

**KONSULTATIEPROJEKT
EINDHOVEN**

eindevaluatie

jozien bensing

rob klaver

hannie schut

peter verhaak

februari 1980



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

	Voorwoord	
	Inleiding	
I	<u>Tot stand komen en het verloop van het konsultatieprojekt Eindhoven</u>	2
	1. Inleiding	2
	2. Van gedachte tot projekt	2
	3. Deelnemers	4
	4. Enkele konklusies	7
II	<u>Wat is konsultatie, en hoe meten we het effekt ervan</u>	9
	1. Inleiding	9
	2. Wat verstaat men onder konsultatie ?	9
	3. Kenmerken van konsultatie	10
	4. Wat zijn de beoogde effekten van konsultatie ?	11
	5. Onderzoek naar het effekt van konsultatie	13
	6. Onderzoeksopzet konsultatieprojekt Eindhoven	15
III	<u>De konsultatiezittingen</u>	18
	1. Inleiding	18
	2. Het verloop van de konsultatieperiode	18
	3. Visies van de deelnemers op konsultatie	20
	4. Een beschrijving van de konsultaties over de ingebrachte casussen	23
	5. De eindevaluatie	25
	6. Slotbeschouwing	27
IV	<u>Het funktioneren van de huisartsen</u>	30
	1. Inleiding	30
	2. De onderzochte aspecten van het funktioneren van de huisartsen	30
	2.1. Onderlinge samenhang tussen de aspecten van het funktioneren van de huisartsen	30
	2.2. Vraagstellingen betreffende veranderingen in het funktioneren van de huisartsen	31
	3. Veranderingen in het funktioneren van de huisartsen	34
	3.1. Inleiding	34
	3.2. Het waarnemen van psycho-sociale klachten	35
	3.3. Verwijzen	37
	3.4. Het voorschrijven van medicijnen	46
	3.5. Het gespreksgedrag van de arts in de spreekkamer	49
	4. Artsprofielen	57
	5. Samenvatting	65

	Pag.
V <u>Slotbeschouwing</u>	66
1. Funktioneren van de arts en konsultatie	66
2. Methodologische implicaties	70
<u>Literatuurlijst</u>	72
<u>Bijlagen</u>	

Dank gezegd moet worden in de eerste plaats aan de subsidiegever de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiene; verder aan de directies van de Philips Medische Dienst en de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven. Zij waren bereid mankracht, faciliteiten en geld ter beschikking te stellen.

De leden van de begeleidingscommissie investeerden veel tijd en inspanning; hun aan- en opmerkingen zijn in dank aanvaard en gebruikt. De medewerking van de statistische afdeling van de Philips Medische Dienst onder leiding van de heer van Beek was onontbeerlijk.

De huisartsassistenten kregen er veel werk bij wat zij opgewekt en met volharding gedaan hebben.

De huisartsen onderwierpen zich bereidwillig aan interviews, observaties, registraties en het video-ontleedlancet van het N.H.I.

Zij waren de hoofdrolspelers, tezamen met de leden van het R.P.I. team, die goede aangevers waren. Het getuigt van moed eigen gedrag en werkwijze op zulk een diepgaande wijze te laten bestuderen en ter discussie te stellen. Daarbij wil ik speciaal de contrôlegroep in de aandacht brengen, die uiteindelijk niets terugkreeg voor de inspanningen.

Als laatste een speciaal woord van dank aan de onderzoekers Josien, Hannie en Peter, voor de prettige en vruchtbare samenwerking; hun grote mate van nauwgezetheid, eerlijkheid en onvermoeibare inzet blijkt uit de volgende bladzijden.

C.P. Schouwstra

Voorwoord

Voor U ligt de evaluatie en een samenvattend verslag van het konsultatieproject "Eindhoven". Een experiment dat ondernomen is door een groep huisartsen van de Philips Medische Dienst en het polikliniek team van de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven, onder het nauwlettend wetenschappelijk oog van het Nederlands Huisartsen Instituut. Voor sommigen was het een spannend en interessant avontuur, voor anderen veel extra werk dat ruim twee jaar heeft geduurd.

De gedachte om het polikliniek team van de R.P.I. Eindhoven in een "mental health consultation" situatie te brengen samen met een huisartsengroep, is geboren in het creatieve brein van dokter J.B.v. Borssum-Waalkes, destijds directeur van de R.P.I., en in een dialoog met schrijver dezes ontwikkeld. Een periode van gezamenlijke brainstorming mondde begin 1976 uit in de nota "concept konsultatieproject".

Toen een zestal huisartsen van de Philips Medische Dienst en het eerder genoemde polikliniek-team zich bereid toonden tot deelname kon een uniek experiment: konsultatie van het tweede-lijns team naar een eerste-lijns team van start gaan. De wetenschappelijke evaluatie werd mogelijk gemaakt dank zij een subsidie van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de bereidheid van onderzoekers van het N.H.I. om het onderzoek ter hand te nemen.

Het project sluit wonderwel aan bij het N.H.I.-onderzoek in Cappelle a.d. IJssel, het experiment "psycholoog in de eerste lijn", of te wel het "speech" project. Daarbij werd getracht op verschillende manieren gedragsaspecten van huisartsen te meten en zo gedragsveranderingen vast te leggen, die zouden kunnen optreden door invloed uit te oefenen op de wijze van hulpverlening.

Deze lijn kon nu naar het Eindhovense project worden doorgetrokken.

Het belang van het project is tweërlei:

1. er werd een bijzondere vorm van mental health consultation beproefd en getracht werd de invloed ervan op gedrag en werkwijze van huisartsen vast te stellen. Daarbij is de vraag gesteld of deze vorm van konsultatie een bijdrage zou kunnen betekenen aan de door zo velen gewenste versterking van de eerste lijn.
2. Voorts werd ervaring verkregen met een type veldonderzoek (en vooral met de moeilijkheden ervan!) dat in de huisartsgeneeskunde nog weinig gebruikt is.

Het project verschaftte nadere informatie over belangrijke en uiterst gecompliceerde beroepsmatige handelingen van huisartsen, zoals het verwijzen en het voorschrijven van geneesmiddelen.

Er kwam meer zicht op het gedrag van huisartsen in de spreekkamer door videoopnamen van spreekuren te analyseren.

Het is mijn vaste overtuiging dat aanwending en verdere ontwikkeling van de gebruikte onderzoeksmethoden in belangrijke mate kunnen bijdragen tot het verkrijgen van meer inzicht in de werkwijzen van huisartsen en hulpverleningsprocessen in de eerste lijn.

INLEIDING

In de lente van 1977 is door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne subsidie verleend aan een konsultatieprojekt van de Rijks Psychiatrische Inrichting en de Philips Medische Dienst. In dit projekt werd door een viertal medewerkers van de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven konsultatie gegeven aan zes huisartsen van de Philips Medische Dienst. Vanaf het begin is voor alle projektdeelnemers de wetenschappelijke evaluatie van het konsultatieprojekt een belangrijk doel geweest. Namens de P.M.D. en de R.P.I. heeft de projektleider (C.P. Schouwstra) het N.H.I. benaderd met het verzoek deze wetenschappelijke evaluatie op zich te nemen. De inhoud van het projekt (deskundigheidsbevordering van de eerste lijn) en de gedachten die reeds over opzet en vraagstellingen van het onderzoek waren geformuleerd, sloten zo duidelijk aan op de belangstelling en het werkterrein van het N.H.I. en haar projektgroep "Psychosociale hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg", dat vrij spoedig overeenstemming kon worden bereikt tussen R.P.I., P.M.D. en N.H.I. inzake het uit te voeren onderzoek.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden van september '77 tot september '79, onder supervisie van een sollicitatiecommissie waarin, naast de projektleider, vertegenwoordigers zitting hadden van Philips Medische Dienst, de Rijks Psychiatrische Inrichting, de Sociaal Psychiatrische Dienst, de Geneeskundige Inspektie voor de Volksgezondheid in Brabant en Limburg en de Geneeskundige hoofdinspektie. Tevens maakte een konsultatiedeskundige deel uit van de begeleidingscommissie.

In dit eindverslag wordt de gang van zaken gedurende het konsultatieprojekt beschreven, en worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. De indeling van het rapport is als volgt:

In hoofdstuk I wordt beschreven hoe het projekt tot stand kwam en verder verliep. Er wordt ingegaan op de setting waarbinnen huisartsen en polikliniekteam werkten, de ideeën die er leefden en die tot het tot stand komen van het konsultatieprojekt leidden, en de ontwikkelingen die de deelnemers in deze doormaakten.

Hoofdstuk II is gewijd aan de achtergronden van konsultatie, de manier waarop het effect ervan te meten is en de onderzoeksopzet waarop wij in dit geval zijn uitgekomen.

In hoofdstuk III wordt het verloop van de konsultatiezittingen geschetst. In dit verloop zijn een aantal karakteristieke ontwikkelingen te bespeuren waarop nader wordt ingegaan.

Hoofdstuk IV ten slotte, bevat de resultaten van het evaluatieonderzoek. Eerst wordt nagegaan in hoeverre er in vier aspecten van het functioneren van de artsen na het konsultatieprojekt veranderingen zijn opgetreden. Deze vier aspecten zijn het signaleren van psychosociale problematiek, de verwijspatronen, het voorschrijven van medicijnen, en de gespreksvoering met de patiënt.

Vervolgens wordt per arts in een apart profiel nagegaan welke veranderingen mogelijkerwijze door konsultatie bij hen teweeg zijn gebracht.

I. TOT STAND KOMEN EN HET VERLOOP VAN HET KONSULTATIEPROJEKT EINDHOVEN.

1. Inleiding

Dit introductiehoofdstuk van het eindrapport over de evaluatie van het konsultatieprojekt Eindhoven is met name bedoeld als een stukje geschiedschrijving. Teneinde het projekt in de ontwikkeling van de gezondheidszorg te kunnen plaatsen, wordt eerstenige aandacht besteed aan de ideeën en gedachtenvorming, die bijdroegen tot het tot stand komen van dit projekt. Sammier wordt daarna weergegeven hoe het projekt verliep temidden van allerlei andere gebeurtenissen en ontwikkelingen rond de deelnemers aan het konsultatieprojekt en de gezondheidszorg ter plaatse.

Inhoudelijk gesproken wordt er noch op konsultatie, noch op het evaluatieonderzoek ingegaan. Het eerste zal in hoofdstuk II geschieden: we zullen daarin weergeven wat onder konsultatie wordt verstaan en hoe in het verleden geprobeerd is de effekten van konsultatie te meten. Vervolgens zullen we uiteenzetten hoe wij in dit onderzoek de evaluatie ter hand willen nemen. In hoofdstuk III zullen we dieper ingaan op de wijze waarop in dit projekt vorm is gegeven aan het begrip konsultatie en op datgene wat zich tijdens de zittingen afspeelde. De resultaten van het evaluatieonderzoek komen in het vierde hoofdstuk aan de orde.

2. Van gedachte tot projekt

De structuur van de gezondheidszorg is de laatste jaren onophoudelijk onderwerp van diskussie. Een aantal punten, die in deze diskussies steeds terugkomen, zoals 1) de taken van de huisarts als eerstelijns hulpverlener en 2) de relatie tussen de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg hebben een rol gespeeld in de totstandkoming en ontwikkeling van het konsultatieprojekt Eindhoven. Vandaar dat wij er hier enige aandacht aan besteden, teneinde het konsultatieprojekt in een breder maatschappelijk perspektief te plaatsen.

We gaan daarom enige jaren terug in de geschiedenis.

In de structuurnota gezondheidszorg 1974, van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, is de "versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg" een centraal thema. Een verschuiving van de zorg van het tweede naar het eerste echelon wordt wenselijk geacht, en hiertoe moet onder meer dat eerste echelon beter toegerust worden. Dit kan middels het stimuleren van samenwerkingsverbanden (zoals hometeams en wijkgezondheidscentra) door diagnostische faciliteiten ter beschikking van de huisarts te stellen, en ook door deskundigheidsbevordering. Behalve de tendens om, structureel gesproken meer taken bij de huisarts te laten, zien we dat met name op het gebied van de psychosociale klachten ook sprake is van een toegenomen hulpvraag. Enerzijds doordat artsen somatische klachten in een breder perspektief gingen bezien, (begrippen als psychosomatiek en somatische fixatie raakten ingeburgerd) anderzijds doordat mensen vaker met leefproblemen naar een dokter stapten, is het aantal psychosociaal beoordeelde klachten bij de arts waarschijnlijk fors toegenomen. (cf bijvoorbeeld Balint, Huygen e.a., Lamberts, Winkler Prins) Deze toename bracht voor de arts eveneens de noodzaak met zich mee om oftewel zich in deze nieuwe taken te bekwamen oftewel aansluiting te zoeken bij andere meer hierop ingestelde collega's zoals het maatschappelijk werk de psychiater en de psycholoog.

Deze ontwikkeling leidde zo tot het ontstaan van Balintgroepen (in eerste instantie vooral onder begeleiding van psychiaters, en later ook steeds meer psychologen) trainingen in gespreksvoering, groepsfunctioneren en wat dies meer zij voor huisartsen in adviesrelaties met A.G.G.Z.-instellingen.

In het licht van deze ontwikkelingen kunnen we ook de opkomst van de konsultatiemethode zien welke onder andere blijkt uit de oprichting van de Stichting Introductie Konsultatie.

In het volgende hoofdstuk zullen we in detail hierop ingaan, hier volstaan we met de omschrijving dat konsultatie een overlegsituatie inhoudt tussen konsultatievragers (in dit geval huisartsen) en meer gespecialiseerde konsultatiegevers. Die grotere specialisatie betreft in dit geval de niet-somatische problemen in de huisartsenpraktijk; de konsultatiegevers kunnen afkomstig zijn uit meer psychosociaal gerichte eerste- of derdelijns disciplines, zoals maatschappelijk werk, en uit meer gespecialiseerde tweede- of derdelijns instellingen als SPD, MOB, PAAZ en dergelijke. Deze wijze van deskundigheidsbevordering speelt dus in op de behoefte om de toenemende psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk het hoofd te bieden. Doordat dit vaak vanuit de hogere echelons gebeurt, versterkt dit het contact tussen eerste- en tweedelijns, hetgeen op langere termijn ook andere voordelen kan hebben, zoals gerichter verwijzen, betere bekendheid met elkaars mogelijkheden etc.

Het wekt dan ook geen verwondering, dat vanaf het begin van de 70er jaren in den lande met de konsultatiemethode geëxperimenteerd gaat worden (zie onder meer Bruyel en van Meurs, Gersons, NIK-berichten 8, de Wit).

Laten we nu in het licht van deze ontwikkelingen de situatie in Eindhoven bekijken, welke leidde tot het aangaan van een konsultatierelatie tussen de huisartsengroep van de Philips Medische Dienst en het polikliniekteam van de Rijks Psychiatrische Inrichting.

In maart 1976 verscheen na overleg tussen medewerkers van de PMD-huisartsendienst en de RPI een conceptnota konsultatieprojekt.*

In deze nota werd ingehaakt op de wenselijk geachte "verschuiving in de gezondheidszorg van de zogenaamde tweede lijn naar de eerste lijn" en werden in dat kader een aantal knelpunten geformuleerd.

Van PMD-zijde werd benadrukt dat de huisartsen niet tevreden waren met hun eigen functioneren op het gebied van de psychosociale hulpverlening. Tevens vond men dat de bestaande hulpmiddelen (nascholing, samenwerking met het maatschappelijk werk, verwijzingen naar het tweede echelon van de GGZ) niet voldoende soulaas boden. Er leek eerder een maximale versnippering van deskundigheid te zijn. Dit veroorzaakte huns inziens tijdverlies, verstopping van de hulpverleningskanalen, hoge kosten en vooral: deficiënte hulpverlening. Ook de RPI-afvaardiging in de voorbereidingswerkgroep had een aantal punten van onvrede. Veel problematiek kwam te laat, ten onrechte of via de onjuiste kanalen het geestelijk zorgsysteem binnenvallen.

* Voor de goede orde zij opgemerkt dat de inhoud van bedoelde nota niet de gedachtegang van de uiteindelijke deelnemers aan het projekt hoeft weer te geven. Zij werden pas later bij het geheel betrokken.

Bovendien was men van mening dat de daar aanwezige deskundigheid efficiënter kon worden gebruikt als het eerste echelon meer kon profiteren van deze deskundigheid.

In een poging deze knelpunten op te lossen, besloot men een samenwerkingsexperiment op te zetten. In dit experiment zou een team huisartsen van de PMD volgens de door Caplan ontwikkelde methode konsultatie vragen aan een team van de RPI. Dit in de konseptnota uiteengezette projekt kreeg een dubbele doelstelling mee:

1. verbetering van de psychosociale hulpverlening door de eerstelijns aan het kliëntensysteem.
2. een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van de gebruikte methodieken.

Met het uitkomen van de konseptnota zijn de inhoudelijke doelstellingen van het projekt in grote lijnen vastgelegd - we zullen in de volgende hoofdstukken zien dat per deelnemer de nodige amendementen worden aangebracht - en worden de voorbereidingen nu gericht op de realisatie van de plannen.

Hiervoor diende financiële ruimte te worden geschapen en verder moest het projekt "bemand" worden. In het eerste werd voorzien door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat in februari 1977 positief reageerde op een subsidieverzoek, onder de motivering "dat het projekt kan bijdragen tot de verbetering van de structuur van de gezondheidszorg en daardoor van beleidsrelevante betekenis is".

Het Nederlands Huisartsen Instituut werd aangezocht om een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie te verrichten. De inhoud van het projekt "deskundigheidsbevordering van de eerste lijn" en de gedachte die reeds over opzet en vraagstellingen van het onderzoek waren geformuleerd, slo ten duidelijk aan op de belangstelling en het werkterrein van het NHI en haar projektgroep "Psychosociale hulpverlening".

Tussen RPI, PMD en NHI kon dan ook vrij spoedig overeenstemming worden bereikt inzake het uit te voeren onderzoek.

Wat de deelnemers betreft, werd tenslotte het polikliniekteam van de RPI bereid gevonden als konsultatiegever op te treden.

Dit team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. De konsultatie zou gegeven worden aan de PMD-groepspraktijk in de Willemstraat, bestaande uit zes (later zeven) huisartsen* en een sociaal-verpleegkundige.

Deze twee groepen kwamen in het voorjaar 1977 voor het eerst samen.

Eer werd een driedaagse konsultatietraining gehouden, waarin beide partijen kennis maakten met de konsultatiemethode. Daarna kwam men eens in de veertien dagen bijeen in zogenaamde konsultatiezittingen. In het begin hadden deze het karakter van een try-out; aan de vorm kon nog gesleuteld worden. Na een aantal zittingen werd een bindend konsultatiekontra kt opgesteld, waarin de vorm van de zittingen werd vastgelegd. In totaal zijn er 25 konsultatiezittingen geweest, tussen 1 december 1977 en 1 maart 1979. De samenwerking werd besloten met een evaluatiezitting.

3. Deelnemers

In deze paragraaf zullen we beide groepen wat uitgebreider beschrijven. In dit onderzoeksverslag is het immers de bedoeling om te evalueren welke invloed de gebruikte methodieken op de deelnemers hadden;

* deze zevende arts heeft niet meegedaan aan het evaluatieonderzoek en wordt verder in dit rapport vermeld onder de naam "arts 0".

in een veldonderzoek als het onderhavige, doorkruisen echter allerlei andere ontwikkelingen het experimentele patroon. Dit is onvermijdelijk, maar daarom is het wel dienstig die ontwikkelingen zo goed mogelijk te beschrijven.

Met dit doel voor ogen willen we een schets geven van de situatie waarin konsultatievragers en -gevers ten tijde van het konsultatieproject hebben gefunctioneerd. We baseren ons daarbij op jaarverslagen, informatiebulletins en voor wat betreft de RPI deels ook op interview-gegevens.

Huisartsen

De in het konsultatieproject participerende huisartsen vormden tesamen twee van de vier huisartsengroepen waaruit de PMD bestaat.

Deze twee groepen waren in het centrum van de stad (Willemstraat) gehuisvest, terwijl de twee andere groepen in het winkelcentrum Woensel praktijk voerden. Een vijfde PMD groep, bestaande uit paramedisch personeel was over beide panden verdeeld. Naast deze huisartsendienst zijn er binnen de PMD talloze diensten te onderscheiden, waarop de artsen in veel gevallen een beroep kunnen doen: veertien diagnostische en specialistische afdelingen (variërend van voedingsvoorlichting tot cardiologie; ook twee apotheken), bedrijfsgeneeskundige dienst en verzekeringsgeneeskunde.

Terwijl het konsultatieproject net van start was gegaan besloot de PMD in 1977 haar huisartsendienst te decentraliseren naar bestaande of met anderen op te richten wijkgezondheidscentra in de stad. Dit proces, dat gepaard zou gaan met een organisatorische loskoppeling van Philips, zou stap voor stap moeten plaatsvinden en zou zich na een overgangsfase vanaf 1982 moeten gaan stabiliseren.

Dit besluit vergde - zoals voorzien - veel tijd en energie, ook van de betrokken huisartsen. Kollektief werd veel tijd gestoken in algemene vergaderingen, terwijl de leden van de dienst ook individueel participerden in werkgroepen in werkgroepen, commissies en besturen. In de herfst van 1978 werd als eerste het gedecentraliseerde gezondheidscentrum STRIJP geopend. Dit centrum herbergde twee huisartsen uit de Willemstraat. (beide konsultatievragers: arts 5 en arts 0, die toen ruim een jaar in de Willemstraat praktiseerde), hun assistenten, een verpleegkundige en de Spaanse maatschappelijk werker. Vanuit deze uitvalsbasis is men de samenwerking met de andere eerstelijns werkers in de STRIJP verder gaan konkretiseren. Dit kon ook goed omdat de praktijken van beide huisartsen inmiddels vrijwel geheel beperkt waren tot dit stadsdeel.

Naast herstruktureringssperikelen onderhielden de verschillende konsultatievragers er ook andere activiteiten op na, die mogelijkerwijze het konsultatieeffect kunnen doorkruisen.

Zo is door alle artsen individueel of in groepjes deel genomen aan allerlei vormen van georganiseerde nascholing zoals Boerhavekursussen, Warffumkursussen, cursus anorgasmie bij de vrouw, klinische lessen, bedside-teaching en dergelijke.

Daarnaast waren er begrijpelijkerwijs allerhande huisartsvergaderingen. We noemen de maandelijkse algemene huisartsvergadering, waar op inhoudelijk vlak via de methode van de "papierpatiënt" gepoogd is te komen tot kritische evaluatie van het voorschrijven en van het verwijzen naar medische specialisten en fysiotherapie.

De wekelijkse huisartsvergadering van de verschillende huisartsengroepen stond inhoudelijk onder meer in het teken van een kritische toetsing van de onderlinge samenwerking. Als continue activiteit kan ook nog worden gewezen op de periodieke bespreking die de diëtiste had met elke arts afzonderlijk over door hem verwezen patiënten. De samenwerking met het maatschappelijk werk kreeg verder vorm door deelname van de huisartsen aan de per wijk georganiseerde "beurzen": de eerstelijns werkers van de wijk kunnen elkaar daar periodiek ontmoeten.

De konsultatievragende huisartsen van de Willemstraat hebben daarnaast ook nog een aantal specifiek eigen activiteiten ondernomen. Zo is eenmaal per maand de apotheker in de huisartsenvergadering uitgenodigd om de huisartsen van de nieuwe ontwikkelingen op de hoogte te stellen. Ook kwamen problemen ter sprake die zich hadden voorgedaan bij de afhandeling van recepten. Tevens werd geprobeerd therapieën op elkaar af te stemmen en zo nodig een gemeenschappelijk standpunt in te nemen. De huisartsen in de Willemstraat hebben in 1978 ook zeven maal een röntgenbespreking gehouden, waaraan werd deelgenomen door de röntgenoloog van de PMD-afdeling röntgendiagnostiek. En tot slot kan nog worden gememoreerd dat enige bijeenkomsten zijn belegd samen met vertegenwoordigers van de gezinszorg te Eindhoven.

Polikliniekteam RPI

De konsultatiegevers werden, zoals gezegd, uit de RPI gerekruteerd. Het betrof hier het polikliniek-team, bestaande uit psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker en sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Kort voor de start van het konsultatieproject had dit team nogal wat beroeringen doorstaan, het leek erop dat het uiteen zou vallen, hetgeen tot gevolg had dat men de tijd direkt voorafgaand aan het konsultatieproject meer bezig was met het eigen functioneren dan met het in het verschietliggende project. Bij de daadwerkelijke start van het konsultatieproject - nazomer 1977 - bestond het RPI polikliniekteam nog uit een psychiater, tevens hoofd van de afdeling, een maatschappelijk werker en een psycholoog.* Tevens werkte op de polikliniek een gezinstherapeut (drie dagen in de week), die echter niet tot de officiële formatie behoorde.

Deze vier personen hadden wekelijks een teambespreking onder voorzitterschap van de psychiater. Naast organisatorische zaken werden daar vooral intakes van nieuwe patiënten besproken. Supervisie van de polikliniek-medewerkers vond buiten dit verband plaats. De psychiater deed dat zoveel mogelijk informeel.

Over de sfeer binnen het polikliniekteam kan nog worden opgemerkt dat in interviews met de medewerkers een soort tweedeling wordt aangebracht tussen de werkers met een "brede visie" (psychiater en maatschappelijk werker) en de "solistisch werkende specialisten". Met deze laatste omschrijving doelt men dan op de gezinstherapeut en de psycholoog over wie in het jaarverslag 1977 overigens al wordt opgemerkt "dat al spoedig bleek dat zijn komst geen positieve invloed had op de werkzaamheden van het team".

*De SPV-er was inmiddels overgestapt naar een andere werkkring en heeft zodoende enkel de konsultatietraining meegemaakt.

Deze interne problemen konden klaarblijkelijk niet worden opgelost. "De samenwerking met de psycholoog kon worden beëindigd", zo meldt ons het jaarverslag 1978.

Na het vertrek van de psycholoog, ongeveer halverwege het experiment, is de discipline "psychologie" niet meer in het polikliniekteam vertegenwoordigd en daarmee ook niet meer onder de konsultatiegevers. Omdat bovendien op dat moment ook de vakature van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige nog steeds niet was vervuld waardoor het oorspronkelijke team tot de helft was gereduceerd werd met name van de kant van de huisartsen van de PMD aangedrongen op een aanvulling van het konsultatieteam. Die werd gevonden in de gezinstherapeut die inmiddels ook deel was gaan uitmaken van de vaste functie van het polikliniekteam en in een psycholoog die op een andere RPI afdeling werkzaam was (en bleef).

Ter afronding van deze achtergrond informatie over de konsultatiegevers werpen we een korte blik op hun afzonderlijke werkzaamheden.

De leden van het polikliniëtteam worden, op de psychiater na, allen ingeschakeld bij de intakegesprekken. Andere, meer therapeutische patiënt-kontakten worden door ieder onderhouden. Naast individuele begeleiding en psychotherapie, wordt de groepstherapie van groot belang geacht. Zo funktioneerden in 1977 continu twee groepen voor mensen met neurotische problematiek, een groep voor W.W.-ers en W.A.O-ers, een groep voor huisvrouwen en een groep voor konsentratiekampslachtoffers.

In 1978 werd aan de groepstherapieën een speciale groep voor hart-, doodfobie-lijders toegevoegd.

Voorts gaven een aantal medewerkers lessen aan de verpleging, terwijl de maatschappelijk werker ook de huisbezoeken verzorgde.

De psycholoog, die later konsultatiegever is geworden en geen polikliniek medewerker was, hield zich merendeels bezig met het revalideren van langdurig gehospitaliseerden. Daarnaast ontwikkelt hij trainingsprogramma's voor verpleegkundigen.

4. Enkele konklusies

De eerste gedachte die opkomt wanneer men alle gebeurtenissen rond het ontstaan en het verloop van het konsultatieprojekt op een rijtje zet is dat het projekt is opgezet in een typische veldsituatie, maar dat het ook alle kenmerken van een veld experiment vertoont: er komt een arts bij, er valt een psycholoog weg; er zijn allerlei ontwikkelingen in de gezondheidszorg ter plaatse (de decentralisatie van de Philips Huisartsendienst, om maar eens een niet gering voorbeeld te noemen) en ook alle projektdeelnemers ontwikkelen zich ieder op hun eigen individuele wijze. Kortom: genoeg interfererende factoren om een eenvoudige onderzoeker tot wanhoop te drijven. Wanneer er veranderingen worden aangetroffen in het functioneren der artsen, is het immers heel moeilijk geworden om aan te geven waar deze dan aan te danken zijn: aan de invloed van het konsultatie-experiment (zoals iedereen hoopte en zoals dit ook in dit projekt onderzocht diende te worden) of aan een van de hierboven genoemde factoren die ook allemaal - de een waarschijnlijk meer, de ander waarschijnlijk minder - hun invloed op de projektdeelnemers hebben gehad.

Eén konklusie is duidelijk: Het is nu eenmaal zo.

Dit zijn problemen die aan ieder veldonderzoek kleven. Het konsultatieproject Eindhoven vormt hier geen uitzondering op. En in Eindhoven zijn ook geen extremere dingen gebeurd dan in een willekeurig ander veldexperiment (zij het dat niet in iedere onderzoeksrapportage even uitvoerig melding wordt gemaakt van dit soort storende factoren).

De konstatering dat bij dit soort onderzoek onvermijdelijk interfererende factoren een rol spelen betekent echter niet dat we het ook zonder meer bij deze konstatering moeten laten. Eerder is het belangrijk om uit alle gebeurtenissen die hebben gespeeld die te selecteren die mogelijkwijs hun invloed hebben gehad op het verloop of de gevolgen van het konsultatieproject. Voorts dienen we wanneer er veranderingen worden aangetroffen in het funktioneren van de artsen steeds te bezien of deze toegeschreven kunnen worden aan het konsultatieproject dan wel dat de kans groter is dat een van de interfererende factoren als oorzaak moet worden aangemerkt. Dat kan gebeuren door de gekonstateerde veranderingen steeds zoveel mogelijk inhoudelijk te relateren aan gebeurtenissen tijdens of rond het konsultatieproject dan wel aan gebeurtenissen die wij als "storend" betiteld hebben (in onderzoekstermen: zoveel mogelijk zoeken naar alternatieve verklaringen van het opgetreden verschijnsel).

Over dit laatste punt zal in de slotbeschouwing nader worden ingegaan. Over het eerste valt hier al wat meer te zeggen.

Er zijn namelijk twee gebeurtenissen die zowel zeer markant zijn als verstrekkend: we doelen in de eerste plaats op de al eerder genoemde reorganisatie binnen de Philips Medische Dienst die onder andere tot gevolg had dat de artsen veel tijd en energie kwijt waren aan organisatorische perikelen en plannen maken voor de toekomst, maar ook dat zij hun perspectief om als groep verder te gaan gaandeweg verloren. Het sterkst geldt dit voor de artsen 5 en 0 die ergens midden in het projekt verhuisden naar een andere praktijkruimte in een ander deel van de stad met andere samenwerkingspartners. Een neveneffekt van de vorming van dit eerste gezondheidscentrum is gelegen in de herorganisatie van de praktijk patiënten die niet in de wijk van het gezondheidscentrum woonden werden uitgesloten; dit leverde in het geval van arts 5 in eerste instantie een praktijkverkleining van circa 600 patiënten op, wat ongetwijfeld doorwerkt in minimaal de kwantitatieve aspecten van de hulpverlening.

De tweede storende faktor die het vermelden waard is, is gelegen in de instabiele situatie binnen de RPI-polikliniek die niet alleen het praktische probleem opleverde van een aantal personeelwisselingen tijdens de looptijd van het projekt maar ook voor de nodige spanningen zorgde tussen de leden van het team die ook wel doorwerkten in het verloop van de konsultatiezittingen.

Bij de terugblik op het verloop van het konsultatieproject en de effecten die het projekt heeft gehad zullen deze beide punten aan de orde moeten komen.

II. WAT IS KONSULTATIE, EN HOE METEN WE HET EFFEKT ERVAN.

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is weergegeven hoe in Eindhoven een konsultatieproject tot stand kwam en hoe dit te midden van allerlei andere gebeurtenissen en ontwikkelingen in grote lijnen is verlopen.

Over konsultatie werd niet meer vernomen dan dat het een overlegsituatie inhield tussen konsultatievragers en meer gespecialiseerde konsultatiegevers. In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de betekenis, de kenmerken en de doelstellingen van de konsultatiemethode. Na zo een beter inzicht te hebben gekregen in het verschijnsel, gaan we ons verdiepen in mogelijkheden en effecten hiervan vast leggen.

Afweging van een aantal aspecten leidt aan het eind van dit hoofdstuk tot de onderzoeksopzet, die door ons in Eindhoven is gehanteerd om het konsultatieproject aldaar te evalueren.

2. Wat verstaat men onder konsultatie ?

Caplan heeft in zijn geschriften (onder andere 1970) "mental health consultation" beschreven als *een interactieproces tussen twee professionele werkers*: de konsultatiegever die een specialist is en de konsultatievrager die de hulp van eerst genoemde inroept voor een aktueel werkprobleem, waaraan de konsultatievrager moeilijkheden ervaart en dat zijns inziens binnen de gespecialiseerde kompetentie van de ander valt.

In het Nederlandse taalgebied bestaat er geen echte equivalent voor "mental health consultation" en spreekt men gemeenlijk over konsultatie; een term die wij ook in het vervolg zullen gebruiken.

Wanneer we nu definities van andere auteurs leggen naast die van Caplan, valt het voornamelijk op dat er nauwelijks principieel afwijkende betekenissen aan konsultatie worden gehecht. Alleen Rhodes (1960) gaat uit van een wezenlijke andere konseptie. Hij vindt konsultatie een *psychologische veranderingstechniek*, die door middel van een interpersoonlijke kommunikatie wordt toegepast op een probleemsituatie. De konsultatiegever is hier dus een echte "change agent", die erop uit is menselijk gedrag te beïnvloeden.

Bij de overige geraadpleegde schrijvers vinden we over het algemeen als eerste aanknopingspunt voor de omschrijving van het konsultatie woorden terug, die net als bij Caplan duiden op een samenspraak. Afwijkingen van Caplan's definitie treffen we vooral aan op het gebied van de specificatie. Het lijkt erop alsof ieder een definitie gebruikt die enigszins is toegesneden op de eigen situatie. Zo spreken Bruyel en van Meurs (1975) van "een vorm van overleg tussen *een hulpverlener in de eerste lijn* (....) en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (....) die de kennis uit zijn vakgebied ten dienste van de konsultatievrager stelt", terwijl Gersons (1977) het heeft over "een methodische toepassing van kennis en vaardigheid op het gebied van de *preventieve psychiatrie* middels een interaktioneel proces (....) . (eigen kursiveringen). Van Ravenzwaaij (1972) geeft tenslotte weer een iets bredere omschrijving waarin hij probeert Caplan's definitie iets puntiger te maken, bijvoorbeeld door het opnemen van een term als "rolverhouding".

Hij noemt konsultatie "een interaktioneel proces, waarbij er een tijdelijke expliciet gedefinieerde rolverhouding bestaat tussen twee beroepskrachten, die niet afkomstig zijn uit hetzelfde arbeidsterrein* en waarbij de een, de konsulent, door de ander, de konsultatievrager, deskundig en in staat geacht wordt hem te helpen bij het oplossen van een onopgelost werkprobleem, waarbij psychohygiënische aspecten in het geding zijn (....)". Het belangrijkste nieuwe element in deze definitie is de tijdelijkheid van de konsultatierelatie, die van Ravenzwaaij heeft ontleent aan Lippit (1959). De invoering van deze tijdsbegrenzing is wel belangrijk, aangezien de meningen nogal uiteenlopen voor wat betreft de vraag of een konsultatierelatie op een bepaald moment als overbodig zal worden ervaren en kan worden verbroken, omdat de doelstellingen bereikt zijn.

3. Kenmerken van konsultatie

We kunnen aan het konsultatiegebeuren een aantal variabele kenmerken onderscheiden. Over de vaste kenmerken zijn de meeste auteurs het onderling wel eens. Het gaat hierbij om zaken als:

- de gelijkwaardigheid van de relatie: de konsultatiegever staat niet in een hiërarchische relatie tot maar stelt zich juist nevenschikkend op naast de konsultatievrager;
- de eigen verantwoordelijkheid van zowel de konsultatiegever als de konsultatievrager. De eerste is verantwoordelijk voor zijn inbreng en de manier waarop hij dat doet, de konsultatievrager is eveneens verantwoordelijk voor wat hij inbrengt én voor hetgeen hij met het besprokene in zijn praktijkuitvoering doet;
- het uitsluiten van persoonlijke problemen van de konsultatievrager.

Onder de variabele kenmerken van konsultatie rekenen wij onder meer de inhoud van het besprokene en de wijze waarop de deelnemers in het konsultatiegebeuren participeren.

Om met dit laatste te beginnen: we kunnen in eerste instantie een onderscheid maken tussen individuele en groepsmethoden en aldus vier qua *samenstelling* verschillende soorten konsultatie benoemen:

1. de individuele konsultatie: één konsultatiegever en één konsultatievrager;
2. groepskonsultatie: één konsultatiegever en meerdere konsultatievragers van één (bijvoorbeeld bij de Wit, 1976) of meer (bijvoorbeeld bij Gersons, 1977) disciplines;
3. teamkonsultatie I: één konsultatievrager en een team van konsultatiegevers. Deze werkwijze zou volgens Bruyel en van Meurs (1974) alleen gevolgd moeten worden indien er zeer gegronde redenen voor bestaan. Het Nederland Instituut voor Kinderstudie (NIK) heeft namelijk bij wijze van experiment konsultatieposten ingevoerd in Zoetermeer en Wassenaar, waarbij naar voren kwam dat aan deze vorm van teamkonsultatie vrij veel - en niet alleen economische - bezwaren verbonden waren.
4. teamkonsultatie II: meerdere konsultatievragers (al dan niet van verschillende disciplines) en meerdere konsultatiegevers met verschillende deskundigheden.

*In een latere publikatie (van Ravenzwaaij, 1974) is deze eis vervallen.

Na deze blik op de mogelijke partners in de konsultatierelatie, zullen we onze aandacht richten op een aantal *naar inhoud getypeerde* konsultatievormen. Caplan (1970) onderscheidt vier typen, afhankelijk van de vraag of men zich richt op een gevalsprobleem of een organisatieprobleem en afhankelijk van de vraag of de konsultatiegever een deskundigheidsoordeel inbrengt dan wel probeert verbetering te bewerkstelligen in "the problem solving capacity of the consultee", opdat deze vervolgens zelf en op hun eigen manier een oplossing uitwerken.

De vier gesuggereerde konsultatie-typen zijn dan:

Client Centered Case Consultation: de konsultatiegever is er vooral op gericht het probleem van de cliënt van de konsultatievrager te analyseren en eventueel suggesties te doen hoe verder het best gehandeld kan worden. Persoonlijk onderzoek van de cliënt door de konsultatiegever is hier zeker niet uitgesloten.

Consultee Centered Case Consultation: de konsultatiegever is er vooral op gericht te begrijpen wat er met de konsultatievrager gaande is op het niveau van zijn professioneel functioneren, waardoor deze laatste niet in staat is dit geval tot een oplossing te brengen.

Program - Centered Administrative Consultation: deze vorm van konsultatie komt nagenoeg overeen met het eerste type met dien verstande, dat het hier niet gaat om de problemen van een patiënt maar om die van een organisatie. In de *Consultee - Centered Administrative Consultation* zien we tenslotte het evenbeeld van het tweede type op het gebied van het functioneren van de konsultatievrager in zijn organisatie.

Zoals ook Caplan al heeft gezegd en Bruyel/van Meurs (1975) sterk benadrukken is een konsultatierelatie naar haar inhoud nooit puur volgens één van deze vier categorieën te typeren. Meestal heeft men echer wél te maken met een mengvorm waarin één bepaalde benadering overheerst. Zo zien we dat bij de konsultatie-ervaring van het NIK vooral sprake was van de types die zich op de konsultatievrager richten (met vloeiende overgangen tussen gevals- en beleidskonsultatie) terwijl zowel van Ravenzwaaij (1972) als Gersons (1977) een centrale plaats hebben toebedacht aan de op de konsultatievrager gerichte gevalsbespreking.

Gezien deze ervaringen (aksent vooral op het zich richten naar het functioneren van de konsultatievrager en dan meestal met betrekking tot cliënten in tegenstelling tot organisatie- beleidsproblemen) richten ook wij ons in het vervolg hoofdzakelijk op dit type konsultatie. Nu we de konsultatiemethodiek qua definitie en inhoud beter hebben leren kennen en daarbinnen ook enige aksenten hebben aangebracht, wordt het tijd om te bezien welke doelstellingen men met behulp van die aanpak hoopt te bereiken.

4. Wat zijn de beoogde effecten van konsultatie ?

Laten we allereerst de door Caplan (1970) nagestreefde doelstellingen van zijn vier konsultatietyologieën de revue laten passeren. Per type beschrijft deze steeds een primair doel en een sekundair doel of een neveneffect, waar men op hoopt.

In de op het functioneren van de dienstverlenende organisatie gerichte bespreking is het primaire doel van de konsultatiegever het ontwikkelen van een actieplan.

De konsultatiegever hoopt daarbij dat de konsultatievragers iets zullen leren van zijn analyse en aanbevelingen voor toekomstige soortgelijke vraagstellingen.

Bij de op het funktioneren van de konsultatievragers in hun dienstverlenende organisatie gerichte bespreking, is het primaire doel van de konsultatiegever gelegen in het begrijpen van de werkproblemen, het verbeteren van de probleemoplossende vaardigheden en het te boven komen van tekortkomingen van de konsultatievragers. Men hoopt dat deze laatsten in de toekomst zelf effectieve plannen kunnen ontwikkelen en uitvoeren. Bij de op de cliënt gerichte gevalsbespreking noemt Caplan al primair doel "het ontwikkelen van een plan dat de patiënt in kwestie zal helpen". Als bijkomende doelstelling kan de konsultatievrager iets leren van de bespreking, zodat zijn vermogen om soortgelijke problematiek in de toekomst zelf te behandelen zal toenemen.

Het in gezondheidszorg-konsultatieprojekten meest frekwent gebruikte type konsultatie is de Consultee-Centered Case Consultation: de op de konsultatievrager gerichte gevalsbespreking. Caplan beoogde met dit soort van overleg "to improve the consultee's capacity to function effectively in this category of case, in order to benefit many similar clients in the future". Primair doel van deze vorm van konsultatie is dus een verbetering in het funktioneren van de hulpverlener, waaraan door Caplan ook een spreidingseffekt wordt gekoppeld. Verbetering van de individuele patiënt die in de konsultatiebespreking is ingebracht, wordt als een neveneffekt gedefinieerd.

De doelstellingen van konsultatie welke door andere auteurs worden geformuleerd bouwen voort op de door Caplan beschreven doeleinden, zijn daar soms ook. Evenals bij de definities van konsultatie het geval was, worden ook de beoogde effecten wel eens gekleurd door de eigen beroeps-situatie en achtergrond van de verschillende schrijvers. Soms zien we ook een vermeerdering van doelstellingen met de jaren.

Een voorbeeld van dit laatste treffen we aan bij van Ravenzwaaij. Hij formuleert in 1972 als doelstellingen zowel het oplossen van het aktuele werkprobleem als een algemene leerervaring ten behoeve van soortgelijke toekomstige werkproblemen. In 1974 komt daar echter nog een derde doelstelling bij, te weten: verbetering van de kommunikatie tussen de hulpverleners uit de verschillende echelons.

Dit laatste element vinden we ook in NIK-berichten 8 (1971, pagina 30), waar men de doeleinden formuleert die door middel van een konsultatiepost gerealiseerd zouden moeten worden. Naast "het toevoeren van specialistische kennis naar de hulpverleners in het eerste echelon" werd ook ekspliciet "kommunikatiebevordering binnen en tussen de echelons" beoogd. Bruyel en van Meurs (1968) noemen een aantal verschillende doeleinden die met konsultatie kunnen worden nagestreefd en aan de hand waarvan afspraken moeten worden gemaakt over het karakter van overleg. Hun doelstellingen omvatten drie gebieden: (1) het geven van informatie, (2) het verhogen van de objectiviteit en het doorbreken van selektieve perceptie (blikverruiming) in het bijzonder met het oog op de multifaktoriële structuur van de problematiek en (3) morele ondersteuning van de konsultatievrager.

Bothe-Dunselman (1973) noemt als doel van konsultatie "bij te dragen tot een beter professioneel funktioneren van de konsultatievrager".

Gersons (1977) tenslotte stelt dat konsultatie een verandering op gang beoogt te brengen bij hulpverleners en organisaties.

Het veranderingsdoel hierbij is "een betere hulpverlening aan mensen met psychosociale problemen en idealiter een afname van psychosociale problemen ten gevolge van maatschappelijke veranderingen, die mede door konsultatie op gang worden gebracht". Hier worden middels konsultatie dus tevens maatschappelijke veranderingen nagestreefd.

Wanneer we de individuele variaties in doelstellingen, die de verschillende auteurs op grond van individuele geaardheden en sterk situationele factoren hebben aangebracht, weglaten en de gemeenschappelijke elementen eruit lichten, komen we tot de volgende algemene formulering: *konsultatie heeft als doel het functioneren van de eerste lijnshulpverlener te verbeteren en wel zodanig dat hij in de toekomst soortgelijke problemen als waarvoor hij konsultatie heeft gevraagd, beter en efficiënter zelfstandig kan oplossen.*

5. Onderzoek naar het effect van konsultatie.

"Hoewel konsultatie beschouwd kan worden als een populaire activiteit in de geestelijke gezondheidszorg, wordt er nog steeds bedroevend weinig onderzoek gedaan naar de effecten ervan". Met deze zorgelijke woorden beginnen Mannino en Shore (1975) hun overzicht over al het onderzoek dat er tot op dat moment gedaan was naar de effecten van konsultatie. Zij wijten dit gebrek aan deugdelijk onderzoek aan het feit dat het terrein van de geestelijke gezondheidszorg altijd gedomineerd is geweest door klinici met een voorliefde voor individueel georiënteerde verklaringsmoedellen. Tien jaar eerder klaagde Bennis (1965) al over het gebrek aan evaluatief onderzoek op dit gebied. Hij wees op het verschijnsel dat wanneer er al onderzoek gedaan werd, dit over het algemeen beperkt bleef tot het meten van subjektieve factoren, attitudes, e.d. "Harde" effectmaten (als bijvoorbeeld ziekte, arbeidsverzuim, e.d.) werden zelden gebruikt en nooit werden relaties gelegd met produktiviteitsscores of werden kosten-baten analyses uitgevoerd.

De laatste jaren is er, zij het op bescheiden schaal, wel enige verbetering gekomen in het evaluatieonderzoek op het gebied van konsultatie. Mannino en Shore rapporteren over 35 onderzoeken die na 1958 zijn gehouden. De meeste van deze onderzoeken zijn zeer recent (na 1970). Op een aantal punten vertonen de onderzoeken een vrij grote variatie-breedte. Met name de *komplexiteit* van de onderzoeksopzet (gebruik van controle-groepen, gebruik van hoeveelheid meetpunten, gebruik van voor- en name-ting e.d.) verschilt nogal van onderzoek tot onderzoek. Ook het *focus* is vaak verschillend: soms worden effecten bij de konsultatievrager gemeten, soms zoekt men naar effecten bij de cliënt van de konsultatievrager, en een enkele keer neemt men het systeem waar de konsultatievragerdeel van uitmaakt in beschouwing.

In sommige van de meer ingewikkelde onderzoeken worden meerdere effecten tegelijkertijd onderzocht (bijvoorbeeld effecten bij de konsultatievrager en bij zijn cliënten).

Even sterk varieert het *soort* effect dat men bij zijn onderzoek in beschouwing neemt: in sommige gevallen is de onderzoeker enkel geïnteresseerd in het eigen oordeel van de konsultatievrager "of hij er iets aan gehad heeft", soms ook worden een aantal testjes gekonstrueerd, die veranderingen moeten meten in een aantal kognitieve processen bij de konsultatievrager (bijvoorbeeld attitude ten aanzien van ziektegedrag; oordeel over de "ideale leerling"; mate van irritatie bij lastige leerlingen) .

Slechts zelden treft men pogingen aan om werkelijke gedragsveranderingen te meten; dit ondanks het feit dat konsultatie juist gedragsverandering beoogt. Tenslotte blijkt, wanneer we de onderzoeken die Mannino en Shore verzameld hebben op een rijtje zetten, dat zelfs het gebied dat onderzocht wordt (*de konsultatie*) een groot aantal verschillende en nauwelijks vergelijkbare invullingen heeft gekregen: soms heeft het onderzoek betrekking op mental health consultation, soms op educational consultation; soms heeft de konsultatie enige kenmerken van de konsultatiemethode zoals Caplan die heeft bedoeld, maar meestal blijkt "konsultatie" een verzamelnaam te zijn voor een groot aantal verschillende, meestal kortduurende interventies, die variëren van sensitivitytrainingen in laboratoriumsituaties tot gedragsveranderende interventies in de situatie van de konsultatievrager zelf.

Deze grote variëteit in soort en kwaliteit van de onderzoeken verklaart voor een belangrijk deel de ambiguïteit en tegenstrijdigheid van de uitkomsten. Vanwege de geringe mate van vergelijkbaarheid zijn directe conclusies ten aanzien van het konsultatieproject Eindhoven dan ook niet te trekken. We zullen daarom alleen de voornaamste bevindingen weergeven die belangrijk zijn voor de uiteindelijke onderzoeksopzet, en (wellicht is dit nog belangrijker) voor de interpretatie van de resultaten die het Eindhovense project straks zal gaan opleveren.

Het eerste dat opvalt wanneer we de onderzoeken naast elkaar zetten is dat naarmate de kompleksiteit van de onderzoeksopzet groter is, het algehele resultaat ook beter interpreteerbaar is. De onderzoeken waarin bijvoorbeeld de evaluatiemaat grotendeels bestond uit het subjektieve oordeel van konsultatiegever en konsultatievrager en waarin geen gebruik gemaakt werd van kontrolegroepen, leverden volstrekt tegenstrijdige resultaten op (variërend van zeer positief tot zeer negatief). Naarmate de theoretische onderbouw hechter is, er meer meetpunten worden gebruikt, meerdere soorten effecten in beschouwing worden genomen en meer rekening gehouden wordt met methodologische eisen, zijn de uitkomsten van het onderzoek ook minder ambigu en tegenstrijdig (vergelijk o.a. Schmuck (1968) Whitley (1970), Newfield (1972), Keutzer, c.s. (1971)).

We bepalen ons daarom tot deze groep van onderzoekingen. Bij al deze onderzoeken werden zowel de konsultatievrager als zijn cliëntenbestand (meestal leerlingen van een lagere school) onderzocht. Veranderingen bij konsultatievrager werden in alle gevallen wel gevonden. Het bleek moeilijker om het effect van konsultatie op de cliënten van de konsultatievrager vast te stellen. Mannino (1975) verklaart dat uit het feit dat veranderingen bij de cliënt per definitie een indirect effect betekenen, aangezien de konsultatiegever niet zelf in contact staat met de cliënt, maar alleen via de konsultatievrager.

De genoemde onderzoeken hebben ook gemeenschappelijk dat ze geprobeerd hebben het effect van de konsultatie op een aantal niveau's vast te stellen: zij maten zowel attitudes en kognities als concreet gedrag. In vrijwel alle gevallen bleek het moeilijk, zo niet onmogelijk om veranderingen te constateren in het concrete gedrag van de konsultatievrager (in enkele gevallen verbeterde - volgens onwetende niet-participerende observatoren - het gedrag van de kontrolegroep zelfs aanzienlijk meer dan dat van de experimentele groep). Wel werden steeds veranderingen geconstateerd in de attitude en kognities van de konsultatievragers.

Uit alle studies bleek dat met name het zelfvertrouwen van de konsultatievrager en zijn sensitiviteit voor de konsultatie behandelde problematiek toenam; ook bleken konsultatiegever en konsultatievrager steeds meer elkaars taal te gaan spreken: de konsultatievrager leerde met name steeds beter de problematiek weer te geven in de termen van de konsultatiegever.

De konsekwenties van het een en ander voor de onderzoeksopzet van het konsultatieprojekt Eindhoven zullen in de volgende paragraaf (de globale onderzoeksopzet) nader onder de loep genoemn worden.

6. Onderzoeksopzet konsultatieprojekt Eindhoven.

Het voorafgaande in overweging nemend, zijn we tot een onderzoeksopzet gekomen waarmee naar ons idee het Eindhovense konsultatieprojekt op zinnige wijze geëvalueerd zou kunnen worden.

Wat de vorm betreft is gestreefd naar het pretest-posttest design, waarbij van een kontrolegroep gebruik wordt gemaakt (cf Stanley & Cambell 1966). Konsultatie wordt als experimentele ingreep gezien, die één groep ondergaat, de andere niet. De Eindhovense situatie maakte het mogelijk om een kontrolegroep te kreëren voor de konsultatievragende artsen. Een andere huisartsengroep van de PMD - op een aantal belangrijke structurele variabelen overeenkomend met de experimentele groep - verklaarde zich namelijk bereid om de belangrijkste meting ook bij hen te laten verrichten.

Gezien de omstandigheid dat geen der deelnemers bij de start van het projekt al kennis had gemaakt met de konsultatiemethode, was het mogelijk om een aantal aspekten van hun funktioneren vast te leggen, vóórdat ze met konsultatie in aanraking kwamen. Weliswaar hebben de projektdeelnemers in mei 1977 een konsultatietraining gekregen, maar deze diende voornamelijk om de deelnemers een voorproefje te geven van wat het fenomeen "konsultatie" inhield en hun verwachtingen en doelstellingen enigszins aan te scherpen. Echt geoefend met konsultatie is er toen nauwelijks. Het is daarom mogelijk om een voormeting te houden. De gegevens die tijdens deze voormeting verzameld zijn worden nog niet beïnvloed door de konsultatie.

Nadat zo bij experimentele en kontrolegroep een aantal aspekten van het funktioneren van de artsen was vastgelegd - waarover dadelijk meer - nam de experimentele groep vijftien maanden deel aan de konsultatiezittingen. Een aantal aspekten hiervan werden zorgvuldig geregistreerd, omdat zo eventuele veranderingen in het funktioneren van de artsen gerelateerd konden worden aan gebeurtenissen tijdens de konsultatiezittingen.

Na afloop van de konsultatiezittingen werden dezelfde aspekten van het funktioneren van de artsen van beide groepen opnieuw gemeten.*

De doelstelling van het onderzoek is nu: een analyse van wat er tijdens de konsultatiezittingen geschiedde, alsmede een vergelijking van voor- en nameting; op deze manier kan nagegaan worden of er aspekten van het funktioneren zijn veranderd, en of dit aan het konsultatieprojekt kan worden toegeschreven.

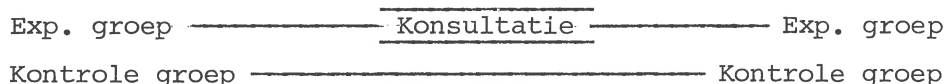
*Met uitzondering van de verwijzingen, die vijftien maanden lang kontinu werden geregistreerd. zie het onderstaande.

Zoals we in hoofdstuk I hebben gezien, zal daarbij tevens gezocht moeten worden naar alternatieve verklaringen, voortkomend uit allerlei gebeurtenissen buiten het projekt om.

We kunnen dit samenvatten in het volgende onderzoeksdesign:

Voormeting

Nameting



Richten we nu onze aandacht op datgene wat we in beide metingen willen meten. Zowel uit de doelstellingen van het projekt (vgl. hoofdstuk I), als uit onderzoeksliteratuur (vgl. paragraaf 5 van dit hoofdstuk) komt naar voren dat het funktionieren van de konsultatievrager - in tegenstelling tot het effekt op de patiënt - centraal dient te staan in het onderzoek. Verder zagen we in paragraaf 5 dat een vastleggen van diverse niveaus van dat funktionieren - namelijk attitudes, kognities en gedrag - vruchtbaarder was dan af te gaan op één evaluatiemaat. Tenslotte moeten we rekening houden met het feit dat attitude en kognities, bijvoorbeeld sensitiviteit ten opzichte van psychische klachten, meer kans op verandering schijnen te hebben dan het gedrag van de arts, bijvoorbeeld in termen van voorschrijfniveau. Dit is een tweede reden om naar vele facetten te kijken en ons niet op één maat te richten.

We hebben daarom in vóór- en nameting de volgende aspecten van het funktionieren gemeten:

- a. Het signaleren van psychosociale problematiek
- b. Het gespreksmatig omgaan met psychosociale problematiek
- c. Het algemene verwijspatroon
- d. Kwantiteit en kwaliteit van de verwijzingen naar de RPI

Dit zijn aspecten van het denken en handelen van de arts, die middels konsultatie gunstig te beïnvloeden zouden moeten zijn. Daarnaast zal via een aantal indirecte gezondheidsindikatoren (kontaktfrekwentie, medicijngebruik, verwijscijfer) bekeken worden of men na afloop van het projekt van een verandering in zorg in de diverse huisartsenpraktijken kan spreken. Deze aspecten en indicatoren zijn in vóór- en nameting op dezelfde wijze gemeten. Van elke variabele werden één of meerdere operationalisaties in gedragstermen vastgelegd, alsmede normen en kognities van de arts met betrekking tot het betreffende onderwerp.

Dit hield de volgende metingen in:

- signaleren van psychische problematiek:

de artsen geven gedurende tien dagen van elke patiënt aan of de betreffende klachten als puur somatisch, puur organisch dan wel als een tussenvorm moeten worden beschouwd.

- gespreksmatig omgaan met psychosociale problematiek:

van alle artsen werden gedurende drie uur van een normaal (afspraken) spreekuur videoopnames van de konsulten gemaakt. Speciaal gelet werd bij de observaties op de manier waarop de arts omging met klachten waaraan hij zelf een psychosociaal karakter onderkende en op de ruimte

die de artsen aan patiënten gaven om met hun problemen voor de dag te komen.

- medikamenteuze behandeling van klachten:

gedurende vier weken werden alle recepten op zogenaamde doordrukbloccs uitgeschreven, zodat ze voor onderzoek toegankelijk waren. Met name werd gekeken in welke mate artsen psychofarmaca voorschreven.

- verwijzingen:

gedurende het hele konsultatieprojekt werden alle verwijzingen door de artsen op speciale formulieren geregistreerd. Vastgelegd werd de aard van de verwijzing (specialist - para-medisch - psychosociaal - etc.), het motief voor de verwijzing (ter diagnose - ter therapie) en wie het initiatief tot de verwijzing had genomen (de arts - de patiënt - een andere hulpverlener). En wat het oordeel van de arts was over de klacht waarom verwezen werd (somatisch, psychosociaal of een tussenvorm).

Met behulp van deze vier methoden werden diverse aspecten van het gedrag van de artsen vastgelegd, in de eerste drie gevallen vóór en na de konsultatieperiode, in het vierde geval kontinu. Daarnaast werd voor en na de konsultatieperiode bij elke arts een interview afgenomen, waarin m.b.t. de genoemde aspecten naar zijn normen en cognities werd gevraagd. We kunnen zeggen dat met dit totaal eventuele veranderingen in de zgn. afhankelijke variabelen kunnen worden vastgesteld.

Om echter tot een goede interpretatie te kunnen komen van de invloed, die de konsultatie (de afhankelijke variabele) op eventuele veranderingen heeft gehad, zal deze konsultatiesituatie aan een nauwkeurige analyse onderworpen dienen te worden. Deze analyse heeft betrekking op:

- vorm en inhoud van de konsultatie en eventuele ontwikkelingen daarin gedurende 25 zittingen
- de verwachtingen vooraf en de evaluatie achteraf van konsultatievragers en -gevers.

Vorm en inhoud van de konsultatie werden vastgelegd a.d.h.v.:

- het opgestelde konsultatiekontraakt
- de uitvoerige verslagen, die van alle 25 zittingen zijn gemaakt
- de registratieformulieren die de artsen m.b.t. de ingebrachte casus invulden
- de follow-up van de casus v.a. drie maanden
(Zie voor de gebruikte formulieren de bijlagen).

De verwachtingen van de konsultatievragers en -gevers werden verzameld m.b.v. interviews voor de start van de konsultatieperiode.

De evaluatie van de konsultatievragers en -gevers is in een plenaire evaluatiezitting vastgelegd.

III. DE KONSULTATIEZITTINGEN.

1. Inleiding

Dit derde hoofdstuk is gewijd aan de konsultatiesituatie, zoals die gedurende 25 bijeenkomsten van konsultatievragers en -gevers heeft bestaan*. Zoals we in de laatste paragraaf van het vorige hoofdstuk bevestigd hebben, is deze konsultatiesituatie in het onderzoek de faktor die bij de experimentele groep tot verandering tussen voor- en nameting zou moeten voeren. Vandaar dat op grond van de aard van de konsultatiesituatie de veranderingen bij de artsen zouden moeten worden geïnterpreteerd. Aan de volgende aspecten van de konsultatiesituatie is dit hoofdstuk gewijd: het verloop van de periode waarin konsultatie werd gegeven; de visies van de deelnemers op konsultaties; een inhoudelijke beschrijving van de gevalsbesprekingen en de ontwikkelingen daarin; de evaluatie door de deelnemers bij de laatste bijeenkomst.

Hiermee hopen we vorm en inhoud van deze zittingen zodanig te hebben vastgelegd, dat de invloed hiervan op ontwikkelingen bij de artsen - die in hoofdstuk IV aan bod komen - ingeschat kan worden.

In de volgende paragrafen komen de genoemde onderwerpen één voor één aan de orde.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een slotbeschouwing.

2. Het verloop van de konsultatieperiode

Begin 1977 waren de voorbereidingen rond het projekt geregeld. De deelnemers waren op dat moment: zes huisartsen van de P.M.D. alsmede een sociaal verpleegkundige uit het centrum-Willemstraat (vgl. I.3) en het polikliniekteam van de R.P.I., bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Vanaf dat tijdstip verliep het konsultatieprojekt als volgt:

- Begin mei 1977 werd een driedaagse konsultatietraining gehouden; deze bestond uit een kennismakingsronde, waarin werksituatie en verwachtingen t.a.v. het projekt werden besproken, rollenspelen, theoretische reflecties e.d. De training werd bijgewoond door alle toekomstige deelnemers met uitzondering van de psychiater.

Aangezien er na de konsultatietraining tijd nodig was voor de voormeting van het evaluatie-onderzoek, waardoor de toekomstige konsultatiegevers en -vragers enige maanden geen contact met elkaar hadden werd eind augustus een "opwarmbijeenkomst" gehouden, waarin de definitieve

* De procesanalyse waarop de gegevens uit dit hoofdstuk gebaseerd zijn is ook als afzonderlijk rapport verkrijgbaar. In dit rapport wordt de vormgeving van de konsultatiezittingen, en datgene dat zich op die bijeenkomsten afspeelde uitgebreid weergegeven, geïllustreerd en bekomen-tarieerd. Deze situatie is met name interessant vanwege het beschrijvende karakter, dat het voor belangstellenden in konsultatie mogelijk maakt een blik "in de keuken" te werpen.

spelregels voor de gang van zaken tijdens de konsultatiezittingen werd vastgesteld:

- . De sociaal-verpleegkundige, die samenwerkt met de huisartsengroep, zal aanwezig zijn bij de konsultatiezittingen en zelfstandig, niet verplicht, casussen kunnen inbrengen.
- . Als konsultatiemethode zal de groepsvorm worden gehanteerd. Uitzonderingen zijn mogelijk.
- . In afwijking van een eerder besluit op de training, wordt nu besloten twee keer per maand bij elkaar te komen voor konsultatie, gedurende twee uur, in het praktijkgebouw van de huisartsen. (Dit, om te garanderen dat de huisartsen oproepbaar blijven).
- . Inhoud van de konsultatie: De arts vraagt om konsultatie over wat hij belangrijk vindt, alle mogelijke interventies van de konsultatiegevers zijn mogelijk, naast de gespreksvorm zijn ook andere methoden mogelijk.
- . Op elke zitting zal het laatste kwartier geëvalueerd worden.
- . Elke huisarts is verplicht een geval in konsultatie te brengen. Dit zal op alfabetische volgorde gaan. De voorbereiding en de wijze van inbrengen door de arts is vrij.
- . Het N.H.I. zal de verslaglegging van de zittingen op zich nemen. Deze verslaglegging hield in dat van alle konsultatiebijeenkomsten nauwkeurige verslagen werden gemaakt. Daarnaast ontwierp het N.H.I. registratieformulieren waarop door de arts alle belangrijke gegevens m.b.t. de ingebrachte casus en de follow-up daarvan werden ingevuld.

Met deze afspraken, na enige maanden voor het grootste deel formeel vastgelegd in een konsultatiekontrakt, begon men aan het experiment. Om de beurt brachten de artsen tijdens de zittingen gevallen in, die besproken werden door de hele groep.

Tijdens één zitting van twee uur vonden meestal twee of drie van deze konsultaties plaats. Daarnaast werd regelmatig tijd ingeruimd voor organisatorische zaken en voor reflecties over de wijze waarop men bezig was met het experiment. De mate en intensiteit waarin dit gebeurde was niet gedurende het gehele projekt gelijk. In de tweede helft van het projekt werd minder tijd besteed aan organisatorische zaken en meer aan het persoonlijk funktioneren. Ook hield men zich gedurende de laatste maanden van het projekt minder strak aan het konsultatiekontrakt: men besteedde 2 middagen aan rollenspelen rond het thema "praten over seksualiteit" en zocht ook op andere manieren naar een zinnige invulling van de zitting zonder de klassieke casusbespreking.

Zijn deze verschillen in vorm op te vatten als het gevolg van een natuurlijke ontwikkeling van het konsultatieprojekt, de verschillen in teamstelling vormen een duidelijk breekpunt in het projekt waardoor we ook duidelijk van twee afzonderlijke periodes kunnen spreken. Zoals in hoofdstuk I reeds werd vermeld, hebben zich tijdens het konsultatieprojekt enkele personeelwisselingen voorgedaan. Dit betekende dat in de tweede periode slechts twee leden van het oorspronkelijke konsultatieteam aan het projekt deelnamen en vanaf dat moment dat er twee nieuwe konsultatiegevers aanwezig waren.

3. Visies van de deelnemers op konsultatie

Voordat we toekomen aan de kern van dit hoofdstuk n.l. wat gebeurde er zoals in de konsultatiezittingen, is het belangrijk om een weergave te geven van de diverse gezichtspunten die er bij de deelnemers leefden omtrent konsultatie. We willen hierbij op de twee volgende vragen kort ingaan:

- welke verwachtingen hadden de deelnemers omtrent het effect van de konsultatie
- wat verwachtte men van de inhoud en vorm van de konsultatiezittingen.

Verwach-
tingen
angaande
t ef-
kt van
nsul-
tie

We geven eerst weer welke effecten door de twee groepen deelnemers (konsultatievragers en -gevers) verwacht werden.

Er is reeds opgemerkt dat het oorspronkelijke initiatief niet afkomstig was van de uiteindelijke deelnemers. In eerste instantie zien we daarom dat *bij de artsen* slechts twee van de zes oorspronkelijke deelnemende artsen zich vanaf het begin aangesproken voelden door het idee van konsultatie. Naarmate de voorbereidingen vorderden gingen ook twee andere artsen, die oorspronkelijk wel in waren voor verdere vorming, maar konsultatie als toevallige mogelijkheid zagen, specifiekere doelstellingen ontwikkelden. Na de training en enige maanden oefenen zien we zo de volgende doelstellingen bij de artsen.

- vier artsen koppelde konsultatie aan veranderingen in het eigen hulpverleningsgedrag op psycho-sociaal vlak. Men dacht daarbij aan een toename van de sensitiviteit voor de aanwezigheid van mogelijke psycho-sociale factoren bij de het klachtenpatroon van de patiënt. Voor het overige werden echter nauwelijks kwantitatieve veranderingen nagestreefd; men wilde veeleer de aard 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 van werkproblemen was voor het merendeel der artsen een belangrijke factor in hun waardering van het konsultatiegebeuren. Zo konden enerzijds nieuwe ideeën voor een aanpak worden opgedaan en anderzijds kon het als een steun in de rug worden ervaren als bleek 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 was voor de huisartsen geen of slechts een ondergeschikt konsultatiedoel; dit in tegenstelling tot hetgeen veel auteurs en konsultatiegevers de laatste jaren als doel opvoeren.

Ook de *konsultatiegevers* waren niet zelf initiatiefnemer. Bovendien hielden ze er zeer verschillende filosofieën op na m.b.t. de psycho-sociale taken die ze de huisarts toekenden, en werkten ze zelf ook binnen verschillende kaders; wat dit laatste betreft, dient vermeld te worden dat men vaak sceptisch stond ten aanzien van de aanpak die hun kollega's in het team er op na hielden.

Vanuit deze verschillende visies hadden de diverse konsultatiegevers ook verschillende verwachtingen omtrent het effect van konsultatie op de

huisarts. We zullen deze daarom per konsultatiegever* uiteenzetten, omdat er weinig grootste gemene delers uit te halen zijn.

- De psychiater streefde ernaar dat de artsen meer psycho-sociale aspecten aan klachten zouden gaan opmerken, dat ze hier actief naar zouden gaan zoeken, en dat ze gespreksmatig meer met deze klachten zouden kunnen doen; de intakes zouden integraler van karakter moeten worden. Tevens hoopte hij dat het voorschrijven van psychofarmaca en het uitvoeren van psycho-sociale verwijzingen zou verminderen; de kwaliteit van de verwijzing zou daarnaast moeten verbeteren onder invloed van konsultatie.
- De maatschappelijk werker hoopte in het algemeen het hulpverleningsgedrag meer uit het medisch model te lichten en ook de kwaliteit ervan te verbeteren. Kwantitatief hoopte hij minimaal een toename van de sensitiviteit voor psycho-sociale (aspecten van) klachten te bereiken.
- De psycholoog beoogde geen kwantitatieve veranderingen. Hij had inhoudelijke doelen waarbij hij het hulpverleningsgedrag wilde koppelen aan de eigen taakstellingen der huisartsen: het verkrijgen van duidelijkheid ten aanzien van de eigen en andermans verantwoordelijkheden achtte hij namelijk een thema dat bij alle mogelijke soorten interventies van toepassing is.

klach-
ten aan-
de vorm
 inhoud
de kon-
sultatie

Naast de doelstellingen die de deelnemers met deelname aan het projekt hadden, moeten we hier ook nog iets vermelden over de verwachtingen die ze hadden m.b.t. het feitelijk verloop.
We beschrijven de verwachtingen van de deelnemers, zoals ze die na de proefperiode hebben geformuleerd.

De artsen

Twee artsen verwachten een tamelijk stabiel verloop van de konsultaties. De konsultatievragen, en ook de interventies van de konsultatiegevers, zullen volgens hen merendeels gericht zijn op het funktioneren van de arts.

De andere artsen voorzien een ontwikkeling, zowel in de aard van de konsultatievragen als de interventies. Uiteindelijk zullen patiënt gerichtte konsultaties steeds minder voorkomen, en konsultaties gericht op de arts-patiënt relatie en het funktioneren van de arts steeds meer. Een aantal artsen zou met betrekking tot *de vorm van konsultatie* naast de gespreksvorm ook wel eens konkreet willen oefenen: genoemd worden rollenspel, werken met video, het houden van exposé's. Dit met het doel een direktere overdracht (van deskundigheid) en meer inzicht in het funktioneren van de konsultatiegevers te realiseren. Een meerderheid verwacht dat deze alternatieve vormen van konsultatie ook zullen plaatsvinden. De artsen vinden unaniem, dat vervolg-konsultaties nuttig kunnen zijn en zij verwachten ook dat dit in toenemende mate zal gebeuren.

* Hierbij ontbreken de sociaal-psychiatisch verpleegkundige, die immers nooit deel uitgemaakt heeft van het team van konsultatiegevers, en van de gezinstherapeut en de tweede psycholoog, die pas halverwege het projekt erbij betrokken raakten.

De continuïteit van de hulpverlening, die kenmerkend is voor het werk van de huisarts, zal naar hun idee die vervolgekonsultaties regelmatig opleveren.

Op de vraag naar hun ideeën over *groepsvorming onder de deelnemers* waren de antwoorden zeer gevarieerd. Geen uitgesproken concrete verwachtingen bij de deelnemers, het ontstaan van concrete subgroepen of kampen werd over het algemeen niet verwacht, wel werd individueel de verwachting uitgesproken, dat de groep als geheel beter zou gaan functioneren.

Met betrekking tot de *kommunikatiestromen*, verwachtten de artsen, dat ze zich veel zullen richten op de psycholoog en de psychiater (in die volgorde) en in veel mindere mate, tot de maatschappelijk werker.

De artsen noemen hun kollega's 1 en 6 als deelnemers tot wie zij zich eveneens vaak zullen richten. De sociaal-verpleegkundige sluit de rij.

Het R.P.I.-team

Met betrekking tot *de aard der konsultatievragen en de interventies* (gericht op patiënt, arts-patiënt relatie, functioneren van de arts) voorziet de psycholoog een stabiel verloop en vindt uitspraken over eventuele ontwikkeling daarin nogal voorbarig. Hij denkt dat patiënt-gerichte konsultaties in de minderheid zullen zijn.

De psychiater en de maatschappelijk werker verwachtten wel een ontwikkeling waarin het patiënt-probleem steeds meer op de achtergrond zal raken. Een andere *vorm van konsultatie*, naast de gespreksvorm, wordt niet uitgesloten geacht. De psychiater noemt rollenspel, en video, de maatschappelijk werker naast rollenspel ook individuele konsultaties.

De psycholoog noemt kennisoverdracht, in eerste instantie nog wel n.a.v. een casus, maar daar toch steeds meer van losgekoppeld.

Vervolgkonsultaties zullen naar verwachting van de konsultatiegevers incidenteel voorkomen.

De *kommunikatiestromen* worden verschillend ingeschat:

De psycholoog plaatst zijn kollega's onderaan, de psychiater doet dat met de psycholoog. De maatschappelijk werker plaatst de psychiater hoog de psycholoog laag.

Psychiater en psycholoog sluiten elkaar dus uit, wanneer het gaat om de inbreng, die zij van elkaar verwachten.

De artsen, m.n. de artsen 5 en 4, en iets minder arts 6, worden hoog op de lijst gezet op de vraag tot wie de konsultatiegevers zich het meest zullen wenden. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige sluit ook hier de rij.

Als we de verwachtingen en ideeën van konsultatievragers en -gevers vergelijken, dan zien we grote overeenstemming over de ontwikkeling van het projekt: de konsultatie zal zich, volgens de meerderheid zelfs in toenemende mate, richten op het functioneren van de artsen en hun relatie met de patiënt.

Aangaande de groepsvorming verwacht men een ontwikkeling naar een grotere eenheid, in dit opzicht vanuit de psychiater een uitzondering.

De *kommunikatiestromen* worden verschillend ingeschat. De konsultatiegevers sluiten elkaar gedeeltelijk uit, wat inbreng betreft. Zij plaatsen de artsen 4 en 5 hoog op de lijst. De artsen plaatsen psycholoog en psychiater, en hun kollega's 1 en 6 bovenaan.

4. Een beschrijving van de konsultaties over de ingebrachte casussen

Van alle bijeenkomsten tijdens het konsultatieproject is door een onderzoekster van het N.H.I. een verslag gemaakt, dat telkens door de deelnemers werd geautoriseerd. Daarnaast hebben de artsen van elke casus, die zij ter konsultatie inbrachten, een registratieformulier ingevuld. Gedurende de proefperiode werd gebruik gemaakt van het registratieformulier, zoals dat ook in 't Withuis werd gebruikt. Dit formulier bleek niet helemaal geschikt te zijn; op basis van de ervaringen uit de proefperiode is een eigen versie ontworpen, waarop een groot aantal aspecten van de konsultatie voor een casus kan worden vastgelegd.

Een aantal achtergrondgegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en verzekeringsvorm) van de ingebrachte patiënt(en) werden vastgelegd.

Daarna werd het volgende geregistreerd*:

1. De aard van de problematiek van de ingebrachte patiënt(en).
De lokatie van het probleem, door de arts, waarvoor konsultatie werd gevraagd. Drie alternatieven waren hier mogelijk:
gelocaliseerd bij de patiënt, in de arts-patiënt relatie, in het functioneren van de arts.
3. Het beleid dat tot nu toe werd gevoerd t.a.v. deze patiënt(en).
4. Wat het plan zou zijn, indien geen konsultatie mogelijk was.
5. De konkrete konsultatievraag, met een eventuele herformulering.
6. Het uiteindelijke advies, dat de arts, na konsultatie, overnam.
7. Het resultaat na 3 maanden.

Waar van toepassing konden meerdere alternatieven worden aangegeven.

Aan de hand van de verslagen - met inbegrip van het verslag van de evaluatiezitting - en de gegevens van de registratieformulieren zullen we nu drie aspecten van deze konsultaties nader toelichten; we gaan in op datgene wat te berde gebracht werd, en op de invloed van de diverse deelnemers; deze beide aspecten bekijken we in een tijdsperspektief: veranderde er iets in deze opzichten, naarmate het projekt vorderde?

ang van
i bij
casus-
reking

De casusbesprekingen verliepen op de volgende manier:

een arts bracht een casus, in, waarbij hij iets over de voorgeschiedenis vertelde en een konsultatievraag formuleerde. Deze vraag was in eerste instantie tot één konsultatievrager gericht. Vervolgens kwam daar commentaar op van de deelnemers, konsultatievragers en -gevers; de konsultatie werd al dan niet na een advies besloten met een evaluatie door de aanvrager.

In het begin van het projekt werd hier strak de hand aan gehouden dan later; naarmate het projekt vorderde zien we minder strak geformuleerde vragen, minder tot één persoon gericht en minder adviezen aan het einde. Een aantal malen werd de geschetste vorm doorbroken: tweemaal werkte men middels rollenspelen, twee zittingen werden grotendeels aan tussentijdse evaluaties besteed.

Wanneer we de inhoud van de konsultaties in de loop van het projekt volgen, dan blijkt het aantal konsultaties in de tweede periode lager te liggen dan in de eerste.

* Zie voor volledige weergave bijlage I.

Dit kan toegeschreven worden aan het feit dat in de tweede periode minder tijd besteed werd aan feitelijke konsultatie en meer aan onderlinge feedback en evaluatie.

In dat kader past ook de bevinding dat men zich in de loop van het projekt steeds meer is gaan richten op het funktioneren van de arts zelf en zijn relatie met de patiënt, i.p.v. op de problematiek van de patiënt; het feit dat de konsultatiezittingen minder "casus-afhankelijk" werden, wordt ook weerspiegeld in de grotere hoeveelheid tijd die men ging besteden aan het persoonlijk funktioneren, en in de toenemende onzekerheid over de konsultatievorm (zie ook III.2.). Samenhangend hiermee veranderd de aard van de vraagstelling: deze kreeg een persoonlijk karakter, werd emotioneler gekleurd en had steeds minder betrekking op de problematiek van de patiënt.

Wat is zoal de funktie geweest van de adviezen die aan de konsultatiegevers werden gegeven?

Er was een duidelijk verschil tussen de plannen van de artsen indien er geen konsultatie zou zijn geweest, en de adviezen na de konsultatie. In de helft van de gevallen werd een ander advies gegeven en overgenomen dan het oorspronkelijke plan van de arts; met name besloot de arts veel om zelf een ander beleid te gaan voeren. Het advies om te verwijzen kwam sporadisch voor.

Het overnemen van het advies van de konsultatiegevers bleek nog niet het opvolgen ervan te betekenen. In de follow-up van de konsultaties bleek dat konsultatie lang niet altijd het effekt had op de behandeling van het ingebrachte geval in de zin dat adviezen altijd werden opgevolgd of dat betreffende patiënt ook duidelijk verbeterde. Vaak was hierover geen uitspraak te doen omdat de patiënt niet meer bij de arts kwam, of het probleem al vanzelf was overgegaan.

Wanneer we deze gehele gang van zaken naast de verwachtingen van de deelnemers over de loop van het projekt leggen, zien we dat aan deze verwachtingen grotendeels werd voldaan: de ontwikkeling van patiënt-gerichte naar arts-gerichte konsultatie, steeds meer gericht op het funktioneren van de arts, werd door de meeste artsen en konsultatiegevers voorspeld. Wellicht zijn de activiteiten buiten de direkte konsultatie om, zoals rollenspelen en vervolgekonsultaties, wat hun frekwentie betreft onder de verwachting gebleven; dit geschiedde slechts enkele malen.

invloed
de
deelnemers

Wanneer we de invloed van de diverse deelnemers afleiden van het aantal konsultaties waaraan ze blijkens de verslagen bijdroegen, dan heeft de psychiater veruit de grootste invloed gehad. Ruim 90% van alle konsultaties waarbij hij aanwezig was leverde hij een bijdrage. Als tweede in dit opzicht dienen de psychologen genoemd te worden, waarbij het opvalt dat het feit dat er halverwege een persoonsverwisseling optreedt, geen invloed heeft op de mate van deelname; blijkbaar is dit niet puur persoonsgebonden.

Daarna kwamen de artsen en - in de tweede periode - de gezinstherapeut. Relatief weinig kwam de maatschappelijk werker aan het woord, en wanneer dit wel het geval was, was het vaak op verzoek van een van de konsultatievragers. In deze "invloedshierarchie" kwam weinig verandering in de loop van het projekt. Ook wanneer we de hierarchie afleiden uit de vraag wie de meeste adviezen gaf, komen we tot deze konklusie. Er kwam een toename in het aantal personen dat zich met een konsultatie bemoeide: van ge-

middeld drie personen in de eerste periode naar gemiddeld vier in de tweede periode. Het geven van adviezen nam daarentegen af. Toegenomen deelname en afname van adviezen zouden geïnterpreteerd kunnen worden als zijnde het gevolg van een verschuiving van patiënt-gerichte naar arts-gerichte konsultaties.

Wanneer we de kommunikatiepatronen nagaan, dan blijken alle artsen van de psychiater en de psycholoog konsultatie gehad te hebben, en dat ook vrijwel alle artsen zich met elkaar bemoeid hebben. De gezinstherapeut (slechts voor de helft van de tijd erbij betrokken) en de maatschappelijk werker hadden maar bij vijf resp. vier van de artsen een inbreng. De rolverdeling in konsultatievragers en konsultatiegevers was voornamelijk op te maken uit de gegeven adviezen. Deze kwamen n.l. veel vaker van de leden van het R.P.I.-team. Aan de bespreking van de gevallen namen echter minstens zoveel artsen als konsultatiegevers deel.

De konsultatiegevers bleken niet onderscheiden te kunnen worden op grond van de soort problemen waar ze zich mee bezig hielden. De artsen hebben voornamelijk problematiek ingebracht, die op het terrein van de psychiater en de psycholoog lag, maar ook bij gevallen die meer gezins- en werkproblemen betroffen, was de inbreng van de psychiater veel groter dan van de maatschappelijk werker.

Deze mate van deelname gaat vooral in tegen de verwachtingen die door de psychiater en de psycholoog werden uitgesproken voor het projekt. Terwijl ze van elkaar meenden dat de ander een geringe invloed zou hebben, bleken ze beiden een grote invloed te hebben.

5. De eindevaluatie

De laatste konsultatiebijeenkomst is in zijn geheel besteed aan de evaluatie van het projekt door de deelnemers. Hierin kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- oorspronkelijke verwachtingen eindresultaat
- frustraties van de deelnemers
- verwachtingen van artsen over het konsultatieteam en hun ervaringen en andersom
- een eventuele voortzetting

Voor zover de artsen als doelstelling hadden om hun funktioneren te verbeteren (zie ook III.3) zijn ze in dit opzicht in hun verwachtingen teleurgesteld. Dit is als een van de grootste frustraties te bestempelen. De oorzaak hiervoor wordt gezocht bij het feit dat de konsultaties te veel patiënt-gericht bleven. Dit ondanks het feit dat volgens onze analyse konsultaties in de loop van de tijd meer gericht worden op het funktioneren van de arts.

Een tweede gemeenschappelijke frustratie van de artsen was de "voortdurende" wisseling in het R.P.I.-team. De sociaal-psychiatisch verpleegkundige, die van het begin af aan deel zou uitmaken van dit team, is, met uitzondering van de training nooit geweest, de psycholoog, wiens bijdrage door de artsen zeer werd gewaardeerd, verdween na 11 zittingen en zijn twee vervangers toch een beetje buitenstaanders gebleven (wat de twee betrokkenen zelf bevestigden). Samenhangend met die wisseling is deskundigheidsbevordering, één van de hoofddoelstellingen van het projekt, onvoldoende uit de verf gekomen. De artsen hadden meer interventies en interrupties van de kant van het konsultatiegevend team verwacht en

waren er eveneens van uitgegaan dat de konsultatiegevers verantwoordelijk waren voor het groepsproces.

Zij waren unaniem van mening dat een dergelijk projekt een proces bewaker/begeleider eigenlijk niet kan missen.

De inbreng van de psychiater werd als dominant ervaren, waardoor andere benaderingen toch wat in de schaduw bleven. De gedragstherapeutische aanpak, zoals die door psycholoog 1 werd vertolkt, heeft de artsen zeer aangesproken.

Naast deze frustraties en onvoldoendes, waren er ook positieve kanten aan het projekt. Over het algemeen werden de zittingen als plezierig ervaren, niemand kwam met tegenzin. Een aantal artsen had ook het idee, dat dit projekt een bijdrage heeft geleverd aan het ontstaan van een hechtere groep, hoewel ontwikkelingen binnen de P.M.D. daartoe mogelijk minstens zoveel hebben bijgedragen.

Een tweede, positieve evaluatie, die voor meerdere artsen geldt, is dat weliswaar de konsultaties weinig invloed hebben gehad op het handelen van de artsen, maar dat zij er, op cognitief niveau, wel iets aan hadden gehad.

Vooral "het feest der herkenning" werd positief gewaardeerd.

Het kennismaken met andere attitudes en benaderingen werd als leerzaam ervaren. Voor het overige noemden de artsen als positieve kanten van het projekt individueel nog:

- onderkenning van het belang van een goede anamnese;
- het afnemen van de drang om te genezen;
- een grotere attentie voor interactie tussen mensen;
- een grotere voorzichtigheid m.b.t. de eigen methoden van behandeling.

Wat betreft de toekomst willen de artsen de verworven veiligheid en de cohesie van de groep niet verloren laten gaan. Twijfel bestaat of doorgaan onder de noemer van konsultatie de juiste weg is. Voor werkelijk effectieve konsultatie (d.w.z. die het funktioneren van de arts zal beïnvloeden) denken sommige artsen toch meer in de richting van de individuele konsultatie. Als de groep verder zou willen gaan, wordt een proces-begeleider als onontbeerlijk gezien. Doorgaan met leden van het R.P.I.-team bleek onmogelijk, het R.P.I.-team zal in de toekomst "verder uit elkaar vallen".

De verwachtingen van de konsultatiegevers zijn ook onvoldoende gerealiseerd, dat wil zeggen de mogelijkheden die konsultatie naar hun idee kan bieden, deskundigheidsbevordering bij de artsen en verbetering van de relatie eerste- tweede-lijn, zijn in dit projekt onvoldoende uit de verf gekomen.

Zij noemden een aantal oorzaken. De ingebrachte casuïstiek was over het algemeen veel te zwaar, vaak onoplosbaar. Dat creëert een machteloos gevoel, wat frustreert, en te weinig aanknopingspunten biedt om op het funktioneren en de interakties van de huisartsen in te gaan. Ook de konsultatiegevers waren van mening dat de konsultatie te veel op patiënt-niveau is blijven hangen.

Een tweede oorzaak was volgens het polikliniek-team het gebrek aan cohesie binnen de huisartsengroep. Er waren veel konflikten, die onder tafel bleven, maar wel meespeelden. De konsultatiegevers hadden niet verwacht dat het hun verantwoordelijkheid diende te zijn, het groeps-

proces te bewaken, zij voelden zich, net zomin als de huisartsen, verantwoordelijk voor het konsultatie-gebeuren, zodat steeds hetzelfde plaats greep, namelijk oplossingsgericht met patiënten bezig zijn. De konsultatiegevers hadden intern ook veel problemen, wat niet bevorderlijk was voor de continuïteit binnen het projekt. Deze problemen komen o.m. tot uitdrukking in de door maatschappelijk werker, psycholoog en gezinstherapeut gekonstateerde dominantie van de psychiater, waardoor problematiek "te psychiatrisch" werd ingebracht, en "teveel bleef steken op patiënt-niveau".

Naast deze kritiek waren er ook positieve zaken. Het idee, dat huisartsen "maar een eind weg verwijzen", bleek ten onrechte bij de konsultatiegevers te leven.

Het was gebleken dat huisartsen zich wel degelijk in de problematiek verdiepten, en dat irritatie over verwijzingen voornamelijk een gevolg is van een verkeerde verwijs-procedure. (De psychiater nuanceerde deze evaluatie, bij sommige artsen vond hij dat niet het geval.) Daarnaast hebben de konsultatiegevers het nuttig gevonden dat de deelnemers elkaar beter hebben leren kennen.

6. Slotbeschouwing

Terugziend op de verrichtingen van de projektontwerpers, de konsultatievragers en de konsultatiegevers, willen we nog even stilstaan bij enkele aspecten van het hele gebeuren. Zowel in de vormgeving van het projekt (voorbereiding, tijdsduur, opzet) als in de inhoud (waarover konsulterde men?) zijn punten aan te wijzen die mede bepalen in hoeverre het konsultatieprojekt op de artsen van invloed is geweest.

Letten we eerst op de manier waarop het projekt werd voorbereid. We zagen dat dit geschiedde door medewerkers van P.M.D. en R.P.I. die later - om verschillende redenen - niet tot de feitelijke deelnemers zouden behoren. Het feit dat de voorbereiding grotendeels langs de deelnemers heen is gegaan, houdt het gevaar in dat konsultatie vanuit de tweede lijn door de artsen niet als onmiddellijke behoefte gevoeld werd; en omgekeerd: dat het R.P.I.-team niet zat te wachten op een aantal artsen die ze met raad (en daad) bij konden staan.

Dat dit gevaar reëel is, is uit de opstelling van tenminste twee artsen gebleken: konsultatie hoefde van hen niet zo nodig en hun deelname was gebaseerd op solidariteitsoverwegingen. Het is dan ook niet toevallig dat deze artsen beiden betrokken raakten in een konflikt over hun afstandelijkheid of hun puur somatische opstelling.

Komt men vanuit zo'n opstelling, tijdens de konsultatiezittingen gemakkelijker in konflikten, het potentieel effect van konsultatie wordt nog geringer wanneer we bedenken dat vanuit dezelfde opvatting deze artsen vonden dat hun funktioneren en hun normen daarover grotendeels overeenstemden.

Had het feit dat het projekt niet ontstond vanuit de behoefte van de deelnemers op deze manier expliciet gevolgen voor het effect, ook de inzet van het konsultatiegevend team kan eronder te leiden hebben gehad. Het is nooit met zoveel woorden gezegd, maar de moeizame invulling van het konsultatiegevend team wijst erop dat niet iedereen aan tatie de allerhoogste prioriteit gaf.

Een tweede vormkwestie is de duur van het projekt. In totaal is men gedurende zestien maanden bijeengekomen. Het opbouwen van een overleg-relatie vergt tijd, dat is de ervaring van talloze samenwerkingsverbanden, en het realiseren van een vruchtbare konsultatie-relatie vormt daarop geen uitzondering.

Het proces van kennis maken met elkaar, aan elkaar wennen, elkaar respekteren en ontdekken wat deelnemers elkaar kunnen bieden gaat vooraf aan het realiseren van het gestelde doel c.q. het samenwerken. Wellicht is zestien maanden daarvoor een te korte tijd, afgaande op de algemeen gehoorde klacht dat men teveel op het "gevalsniveau" is blijven steken.

Laten we nu ons blikveld verleggen naar wat er zoal tijdens de zittingen gebeurde. We zagen een ontwikkeling optreden, toen we die zittingen analyseerden: men ging meer arts-gericht en minder patiënt of gevalsggericht te werk: dit bleek uit het feit dat vragen meer gesteld werden in de richting van het eigen funktioneren en dat minder konkrete adviezen gegeven werden. Ook gingen meer personen zich met de konsultaties bemoeien en duurden ze langer. Toch luidde een van de klachten tijdens de eindevaluatie, we zagen dit al, dat men te gevalsggericht is blijven werken. We merkten op dat blijkbaar het projekt te kort geduurd heeft om deze ontwikkeling die op gang was gezet, dóór te laten zetten. Naast extra tijd was hiervoor ook een andere opzet vereist: in het begin, toen men patiënt-gericht konsulteerte, hanteerde men zekere regels die op patiënt-gerichte konsultatie waren afgestemd: men formuleerde een konkrete vraag, richtte deze expliciet op één der konsultatiegevers, en kreeg een expliciet advies.

Wanneer men de konsultatie verslagen overziet, bespeurt men in latere zittingen af en toe een zekere verwarring: diskussies over "hoe men nu verder moet?" al of niet rollenspelen gaan doen. persoonlijke irritaties, kortom, men heeft voor deze situatie geen draaiboek bij de hand. Hiermee in verband staat zeker ook het aangegeven gemis van een procesleider.

Men zal, om tot arts-gerichte konsultatie te komen, zo over meer tijd moeten beschikken, maar ook beter uitgerust moeten zijn om de overgang van patiënt naar arts-gerichte konsultatie gestalte te kunnen geven.

Hiermee hangt ook het punt van de deskundigheidsbevordering samen. Zolang de konsultatie in een tussenvorm verkeert, waarin een ieder meedenkt en -praat over elkaars funktioneren zonder dat dit duidelijk vorm krijgt, zal konsultatie niet tot veranderingen in het funktioneren voeren. Het lijkt erop - afgaande op uitlatingen van de deelnemers en, zoals we in het volgend hoofdstuk zullen zien, op enige onderzoeksresultaten - dat met name die momenten die in een duidelijk kader stonden, de beste leerervaringen gaven: rollenspelen en het exposé van de psychiater over het voorschrijven van antidepressiva.

Een ander punt dat met deskundigheidsbevordering te maken heeft, dient hier ook opgemerkt te worden: De casuïstiek, die werd ingebracht, was te zwaar en dikwijls onoplosbaar, aldus de konsultatiegevers in hun evaluatie. Dat het funktioneren van de artsen naar het oordeel van alle deelnemers te weinig aan de orde is gekomen, heeft mogelijk ook te maken met de casuïstiek, die werd ingebracht. Hoe "zwaarder" het geval, hoe meer inspanning geleverd wordt, om toch een oplossing te vinden, en daartoe wordt al snel de "trucendoos" opengetrokken.

Maar dit brengt dan wel met zich mee, dat het funktioneren van de arts "buiten schot" blijft.

Een kritische noot, met het oog op mogelijke effecten van consultatie, dient ook aan de multi-disciplinaire samenstelling van het team gewijd te worden.

Het consultatiegevend team was samengesteld uit verschillende disciplines. Multi-disciplinaire consultatie biedt de mogelijkheid ten aanzien van een consultatievraag verschillende aspecten, vanuit verschillende invalshoeken te belichten.

Hoe plausibel dit ook klinkt, wij hebben de indruk uit dit project, dat de inbreng vanuit verschillende disciplines bij consultatie niet alleen, of misschien zelfs in zeer geringe mate, wordt bepaald door de specifieke kennis vanuit een discipline, maar ook, of meer, door de status ervan.

In de evaluatie van de deelnemers merkte de maatschappelijk werker, naar aanleiding van de zeer dominante inbreng van de psychiater, op: "De psychiater denkt vanuit het medische model, en dat sluit goed aan op de dagelijkse praktijk van huisartsen". Wij zouden daaraan willen toevoegen: En psychiatrie is een gespecialiseerde, medische discipline, die een hoge status heeft.

De psycholoog, die qua inbreng op de tweede plaats kwam, is eveneens vertegenwoordiger van een academische discipline.

De maatschappelijk werker daarentegen had - als niet-academicus - ook duidelijk minder inbreng.

Met de beoordeling van het effect van consultatie op het functioneren van de deelnemers zullen we zo rekening moeten houden met het gewicht dat we aan de afzonderlijke disciplines kunnen toekennen.

Hiermee zijn een aantal elementen aangestipt uit de consultatie bijeenkomsten die we in onze beoordeling van het mogelijke effect van consultatie zullen moeten meenemen.

Nog niet genoemd zijn enige positieve effecten, zoals die onder meer uit de evaluatie door de deelnemers naar voren kwamen.

Daar is op de eerste plaats het herkennen van elkaars problemen, en de kennismaking met andere houdingen, waarvan men op cognitief niveau zeker enige invloed verwachtte. Ook genoemde facetten als het afnemen van de drang tot genezen en de grotere attentie voor interactie tussen mensen zullen hun invloed laten gelden op het gedrag van de artsen.

Ten slotte moeten we als resultaat noemen dat enigszins los staat van het functioneren van de artsen, dat een ieder het gevoel had dat de P.M.D.-groep zal groep sterker uit het project is gekomen dan dat men er in stapte.

IV. HET FUNKTIONEREN VAN DE HUISARTSEN

1. Inleiding

Nu een indruk is gekeregen hoe het konsultatieproces naar vorm en inhoud is verlopen, wordt het interessant om te evalueren hoe dit specifieke gebeuren het funktionieren der konsultatievragers heeft beïnvloed. In dit hoofdstuk worden dan ook de vier deelonderzoeken behandeld, waarin het funktionieren der artsen op de voet is gevolgd. Maar daarvóór is een bezinning op de onderzoeksparameters op zijn plaats. In 2. zal het in hoofdstuk II uiteengezette evaluatie-schema dan ook nader worden bekeken op zijn onderlinge samenhang. Tevens wordt daar ingegaan op de eventueel te verwachten veranderingen in het gedrag van de huisarts ten gevolge van konsultatie en op de daaraan gekoppelde vraagstellingen.

Vervolgens bekijken we hoe de vier onderzochte aspecten van het funktionieren van de arts zijn veranderd. We gaan per aspekt kort na hoe de materiaalverzameling geschiedde om vervolgens over te gaan op de resultaten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een zestal arts-profielen, waarin de gevonden resultaten per arts zijn gebundeld.

2. De onderzochte aspecten van het funktionieren van de huisartsen

2.1. Onderlinge samenhang tussen de aspecten van het funktionieren van de huisartsen

In hoofdstuk II is de behandeling van de onderzoeksopzet geëindigd met de konstatering dat gepoogd zal worden het (psycho-sociale) funktionieren van de huisartsen zo volledig mogelijk in het onderzoek op te nemen. Onderzoeksgebieden zijn dan het waarnemen van psycho-sociale aspecten aan gepresenteerde klachten, het verwijzen en het zelf behandelen van patiënten middels medikatie of een gespreksmatige aanpak.

We proberen ons dus te richten op het, in vier gedeeltes uiteengesplitste, totale handelen van de huisarts. Er wordt hier bewust gesproken over het "totale handelen", omdat we de vier onderscheiden aspecten niet beschouwen als van elkaar onafhankelijke entiteiten. Het is immers niet denkbeeldig dat de verschillende elementen van het handelen van de arts op een ingewikkelde wijze op elkaar inspelen. En veranderingen in het ene vlak kunnen in deze opvatting ook doorwerken op andere gebieden.

Hoe die relaties liggen, is echter voorlopig nog onderwerp van spekulatie. Wél kan worden gezegd dat minstens twee fenomenen in gedachten gehouden kunnen worden: volume effecten en substitutie-effecten. Laten we beide mogelijke effecten met een voorbeeld toelichten.

De sensitiviteit van artsen voor psycho-sociale problematiek is een belangrijk thema in het evaluatie-onderzoek. Zo verwachtte de voorbereidingsgroep van het konsultatieprojekt en ook enkele uiteindelijke deelnemers dat de artsen onder invloed van de konsultatie vaker en ook sneller problematiek zouden gaan opmerken en dat ook eventuele blinde vlekken in deze kleiner zouden worden. Nu moet het waarnemen van psycho-sociale klachten noodzakelijkerwijs altijd voorafgaan aan eventuele interventies van de arts op psycho-sociaal terrein: hij moet eerst iets als psycho-sociaal definiëren,

voordat hij op dat vlak iets kan gaan doen. Welnu, wat gebeurt er als de artsen inderdaad meer psycho-sociale klachten gaan signaleren?

Zij voelen zich dan gekonfronteerd met meer problematiek; of, in andere termen, zij ervaren een volume-toename.

Maar wat dan? De artsen zullen de gesignaleerde problematiek verder moeten laten voor wat het is òf ze zullen er iets mee moeten doen in de vorm van het voeren van gesprekken, het voorschrijven van medicamenten dan wel het verwijzen van patiënten. Een van deze handeling-mogelijkheden of een combinatie ervan zal moeten worden opgevoerd om de gevoelde toegenomen stroom problemen te verwerken.

titutie

Substitutie heeft van doen met de onderlinge uitwisselbaarheid van bepaalde handelingsalternatieven. Nemen we ter illustratie de "oneigenlijke" verwijzingen die naar verwachting van de opstellers van de concept-consultatienota onder invloed van consultatie zullen verminderen.

Als de artsen inderdaad minder patiënten met bijvoorbeeld psycho-somatische aandoeningen naar medische specialisten verwijzen, zullen ze een handelingsalternatief moeten vinden. Indachtig de verstopping van het psychosociale verwijskanaal, biedt ook dat weinig soelaas. De arts zal de problematiek moeten laten liggen òf hij zal er zelf iets mee moeten gaan doen: gespreksmatige aanpak (waarvoor hij dan wel ook extra toegerust moet worden gedurende het consultatieproject) en/of medikamenteuze behandeling zullen moeten toenemen en zo de oneigenlijke verwijzingen vervangen. Dergelijke substitutie-effecten zijn ook binnen handelingscategorieën denkbaar. Vermindering van tranquillizer-uitgifte kan bijvoorbeeld een toename in recepten met analgetica of vitamine C-preparaten teweeg brengen, omdat de arts geen verandering wenst aan te brengen in de functie van het recept binnen de arts-patiënt-relatie.

2.2. Vraagstellingen betreffende veranderingen in het functioneren van de huisartsen

De interpretatie van (veranderingen in) de hulpverlening door de huisarts wordt door de vaak grillige en onbekende gevolgen van volume-verandering en/of substitutie bemoeilijkt. Er is dan ook nog weinig onderzoeksmateriaal over voorhanden. Wel zijn er aanwijzingen dat bij een toename van de diagnostische mogelijkheden van de arts, zijn verwijzingen zullen toenemen. Niet alleen de interpretatie van bevindingen wordt echter moeilijker. Ook het expliciteren van te verwachten veranderingen/hypothesen vereist meer omzichtigheid.

In het navolgende zullen steeds drie groepen verwachtingen ter sprake komen. We staan stil bij de verwachtingen die door de geestelijke vaders van het consultatieproject in de concept-consultatienota zijn verwoord, gevolgd door de verwachtingen van de uiteindelijke deelnemers aan het consultatieproject. Het derde cluster wordt gevormd door enige eigen overwegingen omtrent te verwachten veranderingen.

aleren

In de concept-nota consultatieproject wordt gesproken over een toename in de onderkende psycho-sociale problematiek onder invloed van het konsulta-

tie-gebeuren. Deze verwachting werd destijds door 2 van de 6 huisartsen en 2 van de 3 konsultatiegevers onderschreven.

Afgaande op eigen ervaringen uit het SPEECH-onderzoek (Verhaak 1979) beschouwen de onderzoekers het waarnemen van psycho-sociale aspecten aan klachten als een kenmerk dat op langere termijn te veranderen is. Het konsultatieproject zou dan een toename in sensitiviteit teweeg kunnen brengen.

Overigens menen wij dat veranderingen in dit waarnemen van psycho-sociale problematiek ook waarschijnlijker zijn dan wijzigingen in bijvoorbeeld verwijzen of voorschrijven. Overwegingen uit de kommunikatieleer doen immers vermoeden dat de generalisatie van konsultatie naar het funktioneren op psycho-sociaal terrein hier gemakkelijker verloopt. (Vergelijk onder meer Ellis, 1965; Marx, 1970).

Aangezien het signaleren van problemen niet persé praktische konsekwenties hoeft te hebben, hoeft de generalisatie van het verbale konsultatie-overleg naar het konkrete handelen dus minder ver te worden doorgevoerd. Het feit dat het signaleren van problemen eerder een kognitief gebeuren is dan een handeling in de spreekkamer, zal er waarschijnlijk ook voor zorgen dat het waarnemen van psycho-sociale klachten gemakkelijker over de patiëntenpopulatie gegeneraliseerd kan worden.

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.

ijzen

In de conceptnota konsultatieproject worden over het verwijzen een tweetal verwachtingen geformuleerd. Er wordt gesproken over een kwalitatieve verbetering van de verwijzingen en over het feit dat minder kliënten in "verkeerde" (oneigenlijke) medische kanalen terecht zullen komen.

De deelnemende huisartsen verwachtten bij de start van het projekt geen veranderingen; één arts voorziet enkel een lichte toename in de psycho-sociale verwijzingen. De konsultatiegevers voorzien allen een toename in het aantal psycho-sociale verwijzingen; volgens twee konsultatiegevers zal daarbij met name de R.P.I. in de belangstelling staan.

Zoals hiervoor gezegd zijn de onderzoekers enigszins huiverig voor de bovengenoemde meer/minder hypothesen. Wel is het zo dat veranderingen in sommige typen verwijzingen volgens onze gedachtengang waarschijnlijker zijn dan veranderingen in andere typen. Zo denken we dat gezien de aard van het konsultatieproject:

1. veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de arts waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de verwijzingen die buiten de direkte invloedsfeer van de arts liggen;
2. veranderingen in de verwijzingen naar de R.P.I. waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties;
3. veranderingen in de verwijzingen naar psycho-sociale hulpverleners of hulpverlenende instanties waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de verwijzingen naar somatische hulpverleners;
4. veranderingen in de verwijzingen met als motivatie "een vastgelopen arts-patiënt-relatie" waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de overige typen verwijzingen;
5. veranderingen in de verwijzingen met een psycho-sociale indikatie waarschijnlijker zijn dan veranderingen in de verwijzingen op louter somatische indikatie.

Zoals hiervoor bij het "signaleren" is besproken, dient bij deze verwachtingen trouwens rekening gehouden te worden met de "Transfer of learning"-problemen. Dit geldt evenzeer voor het thema "voorschrijven".

voorschrijven De vraagstelling die in de conceptnota konsultatieproject is opgenomen aangaande het voorschrijven van medikamenten, is vrij algemeen van aard: "Verandert de hoeveelheid of soort voorgeschreven psychofarmaca per huisarts? (Voorschrijfpatroon)". Specifieke verwachtingen in deze worden niet geuit.

De verwachtingen van de konsultatievragende huisartsen zijn op dit gebied gedifferentieerd: de ene arts voorziet geen veranderingen, de ander verwacht een afname in het voorschrijven van psychofarmaca en weer een ander voorspelt een toename. De konsultatiegevers voorspellen op één na een afname in het voorschrijven van psychofarmaca.

De onderzoekers hebben hun onderzoeksvraagstelling, net als de auteur van de conceptnota, algemeen gehouden. Afgaande op het schaarse tot nu toe uitgevoerde onderzoek naar veranderingen in het voorschrijven van medikamenten ten gevolge van psycho-sociale deskundigheidsbevordering, is de meest voor de hand liggende voorspelling: geen of slechts een marginale verandering. (Dit wel onder ceteris paribus kondities; vgl. het voorgaande betoog over volume - en substitutie-effekten). Over een nadere typering van die eventuele verschuivingen zijn nog wel enige uitspraken te formuleren. Zo denken we dat veranderingen in recepten met psychofarmaca waarschijnlijker zijn dan wijzigingen in recepten met andere medikamenten; konsultatie wordt immers beschouwd als een methode die de huisarts alternatieven aanreikt voor een medikamenteuze behandeling van psychosociale problematiek. Daarnaast kan nog verwacht worden dat er ook over de hele linie een wijziging in voorschrijfniveau plaatsvindt. Deze verwachting stoelt op het idee dat konsultatie beschouwd wordt als een methode die de huisarts in meer algemene zin helpt in zijn relatie met patiënten, waarbij het uitreiken van recepten een belangrijke functie vervult.

eks- Uit de conceptnota kunnen dan wel geen specifiek op het spreekkamerge-
ng in de beuren betrokken verwachtingen worden gedestilleerd, wèl wordt "een
kkamer verandering van het gedrag van de eerste lijnswerkers ten aanzien van
psycho-sociale problematiek" voorzien.

De konsultatiedeelnemers hebben deze uitspraak meer reliëf gegeven. Daaruit komt naar voren dat een viertal artsen verwacht meer gesprekken te zullen gaan voeren met patiënten met psycho-sociale problemen. De aard van de gesprekken zal huns inziens verschuiven van luisteren (praatpaal zijn) en exploreren naar meer inzichtbevorderend en gedragveranderend bezig zijn. De verwachte toename in psycho-sociale gesprekken wordt door 2 van de 3 konsultatiegevers onderschreven. Uit de hier en bij het "signaleren" geformuleerde verwachtingen zijn voor het onderzoek een aantal vraagstellingen afgeleid:

1. gaat de arts meer klachten als psycho-sociaal benoemen?
2. probeert de arts vaker door zijn vragen en andere interventies op het spoor van psycho-sociale 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 psycho-sociaal 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 psycho-sociale problematiek minder vaak tot de praatpaalfunctie en gaat hij vaker inzichtbevorderend of zelfs gedragsveranderend te werk?

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

6. gaan de psycho-sociale delen van de konsulten gemiddeld langer duren, waardoor

7. ook de totale duur van de konsulten langer wordt?

Zoals uit deze vraagstellingen blijkt, hebben de verwachtingen van de artsen vrijwel allemaal te maken met de inhoud van het gesprek. Ze slaan nauwelijks op de wijze waarop bereikt kan worden dat er inderdaad op die manier over psychosociale zaken gesproken zal worden. Maar ook in die formele kenmerken van het gespreksgedrag zullen veranderingen moeten ontstaan, wil er inderdaad ook iets in de inhoud kunnen veranderen. De onderzoekers hebben voor de invulling van deze formele kant van de gespreksvoering het concept "ruimte voor de patiënt" op vele manieren geoperationaaliseerd. Dit begrip duikt namelijk in alle bestaande hulpverleningstheorieën op als belangrijke voorwaarde voor een betere psycho-sociale hulpverlening.

Rond dit concept zijn dan ook een aantal vraagstellingen formuleerd die grosso modo zijn samen te vatten als:

8. gaan de artsen in hun konsulten ook meer ruimte geven aan de patiënt? Over de gespreksvoering van de arts kan in algemene zin worden gezegd dat hier waarschijnlijk de minste belemmeringen worden aangetroffen voor de "transfer of learning" van de konsultatiezittingen naar de praktijk. En dat geldt dan vooral voor meer inhoudelijke aspecten. De inhoudelijke kant van de psycho-sociale gespreksvoering in de spreekkamer en het gebeuren tijdens de konsultatiebijeenkomsten hebben namelijk wel enkele gemeenschappelijke elementen: men spreekt over psycho-sociale problemen, is gericht op het bevorderen van inzicht, etc. etc.

Afgaand op de "transfer of learning" - principes kan ter afsluiting nog één verwachting worden geformuleerd: veranderingen in het waarnemen van psycho-sociale problematiek en in het gespreksgedrag zijn ons inziens waarschijnlijker dan wijzigingen in het verwijzen en voorschrijven.

3. Veranderingen in het functioneren van de huisartsen

3.1. Inleiding

In het evaluatie-onderzoek konsultatieproject Eindhoven is nagegaan in hoeverre het functioneren van huisartsen (op psycho-sociaal terrein) is veranderd onder invloed van een anderhalf jaar durend konsultatieproces. We hebben tot nu toe besproken welke aspecten van dit functioneren onder de loep worden genomen en welke veranderingen verwacht werden dan wel voorspeld kunnen worden.

Het wordt dan ook tijd om ons te gaan bezighouden met de bevindingen die zijn opgedaan betreffende het waarnemen van psycho-sociale klachten, het verwijzen, het voorschrijven en het spreekkamergedrag. Het zal een beschrijving in vogelvlucht worden. We geven in deze nota namelijk enkel de grote lijnen aan: cijferbrij wordt zoveel mogelijk vermeden, op alle

onderzoeksproblemen wordt in deze slotnota niet ingegaan, theoretische kaders en literatuurverwijzingen zijn vrij schaars, de exakte gang van het ruwe materiaal naar de hier gegeven bevindingen wordt niet uit en te na beschreven. Wél kan ieder proeven hoe de huisartsen ten tijde van het konsultatieprojekt veranderd zijn.

Daarmee zal echter niet iedereen genoeg kunnen of willen nemen. Vandaar dat van drie deelonderzoeken (verwijzen, voorschrijven, gespreksgedrag) ook aparte publikaties zijn uitgegeven waarin bovengenoemde zaken wel zijn na te slaan. Elk rapport heeft daarbij zo zijn eigen karakteristiek, want elk deelonderzoek heeft zo zijn theoretische, onderzoekstechnische of ontwikkelingsmerites die van een andere orde zijn dan het puur meten van gedragsverandering. In de hier gepresenteerde resultatenbeschrijving stippen we de uitgebreide rapporten steeds wel even aan, maar wordt daarna - na een korte beschouwing over de meetmethode - direkt overgegaan tot een overzicht van de voornaamste resultaten en tot de te trekken konklusies.

Voor de goede orde wordt nog vermeldt dat arts 1 en 6 samen de experimentele groep vormen; de kontrolegroep bestaat uit arts 7 t/m 10.

3.2. Het waarnemen van psycho-sociale klachten

In deze paragraaf wordt in eerste instantie in 't kort uiteengezet hoe dit waarnemen van psycho-sociale klachten door artsen is gemeten. Bij de beschrijving der voornaamste resultaten gaan we vervolgens in op een aantal vragen:

- is het beoordelen van klachten als somatisch of psycho-sociaal als een stabiel artsenkenmerk op te vatten (zoals dat ook in het projekt SPEECH bleek te zijn)?
- is er sprake van een verandering in deze bij de experimentele groep die niet optreedt bij de kontrolegroep?
- zijn de resultaten die met behulp van verschillende meetmethoden verkregen zijn, consistent?

methode De mate waarin artsen psycho-sociale klachten waarnemen is op een drietal manieren gemeten:

- a. in de interviews die voor en na het konsultatie-experiment bij de artsen werden afgenomen, gaven de artsen een globale schatting in welke mate ze het klachtenaanbod op de spreekuren als (mede) psycho-sociaal ervaarden.
- b. tijdens de in voor- en nameting gemaakte video-opnamen ten behoeve van het deelonderzoek "gespreksgedrag in de spreekkamer" werd voor elk opgenomen konsult een 5-puntsschaal (zie onder c.) ingevuld.
- c. de artsen turfden zowel in de voor- als in de nameting gedurende 10 dagen elk konsult op een beoordelingsschaal. Het totaal van klachten dat in een konsult werd gepresenteerd werd beoordeeld op een vijfpuntsschaal somatisch-psychosociaal:
 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 psycho-sociale aspecten een bijdrage leveren;

3. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer evenveel somatische als psycho-sociale aspecten een bijdrage leveren;
4. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psycho-sociale dan somatische aspecten een bijdrage leveren;
5. ik ben van mening dat het totaal van deze klachten puur psycho-sociaal is.

Dit laatste meetinstrument vormt de kern van het onderhavige deelonderzoek.

ultaten Bij het onderzoek naar het waarnemen van psycho-sociale klachten gaan we ervan uit dat we spreken over een aan de arts te koppelen kenmerk. Zoals in 2.2. aangeduid spruit deze aanname ondermeer voort uit de bevindingen van het SPEECH-onderzoek. Een check op deze hypothese is echter van belang. Wil een verschil tussen artsen immers interpreteerbaar zijn, dan moet elke arts van dag tot dag toch wel een zekere consistentie vertonen in zijn beoordelingen. Om deze consistentie in beeld te krijgen, zijn per meetperiode dagscores van de artsen bekeken.

Binnen elke meetperiode blijkt elke arts dan van dag tot dag ongeveer hetzelfde te skoren, terwijl ze onderling sterk verschillen. Of, in termen van variantie: de variantie binnen één arts is per meetronde significant kleiner dan de variantie tussen artsen. Deze stelling gaat zowel op voor de experimentele als voor de controlegroep, en ook wanneer beide groepen gezamenlijk in beschouwing worden genomen.

Uit het SPEECH-onderzoek weten we overigens dat deze verschillen tussen artsen niet aan structurele of situationele factoren kunnen worden toegeschreven. We nemen dan ook aan dat ook in dit evaluatie-onderzoek het waarnemen van psycho-sociale problematiek beschouwd mag worden als een artsenkenmerk, zij het dat sommige artsen daarin stabielere zijn dan anderen.

Het mag dan wel zo zijn dat artsen gedurende een 10-daagse peiling consistent zijn in hun beoordelingen van het klachtenaanbod in de praktijk. Maar is zo'n kenmerk op langere termijn te veranderen? En - en dat is natuurlijk de clou - vindt zo'n verandering wel plaats bij de experimentele groep, maar niet bij de controlegroep?

Voor de start van het consultatieproject blijken binnen de experimentele groep arts 2 en 6 relatief veel klachten als (mede) psycho-sociaal te beoordelen (+ 70%)*. De overige artsen beoordelen relatief weinig klachten als zodanig (+ 40%). We treffen hier dus een tweedeling aan. De controlegroep moet in die tijd op grond van de gegevens in drieën worden gesplitst. Arts 8 oordeelt verhoudingsgewijs het meest psycho-sociaal (slechts een kwart van de klachten wordt als puur somatisch beoordeeld), arts 7 het minst (ruim 40% psycho-sociaal) en de artsen 9 en 10 nemen een tussenpositie in. De controlegroep als geheel neemt in de voormeting overigens meer psycho-sociale klachten waar dan de experimentele groep.

Gedurende de looptijd van het consultatieproject is het waarnemen van psycho-sociale klachten bij een aantal artsen duidelijk gewijzigd. De artsen 4 en 5 uit de experimentele groep zijn meer klachten als (ook) psycho-sociaal gaan waarnemen, (een toename van rond de 20%); ook bij arts 7 uit de controlegroep kan een toename worden vastgesteld. Arts 6 uit de experimentele groep is daarentegen juist minder psycho-sociale aspecten aan klachten gaan zien: een afname van ruim 20%. Wanneer de experimentele en controlegroep in totaal onder de loep worden genomen zien we dat de "achterstand" van de experimentele groep tijdens de voormeting in de nameting zelfs nog iets groter is geworden. En dat strookt niet bepaald met de verwachtingen.

* Voor een grafische weergave van de resultaten, zie bijlage II

Er is reeds aangestipt dat ook op andere manieren geprobeerd is inzicht te verkrijgen in de hier behandelde sensitiviteit van artsen voor psycho-sociale problematiek (vgl. pag.). Wanneer de resultaten van de peilingen gedurende de video-opnamen worden vergeleken met bovenstaande gegevens, valt op dat tijdens de video-opnamen door de meeste artsen "psycho-socialer" wordt waargenomen. Waarschijnlijk leidt het feit dat er opnamen gemaakt worden tot een verhoogde aandacht bij de arts voor psycho-sociale problemen. Los van dit feit blijken de artsen 2, 4, 7 en 8 in de nameting een meer psycho-sociale beoordeling te geven, terwijl arts 6 juist minder klachten als psycho-sociaal ging beoordelen.

Dit zijn deels dezelfde artsen die ook bij de 10-daagse peiling veranderden, maar we missen hier arts 5, terwijl artsen 2 en 8 juist in het eerste geval geen verandering vertoonden.

De gegevens van de 10-daagse peiling kunnen ook worden vergeleken met de in interviews gegeven schattingen der artsen over de psycho-sociale aard van het probleemaanbod in de praktijk. Duidelijk wordt, dat aan deze schattingen een andere waarde moet worden toegekend dan aan de peilingsmaten: de relatie tussen deze maten en de schattingsgegevens zijn niet overtuigend. Er kan wél worden gekonstateerd dat er tussen voor- en nameting weinig verschillen zijn in de geschatte percentages psycho-sociale problematiek. En zo er al verschuivingen zijn, dan komen deze soms wel (arts 5) en soms niet (arts 9) overeen met de resultaten van de 10-daagse peilingen.

conclusie

Met name ten aanzien van het signaleren van psycho-sociale problematiek waren de verwachtingen nogal hooggespannen. Zoals we ons herinneren uit 2.2. dachten zowel de auteur van de conceptnota konsultatieproject als een aantal konsultatiedeelnemers dat het konsultatieproject de deelnemende huisartsen gevoeliger zouden maken voor psycho-sociale aspecten aan klachten. Ook de onderzoekers beschouwden deze variabele als vatbaar voor verandering. Nu is er, blijkens de weergegeven resultaten ook wel iets veranderd, maar deze verandering is te willekeurig verdeeld over de artsen uit experimentele en kontrolegroep, om aan konsultatie toegeschreven te kunnen worden. Bovendien veranderde één arts in de experimentele groep juist in tegengestelde richting als verwacht. We zullen echter zien dat bij deze arts een dergelijke verandering in meerdere opzichten optrad.

3.3. Het verwijzen

We beschrijven in deze paragraaf de manier waarop het verwijspatroon van de huisartsen zich in de loop van het konsultatieproject heeft ontwikkeld. Na een korte verhandeling over de gehanteerde meetmethodes, de betrouwbaarheid van het materiaal en de verwijsmaten die in het onderzoek zijn gebruikt, wordt ook hier weer de meeste aandacht besteed aan de rode draad die uit de resultaten naar voren komt.

De meer gedetailleerde nota "Verwijzen, onderzoek in het kader van het evaluatie-onderzoek Konsultatieproject Eindhoven" (N.H.I. 1980) bevat natuurlijk een veel genuanceerdere uitwerking dan in dit bestek mogelijk is. Dat rapport is daarnaast echter met name interessant in het kader van de ontwikkeling van verwijsmaten (hier toegepast op mikroniveau) én als exposé over de valkuilen die bij zelfregistratie kunnen opdoemen.

Bij de beschrijving van de resultaten laten we ons met name leiden door vraagstellingen die voortvloeien uit de in 2.2. geformuleerde verwachtingen van mogelijke veranderingen in het verwijzen der huisartsen. We uitten daar het vermoeden dat eventuele veranderingen waarschijnlijk eerder zouden plaatsvinden bij de verwijzingen op eigen initiatief, de verwijzingen naar de R.P.I., de verwijzingen naar psycho-sociale hulpverleners/hulpverlenende instanties, de verwijzingen met als motivatie "een vastgelopen arts-patiëntrelatie" en de verwijzingen met een psycho-sociale indicatie dan bij de verwijzingen uit de betreffende komplementaire categorieën.

tmethode In de praktijken van de zes artsen van de experimentele groep werden vanaf 1 juli 1977 tot 1 maart 1979 kontinu alle verwijzingen (dus óók die naar paramedische of psycho-sociaal geschoolde hulpverleners en bijv. ook herhaalverwijskaarten) geregistreerd. Bij vier artsen van de controlegroep startte deze registratie 4 maanden later. Deze registratie gebeurde op een apart verwijsformulier, waarop naast de gebruikelijke gegevens over de patiënt en de hulpverlener naar wie werd verwezen, ook vragen stonden aangaande de verwijsbeslissing. In dat kader waren ons inziens van belang de verwijsbeslissing. In dat kader waren ons inziens van belang (vgl. ook de eerder formuleerde verwachtingen):

- het initiatief tot de verwijzing (teneinde de verwijzing te kunnen splitsen in verwijzingen die beschouwd mogen worden als een beslissing van de huisarts en verwijzingen die buiten zijn directe invloedssfeer liggen);
- het motief tot de verwijzing (waarbij grofweg als klassifikatie gehanteerd werd: verwijzingen ter diagnose, verwijzingen ter therapie, verwijzingen omdat de arts geen andere oplossing meer weet);
- het oordeel over de aard van de klacht waarvoor de verwijzing bedoeld is op de dimensie somatisch-psycho-sociaal (vgl. de 5 puntsschaal op pag.).

rouw-
heid

Er werd dus gebruik gemaakt van registratieformulieren. In de meeste gevallen was het zo dat de arts de vragen op het formulier invulde en de assistente het geheel completeerde met de personalia van de patiënt. Wanneer het om herhaal kaarten of zgn. "achteraf"-verwijzingen ging, gebeurde het ook dat de assistente het gehele formulier invulde. Om te controleren of deze registratie nauwgezet heeft plaatsgevonden is een vergelijking gemaakt tussen onze gegevens betreffende de verwijzingen naar medisch specialisten en de registratie van verwijskaarten naar medisch specilisten zoals die door het LISZ wordt bijgehouden. We gingen daarbij uit van de cijfers over 1978.

Uit deze vergelijking bleek dat de afwijkingen die werden gekonstateerd bij de artsen 1, 3, 5 en 6 uit de experimentele groep tolerabel waren. De cijfers voor arts 2 en 4 gaven echter 50% verschil te zien.

We bleken hier dus te zijn gestuit op een op bepaalde punten onbetrouwbare registratie.

Voor arts 2 bleek de foutenbron te zijn gelegen in de verwijzingen die door de assistente werden geregistreerd (en dit zijn dan merendeels verwijzingen die niet op initiatief van de arts werden uitgevoerd). Zij registreerde niet de herhaal kaarten en "achteraf"-verwijzingen; door een misverstand is het registreren enige tijd geheel gestaakt. Na hierop te zijn geattendeerd werd de registratie van deze verwijzingen weer ter hand genomen.

Een en ander betekent voor de cijfers van arts 2 dat zijn verwijzingen "op eigen initiatief" redelijk betrouwbaar zijn. De totaalcijfers moeten echter, met name voor de beginperiode met de nodige argwaan bekeken worden. De bronnen voor de onbetrouwbaarheid van de registratie voor arts 4 konden niet achterhaald worden.

Verschillen tussen N.H.I.-cijfers en LISZ-cijfers in de orde van grootte van 163% tot 589% die bij de controlegroep werden gekonstateerd kunnen enkel tot droevigheid stemmen. Die stemming overheerste dan ook bij de onderzoekers; zeker toen bleek dat de reden voor het verschil maar bij één arts - en nog wel die met de laagste verschilskore - te achterhalen was. Een andere arts van het gezondheidscentrum had namelijk in 1978 de verwijskaarten van arts 9 gebruikt, waardoor de LISZ-registratie van arts 9 enkele honderden verwijzingen te veel aangaf.

Men zou dus mogen aannemen dat de verwijzingen van arts 9 wel redelijk betrouwbaar zijn geregistreerd. Maar dan nog zou deze arts de enige arts van de controlegroep zijn wiens verwijzingen vergelijkbaar zijn met die van de experimentele artsen. Het idee van de controlegroep komt daarmee nogal op losse schroeven te staan: de cijfers van de controlegroep heeft immers weinig zin. We hebben daarom besloten de verwijzingen van de controlegroep verder buiten beschouwing te laten.

ultaten(1)
verwijs-
t

Teneinde de faktor "drukke in de praktijk" in de verwijsmaat te betrekken en ons voorts op die verwijzingen te richten waarop de arts invloed heeft, is als maat gekozen, het aantal verwijzingen op initiatief van de arts per 100 kontakten per week.

Wanneer de omvang van het verwijzen gedurende een bepaalde periode (b.v. de eerste vier maanden) wordt gevolgd, valt het op dat deze verwijsmaat voor elke arts stabiel is. Tevens brengt zo'n analyse aan het licht dat de artsen in deze zin duidelijk van elkaar verschillen. Arts 3 en 4 hebben wekelijks een lager verwijsniveau dan de andere artsen. Zo heeft arts 3 ruim 4 verwijzingen op eigen initiatief per 100 kontakten, terwijl bijvoorbeeld arts 6 op 10 van dergelijke verwijzingen uitkomt. Het feit dat dit verwijsniveau per arts stabiel is, dat de artsen zich erop laten differentiëren en dat deze differentiatie niet rechtstreeks gelieerd is aan de praktijkopbouw naar leeftijd en geslacht en anderzootige achtergrondvariabelen (praktijk-grootte, afstand tot ziekenhuis e.d.) is zeker van belang. De mate waarin artsen op eigen initiatief patiënten verwijzen, blijkt dan immers een aan de arts te koppelen kenmerk te zijn: hij heeft een verwijsgewoonte.

Maar verandert deze gewoonte nu in de loop van het konsultatieproject? We hebben daartoe drie periodes vergeleken, de eerste 4 maanden van de meting, de overeenkomstige periode een jaar later en de laatste 4 maanden van de meting. De verwijsindex leverde voor deze artsen geen verschil op: zij verwezen in elke periode ongeveer evenveel patiënten op eigen initiatief per 100 wekelijkse kontakten.

Bij de uitleg van de verwijsmaat hebben we uiteengezet dat hij bestaat uit verschillende componenten: verwijzingen op eigen initiatief in de teller en kontaktfrekwentie in de noemer. Het is dan ook niet genoeg om alleen naar mogelijke verschuivingen in de totale maat te kijken; ook teller en/of noemer kunnen immers veranderen. Wanneer we zo naar het materiaal kijken, springt vooral arts 5 in het oog: zijn verwijs-gewoonte blijft dan wel gelijk, maar dit komt omdat de aanmerkelijke

teruggang in het aantal verwijzingen op eigen initiatief gepaard gaat met een gelijktijdige daling in het aantal spreekuurkontakten. Arts 5 verandert dus wel, maar niet zo zeer in verwijsneiging, maar in het aantal patiënten dat hij ziet en "dus" in het aantal verwijzingen dat hij initieert.

Uitaten(2)
algemeen
verwijsprofiel

We hebben gezien dat in de hoeveelheid verwijzingen niet zoveel veranderde in de loop van het konsultatieprojekt. Nu willen we ons richten op de verhouding tussen de diverse typen verwijzingen, die zoal mogelijk zijn.

In eerste instantie gaan we na hoe de verwijzingen naar medisch specialisten, paramedische hulpverleners en psycho-sociale hulpverleners zich onderling verhouden*. Gekeken wordt naar de ruwe aantallen verwijzingen op eigen initiatief. Hierna gaan we binnen deze drie hoofdkategorieën na hoe deze verder uitgesplitst kunnen worden.

Binnen het totaalpakket "verwijzingen op eigen initiatief" gebruikt - en dat zal niemand echter verbazen - elke arts in elke periode de medisch specialisten het meest; ruim tweederde van het totaal hoort in deze categorie thuis. De paramedische beroepen vormen ruim een vijfde van het totaal. Maatschappelijk werk en psycho-sociale hulp blijft tussen de 2 en 3% steken.

Het reeds gekonstateerde lage verwijsniveau van de artsen 3 en 4 blijkt voor elke categorie te gelden en kan dus niet worden toegeschreven aan een relatief matig gebruik van één bepaalde verwijskategorie.

Alhoewel het globale beeld blijft gelden, zijn ook enige verschillen aanwijsbaar. Zo wordt de koppositie van de medisch specialisten op den duur nog verder versterkt; deze stijging komt met name voor rekening van de artsen 1, 2 en 6. Opvallend is de uitzondering op deze regel: arts 5 maakt in de 3^e periode minder gebruik van deze mogelijkheid. De eerder genoemde kwantitatieve vermindering van zijn totaal aantal verwijzingen op eigen initiatief, blijkt dus voornamelijk op dit vlak gekoncentreerd te zijn.

De voor ons belangrijke categorie verwijzingen naar maatschappelijk werk/psycho-sociale hulpverlening neemt van de 1^e naar de 2^e periode iets toe, maar daarna weer af. De toename komt vooral voor rekening van arts 2 en 5: hij is echter alleen voor arts 2 blijvend.

Tot nu toe hebben we ons gericht op het pakket verwijzingen op eigen initiatief als zodanig. Het is echter ook interessant om te zien op welk deel van zijn totale verwijspakket een arts nu eigenlijk invloed heeft en of daarin veranderingen zijn opgetreden.

Psycho-sociale verwijzingen vinden vrijwel altijd plaats op initiatief van de arts; ook de verwijzingen naar de paramedische beroepen zijn over het algemeen beslissingen van de arts en patiënt gezamenlijk. Een groot deel van de verwijzingen naar medisch specialisten heeft een min of meer administratief karakter (achter-verwijskaarten voor de E.H.B.O., herhaal-verwijskaarten, verwijskaarten voor de oogarts etc.) Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat gemiddeld slechts zo'n 30 à 40% van deze

* Aangezien nog enige restcategorieën mogelijk waren, is de som van deze drie categorieën geen 100%.

kategorie verwijzingen voor rekening van de verwijzend arts komt. In de loop van het onderzoek zijn de verwijzingen op eigen initiatief bij alle artsen (behalve arts 2; maar zie daarvoor de betrouwbaarheidsbespreking) een groter deel van het totaal gaan uitmaken. Het vergrote aandeel van de verwijzingen op eigen initiatief geldt zowel in de medische als in de paramedische sektor; op paramedisch vlak komt dit vooral door de artsen 3, 4 en 6.

taten(3) In het algemeen verwijsprofiel is een driedeling aangebracht.
edisch Elk van deze 3 categorieën zal nu nader worden geïnspekteerd waarbij
jsprofiel we beginnen met de hoofdmoot: de medische verwijzingen op eigen initiatief.

In alle periodes is de gekombineerde categorie "chirurgie en E.H.B.O." de meest gebruikte verwijsmogelijkheid (bijna een kwart) gevolgd door KNO (ruim 10%). De overige gespecificeerde categorieën (oogheelkunde, interne geneeskunde, gynaecologie, dermatologie, orthopaedie en psychiatrie) zitten hieronder maar laten zich moeilijk rangschikken. Bij de beschrijving van het algemeen verwijsprofiel zagen we dat de aanduiding van arts 3 en 4 als lage verwijzers in elke periode voor alle drie de hoofdcategorieën verwijzingen geldt, dus ook voor die naar de medisch specialisten.

Dit gaat echter niet op voor elke subgroep van deze categorie. Voor arts 3 geldt wel dat hij nooit echt boven zijn kollega's uitsteekt, maar arts 4 verwijst bijvoorbeeld in de eerste periode relatief veel naar chirurgie/E.H.B.O. en gynaecologie. De belangrijkste konklusie is echter dat beide artsen hun "winst" op de hogere verwijzers behalen in een restcategorie; hierin zijn specialismen die elk op zich vrij sporadisch worden gebruikt, gebundeld. De hogere verwijzers benutten deze mogelijkheden veel vaker dan arts 3 en 4.

De bij arts 5 reeds gekonstateerde verlaging van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten, kan niet worden verklaard door een forse daling in één of enkele categorieën. Arts 5 is over de hele linie minder gaan verwijzen.

Van alle verwijzingen naar de oogarts geschiedt een zeer beperkt gedeelte maar op initiatief van de huisarts zelf.

Iets meer invloed heeft de arts op verwijzingen naar interne geneeskunde (20 à 30% op eigen initiatief), chirurgie/E.H.B.O. (30 à 45%) en psychiatrie (ook slechts rond de 30%). Iets hoger scores gynaecologie, dermatologie en orthopaedie, terwijl de verwijzingen naar de K.N.O.-arts de kroon spannen: 60 à 70% van de verwijzingen is hier door de huisarts geïnitieerd.

Veranderingen in de tijd zijn voor de verschillende subcategorieën eigenlijk nauwelijks aan te geven: het patroon geldt in grote lijnen voor alle drie de periodes.

Met name over de verwijzingen naar de medisch specialisten valt nog wel iets meer te zeggen aan de hand van de cijfers van het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen. Deze gaan niet over de verwijzingen op eigen initiatief, maar behelzen alle verwijskaarten die in een jaar door de arts zijn afgegeven.

Hieruit leren we dat in de twee jaar die aan het consultatieproject vooraf gingen bij alle huisartsen (experimentele en controlegroep) het aantal verwijzingen per duizend verzekerden afnam. Dit was het sterkst

het geval bij de specialismes oogheelkunde, chirurgie, orthopaedie en neurologie/psychiatrie, terwijl de trend ook aanwezig was bij K.N.O., gynaecologie en dermatologie. De afname was bij de interne geneeskunde, cardiologie en longziekten niet te bespeuren. Opvallend is dat de afname met name optreedt bij specialismes waar weinig op eigen initiatief verwezen wordt.

taten(4)
aramedisch
t psycho-
al ver-
rofiel

Binnen de 'paramedische groep' zijn drie categorieën hulpverleners ondergebracht: de fysiotherapeut, de diëtiste en de verloskundige. De fysiotherapeuten zijn voor alle artsen duidelijk de populairste groep onder de paramedische beroepen. Meer dan 80% van de verwijzingen op eigen initiatief in de paramedische sektor betreft deze hulpverlener. Arts 5 en 6 verwijzen daarnaast nog enigszins regelmatig naar de diëtiste; voor de andere artsen zijn de diëtiste en de verloskundige incidentele verwijsmogelijkheden. Dit beeld van de verwijzingen naar paramedische beroepen blijft bestaan wanneer de verschillende meetperioden naast elkaar worden gezet. Er is dan ook geen enkele trend te ontdekken.

Gedurende de drie meetperiodes hebben slechts op de kop af 100 verwijzingen op eigen initiatief plaats gevonden naar psycho-sociale hulpverleners en het maatschappelijk werk. Gezien de verwachtingen rond het konsultatieproject, willen we aan dit kleine aantal toch enige aandacht besteden. We moeten bij dergelijke aantallen echter wél bedenken dat veranderingen niet zo veel zeggen.

Bezien we eerst de verwijzingen naar de AGGZ-instellingen.

Dat waren er in de voormeting 19, waarvan 6 naar de R.P.I. Een jaar later tellen we er 8, waarvan 3 naar de R.P.I. en bij de nameting wordt er 10 keer op eigen initiatief naar de AGGZ verwezen; de R.P.I. komt dan echter in het verhaal niet voor. De verwijzingen naar instanties voor psycho-sociale hulpverlening zijn daar nauwelijks veranderd; zeker is men in de loop van de tijd niet meer gaan verwijzen naar de R.P.I. de instelling van de konsultatiegevers. Arts 4 en 6 hebben in de 2^e en 3^e meetperiode helemaal geen gebruik gemaakt van de AGGZ; arts 5 was al de grootste verwijzer naar deze instellingen en is dat ook gebleven.

Wat het maatschappelijk werk betreft zien we een stijging van het aantal verwijzingen. De getallen zijn voor de drie periodes respectievelijk 8, 3 en 19. Arts 3 en 4 zijn hier weer de zeer lage verwijzers; arts 5 maakt ook van het maatschappelijk werk het meest gebruik.

taten (5)
kwalita-
aspekten
et ver-
1.

Naast de hoeveelheid verwijzingen en een inhoudelijke indeling daarvan op grond van het specialisme waarheen verwezen is, zijn van elke verwijzing ook enige kenmerken geregistreerd door de artsen.

Dit betrof het initiatief tot verwijzing, het motief voor de verwijzing en de beoordeling van de klacht waarvoor verwezen werd op een continuum psychosociaal - organisch.

Over een initiatief tot verwijzing werd reeds gesproken naar aanleiding van het algemeen verwijsprofiel. We constateerden dat in de loop van het konsultatieproject het aantal verwijzingen op initiatief van de arts een groter deel was gaan uit maken.

Het motief voor de verwijzing was in principe drieledig: een arts verwees, "omdat hij niet genoeg wist" ("ter diagnose"), "omdat hij niet genoeg kon" ("ter therapie") of "omdat hij niet verder wilde met een patiënt".

Deze motieven om een patiënt te verwijzen veranderden bij de verschillende artsen op diverse manieren: In het algemeen komt het motief "omdat een arts niet verder wil met een patiënt" weinig voor. De meest voorkomende categorie "ter therapie", neemt in de loop van het onderzoek toe bij artsen 2 en 6, terwijl bij de andere artsen een lichte toename in verwijzingen "ter diagnose" te bespeuren valt.

Interessanter is het evenwel om te zien of de motivatie van verwijzingen met betrekking tot psychosociaal beoordeelde klachten en/of naar psychosociale hulpverleners aan verandering onderhevig is geweest.

Wat dit laatste betreft: juist naar psychosociale hulpverlening toe gaat de genoemde driedeling niet op (althans in de wijze waarop de experimentele groep deze driedeling interpreteerde): vrijwel elke verwijzing naar een psychosociale hulpverlener wordt betiteld als: "omdat ik onvoldoende kan", en niet, zoals de verwachting der onderzoekers was: "omdat ik met de patiënt niet verder wil". Deze categorie kwam überhaupt weinig voor, maar wanneer hij genoemd werd ging het om een verwijzing naar een medisch specialist of een paramedisch beroep (bijvoorbeeld verloskundige).

Letten we ten slotte op de motivatie om klachten die als psychosociaal beoordeeld werden te verwijzen.

Bij één arts (arts 1) worden deze klachten relatief meer verwezen "omdat hij het zelf niet kan", dan somatisch beoordeelde klachten. Artsen 3, 4 en 5 verwijzen klachten met een psychosociale komponent vaker 'ter diagnose' dan somatisch beoordeelde klachten. En bij artsen 2 en 6 maakt het weinig verschil of ze een klacht psychisch of somatisch beoordelen.

Deze verhouding is overigens aan het begin en het eind van het onderzoek nagenoeg gelijk. Wanneer we de motivatie "omdat ik niet verder wil met deze patiënt" aan een nader onderzoek onderwerpen, worden klachten die met deze motivatie verwezen worden door artsen 1, 5 en 6 in het begin veelal psychosociaal beoordeeld; voorzover deze motivatie nog voor komt gaat het bij deze artsen in de laatste maanden bijna uitsluitend om somatisch beoordeelde klachten.

Bij arts 2 ligt dat precies andersom: de keren dat hij in het begin iemand verwijst omdat hij niet verder wil, betreft het somatisch beoordeelde klachten aan het eind heeft de helft van deze verwijzingen betrekking op niet puur somatische klachten.

Artsen 3 en 4 ten slotte verwijzen vrijwel uitsluitend patiënten met somatische klachten met deze motivatie.

De beoordeling van de klacht van de verwezen patiënt geschiedde aan de hand van de vijf-puntsschaal waarmee ook het waarnemen van psychosociale klachten werd gemeten. (vergelijk paragraaf 3.2)

In de periode voor dat het konsultatieproject zich voltrok, werd gemiddeld + 60% van de klachten als somatisch beschouwd, een jaar daarna was dat ongeveer 70%, en in de maanden daarna bleef dit gemiddeld gehandhaafd. Dit wil niet zeggen dat alle artsen meer klachten die ze verwezen ook als somatisch gingen bestempelen: dit was met name bij arts 1 en arts 6 het geval. Artsen 2, 3 en 4 bleven konstant ongeveer de helft van het klachtenaanbod als somatisch zien, terwijl arts 5 rond de 75% als zodanig bleef beschouwen. Deze trend: somatischer kijken van artsen 1 en 6, konstant blijven van de overigen geldt zowel bij de verwijzingen naar somatische specialisten als bij paramedische verwijzingen.

Alle artsen beoordelen een klacht die ze verwijzen gemakkelijke "somatisch" dan een gemiddelde klacht op het spreekuur.

Dit blijkt uit vergelijking van het percentage somatisch beoordeelde klachten in het algemeen (vergelijk paragraaf 3.2) en het percentage somatisch beoordeelde verwijzingen.

Verder worden verwijzingen naar medische specialisten relatief meer beoordeeld als somatisch dan verwijzingen naar paramedische beroepen, terwijl - per definitie - de verwijzingen naar de A.G.G.Z. altijd psychosociaal worden beoordeeld.

usie

De voornaamste resultaten zijn de revue gepasseerd. Veranderingen in aspecten van verwijs gewoontes troffen we in de looptijd van het konsultatieproject niet unaniem bij alle artsen tegelijk aan, maar zo nu en dan sprongen er toch artsen uit op een manier die een nadere beschouwing rechtvaardigt.

Laten we de in paragraaf 2.2. geformuleerde verwachtingen nog eens op een rijtje zetten en daar de beschreven resultaten aan koppelen.

De verwijzing op eigen initiatief gingen een groter deel van het totaal aantal verwijzingen uitmaken. Dit bleek uit het toegenomen aandeel van de verwijzingen op eigen initiatief en uit lichte daling van het totaal aantal verwijzingen blijkens de LISZ gegevens over de jaren 1976 - 1978. Op zich is dit merkwaardig en tegen de verwachtingen in: juist verwijzingen op initiatief van patiënt of specialist lijken afgenomen te zijn. Verklaring hiervoor zal eerder in structurele variabelen - minder gebruik oogarts of E.H.B.O., striktere normen omtrent afgifte herhaalkaarten of iets dergelijks - gezocht moeten worden, die buiten de artsen en het konsultatieproject omgaan. Een stuk van de verklaring zou ook gevonden kunnen worden in een zekere registratiemoetheid.

Deze kan juist bij elke terloopse verwijzing met een min of meer administratief karakter - de assistente vult de formulieren in - vrij gemakkelijk optreden.

Overigens nam het ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief van arts 5 af; deze verandering kon worden gelokaliseerd in de verwijzingen naar medisch specialisten en trad daar over de gehele linie op. Deze daling ging gepaard met een gelijktijdige afname in kontaktfrekwentie.

We vermoeden echter niet dat het konsultatieproject deze verandering en "dus" ook de afname in het aantal verwijzingen heeft veroorzaakt. Zoals we in I.3 zagen is de praktijkreorganisatie in het bestek van PRO-82 bij arts 5 als eerste gerealiseerd; deze praktijkreorganisatie impliceerde onder meer een uitstoot van enige honderden patiënten. Het lijkt ons dan ook plausibel om de daling in kontaktfrekwentie en in het aantal verwijzingen op eigen initiatief eerder hieraan toe te schrijven dan aan het konsultatieproject.

Wat de verwijzingen naar de R.P.I. betreft: deze verdwenen tegen elke verwachting in, aan het eind van het project geheel van het toneel. Stijging was er daarentegen in de verwijzingen naar het maatschappelijk werk, hetgeen vooral door toedoen van artsen 2 en 5 het geval was. Ook hierbij moet in geval van arts 5 onmiddellijk zijn praktijkreorganisatie worden aangevoerd, die onder meer ook een nauwe band met A.M.W. impliceerde.

Wat de twee laatste in paragraaf 2.2 genoemde verwachtingen betreft blijkt het uitgangspunt zonder meer fout geweest te zijn: verwijzingen met als motief "een vastgelopen arts-patiënt relatie" komen zeer weinig voor, en indien de arts het zo formuleerde betrof het in negen van de tien gevallen een verwijzing naar een medisch specialist.

Dit werd in de loop van het projekt alleen maar meer het geval. Verwijzingen met een psychosociale indicatie namen bij twee artsen af en bleven bij de anderen konstant. De mogelijkheid bestaat dat dit inhoudt dat de twee artsen (1 en 6) meer patiënten met psychosociale indicatie zelf meer gingen behandelen, maar gezien de resultaten van andere deelonderzoeken (zie met name: "gespreksgedrag") lijkt dit weinig pausibel.

3.4. Het voorschrijven van medicijnen

Deze derde paragraaf over veranderingen in het functioneren heeft betrekking op eventuele verandering in het voorschrijven van medicijnen. Zoals gebruikelijk geven we een korte uiteenzetting over de meetmethode en materiaalverzameling, vervolgens richten we ons op de resultaten. Voor een veel minutieuzere beschrijving van dit deelonderzoek verwijzen wij naar het rapport "Voorschrijven, onderzoek in het kader van het Evaluatie-onderzoek Konsultatieprojekt Eindhoven, (N.H.I. Utrecht, 1980)". Daar wordt bijvoorbeeld uitgebreid ingegaan op de materiaalverzameling, de betrouwbaarheidsproblematiek, de verkregen resultaten, etcetera. De nota is echter vooral van belang in het kader van de ontwikkeling van theoretische overwegingen betreffende het voorschrijven als onderdeel van huisartsengedrag. De daaraan rechtstreeks gekoppelde ontwikkeling van de meer technische kanten van onderzoek naar het voorschrijven worden daarbij niet uit het oog verloren.

methode

Zowel in de voor- als in de nameting zijn gedurende 4 weken recepten verzameld van de artsen uit de experimentele en de controlegroep. Deze materiaalverzameling vond plaats door de artsen doordruk-receptenblocs te verschaffen waarop zij hun recepten uitschreven; de aldus verkregen kopieën vormden het ruwe onderzoeksmateriaal. Door technische problemen moest echter tijdens de voormeting voor de controlegroep van deze procedure worden afgeweken: in plaats van kopieën van recepten bestond het ruwe onderzoeksmateriaal daar uit bij de Philips-apotheek ingeleverde recepten. Op de gevolgen hiervan komen we in het onderstaande terug. De recepten zijn vervolgens per verstrekking gekodeerd volgens het systeem van de ziekenfondsraad, dat overigens door ons op een enkel punt lichtelijk is gewijzigd. Ook de hoeveelheden verstrekte medicamenten zijn bij de codering vastgelegd. Tot slot kan nog worden vermeld dat in dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van gegevens over de kontraktfrekwentie. Voor wat betreft de aantallen spreekuurkontakten hadden we de beschikking over Philipsgegevens die weektotalen per arts behelsden. In de nameting heeft daarnaast nog een aparte registratie per dag per arts plaatsgevonden, waarbij spreekuurkontakten, telefonische kontakten en visites door de assistente werden geturfd.

betrouwbaar-

De manier waarop de recepten zijn verzameld, impliceerde dat voor een betrouwbaarheidscontrole 2 soorten vragen belangrijk waren:

- 1) voor alle artsen: zijn de recepten inderdaad konsekvent op de doordrukblocs uitgeschreven en zijn de kopieën bij het N.H.I. ingeleverd?
- 2) voor de controlegroep: is het verschil tussen door de artsen uitgeschreven en bij de apotheek ingeleverde recepten niet te groot?

Wat de eerste vraag betreft bleek dat bij de experimentele groep vrijwel alle uitgeschreven recepten ook gekopieerd waren en zo terecht kwamen in ons databestand.

Bij de controlegroep bleek door diverse misverstanden een onacceptabel groot aantal recepten niet op het N.H.I. te belanden.

Ook wat de tweede vraag betreft, was het materiaal niet betrouwbaar. Van een fors aantal in het N.H.I.-bestand aanwezige kopieën heeft het origineel nooit de apotheek bereikt, in de nameting. Aangezien in de voormeting slechts dië recepten waren opgenomen die bij de apotheker

bekend waren (zie boven) is het materiaal van de controlegroep in twee opzichten zo onbetrouwbaar dat verder behandeling niet zinvol was.

ltaten(1)
titatief

Al met al zijn we met deze achtergrondinformatie aangeland bij de quintessens van deze paragraaf, te weten bij de vraag hoe het voorschrijven van de artsen kan worden gekarakteriseerd, of hierin verandering is opgetreden en of deze eventuele verandering kan worden toegeschreven aan het konsultatiegebeuren. Zoals we ons herinneren (vgl. IV.2.) zijn de vraagstellingen voor de analyse met name gericht geweest op een mogelijk te verwachten algemene verandering in het voorschrijven en op een eventuele extra aksentuering van veranderingen op het vlak der psychofarmaca.

Het voorschrijven van de konsultatievragende artsen, is - zo bleek uit een analyse tijdens de nameting - redelijk stabiel: elke arts schrijft van dag tot dag voor een vaste proportie van de hem konsulterende patiënten een recept uit. Deze proportie is echter niet voor alle artsen gelijk, sommige artsen schrijven beduidend vaker een recept uit dan andere artsen en dit is niet te verklaren vanuit verschillen in praktijkopbouw dan wel verschillen in de opbouw van de groep spreekuurbezoekers naar leeftijd en geslacht. Het heeft er dus alle schijn van dat we van doen hebben met een voorschrijfgewoonte die elke arts zich eigen heeft gemaakt en die tussen artsen differentieert.

Deze differentiatie brengt aan het licht dat tijdens de voormeting twee artsen (3 en 5) als hoge voorschrijvers kunnen worden aangemerkt, terwijl de overige vier beduidend minder vaak recepten uitschrijven. De artsen 3 en 5 verschillen overigens ook onderling nog: arts 3 neemt de koppositie in.

Bij vergelijking van de voorschrijfniveau's der artsen tussen voor- en nameting zijn een aantal lichte verschuivingen te konstateren die tot gevolg hebben dat de onderlinge differentiatie van de artsen verandert. Zo schaart arts 5 zich in de gelederen der lage voorschrijvers waaruit arts 4 is verdwenen naar de sektor van relatief zéér lage voorschrijvers. Deze arts rondt bijvoorbeeld slechts in iets meer dan de helft van de gevallen zijn kontakten met de patiënten af met een recept. Dit in tegenstelling tot arts 3 die nu zelfs nog iets duidelijker met kop en schouders boven de andere artsen blijft uitsteken: de patiënten ontvangen bij hem slechts sporadisch geen recept.

Het wordt echter interessant om deze gegevens nader te detailleren ten einde te bezien of de gekonstateerde positiewisselingen op een bepaald vlak gekonsentreerd zijn.

Daartoe zijn de recepten in 3 categorieën verdeeld: recepten met enkel psychofarmaca (8-11%), recepten met psychofarmaca en andere middelen (5-9%) en recepten zonder psychofarmaca (81-87%).

De lichte versteviging van de topositie in voorschrijfniveau van arts 3 blijkt dan over de gehele linie terug te keren. De relatieve daling van arts 4 is gekonsentreerd in de categorie recepten zonder psychofarmaca; de positieverschuiving van arts 5 komt voor rekening van de recepten met enkel psychofarmaca en de recepten zonder psychofarmaca.

Overigens kan nog worden opgemerkt dat de eerder gemaakte indeling in hoge en lage voorschrijvers in grote lijnen voor alle drie de typen recepten geldt. Uitzondering op deze regel vormt echter arts 2 die bij

de pure psychofarmacarecepten in voormeting en nameting (dus tegen zijn verwachting in) niet als lage voorschrijver kan worden aangemerkt.

ltaten(2)
itatief

Niet alleen de hoeveelheid uitgeschreven recepten van artsen kan in de loop der tijd wijzigen: ook inhoudelijk zijn verschuivingen denkbaar. Uit een analyse van de non-psychofarmaca bleek dat het gebruik van verschillende categorieën medikamenten per meetmoment tussen de artsen en tussen beide meetperiodes nauwelijks verschilde. De differentiatie tussen hoge en lage voorschrijvers en de positiever-schuiving van een aantal artsen kan op dit vlak dus niet worden toege-dicht aan (veranderde) voorkeuren voor specifieke medicijnkategorieën.

Ook de psychofarmaca zijn - maar dan nog veel sterker gedetailleerd - per arts in profiel geplaatst. Wanneer de groep als totaal wordt gezien blijkt de opbouw van dit voorschrijfprofiel in de loop van het konsul-tatieproject niet verschoven te zijn en in grote lijnen overeen te komen met gegevens uit andere onderzoeken:

Valium en mogedon worden het meest voorgeschreven; vervolgens komen de categorieën "overige slaapmiddelen", librium en anti-depressiva. Bij de individuele artsen zijn er natuurlijk weleens afwijkingen van dit algemeen profiel, maar niet zodanig dat dit tot andere conclusies zou leiden (vgl. ook bijlage III).

Voor de psychofarmaca is ook nog een tweede analyse uitgevoerd om het profiel nader in te kleuren. De aandacht richtte zich daarbij op de verstrekte hoeveelheden van een aantal veel gebruikte middelen.

Arts 2, die zoals we zagen ook in voorschrijfniveau qua psychofarmaca vrij hoog scoorde, blijkt in beide meetperiodes per verstrekking ook hoge hoeveelheden voor te schrijven. Arts 6 en in iets mindere mate arts 4 laten een toename zien; arts 5 is daarentegen bijna overal terug-houdender geworden met zijn verstrekte hoeveelheden.

Het feit dat de voorgeschreven hoeveelheden anti-depressiva fors zijn gestegen, is echter misschien wel het meest interessante resultaat.

lusie

Deze laatste bevinding brengt ons namelijk rechtstreeks naar de vraag in hoeverre consultatie in verband kan worden gebracht met de in dit deelonderzoek gevonden veranderingen. We blikken daartoe terug op het besprokene.

En dan moeten we allereerst konstateren dat de voorschrijfniveaus van de artsen maar in geringe mate zijn gewijzigd. Er waren lichte ver-schuivingen die de onderlinge posities van de artsen op de voorschrijf-ladder enigszins deed veranderen.

Arts 4 en 5 kwamen in een lagere categorie terecht dan bij de voor-meting het geval was. Deze relatief toegenomen terughoudendheid van arts 5 zagen we ook in andere aspecten van het voorschrijven terug. Het blijft echter vooralsnog onduidelijk waar de oorzaak voor deze verschuiving bij beide artsen moet worden gezocht.

Konsultatie kan bij deze artsen het voorschrijven hebben beïnvloed, PRO-82 kan bij hen hebben doorgewerkt of misschien is de alternatieve verklaring gelegen in de uitspraak van arts 4: "Ik ben nu 6 i.p.v. 4 jaar huisarts!" In de slotbeschouwing komen we hierop terug.

En dan tot slot de stijging van de voorgeschreven hoeveelheden anti-depressiva, bij vier van de zes artsen, reeds aangekondigd als "mis-schien wel het meest interessante resultaat". Op dit punt kan de kon-

sultatie naar alle waarschijnlijkheid wél in verband worden gebracht met de gevonden verandering. De konsultatiegevende psychiater heeft namelijk een verhandeling gegeven over de manier waarop deze middelen voorgeschreven dienen te worden. Grof geschetst kwam zijn betoog erop neer dat artsen deze middelen vaak fout gebruiken: ze schrijven ze wel voor, maar volgen dan niet de kuur-dosering die nodig is wil het medicijn zijn uitwerking hebben. Deze konkrete en direkt toepasbare informatie heeft klaarblijkelijk doorgewerkt in het voorschrijven (een fenomeen dat ook in het SPEECH-onderzoek werd waargenomen op het vlak van temesta).

Wanneer we nogmaals de in 2.2. genoemde verwachtingen ten aanzien van het voorschrijven in beschouwing nemen, dan blijkt de voorspelling die daar als meest voor de hand liggend ten tonele is gevoerd min of meer uitgekomen: geen of slechts een marginale verandering. Expliciet verwachtte geen der artsen een afname in over-all niveau of van psychofarmaca in het bijzonder. Twee artsen (1 en 5) geven wel te kennen meer psychofarmaca voor te schrijven dan ze eigenlijk zouden willen. Van deze twee vertoonde arts 5 ook inderdaad een afname in voorschrijfniveau; het verband hiervan met konsultatie komt in de slotbeschouwing weer ter sprake.

3.5. Het gespreksgedrag van de arts in de spreekkamer

Teneinde de in IV.2.2. geformuleerde vragen m.b.t. de veranderingen in het gespreksgedrag van de arts te beantwoorden, zijn voor en na het konsultatieproject video-opnames van drie uur spreekuurkonsulten gemaakt. In deze paragraaf zullen we dit deelonderzoek zeer beknopt, en in een aantal opzichten maar ten dele, bespreken. Zoals ook met de andere deelonderzoeken het geval was, is dit deelonderzoek afzonderlijk beschreven in de nota "Het spreekkamer gedrag van de arts, onderzoek in het kader van het evaluatie-onderzoek konsultatieproject Eindhoven" (N.H.I. 1979). Naast een veel uitgebreider weergave van de in het onderstaande samengevatte resultaten, gaat men in dat rapport uitvoerig in op de theoretische achtergronden van gedragsobservatie, en de wijze van materiaalverwerving en verwerking. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan de operationalisatie en validering van het begrip "ruimte voor de patiënt", een begrip dat we in deze kontekst op een gegeven moment over zullen nemen voor zover het in dit kader te pas komt, zonder daar ter plekke alle verantwoording voor af te leggen. Ook een thema als interbeoordelaarsbetrouwbaarheid komt in het huidige bestek niet uit de verf, maar wordt in het betreffende rapport uitgebreid behandeld. In deze paragraaf zullen we kort ingaan op de meetmethode en de vraagstelling resumeren, om vervolgens een weergave te geven van de manier waarop het konsultatieproject van invloed is geweest op het gespreksgedrag van de arts.

tmethode
vraagstel-
j

Het gespreksgedrag van de arts is bestudeerd aan de hand van video-opnames die van zijn gesprekken met patiënten werden gemaakt. Deze opnames werden door twee observatoren geskoord in een categorieën-systeem, waarmee gemeten kan worden hoe een arts met psychische klachten van patiënten omgaat en hoeveel ruimte hij in een konsult biedt om problemen te spuien.

Op de volgende wijze is getracht de observaties zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken:

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 skoren
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 observatoroordelen in de loop der tijd worden nagegaan.

Wat de validiteit van het observatiesysteem betreft past het niet in het bestek van een korte overzichtelijke eindrapportage, om uitgebreid in te gaan op de empirische toetsing van de theoretische gedachten die achter het observatiesysteem lagen. Hiervoor is, zoals gezegd, het uitgebreide verslag van het video-onderzoek, de meer aangewezen plaats.

Resumeren we na nogmaals in het kort de verwachtingen die de artsen hadden over mogelijke veranderingen in hun gespreksgedrag en de vraagstellingen die daaruit zijn afgeleid:

Twee artsen verwachtten, we hoorden dit al eerder, dat er niet zoveel zal veranderen door het konsultatieprojekt.

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.

De andere artsen waren vrij eensluitend in hun verwachtingen. Allemaal verwachtten zij een toename van hun gevoeligheid voor psycho-sociale problematiek, en allemaal verwachtten zij meer gesprekken te zullen voeren met patiënten waarbij ze psycho-sociale problemen vermoedden waarbij de aard van de gesprekken waarschijnlijk zal verschuiven van luisteren (praatpaal zijn)/ exploreren naar meer inzichtbevorderend en gedragsveranderend bezig zijn.

Uit deze verwachtingen zijn de in 2.2. genoemde vraagstellingen afgeleid. Dit waren in eerste instantie een aantal vraagstellingen die rechtstreeks af te leiden zijn uit de verwachtingen van de artsen zelf: gaat de arts meer signaleren en vaker proberen actief psycho-sociale problematiek op te sporen? Daarnaast merkten we op dat naast de inhoud van de gespreks-

voering ook de vorm van de gevoerde gesprekken een belangrijk aandachtspunt is.

Omtrent de manier waarop een arts kan bereiken dat een bepaalde inhoud van het gesprek naar voren kan komen, bestaat er bij de onderzoekers een visie, die m.b.v. de resultaten van de voormeting empirisch getoetst is: psycho-sociale problemen zullen gemakkelijker aan de orde komen naarmate de arts aan de patiënt meer ruimte biedt.

Het ruimte geven aan de patiënt kan op de volgende wijze worden ingevuld:

- de objektieve ruimte in termen van de tijd die aan de patiënt wordt gegund
- de subjektieve ruimte, waardoor de indruk aan de patiënt gegeven wordt dat hij de ruimte heeft om vrijuit te praten. Dit geschiedt door een aandachtige houding, rust en interesse en door empathie te tonen
- ruimte voor de patiënt in procestermen:
door op het juiste moment onderwerpen aan te snijden geeft de arts ruimte: door te interrumperen, af te kappen e.d. ontnemt hij ruimte
- ruimte voor de patiënt in termen van machtsverhouding tussen arts en patiënt.

Van deze verschillende invullingen, die aan het begrip ruimte voor de patiënt kunnen worden gegeven zal worden nagegaan of er tussen voor- en nameting verschillen te konstateren zijn.

We bespreken zodoende op de komende pagina's eerst de mate waarin de inhoud van het gesprek verandert volgens verwachting van de artsen, vervolgens of de artsen meer of minder ruimte aan de patiënt zijn gaan geven.

Resultaten(1) We gaan hier in op die gegevens, die te maken hebben met de verwachtingen
duidelijke van de artsen zelf over wat er in hun gedrag zou kunnen veranderen onder
veranderingen invloed van het konsultatieprojekt.

Op basis van Zoals eerder in deze paragraaf is aangegeven gaat het dus om gegevens
verwachtingen m.b.t. de proportie klachten die de arts als psycho-sociaal gaat be-
de artsen noemen, de mate waarin hij psycho-sociale onderwerpen in het konsult
aan de orde laat komen, de mate waarin hij al of niet ingaat op psycho-
sociale problematiek en de manier waarop hij dat doet; tevens besteden
we aandacht aan de tijdsduur van de konsulten en van de psycho-sociale
fragmenten daarin.*

In de voor-en nameting *namen* de meeste artsen ongeveer dezelfde *proportie klachten waar als somatisch, psychosociaal, of een tussenvorm.*

Van arts 2 kunnen we zeggen dat hij de konsulten in de nameting duidelijk psycho-socialer scoorde, terwijl dit in mindere mate ook voor arts 4 gold.

De mate waarin *psycho-sociale aspecten ter sprake kwamen* bleef voor drie artsen vrijwel gelijk (arts 1, arts 3, arts 5). Bij arts 2 kwamen ze

* cijfers over al deze variabelen worden deels in bijlage gegeven. Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar het onderzoeksrapport "gespreksgedrag van de arts".

vaker* aan bod, evenals bij arts 6, terwijl ze bij arts 4 juist minder voorkwamen. Dit laatste is opvallend omdat deze arts meer klachten niet somatisch ging noemen. Voorts geldt voor alle artsen, dat in de nameting ook vaker somatische aspecten aan bod kwamen.

Wanneer er psycho-sociale aspecten in het konsult aan de orde komen, kan dit op het initiatief van de arts of van de patiënt gebeuren. Wanneer we kijken of de artsen na het konsultatieprojekt vaker dergelijke initiatieven namen, dan blijkt dit wederom bij arts 2 het geval te zijn geweest, terwijl ook arts 6 relatief in meer konsulten het initiatief tot psycho-sociale gespreksonderwerpen nam. Bij artsen 3 en 5 kwamen deze initiatieven juist minder voor.

We hebben gelet op het aantal keren dat psycho-sociale aspecten en initiatieven daartoe voorkwamen in de totale verzameling van konsulten. Wanneer we het voorkomen hiervan relateren aan die hoeveelheid konsulten, waarin de arts van mening was dat de klachten niet puur somatisch waren, zien we het volgende beeld: arts 2 en arts 3 laten in de nameting vaker psycho-sociale onderwerpen ter sprake komen, terwijl arts 4 en arts 5 minder vaak psycho-sociale onderwerpen ter sprake laten komen, in gevallen waarvan ze de klachten als niet -puur somatisch beschouwen.

Tot nu toe hebben we ons beperkt tot de perceptie die de arts had van de klachten en het feit of er überhaupt niet somatische onderwerpen ter sprake kwamen. We kunnen ook gericht kijken: gaat *de arts al dan niet nader in op psycho-sociale aspecten* wanneer deze (naar de mening van de arts en/of van de observatoren) aanwezig zijn, en zo ja, hoe doet hij dat?

Wanneer we weer, zoals gebruikelijk, voor- en nameting vergelijken, constateren we meer verandering in de mate waarin de artsen psycho-sociale problemen negeren of laten liggen, dan in de mate waarin ze wel erop reageren**. Arts 1 en vooral arts 2 negeren in de nameting minder psycho-sociale problemen dan in de voormeting. Bij arts 3, arts 4 en arts 6 zien we echter dat ze vaker geen aandacht besteden aan bepaalde psycho-sociale aspecten van klachten. Arts 4 is in de nameting ook veranderd, wanneer we letten op het wèl ingaan op psycho-sociale klachten: hij doet dit in minder van de vóórkomende gevallen.

Nadere inspektie van de diverse manieren waarop artsen zoal kunnen reageren op psycho-sociale problemen laat geen grote veranderingen zien; het zijn veeleer enige details die hierover op te merken zijn; zo was het voeren van een gesprek voor arts 6 in de nameting niet meer de meest

* Het aantal konsulten waarin de observatoren het onduidelijk vonden of er nu wel of niet psycho-sociale aspecten aan de orde kwamen nam daarentegen af bij arts 2, in bijna dezelfde mate als de psycho-sociale aspecten toenamen. Het is dus onduidelijk of er wellicht sprake is van een artefakt, veroorzaakt door de observatoren.

** Negeren en reageren zijn in ons observatieschema geen elkaar aanvullende categorieën, omdat in één konsult beide gedragsvormen geskoord kunnen worden.

voorkomende wijze van reageren (wat het in de voormeting voor alle artsen was). Arts 6 reageerde in de nameting deels directiever: hij gaf vaker adviezen, deels terughoudender: hij gaf vaker de problematiek terug aan de patiënt. In dit laatste opzicht staat hij niet alleen: behalve arts 3 en arts 4 gaan alle artsen er in de nameting toe over om de problemen vaker aan de patiënt "terug te geven". Deze wijze van reageren kwam in de nameting bijna tweemaal zo veel voor als in de voormeting. Het adviseren nam daarentegen (behalve dus bij arts 6) in het algemeen af. Dit is wel interessant, in zoverre als we het geven van een advies kunnen opvatten als een vrij konventionele "artsenmanier" om een probleem op te lossen, die vaak niet de meest effectieve is bij m.n. psychosociale problemen. De patiënt aan zichzelf overlaten gaat daarentegen in tegen de "hulpneiging" die hulpverleners in het algemeen en artsen in het bijzonder eigen is. Het is een thema dat ook wel in de konsultatiezittingen naar voren is gekomen.

Wanneer we het voeren van gesprekken verder bekijken, kunnen we een indeling maken van passief ("praatpaal zijn", "geruststellen") naar meer actief (exploreren, inzicht bevorderen, tenslotte gedragsveranderend bezig zijn). Zowel in voor- als nameting kunnen we stellen dat de categorie "exploreren" het meest voorkomt, echter minder nadrukkelijk in de nameting. Bij artsen 1, 2 en 5 zien we in de nameting een belangrijke plaats ingeruimd voor een inzichtbevorderende gespreksvoering. Dit gaat bij deze artsen gepaard met een afname van de meer passieve gesprekstijlen.

Het omgekeerde nemen we daarentegen waar bij arts 3, die in de voormeting voornamelijk exploreerde, in de nameting ook veelvuldiger op passieve wijze een gesprek voerde over psychosociale problemen. Arts 4 handhaaft zijn frekwentie van passieve gesprekstijlen; hij exploreert minder vaak, maar gaat iets vaker inzichtbevorderend en gedragsveranderend te werk. Arts 6 blijft in voor- en nameting op vrij passieve wijze gesprekken voeren.

Zoals reeds opgemerkt, waren de onderzoekers van mening dat meer aandacht voor psychosociale aspecten ook tot uiting zou kunnen komen in een toename van *de tijd die hieraan besteed* wordt, en zodoende ook in de totaal tijd van het konsult.

Wanneer we kijken naar de tijd die aan psychosociale delen van het konsult besteed werden, dan blijkt die toename alleen bij arts 2 te bestaan. Arts 3 en arts 4 gaan daarentegen minder tijd besteden aan psychosociale delen van hun konsult. Bij arts 3 valt daarbij op dat de totaal tijd die hij aan een konsult besteed wel toeneemt, evenals overigens bij arts 2.

Overzien we al deze resultaten in het licht van de tevoren uitgesproken verwachtingen dan blijkt arts 2 over de gehele linie de verwachte verandering tussen voor- en nameting laat zien: hij gaat meer klachten als mede-psychosociaal zien, in zijn konsulten komen vaker psychosociale onderwerpen aan de orde, waartoe hij ook vaker het initiatief neemt;

hij negeert minder vaak psychosociale aspecten, en wanneer hij gesprekken voert kunnen deze vaker als "actief" bestempeld worden.

Dit alles gaat gepaard met een langere duur van de psycho-sociale fragmenten, terwijl de totale konsulten ook langer duren. Voor de overige artsen gelden deze veranderingen slechts incidenteel: bij arts 6 komen meer psycho-sociale aspecten aan de orde, waartoe hij ook vaker het initiatief neemt; arts 1 negeert minder vaak psycho-sociale problematiek en samen met arts 5 stelt ook hij zich aktiever op in het gesprek. Hiertegenover staat dat met name arts 3 en arts 4 een aantal malen verandering vertonen in de omgekeerde richting dan verwacht.

We mogen zo zeggen dat er maar twee veranderingen zijn, die meer dan incidenteel voorkomen: drie artsen stellen zich aktiever op in de gesprekken die ze voeren, en wanneer de artsen reageren op psycho-sociale problematiek doen ze dit op één na vaker door de patiënt zijn eigen probleem te laten oplossen.

Deze veranderingen werden door vier artsen ook als verwachting uitgesproken: in grote lijnen zijn dat ook de artsen waarbij die veranderingen plaats vonden.

Wel moeten we nadrukkelijk de reeds eerder gemaakte relativering herhalen, dat hier slechts een tweemaal \pm 20 waarnemingen per arts met elkaar worden vergeleken, die een momentopname van de artsen vormen.

Een zekere konsistentie tussen de diverse variabelen valt echter wel op te merken, zodat we geneigd zijn te zeggen dat bij die twee opnamen arts 2 de tweede maal "psycho-socialer" is, terwijl arts 3 en arts 4 "minder psycho-socialer" zijn dan de eerste keer.

ultaten(2)
nte voor
patiënt

Enige pagina's terug gaven we aan, dat om psycho-sociale problematiek op te sporen en bespreekbaar te maken, de arts hiervoor ruimte moest bieden aan de patiënt. We gaven een aantal operationalisaties aan van dit begrip "ruimte voor de patiënt" variërend van de tijd die de arts de patiënt aan het woord laat, tot een oordeel over de mate waarin het konsult, of gedeelten daarvan als arts- of patiënt-gecentreerd beschouwd kunnen worden.

Uit analyse van het videomateriaal van de voormeting kwamen de volgende bevindingen naar voren:

- wanneer konsulten worden opgesplitst in delen waarin somatische aspecten aan de orde zijn en delen waarin de arts zich met psychische aspecten bezig houdt, krijgen we met verschillende gedragsstijlen te maken.
- Psycho-sociale fragmenten zijn i.h.a. langer dan somatische en ze vertonen een veel grotere variatie in duur;
In het eerste opzicht verschillen de artsen onderling meer dan in het tweede.
- In de psycho-sociale fragmenten heeft de patiënt i.h.a. meer inbreng dan in de somatische; hij gebruikt meer sturende procesvariabelen maar ook meer remmende.
- Onderling blijken de diverse operationalisaties van "ruimte voor de patiënt" samen te hangen binnen de psychosociale fragmenten en binnen de somatische fragmenten. Er is echter geen samenhang tussen variabelen die binnen het ene soort fragment en het andere soort zijn geskoord.

Deze bevindingen in acht nemende, zullen we nu van de verschillende conceptualiseringen van "ruimte voor de patiënt" nagaan of ze in de nameting vaker voorkomen of niet. We gaan dit zowel voor de somatische als voor de psycho-sociale gespreksfragmenten na.

Objektieve ruimte De meest objektieve "maat" om de ruimte die de patiënt krijgt vast te stellen, is de hoeveelheid tijd die de patiënt t.o.v. de arts aan het woord is. We zagen reeds dat in de totale tijd die een konsult in beslag neemt weinig verandering is gekomen wanneer we voor- en nameting vergelijken. Alleen arts 2 ging gemiddeld meer tijd per konsult besteden. Ook in de gemiddelde *spreektijd* van arts en patiënt in de somatische delen is niet zoveel veranderd. In voor- en nameting ontlopen het aandeel van arts en patiënt elkaar niet zo erg veel, en bij geen enkele arts zijn er in dit opzicht opzienbarende verschuivingen te zien. De psycho-sociale delen van het konsult variëren in alle opzichten meer: Artsen 3 en 4 gingen er minder en arts 2 ging meer tijd er aan besteden. De relatieve inbreng van de patiënt werd groter bij arts 2, arts 4 en arts 6, terwijl er sprake was van een afname bij arts 1 en arts 3. Bij de eerstgenoemde drie artsen is dus sprake van een toegenomen objektieve ruimte voor de patiënt.

Subjektieve ruimte Onder de subjektieve of psychische ruimte van de patiënt verstaan we de mate waarin de patiënt de indruk krijgt dat hij de ruimte krijgt om vrijuit te praten, dat men naar hem luistert, etc. Deze indruk kan gewekt worden door een aandachtiger houding, door verbale uitingen waaruit een "unconditioned positive regard" blijkt, door de rust van het konsult en door de interesse die de arts ten toon spreidt.

Dat deze diverse operationalisaties alle te maken hebben met hetzelfde concept "subjektieve ruimte" bleek uit analyse van het materiaal uit de voormeting: binnen de psycho-sociale gespreksfragmenten bestaat een hoge samenhang tussen vrijwel alle variabelen die pretenderen deze subjektieve ruimte te meten. Deze samenhangen vinden we niet terug in de somatische delen, zodat voor ons voornamelijk de ontwikkelingen in de psycho-sociale fragmenten van belang zijn.

Bezien we nu de verschillen tussen voor- en nameting in de diverse opzichten.

De *aandacht* van alle artsen in de psycho-sociale delen wordt door de observatoren positiever beoordeeld in de nameting. Wanneer we aandacht meten door de tijd te skoren dat de arts de patiënt aankijkt, dan blijkt deze bij de artsen 1 t/m 4 relatief te zijn toegenomen.

De *empathische gesprekskategorieën* (parafraseren, reflekteren, steunen) zijn in de psycho-sociale fragmenten toegenomen bij arts 1 en arts 2. Binnen de somatische fragmenten kwamen veranderingen slechts marginaal voor.

De geskoorde *interesse* van de arts nam toe, maar dit geschiedde wat betreft arts 1, arts 2 en arts 4 met name in de somatische gespreksdelen, terwijl arts 3, arts 4, arts 5 en arts 6 een toename van konsultdelen waarin ze geïnteresserd overkwamen, ten toon spreidden in de psycho-

sociale sektor.

Het aantal somatische delen dat als *rustig* werd beoordeeld nam vooral bij arts 3 wat af; psycho-sociale fragmenten werden i.h.a. veel rustiger geskoord dan somatische, dit was in de nameting in nog sterker mate het geval.

Het gehele gebied van de "subjektieve ruimte voor de patiënt" overziend, krijgen we de indruk dat deze eerder is toegenomen dan afgenomen in de nameting.

Ruimte voor de patiënt in procestermen Los van de toch wel passieve variabelen (tijd gunnen, aandachtig volgen, etc) kan de arts ook op een aktievere manier het konsult sturen in een door hem gewenste richting. Door een nieuw onderwerp aan te zwengelen of dóór te vragen op een bepaald thema kan hij de patiënt ruimte geven; door bepaalde opmerkingen van de patiënt te negeren, hem te interumperen of zelfs af te kappen kan hij hem die ruimte (weer) ontnemen.

In het algemeen werden in de nameting in meer psycho-sociale fragmenten door de artsen nieuwe onderwerpen *aangekaart*. Deze gedragsstijl kwam in de voormeting al meer voor in psycho-sociale fragmenten dan in somatische, door toename ervan in eerstgenoemde en een afname in laatstgenoemde fragmenten werd deze diskrepantie nog groter. Het *doorvragen* geschiedde minder bij een aantal artsen in de psycho-sociale fragmenten van de nameting.

De mate van *interrumperen*, *afhouden* en *afkappen* in somatische en psycho-sociale gespreksdelen bleef nagenoeg gelijk.

In het algemeen worden deze remmende gespreksvariabelen meer geskoord in psycho-sociale dan in somatische fragmenten (dát heeft natuurlijk te maken met het feit dat patiënten in psycho-sociale fragmenten langer aan het woord zijn).

De ruimte voor de patiënt in procestermen is dus voornamelijk toegenomen in de zin dat de arts in psycho-sociale delen vaker nieuwe onderwerpen gaat aansnijden.

Ruimte voor de patiënt in termen van zijn inbreng in het konsult.

Tot slot is de inbreng van de patiënt door de observatoren beoordeeld in termen van het "power shift model" van Byrne en Long. Kort samengevat komt dit er op neer dat de observatoren beoordelen in hoeverre m.b.t. diagnostiek en m.b.t. therapie gebruik wordt gemaakt van de kennis en ervaring van de patiënt, in hoeverre de patiënt zelf de beslissing wordt gelaten, etc.

De resultaten van een vergelijking tussen voor- en nameting laten zich goed rijmen met de overige resultaten met betrekking tot de ruimte die de arts aan zijn patiënten geeft. In de somatische fase zijn hoegenaamd geen verschillen te konstateren: bij alle artsen blijven de observatoren van mening dat zowel diagnostische als therapeutische fase meer arts- dan patiënt-gecentreerd is.

De psycho-sociale fasen zijn überhaupt meer patiënt-gecentreerd dan de somatische fase. Bovendien zien we in de diagnostiek weinig verandering optreden, maar is de therapie in de nameting meer patiënt-gecentreerd dan in de voormeting.

Het meest valt dit op bij arts 2, arts 3, arts 5 en arts 6.

(N.B. arts 1 en arts 4 scoorden in de voormeting al hoog in dit opzicht). Dit sluit enerzijds aan bij de algehele tendens, dat de artsen juist in de psycho-sociale delen meer ruimte aan de patiënten geven. Daarnaast sluit met name het feit dat dit in de therapie tot uiting komt, aan bij het gegeven dat artsen vaker de problematiek teruggeven aan de patiënt (vgl. resultaten volgens verwachting van de arts).

Konklusies

In sterker mate dan bij de vorige deelonderzoeken het geval was, menen we dat in het spreekkamergedrag een aantal veranderingen in de verwachte richting hebben plaats gevonden. Wanneer we letten op de manier waarop de artsen omgingen met psychische klachten dan constateren we met name kleine veranderingen in die gevallen dat ze gespreksmatig ingingen op psychische problematiek:

ze gingen vaker inzichtbevorderend te werk en pasten passievere gespreksstijlen iets minder toe.

Een categorie van aanpak van psychische problemen die duidelijk vaker werd gehanteerd was het teruggeven van de problematiek aan de patiënt.

Wanneer we letten op de ruimte die de arts aan de patiënt biedt dan blijken de veranderingen zich met name in de psycho-sociale fragmenten van het konsult af te spelen. We zijn geneigd om in deze delen een toename van de subjektieve ruimte voor de patiënt te constateren, de artsen zijn in de nameting aandachtiger en vaak wat empathischer en geïnteresseerder.

Dit alles zou er toe bij moeten dragen dat de patiënt het gevoel krijgt met zijn problemen naar voren te kunnen komen: ook procesmatig krijgt hij meer ruimte, althans in dit opzicht, dat de arts vaker nieuwe onderwerpen aansnijdt in de psycho-sociale fragmenten.

Een derde argument voor een toegenomen ruimte voor de patiënt is het oordeel van de observatoren dat de therapie die in psycho-sociale fragmenten wordt ingezet meer onder invloed van de patiënt is komen te staan.

Natuurlijk berusten deze konklusies op een gering aantal metingen (n = 20 o.i.d.) op één toevallige dag verricht, maar gezien het feit dat alle veranderingen die we zo constateren dezelfde richting opgaan en elkaar zo ondersteunen, versterken ons gevoel dat er van een verandering sprake is.

Een verandering die aansluit bij verwachtingen van tenminste vier van de zes artsen: juist hun manier van direkte omgang met problemen staat voor hen het meest ter discussie en kwam ook veelvuldig in konsultatiezittingen ter sprake.

In dit opzicht lijkt het gespreksgedrag eerder in aanmerking te komen voor een verandering dan b.v. het voorschrijven van medicijnen of het verwijspatroon.

4. Artsprofielen

De resultaten uit de vier deelonderzoeken zijn in vogelvlucht behandeld. Nu eens kwam de ene, dan weer de andere arts in de schijnwerpers te staan, maar merendeels was het voorgaande betoog te kenschetsen als een verslag in de breedte.

Hoe het elke individuele arts is vergaan gedurende de onderzoeksperiode is uit zo'n relaas soms slechts moeizaam en soms zelfs in 't geheel niet te achterhalen. Ter afsluiting van dit hoofdstuk volgen dan ook een zestal impressies*; bundelingen per arts van de in het evaluatie-onderzoek verkregen bevindingen.

De hiervoor beschreven "rode draad" in de resultaten wordt in deze profielen bekend verondersteld.

Arts 1

Bij de start van het konsultatieproject verwoordt arts 1 dat hij zijns inziens als huisarts een ruime taak heeft op psycho-sociaal vlak. In kwantitatieve termen (hoeveel problemen laat ik liggen? hoe vaak voer ik een gesprek?) voldoet hij daar naar zijn eigen zeggen wel aan, maar inhoudelijk behoeft deze psycho-sociale hulpverlening nog wel enige verbetering. Hij verwacht dan ook dat het konsultatieproject vooral inhoudelijke veranderingen teweeg zal brengen; dergelijke veranderingen zijn samen te vatten onder de noemer "verbreiding van het gedragsreper-toir". De resultaten van het onderzoek stroken met de door de arts verwachte konstantheid in de kwantiteit van verschillende gedragsalternatieven. Het psycho-sociale karakter van zijn hulpverlening varieert per deelonderzoek maar komt zeker wèl tot uiting in zijn spreekkamergedrag.

Arts 1 behoort tot de groep artsen die relatief weinig psycho-sociale klachten waarnemen. Hij blijft iets meer dan de helft van de klachten somatisch beoordelen.

Op het gebied van verwijzen scoort hij relatief hoog. Zowel in de voor- als in de nameting tellen we ongeveer 10 verwijzen op eigen initiatief per 100 spreekuurkontakten.

Het aandeel van de verwijzingen naar medisch specialisten binnen zijn totale verwijspakket stijgt enigszins. Voor wat betreft de verwijzingen in de paramedische en psycho-sociale sektor blijft arts 1 aan de onderkant van de groep "hoge" verwijzers. Opvallend is nog dat hij in de 2^e meetperiode in de psycho-sociale sfeer alleen naar het maatschappelijk werk verwijst.

Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen konstateren we dat arts 1 een relatief lage voorschrijver blijft: in de nameting worden bijvoorbeeld ruim 3 van de tien patiëntenkontakten niet afgerond met een recept. Dit lage voorschrijfniveau geldt zowel voor recepten met enkel psychofarmaca als voor recepten met psychofarmaca als voor recepten zonder psychofarmaca.

In de soorten psychofarmaca die deze arts verstrekt, volgt hij het algemene patroon. Alleen de antidepressiva zijn bij hem minder in zwang dan bij de overige artsen.

* aangezien de kontrolegroep slechts bij één deelonderzoek in de analyse is opgenomen, beperken we ons hier tot de 6 leden van de experimentele groep.

Zijn spreekkamergedrag had in de voormeting, we zeiden dit al, in vergelijking met andere artsen een psycho-sociaal karakter: van de in het video-onderzoek opgenomen spreekuurkontakten beoordeelde hij er relatief weinig als puur-somatisch, er kwamen vaak psycho-sociale gespreks-onderwerpen aan de orde, hij negeerde weinig psycho-sociale problematiek, en gebruikte veel alternatieven om te reageren op deze problemen. De ruimte die arts 1 in de voormeting aan zijn patiënten geeft is in alle opzichten echter niet meer dan gemiddeld.

In dit laatste opzicht zien we als verandering dat met name de zo genoemde subjectieve ruimte voor de patiënt toeneemt: in de psycho-sociale onderdelen is arts 1 in de nameting aandachtiger, empathischer, en geïnteresseerder, daarnaast neemt ook de ruimte in procestermen toe; hij zwengelt meer nieuwe onderwerpen aan en interrumpeert minder. Omdat dit allemaal veranderingen zijn die we ook meer in het algemeen zagen optreden, verandert zijn positie t.o.v. de andere artsen niet zoveel wat betreft de ruimte die hij aan zijn patiënten gunt.

Wat betreft zijn manier van reageren op psycho-sociale klachten, noemden we hem "een psycho-sociale arts". In dit opzicht kunnen we vermelden dat hij toch nog een vermindering in het negeren van problemen laat zien; verder is in zijn gedragsrepertoire het teruggeven van de problematiek aan de patiënt duidelijk toegenomen.

Arts 2

Ook arts 2 onderschrijft tijdens de voormeting in vrij ruime mate het psycho-sociale karakter van de huisartsentaak, zij het dat dit niet op elk gebied impliceert dat hij daaruit ook strakke normen voor zijn eigen handelen afleidt. (Bijv. over de mate waarin arts 2 vindt dat hij psychofarmaca mag/moet voorschrijven). In kwantitatieve termen voldoet arts 2 zijns inziens merendeels aan zijn eigen opvatting over de huisartsentaak. Veranderingen onder invloed van het konsultatieproject voorziet hij vooral op inhoudelijk vlak: niet meer of minder hulpverlening, maar beter hulpverlening. Wél verwacht hij een afname van de psychofarmaca-uitgifte.

In het algemeen gesproken zijn de onderzochte aspecten "voorschrijven" en "verwijzen" bij arts 2 niet veranderd. In beide metingen verwijst hij veel patiënten op eigen initiatief (12 per 100 spreekuurkontakten) en schrijft hij niet zo vaak medicijnen voor. Toch zien we bij deze arts heel duidelijk hoe de verschillende onderzochte gedragsaspecten elkaar beïnvloeden.

Arts 2 neemt tijdens beide metingen relatief veel psycho-sociale klachten waar. Slechts zo'n 30 procent van de aangeboden problematiek wordt als puur somatisch beoordeeld.

We zien dan ook bij hem onder meer een stijging van verwijzingen in de psycho-sociale sfeer. Deze stijging van de verwijzingen op eigen initiatief keert ook in de absolute cijfers terug. Geen enkele verwijzing in de eerste meetperiode en dertien in de laatste meetperiode. Het R.P.I. is hierbij in het geheel niet in het geding; het maatschappelijk werk neemt daarentegen de hoofdmoot voor zijn rekening.

Die psycho-sociale kijk op het klachtenaanbod gaat ook samen met een hoog voorschrijfniveau op het gebied van de psychofarmaca: dit was hoog in de voormeting en verandert - zijn verwachtingen hierover ten spijt - niet in de nameting. Hij blijft ook afwijken van zijn kollega's

wat betreft de soorten psychofarmaca die hij voorschrijft. Zo verstrekt hij verhoudingsgewijs vaak antidepressiva, waarvan de gemiddelde dosering - zoals bij de meeste artsen - na het konsultatieproject is toegevoegd.

De grootste verandering in zijn behandeling van psycho-sociale problematiek treffen we aan in zijn gespreksgedrag. In de voormeting kwalificeerden we hem als een "onduidelijke" arts: in veel fragmenten was het de observatoren niet duidelijk of er nu psycho-sociale aspecten op een verholde manier aan de orde kwamen, of dat de arts zich toch bepaalde tot puur somatische aspecten. In zijn behandeling van psychische problematiek, werd deze vaak met de ene hand aangehaald om vervolgens met de andere hand afgewezen te worden.

Deze onduidelijkheid is in de nameting verdwenen er komen vaker psycho-sociale aspecten aan de orde, problemen worden minder vaak genegeerd, het initiatief om problemen aan te kaarten is vaker van de arts afkomstig, en het gedragsrepertoire is verbreed.

Wanneer hij gespreksmatig reageert op problematiek, hanteert hij een aktievere gespreksstijl: gesprekken zijn hoofdzakelijk explorerend en inzichtsbevorderend.

Dit alles komt ook tot uiting in een verdubbeling van de gemiddelde tijd die psycho-sociale fragmenten in beslag nemen, hetgeen weer resulteert in een toename van de totaaltijd van zijn konsulten.

Daarnaast is ook de ruimte voor de patiënt toegevoegd, de aandacht en empathie van de arts, en het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen vertonen een toename in de nameting, terwijl de instelling van een therapie bij psychische problemen ook veel meer patiënt-centerend was. Al met al vertonen de konsulten van de nameting van arts 2 in alle opzichten de veranderingen t.o.v. de voormeting die door de onderzoekers verwacht waren, en waartoe hij zelf, blijkens zijn verwachtingen, ook gedisponeerd was.

Arts 3

Arts 3 vindt bij aanvang van het projekt dat hij als huisarts in wezen slechts een beperkte taak heeft op psycho-sociaal terrein. Hij doet zijns inziens in de praktijk vaak meer dan volgens zijn eigen taakstelling zou moeten en dat komt dan deels omdat patiënten dat blijkbaar wensen. Arts 3 voorziet geen veranderingen in zijn funktioneren als huisarts: noch kwantitatief noch inhoudelijk. Hij is dan ook één van de twee artsen die puur uit solidariteitsoverwegingen deelnemen aan het konsultatieprojekt.

En zijn verwachting komt redelijk uit. Arts 3 blijft relatief weinig psycho-sociale klachten waarnemen. In voor- en nameting wordt ongeveer 40% van het klachtenaanbod als zodanig beoordeeld. Hij blijft ook een relatief lage verwijzer. Per 100 spreekuurkontakten worden circa 4,5 patiënten op eigen initiatief verwezen. Het aandeel van de verschillende verwijzingsmogelijkheden in dit totaalpakket van verwijzingen verschuift niet of slechts marginaal. Het lage verwijzingsniveau van arts 3 wordt op het vlak van de medisch specialisten deels verklaard door het feit dat hij eigenlijk alleen naar de gebruikelijke specialismen verwijst: de bij andere artsen redelijk gevulde "rest"-kategorie is bij hem nauwe-

lijks van belang. In de psycho-sociale sektor valt nog op dat deze arts in zijn - sporadische - verwijzingen naar maatschappelijk werk/psycho-sociale hulpverlening geen specifieke voorkeuren blijkt te hebben. Arts 3 is een relatief hoge voorschrijver gebleven: bijna elk contact met patiënten resulteert in een recept. Het hoge voorschrijfniveau heeft niets te maken met het feit of de uitgeschreven recepten al dan geen psychofarmaca bevatten. Bij de verstrekte psychofarmaca spannen valium en mogadon overigens de kroon.

Zijn ideeën over zijn huisartsentaak waren in de voormeting in een aantal opzichten ook zichtbaar in zijn gespreksgedrag: in veel konsulten kwamen uitsluitend somatische onderwerpen ter sprake; bij een vermoeden van psychische problematiek nam hij wel vaak het initiatief om ze te bespreken, negeerde zo ook weinig problemen, maar kwam niet altijd tot een gesprek, en wanneer het tot praten kwam duurden de gesprekken vaak erg kort.

En veel verandering is hier niet in gekomen: de initiatieven om problematiek aan te snijden zijn afgenomen, problemen worden wat vaker genegeerd, en de gespreksstijl van arts 3 wordt als passiever beoordeeld: i.t.t. de voormeting fungeert hij vaker als praatpaal of stelt alleen maar gerust. De reeds geringe tijd die aan psycho-sociale fragmenten werd besteed is verder afgenomen. Wanneer we letten op de ruimte die zijn patiënten krijgen is het echter niet zo, dat deze zonder meer minder geworden zou zijn: weliswaar is de objektieve ruimte afgenomen, relatief is de patiënt in de psycho-sociale gespreksfragmenten minder aan het woord en worden minder nieuwe onderwerpen aangesneden; daar staat tegenover dat de arts als aandachtiger, geïnteresseerder en rustiger wordt beoordeeld, en de therapie in geval van psychische problemen meer aan de patiënt wordt overgelaten.

Arts 3 is zo de somaticus gebleven, die hij wenst te zijn, maar indien hij psychische problemen aan bod laat komen, krijgt de patiënt in een aantal opzichten daar ook de ruimte voor.

Arts 4

Arts 4 vindt dat hij als huisarts op psycho-sociaal terrein eigenlijk veel hoort te doen. Hij komt zijns inziens echter niet geheel aan deze taakstelling tegemoet: teveel psycho-sociale aspecten van klachten zouden niet worden opgemerkt en de gesprekken met patiënten zouden inhoudelijk nog niet goed genoeg zijn. Arts 4 voorziet alleen op dit laatste gebied veranderingen.

De gedragsmetingen in de verschillende deelonderzoeken brengen echter ook veranderingen aan het licht in andere aspecten van het functioneren van deze arts.

Zo is arts 4 wél meer psycho-sociale klachten gaan waarnemen.

Benoemde hij eerst 40% van het probleemaanbod als psycho-sociaal, nu wordt aan 60% (ook) psycho-sociale aspecten onderscheiden.

De verwijsgegevens van deze arts 4 zijn, op onduidelijke punten, niet geheel vergelijkbaar met het LISZ. Maar als we de cijfers voorlopig nemen voor wat ze zijn, blijkt arts 4 een relatief lage verwijzer te zijn en te blijven. Per 100 spreekuurkontakten vinden plusminus 5 verwijzingen op eigen initiatief plaats. Het lage verwijsniveau van de arts kan niet worden toegedicht aan een uitschieter in de medische, paramedische of maatschappelijk werk/psycho-sociale verwijzingen. Hij

verwijst in alle drie de categorieën weinig, zelfs ondanks het feit dat de paramedische verwijzingen op eigen initiatief iets stijgen. Deze laatste toename is gekoncentreerd op de verwijzingen naar fysiotherapie. Het lage verwijzen is binnen de categorie medische specialisten geen consistent kenmerk. Zo maakt de arts in de eerste meting bijvoorbeeld uitgesproken veel gebruik van chirurgie en gynaecologie. De grote "winst" op de hoge verwijzers behaalt arts 4 net als zijn kollega arts 3 door de "rest"-categorie slechts sporadisch te gebruiken.

Over verwijzingen in de psycho-sociale sfeer kan eigenlijk alleen maar worden opgemerkt dat ze nauwelijks voorkomen; de 4 verwijzingen (één naar het M.O.B. en 3 naar het maatschappelijk werk) vinden plaats in de eerste en de tweede meting. De nameting is op dit punt blanko.

Bij arts 4 treffen we een lichte daling aan in het aantal voorgeschreven recepten. Hij profiteert zich in de nameting - met name door een verdere vermindering van de recepten zonder psychofarmaca - als duidelijk de laagste voorschrijver van alle konsultatievragers: de helft van de patiëntkontakten wordt zonder het uitreiken van een recept afgesloten. Het lage voorschrijfniveau is niet afhankelijk van het feit of het recept al dan niet een psychofarmacon bevat. In de soorten psychofarmaca die arts 4 verstrekt volgt hij de algemene lijn, we constateren wel een lichte toename in de verstrekte hoeveelheden van deze middelen. Maar, zoals gezegd, ging hij ook veel meer psycho-sociale klachten opmerken.

Deze toename in proportie klachten die als psycho-sociaal worden beschouwd, vinden we ook terug bij de videokonsulten.

Hoewel arts 4 inhoudelijk zijn gespreksgedrag zou willen verbeteren, gaat deze toename in waargenomen problematiek niet gepaard met een toename van ter sprake gekomen problematiek; voorts heeft de toename in waargenomen problematiek als gevolg dat meer problemen wat behandeling betreft, genegeerd worden, terwijl de proportie problemen waar hij wel op reageert afneemt. De gemiddelde tijd, besteed aan psycho-sociale fragmenten neemt sterk af. Dit neemt niet weg dat - zoals bij de meeste artsen - de ruimte voor de patiënt in de psycho-sociale fragmenten toeneemt in een aantal opzichten: de relatieve spreektijd voor de patiënt, de aandacht en interesse van de arts, en het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen zijn aspecten van het begrip "ruimte voor de patiënt", die toenemen in de weinige psycho-sociale gespreksfragmenten. Daarentegen worden in deze gevallen ook minder empathische uitingen en meer remmende procesvariabelen gekonstateerd.

Al met al is in gespreksmatig opzicht toch niet voldaan aan de verwachtingen die onderzoekers en ook arts 4 zelf koesterden t.o.v. het konsultatieprojekt.

Arts 5

Voor de start van het konsultatieprojekt geeft arts 5 te kennen dat hij zijn taak op psycho-sociaal vlak in wezen heel ruim opvat. Hij vindt echter dat hij niet aan zijn eigen taakstelling voldoet: arts 5 meent dat hij te weinig psycho-sociale problematiek signaleert, te vaak psychofarmaca voorschrijft, te weinig gesprekken voert bij psycho-sociale problematiek én dat deze gesprekken inhoudelijk te kort komen. Arts 5 verwacht dat hierin wel verandering zal komen, waarbij het zwaartepunt wordt gelegd op de inhoudelijke gedragsverandering.

Het waarnemen van psycho-sociale klachten neemt toe.

Beoordeelt arts 5 aanvankelijk ongeveer 40% van de klachten als zodanig, later is dit gestegen tot een 70%.

Het verwijsniveau van arts 5 blijft relatief hoog: per 100 spreekuur-kontakten worden circa 10 patiënten op eigen initiatief verwezen. Dit wil niet zeggen dat er niets verandert: het ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief vermindert namelijk wél, een daling die te lokaliseren is in de verwijzingen naar medisch specialisten, maar deze daling wordt veroorzaakt door een gelijktijdige daling in kontaktfrekwentie. In het totale verwijspakket op eigen initiatief van arts 5 vindt een lichte verschuiving plaats: het aandeel van de verwijzingen naar paramedische beroepen neemt iets toe en we zien een lichte stijging in het aandeel van de verwijzingen naar het maatschappelijk werk en de psycho-sociale hulp; deze laatste verschuiving blijkt echter bij de slotmeting niet van blijvende aard te zijn.

De reeds genoemde vermindering van het ruwe aantal verwijzingen naar medisch specialisten blijkt over de hele linie plaats te vinden. De schommeling in de verwijzingen naar de psycho-sociale sektor komt voor rekening van een extra grote proportie verwijzingen in de 2^e meetperiode naar het maatschappelijk werk: een categorie waarnaar arts 5 vrij veel verwijst. Over de verwijzingen op paramedisch gebied kan nog worden vermeld dat arts 5 in afwijking van de tot nu toe behandelde artsen, naast de fysiotherapie ook nog enigszins regelmatig de diëtiste inschakelt. Het voorschrijven van arts 5 laat geen significante verandering zien. Er is wel een lichte verschuiving: recepten met enkel psychofarmaca en recepten met enkel overige medikamenten worden iets minder voorgeschreven. Deze verschuiving is van dien aard dat arts 5 wél uit de categorie hoge voorschrijvers verdwijnt en terecht komt in een groep relatief lage voorschrijvers: per 10 patiëntkontakten worden acht recepten uitgereikt. De frekwentie waarmee deze arts de verschillende soorten psychofarmaca voorschrijft, komt overeen met het algemene patroon; alleen slaapmiddelen genieten bij hem relatief iets meer de voorkeur. Tot slot is het nog interessant om te ontdekken dat arts 5 merendeels terughoudender is geworden in de hoeveelheden psychofarmaca die hij zijn patiënten verstrekt.

Wanneer we het gespreksgedrag van arts 5 onder de loupe nemen, verandert er kwantitatief gesproken weinig: hij konstateert evenveel psychische problemen, brengt ze even vaak wel dan niet ter sprake, neemt zelfs iets minder het initiatief daartoe dan in de voormeting. Bekijken we de gevallen waarin hij reageert op psychische problematiek, dan kunnen we wel enige kwalitatieve verandering konstateren: we zien hem vaker praten over problemen en ook het teruggeven van de problematiek aan de patiënt komt meer voor. In zo'n gesprek is zijn opstelling ook aktiever geworden: de categorieën exploreren en inzicht bevorderen komen meer voor, eenmaal wordt het gesprek gedragsveranderend genoemd, dit kwam in de voormeting niet voor. Daarentegen is de praatpaalfunctie en het geruststellen wat afgenomen.

Kwalitatieve verandering zien we ook in een aantal opzichten in de ruimte die de patiënt krijgt om zijn problemen op psycho-sociaal gebied te berde te brengen: aandacht, interesse en rust zijn allemaal toegenomen in de psycho-sociale fragmenten, terwijl met betrekking tot de therapie de aanpak het meest patiënt-centered van alle artsen is geworden.

Kwalitatief beoordelen we zo het gespreksgedrag van arts 5 positiever dan in de voormeting en is er aan zijn verwachtingen tegemoet gekomen. Kwantitatief is er niet veel veranderd.

Arts 6

Ook arts 6 heeft zich bij aanvang van het konsultatieproject uitgesproken over zijn funktioneren. Hij ziet in grote lijnen gesproken voor zichzelf als huisarts op psycho-sociaal vlak een veelomvattende taak weggelegd en denkt ook dat hij daaraan in zijn handelen tegemoet komt. Arts 6 verwacht nauwelijks wijzigingen in zijn gedrag: alleen de inzichtsbetreffende en gedragsveranderende dimensies van zijn spreekkamergedrag zouden kunnen toenemen.

In de verschillende deelonderzoeken zijn toch wel een aantal verschuivingen opgevallen. Zo neemt arts 6 beduidend minder psycho-sociale klachten waar: terwijl hij eerst tegen de 70% van het probleemaanbod als (mede)psycho-sociaal beoordeeld, daalt dit in de nameting tot ongeveer 45%.

Arts 6 lijkt een relatief hoge verwijzer. Op 100 spreekkamerkontakten worden 10 patiënten op initiatief van de arts zelf verwezen. Binnen dit voorschrijfniveau blijkt het aandeel van de verwijzingen naar medisch specialisten te zijn toegenomen; deze toename kon niet worden teruggevoerd op één of slechts enkele specialismen. In de paramedische sfeer maakt arts 6, net als de hiervoor besproken arts, ook nog enigszins regelmatig gebruik van de diëtiste. Dit beeld blijft in alle drie de metingen bestaan. Uitspraken over verwijzingen naar maatschappelijk werk en de A.G.G.Z. laten wij hier achterwege, aangezien op dit terrein enige registratieproblemen zijn gekonstateerd.

Ongeacht of de recepten al dan geen psychofarmaca bevatten, blijft arts 6 een relatief lage voorschrijver. Zo worden in de nameting ruim 3 van de 10 kontakten met patiënten afgerond zonder dat er een recept wordt uitgereikt. Het profiel van de voorgeschreven psychofarmaca komt overeen met het algemene beeld en verandert niet, afgezien van een relatieve stijging voor wat betreft librium/librax. Voorts blijkt dat arts 6 in de nameting per verstrekking een grotere hoeveelheid psychofarmaca ter beschikking is gaan stellen.

Hoewel arts 6 een veelomvattende taak ziet weggelegd op psycho-sociaal gebied, en hij psycho-sociale hulpverlening plezierig en gemakkelijk zegt te vinden, was daar in de voormeting van het gespreksgedrag weinig van terug te vinden. Zowel kwantitatief als kwalitatief kwam de psycho-sociale problematiek maar mager uit de verf. Hierin kwam niet zo veel verandering: er kwamen iets vaker psycho-sociale problemen ter sprake, waartoe de arts zelf ook iets meer het initiatief nam, maar verder nam voornamelijk het percentage psycho-sociale aspecten dat genegeerd werd toe.

Kwalitatief gesproken, zien we dat als de arts reageert op psychische problemen dit minder gebeurt in een gesprek erover, en meer in de vorm van adviezen of teruggeven van de problemen aan de patiënt. Voor zover er gesprekken gevoerd worden blijft dit vaak beperkt tot de passieve vorm van gespreksvoering.

De ruimte voor de patiënt neemt in een aantal opzichten wel toe: aandacht, interesse, de mate waarin psycho-sociale behandeling patiënt-centered is en de relatieve spreektijd voor de patiënt zijn vermeerderd

in de nameting. Hieraan dient toegevoegd te worden dat een aantal van deze variabelen vrijwel afwezig waren in de voormeting, en dat in alle genoemde opzichten de ruimte die de patiënt krijgt bij arts 6 het geringst is van alle artsen. Aan zijn eigen verwachtingen omtrent veranderingen in gespreksgedrag - n.l. vrijwel geen - is zo tegemoet gekomen, behalve dat inziichtsbevorderende en gedragsveranderende gedragsdimensies ook (of beter gezegd: met name) niet zijn veranderd.

IV.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk heeft het functioneren der konsultatievragende huisartsen centraal gestaan. In paragraaf 2. is gesproken over de mogelijke samenhangen tussen aspecten van het functioneren van huisartsen, waarna een overzicht is gegeven van de verwachtingen die van verschillende kanten zijn geuit over eventuele veranderingen in dit functioneren van de huisartsen onder invloed van konsultatie.

Paragraaf 3. was gewijd aan deze veranderingen. Per deelonderzoek zijn - na een inleidende beschouwing over meetmethode, betrouwbaarheid van het materiaal, en dergelijke - de voornaamste resultaten de revue gepasseerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een zestal profielen waarin de bevindingen per arts zijn gebundeld.

Bij bijna elke arts bleken wel enige veranderingen aan te geven te zijn, een verandering over de gehele linie in de verwachte richting werd echter bij geen enkele arts gekonstateerd.

Zoals in de beschrijving van de verschillende deelonderzoeken al bleek, was het verder merendeels de vraag in hoeverre deze verschuivingen aan de invloed van het konsultatieprojekt konden worden toegedicht. In de hiernavolgende slotbeschouwing komen we hierop in meer algemene zin terug.

V. SLOTBESCHOUWING

We zullen in dit slothoofdstuk nog eenmaal de voornaamste resultaten de revue laten passeren, en wel aan de hand van de volgende twee vraagstellingen:

1. Welke veranderingen zijn er bij de artsen gekonstateerd en in hoeverre is dit aan het konsultatieprojekt toe te schrijven.
2. Welke methodische implicaties heeft dit onderzoek voor toekomstig onderzoek.

1. Funktioneren van de arts en konsultatie.

De voorgaande hoofdstukken overziend, mogen we zeggen dat enige effecten van konsultatie aan de dag zijn getreden, maar dat daarnaast sommige verwachtingen die we van konsultatie koesterden toch opnieuw ter diskussie zullen moeten worden gesteld. Kortweg gezegd, is het effect van konsultatie voornamelijk zichtbaar in de omgang van de artsen met patiënten met psychosociale klachten in de spreekkamer. Daarnaast is er sprake van veranderingen in de wijze waarop met name de artsen als groep functioneren (veranderingen in de richting van een grotere groepskohesie). In hoeverre deze laatste verandering direkt toe te schrijven is aan het konsultatieprojekt of meer indirekt het gevolg is van het feit dat de artsen gedurende anderhalf jaar regelmatig met een bepaald doel (toevallig: konsultatie) bij elkaar kwamen is uit dit onderzoek niet op te maken. Het feit dat de grotere groepskohesie zich enkel bij de artsen en niet bij het poliklinietteam of tussen het polikliniekteam en de artsen voerde pleit zelfs voor de laatste interpretatie.

Waar verwachtingen niet gerealiseerd werden lag dit deels aan het feit dat de situatie niet in alle opzichten optimaal te noemen was: dit geldt met name voor alle verwachtingen die te maken hadden met de relatie tussen de P.M.D. en de R.P.I. (we hebben immers moeten konstateren dat de personele situatie binnen het R.P.I. polikliniekteam niet erg stabiel was tijdens het konsultatieprojekt) en voor de verwachtingen ten aanzien van veranderingen in het persoonlijk functioneren (de artsen waren immers allemaal van mening dat de konsultaties te veel patiënt-gericht bleven). Deels ook zijn verwachtingen niet helemaal uitgekomen omdat bij de start van het projekt uitgegaan werd van verkeerde vooronderstellingen (dit speelde met name een rol bij het onderzoek naar de verwijspatronen, waar ten onrechte werd gepostuleerd dat een groot aantal verwijzingen plaats vond "omdat de arts met de betreffende patiënt niet verder wil". Deze verwijzingen zouden moeten afnemen. Het fenomeen zelf deed zich echter minder voor dan werd verwacht. Het kwam echter ook voor - en dit is toch wel een belangrijk feit dat we moeten konstateren - dat verwachtingen niet uitkwamen omdat er simpelweg geen veranderingen optraden. Dit geldt met name voor alle deelonderzoeken waarin onderzocht werd of er door het konsultatieprojekt kwantitatieve verschuivingen optraden in de medische konsumptie (minder verwijzingen naar de tweede lijn; minder psychofarmaca gebruik). Versterking van de eerste lijn door middel van konsultatie blijkt dit zo vurig gewenste resultaat uiteindelijk toch niet te verwezenlijken (is althans niet aantoonbaar in dit onderzoek).

Volgens deze indeling zullen we de diverse resultaten nalopen, en daarbij verwachtingen die tevoren door onderzoekers en artsen geuit werden in beschouwing nemen

welke veranderingen konden we wèl konstateren

Wanneer we de veranderingen nagaan die in het functioneren van de artsen werden opgemerkt, dienen we hierbij de uitgangspositie van de artsen in aanmerking te nemen; Vier van de zes artsen verwachtten een verbetering in hun inhoudelijke omgang met psychosociale klachten. Dit zijn tevens de artsen die aan het konsultatieprojekt deelnamen met het doel om veranderingen in hun functioneren aan te brengen. (De andere twee artsen waren veel minder gemotiveerd en verwachtten ook niet veel van het konsultatieprojekt.) Konkreet verwachtten deze vier artsen dat ze méér psychosociale problematiek zouden gaan opmerken en dat ze er ook méér mee zouden gaan doen (met name verwachtten ze een aktievere opstelling van zichzelf). Behalve op deze factoren hebben wij ook gelet op de ruimte die de patiënt kreeg van de arts, vanuit de gedachte dat het voor een patiënt die ruimte krijgt eenvoudiger is met zijn problemen naar voren te komen. In deze opzichten troffen we enige uitkomsten aan die aan de verwachtingen voldeden: in het algemeen zagen we een verschuiving in de gevoerde gesprekken van praatpaal zijn of geruststellen naar exploreren en inzicht bevorderen. Dit fenomeen trad met name op bij de artsen die een positieve motivatie ten aanzien van het konsultatieprojekt aan de dag hadden gelegd.

Verder zagen we de artsen er vaker toe overgaan om de patiënt de suggestie te geven zelf zijn probleem aan te pakken.

Tenslotte kregen de patiënten in de meeste opzichten in de nameting meer ruimte van de arts.

Met name arts 2 was in zijn gesprekken over psychosociale onderwerpen veranderd, doch ook artsen 1 en 5 vertoonden op een aantal punten een meer psychosociale problematiek toegespitste manier van praten met patiënten.

Een andere verandering in het functioneren van de artsen is als verandering niet zo belangrijk, maar illustratief voor de invloed die konsultatie kan hebben: vier van de zes artsen reageerden op het door de psychiater gehouden kollege over het voorschrijfbeleid bij antidepressiva (cf. hfd.IV: 34):ze gingen zoals ze die middag geleerd hadden antidepressiva in hogere doseringen voorschrijven.

In het geheel van medicijnen voorschrijven is deze verandering marginaal te noemen zodat dit resultaat in de totaalcijfers verdwijnt. Overigens achtten zowel de artsen als de onderzoekers dit aspekt van het functioneren ook weinig vatbaar voor verandering.

Een laatste verandering die het vermelden waard is - zij het dat deze slechts zijdelings te maken heeft met de (psychosociale) hulpverlening van de artsen -, is de toename in groepskohesie bij de zeven* artsen die aan het konsultatieprojekt deelnamen.

*Zoals bekend is één arts die aan het konsultatiegebeuren deelnam niet in het onderzoek betrokken omdat hij pas in dienst kwam toen de voormeting van het onderzoek al achter de rug was.

Deze artsen hadden vóór het konsultatieprojekt nauwelijks als groep kontakt met elkaar. De neiging om als groep te gaan funktioneren nam in de loop van het projekt steeds meer toe en heeft er uiteindelijk zelfs in geresulteerd dat de artsen ook na afloop van de konsultatie met dezelfde regelmaat bij elkaar bleven komen, echter zonder de konsultatiegevers. Nu, ruim een half jaar na de afronding van de konsultatie vinden deze bijeenkomsten nog steeds plaats.

Dat het overigens twijfelachtig is dat deze verandering direkt aan het konsultatieexperiment is toe te schrijven hebben wij aan het begin van deze slotbeschouwing reeds aangegeven.

welke veranderingen werden niet gevonden ?

Gaan we terug naar het funktioneren van de artsen. Een effekt dat niet gevonden werd had betrekking op de verwijspatronen bij de huisartsen. Konsultatie beoogde onder meer te komen tot meer gerichte psychosociale verwijzingen, een afname van zogenaamde oneigenlijke verwijzingen, en een verbetering van de relatie eerste-tweede lijn. Daarnaast werd met name op beleidsniveau door velen gepostuleerd dat versterking van de eerste lijn (in dit geval door konsultatie) de medische konsulpmtie in de tweede lijn kon worden teruggedrongen.

Op grond van onze resultaten lijkt het erop dat sommige vooronderstellingen enige herziening behoeven. We gingen er namelijk van uit dat artsen vaak patiënten verwijzen omdat ze zelf niet verder willen gaan met die patiënt: zodoende komt de patiënt onterecht bij een specialist of een psychosociaal hulpverlener terecht. Dit uitgangspunt bleek in zoverre niet te kloppen dat dergelijke verwijzingen volgens artsem vrij zelden voorkwamen; wanneer dit wel het geval was betrof het relatief vaak verwijzingen naar een medisch specialist; naarmate het konsultatieprojekt vorderde nam het overwicht van de medische specialisten in dit opzicht toe. Het verschijnsel dat iemand op oneigenlijke argumenten bij een tweedelijns hulpverlener terecht komt, was dus minder omvangrijk dan gedacht, en voor zover het voorkwam veranderde het niet onder invloed van konsultatie.

De konsultatiemethode zou onder meer als effekt moeten hebben dat de psychosociale verwijskanalen "ontstopt" worden. Door betere bekendheid met tweedelijns instellingen en disciplines kunnen de artsen gerichter en beter gaan verwijzen.

Met name in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners worden dan ook veranderingen verwacht. (Ook bij de artsen was dit één van de verwachtingen die unaniem genoemd werden.)

Deze verwachting kwam maar zeer ten dele uit; bij artsen 2 en 5 neemt het aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk toe. Dit toe te schrijven aan de konsultatiezittingen lijkt gewaagd, gezien de vrij passieve rol van de maatschappelijk werker tijdens de zittingen. Deze verandering lijkt eerder toegeschreven te moeten worden aan de intensievere bemoeienis van deze artsen met maatschappelijk werkers buiten het konsultatieprojekt (arts 5 ging bijvoorbeeld in de loop van het projekt in een gezondheidscentrum werken, waaraan ook een maatschappelijk werker verbonden was). De verbetering van de relatie tussen eerste en tweede lijn zou ten slotte gestalte moeten krijgen in de samenwerking tussen de artsen en het konsultatiegevend team.

Wanneer we op de verwijscijfers af moeten gaan, is er slechts één conclusie mogelijk: de consultatie samenwerking heeft niet als resultaat gehad dat de verwijsmogelijkheid naar de R.P.I. intensiever benut werd; het tegendeel was het geval. In tegenstelling met de tot nu toe genoemde negatieve uitkomsten is dit resultaat zeker direkt verklaarbaar uit het specifieke consultatie gebeuren in dit experiment: het R.P.I.-team wisselde erg veel van samenstelling, en ook anderszins viel uit de houding van een aantal artsen op te maken dat "bekend nog niet beminde maakt".

Dit alles overziend is het niet verwonderlijk dat we in dit onderzoek geen afname konden konstateren uit de overall verwijscijfers van de artsen.

Het feit dat men tijdens de consultaties teveel op patiënten-niveau is blijven steken is eveneens een negatief resultaat, waarvan de oorzaak in de gang van zaken tijdens de consultatiezittingen kan worden gezocht. Op zich was een ontwikkeling naar meer arts-gericht consulteren een door allen gewenste koers. Onduidelijkheid over de procesbewaking, en wellicht gebrek aan tijd om voldoende op elkaar ingespeeld te raken, speelden hier de deelnemers parten. Mede gezien het feit dat de ontwikkelingen wel degelijk in de richting van meer persoonsgericht consulteren gingen, zijn we van mening dat wanneer met bovenstaande factoren meer rekening was gehouden, het projekt in dit opzicht meer tot voldoening van de deelnemers had gestrekt.

welke veranderingen konden we ten dele konstateren ?

Ten slotte zijn er dan de deelonderzoeken die bij slechts enkele artsen resultaat opleverden. Het voorschrijven van medicijnen verminderde in het algemeen maar bij twee artsen: terwijl het signaleren van psychosociale problematiek bij dezelfde twee artsen toenam: artsen 4 en 5 gingen meer klachten als psychosociaal benoemen en minder medicijnen voorschrijven. Bij deze twee artsen zou in deze opzichten van een gewijzigde opvatting gesproken kunnen worden: ze lijken minder "somatisch" te werk te gaan. Dit is echter, zeker bij arts 4, maar ten dele in het gedrag in de spreekkamer te merken: psychosociale gespreksfragmenten en initiatieven hiertoe nemen bij deze artsen niet toe (in tegenstelling tot arts 2 bij wie in dit opzicht juist de grootste verandering lag). Het voorschrijven van medicijnen en signaleren van psychische klachten veranderde verder bij geen dezer artsen in de verwachte richting.

de invloed van het consultatieprojekt

In hoeverre zij de veranderingen die we wel vonden toe te schrijven aan het consultatieproces ? Er is één gegeven dat in deze richting pleit: voor zover er veranderingen geconstateerd werden waren die vooral te vinden bij artsen 2, 4 en 5. De artsen 4 en 5 zijn juist degenen die in het kader van dat consultatieprojekt er blijk van geven een ruime taakopvatting te hebben op het gebied van psychosociale klachten: en hierin naar eigen mening vaak behoorlijk te kort te schieten. Arts 2 is minder zelfkritisch, maar zijn verandering beperkt zich ook meer tot één onderwerp, dat bovendien wel bij hemzelf ter discussie staat, namelijk de kwaliteit van zijn hulpverlening.

Op zich zagen de artsen dus bepaalde manko's aan hun functioneren, hetgeen als een dispositie tot verandering gezien kan worden. Tekenend in dit opzicht is dat de twee artsen die het minst veranderingsgezind waren, ook in het geheel geen veranderingen in de verwachte richting ten toon spreidden.

Bezien we de deelname van de drie artsen binnen het konsultatiegebeuren, dan blijkt arts 4 opvallend aktiever geworden te zijn in de loop van het projekt, terwijl artsen 2 en 5 vanaf het begin een gemiddelde deelname vertoonden; ze lijken zodanig betrokken geweest te zijn, dat een zekere invloed van de konsultatie in dit licht niet onverwacht komt.

Naast het konsultatiegebeuren hebben zich ook andere ontwikkelingen voorgedaan, die minstens zozeer hun bijdrage geleverd kunnen hebben aan de verandering bij deze -tot verandering geneigde - artsen. We doelen op het PRO-82 gebeuren, dat met name voor arts 5 reeds ingrijpende consequenties heeft gehad: praktijkverandering en verkleining en intensieve samenwerking met maatschappelijk werk.

Voor artsen 2 en 4 liggen deze ontwikkelingen nog iets verder in het verschiet, maar ook zij worden nu al met de voorbereidingen ervan gekonfronteerd. Het lijkt ons daarom twijfelachtig om de gevonden resultaten bij deze artsen louter te beschouwen als rechtstreeks gevolg van het konsultatieprojekt, dit projekt zou echter mede handvatten aangegeven kunnen hebben om, gegeven een geneigdheid om te veranderen, in veranderende omstandigheden hun gedrag in een bepaalde richting te wijzigen.

2. Methodologische implicaties

Met de afronding van de evaluatie van het Eindhovense konsultatieprojekt is het tweede grote evaluatieonderzoek van de projektgroep Psychosociale Hulpverlening van het N.H.I. aan zijn einde gekomen.

Het eerste evaluatieonderzoek (SPEECH) leerde ons een heleboel over de theoretische en methodologische tekortkomingen van de gehanteerde onderzoeksopzet (Verhaak 1979), en we zagen kans om deze leerervaringen te verwerken in het nu afgesloten onderzoek: met name gold dit het nauwkeurig registreren van voorschrijven en verwijzen en het invoeren van een kontrolegroep.

Bij de gevolgde registratie werd niet uitgegaan van dat materiaal wat nu eenmaal voorhande was, namelijk N.H.G.-registratiekaarten en LISZ-cijfers, maar werd door de onderzoekers een eigen registratiesysteem opgezet. Dit diende de volgende twee doelen, de registratie zou betrouwbaar zijn, want we konden zelf vaststellen wat wel en wat niet geregistreerd diende te worden, en we konden theoretische vooronderstellingen kwijt door extra informatie op te laten nemen: dit gold met name bij de verwijsregistratie, waarbij relevante categorieën als "degene van wie het initiatief tot verwijzen is uitgegaan", "het motief van de verwijzing" en de "beoordeling van de verwijzing 'als psychisch of somatisch'" konden worden opgenomen.

Zo'n tegemoetkoming aan theoretische verlangens bleek in het huidige onderzoek de nodige praktische problemen op te roepen; de noodzaak om verwijzingen en het voorschrijven apart te registreren betekent veel extra werk waarvoor de bereidheid van de artsen nodig is; ook

als deze in geruime mate aanwezig is, zoals bij de door ons onderzochte groep, blijft een intensieve controle op de gang van zaken een voorwaarde omdat gebleken is dat ongemerkt talrijke misverstanden kunnen binnensluipen. Voor uitgebreide beschrijving van deze perikelen verwijzen we naar de rapporten "voorschrijven" en "verwijzen". Kortom, bij een gemotiveerde groep blijkt een uitgebreide extra-registratie tot de mogelijkheden te behoren, maar dient voortdurend gecontroleerd te worden of onderzoeker en registrerend arts nog dezelfde doeleinden nastreven.

De tweede methodologische verbetering bestond uit het invoeren van een controlegroep. Dit was in het SPEECH-onderzoek niet mogelijk, vanwege de uniciteit van de groep artsen die onderzocht werd; verder liggen de artsen voor een dergelijke vrij ondankbare taak in het algemeen niet voor het oprapen.

In Eindhoven was dit anders, omdat bij de P.M.D. meer artsen in dienst zijn dan de zes die de experimentele groep vormden. Een aantal hiervan was bereid als controlegroep te functioneren. Deze artsen waren voor een belangrijk deel vergelijkbaar met de experimentele groep: ze waren ingebed in dezelfde organisatie, werkzaam in dezelfde stad, met dezelfde praktijkopbouw en dezelfde voorzieningen.

Uit de onderzoeksresultaten nu, is gebleken, dat daar waar de registratieproblematiek bij de experimentele groep veel aandacht vereiste, doch in principe overkomelijk was, deze bij de controlegroep tot onoplosbare problemen leidde.

Uit de onderzoeksverslagen kunnen we opmaken dat een dergelijke registratieopgave bij een groep artsen die zich niet bij het projekt betrokken kon voelen een onuitvoerbaar zaak is. Tenzij men ook hier een zware controle zou uitvoeren, waardoor echter de controlegroep niet meer echt als controlegroep zou functioneren vanwege de intensieve bemoeienis van de onderzoekers (het Hawthorne -effekt)

In feite wordt gedurende lange tijd een grote dosis medewerking gevraagd, waar niets tegenover staat. Deze konstruktie bleek niet te werken.

Vervelende bijkomstigheid is, dat daar, waar slechts geringe inspanning van de controlegroep gevraagd werd (videoopnames ten behoeve van het vastleggen van gespreksgedrag), de groep juist minder vergelijkbaar was met de experimentele groep. De controlegroep had namelijk aanwijsbaar meer gedaan aan gesprekstraining, nascholing op psychosociaal gebied, en dergelijke. Uit de voormeting van dit deelonderzoek bleek dan ook dat de controlegroep niet erg overeenkwam met de experimentele groep.

Al met al is hiermee nogmaals benadrukt hoe problematisch veldonderzoek is. Het verkrijgen van extra gegevens is op zich een zaak die veel aandacht en oplettendheid van de onderzoeker vraagt, alsmede een grote inzet van de groep die onderzocht wordt. Deze inzet kan alleen verkregen worden als daar voor de onderzochte groep tegenover staat dat ze zich betrokken voelt bij het onderzoek, en er iets van mee kan nemen.

Hoe dezelfde gegevens van een groep betrekkelijke buitenstaanders te verzamelen zijn, is vooralsnog een onopgeloste kwestie.

LITERATUURLIJST

I. Algemeen

- Balint, M: De dokter, de patiënt. de ziekte. Het Spectrum, Utrecht, 1965
- Bensing, J en H. Schut: Konsultatieprojekt Eindhoven, Het Onderzoeksvoorstel (+ bijlage), N.H.I.-rapport, Utrecht, 1977
- Drenth, P.J.D.: De psychologische test, van Loghūm Slaterus, 1968
- Ellis, H.C.: The transfer of learning, MacMillan, New York, 1965
- Galtung, J.: Theory and methods of social research, George Allen & Unwin Ltd. Londen, 1967
- Groot, A.N.de,: Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen, Mouton & Co., s' Gravenhage, 1968
- Huygen, F.J.A., e.a.: Aspecten van somatische fixatie in gezinnen, N.U.H.I.-rapport, Nijmegen, 1977
- Lamberts, H: Morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord, Huisarts en Wetenschap, 1974 nr. 17, p. 445, 1975 nr. 18, p. 7, 1975 nr. 18, p. 61
- L.H.V., Commissie Takenpakket: De taken van de huisarts, Medisch Contact, 1977 nr. 24, p. 765
- Marx, M.H.: Learning: processes, New York, 1970
- N.H.G.: Hoe helpt de dokter ?, Interimrapport, Utrecht, 1975
- Philips, B.S.: Sociale Research Strategy and tactics, McMillan & Co, New York, 1966
- Schouwstra, C.P.: Concept Konsultatieprojekt, Eindhoven, 1976
- Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, s' Gravenhage 1974
- Suchman, E.A.: Evaluatie Research - principles and practice in public service and social action programs, Russel Sage Foundation, New York, 1967
- Verhaak, P.: Onderzoeksnota evaluatie SPEECH, N.H.I.-Rapport, Utrecht 1976
- Verhaak, P.: Eindevaluatie SPEECH, N.H.I.-rapport, Utrecht, 1979
- Winkler-Prins, J.: Huisarts en patiënt, Boom, Meppel, 1966

II. Konsultatie

- Bennis, W.G.: Theory and method in applying behavioral science to planned organisational change, The Journal of applied behavioral Science, Vol. 1, no. 4, 1965

- Bothe-Dunselman, C.T.M.: Inbouw van consultatie, NIK Berichten 10, 1973
- Bruyel, W. en A.F.W. van Meurs: Consultatie nader bezien, 1968, In: Consultatie nadrukken, 1975, NIK, Den Haag
- Bruyel, W. en A.F.W. van Meurs: Consultatie-instrument & Perspectief, 1974, NIK, Den Haag
- Caplan, G.: The theory and practice of mental health consultation, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1970
- Gersons, B.P.R.: De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie, Samson Uitgeverij, Alpehn aan de Rijn, 1977
- Haylett, Cl.H. en L. Rapoport: Mental health consultation, In: L. Bellak (ed.) Handbook of community psychiatry and community mental health, New York, Grune and Stratton, 1964, pag. 319
- Keutzer, C.S., F.R. Fosmire, F.Diller en M.D. Smith: Laboratory training in a new social system: evaluation of a consultancy relationship with a high school faculty, Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 7, no. 4, 1971
- Langman, T.A.: Konsultatie en werkprincipes in de geestelijke gezondheidszorg, Werkboek voor Konsultatie, Hoofdstuk 6, SIK, Utrecht, 1977
- Lippit, R.: Dimension of the consultant's job, Journal of Social Issues, Vol. 15, pag. 5
- Mannino, F.V., B.W. MacLennan en M.F. Shore: The practice of Mental health consultation, (with a reference guide to the consultation literature, Gardner Press Inc., New York, 1975
- NIK, NIK-Berichten nr. 8: Consultatie, Den Haag, 1971
- NIK: Vier jaar konsultatie, Den Haag, 1973
- Newfield, N.L.: An evaluation of mental health consultation for public health nurses, Dissertation Abstracts International, 33 (5), 1972
- Ravenzwaaij, F.J. van: Consultatie in de geestelijke gezondheidszorg, Boom, Meppel, 1972
- Ravenzwaaij, F.J. van: Consultatie, een nieuwe vorm van overleg, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1974, Vol. 52, pag. 412
- Rhodes, W.C.: Training in community mental health consultation; paper read in the symposium on problems of mental health consultation in the school, Chigago, American Psychological Association, 1960

- Schmuck, R.A.: Helping teachers improve classroom group processes, *The Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 4, no. 4, 1968
- Shellow, R.S. en J.R. Newbrough: working with the juvenile police - a possible role for the psychologist in community mental health. In: Mannino e.a.: *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, S.I.K. Utrecht, 1977
- Whitley, A.P.: Counselor-teacher consultations, including video-analysis, to reduce undesirable student responses, *Dissertation Abstracts International* 31 (10), 1971
- Wit, L.J.M. de,: Samenwerking huisartsen - psycholoog, verslag uitgebracht door een midden-Limburgse consultatiegroep, *De Psycholoog*, jaargang XI, nr. 9, oktober 1976, pag. 399

III. Verwijzen

- 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 dutchhealth care system, *Dissertatie*, Leiden, 1978
- 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 macro-niveau 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. Ruttem: Vraag-aanbod in de sektor gezondheidszorg, Leiden, 1973
- Vries, H. de: Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage Medisch Contact, 30, 1975, pag. 1438-1439

IV. Voorschrijven

- Backsacs-Aasen, Ingebørg e.a.: Drug Dose Statistics: list of defined doses for drugs registered in Norway, Norsk Medical Depot, 1975
- 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. 41-58
- Bertens, M.F., F. Samuels Brusse: Onderzoek geneesmiddelen consumptie: het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in de regio Nijmegen 1974/1975, Rijksuniversiteit Leiden 1978
- Bockhoven, P.N. van, H.F.M. de Graaf: Geneesmiddelengebruik in vier huisartsenpraktijken, 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, p. 291
- Cassee, E.Th.: Naar de dokter, Boom, Meppel, 1973
- Continue morbiditeitsregistratie peilstations, Nederland 1977, Utrecht, 1977
- Francis, V., B.M. Korsch, M.J. Morris, Gaps in doctor-patient communications, New England 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
- 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
- Morell, D. ; Principles of treatment. In: Cormack, J., M. Marinker, D. Morell, W.A.R. Thomsosn (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 & 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 1975
- Schut, H., P. Verhaak: Huisarts en Patiënt: een kritische evaluatie van onderzoek op het gebied van de arts-patiënt relatie, N.H.I., Utrecht, 1975
- Vulto, A.G.: Eigenschappen van slaapmiddelen en omvang van het slaapmiddelengebruik, Tijdschrift voor Alcohol en Drugs, 1978, 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
- Wolfers, Ivan: Medicijnenstrip, Ambo b.v., Baarn, 1977
- Wolfers, Ivan.: Pleidooivoor een kollektieve hulpverlening, Achtergrond, 1977 (b), nr. 2, p. 28-29

V. Het spreekkamergedrag

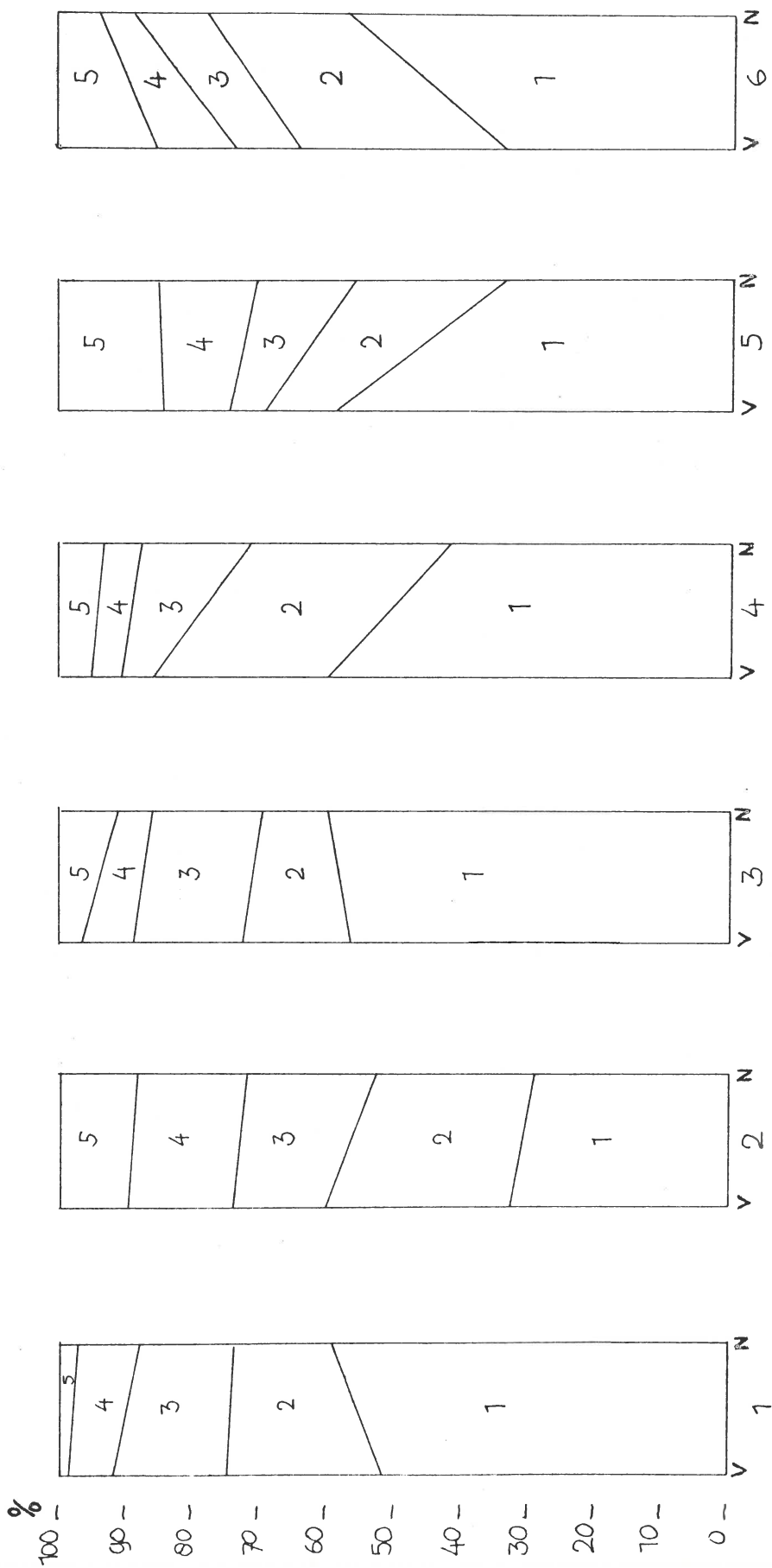
- Balint, E. en J.S. Norell: Six minutes for the patiënt
- Boer, R.A. de: Nascholing voor huisartsen, resultaten van het werk in werkgroepen medische psychologie, Boom-Meppel, 1973
- Brouwer, W. en J.H. Dijkhuis: Praten met patiënten, Bijleveld, Utrecht, 1967
- Byrne, P.S. en B.E.L. Long: Doctors talking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

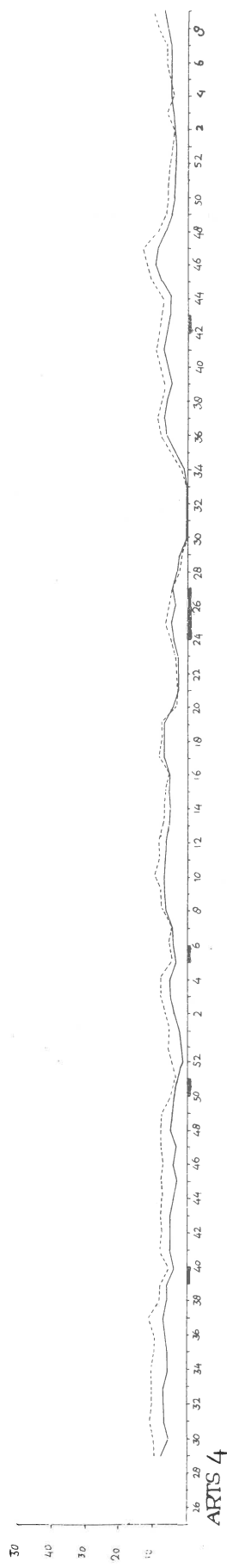
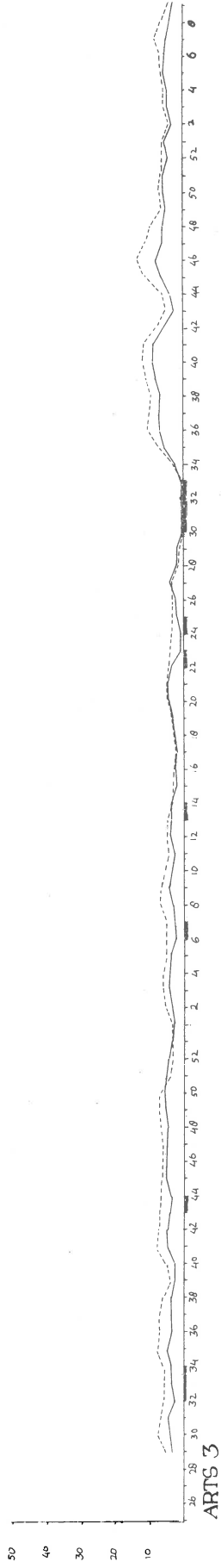
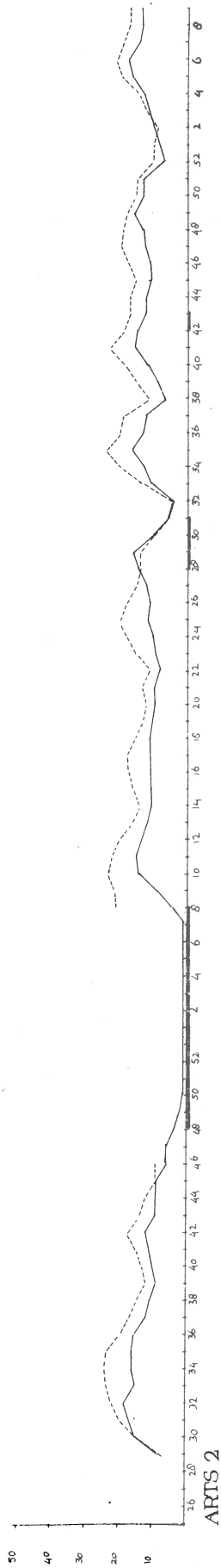
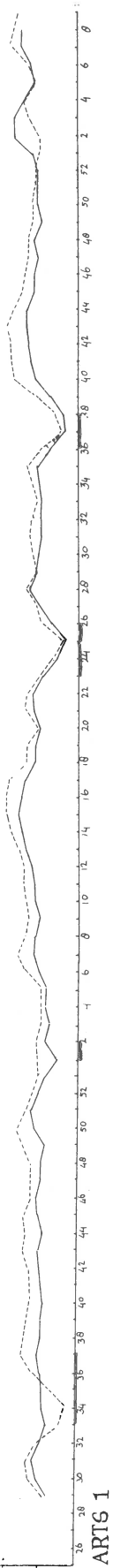
- Dorp, C. van: Luisteren naar patiënten, een analyse van het medisch interview, de tijdstroom, 1977
- Lidt de Jeude, Jhr. Dr. A.H. van: De huisarts in de maalstroom der emoties, de ontwikkeling van een adekwate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen, Stenfert Kroese N.V., 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
- 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
- Vrolijk, A., M.F. Dijkema en G. Timmerman: Gespreksmodellen, een ge-programmeerde instructie Samson, Alphen a/d Rijn, 1971

BIJLAGEN

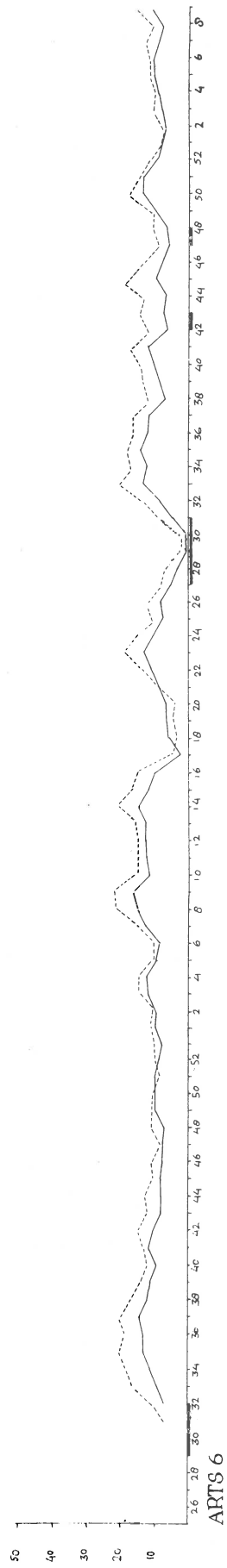
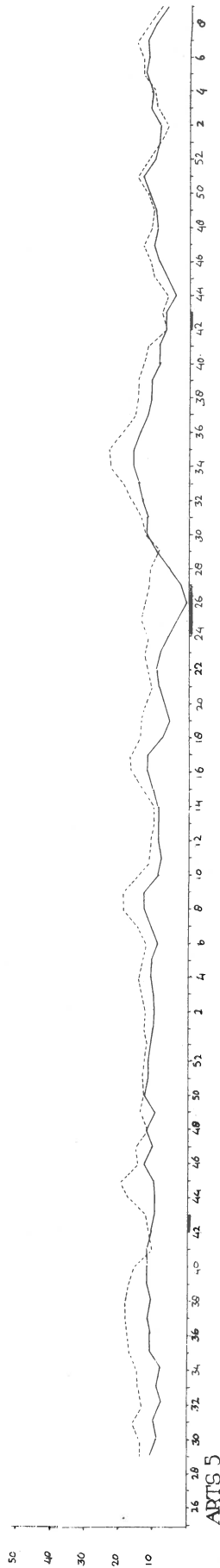
- Grafiek 1: Beoordeling door de artsen van de experimentele groep van de aangeboden problematiek in voor- en nameting
- Grafiek 2: Aantal verwijzingen gedurende de periode juli 1977-februari 1979
- Grafiek 3: Verwijsprofiel in voor- en nameting
- Grafiek 4: Voorschrijfprofiel in voor- en nameting (Algemeen)
- Grafiek 5: Voorschrijfprofiel in voor- en nameting (Psychofarmaca)
- Grafiek 6: Gespreksprofielen in voor- en nameting
- Tabel 1 : Wijze van gespreksvoering in voor- en nameting
- Tabel 2 : Spreektijden van arts en patient
- Tabel 3 : Aandacht van de arts
- Tabel 4 : Empathisch gedrag van de arts
- Tabel 5 : Interesse en rust van de arts
- Tabel 6 : Stimulerende procesvariabelen
- Tabel 7 : Remmende procesvariabelen
- Tabel 8 : Inbreng van patient bij vaststelling van diagnose en therapie

de experimentele artsen over voor- en nameting. (voormeting:links;nameting:rechts)

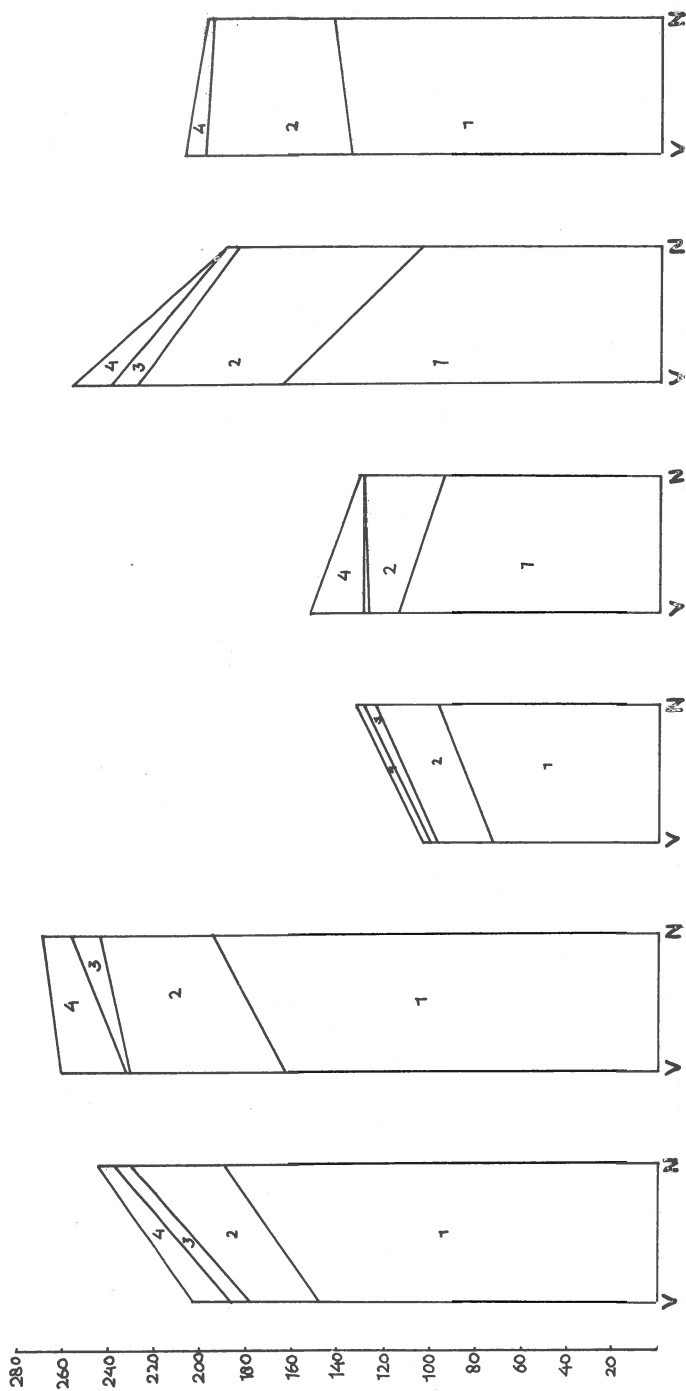




Grafiek 2a t/m 2d: 3-weekse voortschrijdende gemiddelden van het aantal verwijzingen op eigen initiatief (-----) en de verwijfsindex (————) in de periode juli 1977 (week 29) - februari 1979 (week 8) van de artsen 1 t/m 4 . (N.B. Vakantieweeken zijn onderstreept)



Grafiek 2e,2f: 3-weekse voortschrijdende gemiddelden van het aantal verwijzingen op eigen initiatief (----) en de verwijsindex (—) in de periode juli 1977 (week 29) - februari 1979 (week 8) van de artsen 5 en 6. (N.B. Vakantieweken zijn onderstreept)



Grafiek 3: Verwijsprofiel van de zes artsen uit de experimentele groep in de maanden juli-oktober 1977 (linkerkant) en de maanden november 1978-februari 1979 (rechterkant).

Weergegeven is het ruwe aantal verwijzingen op eigen initiatief naar medisch specialisten (1), naar paramedische beroepen (2), naar psychosociale hulpverleners (3) en naar overigen (4). Cumulatieve grafiek!

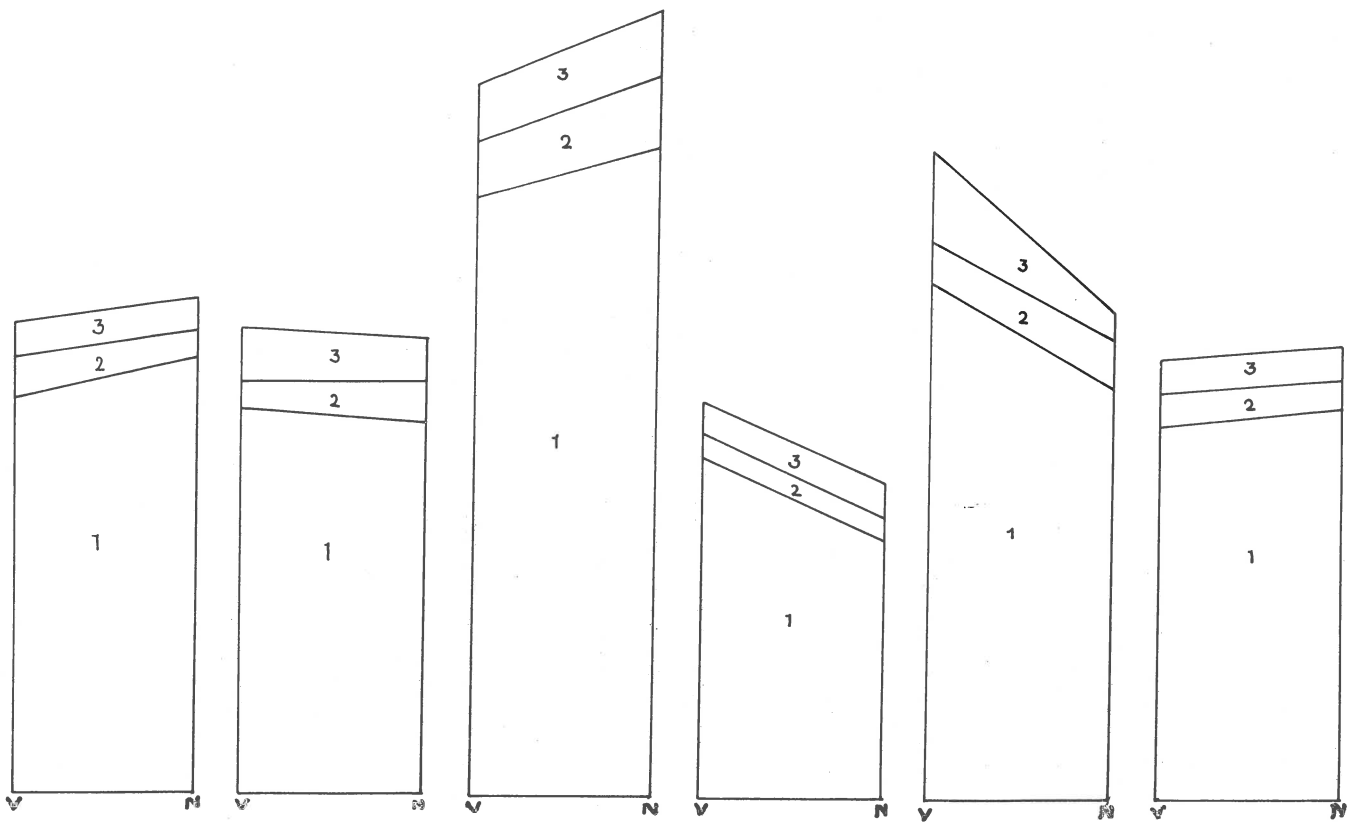


Fig 4: Aantal recepten per 100 spreekuurkontakten per week met uitsluitend non-psychofarmaca (1), met non-psychofarmaca èn psychofarmaca (2) en met uitsluitend psychofarmaca (3) van de zes artsen uit de experimentele groep in voormeting (links) en nameting (rechts). Cumulatieve grafiek!

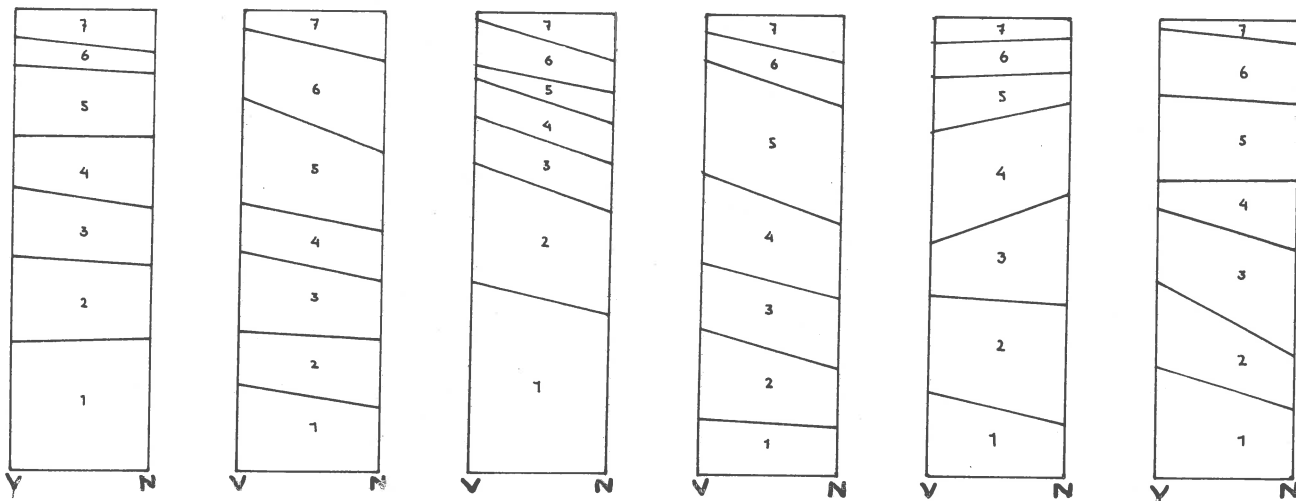
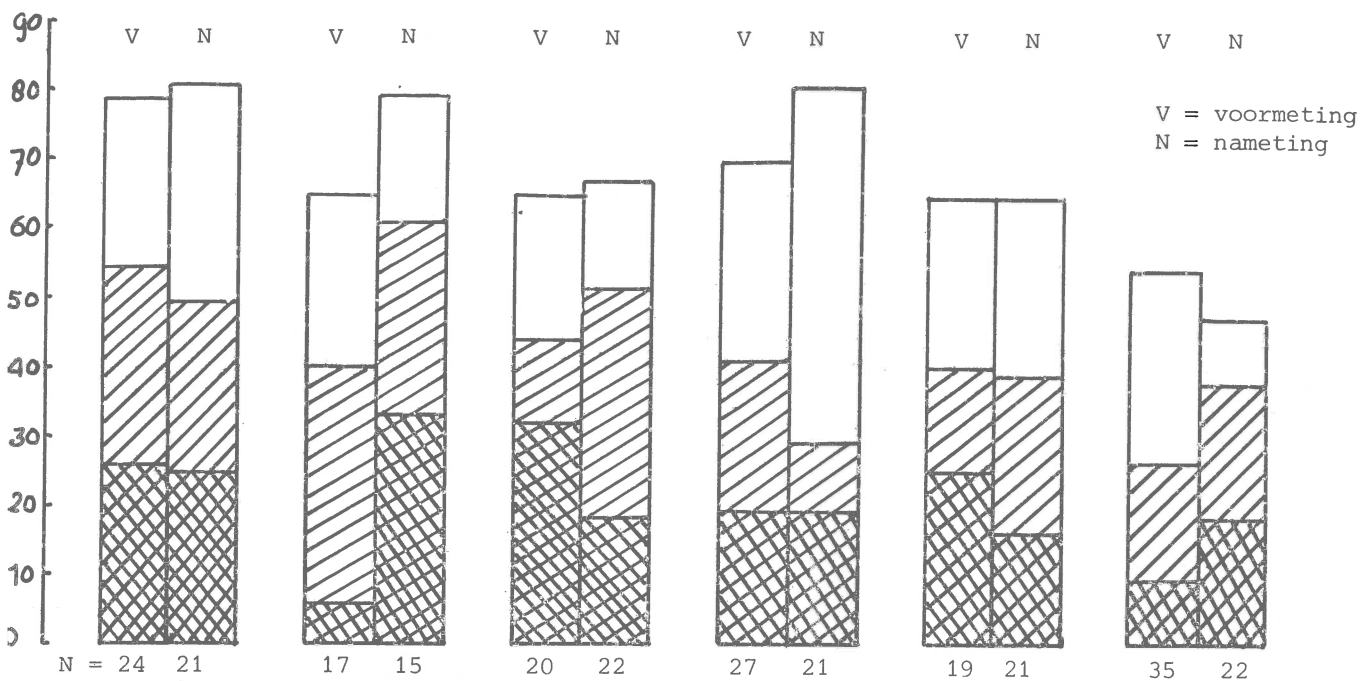
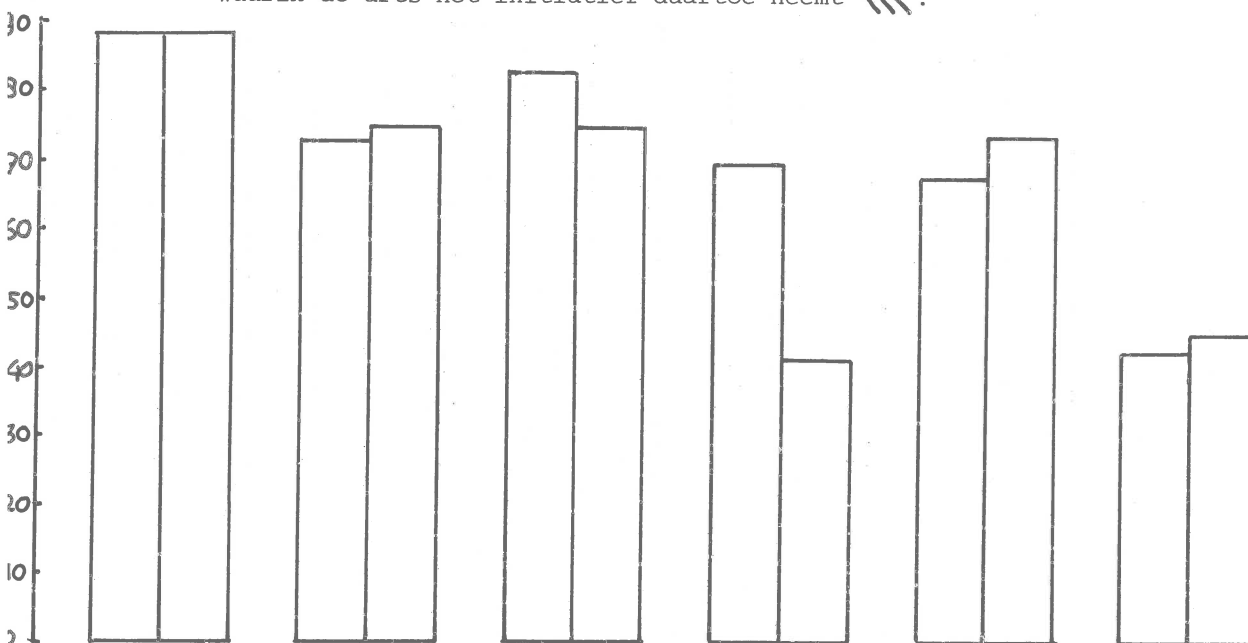


Fig 5: Verdeling van de in voor- en nameting voorgeschreven psychofarmaca in procenten (cumulatief) door de zes artsen uit de experimentele groep.

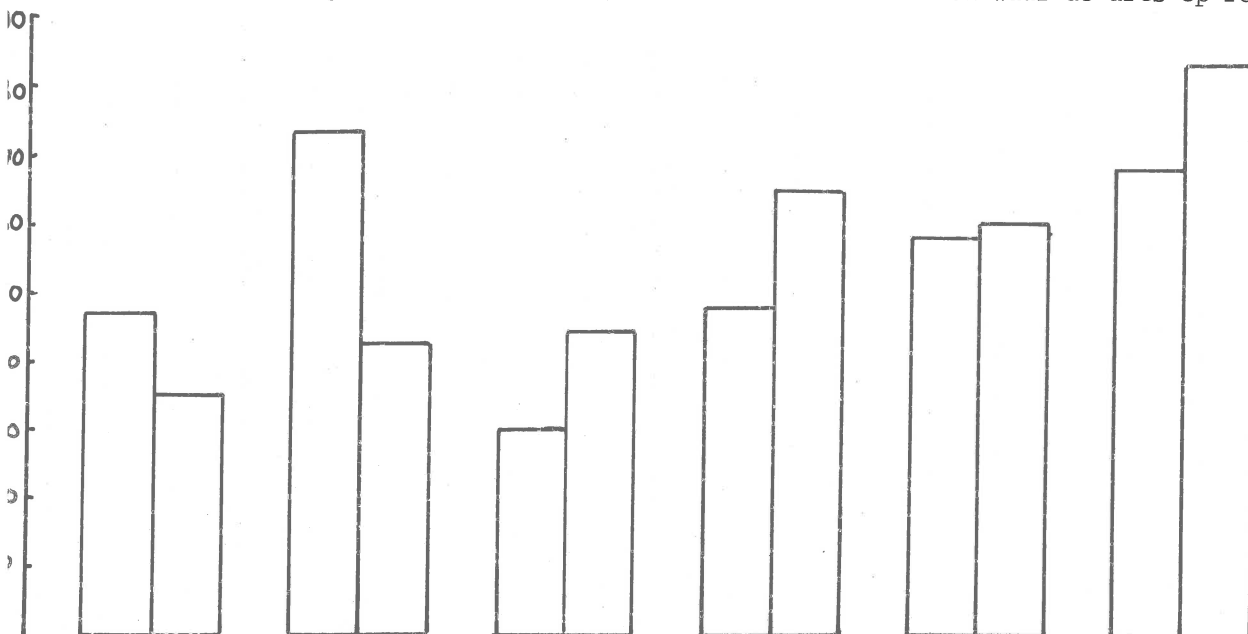
- 1: Valium, nobrium, tranxène
- 2: Mogadon
- 3: Librium
- 4: Overige slaapmiddelen
- 5: Overige tranquillizers
- 6: Antidepressiva
- 7: Neuroleptica



Grafiek 6a.: Percentage van de konsulten waarin de arts klachten als niet somatisch beoordeeld, (totaal grafiek), waarin niet somatische onderwerpen ter sprake komen $///$, waarin de arts het initiatief daartoe neemt $///$.



Grafiek 6b.: Percentage van de niet somatisch beoordeelde klachten waar de arts op reageert.



	arts 1		arts 2		arts 3		arts 4		arts 5		arts 6	
	v*	n*	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n
gespreksvoering:												
- als praatpaal	8	4	1	-	0	4	4	3	3	3	4	3
- geruststellend	5	4	2	2	1	4	2	3	3	1	3	1
- explorerend	7	4	2	4	6	6	5	2	3	4	2	2
- inzichtbevorderend	4	4	1	4	2	2	1	2	2	4	0	1
- gedragsveranderend	1	2	1	2	1	0	1	2	0	1	0	1
schrijft psychofarmaca voor	7	4	1	3	4	7	2	1	3	2	3	-
geeft advies	5	3	2	1	2	1	4	2	2	-	-	4
verwijst	1	-	-	2	-	-	1	1	2	2	1	1
laat patiënt zelf het probleem opknappen	3	7	1	3	3	1	-	1	2	4	2	4
aantal konsulten waarin klachten psychosociaal beoordeeld werden	19	17	11	12	11	16	17	17	12	15	19	12

Tabel 1: Hoe reageert de arts op psychosociale problemen. (uitgesplitst in voor- en nameting)
v* = voormeting
n* = nameting

arts	somatische delen			
	spreektijd arts		spreektijd patiënt	
	v	n	v	n
1	64 sec.	72 sec.	67 sec.	49 sec.
2	80 sec.	89 sec.	57 sec.	56 sec.
3	53 sec.	50 sec.	38 sec.	41 sec.
4	47 sec.	37 sec.	69 sec.	54 sec.
5	74 sec.	68 sec.	68 sec.	78 sec.
6	40 sec.	36 sec.	37 sec.	35 sec.

Tabel 2A: De gemiddelde spreektijd (mediaan) van arts en patiënt in de somatische delen van het konsult, van de voor- en de nameting.

arts	psychosociale delen			
	spreektijd arts		spreektijd patiënt	
	v	n	v	n
1	84 sec.	100 sec.	101 sec.	78 sec.
2	116 sec.	106 sec.	39 sec.	90 sec.
3	68 sec.	55 sec.	60 sec.	29 sec.
4	51 sec.	23 sec.	75 sec.	72 sec.
5	35 sec.	41 sec.	84 sec.	97 sec.
6	50 sec.	35 sec.	65 sec.	75 sec.

Tabel 2B: De gemiddelde spreektijd (mediaan) van arts en patiënt in de psychosociale delen van het consult, van de voor- en de nameting.

arts	aankijken somatisch				aankijken psychosociaal			
	oordeel: -/0		+		-/0		+	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	58%	61%	42%	39%	50%	10%	50%	90%
2	25%	11%	75%	89%	37%	11%	63%	89%
3	41%	36%	59%	69%	36%	-	64%	100%
4	38%	37%	62%	63%	27%	-	73%	100%
5	44%	41%	56%	59%	25%	12%	75%	88%
6	73%	79%	27%	21%	70%	50%	30%	50%

Tabel 3: Observatoroordeel over het kijkgedrag van de arts in voor- en nameting.

	somatisch						psychosociaal					
	par. 茶		refl. 茶		s.o. 茶		par.		refl.		s.o.	
	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n
1	2,8	3,0	0,3	0,4	0,2	0,9	1,8	3,0	0,8	1,9	0,5	1,6
2	2,0	2,7	0,2	0,7	0,5	0,9	1,1	3,4	1,0	2,0	0,3	0,4
3	1,3	2,3	0,6	0,2	0,5	0,3	2,6	2,9	1,4	1,8	0,9	1,0
4	1,0	1,0	1,0	0,6	0,5	0,2	2,1	0,5	1,1	1,0	1,4	1,33
5	3,0	2,4	0,8	0,5	1,8	0,4	2,3	3,1	1,6	2,8	2,4	1,4
6	1,5	2,3	0,4	1,0	0,7	0,4	1,6	1,6	0,8	2,0	0,8	1,6

Tabel 4: Gemiddeld aantal volgende uitlatingen per arts, gemeten over de verschillende onderdelen van het konsult in voor- en nameting.

par. 茶 = parafrases
 refl. 茶 = reflekties
 s.o. 茶 = steunende opmerkingen

	somatische gespreksfragmenten				psychosociale gespreksfragmenten			
	interesse		rust		interesse		rust	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	26%	50%	42%	50%	46%	60%	69%	70%
2	17%	55%	33%	33%	75%	66%	75%	66%
3	43%	35%	71%	41%	64%	80%	55%	90%
4	50%	69%	73%	74%	45%	83%	82%	83%
5	19%	12%	38%	18%	31%	75%	50%	88%
6	14%	16%	20%	5%	4%	38%	20%	25%

Tabel 5: Percentage positieve scores op de variabelen "interesse" en "rust" in voor- en nameting, gemeten over de verschillende onderdelen.

	somatische gespreksfragmenten				psychosociale gespreksfragmenten			
	aanzwengelen		doorvragen		aanzwengelen		doorvragen	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	26%	17%	63%	44%	69%	80%	46%	20%
2	17%	-	58%	44%	37%	66%	38%	56%
3	33%	11%	81%	28%	82%	55%	55%	55%
4	36%	16%	50%	47%	45%	67%	82%	67%
5	50%	29%	56%	53%	50%	63%	70%	39%
6	17%	11%	17%	58%	50%	62%	30%	25%

Tabel 6: Percentage konsulten waarin de stimulerende procesvariabelen voorkwamen in de somatische en psychosociale fragmenten. Voor- en nameting vergeleken.

	somatische gespreksfragmenten					
	interrupties		afhouden		afkappen	
	v	n	v	n	v	n
1	11%	17%	6%	23%	5%	-
2	33%	33%	-	11%	25%	-
3	62%	50%	5%	11%	10%	-
4	23%	5%	9%	11%	5%	-
5	12%	12%	12%	12%	12%	6%
6	48%	74%	7%	11%	7%	21%

	psychosociale gespreksfragmenten					
	interrupties		afhouden		afkappen	
	v	n	v	n	v	n
1	54%	40%	23%	-	8%	30%
2	25%	22%	25%	22%	12%	11%
3	55%	36%	18%	-	18%	18%
4	18%	50%	9%	17%	9%	17%
5	50%	38%	25%	13%	50%	63%
6	70%	50%	30%	50%	30%	62%

Tabel 7: Percentage konsulten waarin de remmende procesvariabelen voorkwamen in de somatische en psychosociale fragmenten. Voor- en nameting vergeleken.

	psychosociaal				somatisch			
	diagn.		ther.		diagn.		ther.	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	2,9	3,0	4,4	4,5	1,9	1,8	1,8	2,0
2	3,3	3,4	3,2	4,0	1,5	1,5	1,8	2,1
3	3,0	3,1	3,4	4,6	1,8	1,8	2,4	2,0
4	2,3	3,0	4,1	4,3	1,8	2,0	2,5	2,2
5	3,1	2,6	3,5	4,9	1,8	2,0	3,2	1,6
6	2,0	2,8	1,9	3,3	1,5	1,7	1,8	1,4

Tabel 8: Gemiddelde inbreng van de patiënt bij vaststelling van diagnose (minimum 1 - maximum 4) en therapie (minimum 1 - maximum 7) in voor- en nameting in de verschillende kontakt fragmenten.

In de slotbeschouwing zetten we de gevonden resultaten nog eens op een rij, om zo tot een oordeel te komen over het nut dat konsultatie in dit geval gehad heeft, de mate waarin plaatselijke omstandigheden de resultaten gekleurd kunnen hebben, en de mogelijkheden van konsultatie in het algemeen.

Ook de problemen met de effektmeting bij een dergelijk veldexperiment passeren nog eenmaal de revue.

De diverse deelonderzoeken, waarvan de resultaten in dit rapport worden vernoemd, waren te uitgebreid om in extenso in dit eindrapport te worden opgenomen.

Voor belangstellenden in specifieke onderwerpen zij verwezen naar de deelrapporten, die met betrekking tot de konsultatiezittingen, het voorschrijven, de verwijspatronen, en het gespreksgedrag geschreven zijn.

