvoerder. Hier is sprake van een arbitraire keus, welke echter - bij meerdere bezoekers met klachten - onvermijdelijk is. Overigens wijkt de verdeling per arts nauwelijks af van de leeftijdsverdeling van alle patiënten op wie een klacht betrekking heeft. In dit geval worden enerzijds kleine kinderen, wanneer het hun klacht betreft wél meegerekend, maar tellen anderzijds bejaarden, die relatief vaker meer klachten presenteren ook vaker mee. Daarnaast wijzen we er op dat 83% van alle consulten maar één bezoeker telde.

Gezien de verschillen in leeftijdsopbouw zullen we in de analyses steeds een mogelijk leeftijdseffect onderzoeken.

De verdeling naar geslacht, over het gehele bestand ziet men in tabel 4.4.

Tabel 4.4.: geslachtsverdeling van woordvoerders, tweede en derde/ vierde bezoekers, algemeen en per arts

totaal						
geslachtscategorie	woordvoerder		tweede bezoeker		derde/vierde bezoeker	
	n	%	n	%	n	%
man	592	38%	138	51%	21	50%
vrouw	967	62%	135	49%	21	50%

De verschillen tussen artsen zijn in dit opzicht aanzienlijk (variërend van 58% mannen tot 23% mannen). Wanneer we per klacht het geslacht in beschouwing nemen, wordt de spreiding tussen de artsen er niet minder op: er worden nu iets meer kleine jongetjes meegeteld, voor wie de moeder het woord deed, anderzijds tellen relatief veel vrouwen met meer klachten nu vaker mee. Op dezelfde wijze als voor leeftijd zullen we in de volgende analyses voor geslacht controleren.

Ten slotte geven we in tabel 4.5 het percentage van de klachten aan dat op initiatief van de patiënt gepresenteerd wordt en dat in psychische of sociale terminologie verwoord wordt: het openlijk

psychosociale klachtenaanbod. Het is gebaseerd op hetgeen de observator uit de mond van de patiënt optekende.

Tabel 4.5.: psychische en sociaal klachtenaanbod bij de verschillende artsen (op initiatief van de patiënt)

arts	psychisch sociaal			arts	psychisch sociaal		
	N	%	%		N	%	%
01	56	5%	0%	16	66	8%	3%
02	75	7%	4%	17	85	5%	4%
03	98	3%	5%	18	77	5%	4%
04	91	7%	1%	19	91	4%	4%
05	75	1%	1%	20	86	2%	3%
06	91	5%	2%	21	70	6%	9%
07	91	9%	2%	22	60	8%	8%
08	92	8%	4%	23	77	3%	5%
09	77	10%	0%	24	73	10%	1%
10	92	5%	4%	25	67	3%	3%
11	85	8%	2%	26	70	7%	3%
12	99	6%	5%	27	68	7%	9%
13	70	10%	4%	28	66	3%	2%
14	65	6%	6%	29	81	2%	2%
15	115	9%	7%	30	30	4%	3%

Er zijn in dit opzicht verschillen tussen de artsen, maar ze zijn veel kleiner dan de verschillen die we constateerden toen we afgingen op de eerste klachten van patiënten die de arts in psychische of sociale termen weergaf (1^e interimrapport p. 25) en vallen in het niet bij beoordelingsverschillen tussen artsen die we in het volgende hoofdstuk zullen aantreffen.

4.5.2. Representativiteit van het bestand: deelnemers vergeleken met weigeraars

De representativiteit van de door ons bestudeerde consulten kan op twee manieren in het geding zijn. In de eerste plaats is het mogelijk dat de 30 artsen geen goede weergave vormen van de variëteit aan huisartsen die Nederland kent. Dit is in het eerste en tweede interimrapport nagegaan door de kenmerken en enquête-antwoorden van de 30 zogenaamde video-artsen te vergelijken met die van de 249

huisartsen die op de algemene enquête reageerden en voor een deel met bekende landelijke cijfers. De dertig deelnemende video-artsen bleken gemiddeld jonger te zijn, vaker in een samenwerkingsverband te werken, en wat meer huisartsgeneeskundig georiënteerd te zijn. Ze hebben vaker vormen van nascholing op psychosociaal gebied gevolgd. In taakopvatting, competentiegevoelens en samenwerking met AGGZ verschillen ze niet van de landelijke groep. In zijn algemeenheid geldt dat in die gevallen dat gemiddelden van video-artsen hoger liggen, de spreiding bij video-artsen niet verschilt van de spreiding in de algemene enquête.

De volgende vraag is nu of de patiënten die toestemming hebben gegeven voor de video-opnamen verschillen van degenen die toestemming weigerden. Hiertoe hebben we beide groepen op een aantal achtergrondkenmerken met elkaar vergeleken. Tabel 4.6 laat zien hoe per arts de verhouding weigeraars/deelnemers ligt.

Tabel 4.6.: verhouding aantal weigeraars: aantal deelnemers per arts⁸

arts	ratio weigeren deelnemer	arts	ratio weigeren deelnemer	arts	ratio weigeren deelnemer
1	?	11	0.22	21	?
2	0.23	12	0.07	22	0.28
3	0.13	13	0.22	23	0.20
4	0.22	14	0.15	24	0.43
5	0.11	15	0.12	25	0.23
6	0.26	16	0.27	26	0.27
7	0.44	17	0.33	27	0.22
8	0.10	18	0.17	28	0.11
9	0.17	19	0.11	29	0.38
10	0.16	20	0.09	30	0.47

We zien dat deze verhouding nogal uiteen kan lopen: van meer dan één weigeraar per drie deelnemende patiënten tot minder dan één op tien deelnemers.

Tabel 4.7 (zie volgende pagina) laat de leeftijdsverdeling van de weigeraars in vergelijking met die van alle deelnemende patiënten zien.

Tabel 4.7.: leeftijdsverdeling van patiënten die deelname weigerden
(tussen haakjes: leeftijdsverdeling deelnemende patiënten)

leeftijdscategorie	n	%	(% deelnemers)
0 -20 jaar	66	19%	(22%)
21-30 jaar	73	21%	(20%)
31-40 jaar	66	19%	(21%)
41-50 jaar	48	14%	(13%)
51-60 jaar	34	10%	(12%)
61-70 jaar	38	11%	(7%)
71 en ouder	26	7%	(6%)

Over het geheel gesproken is er geen sprake van een significant verschil in leeftijd tussen deelnemers en weigeraars ($\bar{x} = 38.9$ resp. 37.8 $t = .96$; n.s.).

Mannen weigeren minder vaak deelname dan vrouwen. Dit verschil is significant (deelnemers: 38% mannen, weigeraars 34% mannen $t=2.73$; $p < .01$).

Meer dramatisch is het percentage expliciet psychische problematiek dat - bij een aantal artsen althans - door weigering aan onze studie is ontsnapt (vergelijk tabel 4.8). Bij arts 4, 7, 8, 18, 20, 23, 25, en 29 is het percentage psychische klachten onder de weigeraars, weliswaar afkomstig van een klein aantal, relatief veel hoger dan bij de op video vastgelegde consulten. Dit betekent een verlies aan variatie bij de betreffende artsen (we moeten hun handelen bij psychosociale problematiek op een kleiner aantal psychosociale klachten baseren dan mogelijk was geweest). Bij de analyse zullen we hier rekening mee houden: iedere uitspraak over de neiging van een arts om klachten als psychisch te bestempelen, zal in principe gebaseerd moeten zijn op het oordeel van de arts over opgenomen consulten + weigeraars. We komen hierop terug bij de bespreking van de resultaten in hoofdstuk 5.

Bij veertien artsen ten slotte, hebben we de mogelijkheid om na te gaan of de artsen patiënten die niet wilden deelnemen anders beoordeelden dan patiënten waarbij wel een video-opname gemaakt werd. De laatste vijftien artsen vulden immers een vragenlijstje over de mate

Tabel 4.8.: percentage psychische en sociale klachten bij weigeraars

arts	N	% psych.	% soc.	arts	N	% psych.	% soc.
1	-	-	-	16	18	11%	-
2	13	8%	15%	17	23	9%	-
3	13	8%	15%	18	13	23%	8%
4	16	31%	-	19	9	11%	-
5	8	-	13%	20	6	17%	-
6	24	13%	-	21	-	-	-
7	42	24%	10%	22	20	5%	-
8	8	25%	13%	23	13	23%	-
9	10	10%	20%	24	15	13%	-
10	11	-	27%	25	28	14%	-
11	18	6%	6%	26	18	-	-
12	5	-	-	27	14	7%	14%
13	15	13%	-	28	6	-	-
14	15	7%	7%	29	27	15%	4%
15	12	8%	-	30	30	-	-

waarin sprake was van een 'coöperatieve patiënt'. Het gaat hierbij om kenmerken als zelfstandigheid, zeuren, somatiseren en dergelijke. In paragraaf 5.4.4 wordt deze schaal uitgebreid besproken. Tabel 4.9 vergelijkt de verdeling van de somscores op deze vragenlijst voor deelnemers en weigeraars.

Tabel 4.9.: artsenoordeel over 'afhankelijkheid' van deelnemende patiënten en weigeraars

somscore	weigeraars	deelnemers
6-12 (laag)	7 (4%)	5 (1%)
13-18	45 (23%)	112 (14%)
19-24	98 (49%)	389 (47%)
25-30 (hoog)	48 (24%)	317 (39%)

De weigeraars als groep worden door de artsen negatiever beoordeeld dan de deelnemers. ($t = 4.94$, $p < .001$).

Wellicht heeft het weigeren op zich ook tot dit negatieve oordeel bijgedragen, maar het blijft een gegeven, aansluitend bij de ondervertegenwoordiging van expliciete psychische en sociale klachten, dat de problematische patiënten voor een huisarts in deze studie minder aanwezig zijn, dan we uit oogpunt van representativiteit hadden gewenst.

Ter relativering moeten we opmerken dat, indien alle weigeraars hadden meegewerkt, het percentage expliciet psychische klachten niet 6% maar 7% was geweest, het percentage expliciet sociale klachten niet 2% maar 3%, en het gemiddelde artsenoordeel over de coöperativiteit van 23.3 tot 23.0 was gedaald. Numeriek zijn de weigeraars immers verre in de minderheid.

5. RESULTATEN I: DE AFZONDERLIJKE MATEN

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk behandelen we de uitkomsten van de diverse metingen als afzonderlijke fenomenen; we presenteren de verdeling van deze uitkomsten over de respondenten en over de geobserveerde consulten en gaan na in hoeverre patiënt of observator een storende invloed hierop gehad hebben.

Soms is een variabele zodanig gemeten dat de maat op zichzelf al een kenmerk van de arts is (bijvoorbeeld antwoorden op vragen die in de enquête gesteld worden). In andere gevallen heeft de maat betrekking op een consult of een klacht; in deze gevallen bespreken we hoe we de scores op bijvoorbeeld veertig consulten van één arts zullen herleiden tot één index voor de betreffende arts op dat gebied. Achtereenvolgens behandelen we in dit hoofdstuk:

De resultaten met betrekking tot de te verklaren variabelen:

- het oordeel van de arts over het belang van psychosociale aspecten bij de klacht
- de behandeling van psychosociale aspecten.

De resultaten met betrekking tot de verklarende variabelen:

- opvattingen van de arts en wijze van praktijkvoering
- verwachtingen en opinies van arts en patiënt ten opzichte van elkaar
- het gedrag van de arts tijdens het consult.

Per paragraaf wordt de spreiding van de gemeten variabelen en de constructie van indices op artsniveau besproken. Bij dit laatste speelt niet alleen de aggregatie een rol, maar ook het samenvoegen van onderling samenhangende detailmaten tot meer omvattende over-all-maten.

De discussie over bovenstaande zaken heeft in een aantal gevallen reeds in de twee interimrapporten plaatsgevonden. In die gevallen wordt, onder verwijzing naar de betreffende rapportage, volstaan met een korte samenvatting van de indertijd getrokken conclusies en een weergave van de rechte tellingen.

5.2. De afhankelijke (te verklaren) variabelen: artsenoordeel en behandeling

5.2.1. Inleiding

Dit onderzoek is opgezet om interdoktervariantie te verklaren. In deze paragraaf behandelen we de variabelen die een uitdrukking vormen van de interpretatie en behandeling van psychosociale klachten; het gaat om de verschillen die de 30 artsen in deze opzichten ten toon spreiden. We zullen eerst de spreiding van de artsenoordelen tussen de 30 artsen bespreken, daarna ingaan op de verschillen in behandeling van psychosociale klachten.

In beide gevallen zal eerst vastgesteld worden welke klachten meegeteld worden bij het vaststellen van een 'score' van de arts. Het betreft discussies die in beide interimrapporten in ruime mate met getallen ondersteund zijn. Hier beperken we ons tot de argumenten.

5.2.2. Vaststellen van de onderzoekspopulatie

Het doet wat eigenaardig aan dat een onderzoeker na een uitgebreide bespreking van de opzet van het onderzoek, zich plotseling het hoofd gaat breken over wat eigenlijk zijn onderzoekspopulatie is. De reden hiervoor is dat interpretatie en behandeling door de arts per klacht moest worden vastgesteld: arts (tijdens het invullen van zijn formulier) en observator (tijdens de observatie) zijn het echter niet altijd eens over het al dan niet voorkomen van een klacht. En de ene arts wijkt meer van de indeling door de observatoren af dan de ander.

Deze indeling geschiedde volgens vaste regels: ieder opgenomen consult was één case; de observator deelde dit volgens vaste regels verder in, in klachten en in fragmenten. Vervolgens werden op consultniveau de relevante arts- en patiëntscores toegevoegd, hetgeen ondubbelzinnig mogelijk was, zolang men op dit consultniveau bleef.

Het probleem waarmee we nu geconfronteerd worden, is dat binnen het consult de arts ook op klachtniveau oordelen heeft uitgesproken, maar daarbij soms klachten niet apart benoemd heeft die de observatoren wel als zodanig zagen. Eén van de problemen die dit met zich meebrengt is dat niet iedere arts de klachten even gedetailleerd heeft beschreven; bij de ene arts maakt het aantal eerste klachten 91% van het totaal uit, bij de ander 60%. Nu zagen we in 4.5.1 dat ook op basis van de observatorindeling bij de ene arts meer klachten per consult werden geconstateerd, en deze twee indelingen, volgens

arts en observator, hangen ook wel samen ($r = .49$). Maar het blijft een punt dat de ene arts zich eerder beperkt tot de eerste klacht en een aantal andere, feitelijk geuite klachten maar over het hoofd ziet, dan de andere arts. Dit gaat een rol spelen bij het vaststellen van een index met betrekking tot hun klachtbeoordeling, wanneer we ons realiseren dat een eerste klacht relatief wat vaker puur somatisch is. In het tweede interimrapport is de verdeling van artsenoordelen over alle klachten vergeleken met die van de eerste klachten (2e Interimrapport, 49), en daarin bleek dit effect nogal mee te vallen. Op grond hiervan hoeven we niet te besluiten ons tot eerste klachten (die iedere arts per definitie in overeenstemming met de door de observatoren geregistreerde werkelijkheid heeft genoteerd), te beperken.

Blijft echter het feit dat de artsenoordelen niet het totaal aan klachten bestrijken dat de observatoren hebben vastgesteld. Om precies te zijn: 878 in het voorgaande besproken klachten (van de 2879) zijn niet door de arts benoemd en beoordeeld; daarentegen hebben de artsen 55 klachten genoemd die de observatoren hebben genegeerd. Deze verschillen zijn in het tweede interimrapport uitgebreid geanalyseerd (2e Interimrapport, 49-52), hetgeen ons tot de volgende conclusies voerde:

- Klachten die de arts niet heeft beoordeeld zijn meestal tweede of latere klachten (88%). Relatief veel van de niet door de arts beoordeelde klachten zijn door de observator als puur psychosociaal beoordeeld.
We vermoeden dat veel van deze, door de observatoren apart genoemde klachten, door de arts verdisconteerd zijn in wèl benoemde eerdere klachten.
- Andersom is het verlies te verwaarlozen: de klachten die de observator mist zijn gering en betreffen nooit eerste klachten.

22 artsen missen tussen de 20% en 35%. Vèél klachten zijn niet genoteerd en beoordeeld door arts 1 (40%), arts 4 (43%), arts 14 (44%) en arts 29 (40%). Weinig niet genoemde klachten treffen we aan bij arts 11 (14%) en arts 28 (11%).

Voor het vaststellen van de geneigdheid om klachten als wel dan niet psychisch te beschouwen is dit verlies niet wezenlijk; het niet benoemen van bepaalde klachten is inherent aan een dergelijke geneigdheid. Wèl betekent het dat we deze - door de observator wèl in kaart gebrachte klachten - niet bij de verdere analyse kunnen betrekken. Eén van de afgeleiden van het probleem, dat artsen niet alle klacht-

en benoemd hebben die de observatoren meenden te zien, doemt op bij de analyse van de behandeling. In het tweede interimrapport onderscheidde we behandeling van vijf soorten klachten:

- A. klachten die arts en observator opmerkten, en niet puur somatisch vonden
- B. klachten die arts en observator opmerkten, die de observator 'niet-somatisch', maar de arts 'somatisch' vond
- C. klachten die arts en observator opmerkten, die de observator 'somatisch' vond, de arts 'niet-somatisch'
- D. klachten die alleen de observator opmerkte en die 'niet-somatisch' gevonden werden
- E. klachten die alleen de arts opmerkte en die niet-somatisch gevonden werden.

Op basis van de analyses in dit rapport (57-64) wordt besloten de behandeling van al deze klachten, behalve de laatste groep (die namelijk niet in het observatieprotocol voorkwam, het gaat om 31 klachten) in aanmerking te nemen wanneer we de behandeling door de arts beschrijven. Het is, gezien de vraagstelling, niet reëel, om de behandeling van (volgens observatoren) psychosociale klachten die de arts somatisch vindt, buiten beschouwing te laten. Evenmin kan men afzien van klachten die op het T.V.-scherm op een observator als somatisch overkomen, maar waarvan de arts beweert dat daar allerlei psychosociale achtergronden bij meespelen. Wanneer we behandeling in verdere analyses betrekken, waarbij ook de interpretatie door de arts een rol speelt, moeten we ons beperken tot de behandeling van die klachten die de arts ook opgemerkt en van een beoordeling voorzien heeft.

Wel is het goed om hier nogmaals te wijzen op de verschillen in behandeling die we bij onze analyses tussen de vier groepen (A tot en met D) aantreffen:

- Groep A is het grootst. In deze gevallen zien we dat de artsen meestal (in 80%) op de psychosociale aspecten ingaan.
- Wanneer de arts een klacht psychosociaal vindt, maar de observator niet (groep C), dan is er slechts zelden (15%) sprake van één of andere vorm van reageren op die psychosociale aspecten. Logisch, want als dit vaker en duidelijker gebeurde in dat soort gevallen, zou de observator niet tot een puur somatische beoordeling zijn gekomen.
- Wanneer de observator de klacht psychosociaal vindt, maar de arts een somatisch oordeel uitspreekt (groep B), reageert de arts toch in meer dan de helft van de gevallen op die psychosociale aspect-

en. Hij reageert dan in verhouding op dezelfde wijze als op de eerstgenoemde categorie.

- Wanneer de arts de klacht niet als zodanig benoemt heeft en de observator de klacht psychosociaal vindt (groep D), reageert de arts toch in 70% van de gevallen wel op die klacht.

Dit sterkt ons in het eerder geuite idee, dat artsen deze, door hen niet apart benoemde problemen, in hun notatie als een deel van eerder genoteerde klachten hebben beschouwd.

Een laatste probleem bij de vaststelling van de onderzoekspopulatie is het optreden van de weigeraars. We hebben in hoofdstuk 4.5.2 gezegd dat een absolute uitspraak over de oordeelsvorming van de arts moet geschieden op basis van zijn oordeel over weigeraars en niet-weigeraars. Onze verdere analyse waarbij we dit oordeel relateren aan andere variabelen, blijft beperkt tot de niet-weigeraars. Berekenen we echter het percentage puur somatische oordelen van de arts dat ten slotte in de database terecht is gekomen, en vergelijken we dit met het percentage puur somatische oordelen dat hij over alle geregistreerde klachten van niet-weigeraars en weigeraars heeft uitgesproken, dan scheelt dit voor één arts 10% en voor twee artsen 7%. Voor de rest is het verschil kleiner dan 5%.¹ De correlatie tussen de "echte" schatting, en de schatting waarmee wij onze analyses uitvoeren bedraagt .97. Over alle patiënten (dus inclusief weigeraars) is het gemiddeld oordeel 'puur somatisch' 50% (s.d.=13.4), over het onderzoeksbestand is het gemiddelde 53% (s.d.=13.9).

Samengevat: de in het analysebestand opgenomen consulten en klachten hebben, met name voor zover het de artsenoordelen betreft, een zekere reductie ondergaan. Een aantal vergelijkingen leert ons echter dat de indices, berekend op het gereduceerde materiaal, niet noemenswaardig afwijken van het oorspronkelijke potentiële onderzoeksbestand.

5.2.3. De door de artsen uitgesproken oordelen

De volgende tabel vermeldt voor de 30 artsen hun interpretatie van de klachten in de categorieën 'puur somatisch', 'somatisch met psychosociale aspecten', 'somatische presentatie met het vermoeden van psychosociale achtergronden', en 'psychosociaal, al dan niet met somatische bijverschijnselen'.

De artsen verschillen onderling sterk in alle vier de opzichten. Dit is voor ieder van de vier oordelen apart onderzocht. Het oordeel (bijvoorbeeld het oordeel "deze klacht is puur somatisch") is opge-

vat als een dichotome variabele, die per klacht al dan niet van toepassing is. Met behulp van variantie-analyse is de variantie van die dichotome variabele binnen de klachten van één arts vergeleken met de variantie van de gemiddelden tussen de artsen. De resulterende F-waarden staan onder iedere kolom vermeld.

Deze verschillen zijn in de twee interimrapporten reeds op diverse wijzen geanalyseerd, om na te gaan in hoeverre hieraan toch een verschil in klachten of patiëntenaanbod ten grondslag lag. Zo werd in het eerste rapport (27-28) nagegaan of de verschillen tussen artsen binnen homogene leeftijdsgroepen en homogene geslachtsgroepen gehandhaafd bleven; dit bleek het geval. Hoewel de jongste leeftijdsgroep somatischer beoordeeld wordt, en de groep 40- tot 60-jarigen het hoogste gemiddelde percentage 'niet-somatisch' telt, en mannen meer 'puur somatische' oordelen krijgen dan vrouwen, blijven de verschillen tussen de artsen binnen alle subgroepen bestaan; de verdelingen van de artsen binnen de subgroepen correleren alle hoog (Pearson's rangcorrelatie-coëfficiënten van .67 tot .96) met de verdeling over het totaal, die in tabel 5.1 (zie volgende pagina) is weergegeven.

Het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod, dat wil zeggen, klachten die in die termen door de patiënt zelf naar voren worden gebracht, gaven we weer in paragraaf 4.5.1. De verschillen tussen artsen in dit opzicht hangen samen met verschillen in hun oordeel (% psychosociale oordelen van de arts x % psychisch/sociaal probleem-aanbod correleren: $r = .48$).

Bekijken we echter de beoordeling van de klachten die als lichamelijke klacht door de patiënt naar voren zijn gebracht, dan blijft de interdoktervariantie aanwezig ($F=4.87$, $p < .001$)².

In het tweede interimrapport werd de verdeling van niet-somatisch oordeel over de artsen gecorrigeerd voor het observatoroordeel: op deze wijze werd meegewogen dat bij de ene arts meer psychosociale klachten werden gepresenteerd dan bij de ander (voor zover de observator, ook een subjectief beoordelaar, deze mening was toegedaan). Ook hier bleef het artseneffect aanwezig.

Op artsniveau geaggregeerd staan ons vier maten ter beschikking om de te verklaren variabele 'interpretatie door de arts' uit te drukken: het percentage klachten dat beoordeeld is als 'puur-somatisch', het percentage klachten dat beoordeeld is als 'somatisch met psychische aspecten', het percentage dat beoordeeld is als 'somatische

Tabel 5.1.: spreiding van artsenoordelen in de definitieve database
(in %)

arts	N	puur soma- tisch	soma- tisch met psychos. asp.	soma- tisch ver- moedt psychosoc.	arts	psychosociaal (al dan niet met soma- tische aspecten)
01	38	79%	8%	13%		0%
02	66	64%	11%	21%		4%
03	85	68%	7%	17%		7%
04	58	55%	11%	22%		12%
05	70	83%	0%	13%		4%
06	77	73%	6%	10%		11%
07	73	47%	13%	11%		30%
08	71	59%	6%	25%		10%
09	64	52%	30%	4%		14%
10	70	51%	20%	18%		10%
11	85	46%	24%	20%		10%
12	80	56%	24%	12%		7%
13	62	53%	7%	21%		19%
14	47	60%	9%	10%		21%
15	89	51%	18%	15%		15%
16	50	54%	22%	8%		16%
17	62	58%	10%	16%		16%
18	66	55%	16%	21%		9%
19	80	54%	22%	12%		12%
20	86	48%	5%	29%		18%
21	60	33%	14%	21%		31%
22	46	24%	24%	24%		28%
23	66	39%	34%	6%		21%
24	61	30%	38%	16%		16%
25	65	48%	22%	23%		7%
26	68	28%	27%	38%		7%
27	69	61%	19%	10%		10%
28	67	63%	20%	3%		15%
29	58	55%	21%	12%		12%
30	62	35%	58%	5%		1%
F :		5.06	6.84	3.15		3.29
(df = 29)						

presentatie, maar psychosociale vermoedens', en het percentage 'psychosociale klachten - al dan niet met somatische bijverschijnselen'. Omdat vooral de twee laatste maten bij een aantal artsen op lage absolute aantallen berusten, zullen we de interpretatie van het klachtenaanbod als kenmerk van de arts in hoofdstuk 6 alleen uitdrukken met behulp van het percentage "puur somatisch" beoordeelde klachten.

Schema 5.1: behandeling van klachten die door arts en/of observator als niet puur somatisch' zijn beoordeeld

		n	%	%	n	%	%	
			mbt	mbt		mbt	mbt	
			sub-	to-		sub-	to-	
			groep	taal		groep	taal	
Negeert 428 (31%)	Beperkt zich tot somat. aspecten	350	82%	25%				
	Gaat niet in op verbale aanwijzig.	45	11%	3%				
	Gaat niet in op non-verbale aanwijzig.	5	1%	-				
	Anders	42	10%	3%				
Reageert 922 (67%)	Middels somatische aanpak	180	20%	13%	Psycho-	115	63%	8%
					farmaca			
	Geeft een advies	112	12%	8%	Verwijz.	65	36%	4%
					ter ge-			
	Verwijst naar een psychsoc.hulpverl.	18	1%	1%	ruststel.			
					Laat te-	114	15%	8%
	Geeft probl.terug	45	5%	3%	gen zich			
aanpraten								
Middels een gesprek	740	80%	54%	Gerust-	176	24%	13%	
				stellend				
Anders	28	3%	2%	Steunend	154	21%	11%	
				rend	246	33%	18%	
				Inzicht	50	7%	3%	
				bevorde-				
				rend/ge-				
				dragsver-				
				anderend				

* 34 observaties zijn "missing".

Naast deze geaggregeerde score maken we gebruik van data op consult- of zelfs klachtniveau. In dit geval gebruiken we het artsenoordeel als te verklaren variabele.

5.2.4 De behandeling door de arts

De behandeling van de klachten is vastgesteld wanneer òf de observator òf de arts (of beiden natuurlijk) van mening was dat de klachten niet puur somatisch waren. In schema weergegeven was deze behandeling als volgt: (zie vorige pagina).

Omdat het door ons gehanteerde begrip 'psychosociale klacht' zich over een breed gebied uitstrekt - van spanningen die een overigens somatisch ziekteproces begeleiden tot endogene depressies en echtscheidingsproblematiek - zullen we de hier weergegeven mogelijkheden van behandeling voor een aantal klachtenkenmerken uitsplitsen.

In de hierna volgende tabel staat het voorkomen van enige aspecten van 'behandeling' per beoordelingscategorie en per soort klacht weergegeven.

Tabel 5.2.: aspecten van behandeling (N.B. uitsluitend klachten die door observator en/of arts als niet somatisch zijn beoordeeld) uitgesplitst naar artsenoordeel en naar klachtpresentatie³

	N	% reageren	% gespreksvoering	actief: passief
artsen oordeel				
somatisch met psychosociale aspecten	277	58%	44%	.41
somatisch met vermoeden van psycho-soc. achtergrond	266	63%	52%	1.53
psychosoc. (al dan niet met somatische bijverschijnselen)	231	91%	75%	1.08
klachtenpresentatie				
in psychische termen (RFE:P)	171	89%	70%	1.20
in sociale termen (RFE:Z)	123	94%	85%	0.48
in somat. termen (RFE: anders dan P of Z)	1090	60%	47%	0.62

Deze uitsplitsing is nuttig: klakkeloze interpretatie van schema 5.1 zou de indruk wekken dat artsen eenderde van de psychische problematiek negeren. Dit blijkt wat genuanceerder beschouwd te moeten worden: wanneer een klacht beoordeeld is door de arts als hoofdzakelijk psychosociaal, dan wel wanneer een klacht in expliciet psychische of sociale termen is verwoord, wordt er in ongeveer 90% van de gevallen op gereageerd. Het zijn de klachten die als niet puur somatisch maar ook niet overwegend psychosociaal worden gezien, de klachten ook die in lichamelijke termen worden gepresenteerd, waarvan psychosociale aspecten genegeerd worden door artsen. Dit geschiedde omdat hij zich beperkte tot de lichamelijke kant van de zaak, of omdat hij bepaalde tekenen van de patiënt niet opmerkte.

Gespreksvoering is één van de mogelijkheden van de arts om te reageren (vergelijk 4.4.4); wat we hiervoor opmerkten over 'reageren' in het algemeen, geldt mutatis mutandis ook voor het voeren van gesprekken in die specifieke vorm van behandeling.

Anders ligt dit voor de nadere precisering van 'gespreksvoering', de verhouding tussen actief en passief voeren van een gesprek: als de arts het nodig vindt een gesprek te voeren, is hij hierin zeer actief, wanneer het gaat om somatische klachten waarachter hij psychische problemen vermoedt. Ook bij psychosociaal beoordeelde en in psychische termen geuite klachten exploreert de arts of gaat hij inzichtbevorderend te werk. Wanneer het een overwegend somatische klacht betreft, waaraan ook psychische aspecten zitten, beperkt de arts zich veel meer tot geruststellen of de patiënt wat laten praten: de passieve vorm van gespreksvoeren. Opvallend genoeg is dit ook het geval bij de z.g. sociale problematiek als relatieproblemen, werkproblematiek e.d.

De verschillen tussen de artsen in al dan niet reageren op psychosociaal beoordeelde klachten en in hun verdere behandelingswijze is op een aantal aspecten onderzocht: nagegaan is of ze verschillen in het percentage psychosociale klachten waarop ze op een of andere manier reageren, of ze verschillen in het percentage klachten waarin ze gespreksmatig op de problematiek ingaan, en of ze in dit laatste geval verschillen in passieve (geruststellen, steunen) dan wel actieve (exploreren, inzichtbevorderen) gespreksvoering. Ten slotte is gekeken of ze verschillen in het voorschrijven van psychofarmaca of het geven van adviezen. De resultaten zijn in tabel 5.3 weergegeven.

Tabel 5.3.: mate waarin artsen op psychosociaal beoordeelde klachten reageren, gespreksmatig reageren, en de verhouding actieve/passieve reacties

arts	N	% psychos. beoord. klachten, waarbij de arts reageert ($\bar{x} = 67\%$)	% psychos. beoord. klachten, waarbij de arts gesprek voert ($\bar{x} = 54\%$)	% psychos. gesprekken actief: passief ($\bar{x} = .66$)	% psychos. beoord. klachten waarbij de arts psychofarmaca voorschrijft ($\bar{x} = 8\%$)	% psychos. beoord. klachten waarbij de arts advies geeft ($\bar{x} = 8\%$)
1	21	67%	53%	.21	5%	14%
2	39	39%	26%	.67	5%	5%
3	40	68%	60%	.20	5%	7%
4	55	71%	55%	.29	7%	9%
5	38	35%	19%	(1.63)***	3%	13%
6	34	65%	50%	.53	12%	6%
7	48	71%	59%	2.87	13%	10%
8	54	80%	63%	1.58	4%	9%
9	50	66%	58%	1.90	4%	4%
10	39	77%	62%	.61	15%	3%
11	55	79%	70%	.79	2%	4%
12	50	64%	52%	-.13	10%	2%
13	38	61%	40%	.50	18%	8%
14	47	73%	60%	.55	13%	6%
15	72	70%	57%	.56	10%	18%
16	38	35%	16%	(.15)***	5%	8%
17	40	53%	43%	.31	7%	5%
18	48	75%	65%	.83	6%	17%
19	54	76%	52%	.79	19%	15%
20	50	68%	54%	1.25	0%	10%
21	47	64%	60%	.40	4%	2%
22	46	59%	46%	.73	4%	2%
23	53	83%	80%	.68	8%	0%
24	55	75%	60%	.43	11%	5%
25	50	74%	60%	.89	20%	10%
26	52	70%	52%	1.43	6%	12%
27	55	89%	85%	.71	7%	2%
28	34	59%	45%	.05	12%	6%
29	46	59%	37%	.29	9%	20%
30	46	50%	42%	.46	7%	7%
F		3.55*	4.25*	n.v.t.****	1.59**	1.76**

* $P < .001$

** $.001 < P < .05$

*** Gebaseerd op minder dan tien gesprekken

**** (passieve uitingen: $F = 2.67^*$)

(actieve uitingen : $F = 3.63^*$)

Op alle niveaus van gespreksmatige behandeling is er sprake van significante verschillen tussen de 30 artsen. Overigens hangen deze niveaus met elkaar samen: wanneer we de variantie-analyse over het percentage gesprekken, het percentage actieve gespreksvoering en het percentage passieve gespreksvoering, beperken tot die klachtenclusters waarop de arts ook reageert, is het artseneffect niet meer significant aanwezig. Dit duidt erop dat het percentage gespreksvoering en de nadere nuancering hiervan een functie is van het percentage klachten waarop men reageert.

Er is ten slotte sprake van verschillen tussen de artsen in de frequentie waarmee ze een advies geven of psychofarmaca voorschrijven. Dit berust echter op kleine aantallen. We zullen deze aspecten van het optreden van de arts in het volgende deel dan ook niet gebruiken wanneer we uitspraken doen waarbij de arts eenheid van analyse is. Om de behandeling van psychische klachten van een arts uit te drukken, staan ons in hoofdstuk 6 de volgende maten ter beschikking:

- het percentage psychosociale klachten waarop de arts op een of andere manier reageert
- het percentage psychosociale klachten waarbij de arts een gesprek voert
- het percentage psychosociale klachten waarbij de arts op passieve wijze een gesprek voert
- het percentage psychosociale klachten waarbij de arts op actieve wijze een gesprek voert.

5.3. Artsenopvattingen en kenmerken van praktijkvoering

Als maat zijn de opvattingen van artsen en hun praktijkkenmerken de minst gecompliceerde verklarende variabelen: per arts zijn de gegevens in de artsenenquête beschikbaar. De vragen waarmee opvattingen gemeten zijn, zijn samengevoegd tot een aantal schalen, waarvan de somscores gehanteerd worden.

De schaalconstructie is uitgebreid besproken in het eerste interim-rapport (Verhaak 1983, 41-57); de volgende schalen zijn hieruit naar voren gekomen (vergelijk ook paragraaf 4.3.2):

- **invloed van psychosociale factoren:** een somscore op een 12-item-schaal, welke meet in hoeverre de arts waarde hecht aan de rol die psychische factoren bij diverse ziektebeelden spelen;
- **het nemen van risico's:** een somscore op een 6-item-schaal, welke aangeeft in welke mate de arts bereid is zekere risico's te nemen (huisartsgeneeskundig handelen) of op somatisch gebied het zekere

- voor het onzekere neemt (= klinisch handelen);⁴
- **'samenwerken' met de patiënt:** een somscore op een 9-item -schaal, die aangeeft in welke mate de arts de patiënt betreft bij zijn handelen (hoge score = huisartsgeneeskundig: de patiënt krijgt veel inbreng);
 - **taakopvatting bij psychosociale klachten:** een somscore op een 6-item-schaal, welke aangeeft in hoeverre de arts voor zichzelf een taak ziet weggelegd bij de behandeling van diverse psychosociale klachten;⁵
 - **competentie bij psychosociale klachten:** van zeven probleemgebieden is vastgesteld in hoeverre de arts zichzelf competent acht ten aanzien van de behandeling daarvan. De somscore wordt gebruikt.
- In tabel 5.4 geven we gemiddelden en standaarddeviaties van de dertig artsen, en van de landelijke groep die dezelfde enquête beantwoord heeft (vergelijk het eerste interimrapport).

Tabel 5.4.: gemiddelde scores van video-artsen en landelijke groep op vijf schalen

	minimum	maximum	video-artsen		landelijke groep	
			\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
invloed van psychosociale factoren	12	60	41.2	6.3	37.9	5.9
nemen van risico's	6	30	19.8	3.4	18.5	4.1
samenwerken met de patiënt	9	45	28.8	5.8	26.5	4.6
taakopvatting bij psychosociale klachten	6	30	18.4	2.7	19.1	2.9
competentie bij psychosociale klachten	7	35	21.4	3.4	21.1	3.7

Ten opzichte van de landelijke enquête zijn de 30 video-artsen gemiddeld meer huisartsgeneeskundig georiënteerd⁶ - maar met dezelfde spreiding - en ze hebben gelijke taakopvattingen en competentiegevoelens ten aanzien van de behandeling van psychosociale klachten. In een tweetal artikelen (Verhaak 1984a, 1984c) is de samenhang tussen deze opvattingen en de wijze van praktijkvoering aan de orde gesteld, gebaseerd op de landelijke enquête. Artsen in gezondheidscentra hebben een meer huisartsgeneeskundige oriëntatie dan solisten;

artsen in monodisciplinaire samenwerkingsverbanden nemen een tussenpositie in. Dit verband bleef ook na controle van de leeftijd van de arts bestaan. Geen verschillen werden gevonden in taakopvatting en ervaren competentie. Een huisartsgeneeskundige oriëntatie hangt samen met een groter percentage waargenomen psychische klachten. Dit geldt echter alleen voor artsen met een brede psychosociale taakopvatting; zo niet, dan is dit verband er niet, maar beoordeelt men meer klachten als psychisch, naarmate men jonger is en meer problemen als 'triviaal' bestempelt.

De relevante gegevens met betrekking tot samenwerking, nascholing en praktijkkenmerken staan in de drie onderstaande tabellen weergegeven:

Tabel 5.5.: contacten met andere disciplines: video-artsen en algemene groep

discipline	overlegfrequentie					
	videogroep			algemene groep		
	1x/week of meer	1x/mnd of meer	minder dan 1x/mnd	1x/week of meer	1x/mnd of meer	minder dan 1x/mnd
wijkverpleegkundige	16(53%)	10(33%)	4(13%)	31%	54%	16%
fysiotherapeut	13(43%)	11(37%)	6(20%)	39%	42%	19%
maatsch. werker	14(47%)	8(27%)	8(27%)	15%	55%	30%
psycholoog	2(7%)	5(17%)	23(77%)	5%	19%	76%
psychiater	1(3%)	7(23%)	22(73%)	4%	25%	71%

In het eerste interimrapport zijn deze gegevens vergeleken met de landelijke groep (57-66). Het overleg van de videoartsen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers is intensiever dan bij de landelijke groep, hetgeen rechtstreeks toegeschreven kan worden aan het relatief zeer hoge percentage artsen uit gezondheidscentra binnen de videogroep (33% versus 10% in de landelijke groep). Men rapporteert binnen de videogroep ook een groter aantal verwijzingen naar het AMW.

Tabel 5.6.: gevolgde nascholing in de afgelopen vijf jaar

	videogroep	algemene groep
Balintgroepen	10 (33%)	8%
Warffum-cursussen, waarin psychosociale aspecten aan de orde komen	15 (50%)	30%
cursus gespreksvoering	16 (53%)	28%
methodisch werken	8 (27%)	15%
crisis- en stervensbegeleiding	3 (10%)	6%
helpen bij sexuele moeilijkheden	12 (40%)	21%
overige	16 (53%)	47%
geen nascholing op psychosociaal gebied	2 (7%)	33%

Tabel 5.7.: praktijkgrootte en -vorm, gemiddelde consultduur

	videogroep	algemene groep
aantal patiënten:		
≤ 2000	13 (43%)	25%
> 2000	17 (57%)	75%
hoeveelheid tijd per patiënt:		
6 - 9 minuten	8 (27%)	35%
10 minuten	16 (53%)	46%
11 minuten en meer	6 (20%)	19%
praktijkvorm:		
solist	13 (43%)	56%
samenwerking met andere artsen	7 (23%)	34%
multidisciplinair samenwerkend	10 (33%)	10%

Voorts is door de video-artsen meer nascholing op het gebied van psychosociale klachten gevolgd en telt deze groep meer kleine praktijken.

Samenwerking met GGZ en hoeveelheid tijd die men gemiddeld voor een consult uittrekt is niet anders dan in de landelijke groep.

Deze verschillen maken de videogroep tot een duidelijk geselecteerde groep artsen. De absolute cijfers die we vermelden, moeten niet ge-

generaliseerd worden naar de landelijke situatie, alsof 'de Nederlandse arts' zich in alle opzichten zou gedragen of zou opstellen, zoals dat in dit onderzoek beschreven wordt.

Het is echter wel zo dat binnen de videogroep voldoende spreiding voorkomt in de verschillende kenmerken, zodat de vraag of bepaalde opvattingen of gedragingen stelselmatig tot bepaalde uitkomsten leiden, onverkort gehandhaafd kan blijven.

5.4. Indexen voor verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar

5.4.1. Inleiding

We zagen in het vorige hoofdstuk hoe de arts per consult verwachtingen met betrekking tot de patiënt vastlegde (4.3.3), en de patiënt het omgekeerde ook deed (4.3.4).

We presenteren in deze paragraaf de verdeling over de 30 artsen van het aantal terreinen waarop de patiënt hulp van de huisarts verwacht ('verwachte functiebreedte') en de door de patiënt beoordeelde openheid van de arts; deze twee indices zijn berekend door de betreffende items op te tellen.

Van de kant van de arts presenteren we de gemiddelde somscore over de beoordeelde 'afhankelijkheid' van de patiënt.

Drie maten verkrijgen we aldus voor de wederzijdse verwachtingen met betrekking tot psychosociale problemen waarmee arts en patiënt in het consult tegenover elkaar zitten: het oordeel van de patiënt over de taak van de huisarts en de mate waarin hij op deze arts een dergelijk beroep kan doen bij psychosociale problemen, en het oordeel van de arts over de afhankelijkheid van deze patiënt. We behandelen deze maten in de volgende paragrafen.

5.4.2. De door de patiënt verwachte functiebreedte

Aan de patiënt werden zeven probleemgebieden voorgelegd met de vraag of men daarmee naar de huisarts zou moeten gaan of niet (vergelijk 4.3.4). De hierna volgende tabel laat de verdeling zien van het aantal terreinen dat aan de huisarts werd toebedeeld.

In het eerste interimrapport kwam naar voren dat vrouwen en oudere patiënten gemiddeld meer terreinen noemden. Bij de weergave van de verschillen tussen de artsen met behulp van multiële classificatie analyse is daarom gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de pa-

Tabel 5.8.: verdeling van de somscore over de respondenten
(N = 1350)

	n	%
géén terrein voor de huisarts	27	2
1 terrein voor de huisarts	67	5
2 terreinen voor de huisarts	153	11
3 terreinen voor de huisarts	302	22
4 terreinen voor de huisarts	275	20
5 terreinen voor de huisarts	207	15
6 terreinen voor de huisarts	134	10
7 terreinen voor de huisarts	185	14
\bar{x}	4.1	

tiënt. Deze gecorrigeerde scores per arts staan weergegeven in bijlage 1, grafiek 1. Tevens is door middel van variantie-analyse nagegaan of de verschillen tussen de artsen significant waren. Dit bleek het geval ($F = 4.75$, $df = 29$, $P < .005$), hetgeen aan één uitschieter (arts 28) toegeschreven moet worden: zonder de scores van de patiënten van deze arts is er geen significant verschil op .01-niveau tussen de artsen.

5.4.3. Beoordeelde openheid van de arts

Zoals beschreven in het eerste interimrapport en in paragraaf 4.3.4 is de beoordeelde openheid afgeleid van de antwoorden van de patiënt op zes vragen betreffende de door de patiënt gepercipieerde communicatieve vermogens van de arts. De score die we weergeven, staat voor het aantal extreem positieve antwoorden op deze vragen.

De verdeling over alle patiënten is als volgt:

De verdeling van de uit tabel 5.9 (zie volgende pagina) afgeleide 'beoordeelde openheid' die bij ouderen hoger is dan bij jongeren staat (voor leeftijd gecorrigeerd) weergegeven in bijlage 1, grafiek 2. De artsen verschillen significant van elkaar (getoetst met variantie-analyse: $F = 13.2$, $df = 29$, $P < .001$). Behalve met de leeftijd van de respondent waren er geen andere patiëntkenmerken (geslacht, urbanisatiegraad) waarmee de beoordeelde openheid samenhangt. In hoeverre dit oordeel samenhangt met eigenschappen van de

Tabel 5.9.: somscores op de zes vragen naar communicatieve eigenschappen van de arts (N=1420)

somscore	n	%
0 :	114	8
1 :	130	9
2 :	199	14
3 :	232	16
4 :	283	20
5 :	317	22
6 :	145	10

arts, zoals we die in de enquête gemeten hebben, zullen we in hoofdstuk 6 bespreken. De samenhang tussen de patiëntenoordelen en de oordelen van de arts over de patiënt, bespreken we in paragraaf 5.4.5.

5.4.4. Oordeel van de arts over de patiënt

Vijftien artsen gaven van iedere patiënt aan in welke mate ze deze afhankelijk vonden. De gemiddelde score op de zes items die deze schaal telde was als volgt verdeeld:

Tabel 5.10.: gemiddeld artsenoordeel over de afhankelijkheid van de patiënt (1 = negatief, 5 = positief)

gemiddelde score	n	%
1 - 1.99	3	0%
2 - 2.99	78	9%
3 - 3.99	335	41%
4 - 5	407	49%

Slechts weinig patiënten, zo blijkt, werden negatief beoordeeld. Konden we deze scheve verdeling bij de vorige patiëntenschaal oplossen, door een dichotomie te hanteren, met aan de ene kant de extreem positieve score, en de andere kant alle andere scores, bij de artsen-schaal is dat niet mogelijk, zo betoogden we in het eerste inte-

rimrapport. In beide gevallen hebben we namelijk te maken met respondenten die de neiging hebben tot extreem antwoorden. Deze krijgen een onevenredig hoge score bij een dichotomisering als hier is toegepast. Wanneer het om scores van verschillende patiënten gaat, kunnen we aannemen dat iedere arts eenzelfde proportie patiënten met een dergelijke antwoordtendentie heeft, en dat, per arts bekeken, dit effect "uit zal middelen".

Hier echter gaat het om \pm 60 oordelen van iedere keer dezelfde arts. Een eventuele vertekening door extreme antwoordtendentie zou dan juist versterkt worden. Vandaar dat per arts per patiënt een score wordt berekend waarin de som der zes antwoorden door zes wordt gedeeld, hetgeen een scheve verdeling oplevert.

Variantie-analyse wees uit dat er sprake is van significant verschil tussen de vijftien artsen ($F = 17.7$, $df = 14$, $P < .001$). De gemiddelde scores staan in grafiek 3 van bijlage 1 vermeld.

5.4.5.: Verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar: conclusie

Arts en patiënt hebben elkaar lief; die indruk wekken de vragenlijsten die ze met betrekking tot elkaar hebben ingevuld althans. In het algemeen beoordelen patiënten hun arts positief wanneer aan hen gevraagd wordt of ze met problemen bij hem terecht kunnen, of hij ze begrijpt, of hij belangstelling heeft voor de patiënt als persoon, etc.⁷. Je moet als patiënt niet met ieder probleem naar de huisarts gaan, zo vinden ze. Meestal wèl met problemen die nauw samenhangen met of voortkomen uit het lichamelijk dysfunctioneren, zoals het regelen van een opname in het bejaardentehuis of hulp in huishouding, maar minder met op zichzelf staande problemen als relatieproblematiek, eenzaamheid of opvoedingskwesties. Van deze laatste terreinen vindt minder dan de helft van de respondenten dat dit een terrein voor de huisarts is.

Artsen vinden hun patiënt maar zelden onzelfstandig, niet meewerkend, zeurderig, etc.

Hoewel de wederzijdse oordelen positief zijn, verschillen de artsen onderling toch in de mate waarin ze positief beoordeeld worden, resp. oordelen. Deze verschillen spelen zich echter aan het uiterste van de verschillende dimensies af: de ene arts krijgt gemiddeld 26% extreem positieve beoordelingen van zijn patiënten wat betreft zijn openheid, de andere 73%, de ene arts oordeelt op een 5-puntsschaal gemiddeld 3.4, de ander 4.5.

In hoeverre hebben de oordelen van arts en patiënt een relatie met elkaar.⁸ Onderzoeken we dit op het niveau van de individuele patiënt, dan blijkt er sprake te zijn van een positieve correlatie tussen het oordeel van de patiënt over de communicatieve vermogens van de arts en de toegekende functiebreedte enerzijds en het arts-oordeel over de patiënt anderzijds. De correlaties zijn echter laag (.13, resp. .14). Tussen de twee patiëntenoordelen is een wat sterker negatief verband: $-.28$. Oftewel: patiënten die positief over hun arts oordelen en patiënten die veel functies op psychosociaal gebied aan hun arts toekennen, worden iets positiever beoordeeld door hun arts. Naarmate een patiënt positiever over zijn arts oordeelt, kent hij die arts minder functies toe.

Geaggregeerd op arts-niveau zijn de verbanden heel anders: artsen van wie de patiënten veel functies aan een huisarts toekennen, worden ook positief beoordeeld op hun communicatieve vaardigheden ($r = .42$).

5.5. Het gedrag van artsen tijdens het consult

5.5.1. Inleiding

In deze paragraaf bespreken we de variabelen die tijdens het consult door middel van observatie gemeten zijn. De wijze waarop de arts de patiënt tegemoet treedt in het consult is op een aantal dimensies door ons vastgelegd. Deze dimensies zijn besproken in hoofdstuk 4 (4.4.4), de scores die de 30 artsen hierop haalden, zijn al uitvoerig onderwerp van bespreking geweest in het tweede interimrapport (Verhaak 1984, 8-47). Deze scores werden toen toegekend op basis van de helft van het materiaal. In deze paragraaf geven we de resultaten voor het gehele databestand. We doen dit in dezelfde vorm als in het tweede interimrapport: eerst geven we over-all-resultaten op het niveau van klachten en fragmenten en laten we de scores per arts zien. Daarna komen we door middel van clustering tot één communicatie-index per arts. De in het tweede interimrapport gevonden verbanden worden in het totaal-bestand steeds weer aangetroffen; voor de meer gedetailleerde bespreking, waarin aandacht besteed wordt aan mogelijke invloeden van leeftijds- en geslachtsverdeling, verschillen in psychosociaal klachtenaanbod en invloed van verschillende observatoren verwijzen we hier naar. Hier vatten we de conclusies samen en gaan daarop door.

5.5.2. De verdeling van de detailscores over de 30 artsen

We onderscheiden vier aspecten aan het gedrag van de arts gedurende al zijn consulten:

- structurering van het consult
- inbreng die de patiënt gegund wordt
- aandacht voor de patiënt
- sturen door de arts.

De wijze waarop de arts zijn consulten structureert

Gelet wordt op het percentage consulten, waarbij de arts de klachten achter elkaar en niet door elkaar heen afhandelt. Dit is alleen van toepassing wanneer in een consult meerdere klachten voorkomen.

Tabel 5.11.: behandelt de arts klachten achter elkaar? (Alleen van toepassing bij meer dan één klacht per consult)

	n	%
arts behandelt klachten achter elkaar	491	61%
arts behandelt klachten gedeeltelijk achter elkaar	165	20%
arts behandelt klachten niet achter elkaar	150	19%

Gemiddeld is dit in 61% van de consulten het geval. De verschillen tussen artsen in dit opzicht zijn niet zodanig dat er sprake is van boven toevalskans uitstijgende verschillen.

Een tweede maat die te maken heeft met de structurering van het consult, is het percentage klachten waarbij de arts in het begin de reden van komst en/of de verwachtingen van de patiënt expliciet aan de orde stelt.

Dit gebeurt gemiddeld in 20% van alle klachten waarop deze categorie van toepassing is.⁹

Beperken we ons tot de zogenaamde 'primaire klachtenclusters', klachten waarvoor de patiënt naar de mening van de observator naar de dokter was gegaan, en niet de klachten die toevallig tijdens het consult ook ter sprake komen, dan stijgt het gemiddelde percentage waarbij de arts de hulpvraag verhelderde tot 23%. Zie tabel 5.12, volgende pagina.

Tabel 5.12.: aanwezigheid vraagverheldering bij alle van toepassing zijnde klachten en bij primaire klachten

	alle klachten		primaire klachten	
	n	%	n	%
vraagverheldering aanwezig	479	20%	455	23.3%
vraagverheldering afwezig	1859	80%	1498	76.6%

In dit opzicht verschillen de artsen blijkens variantie-analyse significant van elkaar ($F = 7.30$, $df = 29$, $P < .001$). Het percentage klachten waarbij artsen de 'vraag achter de vraag' ter sprake brengen varieert van 2% tot 47% (bijlage 1, grafiek 4).

Inbreng van de patiënt

Met twee 5-puntsschalen bepalen we van iedere klacht, in welke mate de arts de patiënt betreft bij de vaststelling van de diagnose en de therapie. Een lage score betekent dat de arts de diagnose en behandeling vaststelt zonder de mening van de patiënt daarbij te betrekken; een hoge score betekent daarentegen dat de arts de patiënt volop de ruimte geeft en indien nodig stimuleert om zijn ideeën naar voren te brengen. De verdeling op deze twee schalen zien we in onderstaande tabel.

Tabel 5.13.: inbreng van de patiënt bij vaststelling diagnose en behandelingsplan

	inbreng diagnose		inbreng behandeling	
	n	%	n	%
1. (weinig)	291	12%	307	14%
2.	670	26%	826	36%
3.	748	31%	507	22%
4.	417	18%	281	12%
5. (veel)	304	13%	351	15%
n.v.t.*	(416)		(519)	
gemiddelde inbreng:	2.9		2.8	

* Indien probleemdefiniëring of behandeling niet plaatsvindt is dit oordeel niet van toepassing.

De totale verdeling over alle klachten heen laat zien dat de inbreng van de patiënt bij vaststelling van de diagnose rond het gemiddelde normaal gespreid is, en dat hij bij de vaststelling van de behandeling iets minder te vertellen heeft. Bij diagnose en therapie van psychische en sociale problemen krijgt de patiënt meer medezeggenschap dan bij puur somatische problemen. Ook bij in somatisch termen vervatte klachten, die de arts niet als puur somatisch beoordeelt, krijgt de patiënt meer inbreng (vergelijk 2e interimrapport, 26).

De artsen verschillen onderling in beide opzichten sterk, getuige ook grafieken 5 en 6 in bijlage 1.

Variantie-analyse leverde een F-ratio van 12.0 en 8.64 op, ($P < .001$) respectievelijk voor diagnose en behandeling.

Voorts is er een sterke samenhang tussen de twee maten: op klachtniveau bedraagt de product-moment correlatiecoëfficiënt .53, op arts-niveau stijgt hij tot .93. Hoe meer de arts zijn patiënten vraagt wat ze zelf van de diagnose vinden, hoe meer hij informeert aan welke behandeling ze zelf gedacht hadden.

Aandacht voor de patiënt

De observatoren beoordeelden de interesse en de aandachtige houding van de arts ten opzicht van de patiënt. Ze telden het aantal uitingen waarmee de arts op empathische wijze te kennen geeft de patiënt aan te voelen en te begrijpen, en tevens het aantal zogenaamde a-specifieke uitingen (hummelen, knikken, ja-ja zeggen), welke theoretisch althans hetzelfde effect beogen. Ze namen bovendien met een stop-watch de tijd op gedurende welke de arts de patiënt aankijkt.

Naast de waarnemingen van de observatoren kunnen we afgaan op twee oordelen die de patiënten schriftelijk gaven naar aanleiding van het consult: ze noteerden hoe geïnteresseerd de arts was en hoeveel - subjectief ervaren - tijd de arts had.

De verdeling van de scores, die in het totaal aan somatische en psychosociale fragmenten naar voren kwamen, staat in tabel 5.14 tot en met 5.17 weergegeven¹⁰ (zie volgende pagina).

Uit het oordeel van de observatoren blijkt, dat de artsen in consultfragmenten waarin psychosociale zaken besproken worden, aandachtiger zijn dan in consultfragmenten waarin somatische zaken aan de orde zijn.

Verder bleek in het tweede interimrapport uit factoranalyse dat de operationalisaties van non-verbale aandacht (interesse, houding,

Tabel 5.14.: interesse van de arts, beoordeeld door observatoren en patiënten

	observatoroordeel over interesse van de artsen				patiëntenoordeel over interesse artsen	
	somatische fragmenten (N=1379)		psychosociale fragmenten (N=390)		gehele consult (N=1495)	
	n	%	n	%	n	%
zeer geïnteresseerd	82	6%	67	17%	822	55%
geïnteresseerd	489	35%	181	46%	613	41%
neutraal	664	48%	111	28%	59	4%
ongeïnteresseerd	126	9%	27	7%	1	-
zeer ongeïnteresseerd	18	1%	4	1%	-	-

Tabel 5.15.: blikrichting en aankijktijd van de artsen, per fragment

observatie- oordeel	somatisch (N=1360)				psycho- sociaal (N=382)				aankijk- tijden*	somatisch (N=1364)				psycho- sociaal (N=385)			
	n		%		n		%			n		%		n		%	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
negatief	164	12%	21	5%	0- 20%				150	11%	12	3%					
neutraal	501	37%	93	24%	20- 40%				375	27%	35	9%					
positief	695	51%	268	70%	40- 60%				450	33%	71	18%					
					60- 80%				288	21%	111	29%					
					80-100%				101	7%	156	41%					

* Percentage aankijktijd ten opzichte van totaal tijd

aankijktijd) binnen een consult hoog samenhangen, maar dat de procesuitingen die aandacht suggereren (a-specifiek volgen, empathische uitingen) ieder een onafhankelijk bestaan leiden. In het tweede interimrapport is verder diepgaand onderzocht of correcties voor de duur van het fragment tot andere resultaten zouden voeren. Dit bleek

Tabel 5.16.: uitingen die blijk geven van aandacht, per fragment

	somatisch (N= 1373)		psychosociaal (N=390)	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
a-specifieke uitingen	8.9	8.5	14.3	15.8
a-specifieke uitingen/10 min.	19.5	14.5	28.1	18.7
empathische uitingen	0.7	1.3	2.1	3.2
empathische uitingen/10 min.	1.6	2.7	3.8	4.0

Tabel 5.17.: tijd voor de patiënt (patiëntenoordeel)

	gehele consult (N=1494)	
	n	%
heel veel tijd	265	18%
veel tijd	377	25%
voldoende tijd	838	56%
weinig tijd	13	1%
veel te weinig tijd	1	0%

niet het geval.

Verschillen tussen de 30 artsen bestaan in alle opzichten, zowel gemeten in de somatische en de psychosociale fragmenten als in het hele consult. (Alle F-waarden duiden op significante artseffecten ($p < .001$).) Alle drie de indelingen leiden overigens tot dezelfde resultaten (zie grafieken 7 tot en met 9 in bijlage 1). De artsen verschillen ook, wanneer we afgaan op de patiëntenoordelen over beschikbare tijd; deze verdeling is echter heel anders dan die op grond van de "objectieve" observatoroordelen (grafiek 10).

Het sturen door de arts

Het laatste aspect van de gespreksstijl van de artsen betreft de mate waarin de patiënt gedirigeerd wordt door de arts met behulp van minder of meer directieve uitingen. Dergelijke uitingen, zoals gezegd (vergelijk 4.4.4) bedoeld om verbale reacties aan de patiënt te ontlokken dan wel die te stoppen, kunnen op een dimensie open-gesloten gerangschikt worden. De empathische uitingen, die we ook als

duiding voor aandacht hanteerden zijn het meest open: de patiënt kan de inhoud van zijn reactie geheel zelf bepalen. Open vragen en aanmoedigingen om door te praten geven al meer richting aan de mogelijke reacties, maar worden door ons aan de 'open zijde' van de dimensie geschaard. Gesloten vragen om informatie, anamnese-vragen, en remmende uitingen als interrupties, het negeren van de patiënt, afkappen e.d. vormen het 'gesloten' uiteinde van de dimensie. Deze uitingen komen met de volgende frequentie voor:

Tabel 5.18.: procesuitingen per consult en per somatisch of psychosociaal fragment

	consult (N=1533)		somatisch (N=1373)		psychosociaal (N=390)	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
aanmoedigen	4.1	4.9	2.7	2.8	5.8	6.1
aanmoedigen/10 min.	7.2	6.8	6.3	5.6	10.6	6.6
gesloten vragen	6.0	5.2	5.6	4.8	2.8	4.1
gesloten vragen/10 min.	12.6	12.1	12.5	8.5	5.4	6.6
remmende uitingen	0.3	0.9	0.3	0.8	0.3	1.0
remmende uitingen/10 min.	0.6	1.8	0.4	1.1	0.4	1.0

Als maat is, naar aanleiding van de analyses in het tweede interim-rapport, de verhouding tussen aantal open en gesloten uitingen genomen.

Deze kan per consult berekend worden, en per arts kan zo een gemiddelde verhouding over al zijn consulten, en ook over al zijn somatische en al zijn psychosociale fragmenten berekend worden. Deze verhouding varieert sterk tussen de artsen: van ongeveer 2:1 tot ongeveer 1:6. Psychosociale fragmenten zijn veel 'opener' dan somatische fragmenten. Zie volgende pagina en in grafiek 11 in bijlage 1.

Een tweede index voor de mate waarin een arts zijn patiënten stuurt, verkregen we door per consultfragment, en bij elkaar opgeteld, per consult te tellen hoe vaak de arts een onderwerp aansnijdt, waarover in het consult nog niet gesproken is. Dit gebeurt gemiddeld twee keer per vijf somatische fragmenten, en vier keer per vijf psychosociale fragmenten, zoals uit tabel 5.20 (zie volgende pagina) blijkt.

Tabel 5.19.: de verhouding open/gesloten vragen in het consult en per fragment

verhouding open/ gesloten vragen		consult		somatisch (N=1129)	psychosociaal (N=270)
open/gesloten	0.5	29%		35%	7%
0.5 open/gesloten	1.0	20%		26%	9%
1.0 open/gesloten	2.0	24%		25%	27%
2.0 open/gesloten		27%		14%	57%

Tabel 5.20.: het aansnijden van nieuwe gespreksonderwerpen, per consult en per gespreksfragment

	consult (N=1533)		somatisch (N=1373)		psychosociaal (N= 390)	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
uitingen die nieuw onderwerp aansnijden	0.6	1.0	.4	.7	0.8	1.1
idem/10 min.	1.2	2.1	0.9	1.6	2.0	2.3

Over het gehele consult gerekend gebeurt het drie keer per vijf consulten. Maar dit blijkt tussen de artsen uiteen te lopen van ongeveer eenmaal per tien consulten tot zestien maal per tien consulten (grafiek 12 in bijlage 1). Ook in dit geval leverde variantie-analyse een significant arts-effect op ($P < .001$).

5.5.3. Naar één communicatie index

We hebben kunnen constateren dat de dertig artsen in vrijwel alle onderzochte opzichten onderling verschillen in communicatiestijl. De volgende operationalisaties bleken sterk tussen de artsen te differentiëren:

- vraagverheldering
- patiënt inbreng gunnen bij het vaststellen van de diagnose
- patiënt inbreng gunnen bij het vaststellen van de behandeling
- het uiten van empathie
- het tonen van non-verbale aandacht

- het a-specifiek volgen van de patiënt
- het aansnijden van nieuwe onderwerpen
- de verhouding tussen open en gesloten procesuitingen.

Inspectie van de diverse grafieken in de bijlage leert al met het blote oog dat bepaalde artsen vrij consequent "hoog" scores op deze communicatie kenmerken, terwijl andere voortdurend in "lagere" regionen zitten. De gehanteerde operationalisaties lijken bepaald niet los van elkaar te staan. Op artsniveau geaggregeerd blijken deze acht aspecten dan ook zonder uitzondering positief te correleren. Factoranalyse levert twee factoren op, waarbij ongeroteerd alle variabelen hoger dan .60 op de eerste factor laden, die 58% van de variantie verklaart. Na rotatie neemt de eerste factor 87% van de verklaarde variantie voor zijn rekening; aangezien slechts enige variabelen overtuigend op één factor laden (en slechts één variabele lager dan .25 op de eerste factor), levert deze twee-factoren oplossing een weinig interpreteerbaar resultaat op, zodat gekozen is voor een geforceerde 1-factor oplossing. De ladingen van de diverse variabelen zijn als volgt:

Tabel 5.21.: ladingen van de acht variabelen op de factor 'arts-patiënt-communicatie' (geforceerde 1-factor oplossing)

- vraagverheldering	.72
- inbreng patiënt diagnose	.92
- inbreng patiënt behandeling	.91
- aandacht (non-verbaal)	.77
- aandacht (a-specifiek volgen)	.71
- aandacht (empathische uitingen)	.70
- aansnijden onderwerpen	.72
- verhouding open-gesloten	.71

Op grond van deze factoroplossing kan voor iedere arts een standaard-score op deze over-all index 'arts-patiënt communicatie' berekend worden. De hoogscorende artsen voldoen in de meeste opzichten aan de normen die we reeds in het literatuuroverzicht tegenkwamen: bij een klacht eerst nagaan wat de patiënt van de arts verlangt, bij diagnose en behandeling de patiënt zoveel mogelijk betrekken en invloed gunnen, aandacht voor de patiënt hebben, zoeken naar andere aspecten van het probleem dan de patiënt vanzelf aanbiedt, en een open stijl van informatie zoeken.

Nu doet zich het probleem voor dat we reeds eerder memoreerden (zie hoofdstuk 4, paragraaf 1). Het patiënten- en klachtenaanbod is niet voor iedere arts hetzelfde; de vraag rijst in hoeverre de hier gevonden communicatie-index geen toevallig produkt is van het aanbod aan patiënten dat de betreffende huisarts die dagen van de opnamen op zijn spreekuur had.

Het is niet mogelijk om uit de beschikbare consulten per arts op zodanige wijze een aantal consulten te selecteren dat deze consulten naar leeftijds-, geslachts- en klachtverdeling identiek zijn. Daarvoor is het aantal consulten per arts te klein en zijn de diverse variabelen te verschillend verdeeld. Wat wel kan, en ook gebeurd is, is dat de diverse maten en de daaruit afgeleide algemene communicatie-index, per arts berekend wordt voor de volgende specifieke subgroepen: consulten waarin het geheel aan klachten puur somatisch wordt beoordeeld, consulten waarin het geheel aan klachten niet puur somatisch wordt beoordeeld (met andere woorden: er is in het consult sprake van minstens één niet puur somatische klacht), consulten van mannen tot en met veertig jaar, van mannen boven de veertig jaar, van vrouwen tot en met veertig jaar en van vrouwen boven de veertig jaar.

In de eerste twee gevallen is één arts uitgesloten omdat hij geen vijf consulten had waarin alleen maar somatische klachten gepresenteerd werden, in de laatste vier gevallen zijn leeftijd-/geslacht-specifieke indexen van zes artsen om deze reden niet berekend.

Het moge duidelijk zijn dat niet tot berekening van leeftijd-/geslacht-/klacht-specifieke groepen is overgegaan, omdat dan nog meer artsen uit zouden vallen.

Factoranalyse op basis van de scores die uit de subgroepen afkomstig zijn, levert per subgroep het beeld op dat in tabel 5.26 (zie volgende pagina) staat weergegeven.

We zien in grote lijnen een bij alle subgroepen gelijke factorstructuur: de inbreng die de arts aan de patiënt gunt bij het vaststellen van diagnose en behandeling speelt bij elke subgroep de belangrijkste rol, de verhouding tussen open en gesloten vragen is bij een aantal groepen duidelijk de zwakste schakel.

De zes hieruit resulterende factoren hangen onderling en met de algemene communicatiefactor hoog samen, zoals blijkt uit het overzicht van produkt-moment correlatie-coëfficiënten dat in tabel 5.27 (zie volgende pagina) staat weergegeven.

Tabel 5.26.: ladingen van de acht variabelen op de factor 'arts-patiënt-communicatie' (geforceerde 1-factoroplossing) voor zes homogene subgroepen

	A*	B	C	D	E	F
vraagverheldering	.72	.59	.68	.60	.77	.58
inbreng pat.	.85	.98	.73	.83	.93	.73
diagnose inbreng pat.	.91	.81	.72	.85	.85	.64
behandeling						
aankijktijd	.48	.65	.69	.66	.44	.70
a-specif. aan- volgen dacht	.56	.64	.75	.72	.65	.51
empathische onderwerpen	.66	.62	.47	.49	.62	.55
aansnijden onderwerpen	.61	.53	.41	.55	.70	.54
verhouding open/gesloten	.27	.74	.18	.54	.69	.49
percentage ver- klaarde variantie	49%	56%	48%	51%	57%	43%

- * A : consulten met somatisch beoordeelde klachten (29 artsen)
 B : consulten met ook psychosociaal beoordeelde klachten (29 artsen)
 C : consulten met mannen, jonger dan 41 jaar (24 artsen)
 D : consulten met mannen, ouder dan 40 jaar (24 artsen)
 E : consulten met vrouwen, jonger dan 41 jaar (29 artsen)
 F : consulten met vrouwen, ouder dan 40 jaar (24 artsen)

Tabel 5.27: produkt-moment correlaties tussen de factoren

algemene factor							X
somatische consulten							.94 X
ook-psychosociale consulten							.89 .76 X
mannen ≤ 40 jaar							.84 .82 .79 X
mannen > 40 jaar							.87 .86 .76 .83 X
vrouwen ≤ 40 jaar							.90 .85 .79 .61 .74 X
vrouwen > 40 jaar							.86 .80 .83 .77 .71 .72

De correlaties van de algemene factor met de specifieke factoren zijn zonder uitzondering bijzonder hoog. Kennis van de communicatiefactor van de arts bij een specifieke groep voorspelt 71% tot 88% van de variantie in de totaal groep consulten. Van de leeftijd-geslachtspecifieke groepen is kennis over het gedrag van de arts ten opzichte van jonge vrouwen de beste voorspeller, gedrag t.o.v. jonge mannen zegt (relatief gesproken) het minste.

We concluderen hieruit dat, hoewel het toeval beslist heeft welke patiënten de bestudeerde consulten zouden bevolken, het gedrag van artsen in dezen zo systematisch hetzelfde is, dat de samenstelling van de consulten geen wezenlijke invloed heeft gehad op de toegekende communicatie-index.

De verdeling van deze index over de 30 artsen staat weergegeven in grafiek 13. De index is een gestandaardiseerde factorscore met een gemiddelde van nul en een standaard-deviatie van 1.

Deze over-all index 'arts-patiënt-communicatie' zal in hoofdstuk 6 gehanteerd worden, wanneer we gaan onderzoeken hoe de arts-patiënt communicatie samenhangt met artskenmerken, met verwachtingen die arts en patiënt ten opzichte van elkaar hebben, en met hun oordeel over en behandeling van psychosociale problemen.

5.5.4 Discussie

De door ons onderscheiden aspecten van het gedrag van de arts zijn onderling nauw vervlochten:

Artsen die 'aandachtig' bevonden worden omdat ze de patiënt veel aankijken, worden ook als 'geïnteresseerd' beoordeeld, en blijken relatief veel empathische opmerkingen te maken. Aandachtige artsen zijn ook artsen die veel nieuwe onderwerpen aansnijden, op open wijze vragen stellen, de patiënt ook inhoudelijk inbreng geven, en structuur in het consult aanbrengen. Op consultniveau zijn deze samenhangen minder pregnant aanwezig. In een consult waarin de arts veel inbreng geeft bij het vaststellen van de diagnose, geeft hij ook veel inbreng bij de behandeling, maar verschillende vormen van aandacht en sturen leiden binnen een consult een meer onafhankelijk bestaan: het is wellicht niet in ieder consult nodig veel empathie te tonen, of nieuwe onderwerpen aan te zwengelen; waar het ene gedrag op zijn plaats is, hoeft het andere op dat moment niet nodig te zijn. De door ons geconstrueerde communicatiefactor lijkt een grondhouding te zijn, waarvan niet alle aspecten zich op hetzelfde moment manifesteren.

Wanneer we op basis van die "grondhouding" de dertig artsen rangordenen, dan levert dat bij homogene patiëntengroepen (homogeen naar leeftijd, geslacht of aanwezigheid van psychische problematiek) steeds in grote lijnen dezelfde volgorde op, aldus constateren we naar aanleiding van de correlaties tussen de communicatiefactoren die met betrekking tot die onderscheiden groepen geconstrueerd zijn.

Het is ook een houding die in psychosociale gespreksfragmenten altijd wat meer geprononceerd naar voren komt dan in somatische gespreksfragmenten. Alle gemeten kenmerken komen immers in psychosociale fragmenten relatief meer voor dan in somatische. Dit levert ons een aanwijzing op dat we met de keuze van variabelen op de goede weg zitten: ze vertegenwoordigen een gedragsstijl die bij de bespreking van onderwerpen die het puur lichamelijke overstijgen van belang is. Hiermee is, naast interne consistentie en betrouwbaarheid (zie 4.4.5) een positieve constatering met betrekking tot de validiteit van het meetinstrument gedaan.

In verband met de validiteit dienen we echter bij een ander verschijnsel stil te staan. De patiënten ordenen, wat aandacht betreft, de artsen geheel anders dan ons observatieschema dat doet.

Een gegeven dat overigens eerder geconstateerd is. DiMatteo en DiNicola (1981) komen tot een volstrekt vergelijkbaar resultaat: oordelen van betrokken hulpverleners, collega's en patiënten zelf zijn onafhankelijk van elkaar, waar het gaat om vaststelling van technische en communicatieve kwaliteiten van de hulpverleners. Naar de reden hiervan kan men gissen: van belang is het gegeven dat beoordeling van technische en communicatieve kwaliteiten onderling samenhangt (zie 2.3.2), en dat artsen wellicht hun oordeel over de communicatieve kwaliteiten mede laten beïnvloeden door hun 'technisch' oordeel, terwijl de leek zich noodgedwongen tot het 'communicatieve' aspect moet beperken. Maar, zo kan men tegenwerpen, ditzelfde geldt mutatis mutandis ook voor de -gedragwetenschappelijke- observator; deze kijkt echter weer met een professionele blik naar dat communicatieve aspect, en wellicht zit daàr het verschil.

6. RESULTATEN II: TOETSING VAN DE HYPOTHESEN

6.1. Inleiding

We zullen in dit hoofdstuk de hypothesen die we in hoofdstuk 3 geformuleerd hebben, toetsen. Deze worden in dezelfde volgorde besproken als in hoofdstuk 3. Dit betekent dat eerst de meer simpele relaties, die in hypothese 1 tot en met 7 worden verondersteld, getoetst worden. In het tweede deel onderzoeken we de wisselwerking tussen de effecten van de taakopvatting van de arts met betrekking tot de behandeling van psychosociale klachten, zijn mogelijkheden om die klachten te behandelen en zijn interpretatie van die klachten. Het gaat daarbij om het effect op de behandeling van psychosociale klachten. Dit betreft hypothesen 8 tot en met 10. Op dezelfde wijze gaan we na in welke mate kenmerken van de arts, de arts-patiënt relatie en de arts-patiënt interactie elkaar beïnvloeden in het effect dat ze hebben op de interpretatie van klachten door de arts (hypothesen 11, 12). Ten slotte gaan we in het laatste deel van dit hoofdstuk na in hoeverre interpretatie en behandeling door andere kenmerken beïnvloed worden (hypothese 13).

Een samenvattende paragraaf sluit dit hoofdstuk af.

6.2. De "simpele" verbanden

6.2.1. Het verband tussen beoordeling en behandeling van de klacht

H 1: Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij meer klachten als 'psychosociaal' definieert

Onder het 'behandelen van psychosociale klachten' verstaan we een behandeling die recht doet aan het door de arts beoordeelde psychosociale karakter van de klacht. Wat zo'n behandeling kan inhouden is uiteengezet in 4.4.4. 'Een klacht definiëren', de beoordeling of de interpretatie van de klacht is geoperationaliseerd als het oordeel dat de arts over iedere klacht uitsprak; dat kan variëren van 'de klacht is puur somatisch' tot 'de klacht is puur psychosociaal' (4.3.5).

De eerste hypothese houdt in dat een arts, naarmate hij meer klachten 'niet puur somatisch' noemt, ook meer in zal gaan op psychische

en sociale aspecten, meer psychofarmaca voor zal schrijven, meer naar hulpverleners op het gebied van de GGZ zal verwijzen, etc.

In tabel 6.1 kan men zien dat er een samenhang bestaat tussen het oordeel dat de arts geeft over de klacht en zijn behandeling van de psychosociale aspecten.

Tabel 6.1.: verband tussen artsenoordeel en behandeling (klachtniveau)

	behandeling					
artsenoordeel:	% klachten waarop de arts reageert	% klachten psy- chosociaal	% klachten psy- chofarmaca voor- schrijft	% klachten arts een passief gesprek voert	% klachten arts een actief gesprek voert	% klachten arts advi- seert
puur somatisch (N=1057)	14.2%		1 %	8.3%	3 %	1.6%
somatisch met psychosociale aspecten (N=353)	45.6%		4.2%	24.1%	9.9%	3.4%
somatisch met vermoeden van psychosociale achtergrond (N=326)	51.5%		8.6%	16.9%	25.8%	7.7%
psychosociaal (al dan niet met somatische aspecten (N=265))	79.2%		16.4%	31.3%	34 %	13.6%

Naarmate in het oordeel van de arts psychosociale aspecten een sterker nadruk krijgen, nemen zijn activiteiten op dit gebied toe. Vooralsnog is dit een banale vondst, die we in het tweede deel van dit hoofdstuk echter hopen te nuanceren.

We zien voorts dat niet alleen het reageren - ongeacht het karakter daarvan - toeneemt, maar ook ieder deelaspect daarvan. Wanneer een arts de klacht als 'puur somatisch' beoordeelt, gaat hij desondanks in 14% van de gevallen in op psychosociale aspecten, hoofdzakelijk door voor de patiënt als klankbord te fungeren. Het relatieve aandeel van deze passieve 'behandelingsvorm' neemt af, naarmate de arts psychische aspecten een meer geprononceerde positie toedenkt; actieve gespreksvoering neemt sterk toe, terwijl psychofarmaca-therapie en het geven van een advies ook belangrijker worden naarmate het oordeel een meer psychosociaal karakter krijgt.

Tabel 6.1 geeft nog geen uitsluitel over de houdbaarheid van hypothese 1. Deze doet immers een uitspraak over artsen. Om haar te toetsen moeten we nagaan of artsen die relatief veel niet-somatische oordelen over klachten uitspreken, dezelfde artsen zijn die in veel gevallen psychosociale vormen van behandeling toepassen. Niet iedere vorm van behandeling kan echter op geaggregeerd niveau zinvol bestudeerd worden, zagen we in 5.2.4. De absolute frequentie waarmee de artsen advies geven en psychofarmaca voorschrijven is te gering om als aanwijzing voor een bepaalde vorm van therapeutisch gedrag van de arts te fungeren.

Om dezelfde reden werd het raadzaam geacht op geaggregeerd niveau uitsluitend het percentage 'puur somatisch' beoordeelde klachten te gebruiken als indicator voor het artsenoordeel: hoe lager deze waarde, des te 'psychosociaal' oordeelt een arts. Tabel 6.2 geeft daarom alleen de enkelvoudige correlaties weer tussen het percentage klachten dat een arts als puur somatisch beoordeelt, en het percentage gevallen waarin hij reageert op psychosociale aspecten, een

Tabel 6.2.: verband tussen interpretatie en behandeling (artsniveau)

	behandeling		
artsenoordeel:	% klachten waar- bij de arts op psychosociale as- pecten reageert	% klachten waar- bij de arts een passief gesprek voert	% klachten waar- bij de arts een actief gesprek voert
% puur somatisch	-.63**	-.41**	-.45**

** P < .05

passief gesprek voert of een actief gesprek voert. Uit deze correlaties concluderen we dat hypothese 1 bevestigd wordt. Artsen die veel klachten 'puur somatisch' vinden, zijn in het algemeen arts en die weinig psychosociale reactievormen in hun consulten vertonen.

6.2.2. Het verband tussen taakopvatting en behandeling van psychosociale klachten

H 2: Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen naarmate hij meer de mening is toegedaan dat dit bij zijn taak hoort

Bij de toetsing van deze hypothese zijn dezelfde aspecten van behandeling in beschouwing genomen als in de vorige sub-paragraaf. De produkt-moment correlatie tussen de somscore op de taakopvattingsschaal (vergelijk 5.3) en de aspecten van behandeling staan in de hiernavolgende tabel weergegeven.

Tabel 6.3.: verband tussen taakopvatting en behandeling van psychosociale klachten (N=30)

behandeling	taakopvatting
% klachten waarbij de arts op psychosociale aspecten reageert	.09
% klachten waarbij de arts op passieve wijze een gesprek voert	-.11
% klachten waarbij de arts op actieve wijze een gesprek voert	.33**

** P < .05

Wanneer we behandeling van psychosociale klachten in algemene termen uitdrukken, is er geen samenhang met de taakopvatting. Eén aspect van die behandeling heeft echter wel te maken met de taakopvatting: artsen die bij veel psychische problemen aangeven dat een huisarts als taak heeft deze te behandelen, voeren meer gesprekken waarin ze zoeken naar achterliggende oorzaken, of waarin ze proberen de patiënt inzicht te geven in de achtergrond van zijn problemen.

De hypothese als zodanig kunnen we niet bevestigd noemen: artsen met

een smalle taakopvatting reageren even vaak op psychosociale aspecten in het klachtenaanbod als artsen met een brede taakopvatting in deze. Wanneer we het begrip 'behandeling' meer toespitsen op wat men een "gesprekstherapeutische" aanpak zou kunnen noemen, is het veronderstelde verband echter wel aanwezig.

6.2.3. Het verband tussen de mogelijkheden tot behandeling en de behandeling van psychosociale klachten

H 3: Een huisarts zal meer psychosociale klachten behandelen, naarmate hij daar meer mogelijkheden voor heeft.

Met betrekking tot kenmerken van een huisarts of zijn praktijk, die bijdragen aan zijn behandelingsmogelijkheden zijn een aantal veronderstellingen geformuleerd. Kort samengevat komen die er op neer dat de volgende kenmerken een rechtstreekse invloed op zijn behandeling van psychosociale klachten zouden hebben:

- de hoeveelheid tijd die per patiënt beschikbaar is
- de samenwerking met hulpverleners op het gebied van de GGZ
- het gevoel van competentie van de arts
- de hoeveelheid gevolgde nascholing.

Daarnaast veronderstelden we dat het samenwerken en de gevolgde nascholing, behalve rechtstreeks de behandeling te beïnvloeden, ook een indirect effect zouden hebben, omdat ze het gevoel van competentie van de arts zouden verhogen. De hoeveelheid tijd die per patiënt beschikbaar is, zou weer afhankelijk van de praktijkgrootte zijn.

De behandeling van psychosociale klachten door de dertig artsen wordt op dezelfde wijze uitgedrukt als in de vorige paragraaf. Als maat voor samenwerking met GGZ gebruiken we de mate van overleg met AMW; 'competentie' wordt uitgedrukt in de somscore van de competentieschaal. 'Gevolgde nascholing' wordt uitgedrukt in het aantal gevolgde nascholingscursussen en 'praktijkgrootte' in het opgegeven aantal patiënten. Al deze maten zijn besproken in 5.3.

'Beschikbare tijd' kennen we op twee manieren: de in de vragenlijst opgegeven tijd die voor een consult op het afspraakspreekuur wordt uitgetrokken en de door ons gemeten gemiddelde consultduur van de op videoband opgenomen consulten. De eerste maat is niet erg gespreid onder de dertig video-artsen (we zagen dat meer dan de helft dezelfde tijd opgaf: zie tabel 5.7), zodat voor de analyse van het tijds-effect bij deze dertig artsen onze voorkeur uitgaat naar de feitelijk gemeten tijd. Maar dan nog is de variabele 'tijd' niet zonder

meer bruikbaar; onze te toetsen veronderstelling is dat naarmate een arts meer tijd beschikbaar heeft, hij meer psychosociale klachten kan behandelen. Dergelijke behandeling is immers relatief tijdrovend. (Gemiddelde gespreksduur bij reageren op psychosociale klachten is zes en een halve minuut, bij negeren vijf minuten). Andersom echter zullen artsen die vaak psychosociale klachten behandelen gemiddeld langere consulten hebben. Beide variabelen zouden gecontamineerd kunnen zijn. Dit probleem kan opgelost worden door de gemiddelde tijd die een arts voor zijn patiënten uittrekt te corrigeren voor het aantal psychosociale gesprekken dat hij gevoerd heeft.¹ Deze correctie leidt tot een reeks gecorrigeerde gemiddelde tijden van de consulten die .98 met de ongecorrigeerde tijden correleren. Daarom is besloten de ongecorrigeerde gemiddelde duur van het consult als maat te nemen.

In tabel 6.4 worden de enkelvoudige correlaties tussen de behandelingsvariabelen en de variabelen die de mogelijkheid om te behandelen uitdrukken, weergegeven.²

Tabel 6.4.: verband tusen randvoorwaarden die de mogelijkheden om psychosociale problemen te behandelen uitdrukken en behandeling van psychosociale problemen (N=30)

mogelijkheden	arts reageert in het algemeen	arts voert pasief gesprek	arts voert actief gesprek
competentie	.37**	.25*	.32**
nascholing	.17	.23	.18
samenwerken	.42**	.29*	.50**
tijd	.40**	.20	.45**
praktijkgrootte	.17	-.25*	-.17

* .05 $P < .10$

** $P < .05$

Van de vier variabelen, waarvan we een effect op behandeling veronderstellen, vertonen drie de verwachte relatie: artsen die zich competenten achten, regelmatig overleggen met maatschappelijk werkers en tijd voor hun patiënten uittrekken reageren vaker op psychosociaal beoordeelde klachten: dit effect is sterker bij actieve gespreksvoering dan bij passieve gespreksvoering. De praktijkgrootte

heeft weinig rechtstreeks effect op het behandelen van psychosociale klachten.

In de geformuleerde hypothesen lagen enkele veronderstelde wisselwerkingen tussen de diverse faciliterende kenmerken besloten. We zullen achtereenvolgens het aangenomen indirecte effect van de praktijkgrootte op het behandelen van psychosociale problemen en de wisselwerking tussen de drie overgebleven rechtstreekse effecten (van 'competentie', 'samenwerking' en 'tijd') op de behandeling onderzoeken.

Het indirecte effect van de grootte van de praktijk bestaat uit een combinatie van een effect van de praktijkgrootte op de beschikbare tijd, en van dit laatste op de behandeling van psychosociale klachten.

Hypothese 3e: "Wanneer een arts een kleinere praktijk heeft, zal hij meer tijd voor zijn patiënten hebben", wordt bevestigd: de correlatie tussen 'tijd' en 'praktijkgrootte' bedraagt $-.47$ ($P < .01$).

Ook in de genoemde algemene artsenenquête, die door 249 respondenten werd ingevuld (vergelijk 4.2) is geïnformeerd naar praktijkgrootte en beschikbare tijd voor de patiënt (Hier is uiteraard de tijd die men voor een afspraakspreekuur uittrok, gemeten). De samenhang is laag, maar significant: $-.15$ ($P < .01$).

Competentiegevoelens van de arts zouden ook niet op zichzelf bestaan, maar mede veroorzaakt worden door nascholing en samenwerking (hypothese 3f en 3g). De correlaties van 'competentie' met deze twee variabelen bedragen echter $.19$ en $.23$, en hebben meer dan 10% kans op toeval te berusten. Ook in de algemene artsenenquête ontbraken significante samenhangen tussen deze variabelen. We beschouwen de effecten van competentiegevoelens daarom als effecten die niet op hun beurt door andere factoren verklaard worden.

Die effecten van de competentiegevoelens, de beschikbare tijd en de mate van samenwerking op de behandeling van psychosociale klachten zijn in hun onderlinge samenhang bestudeerd met behulp van multi-pele regressie-analyse. Door de onderlinge samenhang van deze drie verklaringen levert dit een weinig bevredigend beeld op. Een weergave van de stapsgewijs uitgevoerde regressie laat zien hoe de aanvankelijk significante resultaten een voor een verloren gaan.

Schatting met behulp van de twee eerste variabelen (zie tabel 6.5) leidt nog tot een min of meer betrouwbare resultaat³

Tabel 6.5.: stapsgewijze regressie op 'behandelen' (N=30)

onafhankelijke variabele	stap 1		stap 2		stap 3	
	β	F	β	F	β	F
duur van het consult	.45	7.0 (p=.013)	.39	5.4 (p=.028)	.29	2.6 (p=.117)
competentie			.29	3.1 (p=.09)	.26	2.4 (p=.113)
samenwerking					.23	1.5 (p=.228)
R	.45		.53		.57	
R ²	.20		.28		.32	

We concluderen dat alle drie de variabelen een relatie hebben met het behandelen van psychosociale klachten, maar dat de onderlinge samenhang het ons onmogelijk maakt met dit materiaal een uitspraak te doen over het gewicht dat een effect ten opzichte van andere heeft.

Dit leidt tot de volgende conclusies:

- Tijd voor een patiënt, samenwerking met hulpverleners op het gebied van de GGZ, en een gevoel van competentie leiden tot meer behandeling van psychosociaal beoordeelde problemen.
- De hoeveelheid nascholing, zoals door ons gemeten, hangt noch direct, noch indirect samen met het wel dan niet behandelen van psychosociale problemen. Opgemerkt moet worden dat in de veel uitgebreidere artsen-enquête nascholing ook nauwelijks effect had op variabelen als competentie en geschatte duur van consulten.⁴
- Praktijkgrootte heeft geen rechtstreekse invloed op de behandeling, maar via de gemiddelde duur van het consult wel een indirecte.
- Competentie laat zich niet door andere achtergrondvariabelen (nascholing, samenwerking, jaar van afstuderen) verklaren, noch in onze beperkte groep, noch in de grote steekproef.
- Vooral actieve gespreksvoering als vorm van behandeling van psychosociale klachten vindt vaker plaats wanneer een arts meer tijd heeft, meer samenwerkt, of zich competentier voelt om op dergelijke klachten in te gaan.

6.2.4. Het verband tussen huisartsgeneeskundige oriëntatie en de beoordeling van de klacht

H 4: Een arts zal meer problemen als 'psychosociaal' definiëren, naarmate hij een huisartsgeneeskundiger oriëntatie heeft.

De huisartsgeneeskundige oriëntatie is door ons uitgedrukt als de somscore op drie schalen: de 'risico-schaal', de schaal 'samenwerken met patiënten' en de schaal 'toegekende invloed van psychische aspecten' (vergelijk paragraaf 5.3). De samenhang tussen de scores op deze drie schalen en het percentage klachten dat een arts als 'puur somatisch' beoordeelde staat in de volgende tabel.

Tabel 6.6.: correlatie tussen huisartsgeneeskundige opvattingen en klachteninterpretatie

	%puur somatisch
risico nemen	-.31**
samenwerken met patiënten	-.52**
invloed psychosociale aspecten	-.47**

** $P < .05$

Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen beoordelen minder klachten als 'puur somatisch', ongeacht de wijze waarop men deze oriëntatie nader invult.

In hoeverre de drie schalen onafhankelijk van elkaar het percentage 'puur somatische klachten' voorspellen maakt tabel 6.7 duidelijk (zie volgende pagina).

Het percentage klachten dat een arts als puur somatisch beoordeelt is vooral groter wanneer hij een min of meer autoritaire verhouding met de patiënt voorstaat; het geheel wordt nog versterkt door de opvatting dat men als arts geen risico's moet nemen. De mate waarin de arts psychische aspecten onbelangrijk vindt hangt zo hoog met zijn autoritaire opvattingen (= niet-samenwerken) samen, dat het geen onafhankelijke invloed heeft.

Tabel 6.7.: multipele regressie op het percentage klachten dat een arts als puur somatisch beoordeelt⁵

onafhankelijke variabelen	% puur somatisch	
	β	F
risico	-.27	3.3*
samenwerken met patiënten	-.41	6.0**
invloed van psychosociale aspecten	-.26	2.5
R		.65

* $.05 < P < .10$

** $P < .05$

In de algemene artsen-enquête beschikken we niet over de het artsen-oordeel over een honderdtal klachten per arts. Wel is aan die artsen gevraagd om een schatting te geven van het percentage niet somatische klachten dat ze tegenkomen in hun praktijk. Deze schatting varieerde van 10% tot 90% (vergelijk Verhaak, 1984c). De correlaties van de drie huisartsgeneeskundige opvattingen met deze schatting zijn lager dan hiervoor weergegeven, maar significant en in dezelfde richting: 'risico', 'samenwerken' en 'invloed' correleren respectievelijk .17, .12 en .37 met de schatting van het percentage psychosociale klachten.

6.2.5. Het verband tussen communicatie en de beoordeling van de klacht

H 5: Een arts zal meer klachten als 'psychosociaal' definiëren naarmate hij in het consult meer openingen biedt om psychosociale aspecten aan de orde te stellen.

We zullen deze hypothese eerst op het niveau van het consult in beschouwing nemen. Dit leert ons welke van de in 5.5 onderscheiden communicatiekenmerken van invloed zijn op het oordeel van de arts dat een klacht niet uitsluitend somatisch van aard is⁶. Het geeft ons de mogelijkheid inzicht te krijgen in het relatieve belang van de diverse communicatietechnieken.

We zagen echter in 5.5 dat alle communicatiekenmerken op het niveau van de arts onderling samenhangen: een arts die zich in één opzicht

onderscheidt in positieve of negatieve zin, doet dat ook in de andere opzichten. De "totale gesprekstijl" van de artsen kan dan ook in één algemene communicatie-index uitgedrukt worden. In het tweede deel van deze paragraaf zullen we daarom op het niveau van de arts de samenhang tussen zijn gemiddelde oordeel over de klachten en zijn score op de communicatie-index onderzoeken.

Het relatieve belang van de diverse communicatie-variabelen op consult niveau onderzoeken we met behulp van multipele regressie analyse.

Tabel 6.8.: regressie van communicatie variabelen en consultduur op oordeel van de arts (N=1158), zonder en met inbegrip van de consultduur

onafhankelijke variabelen	zonder duur		met inbegrip van duur	
	β	F	β	F
affectieve houding				
non-verbale houding	-.05	2.9	-.06	5.7**
a-specifieke uitingen	.20	41.3**	.01	.1
empathische uitingen	.04	1.99	.02	.5
structureren				
vraagverheldering	.04	2.1	.03	1.2
inbreng voor patiënt				
bij diagnose	.16	23.0**	.14	18.2**
bij therapie	.04	0.9	.02	.9
sturen				
aansnijden nieuw onderwerp	.14	25.9**	.10	13.9**
verhouding open:gesloten	.08	8.1**	.11	14.1**
duur van het consult	-	-	.32	77.7**
multipele R	.42		.48	
R ²	.18		.23	

** P < .05

Op grond van de correlaties (zie noot 7) concluderen we dat alle onderscheiden communicatiekenmerken meer voorkomen naarmate de klacht meer 'psychosociaal' geacht wordt.

De verschillende kenmerken hangen echter onderling samen, terwijl een aantal ook rechtstreeks afhankelijk blijkt van de duur van het consult. In tabel 6.8 staan de uitkomsten van multi-pele regressie ter verklaring van het gemiddelde artsenoordeel, in tweede instantie met contrôle voor de consultduur. Dit laatste voorspelt voor een belangrijk deel of een klacht als psychosociaal beoordeeld zal worden. Daarnaast - en onafhankelijk daarvan - is de kans op een psychosociale interpretatie van de klacht echter groter naarmate de arts de patiënt meer bij de diagnose betreft, de arts meer nieuwe onderwerpen aansnijdt, de verhouding tussen open en gesloten procesuitingen meer naar de eerste categorie doorslaat en de arts zich geïnteresseerder en aandachtiger toont. Dit resultaat is vergelijkbaar met de uitkomst van eerder onderzoek (vergelijk Bensing en Verhaak, 1982).

De mate waarin de onderscheiden communicatietechnieken noodzakelijke of voldoende voorwaarde zijn om tot een psychosociale beoordeling te komen, is hierbij nog niet aan de orde geweest. Het hierna volgend schema verschaft daarover enige duidelijkheid. Uit de vier gebieden die we op het terrein van de communicatie onderscheiden hebben, is telkens één variabele gekozen, die (zo mogelijk) een significante rol in de regressie-analyse speelde: non-verbale aandacht, vraagverheldering, inbreng bij diagnose en aansnijden van nieuwe onderwerpen. Deze vier variabelen zijn gedichotomiseerd.⁸

In het boomdiagram (schema 6.3) wordt de gehele groep (1394 consulten) eerst verdeeld in consulten met een negatieve en een positieve non-verbale houding. Het gemiddeld artsenoordeel in deze twee groepen is gemiddeld 1.73 bij een negatief beoordeelde non-verbale houding, en gemiddeld 2.01 bij een positief oordeel daarover. Zowel de eerste als de tweede groep wordt vervolgens gesplitst in een groep waarin vraagverheldering afwezig is (-) en een groep waarin vraagverheldering wel voorkomt. Negatieve non-verbale houding en afwezigheid van vraagverheldering gaan gepaard met een gemiddeld oordeel 1.70; consulten met negatieve non-verbale houding en aanwezigheid van vraagverheldering worden gemiddeld in 1.87 geoordeeld. Enzo-voorts. In de vierde kolom lezen we bovenaan dat consulten met negatieve non-verbale houding, geen vraagverheldering, waarin geen nieuw onderwerp wordt aangesneden en de inbreng van de patiënt bij diagnose gering is, gemiddeld als 1.50 beoordeeld worden. Er zijn 365 van zulke consulten.

Schema 6.1.: gemiddeld artsoordeel (4-puntsschaal) over het psychosociale karakter van de klacht, uitgesplitst naar positieve en negatieve non-verbale houding, vraagverheldering, aansnijden van nieuwe onderwerpen en inbreng voor de patiënt bij diagnose

non-verbale houding	vraagverheldering	aansnijden onderwerpen	inbreng diagnose	n
- : 1.73	- 1.70	- : 1.55	- : 1.50 (365)	+ : 1.85 (69)
		+ : 2.05	- : 1.95 (135)	+ : 2.32 (45)
	+ 1.87	- : 1.65	- : 1.58 (60)	+ : 1.86 (21)
		+ : 2.07	- : 2.00 (63)	+ : 2.21 (31)
+ : 2.01	- 1.95	- : 1.81	- : 1.63 (134)	+ : 2.12 (77)
		+ : 2.14	- : 1.82 (94)	+ : 2.54 (73)
	+ 2.10	- : 1.92	- : 1.68 (41)	+ : 2.08 (60)
		+ : 2.24	- : 1.90 (44)	+ : 2.42 (82)

We zien in dit boomdiagram dat het feit dat de arts nieuwe onderwerpen aansnijdt en dat hij de patiënt inbrengt van doorslaggevend belang is voor een psychosociaal getint oordeel dan een geïnteresseerde houding en het verhelderen van de hulpvraag. Wanneer de twee eerste positief gewaardeerd worden levert dat de hoogste gemiddelde score voor psychosociale interpretatie op, ook bij negatieve aandacht en het ontbreken van vraagverheldering. Worden het aansnij-

den van nieuwe onderwerpen en patiënteninbreng negatief beoordeeld, dan is de psychosociale interpretatie het meest afwezig, ook bij positieve beoordeling van beide andere.⁹

We verlaten nu de analyse op consultniveau en gaan na of de gevonden verbanden op artsniveau optreden. Zoals we in 5.5.3 zagen is per arts één communicatie-index berekend waaraan alle communicatie-elementen een gewogen bijdrage leveren. Tevens is deze index berekend voor alle consulten met puur somatische klachten, alle consulten met psychosociale klachten, en voor consulten van homogene leeftijdsgroepen.

Wanneer we onderzoeken of een bepaalde communicatiestijl tot meer psychosociale beoordelingen leidt, moeten we de mogelijkheid uitsluiten dat een bepaalde wijze van gespreksvoering het gevolg is van het feit dat over psychosociale klachten gepraat wordt en dat dit de samenhang veroorzaakt. In dat geval zouden artsen die veel psychosociale klachten zien, juist vanwege dat feit, een 'psychosociale' gesprekstijl vertonen. Om dit te controleren hanteren we naast de over alle consulten berekende index ook de index die over somatische klachten alleen berekend is, en die hoog samenhangt met de algemene index ($r = .94$).

Tabel 6.9 geeft op artsniveau de samenhang tussen communicatie-indices en het percentage klachten dat een arts 'puur somatisch' vond, weer.

Tabel 6.9.: produkt-moment correlaties tussen de twee communicatie-indices en de artsoordelen

artsoordeel	algemene communicatie-index (N=30)	communicatie-index bij somatische klachten (N=29)
% puur somatisch	-.48**	-.42**

** $P < .05$

Artsen die hoog scoren op de communicatie-index beoordelen minder klachten als puur somatisch. Dit is geen artefact, want wanneer we de communicatie-index vaststellen op basis van de consulten met somatisch beoordeelde klachten vinden we een zelfde verband.

Concluderend willen we het volgende opmerken over de relatie tussen arts-patiëntcommunicatie en het oordeel dat de arts over klachten uitspreekt: Wanneer de arts-patiëntcommunicatie geschiedt volgens de regels die - zoals we in het literatuurgedeelte zagen - van belang geacht worden voor een gesprek waarin beide partners hun ideeën kwijt kunnen, en waarin niet op voorhand naar één mogelijke interpretatie wordt toegewerkt en andere worden uitgesloten, dan zijn de oordelen die niet puur somatisch zijn, veelvuldiger. Op dat consultniveau is het echter zeer moeilijk uit te maken wat oorzaak en gevolg is. Wel is het mogelijk om een zekere volgorde in de importantie van de variabelen aan te geven: het verhelderen van de hulpvraag van te voren is, gelet op de regressiegewichten en gelet op de boomdiagrammen niet van doorslaggevende betekenis. Aangetekend dient daarbij te worden dat artsen dit in het algemeen weinig doen, zodat een lage correlatie met het veelvuldig gegeven niet-somatische oordeel niet vreemd is. Regressie-analyse laat ook zien dat sommige variabelen onderling gecontamineerd zijn dan wel direct afgeleid van de duur van het consult, zodat vooral het aansnijden van nieuwe onderwerpen en het afgaan op wat de patiënt voor ideeën heeft, overblijven als duidelijk samenhangend met een meer psychosociale interpretatie.

Doen artsen dit vaker bij psychosociaal beoordeelde klachten of leidt deze houding tot het opsporen van psychosociale problematiek? Dit onderzoek geeft hier geen uitsluitel over. Ook niet wanneer we op artsniveau constateren dat de samenhang òók bestaat wanneer we ons oordeel over de communicatie afleiden uit somatisch beoordeelde consulten. Hiervan leren we dat de wijze van communiceren, zoals onze communicatiefactor die uitdrukt, zich niet beperkt tot psychische klachten, maar dat dit gedrag vrij stabiel is, per arts gezien. De correlaties op artsniveau zijn dus niet het gevolg van het feit dat veel psychosociale interpretaties veel "psychosociale gespreksvoering" met zich meebrengen. Maar de mogelijkheid is niet uit te sluiten, misschien zelfs heel voor de hand liggend, dat een bepaald type arts een voorkeur heeft voor een bepaalde communicatiestijl en een bepaalde wijze van interpreteren zonder dat het eerste nu het tweede veroorzaakt.

6.2.6. Het verband tussen wederzijdse verwachtingen van arts en patiënt en de beoordeling van de klacht

H 6: Een arts zal meer problemen als 'psychosociaal' definiëren

naarmate hij van zijn patiënten meer problemen verwacht.

- H 7 : Een arts zal meer problemen als 'psychosociaal' definiëren, naarmate zijn patiënten meer expliciet psychische en sociale problemen presenteren.
- H 7a: Naarmate de patiënten aan "de huisarts" meer functies op het gebied van psychosociale hulpverlening toekennen, zullen ze eerder psychische en sociale problemen aan hem voorleggen.
- H 7b: Naarmate patiënten positiever over de communicatieve vaardigheden van hun huisarts oordelen, zullen ze meer psychische en sociale problemen aan hem voorleggen.
- H 7c: De in H 6 tot en met H 7b geformuleerde effecten nemen toe met het aantal jaren dat een patiënt bij een huisarts staat ingeschreven.

In deze vijf hypothesen is het verwachte effect van de arts-patiënt relatie op de oordeelsvorming van de arts uitgedrukt. De verwachtingen van de arts ten aanzien van de patiënt zouden dat oordeel rechtstreeks beïnvloeden; de verwachtingen van de patiënt over de arts mogen slechts een indirect effect hebben: ze beïnvloeden het expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod (H 7a en 7b) dat weer de beoordeling van de klacht beïnvloedt (H 7). Ten slotte wordt een tijdseffect verondersteld (H 7c) dat als gevolg heeft dat de gevonden effecten alle groter zullen zijn wanneer arts en patiënt elkaar langer kennen.

De meningen van arts en patiënt over elkaar en het aantal jaren dat men patiënt is, zijn per consult gemeten; de verschillende maten zijn besproken in 5.4.

We bezien de veronderstelde samenhangen eerst op consultniveau; hierbij moet men zich realiseren dat de meningen van de arts over de patiënt slechts bij de helft van de artsen is vastgelegd. Aangezien dit ongeveer 750 voor analyse bruikbare consulten overlaat, hebben we op consultniveau de betreffende hypothese wel getoetst. Wanneer we echter in het tweede deel van deze paragraaf de samenhangen per arts bekijken moeten we de mening van de arts over de patiënt buiten beschouwing laten.

Op consultniveau treffen we de volgende verbanden tussen meningen over de arts en de patiënt enerzijds en expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod en beoordeling van de klacht anderzijds aan (zie tabel 6.10). Wanneer we ons beperken tot enkelvoudige verbanden, dan constateren we dat patiëntverwachtingen een significant effect hebben op het expliciet presenteren van psychische en sociale proble-

men; de omvang van het effect is echter gering; de duur van de arts-patiënt relatie doet daar weinig aan toe of af.

Tabel 6.10.: bivariate correlaties tussen meningen van patiënt en arts over elkaar, expliciet psychisch/sociaal klachtenaanbod, en beoordeling van de klacht door de arts. Totaal en uitgesplitst naar aantal jaren dat men patiënt is

onafhankelijke variabelen	afhankelijke variabelen			beoordeling		
	expliciet 10 psychisch/ sociaal klach- tenaanbod			van de ⁶ klacht		
	totaal			totaal		
	≤5jaar pat.	>5jaar pat.		≤5jaar pat.	>5jaar pat.	
mening patiënt over functiebreedte	-.07**	-.08**	-.07**	-.13**	-.11**	-.16**
beoordeelde openheid van arts	.06**	.07**	.06*	.03	.02	.03
mening arts over on- afhankelijkheid van patiënt	-.11**	-.05	-.13**	-.38**	-.37**	-.39**
expliciet psychisch/ sociaal klachtenaanbod	x	x	x	.48**	.49**	.47**

* .05 < P < .10

** P < .05

Het oordeel van de arts of een klacht somatisch of psychosociaal is, wordt op de verwachte manier beïnvloed: wanneer een arts de patiënt afhankelijk vindt dan is zijn oordeel meer psychosociaal; er is een sterk positieve correlatie tussen de presentatie van de klacht door de patiënt in expliciet psychische en sociale termen en de beoordeling van de klacht door de arts; deze samenhang is vanzelfsprekend en weinig interessant, nu op klachtniveau deze klachtpresentatie nauwelijks een functie blijkt te zijn van de ideeën die de patient over zijn huisarts of over de functie van huisartsen in het algemeen

heeft.

Deze twee effecten op de beoordeling van de klacht zijn onafhankelijk van elkaar. Zie onderstaand tabel 6.11.

Tabel 6.11.: regressie op 'artsoordeel somatisch psychosociaal'⁶
(N=742)

onafhankelijke variabelen	β	F
expliciete psychische klachtpresentatie	.44	213.53***
oordeel arts over afhankelijkheid van patiënt	-.33	123.38***
R	.58	
R ²	.34	

***P < .001

Bekijken we de verbanden op artsniveau, dan is er sprake van een sterker samenhang in de verwachte richting: zie tabel 6.12.

Tabel 6.12.: bivariate correlatie tussen de per arts gemiddelde meningen van patiënten over artsen, het percentage expliciet psychische en sociale klachten dat een arts krijgt aangeboden en het percentage klachten dat een arts als 'puur somatisch' beoordeelt (N=30)

	percentage expliciet psychische en sociale klachten	percentage 'somatisch'
mening patiënt over functiebreedte	.26**	-.25*
beoordeelde openheid arts	.41**	-.17
percentage expliciet psychische en sociale klachten	x	-.41**

* .05 < P < .10

** P < .05

Een arts die als 'open' wordt beschouwd door zijn patiënten en die men veel functies op het gebied van behandeling van psychische of sociale problemen toekent, krijgt meer expliciet psychische en sociale problematiek door zijn patiënten aangeboden. Wanneer dit laatste het geval is, beoordeelt een arts minder klachten als 'puur somatisch' en meer klachten als 'psychosociaal'.

Hoewel de meningen over functiebreedte en openheid van de arts beide samenhangen met het presenteren van expliciet psychische en sociale klachten, is in een multipele regressievergelijking de 'beoordeelde openheid' de enige variabele die bijdraagt aan de verklaring van de expliciet psychische/sociale klachtenpresentatie.

Teneinde na te gaan of de meningen van patiënten uitsluitend een indirect effect op het oordeel van de arts hebben, is met behulp van multipele regressie het relatieve effect van het expliciet psychische/sociale klachtenaanbod en de gemiddelde mening van de patiënt over de arts gemeten. Alleen het eerste had een significant effect; we concluderen daaruit dat, na controle voor het expliciet naar voren brengen van psychische en sociale klachten, de mening van de patiënt over de arts geen eigen effect meer heeft.

Wanneer we terugblikken op de in de aanhef van deze subparagraaf geformuleerde hypothesen, dan kunnen we de volgende conclusies trekken met betrekking tot het effect van de arts-patiënt relatie: artsen die bij hun patiënten de naam hebben open te staan voor de patiënt krijgen meer psychische en sociale problemen gepresenteerd, hetgeen bijdraagt aan het aantal oordelen 'niet-somatisch' dat een arts uitspreekt.

Wanneer een arts een patiënt als weinig afhankelijk beoordeelt, is hij eerder geneigd de klachten van die patiënt als 'niet puur somatisch' te betitelen, maar deze relatie kan ook omgekeerd verlopen: wanneer een arts klachten niet somatisch vindt, beoordeelt hij de patiënt als minder afhankelijk.

Afgaand op het individueel oordeel van één patiënt over zijn arts kunnen we nauwelijks een voorspelling doen over zijn klacht of over de beoordeling daarvan. De zwakke verbanden die we vonden gaan zelfs deels tegen de verwachting in: een patiënt die zijn arts weinig functies op psychosociaal terrein toeschrijft, presenteert iets vaker psychische klachten en zijn klachten worden ook iets vaker als 'niet-somatisch' beoordeeld. De arts ontleent zijn beeld van 'huisarts bij wie je met problemen terecht kan' aan andere patiënten dan aan degenen die in feite met die problemen bij hem komen.

De veronderstelling dat deze relaties sterker worden naarmate arts

en patiënt elkaar langer kennen, moeten we op grond van onze resultaten verwerpen.

6.2.7. De "simpele" verbanden: discussie en conclusies

Huisartsen behandelen minder psychische problemen wanneer ze weinig problemen psychosociaal vinden en wanneer ze weinig mogelijkheden tot behandeling hebben: tot deze laatste groep kunnen we huisartsen rekenen die vinden dat ze niet zo competent zijn in die behandeling, huisartsen die weinig tijd voor een consult uittrekken en artsen die weinig met andere hulpverleners samenwerken. De korte consulten treffen we met name bij huisartsen met grote praktijken aan. De taakopvatting inzake psychosociale behandeling en de hoeveelheid gevolgde nascholing op dit terrein houden daarentegen geen direct verband met de frequentie waarmee huisartsen psychosociale klachten behandelen.

Het behandelen van psychosociale klachten kan een verscheidenheid aan handelingen inhouden. Wanneer we het begrip inperken tot wat we 'actieve gespreksvoering' hebben genoemd (de arts tracht door middel van gesprek oorzaken van problemen op te sporen, of de patiënt duidelijk te maken welke factoren zijn klachten veroorzaken), vinden we naast de hiervoor genoemde verbanden ook een positief verband met de taakopvatting. De gevolgde nascholing heeft ook in dit opzicht geen effect.

Over onze veronderstellingen omtrent de factoren die de beoordeling of interpretatie van de klachten door de huisarts beïnvloeden, kan het volgende gezegd worden.

Veel somatische interpretaties zien we bij artsen met een klinische oriëntatie: artsen die het zekere voor het onzekere willen nemen, artsen die zich afstandelijk ten opzichte van de patiënt opstellen, en artsen die van een aantal met name genoemde klachten niet vinden dat daar veel psychische aspecten bij meespelen (de laatste twee houdingen treffen we vaak bij dezelfde artsen aan).

Letten we op de communicatie dan registreren we veel somatische interpretaties bij artsen die in hun consulten weinig initiatief nemen om nieuwe onderwerpen aan te snijden en die zich in hun diagnosestelling en bij het uitstippelen van een behandelingsplan weinig richten op wat de patiënt daarvan denkt. Artsen, kortom, die wat reflexmatig op de aangeboden problemen reageren.

Artsen met veel somatische oordelen, zijn ook artsen die niet zoveel expliciet psychische of sociale problemen door de patiënt aangeboden

krijgen. En dit heeft weer te maken met de wijze waarop de patiënten tegen hun arts aankijken: een arts waarvan patiënten in het algemeen zeggen dat hij open staat voor zijn patiënten als persoon, en oog heeft voor hun problemen, heeft vaak ook patiënten die met een relatief groot aantal problemen zeggen naar hun huisarts te zullen gaan, en dit zijn òòk de artsen die vaker psychische en sociale problemen voorgeschoteld krijgen. (Merkwaardigerwijze is er op consultniveau een zwak negatief verband tussen die functiebreedte die een patiënt zijn arts toeschrijft en het in concreto psychische of sociale problemen uiteten.).

Op consultniveau is het ten slotte zo dat een arts minder somatisch oordeelt, naarmate hij de patiënt afhankelijker en problematischer vindt. Dit laatste is op artsniveau niet te toetsen.

Met betrekking tot de eerste zeven geformuleerde hypothesen, constateren we dat het volgen van veel nascholing niet tot frequenter behandelen van psychische klachten leidt. Alleen artsen die de cursus "methodisch werken" hadden gevolgd (N=8), behandelden vaker psychosociale klachten. Opvallend is dat de artsen die veel nascholing volgden in hun oordelen wel een meer psychisch referentiekader haatterden: nascholing lijkt een meer ideologisch dan een praktisch effect te hebben. Effecten van nascholing zijn in het algemeen lastig vast te stellen, omdat zoveel andere invloeden op het gedrag van de huisarts werkzaam zijn (vergelijk Van Feen, 1984). De Boer (1973) vond veel grotere effecten van cursussen medische psychologie op de attitude ten aanzien van patiënten met neurotische symptomen of gedragsafwijkingen dan op het feitelijk gemeten gedrag (gemeten bij groepen deelnemers en een kleine contròlegroep). Bensing en Sluijs (1983) rapporteren over gedragsverandering bij zes huisartsen na een cursus gesprekstraining, waaruit men van de ene kant de indruk krijgt dat artsen wel in enige opzichten veranderen onder invloed van zo'n training, maar dat in het algemeen per gemeten aspect maar bij één of twee artsen sprake is van verandering. Effecten van nascholing op gedrag zijn blijkbaar per criterium incidenteel en voor groepen als geheel moeilijk aantoonbaar. Dit laatste zou men ook mogen concluderen uit het ontbreken van grootschaliger studies van dit soort (vergelijk Sluijs, 1985).

Nascholing droeg ook - tegen de verwachting - niet bij tot het gevoel van competentie van de arts. Dit gevoel, ook niet beïnvloed door het al dan niet samenwerken met andere hulpverleners, kan niet afgeleid worden uit andere kenmerken van praktijkvoering of van de arts.

Onze verwachting omtrent het effect van de taakopvatting van de huisarts zou nader gespecificeerd moeten worden: wanneer een arts bepaalde "psychotherapeutische" of begeleidende functies als taak voor hem ziet weggelegd, zal hij vaker min of meer gesprekstherapeutisch optreden. Omdat dit maar een beperkt deel - hoewel wel een opvallend aspect ervan - van behandelingsmogelijkheden is, naast voorschrijven van psychofarmaca, de patiënt steunen of geruststellen, een advies geven of verwijzen, verdwijnt het verband wanneer we dit hele scala aan behandelingsmogelijkheden beschouwen.

Onze verwachtingen omtrent de effecten van een huisartsgeneeskundige oriëntatie en de communicatietechnieken zijn in grote lijnen bevestigd. Met betrekking tot deze laatste kunnen enige kanttekeningen gemaakt worden.

Onze operationalisaties van structurering van het consult lijken niet de noodzakelijke voorwaarden voor het tot stand komen van een niet-somatisch oordeel te zijn. Ook van aandacht en een affectieve houding kunnen we zeggen dat ze wel vaak gepaard gaan met een niet puur somatisch oordeel, maar daarvoor niet de noodzakelijke voorwaarden vormen.

Ten slotte blijkt de beoordeling van een klacht ook afhankelijk te zijn van de meningen van arts en patiënt over elkaar, maar onze ideeën over de werking van de arts-patiënt relatie moeten we in ten minste één opzicht herzien: deze relatie krijgt niet in de loop van de tijd een steeds grotere invloed. Wellicht worden deze meningen door een of enige kritische gebeurtenissen gevormd, en is er geen sprake van een rijping in de tijd. Voorts geeft het te denken dat de "faam" die een arts heeft (als optelsom van een vijftigtal individuele oordelen) en het daaruit voortvloeiende aanbod aan psychische en sociale klachten, niet in dezelfde samenhang bij de individuele patiënt zijn terug te vinden. De huisarts ontleent zijn roep van arts bij wie je met problemen terecht kunt aan patiënten die deze niet zelf presenteren.

We hebben nu een aantal samenhangen op een rij gezet, zonder inzicht in de wijze waarop diverse relaties elkaar beïnvloeden. In het volgende deel van dit hoofdstuk zullen we de interactie van de diverse verbanden verder onderzoeken. Als leidraad daarbij gebruiken we de hypothesen 8 tot en met 13.

6.3. Gecompliceerde verbanden

6.3.1. Inleiding

Na het onderzoek van de "simpele" verbanden, zullen we in deze paragraaf nagaan in hoeverre de diverse relaties elkaar versterken.

We onderzoeken eerst of er een wisselwerking bestaat tussen de kenmerken van de artsen en hun praktijken in de invloed die ze op het behandelen van psychische klachten uitoefenen.

Vervolgens bezien we de wisselwerking tussen oriëntatie, de communicatiestijl van de huisarts en de meningen van arts en patiënt over elkaar met betrekking tot het effect dat deze factoren in combinatie met elkaar hebben op het oordeel van de arts over de klacht. We onderzoeken of de effecten van communicatie bij artsen van verschillende oriëntatie en bij verschillende arts-patiënt verwachtingen blijven bestaan, en of oriëntatie een effect heeft op arts-patiënt verwachtingen. Daarna gaan we in dit kader na in hoeverre de verschillende onafhankelijke variabelen in combinatie met elkaar een onafhankelijk effect op de interpretatie hebben.

Ten slotte wordt gekeken in hoeverre de verklaringen voor de klachteninterpretatie en voor de behandeling van psychische klachten onafhankelijk van elkaar bestaan.

6.3.2. Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen behandeling van psychische klachten

We laten ons door de volgende drie hypothesen leiden bij onze poging om de afzonderlijk gevonden verklaringen tot een geheel te integreren.

H 8: **Smalle taakopvatting + geringe mogelijkheden leiden - ongeacht het oordeel - tot weinig behandeling.**

H 9: **Een discrepantie tussen taakopvatting en mogelijkheden leidt tot een overwegend 'somatische blik' en dientengevolge tot weinig behandeling.**

H 10: **Bij brede taakopvatting en veel mogelijkheden is de behandeling een functie van het oordeel.**

In hoofdstuk 3 is uiteengezet dat iedere verklaring apart onrecht doet aan een interactie die we tussen de diverse hypothesen veronderstelden. In deze paragraaf zullen we met het beperkte materiaal (N=30) dat ons ter beschikking staat, trachten deze interactie, zo zij bestaat, bloot te leggen.

Combinatie van mogelijkheden die de arts ter beschikking staan en taakopvatting (normen) leverde een aantal voorspellingen over het handelen van de arts op. Effectieve mogelijkheden, zagen we in paragraaf 6.2.3, worden geboden door een gevoel van competentie, door voldoende tijd en door samenwerking met maatschappelijk werk. Hieruit is een maat geconstrueerd met behulp waarvan de dertig artsen konden worden verdeeld in artsen met veel en artsen met weinig mogelijkheden tot behandeling van psychosociale klachten.¹¹ Op basis van de somscore op de taakopvattingsschaal zijn de artsen ook verdeeld in artsen met een brede en een smalle taakopvatting. Combinatie van beide tweedelingen leverde vier groepen op:

- 8 huisartsen met een smalle taakopvatting en weinig mogelijkheden
- 8 huisartsen met een brede taakopvatting en weinig mogelijkheden
- 6 huisartsen met een smalle taakopvatting en veel mogelijkheden
- 8 huisartsen met een brede taakopvatting en veel mogelijkheden.

We bezien klachtinterpretatie en psychosociale behandeling van deze vier groepen afzonderlijk in beschouwing in tabel 6.13 (zie volgende pagina. Dit geschiedt op klachtniveau.

In het eerste deel van tabel 6.13 zien we hoe de artsenoordelen binnen de vier groepen verdeeld zijn. Chi-kwadraat bedraagt 37.6 (df= 9), hetgeen significant is ($P < .001$). Het verschil tussen de groepen moet echter worden toegeschreven aan de verschillen tussen de artsen met een smalle taakopvatting en veel behandelingsmogelijkheden aan de ene kant en de drie andere groepen aan de andere kant. Het percentage 'puur somatisch' in de consulten van de eerstgenoemden is significant lager ($t = 2.7, 4.2$, respectievelijk 2.6 , $df = 908, 935$, respectievelijk 968 , $P < .01$) dan in de consulten van de andere groepen. Ook is het percentage 'psychosociaal' significant hoger dan in de drie andere gevallen ($t = 2.55$ ($P < .05$), 4.72 ($P < .01$), respectievelijk 2.36 ($P < .05$) bij hetzelfde aantal vrijheidsgraden). Het percentage 'psychosociale' oordelen van de artsen die een brede taakopvatting aan beperkte mogelijkheden tot behandeling paren, is ook lager dan van de twee overgebleven groepen: smalle taak/weinig mogelijkheden en brede taak/veel mogelijkheden ($t = 2.2$ ($P < .05$) $df = 1029$, respectievelijk $t = 4.7$ ($P < .01$), $df = 935$).

Het tweede deel van de tabel laat zien hoe in de consulten van de vier soorten artsen psychische klachten behandeld worden. Artsen met een smalle taakopvatting en weinig mogelijkheden reageren minder vaak op een psychisch beoordeelde klacht dan artsen met een brede taakopvatting en veel mogelijkheden ($t = 2.03$, $df = 748$, $P < .05$).

Tabel 6.13.: artsoordelen en behandeling van psychosociale klachten in consulten van artsen met verschillende combinaties van taakopvatting en mogelijkheden

	smalle taak weinig mog. (502)	brede taak weinig mog. (529)	smalle taak veel mog. (408)	brede taak veel mog. (562)
artsoordeel				
% puur somatisch	54%	58%	45%	53%
% somatisch met psychosociale aspecten	16%	19%	21%	15%
% somatisch, ik vermoed psychosociaal	18%	14%	15%	18%
% psychosociaal	13%	9%	19%	14%
behandeling indien psychosociaal oordeel door arts of observator:				
	(N=358)	(N=358)	(N=296)	(N=392)
% waarop arts reageert	64%	63%	67%	71%
% passief gesprek	33%	30%	31%	34%
% actief gesprek	15%	22%	26%	24%
% advies	12%	8%	4%	7%
% psychofarmaca	9%	10%	6%	8%

Eerstgenoemde groep voert minder vaak op actieve wijze gesprekken dan alle drie de andere groepen ($t= 2.23$, $df= 694$, $P < .05$, $t= 3.50$, $df= 655$, $P < .01$, respectievelijk $t= 2.99$, $df= 748$, $P < .01$) en adviseert vaker inzake psychische klachten dan artsen met veel mogelijkheden en een smalle of brede taakopvatting ($t= 3.68$, $df=652$, $P < .01$, respectievelijk $t= 2.15$, $df= 748$, $P < .05$).

Artsen met een brede taakopvatting en veel mogelijkheden reageren ook vaker op psychisch beoordeelde klachten dan artsen met een brede taakopvatting en weinig mogelijkheden ($t= 2.27$, $df= 728$, $P < .05$).

Bezien we deze uitkomsten in het licht van hypothese 8 en 9. Een smalle taakopvatting in combinatie met weinig mogelijkheden gaat vooral gepaard met minder actieve gespreksvoering; in vergelijking met de artsen die een brede taakopvatting en veel behandelingsmoge-

lijkheden hebben, reageren de eersten ook minder op klachten wanneer ze psychisch beoordeeld worden. Ze geven daarentegen sneller een advies. Dit alles pleit voor aanvaarding van hypothese 8. Immers, juist de meest intensieve vorm van behandeling die we onderscheiden, het therapeutische gesprek, treffen we minder aan wanneer artsen behandeling van psychosociale klachten niet tot hun taak rekenen en er weinig mogelijkheid voor hebben. Advies geven, dat in een aantal gevallen gezien kan worden als een manier om de patiënt af te schepen, doen ze daarentegen veelvuldiger.

Wanneer men wel vindt dat de behandeling van psychosociale klachten tot zijn taak hoort, maar men heeft weinig tijd, voelt zich niet competent, of werkt maar incidenteel samen met maatschappelijk werkers, dan beoordeelt men de klachten meer somatisch. Wanneer een klacht 'psychosociaal' beoordeeld wordt, is behandeling niet altijd het gevolg: men behandelt dan minder frequent dan artsen die dezelfde taakopvatting hebben maar meer mogelijkheden. Let men op de actieve gespreksvoering, dan gebeurt dit relatief even vaak als door de twee groepen met veel mogelijkheden en vaker dan de groep die naast weinig mogelijkheden ook een geringe taakopvatting heeft. Absoluut gesproken is dit laatste verschil niet zoveel groter, omdat de meer somatische blik van de eerste groep maakt dat er minder patiënten voor actieve gespreksvoering in aanmerking komen.

Er is zo enige bevestiging voor de twee eerste hypothesen te vinden: wanneer de mogelijkheden van een arts niet stroken met de normen die hij zich stelt, redt hij zich uit dit dilemma door de normen minder vaak van toepassing te verklaren. Behandeling van psychische klachten komt minder voor wanneer mogelijkheden hiertoe ontbreken. Taakopvatting komt toch een beetje op het tweede plan: Een smalle taakopvatting in combinatie met veel mogelijkheden leidt niet tot minder behandeling. Een brede taakopvatting met weinig mogelijkheden leidt op zich al tot minder behandeling van de klachten die men als psychosociaal beoordeelt, en dit wordt nog versterkt doordat men minder psychosociale klachten opmerkt dan andere artsen.

De derde hypothese (H 10) komt voort uit de gedachte, dat als taakopvatting en mogelijkheden serieuze randvoorwaarden voor het behandelen van psychische klachten zijn, dit als consequentie zou hebben dat pas wanneer aan die voorwaarden voldaan is, een arts meer psychosociale klachten zal behandelen naarmate hij er meer ziet. Om dit te onderzoeken zijn voor de 8 artsen waarbij dit het geval is

en de 22 anderen, die met betrekking tot mogelijkheden of taakopvatting of beide te kort schieten afzonderlijk de verbanden tussen interpretatie en behandeling vergeleken. In tabel 6.14 zien we van de twee groepen de rangcorrelaties tussen het percentage 'somatisch' beoordeelde klachten aan de ene kant en het percentage consulten waarin psychische klachten behandeld worden, respectievelijk waarin op actieve wijze een gesprek gevoerd wordt.

Tabel 6.14.: rangcorrelaties voor twee groepen artsen tussen beoordeling en behandeling van de klacht

	veel mogelijkheden/brede taak (N=8) % somatisch	overigen (N=22) % somatisch
% behandeling	-.72**	-.64***
% actieve gespreksvoering	-.42	-.47**

** $P < .05$

*** $P < .01$

Op grond van deze cijfers moeten we hypothese 10 verwerpen: wanneer een arts veel klachten "niet-somatisch" noemt, behandelt hij ook veel ongeacht zijn taakopvatting en mogelijkheden.

6.3.3. Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen beoordeling van klachten

We zagen in 6.2.4 tot en met 6.2.6 dat vanuit verschillende invalshoeken verklaringen gevonden kunnen worden voor de aangetroffen variatie in klachteninterpretatie: huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen, artsen die een open communicatiestijl hebben en artsen die veel expliciet psychisch klachtenaanbod hebben (omdat hun patiënten vinden dat ze daarmee bij hen terecht kunnen) komen tot meer niet-somatische interpretaties.

Hypothesen 11 en 12 drukken uit hoe we de onderlinge effecten van deze verschillende verklaringen verder willen onderzoeken:

H 11: De wijze van gespreksvoering heeft een samenhang met de interpretatie van klachten, nadat gecontroleerd is voor de oriëntatie van de arts en de verwachtingen van arts en pa-

tiënt (deze laatste weerspiegeld in het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod).

H 12: Verwachtingen van huisarts en patiënt (weerspiegeld in het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod) hebben een samenhang met de interpretatie van klachten, nadat gecontroleerd is voor de oriëntatie van de arts.

Een "open" communicatiestijl gaat samen met meer psychosociale beoordelingen van klachten. In hypothese 11 wordt gesteld dat het een effect van de communicatiestijl is, en niet veroorzaakt wordt omdat huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen of artsen die door de patiënt als "openstaand voor hun problemen" beschouwd worden op die manier communiceren, terwijl deze artsen ook meer psychosociale oordelen hebben.

We toetsen deze hypothese op twee manieren.

We zullen eerst op consultniveau nagaan of de effecten van arts-patiënt communicatie die we in 6.2.5 aantreffen zich zowel voordoen bij huisartsgeneeskundig als bij klinisch georiënteerde artsen, en of het oordeel van de arts over de patiënt in dezen verschil uitmaakt. Vervolgens kijken we op artsniveau of de gevonden samenhangen tussen de wijze van communiceren en de klachtinterpretatie blijven bestaan wanneer we controleren voor de oriëntatie van de arts en de mate waarin de arts expliciet psychische of sociale klachten krijgt aangeboden (hetgeen weer een afgeleide is van de verwachtingen van de patiënt over de arts).

Het psychosociaal oordeel komt frequenter voor bij huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen. Het wordt, na controle voor de consultduur, voornamelijk bepaald door de aandacht, de inbreng van de patiënt bij de vaststelling van de diagnose, het aansnijden van nieuwe onderwerpen en een "open" stijl van vragen. Hoe ligt dit nu voor artsen die op de operationalisaties voor huisartsgeneeskundige oriëntatie laag dan wel hoog scoren; de regressie-analyse uit tabel 6.8 wordt voor de onderscheiden groepen weergegeven in tabel 6.15.¹² (zie volgende pagina).

Artsen met huisartsgeneeskundige opvattingen vertonen in hun consulten alle gemeten communicatietechnieken wat meer en interpreteren meer klachten als niet-somatisch. De samenhang tussen communicatie en interpretatie scheelt echter niet zo veel: ongeacht de oriëntatie van de arts geldt, dat een psychosociale interpretatie met name optreedt in langere consulten, waarbij de patiënt betrokken wordt in

Tabel 6.15.: regressie van communicatievariabelen en consultduur op oordeel van de arts voor artsen die veel en weinig invloed aan psychosociale klachten toekennen, respectievelijk veel en weinig risico nemen

onafhankelijke variabele	invloed				risico			
	hoog (N=552)		laag (N=606)		hoog (N=589)		laag (N=569)	
	β	F	β	F	β	F	β	F
non-verbale houding	-.11	7.3*	-.06	2.6	-.05	1.6	-.10	5.5*
a-specifieke uitingen	.03	.3	-.05	.9	.04	.7	-.03	.3
empathische uitingen	.04	.6	.02	.1	-.02	.3	.07	2.2
structureren								
vraagverheldering	.09	5.1*	-.02	.3	.08	4.4*	-.03	.5
inbreng voor de patiënt								
bij diagnose	.10	4.6*	.19	17.1*	.13	7.4*	.16	11.1*
bij therapie	.06	2.0	-.02	.19	.03	.4	.04	.7
sturen								
aansnijden nieuw ond.	.05	1.6	.15	15.4*	.09	4.9*	.13	11.0*
verhoud. open:gesloten	.10	5.3*	.10	6.2*	.14	11.6*	.06	2.0
duur van het consult	.36	43.6*	.33	43.1*	.34	46.1*	.28	25.7*
multipele R	.49		.48		.50		.46	
R ²	.24		.23		.25		.21	

* $P < .05$

de diagnosestelling. Opvallend verschil tussen huisartsgeneeskundig georiënteerden en klinisch georiënteerden is, dat het bij de eerstgenoemde wel uitmaakt of de arts tevoren de hulpvraag verhelderd heeft.

In de overige opzichten zouden we willen stellen dat de samenhangen bij beide groepen op overeenkomstige wijze verlopen, maar dat de huisartsgeneeskundigen in alle opzichten iets "hoger" zitten dan de klinici.

Het oordeel van de arts over de patiënt, met betrekking tot diens afhankelijkheid en neiging tot somatiseren is scheef verdeeld. Onge-

veer honderd patiënten zijn negatief tot neutraal beoordeeld, ongeveer zeshonderd overwegend positief. Wanneer we deze twee groepen tegen elkaar afzetten, en de communicatie van de artsen ten opzichte van de twee groepen vergelijken, dan is er geen verschil in aandacht, inbreng voor de patiënt, structurering, of procesmatige aanpak. Wel duren consulten van negatief beoordeelde patiënten in het algemeen langer (!) en is het oordeel vaker psychosociaal.

Artsen komen in consulten met patiënten die ze negatief beoordelen niet op een andere wijze tot een psychosociale beoordeling dan in consulten met positief beoordeelde patiënten. Evenmin levert een analyse als in tabel 6.15, waarbij consulten onderscheiden worden naar patiëntenverwachtingen (brede versus smalle functiebreedte, al dan niet vinden dat men bij de arts met problemen terecht kan) verschillen tussen die groepen in de effecten van gesprekstechnieken op de beoordeling van de klachten. De gemiddelde scores op de communicatiekenmerken zijn voor aldus uitgesplitste groepen gelijk.

We trekken naar aanleiding van onze analyses op consultniveau de conclusie dat de eerder onderscheiden communicatietechnieken samen blijven hangen met de klachtinterpretatie, wanneer deze samenhang bestudeerd wordt in groepen consulten die met betrekking tot de oriëntatie van de huisarts of de verwachtingen van arts en patiënt homogeen gemaakt zijn.

We gaan nu na of de gevonden verbanden ook op artsniveau gehandhaafd blijven. Hiermee wordt ingegaan op de vraag of een huisarts nu veel klachten als psychisch interpreteert omdat hij een bepaalde communicatiestijl heeft of dat dit een afgeleide is van een bepaalde relatie met zijn patiënten of van een huisartsgeneeskundige oriëntatie. In tabel 6.16 (zie volgende pagina) zien we in de eerste kolom de nulde orde correlatie tussen de algemene communicatie-index van een arts en de interpretatie in termen van het percentage 'puur somatisch' beoordeelde klachten. Dit zijn de correlaties uit tabel 6.9. In de volgende kolommen zien we partiële correlaties, waarbij eerstgenoemde achtereenvolgens gecontroleerd worden voor de huisartsgeneeskundige oriëntaties 'risico's nemen', 'samenwerken met de patiënt' en 'toegekende invloed aan psychische aspecten' en voor het expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod van de arts (als afgeleide van de patiëntverwachtingen ten aanzien van de arts). In de onderste helft herhaalt dit procedé zich, maar dan wordt gelijktijdig gecontroleerd voor één aspect van de huisartsgeneeskundige oriëntatie en het expliciet psychische en sociale klachtenaanbod.

Tabel 6.16.: nulde-orde en partiële correlaties van 'oordeel' met de algemene communicatie-factor

	gecontroleerd voor:				
	nulde-orde correlatie	'risico'	'samenwerken'	'invloed'	'expliciet psychisch/sociaal'
% puur somatisch	-.48**	-.40**	-.31**	-.33**	-.37**

	gecontroleerd voor:			
	'risico'	'samenwerken'	'invloed'	
	+	+	+	
	expl.P/S.	expl.P/S.	expl.P/S.	
% puur somatisch	-.48**	-.26*	-.23	-.24

* .05 < P < .10

** P < .05

Wanneer we het percentage klachten dat een arts als puur somatisch beoordeelt als index voor zijn klachteninterpretatie nemen, dan blijft het verwachte verband tussen communicatiestijl en interpretatie bestaan, na controle voor het feit dat op open wijze communicerende artsen ook vaker huisartsgeneeskundig georiënteerd zijn, of voor het feit dat patiënten vaker expliciet psychische of sociale klachten bij hen naar voren brengen vanwege de bestaande verwachtingen. Controleren we voor beide aspecten tegelijk, dan dalen de samenhangen zo, dat ze meer dan 10% kans hebben op toeval te berusten.

Herhalen we dit procedé met de communicatie-factor die over consulten met somatische klachten is berekend, dan zijn de resultaten vergelijkbaar. De eerste-orde partiële correlatie coëfficiënten dalen van -.42 naar waarden variërend van -.26 (gecontroleerd voor huisartsgeneeskundige oriëntatie 'samenwerken') tot -.36 (gecontroleerd voor expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod). De tweede-orde coëfficiënten varieerden van -.22 tot -.26.

Ook op het niveau van de arts concluderen we daarom dat er een zeker

Hoewel de samenhangen tussen patiëntverwachtingen en het expliciet psychisch/sociaal klachtenaanbod laag blijven, is er bij huisartsgeneeskundige artsen sprake van een iets hogere, en een significante samenhang die bij klinisch georiënteerden ontbreekt. Ook de samenhang tussen de beoordeelde afhankelijkheid en het psychosociale oordeel is bij huisartsgeneeskundigen groter.

Wanneer we niet per consult maar per arts kijken, dan krijgen artsen die als 'open' door de patiënt worden beoordeeld veel meer psychische en sociale klachten aangeboden of ze nu huisartsgeneeskundig of klinisch georiënteerd zijn (de nulde-orde en partiële correlaties tussen patiëntoordeel en percentage expliciet psychische of sociale klachten bedragen .44, en .40, $P < .05$).

Bezien we de relatie van het expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod van een huisarts met het percentage niet 'puur somatisch' beoordeelde klachten, waarbij we de huisartsgeneeskundige oriëntatie constant houden, dan blijkt de gevonden relatie ook te blijven bestaan. De partiële correlatie bedraagt bij controle voor het nemen van risico's -.42, bij controle voor de opvatting dat men met patiënten moet samenwerken -.33, en bij controle voor de opvatting dat bij veel klachten psychische factoren in het spel zijn -.35. De oorspronkelijke correlatie bedroeg -.43.

Concluderend: bij huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen is sprake van een zwakke samenhang op consultniveau tussen patiëntverwachtingen en de formulering van de klacht in psychische of sociale termen; deze samenhang ontbrak bij klinisch georiënteerden. Huisartsgeneeskundig georiënteerden geven sneller een psychosociaal oordeel aan patiënten die ze meer afhankelijk vinden dan klinisch georiënteerden.

Op artsniveau constateren we dat het expliciet psychische en sociaal klachtenaanbod een effect blijft houden op de klachtinterpretatie, na controle van de opvattingen van de arts. We beschouwen hypothese 12 daarom als bevestigd.

6.3.4. Beoordeling en behandeling: gescheiden circuits?

H 13: De oriëntatie van de arts, de gesprekstijl en de aspecten van arts-patiënt relatie-hangen niet samen met 'behandeling' wanneer gecontroleerd wordt voor interpretatie.

Deze veronderstelling klopt niet. Alleen de relatie tussen behandeling en expliciet psychisch en sociaal klachtenaanbod verdwijnt na controle voor het artsenoordeel. Huisartsgeneeskundige artsen behandelen, onafhankelijk van het percentage klachten dat ze als "niet-somatisch" beoordelen, meer psychische klachten dan artsen die klinisch georiënteerd zijn. Communicatiestijl en behandeling verwijzen bijna naar hetzelfde begrip, zo blijkt uit de hoge correlatie en de geringe gevoeligheid voor controle voor de klachtenbeoordeling. Wanneer we de actieve gespreksvoering in beschouwing nemen dan doen zich dezelfde verschijnselen voor.

Naar aanleiding van deze onverwachte resultaten rijst de vraag in hoeverre de relaties tussen oriëntatie en communicatiestijl aan de ene kant en beoordeling van klachten aan de andere kant op een artefact berusten.

Dit is in zoverre het geval dat deze samenhangen na controle voor het behandelen van psychische klachten alle onder de toevalsgrenzen zakten. Zie onderstaande tabel.

Tabel 6.18.: verband tussen huisartsgeneeskundige oriëntatie en communicatiestijl aan de ene kant en beoordeling van klachten, onder controle voor de behandeling van de klacht (N=30)

	huisartsgeneeskundige oriëntatie			communicatie
	'risico'	'samenwerken'	'invloed'	stijl
% beoordeling 'puur somatisch:				
nulde orde correlatie	-.31**	-.52**	-.47**	-.48**
partiële correlatie na controle voor	-.12	-.24	-.18	-.19
% behandeling				
partiële correlatie na controle voor	-.16	-.46**	-.34**	-.22
% actieve gespreksvoering				

* .05 < P < .10

** P < .05

klachten niet zozeer een taak voor de huisarts is, dan behandelt men ook minder klachten, en komt vooral de wat meer therapeutisch getinte gespreksvoering minder vaak voor dan wanneer men dat wel als taak ziet of wanneer men daar wel de mogelijkheden toe heeft. Een combinatie van beide leidt tot de meest frequente behandeling.

Opvallend is dat de artsen met een lage taakopvatting en weinig mogelijkheden in hun consulten een gemiddeld aantal klachten "niet-somatisch" vindt. Dit is in overeenstemming met een andere veronderstelling, namelijk, dat het feit dat de taakopvatting inzake de behandeling van psychische klachten laag is, deze klachten minder bedreigend maakt: men hoeft er ook niets mee te doen. Dit ligt anders voor de arts die van mening is dat hij deze klachten wel hoort te behandelen, maar er de mogelijkheden niet toe heeft. Deze zou zich, zo nemen we aan, slechts uit dit dilemma kunnen redden door minder psychische klachten te "zien". Ook dit bleek, zij het in beperkte mate, het geval te zijn.

De redenering eindigde ten slotte met het idee, dat als mogelijkheden en taakopvatting op die manier de beoordeling van het klachtenaanbod en de behandeling zou beïnvloeden, de behandeling slechts een functie van de beoordeling kan zijn wanneer er sprake is van een brede taakopvatting en veel mogelijkheden. Dit is niet zo: zowel artsen met een brede taakopvatting en veel mogelijkheden als artsen die een of beide aspecten ontberen behandelen meer psychische klachten naarmate ze er meer zien. De voorgaande verbanden waren te zwak om tot bevestiging van deze laatste aanname te leiden.

Wat blijft is een subtiel samenspel van de mogelijkheden die een arts ter beschikking staan en zijn taakopvatting. Mogelijkheden domineren in ieder geval de taakopvatting in die zin, dat een aantal van de dertig artsen laten zien dat ze, ondanks een beperkte taakopvatting, op een intensieve wijze zorg verlenen op het gebied van psychische problematiek; weinig mogelijkheden daarentegen laten zich niet compenseren door een brede taakopvatting. We zullen in hoofdstuk 7 nader ingaan op de taken en mogelijkheden van de huisarts op dit terrein.

De uitkomsten van de laatste paragraaf noodzaakt ons aan het eind van dit verslag een aantal bakens te verzetten. Het stelsel van hypothesen was gebaseerd op de gedachte dat er een aantal aspecten zijn, die met beeldvorming, verwachtingen en het scheppen van ope-

7. BESCHOUWING EN CONCLUSIES

7.1. Inleiding

De in de twee vorige hoofdstukken beschreven resultaten hebben ons inzicht verschaft in een aantal achtergronden van huisartsen die in verband staan met hun omgang met mensen met psychische klachten. We hebben een beeld gekregen van het type huisarts dat zich veel met dergelijke klachten bezighoudt: dit is een huisarts die zich niet uitsluitend op de klacht richt, maar met de persoon van de patiënt rekening houdt, een huisarts die daarom ook niet eerst alle somatische risico's uit wil sluiten, maar vindt dat veel klachten wel vanzelf over zullen gaan. Het is een huisarts die relatief wat langer de tijd voor zijn patiënten neemt, regelmatig met andere hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerkt en een zeker vertrouwen in zijn kunnen heeft, wanneer het om de behandeling van psychische klachten gaat. Het is een huisarts die bij de anamnese uit eigen beweging naar sociale en psychische achtergronden informeert, en in zijn beoordeling van de klachten en bij het vaststellen van de behandeling rekening houdt met de ideeën en de wensen van de patiënten.

Hiermee hebben we ook enig idee gekregen van de voorwaarden om zo'n houding in de praktijk te kunnen brengen: het bespreken van de niet-somatische achtergronden van klachten, het zoeken naar mogelijke oorzaken en verbanden, het geven van een duidelijke uitleg, dit alles kost meer tijd dan de klacht als een puur biologisch mankement behandelen. We zagen dat artsen in kleinere praktijken niet meer klachten in een psychosociale context benaderden, maar wel meer tijd per consult voor hun patiënten hadden. Tevens zagen we dat meer tijd wel tot meer psychosociale benaderingen leidde: een kleinere praktijk voert niet rechtstreeks tot deze benadering, maar schept er wel een voorwaarde voor. Regelmatig overleg met andere hulpverleners, vooral, maar niet uitsluitend voorkomend in samenwerkingsverbanden, is een andere voorwaarde.

Een ander inzicht dat in dit onderzoek verkregen is, en waar we hier wat langer bij stil willen staan, betreft de betekenis van het begrip 'psychische klacht'. We hebben bevestiging gevonden voor ons uitgangspunt dat een 'psychische klacht' niet als natuurlijk gegeven

(vergelijk bijvoorbeeld Giel (1982), Ormel en Wilmink (1985), of Tax, König-Zahn, Heydendael e.a. (1984), maar waar het ons om gaat is dat het niet mogelijk is tot eensluidende definities van ziekte-categorieën te komen.

Dit neemt niet weg dat in de praktijk 'psychische klachten' omschreven moeten worden. Huygen e.a. (1984) zeggen het invoeren van hulp voor levensproblemen zonder lichamelijke klachten niet als morbiditeit te beschouwen. Wel onderscheiden ze enige psychiatrische categorieën en de categorie 'nervus-functionele klachten': klachten waarbij geen lichamelijke afwijking gevonden wordt die de (lichamelijke?) klachten kunnen verklaren en waarbij het zeer waarschijnlijk te achten is dat de oorzaak op psychosociaal gebied ligt. "Om te voldoen aan het tweede criterium.....", zo merken ze op, "..... dient de arts te beschikken over feitelijke gegevens die zijn ontleend aan de anamnese of de levensomstandigheden van de patiënt".

Lamberts en Hartman (1982) praten over 'probleemgedrag' en bedoelen daarmee dat er tijdens het contact tussen huisarts en patiënt expliciet wordt gesproken over leefproblemen, terwijl het voor hen duidelijk is dat het om psychische of sociale problemen gaat en niet om een 'ziekte' of 'ziektegedrag' (vergelijk noot 1, hoofdstuk 1). Onder 'ziektegedrag' zonder 'ziekte' verstaat Lamberts (1975) het hulpzoeken binnen het medisch circuit, terwijl geen lichamelijke dysfunctioneren kan worden vastgesteld; dit is ongeveer wat Huygen e.a. (1984) onder 'nervus-functionele klachten' vatten.

Ter Heine (1983) noemt twee dimensies waarop hij een definitie van het begrip 'psychosociale problematiek' wil baseren.

De eerste dimensie betreft een onderscheid tussen psychische problemen die als verschijnsel worden gepresenteerd ("ik heb ruzie met mijn vrouw", "ik voel me eenzaam"), psychische problemen die het resultaat van een gebeurtenis of toestand zijn (bijvoorbeeld rouw), en psychische problemen die naar hun gevolg worden gedefinieerd (bijvoorbeeld maagpijn als gevolg van spanningen thuis).

De tweede dimensie betreft een onderscheid tussen psychische problemen die als kenmerk van het individu worden opgevat en psychische problemen die als een relationeel kenmerk worden opgevat.

Bezien we de resultaten van ons onderzoek, dan kunnen we het volgende vaststellen:

De meeste klachten waarbij psychische factoren een rol spelen, manifesteren zich als een lichamelijke klacht: de artsen vinden dat deze klachten psychische problemen met zich meebrengen of ze vermoeden achter de somatische klacht een psychische oorzaak (72% van de

Voor deze klachten geldt, dat ze naar verschijningsvorm eenduidiger omschreven kunnen worden, en dat er ogenschijnlijk van een valideringsprobleem geen sprake is. We zeggen "ogenschijnlijk", omdat er in dit opzicht enige adders onder het gras schuilen. Lamberts stelt dat arts en patiënt het erover eens moeten zijn dat iets een probleem is: Ter Heine stelt als eis aan een 'psychosociaal probleem' dat degene die zich in de probleemsituatie bevindt vaststelt of er sprake is van een 'psychosociaal probleem'. Hier komt toch het valideringsprobleem weer om de hoek kijken, omdat het voorkomen van psychosociale problemen afhankelijk wordt gesteld van de gerealiseerde hulpvraag (vergelijk ook Bensing, 1983). Het is dan ook niet verbaazingwekkend dat ook in dit opzicht artsen onderling variëren (van 0% tot 31% 'hoofdzakelijk psychische klachten', om precies te zijn.) Uit onze gegevens blijkt dat van de niet door huisartsen opgemerkte klachten een tweemaal zo groot deel 'psychisch' wordt genoemd door de observatoren dan van de wel opgemerkte klachten. Het betreft klachten die in het consult geuit worden, door de observator worden opgemerkt en als 'psychisch' beoordeeld, die door de huisarts niet vermeld zijn.

Een tweede gegeven dat in dit kader interessant is, is dat het uiten van expliciet psychische of sociale klachten afhankelijk is van het beeld dat patiënten van hun huisarts hebben: artsen die in het algemeen als "openstaand voor de patiënt als persoon" worden beschouwd krijgen meer van dergelijke klachten gepresenteerd.

Het is daarom wel mogelijk om volgens vaste maatstaven vast te stellen of een klacht overwegend psychosociaal is, en om een aantal detailomschrijvingen daarvoor op te stellen, maar dit geeft zelfs niet voldoende inzicht in de omvang van deze hulpvraag die ook feitelijk gesteld wordt. De selectie geschiedt niet op grond van het gewicht dat men aan de psychische aspecten toekent (zoals bij de eerste categorie), maar op grond van het feit dat men de klacht de moeite waard vindt om op te merken en op grond van verwachtingen die men als arts eerder bij de patiënt gewekt heeft.

De in de titel gestelde vraag "wat is een psychische klacht?" beantwoorden we op grond van het voorgaande als volgt: 'psychisch' is een eigenschap, toegekend door de arts aan de klachten van de patiënt, op grond van wat de arts heeft "uitgelokt" bij de patiënt. Een morbiditeitsanalyse van het psychische klachtenaanbod zal daarom altijd deze artseninvloed in zich hebben. In een aantal opzichten kan ech-

De vraag die we ons thans stellen is, of we een evaluatief oordeel kunnen hechten aan het feit dat een huisarts veel of weinig klachten als psychisch interpreteert, en dat hij daar al dan niet consequenties uit trekt voor zijn manier van omgaan met de patiënt.

Wij doe- antwe net als ps pupple etc

De huisartsen zelf, bij monde van de LHV, merken in de functie-omschrijving van de huisarts op dat "de zorgverlening... integraal (is) in die zin dat zij het lichamelijk aspect... steeds zoveel mogelijk integreren met de geestelijke en sociale aspecten van het functioneren van de patiënt" (LHV, 1982, 10). Voorts, dat "de huisarts... een generalist (is) die in eerste instantie de vraag om hulp tracht te verduidelijken" (p. 10).

Het is daarom ook de taak van de huisarts "open te staan voor vragen om hulp, ongeacht... de aard van de problematiek, waarbij de medische deskundigheid van de huisarts richtinggevend is voor de wijze waarop hij op deze vragen ingaat" (p. 13).

In deze functie-omschrijving wordt een norm gesteld, die niet zozeer op de interpretatie van de klacht betrekking heeft, maar wel op het betrekken van psychische en sociale aspecten in de gehele diagnostiek. Het bespreken van dergelijke aspecten kan verschillende vormen aannemen: van passief aanhoren van de problemen thuis of op het werk tot zelf actief zoeken naar mogelijke psychische en sociale oorzaken. Dit laatste is eigenlijk wat volgens de functie-omschrijving van de huisarts zijn taak is wanneer hij vermoedt dat psychosociale aspecten een rol spelen. Dit zogenaamde 'exploreren' doet de arts in 18% van de gevallen waarbij psychische aspecten op een of andere wijze aanwezig geacht worden (vergelijk schema 5.1). Sommige artsen doen het veel meer dan anderen, en het is ook erg afhankelijk van de rol die psychische aspecten volgens het oordeel van de arts spelen: wanneer een klacht wordt beoordeeld als 'somatisch met psychosociale bijverschijnselen' gebeurt het veel minder vaak, terwijl bij klachten die somatisch gepresenteerd worden, maar waarbij een vermoeden van een psychische achtergrond bestaat dit exploreren een veel nadrukkelijker plaats inneemt (vergelijk tabel 5.2). Toch wordt gemiddeld maar op twee van de drie aldus beoordeelde klachten op een of andere wijze gereageerd, met grote verschillen tussen de artsen. Het zijn de huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen, de artsen met veel mogelijkheden, en de artsen die behandeling van psychische klachten als hun taak beschouwen die in veel consulten op actieve wijze op zoek gaan naar mogelijke psychische achtergronden van de klacht.

Welke realiteit kunnen we tegenover deze verschillende opvattingen over psychotherapie door de huisarts plaatsen?

Wanneer de door ons onderzochte artsen een klacht als overwegend psychisch of sociaal beoordelen reageren ze daar in het algemeen wel op, hoewel in 10% van de gevallen iedere vorm van reactie uitblijft. Hier zijn de door de arts niet opgemerkte klachten **niet** meegeteld. 70% van de in psychische termen gepresenteerde klachten en 85% van de klachten die met relationele en sociale problemen te maken hebben wordt gespreksmatig behandeld. Sociale problemen worden in zo'n geval vrij passief benaderd (geruststellend, steunend, luisterend), bij psychische problemen is de houding meer explorerend en in een minderheid van de gevallen inzichtbevorderend. Er was in het onderzoek de mogelijkheid om de benaderingswijze van de arts als 'gedragsveranderend' te betitelen; dit oordeel van de observatoren kwam bij 1384 niet-somatisch beoordeelde klachten drie maal voor.

Het gedrag dat de artsen ten toon spreiden, laat zich niet als psychotherapie, zoals Lamberts dat bedoelt, betitelen. Het is gedrag dat, mits in andere opzichten volgens de regelen der kunst uitgevoerd, de patiënt kan helpen door een moeilijke periode heen te komen; het biedt echter geen oplossingen, en zal op zich weinig veranderingen teweeg brengen. Mede in verband met hetgeen we eerder in deze paragraaf over probleemverheldering opmerkten, lijkt het erop dat een verder uitdiepen van de mogelijkheden van methodisch werken en dergelijke de arts beter in staat zal stellen om de psychische en sociale aspecten binnen het klachtengeheel te onderkennen, maar dat dit geen veranderingen in zijn therapeutische acties teweeg zal brengen. Immers, de artsen die in ons onderzoek regels als systematische vraagverheldering, actief zoeken naar andere oorzaken, en een open vraagstrategie toepassen, die ook veel exploreren, komen tot een psychosociaal oordeel, en ontdekken meer psychische achtergronden, maar hun optreden werd door ons vrijwel nooit als "gedragsveranderend" bestempeld. Hieronder werd verstaan dat de arts niet slechts zoekt naar verklaringen voor het optreden van problemen van de patiënt, maar dat hij ook op een systematische manier probeert ander gedrag aan te leren. De nadruk ligt hierbij op het systematisch aanleren; het geven van een advies wordt hieronder niet verstaan. Dit kenmerkt zich door het ad hoc karakter en het ontbreken van systematiek, en wordt regelmatig aangetroffen in de geobserveerde consulten.

Het is blijkbaar een huisarts gegeven om een integraal beeld van de

den patiënten dat die artsen meer tijd voor ze hebben. De mening van patiënten over de taak van de huisarts bij het opsporen of behandelen van psychosociale klachten hangt min of meer in het luchtledige: patiënten die geen psychische klachten hebben, zijn het meest positief over hun huisarts wat betreft zijn ontvankelijkheid voor de problemen van patiënten, en kennen hun huisarts meer functies toe; dit zijn echter niet alleen de huisartsgeneeskundig georiënteerden noch uitsluitend de artsen die veel tijd hebben of kundig zijn, noch de artsen die zich door hun communicatiestijl positief onderscheiden hebben.

We trekken uit dit alles de voorzichtige slotsom dat in sommige opzichten niet door alle huisartsen aan de normen wordt voldaan die door verschillende instanties zijn geformuleerd. Het lichamelijk aspect kan in een aantal gevallen meer met het psychische en sociale aspect geïntegreerd worden dan thans het geval is. Dit kan geschieden door er meer tijd aan te besteden, maar om deze tijd zinvol in te vullen is voor sommige artsen ook een andere benaderingswijze geïndiceerd. Het is een moeilijk vraagstuk hoe deze benaderingswijze bijgebracht moet worden: het gaat om een grondhouding, zoals die uitgedrukt is in de 'communicatie-stijl' (vergelijk 5.5). Het lijkt een attitude die als een vanzelfsprekende houding bijgebracht moet worden in de opleiding tot huisarts. Het is een attitude die niet het vanzelfsprekend gevolg van nascholingscurussen is; alleen artsen die de cursus methodisch werken gevolgd hebben, onderscheiden zich door hun open communicatiestijl en het veelvuldig exploreren van psychische aspecten.

Een tweede conclusie is, dat in de praktijk huisartsen inzicht verschaffen in de mogelijk psychische aard van problemen en de wijze waarop verschillende factoren aan die problemen bijdragen; wanneer een probleemsituatie als 'psychisch' of 'sociaal' is gedefinieerd bieden ze steun in het doorstaan van problematische situaties; de huisarts is echter zelden als "veranderingsdeskundige" werkzaam. Hierbij dient opgemerkt te worden dat onze waarnemingen zich beperken tot de doorsnee spreekuurconsulten, en dat de gevallen waarin een patiënt wordt uitgenodigd "s'avonds eens terug te komen" zich aan onze observaties onttrekken. Desalniettemin leidt het grote aantal psychische en sociale problemen dat een huisarts ontmoet, niet tot optimisme over de mate waarin de huidige eerstelijns geëquipeerd is om deze problemen te kunnen behandelen. Anderzijds worden deze problemen ook zelden doorverwezen naar de AGGZ voorzover onze waarnemingen (1%, (18) verwijzingen, inclusief AMW) zich uitstrekken. De

of twee keer bij een arts gesignaleerd werden. Ook de verschillende niet-somatische oordelen afzonderlijk, vooral het oordeel 'overwegend psychosociaal' komt bij een aantal artsen zo weinig voor dat afzonderlijke indices hiervoor niet bij iedere arts betrouwbaar konden worden vastgesteld. De door ons gevolgde methode leverde echter globale maten op, die voldoende waren om alle hypothesen te kunnen beantwoorden.

Consequentie van de terechte eis van zestig consulten per arts is echter dat het totaal aantal artsen beperkt is. Omdat de praktijk uitwijst dat met de video-opnamen van deze consulten per arts ongeveer een week gemoeid is, is uitbreiding van het aantal artsen - zelfs bij vereenvoudigde observatietechnieken - alleen al in verband met de materiaalverzameling slechts in beperkte mate mogelijk.

We zouden daarom onze kennis omtrent oordeel en handelwijze van de huisarts op geheel andere wijze moeten verkrijgen dan door natuurlijke consulten op videoband op te nemen, willen we ons aantal artsen echt drastisch kunnen verhogen.

Gerritsma en Smal (1982) noemen simulatie als mogelijkheid, onder andere wanneer het object van studie nauwelijks beschikbaar is: levende acteurs of schriftelijke simulaties zouden in ons geval in aanmerking komen. Voor acteurs pleit het realistisch karakter, de door Gerritsma en Smal genoemde nadelen (onbetrouwbare observatie, geen inzicht in het procesmatig verloop) gelden voor onze observaties ook, of zijn niet van toepassing bij psychische problemen (de onmogelijkheid voor acteurs om bepaalde ziekten met bijbehorende symptomen te simuleren). Schriftelijke simulaties zijn niet realistisch, maar wel zeer betrouwbaar; de constructie is lastig en, wat voor ons doel bezwaarlijk is, de voorgedrukte lijsten fungeren als "cues" voor de arts om handelingen uit te voeren die ze in een natuurlijke situatie niet zouden uitvoeren.

Met behulp van een of andere vorm van simulatie zou per arts op basis van bijvoorbeeld vijf "problemen" op gestandaardiseerde wijze zijn handelen vastgelegd kunnen worden. Informatie over zijn oordeelsvorming kan verkregen worden zoals dat nu ook geschiedde namelijk door bij voorbeeld een week lang met betrekking tot iedere patiënt de bekende vragenlijstjes in te vullen.

Het bezwaar tegen dit alternatief, dat vrij simpel op enige honderden artsen kan worden toegepast - gesteld dat men op zo'n grote schaal medewerking verkreeg - is tweeledig. De informatie over de werkwijze van de arts zou veel "vlakker" en schetsmatiger zijn, dan

afsteken bij een landelijk gemiddelde.

De spreiding binnen de gemeten variabelen verschilt echter niet van de landelijk geënqueteerde groep. De door ons gevonden verbanden achten we daarom wel representatief voor grotere groepen.

Nog in een ander opzicht zijn sommige gegevens die in ons uiteinde-lijke onderzoeksbestand terecht zijn gekomen, vertekend ten opzichte van de Nederlandse bevolking die een huisarts consulteert. Patiënten namen aan het onderzoek deel op basis van vrijwilligheid. Dit impli-ceert de mogelijkheid tot het weigeren van deelname. Deelname is re-latief vaak geweigerd door patiënten met psychische of sociale klachten, en door patiënten die door de arts als 'afhankelijk' zijn beoordeeld. Correctie hiervoor gaf geen andere rangorde tussen de artsen te zien in de mate waarin ze klachten als niet-somatisch be-oordelen, het percentage 'puur somatische' klachten is 3% hoger dan in het geval niemand deelname geweigerd had.

7.4. Aanbevelingen

Wanneer men het beeld dat in het basistakenpakket van de huisarts geschetst wordt, van een huisarts die integrale en persoonlijke zorg geeft, serieus neemt dan kunnen er verbeteringen aangebracht worden in het optreden van huisartsen. Dit is te meer belangrijk waar de huisarts een centrale positie in het eerste echelon van de gezondheidszorg opeist, de centrale verwijzende instantie voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg is en als belangrijke behandelende instantie voor zogenaamde psychosociale problemen wordt gezien.

Veranderingen bepleiten we in de wijze van vraagverheldering en na-dere probleemanalyse, waarbij door een aantal artsen te snel uit-sluitend het somatische aspect wordt onderzocht. Veranderingen lij-ken gewenst bij het onderzoek van klachten waarachter men als arts een psychosociale oorzaak vermoedt. Ten slotte signaleren we de groep klachten die somatisch zijn, maar waarbij volgens de arts psy-chosociale elementen mede een rol spelen. Op een groot deel van deze aspecten gaat een arts totaal niet in.

In deze opzichten zijn de in abstracto gestelde normen van de be-roepsgroep vrij duidelijk, maar moeten we constateren dat er regel-matig van afgeweken wordt.

Wat de behandeling van 'puur psychisch' beoordeelde klachten be-

nes. Aangezien die hoeveelheid tijd weer gerelateerd was aan de praktijkgrootte, lijken ruime mogelijkheden voor kleine praktijken en interdisciplinaire samenwerking bevorderlijk voor het streven naar integrale en persoonlijke geneeskunde.

Aanbevelingen van een heel andere soort willen we ten slotte doen met betrekking tot het vaststellen van de "psychische gesteldheid" van de bevolking, in relatie met morbiditeitsonderzoeken.

Op de eerste plaats is het gewenst om van ~~iedere~~ klacht, onafhankelijk van elkaar twee aspecten vast te stellen: het lichamelijk klachtenpatroon, sec beschreven naar manifestatie in het lichaam, en een beschrijving van de rol die psychische en sociale oorzaken, gevolgen en met de klacht samenhangende condities spelen.

Op de tweede plaats dient men, indien men een beeld wil geven van het vóórkomen van psychosociale **oordelen** (en meer kan het naar onze mening niet zijn), te zorgen voor een steekproef deelnemende huisartsen, die naar "psychosociale oriëntatie" representatief is voor de populatie.

8. SAMENVATTING

In dit proefschrift wordt de vraag aan de orde gesteld welke factoren van invloed zijn op de interpretatie en behandeling van psychosociale klachten door huisartsen.

De beoordeling van het klachtenaanbod verschilt aanzienlijk tussen huisartsen, in die zin, dat de ene huisarts in een veel groter aantal gevallen van mening is dat psychische of sociale aspecten daarbij van belang zijn dan de andere huisarts. Ook de frequentie waarmee huisartsen psychofarmaca voorschrijven, verwijzen naar instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, of zelf therapeutische gesprekken voeren lijkt van arts tot arts te verschillen. Als globale onderzoeksvraag is daarom in het eerste hoofdstuk geformuleerd: Hoe zijn interpretatie en behandeling van klachten gerelateerd aan:

- normen, opvattingen en werkwijze van de huisarts
- verwachtingen van huisarts en patiënt ten opzichte van elkaar
- de communicatie tussen huisarts en patiënt in het consult.

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van hetgeen in de literatuur vermeld wordt over interpretatie en behandeling van psychosociale klachten en over de factoren die hierop van invloed zijn.

We concluderen naar aanleiding van een beschouwing over het begrip 'ziekte', dat we niet over 'psychische ziektes' kunnen spreken, waarvan vastgesteld kan worden of een arts ze als zodanig herkent. Er is slechts sprake van patiënten die om hulp vragen naar aanleiding van klachten die de huisarts als niet alleen maar lichamelijk beoordeelt. Belangrijk is dat een klacht niet hoeft te worden ingedeeld in de klasse van somatische ziektes en symptomen of in de klasse van psychosociale problemen of psychiatrische 'ziektes', maar dat een klacht zowel een lichamelijke verschijningsvorm als een psychische component kan hebben.

Uitgaande van de opvatting dat psychosociale klachten niet door de natuur gegeven grootheden zijn, maar op interpretaties door degene die oordeelt berusten, is het niet verwonderlijk dat we in deze oordelen zo'n grote variëteit aantreffen. De omvang hiervan, zoals we die in de literatuur aantreffen, wordt beschreven en vervolgens wordt onderzocht welke factoren deze oordeelsvorming zouden kunnen beïnvloeden.

De volgende factoren zijn naar voren gekomen:

Kenmerken van de arts-patiënt communicatie:

affectieve houding van de arts
patiëntgericht gedrag
gestructureerde werkwijze
gericht zoeken

Kenmerken van de arts-patiënt relatie:

verwachtingen van de arts ten opzichte van de patiënt
verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de arts
duur van de relatie

Kenmerken van de arts:

huisartsgeneeskundige/klinische oriëntatie
taakopvatting
gevoel van competentie
samenwerking met andere hulpverleners
nascholing
praktijkgrootte

In hoofdstuk 3 zijn een aantal hypothesen geformuleerd die de verwachte verbanden uitdrukken. Kort samengevat wordt in deze hypothesen voorondersteld dat een open houding tijdens het gesprek en een huisartsgeneeskundige oriëntatie zullen bijdragen aan een psychosocialere interpretatie van het klachtenaanbod. Ook zullen artsen die hun patiënten afhankelijk vinden meer klachten als psychosociaal interpreteren. Tenslotte zullen deze interpretaties vaker voorkomen wanneer patiënten hun huisarts als een geschikte hulpverlener voor psychische en sociale problematiek beschouwen en daarom frequent dergelijke klachten uiten.

Een arts zal meer psychische klachten behandelen, naarmate hij meer klachten als zodanig interpreteert, hij de behandeling als zijn taak ziet, en hij de mogelijkheden daartoe heeft. Deze mogelijkheden worden nader gespecificeerd als tijd, kunde, geregeld overleg met andere hulpverleners op het terrein van de GGZ en gevolgd nascholing.

Ook ingewikkelder verbanden worden in hypothesen uitgedrukt: we vooronderstellen een wisselwerking tussen taakopvatting, mogelijkheden en interpretatie, in die zin dat men weinig psychische klachten zal behandelen wanneer men dit niet tot zijn taak rekent en de mogelijkheden niet heeft, en dat men weinig klachten als

psychisch zal interpreteren wanneer men behandeling wel tot zijn taak rekent maar de mogelijkheden niet heeft.

De wisselwerking tussen de verschillende factoren die de interpretatie beïnvloeden, onderzoeken we door vervolgens na te gaan in hoeverre deze effecten onafhankelijk van elkaar optreden.

Teneinde deze hypothesen aan de praktijk te toetsen, zijn de klachtinterpretaties en de behandeling van psychische klachten van 30 huisartsen verzameld en onderzocht. Per arts zijn \pm 50 op videoband opgenomen consulten beschikbaar waarvan de arts zijn oordeel over de klachten heeft vastgelegd. Gegevens over behandeling en arts-patiënt communicatie zijn ons bekend door observatie van de opnamen. Verwachtingen van arts en patiënt jegens elkaar zijn per consult op vragenlijstjes vastgelegd. Opvattingen, normen en eigenschappen van de arts, alsmede praktijkenmerken zijn achteraf door een enquête gemeten. Deze kunnen vergeleken worden met landelijk verzamelde gegevens uit een identieke enquête die 249 huisartsen invulden. De details van deze onderzoeksopzet en het verloop ervan worden in hoofdstuk 4 beschreven.

Hoofdstuk 5 behandelt de scores van de 30 artsen op alle gemeten variabelen. De verwachte grote verschillen tussen huisartsen in interpretatie van klachten (24% tot 79% van alle klachten 'puur somatisch', 0% tot 31% van alle klachten 'psychosociaal', en ook in tussencategorieën grote spreidingen) en in behandeling worden aangetroffen en blijken niet toegeschreven te kunnen worden aan toevallige omstandigheden als patiënten of klachtenaanbod. Huisartsen reageren vaak niet op klachten die somatisch gepresenteerd worden, maar waarbij psychosociale aspecten meespelen of waarachter de arts een psychosociaal probleem vermoedt. Op expliciet psychisch en sociaal gepresenteerde problemen reageren ze in 90% van de gevallen (als ze de klacht opmerken), meestal door een gesprek erover te voeren.

In alle andere gemeten opzichten verschillen de 30 artsen onderling ook; wat hun huisartsgeneeskundige oriëntatie betreft komt het hele mogelijke spectrum van meningen voor, maar zijn ze meer huisartsgeneeskundig georiënteerd dan de landelijke groep.

Taakopvatting en competentiegevoelens van de videogroep vormen een getrouwe afspiegeling van het landelijk beeld. De 30 artsen praktiseren vaker in gezondheidscentra, hebben meer nascholing op psychosociaal gebied gevolgd en hebben kleinere praktijken dan de landelijke groep, maar ook hier geldt dat alle mogelijke varianten vertegenwoordigd zijn bij de video-artsen.

Artsen en patiënten hebben in het algemeen positieve verwachtingen van elkaar; wel wijst variantie-analyse uit dat sommige artsen meer "populair" zijn dan anderen en dat er ook verschillen tussen hen bestaan in hun oordeel over patiënten.

Dit geldt ook voor de geprsreksstijl: op vrijwel alle deelaspecten hiervan verschillen de artsen onderling en steeds op dezelfde wijze: een arts die positief beoordeeld wordt door de observatoren op zijn getoonde interesse wordt dat in het algemeen ook op de ruimte die hij een patiënt in het consult gunt, etcetera.

Er is dan ook sprake van één communicatiestijl waarop de artsen gerangschikt kunnen worden. Rangschikking op basis van consulten met alleen somatisch beoordeelde klachten levert ongeveer hetzelfde resultaat op, als wanneer de artsen beoordeeld worden op hun gesprekswijze met patiënten die over psychische problemen klagen. Een arts die een bepaalde communicatiestijl hanteert bij één groep doet dat ook bij de andere: het gaat om een telkens weer opduikende 'grondhouding'.

Met deze variabelen worden in hoofdstuk 6 de geformuleerde hypothesen getoetst. Dit leidt tot de volgende resultaten:

Artsen die veel klachten 'niet puur somatisch' noemen behandelen vaker psychische klachten.

Artsen die zich competent achten, die veel tijd aan een consult besteden en die veel overleggen met maatschappelijk werkers behandelen ook veel psychische klachten. Wanneer een arts een kleinere praktijk heeft, heeft hij gemiddeld meer tijd per consult.

Opvallend is dat artsen die de behandeling van psychische klachten tot hun taak rekenen, niet meer psychische klachten behandelen dan artsen die dat niet tot hun taak rekenen.

Wanneer we 'behandelen' beperken tot zogenaamde 'actieve gespreksvoering' ('exploreren', 'inzicht bevorderen' in tegenstelling tot het louter steunen of geruststellen) dan is het verwachte verband er wel: artsen met een brede taakopvatting doen dat meer.

Artsen die veel nascholing gevolgd hebben behandelen op geen enkele wijze meer psychische klachten dan artsen die weinig nascholing gevolgd hebben. Wel behandelen de acht artsen die de cursus methodisch werken volgden meer psychische klachten.

Tussen deze samenhangen bestaat ook een interactie. Artsen met een smalle taakopvatting en weinig behandelingsmogelijkheden behandelen relatief weinig psychosociale klachten. Hun interpretatie van klachten kan echter als gemiddeld beschouwd worden. Dit in tegenstelling

tot artsen met een brede taakopvatting en weinig mogelijkheden: wanneer ze klachten 'niet-somatisch' vinden gaan ze daar vaker op in door actieve gespreksvoering, maar ze vinden meer klachten 'soma-tisch' dan de eerstgenoemden of artsen met veel behandelingsmoge-lijkheden. Ons vermoeden wordt bevestigd dat men het geringe aantal mogelijkheden bij een brede taakopvatting compenseert door wat min-der vaak de situatie zo te definiëren dat er iets te behandelen valt.

De interpretatie dat een klacht niet 'puur-somatisch' is, treffen we vaker bij zogenaamd huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen aan. Dit zijn artsen die bereid zijn op medisch-technisch gebied enige risico's te lopen, opdat de persoon van de patiënt niet onnodig in het klinische geweld verloren gaat, artsen die op voet van gelijk-waardigheid met de patiënt willen omgaan, artsen die bij veel klach-ten psychische aspecten van belang achten. Wanneer een arts op een open wijze met patiënten communiceert tijdens het consult, worden ook meer klachten als 'niet-somatisch' geïnterpreteerd. Vooral is het in dit kader van invloed dat de arts met de patiënt samen vast-stelt wat de klacht mogelijkerwijze veroorzaakt en wat de betekenis van de klacht is, om vervolgens samen te besluiten wat de behande-ling zal zijn; ook het aansnijden van gespreksonderwerpen, die niet door de patiënt uit zichzelf naar voren worden gebracht gaat gepaard met een groter percentage 'niet-somatisch' oordelen. Deze gespreks-stijl is een kenmerk van de arts, dat onafhankelijk van het type klacht, in ieder consult weer naar voren komt. De ene arts overlegt van nature veel met de patiënt, snijdt veel nieuwe onderwerpen aan, en vertoont ook vaak de andere kenmerken van de open gespreksstijl (zoals een aandachtige houding en een open manier van vragen stel-len), de ander vertoont keer op keer deze kenmerken in veel geringe-re mate. Ze gedragen zich zo bij psychisch beoordeelde klachten maar ook bij puur somatische. De eerstgenoemde interpreteert dan veel klachten als 'niet-somatisch', de tweede veel als 'somatisch'.

Artsen die door hun patiënten omschreven worden als iemand die open staat voor hun problemen, krijgen vaker expliciete psychische of so-ciale problemen gepresenteerd. Dit verhoogt weer het totaalpercenta-ge klachten dat ze 'niet-somatisch' noemen.

De verschillende invloeden op het psychosociale oordeel van de arts zijn in die zin onderling onafhankelijk, dat een arts met een open communicatiestijl meer psychische oordelen velt, ook al controleren

we voor zijn oriëntatie en het percentage expliciet psychisch klachtenaanbod. Een klinisch georiënteerde arts die een open communicatiestijl erop nahoudt ziet dus ook meer psychische klachten dan een klinisch georiënteerde arts met een gesloten communicatiestijl. Zo blijft ook het verband tussen het expliciet psychisch klachtenaanbod en klachteninterpretatie bestaan na controle voor de oriëntatie van de arts.

Tenslotte is getoetst in hoeverre de weergegeven positie van de klachteninterpretatie, als intermediair tussen opvattingen en communicatie enerzijds en behandeling van psychische problemen anderzijds, met de feiten overeenstemde:

Interpretatie blijkt, bij nadere analyse, niet zozeer een oorzaak als wel een gevolg van behandeling. In een discussie hierover wordt gesteld dat behandeling, zoals door ons gemeten, meestal hetzelfde is als het praten over psychische problemen. Het verder uitzoeken wat er nu eigenlijk aan de hand is heeft tegelijk een diagnostische en een therapeutische functie. Onze aanname, zoals die aan het begin gesteld is, lijkt kunstmatig: een arts stelt niet eerst een oordeel vast over de aard van de klacht en gaat dan over tot 'gesprekstherapie'. Een arts praat over psychische problemen, probeert uit te vinden wat de achtergrond ervan kan zijn, probeert dit de patiënt ook duidelijk te maken, en dit soort gesprek leidt tot een oordeel dat psychische aspecten van belang zijn bij deze klacht, of niet.

Het eindschema, dat beter bij onze empirische bevindingen past, geeft daarom weer dat artsen met een huisartsgeneeskundige oriëntatie, met een open gesprekstijl, en met veel mogelijkheden als tijd en kunde, vaker op psychische aspecten van klachten ingaan, en als gevolg van dergelijke gesprekken meer psychosociale interpretaties van klachten noteren. Daarnaast hebben het klachtenaanbod en de gevolgde nascholing een effect op die oordeelsvorming.

Wanneer het 'ingaan op psychische aspecten' beperkt wordt tot de zogenaamde 'actieve gespreksvoering' heeft de taakopvatting van de arts ook een eigen invloed op de mate waarin dit geschiedt.

Ten slotte is in hoofdstuk 7 een beschouwing gewijd aan de inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd, de methodische tekortkomingen en de bruikbaarheid van de resultaten voor de opleiding, het beleid en de wetenschap.

We concluderen, mede op basis van de taken van de huisarts zoals de LHV die geformuleerd heeft, dat huisartsen vaker dan nu geschiedt aandacht zouden moeten besteden aan mogelijke psychische en sociale

achtergronden van de klacht. Wanneer een arts bij een somatische klacht psychische achtergronden vermoedt wordt daar in $\pm 40\%$ van de gevallen op geen enkele wijze op ingegaan; nog vaker negeert men psychische aspecten die een bijverschijnsel van somatische klachten zijn.

Gezien de verbanden die gevonden zijn, achten we dit geen kwestie van het ontbreken van een aantal technieken, maar van een grondhouding, die systematisch aangeleerd moet worden in de opleiding tot huisarts.

De geringe effecten van de hoeveelheid gevolgde nascholing laten zien dat deze houding niet snel 'bijgespijkerd' kan worden. Wanneer men een dergelijke grondhouding bezit, vormen samenwerking met anderen en voldoende tijd de randvoorwaarden om zo'n houding in de praktijk te brengen.

In hoeverre een huisarts bij geconstateerde psychische en sociale problemen ook de behandeling ter hand moet nemen is een binnen de beroepsgroep onuitgemaakte zaak. We concluderen dat een brede taakopvatting op dit gebied er toe leidt dat huisartsen dit soort klachten meer zelf trachten te behandelen.

Aangaande de methode van dit onderzoek hebben we stil gestaan bij het beperkt aantal deelnemende artsen. We concluderen dat een aantal vragen diepgaander onderzocht had kunnen worden, wanneer we ook de gegevens over het artsengedrag op geaggregeerd niveau hadden verzameld.

Omdat ons een analyse van de communicatie tussen arts en patiënt voor ogen stond, waarbij ook kenmerken van artsen en patiënten, die los van het consult staan, betrokken moesten worden, is onze voorkeur uitgegaan naar een verlies aan informatie in de breedte.

Hoewel de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar grotere groepen, willen we vaststellen dat onze onderzoeksgroep waarschijnlijk in positieve zin vertekend is, zodat de negatieve resultaten geldig blijven voor de landelijke populatie huisartsen.

Ook zijn we in onze beschouwing stil blijven staan bij de betekenis van het begrip 'psychische klacht' en de consequenties daarvan voor epidemiologisch onderzoek.

De meeste klachten waarbij psychische aspecten een rol spelen worden als een somatische klacht gepresenteerd; een minderheid ($\pm 30\%$ van alle klachten waarbij psychische factoren een rol spelen) is 'overwegend psychosociaal'. De eerste groep wordt in zeer wisselende mate

door artsen opgemerkt, hetgeen afhankelijk is van opvattingen en ideeën van de arts. De tweede groep laat ook een grote variatie tussen de artsen zien, onder meer als gevolg van verschillende verwachtingen die artsen bij hun patiënten oproepen.

Morbiditeitsonderzoek zal zich nooit van deze artseninvloed kunnen ontdoen. Aanbevolen wordt de effecten zoveel mogelijk te controleren door een lichamelijke en een psychosociale component los van elkaar te registreren, en deelnemende artsen te selecteren op een aantal in dit onderzoek relevant bevonden kenmerken.

9. SUMMARY

The factors that influence the interpretation and treatment of psycho-social complaints by general practitioners are discussed in this dissertation.

The assessment of complaints differs considerably from one GP to another, in the sense that the one GP will attach significance to psychological and sociological factors in very many more cases than another GP. The frequency with which GPs prescribe psychopharmaca, refer patients to the mental health care authorities, or even enter into therapeutic discussions appears to vary from one doctor to another. For this reason the following broadly based question is put in the first chapter: In what way is the interpretation and treatment of complaints related to

- the norms, views and methods of the GP
- the expectation of the GP and the patient in respect of one another
- the communication between GP and patient during the consultation.

Chapter 2 gives a synopsis of what is to be found in the literature on the interpretation and treatment of psycho-social complaints and on the factors that influence them .

After considering the concept of 'disease', we conclude that we cannot speak of 'psychological diseases', in the sense that it is possible to establish that doctors recognize them as such. We can only speak of patients who ask for help for complaints which the GP judges not merely to be physical.

It is significant that the complaints do not have to be allocated to the class of somatic disease and symptoms, or to the class of psycho-sociological problems or psychiatric 'disease', but that a complaint can have both a physical aspect and a psychological one.

If we proceed on the assumption that psycho-social complaints are not natural units of assessment, but based on the interpretation of those who judge them, it is not surprising that we encounter such variety in these judgments. We shall describe the scope of this range of judgment as we encounter it in the literature and we shall further investigate the factors that could influence this process of judgment.

The following factors have been established:

Characteristics of doctor-patient communication:
affective attitude;
patient-centered behaviour;
structuring the consultation;
probing.

Characteristics of doctor-patient relationship:
expectations of the doctor in respect of the patient;
expectations of the patient in respect of the doctor;
duration of the relationship.

Characteristics of the doctor:
'general medicine/clinical' approach;
task perception;
competence;
primary care cooperation;
postgraduate training;
number of patients on the doctor's list.

A number of hypotheses are formulated in chapter 3 which show the expected relationships. In brief, the assumption in the hypotheses is that an open attitude during the consultation and a preference for a general medical approach will contribute to an increased emphasis on the psycho-social interpretation of the range of complaints. Doctors who find their patients to be of a dependent nature will also interpret complaints as psycho-social in nature. Finally, this type of interpretation will recur more often when patients regard their GP as an appropriate source of help for psychological and social problems and they will in consequence voice these complaints more frequently.

A doctor will treat more psychological complaints, according to the degree to which he interprets complaints as psychological, sees their treatment as his job and has the resources to treat them. These resources can be specified as time, skill, regular consultation with other professionals in the area of mental health care and a completed programme postgraduate training.

More complex relationships are also expressed in the hypotheses: we assume interaction between job, opportunity and interpretation, in the sense that doctors will treat few psychological complaints when they do not regard them as being part of their job and do not have the opportunity to treat them, and further that they will interpret

few complaints as psychological when they do not have the opportunity to treat them, although they consider them as a part of their job.

We investigated the reciprocal interaction between the different factors which influence the interpretation by examining the extent to which these effects arise independently of one another.

The interpretation and treatment of psychological complaints by 30 GPs has been collected and investigated in order to test these hypotheses in practice. There are approximately 50 videotaped consultations per GP available in which the doctor gives his assessment of the complaint. The data on the treatment and doctor/patient communication are collected from the tapes.

Expectations of doctors and patients in respect of one another are collected on a questionnaire for each consultation. The views, norms and characteristics of the doctor, and of the practice, are subsequently inventorized by questionnaire.

These can be compared with the data collected nationally from an identical questionnaire which was completed by 249 GPs. The details of the structure of the investigation and its progress are described in chapter 4.

Chapter 5 deals with the scores of the 30 doctors on all the variables measured. The expected major differences in the interpretation of complaints and in the treatment (24% to 79% of all complaints are 'purely somatic', 0% to 31% of all complaints 'psycho-social', and the large dispersion in the intermediate categories) were discovered and appear not to be able to be ascribed to accidental circumstances such as the range of patients or complaints. GPs often do not react to complaints which are presented as somatic, but where psycho-social aspects play a role, or where the doctor expects an underlying psycho-social problem. They do react to problems presented as explicitly psychological and social in 90% of the cases (if they recognize the complaint) by discussing it during consultation.

The 30 doctors differ from one another in all of the other dimensions mentioned too; the entire spectrum of opinion arises in their approach to general medicine; they tend to be a little more in favour of a patient-centered approach than that in the national group.

The task perception and feeling of competence among the members of

the videogroup form an accurate reflection of the national picture. The 30 doctors more often practice in health centers, have more postgraduate training in the psycho-social area and have smaller practices than the national group, but here too a broad range is represented as it is in the videogroup.

Doctors and patients generally have positive expectations of one another; however variant analysis does indicate that some doctors are more 'popular' than others and that there are differences between them in their judgments of patients. This is true also of their conversational style: the doctors differ from one another on virtually all subsidiary aspects of this conversational style and also, in the same way, a doctor who is positively assessed by the observers, is so because of the interest he demonstrates, and also in general, because of the opportunity which he allows to the patient in the consultation, etc.

There is also a style of communication which allows the ranking of doctors. Ranking on the basis of consultations where complaints are judged to be purely somatic, yields almost the same results as the situation where the doctors are judged on their style of discussions with the patients who complain about psychological problems: the essential factor is a basic attitude that repeatedly 'surfaces'.

The hypotheses formulated are tested against these variables in chapter 6. This leads to the following results: Doctors who regard many complaints as 'not being purely somatic' treat psychological complaints more often.

Doctors who regard themselves as competent, who devote considerable time to consultation and consult with social workers, also treat a lot of psychological complaints. When a doctor has a smaller practice, he devotes more time on average to each consultation.

Doctors who regard the treatment of psychological complaints as their job, do not treat more psychological complaints than those who do not regard them as their job.

However, when we reduce 'treat' to what is called 'an active discussion' ('exploring', 'promoting insight', in contradistinction to merely supporting or soothing) the expected relation is then found i.e.: doctors with a broader view of their job tend to enter into active discussions.

Doctors who have had considerable postgraduate training do not in any sense treat more psychological complaints than doctors who have little postgraduate training.

The doctors who had followed the course on methodical work did treat more psychological complaints though.

There is also an interaction between these relations. Doctors with a narrow perception of their task and few opportunities for treatment, treated relatively few psycho-social complaints. Their interpretation of complaints can however be regarded as an average one. This in distinction to doctors with a broadly based perception of their task and few opportunities: when they find complaints to be 'non-somatic', they more often enter into an active discussion, but they find more complaints 'somatic' than the first mentioned group of doctors with more opportunity for treatment. Our suspicion is confirmed that those with a broad perception of their task and few opportunities often tend to define the situation so that there is nothing that requires treatment.

The interpretation that a complaint is not 'purely somatic' is more often encountered among doctors with a general medical approach. These are doctors who are prepared to take some risks in the medico-technological area, so that the individual patient does not become unnecessarily lost to clinical assaults; these are doctors who wish to develop an egalitarian relationship with their patients and doctors who regard psychological aspects as of importance in many cases. When a doctor communicates with a patient in an open manner in consultation, more complaints are interpreted as 'non-somatic'. It is particularly in this type of relationship that the doctor and patient together establish the possible cause of the complaint and its significance in order to decide together what the treatment should be. It is also the case that where topics of discussion are introduced by the doctor, and not by the patient himself, that there is a higher percentage of 'non-somatic' judgments. This conversational style is the characteristic of the doctor, that comes to the fore in each consultation independently of the type of complaint. The one doctor has an natural disposition to consult at some length with a patient, and introduces new topics more easily and also often shows other characteristics of an open style of discussion (such as an attentive attitude and an open style of putting questions), the other repeatedly shows these characteristics to a much lesser degree. They behave in this way with complaints that are judged psychological, but also with the purely somatic complaints. The former group consequently interprets many complaints as 'non-somatic', the second interprets many as 'somatic'.

Doctors who are described by their patients as being open to the discussion of their problems, more often receive an explicit presentation of psychological or social problems. This again increases the total percentage of complaints that are regarded as 'non-somatic'. When we look at this per consultation, this relation is scarcely present. A patient who introduces an explicitly psychological or social problem into a consultation does not judge his doctor as more open than a patient who does not; patients who judge their doctor as open actually present fewer psychological or social problems for discussion with the GP. The relation found at the doctor level reflects a quality of the doctor, that is not recognized to the same degree by all patients.

The different influences on the psycho-social assessment of the doctor are in this sense independent, i.e. the doctor with a more open style of communication makes more psychological judgments, even when we check for his professional orientation and his range of explicitly psychological complaints. A doctor with a clinical approach, who has an open style of communication also encounters more psychological complaints than a clinically oriented doctor with a closed style of communication. And so the relation between explicit psychological complaints and psychological judgments exists after the doctor's professional orientation has been checked.

Finally, we tested the extent to which the statement of the intermediate position in the interpretation of complaints agreed with the facts. We have looked at the treatment of psychological complaints as dependent on task perception, opportunities and interpretation, where interpretation is again dependent on orientation, communication and - indirectly, by means of the range of complaints - on expectations.

Interpretation appears, on close analysis, not so much as cause but as an effect of treatment. In a discussion on this, we have said that the treatment measured by us is generally the same as talking about psychological problems. Further investigation of what is actually the matter has a diagnostic and at the same time a therapeutic function. Our assumption, as it was made initially, would appear artificial: A doctor does not first make a judgment on the nature of a complaint and then start 'discussion therapy'. A doctor talks about psychological problems, tries to find out about their backgrounds, attempts to make this clear to the patient, and this sort of conver-

sation leads to an assessment of whether the physical aspects are important to this complaint or not.

The final situation that accords better with our empirical findings, shows then that doctors with a general medical approach, an open style of conversation, resources in time and skill, more often go into the psychological complaints and that as a result of these interviews, they record more psycho-social interpretations of complaints. Further, the range of complaints and the postgraduate education pursued have an effect on the formation of a judgment.

When 'going into the psychological aspects' is restricted to what is called 'active discussion' the doctor's task perception also has its own influence on the degree to which this occurs.

Finally, in chapter 7 we look at the insight that this research has produced, its methodological shortcomings and the usefulness of the results for training, policy and research.

We conclude, on the basis of the description of the tasks of the GP, as this has been formulated by the National Association of General Practitioners, that GPs should devote attention more often than is presently the case to the possible psychological and social backgrounds to complaints.

In approximately 40% of the cases, when a doctor suspects a psychological background to somatic problems, this is not followed up in any way. Psychological factors that are side-effects of somatic complaints are even more often neglected.

In view of the relations that have been found, we do not regard this as due to an absence of skills, but due to a basic attitude that should be systematically taught in GP training.

The poor return on investment in postgraduate education in this respect, shows us that this basic attitude cannot be 'acquired' quickly enough. When one has the right sort of basic attitude, cooperation with others and adequate time are a condition for introducing it into practice.

The extent to which a GP should treat psychological and social problems that he discovers has not yet been decided by the professional group. We conclude that a broad task perception in this area will lead to GPs who do try more often to treat this sort of complaint.

When discussing the methods used in the research, we made a note of the limited number of doctors participating.

We concluded that a number of questions could be more thoroughly investigated, when the data on doctor's behaviour had been collected at an aggregated level, by using simulated situations. The relation at the level of consultation between the behaviour of a doctor and the formation of judgment would then not have been discussed.

As we were analyzing the communication between a doctor and a patient in which the characteristics of doctors and patients, unrelated to the consultation, had to be involved, our preference was for a loss of broader information.

Although the results cannot immediately be generalized upon to larger groups, we would like to point out that our research group is probably marked in a positive sense, so that the negative results remain valid for a national population of GPs.

We have also paid attention to the significance of the term 'psychological complaint' and its consequences for epidemiological research.

The majority of complaints in which psychological factors play a role are presented as somatic complaints; a minority (approximately 30% of all of the complaints in which psychological factors play a role) are 'predominantly psycho-social'. The first group is not consistently perceived by doctors, this is dependent on the views and ideas of the doctor. The second group shows a great deal of variation between the doctors, among other things as a result of the different expectations of patients in respect of their doctors.

Morbidity research will never be able to show the influence of the doctor. It is to be recommended that the effects should be checked as far as possible by recording a physical and a psycho-social component independently of one another, and by selecting the participating doctors on the basis of a number of characteristics which were found relevant in this research.

NOTEN

Noten hoofdstuk 1

- 1 Ziekte zoals we het hier opvatten wordt beschreven op grond van veranderingen in functie en substantie van het organisme, van de locatie in het lichaam, en van het verloop. Van der Werf (1984) spreekt in deze gevallen van 'medische problemen', dat zijn gezondheidsproblemen die begrepen of verklaard kunnen worden in medisch-wetenschappelijke termen. Wanneer een patiënt met klachten naar zijn huisarts gaat is er sprake van een 'gezondheidsprobleem'. Dat is een klacht of probleem dat door een patiënt aan de arts wordt voorgelegd, waarvan de patiënt verwacht dat de arts als representant van de geneeskunde kan bijdragen aan de oplossing ervan. Het is aan de arts om uit te maken of een gezondheidsprobleem ook een medisch probleem is.

Lamberts (1975) onderscheidt naast 'ziekte', de begrippen 'ziektegevoel' (de ervaring van zich niet lekker voelen, ongeacht de oorzaak daarvan) en 'ziektegedrag' (het zoeken van hulp binnen een medisch referentiekader; Van der Werf spreekt hier over gezondheidsprobleem). 'Ziekte', 'ziektegevoel' en 'ziektegedrag' komen we in de Engelstalige literatuur tegen als 'disease', 'sickness' en 'illness'. Shuval (1981) heeft het in dit kader over 'professionele ziekte-definitie', 'ziektegevoel' en 'zoeken van hulp'.

Het tot het lichamelijk dysfunctioneren beperkte begrip 'ziekte'/'medische problemen'/'professionele ziekte-definitie' wordt, aldus Shuval, in een sociaal-psychologische context geplaatst, door uitdrukkelijk de manier waarop de patiënt met zijn 'ziekte' omgaat in het geheel te betrekken.

- 2 Natuurlijk is het onderscheid tussen geestelijke en lichamelijke klachten een artefact van het cartesische denken, en kan men in principe niet spreken van "puur somatische" en "puur psychische" klachten. Dit artefact is echter zo ingeslopen in ons taalgebruik dat wij er niet aan ontkomen huisartsen deze termen in de mond te leggen. Een klacht wordt "puur somatisch" genoemd wanneer de oordelende arts de geestelijke factor blijkbaar volkomen ondergeschikt acht.

Wanneer psychische of sociale aspecten een functie bij het ontstaan van de klachten wordt toegedacht, wanneer deze aspecten een betekenisvol gevolg zijn van klachten, of wanneer de verschijningsvorm als zodanig van niet somatische aard is (dit alles in de ogen van degene die beoordeelt) worden deze klachten als (mede-) psychosociaal betiteld. Het door ons gebruikte begrip 'psychosociale klacht' omvat daarmee andere gehanteerde terminologieën als 'psychosomatische', 'functionele', 'psychische', of 'psychiatrische' klachten.

Noten hoofdstuk 2

- 1 Het karakter van de GHQ draagt hiertoe ook bij. Evenals onze Nederlandse VOEG informeert deze vragenlijst voor een belangrijk deel naar lichamelijke, ietwat vage klachten. Een hoge score op de GHQ betekent dat iemand ook lichamelijke symptomen heeft, die zich als zodanig laten classificeren. Zie overigens voor uitgebreide bespreking van het tweeslachtige karakter van dergelijke vragenlijsten Van der Zee, 1982.
- 2 De andere mogelijkheid, het zogenaamde diagnose-model, is sturend en gericht op advisering. Een aantal kenmerken ervan zijn typerend voor de medische anamnese. Bij psychosociale klachten loopt men het gevaar met dit model minder inbreng aan de patiënt over te laten dan in die situatie mogelijk is (vergelijk wat er in het volgende naar aanleiding van Szasz en Hollender, Byrne en Long en Philipsen opgemerkt wordt).
- 3 Dit was in dit onderzoek geoperationaliseerd als non-verbale aandachtsscore voor houding, aankijken en aanmoedigen, als beoordeling van interesse en als beoordeling van rust. Alle oordelen volgens de observatoren.
- 4 Triviaal wordt in de te noemen onderzoeken gespecificeerd als "alledaagse klacht, klacht waarvoor doktersbezoek niet nodig zou zijn, of klachten waarmee men bij de arts aan het verkeerde adres is" (vergelijk Mechanic 1974, 142).

Noten hoofdstuk 4

- 1 Tot één klacht worden klachten of symptomen gerekend, die als zinvolle eenheid beschouwd worden. Deze zinvolle samenhang kan gesuggereerd worden door de arts, door de patiënt of door de observatoren, in deze volgorde van belangrijkheid. Dat wil zeggen: als de arts twee klachten als onderdelen van één geheel behandelt, worden ze beschouwd als behorend tot één klacht. Als de patiënt twee klachten als onderdeel van hetzelfde syndroom presenteert, worden ze als één klacht beschouwd, wanneer de arts dit niet tegenspreekt. Als de observator twee klachten als bij elkaar behorend opvat, worden ze als één klacht beschouwd, wanneer de arts en de patiënt dit niet tegenspreken.
- 2 Deze gegevens zijn door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen na schriftelijke toestemming van de betrokken huisartsen, welwillend ter beschikking gesteld.
- 3 Slechts vijftien van de dertig artsen vulden deze vragenlijst over patiënten in.
- 4 Deze items waren overigens ook in Crebolder's resultaten erg scheef verdeeld.
- 5 We zouden dergelijke 'beoordelingen' ook een 'sign-systeem' kunnen noemen; het te benoemen fenomeen is echter alleen indirect (namelijk door middel van een interpretatie op grond van de theorie van methodisch werken) kenbaar, terwijl bij een sign-systeem meer gedacht wordt aan fenomenen als 'lachen' of 'patiënt kucht', met andere woorden meer direct (her)kenbare fenomenen. Waarbij we van deze laatste voorbeelden niet willen verhehlen dat ook daar observatie-theorieën aan te pas komen; de werkelijkheid is nu eenmaal niet rechtstreeks toegankelijk.
- 6 De gemiddelde leeftijd van de woordvoerder per praktijk correleert .65 met de gemiddelde leeftijd van ziekenfondsverzekerden per praktijk. Er is geen verband tussen het percentage mannen en het percentage mannelijk verzekerden per praktijk (Bron: VNZ, 1982).
- 7 Deze en volgende totalen kunnen minder zijn dan het in 4.2 vermelde totaal door het optreden van ontbrekende waarden: dit wordt

veroorzaakt doordat gegevens niet ingevuld zijn dan wel consult-
delen niet te observeren waren.

- 8 Door een misverstand vulden arts 1 en arts 21 geen formulier in
van de patiënten die deelname weigerden.

Noten hoofdstuk 5

- 1 Percentage puur-somatische oordelen per arts op basis van de de-
finitieve database (1^e kolom) en op basis van alle geregistreerde
oordelen, inclusief weigeraars (2^e kolom; $r_{1.2} = .97$) en het
percentage niet beoordeelde klachten per arts (derde kolom)

arts	N	% puur somatisch in def. database	N	% puur somatisch incl. weigeraars	% door de arts niet niet genoteerde kl.
1	38	79%	41	78%	40%
2	66	64%	86	60%	24%
3	85	68%	111	66%	22%
4	58	55%	82	48%	43%
5	70	83%	83	76%	23%
6	77	73%	111	72%	31%
7	73	47%	123	46%	31%
8	71	59%	97	61%	33%
9	74	52%	83	46%	32%
10	70	51%	95	47%	31%
11	85	46%	116	46%	14%
12	80	56%	105	56%	28%
13	62	53%	85	56%	33%
14	47	60%	114	61%	44%
15	89	51%	111	%°%	37%
16	50	54%	73	51%	38%
17	62	58%	89	61%	37%
18	66	55%	94	50%	31%
19	80	54%	105	49%	34%
20	86	48%	95	48%	19%
21	60	33%	68	32%	21%
22	46	24%	78	26%	33%
23	66	39%	92	36%	33%
24	61	30%	106	26%	30%

vervolg noot 1, hoofdstuk 5

arts	N	% puur somatisch in def. database	N	% puur somatisch incl. weigeraars	% door de arts niet niet genoteerde kl.
25	65	48%	88	50%	26%
26	68	28%	94	28%	28%
27	69	61%	89	54%	35%
28	67	63%	76	61%	11%
29	58	55%	92	45%	40%
30	62	35%	98	39%	30%

- 2 Het percentage 'puur somatisch' is hierbij afgezet tegen de andere oordelen. De F-waarde die dit oplevert is vergelijkbaar met de eerstgenoemde (onder de kolom 'puur somatisch') in tabel 5.1.
- 3 Merk op dat in deze tabel een aantal klachten ontbreekt: de klachten die de arts somatisch vond, maar de observatoren niet (toch reageert de arts hierop in 60% van de gevallen), en de klachten die de arts miste. Deze twee categorieën zijn wel aanwezig in het tweede deel van de tabel, onder het kopje klachtpresentatie.
- 4 In tegenstelling tot het eerste interimrapport duidt een hoge score op veel risico's (= huisartsgeneeskundig). Ditzelfde geldt voor de 'samenwerking' schaal: een hoge score betekent de patiënt veel inbreng gunnen (huisarts-geneeskundig).
- 5 Er is bij de constructie van deze schaal gebruik gemaakt van één item minder dan in het eerste interimrapport, op grond van betrouwbaarheidsanalyse.
- 6 Wanneer we in de tekst aangeven dat er sprake is van verschillen, dan zijn deze getoetst met een aan het meetniveau aangepaste statistische toets en significant bevonden met een kans op toeval die kleiner is dan .05, tenzij anders aangegeven.
- 7 Hier past overigens een waarschuwend woord. Zeer positieve patiëntenevaluaties zijn niet ongebruikelijk (vergelijk Lebow, 1974). Feletti en Carney (1984) kwamen op het idee om, na een dergelijke zeer positieve evaluatie, studenten de opdracht te ge-

ven om 'niet-ideaal' gedrag ten toon te spreiden. Wéér volgde een positieve beoordeling op de schriftelijke evaluatie vragenlijsten, maar navraag door de verpleging leerde, dat de patiënten vrijwel perfect de 'niet-ideale' gevallen in een informele setting negatief evalueerden.

- 8 Correlatiematrix arts-patiënt verwachtingen. De correlaties tussen arts en patiëntoordelen op consultniveau zijn als volgt:

functiebreedte : x
 beoordeelde openheid : -.28 x
 oordeel arts over patiënt: .13 .14 x

- 9 In 15% van de klachtenclusters was het concept vraagverheldering niet van toepassing. Zie voor de hiervoor gehanteerde regels paragraaf 4.4.4.
- 10 Alleen die fragmenten die minstens 1 minuut duren zijn in beschouwing genomen. H is in deze gevallen lager dan bij de ruwe scores.

Noten hoofdstuk 6

- 1 Correctie geschiedt met behulp van de formule

$$\text{gecorrigeerde score arts } i = \frac{\sum_{nij} T_{nij} \frac{D}{D_n} + \sum_{wij} T_{wij} \frac{D}{D_w}}{N_{ni} + N_{wi}}$$

waar

- D = gemiddelde duur van alle van toepassing zijnde consulten
- D_w = over-all gemiddelde duur van consulten waarin de arts wel reageert
- D_n = over-all gemiddelde duur van consulten waarin de arts niet reageert

- N_{ni} = aantal consulten waarin arts i niet reageert
 N_{wi} = aantal consulten waarin arts i wel reageert
 T_{nij} = duur van consult j waarin arts i niet reageert
 T_{wij} = duur van consult j waarin arts i wel reageert

2 De onderlinge correlaties van de verklarende variabelen zijn als volgt:

competentie	:	x			
overleg AMW	:	-.24	x		
gemiddelde consultduur	:	.23	.40**	x	
gevolgde nascholing	:	.37**	.28*	.14	x
praktijkgrootte	:	-.24*-	.38**	-.38**	.04 x

* $.05 < P < .10$

** $P < .05$

3 Op vrijwel dezelfde wijze verloopt regressie op het aandeel dat de actieve therapeutische gespreksvoering (exploreren en inzicht bevorderen) van het behandelingsrepertoire uitmaakt:

stapsgewijze regressie op 'actieve gespreksvoering'

	stap 1		stap 2		stap 3	
onafhank.var.	β	F	β	F	β	F
duur v.h.cons.	.49	4.1 (p=.006)	.34	3.5 (p=.071)	.34	3.5 (p=.071)
samenwerking			.31	3.0 (p=.094)	.28	2.4 (p=.134)
competentie					.17	1.0 (p=.32)
R	.49		.57		.59	
R ²	.24		.32		.35	

Ook hier is de tweede stap het meest bevredigende compromis.

4 Hoewel het buiten het bestek van onze hypothesen valt, constateren we wel een effect van nascholing op de oordeelsvorming van de dertig artsen: het aantal gevolgde nascholingscursussen correleerde $-.34$ met het percentage somatisch beoordeelde problemen en $.50$ met het percentage 'somatisch, maar met psychosociale aspecten'. In de algemene artsenenquête was nascholing een der belangrijkste determinanten van het geschatte aantal psychische klachten (vergelijk Verhaak, 1984c).

5 De onderlinge correlaties van de maten voor huisartsgeneeskundige oriëntatie zijn:

risico : x
invloed : $.11$ x
samenwerken: $.01$ $.42^{**}$ x

** $P < .05$

6 Zoals in hoofdstuk 4 beschreven is, is dit oordeel op klachtniveau geregistreerd. Teneinde op consultniveau te kunnen rekenen is een gemiddeld oordeel berekend door de volgende waarden toe te kennen:

puur somatisch = 1
somatisch, psychische aspecten = 2
somatisch, psychisch vermoeden = 3
psychisch, somatisch vermoeden = 4
psychisch, somatische aspecten = 4
puur psychosociaal = 4
en vervolgens per consult te middelen.

7 De onderlinge correlaties van de in de vergelijking opgenomen variabelen zijn:

1= oordeel
2= a-specifieke uitingen
3= empathische uitingen
4= non-verbale houding
5= aansnijden nieuwe onderwerpen
6= gemiddelde vraagverheldering
7= inbreng bij diagnose
8= inbreng bij behandeling
9= verhouding open/gesloten
10= consultduur

vervolg noot 7.

1:	x																			
2:	.38	x																		
3:	.28	.50	x																	
4:	.14	.26	.32	x																
5:	.25	.31	.23	.21	x															
6:	.08*	.14	.15	.17	.14	x														
7:	.30	.39	.32	.40	.20	.24	x													
8:	.23	.32	.27	.31	.13	.21	.54	x												
9:	.19	.24	.41	.21	.14	.06*	.22	.17	x											
10:	.45	.72	.44	.28	.34	.10	.37	.28	.15	x										

* $.001 < P < .005$

geen asterisk: $P < .001$

- 8 De volgende regels zijn hierbij gehanteerd:
non verbale aandacht en inbreng voor de patiënt:
meer dan neutraal: +, anders -
vraagverheldering, aansnijden: wanneer het in het consult
tenminste éénmaal voorkomt: +, anders -
- 9 Hierna staan op dezelfde wijze boomdiagrammen weergegeven, waarin
niet het gemiddelde oordeel de afhankelijke variabele is (dit is
feitelijk nietszeggend, omdat een score 2 zowel kan staan voor
één somatische klacht met psychische bijverschijnselen als voor
de combinatie van puur somatisch en somatisch met vermoeden van
psychische oorzaken). In het onderstaande staat het percentage
puur somatische oordelen, afgezet tegen alle andere, en het per-
centage psychische oordelen, afgezet tegen alle andere.

vervolg noot 9.

Afhankelijke: percentage psychische klachten

interesse	vraagverheldering	aansnijden onderwerpen	inbreng diagnose	n
- : 7%	- : 6%	- : 4%	- : 2%	(365)
		+ : 12%	+ : 13%	(69)
	+ : 10%	- : 4%	- : 10%	(135)
		+ : 16%	+ : 20%	(45)
+ : 13%	- : 11%	- : 4%	- : 0%	(60)
		+ : 16%	+ : 14%	(21)
	- : 10%	- : 11%	- : 7%	(134)
		+ : 14%	+ : 14%	(77)
	+ : 15%	+ : 13%	- : 4%	(94)
		+ : 25%	+ : 25%	(73)
+ : 13%	+ : 15%	- : 13%	- : 2%	(41)
		+ : 20%	+ : 20%	(60)
		+ : 17%	- : 7%	(44)
			+ : 22%	(82)

Afhankelijke: percentage puur somatische klachten

interesse	vraagverheldering	aansnijden onderwerpen	inbreng diagnose	n
- : 53%	- : 56%	- : 62%	- : 64%	(365)
			+ : 51%	(69)
	+ : 44%	+ : 41%	- : 44%	(135)
			+ : 29%	(45)
+ : 40%	- : 43%	- : 49%	- : 53%	(60)
			+ : 14%	(21)
	+ : 34%	+ : 40%	- : 43%	(63)
			+ : 35%	(31)
+ : 40%	- : 43%	- : 51%	- : 60%	(134)
			+ : 36%	(77)
	+ : 34%	+ : 33%	- : 45%	(94)
			+ : 18%	(73)
+ : 40%	- : 43%	- : 44%	- : 46%	(41)
			+ : 42%	(60)
	+ : 34%	+ : 26%	- : 39%	(44)
			+ : 19%	(82)

De conclusies blijven ongewijzigd: de combinatie aansnijden + inbreng voor de patiënt gaat gepaard met de meeste psychische en minste somatische interpretaties.

10 Het expliciet psychisch of sociaal klachtenaanbod heeft in dit geval de waarde '1', wanneer de klacht omschreven is in het RFE-hoofdstuk 'psychisch' of 'sociaal', en de waarde '0' wanneer het in één der andere hoofdstukken omschreven is.

11 Op de volgende wijze is een index voor de 'mogelijkheden tot behandeling' geconstrueerd.

De somscore op 'competentie', de gemiddelde duur van het consult en het overleg met maatschappelijk werk zijn ieder in drie delen gesplitst:

vervolg noot 11.

competentie:	1= 14-10 (8)	tijd:	1= 9 min. (9)
	2= 20-23 (15)		2= 9 min. (9)
	3= 24-29 (7)		3= 9 min. (12)
	30		30
overleg:	1= 1 x per maand of minder (8)		
	2= 2 à 3 keer per maand (8)		
	3= 1 x per week of meer (14)		
	30		

Deze drie scores 1, 2 of 3 werden opgeteld, hetgeen in de volgende verdeling resulteerde:

3: 3 (10%)	7: 6 (20%)
4: 2 (7%)	8: 5 (17%)
5: 4 (13%)	9: 3 (10%)
6: 7 (23%)	

Een arts met een score '7' of hoger valt in de groep met veel behandelingsmogelijkheden.

12 Behalve de te voorspellen oordelen verschilt de communicatiestijl ook bij artsen van verschillende oriëntatie. Zie onderstaande gemiddelden.

	veel risico (N=589)	weinig risico (N=569)	veel invloed (N=552)	weinig invloed (N=606)
non-verbale houding	3.5	3.4	3.6	3.3
a-specifieke uitingen	15.6	11.8	15.8	11.8
empathische uitingen	1.5	1.4	1.6	1.4
vraagverheldering	31%	18%	29%	21%
inbreng bij diagnose	3.1	2.8	3.1	2.8
inbreng bij behandeling	2.9	2.7	3.0	2.6
aansnijden nieuwe onderwerpen	.8	.6	.8	.7
verhouding open:gesloten	1.6	1.2	1.6	1.3
gemiddelde duur	421 sec	353 sec	402 sec	375 sec

(NB. om de variabele open:gesloten op te kunnen nemen, zijn consulten waar het aantal gesloten procesuitingen gelijk is aan nul, niet in de analyse betrokken. Dit zijn in het algemeen de zeer korte consulten).

13 De correlaties die in het uiteindelijk verklaringsschema van belang zijn, zijn als volgt (N=30):

1= risico-schaal	6= % expl.p/s klachtenaanbod
2= invloed-schaal	7= communicatiestijl
3= samenwerken-schaal	8= % puur som.oordelen
4= taakopvatting	9= % ps.klachten dat men behandelt
5= mogelijkheden	10= gevolgde nascholing

1:	x								
2:	.11	x							
3:	.01	.42*	x						
4:	.18	-.09	.05	x					
5:	.31*	.28	.39*	.29	x				
6:	.04	.25	.28	.07	.15	x			
7:	.46*	.48*	.46*	.24	.63*	.41*	x		
8:	-.31*	-.47*	.52*	-.11	-.21	-.41*	-.48*	x	
9:	.35*	.55*	.58*	.14	.45*	.38*	.87*	.63*	x
10:	.24	.12	.42*	.01	.35*	.16	.26	.34*	.37* x

* P < .05

Noten hoofdstuk 7

1 De correlaties tussen kenmerken van artsen, en het percentage 'somatisch, met psychosociaal aspect', 'somatisch met psychosociaal vermoeden', en 'overwegend psychische' klachten dat ze behandelen, zijn als volgt:

	% klachten dat de arts beoordeelt als 'somatisch, met psychische aspecten' waarop hij reageert	% klachten dat de arts beoordeelt als 'somatisch, met psychische aspecten' waarop hij reageert	% klachten dat de arts beoordeelt als 'overwegend psychosociaal' waarop hij reageert
taakopvatting	.01	.19	.53*
competentie	.15	.15	.21
risico-schaal	.11	.03	.03
samenwerken-schaal	.37*	.03	.16
invloed-schaal	.05	.10	.37*
communicatieschaal	.17	.17	.13

* P < .05

LITERATUUR

- AMSTEL, R. VAN. Kent de huisarts zijn patiënten? Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Sociologie, 1978, Doctoraalscriptie Sociologie
- ASHWORTH, C.D., P. WILLIAMSON, D. MONTANO. A scale to measure physician beliefs about psychological aspects of patient care. *Social Science & Medicine* 19 (1984) 11, p.1235-1238
- BAIN, D.J.G. Doctor-patient communication in general practice consultations. *Medical Education* 10 (1976) 2, p.125-131
- BAIN, D.J.G. Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. *Medical Education* 11 (1977) 5, p.347-350
- BAIN, D.J.G. The relationship between time and clinical management in family practice. *The Journal of Family Practice* 8 (1979a) 3, p.551-559
- BAIN, D.J.G. The content of physician/patient communication in family practice. *The Journal of Family Practice* 8 (1979b) 4, p.745-753
- BALES, R.F. Interaction process analysis. Cambridge, Addison-Wesley, 1950
- BALINT, M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht, Het Spectrum, 1965
- BARSKY, A.J., L.E. KAZIS, R.B. FREIDEN, e.a. Evaluating the interview in primary care medicine. *Social Science & Medicine* 14a (1980) 6, p.653-658
- BEN SIRA, Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behaviour* 17 (1976) 1, p.3-11
- BEN SIRA, Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behaviour* 21 (1980) 2, p.170-180
- BEN SIRA, Z. Stress potential and esotericity of health problems: the significance of the physician's affective behavior. *Medical Care* 20 (1982) 4, p.414-424
- BENDIX, T. Geef nooit raad. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1979
- BENSING, J.M. Een psychosociaal probleem is net zoets als een atoom. *Gezondheid & Samenleving* 4 (1983) 2, p.123-125

- BENSING, J.M., R. KLUVER, H. SCHUT, e.a. Konsultatieproject Eindhoven, eindevaluatie. Utrecht, NHI, 1980
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK, Konsultatieproject Eindhoven, verwijspatronen. Utrecht, NHI, 1980 a
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK. Konsultatieproject Eindhoven, gespreksgedrag. Utrecht, NHI, 1980 b
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK. Ruimte voor de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 37 (1982) 1, p. 19-33
- BENSING, J.M. en E.M. SLUIJS. Leren luisteren, maar wat dan? evaluatie van een gesprekstraining voor huisartsen. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 39 (1984) 5, p.265-280
- BERTENS, A.M., F. SAMUELS BRUSSE, D.D. BREIMER. Geneesmiddelenconsumptie. Medisch Contact 35 (1980) 35, p.1065-1072
- BLANKEN, C.J.M. en E. SCHADE. Toetsing en nascholing voor huisartsen. convergerende ontwikkelingen. Medisch Contact 39 (1984) 10, p.306-307
- BLOOM, J.R., S. MONTEROSSA. Hypertension labeling and sense of well-being. American Journal of Public Health 71 (1981) 11, p.1228-1232
- BOER, R.A. DE. Nascholing van huisartsen. Meppel, Boom, 1973
- BOOTS, J. en W. VAN ZUTPHEN. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact 36 (1981) 3, p.65-68
- BOUY, R.H., I.Ph.L. KOPERBERG, H. LUSSE e.a. Een onderzoek naar het verbruik van minor tranquillizers. Huisarts en Wetenschap 16 (1973) 8, p.291-294
- BROOK, F.G., R. GIEL, G.H.M.M. TEN HORN e.a. Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in geestelijke gezondheidszorg. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, Afd. Sociale Psychiatrie, 1983
- BUYS, R., E.M. SLUIJS, P.F.M. VERHAAK. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. Social Science & Medicine 19 (1984) 7, p.683-690
- BYRNE, P.S., B.E.L. LONG. Doctors talking to patients. London, Her Majesty's Stationary Office, 1976
- CAMPBELL, I.K. Audio-visual in the surgery: do patients mind? Journal of the Royal College of General Practitioners 32 (1982)242, p.548-549
- CARNEY, T.A. A comparison of workload and morbidity recording by partners in a group practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 30 (1980) 214 p.271-277
- CARTER, W.B., T.S. INUI, W.A. KUKULL, e.a. Outcome-based doctor-patient interaction analysis II. Identifying effective provider

- and patient behavior. *Medical Care* 20 (1982) 6, p.550-566
- CARTWRIGHT, A. Patients and their doctors. A study of general practice. London, Routledge and Kegan Paul, 1967
- CASSEE, E. Naar de dokter. Meppel, Boom, 1973
- CHRISTENSEN, D.B. and P.J. BUSH. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Social Science & Medicine* 15a (1981) 3, p.343-355
- COMSTOCK, L.M., E.M. HOOPER, J.M. GOODWIN, e.a. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education* 57 (1982) 2, p.105-112
- CREBOLDER, H.F.J.M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Nijmegen, NUHI, 1977 (proefschrift)
- CROMBIE, D.L. The procrustean bed of medical nomenclature. *The Lancet* (1963) 1 juni, p.1205-1206
- DAVIS, M.S. Variations in patients' compliance with doctor's orders: analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigations. *Journal of medical education* 41 (1966) 11, p.1037-1048
- DAVIS, M.S. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health* 58 (1968) 2, p.274-288
- DAVIS, R.H., M. JENKINS, S.A. SMAIL, e.a. Teaching with audiovisual recordings of consultations. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 30 (1980) 215, p.333-336
- DiMATTEO, M.R. A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of medicine. *Journal of Social Issues* 35 (1979) 1, p.12-23
- DiMATTEO, M.R. A. TARANTA M.R., H.S. FRIEDMAN, e.a. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care* 18 (1980) 4, p.376-387
- DiMATTEO, M.R., D.D. DiNICOLA. Sources of Assessment of Physician Performance: a study of comparative Reliability and Patterns of Intercorrelation. *Medical Care* 19 (1981) 8, p.829-842
- DOKTER, H.J. Is de huisarts psychotherapeut? *Huisarts en Wetenschap* 27 (1984) 12, p.449-452
- DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht, NHI, 1982
- DORP, C. VAN. Luisteren naar patiënten. Lochem, de Tijdstroom, 1977
- DOYLE, B.J. and J.E. WARE. Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *Journal of Medical Education* 52 (1977) 10, p.793-801
- (EASTMAN, C., I. McPHERSON. As others see us: General practitioners' perceptions of psychological problems and the relevance of

- clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychological* 21 (1982) 2, p.85-92
- EASTWOOD, M.R., M.H. TREVELYAN. Relation between physical and psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 2 (1972), p.363-372
- EIJK, J.Th.M. VAN Verschillen in praktijkvoering van huisartsen. *Medisch Contact* 34 (1979) 31, p.987-991
- ES, J.C. VAN. Patiënt en huisarts. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holtema, 1980
- FASSNACHT, G. Theory and practice of observing behaviour. London, Academic Press, 1982
- FEEN, J.A.E. VAN DER Nascholing huisartsen vrijwillig of verplicht. *Medisch Contact* 39 (1984) 29, p.929-930
- FELETTI, G.I. and S.L. CARNEY. Evaluating patients' satisfaction with medical students' interviewing skills. *Medical Education* 18 (1984) 1, p.15-20
- FRANCIS, V., B.M. KORSCH, M.J. MORRIS. Gaps in doctor-patient communication. *New England Journal of Medicine* 280 (1969) 10, p.535-540
- FRIEDMAN, H.S. Nonverbal-communication between patients and medical practitioners. *Journal of Social Issues* 35 (1979) 1, p.82-99
- GARRITY, T.F. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Social Science & Medicine* 15e (1981) 3, p.215-222
- GERRITSMAN, J.G.M., J.A. SMAL. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1982
- GIEL, R. Waarom een psychiatrische diagnose? Alphen a/d Rijn, Stafleu, 1982
- GOLDBERG, D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972
- GOLDBERG, D. Detection and assessment of emotional disorders in a primary-care setting. *International Journal of Mental Health* 8 (1979) 2, p.30-38
- GOUGH, H.G. Doctor's estimates of the percentage of patients whose problems do not require medical attention. *Medical Education* 11 (1977) 6, p.380-384
- GRAY, J. The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 32 (1982) 236, p.167-169
- GREENLEY, J.R., T.B. YOUNG, R.A. SCHOENHERR. Psychological distress and patient satisfaction. *Medical Care* 20 (1982) 4, p. 373-385
- GROL, R. Preventieve attitude van huisartsen. Nijmegen, NUHI, 1983
- GROL, R., J. van EIJK, F. HUYGEN, e.a. Huisarts en somatische fixa-

somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen, NUHI, 1981

X **GROL**, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, e.a. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid & Samenleving 6 (1985) 1, p.31-40

GROOT, A.D. DE Methodologie. 's Gravenhage, Mouton & Co., 1970

HAAIJER-RUSKAMP, F.M. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Mep-
pel, Krips Repro, 1984, Proefschrift Groningen

HADSALL, R.S., R.A. FREEMAN, G.J. NORWOOD. Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians. Social Science & Medicine 16 (1982) 20, p.1747-1756

HALL, J.A., D.L. ROTER, C.S. RAND. Communication of affect between patient and physician. Journal of Health and Social Behaviour 22 (1981) 1, p.18-30

HANEY, C.A. Psychosocial factors involved in medical decision making. In: Coombs, R. en C. Kinsey (eds) psychosocial aspects of medical training. Springfield, Ill, Charles & Thomas, 1971

HEATH, C. Participation in the medical consultation. Sociology of Health & Illness 6 (1984) 3, P311-338

X **HEINE**, E.J.H. TER Wat zijn psychosociale problemen? Een voorstel voor een begripsomschrijving. Gezondheid & Samenleving 4 (1983) 2, p.119-122

HEMMINKI, E. The effect of a doctor's personal characteristics and working circumstances on the prescribing of psychotropic drugs. Medical Care 12 (1974) 4, p.351-357

HOED, F.E.DEN, E.M. SLUIJS. Het meten van methodisch werken. Utrecht, NHI, 1982

HOLTEN-VRIESEMA, J., C. TOMPOT, H.J. VAN AALDEREN, e.a. Methodisch Werken. over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie toegespitst op de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 21 (1978) 9, p.322-335

HOOPER, E.M., L.M. COMSTOCK, J.M. GOODWIN, e.a. Patient characteristics that influence physician behavior. Medical Care 20 (1982) 6, p.630-638

HORN, S TEN. Welke sociaal culturele variabelen hangen sterk samen met onwelbevinden, geuit door somatische of psychische klachten? Groningen, 1973, doctoraal-scriptie

HULL, J. Factors influencing styles of medical practice. Medical Care 17 (1979) 7, p.718-726

HUYGEN, F.J.A. Family Medecine, Nijmegen, Dekker & Van der Vegt, 1978

HUYGEN, F.J.A. Verwirklichung der Familienmedizin. Allgemeinmedizin International - General Practice International 1 (1981) 1,

p.5-10.

- HUYGEN, F.J.A., (I), A. SMITS, J. VAN EIJK, R. GROL, e.a. (II), R. GROL, J. VAN EIJK, F.J.A. HUYGEN, e.a. (III, IV, V). Preventie van somatische fixatie I, II, III, IV, V. Huisarts en Wetenschap 21 (1978) 10, 11, p.363-489
- HUYGEN, F.J.A., H.J.M. V.D HOOGEN, A.Th. VAN DE LOGT, e.a. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk. I. Een epidemiologische onderzoek. II. Diagnostisch en therapeutisch beleid. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 128 (1984) 28, p.1321-1327 en-29, p.1372-1376
- IEMHOFF, W. Klacht en interpretatie in geneeskunde en gezondheidszorg. Nijmegen, LINK, 1979
- IJZERMANS, C.J.J.M. en H.C. SCHOUWENBURG. Huisartsen en hun probleempatiënten: kwaliteit van de arts-patiënt communicatie. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 5, p.185-189
- IMA, K., D.M. TAGLIACOZZO, J.C. LASHOF. Physician orientation and behaviour: a study of outpatient clinic physicians. Medical Care 8 (1970) 3, p.189-199
- KAPLAN, A. The conduct of inquiry, Chandler Publishing Company, San Francisco, 1964
- KATZ, E. Doctor-patient exchanges: a diagnostic approach to organizations and professions. Human Relations 22 (1969) 4, p.309-324
- KERSTEN, D. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1985
- KESSEL, N., M. SHEPHERD. Neurosis in hospital and general practice. Science (1962) 3, p.159-165
- KISH, A.J., L.G. REEDER. Client evaluation of physician performance. Journal of health and social behaviour 10 (1969)
- KLEIN, D., J. NAJMAN, A.F. KOHRMAN, e.a. Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. The Journal of Family Practice 14 (1982) 5, p.881-888
- KOCKEN, Th.J. Psychische stoornissen in een huisartspraktijk. Nijmegen, NUHI, 1984 (proefschrift)
- KORSCH, B.M., E.K. GOZZI, V. FRANCIS. Gaps in doctor-patient communication: I. Doctorpatient interaction and patient satisfaction Pediatrics 42 (1968) 5, p.855-869
- KORSCH, B.M., V.F. NEGRETE. Doctor-patient communication. Scientific American 227 (1972) , p.66-74
- KRÄUPL-TAYLOR, F. A logical analysis of the medic-psychological concept of disease (part 1). Psychological Medicine 1 (1971) 5, p.356-364

- KRUIITHOF, W.H. Het onderzoek van het gesprek door middel van tijdsvariabelen. Mededelingen van het Instituut voor Klinische en Industriële Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht, 1966, 12
- KUIPER, P.C. Hoofdsom der psychiatrie. Utrecht, Bijleveld, 1973
- LAMBERTS, H. Probleemgedrag in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap 18 (1975) 12, p.492-502
- LAMBERTS, H. Psychotherapie, geen taak van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 27 (1984) 10, supplement, p.13-15
- X LAMBERTS, H. en B. HARTMAN. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. 1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap 25 (1982) 9, p.333-342 en 2. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringsproject 10, p.376-393
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (LHV). Basistakenpakket van de huisarts. Medisch Contact 37 (1982) 50, p.1596-1598 + bijlage
- LANG, G., H. VAN DER MOLEN. Psychologische gespreksvoering. Baarn, Nelissen, 1984
- LANG, R.J. Multivariate Classification of Day-Care Patients: Personality as a Dimensional Continuum. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46 (1978) 6, p.1212-1226
- LEBOW, J.L. Consumer Assessments of the Quality of Medical Care. Medical Care 12 (1974) 4, p.328-337
- LIDTH DE JEUDE, A.H. VAN. De huisarts in de maalstroom der emoties. Leiden, Stenfert Kroese, 1971
- LINK, B., I. LEVAV, A. COHEN. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. Social Science & Medicine 16 (1982) 15, p.1413-1420
- MAES, S. Arts-patiëntrelatie: over vragen stellen (1). Huisarts Nu 10 (1981) 8, p.256-260
- MAES, S. Arts-patiëntrelatie: over vragen stellen (2). Huisarts Nu 10 (1981) 9, p.292-296
- MARKS, J.N., D.P. GOLDBERG, V.F. HILLIER. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine 9 (1979) 2, p.337-353
- MARTIN, E., P.M.L. MARTIN. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. Journal of the Royal College of General Practitioners 34 (1984) 268, p.607-610
- MATTESON, M.T., S.V. SMITH. Selection of medical specialties: preferences versus choices. Journal of Medical Education 52 (1977) 7, p.548-554
- MAYOU, R. Management of neurotic problems in general practice.

- Journal of the Royal College of General Practitioners 30 (1980) 220, p.678-681
- McCRANIE, E.W., A.J. HOROWITZ, R.M. MARTIN. Alleged sex-role stereotyping in the assessment of women's physical complaints: a study of general practitioners. *Social Science & Medicine* 12 (1978) 12A, p.111-116
- McGUIRE, R.J. Classification and the problem of diagnosis. In: *Handbook of abnormal psychology*, ed. H.J. Eysenck, p.3-33. San Diego, Edits, 1973
- McWHINNEY, I.R. Special article beyond diagnosis. An approach to the integration of behavioural science and clinical medicine. *The New England Journal of Medicine* 283 (1972) 8, p.384-387
- MECHANIC, D. *Medical sociology. A selective view.* New York, The free press, 1968
- MECHANIC, D. *Politics, medicine and social science.* New York, John Wiley & sons, 1974
- MERKEL, W.T., B.P. NIERENBERG. Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Social Science & Medicine* 17 (1983) 4, p.213-217
- MOKKINK, H.A., A. SMITS, R. GROEL. Prevara: een observatie instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 37 (1982) 1, p.35-50
- MORRELL, D.C., H.G. GAGE, N.A. ROBINSON. Patterns of demand in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 19 (1970) 95, p.331-342
- MORRISON, A., M. CAMERON-JONES. A procedure for training for general practice. *British Journal of Medical Education* 6 (1972) 2, p.125-132
- MOWBRAY, R.M., W. BLAIR, L.G. JUBB e.a. The general practitioner's attitude to psychiatry. *Scottish Medical Journal* 6 (1961) 7, p.314-321
- NAJMAN, J.M., D. KLEIN, C. MUNRO. Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Social Science & Medicine* 16 (1982) 20, p.1781-1789
- OLIEMANS, A.P. *Morbiditeit in de huisartspraktijk.* Leiden, Stenfert Kroese N.V., 1969
- ORMEL, J., F.W. WILMINK. Herkenning, beloop en meer-assige classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. In: *De Eerst lijn onderzocht;* (ed.) W.G.W. Boerma en L. Hingstman; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985; p.135-143
- PALLIS, D.J. , B.E. STOFFELMAYR. *Social attitudes and treatment*

- orientation among psychiatrists. British Journal medical Psychology 46 (1973) part I, p.75-81
- PARLOW, J., A. ROTHMAN. Attitudes toward social issues in medicine of five health science faculties. Social Science & Medicine 8 (1974) 6, p.351-358
- PENDLETON, D.A., S. BOCHNER. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. Social Science & Medicine 14a (1980) 6, p.669-673
- PETERS, L. De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg. Over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39 (1984) 1, p.33-46
- PHILIPSEN, H. Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 57 (1979) 25, p.838-842
- PRIDHAM, K.F., M.F. HANSEN. An observation methodology for the study of interactive clinical problem-solving behavior in primary care settings. Medical Care 18 (1980) 4, p.360-375
- QUERIDO, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. 2e ongewijzigde druk. Lochem, de Tijdstroom, 1973
- RAYNES, N.V. General practice consultations study: some preliminary observations. Social Science & Medicine 12 (1978) 4A, p.311-315
- RAYNES, N.V., V. CAIRNS. Factors contributing to the length of general practice consultations. Journal of the Royal College of General Practitioners 30 (1980) 217, p.496-498
- REGIER, D.A., L.G. KESSLER, B.J. BURNS, e.a. The need for a psychosocial system in primary-care settings. International Journal of Mental Health 8 (1979) 2, p.16-29
- RENIERI, A., A. PIPERNO. Factors affecting list size of general practitioners and number of drugs prescribed: findings of a recent study. Social Science & Medicine 17 (1984) 6, p.335-341
- ROBERTSON, N.C. Variations in referral pattern to the psychiatric services by general practitioners. Psychological Medicine 9 (1979) 2, p.355-364
- ROSS, C.E., B. WHEATON, R.S. DUFF. Client satisfaction and the organization of medical practice: why time counts. Journal of Health and Social Behaviour 22 (1981) 3, p.243-255
- ROSS, C.E., R.S. DUFF. Returning to the doctor: the effect of client characteristics, type of practice, and experiences with care. Journal of Health and Social Behavior 23 (1982) 2, p.119-131
- ROTER, D.L. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of

- interaction, satisfaction and compliance. Health Education Monographs 5 (1977) 4, p.281-315
- SANAVRO, F.L. Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Utrecht, NHI, 1982
- SHEPHERD, M., B. COOPER, A.C. BROWN, e.a. Psychiatric illness in general practice. London, Oxford University Press, 1966
- SHUVAL, J.T., The contribution of psychological and social phenomena to an understanding of the aetiology of disease and illness. Social Science & Medicine 15A (1981) 3, p.337-342
- SLUIJS, E.M. Onderzoek naar huisartsen, in: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide en J. van der Zee (eds.): Overzicht Onderzoek Eerstelij. Utrecht, NIVEL. 1985
- SMITH, C.K., E. POLIS, R.R. HADAC. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. The Journal of Family Practice 12 (1981) 2, p.283-288
- SMITS, A., H. MOKKINK, R. GROU, e.a. Spreekurgedrag van huisartsen: de samenhang tussen de medisch-technische en de psychosociale aspecten. Huisarts en Wetenschap 28 (1985) 4, p.121-125
- STAM, J., T. POSTMA. Psychotherapie en huisartsgeneeskunde: meer overeenkomsten dan verschillen. Huisarts en Wetenschap, 27 (1984) supplement, p.16-20
- STAUDENMAYER, H., M.S. LEFKOWITZ. Physician-patient psychosocial characteristics influencing medical decision-making. Social Science & Medicine 15e (1981) 1, p.77-81
- STAVEREN, G. VAN. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen. Amsterdam, VU, 1984. proefschrift
- STEWART, M.A. What is a succesful doctor-patient interview? Social Science & Medicine 19 (1984) 2, p.167-175
- STEWART, M.A., I.R. McWHINNEY, C.W. BUCK. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. Journal of the Royal College of General Practitioners, 29 (1979) 199, p.77-82
- STILES, W.B., S.M. PUTMAN, M.H. WOLF, e.a. Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical Interviews. Medical Care 17 (1979) 6, p.667-681
- STIMSON, G., B. WEBB. Going to see the doctor: the consultation process in general practice. London, Routledge and Kegan Paul, 1975
- STREIT, U. Attitudes towards psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale. Medical Education 14 (1980) 4, p.259-266

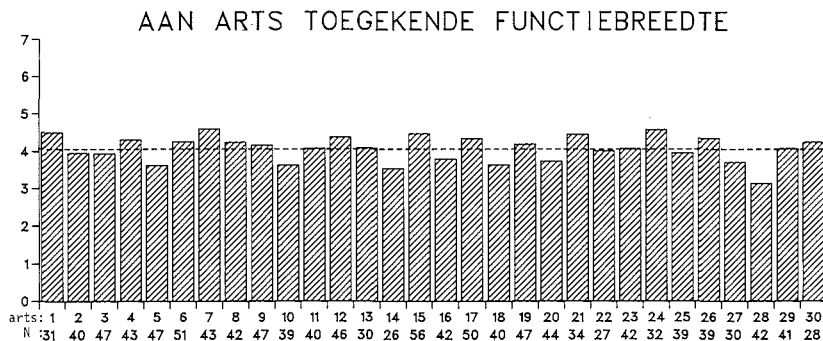
- SZASZ, T.S., M.H. HOLLENDER. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. Arch. Int. Med. 97 (1956) 5, p.585-592
- TAX, B., C. KONIG-ZAHN, P.H.J.M. HEYDENDAEL, e.a. Regioproject Nijmegen, een longitudinaal onderzoek in de bevolking naar ziekten en hulpzoekgedrag bij somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Gezondheid & Samenleving 5 (1984) 1, p.38-45
- THEMANS, B. Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts: een analyse van het gesprek. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 37 (1982) 1, p.81-93
- THOMASSEN, J.F.M., F.J.M. WOLTRING. Patiënt en huisarts in gesprek. Huisarts en Wetenschap 25 (1982) 12, p.470-479
- TOONE, B.K., R. MURRAY, A. CLARE, e.a. Psychiatrists' models of mental illness and their personal backgrounds. Psychological Medicine 9 (1979) 1, p.165-178
- TREADWAY, J. Patient satisfaction and the content of general practice consultations. Journal of the Royal College of General Practitioners 33 (1983) 257, p.769-771
- TUCKETT, D., A. WILLIAMS. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies. Social Science & Medicine 18 (1984) 7, p.571-580
- VERBRUGH, H.S. Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer. Haarlem, de Toorts, 1978
- VERHAAK, P.F.M. Evaluatie SPEECH, eindrapportage. Een evaluatie van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in Capelle aan de IJssel. Utrecht, NHI, 1979
- VERHAAK, P.F.M. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 36 (1981) 1, p.31-46
- VERHAAK, P.F.M. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. eerste en tweede interimrapport. Utrecht, NHI, 1983 en 1984b
- VERHAAK, P.F.M. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62 (1984a) II, p.450-454
- VERHAAK, P.F.M., Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts wat de ander niet ziet? Gezondheid en Samenleving 5 (1984c) 4, p.242-251
- VROLIJK, A., M.F. DIJKEMA, G. TIMMERMAN. Gespreksmodellen. Alphen aan den Rijn, Samsom, 1972
- VUORI, H., T. AAKU, E. AINE, e.a. Doctor-patient relationship in the

- light of patients experiences. *Social Science & Medicine* 6 (1972) 6, p.723-730
- WARE, J.E., M.K. SNYDER. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care* 13 (1975) 8, p.669-682
- WATZLAWICK, P., J.H. BEAVIN, D.D. JACKSON. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1972
- WEINBERGER, M., J.Y. GREENE, J.J. MAMLIN. The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Social Science & Medicine* 15e (1981) 3, p.239-244
- WERF, G.Th. VAN DER. Geneeskundige oordeelsvorming. Amsterdam, Rodopi, 1984, proefschrift Groningen
- WESTCOTT, R. Use of time. The length of consultations in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 27 (1977) 182, p.552-555
- WHITFIELD, M.J., R.D. WINTER. Psychiatry and general practice: results of a survey of Avon general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 30 (1980) 220, p.682-686
- WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen II. Utrecht, NHI, 1984
- WINKLER-PRINS, J. Huisarts en patiënt. Meppel, Boom, 1966
- WOOLLEY, F.R., R.L. KANE, C.C. HUGHES, e.a. Research note: the effect of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Social Science & Medicine* 12 (1978) 12A, p.123-128
- WVC. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, NHI, 1982, proefschrift Maastricht
- ZUTPHEN, W.M. VAN. De taken van de huisarts. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1984, proefschrift

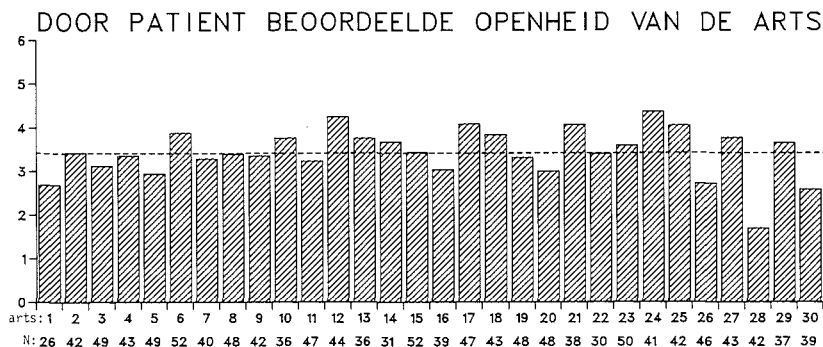
BIJLAGE 1

Gemiddelde scores van de afzonderlijke artsen grafisch weergegeven

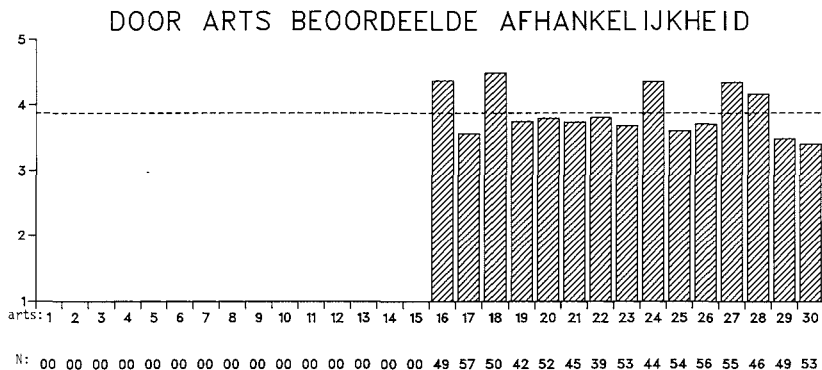
Grafiek 1



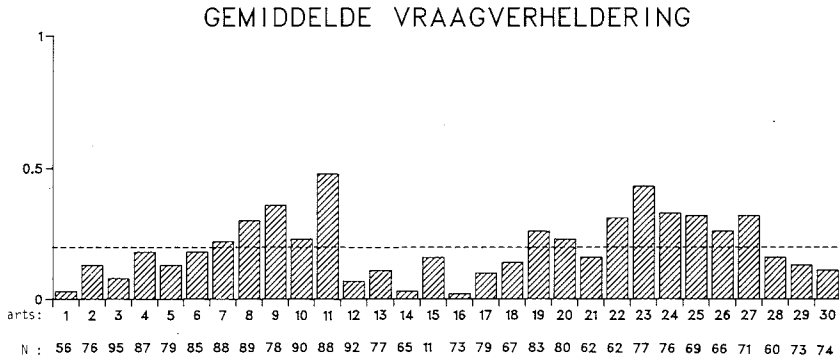
Grafiek 2



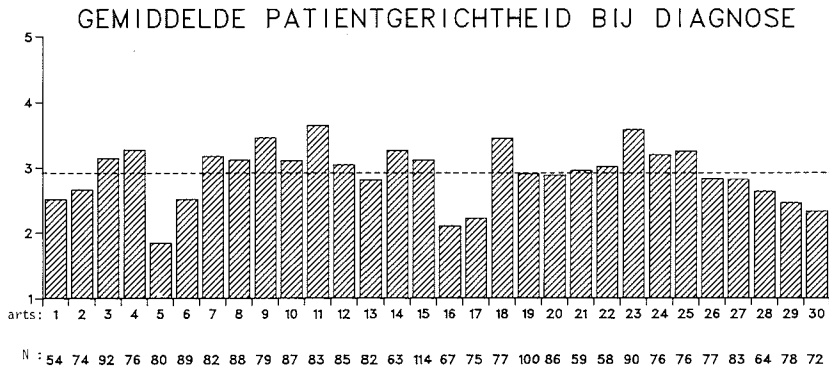
Grafiek 3



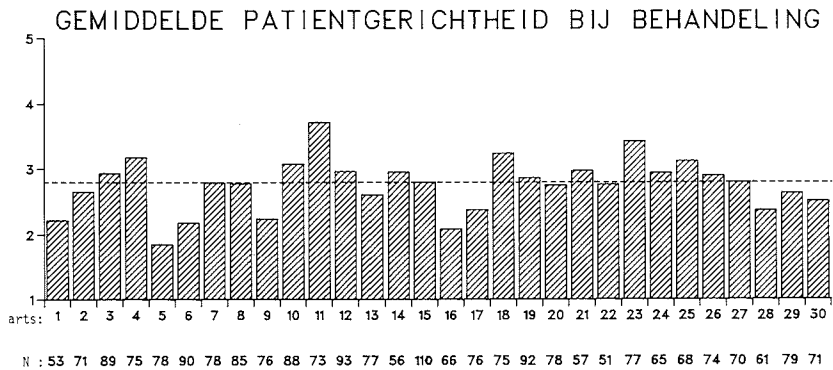
Grafiek 4



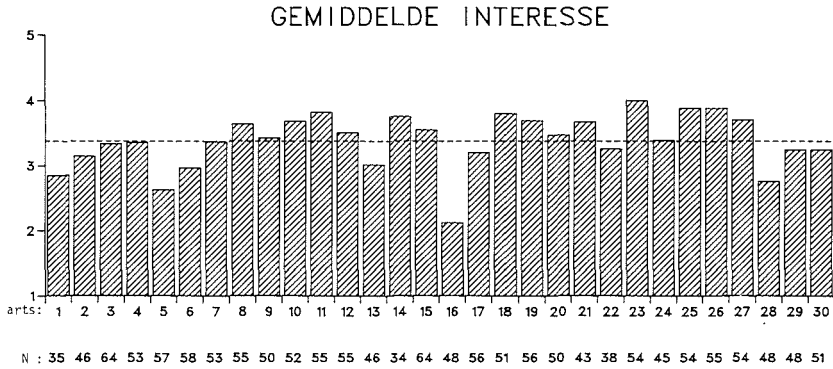
Grafiek 5



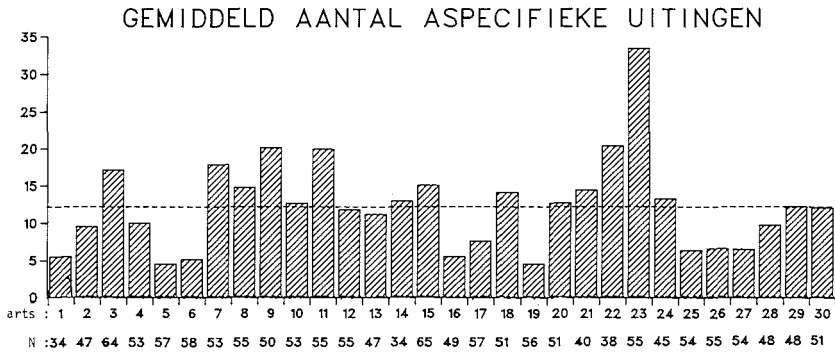
Grafiek 6



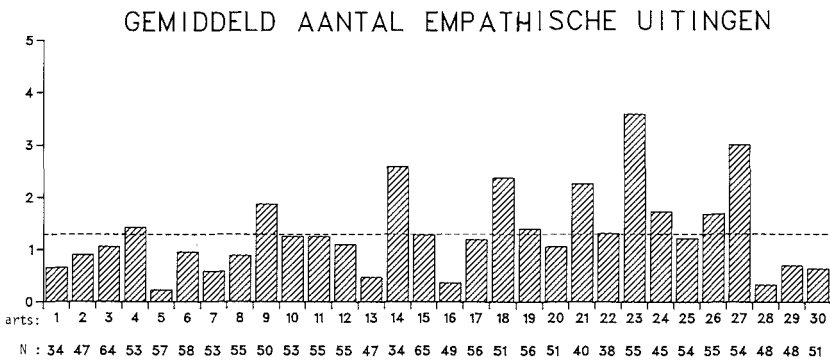
Grafiek 7



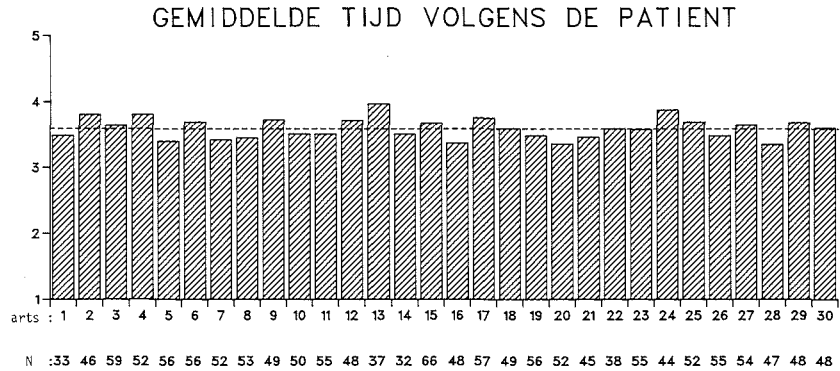
Grafiek 8



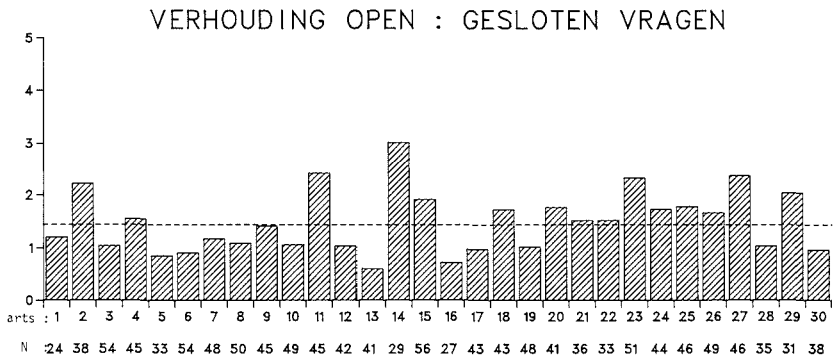
Grafiek 9



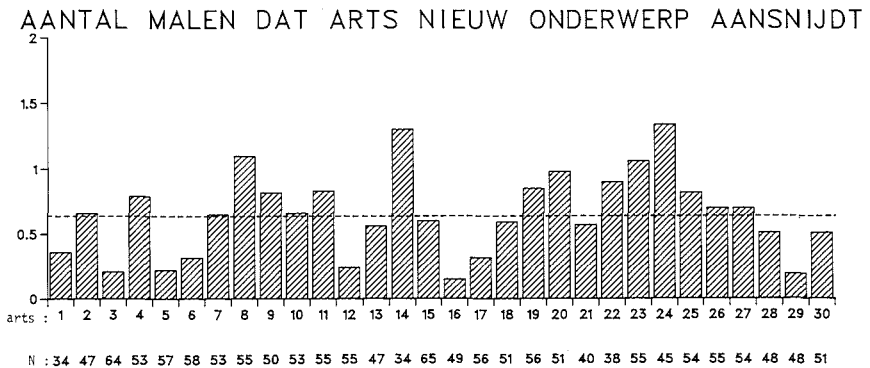
Grafiek 10



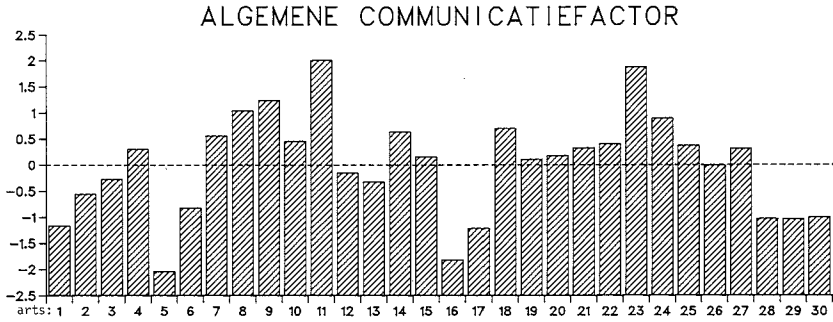
Grafiek 11



Grafiek 12



Grafiek 13



BIJLAGE 2

De algemene artsenenquête

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46
PSH 184 PV/YD
21 december 1982



Geachte Huisarts,

Het Nederlands Huisartsen Instituut verricht momenteel een aantal onderzoeken die te maken hebben met de wijze waarop artsen hulp verlenen bij psychosociale klachten. In deze onderzoeken worden bij deelnemende huisartsen gedragsobservaties gedaan, daarnaast wordt ook geïnformeerd naar een aantal opinies die de artsen hebben. Teneinde een idee te krijgen van de representativiteit van de deelnemende artsen, willen we dezelfde opinies verzamelen bij een a-selecte steekproef van Nederlandse huisartsen. We kunnen dan vaststellen in hoeverre in onze onderzoeksgroep dezelfde meningen vertegenwoordigd zijn, hetgeen van belang is voor het generaliseren van onderzoeksresultaten naar de Nederlandse situatie in het algemeen.

Beantwoordt u de volgende vragen alstublieft volledig. Er bestaan in principe bij de opinie vragen geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw persoonlijke mening.

De vragenlijsten zijn anoniem. U kunt ze terugsturen naar het NHI in de bijgesloten voorgefrankeerde enveloppe.

Mocht u verdere vragen hebben, dan kunt u zich daarmee richten tot Peter Verhaak, NHI, telefoon 030 - 31 99 46, dinsdag tot en met vrijdag van 9.30 tot 17.00 uur.

Bij voorbaat hartelijk dank voor de te nemen moeite, met vriendelijke groeten,

NEDELANIS HUISARTSEN INSTITUUT



Peter Verhaak

Hieronder vindt u een lijst van aandoeningen, die in de huisartsenpraktijk kunnen voorkomen. Geef, afgaande op uw ervaring in de praktijk van elk van die aandoeningen aan, in hoeverre psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan of het acuut exacerberen ervan.

Kruis het vakje aan, dat het beste uw mening weergeeft.

	psychosociale factoren hebben bij deze aandoening:				
	totaal geen invloed	weinig invloed	niet veel niet weinig invloed	veel invloed	z��er veel invloed
1. hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. dysmenorrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. hypertensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. hyperthyreoidie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. reumatoide arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. brachialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tracheitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. zwangerschaps- braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder vindt u een lijst van activiteiten gericht op psychosociale hulpverlening of begeleiding. Geef voor elk van die activiteiten aan:

a. in hoeverre ze behoort tot de taak van de huisarts

b. in hoeverre u uzelf in staat of competent voelt om die activiteiten goed uit te voeren

Kruis het vakje aan, dat het beste uw mening en uw gevoel weergeeft.

	a. deze activiteit behoort					b. ik voel me w.b. deze activiteit				
	dig	deels	zins	lijks	niet	zeer goed	goed	enigszins	nauwelijks	totaal niet
1. adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. begeleiding van ex-psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. behandelen van angst voor ernstige ziekte (kanker, hartinfarct, etcetera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. bespreken van relatieproblemen echtpaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. behandelen van een lichte vorm van straatvrees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ontspannings-therapie bij spanningsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ingaan op maatschappelijke achtergronden van klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. eenzaamheidsproblemen bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. stervensbegeleiding van zowel de patiënt als diens gezin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. zorgen dat een gezin hulp in de huishouding krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. hulp bieden bij verslavingsproblematiek (alcohol, drugs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef van elk van de volgende uitspraken aan, in hoeverre u het met een uitspraak eens of oneens bent.

Zet een kruis in het vakje, dat het beste uw mening weergeeft.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels eens, deels niet mee eens	niet mee eens	volstrekt niet eens
1. hoe moeilijk patiënten ook zijn als je blijft proberen lukt het op een bepaald moment toch om ze te veranderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. patiënten kunnen ten alle tijde van de huisarts eisen, dat ze volledig geïnformeerd worden over hun gezondheidssituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. in twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. meer overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg zal nadelige gevolgen hebben voor de maatschappelijke en financiële positie van de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. het hangt vooral van mezelf af of ik goed functioneer in mijn contact met patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. een succesvolle behandeling hangt vaak meer af van het vertrouwen van de patiënt in de huisarts dan van een uitgebreide uitleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. in zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan, dat veel klachten vanzelf overgaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de bevoegdheid om het huisartsen beroep uit te oefenen zou men afhankelijk moeten stellen van de resultaten van periodieke toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. als een huisarts medicijnen voorschrijft dan dient hij altijd nauwkeurig en uitvoerig de werking ervan uit te leggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. als huisarts heb je er in het algemeen weinig greep op of het goed of slecht gaat met een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef van elk van de volgende uitspraken aan, in hoeverre u het met een uitspraak eens of oneens bent. Zet een kruisje in het vakje, dat het beste uw mening weergeeft.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels mee eens, deels niet mee eens	niet mee eens	volstrekt niet mee eens
1. voor een optimale uitvoering van het huis- artsenvak is uniformiteit in de wijze van werken noodzakelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. veel patiënten zijn nu eenmaal zoals ze zijn, daar verander je als huisarts niet veel aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. er is niets op tegen als patiënten een beetje opzien tegen hun huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. als een patiënt met kanker vraagt wat er met hem aan de hand is, moet de huisarts meteen zo open en eerlijk mogelijk ant- woord geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. een arts kan onmogelijk altijd open staan voor niet-medische hulpvragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. huisartsen moeten verplicht worden minstens één keer per jaar een georganiseerde na- scholing te volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. of het goed of slecht gaat met mijn patiën- ten hangt voor een belangrijk deel af van mijn aanpak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. op welke wijze een huisarts zijn werk doet, dient uitsluitend een aangelegenheid tussen huisarts en patiënt te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. een huisarts dient zijn patiënten steeds op de hoogte te stellen van wat hij in een verwijsbrief schrijft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. er komen soms mensen op het spreekuur met klachten of problemen, die je moeilijk au- serieus kunt nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. als huisarts moet je er bij elke klacht re- kening mee houden, dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. bij een aantal patiënten heeft het weinig zin om uitleg te geven, omdat ze deze toch niet begrijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. het is niet in het belang van patiënten als alle huisartsen in loondienst zouden werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. de meeste patiënten verander je toch niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenslotte willen wij u nog een aantal feitelijke vragen stellen.

Aan welke universiteit bent u afgestudeerd ?	
In welk jaar ?	
Hoeveel patiënten heeft u ongeveer op eigen naam ?	

	ja	nee
Bent u lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vervult u in een van die twee organisaties een bepaalde functie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoja, welke ?		
Vervulde u in het verleden in een van de twee organisaties een bepaalde functie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoja, welke ?		

	ja	nee
Vervult u een bepaalde functie aan een Universitair Huisartsen Instituut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoja, welke ?		
Vervulde u in het verleden een bepaalde functie aan een Universitair Huisartsen Instituut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoja, welke ?		

Op welke wijze oefent u uw praktijk uit ?	
solo (met of zonder assistent)	<input type="checkbox"/>
associatie of groepspraktijk	<input type="checkbox"/>
gezondheidscentrum met meerdere disciplines	<input type="checkbox"/>
Sinds wanneer bent u in uw huidige praktijk gevestigd:	

Heeft u - buiten de opleiding - de afgelopen vijf jaar wel eens deelge-
 genomen aan de volgende vormen van bij- of nascholing op het gebied van
 psychosociale problemen ?

ja nee

Balintgroepen

zoja: gedurende welke periode ?
 met welke frequentie kwam
 die groep bij elkaar ?

Warffumcursus, waarin niet somatische onderwerpen (gespreks-
 voering, arts-patiëntrelatie, psychische problematiek) een
 onderdeel vanuit maakten ?

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?

Cursussen gespreksvoering

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

Cursus Methodisch Werken

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?

Cursus Crisis en Stervensbegeleiding

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

Cursus Helpen bij Sexuele moeilijkheden

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

ja nee

Overige vormen van bij- of nascholing op
 het gebied van psychosociale problemen ?

- | | | |
|---------|----|-------|
| 1. | 1. | |
| 2. | 2. | |
| 3. | 3. | |
| 4. | 4. | |
| 5. | 5. | |

Hoe vaak heeft u een vorm van overleg met:

	1 x per week of meer	tussen 1 x per week en 1 x per maand	minder dan 1 x per maand
wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pastor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sociaal psychiatrisch verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar verwezen naar:

	meer dan 20 keer	6 - 20 keer	5 keer of minder	nooit
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOB/SPD/LGV/RIAGG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overige instellingen op het gebied van de AGGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overige psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overige psychiatera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onderneemt u nog andere activiteiten die met psychosociale hulpverlening te maken heeft ?

Hoeveel ziekenfondspatiënten heeft u ongeveer ?

Hoeveel tijd trekt u gemiddeld uit voor een patiënt op een afspraakspreekuur ?

Zoudt u een schatting willen geven van het percentage patiënten dat uw spreekuur bezoekt, waar een bezoek aan de huisarts eigenlijk niet nodig was geweest.

Zoudt u een schatting willen geven van het percentage klachten dat u op het spreekuur gepresenteerd krijgt, waarbij psychosociale factoren een rol spelen.

BIJLAGE 3

Het door de patient ingevulde vragenlijstje

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46
PSH 113 PV/PV



VRAGEN AAN DE PATIËNT, NAAR AANLEIDING VAN HET CONSULT

Geachte Mijnheer, Mevrouw,

Het Nederlands Huisartsen Instituut in Utrecht is bezig met een onderzoek naar de meningen van patienten over ziekte, gezondheid en de positie van de huisarts in deze.

We vragen U daarom onderstaande vragen te beantwoorden, door een kruisje te plaatsen in het hokje, waar het antwoord staat waar U het het meest mee eens bent.

Uw huisarts is accoord gegaan met dit onderzoek, maar hij krijgt de antwoorden niet te zien. Uw reacties worden, evenals de videoopnamen anoniem verwerkt.

Wij danken U bij voorbaat voor uw medewerking.

Vond U de arts geïnteresseerd in uw problemen en klachten?

- heel geïnteresseerd
 geïnteresseerd
 neutraal
 ongeïnteresseerd
 heel ongeïnteresseerd

Hoeveel tijd had de arts voor uw problemen en klachten?

- heel veel tijd
 veel tijd
 voldoende tijd
 weinig tijd
 veel te weinig tijd

Hieronder staan een aantal gedragingen van huisartsen. Kunt U aangeven wat uw huisarts in de praktijk doet? Zet een kruisje door het rondje.

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
1. Mijn huisarts begrijpt precies wat er aan de hand is.	0	0	0	0	0
2. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand.	0	0	0	0	0
3. Mijn huisarts heeft belangstelling voor je als persoon.	0	0	0	0	0
4. Mijn huisarts voelt mee met problemen	0	0	0	0	0
5. Mijn huisarts praat ook over niet- medische problemen	0	0	0	0	0
6. Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor je.	0	0	0	0	0

De volgende gevallen geven situaties weer, waarin de ene persoon zijn dokter zou willen raadplegen, de andere liever naar een andere hulpverlener (bijvoorbeeld maatschappelijk werker of pastoor of onderwijzer) zou gaan, en weer een ander er geen hulp voor zou zoeken.

In welke gevallen vindt u, dat er met name een taak voor de huisarts is weggelegd ?

Beantwoordt de vraag door in één van de twee rondjes een kruisje te zetten.

	daarmee ga je naar de huisarts	daarmee ga je niet naar de huisarts
Iemand heeft problemen met de opvoeding van een negenjarige jongen. Wie kan daar goed advies over geven ?	0	0
In een drie jaar oud huwelijk zijn ernstige moeilijkheden ontstaan. Tot wie kunnen deze mensen zich het beste wenden ?	0	0
Een bejaard echtpaar zou eigenlijk beter naar een bejaardenhuis kunnen gaan. Wie kan hen daarbij helpen ?	0	0
Iemand voelt zich erg eenzaam . Bij wie kan hij hiermee terecht ?	0	0
Een vrouw met vijf jongere kinderen is overspannen en heeft hulp in de huishouding nodig. Naar wie kan zij het beste gaan ?	0	0
Wie zal een patiënt het beste steun kunnen geven gedurende de laatste weken van zijn leven ?	0	0
Wie komt er het meest in aanmerking om kinderen sexuele voorlichting te geven wanneer de ouders daar tegen op zien ?	0	0

Ik ben sinds bij mijn huisarts ingeschreven.

BIJLAGE 4

Het door de arts per consult ingevulde formulier

VRAGEN AAN DE HUISARTS NAAR AANLEIDING VAN HET CONSULT

Dit was een: PSH 01

geslacht/leeftijd

eerste consult

herhaal consult

patiënt 1	/
patiënt 2	/
patiënt 3	/
patiënt 4	/

ik heb naar aanleiding van de gepresenteerde klachten de volgende (waarschijnlijkheids) diagnose gesteld

ik beoordeel dit als:

	doktersbezoek was nodig	doktersbezoek was niet zo nodig	puur somatische klacht	somatische klacht die psychosociale problemen met zich mee brengt	psychosociale klacht waarbij ik psychosociale problemen kenmerk	sommatische klacht waarbij ik psychosociale problemen kenmerk	puur psychosociale klacht die somatische problemen met zich mee brengt	patiënt *
--	-------------------------	---------------------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

1.									
2.									
3.									
4.									

* bij meerdere patiënten, invullen van welke patiënt de klacht is.

kunt u op een 5-puntsschaal aangeven of ook psychosociale aspecten een rol spelen bij deze klacht(en), gezien tegen de achtergrond van het gehele consult en zo ja, in welke mate ze dat doen, in verhouding tot de somatische component ?

puur organisch 1 2 3 4 5 puur psychosociaal

		nooit	zelden	soms	vaak	altijd	
in het algemeen beoordeel ik deze patiënt als	openhartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	openhartig
	zelfstandig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zelfstandig
	meewerkend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meewerkend
	reëel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reëel
	zeurderig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeurderig
	somatiserend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	somatiserend

BIJLAGE 5

Het observatieprotocol

PSH50PV/YD
3-3-1983

observator: arts :	band : teller: consultnummer:	aantal bezoekers: leeftijd: / / geslacht: / /
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------

	cnr	klachten	RFE	a/p	p/s		cnr	klachten	RFE	a/p	p/s
1						7					
2						8					
3						9					
4						10					
5						11					
6						12					

verhouding somatisch-psychosociaal gedurende het gehele consult:
 puur somatisch 1 2 3 4 5 puur psychosociaal

	beoordeling klachtencluster volgens observatoren						beoordeling systematisch werken								
							vraag- verheldering			probleem- definiering			plan		
	1	2	3	4	5	6	ja	nee	nvt	ja	nee	nvt	ja	nee	nvt
1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

worden meerdere klachten achter elkaar benaderd ? ja nee nvt gedeeltelijk

beoordeling patiëntgerichtheid:

	probleemverheldering/definiering:						behandeling:					
	1	2	3	4	5	nvt	1	2	3	4	5	nvt
1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

getotaliseerde tijd	<input type="checkbox"/>			
tijd buiten beeld	<input type="checkbox"/>			
tijd in beeld	<input type="checkbox"/>			
		duur	spreektijd arts	spreektijd patiënt
				aankijk-tijd
somatische fragmenten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosociale fragmenten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemengde fragmenten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
administratieve fragmenten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sociaal gebabbel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vraagverheldering som.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psy. soc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien klacht of klachtentotaal (ook) psychosociaal is beoordeeld door arts en/of observatoren.

Wat is de behandeling ?

I Arts gaat niet in op een aantal psychosociale aspecten van de klacht

a. arts houdt zich uitsluitend bij de somatische aspecten

b. de arts gaat niet in op verbale cues, te weten:
(zie ook klachtenlijst)

c. de arts gaat niet in op non-verbale cues, te weten:
.....

d. de arts stuurt patiënt door voor verder lichamelijk onderzoek

e.

II Arts gaat wel in op een aantal psychosociale aspecten van de klacht

a. somatische aanpak:

1. middels medicatie

2. middels verwijzing (naar niet psychosociale hulpverleners)

b. middels gesprek:

- als praatpaal

- geruststellend

- steunend

- explorerend

- inzichtbevorderend

- gedragsveranderend

c. middels advisering

d. middels verwijzing naar psychosociale hulpverlener of hulpverlenende instantie, te weten

e. middels de problematiek teruggeven aan de patiënt

	somatisch	psychosociaal	gemengd
interesse/betrokkenheid 1 2 3 4 5			
aankijken + 0 -			
volgende uitingen (reflecties, gebruik maken van sti-te, blijkgeven mee te voelen, blijkgeven te begrijpen, steunende op- merkingen) voor zover ze een procesmatig karakter hebben			
uitingen* die de patiënt er toe aanzetten door te praten: aanmoedigen, doorvragen, sturen, aanwijzingen			
uitingen** die onderwerpen aansnijden			
uitingen die de patiënt in- formatie vragen, waarbij de arts de invulling in grote lijnen bepaalt: anamnese, gesloten vragen			
uitingen die de patiënt remmen: interrupties, negeren, afkappen			

* diept bestaand onderwerp uit

** streeft naar nieuw onderwerp

door het consult gepresenteerde onderwerpen/signalen per fragment¹

somatisch

psychosociaal

gemengd

adm.

soc.geb.

--	--	--	--	--

CURRICULUM VITAE VAN PETRUS FRANCISCUS MARIA VERHAAK

De auteur van dit proefschrift werd 30 april 1952 te Utrecht geboren. Hij volgde de middelbare schoolopleiding aan het Dr.Mollercollege te Waalwijk, waar hij in 1970 het eindexamen gymnasium 3 behaalde.

In 1970 begon hij de studie psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. In 1973 behaalde hij zijn kandidaatsexamen, in 1977 studeerde hij af, met als hoofdvak differentiële psychologie.

Inmiddels was hij in 1976 in het kader van zijn vervangende dienstplicht op het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) begonnen aan een evaluatie-onderzoek naar het effect van het optreden van een psycholoog in de eerste lijn in Capelle aan de IJssel. Na zijn dienstperiode kwam hij in dienst van het NHI, waar dit onderzoek in 1979 afgerond werd.

Sindsdien heeft hij zich binnen de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI (op 1 januari 1985 opgegaan in het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg - NIVEL) bezig gehouden met onderzoek naar de arts-patient relatie, attitudes van huisartsen, communicatieprocessen in de huisartsenpraktijk, geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, het functioneren van maatschappelijk werkers en de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg.

Vanaf 1982 heeft hij zich, naast andere taken, beziggehouden met het onderzoek naar verschillen tussen huisartsen in interpretatie en behandeling van psychische klachten, waarvan dit onderzoek de neerslag vormt. Over de verschillende genoemde onderwerpen heeft hij gepubliceerd in de vorm van tijdschriftartikelen en onderzoeksrapporten.

