PSYCHO-SOCIALE HULPVERLENING IN DE HUISARTSPRAKTIJK

- een onderzoek van het N.H.I. en het I.C.I.P.

INHOUDSOPGAVE: Blz.

1. Inleiding.

Voor U ligt een nota over het onderzoeksprojekt "Psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk".
Deze nota is niet bedoeld als een komplete en gedetailleerde beschrijving van het gehele projekt. Dat zou momenteel ook nog niet kunnen; het projekt is daarvoor nog te zeer in ontwikkeling.
Wel wil deze nota de grote lijnen van het onderzoek weergeven, de vorm waarin het gegoten is en de methode waarvoor we in beginsel gekozen hebben.
Een meer gedetailleerde beschrijving van de diverse deelprojekten die momenteel ontwikkeld worden volgt later in de vorm van een bijlage.

Jozien Hensing
December 1974.

2. Korte geschiedenis van het projekt.

Medio 1972 startte een groep medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut met een projekt getiteld: "De psycholoog in het eerste echelon van de gezondheidszorg". De bedoeling van het projekt was in eerste instantie: "na te gaan wat de inhoud van het werk van een psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg is en in welke strukturen hij zijn werkzaamheden optimaal kan verrichten". Het projekt ontleende zowel zijn oorsprong als zijn betekenis aan het feit dat de behoefte aan een psycholoog in de eerstelijns gezondheidszorg expliciet uit het veld naar voren was gekomen (voornamelijk van de kant van de huisartsen).
De eerste gedachten over een mogelijke onderzoeksopzet (t.w. een aantal psychologen daadwerkelijk inschakelen in het eerste echelon van de gezondheidszorg en de bevindingen systematisch evalueren) vonden vorm in een diskussienota die in oktober 1972 aan de Ziekenfondsraad kon worden overlegd (1).
De diskussie over het projekt maakte duidelijk dat aan het onderzoek een zogeheten "doorlichtingsfase moest worden toegevoegd: alvorens een aantal psychologen daadwerkelijk in het eerste echelon in te schakelen, is het éérst nodig het eerste echelon zelf "door te lichten", d.w.z. na te gaan hoe momenteel de (psycho-sociale) hulpverlening in het eerste echelon gerealiseerd wordt en waar precies de lacunes liggen: zowel t.a.v. de voorzieningen (gegevens over de sociale kaart ter plaatse) als t.a.v. de persoonsgebonden of groepsgebonden kenmerken van de hulpverlening (gegevens over het individuele optreden / de praktijkvoering van de hulpverlening, alsmede gegevens over individuele of groepsgebonden kenmerken van de hulpvragers ter plaatse).
Vgl. verder : Zwanikken/Zeeuwen:"Psychologen in de eerstelijns gezondheidszorg"; de reaktie van Somers (Ziekenfondsraad) op het onderzoeksvoorstel, alsmede het antwoord hierop van het Nederlands Huisartsen Instituut. (1).
Een aantal van de suggesties die uit deze diskussie naar voren waren gekomen werden verwerkt in het definitieve onderzoeksvoorstel, dat, vergezeld van een subsidieaanvrage, in maart 1974 aan de Ziekenfondsraad werd voorgelegd (1).
Inmiddels had het N.H.I. kontakt opgenomen met het Instituut coor Clinische en Industriële Psychologie te Utrecht. Dit kontakt werd verder uitgebouwd en leidde tenslotte tot de oprichting van een inter-institutionele werk-

groep, die tot doel had het projekt verder uit te werken. In deze werkgroep waren zowel medewerkers van het N.H.I. als van het I.C.I.P. vertegenwoordigd. Vooruitlopend op de beslissing van de Ziekenfondsraad werden in deze werkgroep de gedachten over het onderzoek verder tot ontwikkeling gebracht. Het belang van een grondige en onbevooroordeelde doorlichtingsfase kwam daarbij steeds duidelijker voorop te staan.
Toen de Ziekenfondsraad dan ook negatief over het onderzoeksvoorstel bleek te beschikken (waarbij zij - naast een aantal methodologische bezwaren - als een van haar voornaamste motieven noemde: "dat het onderscheid tussen " de hulp van een psycholoog" en "psychologische hulp" in het onderzoek onvoldoende tot uiting komt"), was ook binnen de werkgroep de tijd rijp voor een aksentverschuiving. De werkgroep erkende dat het inderdaad nog maar de vraag is of de behoefte aan een psycholoog niet louter een personifikatie is van de behoefte aan psychologische (of psycho-sociale) hulpverlening in het algemeen. Voordat hierover een uitspraak kan worden gedaan zal o.m. de behoeftevraag, zoals die uit het veld en voornamelijk van de kant van de huisartsen naar voren is gekomen nader moeten worden geanalyseerd.
De werkgroep kwam tot de konklusie dat het onverstandig is een beslissing over de psycholoog in het eerste echelon te forceren, zolang hierover nog zoveel ambivalentie blijkt te bestaan. (Dit betekent overigens niet dat we de psycholoog in het eerste echelon maar moeten vergeten, maar wèl, dat we een beslissing hierover moeten uitstellen tot de tijd wat rijper is - en de behoefte-vraag duidelijker kan worden geformuleerd). Het projekt "de psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg" werd omgedoopt in "psycho-sociale hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg", en later in "psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk". Deze verandering van naam ging gepaard met een verandering van interessegebied en doelstelling. Als nieuwe (globale) doelstelling werd geformuleerd: "het verkrijgen van een algemeen beeld van de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk".
Een eerste concept voor een onderzoek in deze richting - toen nog onder de naam - psycho-sociale hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg - werd in juni 1974 voor kommentaar toegezonden aan een aantal deskundigen op dit gebied. De schriftelijke en mondelinge reakties die we mochten ontvangen hebben samen met het concept zelf als basis gediend voor navolgende nota.

3. Verantwoording: Waarom een onderzoek naar de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk.

Om duidelijk te maken waarom en op wat voor manier wij onderzoek willen doen

naar de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk moeten wij allereerst de zojuist geschetste ontwikkelingsgang van het projekt - van een experiment met de psycholoog in het eerste echelon naar een onderzoek naar de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk - nader beschouwen.
Deze ontwikkeling is op de eerste plaats van stap tot stap een heel logische ontwikkeling: het spontane idee van een experiment met een aantal psychologen in de eerste lijn, geboren uit de manifeste behoefte uit het veld aan een versterking van de eerstelijns gezondheidszorg op psycho-sociaal gebied, vroeg, na nadere bezinning om een meer gedegen voorbereiding en een betere fundering. Hiervoor werd een "doorlichtingsfase" aan het experiment toegevoegd. Deze doorlichtingsfase werd echter steeds belangrijker. De nadruk binnen het tweeledige onderzoek begon te verschuiven en tenslotte - mede door de beslissing van de Ziekenfondsraad om geen subsidie aan het projekt toe te kennen - kwam het experimentele gedeelte van het projekt geheel te vervallen en werd de doorlichtingsfase verder uitgewerkt tot een zelfstandig onderzoek.
Op de reeds vermelde beslissing het onderzoek te beperken tot een doorlichting van de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk, in plaats van de gehele eerste lijn in het onderzoek te betrekken komen we later terug. Eerst willen we de gevolgen van de verschuiving van psycholoog naar psycho-sociale hulpverlening, van experiment naar onderzoek nader analyseren.
Wat gebeurde er in feite toen aan het experiment met de psycholoog in de eerste lijn een voorfase, een doorlichtingsfase werd toegevoegd? De doorlichtingsfase was bedoeld als voorbereiding op het eigenlijke experiment. Het projekt kreeg echter hiermee niet zozeer een extra-been om op te staan; het begon eerder op twee gedachten te hinken: enerzijds wilde het een grondige en onbevooroordeelde doorlichting geven van de psycho-sociale hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg, anderzijds werd vast vooruitgelopen op de resultaten van deze doorlichtingsfase door reeds een begin te maken met de voorbereiding van een tweetal experimenten met psychologen in de eerste lijn.
In feite werd hiermee aan beide deelprojekten onecht aangedaan: een experiment op grond van "controled trials" is, zeker in een jong en tamelijk onontgonnen onderzoeksveld, in het geheel geen minderwaardige methode. En, van de andere kant, verdient een doorlichting van de psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn méér dan alleen een voorfase te zijn voor een later onderzoek. Het is een volwaardig onderzoek en mag ook best als zo-

danig beschouwd en behandeld worden.
De moeilijkheid om ze samen onder te brengen in één onderzoek komt voort uit het feit dat beide deelprojekten een geheel andersoortige onderzoeksopzet vereisen, terwijl bovendien tussen de deelprojekten een faseverschil bestaat: waarbij fase 2 (het experiment) in feite niet gedetailleerd gepland kan worden voordat fase 1 (de doorlichting) is afgerond. In theorie is het immers mogelijk dat uit fase 1 blijkt dat er helemaal geen psycholoog in de eerste lijn nodig is!
Allerlei faktoren (waaronder ook een aantal politieke) hebben ertoe geleid dat de nadruk steeds minder op het experiment, en steeds meer op de doorlichtingsfase is komen te liggen. Tenslotte is het experiment geheel komen te vervallen en is de doorlichtingsfase tot een zelfstandig onderzoek geworden.
De doorlichtingsfase is hiermee ook gedeeltelijk een eigen leven gaan leiden. Zij dient er niet meer voor om de komst van de psycholoog in het eerste echelon voor te bereiden, maar wil op systematische wijze feiten verzamelen omtrent (processen in) de psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn (als onderdeel van een integrale gezondheidszorg) en trachten samenhangen tussen deze feiten op de te sporen die konklusies op praktisch gebied mogelijk maken.* Het zou te ver gaan om hiermee te zeggen dat wij een "theorie van de psycho-sociale hulpverlening" willen opbouwen. Wel kunnen we zeggen dat wij theorievormend bezig willen zijn om, tesamen met de vele andere onderzoekers die op dit gebied werkzaam zijn, het onderontwikkelde kind van de integrale gezondheidszorg: de psycho-sociale hulpverlening, een hechtere basis te geven.
Dat de doorlichtingsfase hiermee vrij is geraakt van de druk van het wachtende experiment is alleen maar gelukkig te noemen. Wanneer nù blijkt dat de psycholoog een plaats verdient in het eerste echelon van de gezondheidszorg, zal dit niet meer een uit nood geboren oplossing zijn voor het diffuse behoefteprobleem van de huisarts. Het kan dan een weloverwogen, op theoretische gronden gefundeerde beslissing zijn.

* Bijvoorbeeld: Wanneer uit een van de deelprojekten zou blijken dat de aanduiding "probleempatiënt" niet (of weinig) te maken heeft met feitelijke psychische of sociale problematiek, maar louter een neveneffekt is van de relatie tussen arts en patiënt, heeft het geen zin zomaar een nieuw soort hulpverlener (speciaal voor die psycho-sociale problematiek) in het eerste echelon te introduceren. Die nieuwe hulpverlener is dan niet nodig. Het is nodig dat de arts leert ook met deze patiënten een effektievere relatie op te bouwen.

Misschien rijst bij sommigen nog de vraag waarom er überhaupt onderzoek gedaan moet worden naar psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn. Wij zijn van mening dat het niet nodig is daar nu uitgebreid op in te gaan. Velen hebben dat reeds voor ons gedaan, en beter en uitgebreider dan wij het hier kunnen doen. We hoeven maar namen te noemen als o.a. Aakster, Balint, Blum, Bremer, Buma, Cassee, Van Es, Huygen, Lamberts, Van Lidt de Jeude, Oliemans, Querido, Van de Velden, Weyel, Van der Wielen, Winkler Prins, Zweers-Wiersma, en op tamelijk willekeurig gekozen bladzijden van hun boeken of artikelen vinden we beweringen of stellingen waaruit de probleempositie van de psycho-sociale hulpverlening als onderdeel van een integrale gezondheidszorg blijkt: het aanbod van klachten waarin niet-organische aspekten (mede) een rol spelen neemt in de huisartsenpraktijk toe, of vraagt althans meer aandacht (Cassee (1973), Van Es (1967), Oliemans (1969), Winkler Prins (1966) e.a.)
De huisarts voelt zich onmachtig dit deel van de hulpverlening adekwaat te vervullen; hij is hiervoor niet opgeleid (Buma (1959, Cassee (1973), Van Lidt de Jeude (1971) e.a.). Zijn behoefte aan een "andere - een integrale" vorm van hulpverlening komt, behalve in genoemde boeken en tijdschriftartikelen ook tot uiting in het streven van de individuele huisarts naar verschillende vormen van training en konsultatie. (Balintgroepen, Boerhaave- en Hoytema-kursussen; gespreks- en sociale vaardigheidstrainingen, gedrags-therapiekursussen etc.) en in diverse meerder of minder gestruktureerde samenwerkingskontakten (als: gezondheidscentra, wijkgezondheidsraden, home-teams, samenwerkingsprojekten van huisarts/maatschappelijk werker/wijkverpleegkundige, of van huisarts/psycholoog). In de integrale gezondheidszorg is het somatische gedeelte veel en veel verder ontwikkeld dan het psycho-sociale gedeelte. De psychosociale hulpverlening is dan wel niet het stiefkind van de integrale gezondheidszorg (de hierboven geciteerde veelheid van namen toont aan dat ze ruimschoots de aandacht krijgt die ze verdient), maar moet nog wel beschouwd worden als een couveuse-kindje, dat zorgvuldig moet worden opgekweekt. Met de groeiende nadruk op de psycho-sociale problematiek in de huisartsenpraktijk hebben de sociale wetenschappen hun entrée gedaan binnen de huisartsgeneeskunde. De integratie tussen de sociale wetenschappen en de huisartsgeneeskunde is echter geen vanzelfsprekende zaak. De theorieën en methoden van de sociale wetenschappen zijn zeker niet rechtstreeks toepasbaar op de specifieke problematiek van de huisarts(enpraktijk). Er zal daarentegen nog heel wat aan gesleuteld moeten worden.
Vandaar dit onderzoek.

Een laatste vraag die we in dit hoofdstuk willen beantwoorden, is de vraag waarom niet de gehele eerstelijns gezondheidszorg in het onderzoek betrokken wordt maar (althans voorlopig) alleen de huisartsenpraktijk. In het eerste echelon opereren diverse groepen van hulpverleners: huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, pastores, onderwijzers, politie-agenten etc. Elk van deze groepen heeft een eigen werkwijze, een eigen achtergrond en waarschijnlijk ook een eigen houding t.a.v. psycho-sociale problematiek. Idealiter zouden daarom al deze groepen in het onderzoek betrokken moeten worden. Praktisch gezien is dit echter niet haalbaar: de tijd, de financiën, de benodigde mankracht ontbreken ons daarvoor. Bovendien vraagt een onderzoek van een dergelijke complexiteit (hoe lofwaardig het streven ook is) wel bijna om een mislukking. Wij kozen daarom voor een beperkte opzet: wij kozen voor de huisarts; niet zozeer als vertegenwoordiger, maar wel als voornaamste hulpverlener van het eerste echelon. De keuze van de huisarts is niet alleen een logische konsekwentie van de historie van het projekt. De huisarts vormt een belangrijke kategorie onder de eerstelijns hulpverleners: hij kent nagenoeg alle gezinnen (99%, waarvan 92% langer dan twee jaar); hij ziet 95% van zijn patiënten minimaal eens per twee en een half jaar. Zijn kontakten zijn intensiever van aard en langer van duur dan die van de overige eerstelijns hulpverleners; juist hij heeft een erg brede intake (deze gegevens zijn ontleend aan: De Vries: "Gezin en Hulpverlening in Dorpkijstad"). Ook uit andere onderzoekingen blijkt de centrale plaats van de huisarts. Rosman en Swarte vonden in hun onderzoek 'aan het front van de psychische problematiek' niet alleen dat de huisarts verreweg de hoogste kontaktfrekwentie heeft met psychische problematiek, maar ook dat de overige hulpverleners in het eerste echelon geneigd zijn hun kliënten met psycho-sociale problematiek naar de huisarts door te verwijzen. Zo fungeert de huisarts niet alleen in eerste maar ook in tweede instantie als het centrum van het eerste echelon.

Ook op andere punten wijkt hij van zijn eerstelijns kollega's af: hij heeft een hogere opleiding, meer status, een hoger inkomen, etc.

Wij realiseren ons dan ook terdege dat we de gegevens die we uit dit (beperkte) onderzoek zullen verkrijgen niet zonder meer over de gehele eerste lijn zullen kunnen generaliseren. In het licht van de theorievormende funktie van het onderzoek is dit ook niet erg. Het is immers heel gebruikelijk om bij het genereren van een theorie te starten met een vrij homogene groep, en pas als daar een vrij volledig beeld uit naar voren is gekomen over te gaan tot de bestudering van andere, verwante groepen, om

te zien wat deze groepen nog kunnen bijdragen (of afdoen) aan de in ontwikkeling zijnde theorie (vgl. Glaser en Strauss: the discovery of grounded theory", 1967).
Wij zijn van mening dat wijzelf voorlopig de handen vol zullen hebben aan de bestudering van de psycho-sociale hulpverlening in eerstegenoemde groep: de huisartsenpraktijk.

4. De grote lijnen van het onderzoek.

4.1: Algemene invalshoek en methode.

Het onderzoek wil "een doorlichting geven van de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk, door op systematische wijze feiten te verzamelen en samenhangen tussen deze feiten op te sporen, en aldus een theoretisch kader te vormen dat interpretaties en konklusies op praktisch gebied mogelijk maakt" (zie Hoofdstuk (2): Verantwoording). Het grootste gedeelte van het onderzoek zal daarom een theorie-vormend en geen theorie-toetsend karakter dragen.
De meeste sociaal wetenschappelijke onderzoekingen startten (zeker tot voor korte tijd) vanuit een bestaande theorie. Uit deze theorie werden dan hypotheses afgeleid ten aanzien van de gegevens die men in het veld verwachtte aan te treffen. Vanuit dit startpunt werden de onderzoeksgegevens verzameld. Het zou echter dwaas zijn te veronderstellen dat de (jonge) sociale wetenschappen reeds theorieën voorhanden hebben voor alle denkbare onderzoeksgebieden en onderzoeksobjekten. Wanneer men desondanks toch tracht op een vrij nieuw onderzoeksgebied bestaande theorieën toe te passen loopt men gevaar: (a) de gegevens te verwringen tot ze passen in het keurslijf van de theorie, (b) een grote rijkdom aan gegevens (die niet in het keurslijf te wringen zijn) onbeschouwd en dus onbenut te laten, en (c) daarom niet direkt de voor dit onderzoeksobjekt in dit onderzoeksgebied meest relevante konklusies te kunnen trekken.
Deze sombere beschouwing over toetsend onderzoek in een jong onderzoeksveld houdt uiteraard nog niet in dat men daarom maar theorieloos aan de gang moeten gaan. Glaser en Strauss (1967) hebben in hun boek "the discovery of grounded theory" een methode ontwikkeld om in een jong onderzoeksveld, al onderzoekende, een theorie te genereren. Volgens deze methode moet de onderzoeker steeds ongeveer gelijktijdig gegevens verzamelen, coderen en analyseren, beslissen welke gegevens hij vervolgens nodig heeft om zijn theorie-in-wording (die in het analyse-proces naar voren komt) verder te ontwikkelen, en op grond hiervan nieuwe gegeven verzamelen, coderen en analyseren enzovoorts. De keuze met welke gegevens men

wil starten is alleen afhankelijk van het algemene interessegebied van de onderzoeker en van zijn algemeen sociaal-wetenschappelijk perspektief. Het proces van gegevens verzamelen wordt geleid door de zich ontwikkelende theorie. Naarmate de theorie zich verder ontwikkelt worden in dit proces de niet-relevante of niet bruikbare begripskategorieën vanzelf uitgezeefd, de belangrijke begripskategorieën (de "kernbegrippen") worden steeds "rijker" en "dichter" van inhoud en steeds beter afgegrensd. Wanneer binnen één onderzoeksgroep de kernbegrippen "verzadigd" zijn en de onderlinge relaties tussen de verschillende begrippen duidelijk, gaat men over tot het onderzoeken van een andere, in bepaalde opzichten verwante groep om te zien wat de bestudering van deze (in bepaalde opzichten ook verschillende) groep nog bijdraagt (of afdoet) aan de theorie-in-wording (voor een nadere en uitgebreidere beschouwing: zie Glaser & Strauss: the discovery of grounded theory; dit boek heeft model gestaan voor tenminste de start van ons onderzoek)*.
Het direkte gevolg van deze onderzoeksvorm is, dat wij op dit moment nog niet precies kunnen aangeven wat voor gegevens we willen verzamelen en wat voor konklusies we willen trekken. De diverse vraagstellingen zullen bij ieder deelprojekt in een voorfase ontwikkeld moeten worden. De relevantie van de vraagstelling kan (en moet) getoetst worden aan de zich ontwikkelende theorie. Het enige wat we daarom op dit moment aan kunnen geven is een algemeen interessegebied (t.w. de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk) en een algemeen sociaal-wetenschappelijk perspektief (t.w. het verbeteren van de hulpverleningsmogelijkheden van de huisarts, door met name de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk beter te onderbouwen). Wèl kunnen we ons interessegebied (de psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk) nader specificeren, door het te verdelen in een aantal deelgebieden en elk deel te voorzien van een voorlopige aanduiding van de mogelijke inhoud. **

* Uiteraard vindt ook in een theorie-vormend onderzoek regelmatig toetsing plaats, net zoals het toetsen van een theorie in bepaalde gevallen kan bijdragen tot de verdere ontwikkeling van die theorie. De genoemde vormen van onderzoek verschillen voornamelijk in het startpunt en in de nadruk die òf op het ene, òf op het andere aspekt komen te liggen.

** Zonder daarmee overigens te zeggen dat àl deze deelgebieden en, in deze deelgebieden, alle geopperde vragen door ons onderzocht zullen worden. Daarvoor zijn de diverse kategorieën en vraagstellingen immers nog te weinig uitgewerkt. Het schema is dan ook voornamelijk bedoeld als een groot, alles omvattend kader, waarin de diverse deelprojekten een plaats kunnen vinden.

4.2: Het onderzoeksgebied nader gespecificeerd.

De vraag naar psycho-sociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk laat zich verdelen in drie gebieden:

A: Hoe komt de diagnose "psycho-sociaal" (of "psycho-somatisch", "somato-psychisch" * etc.) tot stand?

B: Welke therapeutische akties of verwijzingen worden in geval van een dergelijke diagnose ondernomen?

C: Welke therapeutische mogelijkheden blijven onbenut?

Deze vraagstellingen kunnen wij benaderen vanuit:

1: De attitudes en het handelen van de arts.

2: De attitudes en het handelen van de patiënt (en zijn omgeving).

3: De interaktie tussen huisarts en patiënt.

Wij kunnen nu de volgende deelgebieden onderscheiden (negen in getal)

onderzoeks-gebied \ onderzoeks-objekt	1 huisarts	2 patiënt	3 interaktie
A: diagnose van de psycho-sociale/somatische klacht	A.1.	A.2.	A.3.
B: therapeutische akties en verwijzingen	B.1.	B.2.	B.3.
C: niet benutte therapeutische mogelijkheden	C.1.	C.2.	C.3.

Wij geven per deelgebied een korte aanduiding van de mogelijke inhoud (zie noot blz. 8)

A.1.

Bij een aantal patiënten wordt door de huisarts de klacht gediagnostiseerd als "psycho-sociaal". De vraag is, in welke opzichten deze klacht van de patiënt zich (volgens de arts) onderscheidt van andere, somatisch bepaalde klachten. Daarnaast is de vraag, in welk opzicht deze (kategorie) patiënt zich (alweer volgens de arts) onderscheidt van andere (kategorieën) patiënten. Zijn er persoonsgebonden kenmerken van de patiënt aan te wijzen, die de arts ertoe brengen deze diagnose te stellen (zijn voorgeschiedenis, optreden etc.)? Daarnaast is het ook belangrijk te weten of er persoonsgebonden kenmerken van de huisarts zijn aan te wijzen die van invloed zijn op de frekwentie van en zijn redenen tot het stellen van een dergelijke diagnose (bijvoorbeeld zijn opleiding, zijn leeftijd, zijn ervaringen, het ziektemodel dat hij hanteert, etc.) Tenslotte zou men de-

* zie blz. 13 "enkele definities".

zelfde vraag kunnen stellen t.a.v. faktoren in zijn omgeving (de hoeveelheid tijd die hij aan één patiënt kan besteden, de aard van de wijk of gemeente waar hij praktijk voert, de sociale klasse van zijn patiënten). Al deze vragen zijn samen te stellen onder het hoofd: "onder welke omstandigheden raakt een huisarts attent op de aanwezigheid van psycho-sociale problematiek bij zijn patiënten?"

A.2.

Vanuit de patiënten kan men zich afvragen, hoe de patiënt zijn probleem verwoordt; al gebruikt hij niet deze woorden, wat is de inhoud van zijn diagnose: "somatisch, "psycho-somatisch", "psychisch", "sociaal" of "somato-psychisch"? Met welke klachten gaat hij naar de huisarts; wanneer of in welk stadium doet hij dat, en waarom; in hoeverre speelt het beeld dat hij van de arts gevormd heeft hierbij een rol? Welke rol speelt de direkte omgeving in het al dan niet (h)erkennen van de klacht en de gang naar de arts?

A.3.

Welke funktie vervult de diagnose "psycho-sociaal" in de relatie huisarts-patiënt? We denken daarbij aan: is de diagnose een funktie van een eventueel problematische relatie met de patiënt; in welke mate voelt de arts zich onzeker en onmachtig tegenover de klacht zoals de patiënt die bij hem op zijn bureau legt; benoemt de arts de klacht anders dan de patiënt, en zo ja, welke invloed heeft dat op hun onderlinge relatie? Bestaat er een vertrouwensbasis en is die van invloed op de mate waarin bepaalde klachten bij de arts terecht komen; etc.?

B.1.

Bij het vaststellen van psycho-sociale aspekten van een klacht kan de huisarts zelf gaan behandelen of verwijzen. Hij kan de patiënt geruststellen; toedekkend, ondersteunend werken; hij kan medicijnen voorschrijven of rust; hij kan er (evt. vrije) tijd voor uittrekken om met de patiënt en mensen uit zijn direkte opgeving te praten etc. Onderzocht kan worden of het feitelijke, op therapeutische doelen gerichte gedrag van de huisarts variëert per patiëntengroep (bijvoorbeeld: sociale klasse, sexe, leeftijd, persoonsgebonden kenmerken); hoe hij denkt over het verdere verloop van de behandeling, wat hij ervan verwacht. Verder kan men onderzoeken hoe de behandeling in feite verlopen is.

Wanneer de arts, in plaats van zelf te behandelen, verwijst, kan men nagaan waarom hij dat doet; welk beeld hij heeft van de mogelijkheden van de hulpverlener naar wie hij verwijst.

Daarnaast kan men onderzoek doen naar een typering van de klachten waar

hij wèl wat mee doet en waar hij niets mee doet.

B.2.

Vanuit de patiënt bezien kan men zich afvragen wat de patiënt zelf met zijn klacht heeft gedaan:

(a) voordat hij naar de huisarts ging (negeren, berusten, klagen, burenhulp, een of andere vorm van zelfmedikatie, zelfstandige konsultatie van andere eerstelijns hulpverleners).

(b) nadat hij bij de huisarts is geweest (òf hij de voorgeschreven behandeling opvolgt, en hòè hij dat doet; of hij eventueel toch doorgaat met zijn eigen oplossingsmethoden die hij vóór zijn gang naar de huisarts probeerde)

Verder is het van belang te weten of de patiënt tevreden is met het optreden van zijn arts, of hij liever naar een ander was gegaan; wat hij verwacht van de behandeling. In geval van verwijzing: hoe denkt hij over de hulpverlener naar wie hij verwezen is; in hoeverre is hij tevreden met het verwijsgedrag van de huisarts?

B.3.

Men kan zich hier afvragen in hoeverre de interaktie tussen huisarts en patiënt heeft bijgedragen tot het verhelderen van de problematiek voor de patiënt; of de relatie zodanig is dat alleen de huisarts zich verantwoordelijk voelt of wordt gesteld voor het herstel, of dat de patiënt mede-verantwoordelijk is en in hoeverre dit aspekt van de relatie bespreekbaar is.

C.1., C.2., C.3.

Dit deelgebied van het onderzoek betreft onderzoek naar de sociale kaart van de wijk of gemeente waar de huisarts zijn praktijk heeft, alsmede naar de mate waarin hiervan door zowel hulpverlener als hulpvrager gebruik wordt gemaakt: naar wie verwijst de huisarts en welke verwijsmogelijkheden laat hij systematisch onbenut. Van welke verwijsmogelijkheden maakt wèl de huisarts gebruik door een patiënt er naar te verwijzen, maar niet de patiënt door er eenvoudigweg niet heen te gaan? Welke overige eerstelijnshulpverleners worden spontaan - dus zonder verwijzing - door de patiënt benaderd?

Verder zijn in dit kader vragen belangrijk als: in hoeverre neemt de arts - gewild of ongewild - funkties en taken op zich die andere instanties (wanneer ze tenminste aanwezig zijn en goed funktioneren) misschien effektiever zouden kunnen uitvoeren.

Voorts is het van belang na te gaan of ziekte- en klachtengedrag systematisch verband houdt met aard en aantal van sociale voorzieningen in de

buurt, de bereikbaarheid van deze voorzieningen voor de arts en de bevolking, de bekendheid ermee.

Wanneer we bovenstaande vragen nader beschouwen, zien we dat sommige ervan zonder veel meer (theoretische) voorbereiding in een tamelijk simpel onderzoeksdesign onderzocht kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is een (reeds eerder genoemd) onderzoek naar de vraag in hoeverre patiënten met niet-organische klachten (of klachten met niet-lichamelijke aspekten) waarvoor de arts geneigd is de hulp van een op psycho-sociaal gebied gespecialiseerd hulpverlener in te roepen, zich onderscheiden van patiënten met puur-lichamelijke klachten of patiënten met psychische problematiek die de arts zelf wil blijven behandelen.
De gedachte hierachter is dat de arts niet het objektieve wezen is waarvoor men hem vroeger hield te zijn (Balint (1957); Van Es (1967); Weyel (1961) e.a.) waardoor de benaming "probleempatiënt" wel eens geen kenmerk van de patiënt maar een kenmerk van hun beider (problematische) relatie zou kunnen blijken te zijn.
Andere vragen kunnen echter niet op deze simpele manier worden onderzocht. Het betreft hier:

(a) vragen waaraan een waarde-oordeel gekoppeld is; t.w. vragen waarin woorden als "goed", "beter", "onbenut", "juist", e.d. voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn onderzoekingen naar het onbenut laten van therapeutische mogelijkheden; de juistheid van een diagnose etc.

(b) vragen over gebieden waarover nog zo weinig feitelijke gegevens bekend zijn dat een onderzoek op deze gebieden zonder verdere voorbereiding een onvoldoende basis heeft (zowel theoretisch als empirisch). Een voorbeeld hiervan is een onderzoek naar het procesverloop bij het tot stand komen van een psycho-sociale diagnose, waarbij het begrip "diagnose" niet wordt opgevat als een statisch "etiket" maar als een dynamisch proces: het diagnostiseringsproces.

Juist voor deze kategorieën van vragen is de reeds eerder beschreven theoriegenererende vorm van onderzoek, zoals beschreven door Glaser & Strauss (1967) erg waardevol. We zullen ons in dit onderzoek dan ook voor een groot deel op dit soort vraagstellingen gaan richten. Dit betekent overigens niet dat eerstgenoemde kategorie van vraagstellingen in dit onderzoek niet aan de orde zou kunnen komen. Integendeel. We willen deze mogelijkheid uitdrukkelijk openhouden. Of deze of andere soortgelijke vraagstellingen inderdaad mede aan bod kunnen komen hangt voornamelijk af van de voor het onderzoek beschikbare mankracht in de vorm van studenten (voor een heel deelprojekt) of werkstudenten (voor coderingswerkzaamheden etc.).

5. Het startonderzoek.

5.1. Afperking van het onderzoeksgebied.

In het startonderzoek willen we ons op de allereerste plaats beperken tot de eerste lijn van het onderzoeksschema van blz.9, nl. tot de vraag: hoe komt de diagnose "psycho-sociaal" tot stand. Deze vraag is vanuit drie invalshoeken te benaderen: vanuit de huisarts (A.1.), vanuit de patiënt (A.2.) en vanuit de gezamenlijke interaktie (A.3.).
In het onderzoek willen we ons minimaal gaan bezighouden met de deelgebieden (A.1.) en (A.3.), t.w.: met de huisarts en met de gezamenlijke interaktie van huisarts en patiënt, of ook de patiënt (A.2.) in het onderzoek betrokken gaat worden hangt voor een groot gedeelte af van het aandeel van het ICIP. Het N.H.I. houdt zich in principe alleen bezig met de onderzoeksgebieden A.1. en A.3., alhoewel deelprojekten stammend uit gebied A.2., indien uitgevoerd door het ICIP gaarne in het projekt zullen worden geïntegreerd.

5.2. De algemene vraagstelling van het startonderzoek.

De algemene vraagstelling van het startonderzoek kan nu als volgt worden geformuleerd.
"Waardoor en waartoe raakt een arts attent op de eventuele aanwezigheid van psycho-sociale problematiek bij een patiënt, en hoe verloopt verder het (psycho-sociale) diagnostiseringsproces?"
Deze algemene vraagstelling is voorlopig alles wat we nodig hebben (vgl. Glaser & Strauss 1967; zie ook blz. 7 en 8).
Ze zal nader worden uitgewerkt en gespecificeerd in de voorfase van het onderzoek

5.3. Enkele definities.

Onder een psycho-sociale klacht verstaan we elke (al dan niet gesomatiseerde) klacht die van niet-organische aard is, of tenminste een niet-organische komponent bezit. Deze niet-organische komponent hoeft niet noodzakelijk een etiologisch verband aan te duiden. Ook klachten waaraan psycho-sociale aspekten verbonden zijn zonder dat er sprake is van een causale relatie tussen die psycho-sociale aspekten en de gepresenteerde klacht, komen voor het predikaat "psycho-sociaal" in aanmerking. Aldus gedefiniëerd omvat het begrip "psycho-sociaal" de volgende begrippen: "psychisch", "sociaal", "psycho-somatisch" en "somato-psychisch" en alle mogelijke kombinaties hiervan.
N.B.: In het onderzoek wordt een klacht als (psycho-sociaal" benoemd, wanneer de klacht volgens het oordeel van de arts voor deze benaming in aanmerking komt.

Onder "psycho-sociale hulpverlening" wordt verstaan: dàt gedeelte van de voor de eerste lijn zo karakteristieke integrale hulpverlening, dat zich speciaal richt op het diagnostiseren en behandelen van de psycho-sociale (1) komponenten van een klacht.

Over het begrip "diagnose" kon de onderzoeksgroep het, al diskussiërend, niet eens worden (2). Besloten werd daarom voorlopig af te zien van een sluitende definitie, maar deze taak op ons te nemen als eerste onderzoeksopdracht: in de voorfase van het startonderzoek zullen we trachten, al observerend en analyserend tot een werkbare definitie te komen van het begrip "diagnose: psycho-sociaal".

5.4. Fasering van het onderzoek.

Het onderzoek is verdeeld in een drietal fasen:

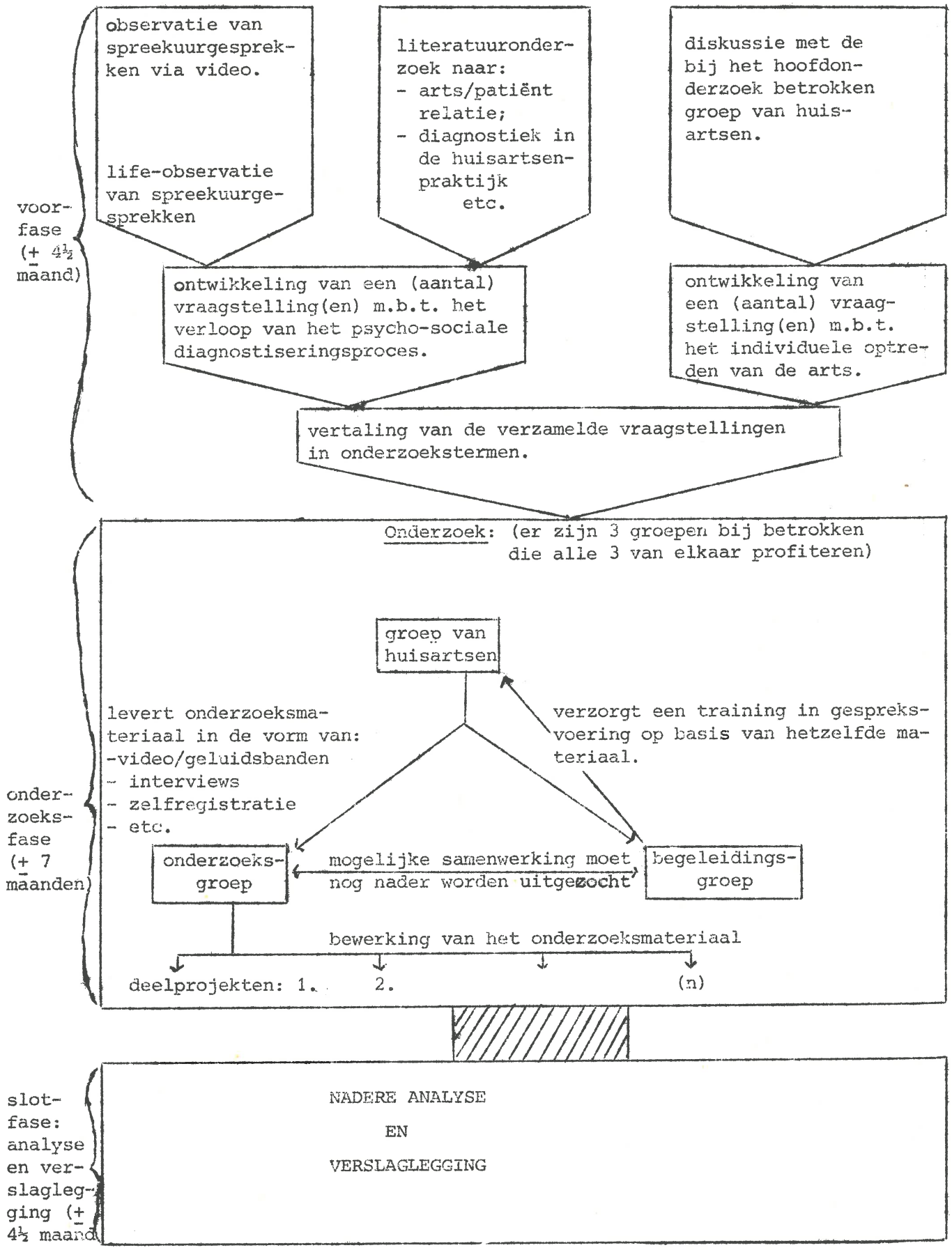
1. de voorfase, waarin de diverse begrippen en vraagstellingen nader worden uitgewerkt (duur ± 4½ maand).
2. de onderzoeksfase, waarin een eerste toetsing plaats vindt van de zich ontwikkelende theorie (duur ± 7 maanden).
3. de slotfase, waarin de onderzoeksresultaten nader worden geanalyseerd en geïnterpreteerd en waarin de definitieve verslaggeving plaats vindt (duur ± 4½ maand.

Een schematische voorstelling van de verschillende fasen van het onderzoek vindt U op blz. 15.
Het gehele projekt (d.w.z. het startonderzoek) heeft een duur van 16 maanden met een uitloopmogelijkheid tot 18 maanden.
Het eindrapport kan dientengevolge eind 1975, begin 1976 worden verwacht.

5.5. De voorfase (zie ook het schematische onderzoeksplan op blz. 15).
Doel: Het uitwerken en operationaliseren van begrippen en het expliciteren van vraagstellingen ten behoeve van het onderzoek in de onderzoeksfase.

(1) "psycho-sociaal" zoals bovenstaand gedefiniëerd.
(2) dat "diagnose" een moeilijk te hanteren begrip is, blijkt wel uit het artikel van Dr. G.J. Bremer: Over diagnose, huisartsendiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon (H&W; 1972/1; blz. 1 t/m 7).

Onderzoeksplan



Methode: Gedeeltelijk parallel aan elkaar wordt op drie verschillende wijzen informatie verzameld, die, gebundeld, moet beantwoorden aan bovenstaand doel.

1: door middel van observatie;

2: door middel van literatuurstudie;

3: door middel van een diskussie met de aan het onderzoek deelnemende artsen.

Ad. 1: De observatie.

Het grootste gedeelte van het vooronderzoek wordt in beslag genomen door een observatiefase. Deze observatiefase is verdeeld in twee opeenvolgende stadia:

a: observatie van video-banden van spreekuurkontakten;

b: life-observatie in de spreekkamer bij de huisarts.

Bij de observatie van video-banden wordt gestart vanuit de globale vraagstelling: "waardoor en waartoe raakt een huisarts attent op de eventuele psycho-sociale problematiek van een patiënt en hoe verloopt verder het (psycho-sociale) diagnostiseringsproces (zie blz. 13)".

Gezien de moeilijkheden die de groep ondervond bij het (operationeel) definiëren van het begrip "diagnose" werd besloten hieraan speciaal aandacht te besteden: "Wanneer is het begrip "diagnose" een werkbaar begrip? Wanneer het wordt opgevat als een etiket? Of als een dynamisch proces? Als een theoretisch konstrukt? Of als een basis voor verder handelen?" (N.B.: De keuze van definitie is in zekere zin altijd arbitrair; het komt erop aan een werkbare omschrijving te vinden).

Gewerkt wordt volgens de methode van Glaser & Strauss (1967); startend vanuit de globale vraagstelling enkele gegevens verzamelen, vertalen in iets abstraktere termen en analyseren; kijken welke begrippen er opduiken; op grond hiervan een beslissing nemen over welke gegevens men vervolgens wil verzamelen (als toetsing en uitbreiding van de begrippen-in-wording); opnieuw gegevens verzamelen, koderen en analyseren enz.

Gebruik wordt gemaakt van video-banden van spreekuurkontakten die enkele huisartsenopleiders* in den lande in hun eigen spreekkamer hebben opgenomen. Eerst worden de video-banden van één huisarts onder de loep genomen. Pas wanneer de onderzoeksgroep van mening is dat er over deze banden voldoende informatie verzameld is, worden de banden van een volgend arts geobserveerd en geanalyseerd, om te zien wat de informatie over deze arts (en deze interaktiepatronen) kan bijdragen (of afdoet) aan de ontluikende theorie. Dit gaat door tot de groep van me-

* De video-banden hebben door deze keuze waarschijnlijk een uiterst select karakter Het is onbekend hoe select ze zijn en ook wat voor gevolgen dat heeft voor onze ideeën- en beeldvorming. In principe is dit in dit stadium van het onderzoek ook niet zo belangrijk; we zijn immers pas bezig met het ontwikkelen van begrippen en vraagstellingen. Problemen van representativiteit e.d. komen daarin nog niet zozeer aan de orde. Puur idiosynkratische zaken hopen we te kunnen opsporen door meerdere artsen te bekijken.

ning is dat er voorlopig voldoende informatie uit de video-banden is gedestilleerd en er behoefte ontstaat naar de huisarts zelf toe te stappen (waarbij immers de mogelijkheid bestaat de informatie niet alleen te verkrijgen via observatie, maar ook via gesprekken met de betreffende huisarts - bijvoorbeeld vragen over: waarom hij dát deed of vroeg op dát moment; vragen over de historie van de patiënt etc.)
De fase van observatie via video-banden wordt afgesloten met het opstellen van een check-list, waarop precies staat aangegeven waarop de onderzoekers bij de life observatie moeten letten en welke vragen ze daarbij aan de arts zouden kunnen stellen.
Daarnaast hopen we in deze fase te kunnen komen tot een betere afbakening van de begrippen die we (gaan) hanteren.

In het tweede stadium van de observatie-fase (de life-observatie in de spreekkamer van het aantal huisartsen*) vindt een systematische observatie plaats aan de hand van een in het vorige stadium opgestelde check-list. Om de informatie te komplementeren zullen ook regelmatig enige min of meer gestandaardiseerde vragen over de huisarts worden gesteld. Van de spreekuurgesprekken worden, waar mogelijk, geluidsbanden opgenomen zodat een analyse achteraf (onder andere als kontrole-middel) mogelijk is.

De gehele observatie-fase zal in een verslag worden verwerkt. Dit verslag zal moeten uitmonden in een aantal gerichte vraagstellingen voor het onderzoek en in een volledige definiëring van ons begrippenkader.
Aan de observatie-fase wordt gewerkt door twee medewerkers van het N.H.I. (t.w. Chris Bruins en Jozien Bensing) en een groep van zeven doktoraalstudenten psychologie, onder supervisie van twee medewerkers van het ICIP (t.w. Wim Zwanikken en Gert Vreugdenhil).

Ad. 2: Het literatuuronderzoek.
Parallel aan de observatie-fase loopt een literatuuronderzoek naar onderzoekingen en experimenten, betreffende de arts/patiënt-relatie. Aan dit onderzoek wordt gewerkt door twee doktoraalstudenten psychologie. Dit literatuuronderzoek is in eerste instantie bedoeld als ondersteuning van het gehele projekt, maar na voltooiing (± eind 1974) zal bekeken worden in hoeverre er op grond van dit literatuuronderzoek blijkt dat uit voorgaande onderzoekingen gerichte vraagstellingen ontwikkeld kunnen worden ten behoeve van ons [illegible] zoek.

* De verschillende huisartsen die wij voor de life-observati- [illegible] ben zijn allen aktieve N.H.G.-leden. Voor deze artsen geldt heza[illegible] wat we reeds bij de selektie van de video-banden hebben opgemerkt.

Ook kan dit literatuuronderzoek ons helpen bij de definitieve formulering van ons begrippenkader.

Ad. 3: Een diskussie met de bij het onderzoek betrokken groep van artsen.
Een derde bron van mogelijke vraagstellingen levert de diskussie met de bij het (hoofd)onderzoek betrokken groep van huisartsen.
Het idee hierachter is, dat huisartsen die aan een onderzoek deelnemen in staat moeten worden gesteld wanneer zij daar behoefte aan hebben, hun eigen vraagstellingen in te brengen. Bij de bespreking van de onderzoeksfase wordt hier nader op in gegaan.
Het plan is de groep huisartsen die aan het onderzoek mee wil werken speciaal voor dit doel een avond bij elkaar te roepen.

Resumerend:
Aan het eind van de voorfase heeft de onderzoeksgroep (als alles goed gaat) de beschikking over:
a: een ontwikkeld begrippenkader
b: een aantal gerichte vraagstellingen:
- ten behoeve van een eigen onderzoek naar de vraag:
  "waardoor en waartoe raakt een huisarts attent op de eventuele aanwezigheid van psycho-sociale problematiek en hoe verloopt verder het (psycho-sociale) diagnostiseringsproces?"
  (Welke deze zullen zijn is afhankelijk van de resultaten van de observatiefase en het literatuuronderzoek).
- ten behoeve van de individuele huisarts
  (welke deze zullen zijn is afhankelijk van de resultaten van de diskussie-avond).

5.6. De onderzoeksfase.
In de onderzoeksfase zullen een aantal pilot-studies (deelprojekten) worden gedaan ten behoeve van de vraag: "waardoor en waartoe raakt een huisarts attent op de eventuele aanwezigheid van psycho-sociale problematiek bij een patiënt en hoe verloopt verder het (psycho-sociale) diagnostiseringsproces?"
Hoe de onderzoeksfase er precies uit zal gaan zien wat betreft de opzet, de inhoud van de deelprojekten en het aantal daarvan is om een aantal redenen nu nog niet bekend. Uit een nadere analyse van deze drie bronnen van onzekerheid zal duidelijk worden waarom.

a: De onderzoeksopzet (zie ook het schema van blz. 15).
Zoals uit het schematische onderzoeksplan (blz. 15) blijkt, heeft de onderzoeksgroep gekozen voor een min of meer nauwe samenwerkingsrelatie tussen drie

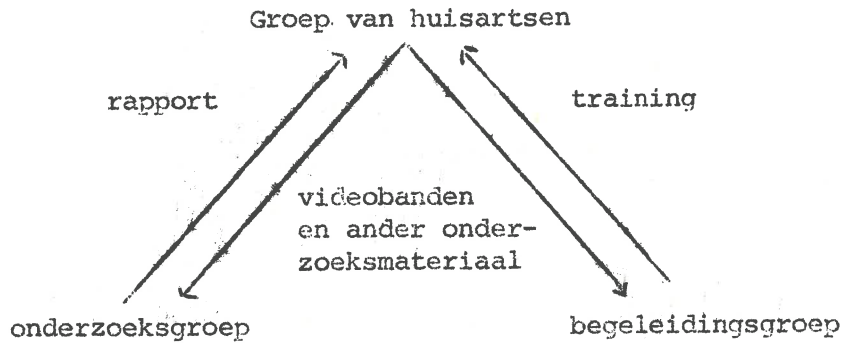
belanghebbende groeperingen: een groep huisartsen, een trainersgroep en de eigen onderzoeksgroep.
Het idee hierachter is, dat wij, als onderzoeksgroep een grote verscheidenheid aan onderzoeksmateriaal nodig zullen hebben (in de vorm van video-banden, interviews, zelfregistraties etc.) alsmede een vrij grote tijdsinvestering van de bij het onderzoek betrokken huisartsen. Dit kan alleen wanneer de artsen gemotiveerd zijn om aan het onderzoek deel te nemen. Volgens het kosten - baten principe zullen de artsen daarom in ruil voor het onderzoeksmateriaal en de geïnvesteerde tijd "iets terug moeten krijgen".
De onderzoeksgroep zelf kan in wezen niet veel méér geven dan een rapport waarin de resultaten van het onderzoek zijn weergegeven. De ervaring leert echter dat artsen, die bij de uitoefening van hun huisartsentaak uiteraard erg pragmatisch bezig zijn, weinig hebben aan een onderzoeksrapport waarin over het algemeen een ander begrippenkader wordt gehanteerd en waarin de konklusies op een wat abstrakter niveau worden getrokken. Een rapport alleen zal daarom niet voldoende zijn.
Het N.H.I. kan echter ook op een andere manier iets voor de deelnemende groep huisartsen "betekenen", n.l. door hen een training of een serie begeleidingsavonden aan te bieden. Deze training kan gedeeltelijk gebaseerd worden op hetzelfde onderzoeksmateriaal dat door de onderzoeksgroep verder wordt bewerkt (we denken hierbij met name aan video-banden van spreekuurgesprekken).
Op deze manier hebben alle drie de bij het onderzoek betrokken groeperingen baat bij de gekozen opzet:

- de onderzoeksgroep krijgt onderzoeksmateriaal in ruil voor een rapport en evt. een aantal hand- en spandiensten (op onderzoeksgebied) aan huisartsen en/of trainersgroep.
- de groep huisartsen krijgt - naast het onderzoeksrapport - een training/ een serie begeleidingsavonden aangeboden, in ruil voor onderzoeksmateriaal en tijd.
- de trainersgroep krijgt de mogelijkheid een experimentele training op te zetten (n.l. op basis van levend uitgangsmateriaal in de vorm van video-banden), alsmede een mogelijkheid om de training te evalueren (d.m.v. een voor- en nameting), in ruil voor een tiental trainingsavonden.

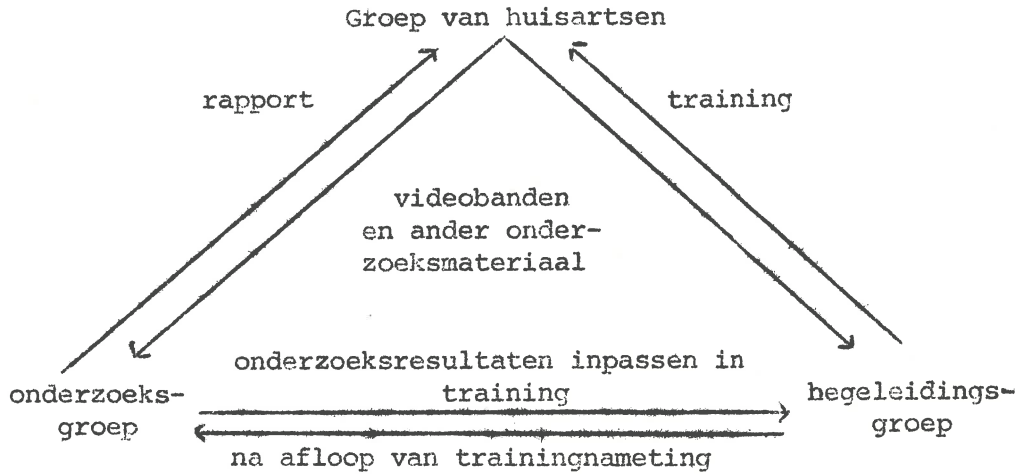
Hoe de samenwerkingsrelatie er precies uit zal gaan zien is momenteel nog in diskussie. Met name de relatie tussen de onderzoeksgroep en de trainersgroep moet in de betrokken groeperingen nog grondig worden overdacht en doorgesproken.
De samenwerkingsrelatie kan ruwweg variëren van : "beide groepen (d.w.z. onderzoeksgroep en trainersgroep) maken gedeeltelijk gebruik van hetzelfde uitgangsmateriaal, maar hebben verder niet met elkaar te maken" (A), tot: "de

trainersgroep baseert de training op onderzoeksresultaten, en de onderzoeksgroep werkt voor een groot deel ten dienste van de trainersgroep" (B). Daartussen zijn vele varianten mogelijk.

A.



B.



De resultaten van de diskussies die momenteel hierover in de verschillende groepen gevoerd worden zullen rond de jaarwisseling bekend zijn. Dan kan ook definitief gekozen worden voor een bepaalde procedure en kan deze keuze ook nader worden uitgewerkt. T.z.t. zal hierover verslag worden uitgebracht.
Voordat we iets gaan zeggen over de inhoud van de deelprojekten willen we nog even stilstaan bij wat de selektie van deze groep huisartsen betekent voor ons onderzoek.
Aangeschreven worden huisartsen in de regio Utrecht, die de afgelopen twee jaar een kursus van het N.H.I. (maar géén gesprekstraining) hebben gevolgd. Zij moeten in de regio Utrecht wonen omdat zij gedurende een tiental weken één avond in de week bij elkaar zullen moeten komen voor de training/begeleiding.
Wij hebben gekozen voor artsen die al ooit een kursus bij het N.H.I. hebben gevolgd omdat wij bij deze artsen een motivatie en een bereidheid vermoeden om iets extra's aan hun vak te willen doen. (Het gevolgd hebben van een ge-

sprekstraining zou misschien weer te veel interfereren met het onderzoek; daarom zijn deze artsen van het projekt uitgesloten.)
Al met al krijgt de onderzoeksgroep hiermee een zwaar geselekteerde groep van huisartsen. We zullen ons dan ook terdege moeten realiseren dat de resultaten van de diverse deelprojekten volstrekt niet generaliseerbaar zijn over "De Huisarts in Den Lande". Regelmatigheden in processen die zich afspelen bij een huisarts zijn alleen regelmatigheden voor déze individuele arts t.o.v. zijn patiënten. Regelmatigheden over deze groep zijn alleen regelmatigheden over deze groep van sterk gemotiveerde artsen. Generalisaties (het overbrengen van regelmatigheden naar andere groepen - van artsen of andere hulpverleners -) is pas mogelijk na verder onderzoek. Dit verdere onderzoek zal hoogstens vergemakkelijkt worden doordat procedures en instrumenten reeds zijn uitgetest. Deze beperking vormt geen erg groot bezwaar. Niet alleen is een generaliseerbaar onderzoek in dit stadium niet haalbaar (het idee van een randomsample van huisartsen die toch allen bereid zijn om ten behoeve van dit onderzoek tijd en onderzoeksmateriaal ter beschikking te stellen is geen realiteit), maar ook is het volstrekt niet nodig. We verwijzen hiervoor weer naar Glaser & Strauss (8) die expliciet stellen dat men bij de door ons gekozen onderzoeksvorm het beste kan starten met een vrij homogene groep, (zie ook blz. 8). Een selekte groep van huisartsen vormt daarom geen bezwaar zolang men zich maar terdege realiseert dat we te maken hebben met een uiterst selekte groepering.

b: <u>De inhoud</u>.
Binnen het algemene raamwerk van de vraagstelling "waardoor en waartoe raakt een huisarts attent op de eventuele aanwezigheid van psycho-sociale problematiek bij een patiënt, en hoe verloopt verder het diagnostiseringsproces?" zijn een aantal verschillende deelprojekten mogelijk. Voor een eerste aanduiding van mogelijke invullingen verwijzen wij naar rij A van het onderzoeksschema (konkreet ingevuld op blz. 9 en 10).
Wat de exacte inhoud van de diverse deelprojekten in dit eerste onderzoek zal zijn, is momenteel nog niet aan te geven. De vraagstellingen moeten immers in de voorfase nog ontwikkeld worden (door middel van observatie, literatuurstudie en diskussie - zie het schematische onderzoeksplan op blz. 15)!
Iedere voorspelling dienaangaande zou daarom een dermate tentatief karakter hebben dat wij gemeend hebben hiervan te moeten afzien.

c: <u>Het aantal deelprojekten</u>.
Hoeveel deelprojekten kunnen worden uitgevoerd is in eerste instantie afhankelijk van de beschikbare mankracht in de vorm van doktoraalstudenten psycholo-

gie of sociologie (die ten behoeve van hun studie een geheel deelprojekt op zich kunnen nemen) en werkstudenten (voor interview- en coderingswerkzaamheden).
Namens het N.H.I. werkt slechts één staflid full-time aan het projekt. Momenteel wordt aan het projekt (de voorfase) gewerkt door 7 doktoraalstudenten en 2 ICIP medewerkers. Of deze studenten (en zo ja, hoeveel studenten) ook aan het eigenlijke onderzoek mee zullen werken is op dit moment nog niet bekend. Daarnaast is het mogelijk dat er in januari een nieuwe toevloed van studenten komt. Een en ander is typisch ICIP-gebonden. Het N.H.I. kan hier weinig invloed op uitoefenen. Het is dus onmogelijk hierover nu reeds een voorspelling te doen.

Resumerend kunnen we stellen dat er ten aanzien van de onderzoeksfase drie bronnen van onzekerheid zijn aan te wijzen:
- hoe de onderzoeksopzet er uit zal zien;
- wat de inhoud zal worden van de diverse deelprojekten;
- hoeveel deelprojekten er in eerste instantie uitgevoerd zullen worden.

Het laat zich wel aanzien dat er op tamelijk korte termijn meer zekerheid t.a.v. deze aspekten zal bestaan.
Eind januari hopen wij te komen met een aanvullend verslag waarin de resultaten van de voorfase en van de vele onderlinge diskussies, vertaald zullen worden in termen van een konkrete onderzoeksopzet. In dit verslag zal dan verder niet worden ingegaan op de grote lijnen die in deze nota zijn weergegeven.

6. Aangehaalde literatuur.

1) "De psycholoog in de eerste lijn van de gezondheidszorg?"
(interne publikatie van het Nederlands Huisartsen Instituut over de geschiedenis van dit projekt).

2) Aakster, C.W.: "Een poging tot psycho-sociale diagnostiek"
(H&W, 1971/8, 296 - 302).

3) Balint, M.: "The doctor, his patient and the illness"
(London, 1957).

4) Bremer: "Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon".
(H&W 1972/1 blz. 1-7)

5) Buma, J.T.: "Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg".
(N.I.P.G., Leiden, 1959)

6) Cassee, E.: Naar de dokter".
(Boom - Meppel, 1973).

7) Es, J.C. van: "Probleempatiënten: beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker".
(Van Gorcum - Assen, 1967).

8) Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: "The discovery of grounded theory: strategies for qualitive research".
(Aldine Publishing Company, Chicago, 1967).

9) Hosman, C en Swarte, J.: "Aan het front van de psychische problematiek".
(Uitgegeven onder auspiciën van het N.C.G.V. te Utrecht).

10) van Lidt de Jeude: "De huisarts in de maalstroom der emoties".
(Stenfert Kroese - Leiden; 1971)

11) Oliemans: Morbiditeit in de huisartsenpraktijk.
(Stenfert Kroese - Leiden; 1969)

12) Querido, A.: "Inleiding tot een integrale geneeskunde".
(Stenfert Kroese - Leiden; 1955)

13) De Vries: "Gezin en hulpverlening in Dorp-bij-stad".

14) Weijel, J.A.: "Medische Psychologie".
(Bijleveld + Utrecht; 1961)

15) Winkler Prins, J.: "Huisarts en Patiënt"
(Academisch proefschrift - Amsterdam; 1966).