



**NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

VI

**KONSULTATIEPROJEKT**  
**EINDHOVEN**  
**interimrapport**

**jozien bensing**  
**hannie schut**  
**peter verhaak**

**voorjaar 1979**



## INHOUDSOPGAVE

|                      |  |          |
|----------------------|--|----------|
| <u>Hoofdstuk I</u>   | : Algemene inleiding   | pag. I-1 |
|                      | 1. Referentiekader   | I-1      |
|                      | 2. Het onderzoeksplan  | I-1      |
|                      | 3. Het interimrapport  | I-2      |
| <u>Hoofdstuk II</u>  | : Enige achtergronden van konsultatievragers en konsultatiegevers  |          |
|                      | 1. Inleiding   | II-1     |
|                      | 2. Inhoud van de vragenlijsten en interviews   | II-1     |
|                      | 3. Motieven en doelstellingen van de participanten   | II-2     |
|                      | 3.1. Inleiding   | II-2     |
|                      | 3.2. De huisartsen: motieven en doelen   | II-2     |
|                      | 3.3. De konsultatiegevers: motieven en doelen  | II-3     |
|                      | 3.4. De doelen van konsultatiegevers en -vragers vergeleken  | II-5     |
|                      | 4. Meningen van de konsultatievragers over hun eigen psychosociale hulpverlening                         | II-5     |
|                      | 5. Samenvatting  | II-7     |
| <u>Hoofdstuk III</u> | : Het waarnemen van psychosociale klachten   | III-1    |
|                      | 1. Inleiding   | III-1    |
|                      | 2. Theoretische vooronderstellingen  | III-1    |
|                      | 3. Het instrument  | III-3    |
|                      | 4. Resultaten bij de experimentele groep   | III-3    |
|                      | 5. Oordeel van de arts over klachten zoals dit tijdens de video-opnamen en het interview naar voren kwam | III-4    |
|                      | 6. Vergelijking experimentele groep-kontrole-groep   | III-5    |
|                      | 7. Samenvatting  | III-6    |
| <u>Hoofdstuk IV</u>  | : Het verwijsgedrag  | IV-1     |
|                      | 1. Inleiding   | IV-1     |
|                      | 2. Het materiaal   | IV-2     |
|                      | 3. Enkele theoretische vooronderstellingen   | IV-3     |
|                      | 4. De resultaten van de voormeting bij de experimentele groep.   | IV-4     |
|                      | 4.1. De verwijsindex per arts  | IV-5     |
|                      | 4.2. Het verwijsprofiel per arts   | IV-6     |
|                      | 5. De kontrolegroep  | IV-8     |
|                      | 6. Samenvatting en discussie   | IV-8     |
| <u>Hoofdstuk V</u>   | : Het voorschrijfgedrag  | V-1      |
|                      | 1. Inleiding   | V-1      |
|                      | 2. Het materiaal   | V-3      |
|                      | 2.1. Inleiding   | V-3      |
|                      | 2.2. Materiaalverzameling  | V-4      |
|                      | 2.3. Materiaalverwerking   | V-4      |
|                      | 2.4. Betrouwbaarheid van het materiaal   | V-5      |
|                      | 2.5. Samenvatting  | V-6      |
|                      | 3. De voorschrijfmaat  | V-6      |
|                      | 4. Resultaten experimentele groep  | V-7      |
|                      | 4.1. Inleiding   |          |
|                      | 4.2. De onderzoeksbaseline: het aantal verstrekkings per arts  | V-7      |
|                      | 4.3. Enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag  | V-9      |
|                      | 4.4. De achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht en het voorschrijfgedrag.                             | V-10     |



|   |           |
|---|-----------|
| 4.5. Het voorschrijfprofiel voor de non-psychofarmaca   | pag. V-10 |
| 4.6. Psychofarmaca nader bekeken: nog een voorschrijfprofiel  | V-11      |
| 4.7. Samenvatting   |           |
| 5. Resultaten controlegroep   | V-14      |
| 5.1. Inleiding  | V-14      |
| 5.2. Baseline van de controlegroep  | V-14      |
| 5.3. Enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag   | V-15      |
| 5.4. Achtergrondvariabelen: leeftijd en geslacht  | V-16      |
| 5.5. Het voorschrijfprofiel voor de non-psychofarmaca   | V-16      |
| 5.6. Psychofarmaca nader bekeken: nog een voorschrijfprofiel  | V-17      |
| 5.7. Samenvatting en discussie  | V-18      |
| 6. Samenvatting   | V-19      |
| <u>Hoofdstuk VI</u> : Het spreekkamer gedrag van de arts  | VI-1      |
| 1. Inleiding  | VI-1      |
| 2. Systematische observatie als onderzoeksmethode: de methodologische status van dit onderzoek            | VI-1      |
| 3. Waar kijken we naar? Verwachtingen en theoretische vooronderstellingen                                 | VI-3      |
| 3.1. Inleiding  | VI-3      |
| 3.2. De verwachtingen van de artsen ten aanzien van de werking van het consultatieproject                 | VI-3      |
| 3.3. Enkele theoretische vooronderstellingen  | VI-4      |
| 4. Het materiaal: verwerving en verwerking  | VI-7      |
| 5. Resultaten: een eerste profielschets van de artsen op basis van hun eigen verwachtingen                | VI-8      |
| 6. Psychosociale hulpverlening: een analyse van de formele gesprekskenmerken                              | VI-12     |
| 6.1. Inleiding  | VI-12     |
| 6.2. De objektieve ruimte voor de patiënt   | VI-12     |
| 6.3. De subjektieve of psychische ruimte voor de patiënt  | VI-17     |
| 6.4. De ruimte voor de patiënt in proces- termen  | VI-19     |
| 6.5. De ruimte voor de patiënt in termen van zijn inbreng/invloed in het consult                          | VI-19     |
| 6.6. Slotbeschouwing  | VI-22     |
| <u>Hoofdstuk VII</u> : Slotbeschouwing  | VII-1     |
| 1. Inleiding  | VII-1     |
| 2. Het funktioneren van de consultatievragende huisartsen ten tijde van de voormeting                     | VII-1     |
| 3. Mogelijke veranderingen in de psychosociale hulpverlening door de huisarts ten gevolge van consultatie | VII-3     |
| 4. Controlemechanismen  | VII-5     |

## BIJLAGEN

### Literatuurlijst



## I ALGEMENE INLEIDING

1. Referentiekader

Het hierna volgende interimrapport bevat een beschrijving van de voormeting welke heeft plaatsgevonden in het kader van een evaluatieonderzoek Konsultatieproject Eindhoven.

Over de voorgeschiedenis van dit projekt kan ondermeer worden opgemerkt dat het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 9 februari 1977 subsidie heeft verleend aan de Philips Medische Dienst (P.M.D.) en de Rijkspsychiatrische Inrichting (R.P.I.) ten behoeve van een konsultatieproject, waarbij medewerkers van de R.P.I. konsultatie geven aan huisartsen van de P.M.D. Eén der elementen van het projekt dat in de subsidietoekenning nadrukkelijk werd genoemd en door de deelnemende instellingen steeds werd benaderd, betreft de wetenschappelijke evaluatie van de te entameren activiteiten. Namens P.M.D. en R.P.I. heeft de projektleider (C.P.Schouwstra) het N.H.I. benaderd met het verzoek deze taak op zich te nemen. De inhoud van het projekt (deskundigheidsbevordering van de eerste lijn) en de gedachten die reeds in een Conceptnota waren geformuleerd over opzet en vraagstellingen van het onderzoek, sloten zo duidelijk aan op de belangstelling en het werkterrein van het N.H.I. en haar projektgroep "Psychosociale Hulpverlening in de Eerstelijns gezondheidszorg" dat vrij spoedig overeenstemming kon worden bereikt inzake het uit te voeren onderzoek, dat op 1 juli 1977 daadwerkelijk startte.

2. Het onderzoeksplan.

De eerste activiteit van het onderzoeksteam bestond uit het samenstellen van een onderzoeksvoorstel. We zijn daarbij uitgegaan van het bij de subsidieaanvraag reeds geformuleerde onderzoeksplan (conceptnota konsultatieproject, maart 1976). Na een grondige bestudering van konsultatieliteratuur is vervolgens een definitief onderzoeksvoorstel geconcipieerd, dat in haar opzet en meetmethoden deels als het evenbeeld en deels als een verdere uitwerking van het SPEECH-onderzoek \*) kan worden beschouwd. In beide onderzoeken ligt het aksent bij het meten van veranderingen in het funktioneren van huisartsen op psychosociaal gebied op grond van een experimentele, deskundigheidsbevorderend geachte situatie (in ons geval: konsultatie vanuit de 2e lijn van de geestelijke gezondheidszorg). En bij beide onderzoeken wordt ernaar gestreefd deze veranderingen niet enkel te meten op normatief en kognitief niveau (waar konsultatie als overlegsituatie immers eerder aangrijpingspunten voor verandering kan vinden), maar tevens en vooral op gedragsmatig niveau. Het eindhovense evaluatieonderzoek onderscheidt zich van SPEECH in die zin, dat er hier meer mogelijkheden tot het inbouwen van kontrolemechanismen aanwezig zijn omdat een andere groep huisartsen van de P.M.D. zich bereid heeft verklaard de belangrijkste metingen ook bij hen te laten verrichten.

Het onderzoeksdesign ziet er derhalve als volgt uit:

|            | KONSULTATIE |                          |
|------------|-------------|--------------------------|
| VOORMETING |             | NAMETING                 |
| E          | _____       | E' (experimentele groep) |
| K          | _____       | K' (kontrolegroep)       |

\* In het eveneens door het N.H.I. uitgevoerde SPEECH-onderzoek is nagegaan in hoeverre het funktioneren van elf huisartsen wordt beïnvloed door samenwerking met een vooral therapeutisch werkend psycholoog. (Vergelijk Evaluatieonderzoek SPEECH, eindrapportage, 1979).





De onderzoeksdoelen zijn (a) nagaan of er bij de experimentele groep in de nameting veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van de voormeting welke zich niet bij de -niet in de konsultatie participerende- controle-groep voordoen, en (b) proberen te specificeren welke konsultatie-elementen verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor (het ontbreken van) veranderingen bij de experimentele groep. En hiermee hebben we meteen in grote lijnen aangegeven welke variabelen onderzocht gaan worden:

- het funktionieren der huisartsen (met name wanneer het gaat om psychosociale problematiek;
- de konsultatiesituatie

Over het funktionieren van de huisartsen moeten in voor- en nameting gegevens verzameld worden om na te gaan of er na verloop van tijd überhaupt gesproken van worden van veranderingen; over de konsultatiesituatie moet informatie voorhanden zijn om het mogelijk te maken een interpretatiekader te scheppen waarbinnen die eventuele veranderingen verklaard kunnen worden.

Aan het funktionieren van de huisartsen op psychosociaal terrein worden in het onderzoek een aantal - elkaar niet uitsluitende - aspecten onderscheiden:

- a. het signaleren van psychosociale problematiek
- b. het omgaan met psychosociale problematiek. Deze categorie laat zich onder verdelen in:
  - verwijzen
  - medikamenteuze behandeling
  - gespreksmatige behandeling

De voor- en nameting omvat al deze aspecten. In de deelonderzoeken "het waarnemen van psychosociale klachten", "verwijsgedrag", "voorschrijfgedrag" en "het spreekkamergedrag", komen de gedragsmetingen aan bod; deze metingen vinden zoveel mogelijk plaats via instrumenten waar de arts zelf weinig invloed op heeft: registratie en video-opnames. Daarnaast is via interviews/vragenlijsten achtergrondinformatie verzameld over bijvoorbeeld de aanloop tot het projekt en over bij de deelnemers levende normen en kognities met betrekking tot de psychosociale hulpverlening.

De tweede groep variabelen betreft de konsultatiesituatie. Om de konditie waaronder eventuele veranderingen bij de huisarts plaatsvinden, goed in beeld te krijgen, wordt het verloop van het konsultatieproces naar vorm en inhoud nauwgezet gevolgd: er wordt van iedere zitting een uitgebreid verslag gemaakt dat door de deelnemers wordt geautoriseerd en er worden via de artsen gegevens verzameld rondom de door hen ingebrachte casussen.

### 3. Het interimrapport

Aangezien over min of meer pragmatische aspecten van het verloop van de verschillende deelonderzoeken reeds is gerapporteerd in de periodiek verschijnende voortgangsverslagen \*), kan dit interimrapport volledig worden gewijd aan de inhoudelijke kanten van de evaluatie.

\* Vergelijk: Voortgangsverslag van het konsultatieprojekt Eindhoven over de periode 1 mei 1977 - 1 november 1977 (het eerste half jaar), d.d. 3 november 1977.

Verslag van de proefperiode van het konsultatieprojekt Eindhoven, (1 december 1977 - 1 maart 1978) d.d. 20 februari 1978.  
Derde voortgangsverslag van het konsultatieprojekt Eindhoven; rapportage over de eerste helft van de experimentele periode: 1 maart 1978 - 1 september 1978, d.d. 11 september 1978.



Nadat in hoofdstuk II is geschetst met welke oogmerken konsultatievragers en -gevers in het projekt zijn gaan participeren, zullen de opzet, resultaten en konklusies van de voormetingen der verschillende deelonderzoeken worden besproken.

Hoofdstuk III behandelt de manier waarop de artsen de klachten die op hun spreekuur naar voren komen, beoordelen op de dimensie somatisch-psycho-sociaal (deelonderzoek "het waarnemen van psychosociale klachten").

In het volgende hoofdstuk (IV) worden de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van het verwijsgedrag der artsen onder de loep genomen (deelonderzoek "ver verwijsgedrag"), terwijl we daarna (V) bespreken hoe de artsen medikamenteus reageren op de klachten van hun patiënten (deelonderzoek "het voorschrijfgedrag") \*).

Dan volgt een hoofdstuk (VI) over het konkrete hulpverleningsgedrag van de huisartsen in hun spreekkamer zoals dat op video-banden van een willekeurig ochtendspreekuur naar voren komt (deelonderzoek "het spreekkamer-gedrag van de artsen"). Ter afronding is een slotbeschouwing (VII) opgenomen waarin wordt ingegaan op de relaties tussen de verschillende deelonderzoeken, op mogelijke veranderingen in het funktioneren der artsen ten gevolge van konsultatie en op het fenomeen "kontrolegroep".

\* Een woord van dank voor de heer van Beek en de computerafdeling van de P.M.D. is hier zeker op zijn plaats. De adviezen en de manier waarop het materiaal gereed gemaakt is voor computerverwerking zijn voor beide deelonderzoeken van grote waarde.



## II ENIGE ACHTERGRONDEN VAN KONSULTATIEVRAGERS EN KONSULTATIEGEVERS

1. Inleiding

In dit hoofdstuk is informatie opgenomen die in de voormeting met behulp van vragenlijsten en interviews is verzameld. Zoals in de algemene inleiding duidelijk is geworden centreert het gehele evaluatie-onderzoek zich rond twee thema's: het konsultatieproces en het functioneren van de deelnemende huisartsen. Beide thema's worden op feitelijk niveau onderzocht, maar daarnaast is ook geprobeerd om met behulp van interviews en vragenlijsten de couleur locale van het konsultatiegebeuren vast te leggen en om de ideeën der projektdeelnemers over het functioneren als huisarts op het spoor te komen.

In dit gedeelte van het interimrapport zullen we vooral aandacht besteden aan de vraag vanuit welke optiek de huisartsen en medewerkers van het RPI-polikliniekteam in het konsultatieprojekt zijn gaan participeren (3): waarom is men gaan meedoen met het konsultatieprojekt en wat hoopte men er mee te bereiken?

In paragraaf 3 staan we stil bij de manier waarop de konsultatievragende huisartsen bij aanvang van het projekt tegen hun eigen psychosociale hulpverlening aankeken. De beschrijving hiervan zal kort gehouden worden omdat deze informatie met name verzameld is ter aanvulling op de iets hadere gegevens uit de in de volgende hoofdstukken gepresenteerde deelonderzoeken en er ook aldaar aandacht aan zal worden besteed.

Tot slot volgt nog een resumé (5).

We gaan nu echter eerst even in op de inhoud van de vragenlijsten en interviews (2).

2. Inhoud van de vragenlijsten en interviews.

Met behulp van de vragenlijsten en interviews is over een veelheid aan onderwerpen informatie verzameld \*

Over de aanloop tot het konsultatieprojekt wilden we graag weten wat de oorspronkelijke motieven van de participanten waren om tot deelname over te gaan en wat zij bij de start van het projekt met hun deelname in gang hoopten te zetten, c.q. te bereiken. Tevens is geïnformeerd naar hun verwachtingen over de veranderingen die na afloop van het projekt in het hulpverleningsgedrag van de huisarts gerealiseerd zullen zijn. Deze onderwerpen zijn behandeld omdat de standpunten van de deelnemers hierover waarschijnlijk van invloed zullen zijn op het konsultatiegebeuren en derhalve ook op de te verwachten veranderingen ten gevolge van konsultatie.

Bij de vragen over het psychosociale hulpverleningsgedrag door de huisartsen zijn de meningen gepeild over de taak als huisarts op psychosociaal gebied (normen), terwijl tevens de ideeën over het daadwerkelijk hulpverleningsgedrag van de participanten op dat terrein werden besproken (kognities) en werd vastgelegd hoe de huisartsen het ervoeren om psychosociale hulp te verlenen (waardeert men het positief/negatief; vindt men het makkelijk/moeilijk?). Daarbij zijn zowel de denkbelden van de afzonderlijke huisartsen als de groepsnorm en de ideeën die naar de mening van de huisartsen in hun praktijkgroep leefden aan de orde gekomen.

Zoals duidelijk zal zijn is er op een vrij uitgebreide schaal informatie verzameld. Dit is op twee tijdstippen gebeurd, te weten bij de start van het projekt en na afloop van de proefperiode, omdat op een aantal vraagstellingen (bijvoorbeeld over te verwachten veranderingen bij de huisartsen ten gevolge van konsultatie) ons inziens pas zinvol kon worden gereageerd als men reeds enige ervaring met konsultatie had opgedaan.

\* Voor de exacte vraagstellingen wordt verwezen naar de bijlage bij het onderzoeksvorstel.



### 3. Motieven en doelstellingen van de participanten

#### 3.1. Inleiding

In de literatuur over consultatie kan men vele verschillende doelen aantreffen: beter functioneren van de hulpverlener, communicatieverbetering tussen het eerste en tweede echelon, versterking van de eerste lijn, idealiter een afname van psychosociale problemen ten gevolge van mede door consultatie op gang gebrachte maatschappelijke veranderingen, etc. etc. De gemeenschappelijke elementen in de alom gegeven omschrijvingen hebben de onderzoekers in hun onderzoeksvorstel voor het Consultatieproject Eindhoven samengevat tot een meer algemene formulering: "consultatie heeft tot doel het functioneren van de eerstelijns hulpverlener te verbeteren en wel zodanig dat hij in de toekomst soortgelijke problemen als waarvoor hij consultatie heeft gevraagd, beter en efficiënter zelfstandig kan oplossen". En men kan in grote lijnen stellen dat de initiatiefnemers van het project met de activiteit consultatie "verbetering van de psychosociale hulpverlening door de eerste lijn aan het cliënt-systeem" wilden werkstelligen.

De her en der geformuleerde consultatiedoelen zijn natuurlijk allemaal heel mooi en aardig, maar we moeten wel rekening houden met de mogelijkheid dat de uiteindelijke participanten aan het eindhovense consultatieproject er persoonlijk heel andere of extra doelen op na houden dan consultatiedeskundigen, -onderzoekers of -initiatiefnemers. En het is tevens aannemelijk dat de feitelijke kennismaking met consultatie oorspronkelijke doelen van de deelnemers wijzigt of nuanceert.

Omdat we aannemen dat de doelen die de deelnemers voor zichzelf stellen, van invloed zullen zijn op het consultatiegebeuren en de mogelijkheden tot verandering ten gevolge van consultatie, zullen we er hier enige aandacht aan besteden. Daarbij zal ook worden gelet op wijzigingen of nuanceringen, welke na een kennismaking met consultatie zijn opgetreden.

#### 3.2. De huisartsen: motieven en doelen.

Wanneer we bekijken waarom de zes huisartsen van de P.M.D. oorspronkelijk in het project zijn gaan participeren, treffen we drie stromingen aan:

- twee artsen stelden: we willen dat ook onze praktijkgroep gelegenheid krijgt tot verdere vorming. Het is toevallig consultatie geworden;
- twee artsen wilden hun eigen functioneren bij psychosociale problematiek verbeteren, en
- de resterende twee artsen zagen consultatie niet zo zitten, maar deden toch maar mee.

Oorspronkelijk wilden dus slechts twee van de zes consultatievragers in het project gaan participeren om redenen die overeenkomst vertonen met de geijkte oogmerken van "mental health consultation" en met de doelstellingen van de initiatiefnemers \*).

Men heeft echter sindsdien de voorbereiding voor het consultatieproject voortgezet en afgerond, een consultatietraining gevolgd en een half jaar proefgedraaid met het echte consulteren: gelegenheid te over om een nieuwe of enigszins gewijzigde kijk op het gehele gebeuren te ontwikkelen. Wanneer we deze bij de start van de experimentele periode levende doelen onder de loep nemen, valt op dat beide eerstgenoemde artsen in de loop van de tijd wél doelen hebben ontwikkeld die inhoudelijk aan consultatie gerelateerd zijn en dat zij deze doelen ook een hoge prioriteit geven.

\*Een situatie die overigens ook bij andere consultatieprojecten voorkwam, maar daar op het verdere verloop geen negatieve uitwerking bleek te hebben.





Eén arts die oorspronkelijk slechts deelnam om de solidariteit met zijn kollega's niet te verbreken, is in de loop der tijd veel belang gaan hechten aan de onderlinge herkenning (en de morele steun die daaruit voortvloeit) en de onderlinge toetsing.

De kennismaking met konsultatie heeft dus inderdaad de ideeën van de konsultatievragende huisartsen verder toegespitst, zodat het de moeite waard is om op enkele doelstellingen die in verband met de nameting en de andere deelonderzoeken van extra belang zijn of duidelijk in het oog springen, iets verder in te gaan:

- een viertal artsen koppelt konsultatie aan veranderingen in het eigen hulpverleningsgedrag op psychosociaal vlak. Men denkt daarbij aan een toename van de sensitiviteit voor de aanwezigheid van mogelijke psychosociale factoren bij het klachtenpatroon van de patiënt. Voor het overige worden echter nauwelijks kwantitatieve veranderingen nagestreefd; men wil veeleer de áárd van de geboden hulp veranderen: meer vaardigheid in het benaderen van patiënten, meer gedragsalternatieven, een betere aanpak bij het zich richten op de zelfwerkzaamheid van de patiënten, e.d.
- de onderlinge herkenning is voor het merendeel der artsen een belangrijke faktor in hun waardering van het konsultatiegebeuren. Zo kunnen enerzijds nieuwe ideeën voor een aanpak worden opgedaan en anderzijds kan het als een steun in de rug worden ervaren als blijkt dat kollega's dezelfde problemen ervaren en ongeveer op gelijke wijze handelen;
- het versterken van de relaties met de R.P.I.-polikliniek dan wel met andere hulpverleners is voor de huisartsen geen of slechts een ondergeschikt konsultatiedoel; dit in tegenstelling tot hetgeen veel auteurs en konsultatiegevers de laatste jaren als doel opvoeren.

Nu aldus enige doelen die de huisartsen met konsultatie voor ogen hebben, zijn geïnspekteerd, kunnen we nagaan wat de konsultatiegevers zoal met konsultatie willen bereiken of in gang zetten.

### 3.3. De konsultatiegevers: motieven en doelen.

Voor een goed begrip van de opvattingen der konsultatiegevers is het dienstig om eerst een korte karakterisering van hen te geven en te beschrijven welke taak zij op psychosociaal vlak voor de huisarts zien weggelegd. De psychiater gebruikt in zijn denken over psychosociale problematiek een psycho-analytisch referentiekader, maar meent dat hij door het lezen van allerlei boeken, het volgen van een aantal opleidingen en kontakten met andere hulpverleners ook wel andere invalshoeken gebruikt.

Sprekend over de taak van de huisarts op psychosociaal vlak, wordt gesteld dat deze een generalist moet zijn die een brede visie heeft en zoveel mogelijk gebieden bestrijkt. Van primair belang daarvoor is zijn kennis over de patiënt, zijn gezin, zijn werk, zijn woonomgeving en dergelijke. Wanneer een patiënt binnenkomt, zou de huisarts dit gehele arsenaal aan kennis gereed moeten hebben en hieruit volgt automatisch als minimum-eis dat hij altijd hoort te signaleren wanneer er psychosociale problemen spelen, en dat hij deze problemen in de kontekst van zijn achtergrondinformatie hoort te plaatsen.

De maatschappelijk werker hanteert een systeemtheoretische benadering waaraan de door hem gedurende één jaar gevolgde nascholing op het gebied van de gezinstherapie waarschijnlijk ook niet geheel vreemd zal zijn. Filosoferend over de term "psychosociaal" gebruikt deze konsultatiegever vooral het begrip "omgeving": mensen hebben problemen of konflikten met hun omgeving engrijpen somatische klachten aan om hun problemen te legaliseren.

Een huisarts zou die omgeving (in elk geval het gezin) dan ook moeten kennen en heeft in die zin op psychosociaal vlak een ruime taak: hij dient bijna alle problemen te signaleren en ook meestal voor de intake te zorgen, aldus luidt de minimumeis.



De psycholoog \*) is gedragstherapeut en hanteert een gemodificeerde en uitgewerkte versie van de Skinneriaanse ideeën over de totstandkoming van gedrag. De sociale kontekst waar men in leeft is in zijn konseptie belangrijk: gedrag bestaat namelijk uit de interacties van een individu met zijn omgeving en is in die zin altijd psychosociaal; het gaat immers om zelfhandhaving.

Deze ideeën spelen ook door in de opvatting over de taak van de huisarts; het is in eerste instantie niet belangrijk wat hij wel of niet doet. Het is belangrijker dat hij zich kan handhaven, zijn relaties met de patiënt weet te hanteren zonder zich te laten manipuleren, maar óók zonder hem kwijt te raken. Kwantitatieve minimumeisen aangaande het behandelen van patiënten met psychosociale problematiek worden door de psycholoog dan ook niet gesteld; het gaat hem veeleer om het algehele functioneren van de huisarts, hetgeen uiteindelijk eventueel gevolgen heeft voor zijn psychosociale hulpverlening.

Deze drie visies klinken door wanneer we de aandacht verplaatsen naar de motieven en doelen der konsultatiegevers. Aanvankelijk wilden de psychiater en maatschappelijk werker middels konsultatie samenwerking met de eerste lijn bevorderen, waarbij ze in de eerste plaats dachten aan de vorm en inhoud van de verwijsrelatie tussen de huisartsen en de R.P.I.-polikliniek.

De psycholoog ging deelnemen om de huisartsen enigszins wegwijs te maken in de (gedrags)psychologie en ze en passant een aantal elementaire begrippen bij te brengen waar ze in hun dagelijkse werk iets mee konden.

Na afloop van de proefperiode hebben ook de leden van het polikliniekteam gespecificeerd verwoord welke doelen zij met behulp van konsultatie nastreven. Men blijkt dan - overeenkomstig de boven geformuleerde taakstellingen - aan de beoogde verbetering van het psychosociale hulpverleningsgedrag van de huisarts verschillende invullingen te geven.

- Zo beoogt de psycholoog geen kwantitatieve veranderingen. Hij heeft inhoudelijke doelen waarbij hij het hulpverleningsgedrag wil koppelen aan de eigen taakstellingen der huisartsen: het verkrijgen van duidelijkheid ten aanzien van de eigen en andermans verantwoordelijkheden acht hij namelijk een thema dat bij alle mogelijke soorten interventies van toepassing is.
- De psychiater streeft een kwantitatieve toename van signaleren, exploreren en voeren van gesprekken bij psychosociale problemen na, waarbij de intakes ook integraler van karakter zouden moeten worden. Tevens hoopt hij het voorschrijven van psychofarmaca en het uitvoeren van psychosociale verwijzingen te verminderen; de kwaliteit van de verwijzing zou daarnaast moeten verbeteren onder invloed van konsultatie.
- De maatschappelijk werker hoopt in het algemeen het hulpverleningsgedrag meer uit het medisch model te lichten en ook de kwaliteit ervan te verbeteren. Kwantitatief hoopt hij minimaal een toename van de sensitiviteit voor psychosociale (aspecten van) klachten te bereiken.

Daarnaast kan nog worden opgemerkt dat de psychiater en maatschappelijk werker konsultatie ook na afloop van de proefperiode nog steeds zien als een middel om de relaties met de eerste lijn te verbeteren. Voor het overige zijn de processen die men met konsultatie in gang wil zetten, c.q.

\* In de loop van 1978 heeft de psycholoog zijn werkzaamheden binnen de R.P.I.-polikliniek beëindigd. Het konsultatie-gevend team is kort daarop uitgebreid met een gezinstherapeut en een psycholoog-gedragstherapeut.



de doelen die men wil bereiken voor elke konsultatiegever uniek \*).

#### 3.4. De doelen van konsultatiegevers en -vragers vergeleken.

In het voorgaande zijn nogal wat variaties aangetroffen: de participanten zitten qua konsultatiedoelen niet bepaald op één lijn. We willen wat dat betreft over een drietal punten nog enige opmerkingen maken.

De relatie tussen hulpverleners uit verschillende echelons, welke door de huisartsen niet of nauwelijks voor verbetering door middel van konsultatie vatbaar wordt geacht, had en heeft als konsultatiedoel bij het polikliniek-team van de R.P.I. toch wel een hogere prioriteit. Een en ander betekent niet dat de huisartsen vinden dat de samenwerking in de gezondheidszorg al redelijk optimaal verloopt, maar veeleer - zo blijkt uit hun opmerkingen - da zij een konsultatieprojekt nu niet als de meest geëigende remedie tegen relatieperikelen tussen werkers in de gezondheidszorg ervaren. De konsultatiegevende psychiater en maatschappelijk werker kijken hier echter veel hoopvoller tegenaan.

Een ander verschil in opinie betreft de taxering van het belang van "het feest der herkenning" dat in groepsgewijze konsultatie kan plaatsvinden. Het lering trekken uit elkaars werkprobleem en het ervaren van een steuntje in de rug doordat gemerkt wordt dat ook kollega's met iets herkenbaars vast zitten of daar op hun manier mee proberen om te gaan, is voor de artsen in de loop van het projekt een vrij belangrijk doel op zich geworden. Van de konsultatiegevers meent alleen de psychiater dat de onderlinge herkenning een belangrijk konsultatiedoel vormt.

Wijzigingen in het psychosociale hulpverleningsgedrag tenslotte staan bij alle konsultatiegevers en drie van de zes huisartsen bovenaan het konsultatieverlanglijstje (twee artsen streven dit helemaal niet na!). Een toename in het signaleren van aanwezige problematiek is daarbij vrijwel ieders wens, maar verdere gewenste veranderingen in de hulpverlening variëren nogal.

We kunnen op zijn hoogst konkluderen dat kwantitatieve oogmerken (wensen om bijvoorbeeld minder vaak psychofarmaca voor te schrijven) in de minderheid zijn en dat men veeleer spekuelt op inhoudelijke wijzigingen. Hoe die beoogde veranderingen er echter uit zouden moeten zien, verschilt per persoon.

#### 4. Meninge van de konsultatievragers over hun eigen psychosociale hulpverlening.

Zoals in de inleiding reeds is aangestipt worden de meninge van de huisartsen over hoe ze zich naar hun idee eigenlijk horen te gedragen (hun taakopvatting) over hun taxatie van het daadwerkelijk hulpverleningsgedrag (hun kognitie), over de gevoelens die de psychosociale hulpverlening bij hen oproept en over de veranderingen die zij in hun psychosociale hulpverlening voorzien ten gevolge van konsultatie, door ons met name gebruikt als achtergrondinformatie bij de gegevens over het waarnemen van psychosociale klachten, het verwijsgedrag, het voorschrijfgedrag en het gespreksgedrag in de spreekkamer: aspecten van het hulpverleningsgedrag die in de hiernavolgende hoofdstukken van deze nota met behulp van hardere gegevens uiteengerfeld zullen worden.

\* Deze zelfde uniciteit treffen we overigens aan bij de veranderingen in het hulpverleningsgedrag die men onder invloed van konsultatie verwacht. De enige gelijklopende taxatie betreft een toename (in plaats van afname, zoals door de initiatiefnemers werd verwacht) in het aantal psychosociale verwijzingen. Mogelijk heeft dit te maken met het element dat de konsultatiegevers bindt: zij werken allen in een hoger echelon dat voor een groot deel vanuit huisartsenpraktijken wordt gevoed en menen derhalve dat deze schakel - waar ze allen veel ervaringen mee hebben - door hun konsultatie-activiteiten zal worden beïnvloed.



Het is dan ook niet de bedoeling dat in deze paragraaf uit en te na wordt gerapporteerd over de verschillende meningen van de huisartsen, die overigens voor een eventuele nadere bestudering schematisch in bijlage I zijn opgenomen. We willen wel een aantal hoofdlijnen kort aanduiden.

De meningen die de konsultatievragers bij de start van het projekt hebben uitgesproken, brengen een zekere scheiding aan het licht tussen de reeds langer praktiserende artsen 3 en 6 enerzijds en hun vier kollega's anderzijds. Eerstgenoemden - de twee artsen die konsultatie oorspronkelijk ook niet zo zagen zitten; vergelijk 3.2. - geven met zoveel woorden te kennen dat ze een eigen hulpverleningsstijl hebben ontwikkeld die zeker niet te kort doet aan en soms zelfs een "toegift" is op hun eigen taakopvatting en waarmee ze zelf tevreden zijn. De betrokken artsen streven dan ook geen verandering na en verwachten evenmin dat het konsultatieprojekt een feitelijke verandering in hun funktioneren bij psychosociale problematiek te weeg zal brengen.

De andere vier konsultatievragers, die allen korter praktiseren, verwoorden wél meerdere malen dat hun taakopvatting en hun kognitie over hoe feitelijk wordt gehandeld, niet geheel met elkaar stroken. Meestal is dat gebrek aan evenwicht van dien aard dat gesteld kan worden dat ze hun eigen norm niet halen. Deze diskrepanctie heeft er nog niet toe geleid dat ze hun normen lager zijn gaan stellen dan wel het eigen hulpverleningsgedrag meer overeenkomstig hun taakopvatting zijn gaan taxeren. De suggestie dringt zich op dat deze artsen - die ook in de opbouwjaren van hun P.M.D.-praktijk verkeren - enige inkonsistenties als onderdeel van een groeifase aksepteren. Dit idee van langzaam groeien in een vak, gebrek aan evenwicht voorlopig voor lief nemend maar wél in de hoop dat uiteindelijk evenwicht wordt bereikt, wordt versterkt door de konsultatiedoelen die de betreffende artsen hebben verwoord - zie 3.2. - en het feit dat zij wel voorzien dat hun psychosociaal hulpverleningsgedrag na afloop van het konsultatieprojekt veranderd zal zijn. Deze artsen lijken al met al meer gemotiveerd tot verandering in hun gedrag.

In het kader van dit overzicht willen we ook nog een blik werpen op de aard van de veranderingen in het psychosociale hulpverleningsgedrag die door een aantal konsultatievragers worden verwacht.

Deze huisartsen voorzien de minste wijzingen - zowel kwantitatief als gevoelsmatig - op het vlak van psychofarmaca voorschrijven en psychosociale verwijzingen uitvoeren. Zij betrekken konsultatie veel direkter op het gebeuren binnen de spreekkamer, waarbij voornoemde gedragsvormen min of meer onbelangrijke bijverschijnselen lijken te zijn.

Het gedrag op de thuisbasis en de gevoelens die dat oproept zullen volgens de konsultatievragers niet onaangetaast blijven. Op gevoelsmatig vlak voorspelt men dat eventuele negatieve, onprettige bijsmaken zullen verdwijnen. Of de psychosociale hulpverlening ook minder moeite zal gaan kosten, wordt verschillend ingeschat.

Qua gedrag voorzien een aantal artsen een toename in de intakefrequentie. Het zwaartepunt van de veranderingen zal echter op de inhoud gericht zijn: voor zover dit nog niet zo vaak gebeurde zal men zich meer gaan richten op de eigen verantwoordelijkheden en zelfwerkzaamheid van de patiënt, de gesprekken zullen vaker inzichtbevordering bewerkstellingen; en de artsen die reeds pogingen in die richting ondernemen, zullen zich in hun gesprekken nog meer gaan toeleggen op gedragsverandering.

We konkluderen dan ook dat deze huisartsen konsultatie niet zien als een instrument ter beheersing van de medische konsumptie. Het wordt veeleer beschouwd als een methode die de artsen in staat stelt om psychosociale hulp te kunnen bieden op een manier die voor hen zelf minder negatief geladen is en om de inhoud van de gesprekken met patiënten meer diepgang te geven.





## 5. Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we konsultatiegevers en -vragers gevolgd in hun aanloop tot het projekt en is ook op een beperkt aantal punten besproken hoe de konsultatievragende huisartsen tijdens de voormeting dachten over hun psychosociale hulpverlening. De hiervoor benodigde informatie is verzameld met behulp van interviews en vragenlijsten: meetinstrumenten die de onderzochten in staat stellen hun eigen kleuring aan informatie te geven. In paragraaf 3.3. zagen we dat de manier waarop de konsultatiegevers tegen het gehele projekt aankijken sterk wordt gekleurd door ieders discipline en theoretisch referentiekader (psycho-analytisch, systeemtheoretisch en gedragsanalytisch). Men heeft een verschillende visie op de psychosociale taak van de huisarts, heeft met konsultatie verschillende doelen voor ogen en verwacht ook dat het projekt verschillende veranderingen bij de huisartsen teweeg zal brengen. Een en ander impliceert voor het evaluatie-onderzoek dat niet gesproken mag worden over "de" invloed van het konsultatiegevende team.

Bij de zes artsen was na enige ervaring met konsultatie iets meer overeenstemming te bespeuren. Voor wat betreft de wijzigingen in het psychosociale hulpverleningsgedrag (kernthema van het evaluatieonderzoek en opgesplitst in de verschillende deelonderzoeken) bleek twee stromingen aanwijsbaar. Een viertal artsen hoopt met konsultatie een verandering in het eigen functioneren op gang te brengen en verwacht ook dat dat na afloop van het projekt al merkbaar zal zijn, met name aan de kwaliteit van hun hulpverlening; twee artsen zeggen veranderingen noch na te streven noch te voorzien. Afgaande op de artsverwachtingen zullen bij de kwantitatieve output-variabelen die de resterende hoofdstukken aan bod komen, dus nauwelijks veranderingen merkbaar zijn.

Hierna volgde een beschouwing over de taakopvatting van de konsultatievragers en de manier waarop zij huns inziens bij aanvang van het projekt functioneerden. Ook hier troffen we de tweedeling in de huisartsengroep aan.

Bij artsen die veranderingen in het eigen functioneren niet beoogden en niet verwachtten, bleken de taakstelling en de cognitie over het eigen functioneren grosso modo op één lijn te zitten. De andere vier konsultatiegevers taxeerden dat hun hulpverleningsgedrag op meerdere punten niet tegemoet komt aan hun eigen normen dienaangaande. Wanneer dit in het raam van hun konsultatiedoelen en -verwachtingen wordt geïnterpreteerd lijken zij meer gemotiveerd tot veranderingen in hun psychosociale hulpverleningsgedrag dan beide eerstgenoemde artsen.



## III HET WAARNEMEN VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN

1. Inleiding

Een der variabelen waarvan de ontwikkeling gedurende de evaluatie van het konsultatieprojekt bestudeerd wordt is de mate waarin de artsen psychische klachten waarnemen. Informatie hieromtrent wordt ondermeer verkregen middels de gehouden interviews, informatie die door de artsen is gegeven tijdens de video-opnamen en op de derde plaats met behulp van een hiervoor ontworpen beoordelingsschaal. Het is met name dit laatste instrument dat we in dit hoofdstuk willen bespreken.

Alvorens tot de bespreking van het instrument en de resultaten ervan over te gaan, willen we eerst enige aandacht besteden aan de theoretische vooronderstellingen die we hebben, wanneer we spreken over waarnemen van psychische klachten door de arts. Waar staat een dergelijk begrip voor en welke relevantie heeft het voor het evaluatieonderzoek dat we doen. Vervolgens zullen een aantal andere zaken aan de orde komen: we geven een beschrijving van de beoordelingsschaal die werd gebruikt en de wijze waarop de artsen deze invulden. Daarna volgt een analyse van de gegevens welke gedurende de voormeting bij de zes artsen in de Willemstraat werden verkregen. Getracht zal worden aan te geven in welke mate er sprake is van verschillen tussen de artsen. Vervolgens zullen we nagaan hoe deze resultaten zich verhouden tot de resultaten van de video-opnames en het interview.

Tot slot zullen we een vergelijking maken tussen deze (experimentele) groep artsen en twee andere groepen artsen.

2. Theoretische vooronderstellingen

Het vóórkomen van psychosociale klachten is een veel bestudeerd fenomeen. Veelvuldig is het aantal schattingen dat gemaakt is van het percentage klachten dat psychosociaal genoemd wordt. De uitkomsten van deze schattingen lopen sterk uiteen.

Wanneer we een groot aantal onderzoeken op één hoop gooien \*), treffen we een verscheidenheid in percentage psychosociale problematiek aan, die uiteenloopt van 10% tot 68% van alle konsulten, opnames, e.d. (dit laatste al naar gelang de opzet van het onderzoek).

Deze grote verscheidenheid laat zich niet verklaren door ziekenhuispatiënten en huisartskonsulten te scheiden. Ook is er niet zonder meer sprake van een tijdsgeest: publikaties van voor de tweede wereldoorlog geven soms een hogere schatting dan vrij recente onderzoeken.

Wel laat zich een onderscheid maken naar de mate waarin het objekt van bestudering (psychosociale klachten) nauwkeuriger omschreven is; studies die deze en andere klachten in een categorieënsysteem onder brengen en de arts zo elk konsult of iets dergelijks laten kategoriseren komen tot lagere schattingen dan studies waarin de arts per konsult aangeeft dat er (ook) psychosociale achtergronden zijn. Een dergelijk onderscheid neemt echter lang niet alle variantie weg.

\* Binnenkort hoopt de N.H.I.-projektgroep psychosociale hulpverlening een publikatie expliciet aan deze materie te wijden, waarin genoemd onderzoek uitgebreid besproken en becommentarieerd wordt. De in deze paragraaf weergegeven gedachtengang is in zijn geheel aan deze publikatie i.s.n. ontleend.



Welke betekenis moet nu aan dit soort onderzoek worden toegekend? Aan de hand van een beschouwing over deze vraag, willen we proberen te komen tot een betekenis-toekenning aan ons deelonderzoek.

Een punt van kritiek op veel van het genoemde onderzoek is de impliciete aanname dat psychosociale klachten een materieel gegeven zijn, dat zich als zodanig in de natuur bevindt en dat zich door nijver speurwerk aan het oog van de onderzoeker ontrolt.

Dat ziekte in het algemeen en psychosociale klachten in het bijzonder geen zonder meer door de natuur gegeven entiteiten zijn, maar afhankelijk van de "bril" van de arts, de patiënt, de onderzoeker of welke waarnemer dan ook, is een vrij algemeen aanvaarde stelling binnen de medische sociologie en -psychologie. Het is een stelling die nauw aansluit bij ontwikkelingen uit de waarnemingspsychologie.

Er zijn talloze voorbeelden aan te voeren van het verschijnsel dat de mens ziet wat hij verwacht te zien, redeneert binnen bepaalde kaders en zodoende tot van te voren vaststaande uitkomsten komt. Binnen de waarnemingspsychologie weet men dat mensen niet passief waarnemen. Mensen zijn daarentegen zeer actief bezig om hun sensaties te selekteren en om te vormen binnen reeds bekende kaders; zij merken sommige - voor minder erop gerichtte personen niet waarneembare - sensaties zeer snel op, terwijl ze andere stimuli die "objektief" goed waarneembaar zijn, doch niet binnen het verwachtingspatroon passen, niet of geheel vervormd zien.

Zo ook de arts die oordeelt of, en zo ja, welke psychosociale aspecten een rol spelen bij de beoordeling van de klacht. Een situatie die ons inziens vergeleken kan worden met die van de proefpersoon in waarnemings-experimenten, die een onduidelijke stimulus moet duiden waarbij de uitkomst behalve door de stimulus evenzeer door de proefpersoon bepaald wordt.

Voor de theorie, dat het waarnemen van psychische problematiek op een consistente wijze per arts varieert, vinden we in reeds verricht onderzoek enige bevestigingen.

Het bleek namelijk dat artsen die werden gevraagd om van elke patiënt gedurende 10 dagen aan te geven of de klacht(en) somatisch was of psychisch, ieder op zich erg consistent scoorden. Tussen artsen bedroegen de verschillen soms 40%, bij één arts gedurende 10 dagen gekeken was het verschil tussen de hoogste en de laagste score vaak niet meer dan 15%

*Het was dus een aan de arts te koppelen kenmerk.*

Verder veranderde in dat onderzoek waarin de samenwerking huisarts-psycholoog bestudeerd werd, het percentage waargenomen niet-somatische klachten naarmate de arts langer met een psycholoog samenwerkte: vrijwel alle artsen gingen in de loop van de tijd meer niet-somatische aspecten zien.

*Het was dus een kenmerk dat onder invloed van samenwerking met een psycholoog op langere termijn bleek te veranderen.*

Resumerend hebben we daarom de volgende vooronderstellingen in ons achterhoofd:

- de uitkomsten van dit onderzoek zeggen iets over de arts en niet alleen over een klachtenpatroon;
- dit artsenkenmerk is niet louter aan toeval gebonden (namelijk de dag waarop je toevallig kijkt) maar is een karakteristiek voor die arts die echter wel in de loop van de tijd beïnvloed kan worden door kennisgeving met nieuwe hulpverleners en ideeën, verandering van beeldvorming e.d.



### 3. Het instrument

Uitgaande van de in de vorige paragraaf uiteengezette vooronderstellingen, wilden we in dit onderzoek dus nagaan of het oordeel over het al dan niet somatisch zijn van klachten gezien kon worden als een karakteristiek van de artsen in de Willemstraat die veranderde onder invloed van consultatie. Dit geschiedde op de volgende wijze:

Aan de artsen werd gevraagd om elk konsult dat ze gedurende een aantal dagen hadden, te beoordelen op de volgende vijfpuntsschaal:

1. ik ben van mening dat deze klacht of dit klachtentotaal puur somatisch is;
2. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer somatische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
3. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer evenveel somatische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
4. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psychosociale dan somatische aspecten een bijdrage leveren;
5. ik ben van mening dat het totaal van deze klachten puur psychosociaal is.

Aan de artsen in de Willemstraat en aan de controlegroep werd gevraagd gedurende 10 dagen elk konsult op deze 5-puntsschaal te turven. Tevens werd van elke dag aangegeven of dit een normale praktijkdag betrof; indien dit niet het geval was werd de reden opgegeven. Abnormale praktijkdagen wegens een overmaat aan waarnemingen, middagen met uitsluitend pil-konsulten, dagen met 10 konsulten of minder werden buiten de analyse gehouden. Naast dit bijhouden van de beoordelingsschaal gedurende 10 dagen werd ook gedurende de drie uur durende video-opnamen (een ander onderzoek in het kader van de evaluatie) elk konsult op deze vijf-puntsschaal beoordeeld.

Deze meting geschiedt tweemaal: in de voormeting en in de nameting.

De verwachtingen omtrent de resultaten zijn als volgt:

- elke arts op zich moet gedurende de 10 dagen van de voor- of nameting vrij consistent skoren; differentiatie tussen artsen moet groter zijn zijn dan binnen één arts;
- in de nameting moeten de artsen meer klachten als niet somatisch beoordelen dan in de voormeting.

### 4. Resultaten bij de experimentele groep

We zullen nu de resultaten van de voormeting bij de experimentele groep in ogenschouw nemen. In grafiek 1 van de tweede bijlage staat voor deze 6 artsen in procenten weergegeven in welke mate de oordelen "1" (zuiver somatisch) tot en met "5" (zuiver psychosociaal) gedurende 10 dagen voorkwamen.

Wanneer we letten op het aandeel dat het oordeel "puur somatisch" heeft bij de diverse artsen onderscheiden we duidelijk twee groepen.

Artsen 2 en 6 beoordelen relatief weinig klachten als "puur somatisch" (respektievelijk 33% en 35% van alle klachten), terwijl de overige artsen relatief veel klachten als zodanig beoordelen (variërend van 52% tot 60%).

Onderling kan in beide groepen niet van significante verschillen gesproken worden, terwijl de artsen uit de ene groep allen significant van die uit de andere groep verschillen.





Ook wanneer we alle vijf de oordelen in onze beschouwing betrekken, en een gemiddeld oordeel berekenen (waarbij we het oordeel "puur somatisch" een gewicht 1 toekennen, "meer somatisch dan psychisch" een gewicht 2, etc.) zien we dat de artsen 2 en 6 minder somatisch oordelen dan de rest (respektievelijk 2.44 en 2.39 tegenover 1.82, 1.85, 1.69 en 2.13).

*Samenvattend: gelet op alle oordelen die gedurende deze 10 dagen werden vastgelegd onderscheiden we bij deze voormeting twee groepen artsen, waarbij de ene groep meer klachten als puur somatisch beoordeelt dan de ander.*

Tot nu toe hebben we alleen de tien daagse peilingen in hun totaliteit bekeken. Het is echter ook van belang de uitkomst per dag te bekijken. Wanneer elke arts wel eens 80% van de klachten puur somatisch noemt en ook wel eens tot slechts 20% puur somatische klachten komt, zijn de totaalverschillen tussen de artsen min of meer terug te voeren op de toevallig gekozen meetdagen; op 10 andere dagen zou men heel anders scoren. Met andere woorden, wil een verschil tussen artsen passen in het idee van een artskenmerk dan moet elke arts van dag tot dag een zekere consistentie vertonen: verschillen binnen één arts gedurende 10 dagen moeten kleiner zijn dan verschillen tussen artsen. Inspekteren we daartoe de volgende tabel (1), waarin we per dag de percentages puur somatisch beoordeelde klachten van elke arts weergeven:

| arts \ dag | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 38 | 26 | 46 | 56 | 55 | 38 |
| 2          | 43 | 46 | 61 | 71 | 55 | 39 |
| 3          | 53 | 46 | 50 | 54 | 63 | 22 |
| 4          | 65 | 25 | 60 | 71 | 63 | 33 |
| 5          | 55 | 26 | 58 | 50 | 45 | 24 |
| 6          | 56 | 32 | 61 | 62 | 62 | 44 |
| 7          |    | 42 | 54 | 59 | 58 | 22 |
| 8          |    | 38 | 58 | 58 | 55 | 34 |
| 9          |    | 21 | 56 | -  | -  | 54 |
| 10         |    | -  | 59 | -  | -  | 38 |

Tabel 1.: Percentage klachten dat 6 artsen als puur somatisch beoordeelden, gedurende maximaal 10 dagen.

We zien dat verschillen tussen de zes artsen groter zijn dan binnen een arts. Wanneer we dan ook over zes artsen en zes à tien dagen de verhouding berekenen tussen de variantie binnen een arts en die tussen de artsen, dan levert dit een F-ratio op van 18.4. Dit wil zeggen dat de scores binnen één arts homogener zijn dan tussen artsen; vooral het verschil tussen artsen 2 en 6 enerzijds en de overige vier anderzijds zal hiertoe bijgedragen hebben.

##### 5. Oordeel van de arts over klachten zoals dit tijdens de video-opnamen en het interview naar voren kwam.

Naast de hierboven behandelde resultaten van de oordelen die de artsen gedurende 10 dagen gaven over de klachten die naar voren werden gebracht, hielden ze dit ook bij tijdens de video-opnamen. In tabel 2. staan deze oordelen weergegeven, met daarachter tussen haakjes de overeenkomstige getallen die met behulp van de 10-daagse peiling zijn verkregen.



| arts<br>oordeel | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                 | %       | %       | %       | %       | %       | %       |
| 1               | 18 (52) | 35 (33) | 38 (57) | 28 (69) | 36 (59) | 39 (39) |
| 2               | 18 (23) | 35 (27) | 14 (16) | 34 (26) | 32 (10) | 7 (30)  |
| 3               | 30 (18) | 18 (14) | 38 (16) | 25 (5)  | 9 (9)   | 17 (10) |
| 4               | 33 (17) | 6 (16)  | - (8)   | 6 (6)   | 9 (10)  | 25 (12) |
| 5               | - (1)   | 6 (11)  | 10 (3)  | 6 (4)   | 14 (15) | 12 (13) |
| N =             | 27      | 18      | 26      | 32      | 22      | 42      |

Tabel 2.: Oordeel van de arts met betrekking tot konsulten die op videotape werden opgenomen (tussen haakjes de overeenkomstige percentages gedurende de 10 daagse peiling) in procenten.

Uit bovenstaande tabel leren we in een oogopslag dat de twee artsen die gedurende de 10-daagse peiling laag scoorden (i.e. weinig puur somatische klachten waarnamen) tijdens de video-opnamen dienovereenkomstig scoorden. De overige vier toonden echter een duidelijke afwijking in die zin dat ze meer puur somatische klachten waarnamen over de langere periode van 10 dagen dan op de ene dag dat de video-opnames plaatsvinden. In drie van de vier gevallen lag dit verschil beneden de toevalsgrens van 5% (artsen 1, 4 en 5). In alle vier de gevallen was het oordeel "puur somatisch" lager tijdens de video-opnames dan op welke willekeurige peilingsdag ook. Misschien moet dit afwijkende resultaat aan de bijzondere omstandigheden van de video-opnames worden toegeschreven. Men is meer bewust gespitst op het gebeuren in de praktijk en moet van elke patiënt een uitgebreider formulier invullen. Weliswaar wordt de vraag met betrekking tot het oordeel over de klacht in exact dezelfde termen gesteld, maar ieder geval op zich springt er toch meer uit.

Gezien de consistente manier waarop de vier betreffende artsen op een aantal dagen hoger skoren wat betreft het aantal puur somatisch beoordeelde klachten, moeten we aannemen dat tijdens de video-opnames met dit meetinstrument niet enkel het waarnemen van psychosociale klachten in algemene zin is gemeten, maar bijvoorbeeld ook de momentane invloed van de gehele video-situatie. Veranderingen in skore bij de nameting op de algemene, gedurende 10 dagen gemeten oordeelsmaat, lijkt meer te zeggen over een veranderde perceptie van psychosociale klachten dan veranderingen in het oordeel bij de video-opnamen.

Ook in het interview dat voor het begin van de konsultatiezittingen bij alle artsen werd afgenomen, werd gevraagd een schatting te maken van de proportie niet puur somatische klachten. Dit werd aangegeven in intervallen van 20%: 0 - 20% niet puur somatisch; 20 - 40% niet puur somatisch, etc. Vier van de zes artsen gaven in het interview een oordeel aan dat overeenkwam met het percentage niet puur somatische klachten dat ze gedurende 10 dagen waarnemen. Eén arts schatte in het interview het aantal psychische klachten enigszins hoger, terwijl de laatste uit het gezelschap het aandeel van de psychische klachten op het totale klachtenaanbod juist onderschatte.

#### 6. Vergelijking experimentele groep - controlegroep

Zoals reeds eerder in dit interimrapport uiteengezet, worden diverse metingen niet alleen gedaan bij de groep artsen die konsultatie kreeg, maar ook bij een controlegroep. Deze vier artsen beoordeelden gedurende 10 dagen eveneens alle konsulten op de 5-puntsschaal; de resultaten hiervan



zijn weergegeven in grafiek 2 van bijlage 2.

De verschillen tussen de artsen in de controlegroep zijn groter dan die tussen de artsen in de experimentele groep. Behalve de combinatie van artsen 9 en 10 verschillen ze alle vier dan ook onderling significant. Evenals de experimentele groep bleek ook hier bij variantieanalyse de variantie binnen één arts veel kleiner dan de variantie tussen artsen. Wanneer we de controlegroep als geheel tegen de experimentele groep afzetten blijkt eerstgenoemde iets minder puur somatische klachten waar te nemen dan de experimentele groep (41% versus 49%).

De antwoorden van de controlegroep-artsen op de vraag in het interview, betreffende het voorkomen van psychosociale klachten, sloot grotendeels aan bij de resultaten die in grafiek 2 staan weergegeven. Arts 9 zei iets minder (ook) psychosociale klachten te zien (20 à 40%) dan feitelijk het geval was (55%). In hun geheel zijn de antwoorden van de controlegroep weer erg gespreid (arts 7: 40 à 60%, art 8: 80 à 100%, arts 9: 20 à 40%, arts 10: 60 à 80%). Gemiddeld geeft de controlegroep weer aan iets meer psychosociale klachten te ontmoeten dan de experimentele groep (60% versus 53%). De spreiding bij de controlegroep komt wel aardig overeen met die in de experimentele groep: beide groepen bevatten hoger en lager scorende artsen, zodat een verandering binnen de experimentele groep afgezet kan worden tegen al dan geen verandering binnen de controlegroep.

Vergelijking met een groep artsen uit Capelle aan de IJssel laat zien dat de artsen uit de experimentele en controlegroep als groep beschouwd iets meer psychosociale klachten waarnemen dan deze Capelse groep in eerste instantie.

## 7. Samenvatting

In dit hoofdstuk is gerapporteerd over het deelonderzoek "waarnemen van psychosociale klachten". In een theoretische inleiding werd naar voren gebracht dat deze waarneming opgevat moet worden als een artsenkenmerk dat in een konsultatie-experiment veranderd zou kunnen worden. Hiertoe wordt deze waarneming vóór en na de experimentele konsultatie gemeten. Bovendien gebeurt dit op dezelfde tijdstippen bij een controlegroep die geen konsultatie krijgt.

Na een beschrijving van onderzoeksinstrument- en opzet werd weergegeven wat de resultaten van deze voormeting waren bij de experimentele groep. Onder andere werd ingegaan op de interne consistentie van deze gegevens per arts en op de verschillen die voor de start van het konsultatiegeven in dit opzicht tussen de diverse artsen bestonden. Daarna werden deze resultaten vergeleken met de mate waarin de artsen psychosociale klachten waarnamen blijkens twee andere deelonderzoeken.

Tenslotte werden de resultaten van deze voormeting vergeleken met de uitkomsten van dezelfde metingen bij een controlegroep. Hoewel deze groep in geringe mate verschilde van de experimentele groep was de spreiding van beide groepen toch zodanig dat veranderingen bij de nameting goed te interpreteren zouden zijn.



IV HET VERWIJSGEDRAG \*)1. Inleiding.

De oorspronkelijke motivatie van de oprichters van het konsultatieproject was tweeledig van aard: enerzijds waren de huisartsen niet tevreden over hun eigen funktioneren op het gebied van de psychosociale hulpverlening, anderzijds waren zowel de P.M.D. als de R.P.I. van mening dat de relatie tussen de eerste en tweede lijn dringend verbetering behoeft. Het deelonderzoek "verwijzen" richt zich met name op deze tweede doelstelling (waarbij de relatie tussen de eerste en tweede lijn wel ruimer wordt opgevat dan enkel de relatie tussen de P.M.D. en de R.P.I.).

*In het onderzoek wordt nagegaan of en zo ja, op welke wijze het verwijsgedrag van de huisartsen verandert onder invloed van het konsultatieproject.*

Vanaf het begin van het projekt hebben de initiatiefnemers expliciete verwachtingen gehad ten aanzien van de invloed van de konsultatie op het verwijsgedrag van de artsen. Zo werden in de eerste (konsept)-nota over het konsultatieprojekt o.a. de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. verschuiving van een deel van 2e en 3e lijns geestelijke gezondheidszorg naar het eerste echelon;
2. andere (betere) verwijzingen, zo mogelijk minder verwijzingen naar de tweede lijn;
3. verbeteren van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Met deze uitspraken worden geen opzienbarende dingen gezegd. Het past allemaal wel in de tijdgeest van de huidige gezondheidszorg: vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is het goed dat de patiënten zo lang mogelijk uit de tweede lijn van de gezondheidszorg worden gehouden. En ook voor het welzijn van de individuele patiënt lijkt dit in veel gevallen het beste te zijn, zeker oneigenlijke verwijzingen zouden zoveel mogelijk voorkomen moeten worden.

Er worden echter ook andere geluiden gehoord. In de interviews die aan het begin van het konsultatieprojekt en aan het einde van de proefperiode met de projektdeelnemers zijn gehouden, is o.a. geïnformeerd naar de individuele doelstellingen en verwachtingen ten aanzien van veranderingen in het funktioneren van de huisartsen onder invloed van het konsultatieprojekt. Ook het verwijsgedrag van de artsen is daarbij aan de orde gesteld. De huisartsen bleken noch ten tijde van de opzet van het projekt, noch na afloop van de proefperiode met behulp van konsultatie een proces op gang te willen zetten waarin gestreefd wordt naar kwantitatieve veranderingen in hun verwijsgedrag. Eén arts geeft wel te kennen dat hij hoopt dat oneigenlijke verwijzingen naar somatische specialismen op den duur gaan afnemen. En dit is ook de enige arts die verwacht dat het aantal daarheen uitgevoerde psychosociale verwijzingen bij afloop van het konsultatieprojekt veranderd zal zijn; hij voorziet echter geen afname, maar juist een toename in het aantal verwijzingen. De andere artsen verwachten geen wijzigingen in hun gebruik van de psychosociale verwijsmogelijkheden. Alhoewel de konsultatievragers dus weinig kwantitatieve wijzigingen voorzien, geldt dit niet voor de konsultatiegevers; zij verwachten allen een toename in het aantal psychosociale verwijzingen waar volgens twee konsultatiegevers met name de

\* Dit hoofdstuk is in feite de samenvatting van een uitgebreide nota over het verwijsgedrag van de P.M.D.-artsen, die als N.H.I. rapport verschenen is. In deze nota zijn met name de theoretische achtergronden van het verwijsgedrag verder uitgewerkt. En ook over de feitelijke gegevens ("het verwijsprofiel") wordt in deze nota meer achtergrondinformatie verstrekt. Voor geïnteresseerden is het rapport bij het N.H.I. verkrijgbaar.





R.P.I. in de belangstelling zal staan.

Al met al mogen we dus wel konstateren dat er weinig duidelijkheid is in wat we nu *precies* moeten verwachten van de invloed van consultatie op het verwijsgedrag van de deelnemende artsen.

Dit maakt een onderzoek naar (veranderingen in) het verwijsgedrag van de aan het experiment deelnemende artsen echter niet minder interessant. Te vaak wordt er bij de start van experimenten in de eerste lijn geschermd met de stelling "versterking van de eerste lijn houdt mensen uit de tweede lijn" ("en werkt daarom kostenbeperkend"). Het consultatieproject Eindhoven biedt een mooie gelegenheid om deze uitspraak op haar waarde te toetsen (uiteraard binnen de grenzen van het consultatieproject).

## 2. Het materiaal.

Het materiaal voor het verwijsonderzoek is verzameld door de artsen zelf op formulieren hun verwijzingen te laten registreren. Alle verwijzingen \*) van patiënten die lid waren van het Philips Ziekenfonds kwamen in principe voor een dergelijke registratie in aanmerking. En in totaal zijn er op deze manier ook erg veel verwijzingen geregistreerd: in totaal hebben de artsen uit de experimentele groep tijdens de vier maanden van de voormeting 2858 verwijzingen op een dergelijk formulier genoteerd.

Het feit dat de registratie door de artsen zelf gebeurde, zonder dat de onderzoekers daar direkt controle op konden uitoefenen, roept vraagtekens op met betrekking tot de betrouwbaarheid van het onderzoeksmateriaal. Wij hebben daarom op twee manieren achteraf het materiaal gecontroleerd:

- a. door het aantal verwijzingen per week gedurende een aantal maanden achtereenvolgend te bekijken, kan worden vastgesteld of er zoiets als "registratiemoedigheid" optrad (hierbij wordt de betrouwbaarheid opgevat als de stabiliteit van het meetinstrument);
- b. door de verwijzingen naar de medische specialisten te vergelijken met de hiermee korresponderende LISZ-gegevens \*\*), kon de hoogte van het verwijscijfer worden gecontroleerd.

Na deze controles bleek dat bij de meeste artsen van de experimentele groep de betrouwbaarheid van het onderzoeksmateriaal goed genoemd mag worden. Alleen bij arts 2 bleken met name de verwijzingen die niet op zijn eigen initiatief plaatsvonden (de verzoeken om verwijsskaarten voor de oogarts, de herhaalkaarten, e.d.) onbetrouwbaar geregistreerd te zijn. Het materiaal van arts 2 is dan ook verder niet in de analyse betrokken.

\* Onder een verwijzing wordt in dit onderzoek verstaan: *iedere handeling waarmee de arts (tijdelijk, en slechts voor de klachten waarvoor die handeling is bedoeld) de zorg voor en verantwoordelijkheid over de patiënt overdraagt aan een andere hulpverlener*. Binnen deze definitie vallen dus niet alleen de verwijzingen naar de medische specialisten, maar óók de verwijzingen naar de paramedische beroepen, psychosociaal hulpverlener, e.d. Buiten deze definitie vallen alle vormen van contact tussen de huisarts en andere hulpverleners, waar de patiënt niet aan de ander wordt overgedragen, maar waar de arts zelf (een deel van) de behandeling blijft doen (zoals bij consultatie of ko-therapie het geval is). Buiten de definitie vallen ook de verwijzingen naar het laboratorium, e.d. waar het niet de bedoeling is dat de behandeling door een andere hulpverlener wordt overgenomen, maar die enkel dienen om de arts te ondersteunen in de eigen behandeling.

\*\* Aangezien de LISZ-gegevens enkel op jaarbasis en met een vertraging van één jaar geleverd konden worden, is een volledige vergelijking niet mogelijk. We hebben daarom uitgaande van een zekere konstantheid van het verwijscijfer, deze gegevens omgerekend tot jaargegevens.



Uit het voorgaande mogen we konkluderen dat de hoogte van het verwijscijfer en daarmee de kwantiteit van het verwijsgedrag bij de experimentele artsen betrouwbaar vast te stellen is. We komen daar in de volgende paragraaf op terug. We zijn echter niet alleen in de kwantitatieve aspecten van het verwijsgedrag geïnteresseerd, maar ook wel degelijk in een aantal kwalitatieve aspecten. Daarom zijn op het verwijlsformulier enkele vragen \*) opgenomen die door de arts en deels door zijn assistente bij iedere verwijzing werden ingevuld. Deze vragen betreffen:

- a. de achtergrondgegevens van de verwezen patiënt (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm);
- b. de hulpverlener of hulpverlenende instantie waarnaar verwezen werd;
- c. het initiatief tot de verwijzingen (teneinde de verwijzingen te kunnen splitsen in verwijzingen die beschouwd mogen worden als een beslissing van de huisarts en verwijzingen die buiten de directe invloedssfeer van de arts liggen);
- d. het motief tot de verwijzingen (waarbij grofweg als klassifikatie gehanteerd werd: "verwijzingen ter diagnose, verwijzingen ter therapie en verwijzingen omdat de arts geen andere oplossing meer weet");
- e. het oordeel over de aard van de klacht waarvoor de verwijzing bedoeld is op de dimensie somatisch-psykosociaal (waarvoor dezelfde 5-puntschaal gebruikt werd als in het deelonderzoek "waarnemen van psychosociale klachten").

Op deze manier kon een genuanceerd beeld worden opgebouwd van het verwijlsprofiel van de Eindhovense artsen.

Maar voor we dat doen willen we eerst even stilstaan bij de theoretische vooronderstellingen die aan dit verwijsonderzoek ten grondslag liggen en de verwachtingen die op grond daarvan kunnen worden uitgesproken ten aanzien van mogelijke veranderingen in het verwijsgedrag van de deelnemende artsen.

### 3. Enkele theoretische vooronderstellingen.

De vragen en antwoordcategorieën van het verwijlsregistratieformulier zijn niet zomaar uit de lucht komen vallen. De meeste zijn ontleend aan de veelheid van literatuur op het gebied van het verwijsonderzoek die de laatste jaren verschenen is, en waarvan in de uitgebreide versie van deze rapportage ook een overzicht wordt gegeven.

De gestelde vragen hadden als gemeenschappelijk doel: differentiaties aan te brengen in het verwijsgedrag, waardoor eventuele veranderingen in dat gedrag, voortkomend uit het konsultatieproject, gemakkelijker op te sporen zouden zijn. De gedachtengang hierachter is dat veranderingen in de ene soort verwijzingen steeds waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de komplementaire categorie(en). Zo zijn in het konsultatieproject (vergelijk ook pagina IV-1).

1. veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de huisartsen waarschijnlijker dan veranderingen in verwijzingen die buiten de directe invloedssfeer van de arts liggen.
2. veranderingen in de verwijzingen naar de R.P.I.-polikliniek waarschijnlijker dan veranderingen in verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties.
3. veranderingen in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners of hulpverlenende instanties waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar somatische hulpverleners;
4. veranderingen in de verwijzingen met als motivatie: een vastgelopen arts-patiëntrelatie waarschijnlijker dan veranderingen in de overige typen van verwijzingen;
5. veranderingen in de verwijzingen met een psychosociale indicatie waar-

\* Vergelijk voor een exacte omschrijving van de vragen en de antwoordcategorieën het verwijlsformulier in de bijlage bij het onderzoeksvoorstel.



schijnlijker dan veranderingen in verwijzingen op louter somatische indicatie.

Deze uitspraken kunnen we allemaal rechtstreeks ontleen aan de aard (opzet en inhoud) van het konsultatieproject. De verwachtingen zoals die door de projektdeelnemers zelf zijn geformuleerd voegen nog een uitspraak aan het bovenstaande toe:

6. waarschijnlijk zullen er minder "oneigenlijke" verwijzingen plaatsvinden (er zullen bijvoorbeeld minder cliënten met psychosociale aandoeeningen terecht komen bij de somatische specialisten).

In deze uitspraak gebruiken we de term "minder" (die we bij de eerste vijf uitspraken ook vermeden hebben) enigszins met huiver. Aan de uitspraak ligt namelijk de impliciete vooronderstelling ten grondslag dat het konsultatieproject enkel en alleen invloed heeft op het verwijsgedrag, of tenminste dat invloeden op andere onderdelen van het huisartsengedrag de invloed van het projekt op het verwijsgedrag niet verstoren. We weten dat deze gedachtengang te simpel is. Uit ander N.H.I.-onderzoek \*) is gebleken dat artsen, in nauw contact gebracht met een psychosociaal hulpverlener, als eerste reactie een toenemende sensitiviteit voor psychosociale problemen vertonen; oftewel: het aanbod aan psychosociale problemen zoals dat door de huisarts wordt gepercipieerd neemt toe. In een dergelijk situatie is het heel wel denkbaar dat de artsen juist méér in plaats van minder gaan verwijzen (hij ziet méér, kan het zelf allemaal niet verwerken; dus gaat hij meer verwijzen). Bovendien kunnen er allerlei substitutieëffekten optreden (de arts gaat wel minder verwijzen, maar schrijft in plaats daarvan meer medicijnen voor). Konkrete verwachtingen uitschrijven die enkel gericht zijn op het verwijsgedrag van de artsen heeft daarom niet veel zin. Wel zullen we wanneer alle deelonderzoeken van de voormeting aan de orde zijn geweest trachten een schematische weergave te maken waarin alle verwachtingen uit de diverse onderzoeken op elkaar betrokken worden en bekeken op hun logische consistentie. Al ontstaat daarmee dan geen prediktie-model, een dergelijk schema geeft ons wel een aardig handvat om de resultaten van de nameting achteraf (!) te verklären. De verwachtingen die in deze paragraaf zijn beschreven moeten dan ook louter beschouwd worden als een leidraad bij de analyse, respektievelijk het lezen.

#### 4. De resultaten van de voormeting bij de experimentele groep.

Aan het verwijsgedrag kunnen twee aspecten onderscheiden worden: een kwantitatief aspect (hoe veel verwijzen de artsen?) en een kwalitatief aspect (naar wie verwijzen de artsen?). In het eerste aspect zijn we geïnteresseerd omdat we na afloop van het konsultatieproject zullen moeten kunnen vaststellen of de kwantiteit van het verwijsgedrag in de loop van het konsultatieproject veranderd is, en zo ja, in welke richting (gaan de artsen inderdaad minder of juist méér verwijzen?). Naast een algemene interesse in de verdeling van de verwijzingen over de beschikbare verwijsmogelijkheden is het tweede aspect voor ons ook belangrijk omdat -zoals in de vorige paragraaf gebleken is- veranderingen in sommige soorten verwijzingen waarschijnlijker zijn dan veranderingen in andere soorten en ook omdat binnen het verwijsgedrag allerlei substitutievervalsingen kunnen plaatsvinden.

De kwantitatieve analyse zal daarom altijd aangevuld moeten worden met een kwalitatieve analyse om te zien of de kwantitatieve analyse nog nader genuanceerd dient te worden.

\* Vergelijk de resultaten van het onderzoek "evaluatie SPEECH".



#### 4.1 De verwijfsindex per arts.

De kwantiteit van het verwijfsgedrag kan op verschillende manieren worden vastgesteld. Het meest eenvoudig is het om de ruwe aantallen verwijfsingen met elkaar te vergelijken. Een iets verfijndere maat is "het verwijfscijfer" (= aantal verwijfsingen per 1000 patiënten per jaar (waarbij de rechtstreekse invloed van de praktijkgrootte op de kwantiteit van het verwijfsgedrag wordt uitgeschakeld). Deze maat wordt over het algemeen in macro-onderzoeken gebruikt. Aangezien het onderhavige onderzoek echter een duidelijk micro-karakter heeft, is deze maat voor ons niet voldoende. Wij hebben daarom gekozen voor de eveneens uit de verwijfsliteratuur bekende maat: aantal verwijfsingen per 100 spreekuurkontakten per week. In deze maat wordt de rechtstreekse invloed van een druk spreekuur (meer patiënten zien = meer verwijfsingen) uitgeschakeld.

Bovendien hebben we ervoor gekozen om bij het vaststellen van de kwantiteit van het verwijfsgedrag niet alle verwijfsingen te betrekken, maar enkel die verwijfsingen die plaatsvinden op eigen initiatief van de arts. Daarmee doen we immers recht aan onze opvatting van het begrip verwijfsen als een kenmerk van de arts dat beïnvloedbaar is in een projekt als dit \*).

Het bovenstaande samenvattend kunnen we dus konkluderen dat we bij het vaststellen van de kwantiteit van het verwijfsgedrag uit zullen gaan van het aantal verwijfsingen op eigen initiatief van de arts per 100 kontakten per week \*\*).

Wanneer we deze gegevens voor de periode van de voormeting grafisch weergeven zien we bij alle artsen een vrijwel rechte lijn ontstaan (vergelijk grafiek 2 in de bijlage III) hetgeen betekent dat de door ons gekozen maat heel konstant is in de tijd: *de artsen verwijfsen een konstante proportie van het aantal spreekuurbezoekers dat zij per week zien, op eigen initiatief door naar een andere hulpverlener.* Fluktuaties in het ruwe aantal verwijfsingen blijken te ontstaan door vakanties van de arts en door de verwijfsingen die buiten zijn direkte invloedssfeer liggen (herhaalkaarten, verzoeken om verwijfsingen naar de oogarts vanwege refraktieafwijkingen, verwijfskaarten voor de E.H.B.O., etc.).

Op zich is dit een heel interessant resultaat.

\*) Uiteraard zijn er meer veranderingen denkbaar, bijvoorbeeld door de verwijfsmaat enkel te betrekken op de verwijfsingen naar psychosociale hulpverleners of op de verwijfsingen met een psychosociale diagnose. Wanneer bij de nameting de kwalitatieve analyses aanleiding geven tot een dergelijke nuancering zal dat ook zeker gebeuren. In dit stadium van het onderzoek, nu zoveel informatie nog niet bekend is, geven wij er echter de voorkeur aan het aantal inperkingen tot een minimum te beperken. De gedane keuze is voor ons zo'n minimum.

\*\*\*) We hebben hiervoor de formule  $V_k = 100 \times \frac{V_i}{K_s}$  gebruikt, waarbij  $V_k$  staat voor de kwantiteit van het verwijfsgedrag,  $V_i$  de aantallen verwijfsingen op eigen initiatief representeert en  $K_s$  het aantal spreekuurkontakten in de betreffende week aansluit.

Aangezien in de loop van het konsultatieprojekt beide componenten ( $V_i$  en  $K_s$ ) kunnen veranderen en zo een wisselende bijdrage kunnen leveren aan de te gebruiken maat  $V_k$ , hebben we in grafiek I van bijlage IV een weergave opgenomen van deze gegevens afzonderlijk voor de periode van de voormeting.

We hopen in de eindrapportage expliciet aandacht te besteden aan de afzonderlijke bijdrage van beide elementen aan onze voorschrijfmaat en we zullen aldaar eventuele wijzigingen in het verwijfsgedrag ook in het licht van de ontwikkelingen van beide componenten bespreken.





Het betekent namelijk dat de arts een verwijsgewoonte heeft. Net zoals artsen de gewoonte hebben om een vaste proportie van het aantal kinderen dat zij zien in aanmerking te laten komen voor tonsillectomie, zo lijken artsen (of althans de 6 artsen van het consultatieproject) een vaste proportie van het aantal patiënten dat zij per week zien, door te verwijzen naar een andere hulpverlener.

Deze konstantheid van het verwijsgedrag maakt het verantwoord om een maat te konstrueren waarmee de hoogte van het verwijsgedrag in een bepaalde periode in één getal uitgedrukt kan worden.

De aldus gekonstrueerde maat noemen wij de verwijksindex van de arts; deze maat staat dan voor: het gemiddeld aantal verwijksingen op eigen initiatief van de arts per 100 spreekuurkontakten per week.

In onderstaande tabel staat per arts de verwijksindex gegeven voor de periode van de voormeting. In de tweede kolom van de tabel staat de standaarddeviatie die de stabiliteit van de gekozen maat voor de genoemde periode weergeeft.

| arts *) | verwijsindex proefperiode | standaarddeviatie |
|---------|---------------------------|-------------------|
| 1       | 9.56                      | 2.81              |
| 3       | 4.04                      | 1.78              |
| 4       | 6.07                      | 1.47              |
| 5       | 9.96                      | 1.97              |
| 6       | 10.01                     | 3.61              |

Tabel 1.: Gemiddelde en standaarddeviatie van het aantal verwijksingen op eigen initiatief van de arts per 100 kontakten per week (gemeten over de periode van de voormeting).

Getoetst met de T-toets blijkt dat arts 3 verschilt van alle andere artsen, evenals arts 4. De artsen 1, 5 en 6 verschillen ieder wel van de artsen 3 en 4, maar tussen hen onderling is geen significant verschil. We zullen op grond van deze gegevens de artsen 1, 5 en 6 dan ook tesamen beschouwen als "de hoge verwijzers". Arts 3 (die het minst verwijst) en arts 4 noemen we tesamen de lage verwijzers. We mogen deze betiteling inderdaad geven, aangezien bij een analyse naar de invloed van achtergrondvariabelen op de hoogte van de verwijksindex bleek dat noch omgevingsfactoren, afstand tot ziekenhuis, e.d., noch praktijk variabelen, zoals de opbouw van de praktijk naar leeftijd en geslacht, verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de verschillen.

*Al met al mogen we uit deze analyse de konklusie trekken dat de verwijksindex een kwantitatieve maat is voor het verwijsgedrag van de arts die een konstante in de tijd weergeeft, bovendien differentieert tussen de verschillende artsen die aan het projekt deelnemen.*

#### 4.2 Het verwijksprofiel per arts.

Om de tekst niet te verstoren door een grote hoeveelheid getallen, hebben we de exacte gegevens over de verwijksprofielen gebundeld per arts in bijlage IV opgenomen. In deze bijlage zijn de verwijksingen uitgesplitst naar categorie hulpverlener. Steeds worden daarbij zowel de totaalcijfers gegeven als de cijfers van de verwijksingen op initiatief van de arts (op basis waarvan de verwijksindex berekend is).

Tevens is van deze beide groepen aangegeven welk gedeelte van de verwijksingen naar het oordeel van de arts niet louter somatisch van aard was maar ook psychosociale aspecten bevatte.

Inspektie van deze grafisch weergegeven verwijksprofielen leert ons, wanneer we eerst naar de totaalcijfers kijken, dat verreweg de meeste verwijksingen (gemiddeld ruim 83%) gericht bleken te zijn op de medische specialisten. De paramedische beroepen vormen met 12% een tweede belangrijke hoofdgroep.

\*) Arts 2 ontbreekt vanwege de te lage betrouwbaarheid van zijn onderzoeksmateriaal



De psychosociale hulpverlening -in feite de meest interessante categorie voor dit onderzoek- is een zeer schaars gebruikte verwijskategorie: slechts 1% van de verwijzingen had betrekking op een instantie op het gebied van de psychosociale hulpverlening, en de verwijzingen naar de R.P.I. bevatten zelfs daar nog maar een fractie van.\*) Deze getallen zijn zelfs zo klein dat er op dit moment geen zinnige uitspraken aan te verbinden zijn (behalve dan de konklusie dat het er zo weinig zijn).

Het feit dat dit profiel-naar-hoofdgroep voor alle artsen hetzelfde bleek te zijn is op zich natuurlijk niet zo verwonderlijk. Het is verrassender te merken dat het verwijsprofiel per arts óók dezelfde contouren vertoont wanneer de hoofdgroepen verder worden uitgesplitst: alle artsen bleken het meest te verwijzen naar de E.H.B.O. en naar oogheelkunde; chirurgie en interne geneeskunde vormen tesamen de middengroep. De andere zes uitgesplitste specialismen namen elk slechts een klein gedeelte van de verwijzingen in beslag. In de groep "paramedische beroepen" stond bij alle artsen fysiotherapie ver bovenaan.

Het gelijkvormige karakter van het verwijsprofiel wanneer we de artsen met elkaar vergelijken, betekent overigens nog niet dat de artsen niet van elkaar zouden verschillen. Deze verschillen komen echter met name tot uiting in de hoogte van het verwijsgedrag (vergelijk ook paragraaf 4.1.). Daarbij was het opvallend dat artsen die veel verwezen naar het ene specialisme, dat ook konsekwent bij de andere specialismen bleken te doen (met uitzondering van gynaecologie en K.N.O., waarnaar alle artsen ongeveer evenveel verwezen). Met andere woorden: het veel dan wel weinig verwijzen van een arts is een consistent gedrag dat zich bij alle medische specialisten en ook bij de paramedische beroepen manifesteert (in de overige groepen waren de getallen te klein om ooit tot dit soort uitspraken te kunnen komen). Wanneer we alleen letten op de verwijzingen op eigen initiatief treffen we ongeveer hetzelfde beeld aan. Het grootste verschil met het eerder beschreven profiel vonden we bij de categorie medische verwijzingen: de beide koplopers (oogheelkunde en E.H.B.O.) en, -wat minder te verwachten was- óók een specialisme uit de middengroep (te weten: interne geneeskunde) verloren hun leidinggevende positie. Alleen chirurgie kwam nu nog vaker voor dan de andere specialismen. Voor het overige blijven ook hier de konklusies gelijk: het verwijsprofiel ziet er bij alle artsen ongeveer hetzelfde uit; alleen de hoogte van het profiel verschilt op een manier die overeenkomt met de gevonden verschillen in verwijzindex (waarbij de artsen 1, 5 en 6 onderling niet verschillen en tesamen de "hoge verwijzers" worden genoemd en arts 3 die het minst van allen verwijst en arts 4 tesamen de groep "lage verwijzers" vormen).

Tot nu toe hebben we ons in onze beschouwingen gericht op de totale groep verwijzingen, in sommige gevallen beperkt tot de verwijzingen op initiatief van de arts, maar altijd ongeacht de aard van de verwijzing. Aangezien wij echter speciaal geïnteresseerd zijn in verwijzingen met een psychosociaal tintje hebben we in de grafische weergave in de bijlage óók het verwijsprofiel weergegeven van de verwijzingen die door de arts werden beoordeeld als niet zuiver somatisch. De artsen blijken allemaal verreweg de meeste van hun verwijzingen als zuiver somatisch te beoordelen. De onderlinge verschillen tussen de artsen zijn ook hier weer niet erg groot (het percentage zuiver somatisch beoordeelde verwijzingen varieëerde van 75,4% tot 81,5%). De meeste medische specialismen (E.H.B.O., oogheelkunde, chirurgie, interne geneeskunde en de restcategorie, die voornamelijk uit superspecialismen bestaat) krijgen overwegend, dat wil zeggen voor meer dan 80% somatische verwijzingen door van de huisartsen.

\* In totaal werd door alle artsen gezamenlijk in de proefperiode slechts 6x naar de R.P.I. verwezen.



Enkel de categorie psychiatrie/neurologie bestaat voor ongeveer de helft uit psychosociale verwijzingen. De verwijzingen naar paramedische beroepen worden aanmerkelijk psychosociaal beoordeeld, met uitzondering van de -kleine- groep verwijzingen naar de vroedvrouw. De zachte sectoren (A.G.G.Z., maatschappelijk werk, e.d.) bevatten zoals te verwachten was vrijwel uitsluitend psychosociale diagnoses.

### Konklusie

De belangrijkste konklusie die we op basis van de kwalitatieve analyses in deze paragraaf kunnen trekken is dat *de door ons gekonstrueerde verwijsindex niet alleen door de tijd heen konstant blijkt te zijn*, (vergelijk ook paragraaf 4.2) *maar dat zij ook intern consistent blijkt te zijn opgebouwd. De verwijsindex kan daarom met recht een artsenkenmerk genoemd worden.*

### 5. De controlegroep

Zoals bekend funktioneert er in dit evaluatieonderzoek ook een controlegroep: een groep van 4 P.M.D.-artsen die een in grote lijnen vergelijkbare werksituatie hebben met de 6 artsen uit de experimentele groep, maar enkel niet mee doen aan het konsultatieprojekt.

Over de waarde van de controlegroep voor het deelonderzoek "verwijzen" kunnen we kort zijn: toen wij bij deze groep artsen dezelfde controles uitvoerden op het onderzoeksmateriaal als we bij de experimentele groep gedaan hadden, bleek dat de verwijsregistratie bij geen van de controlegroepartsen betrouwbaar genoeg was geschied om het onderzoeksmateriaal in het evaluatieonderzoek te kunnen opnemen. Het aantal verwijzingen naar de medische specialisten bedroeg in veel gevallen slechts de helft of minder van het aantal dat we op basis van de LISZ-gegevens mochten verwachten en ook een analyse van de stabiliteit van de registratie door de tijd bleek negatief uit te vallen. We zullen het bij het deelonderzoek "verwijzen" dus zonder controlegroep moeten doen.

### 6. Samenvatting en discussie

Dit hoofdstuk heeft ons heel wat informatie verschaft over aantal en aard van de verwijzingen van de artsen van de experimentele groep gedurende de vier maanden van de voormeting.

Dit materiaal vormt tesamen de baseline voor het deelonderzoek "verwijzen". Wat heeft deze baseline ons nu precies opgeleverd als uitgangspunt voor de verdere analyses?

In paragraaf 4.1 zagen we dat er per arts een verwijsindex kan worden opgesteld, die een stabiele en -naar we later in paragraaf 4.2 zagen- ook intern consistent opgebouwde maat bleek te zijn. Deze maat, die in feite gevormd wordt door het gemiddeld aantal verwijzingen op eigen initiatief van de huisarts per 100 kontakten per week differentieert zodanig tussen de artsen dat er een groep hoge en een groep lage verwijzers kan worden aangewezen. De labelling van een arts als hoge dan wel lage verwijzer bleek niet noemenswaardig te worden veroorzaakt door de werking van achtergrondvariabelen van zijn praktijkpopulatie (als leeftijd- en geslachtsopbouw van de praktijk).

Op zich is dit een heel verheugend resultaat: artsen verwijzen een konstante proportie van hun spreekuurbezoekers per week, wanneer men tenminste alleen let op die verwijzingen, die een eigen beslissing van de arts worden genoemd.



De verwijsindex kan daarmee beschouwd worden als een artsenkenmerk (waar artsen zich bovendien nog op laten differentiëren). Een verheugend resultaat, ware het niet dat deze metingen gedaan zijn in het kader van een evaluatieonderzoek, met de bedoeling om eventuele veranderingen op het gebied van het verwijzen der artsen op te sporen. En wanneer de verwijsindex zo'n hechte en stabiele maat blijkt te zijn waarop allerlei toevallige omstandigheden geen enkele invloed meer hebben, wordt de kans dat deze maat verandert onder invloed van een voor het verwijsgedrag zo marginale gebeurtenis als het konsultatieprojekt wel uiterst gering. Temeer omdat de mensen die zouden moeten veranderen (de artsen zelf) aan het begin van het konsultatieprojekt hebben uitgesproken geen expliciete doelstellingen en/of verwachtingen te hebben ten aanzien van mogelijke veranderingen in hun verwijsgedrag op grond van het konsultatieprojekt. Welnu, de tijd zal ons leren maar voorlopig hoeven we geen hooggestemde verwachtingen te hebben ten aanzien van kwantitatieve veranderingen in het verwijsgedrag.

En hoe staat het met de kwalitatieve veranderingen die we kunnen verwachten? In paragraaf 3. zijn reeds enkele summiere verwachtingen uitgesproken. We zullen deze hier herhalen.

1. Veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de huisarts zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen die buiten de direkte invloedssfeer van de arts liggen;
2. Veranderingen in de verwijzingen naar de R.P.I. zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties;
3. Veranderingen in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar somatische hulpverleners;
4. Veranderingen in de verwijzingen met als motivatie een vastgelopen arts-patiëntrelatie zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de overige typen van verwijzingen;
5. veranderingen in de verwijzingen met een psychosociale indicatie zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen op louter somatische indicatie;
6. waarschijnlijk zullen er minder "oneigenlijke" verwijzingen plaatsvinden (er zullen minder cliënten met psychosomatische aandoeningen terecht komen bij de medische specialisten).

Wat kunnen we over deze verwachtingen zeggen nu de baseline gegevens gekleurd zijn?

- ad.1: deze categorie is opgenomen in de verwijsindex die immers bestaat uit het gemiddeld aantal verwijzingen op eigen initiatief van de huisarts per 100 kontakten per week. Deze maat bleek uiterst stabiel te zijn, zodat kwantitatieve veranderingen niet snel te verwachten zijn.
- ad.2 en 3: deze categorieën verwijzingen zijn zo gering van omvang (zie bijlage IV) dat er in ieder geval nooit sprake kan zijn van een afname van deze categorie verwijzingen. Er zal hoogstens een eventuele toename gekonstateerd kunnen worden.
- ad.4: over deze groep verwijzingen is tot nog toe niet gerapporteerd. We kunnen er ook kort over zijn: het aantal verwijzingen dat volgens de artsen in deze categorie thuishoort varieert tussen de 5 en 20. Daarmee geldt voor deze groep hetzelfde als we ook hierboven reeds gezien hebben: van een vermindering van deze verwijzingen kan nooit sprake zijn; we zullen hoogstens (en dat is niet te hopen) een vermeerdering kunnen konstateren.





ad. 5 en 6: deze categorie verwijzingen is in het kort beschreven in paragraaf 4.2. Bij de nameting zal speciaal aan deze categorie aandacht besteed moeten worden. Op dit moment kunnen er geen verwachtingen aan worden ontleend.

Al met al biedt deze analyse geen erg gunstig perspectief voor het meten van veranderingen in het konsultatieprojekt. En ook hebben we gezien dat als er al veranderingen optreden deze niet kunnen worden afgezet tegen het verwijsgedrag van de kontrolegroep aangezien de registratie van de kontrolegroep onvoldoende betrouwbaar bleek te zijn.

Dit laat overigens onverlet dat een analyse als in dit deelonderzoek is uitgevoerd wel degelijk een intrinsieke waarde heeft in termen van meer kennis en inzicht in het verwijsgedrag van de aan het projekt deelnemende artsen. Hoe dit deelonderzoek beoordeeld moet worden ten opzichte van de andere deelonderzoeken komt in een slothoofdstuk, waarin de gehele base-line in beschouwing genomen wordt, uitgebreid aan de orde.



## V. HET VOORSCHRIJFGEDRAG

### 1. Inleiding

Zoals in de algemene inleiding is uiteengezet wordt in het evaluatie-onderzoek op een aantal parameters bekeken in hoeverre consultatie "verbetering van de psychosociale hulpverlening door de eerste lijn" weet te bewerkstelligen. Eén van de vragen -reeds in de conceptnota consultatieproject genoemd- waarop een antwoord gevonden dient te worden luidt: "verandert de hoeveelheid of soort voorgeschreven psychofarmaca per huisarts?".

Voor een analyse van het voorschrijfgedrag in het kader van evaluatie van consultatie zijn in grote lijnen twee redenen aan te geven: de ene heeft te maken met de output vanuit de eerste lijn, terwijl de ander het functioneren van de huisartsen betreft.

Over het eerste punt kan worden opgemerkt dat men op vele plaatsen een "versterking van de eerste lijn" nastreeft welke onder meer de output vanuit die eerste lijn in de vorm van verwijzingen en voorgeschreven medicijnen zou beïnvloeden.

Deze gedachtengang, die in het onderzoeksvoorstel (1977) is uitgewerkt, sluit aan op het SPEECH-onderzoek en trekt ook de aandacht van ondermeer de overheid. Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft behoefte aan een evaluatie van deze ideeën uit onder meer kostenbeheersende motieven. In het SPEECH-onderzoek en het onderzoeksvoorstel consultatieproject Eindhoven wordt min of meer verondersteld dat deze output een indicatie is van het feit of patiënten beter dan wel slechter behandeld worden. Een iets andere, maar wel hierop aansluitende invulling van het output-idee heeft te maken met de "gezondheid" van patiënten, waarvoor het voorschrijven van medicamenten met enige slagen om de arm als een afgeleide maat zou kunnen worden beschouwd. Deze gezondheid zou door consultatie kunnen verbeteren, maar kan waarschijnlijk beter worden onderzocht door bijvoorbeeld het feitelijk gebruik van geneesmiddelen, verkregen op recept van huisarts of specialist dan wel zelf in de vrije verkoop aangeschaft in de tijd te volgen. Daarnaast hebben we het functioneren van de huisarts, dat consultatie beoogt te verbeteren. Twee -overigens niet strikt te scheiden- aspecten van dit functioneren staan in de literatuur over medicijnen en met name psychofarmaca extra in de schijnwerpers: het relationele en het therapeutische aspect.

De relatie (huis)arts - patiënt wordt door vele auteurs (vergelijk o.a. het literatuuroverzicht van Schut, Verhaak, 1975) gezien als een sociaal systeem van uitwisselingen; de aard van deze transacties zou deels bepaald worden door het beeld over de ander. En, afgezien van de vraag of dit in de artsenwereld nu wel of niet geapprecieerd wordt, hoort in "het" beeld van "de" patiënt thuis dat hij verwacht dat de arts recepten geeft (Winkler-Prins, 1966) of dat zijn bezoek een wens voor medikatie representeert of dat hij in elk geval gelooft dat er voor elke ziekte een specifieke remedie, gewoonlijk medicijn, bestaat (Fulton, 1973). Dit beeld over de houding en denkwereld van de patiënt wordt dan bijvoorbeeld weer teruggevoerd op een bijkans magisch geloof in de dokter en/of medische stand, op de behoefte van de zieke om zijn patiënt-zijn met een recept te kunnen legitimeren of op een poging om "na te gaan of de arts nog beschikbaar is in zijn 'vaderrol' voor de patiënt" (Mulder, 1969). Of deze beelden geheel juist zijn of niet, is voor ons betoog van weinig belang; belangrijker is nu dat veel artsen zich volgens deze auteurs in het sociale interactieproces gekonfronteerd zien met een -al dan niet vermeende- verwachting van het krijgen van een recept en dat patiënten de spreekkamer in de meeste gevallen (Morell, 1975, noemt een verhouding van twee op drie) met een recept verlaten.



En als we afgaan op de trend in de literatuur van de laatste jaren over het voorschrijven van medicijnen (echt harde uitspraken hierover worden nauwelijks gedaan \*) vertegenwoordigt een zekere proportie van deze receptuur een beslissing van de arts om de patiënt niet teleur te stellen in zijn verwachtingen. Het andere door ons genoemde aspect van het functioneren van de huisarts betreft de behandelingsvorm. Hier treffen we aan de ene kant ideeën aan (bijvoorbeeld in de wereld van de farmacologie) die er -ruw geschetst- op neerkomen dat psychofarmaca patiënten uit de 2e lijn van de gezondheidszorg houden. Gebrek aan farmacologische kennis zou de reden zijn dat deze mogelijkheid -eerste opvang met psychofarmaca wanneer de patiënt daardoor weer enigszins in zijn "normale" doen is gekomen, kan de therapie meer de kant uitgaan van gesprekken e.d.- niet juist of niet voldoende wordt gehanteerd.

Aan de andere kant wordt ons vanuit verschillende bronnen voorgehouden dat psychofarmaca worden gebruikt in plaats van een "echte" behandeling van de "wortels" van de psychosociale problematiek. De auteurs verschillen nogal in de mate waarin zij deze stelling ook expliciet zelf onderschrijven en de faktor algemene geldigheid toekennen \*\*), maar erkennen minimaal dat een dergelijke gedachte op een aantal plaatsen in de gezondheidszorg leeft.

In het voorgaande is op een aantal plaatsen in meer algemene termen gesproken over "medicijnen", "het voorschrijfgedrag", e.d. in plaats van specifiek over psychofarmaca, terwijl we toch aannamen (vergelijk Schouwstra, 1976) dat het voorschrijven van psychofarmaca eerder zal veranderen onder invloed van consultatie dan het voorschrijven van anderssoortige medikamenten. Het zij dan ook meteen gezegd dat psychofarmaca vrij gedetailleerd zullen worden bekeken; er zal echter ook een grove analyse worden uitgevoerd op de overige medikamenten. Voor de interpretatie van eventuele wijzigingen in het voorschrijven van psychofarmaca is het namelijk noodzakelijk om te weten of die verandering mogelijk

\* Alhoewel Marinker (1973) een parallel trekt waarin doktersgedrag wordt vergeleken met dat van de barkeeper, die immers ook wensen inwilligt in plaats van te zeggen "never mind the gin". Why don't we sit down and talk about why you feel you need one".

\*\* Zo meent Wolffers (1977,a) dat transquillizers in de praktijk vaak worden voorgeschreven door artsen die in een kortdurend gesprek geen oplossing weten te vinden voor de spanningen van de patiënt (hij vraagt zich daarbij overigens af of de arts sowieso een oplossing voor spanningen moet leveren). Deze zelfde auteur heeft ook elders (1977,b) in een voorbeeld aangegeven dat mensen met bijvoorbeeld "een potje valium" bezig zijn om hun uiting van maatschappelijk onwel zijn weg te werken en niet toekomen aan het "waarom?". Hij staat hierbij min of meer op één lijn met Parish (1973), die evenals Pelleman (Medicijnen, 1975) een duidelijke toename in symptomatische therapie constateert. Parish voert dit terug op het feit dat de farmacologie sneller vooruitgaat dan de psychosociale scholing.



een algemene trend \*) vertegenwoordigt die ook bij de andere medikamenten optreedt.

Over de specifieke gevolgen van consultatie op het voorschrijven van medicijnen/psychofarmaca is ons geen onderzoek bekend. Wel haalt Marinker (1973) een onderzoek van Woodcock aan, waaruit aanwijzingen naar voren komen dat een andere vorm van deskundigheidsbevordering (Balint-trainingen) het voorschrijfniveau van psychotrope geneesmiddelen niet beïnvloedde \*\*), terwijl Marinker bij zichzelf in dat verband met name een toename van schuldgevoel over deze, qua frequentie gelijk gebleven behandelingsvorm waarnam. Een soortgelijke negatieve lading treffen we bij de start van het consultatieproject reeds aan bij het merendeel van de bij het onderzoek betrokken artsen. En ook zij verwachten (één arts uitgezonderd) geen grote wijzingen in de kwantiteit van het voorschrijven van psychofarmaca ten gevolge van het consultatiegebeuren, terwijl van de consultatiegevers alleen de psychiater een vermindering nastreeft en ook zonder meer verwacht.

Al met al zouden we als voorlopig perspectief willen formuleren dat het schaarse onderzoek naar wijziging in het voorschrijfgedrag ten gevolge van methodieken ter verbetering van het functioneren van huisartsen, geen aanleiding geeft tot het verwachten van markante wijzigingen in het onderhavige project. Daar komt bij dat het merendeel van de participanten aan het consultatiegebeuren ook nauwelijks wijziging in het voorschrijven van psychofarmaca nastreeft dan wel verwacht.

Toch zijn er een aantal -op theoretische basis gestoelde- redenen aanwezig voor een onderzoek naar het voorschrijfgedrag in het kader van een evaluatie van consultatie. De analyse van recepten kan dan ook minimaal meer kennis van en inzicht in het voorschrijfgedrag van de aan het project deelnemende huisartsen opleveren.

In de hiernavolgende gaan we in op het voorhanden zijnde materiaal (2) de te gebruiken voorschrijfmaat (3) en de resultaten van de experimentele (4) en de controlegroep (5). Hoofdstuk 6 zal tenslotte een samenvatting bevatten.

## 2. Het materiaal

### 2.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt beschreven hoe het materiaal verzameld en verwerkt is. Ook de motivatie tot en consequenties van de daarbij genomen beslissingen zullen worden toegelicht, terwijl het een en ander wordt afgerond met een korte beschouwing over de betrouwbaarheid van het materiaal.

\*) De oorzaken van iets dergelijks kunnen wederom heel gevarieerd zijn: de arts kan onder invloed van consultatie in het algemeen anders zijn gaan omgaan met de functie van het recept in de arts-patiënt-relatie of zijn nieuwe voorschrijfgedrag is niet zozeer het gevolg van consultatie als wel van gewijzigde opvattingen in voor hem belangrijke referentiegroepen binnen de huisartsen- of farmacologenwereld, etc. etc.

\*\*\*) De eerste analyse van de gegevens uit het SPEECH-onderzoek ondersteunen evenmin een verwachting van grootste verschuivingen.





## 2.2 Materiaalverzameling.

De zes artsen van de experimentele groep hebben vanaf 8 november tot en met 7 december 1977 voor het uitschrijven van hun recepten gebruik gemaakt van doordrukbloks. De aldus verkregen kopieën werden ter kodering naar het N.H.I. overgebracht.

Bij de controlegroep was de materiaalverzameling anders van aard. De artsen gebruikten geen doordrukbloks, zodat de bij de apotheek \*) ingeleverde recepten voor de overeenkomstige periode met behulp van twee werkstudenten te Eindhoven werd gekodeerd.

De hier beschreven procedure van materiaalverzameling betekent dat het ruwe materiaal voor de experimentele artsen bestaat uit door hen uitgeschreven recepten, terwijl we voor de controlegroep artsen beschikken over bij de apotheek ingeleverde recepten. Uit literatuur \*\*) komt naar voren dat er verschillen bestaan tussen uitgereikte en gehonoreerde recepten. Gezien de verzekeringstechnische- en huisvestingssituatie, zijn wij er echter vanuit gegaan dat deze verschillen in ons onderzoek minimaal zijn en de nagestreefde controlemechanismen op voorhand niet onmogelijk maken.

## 2.3 Materiaalverwerking

De door de artsen uitgeschreven recepten zijn naar verstrekking \*\*\*) gekodeerd volgens het door ons enigszins gewijzigde systeem van de ziekenfondsraad (vergelijk bijlage V voor de toegepaste kodering). De wijzigingen betroffen met name de psychofarmaca. Zoals in hoofdstuk I is uiteengezet, staan de psychofarmaca in het brandpunt van de belangstelling hetgeen een verfijning van de ziekenfondsraadkodering wenselijk maakte.

\* Aangezien het onderzoek alleen aangeslotenen bij het Philips-ziekenfonds betreft en deze patiënten op werkdagen de hen uitgereikte receptuur dienen in te leveren bij een apotheek van de P.M.D., waarvan er een huist in het pand waar de controleartsen praktijk uitoefenen, heeft deze kodering alleen betrekking gehad op aldaar ingeleverde receptuur. Zoals vanzelf spreekt, zou de afwezigheid van kopieën van recepten bij een -merendeels gebruikelijke-vrije apothekerskeuze van ziekenfondsverzekerden veel meer problemen hebben opgeleverd.

\*\* Lamberts en Wolgast (1975) vermelden dat het bekend is dat een aantal recepten de apotheek nooit bereikt, maar voegen hier aan toe dat het onbekend is om welke hoeveelheid het gaat. Waters e.a. (1976) hebben onderzoek gedaan in huisartspraktijken in de engelse mijnstreek, waarbij een verlies van 7% werd gekonstateerd. Mannen tussen 24 en 34, met name mijnwerkers, waren het minst geneigd hun receptuur in te leveren, terwijl dit bij kinderen en bejaarden nauwelijks voorkwam. Voor wat betreft de soorten medikamenten werd onder meer gekonstateerd dat de recepten voor de -in ons onderzoek belangrijke-sedativa, tranquillizers en antidepressiva bijna altijd werden ingewisselt, terwijl de milde analgetica en "symptoommiddelen" als hoestdrankjes en huidpreparaten de apotheek vaker niet bereikten

\*\*\* Een recept kan één of meerdere "soorten medicijnen dan wel verbandmiddelen" omvatten. We duiden in het vervolg van de tekst dergelijke afzonderlijke elementen aan met de term "verstrekking"



Zo was bijvoorbeeld oorspronkelijk één basis-kode voor tranquillizers voorhanden, welke door ons -gezien de verschillen in werkzame stof, in agreed daily doses vgl. Drug Dose Statistics, 1975) en in voorkeur bij artsen- is uitgesplitst in een vijftal afzonderlijke codes.

Een soortgelijke specificatie is eveneens aangebracht binnen de categorie sedativa/slaapmiddelen, waar een onderverdeling is gemaakt tussen het in zwang zijnde nitrazepam (mogadon) en de overige middelen. De aldus verkregen indeling per psychofarmakon stemt overeen met het in het SPEECH-onderzoek gehanteerde registratiesysteem.

Ook bij de niet-psychofarmaca zijn enige aanpassingen aangebracht. Binnen de categorie analgetica is een scheiding aangebracht tussen de morfine-opiumachtigen en de anderssoortige preparaten. Binnen de categorie vitaminen/mineralen zijn de vitamine C/kombinatiepreparaten afgezonderd van de overige vitaminen/mineralen.

De voorgeschreven middelen zijn ook naar hoeveelheid gespecificeerd, waarbij de gehanteerde maten- gezien de aard van de onderzoeksbelangstelling- voor de psychofarmaca wederom preciezer waren dan voor de overige medikamenten. Bij de niet-psychofarmaca is per categorie aangetekend hoeveel tabletten, poeder of dragees zijn voorgeschreven, waarbij dus is voorbijgegaan aan de verschillen in werkzame stof. Indien de medikamenten op een andere wijze toegediend moesten worden (zalf, injectie, drankjes, suppositorium, etc.) is afgezien van een nadere aanduiding van de hoeveelheid. We hebben met andere woorden van doen met een grove maat.

De psychofarmaca daarentegen zijn naar hoeveelheid nauwkeuriger gekoedeerd. Indien binnen een bepaalde categorie meerdere middelen of een middel met verschillende sterktes een plaats konden vinden is- uitgaande van de hoeveelheid werkzame stof - een weging toegepast. Per categorie kan dus -analoog aan het SPEECH-onderzoek- een ook naar werking zinvolle hoeveelheid worden berekend.

#### 2.4. Betrouwbaarheid van het materiaal

Wanneer we spreken over betrouwbaarheid, kan het gaan om verschillende niveau's met bijbehorende vragen als

- op welk papiertje schrijft de arts het recept?
- levert de patiënt het recept in?
- slikt de patiënt de voorgeschreven medikamenten (compliance; vergelijk bijvoorbeeld Francis, e.a., 1969 en van Bockhoven & de Graaf, 1977)

In dit onderzoek is het compliance-niveau nauwelijks van belang.

De reeds in 2.2. gememoreerde vraag of de patiënten hun recepten bij de apotheek "verzilveren" is door ons niet verder nagegaan, aangezien dat een volledige dubbelkodering zou vereisen.

Resteert de vraag of de experimentele artsen konsekvent gebruik hebben gemaakt van de doordrukbloks. Een controle hierop via een onafhankelijke bron bleek onmogelijk: zoals één der apothekers ons meedeelde, worden er in de betreffende Philipsapothek namelijk geen per arts opgesplitste overzichten van de medikamenten opgesteld; noch voor intern gebruik, noch voor toezending naar koepelorganisaties binnen de ziekenfondswereld.

Het is wel bekend dat de artsen hun normale receptenbloks gedurende de meetperiode niet hebben ingeleverd, zodat een bepaalde foutenmarge -zeker tijdens de visites en in de, niet in de analyse opgenomen, weekenddiensten- niet mag worden uitgesloten.



Voor de door-de-weekse dagen hoeven we echter niet uitzonderlijk bezorgd te zijn, aangezien bij geen enkele arts een dag op onverklaarbare wijze weinig dan wel geen recepten opleverde.

In de nameting zal aan deze betrouwbaarheidsproblematiek meer aandacht worden besteed. Er zal dan een gedeeltelijke vergelijking worden gemaakt tussen door ons ontvangen kopieën van recepten en bij de apotheek ingeleverde originelen.

### 2.5 Samenvatting

Het ons ter beschikking staande materiaal bestaat voor de experimentele groep artsen uit kopieën van de gedurende een maand uitgereikte recepten en voor de controlegroep uit bij de apotheek ingeleverde recepten. In het voorgaande is betoogd, dat de kans op verschillen tussen de hoeveelheid uitgeschreven en ingekomen recepten door ons niet hoog wordt ingeschat, gezien de huiselijke en verzekeringstechnische situatie. De recepten zijn naar aard gekodeerd volgens het, lichtelijk gewijzigde, systeem van de ziekenfondsraad. Voor de hoeveelheid medikatie is op het vlak van de psychofarmaca uitgegaan van de hoeveelheid werkzame stof per middel, terwijl voor de non-psychofarmaca de veel grovere maat "aantallen tabletten/dragees/poeders" is gehanteerd. Tot slot moeten we konstateren dat een controle op de betrouwbaarheid van het materiaal nu niet mogelijk bleek. Wel werd duidelijk dat een zekere foutenmarge niet mag worden uitgesloten.

### 3. De voorschrijfmaat

Wanneer het uitschrijven van een recept wordt beschouwd als een uitkomst van een systeem van uitwisselingen tussen arts en patiënt (één van de theoretische kaders, die in 1. zijn geschetst), is het relevant het voorschrijfgedrag ook in de analyses te betrekken op het aantal contacten tussen arts en patiënt.

In onze maat is met deze gedachtengang rekening gehouden: we gaan uit van het aantal verstrekkingen per 100 spreekuurcontacten per week (een overzicht van de aantallen spreekuurcontacten is opgenomen in bijlage VI). Op zich zou het wenselijk zijn als in plaats van de verstrekkingen "patiënten die al dan niet een recept ontvangen" worden gerelateerd aan het aantal contacten, wat een patiënt die op zijn recept meer dan één verstrekking kan krijgen, telt in de contactfrequentie maar een keer mee. Zoals in 2. is uiteengezet zijn de uitgeschreven recepten echter niet per patiënt maar per verstrekking gekodeerd. Analyses op patiënt niveau brengen dan ook technische problemen met zich mee, die op dit moment nog niet opgelost zijn. In de rapportage van de nameting zal hier echter wel aandacht aan worden besteed, terwijl het dan tevens mogelijk zal zijn de voormeting in dat licht aan een nadere beschouwing te onderwerpen. Alhoewel onze nu gebruikte maat dus wel verbetering behoeft is ook daarin expliciet gekozen voor een definitie die wel rekening houdt met het aantal contacten. Anders zouden we immers op verstrekkingenniveau per arts beschikken over gegevens, die rechtstreeks \*) beïnvloed zouden zijn door de contactfrequentie zodat vergelijkingen tussen artsen niet zonder meer te trekken zouden zijn.

Overigens kan nog worden opgemerkt dat in onze maat alleen spreekuurcontactcijfers zijn opgenomen.

\* We spreken hier van rechtstreekse invloed omdat het slechts gaat om relatie:  $x\%$  meer patiënten zien =  $x\%$  meer voorschrijven. Voor de anderssoortigerelaties (b.v.: grotere praktijkdrukke leidt tot een extra grote proportie verstrekkingen vanwege tijdgebrek) wordt niet gecorrigeerd. Overigens is het opmerkelijk dat in veel onderzoeken (vergelijk bv. Booy e.a. 1974; Lamberts & Wolgast, 1975; beiden houden wel rekening met praktijkgrootte) geen melding wordt gemaakt van de mogelijke invloed van contactfrequentie op de door hen gevonden verschillen.



Meer materiaal (bijvoorbeeld contactcijfers over visites, telefonisch recept aanvragen, e.d.) was voor de periode van de voormeting niet voorhanden. In de nameting zullen deze gegevens wel worden geregistreerd zodat in het eindrapport middels enig nevenonderzoek kan worden bediskussieerd of en zo ja, in hoeverre de resultaten van de voormeting door deze onvolledigheid scheefgetrokken zijn.

Wanneer we niet meer geïnteresseerd zijn in voorschrijfniveaus (schrijft arts x méér voor dan arts y) maar veeleer in voorschrijfprofielen (schrijft arts x ánders voor dan arts y), hoeven we geen rekening meer te houden met de contactfrequentie. We maken dan ook gebruik van de absolute voorschrijfgegevens, wanneer we onze aandacht gaan richten op de verhouding tussen de psychofarmaca- en de non-psychofarmacaverstrekkingen en op de daarna te behandelen, meer gedetailleerde voorschrijfprofielen.

Tot slot noemen we nog een tweetal inperkingen die voor alle hierna te presenteren gegevens gelden.

Zoals in het gehele evaluatieonderzoek, gebruiken we alleen recepten van patiënten die zijn aangesloten bij het Philips-ziekenfonds. Daarnaast hebben we besloten om alleen het voorschrijfgedrag op werkdagen te analyseren. In de weekenden bestaat immers de grootste kans dat recepten van de controlegroep niet bij de Philips-apotheek zijn ingeleverd (vergelijk de noot bij 2.2.), terwijl het weekend tevens de periode is waarin de doordrukbloks naar alle waarschijnlijkheid minder konsekwent gebruikt zijn (vergelijk 2.4)

#### 4. Resultaten experimentele groep.

##### 4.1. Inleiding

Nu de achtergrond van de verzamelde gegevens uitgebreid is uiteengezet, kunnen we het daadwerkelijk voorschrijfgedrag gaan bespreken; in eerste instantie hebben we het alleen over de experimentele groep. De controlegroep komt in hoofdstuk 5. aan bod.

We zullen eerst (4.2) de onderzoeksbaselines bespreken: het gaat daarbij om het op de spreekuurkontakten betrokken aantal verstrekkingen per arts voor zowel de psychofarmaca als de overige medikamenten en om de verhouding tussen de psychofarmaca en non-psychofarmacaverstrekking per arts. In paragraaf 4.3. komen enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag en in paragraaf 4.4 de achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht aan de orde.

Teruggrijpend op 4.2 waar de maat om kwantitatieve verschillen in het voorschrijfgedrag vast te stellen is behandeld, wordt het voorschrijfprofiel verder uitgewerkt: in vogelvlucht voor de non-psychofarmaca (4.5) en vrij gedetailleerd voor de psychofarmaca (4.6)  
Het geheel wordt afgesloten met een samenvatting.

##### 4.2. De onderzoeksbaseline: het aantal verstrekkingen per arts

In hoofdstuk 3. is aangegeven dat we als voorschrijfmaat in eerste instantie uitgaan van het aantal verstrekkingen per 100 spreekuurkontakten per week. Gezien de vrij korte meetperiode is het moeilijk te bepalen in hoeverre we echt te maken hebben met een in de tijd stabiele maat, oftewel met een voorschrijfgewoonte. Onderstaande tabel maakt wel duidelijk, dat het voorschrijfgedrag tussen de artsen differentieert: sommige artsen geven in elke week een groter aantal verstrekkingen.





| week |     |     |     |     |     | gemid- | standaard |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----------|
| arts | 45  | 46  | 47  | 48  | 49  | delde  | deviatie  |
| 1    | 181 | 152 | 148 | 151 | 124 | 151.2  | 20.2      |
| 2    | 164 | 144 | 165 | 153 | 133 | 151.8  | 13.6      |
| 3    | 226 | 236 | 265 | 274 | 245 | 249.2  | 20.0      |
| 4    | 142 | 125 | 132 | 151 | 81  | 126.2  | 27.1      |
| 5    | 185 | 190 | 198 | 270 | 216 | 211.8  | 34.6      |
| 6    | 146 | 135 | 120 | 155 | 162 | 143.6  | 16.6      |

Tabel 4.1: Aantal verstrekkingen per 100 contacten per week, alsmede gemiddelde en standaarddeviatie.

Wanneer de gemiddelden met behulp van de t-toets met elkaar worden vergeleken blijkt arts 3 qua verstrekkingenniveau (net) niet te verschillen van arts 5, terwijl beiden verschillen van de artsen 1, 2, 4 en 6 die onderling niet afwijken. Dit beeld ("de artsen 3 en 5 geven meer verstrekkingen dan de anderen") zien we in elke week terug. Zij zullen dan ook de hoge verstrekkers genoemd worden, terwijl de overige artsen als de lage verstrekkers te boek zullen staan. Gezien het feit dat deze karakterisering voor elke week geldt (alleen de score van arts 1 in week 45 doet hieraan enigszins afbreuk), menen we hieronder het gemiddeld aantal verstrekkingen per 100 wekelijks contacten als voorschrijfindex te mogen hanteren. Deze voorschrijfindex uitgesplitst naar psychofarmaca en overige medikamenten vormt de baseline van het onderzoek:

| arts | verstrekkingen<br>non-psychofarmaca |                | verstrekkingen<br>psychofarmaca |                | totaal aantal<br>verstrekkingen |                |
|------|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|
|      | X                                   | stand.<br>dev. | X                               | stand.<br>dev. | X                               | stand.<br>dev. |
| 1    | 133.4                               | 15.3           | 17.8                            | 6.9            | 151.2                           | 20.2           |
| 2    | 133.4                               | 7.8            | 18.4                            | 5.9            | 151.8                           | 13.6           |
| 3    | 221.2                               | 21.2           | 28.0                            | 6.1            | 249.2                           | 20.0           |
| 4    | 112.6                               | 23.5           | 13.6                            | 4.5            | 126.2                           | 27.1           |
| 5    | 187.2                               | 30.8           | 24.6                            | 5.4            | 211.8                           | 34.6           |
| 6    | 129.8                               | 12.6           | 13.8                            | 5.9            | 143.6                           | 16.6           |

Tabel 4.2.: De baseline van het voorschrijfgedrag: gemiddelde en standaarddeviatie van aantal verstrekkingen van psychofarmaca, overige middelen, alsmede het totaal per 100 spreekuurcontacten per week.

Het veel verstrekken van medicijnen door de artsen 3 en 5 blijkt te gelden voor beide soorten medicijn groepen. Bij toetsing (t-toets) binnen de categorie non-psychofarmaca komt naar voren dat het verschil tussen de artsen 3 en 5 (net) niet significant is en dat beiden qua verstrekking-niveau afwijken van de overige artsen. Afgezien van niet-significante verschillen tussen arts 5 enerzijds en de artsen 1 en 2 anderzijds (mede veroorzaakt door de hier kleinere N), geldt hetzelfde voor de psychofarmaca. Het feit dat de tweedeling voor beide medicijn categorieën geldt, kan worden beschouwd als een indicatie dat het veel dan wel weinig verstrekken min of meer stereotyp gedrag is. In hoeverre een dergelijke konklusie ook binnen beide categorieën gerechtvaardigd is, zal verderop worden besproken.

Het tweede deel van de baseline betreft de verhouding tussen psychofarmaca en non-psychofarmacaverstrekkingen. Wanneer we hiervoor de ruwe aantallen verstrekkingen uitschrijven, ontstaat het volgende beeld:



| arts   | aantal verstrekkingen |                   |        |
|--------|-----------------------|-------------------|--------|
|        | psychofarmaca         | non-psychofarmaca | totaal |
| 1      | 100 (11.7%)           | 755 (88.3%)       | 855    |
| 2      | 111 (12.3%)           | 789 (87.7%)       | 900    |
| 3      | 164 (10.9%)           | 1337 (89.1%)      | 1501   |
| 4      | 106 (10.8%)           | 872 (89.2%)       | 978    |
| 5      | 128 (12.3%)           | 1039 (87.7%)      | 1167   |
| 6      | 72 (10.3%)            | 626 (89.7%)       | 698    |
| totaal | 681 (11.2%)           | 5418 (88.8%)      | 6099   |

Tabel 4.3: De base-line van het voorschrijfgedrag: absolute en per arts gepercentueerde aantallen verstrekkingen, uitgesplitst naar de psychofarmaca en overige middelen.

We zien hier dat de verstrekkingen gekonsentreerd zijn op de non-psychofarmaca: het aantal schommelt voor alle artsen rond de 89%.

#### 4.3. Enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag

Om een beetje reliëf aan te brengen in het boven geschetste globale beeld, geven we in onderstaande tabel een aantal algemene karakteristieken van het voorschrijfgedrag van deze artsen.

| arts | A<br>aantal konsulten<br>in betreffende<br>periode | B<br>aantal patiënten<br>met recept | C<br>aantal verstrek-<br>kingen per recept | D<br>% recepten<br>met één<br>verstrekking |
|------|--|-------------------------------------|--|--|
| 1    | 562  | 588                                 | 1.45                                       | 66.0%                                      |
| 2    | 588  | 630                                 | 1.49                                       | 64.6%                                      |
| 3    | 605  | 942                                 | 1.60                                       | 55.7%                                      |
| 4    | 759  | 675                                 | 1.46                                       | 67.7%                                      |
| 5    | 562  | 732                                 | 1.61                                       | 59.3%                                      |
| 6    | 490  | 469                                 | 1.47                                       | 68.7%                                      |

Tabel 4.4: Aantal konsulten tijdens de voormeting, aantal uitgereikte recepten, gemiddeld aantal verstrekkingen per recept, en percentage recepten met één verstrekking.

n.b.: kolom B kan meer waarnemingen bevatten dan kolom A, omdat geen gegevens bekend zijn over de aantallen visites en telefonische contacten waaruit een recept voortvloeide.

De gegevens uit deze tabel brengen enig perspectief aan in de aard van het voorschrijfgedrag van de hoge en lage verstrekkers. Alhoewel rechtstreekse vergelijkingen van de kolommen A en B niet mogelijk zijn (vergelijk de noot bij de tabel), geven de cijfers toch aanleiding tot het vermoeden dat het bij de artsen 4 en 6 het meeste voorkomt dat een konsult wordt afgerond zonder dat een recept is uitgereikt, dat de artsen 1 en 2 in dit opzicht een tussenpositie innemen en dat dit bij de artsen 3 en 5 het minst het geval is.

De kolommen C en D geven aan dat, als er eenmaal een recept geschreven wordt, dit bij de artsen 3 en 5 vaker meer dan één verstrekking bevat dan bij de overige artsen.



Het relatief hoge verstrekkingenniveau van beide artsen is dus de resultante van minimaal twee factoren: zij beëindigen een contact vaker met een recept, dat ook vaker meer dan één verstrekking bevat.

#### 4.4. De achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht en het voorschrijfgedrag.

In de literatuur wordt door vele auteurs gebruik gemaakt van een relatie tussen het voorschrijven dan wel de consumptie van medikamenten (waarbij psychofarmaca vaak met name zijn onderzocht \*) enerzijds en de achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht anderzijds. Heel grof samengevat wijzen de meeste onderzoeken in de richting dat vrouwen meer consumeren dan mannen en dat ouderen meer consumeren dan jongeren.

Uit ons materiaal blijkt dat er geen rechtstreeks verband is tussen de praktijkopbouw (die namelijk geen grote afwijkingen vertoont voor de verschillende artsen) en de gemaakte indeling in hoge en lage verstrekkers. Het is dus bijvoorbeeld niet zo dat arts 3 beduidend meer oudere vrouwen in zijn praktijk heeft dan de overige artsen. Bijlage VII, waarin voor de gehele experimentele groep twee gekombineerde leeftijd/geslachtverdelingen zijn opgenomen, leert ons dat in vergelijking met de praktijkopbouw oudere vrouwen vaak en jongere mannen weinig recepten ontvangen \*\*) Hierbij moet wel worden opgemerkt dat begrippen "oud" en "jong" nogal variabel zijn. De leeftijdsknik voor de mannen ligt bij alle artsen in de pensioengerechtigde leeftijdskategorie, terwijl die voor de vrouwen per praktijk verschilt.

In het verslag van de nameting zal verder worden ingegaan op de invloed van leeftijd en geslacht, aangezien dan meer informatie aanwezig zal zijn over de contactfrequentie en tevens een verdergaande aggregatie naar patiënt-niveau te verwezenlijken is.

#### 4.5 Het voorschrijfprofiel voor de non-psychofarmaca

In paragraaf 4.2 hebben we onderscheid aangebracht tussen een tweetal hoge verstrekkers (arts 3 en 5) en de overige artsen, die we lage verstrekkers hebben genoemd. We hebben tevens gezien dat deze karakterisering zowel opgaat voor de psychofarmaca als voor de overige medikamenten.

Teneinde na te gaan of deze verdeling van de non-psychofarmaca moet worden toegeschreven aan specifieke uitschieters in een of andere medicijngroep, is in bijlage VII een voorschrijfprofiel voor deze medikamenten opgenomen.

Om de overzichtelijkheid te bevorderen zijn een fors aantal nauwelijks gevulde categorieën gebundeld in een restgroep. De categorieën die bij de meeste artsen een redelijke vulling hadden óf die uit meer therapeutisch oogpunt interessant zijn (bijvoorbeeld vitamine C en combinaties daarvan, bloeddrukverlagende middelen, antacida, e.d.) zijn apart opgenomen.

\* Vergelijk o.a. Wilks (1975), Ormel (1975) en Vulto (1978)

\*\* In dit onderzoek zijn jammer genoeg geen gegevens voorhanden over contactfrequentie naar leeftijd en geslacht. De bekende (zie o.a. van der Ploeg, 1976, 1977; Cassee, 1973, pag. 48 t/m 50) structurele invloed van deze variabelen op de contactfrequentie is daarom niet na te gaan. Wel mag worden vermoed (zie ook het SPEECH-onderzoek) dat een deel van de verschillen tussen leeftijd/geslacht van de praktijkopbouw en van de patiënten die een recept ontvangen, moet worden teruggevoerd op contactfrequentieverschillen.



We zien dat het voorschrijfprofiel er voor alle artsen ongeveer gelijk uitziet. Van de gespecificeerde categorieën spannen de expectorantia en de hoestprikkelendempende middelen de kroon \* (14.2 - 19.9%), merendeels gevolgd door de niet morfine- of opiumachtige analgetica en de antirheumica en uricosurica.

Opvallend is tevens dat de vitamine-C en combinatie-preparaten bij elke arts zeer laag skoren.

Specifieke uitschieters kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor de karakterisering als "hoge verstrekkers" van de artsen 3 en 5. Dit blijkt al enigszins uit de geringe percentageverschillen, maar wordt eveneens bevestigd wanneer we voor de percentages ruwe getallen substitueren: de artsen die in de ene categorie de meeste verstrekkingen verschaffen doen dat ook in de meeste andere categorieën (anticonceptiva voor beide artsen uitgezonderd). We kunnen hoogstens opmerken dat arts 5 zijn positie extra benadrukt bij de bloeddrukverlagende middelen en de diuretica en dat het hoge aandeel van de restcategorie bij arts 3 niet tot een bepaald soort medikamenten is terug te voeren.

#### 4.6 Psychofarmaca nader bekeken: nog een voorschrijfprofiel

##### Inleiding

We hebben in 4.2. gekonstateerd dat bij alle artsen ongeveer één op de acht verstrekkingen een psychofarmacon betreft en dat qua verstrekkingsniveau een tweedeling valt aan te brengen tussen de artsen 3 en 5 (hoge verstrekkers) en de overige artsen (lage verstrekkers).

Om de baseline van het psychofarmaca-voorschrijfgedrag te detailleren zullen in het navolgende allereerst de verstrekkingen van de onderscheiden soorten psychofarmaca aan de orde komen, met als vraag in het achterhoofd of de gegeven karakterisering in hoge en lage verstrekkers algemene geldigheid heeft dan wel voor verschillende groepen medikamenten wijziging behoeft.

Vervolgens zullen een aantal groepen psychofarmaca worden geselecteerd en wederom op bijna gelijksoortige wijze worden onderzocht. We zijn dan echter niet meer gespist op het aantal verstrekkingen van bepaalde middelen, maar op de verstrekte hoeveelheden. We hopen aldus een antwoord te kunnen vinden op de vraag of de artsen die vaak dan wel sporadisch psychofarmaca verstrekken óók veel respektievelijk weinig hoeveelheden voorschrijven.\*\*).

\* Dit kan niet zonder meer worden toegeschreven aan een piek in influenza (-achtige) ziektebeelden. In de drie zuidelijke provincies ging de wekelijkse incidentie hiervan pas enige weken na onze meting geleidelijk toenemen (vergelijk C.M.R.-peilstations, 1977)

\*\* Bertens en Samuels Brusse (1978) hebben in hun nota eveneens gewezen op verschillen die kunnen optreden ten gevolge van het gebruik van diverse meeteenheden, waarbij zij voor een aantal geneesmiddelen en de meeteenheden "kosten", "aantal voorschriften", "aantal tabletten" en "aantal d.d.d." vergeleken. De keuze van de meeteenheid bleek een sterke invloed te hebben op de verdeling.





Psychofarmacaverstrekkingen

In onderstaand overzicht wordt per arts een profiel van psychofarmacaverstrekkingen gegeven, dat is gebaseerd op de ruwe aantallen verstrekkingen over de gehele meetperiode.

| psychofarmaca |                 |              |         |         |                   |                |                           |         |                          |             |      |
|---------------|-----------------|--------------|---------|---------|-------------------|----------------|---------------------------|---------|--------------------------|-------------|------|
| arts          | anti-depressiva | neuroleptica | seresta | temesta | librium<br>librax | valium<br>e.d. | overige<br>tranquillizers | mogadon | overige<br>slaapmiddelen | totaal<br>N | %    |
|               | 6%              | 6%           | 2%      | 8%      | 16%               | 28%            | 5%                        | 18%     | 11%                      | 100         | 100% |
|               | 17%             | 5%           | 14%     | 4%      | 15%               | 19%            | 5%                        | 12%     | 10%                      | 111         | 100% |
|               | 11%             | 1%           | 1%      | 1%      | 10%               | 41%            | 1%                        | 27%     | 8%                       | 164         | 100% |
|               | 6%              | 4%           | 8%      | 8%      | 14%               | 12%            | 8%                        | 20%     | 20%                      | 106         | 100% |
|               | 7%              | 6%           | 7%      | 2%      | 12%               | 24%            | 3%                        | 21%     | 24%                      | 128         | 100% |
|               | 15%             | 2%           | 10%     | 8%      | 16%               | 18%            | -                         | 19%     | 6%                       | 72          | 100% |
| totaal        | 10%             | 4%           | 6%      | 4%      | 14%               | 25%            | 4%                        | 20%     | 14%                      | 681         | 100% |

Tabel 4.5: Per arts gepercentueerde aantallen psychofarmaca-verstrekkingen.

Wanneer we de verschillen tussen artsen even buiten beschouwing laten (we letten dus op de onderste rij), blijkt het leeuwendeel der psychofarmacaverstrekkingen betrekking te hebben op valium (25%) en mogadon (20%). Ook librium (14%) en andere slaapmiddelen dan mogadon \*) (13%) komen vrij veel voor, terwijl de verstrekkingen van antidepressiva evenmin te verwaarlozen zijn (10% van het totaalpakket). De overige middelen komen beduidend minder voor.

Met uitzondering van de groep antidepressiva, die bijvoorbeeld in Engeland (Wilks, 1975) en Australië (Rowe, 1976) een groter aandeel in het pakket inneemt komt deze indeling in grote lijnen overeen met literatuurgegevens (vergelijk onder meer Ormel, 1975, Wilks, 1975, Bain & Haines, 1975)

Terugkerend naar de individuele voorschrijffprofielen van de zes experimentele artsen kunnen we opmerken dat voor wat betreft de middelen die minder dan 10% van de verstrekkingen uitmaken (neuroleptica, seresta, temesta en de restgroep tranquillizers) geen eenduidige karakterisering is te formuleren. Wel is het opvallend dat de hoge verstrekker arts 3 deze middelen slechts bij uitzondering voorschrijft; zijn voorkeur blijkt uit te gaan naar de meer algemeen in zwang zijnde psychofarmaca. Bij de meer gevulde categorieën psychofarmaca zijn we beter in staat om te bezien of de artsen die in de ene categorie veel of weinig verstrekken dat ook in de overige categorieën doen.

Als we de categorieën anti-depressiva, librium/librax, valium, mogadon en overige slaapmiddelen vanuit deze gedachte inspekteren blijkt niet zo'n erg consistent beeld te ontstaan. Wanneer minimale verschillen in een rangordebepaling van de artsen niet worden meegerekend, vertonen de antidepressiva en librium/librax nauwelijks meer enig reliëf. De resterende categorieën doen vermoeden dat het hoge verstrekkingenniveau van de artsen 3 en 5 voor de psychofarmaca met name op het konto komt van valium en mogadon respectievelijk mogadon en andere slaapmiddelen. Tot slot kan nog worden opgemerkt dat van de lage psychofarmacaverstrekkingen de artsen 4 en 6 -op een enkele uitzondering na- wel nog als min of meer consistent matige voorschrijvers kunnen worden beschouwd.

\* Mogelijk één van de uitingen van de door Vulto (1987) gekonstateerde snelle toename van het flurezepam-gebruik.



Verstreckte hoeveelheden psychofarmaca

We verlaten nu het niveau van de verstrekkingen en gaan over tot de verstreckte hoeveelheden van een aantal middelen om te bezien of ook in aangeboden hoeveelheden werkzame stof hoge dan wel lage voorschrijvers te onderscheiden zijn.

Gezien de hierboven aangestipte literatuurgegevens en het feit dat de anti-depressiva, librium/librax, valium e.d., mogadon en de overige slaapmiddelen het merendeel van de voorgeschreven psychofarmaca voor hun rekening nemen, beperken we ons in de verdere detaillering tot deze categorieën.

| psychofarmaca |                  |                |             |            |                       |
|---------------|------------------|----------------|-------------|------------|-----------------------|
| arts          | anti-depressiva  | librium librax | valium e.d. | mogadon    | overige slaapmiddelen |
| 1             | 645 korr. tabl.  | 8250 mg        | 9840 mg     | 595 tabl.  | 470 korr. tabl.       |
| 2             | 1277 korr. tabl. | 14760 mg       | 6510 mg     | 695 tabl.  | 1080 korr. tabl.      |
| 3             | 1105 korr. tabl. | 10080 mg       | 19950 mg    | 1250 tabl. | 600 korr. tabl.       |
| 4             | 430 korr. tabl.  | 5490 mg        | 5580 mg     | 583 tabl.  | 724 korr. tabl.1)     |
| 5             | 1260 korr. tabl. | 9780 mg        | 5310 mg     | 745 tabl.  | 1509 korr. tabl. 2)   |
| 6             | 875 korr. tabl.  | 2670 mg        | 6990 mg     | 405 tabl.  | 104 korr. tabl.       |

Tabel 4.6: Verstreckte hoeveelheden antidepressiva (op hoeveelheid werkzame stof gekorrigeerde aantal tablet-eenheden), librium/librax (tabletten) en overige slaapmiddelen (op hoeveelheid werkzame stof gekorrigeerde aantal tablet-eenheden)

1) maat voor 19 verstrekkingen; 2 in vloeibare toedieningsvorm

2) maat voor 32 verstrekkingen; 1 in vloeibare toedieningsvorm

Wanneer we dit overzicht vergelijken met tabel 4.5. wordt het beeld bevestigd dat de arts 3 en 5 vooral op het gebied van valium en mogadon respektievelijk mogadon en de overige slaapmiddelen afwijken van de meeste andere artsen.

Opvallender is echter de aard van het voorschrijfgedrag van arts 2, zoals die met name tot uitdrukking komt bij librium/librax en de categorie overige slaapmiddelen. De eerder gemaakte indeling van deze arts bij de lage verstrekkers blijkt impliciet tot het verstrekkingenniveau beperkt te moeten blijven. Als deze arts eenmaal een psychofarmacon voorschrijft, is de hoeveelheid voorgeschreven middelen namelijk vaak erg hoog.

#### 4.7. Samenvatting

In het voorgaande is informatie gegeven over het voorschrijfgedrag van de groep experimentele artsen gedurende de voormeting. Hun baseline is nu bekend en kan bij de nameting als referentiepunt worden gehanteerd.

We hebben gekonstateerd dat bij alle artsen rond de 11% van hun verstrekkingen een psychofarmacon betrof. Tevens zagen we dat het al dan niet verstrekken van een psychofarmacon of een andersoortig medikament een -gedurende de vijf weken van de voormeting -vrij stabiele maat bleek te zijn en dat deze maat ook tussen artsen differentieert. We konden een groep hoge en een groep lage verstrekkers identificeren, welke terugkeerden bij een indeling in psychofarmaca en non-psychofarmaca. Het verstrekkingenniveau kan dus voor beide groepen middelen min of meer als een artsenkenmerk worden beschouwd.

De maat 'verstrekkingenniveau' bleek echter niet consistent te zijn in de zin dat de typering in hoge en lage verstrekkers ook voor elke afzonderlijke psychofarmacongroep terugkeerde: de artsen bleken voorkeuren te hebben voor bepaalde middelengroepen. Tevens is bij de gedetailleerde analyse van de psychofarmaca duidelijk geworden, dat een onderscheid dient te worden aangebracht tussen het verstrekkingenniveau en de kwantiteit van de



hoeveelheden voorgeschreven werkzame stoffen: één van de lage verstrekkers bleek namelijk vaak erg hoge hoeveelheden psychofarmaca voor te schrijven.

## 5. Resultaten controlegroep.

### 5.1. Inleiding

In het onderzoeksdesign voor de konsultatie-evaluatie is een controlegroep opgenomen. We zullen eerst de baseline van de vier als controlegroep funktionerende huisartsen schetsen (5.2). Ook deze baseline bevat -naast de verhouding van de verstrekkingen van psychofarmaca en overige medikamenten- de aantallen verstrekkingen van deze middelen betrokken op het aantal spreekuurkontakten per week. We zullen in dat kader nagaan of er net zoals binnen de experimentele groep sprake is van een bepaalde differentiatie tussen de artsen, terwijl tevens de startniveaus van beide groepen vergeleken zullen worden.

Vervolgens gaan we kort in op enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag (5.3.) en de achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht (5.4).

Ter nadere informatie volgt in 5.5. een profiel van de non-psychofarmaca verstrekkingen, terwijl we in 5.6. dieper ingaan op de psychofarmaca. Het geheel zal worden afgesloten met een samenvatting en discussie over de waarde van deze groep artsen als controlemechanisme voor wijziging in het voorschrijfgedrag ten gevolge van de konsultatie.

Alvorens over te gaan tot een bespreking van de resultaten willen we nog wijzen op een onderzoeksmanco bij de controlegroep: een deel van de recepten uit de praktijken van arts 7 en 10 is namelijk uitgeschreven door hun arts-assistent, zodat het voor ons onmogelijk was om de bewerkingen zo uit te voeren dat de resultaten specifiek gelden voor de artsen 7 en 10.

Om de gegevens vanuit beide praktijken niet geheel uit het onderzoek te hoeven elimineren is besloten om hier -onder voorbehoud- praktijkgegevens in plaats van arts-gegevens te hanteren, waarbij we ervan uitgaan dat er in de opleidingssituatie een overdracht van het door de betreffende arts gehanteerde voorschrijfpatroon plaatsvindt. Aangezien deze konstruktie nu niet bepaald een onderzoekstechnisch hoogstandje vormt en bij de nameting weer andere arts-assistenten hun aandeel aan het verstrekkingenniveau van alle praktijken zullen leveren, worden de gegevens vanuit praktijk 7 en 10 tussen haakjes in de tabellen opgenomen.

### 5.2. Baseline van de controlegroep

We starten eveneens bij de controlegroep met een meer algemene beschouwing over het in de verschillende praktijken voorgeschreven aantal verstrekkingen. We zien dan, dat er ook in deze groep een scheiding is aan te brengen tussen hoge en lage verstrekkers.

| arts | week |     |     |     |     | gemiddelde | standaarddeviatie |
|------|------|-----|-----|-----|-----|------------|-------------------|
|      | 45   | 46  | 47  | 48  | 49  |            |                   |
| (7)  | 157  | 143 | 157 | 145 | 133 | 147,1      | 10,1              |
| 8    | 221  | 176 | 175 | 195 | 158 | 184,8      | 24,0              |
| 9    | 180  | 149 | 138 | 117 | 150 | 146,1      | 21,5              |
| (10) | 91   | 133 | 118 | 128 |     | 125,5      | 24,1              |

Tabel 5.1.: Aantal verstrekkingen per 100 kontakten per week, alsmede gemiddelde en standaarddeviatie.

Arts 8 blijkt significant meer verstrekkingen voor zijn rekening te nemen dan de overige drie artsen die onderling niet significant verschillen in kwantiteit (t-toets). Dit beeld zien we in iedere week terug, zodat ook bij de controlegroep als voorschrijfindex het gemiddeld aantal verstrekkingen per 100 wekelijkse kontakten kan worden gehanteerd.



Deze voorschrijfindex bestaat uit twee componenten; psychofarmaca-verstrekkingen en verstrekkingen van non-psychofarmaca, welke ons bij uitsplitsing een gelijksoortig beeld geven.

| arts | verstrekkingen    |         |               |         |        |         |
|------|-------------------|---------|---------------|---------|--------|---------|
|      | non-psychofarmaca |         | psychofarmaca |         | totaal |         |
|      | X                 | st.dev. | X             | st.dev. | X      | st.dev. |
| (7)  | 136,4             | 11,0    | 10,6          | 2,9     | 147,1  | 10,1    |
| 8    | 168,5             | 22,6    | 16,2          | 4,5     | 184,8  | 24,0    |
| 9    | 134,3             | 17,0    | 11,9          | 5,2     | 146,1  | 21,5    |
| (10) | 116,4             | 21,3    | 9,0           | 3,5     | 125,5  | 24,1    |

Tabel 5.2.: De baseline van het voorschrijfgedrag: gemiddelde en standaarddeviatie van aantal verstrekkingen van psychofarmaca en overige middelen per 100 spreekuurkontakten per week, alsmede het totaal per 100 spreekuurkontakten per week.

Het veel verstrekken van medicijnen door arts 8 blijkt te gelden voor beiden medicijn groepen en hij blijft hierin afwijken van de overige artsen, zij het dat binnen de groep psychofarmaca het verschil met arts 9 -mede gezien de kleine N- niet significant is. We kunnen dit wederom opvatten als een indicatie voor het vermoeden dat het vaak dan wel minder frequent verstrekken van medikamenten een enigszins stereotyp gedrag is.

Wanneer we het ruwe aantal verstrekkingen naar type uitschrijven zien we het volgende beeld:

| arts   | aantallen verstrekkingen |         |               |        |        |        |
|--------|--------------------------|---------|---------------|--------|--------|--------|
|        | non-psychofarmaca        |         | psychofarmaca |        | totaal |        |
| (7)    | 979                      | (93,2%) | 72            | (6,8%) | 1051   | (100%) |
| 8      | 986                      | (90,7%) | 101           | (9,3%) | 1087   | (100%) |
| 9      | 547                      | (92,1%) | 47            | (7,9%) | 594    | (100%) |
| (10)   | 602                      | (92,9%) | 46            | (7,1%) | 648    | (100%) |
| totaal | 3114                     | (92,1%) | 266           | (7,9%) | 3380   | (100%) |

Tabel 5.3: De baseline van het voorschrijfgedrag: absolute en per arts gepercentueerde aantallen verstrekkingen, uitgesplitst naar de non-psychofarmaca en de psychofarmaca.

Ongeveer 92% van de verstrekkingen heeft betrekking op non-psychofarmaca. In het profiel van arts 8 komen nog de meeste psychofarmaca voor, terwijl de psychofarmaca bij arts 7 het geringste deel van het verstrekkingenpakket vormen.

### 5.3. Enige algemene kenmerken van het voorschrijfgedrag.

Alhoewel we voornamelijk geïnteresseerd zijn in de kwantiteit en kwaliteit van de verstrekkingen willen we toch ook enige meer algemene aspecten van het voorschrijfgedrag beschrijven, omdat resultaten zo in een iets breder perspectief kunnen worden gevat.





| arts | aantal konsul-<br>ten in betref-<br>fende periode | aantal pa-<br>tiënten met<br>recept | aantal verstrek-<br>kingen per re-<br>cept X | % recepten met<br>één verstrek-<br>king |
|------|---|-------------------------------------|--|---|
| (7)  | 688   | 735                                 | 1,44   | 67,1%                                   |
| 8    | 610   | 650                                 | 1,70   | 52,2%                                   |
| 9    | 425   | 370                                 | 1,61   | 52,2%                                   |
| (10) | 523   | 456                                 | 1,41   | 67,9%                                   |

Tabel 5.4.: Aantal konsulten tijdens periode voormeting, aantal uitge-  
reikte receptenbriefjes, gemiddeld aantal verstrekkingen en  
percentage recepten met één verstrekking.

n.b.: de tweede kolom kan meer waarnemingen bevatten dan de  
eerste kolom, aangezien geen gegevens over de aantalen  
visites en telefonische kontakten waaruit een re-  
cept volgde, bekend zijn.

Alles overziend treffen we een voor elke arts vrij uniek patroon aan.  
Ondanks het feit dat geen rechtstreekse vergelijking tussen kolom 1 en 2  
mogelijk is, geven de getallen aanleiding tot de veronderstelling dat de  
artsen 9 en 10 vaker dan arts 7 en 8 kontakten met patiënten afronden zon-  
der dat er een recept is uitgegeven. Als er eenmaal een recept wordt uitge-  
reikt, bevat dat bij de artsen 8 en 9 gemiddeld meer verstrekkingen dan bij  
de overige twee; een gegeven dat we terugvinden als we kijken naar het  
aantal recepten dat slechts één verstrekking bevat.  
Ook bij de controlegroep zien we dus dat het hoge verstrekkingenniveau mini-  
maal twee componenten bevat: arts 8 rondt meer konsulten af met een recept  
en dat recept bevat ook meer verstrekkingen dan bij de overige artsen het  
geval is.

#### 5.4. Achtergrondvariabelen: leeftijd en geslacht.

Ook bij de controlegroep leert een vergelijking met de praktijkopbouw ons  
dat veel recepten bestemd zijn voor oudere vrouwen en juist weinig voor  
jongere mannen (we volstaan in bijlage 2 met een totaalbeeld). We moeten  
hierbij bedenken dat gegevens over de contactfrequentie ontbreken. Het is  
dus onbekend of oudere vrouwen vaker op het spreekuur komen en dáárom vaker  
recepten krijgen of dat de contactfrequentie een redelijke afspiegeling  
geeft van de praktijkopbouw en dat de artsen eerder geneigd zijn konsulten  
met oudere vrouwen te laten uitmonden in een recept. Het SPEECH-onderzoek  
doet vermoeden dat een deel van de verschillen moet worden teruggevoerd op  
verschil in kantaktfrequentie. Ook in andere publikaties (bijv. Cassee)  
1973 en van der Ploeg, 1976 en 1977) wordt in deze zin ingegaan op de  
relatie tussen leeftijd, geslacht en contactfrequentie.  
Zoals reeds in 4.4. is aangekondigd zal bij de nameting verder worden inge-  
gaan op de patiënt-karakteristieken leeftijd en geslacht.

#### 5.5. Het voorschrijfprofiel voor de non-psychofarmaca

Inhakend op het in 5.2. gestelde, willen we in 5.5. en in 5.6. het voor-  
schrijfgedrag iets verder uiteenrafelen. In deze paragraaf zal aandacht  
worden besteed aan de vraag of de gemaakte indeling in hoge en lage  
verstrekkingen bij de non-psychofarmaca wordt veroorzaakt door uitschieters  
in een of andere medicijngroep.  
Allereerst willen we echter wijzen op het afwijkende voorschrijfprofiel  
(vergelijk bijlage VIII) dat naar voren komt in de praktijk van arts 7.  
Terwijl de artsen 8, 9 en 10 het doorsnee-profiel in grote lijnen volgen en  
in die zin op gelijksoortige wijze voorschrijven als de experimentele  
groep, lijkt het er bij arts 7 op dat medikamenteus anders wordt gereageerd



op het "griep-aanbod" \*): expectorantia en hoestprikkeldeempende middelen worden weinig voorgeschreven, terwijl de antibiotica en met name allerlei soorten vitaminen en mineralen beduidend vaker worden voorgeschreven dan in de andere praktijken.

Het hoge verstrekkingenniveau van arts 8 kan -wanneer we bij de vergelijking geen rekening houden met arts 7- niet worden toegeschreven aan een beperkt aantal uitschieters voor bepaalde soorten medikamenten: zijn voorschrijfprofiel wijkt nauwelijks af en ook bij inspectie van de ruwe aantallen verstrekkingen blijkt hij in veel categorieën meer verstrekkingen voor zijn rekening te nemen dan de lage verstrekkers 9 en 10.

#### 5.6. Psychofarmaca nader bekeken: nog een voorschrijfprofiel

In paragraaf 5.2. hebben we gezien dat één op de 11 à 12 verstrekkingen een psychofarmakon betreft en dat we ook bij de psychofarmaca van doen hebben met een hoge verstrekker (arts 8) en een drietal lage verstrekkers. We willen dit voorschrijven van psychofarmaca nu iets verder uiteenrafelen, waarbij de belangrijkste kwestie is of die tweedeling voor alle psychofarmaca geldt, terwijl tevens aandacht wordt geschonken aan de vraag of een hoog/laag kwantum aan verstrekkingen al dan niet weerspiegeld wordt in een hoge/lage hoeveelheid aangeboden werkzame stof. Allereerst dan het profiel van het ruwe aantal verstrekkingen:

| arts | anti-<br>depres-<br>siva | neuro-<br>lepti-<br>ca | seres-<br>ta | temes-<br>ta | librium<br>librax | valium<br>e.d. | overige<br>tran-<br>quilli-<br>zers | moga<br>don | overige<br>slaap-<br>midde-<br>len | totaal<br>N | %    |
|------|--------------------------|------------------------|--------------|--------------|-------------------|----------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|-------------|------|
| (7)  | 8%                       | 8%                     | 18%          | -            | 17%               | 19%            | 1%                                  | 22%         | 6%                                 | 72          | 100% |
| 8    | 7%                       | 5%                     | 8%           | 8%           | 16%               | 19%            | 1%                                  | 18%         | 21%                                | 101         | 100% |
| 9    | 6%                       | 4%                     | 4%           | -            | 21%               | 30%            | 2%                                  | 11%         | 21%                                | 47          | 100% |
| (10) | 9%                       | 4%                     | 4%           | -            | 4%                | 17%            | 11%                                 | 22%         | 24%                                | 46          | 100% |
| tot. | 7.5%                     | 6.4%                   | 8.7%         | 3.0%         | 15.0%             | 20.7%          | 3.0%                                | 18.4%       | 17.3%                              | 166         | 100% |

Tabel 5.4.: Per arts gepercentueerde aantallen psychofarmaca-verstrekkingen.

Ook hier blijkt in het totaalbeeld valium het meest frekwent (20.7%) te worden voorgeschreven, gevolgd door de beide categorieën slaapmiddelen en librium.

De individuele voorschrijfprofielen van de artsen brengen her en der enige voorkeuren (bijvoorbeeld seresta van arts 7, bijna een vijfde deel van zijn pakket) dan wel "aversies" (andere slaapmiddelen bij arts 7, librium/librax bij arts 10) aan het licht, maar een iets inzichtelijker beeld ontstaat als de tranquillizers en slaapmiddelen worden samengenomen.

We zien dan dat in het voorschrijfpakket van arts 10 de slaapmiddelen de overhand hebben (bijna de helft, tegen arts 7 bijna een kwart); de tranquilizers nemen bij de overige artsen (ruim) de helft van het aantal verstrekkingen voor hun rekening, terwijl dit bij arts 10 net een derde is.

Alhoewel een rechtstreekse vergelijking met de gegevens uit de vorige paragraaf niet mogelijk is, gezien de aldaar gehanteerde maat, die rekening houdt met het aantal spreekuurkontakten per week, komt uit de absolute aantallen in deze tabel wel naar voren dat het hoge verstrekkingenniveau van arts 8 voor een groot deel moet worden toegeschreven aan de categorie slaapmiddelen en in mindere mate aan de categorieën librium en valium.

\* Ervan uitgaande dat het klachtenpatroon in de verschillende praktijken niet zo sterk varieert.



Naast de aantallen verstrekkingen kan ook worden gelet op de verstrekte hoeveelheden van de onderscheiden medikamenten om te bezien of de tot nu toe gedane uitspraken enige nuancering behoeven. We beperken ons hierbij tot de categorieën die ook bij de experimentele groep zijn behandeld.

psychofarmaca

| arts | antidepressiva   | librium/librax | valium e.d. | mogadon   | overige slaapmiddelen |
|------|------------------|----------------|-------------|-----------|-----------------------|
| (7)  | 1110 korr. tabl. | 15840 mg       | 10230 mg    | 435 tabl. | 180 korr. tabl. 1)    |
| 8    | 600 korr. tabl.  | 6570 mg        | 5340 mg     | 540 tabl. | 800 korr. tabl. 2)    |
| 9    | 615 korr. tabl.  | 3300 mg        | 10440 mg    | 290 tabl. | 810 korr. tabl.       |
| (10) | 410 korr. tabl.  | 900 mg         | 2160 mg     | 290 tabl. | 523 korr. tabl.       |

Tabel 5.6.: Verstrekte hoeveelheden antidepressiva (op hoeveelheid werkzame stof gekorrigeerde aantal tablet-eenheden), librium/librax (mg. werkzame stof), valium (mg. werkzame stof), mogadon (tabletten) en overige slaapmiddelen (op hoeveelheid werkzame stof gekorrigeerde aantal tablet-eenheden)

- 1) maat voor drie verstrekking; 1 verstrekking in vloeibare toedieningsvorm
- 2) maat voor 19 verstrekkingen; 2 verstrekkingen in vloeibare toedieningsvorm

Wanneer de aantallen verstrekkingen (vergelijk de cijfers in tabel 5.5.) met bovenstaand overzicht vergeleken worden, valt met name de hoge verstrekker arts 8 op; hij schrijft dan wel vaak voor, maar is beduidend matiger in zijn hoeveelheden dan de artsen 7 en 9. Op het aldus gespecificeerde niveau kan arts 8 niet meer als een hoge voorschrijver en kunnen artsen 7 en 9 niet meer als lage voorschrijvers worden beschouwd. Arts 10 blijkt ook bij verdere specificatie terughoudend te zijn in het verschaffen van psychofarmaca.

### 5.7. Samenvatting en discussie

De bespreking van het voorschrijfgedrag van de controlegroep tijdens de voormeting nadert hiermee zijn einde. Er is -na de formulering van enige bezwaren tegen het onderzoeksmateriaal- gekonstateerd dat bij alle artsen ongeveer 8% van de verstrekkingen betrekking had op een psychofarmakon. We zagen dat binnen de controlegroep een hoge en een drietal lage verstrekkers zijn te identificeren, terwijl tevens bleek dat deze konstatering zowel geldt voor de psychofarmaca als voor de non-psychofarmaca. Deze gegevens zouden moeten dienen als controlebaseline voor het onderzoek, zodat nu de vraag opportuun wordt of ze als zodanig zouden kunnen gelden.

Een vergelijking van de baselines van de experimentele en de controlegroep (zoals weergegeven in tabel 4.2./4.3. respectievelijk 5.2./5.3.) biedt ons inziens een redelijk perspectief voor de werking van het controlemechanisme. Er zijn natuurlijk wel een aantal bezwaren. Zo is de verhouding tussen psychofarmaca en non-psychofarmaca verstrekkingen voor de groepen als totaal enigszins afwijkend, terwijl tevens het verschil tussen arts 8 en de overige artsen uit de controlegroep kleiner uitvalt dan dat tussen de hoge en lage verstrekkers in de experimentele groep. Toch zien we en dat is noodzakelijk voor de controlekwestie een redelijke spreiding: beide groepen bevatten hoger en lagere skorende artsen zodat een verandering binnen de experimentele groep afgezet kan worden tegen de nameting van de controlegroep. En tevens kan als gunstig voorteken worden aangemerkt dat het verstrekkingen-niveau van de lage verstrekkers in beide groepen ongeveer overeenkomt. Voor de hoge verstrekkers mag dit jammer genoeg niet zonder meer gekonkludeerd worden: arts 8 zit wel op een gelijksoortig niveau als de experimentele arts 5, maar de experimentele arts 3 schrijft nog significant vaker voor dan deze hoge verstrekker uit de controlegroep.



Tot slot zij nog opgemerkt dat -net als bij de experimentele groep- ook bij de controlegroep een duidelijk onderscheid dient te worden aangebracht tussen het verstrekkingenniveau en de kwantiteit van de hoeveelheden voorgeschreven werkzame stof. (Dit is overigens alleen voor de psychofarmaca geanalyseerd).

Zo troffen we bij de experimentele groep een arts aan die onder de lage verstrekkers ressorteerde, maar per verstrekking erg veel tabletten of mg werkzame stof voorschreef. Bij de controlegroep deed zich het omgekeerde voor en moesten we konkluderen dat de hoge verstrekker arts 8 in elk geval op het vlak van de psychofarmaca niet generaliserend als een hoge voorschrijver kon worden aangemerkt.

## 6. Samenvatting.

Dit hoofdstuk handelde over het voorschrijfgedrag van 6 huisartsen, die deelnemen aan het consultatieproject Eindhoven en van 4 huisartsen die als controlegroep fungeren.

In het inleidende hoofdstuk zijn enige theoretische kaders besproken, terwijl daarna kort is ingegaan op onderzoek naar veranderingen in het voorschrijfgedrag ten gevolge van deskundigheidsbevorderende technieken. De -schaarse - indicaties uit dergelijk onderzoek en de verwachtingen van de aan het Eindhovense project deelnemende huisartsen geven, zo moet worden gekonkludeerd, geen aanleiding tot hooggespannen verwachtingen ten aanzien van kwantitatieve veranderingen in het voorschrijfgedrag.

In hoofdstuk 2 is ingegaan op het materiaal. Na een bespreking van de materiaalverzameling en de coderingswijze kwam de betrouwbaarheidskwestie ter sprake. Een echte check op deze betrouwbaarheid heeft niet plaatsgevonden: wel bleken er geen dagen met een duidelijk te minimale registratie te bestaan. Zekere foutenmarges zijn echter niet uit te sluiten, aangezien bepaalde randvoorwaarden niet geheel waren vervuld.

Het volgende hoofdstuk ging in op de voor de baseline te gebruiken voorschrijfmaat.

In dat kader zijn een tweetal maten gepresenteerd, te weten:

1. het aantal verstrekkingen op werkdagen aan Philipsziekenfondsverzekerden per 100 spreekuurkontakten per arts, uitgesplitst naar psychofarmaca en overige middelen, en
2. de verhouding tussen de psychofarmaca- en non-psychofarmacaverstrekkingen, die elke arts op werkdagen aan Philipsziekenfondsverzekerden heeft verstrekt.

In hoofdstuk 3. is tevens uiteengezet dat aan eerstgenoemde maat bezwaren kleven, maar dat in het eindrapport aan de hand van nevenonderzoek zal worden besproken of en zo ja, in hoeverre hierdoor een scheefgetrokken beeld is ontstaan.

In de hoofdstukken 4 en 5 zijn de resultaten van de voormeting bij de experimentele en de controlegroep opgenomen. We hebben daar eerst getallen over "de vijf weken" van de meetperiode gepresenteerd. Omdat de rangordening der artsen in die vijf weken gelijk bleef en er dus van een zekere stabiliteit annex voorschrijfgewoonte sprake was, is voor de onderzoeksbaseleline gemaakt van een gemiddelde per week. De tussenstap in deze redenering -de stabiliteit- is echter niet vrij van discussie. De meetperiode besloeg namelijk één onvolledige week, drie volledige weken en vervolgens weer één onvolledige week, zodat voor de eerste en de laatste week gekorrigeerd moest worden. We hebben derhalve op basis van 3 volledige en 2 naar volledigheid gekorrigeerde waarnemingen een uitspraak over 'stabiliteit' gedaan. In de nameting zal dan ook een extra registratie van het aantal spreekuurkontakten per dag plaatsvinden, zodat minder diskutabele uitspraken over het al dan niet bestaan van een voorschrijfgewoonte bij de onderzochte artsen mogelijk worden (er zijn dan immers 20 waarnemingen voorhanden).





Ondanks deze haken en ogen leek een analyse van het materiaal toch verantwoord. Daaruit bleek het volgende:

- de verhouding tussen psychofarmaca en non-psychofarmacaverstrekking schommelt in de experimentele groep rond de 1 : 8 en in de controlegroep rond de 1 : 12
- er bestaan zowel in de experimentele als in de controlegroep significante verschillen in de baselines van de artsen: er zijn hoge (arts 3, 5 en 8) en lage (ars 1, 2, 4, 6, 7, 9 en 10) verstrekkers te identificeren en deze benoeming geldt zowel voor de verstrekkingen van psychofarmaca als voor de verstrekkingen van non-psychofarmaca.
- in beide groepen is het hoge verstrekkingenniveau het gevolg van minimaal twee factoren: de hoge verstrekkers beëindigen een consult naar alle waarschijnlijkheid vaker met een recept dat ook vaker meer dan één verstrekking bevat.
- vergeleken met de praktijkopbouw ontvangen oudere vrouwen vaak en jongere mannen weinig recepten. We moeten hierbij wel bedenken dat data over bijvoorbeeld de contactfrequentie naar leeftijd/geslacht ontbreken.
- de indeling in hoge en lage verstrekkers houdt bij de non-psychofarmaca voor het merendeel der middelen groepen stand; er is daar dus sprake van een min of meer stereotype handelwijze der artsen. Bij de psychofarmaca -waar de middelen groepen in de analyse veel verder zijn uitgesplitst dan bij de overige medikamenten- zien we dat het hoge verstrekkingenniveau van de betreffende artsen voor rekening van een beperkt aantal medicijnsoorten komt: men heeft duidelijke individuele voorkeuren.
- in onderzoek naar voorschrijfgedrag moeten analyse- en uitsprakenniveaus duidelijk worden gedefinieerd. In onze analyse van de psychofarmaca blijkt immers dat een hoog c.q. laag aantal verstrekkingen zeker niet zonder meer impliceert dat er -uitgedrukt in werkzame bestanddelen der medikamenten- ook veel dan wel weinig wordt voorgeschreven.

Tot slot is ten aanzien van de werking van het controlemechanisme gekonkludeerd dat het voorlopige perspectief -ondanks een aantal bezwaren- redelijk gunstig is. Een vergelijking van de baselines van experimentele en controlegroep levert op, dat in beide groepen hoge en lage verstrekkers te vinden zijn en dat het verstrekkingenniveau van de lager skorende artsen in beide groepen ongeveer overeenkomt. Voor de hoger skorende artsen kan dit echter niet zonder meer gekonkludeerd worden.



## VI HET SPREEKKAMERGEDRAG VAN DE ARTS

1. Inleiding

Een belangrijke vraag in het kader van dit evaluatieonderzoek is de vraag of het konsultatieproject er inderdaad in slaagt het konkrete hulpverleningsgedrag van de arts - dat wil zeggen het gedrag van de artsen ten opzichte van zijn patiënten - te beïnvloeden en te veranderen. Om dit te onderzoeken is - en wordt ook in de nameting van het onderzoek - bij elk van de deelnemende artsen een (willekeurig) ochtendspreekuur op video-band opgenomen en vervolgens door de onderzoekers van het N.H.I. geanalyseerd.

Aan de resultaten van de analyses van het video-materiaal van de voormeting is dit laatste inhoudelijke hoofdstuk van het interimrapport gewijd.

Daarmee handelt dit hoofdstuk over wat waarschijnlijk ook het moeilijkste deelonderzoek van deze serie is. Systematische observatie van spreekkamer-gedrag is een moeilijke vorm van onderzoek, omdat het in feite een stukje pionierswerk is; er is tot nu toe weinig onderzoek op dit terrein verricht, laat staan dat er veel literatuur over is verschenen.

In paragraaf 2 wordt kort ingegaan op de methodologische en theoretische problemen rond deze vorm van onderzoek die waarschijnlijk mede de oorzaak zijn van het gebrek aan systematische kennis op dit gebied. Overigens worden in deze paragraaf ook de voordelen van gedragsobservaties beschreven.

De inhoud van het deelonderzoek wordt bepaald door de observatiecategorieën waarmee de gesprekken zijn geskoord. Deze observatiecategorieën zijn van twee bronnen afkomstig: enerzijds van de verwachtingen die de artsen zelf hebben over wat er in hun gedrag zal veranderen onder invloed van het konsultatieproject en anderzijds van de bestaande theorieën over hulpverlening. In paragraaf 3 wordt op deze beide bronnen verder ingegaan.

Na een korte paragraaf over het onderzoeksmateriaal, de wijze van verwerking en de wijze van verwerking (paragraaf 4) worden vanaf paragraaf 5 de resultaten van de voormeting beschreven.

Daarbij zal begonnen worden met een beschrijving van de variabelen die door de artsen zelf in het interview werden genoemd. Daarna worden de op theoretische gronden gekozen variabelen beschreven en nader geanalyseerd. Deze analyses moeten ons zowel enig inzicht geven in de validiteit van de door ons gehanteerde observatiecategorieën als enig vooruitzicht op de veranderingen die mogelijk te verwachten zijn.

In een slotparagraaf zullen de gevonden resultaten worden samengevat en bediscussieerd.

Zoals gebruikelijk eindigt dit hoofdstuk met een samenvatting en discussie.

2. Systematische observatie als onderzoeksmethode: de methodologische status van dit onderzoek.

Observatieonderzoek heeft als grote voordeel boven andere onderzoeksmethodieken dat het gedrag van de onderzochte direct toegankelijk is voor de onderzoeker.



De onderzoeker hoeft nauwelijks \*) bang te zijn dat de onderzochte al dan niet systematisch informatie achterhoudt of vergeet te geven (hét probleem bij zelf-registratie). Alle informatie is er en is zichtbaar. Dat observatieonderzoek toch relatief zo weinig gedaan wordt heeft twee redenen: in de eerste plaats is het een heel arbeidsintensieve methode (het is veel gemakkelijker om 200 huisartsen een vragenlijst toe te sturen, dan bij elk van hen gedragsobservaties te doen) en in de tweede plaats kent observatieonderzoek een aantal andere problemen die zowel methodologisch als theoretisch van aard zijn. De methodologische problemen hebben te maken met de verwerking van het onderzoeksmateriaal door de observatoren. De theoretische met de observatiecategorieën die men hanteert. Men kan deze problemen op een aantal manieren benaderen:

- a. door goede voorzorgsmaatregelen te treffen voor en bij de observaties
- b. door achteraf betrouwbaarheidskontroles uit te voeren
- c. door het theoretisch referentiekader waaraan men de observatiecategorieën heeft ontleend, zo veel mogelijk te expliciteren

Op de volgende manieren hebben we een aantal voorzorgsmaatregelen in het onderzoek ingebouwd:

1. door het aantal observatiecategorieën zoveel mogelijk te beperken
2. door veel aandacht te besteden aan de operationalisering van de observatiecategorieën en geen 'open' observaties toe te laten
3. door een aantal observatiecategorieën te gebruiken die door simpel tellen zijn te scoren
4. door categorieën waarbij wel interpretaties nodig zijn zoveel mogelijk te relateren aan deze "simpele" observatiecategorieën
5. door veel tijd in te ruimen voor een goede training in de te gebruiken observatiecategorieën
6. door de observatoren geen inzicht te geven in de vragenlijsten die door de arts bij ieder konsult werden ingevuld
7. door de artsen door elkaar heen te observeren en nooit meer dan maximaal drie (meestal twee) konsulten van dezelfde arts achter elkaar te bekijken
8. door met drie verschillende observatoren te werken die paarsgewijs de konsulten observeren

Op deze manier is het ook mogelijk om de betrouwbaarheid van de observaties van de verschillende observatoren in een getal uit te drukken (de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Ook kan via een test-retest procedure de consistentie van de observatoroorden in de loop der tijd worden nagegaan.

\* Het is de ervaring dat wanneer de observaties gedaan worden in een situatie die voor de onderzochte als "normaal" geldt (zoals voor de arts zijn spreekuur), hij het nooit lang zal volhouden om een mooi beeld van zichzelf op te hangen. In dit kader is het belangrijk om op te merken dat de aanwezigheid van een video-recorder door de artsen over het algemeen niet als hinderlijk wordt ervaren. De (veel vaker voorkomende) situatie dat een arts-assistent bij het spreekuur is, is voor de meeste artsen veel hinderlijker en van meer invloed op hun optreden tijdens het konsult.



In het eind rapport zal nader op deze betrouwbaarheidsscores worden ingegaan.

Dat zijn dan de manieren die we gekozen hebben om betrouwbaarheidsproblemen te voorkomen dan wel achteraf te controleren. We hebben echter ook nog getracht om tegemoet te komen aan de laatste suggestie om het onderzoek steviger en betrouwbaarder te maken, namelijk door een poging te wagen om ons eigen referentiekader te expliciteren, te formuleren wat het doel is van de observaties en aan te geven vanuit welke theoretische vooronderstellingen de observatiecategorieën zijn gekonstrueerd. De beschouwingen in paragraaf 3 zijn het resultaat hiervan.

### 3. Waar kijken we naar? Verwachtingen en theoretische vooronderstellingen

#### 3.1. Inleiding

"Observatie is pas een wetenschappelijke onderzoeksmethode wanneer het een doel heeft. Zonder doel is observatie alleen maar voyeurisme". Met deze woorden geeft Kaplan (1964) kort en bondig het eerste vereiste aan van een goed opgezet observatieonderzoek, maar ook de eerste link naar de theorie.

Wat is dus het doel van dit observatieonderzoek?

*Het onderzoek dient ervoor om veranderingen in het concrete hulpverleningsgedrag van de huisartsen onder invloed van het consultatieproject op te sporen en te verklaren.*

Met andere woorden: we kijken naar hulpverleningsgedrag van de huisarts en wel naar die elementen eruit, waarvan we aannemen dat ze veranderbaar zijn. Ook wordt in deze algemene doelstelling aangegeven hoe die veranderingen tot stand zouden moeten komen, namelijk door de invloed van het konsultatieproject.

Dit zijn de drie thema's die uit de algemene doelstelling van het project kunnen worden afgeleid.

Rond en vanuit deze thema's dienen ook onze observatiecategorieën te worden opgebouwd.

Het zou voor de hand liggen om voor de konkretisering van deze algemene vraagstelling aansluiting te zoeken bij de consultatieliteratuur. Zoals echter al naar voren kwam in het Onderzoeksvoorstel Konsultatieproject Eindhoven is vanuit deze hoek weinig bruikbaar te vinden voor een onderzoek als dit. Er bestaat nauwelijks enige theorievorming rond de effecten van consultatie en het schaarse onderzoek dat gedaan is naar het effect van consultatie op het concrete gedrag van de konsultatant heeft weinig bevredigende resultaten opgeleverd.

We zullen daarom onze toevlucht moeten nemen tot wat er aan theorievorming bestaat over het hulpverleningsgedrag van de artsen zelf en over de veranderbare elementen daarin, ongeacht de specifieke werking van de konsultatiemethodiek. De link met de consultatie kan bewaard blijven door speciaal aandacht te besteden aan de verwachtingen die bij de artsen zelf leven ten aanzien van de mogelijke veranderingen die het konsultatieproject in hun concrete gedrag zou kunnen bewerkstelligen.

#### 3.2. De verwachtingen van de artsen ten aanzien van de werking van het konsultatieproject

Om met dit laatste te beginnen: twee artsen verwachten dat er niet zoveel zal veranderen door het konsultatieproject.





Het zijn dezelfde artsen die enkel uit solidariteitsoverwegingen aan het konsultatieprojekt zijn gaan meedoen, en ook in de andere deelonderzoeken geen speciale veranderingen verwachtten: de artsen 3 en 6 (vergelijk de overige hoofdstukken uit het interimrapport en met name hoofdstuk II) De andere artsen waren vrij eensluidend in hun verwachtingen. Allemaal verwachtten zij een toename van hun gevoeligheid voor psychosociale problematiek, en allemaal verwachtten zij meer gesprekken te zullen voeren met patiënten waarbij ze psychosociale problemen vermoeden, waarbij de aard van de gesprekken waarschijnlijk zal verschuiven van luisteren (praatpaal zijn)/exploreren naar meer inzichtbevorderend en gedragsveranderend bezig zijn.

Uit deze verwachtingen is de eerste serie vraagstellingen voor dit onderzoek af te leiden:

1. gaat de arts meer klachten als psychosociaal benoemen?
2. probeert de arts vaker door zijn vragen en andere interventies op het spoor van psychosociale problematiek te komen?
3. laat de arts in zijn konsulten vaker onderwerpen aan de orde komen die buiten de somatische orde liggen? oftewel: worden de gespreksonderwerpen vaker ook psychosociaal van aard?
4. indien dit het geval is, reageert de arts dan vaker door in te gaan op de aanwezige problematiek en minder vaak door deze af te houden of te negeren?
5. beperkt de arts zich bij psychosociale problematiek minder vaak tot de praatpaalfunctie en gaat hij vaker inzichtbevorderend of zelfs gedragsveranderend te werk?

Aan deze vraagstellingen willen wij in eerste instantie een tweetal verwachtingen toevoegen die kunnen dienen als een soort controle op de verwachtingen van de artsen zelf:

6. gaan de psychosociale delen van de konsulten gemiddeld langer duren, waardoor
7. ook de totale duur van de konsulten langer wordt? (vergelijk Byrne & Long, 1976).

Tot zover de hypothesen die rechtstreeks zijn af te leiden uit de verwachtingen van de artsen zelf. Het is opvallend dat deze verwachtingen vrijwel allemaal te maken hebben met de inhoud van het gesprek en nauwelijks met de wijze waarop bereikt kan worden dat er inderdaad op die manier over die dingen gesproken zal worden. Maar ook daarin (te weten de formele kenmerken van het gespreksgedrag) zullen veranderingen moeten ontstaan, wil er inderdaad ook iets in die inhoud kunnen veranderen (het is immers niet voor niets dat het de artsen op dit moment blijkbaar niet lukt om op de door hen gewenste wijze met hun patiënten te praten).

De artsen zelf geven weinig inzicht in de vraag welke formele kenmerken van hun gespreksgedrag belangrijk zijn voor hun wijze van hulpverlening. We zullen hiervoor te rade gaan bij bestaande hulpverleningstheorieën.

### 3.3. Enkele theoretische vooronderstellingen.

Over de vraag wat nu precies voor huisartsen een goede hulpverlening is zullen de geleerden het de eerstvolgende decennia nog wel niet eens worden. Zoveel scholen, zoveel zinnen, lijkt het wel. Het is ook niet aan ons om daar op dit moment het verlossende woord over uit te spreken. Dat is niet de doelstelling van dit onderzoek, maar het zou ook niet kunnen.



Er is nu eenmaal op het brede terrein van de hulpverlening nog niet zoveel systematische kennis voorhanden.

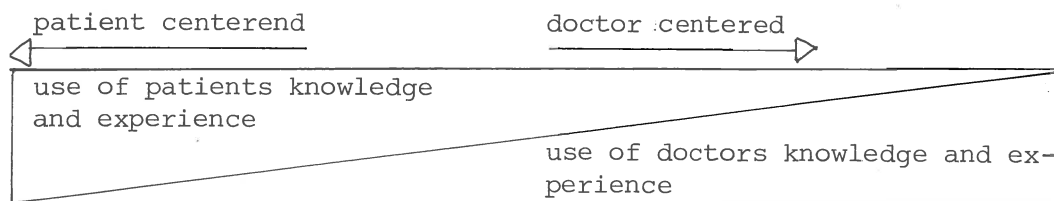
Dat betekent overigens nog niet dat we helemaal zonder theoretische basis zouden moeten werken (we hebben trouwens in paragraaf 2 gezien dat dat ook niet zou kunnen; in dat geval zouden alleen impliciete theorieën de plaats innemen van een geformuleerde theorie; maar dat even ter zijde). In de bestaande hulpverleningstheorieën - welke je ook neemt - is er namelijk één concept dat altijd overal opduikt en daarom voor ons goed als uitgangspunt kan dienen bij de keuze van onze verklarende variabelen. We doelen op het concept: "ruimte voor de patiënt".

Rogers gaat met zijn "unconditional positive regard" het verst in zijn claim dat het voor een goede hulpverlener het allerbelangrijkste is dat een patiënt de ruimte krijgt om te praten, zich te uiten, duidelijk te maken waarvoor hij komt. Maar ook Byrne & Long (1976) die in hun onderzoek naar het konsultgedrag van artsen het power-shift model \*) hanteren, vinden dat gedragsstijlen die voornamelijk "doctor-centered" zijn alleen voldoen bij (ernstige) somatische problemen, maar dat het voor een goede psychosociale hulpverlening belangrijk is om een gedragsstijl te hanteren die meer "patient-centered" is.

Enid Balint verwijst in haar boek "six minutes for the patient" ook naar zoiets als ruimte voor de patiënt, wanneer zij zegt "the traditional aim in joinpointing the seat of the trouble may not always be appropriate. An alternative aim would be to provide the patient with the opportunity to communicate whatever it is he wants, and this can result in a brief, intense and close contact, ....."

Ten tenslotte, om deze onvolledige lijst in ieder geval te completeren met literatuur van eigen bodem, vinden we bij van Dorp (1977) de zin: "Om een klimaat te scheppen waarin een patiënt ook intieme, persoonlijke, pijnlijke of vernederende bijzonderheden mee wil delen moet de arts de patiënt op een speciale manier tegemoet treden ....."

\* het power-shift model geeft aan wiens invloed (macht) in het konsult het grootst is:

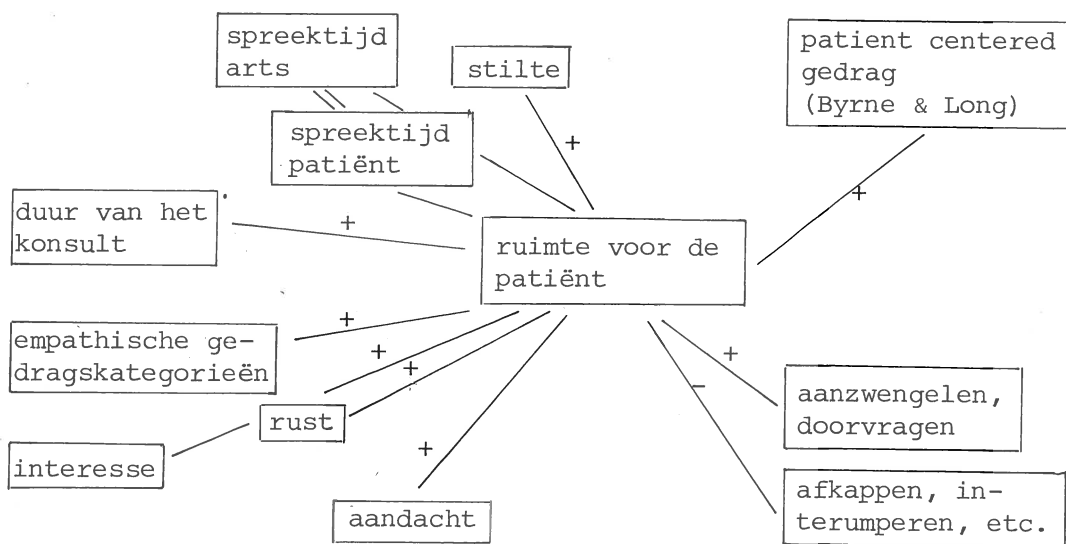


Byrne & Long gaan ervan uit dat artsen in de loop van hun carrière een gedragsstijl ontwikkelen die met behulp van dit schema getypeerd kan worden en tamelijk stabiel is. Artsen die hun gedragsstijl willen veranderen, willen dit altijd doen in de richting van een meer patient-centered gedragsstijl.



In al deze citaten wordt in feite gesproken over het concept "ruimte voor de patiënt" en in al deze citaten wordt dat op een andere manier gedaan. Voor zover er operationalisaties aanwezig zijn (Byrne & Long; van Dorp; Neuteboom) zijn deze ook heel verschillend van elkaar.

In deze studie willen wij, uitgaande van de stelling dat ruimte voor de patiënt leidt tot een betere psychosociale hulpverlening, het begrip "ruimte voor de patiënt" op een aantal manieren operationaliseren. Door de verschillende variabelen die zo ontstaan met elkaar in verband te brengen kunnen we het begrip "ruimte voor de patiënt" verder ontwikkelen (valideren); door deze variabelen in verband te brengen met de inhoudelijke variabelen (zie het eerste deel van deze paragraaf) kunnen we beziën in hoeverre het concept "ruimte voor de patiënt" inderdaad een vruchtbaar concept is wanneer we praten over psychosociale hulpverlening en de veranderingen die daarin te verwachten zijn.



Schema 1.: Conceptueel netwerk van het begrip "ruimte voor de patiënt".

In bovenstaand schema is zo'n conceptueel netwerk gepresenteerd van begrippen die - naar wij veronderstellen - samenhangen met het begrip "ruimte voor de patiënt".

Deze begrippen vormen een aantal clusters, die intern een bepaald verband worden verondersteld te hebben, maar waarvan de onderlinge relaties tot nu toe in de literatuur niet zijn onderzocht:

1. de objektieve ruimte voor de patiënt in termen van de tijd die aan hem wordt gegund:
  - de duur van het konsult; naarmate een konsult langer duurt heeft de patiënt meer ruimte
  - de hoeveelheid stilte; naarmate er meer stiltes zijn heeft de patiënt meer ruimte
  - spreektijd arts/spreektijd patiënt; naarmate de patiënt relatief meer spreektijd krijgt (claimt) heeft hij meer ruimte
2. de subjektieve of psychische ruimte voor de patiënt (krijgt de patiënt in het konsult ook de indruk dat hij de ruimte heeft om vrijuit te praten?)



- de empathische gedragscategorieën uit de school van Rogers (vergeleijk ook Neuteboom, Vrolijk, van Dorp); naarmate een arts meer parafraseert, reflekteert, knikt en humt, zal de patiënt meer de indruk krijgen de ruimte te hebben
  - aandachtsgedrag; naarmate de arts de patiënt meer aankijkt en een aandachtiger houding heeft zal de patiënt, etc.
  - interesse (vergeleijk o.a. van Dorp); naarmate de arts zich door zijn houding meer geïnteresseerd toont, zal de patiënt, etc.
  - rust; naarmate het konsult minder haastig is en meer rust uitstraalt zal de patiënt, etc.
3. de ruimte voor de patiënt in procestermen
- het hanteren van stimulerende procesvariabelen; naarmate de arts vaker een nieuw onderwerp aanzwengelt dan wel doorvraagt op een bepaald thema, zal de patiënt meer ruimte krijgen
  - het hanteren van remmende procesvariabelen; naarmate de arts vaker de patiënt onderbreekt, negeert of zelfs afkapt zal de patiënt minder ruimte krijgen
4. de ruimte voor de patiënt in termen van een machtsoverwicht  
(de gedragsstijlen van Barry Long); naarmate de arts in een konsult meer gebruik maakt van de kennis en ervaring voor de patiënt (en minder van die van hemzelf) en naarmate hij de uiteindelijke beslissing over wat er het beste kan gebeuren aan de patiënt overlaat zal de patiënt meer ruimte krijgen.

Dit zijn de variabelen waarmee we de ruimte die een patiënt in een konsult krijgt willen gaan meten. Het begrip "ruimte" staat hier voor een goede psychosociale hulpverlening door de arts.

De exacte operationalisaties van deze variabelen zijn her en der in de tekst te vinden\*. De analyse van de onderzoeksresultaten rond deze variabelen is weergegeven in paragraaf 6.

#### 4. Het materiaal; verwerving en verwerking.

Het onderzoekmateriaal bestaat uit 18 videobanden van één uur, zodoende hebben we van iedere arts uit de experimentele groep \*\*) drie uur spreek-

\* N.B.: sommige van de variabelen die hierboven worden genoemd zijn op meer dan één wijze geoperationaliseerd. De variabele "aandacht" bestaat bijvoorbeeld (a) uit een observatoroordeel, (b) uit de hoeveelheid tijd dat de arts zijn blik op de patiënt gericht heeft en (c) uit het aantal keren dat hij opkijkt. In de analyse zijn steeds al deze operationalisaties gebruikt.

\*\* N.B.: van de kontrolegroepartsen zijn weliswaar ook video-banden beschikbaar, maar deze zijn tot op heden nog niet geobserveerd en geanalyseerd.

De reden hiervoor is:

- a. dat de kontrolegroepartsen allemaal een ruime trainingservaring hebben hetgeen duidelijk in de banden te merken is. Een echte controlefunctie is hierdoor toch niet mogelijk, en
- b. dat de observatie van video-banden een zeer tijdrovende aangelegenheid is, waardoor men zich in het kader van een projekt als dit niet de luxe kan permitteren van een waarschijnlijk overbodige observatie.





uur voorhanden. Per arts zijn de banden aaneensluitend opgenomen, waardoor we steeds de beschikking hebben over een heel spreekuur, meestal een ochtendspreekuur.

De spreekuren werden niet speciaal uitgekozen; de konsulten vormen een willekeurige selectie uit wat zich zoal voordoet in de huisartspraktijk.

Er wordt gewerkt met een vaste camera; hierdoor was het niet nodig om een cameraman in de spreekkamer aanwezig te laten zijn. De apparatuur werd door de artsen zelf bedoend, zodat er alles bij elkaar zo min mogelijk sprake was van een inbreuk op de normale gang van zaken. Mondelinge rapportage van de artsen leerde ons ook dat de aanwezigheid van de videorecorder niet als overdreven hinderlijk werd ervaren.

Behalve het videomateriaal zelf beschikken we ook over enige aanvullende informatie. Per konsult werd door de arts een vragenlijst ingevuld, waarin zijn oordeel gevraagd werd over:

- a. de aard van de klacht op de dimensie somatisch/psychosociaal (vergeleijk hoofdstuk III: het waarnemen van psychische klachten)
- b. de ernst van de klacht
- c. de kwaliteit van zijn eigen optreden

Voor alle vragen werd gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal

De antwoorden op deze vragenlijsten werden afzonderlijk opgeborgen en niet ter kennis van de observatoren gebracht.

Het videomateriaal werd geobserveerd door twee observatoren. Bij de observatie werden de volgende regels gehanteerd:

- a. de observatoren vullen ieder een eigen observatieformulier in; deze worden ook afzonderlijk gekodeerd, zodat betrouwbaarheidstesten mogelijk zijn
- b. de samenstelling van een zogenaamd "eindformulier" gebeurt pas nadat alle observaties zijn afgerond; er worden vaste regels gehanteerd voor het vaststellen van een eindoordeel indien beide observatoren het niet eens blijken te zijn
- c. de algemene beoordelingsschalen (interesse, rust, spraakzaamheid patiënt) worden onmiddellijk ingevuld nadat het konsult één keer is bekeken (om verstoring door andere - telbare - variabelen te vermijden)
- d. de tijdsvariabelen (duur van het konsult; spreektijd arts en patiënt; tijd dat de arts de patiënt aankijkt, etc.) worden onafhankelijk van de andere observatiecategorieën geskoord. Voor de skoring van deze variabelen is gebruik gemaakt van een tijdsregistratieapparaat.

##### 5. Resultaten \*): een eerste profielschets van de artsen op basis van hun eigen verwachtingen

In deze eerste resultatenparagraaf zullen de gegeven worden gepresenteerd die te maken hebben met de verwachtingen van de artsen zelf over wat er in hun gedrag mogelijk gaat veranderen onder invloed van het konsultatieproject. We hebben hiervoor de gegevens grafisch weergegeven waardoor niet alleen snel een totaaloverzicht verkregen kan worden, maar ook een eenvoudige vergelijking tussen de artsen mogelijk wordt.

\* een uitgebreidere beschrijving voorzien van een aantal tabellen is te vinden in de uitgebreide versie van dit hoofdstuk die als afzonderlijk rapport beschikbaar is.



In grafiek 1 staat dan per arts weergegeven:

- a. in hoeveel % van de konsulten de arts een psychosociale diagnose heeft gesteld (de lichtgrijze kolom)
- b. in hoeveel % van de konsulten psychosociale gespreksonderwerpen aan de orde zijn geweest (de middelgrijze kolom)
- c. in hoeveel % van de konsulten dit gebeurde op initiatief van de arts zelf (de donkergrijze kolom)

In deze grafiek staat, met andere woorden, weergegeven hoe psychosociaal de arts aankijkt tegen de hem gepresenteerde problemen en hoe vaak hij het daarbij tot een psychosociaal gesprek laat komen.

Het referentiepunt is het totale aantal konsulten.

Men kan ook een ander uitgangspunt kiezen, te weten het aantal konsulten waarin door de arts een psychosociale diagnose is gesteld. Daarbij gaat men uit van de gedachte dat een dergelijk oordeel het handelen van de arts in belangrijke mate bepaalt.

In grafiek 2. staat van deze konsulten aangegeven:

- a. in hoeveel % van deze konsulten psychosociale gespreksonderwerpen aan de orde zijn geweest
- b. in hoeveel % van deze konsulten dit gebeurde op initiatief van de arts zelf

In deze grafiek staat, met andere woorden, aangegeven in welke mate de artsen konsekwenties verbinden aan het oordeel dat zij hebben over de gepresenteerde klacht.

Uit deze grafiek laten zich een aantal gemeenschappelijke kenmerken van de artsen afleiden. Zo wordt gemiddeld slechts één derde van alle klachten door de arts als zuiver somatisch beschouwd. Nog een kleiner percentage krijgt het oordeel "zuiver psychosociaal". De artsen hebben dus in het merendeel der konsulten te maken met klachten waaraan zowel somatische als psychosociale aspecten kleven. Dit zien we overigens niet geheel terug in hun gedrag. De artsen stellen beduidend vaker een psychosociale diagnose, dan dat zij psychosociale gespreksonderwerpen aan de orde laten komen. Er zijn dus heel wat konsulten die een zuiver somatisch verloop hebben, hoewel de arts wel psychosociale problemen bij de betreffende patiënt kent of vermoedt. Het is interessant om te bezien in hoeverre het konsultatieproject hierin veranderingen vermog aan te brengen.

Interessanter dan de overeenkomsten zijn echter de onderlinge verschillen tussen de artsen. We hebben daarom op basis van deze grafieken en op basis van de cijfers die hier niet verder zijn weergegeven, maar uitgebreid zijn vermeld in de nota "het spreekkamergedrag van de artsen" waarvan dit hoofdstuk een uittreksel is voor iedere arts een eerste profielschets opgesteld, die als uitgangspunt kan dienen voor de analyse van de nameting.

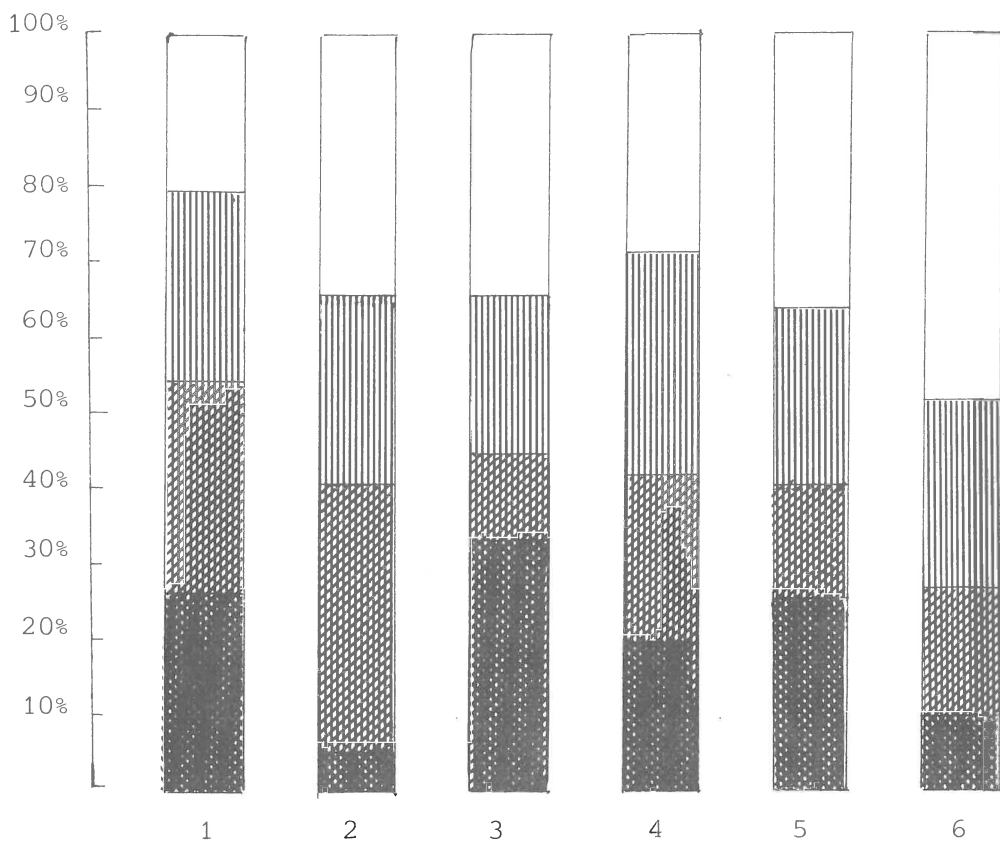
#### Arts 1.

Arts 1 kunnen we op basis van dit videomateriaal waarschijnlijk de meest "psychosociale arts" noemen. Hij is daarmee de grote tegenhanger van arts 6, zoals we zo meteen zullen zien.

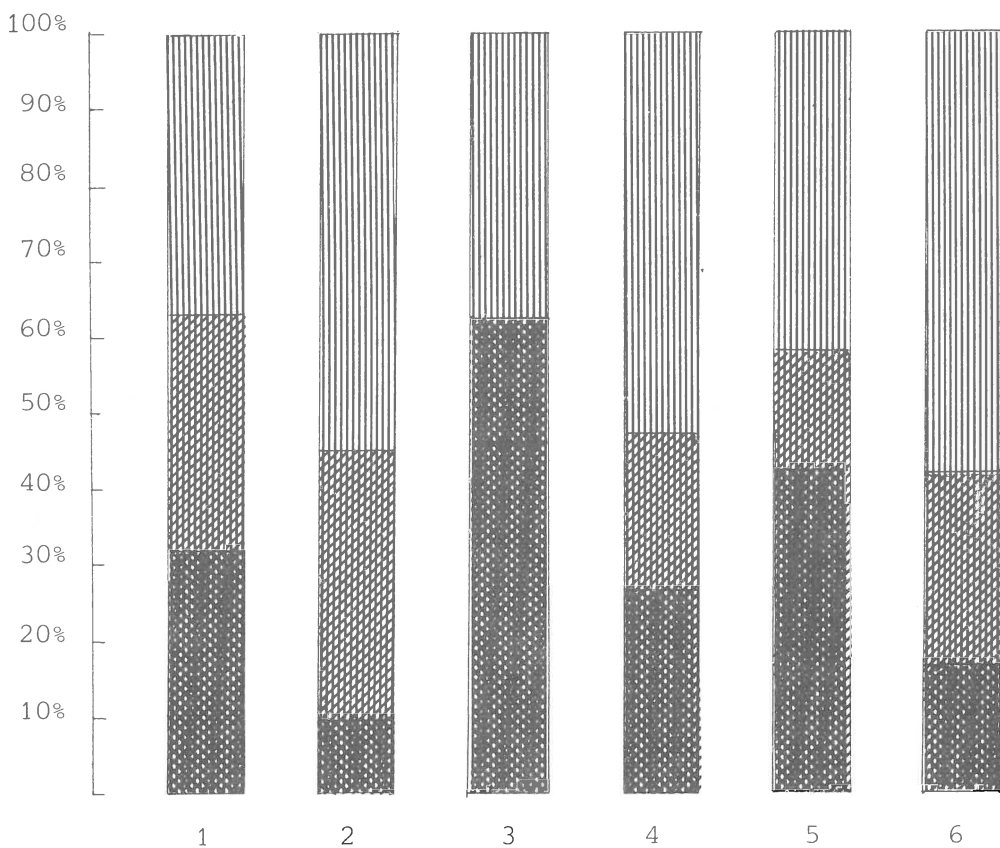
Arts 1 neemt het hoogste percentage psychosociale klachten waar (79%) en laat het ook méér dan zijn collega's aankomen op een psychosociaal gesprek, wanneer hij dergelijke problematiek vermoedt. Hij neemt daarvoor redelijk vaak zelf het initiatief.

Arts 1 lijkt helemaal wel erg actief te zijn. Hij laat psychosociale





Grafiek 1.: Aantal konsulten met - diagnose psychosociaal  
 - psychosociale gespreksonderwerpen  
 - psychosociale initiatieven van de arts  
 (in opvolgende grijstinten)



Grafiek 2.: Aantal konsulten met - psychosociale gespreksonderwerpen  
 - psychosociale initiatieven van de arts  
 in gevallen dat de arts de diagnose psychosociaal stelt.



klachten relatief weinig zitten en wanneer hij op dergelijke klachten ingaat, gebruikt hij daarbij veel alternatieven (vaak ook veel tegelijkertijd). Dit heeft overigens ook tot gevolg dat arts 1 vaker psychofarmaca voorschrijft dan zijn collega's. De duur van zijn konsulten is aan de lange kant.

Gemiddeld duren de gesprekken van arts 1 langer dan die van de andere artsen (hoewel hij hierin weinig verschilt van arts 2 en 5) en ook zijn psychosociale gespreksfragmenten duren over het algemeen vrij lang (mediaan: 3'3").

We mogen hieruit konkluderen dat arts 1 rustig de tijd neemt voor zijn patiënten.

Arts 1 had in het interview als verwachting uitgesproken dat hij vaker inzichtbevorderend en gedragsveranderend bezig zou gaan. Om dit te laten gebeuren zal er inderdaad wat moeten veranderen: arts 1 vervult in zijn konsulten momenteel meestal de functie van praatpaal of geruststellend vaderfiguur.

### Arts 2.

Arts 2 was voor de observatoren de meest onduidelijke arts. Bij hem werd in maar liefst 40% van de konsulten een fragment als "onduidelijk" gekategoriseerd, omdat de observatoren geen duidelijke aanwijzing hadden of het nu psychosociaal of toch somatisch was. Dit beeld vinden we terug in een aantal van de overige categorieën. Hoewel in zo'n 40% van de konsulten ook psychosociale gespreksonderwerpen aan de orde kwamen (een cijfer dat vergelijkbaar is met dat van de meeste andere artsen), gebeurde dit zelden op initiatief van de arts zelf. We zien ook, wat heel merkwaardig is, dat arts 2 in vrijwel alle konsulten zowel wél inging op de aanwezigheid van psychosociale problematiek, als vervolgens deze problematiek weer negeerde of afhield.

Het feit dat de konsulten vaak als onduidelijk werden beoordeeld betekent overigens niet dat er niets gebeurde. Vrijwel nooit nam arts 2 genoegen met een praatpaalfunctie. Meestal had hij een aktievere rol.

Wat de lengte van zijn konsulten betreft lijkt arts 3 op arts 1: zowel de totale duur van zijn konsulten als de duur van de psychosociale fragmenten lag boven het gemiddelde.

### Arts 3.

Arts 3 beschouwt zichzelf als een typische somaticus (vergelijk hoofdstuk II van dit interimrapport). Het feit dat in bijna de helft van zijn konsulten alleen somatische onderwerpen aan de orde komen, bevestigt misschien dit beeld.

Echter er zijn ook heel wat tekenen die precies de andere kant op wijzen: arts 3 toont relatief veel psychosociale initiatieven. Wanneer hij psychosociale problemen vermoedt, toont hij in maar liefst 62% van de konsulten een psychosociaal initiatief. Hij laat psychosociale problemen ook minder vaak zitten dan welke van zijn collega's dan ook. Echter ..... het resultaat is niet navenant. Arts 3 is de enige arts die bij een psychosociale diagnose vaak initiatieven toont tot een gesprek, dan dat er inderdaad over psychosociale onderwerpen gesproken wordt. En wanneer er over psychosociale zaken gesproken wordt, duurt dit over het algemeen vrij kort. Ook in de totale lengte van zijn konsulten scoort arts 3 iets onder het gemiddelde. Opgemerkt moet worden, dat arts 3 één van de artsen is die geen heil van het konsultatie projekt verwachten.





Arts 4.

Arts 4 is een heel neutrale arts. In vrijwel alle variabelen volgt hij de middenmoot: zowel in het percentage psychische klachten, dat hij waarneemt (70%) als in het percentage konsulten waarin (bij een dergelijke diagnose) over psychosociale klachten gesproken wordt (47%), als in het percentage psychosociale initiatieven bij een dergelijke diagnose (36%). Slechts in één opzicht onderscheidt arts 4 zich van zijn collega's: hij gaat zowel minder vaak wél als minder vaak niet in op psychosociale klachten. Er gebeurt gewoon minder in het konsult (althans aan de artsenzijde). Arts 4 is hierin vooral een tegenhanger van arts 2, die precies het omgekeerde gedrag bleek te vertonen.

Opvallend is overigens dat, terwijl de gemiddelde konsultduur van arts 4 tamelijk laag ligt, de psychosociale fragmenten over het algemeen vrij lang duren (gemiddeld zelfs langer dan de gemiddelde konsultduur wanneer we alle konsulten in beschouwing nemen!).

Arts 5.

Wanneer arts 5 eenmaal denkt of weet dat er psychosociale problemen spelen komt het bij hem relatief vaak tot een gesprek daarover (in 58% van de konsulten). Meer nog dan bij arts 1 gebeurt dit dan op initiatief van hemzelf. Patiënten komen veel minder vaak met een psychosociaal initiatief (hierin lijkt arts 5 op arts 3).

Arts 5 lijkt in zijn voormeting overigens in meer opzichten op arts 1, zij het dat zijn skores over het algemeen iets minder extreem zijn. Zijn konsulten duren gemiddeld ongeveer even lang en ook de duur van de psychosociale fragmenten is vrij lang.

Overigens is nog een opvallend feit in het gedrag van arts 5 dat hij tijdens de video-opnames 3 patiënten verwees naar een psychosociaal hulpverlener of een poging daartoe deed (vergelijk ook hoofdstuk IV).

Arts 6.

Arts 6 wijkt het meest af van zijn collega's. Hoewel hij voor zichzelf een veelomvattende taak ziet weggelegd op psychosociaal gebied en hij de psychosociale hulpverlening zowel plezierig als gemakkelijk vindt (vergelijk hoofdstuk V van dit interimrapport), zien we daar op video weinig van terug.

De arts benoemt het kleinste aantal klachten als psychosociaal en heeft ook het minst psychosociale konsulten (in totaal 26%; dit is 42% van de konsulten waarin hij een psychosociale diagnose heeft gesteld). Net als arts 3 hebben relatief veel konsulten bij arts 6 een zuiver somatisch karakter (ongeveer de helft).

Ook wanneer we kijken naar het percentage psychosociale initiatieven, zien we dat arts 6 (overigens samen met arts 2) duidelijk achterblijft bij zijn collega's. Zelfs in de gevallen waar hij een psychosociale diagnose stelt, komt arts 6 slechts in 16% van de konsulten met een psychosociaal initiatief. Arts 6 is ook de enige arts die psychosociale problemen vaker negeert dan oppakt. In minder dan de helft van de gevallen gaat hij in op de aanwezige problematiek. In geen enkel geval komt dit verder dan luisteren, geruststellen of exploreren.

Dit alles overziend is het niet verwonderlijk dat de konsulten van arts 6 heel kort duren (mediaan 3'09") en dat ook de psychosociale fragmenten aanmerkelijk korter duren dan die van de andere artsen (n.b. het langste



psychosociale fragment duurde 4'3"; bij de anderen was dit minimaal 10 minuten).

Opgemerkt moet worden dat arts 6 (evenals arts 3) niet verwacht dat het konsultatieproject bij hem veranderingen in gang zal zetten.

### Slotopmerking

Hiermee zijn de gegevens over de voormeting gegeven, voorzover ze betrekking hebben op de verwachtingen die de artsen zelf hebben over de invloed van het konsultatieproject. We zouden het in deze rapportage hierbij kunnen laten. Dat doen we echter niet. We willen in het volgende hoofdstuk deze gegevens wat meer theoretisch onderbouwen door analyses te doen naar de formele gesprekskenmerken, die wellicht een verklaring kunnen vormen voor de inhoudelijk categorieën, die we in dit hoofdstuk besproken hebben.

## 6. Psychosociale hulpverlening: een analyse van de formele gesprekskenmerken.

### 6.1. Inleiding

In paragraaf 3.3. (enige theoretische vooronderstellingen) is betoogd dat het voor een goede psychosociale hulpverlening in ieder geval nodig is dat er in het konsult ruimte is voor de patiënt. Rond dit konsept "ruimte voor de patiënt" hebben wij vervolgens een conceptueel netwerk opgebouwd van begrippen en begrippenclusters die allemaal op een of andere wijze iets te maken hebben met dat concept: "ruimte voor de patiënt" (althans volgens de literatuur).

Deze begrippenclusters zijn (vergelijk ook pagina VI-6).

1. de objektieve ruimte voor de patiënt in termen van de tijd die aan hen wordt gegund
2. de subjektieve ruimte of psychische ruimte voor de patiënt (krijgt de patiënt ook de indruk dat hij de ruimte heeft om vrijuit te praten, e.d.?)
3. De ruimte van de patiënt in procestermen
4. de ruimte voor de patiënt in termen van zijn inbreng/invloed in het konsult

In deze paragraaf zullen we deze vier begrippenclusters achtereenvolgens analyseren. Daarna wordt in een slotbeschouwing uiteengezet wat deze analyse van de formele gesprekskenmerken ons geleerd heeft met betrekking tot het onderhavige onderzoek.

### 6.2. De objektieve ruimte voor de patiënt

Stimson en Webb (1975) wijzen in hun boek "going to see the doctor - the consultation process in general practice" op de managersrol van de huisarts: door allerlei subtiele en minder subtiele handelingen beperken artsen de duur van hun konsulten en daarmee ook de ruimte die de patiënt krijgt. Met name wanneer de arts vindt dat het toch enkel om trivialiteiten gaat zal hij dergelijke technieken toepassen. Byrne en Long (1976) ontdekten in hun onderzoek waarin 963 arts-patiënt gesprekken werden geanalyseerd dat de lengte van een konsult een maat is voor de functionali-



teit \*) van dat konsult. Dysfunktionele konsulten duurden over het algemeen korter en vertoonden minder spreiding in hun duur. Ze verliepen stereotyper als het ware. Ook is in deze konsulten de patiënt minder aan het woord, wordt er meer door elkaar heen gepraat en ontstaat er minder vaak en minder lang een stilte.

We mogen, op grond van deze gegevens konkluderen dat het erop lijkt dat de lengte van een konsult een maat is voor het betreffende konsult die in ieder geval iets zegt over de ruimte die de patiënt van de arts krijgt. Daarnaast mogen we de verwachting uitspreken dat het in veel gevallen de arts zal zijn die door zijn (sturend) optreden de lengte van het konsult bepaalt. Oftewel: de arts limiteert, vanuit bepaalde gedachten die hij heeft over de klacht of de patiënt, de lengte van het konsult (in positieve of negatieve zin) en daarmee ook de ruimte die de patiënt krijgt om vrijuit te praten over datgene waarover hij op dat moment wil praten. Of deze relaties inderdaad zo liggen zal in de volgende paragrafen blijken. Hier zullen we volstaan met een beschrijving van de variabelen die tesamen het begrippencluster "objektieve ruimte voor de patiënt" uitmaken. Met name zullen we ingaan op de duur van het konsult (in relatie tot de aard van het konsult), op de spreektijd van de arts en de patiënt, en op de onderlinge relatie tussen deze twee en de observatoroordelen over de spraakzaamheid van de patiënt. Graag hadden we ook de stilte in het konsult als variabele opgenomen, maar aangezien we tijdens de voormeting alle stiltes zonder verder onderscheid hebben opgenomen is het niet mogelijk om de "therapeutische stiltes" (de stiltes tijdens het gesprek) te scheiden van de stiltes die plaatsvinden dankzij het feit dat de arts zijn registratiesysteem aan het bijhouden is (de schrijfstiltes)

#### De duur van het konsult \*\*)

Wanneer we kijken naar de duur van de konsulten zien we grote verschillen tussen de artsen onderling, zowel in de gemiddelde lengte van de konsulten als in de duur van het kortste en van het langste konsult. De artsen 1 en 5 hebben (in deze volgorde) gemiddeld vrij lange konsulten. De gesprekken van de artsen 6 en 3 duurden over het algemeen iets korter. Arts 6 spande daarbij duidelijk de kroon. We kunnen de lengte van de konsulten ook nog op een andere manier aangeven, namelijk door na te gaan welk percentage van de konsulten beneden of boven een bepaalde limiet zit: de gedachtengang achter een dergelijke analyse is dat de arts in eerste instantie nog altijd een medicus is. Patiënten zullen daarom over het algemeen ook een medische ingang kiezen voor het gesprek (vergelijk Lidt de Jeude, 1971). Op basis hiervan kan men verwachten dat in extreem korte konsulten niet gemakkelijk psychosociale problemen aan bod zullen komen, eenvoudigweg omdat de patiënt niet de ruimte vindt om ze naar voren te brengen.

In onderstaande tabel zijn de konsulten verdeeld in drie groepen

- de konsulten die korter dan 3 minuten duren
- de konsulten die tussen de 3 en de 6 minuten duren
- de konsulten die langer dan 6 minuten duren

Per groep is weergegeven hoeveel procent van de betreffende konsulten een psychosociaal karakter heeft

\* Het begrip "funktionaliteit" refereert naar de mate waarin de beide partijen (arts en patiënt) een gemeenschappelijke doelstelling hebben en niet langs elkaar heen praten. In een dysfunktioneel konsult gaat ook altijd minstens één van beide partijen ontevreden weg.

\*\* Ook hier moet weer worden opgemerkt dat met de duur van het konsult bedoeld werd de tijd dat arts en patiënt samen in de spreekkamer aanwezig waren.



|                      | aantal | %  | % psychosociaal | % somatisch |
|----------------------|--------|----|-----------------|-------------|
| korter dan 3 minuten | 43     | 29 | 9               | 91          |
| 3 tot 6 minuten      | 64     | 42 | 42              | 58          |
| langer dan 6 minuten | 44     | 29 | 66              | 34          |

Tabel 6.1.: Konsulten verdeeld naar lengte en karakter

De meeste konsulten (ruim 40%) duren tussen de 3 en de 6 minuten. Er zijn ongeveer evenveel konsulten die korter dan langer duren (beide ongeveer 30%). De korte en lange konsulten verschillen echter extreem in het soort onderwerp dat aan de orde komt. Wordt er in de lange konsulten in 66% van de gevallen óók meer over psychosociale zaken gepraat, in de extreem korte konsulten is dit slechts in 9% van de konsulten het geval. De hierboven uitgesproken verwachting dat konsulten een minimale duur moeten hebben om psychosociale problemen aan bod te laten komen wordt hiermee bevestigd. Ook is het zo dat naarmate een konsult langer duurt, de kans op een psychosociaal gesprek groter wordt.

Deze bevinding maakt het interessant om de konsulten van de artsen in te delen in drie genoemde tijdsklassen. Een schematisch overzicht hiervan vindt U in grafiek 2. In grote lijnen geeft deze grafiek hetzelfde beeld als wanneer we naar de gemiddelde cijfers kijken. De artsen 1 en 5 hebben relatief veel konsulten in de categorie "6 minuten of meer". De artsen 2 en 4 lijken erg op elkaar en hebben de meeste konsulten in de tussenliggende categorie. Getoetst of de kans op een psychosociaal gesprek inderdaad groter is wanneer de konsulten langer duren, bleek dit, ondanks de kleine getallen, bij de meeste artsen het geval te zijn.

#### De somatische en psychosociale delen van het konsult.

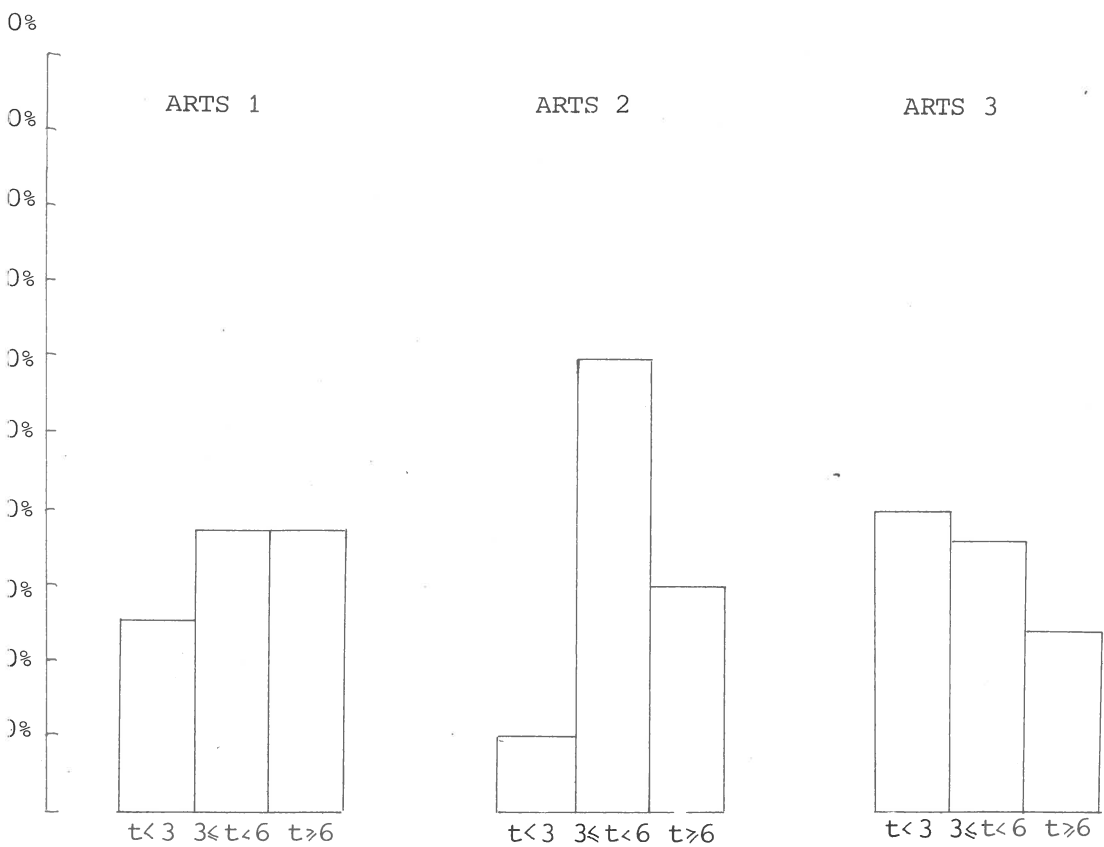
Tot nu toe hebben we het konsult als een afgerond geheel beschouwd en in zijn totaal bekeken. In een konsult kunnen echter verschillende gespreks-onderwerpen voorkomen die maken dat het konsult een geheel ander karakter krijgt. We hebben hiervoor reeds gezien dat de lengte van een konsult bepalend is voor de kans dat er in dat konsult ook psychosociale onderwerpen aan bod zullen komen. We mogen hieruit konkluderen dat de psychosociale delen van een konsult andere voorwaarden nodig hebben dan de somatische delen en daarom wellicht niet zomaar met deze somatische gedeelten op één hoop gegooid mogen worden. Ook op theoretische gronden is een dergelijke scheiding wenselijk te achten. In diskussies over de taak en functie van de huisarts wordt in het algemeen gesteld dat de grondhouding van de arts en ook de vaardigheden die van hem verwacht worden in somatische delen van het konsult geheel andere zijn dan van de psychosociale fragmenten. Wordt bij somatische zaken van de arts verwacht dat hij snel en doelstreffend helpt (een gerichte medische anamnese afneemt en zelf een therapie voorstelt), bij een psychosociaal gesprek zal hij zich heel anders moeten opstellen: empathisch luisterend, de patiënt steunend, maar uiteindelijke beslissingen overlatend aan de patiënt. Ook in gesprekken met artsen blijkt dat artsen over het algemeen deze verschillende aspecten van hun vak geheel verschillend opvatten: een oor "moet snel even worden doorgespoten"; bij psychosociale problemen "ga je er echt even voor zitten".

Al deze overwegingen hebben ervoor gezorgd dat wij de konsulten verdeeld hebben in "fragmenten", afhankelijk van het onderwerp waarover gesproken is.

Wanneer we vervolgens de duur van de somatische en de psychosociale fragmenten gaan korreleren met de duur van het totale konsult (zie tabel 6.2)



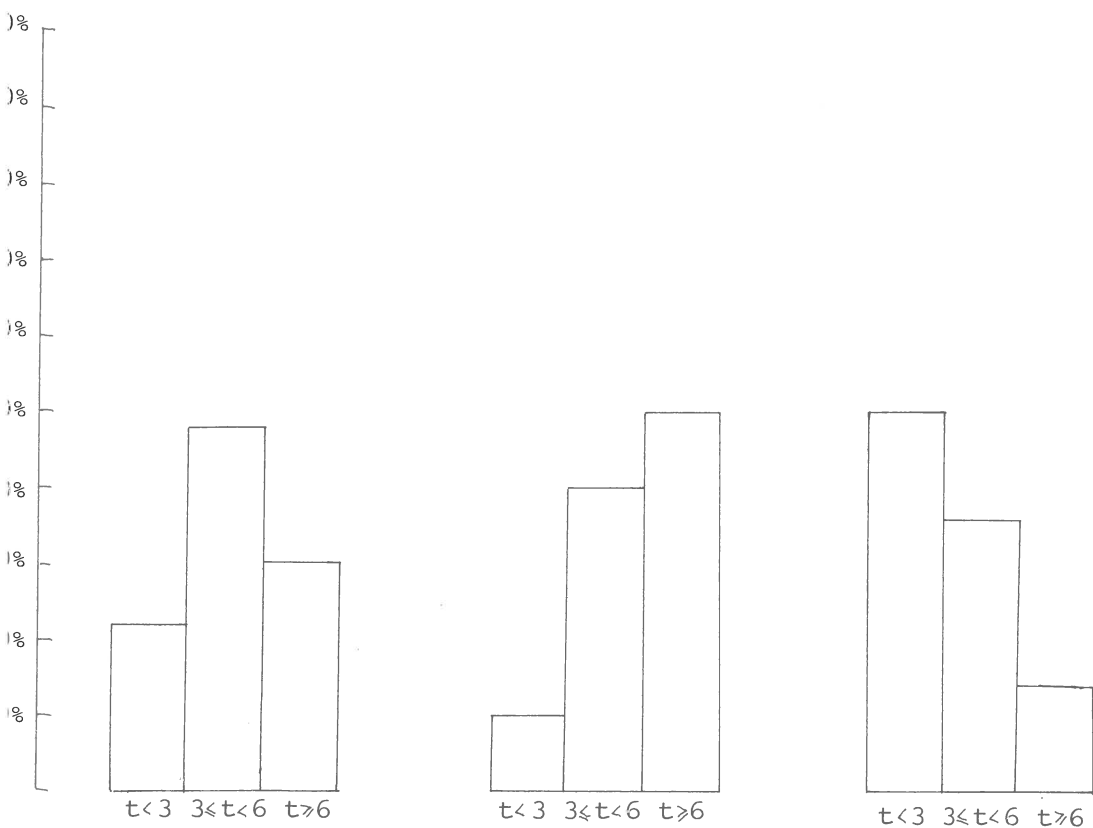




ARTS 4

ARTS 5

ARTS 6



Grafiek 3: De konsulten verdeeld in drie tijdsklassen



dan zien we dat (behalve bij arts 6) de variatie in de totale lengte van het konsult voor het grootste gedeelte bepaald wordt door de lengte van het psychosociale deel ervan. De somatische gespreksfragmenten lijken veel stereotyper te verlopen. Deze stereotypie laat zich ook in een getal uitdrukken: bij vrijwel alle artsen verschilt de lengte van de somatische gespreksfragmenten in meer dan 75% van de konsulten minder dan 1½ minuut van de mediaan.

Dit is een belangrijke ontdekking, die de scheiding van het konsult in losse onderdelen in eerste instantie legitimeert.

| arts | $r_1$ | $r_2$ |
|------|-------|-------|
| 1    | .33   | .87   |
| 2    | .25   | .70   |
| 3    | .33   | .91   |
| 4    | .38   | .90   |
| 5    | .15   | .91   |
| 6    | .70   | .32   |

Tabel 6.2.: Korrelaties tussen respectievelijk de somatische en psychosociale delen van het konsult en de totale lengte van het konsult.

$r_1$  = duur somatisch deel x duur totale konsult

$r_2$  = duur psychosociale deel x duur totale konsult

#### De spreektijd van de arts en patiënt

Behalve naar inhoud kunnen we een konsult ook indelen op grond van de bijdrage van de verschillende sprekers: een indeling op de spreektijd van de arts en de spreektijd van de patiënt.

De spreektijd van de patiënt is een interessante variabele omdat deze, het meest van alle variabelen, aangeeft hoeveel tijd (ruimte) een patiënt krijgt in een konsult. Deze relateren aan de spreektijd van de arts kan ons inzicht geven in de vraag hoe de spreektijd van de patiënt nu precies bepaald wordt: is, naarmate een arts minder praat de patiënt meer aan het woord, of gaat de spreektijd van de arts en patiënt gelijk op in een konsult? Door de gegevens over de spreektijd van de patiënt te koppelen aan de spraakzaamheid van de patiënt (zoals die gemeten is door het aantal starts en vragen van de patiënt te tellen en door observatoren een oordeel te laten geven over de mate waarin een patiënt dóór gaat over bepaalde zaken) kunnen we de inhoudsloze variabele "spreektijd" meer reliëf geven (c.q. valideren).

| arts | spreektijd arts | spreektijd patiënt | r   |
|------|-----------------|--------------------|-----|
| 1    | 128 sec         | 131 sec            | .54 |
| 2    | 119 sec         | 106 sec            | .75 |
| 3    | 68 sec          | 76 sec             | .61 |
| 4    | 77 sec          | 82 sec             | .72 |
| 5    | 110 sec         | 136 sec            | .67 |
| 6    | 46 sec          | 48 sec             | .70 |

Tabel 6.3: De gemiddelde spreektijd (mediaan) van arts en patiënt, alsmede de korrelatie daartussen.

Wanneer we naar de eerste kolom kijken dan zien we dat de spreektijd van de artsen voor de verschillende artsen behoorlijk verschilt: arts 1



praat significant meer dan zijn kollega's (alleen het verschil met arts 2 is niet significant) en arts 6 onderscheidt zich van de anderen door significant minder lang aan het woord te zijn. Deze verschillen komen precies overeen met de verschillen in de gemiddelde lengte van de konsulten.

Deze tabel laat echter ook een nog veel interessanter resultaat zien: namelijk dat de gemiddelde spreektijd van arts en patiënt bij geen enkele arts meer dan enkele seconden van elkaar verschillen. Dat de spreektijd van arts en patiënt ook voor een belangrijk deel gelijk opgaan, zien we in de hoge korrelaties tussen deze twee variabelen (varieert van .54 tot .75). We mogen hieruit konkluderen dat de totale lengte van een konsult in gelijke mate bepaald wordt door de verbale bijdragen van de arts en de patiënt \*).

#### De spraakzaamheid van de patiënt

De spreektijd van de patiënt geeft in de meest objektieve zin aan hoeveel ruimte de patiënt in een bepaald konsult heeft (gemeten in het aantal seconden dat hij aan het woord is). Maar in hoeverre hangt deze objektieve maat "spreektijd van de patiënt" nu ook samen met iets wat men de "spraakzaamheid van de patiënt" zou kunnen noemen?

Om dit te kunnen vaststellen hebben we een aantal variabelen in het onderzoek opgenomen die een meer kwalitatief beeld moeten geven van de verbale inbreng van de patiënt. We hebben hiervoor de volgende observatiecategorieën gebruikt:

1. het aantal starts van de patiënt in het konsult, of in een bepaald onderdeel van het konsult (met "start" bedoelen we iedere interventie van de patiënt waarmee bij het konsult (her)opent, dan wel een nieuw onderwerp ter sprake brengt)
2. het aantal vragen die de patiënt stelt in het konsult of in een bepaald onderdeel van het konsult
3. de mate van doorpraten van de patiënt in een bepaald onderdeel van het konsult. \*\*)

(met "doorpraten" wordt bedoeld dat de patiënt meer zegt dan strikt noodzakelijk is; de mate van doorpraten werd geskoord op een 5-puntschaal, waar de waarde 1 een geringe en de waarde 5 een hoge mate van doorpraten vertegenwoordigt).

Aangezien we deze gegevens hier enkel presenteren om het begrip "spreektijd van de patiënt" meer inhoud te geven zullen we de ruwe cijfers van deze variabelen niet weergeven, maar volstaan met een korrelatiematrix waarin de spraakzaamheidsvariabelen en de spreektijdvariabelen tesamen zijn opgenomen (zie volgende pagina)

We kunnen uit deze korrelatiematrix konkluderen dat

- de totale spreektijd van de patiënt hoog korreleert met het aantal starts van de patiënt in het totale konsult; de korrelatie met het aantal vragen dat de patiënt stelt is lager maar nog wel significant ( $\alpha \leq .001$ )

\* Het is dus niet zo, zoals wel eens naïef wordt verondersteld dat de patiënt meer ruimte krijgt, naarmate de arts meer zijn mond houdt.

\*\* Deze variabele is alleen voor de afzonderlijke fragmenten van het konsult geskoord; een totaaloordeel is niet gegeven (en aangezien het hier in tegenstelling tot de eerste twee variabelen om een beoordelingsschaal gaat, is een totaalscore niet door eenvoudig optellen te verkrijgen).



CORRELATIEMATRIX VAN DE SPREEK-  
TIJD EN SPRAAKZAMHEIDVARIABLEN  
(VAN DE PATIËNT)

|                    |  | spreektijd patiënt |                |        |        | psychosociaal   |            |        |        | somaïsch        |            |        |        | totaal          |        |        |                 |
|--------------------|--|--------------------|----------------|--------|--------|-----------------|------------|--------|--------|-----------------|------------|--------|--------|-----------------|--------|--------|-----------------|
|                    |  | idem psychosociaal | idem somatisch | starts | vragen | starts + vragen | dóórpraten | starts | vragen | starts + vragen | dóórpraten | starts | vragen | starts + vragen | starts | vragen | starts + vragen |
| spreektijd patiënt |  | .91                |                |        |        |                 |            |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| idem psychosociaal |  | .41                | -.11           |        |        |                 |            |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| idem somatisch     |  | .75                | .94            | .00    |        |                 |            |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| psychosociaal      |  | .51                | .56            | -.03   | .59    |                 |            |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| starts             |  | .76                | .95            | -.00   | .99    | .70             |            |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| vragen             |  | .52                | .51            | .30    | .54    | .27             | .54        |        |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| starts + vragen    |  | .12                | -.12           | .55    | -.12   | -.10            | -.12       | .16    |        |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| dóórpraten         |  | .01                | -.14           | .35    | -.15   | -.03            | -.14       | .00    | .59    |                 |            |        |        |                 |        |        |                 |
| somaïsch           |  | .09                | -.15           | .52    | -.15   | -.08            | -.15       | .12    | .92    | .86             |            |        |        |                 |        |        |                 |
| starts             |  | .03                | .27            | .07    | .02    | -.03            | .01        | .45    | .51    | .61             | .62        |        |        |                 |        |        |                 |
| vragen             |  | .86                | .84            | .30    | .81    | .44             | .80        | .58    | .33    | .11             | .26        | .25    |        |                 |        |        |                 |
| starts + vragen    |  | .28                | .25            | .31    | .11    | .39             | .17        | .20    | .45    | .86             | .70        | .53    | .34    |                 |        |        |                 |
| totaal             |  | .81                | .82            | .36    | .70    | .50             | .71        | .57    | .43    | .40             | .46        | .40    | .94    | .64             |        |        |                 |

spreektijd patiënt  
idem psychosociaal  
idem somatisch

psychosociaal  
starts  
vragen  
starts + vragen  
dóórpraten

somaïsch  
starts  
vragen  
starts + vragen  
dóórpraten

totaal  
starts  
vragen  
starts + vragen





- de totale spreektijd van de patiënt hoog korreleert met elk van de drie spraakzaamheidsvariabelen in het psychosociale deel van het konsult; wanneer we naar de somatische delen van het konsult kijken treffen we daarentegen geen enkel verband aan tussen de totale spreektijd van de patiënt en de drie spraakzaamheidsvariabelen
- de drie spraakzaamheidsvariabelen plus een samengestelde variabele (bestaande uit het totale aantal starts plus het totale aantal vragen) binnen één type gesprek (somatisch of psychosociaal) onderling hoog samenhangen; wanneer we de verschillende gesprekstypes met elkaar vergelijken verdwijnen de onderlinge samenhangen, behalve voor de variabele "mate van doorpraten".
- de drie spraakzaamheidsvariabelen gemeten over het totale konsult, zowel samenhangen met deze variabelen, gemeten in het psychosociale deel van het konsult, als met die uit het somatische gedeelte; de korrelaties met de in het psychosociale deel gemeten variabelen zijn het hoogst, behalve voor de variabele "aantal vragen".

Resumerend kunnen we stellen dat de spreektijd van de patiënt wel degelijk iets te maken heeft met zijn spraakzaamheid zoals die met behulp van een aantal andere, meer kwalitatieve maten gemeten wordt. Deze samenhangen komen het meest naar voren in de psychosociale gespreksfragmenten.

#### Samenvatting

Deze paragraaf 6.2. handelt over de objektieve ruimte die de patiënt in een konsult heeft. Onder deze "objektieve ruimte" wordt verstaan de tijd die een patiënt van een arts krijgt (of neemt) in termen van de duur van het konsult, zijn spreektijd, e.d.

Een van de belangrijkste bevindingen in deze paragraaf is dat de vaak aanzienlijke variatie in de lengte van de konsulten vrijwel geheel voor rekening komt van de psychosociale gespreksfragmenten. De somatische gedeeltes van de konsulten duren ongeveer even lang en ook de onderlinge verschillen tussen de artsen zijn hier veel kleiner.

Een ander opmerkelijk feit is dat de duur van de verbale bijdrage van arts en patiënt hoog met elkaar samenhangen. Wanneer we naar het totale konsult kijken zien we dat de spreektijd van arts en patiënt per konsult gemiddeld ongeveer even groot is; oftewel de arts en de patiënt zijn in een konsult ieder ongeveer evenveel aan het woord. Een laatste resultaat dat het vermelden waard is betreft de inhoudsvalidatie van het begrip "spreektijd van de patiënt". Gerelateerd aan een aantal meer kwalitatieve spraakzaamheidsvariabelen bleek dat de spreektijd van de patiënt inderdaad hoog samenhangt met het aantal starts van de patiënt en in mindere mate, met het aantal vragen dat hij stelt en de mate waarin hij in een konsult méér zegt dan strikt noodzakelijk is. Deze samenhangen gelden overigens alleen voor de psychosociale gespreksfragmenten.

#### 6.3. De subjektieve of psychische ruimte voor de patiënt

In 1972 schreef een werkgroep van de Royal College of General Practitioners een nota getiteld "the future General Practitioners". We treffen hierin de volgende passage aan:

*..... the ideal consultation. The doctor's attention is devoted to the life and problem of another human being. He is there to listen and help. His training will have made him receptive to a wide range of distresssignals and given him the means or knowledge*



*of the means, to answer them. The occasion will be unhurried and something will be gained by both participants; a good consultation brings satisfaction to the doctor as well as to the patient \**

In feite wordt in deze woorden het oude Rogeriaanse concept van hulpverlening weergegeven: de hulpverlener in dit geval de arts, moet aandachtig zijn, geïnteresseerd en een zekere rust uitstralen; hij moet in zijn verbale en non-verbale gedrag tonen dat hij de patiënt begrijpt en graag wil dat hij verder praat: de unconditional positive regard, zoals we die uit vele boeken en tijdschrift-artikelen kennen.

Het empathisch gedrag van de arts is door ons verdeeld in een viertal variabelen of clusters van variabelen.

- aandachtsgedrag; de mate waarin een arts door zijn houding, blikrichting en a-specifiek volgen aangeeft aandachtig te zijn
- volgend gedrag (de empathische gedragscategorieën van o.a. Neuteboom, Vrolijk, e.a.): de mate waarin een arts door parafrases, reflekties, of steunende opmerkingen de patiënt volgt en begeleidt.
- interesse, de mate waarin de arts door zijn houding toont belangstelling voor de patiënt te hebben (vergelijk o.a. van Dorp)
- rust, de mate waarin de arts door zijn houding toont alle tijd voor de patiënt te hebben.

We zullen de bespreking van de vier afzonderlijke variabelen hier laten voor wat hij is. Wij verwijzen de geïnteresseerde lezer hiervoor naar de uitgebreide versie van dit hoofdstuk, die zoals al eerder is vermeld in een afzonderlijke nota is gepubliceerd. Het is in dit kader voldoende om te vermelden dat de op vier manieren geoperationaliseerde en op twee manieren gemeten variabele "aandacht" een valide en betrouwbare maat bleek te zijn. Op grond hiervan kon worden besloten om bij de verdere analyses zowel van de observatorvariabelen "aandacht" als van de met behulp van het tijdsregistratieapparaat gemeten variabelen "aandacht" slechts één variabele te gebruiken. Bij het "volgend gedrag" (dat ook uit drie variabelen bestond) bleek dit veel minder het geval, zodat deze variabelen allemaal in de analyse bleven.

De korrelatiematrix op de volgende pagina geeft aan hoe de verschillende variabelen die tesamen het concept "de psychische ruimte voor de patiënt" moeten vormen, met elkaar samenhangen. We mogen uit deze korrelatiematrix het volgende konkluderen:

1. binnen de psychosociale gespreksfragmenten hangen de door ons geselecteerde variabelen vrijwel allemaal significant met elkaar samen. We mogen dus inderdaad spreken van een concept "psychische ruimte voor de patiënt" - althans: in de psychosociale gespreksfragmenten.
2. binnen de somatische gespreksfragmenten zijn deze korrelaties in alle gevallen lager en veelal zelfs geheel afwezig. Dit betekent dat het concept "psychische ruimte voor de patiënt" maar voor een beperkt deel van het handelen van de huisarts geldig is, te weten wanneer hij over psychosociale problemen praat.
3. wanneer we de verschillende konsultdelen met elkaar vergelijken zien we dat de variabelen vrijwel nergens positief met elkaar samenhangen; als er al ergens een significante korrelatie te vinden is, dan is die negatief. Dit bevestigt de al eerder opgekomen gedachte dat de ver-

\* uit: Stimson & Webb: Going to see the doctor - the consultation process in general practice (1975)

\*\* een uitzondering op deze regel vormen de kwalitatieve oordelen van de observatoren over de interesse van de arts en de rust die hij in een konsult tentoonspreidt. Van deze variabelen ging duidelijk wel een uitstralende werking uit naar de andere konsultonderdelen







schillende konsultdelen niets met elkaar te maken hebben; het gedrag van de arts tijdens het ene deel heeft geen of hoogstens een negatieve voorspellende waarde ten aanzien van zijn gedrag in het andere deel.

4. het voorkomen van al deze variabelen tijdens het totale konsult wordt voornamelijk bepaald door de aanwezigheid ervan tijdens de psychosociale konsultdelen. Evenals we dit bij de duur van het konsult hebben gezien (vergelijk 6.2.) bepalen de empathische variabelen die tesamen het konsept "psychische ruimte voor de patiënt" vormen tijdens de psychosociale gespreksfragmenten de variatie in het totale konsult.

#### 6.4. De ruimte voor de patiënt in procestermen

Los van de toch wel passieve variabelen (tijd gunnen, aandachtig volgen, etc) die in de vorige twee paragrafen zijn beschreven kan de arts ook op een aktievere manier het konsult sturen in een door hem gewenste richting. Wij hebben deze activiteiten van de arts gevat in een aantal procesvariabelen. Twee hoofdkategorieën zijn daarbij te onderscheiden: de stimulerende en de remmende procesvariabelen. In beide categorieën zijn nog een aantal onderverdelingen aangebracht.

Dat brengt ons tot de volgende procescategorieën:

- I de stimulerende procesvariabelen
- a. het aanzwengelen van de arts: de arts snijdt uit zichzelf een nieuw onderwerp aan dat nog niet eerder in dit konsult ter sprake is geweest ("hoe gaat het verder?", "hoe is het thuis?", etc.)
  - b. het doorvragen van de arts: de arts vraagt dóór op een bepaald thema teneinde de patiënt meer informatie te laten verschaffen.
- II de remmende procesvariabelen
- a. het interrumperen
  - b. het afhouden of negeren
  - c. het afkappen

Aangezien deze variabelen niet aan betrouwbaarheids- of validiteitstest zijn onderworpen worden ze op dit moment niet verder behandeld. Voor de skores van de verschillende artsen op deze variabelen, verwijzen wij naar de bijlage.

#### 6.5. De ruimte voor de patiënt in termen van zijn inbreng/invloed in het konsult

Byrne en Long ontdekten in hun reeds eerder geciteerde onderzoek dat het gedrag van artsen tijdens hun konsulten tot op zekere hoogte voorspelbaar was. De artsen hadden allemaal een bepaalde gedragsstijl, opgebouwd in de jaren dat ze als arts praktizeerden.

Die gedragsstijl kenmerkte zich door de mate waarin zijzelf in het konsult de beslissingen namen, dan wel die aan de patiënt overlieten.

Op grond van deze bevindingen ontwikkelden Byrne & Long het oorspronkelijk uit de organisatiepsychologie afkomstige "power-shift-model" tot een model wat speciaal van toepassing was op de huisartspraktijk. Het grondprincipe van dit model ziet er als volgt uit:









6. The doctor defines the limits and requests the patient to make a decision
7. The doctor permits the patient to make his own decision.

Bij verder onderzoek bleek dat artsen inderdaad een stereotype gedragsstijl hadden die in bovenstaande categorieën te vangen was. Bovendien bleek dat artsen die hun gedrag graag wilden veranderen allemaal de wens hadden om een gedragsstijl te ontwikkelen die méér op de patiënt gericht was. Het skoren van het eigen gedrag op deze categorie bleek een goed hulpmiddel te zijn om die verandering inderdaad op gang te brengen. Vandaar dat Byrne & Long hun boek aanbevelen als nascholingsmateriaal. Vandaar ook dat wij de gedragscategorieën van Byrne & Long hebben opgenomen in ons analyse-schema.

Evenals Byrne & Long hebben wij bij de skoring een onderscheid gemaakt in een diagnostische fase en een therapeutische fase. Evenals Byrne & Long hebben wij de gedragsstijl per klacht geskoord. Wanneer in één konsultfragment (somatisch of psychosociaal) meerdere klachten werden gepresenteerd, werd per klacht de gedragsstijl genoteerd. Bij de verwerking van de gegevens is in die gevallen steeds het gemiddelde genomen.

In deze paragraaf zullen we, evenals we dit bij de vorige variabelen hebben gedaan een overzicht geven van de samenhangen tussen deze variabelen en een aantal andere variabelen die verondersteld worden ongeveer hetzelfde te meten. Voor deze validiteitstest hebben we de volgende variabelen uitgekozen:

- a. de spreektijd van de patiënt in het betreffende konsultdeel en in het totale konsult. Deze variabele geeft immers in de meest letterlijke zin van het woord aan hoeveel inbreng de patiënt in het konsult krijgt of neemt
- b. duur van het konsult, welke eveneens een index is voor de objektieve ruimte die de patiënt krijgt
- c. rust van de arts, als kwalitatieve maat voor de ruimte die de patiënt van de arts krijgt

We brengen deze variabelen enkel in verband met de gedragsstijl die in de diagnostische fase wordt vertoond. De gedragsstijlen van de therapeutische fase laten wij in dit kader buiten beschouwing omdat wij aannemen dat de inbreng/invloed die de patiënt in deze fase krijgt van subtielere zaken afhankelijk is dan van de tijd die hem beschikbaar wordt gesteld (ee bijvoorbeeld van een enkel zinnetje van de arts ("zie maar wat U ermee doet")).

|   | gedragsstijl van de arts  |                        |
|---|---------------------------|------------------------|
|   | in het psychosociale deel | in het somatische deel |
| spreektijd patiënt in het betreffende konsultdeel | .36                       | .31                    |
| spreektijd patiënt in het totale konsult          | .46                       | .08                    |
| duur van het konsult                              | .37                       | .04                    |
| rust van de arts in het betreffende konsultdeel   | .41                       | .26                    |

Tabel 6.4: Korrelaties van de gedragsstijlen van de arts in de diagnostische fase met een aantal andere variabelen die pretenderen "ruimte" te meten.

10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

We zien in tabel 6.4. dat er binnen de psychosociale gespreksfragmenten inderdaad een samenhang bestaat tussen de gedragsstijl van de arts en een aantal andere variabelen die pretenderen "ruimte" te meten. Kort gezegd komt het hierop neer, dat naarmate de gedragsstijl van de arts bij psychosociale problemen meer patient-centered is, de patiënt meer aan het woord is, het konsult langer duurt en de arts meer rust uitstraalt. Twee van deze verbanden zien we ook terug wanneer we naar de gedragsstijl in het somatische deel van het gesprek kijken: naarmate deze meer patient-centered is, is *in het betreffende konsultdeel* de patiënt meer aan het woord en de arts rustiger. Er bestaat hier geen verband met de twee variabelen die op konsultniveau gemeten zijn (een verschijnsel wat we tot nu toe al enige keren eerder zijn tegengekomen).

#### 6.6. Slotbeschouwing

In deze laatste paragrafen hebben we het conceptuele schema dat we in paragraaf 3.3. hebben gepresenteerd stukje bij beetje van operationalisaties en cijfertjes voorzien. En dit heeft ons inderdaad meer inzicht gegeven in het begrip "ruimte voor de patiënt". Het heeft ons geleerd dat een aantal van de door ons geselecteerde variabelen betrouwbaar en valide te meten zijn. Het heeft ons ook geleerd (en dat is een belangrijke konklusie van de onderzoek) dat de somatische en psychosociale gespreksfragmenten niet zomaar op één hoop te gooien zijn: de artsen gedragen zich bij psychosociale problemen vaak principieel anders dan bij somatische zaken. En het heeft ons inzicht gegeven in waar die verschillen dan precies liggen.

Psychosociale gesprekken duren gemiddeld langer dan somatische; de variatie in lengte is er veel groter (somatische gesprekken verlopen stereotyper); de patiënt heeft er meer inbreng, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin; de arts is er aandachtiger, rustiger, geïnteresseerder; hij gebruikt er meer stimulerende procesvariabelen, maar ook meer remmende. En, het voorkomen van deze variabelen bepaalt in belangrijke mate de variatie ervan in de totale konsulten. We mogen hieruit konkluderen dat we met onze variabelen iets op het spoor zijn gekomen, wat we de kwaliteit van het psychosociale handelen in de huisartspraktijk mogen noemen. In de bijlage zijn tabellen opgenomen waaruit de beginpositie van de artsen op elk van deze variabelen blijkt. De nameting zal ons leren of het konsultatieproject hierin verandering heeft kunnen bewerkstelligen.



## VII SLOTBESCHOUWING

1. Inleiding

De beschrijving van de voormeting heeft zijn eindpunt bereikt. En het is dan ook tijd om in een meer algemene beschouwing terug te kijken op het gepresenteerde materiaal.

We hebben het in dit interimrapport grotendeels gehad over het functioneren op psychosociaal terrein van een zestal huisartsen die gingen deelnemen aan het konsultatieprojekt. Aan hun psychosociale hulpverlening zijn in het evaluatieonderzoek vier gedragsaspecten onderscheiden, die in afzonderlijke hoofdstukken zijn geanalyseerd. We zullen hier een aantal resultaten uit die analyse resumeren en vervolgens bezien of er enige dwarsverbanden aanwijsbaar zijn tussen het waarnemen van psychosociale problematiek, het gespreksgedrag in de spreekkamer, het voorschrijfgedrag en het verwijsgedrag (2). Vervolgens komen in paragraaf 3. hypothesen onder de aandacht die betrekking hebben op veranderingen in de geschetste baselines ten gevolge van konsultatie. We zullen daar ook kunnen stilstaan bij de vraag in hoeverre er inderdaad veranderingen te verwachten zijn. Tot slot (4) gaan we in op het in het onderzoekdesign ingebouwde fenomeen van de controlegroep.

2. Het functioneren van de konsultatievragende huisartsen ten tijde van de voormeting.

Wat voor resultaten zijn we in het voorgaande nu zoal tegengekomen?.

Wanneer we in vogelvlucht een opsomming proberen te geven, ontstaat de volgende impressie.

Waarnemen: bij de bespreking van het gedragsaspect 'waarnemen van psychosociale klachten' bleek dat gemiddeld ongeveer de helft van het klachtenaanbod in de praktijken van de huisartsen als niet puur somatische problematiek werd beoordeeld. De konkrete scores per dag per arts varieerden daarbij enigszins; het was echter interessant om te zien dat de verschillen tussen de artsen onderling beduidend groter waren dan de verschillende dagscores van de artsen afzonderlijk. Het oordeel van de arts over de aard van de klacht bleek dus een kenmerk te zijn dat gedurende de 10-daagse meetperiode vrij consistent was en van arts tot arts verschilde. Daarbij kon een onderscheid worden aangebracht tussen de artsen 1, 3, 4 en 5 en de artsen 2 en 6. Deze laatsten oordeelden minder somatisch dan de rest.

Spreekka- Ook hier geven we eerst een 'gemiddeld' beeld. In de onderzochte  
mergedrag: konsulten werden bij tweederde van de klachten psychosociale facetten waargenomen. In deze konsulten werd de aanwezigheid van dergelijke problemen in de helft van de gevallen geheel of gedeeltelijk genegeerd dan wel afgehouden; in 7 op de 10 konsulten ging men er echter ook (deels) wél op in.

Wanneer alle konsulten onder de loep worden genomen, zien we dat in 40% van de konsulten (ook) psychosociale onderwerpen aan de orde kwamen en dat de artsen in 1 op de 5 konsulten op eigen initiatief een psychosociaal onderwerp ter sprake brachten. Psychosociale fragmenten duurden per konsult gemiddeld een minuut of drie; we zagen echter op dit vlak een grote variatie, hetgeen in tegenstelling stond tot de somatische konsultdelen die in tijdsduur erg konstant bleken te zijn.

Ook van deze schets weken individuele artsen echter in meerdere of mindere mate af. Met name arts 6 viel in dit verband systematisch op in niet-psychosociale zin; aan de andere kant konden we arts 1 op basis van het video-materiaal de meest 'psychosociale' arts noemen.





Naast een schets van de baseline van het spreekkamergedrag van de konsultatievragende huisartsen is in het betreffende hoofdstuk eveneens aandacht besteed aan de feitelijke invulling van het theoretische concept "ruimte voor de patiënt". Bij die analyses kwam op meerdere plaatsen naar voren dat het handelen van de huisartsen gecompartmentaliseerd is en afhankelijk is van het onderwerp waar de arts mee bezig is: in psychosociale konsultdelen wordt beduidend anders opgetreden dan in somatische fragmenten.

**Voorschrijfgedrag** De analyses op de recepten brachten ook hier een differentiatie aan tussen de artsen: arts 3 en 5 stonden gedurende de voormeting borg voor een hoger aantal verstrekkingen per 100 kontakten per week dan de overige artsen. Dit gold zowel voor de psychofarmaca als voor de overige medikamenten. Bij alle artsen bestond bijna 90% van het verstrekkingenpakket uit non-psychofarmaca; het voorschrijfprofiel binnen deze medikamenten was -bij een indeling naar een vijftiental hoofdgroepen- voor alle artsen gelijkvormig. De psychofarmaca zijn in het onderzoek veel gedetailleerder geanalyseerd zodat we daar wel individuele voorkeuren voor bepaalde medicijnsoorten op het spoor kwamen.

**Verwijsgedrag:** Uitgaande van het aantal verwijzingen op initiatief van de arts per 100 kontakten per week, vonden we per arts een door de tijd heen konstant verwijsgedrag dat ook onderling differentieerde: de artsen 1, 5 en 6 verwezen veel en de artsen 3 en 4 weinig (arts 2 viel buiten de analyses). Alhoewel de hoogte van het verwijsgedrag dus varieerde, waren de verwijsprofielen zeer gelijkvormig: 20-25% van de verwijzingen betrof patiënten van wie de klachten als (deels) psychosociaal waren beoordeeld; verreweg de meeste verwijzingen waren gericht op de medische specialisten, slecht een fractie (1%) betrof een psychosociaal hulpverlener, enz. enz.

Tot zover deze globale gang door de cijferbrij met daaraan direct gekoppeld de vraag of er algemene lijnen uit de destilleren zijn en welke dat dan zouden wezen.

In de algemene inleiding schreven wij "Aan het functioneren van de huisartsen op psychosociaal terrein worden in het onderzoek een aantal -elkaar niet uitsluitende-aspekten onderscheiden .....", waarna de vier deelonderzoeken werden gepresenteerd. Deze zinsnede kan het vermoeden doen rijzen dat de relaties tussen de verschillende gedragselementen al enigszins in kaart zijn gebracht. In werkelijkheid staat het onderzoek daarnaar echter nog in de kinderschoenen: zowel op konsultniveau (beslissingsprocessen van de huisarts; door ons hier onderzocht in het videodeelonderzoek en nog enigszins in het verwijsdeelonderzoek) als op artsniveau (bijv.: zijn de artsen die veel problematiek waarnemen ook de artsen die in hun psychosociale gespreksgedrag actief zijn?) zijn nog geen onderzoeksresultaten voorhanden over bijv. substitutiemechanismen (bijv. een arts die zelf veel medikamenten behandelt hoeft weinig te verwijzen) of andersoortige fenomenen (bijv. een artsenkenmerk actief-passief: de arts die veel ziet, praat ook veel, schrijft vaak voor en verwijst vaak).

Het is dan ook niet zozeer vanuit bepaalde theoretische veronderstellingen als wel om een idee te krijgen of er enige verbanden zijn tussen de in het onderzoek opgenomen variabelen dat we onderstaand globaal overzicht van de posities der artsen binnen de vier deelonderzoeken opnemen:



| Waarnemen<br>veel +/weinig- | Verwijsgedrag<br>veel+/weinig - | Voorschrijfgedrag<br>veel+/weinig - | Spreekkamergeredrag<br>psychosoc.orientatie<br>+/0/ |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| + 2, 6                      | 1, 5, 6                         | 3, 5                                | 1   |
| - 1, 3, 4, 5                | 3, 4                            | 1, 2, 4, 6                          | 2, 3, 4, 5<br>6                                     |

Schema: relatieve posities der artsen binnen de verschillende deelonderzoeken.

We zien hier dat er tussen de verschillende deelonderzoeken voor deze 6 artsen nauwelijks enige systematiek te ontdekken valt.

Een andersoortige beschouwingstrant van het materiaal laat de verschillen in gedragsfrequenties voor wat ze zijn en speurt naar mogelijke overeenkomsten in de wijze waarop de artsen binnen bepaalde gedragssoorten functioneren. We treffen dan een aantal **frappante** overeenkomsten aan.

Zo zagen we dat zowel het waarnemen van psychosociale klachten als het verwijsgedrag gedurende de periode van de voormeting voor elke arts vrij stabiel was (het aantal meetpunten voor de variabele voorschrijfgedrag was te klein om hierover stringente uitspraken te formuleren) en tussen de artsen differentieerde. Beide gedragstypes kunnen dan ook worden opgevat als een artsenkenmerk. Het is immers niet direkt aannemelijk dat het probleem-aanbod resp. de proportie voor verwijzing in aanmerking komende patiënten gedurende een langere periode zulke systematische verschillen tussen artsenpraktijken veroorzaakt.

Voorts zagen we dat het verwijsgedrag en het voorschrijfgedrag op vele punten intern consistent waren. Bij het verwijzen werd bijvoorbeeld duidelijk dat de verwijsprofielen voor elke arts min of meer gelijk opgebouwd waren, terwijl tevens de verschillen tussen de artsen in de aard van de verwijzing -afgaande op de gegeven beoordeling van de klachten- vrij klein waren. Ook bij het voorschrijfgedrag maakten we gewag van de gelijkvormigheid in het patroon der verstrekte medikamenten: de verhouding psychofarmaca-overige medikamenten was voor alle artsen ongeveer gelijk en ook de voorschrijfprofielen voor de non-psychofarmaca kwamen overeen.

Tot slot van dit deel terugblik willen we nog even terugkomen op een konklusie uit het video-onderzoek. We zagen daar een stereotypie op het somatische vlak en variabiliteit wanneer het gaat om psychosociale zaken voor wat betreft de tijdsduur van het konsult. Ook inhoudelijk was er een principieel verschil tussen psychosociale en somatische gespreksfragmenten. In de psychosociale delen had de patiënt bijvoorbeeld meer inbreng, en was de arts rustiger, aandachtiger en geïnteresseerder. En ook op dit inhoudelijk vlak was de variatie binnen psychosociale konsult fragmenten groter dan binnen de somatische tegenhangers.

We vermoeden dat dit komt omdat de artsen voor psychosociale problematiek minder eenduidigheid/vaste gedragspatronen aangereikt krijgen in onder meer hun opleiding, nascholing en kontakten met kollega's.

Jammergenoeg beschikken we over een te klein aantal verwijzingen naar psychosociale hulpverleners om vanuit deze invalshoek ook naar het verwijsmateriaal te kijken, terwijl binnen het onderzoek naar voorschrijfgedrag de non-psychofarmaca voor een dergelijke vergelijking te weinig gedetailleerd zijn gekodeerd.

### 3. Mogelijke veranderingen in de psychosociale hulpverlening door de huisarts ten gevolge van konsultatie

Konsultatie wordt geacht het functioneren van de eerstelijns-hulpverleners te verbeteren. In de conceptnota consultatieproject (1976) is deze algemene formulering van RPI- en PMD-zijde nader gekonkretiseerd.



Men dacht bijvoorbeeld aan beter (minder oneigenlijk) verwijzen, minder/anders voorschrijven van psychofarmaca, betere samenwerking tussen 1e en 2e lijn en aan het vroeger signaleren van problemen.

Er moet echter nogal wat gebeuren als men deze doelen wil bereiken door konsultatie: een overlegsituatie waarin aan de hand van enkele konkrete (psychosociale) problemen van patiënten het funktionieren van de hulpverlener aan de orde zou moeten komen. Zo is een eerste vereiste dat er een generalisatie plaatsvindt van het verbale overleg-niveau naar het handelingsniveau van de artsen. Verder zou er een spreiding op moeten treden van het ene konkrete geval via soortgelijke problematiek naar het algemene hulpverleningsgedrag van de arts. En tenslotte moet hetgeen is opgestoken in de bibliotheek waar de konsultatie-zittingen plaatsvonden, worden overgeplant naar de spreekkamer. Er moeten dus nogal wat stadia doorlopen worden en de konsultatie zal waarschijnlijk intensieve invloed moeten uitoefenen, wil het gedrag der huisartsen in de praktijk veranderen.

Wanneer met deze schets in het hoofd wordt teruggeblikt op de resultaten van de vier deelonderzoeken en op de uitspraken van de konsultatie-vragende huisartsen over mogelijke veranderingen in hun gedrag (uitspraken die ons inziens enige indikatie geven van punten waarop zij zich beïnvloedbaar achten), krijgen we een viertal impussies.

Het verwijsgedrag wordt door ons beschouwd als een artsenkenmerk. De maat is stabiel, intern consistent en in die zin niet licht te beïnvloeden. De artsen beogen niet met konsultatie hun verwijsgewoontes te verwijzigen en verwachten ook niet dat dat zal gebeuren. Sommige typen verwijzingen (bijv. naar psychosociale hulpverleners) komen nu al zo weinig voor dat een afname niet waarschijnlijk is. In de verwijzingen op psychosociale indikatie en de oneigenlijke verwijzingen zit mogelijk nog wel enige speelruimte.

Het waarnemen van psychosociale problemen bleek eveneens een stabiel artsenkenmerk te zijn. Het merendeel der artsen vindt dat ze hierop zeer attent moeten zijn; sommigen denken echter dat het in feite niet altijd zo is, hetgeen als een mogelijk aangrijpingspunt voor verandering kan worden beschouwd.

Een ander verschil met verwijzen ligt in het feit dat de generalisatie van konsultatie naar het funktionieren op psychosociaal terrein hier waarschijnlijk iets gemakkelijker verloopt. Terwijl het verwijzen een konkrete aktie naar de patiënt toe betekent, hoeft het signaleren van problemen niet persé praktische konsekventies te hebben. De generalisatie van het verbale konsultatieoverleg naar het konkrete handelen hoeft dus minder ver te worden doorgevoerd. Het feit dat het signaleren van problematiek eerder een kognitief gebeuren is dan een handeling in de spreekkamer zal waarschijnlijk ook de spreiding over de patiënten populatie vergemakkelijker; terwijl bij een verwijsbeslissing ook allerlei andere overwegingen zullen (moeten) meespelen dan enkel de opinie van de arts (gezinssituatie, eventuele nadelen van de specialistische zorg, etc.), kan het signaleren van mogelijke problemen een min of onbelemmerd denkgebeuren bij de arts zijn dat op veel meer patiënten van toepassing is. Bij het onderkennen van problemen hoeft de arts zich immers nog niet in te perken vanwege allerlei bijkomende omstandigheden; die mogelijke inperking is in wezen pas opportuun als er daadwerkelijk gehandeld (voorgescreven, verwezen, gesproken) gaat worden.

Over het voorschrijven van medikamenten/psychofarmaca kon geen stabiliteitsuitspraak worden gedaan. Aanwijzingen voor het tegendeel zijn er echter niet.



Er is geen onderzoek bekend waaruit bleek dat ten gevolge van een methodiek als konsultatie, wijzigingen in het voorschrijven zijn opgetreden. De artsen zelf verwachten soms wel enige lichte wijzigingen in hun voorschrijfgedrag, maar dat is voor hen geen doel van konsultatie. Tot slot het gespreksgedrag in de spreekkamer. Hier verwacht het merendeel der artsen wel duidelijke veranderingen: inhoudelijke meer gericht op de zelfwerkzaamheid van de patiënt en vaker inzichtbevorderende en gedragsveranderende gesprekken voeren. Wanneer we de route van konsultatie naar het functioneren van artsen beschouwen, treffen we op dit vlak waarschijnlijk de minste belemmeringen aan voor de "transfer of learning" van de konsultatiezitting naar de praktijk. Er zijn namelijk wel enkele gemeenschappelijke elementen in beide settings: spreken over psychosociale problemen, gericht op het bevorderen van inzicht, etc.

Al met al suggereren de gegevens van de voormeting dat we eerder veranderingen in het waarnemen van psychosociale problematiek en in het gespreksgedrag zullen tegenkomen dan veranderingen in het voorschrijven en verwijsgedrag.

#### 4. Controlemechanismen

In het onderzoeksdesign Evaluatie Konsultatie Eindhoven is plaats ingeruimd voor een controlegroep; de artsen hebben zich bereid verklaard zowel voor als na het projekt de belangrijkste metingen ook bij hen te laten verrichten.

Om de functie van de controlegroep binnen het onderzoek enigszins op waarde te kunnen schatten is het waarschijnlijk dienstig om in iets algemenere termen in te gaan op het fenomeen controlegroep.

In een laboratoriumsituatie vervult een dergelijke groep namelijk een heel andere rol dan in een veldsituatie en moeten er ook andersoortige eisen aan gesteld worden.

Het basisstramien van een laboratoriumstudie is dat er minimaal twee identieke groepen zijn (door random toewijzing of gematched op belangrijk geachte variabelen). Elke groep krijgt een andere experimentele behandeling (bijvoorbeeld: wel-geen film zien, of -iets gekompliceerder-: filmtypen 1, filmtypen 2, geen film zien) terwijl alle overige kondities voor de onderzoeksgroepen konstant worden gehouden. In een dergelijke situatie- te weten: alle kenmerken zijn gelijk, alleen de experimentele faktor wordt systematisch gevarieerd- vervult een controlegroep een positieve functie in de zin van: veranderingen die bij de experimentele groep wel maar bij de controlegroep niet optreden, kunnen expliciet worden toegeschreven aan de manipulatie met de experimentele variabele. Het is echter vaak niet mogelijk of wenselijk om een dergelijke steriele onderzoekssituatie te creëren. In dat geval kan een veldexperiment worden overwogen. Het huidige evaluatieonderzoek, met haar experimentele en controlegroep, is daar een voorbeeld van. We beschikken over een tweetal groepen artsen die op een aantal structurele variabelen (bereikbaarheid voorzieningen, patiëntenpopulatie, dienstverband in een groepspraktijk) gematched zijn. Een van beide groepen participeert in een konsultatie-experiment; de andere groep niet. Voor het overige is de onderzoekssituatie niet gekontroleerd: de groepen zijn verder niet gematched (nascholing, aantal jaren huisarts, nevenactiviteiten, samenwerking met andere disciplines e.d.) en er hebben gedurende de experimentele periode ook allerhande andere factoren gespeeld die het functioneren van huisartsen mogelijkwerwijs kunnen beïnvloeden.





In zo'n -voor een veldexperiment normale- situatie kan een controlegroep nooit de al genoemde bevestigende functie hebben, maar vervult ze meer een uitsluitende rol: als veranderingen die in de experimentele groep optreden, zich ook voordoen bij de controlegroep, mogen deze wijzigingen in elk geval niet aan consultatie worden toegeschreven. Verandert de experimentele groep wel maar de controlegroep niet, dan mag de verandering ook niet zonder meer op het conto van de consultatie worden geschreven. Wel zijn er in zo'n geval waarschijnlijkheidsuitspraken mogelijk mits de relatie met consultatie aannemelijk gemaakt kan worden. In het eindrapport zal voor de deelonderzoeken "waarnemen van psychosociale klachten" en "voorschrijfgedrag" in dit licht een vergelijkende analyse worden uitgevoerd op de resultaten van de experimentele en controlegroep. Voor de beide andere deelonderzoeken zijn geen controlegegevens voorhanden vanwege de onbetrouwbaarheid van het materiaal en de tijdsintensieve video-observatie die in de beperkte tijdsplanning van het onderzoek niet te realiseren is. Hier zullen we ons dus volledig moeten verlaten op het pretest-posttest design, waarin de artsen als hun eigen controle gelden. Des te sterker geldt dan natuurlijk de eis dat een eventuele verandering zinvol kan worden gerelateerd aan hetgeen in het consultatieproces is voorgevallen.



## INHOUDSOPGAVE BIJLAGEN

- Bijlage I : Interviewgegevens konsultatievragende huisartsen
- Bijlage II : Oordelen van artsen op de hen aangeboden problematiek
- Bijlage III : Longitudinale verwijsgegevens
- Bijlage IV : Overzicht van het aantal verwijzingen van de artsen van de experimentele groep gedurende de voormeting
- Bijlage V : Voorschrijfgedrag: toelichting op de materiaalkodering
- Bijlage VI : Voorschrijfgedrag: aantallen spreekuurkontakten gedurende de voormeting
- Bijlage VII : Voorschrijfgedrag: leeftijd/geslachtsopbouw
- Bijlage VIII : Voorschrijfgedrag: profiel van de non-psychofarmaca
- Bijlage IX : Spreekkamergeredrag: de skores van de artsen op de verschillende variabelen



## Bijlage I: Interviewgegevens konsultatievragende huisartsen

### Toelichting

Bij bijna elk aspekt van het functioneren op psychosociaal terrein is nagevraagd in hoeverre de arts die handelwijze tot zijn taak als huisarts rekende, hoe hij zijns inziens nu handelde en of hij daarin verandering voorzag, en hoe hij dat aspekt van het hulpverleningsgedrag ervaarde en of hij dacht dat die gevoelens zouden veranderen.

Deze gegevens zijn in schema weergegeven met de volgende tekens:

a. taak: ik vind dat ik ..... eigenlijk altijd (++)/nooit (--) hoor te doen

b. handelen

nú: ik doe ..... altijd (++)/nooit (--)

verwachting: ik verwacht dat ik vaker (<), ongeveer even vaak (=),

minder vaak (>) zal doen na afloop van het konsultatieproject

c. gevoel

positief-negatief nú: ik erbaar ..... altijd positief (++)/altijd negatief (--)

verwachting: ik verwacht dat ik ..... na afloop van het konsultatie-  
project positiever (<), ongeveer hetzelfde (⇒),  
negatiever (>) zal ervaren

makkelijk-moeilijk nú: ik vind ..... altijd makkelijk (++)/altijd moeilijk (--)

verwachting: ik verwacht dat ik ..... na afloop van het konsultatie-  
project makkelijker (<), ongeveer hetzelfde (=)  
negatiever (>) zal ervaren

N.B. arts 2 onderscheidde voor zichzelf geen intakefase

| Arts                        | 1  | 2      | 3  | 4  | 5  | 6  |
|-----------------------------|----|--------|----|----|----|----|
| <u>Thema</u><br>=====       |    |        |    |    |    |    |
| 1) <u>signaleren</u>        |    |        |    |    |    |    |
| a. taak                     | +  | ++     | -  | ++ | ++ | ++ |
| b. handelen: nú             | +  | +      | +  | -  | o  | +  |
| verwachting                 | =  | <      | =  | =  | <  | ?  |
| c. gevoel: <u>pos.-neg.</u> | ++ | o      | -- | -  | +  | -- |
| verwachting                 | >  | <      | <  | <  | =  | <  |
| 2) <u>intake</u>            |    |        |    |    |    |    |
| a. taak                     | ++ | n.v.t. | -  | +  | ++ | ++ |
| b. handelen: nú             | +  | n.v.t. | o  | +  | +  | ++ |
| verwachting                 | =  | n.v.t. | >  | =  | >  | >  |
| c. gevoel: <u>pos-neg.</u>  | +  | n.v.t. | -  | +  | ++ | +  |
| verwachting                 | =  | n.v.t. | =  | =  | >  | =  |
| <u>makk.-moeil.</u>         | o  | n.v.t. | o  | o  | +  | +  |
| verwachting                 | <  | n.v.t. | >  | >  | >  | =  |
| 3) <u>verwijzen</u>         |    |        |    |    |    |    |
| a. taak                     | -  | -      | -  | -  | -  | ?  |
| b. handelen: nú             | -  | -      | -  | -  | -  | -  |
| verwachting                 | <  | =      | =  | =  | =  | =  |

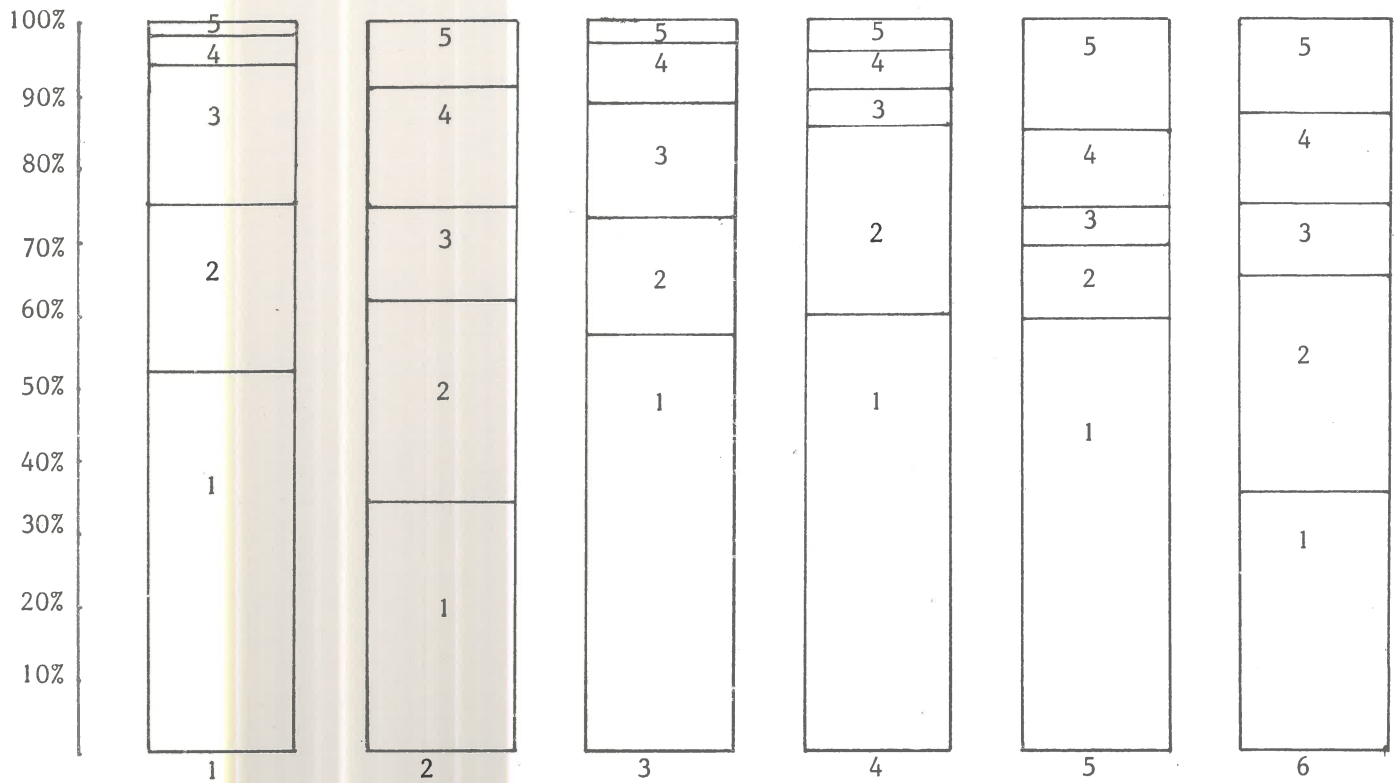


| Arts                           | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| <u>Thema</u>                   |    |    |    |    |    |    |
| c. gevoel: <u>pos.-neg.</u>    | o  | +  | ++ | +  | -  | -- |
| verwachting                    | <  | <  | >  | >  | <  | =  |
| <u>makk.-moeil.</u>            | o  | +  | +  | -  | +  | -- |
| verwachting                    | <  | <  | =  | =  | <  | =  |
| 4) <u>psychofarmaca</u>        |    |    |    |    |    |    |
| a. taak                        | -  | -  | -  | -  | -  | -  |
| b. handelen: nú                | o  | +  | o  | o  | +  | -  |
| verwachting                    | >  | >  | <  | =  | >  | <  |
| c. gevoel: <u>pos.-neg.</u>    | -  | o  | -- | ?  | o  | +  |
| verwachting                    | <  | >  | <  | ?  | >  | =  |
| <u>makk.-moeil.</u>            | ?  | ?  | ++ | ?  | +  | ++ |
| verwachting                    | ?  | ?  | >  | ?  | >  | >  |
| 5. <u>teruggeven probl.</u>    |    |    |    |    |    |    |
| a. taak                        | +  | -  | +  | -  | +  | +  |
| b. handelen: nú                | o  | -  | +  | -  | +  | +  |
| verwachting                    | <  | <  | <  | <  | =  | =  |
| c. gevoel: <u>pos.-neg.</u>    | +  | +  | +  | -  | ++ | ++ |
| verwachting                    | >  | =  | <  | <  | =  | >  |
| <u>makk.-moeil.</u>            | -  | -- | ++ | -- | -  | -  |
| verwachting                    | <  | <  | =  | <  | <  | =  |
| 6) <u>Gesprekken</u>           |    |    |    |    |    |    |
| a. taak                        | +  | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| b. handelen: nú                | +  | ++ | +  | ++ | o  | ++ |
| verwachting                    | =  | =  | >  | =  | <  | =  |
| c. gevoel: <u>pos.-neg.</u>    | +  | +  | o  | +  | ++ | ++ |
| verwachting                    | =  | =  | >  | =  | >  | =  |
| <u>makk.-moeil.</u>            | o  | +  | ++ | +  | -- | +  |
| verwachting                    | <  | <  | >  | >  | <  | ?  |
| 7) <u>Karakter gesprekken</u>  |    |    |    |    |    |    |
| - luisteren: nú                | ++ | ++ | +  | +  | o  | ++ |
| verw.                          | =  | =  | <  | <  | <  | =  |
| - exploreren: nú               | +  | ++ | o  | o  | +  | ++ |
| verw.                          | <  | =  | <  | <  | =  | =  |
| - inzichtbevoor-<br>deren : nú | +  | ++ | o  | o  | -  | +  |
| verw.                          | <  | =  | <  | <  | <  | <  |
| - gedragsver-<br>anderen: nú   | o  | -  | -- | +  | -  | +  |
| verw.                          | <  | <  | <  | <  | >  | <  |

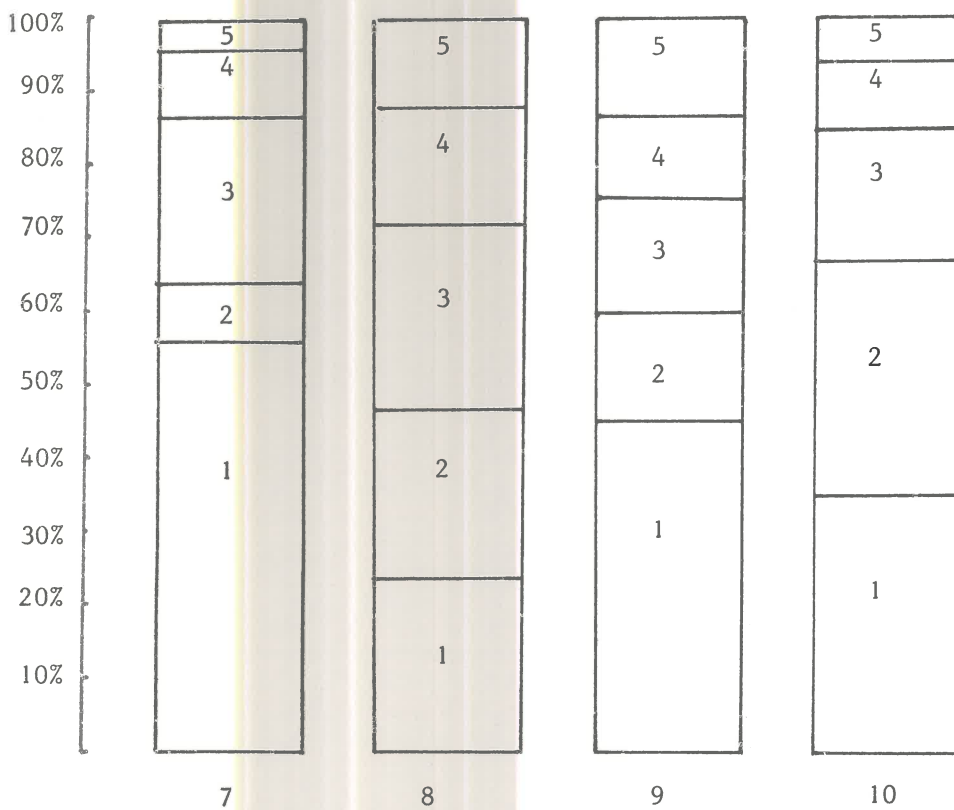




Bijlage II: Oordelen van artsen over de hen aangeboden problematiek.



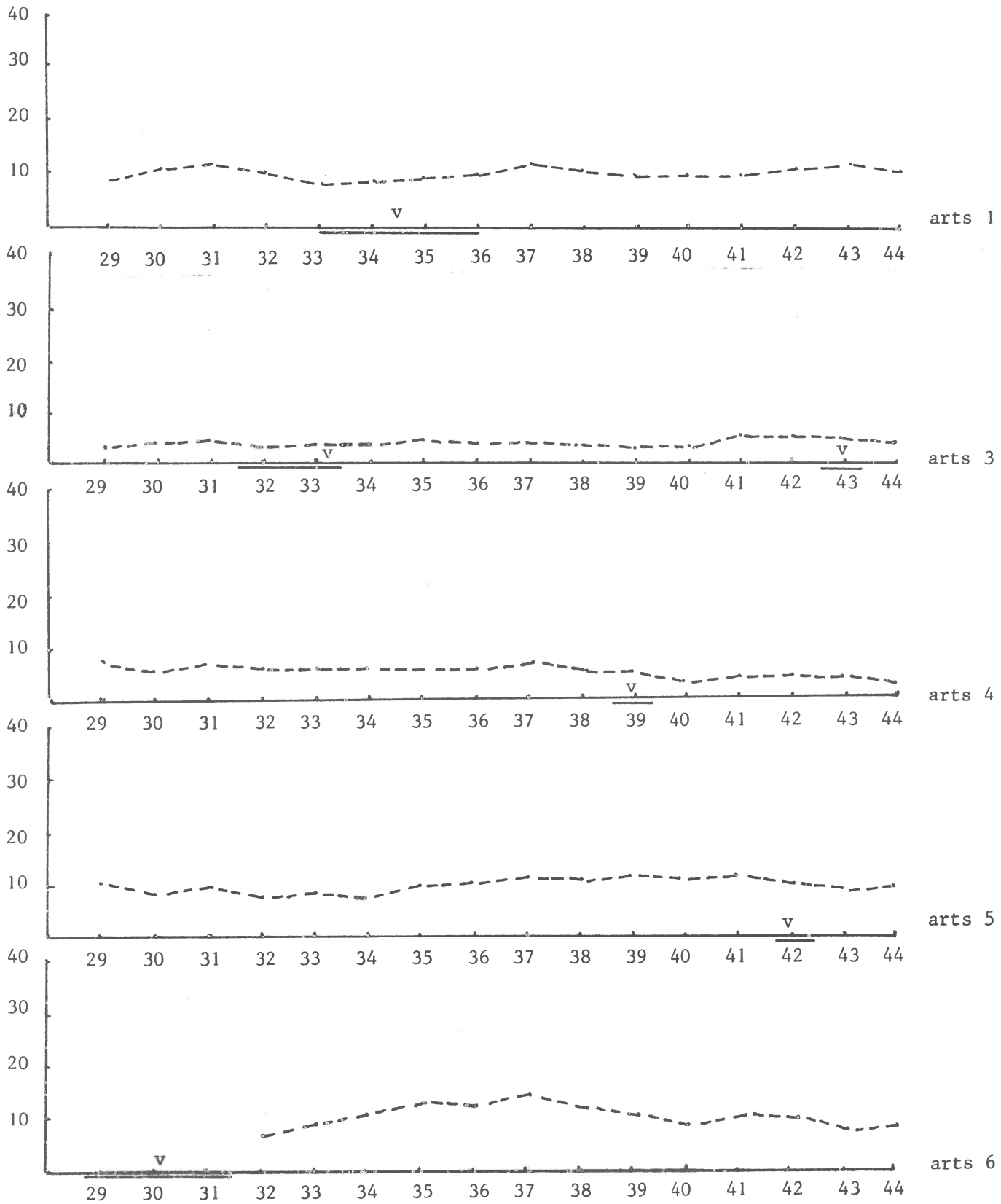
Grafiek 1.: Kumulatieve scores van de zes experimentele artsen op de beoordelings-schaal: 1 (zuiver somatisch) tot en met 5 (zuiver psychosociaal)



Grafiek 2.: Kumulatieve scores 1 t/m 5 van vier artsen uit de controlegroep op de beoordelingsschaal.



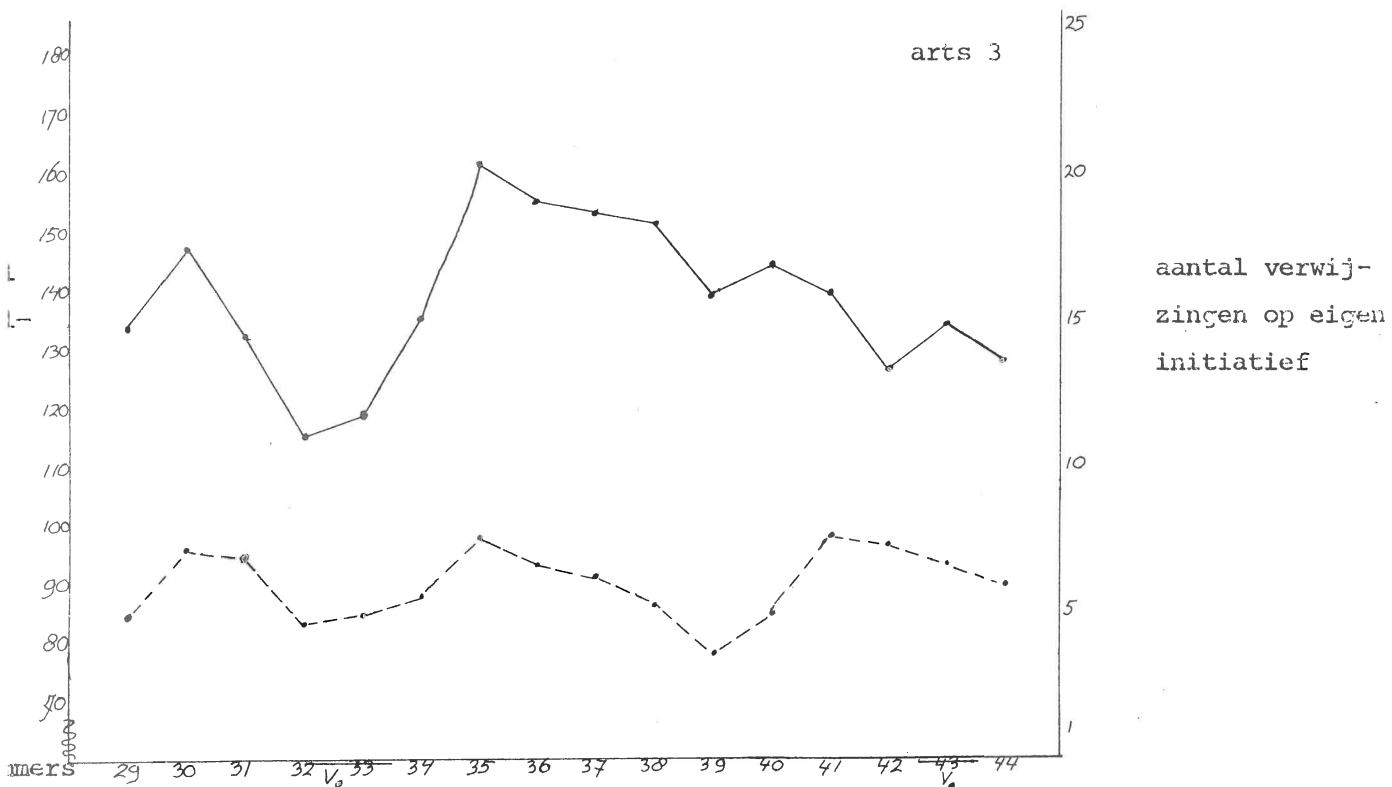
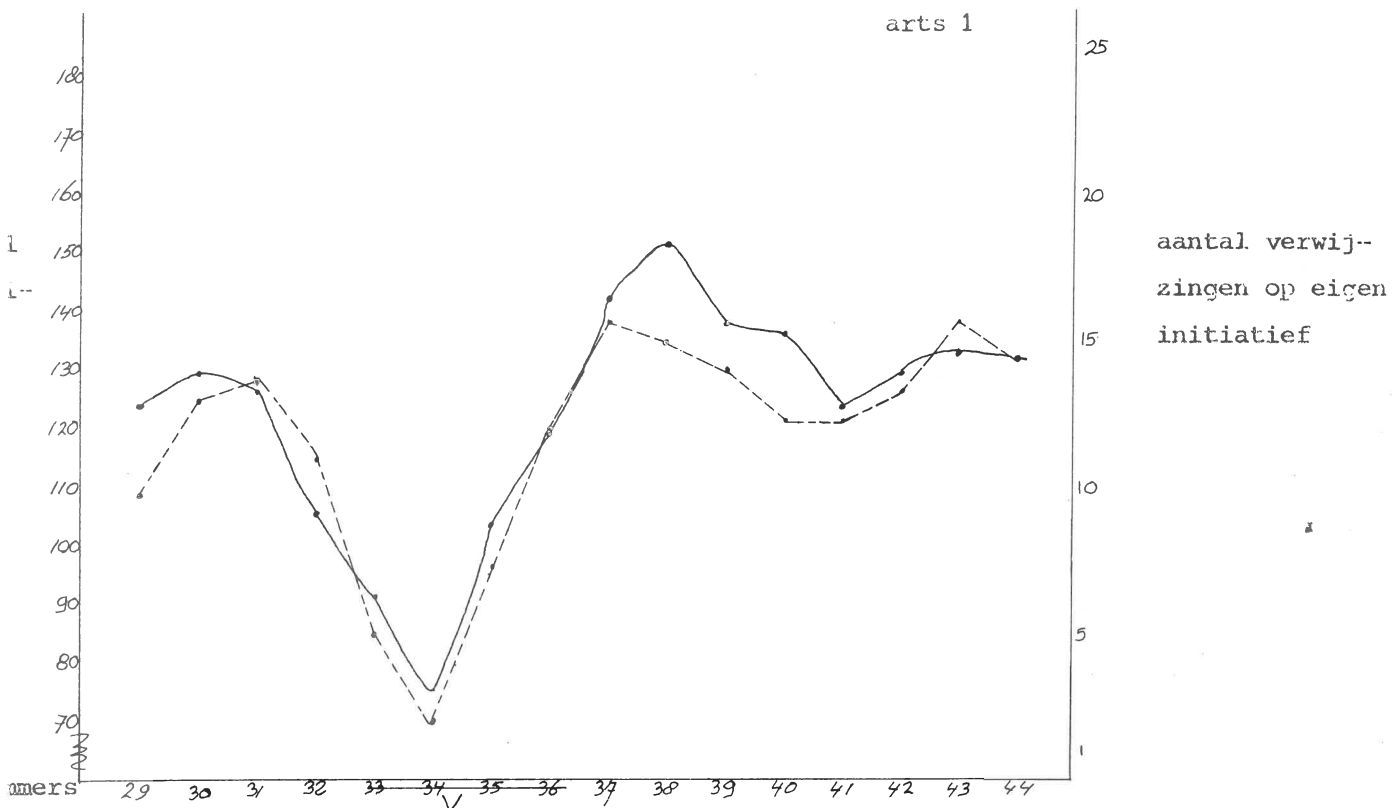
Grafiek 2.: 3-weekse voortschrijdende gemiddeldes van het aantal verwijzingen op eigen initiatief / 100 kontakten per week. (v = vakantie)





Bijlage III: LONGITIDINALE VERWIJSGEGEVENS

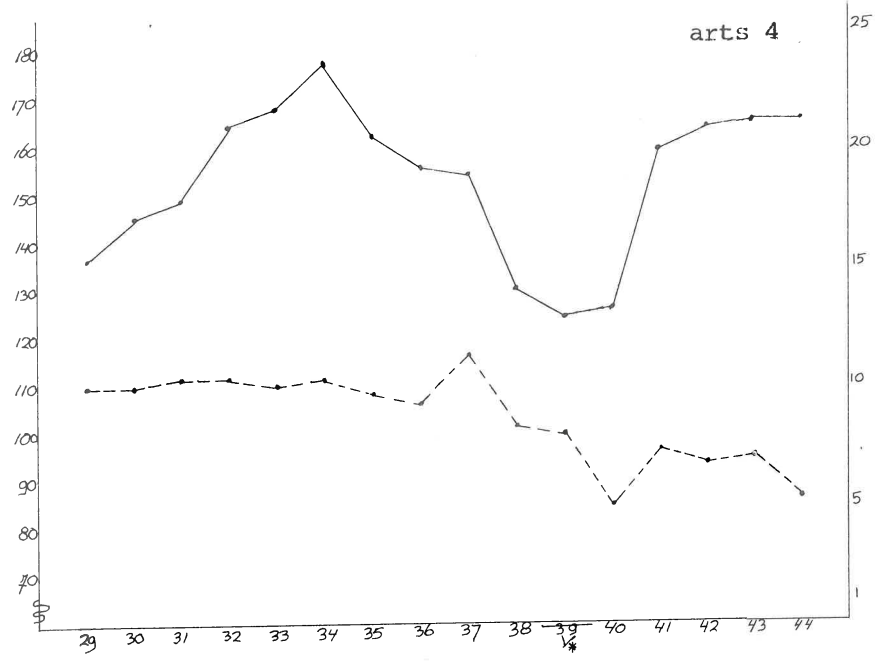
Grafiek 1: 3-weekse voortschrijdende gemiddelden van het aantal spreekuurkontakten per week (—: linkeras) en van het aantal verwijzingen op eigen initiatief per week (-----: rechteras) (v=vakantie).





al konsulten

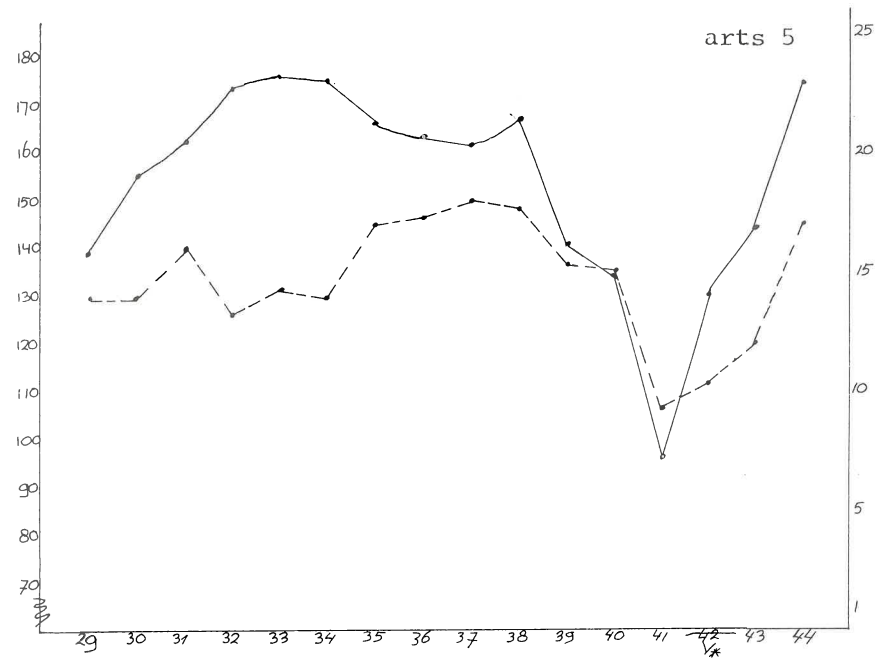
nummers



aantal verwijzingen op eigen initiatief

al konsulten

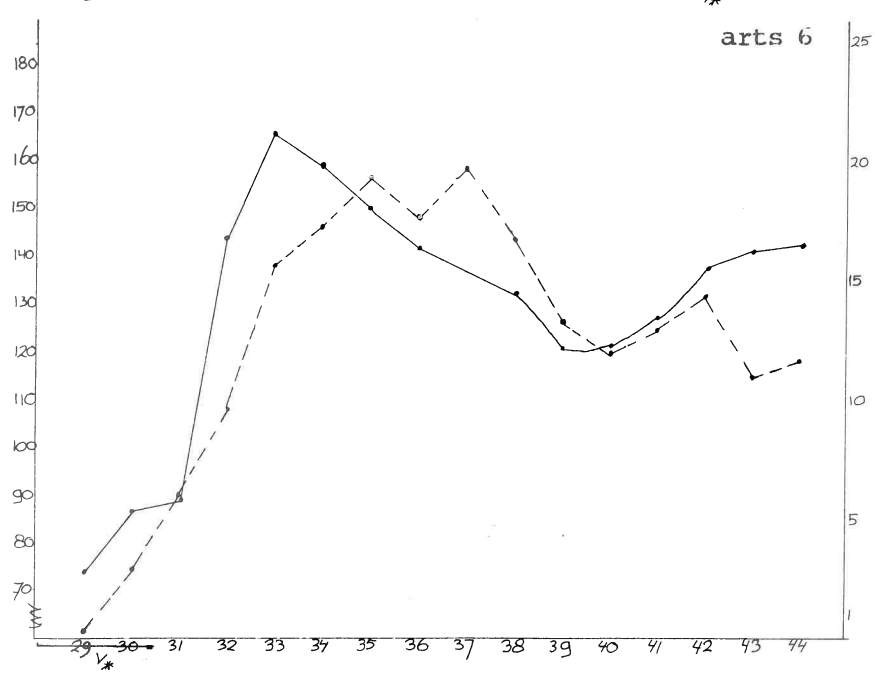
nummers



aantal verwijzingen op eigen initiatief

al konsulten

nummers



aantal verwijzingen op eigen initiatief





BIJLAGE IV

OVERZICHT VAN HET AANTAL VERWIJZINGEN  
VAN DE ARTSEN VAN DE EXPERIMENTELE GROEP GEDURENDE  
DE VOORMETING VAN HET EVALUATIE-ONDERZOEK  
(DE MAANDEN JULI T/M OKTOBER 1977)

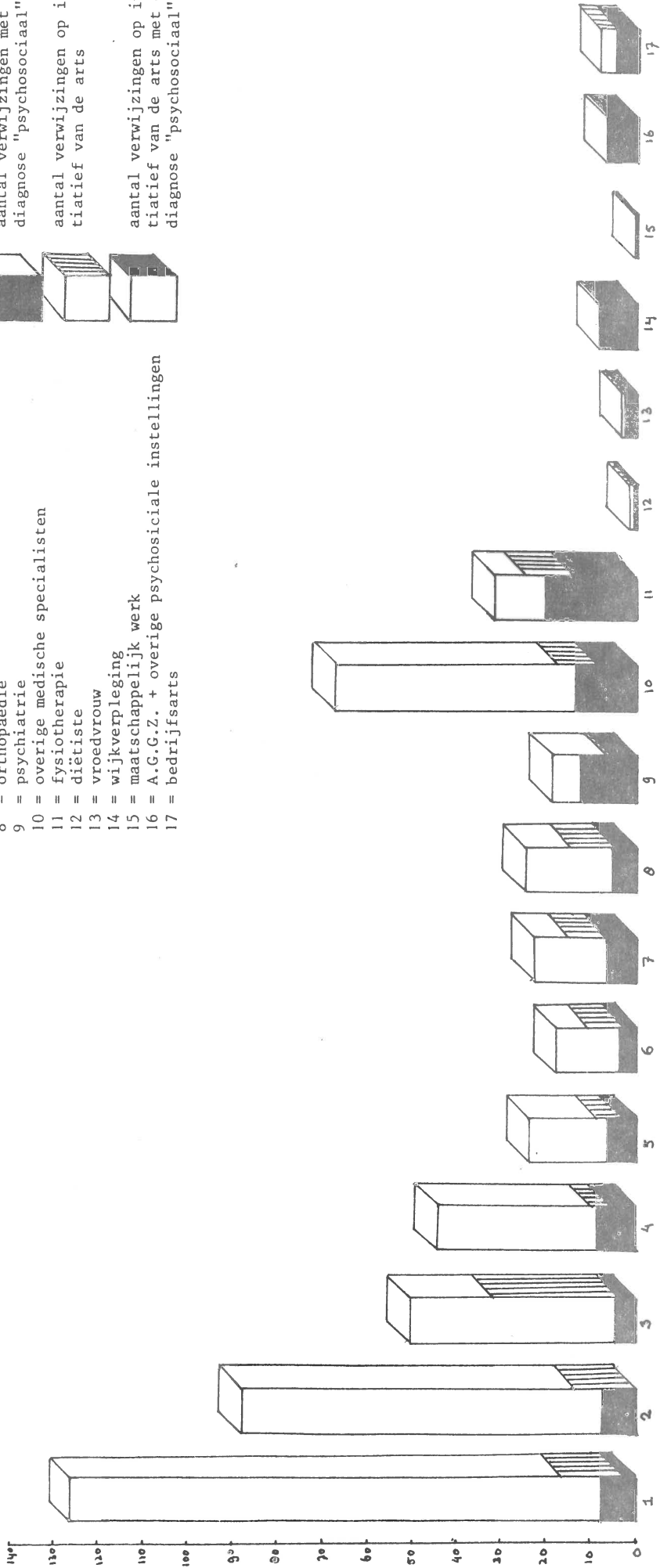


Verklaring der cijfers

- 1 = E.H.B.O.
- 2 = oogheeklkunde
- 3 = chirurgie
- 4 = interne geneeskunde
- 5 = gynaecologie
- 6 = K.N.O.
- 7 = dermatologie
- 8 = orthopaedie
- 9 = psychiatrie
- 10 = overige medische specialisten
- 11 = fysiotherapie
- 12 = diëtiste
- 13 = vroedvrouw
- 14 = wijkverpleging
- 15 = maatschappelijk werk
- 16 = A.G.G.Z. + overige psychosociale instellingen
- 17 = bedrijfsarts

ARTS I

- totaal aantal verwijzingen
- aantal verwijzingen met de diagnose "psychosociaal"
- aantal verwijzingen op initiatief van de arts
- aantal verwijzingen op initiatief van de arts met de diagnose "psychosociaal"



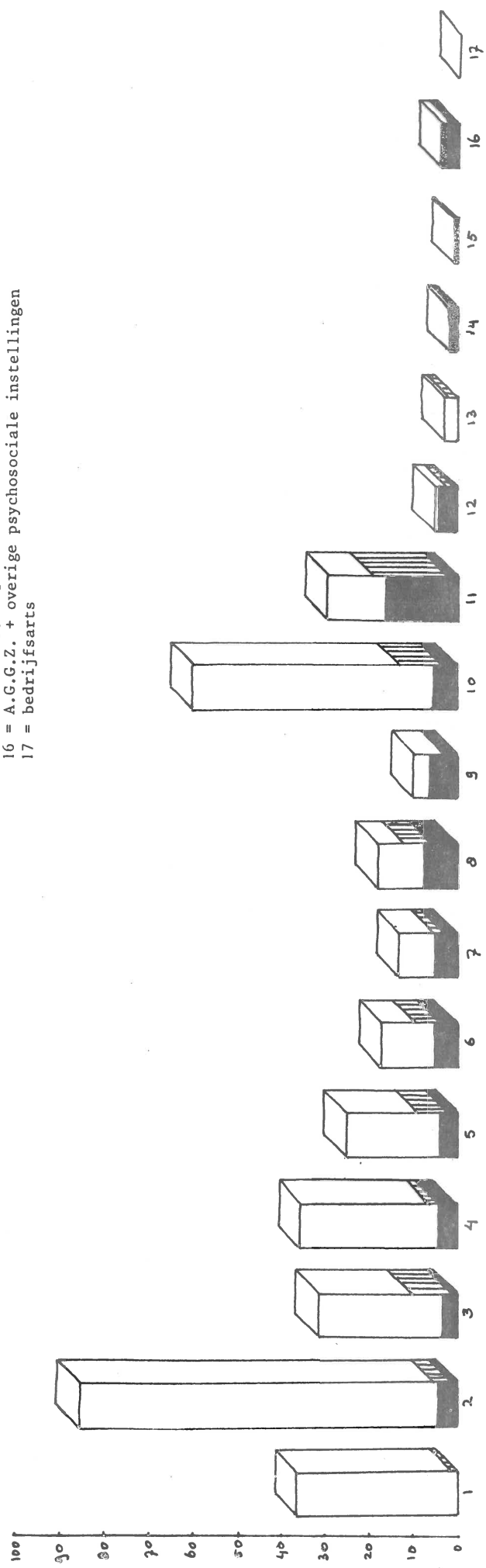


ARTS 3.

Verklaring der cijfers

- 1 = E.H.B.O.
- 2 = oogheelkunde
- 3 = chirurgie
- 4 = interne geneeskunde
- 5 = gynaecologie
- 6 = K.N.O.
- 7 = dermatologie
- 8 = orthopaedie
- 9 = psychiatrie
- 10 = overige medische specialisten
- 11 = fysiotherapie
- 12 = diëtiste
- 13 = vroedvrouw
- 14 = wijkverpleging
- 15 = maatschappelijk werk
- 16 = A.G.G.Z. + overige psychosociale instellingen
- 17 = bedrijfsarts

- totaal aantal verwijzingen
- aantal verwijzingen met de diagnose "psychosociaal"
- aantal verwijzingen op initiatief van de arts
- aantal verwijzingen op initiatief van de arts met de diagnose "psychosociaal"

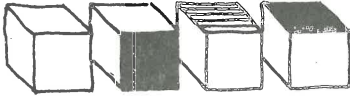




ARTS 4.

Verklaring der cijfers:

- 1 = E.H.B.O.
- 2 = oogheelkunde
- 3 = chirurgie
- 4 = interne geneeskunde
- 5 = gynaecologie
- 6 = K.N.O.
- 7 = dermatologie
- 8 = orthopaedie
- 9 = psychiatrie
- 10 = overige medische specialisten
- 11 = fysiotherapie
- 12 = diëtiste
- 13 = vroedvrouw
- 14 = wijkverpleging
- 15 = maatschappelijk werk
- 16 = A.G.G.Z. + overige psychosociale instellingen
- 17 = bedrijfsarts

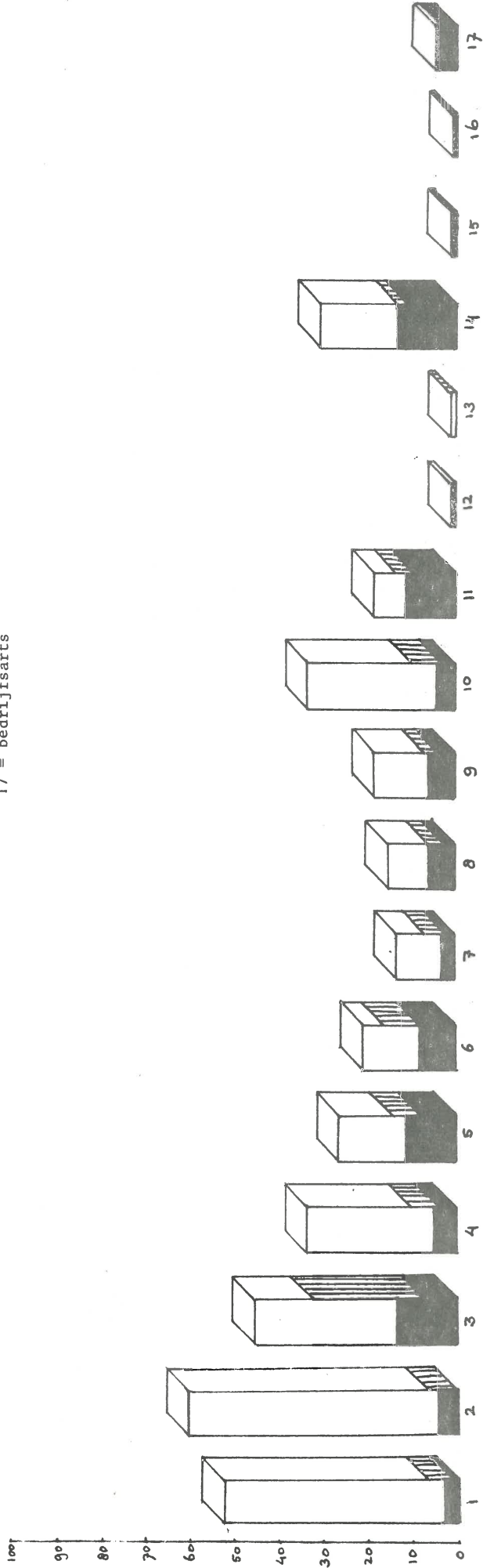


totaal aantal verwijzingen

aantal verwijzingen met de diagnose "psychosociaal"

aantal verwijzingen op initiatief van de arts

aantal verwijzingen op initiatief van de arts met de diagnose "psychosociaal"



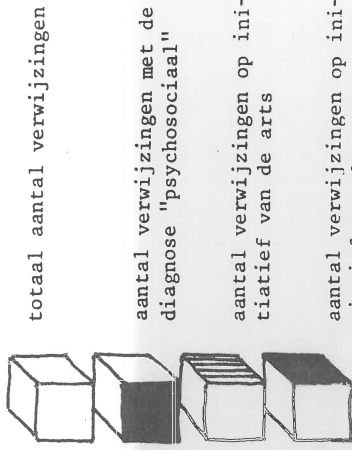




ARTS 5.

Verklaring der cijfers:

- 1 = E.H.B.O.
- 2 = oogheeskunde
- 3 = chirurgie
- 4 = interne geneeskunde
- 5 = gynaecologie
- 6 = K.N.O.
- 7 = dermatologie
- 8 = orthopaedie
- 9 = psychiatrie
- 10 = overige medische specialisten
- 11 = fysiotherapie
- 12 = diëtiste
- 13 = vroedvrouw
- 14 = wijkverpleging
- 15 = maatschappelijk werk
- 16 = A.G.C.Z. + overige psychosociale instellingen
- 17 = bedrijfsarts

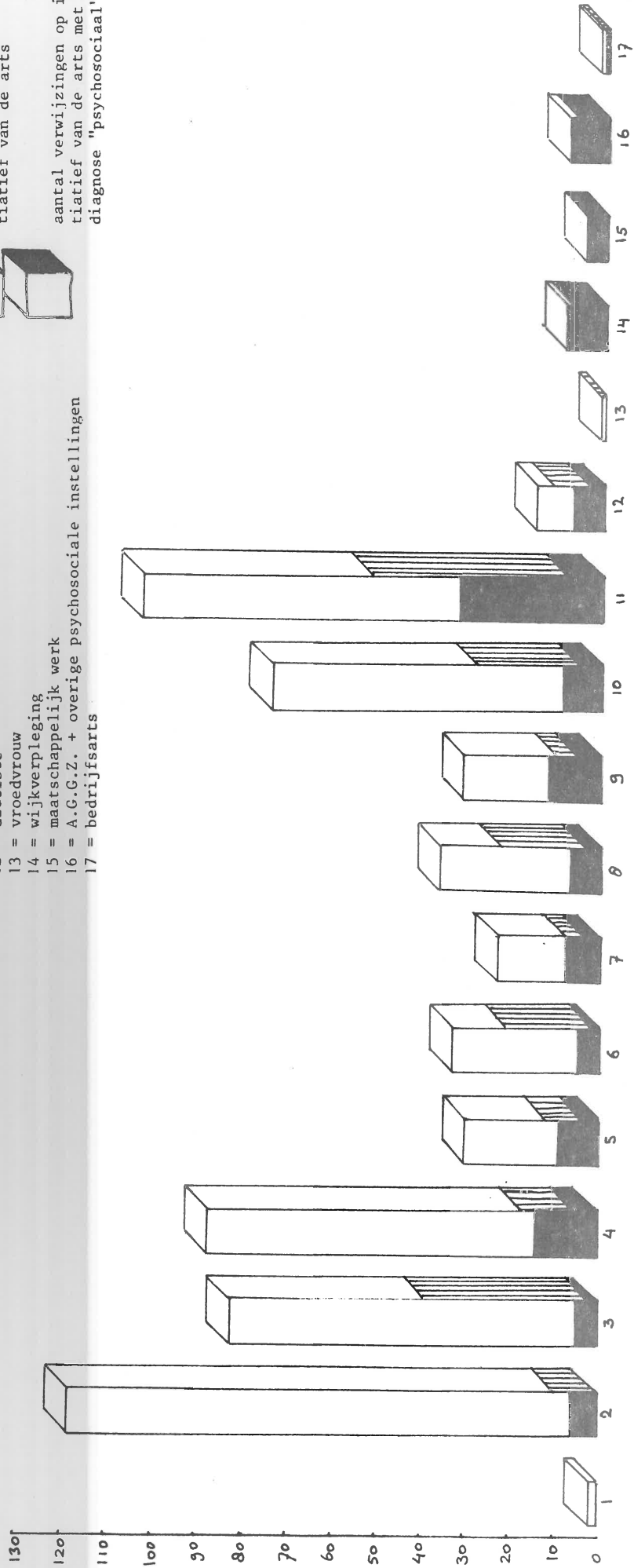


totaal aantal verwijzingen

aantal verwijzingen met de diagnose "psychosociaal"

aantal verwijzingen op initiatief van de arts

aantal verwijzingen op initiatief van de arts met de diagnose "psychosociaal"

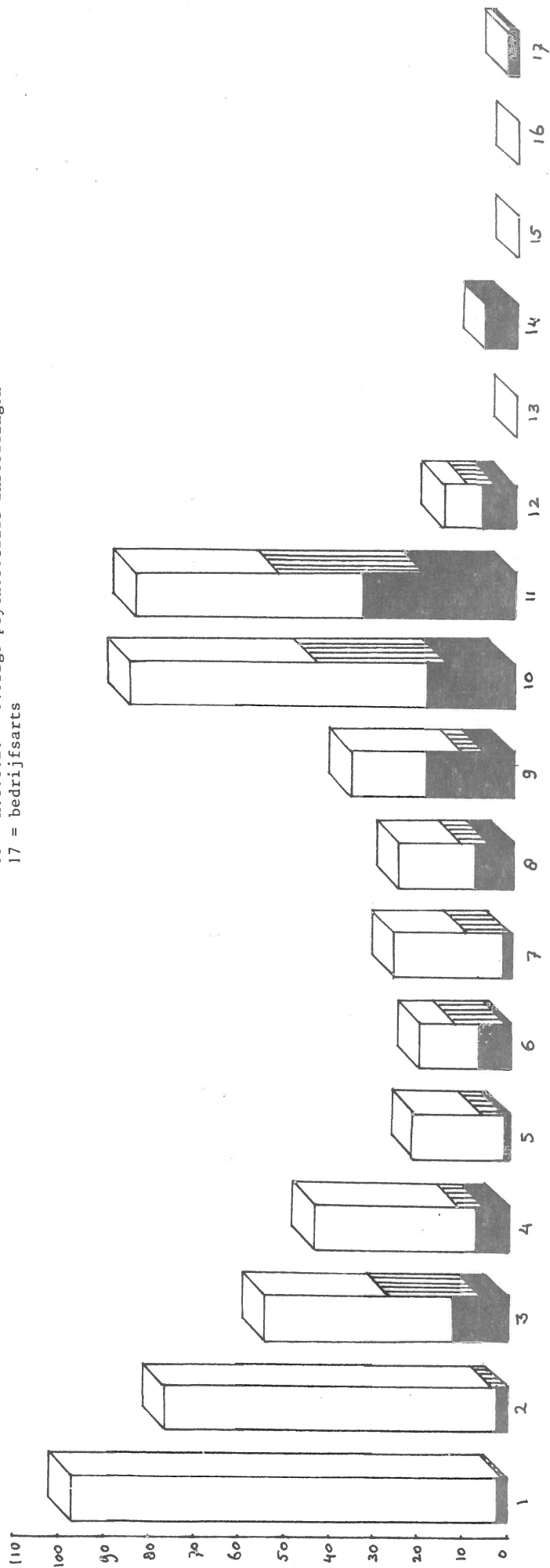
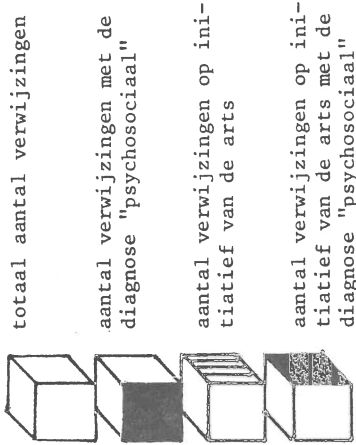




ARTS 6.

Verklaring der cijfers:

- 1 = E.H.B.O.
- 2 = oogheekunde
- 3 = chirurgie
- 4 = interne geneeskunde
- 5 = gynaecologie
- 6 = K.N.O.
- 7 = dermatologie
- 8 = orthopaedie
- 9 = psychiatrie
- 10 = overige medische specialisten
- 11 = fysiotherapie
- 12 = diëtiste
- 13 = vroedvrouw
- 14 = wijkverpleging
- 15 = maatschappelijk werk
- 16 = A.G.G.Z. + overige psychosociale instellingen
- 17 = bedrijfsarts





BIJLAGE V

Voorschrijfgedrag: toelichting op de materiaalkodering

De verstrekkingen zijn naar soort onderverdeeld in de volgende categorieën: morfine- en opiumachtige analgetica

overige analgetica  
antacida  
antinianaemica  
antibiotica, penicilinepreparaten  
antibiotica, overige  
anti-coagulantia en heparinoïde zalven  
anticonceptiva  
anti-epileptica  
antihaemorrhoidalia en antivariëosa  
antihistaminica  
antilipaemica  
antimycotica  
antirheumatica en uricosurica  
bloedsuikerverlagende middelen  
corticosteroiden  
cytostatica  
darmdesinfectantia en antidiarrhoïca  
dieetpreparaten  
diuretica  
enzym-preparaten en enzym-remmers  
expectorantia en hoestprikkeldeempende middelen  
fluor albus  
galdrijvende middelen  
androgenen  
oestrogenen  
combinatie androgenen/oestrogenen  
progestatief werkende stoffen  
gonadotrophinen  
anabool werkende steroïden  
angina pectoris middelen  
bloeddrukverlagende middelen  
cardiaca  
middelen tegen arhythmie  
vaatverwijdende middelen  
homoeopathische middelen  
huidmiddelen  
laxantia  
oppervlakte desinfectantia  
parasympathicolytica  
parasympathicomimetica en sympathicolytica  
parkinsonmiddelen  
anti-depressiva en MAO-remmers  
neuroleptica  
tranquillizer: seresta  
tranquillizer: temesta  
tranquillizer: librium, librax  
tranquillizer: valium, nobrium, diazepam, stesolid en tranxène  
sera en vaccins  
tranquillizer: overige  
sulfapreparaten en andere chemotherapeutica  
slaapmiddel: mogadon  
sympathicomimetica  
thyreomimetica en thyreostatica



slaapmiddel: overige  
tuberculostatica  
urine-wegdesinfectantia  
verbandmiddelen  
vitamine C en combinatietabletten  
overige vitamines/mineralen  
wormmiddelen  
diversen  
emballage  
locale en algemene anaesthetica  
eigen aanmaak apotheek, die na overleg niet onder te brengen was

---

De hoeveelheden psychofarmaca zijn als volgt gekodeerd:

1. Antidepressiva en MAO-remmers:

- 1 tablet = anafranil 10 mg
  - insidon
  - limbitrol
  - mutabon A/D/F
  - nortriptylin 10 mg
  - sinequan 10 mg
  - tofranil 10 mg
  - tryptizol 10 mg
  - ludiomil
- 2½ tablet = anafranil 25 mg
  - anafranil 2 ml.
  - nortriptylin 25 mg
  - sinequan 25 mg
  - tofranil 25 mg
  - tryptizol 25 mg
- 5 tablet = sinequan 50 mg
  - tryptizol 50 mg

2. Anti-psychotica/neuroleptica:

- 1 tablet = anatensol 5 mg
  - largactil
  - majeptil
  - melleril 25 mg
  - nedeltran 5 mg
  - neuleptil
  - nozinan 25 mg
  - siquil
  - taxilan 25 mg
  - taxilan 2 ml.
  - terfluzine 10 mg
  - trilafon
- 2 tablet = melleril 50 mg
  - nedeltran 10 mg
  - taxilon 1 druppel
- 2½ tablet = nedeltran druppel 1 ml.
- 4 tablet = melleril 100 mg
  - nozinan 100 mg
  - taxilan 100 mg
  - nedeltran 25 mg
- 5 tablet = anatensol 1 ml
  - nedeltran 25 mg





3. Tranquillizer: seresta:  
seresta = 10 mg  
seresta forte = 50 mg  
aantal tabletten x hoeveelheid werkzame stof = ....mg
4. Tranquillizer: temesta:  
temesta= 1, 2 of 5 mg  
aantal tabletten x hoeveelheid werkzame stof = ....mg
5. Tranquillizer: librium/librax  
librium = 5, 10 of 25 mg  
librax = 5 mg  
aantal tabletten x hoeveelheid werkzame stof = ....mg
6. Tranquillizer: valium, nobrium, diazepam, stesolid, tranxène  
valium = 2, 5 of 10 mg  
nobrium = 5 of 10 mg  
diazepam = 2, 5 of 10 mg  
stesolid = 2, 5 of 10 mg  
tranxène = 5 of 10 mg
7. Tranquillizer: overige  
1 tablet = atarax  
          melleretten  
          minozinan  
          tacitin  
          lexotanil  
          meprobamaat  
          prominal
8. Slaapmiddel: mogadon:  
aantal tabletten
9. Slaapmiddel: overigen:  
1 tablet = bellergal  
          bromural  
          dalmadorm  
          doriden  
          dormopan  
          indunox  
          isonox  
          mandrax  
          merinax  
          soneryl  
          valdispert  
          valeriaan  
          valsec  
          vesparaxette (tablet of supp.)  
2 tablet = dalmadorm 30 mg  
          vesparax (tablet of supp.)



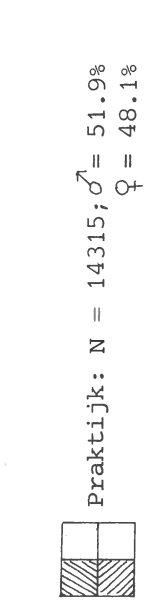
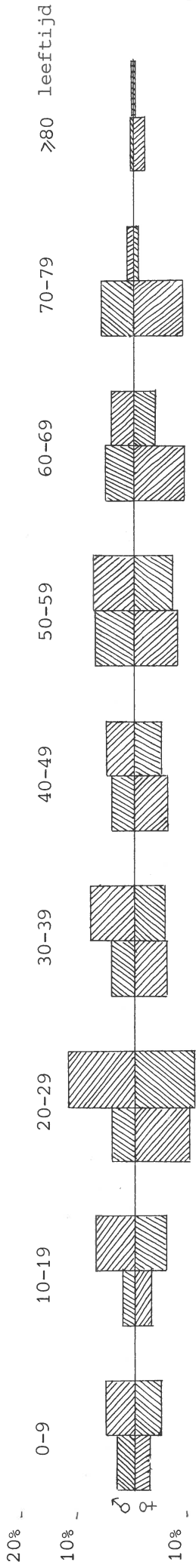
VOORSCHRIJFGEDRAG:

Bijlage VI

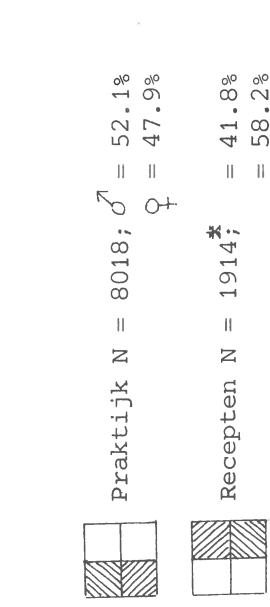
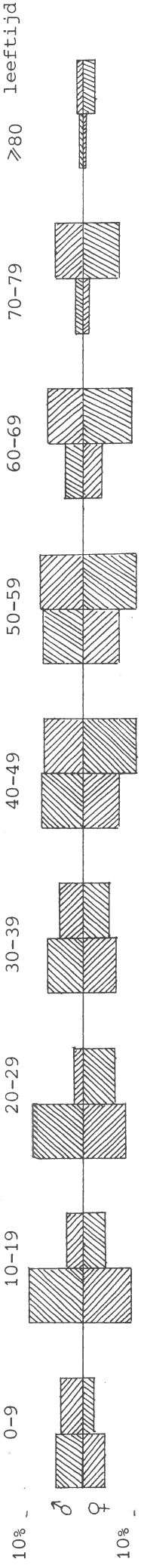
Aantallen spreekuur contacten gedurende de voormeting

| Arts \ Week | 45  | 46  | 47  | 48  | 49  |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1           | 136 | 107 | 133 | 148 | 104 |
| 2           | 152 | 133 | 125 | 153 | 106 |
| 3           | 154 | 139 | 136 | 129 | 128 |
| 4           | 188 | 169 | 182 | 165 | 152 |
| 5           | 136 | 144 | 140 | 103 | 112 |
| 6           | 126 | 125 | 115 | 103 | 85  |
| 7           | 179 | 145 | 145 | 165 | 136 |
| 8           | 138 | 146 | 140 | 134 | 128 |
| 9           | 95  | 82  | 100 | 97  | 95  |
| 10          | 130 | 114 | 122 | 109 | 112 |





\* van 441 patiënten is leeftijd dan wel geslacht onbekend

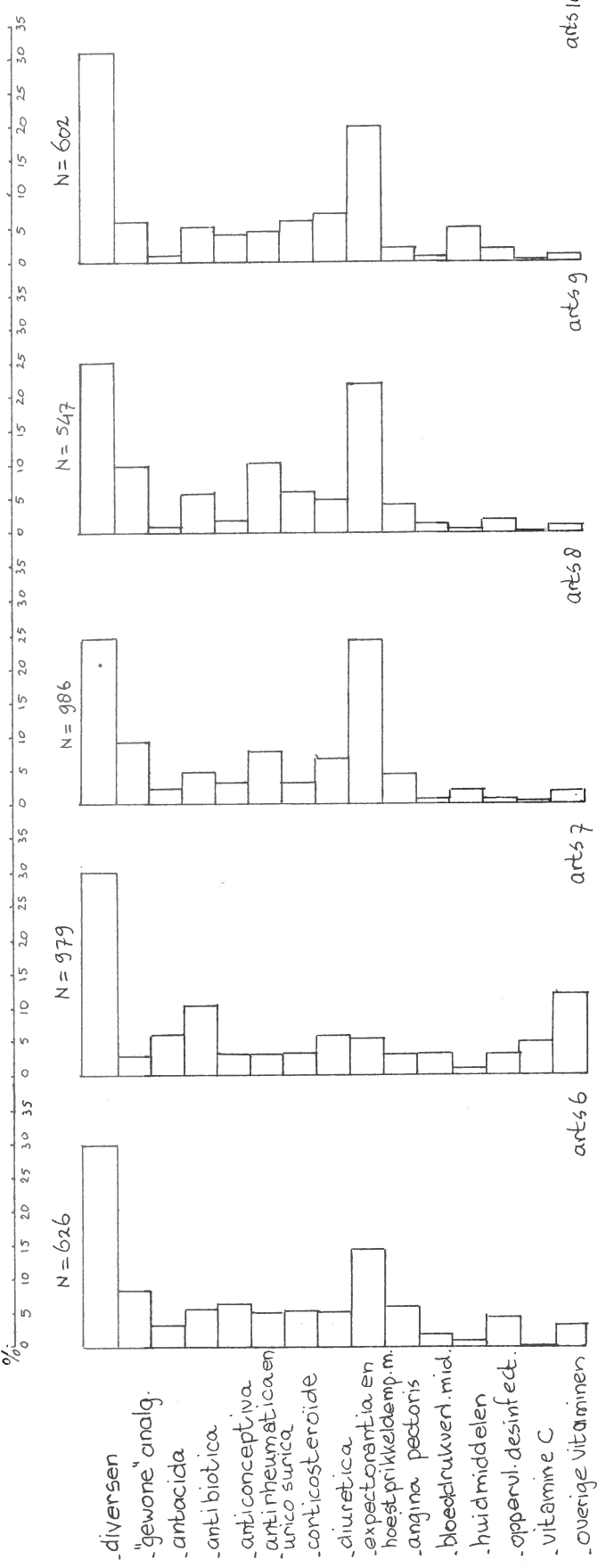
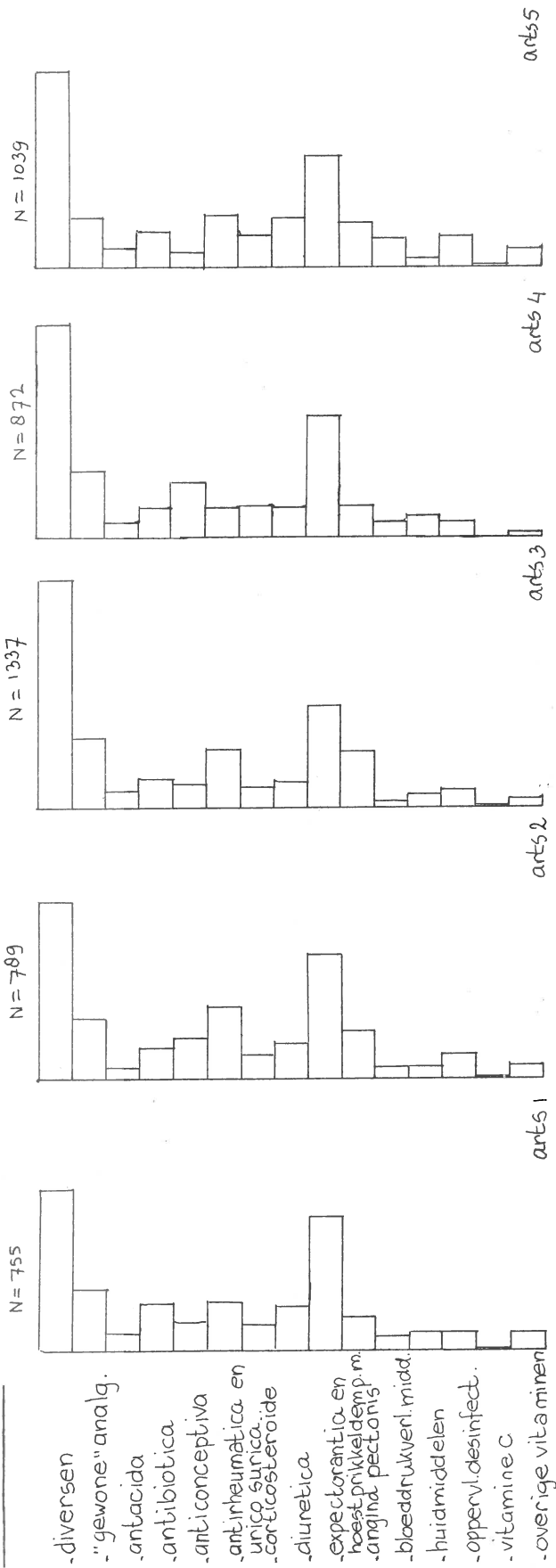


\* van 297 patiënten is leeftijd dan wel geslacht onbekend

Voorschrijfgedrag:  
Procentuele verdelingen van de leeftijds/geslachtsopbouw voor de praktijken en de patiënten die tijdens de voormeting een recept ontvingen.

Experimentele groep: arts 1 t/m 6 gekombineerd  
Kontrolegroep: arts 7 t/m 10 gekombineerd





Profiel voorschrijfgedrag non-psychofarmaca voor elke arts uit de experimentele (1 t/m 6) en de controlegroep (7 t/m 10).





Bijlage IX. Het voorschrijfgedrag: de skores van de arts en op de verschillende variabelen.

I: De objektieve ruimte van de patiënt.

| arts | spreektijd arts | spreektijd patiënt | r   |
|------|-----------------|--------------------|-----|
| 1    | 128 sec.        | 131 sec.           | .54 |
| 2    | 119 sec.        | 106 sec.           | .75 |
| 3    | 68 sec.         | 76 sec.            | .61 |
| 4    | 77 sec.         | 82 sec.            | .72 |
| 5    | 110 sec.        | 136 sec.           | .67 |
| 6    | 46 sec.         | 48 sec.            | .70 |

Tabel I.1: De gemiddelde spreektijd (mediaan) van de arts en patiënt, alsmede de korrelatie daartussen.

| arts | somatische delen |                    |     | psychosociale delen |                    |     |
|------|------------------|--------------------|-----|---------------------|--------------------|-----|
|      | spreektijd arts  | spreektijd patiënt | r   | spreektijd arts     | spreektijd patiënt | r   |
| 1    | 64 sec.          | 67 sec.            | .75 | 84 sec.             | 101 sec.           | .53 |
| 2    | 80 sec.          | 57 sec.            | .49 | 116 sec.            | 39 sec.            | .75 |
| 3    | 53 sec.          | 38 sec.            | .61 | 68 sec.             | 60 sec.            | .44 |
| 4    | 47 sec.          | 69 sec.            | .55 | 51 sec.             | 75 sec.            | .80 |
| 5    | 74 sec.          | 68 sec.            | .77 | 35 sec.             | 84 sec.            | .96 |
| 6    | 40 sec.          | 37 sec.            | .70 | 50 sec.             | 65 sec.            | .31 |

Tabel I.2 :De gemiddelde spreektijd (mediaan) van arts en patiënt in de somatische en psychosociale delen van het konsult, alsmede de onderlinge korrelaties.



II: De psychische ruimte voor de patiënt.

| arts   | aankijken somatisch |     | aankijken psychosociaal |     |
|--------|---------------------|-----|-------------------------|-----|
|        | -/0                 | +   | -/0                     | +   |
| 1      | 58%                 | 42% | 50%                     | 50% |
| 2      | 25%                 | 75% | 37%                     | 63% |
| 3      | 41%                 | 59% | 36%                     | 64% |
| 4      | 38%                 | 62% | 27%                     | 73% |
| 5      | 44%                 | 56% | 25%                     | 75% |
| 6      | 73%                 | 27% | 70%                     | 30% |
| totaal | 41%                 | 59% | 42%                     | 58% |

Tabel II-1: Observatoroordeel over het kijkgedrag van de arts.

| arts | aankijktijd somatisch |       | aankijktijd psychosociaal |       | aankijktijd totale konsult |       |
|------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|----------------------------|-------|
|      | mediaan               | gem.% | mediaan                   | gem.% | mediaan                    | gem.% |
| 1    | 48 sec.               | 32%   | 45 sec.                   | 40%   | 119 sec.                   | 37%   |
| 2    | 96 sec.               | 47%   | 150 sec.                  | 65%   | 146 sec.                   | 52%   |
| 3    | 71 sec.               | 51%   | 83 sec.                   | 49%   | 97 sec.                    | 49%   |
| 4    | 79 sec.               | 49%   | 133 sec.                  | 63%   | 147 sec.                   | 49%   |
| 5    | 137 sec.              | 48%   | 142 sec.                  | 73%   | 153 sec.                   | 52%   |
| 6    | 41 sec.               | 37%   | 105 sec.                  | 49%   | 59 sec.                    | 38%   |
| tot. | 70 sec.               | 43%   | 103 sec.                  | 54%   | 119 sec.                   | 45%   |

Tabel II-2: Gemiddelde aankijktijd van de arts (mediaan), alsmede zijn gemiddelde relatieve aankijktijd (als percentage van het konsult(deel) waar het op betrokken is).

|        | somatisch |       |      | psychosociaal |       |      | totaal |       |      |
|--------|-----------|-------|------|---------------|-------|------|--------|-------|------|
|        | par.      | refl. | s.o. | par.          | refl. | s.o. | par.   | refl. | s.o. |
| 1      | 2,8       | 0,3   | 0,2  | 1,8           | 0,8   | 0,5  | 4,1    | 1,0   | 0,7  |
| 2      | 2,0       | 0,2   | 0,5  | 1,1           | 1,0   | 0,3  | 2,9    | 0,6   | 0,8  |
| 3      | 1,3       | 0,6   | 0,5  | 2,6           | 1,4   | 0,9  | 2,5    | 1,1   | 0,9  |
| 4      | 1,0       | 1,0   | 0,5  | 2,1           | 1,1   | 1,4  | 1,8    | 1,5   | 1,1  |
| 5      | 3,0       | 0,8   | 1,8  | 2,3           | 1,6   | 2,4  | 3,7    | 1,3   | 2,6  |
| 6      | 1,5       | 0,4   | 0,7  | 1,6           | 0,8   | 0,8  | 2,1    | 0,7   | 0,9  |
| totaal | 1,8       | 0,6   | 0,7  | 2,0           | 1,1   | 1,0  | 2,7    | 1,0   | 1,0  |

II-3 gemiddeld aantal volgende uitlatingen per arts, gemeten over de verschillende onderdelen van het konsult en over het totale konsult.

|   | somatische gespreksfragmenten |      | psychosociale gespreksfragmenten |      |
|---|-------------------------------|------|----------------------------------|------|
|   | interesse                     | rust | interesse                        | rust |
| 1 | 26%                           | 42%  | 46%                              | 69%  |
| 2 | 17%                           | 33%  | 75%                              | 75%  |
| 3 | 43%                           | 71%  | 64%                              | 55%  |
| 4 | 50%                           | 73%  | 45%                              | 82%  |
| 5 | 19%                           | 38%  | 31%                              | 50%  |
| 6 | 14%                           | 20%  | 4%                               | 20%  |

Tabel II-4 percentage positieve scores op de variabelen "interesse" en "rust"



III: De ruimte voor de patiënt in procestermen.

|        | somatische gespreksfragmenten |            |     | psychosociale gespreksfragmenten |            |    |
|--------|-------------------------------|------------|-----|----------------------------------|------------|----|
|        | aanzwengelen                  | doorvragen | N   | aanzwengelen                     | doorvragen | N  |
| 1      | 26%                           | 63%        | 19  | 69%                              | 46%        | 13 |
| 2      | 17%                           | 58%        | 12  | 37%                              | 38%        | 8  |
| 3      | 33%                           | 81%        | 21  | 82%                              | 55%        | 11 |
| 4      | 36%                           | 50%        | 22  | 45%                              | 82%        | 11 |
| 5      | 50%                           | 56%        | 16  | 50%                              | 70%        | 8  |
| 6      | 17%                           | 17%        | 29  | 50%                              | 30%        | 10 |
| totaal | 29%                           | 51%        | 119 | 57%                              | 54%        | 61 |

Tabel III-1: percentage stimulerende procesvariabelen in de somatische en psychosociale konsultdelen.

|        | somatische gespreksfragmenten |          |          |     | psychosociale gespreksfragmenten |          |          |    |
|--------|-------------------------------|----------|----------|-----|----------------------------------|----------|----------|----|
|        | interrupties                  | afhouden | afkappen | N   | interrupties                     | afhouden | afkappen | N  |
| 1      | 11%                           | 6%       | 5%       | 19  | 54%                              | 23%      | 8%       | 13 |
| 2      | 33%                           | -        | 25%      | 12  | 25%                              | 25%      | 12%      | 8  |
| 3      | 62%                           | 5%       | 10%      | 21  | 55%                              | 18%      | 18%      | 11 |
| 4      | 23%                           | 9%       | 5%       | 22  | 18%                              | 9%       | 9%       | 11 |
| 5      | 12%                           | 12%      | 12%      | 16  | 50%                              | 25%      | 50%      | 8  |
| 6      | 48%                           | 7%       | 7%       | 29  | 70%                              | 30%      | 30%      | 10 |
| totaal | 34%                           | 6%       | 9%       | 119 | 46%                              | 21%      | 20%      | 61 |

Tabel III-2 percentage remmende procesvariabelen in de somatische en psychosociale konsultdelen



IV: De ruimte voor de patiënt in termen van de invloed/inbreng die hij heeft in het konsult.

|   | psychosociaal |       | somaatich |       |
|---|---------------|-------|-----------|-------|
|   | diagn.        | ther. | diagn.    | ther. |
| 1 | 2,9           | 4,4   | 1,9       | 1,8   |
| 2 | 3,3           | 3,2   | 1,5       | 1,8   |
| 3 | 3,0           | 3,4   | 1,8       | 2,4   |
| 4 | 2,3           | 4,1   | 1,8       | 2,5   |
| 5 | 3,1           | 3,5   | 1,8       | 3,2   |
| 6 | 2,0           | 1,9   | 1,5       | 1,8   |

Tabel IV-1 gemiddelde gedragsstijl van de artsen.

|        | psychosociaal |       | somaatich |       |
|--------|---------------|-------|-----------|-------|
|        | diagn.        | ther. | diagn.    | ther. |
| 1      | 41%           | 50%   | 35%       | 0%    |
| 2      | 83%           | 16%   | 8%        | 0%    |
| 3      | 66%           | 25%   | 25%       | 10%   |
| 4      | 40%           | 50%   | 24%       | 9%    |
| 5      | 67%           | 40%   | 18%       | 18%   |
| 6      | 25%           | 0%    | 5%        | 10%   |
| Totaal | 41%           | 32%   | 19%       | 17%   |

Tabel IV-2 percentage konsulten waarin de arts een patiëntgerichte gedragsstijl hanteert





## LITERATUURLIJST

### I ALGEMEEN

- Bensing, J en H. Schut: Konsultatieprojekt Eindhoven, Het Onderzoeksvoorstel (+ bijlage), N.H.I.-rapport, Utrecht, 1977
- Bothe-Dunselman, C.T.M.: Inbouw van consultatie, NIK-Berichten nr. 10, 1973
- Bruyel, W.en A.F.W. van Meurs, Consultatie nader bezien, 1968; in: Consultatienadrukken, NIK, Den Haag, 1975
- Caplan, G.: The theory and practice of mental health consultation, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1970
- Drenth, P.J.D.: De psychologische test, van Logham Slaterus, 1968
- Galtung, J.: Theory and methods of social research, George Allen & Unwin Ltd., Londen, 1967
- Gersons, B.B.R.: De consultatiemethode in de preventie psychiatrie; Samson Uitgeverij, Alphen aan de Rijn, 1977
- Groot,de: Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen, Mouton & Co., New York, 1966
- Langman, T.A.: Konsultatie en werkprincipes in de geestelijke gezondheidszorg, Werkboek voor Konsultatie, Hoofdstuk 6, SIK, Utrecht, 1977
- NIK, NIK-Berichten nr. 8: Consultatie, Den Haag, 1971
- NIK, Vier jaar konsultatie, Den Haag, 1973
- Phillips, B.S.: Social Research Strategy and tactics, McMillan & Co, New York, 1966
- Ravenzwaaij, J.F. van: Consultatie in de geestelijke gezondheidszorg, Boom, Meppel, 1972
- Ravenzwaaij, J.F.: Consultatie, een nieuwe vorm van overleg, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1974, vol.52, pag. 412
- Schouwstra, C.P.: Concept Consultatieprojekt, Eindhoven, 1976
- Shellow, R.S. en J.R. Newbough: Working with the juvenile police - a possible role for the psychologist in community mental health, in: F.V. Mannino. B.W. MacLennan, M.F.Shore: The practice of mental health consultation, Gardner Press, Inc. New York, 1975
- Talma-Koster, H.E.A.: Wat is konsultatie? Werkboek voor konsultatie, Hoofdstuk 5, SIK Utrecht, 1977
- Verhaak, P.: Onderzoeksnota Evaluatie SPEECH? N.H.I.-rapport, Utrecht 1976
- Wit, L.J.M.: Samenwerking huisartsen-psycholoog, Verslag, uitgebracht door een middenlimburgse consultatiegroep, De Psycholoog, 1976, nr.9 pag. 399

### II ENIGE ACHTERGRONDEN VAN KONSULTATIEVRAGERS EN KONSULTATIEGEVERS

- Ellis, H.C.: The transfer of learning, MacMillan, New York, 1965
- Fishbein, M.: Attitude and prediction of behavior, In: M.Fishbein, (ed.): Reading in attitude theory and measurement, Wiley, New York, 1967



- Hyman, H. et.al.: Interviewing in social research, University of Chicago Press, Chicago, 1954
- Katz, D. en E. Stotland: A preliminary statement to a theory of attitude structure and change, In: S.Koch, (ed.), Psychology: a study of science, Vol.3., Formulations of the person and the social context, Mc.Graw-Hill Book Company, New York, 1959
- L.H.V., Commissie Takenpakket, De taken van de huisarts, Medisch Contact, 1977 nr. 24, p. 765
- Loon, A.J. van: Hoe ziet een patiënt zijn huisarts?, Psychologische Geschriften Rijksuniversiteit Utrecht, 1976
- Loon, A.J. van en H.G. Schmidt: Opnieuw de arts-patiënt relatie, Medisch Contact, 1977, nr. 32, pag. 274
- Loon, A.J. van en H.G. Schmidt: Skoring, interpretatie en gebruik van de Maastrichte Huisartsen Vragenlijst, Maastricht/Utrecht, 1977
- Marx, M.H.: Learning: processes, New York, 1970
- Münch, R.: Mentales System und Verhalten, Grundlagen einer allgemeinen Verhaltenstheorie, J.C.B.Mohr, Tübingen, 1972
- N.H.G.: Hoe helpt de dokter?, Interimrapport, Utrecht, 1975
- Rosenberg, M.J. et.al.: Attitude organisation and change, Yale University Press, New Haven, 1960

### III HET WAARNEMEN VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN

#### Algemeen:

- Verhaak, P.: Evaluatieonderzoek SPEECH, eindrapportage, NHI, Utrecht, 1979

#### Met betrekking tot "de" variatie in het voorkomen van psychosociale problematiek:

- Brook, A.: Experiment in general practitioner/psychiatrist cooperation, The Journal of the Royal College of General Practitioners, vol. XIII, pag. 127-131
- Duff, R.S. en A.B. Hollingshead, Sickness & Society, Harper & Row, Londen, 1968
- Es, J.C. van: Probleem-patiënten, van Gorcum, Assen, 1967
- Hout, W.P. van de: Een psycholoog in eerste echelonsteam, Huisarts & Wetenschap, 1975, pag. 115-118
- Kuijpers, C.A.: Psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk. Huisarts & Wetenschap, 1966, pag. 42
- Melker, R. de: De huisarts en de ziekenhuispatiënt, Huisarts & Wetenschap, 1971, pag. 481
- Shepherd, M. et.al.: Minor Mental Illness in London: some aspects of a general practice survey, British Medical Journal, 1964m 2., pag. 1359-1363

#### Met betrekking tot het fenomeen selektieve perceptie in de breedste zin van het woord:

- Cassee, E.Th.: Naar de dokter, Boom, Meppel, 1973
- Linschoten, J.: Idolen van de psycholoog, Bijleveld, Utrecht, 1966



- Oliemans, A.: Morbiditeit in de huisartsenpraktijk, 1969
- Vroon, P.: Dubbelspel, Syllabus van een reeks buitenkursorische kolleges, 1974

#### IV HET VERWIJSGEDRAG VAN DE ARTSEN

- Belleman, S.J.M.: Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp, N.Z.I., Utrecht, 1977
- Bremer, G.J.: Het verwijzen in de huisartsenpraktijk, Dissertatie, Utrecht, 1964
- Es, J.C. van en H.E. Pijlman: Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 nederlandse huisartspraktijken, Huisarts & Wetenschap, 13, 1970, pag. 433-439
- Gaag, J. van der: An econometric analysis of the dutch health care system, Dissertatie
- Kruidenier, H.J.: Een onderzoek naar factoren die de hoogte van het verwijzpercentage beïnvloeden, Utrecht, LISZ, 1976
- Pel, J.Z.S.: Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage, Medisch Contact, 30, 1975 (b), pag. 1145-1146
- Posthuma, B.H. en J. van der Zee: Tussen eerste en tweede echelon - begripsafbakening en algemene beschouwing over onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers, Medisch Contact, 33, 1978, pag. 105-108
- Posthuma, B.H. en J. van der Zee: Tussen eerste en tweede echelon - verwijzscijfers en de omvang van de huisartspraktijk, N.H.I., 1978
- Praag, B.M.S. van: Ontwikkeling van een makrorekenmodel gezondheidszorgsysteem, Leiden/Leidschendam, 1972
- Praag, B.M.S. van, J. van der Gaag en F.F.H. Rutten: Vraag-aanbod in de sektor gezondheidszorg, Leiden, 1973
- Vries, H. de: Over de invloed van de huisarts op het verwijzpercentage Medisch Contact, 30, 1975, pag. 1438-1439

#### V HET VOORSCHRIJFGEDRAG

- Bain, D.J., A.J. Haines, A year's study of drug prescribing in general practice using computer assisted records, Journal of the Royal College of General Practitioners, vol. 25, p. 41-48
- Bertens, M.F., F. Samuels Brusse, Onderzoek geneesmiddelen consumptie: het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in de regio Nijmegen 1974/1975, Rijksuniversiteit Leiden 1978
- Beckhoven, P.N. van, H.F.M. de Graaf, Geneesmiddelengebruik in vier huisartspraktijken, Huisarts & Wetenschap, 1977, vol.20, p.111.
- Booy, R.H., I.Ph.L. Koperberg, H. Lusse, W.G. Zilverder, een onderzoek naar het verbruik van minor-tranquillizers, Huisarts & Wetenschap 1973, vol. 16, pag. 291
- Cassee, E.Th., Naar de dokter, Boom Meppel, 1973
- Continue morbiditeitsregistratie peilstations, Nederland 1977, Utrecht, 1977.
- Drug Dose Statistics; list of defined doses for drugs registered in Norway, Ingeborg Backsacs-Aasen e.a., Norsk Medical Depot, 1975.
- Francis, V., B.M. Korsch, M.J. Morris, Gaps in doctor-patient communications, NewEngland Journal of Medicine, maart 1969, vol.280, nr.10, p.535.



- Fulton, W.W., Why do doctors prescribe psychotropic drugs? In: The medical use of psychotropic drugs, Journal of the Royal College of General Practitioners, suppl.2, vol. 23, 1973.
- Lamberts, H., N.L. Wolgast, Huisarts en voorschrijfgedrag -een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen, Huisarts & Wetenschap, 1975, nr. 18 p. 321.
- Marinker, M., The doctor's role in prescribing. In: The medical use of psychotropic drugs, Journal of the Royal College of General Practitioners, suppl., 2, vol.23, 1973.
- Medicijnen, Tijdnood of noodzaak?, Vara, Hilversum, 1975
- Morrell, D., Principles of treatment. In: Cormack, J., M. Marinker, D. Morell, W.A.R. Thomson (ed), Practice; Handbook of primary medical care, Kluwer-Harrap Handbook, London, 1976.
- Mulder, J.D., Medicamenteuze therapie. In: Bremer G.J., J.C. van Es, A. Hofmans, (red.), Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, H.E. Stenfert Kroese N.V., Leiden, 1969.
- Ormel, J., Het psychofarmacagebruik anno 1970, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1975, vol.53, p. 494.
- Parish, P.A., What influences have led to increase prescribing of psychotropic drugs? In: The medical use of psychotropic drugs, Journal of the Royal College of General Practitioners, suppl.2, vol.23, 1973.
- Ploeg, H.M. van der, Onderzoek naar het verband tussen de frekwentie van huisartsbezoek en persoonlijkheidskenmerken, deel (I) en (II), Huisarts en Wetenschap, 1976, vol. 19, p. 451, resp. 1977, vol.20, p.22.
- Rowe, J.L., Psychotropic drugs. In: The Australian general practice morbidity and prescribing survey, 1969 to 1974, The medical journal of Australia, special supplement, oktober 1976.
- Schut, H., P. Verhaak, Huisarts en Patiënt: een kritische evaluatie van onderzoek op het gebied van de arts-patiënt relatie, NHI, Utrecht 1975.
- Vulto, A.G. Eigenschappen van slaapmiddelen en omvang van het slaapmiddelen-gebruik, Tijdschrift voor Alcohol en Drugs, 1978m vol. 4, nr.2, p.65.
- Wilks, J.M., The use of psychotropic drugs in general practice, a report of a year's survey, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1975, vol. 25, p. 731.
- Winkler-Prins, J., Huisarts en Patiënt, J.A. Boom en Zoon, Meppeo, 1966.
- Wolffers, Ivan, Medicijnenstrip, Ambo b.v., Baarn, 1977
- Wolffers, I., Pleidooi voor een kollektieve hulpverlening, Achtergrond, 1977 (b), nr. 2, p. 28-29.

#### VI HET SPREEKKAMERGEDRAG

- Balint, E. en J.S. Norell, Six minutes for the patiënt
- Bensing, J.M. en H. Schut, Onderzoeksnota Konsultatieprojekt Eindhoven NHI-rapport 1977
- Boer, R.A. de, Nascholing voor huisartsen, resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie, Boom-Meppel, 1973
- Brouwer, W. en J.H. Dijkhuis, Praten met patiënten, Bijleveld, Utrecht 1967
- Byrne, P.S. en B.E.L. Long, Doctors talking to patiënts, a study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries: Her Majesty's Stationary Office, London, 1976





- Dorp, C. van, Luisteren naar patiënten, een analyse van het medisch interview, de tijdstroom, 1977.
- Groot, A.D. de, Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen, Mouton & Co, 's Gravenhage 1968.
- Kaplan, A., The Conduct of inquiry, Methodology for Behavioral Science., Chandler Publishing Company 1964
- Lidt de Jeude, Jhr. Dr. A.H. van, De huisarts in de maalstroom der emoties, de ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen, Stenfert Kroese N.V., Leiden 1971.
- Neuteboom, P.M.C., Opleiding in gespreksvoering, beschrijving en effectonderzoek, Meinema, Delft, 1966
- Ober, R.L., G.L. Bartley and E. Miller, Systematic observation of teaching - an interaction analysis- Instructional strategy approach
- Philips, B.S., Social Research, Strategy and Tactics, The Mac Miller Company, New York, 1966
- Rogers, C.R., Cliënt als middelpunt, Lemniscaat, Leiden 1972
- Stimson, G. en B. Webb, Going to see the doctor, the consultation process in general practice, Routledge & Kegan Paul, London 1975
- Themans, B., Het gesprek tussen huisarts en Patiënt, een analysemodel, Huisarts & Wetenschap 22 (1979) 122-128
- Verhaak, P.F.M., Evaluatie SPEECH, een onderzoek naar de samenwerking tussen 11 huisartsen en een psycholoog, NHI-rapport 1979.
- Vrolijk, A., M.F. Dijkema en G. Timmerman, Gespreksmodellen, Een geprogrammeerde instructie Samson, Alphen a/d Rijn 1971

