

**KONSULTATIEPROJEKT
EINDHOVEN**

gespreksgedrag

**jozien bensing
peter verhaak**

maart 1980

INHOUDSOPGAVE

Pag.

I	<u>Inleiding</u>	1
	1. Plaatsbepaling van deze nota	1
	2. Het onderzoeksplan van het totale evaluatie-onderzoek	2
	3. Konsultatie en het arts-patiënt kontakt	4
	4. Opzet van dit verslag	4
II	<u>Waar kijken we naar: het arts-patiënt gesprek in theoretisch perspectief</u>	6
III	<u>Opzet en verloop van het onderzoek</u>	12
	1. Inleiding	12
	2. Materiaalverzameling	12
	3. observatie	14
	4. Betrouwbaarheid	17
IV	<u>Ruimte voor de patiënt</u>	20
	1. Inleiding	20
	2. Samenhang binnen klusters	21
	2.1. Objektieve ruimte voor de patiënt	21
	2.2. De subjektieve ruimte voor de patiënt	27
	2.2.1. Inleiding	27
	2.2.2. Non verbale uitdrukking van aandacht	28
	2.2.3. Verbale uitdrukking van empathie	30
	2.2.4. Interesse en rust	32
	2.2.5. De "subjektieve ruimte" in zijn geheel bekeken	32
	2.3. Ruimte in procestermen	34
	2.4. Ruimte voor de patiënt in termen van het power-shift model	37
	3. Samenhang in klusters	38
V	<u>Resultaten: welke invloed had konsultatie op gespreksvoering van de huisarts ?</u>	41
	1. Inleiding	41
	2. Vraagstelling ten aanzien van verandering in gespreksvoering	41
	3. Resultaten (1): Veranderingen in de inhoud van de gespreksvoering	42
	4. Resultaten (2): Ruimte voor de patiënt	49
	4.1. Objektieve ruimte	50
	4.2. Subjektieve ruimte	50
	4.3. Ruimte voor de patiënt in procestermen	55
	4.4. Ruimte voor de patiënt in termen van zijn inbreng in het konsult	57
	4.5. Konklusie naar aanleiding van resultaten "ruimte voor de patiënt".	57
	5. Artsenprofielen	59

	Pag.
VI <u>Slotbeschouwing</u>	65
1. Inleiding	65
2. Resultaten: effekt van konsultatie op het ter sprake brengen van psychosociale problemen voor de patiënt.	65
3. Ruimte voor de patiënt als begrip	66
4. Observatie van spreekuur gesprekken: een beschouwing over meetinstrumenten	67
 <u>Literatuurlijst</u>	 70
 <u>Bijlagen</u>	

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

1. Plaatsbepaling van deze nota

Deze nota is het verslag van een onderzoek naar de invloed van konsultatie tussen artsen en specialisten op de behandeling van psychosociale problemen door die artsen in hun konsulten.

Het is een onderdeel van een meer omvattend onderzoek: het konsultatieproject Eindhoven*. In dat kader vonden gedurende 16 maanden konsultatiebijeenkomsten plaats tussen zes huisartsen uit een groepspraktijk van de Philips Medische Dienst en een team van de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven: dit team was samengesteld uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een gezinstherapeut.

Een aantal aspecten van het artsenhandelen werd onder de loupe genomen, om na te gaan in hoeverre konsultatie daar invloed op had; één ervan was het gespreksgedrag van de arts inzake psychosociale problemen.

Over dit onderwerp gaat deze nota. De reden dat we, naast de samenvattende nota, in aparte rapporten telkens een onderwerp behandelen is tweeledig. In de eerste plaats verschaft het ons de mogelijkheid om meer in detail op specifieke resultaten in te gaan. Met name voor degenen die in het voeren van gesprekken door artsen, of in de omgang met psychosociale aspecten in het algemeen geïnteresseerd zijn, kan dit rapport zo van waarde zijn. Ten tweede kan nader ingegaan worden op onderzoekstechnische zaken en praktische problemen die een rol spelen bij dergelijk onderzoek, waardoor het rapport voor onderzoekers van belang kan zijn. In dit geval betreft het zaken als begripsvalidering van het theoretisch construct "ruimte voor de patiënt", het ontwikkelen en toetsen van observatiekategorieën, en het toetsen van vigerende theorieën over de gewenste gespreksstijl van de arts in geval van psychosociale problemen.

Voor degene die zich ook meer willen verdiepen in het konsultatieproject als geheel verwijzen we naar de eindrapporten, zoals die op de binnenkant van de omslag vermeld staan.

Daarin wordt uitgebreid beschreven hoe de artsen van de P.M.D. en het team van de R.P.I. in 1976/1977 tot een konsultatierelatie kwamen, die in de herfst van 1977 concrete vorm heeft gekregen.

Over de voorgeschiedenis kan onder meer worden opgemerkt dat het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 9 februari 1977 subsidie verleende aan de Philips Medische Dienst (P.M.D.) en de Rijkspsychiatrische Inrichting (R.P.I.) ten behoeve van dit konsultatieproject.

Eén der elementen van het project dat in de subsidietoekenning nadrukkelijk werd genoemd en door de deelnemende instellingen steeds werd benadrukt, betrof de wetenschappelijke evaluatie van de te ontamen activiteiten.

Namens de P.M.D. en R.P.I. heeft de projectleider (C.P. Schouwstra) het N.H.I. benaderd met het verzoek deze taak op zich te nemen.

* Dit rapport vormt samen met de rapporten "verwijspatronen" en "voorschrijven van medicijnen" de verslaggeving van de door het N.H.I. uitgevoerde evaluatie van een konsultatieproject in Eindhoven. Ook is een afzonderlijke nota gewijd aan het verloop van het konsultatieproject zelf. Er is een samenvattende nota verkrijgbaar die het gehele project en het evaluatie-onderzoek in meer globale termen behandelt.

De inhoud van het projekt (deskundigheidsbevordering van werkers in de eerste lijn) en de gedachten die reeds in een Conceptnota waren geformuleerd over opzet en vraagstellingen van het onderzoek, sloten zo duidelijk aan op de belangstelling en het werkterrein van de projektgroep "Psychosociale Hulpverlening in de Eerstelijns gezondheidszorg" van het N.H.I., dat vrij spoedig overeenstemming kon worden bereikt inzake het uit te voeren onderzoek, dat op 1 juli 1977 startte.

2. Het onderzoeksplan van het totale evaluatie-onderzoek

De eerste activiteit van het onderzoeksteam bestond uit het samenstellen van een onderzoeksvoorstel. Uitgangspunt was daarbij het bij de subsidieaanvraag reeds geformuleerde onderzoeksplan (conceptnota consultatieprojekt, maart 1976). Na een grondige bestudering van konsultatieliteratuur is vervolgens een definitief onderzoeksvoorstel (1977) geconcipieerd, dat in opzet en meetmethoden deels als het evenbeeld en deels als een verdere uitwerking van het SPEECH-onderzoek* kan worden beschouwd.

In beide onderzoeken ligt het aksent op het meten van veranderingen in het funktioneren van huisartsen op psychosociaal gebied naar aanleiding van een experimentele, deskundigheidsbevorderend geachte situatie (in ons geval: konsultatie vanuit de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg). En bij beide onderzoeken wordt ernaar gestreefd deze veranderingen niet alleen te meten op normatief en kognitief niveau (waar konsultatie als overlegsituatie immers eerder aangrijpingspunten voor verandering kan vinden), maar tevens en vooral op gedragsmatig niveau.

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 hadden 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 was er toen nauwelijks. Het was daarom mogelijk om een voormeting te houden. De gegevens die tijdens deze voormeting verzameld zijn, werden nog niet beïnvloed door de konsultatie.

Gedurende die voormeting werden de artsen geïnterviewd over hun opvattingen omtrent psychosociale klachten, hun eigen funktioneren in deze, en mogelijkheden om hierin door middel van konsultatie verandering in aan te brengen. Verder werd per arts drie uur spreekuur op de videoband vastgelegd.

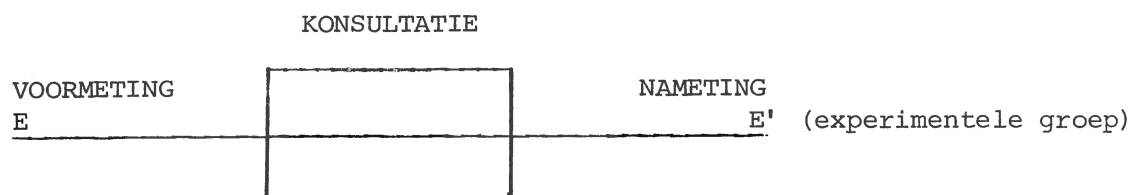
Aanvankelijk is gestreefd naar het inschakelen van een konstrolegroep artsen, teneinde verschillen tussen voor- en nameting bij de experimentele groep te kontroleren voor effekten van "rijping" ("elke arts verandert nu eenmaal na verloop van tijd"), regressie naar het gemiddelde en gebeurtenissen buiten het experiment om die artsen beïnvloeden (bijvoorbeeld Teleac cursussen, artikelen en dergelijke).

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

De groep artsen bij wie met dit doel in de voormeting videoopnames werden gemaakt, bleek echter danig te verschillen van de experimentele groep. De artsen waren op structurele factoren vergelijkbaar, maar in één achtergrondkenmerk verschilden ze sterk: de controlegroep was gemiddeld een jaar of tien ouder dan de experimentele groep, en dit had als resultaat dat de artsen niet alleen meer ervaren waren, maar ook veel meer trainingen hadden gevolgd in gespreksvoering, in methodisch werken, etc., zodat er geen sprake meer was van een vergelijkbare Ausgangssituatie. Het idee van een controle groep hebben we daarmee laten vallen.

Nadat bij experimentele en controlegroep een aantal aspecten van het functioneren van de artsen was vastgelegd - waarover dadelijk meer - nam de experimentele groep vijftien maanden deel aan de konsultatiezittingen. Een aantal kenmerken hiervan werd zorgvuldig geregistreerd, omdat zo eventuele veranderingen in het functioneren van de artsen gerelateerd konden worden aan gebeurtenissen tijdens de konsultatiezittingen. Na afloop van de konsultatiezittingen werden dezelfde aspecten van het functioneren van de artsen van beide groepen opnieuw gemeten. De doelstelling van het onderzoek is nu: een vergelijking van voor- en nameting, gerelateerd aan datgene wat in het konsultatie gebeuren geschiedde. Op deze manier kan nagegaan worden of er aspecten van het functioneren zijn veranderd, en of dit aan het konsultatieproject kan worden toegeschreven.

Het onderzoeksdesign zag er dus als volgt uit:



De onderzoeksdoelen waren: a) nagaan of er bij de experimentele groep in de nameting veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van de voormeting, en (b) proberen te specificeren welke konsultatie-elementen verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor (het ontbreken van) veranderingen bij de experimentele groep. En hiermee is meteen in grote lijnen aangegeven wat object van onderzoek is geweest:

1. de konsultatiesituatie;
2. het functioneren van huisartsen (met name wanneer het gaat om psychosociale problematiek). Aan dit functioneren is in het onderzoek een aantal aspecten onderscheiden, welke alle in voor- en nameting zijn opgenomen:
 - a. het signaleren van psychosociale problematiek
 - b. het omgaan met psychosociale problematiek, uitgesplitst naar:
 - medikamenteuze behandeling
 - gespreksmatige behandeling
 - verwijzen

Om die gespreksmatige behandeling gaat het met name in dit rapport.

3. Konsultatie en het arts-patiënt contact

Voor zover konsultatie invloed heeft op de gesprekken die artsen met patiënten over psychosociale problemen voeren, is dat een indirecte invloed. In de konsultatie worden immers bepaalde gevallen besproken, terwijl het niet de bedoeling is dat er algemene richtlijnen worden uitgedeeld.

Bovendien staat "de gespreksvoering" of "de juiste aanpak van psychosociale gevallen" niet centraal tijdens de konsultatiezittingen.

Veeleer worden daarin onderwerpen besproken als "wanneer patiënt X zus en zo doet, voel ik me gemanipuleerd; wat moet ik daarmee?" In tegenstelling tot een training wordt dus niet gewerkt aan algemene technieken, waarvan achteraf een al dan niet opgetreden toename kan worden vastgesteld.

Toch kunnen uit de literatuur over konsultatie en uit de verwachtingen vooraf van de deelnemers aan het onderhavige projekt aanwijzingen gehaald worden hoe konsultatie het gedrag van de arts in zijn spreekkamer zal beïnvloeden.

Daar zijn op de eerste plaats de studies over konsultatie waaruit naar voren kwam dat sensitiviteit voor in de konsultatie behandelde problematiek toenam, en dat konsultatievragers de taal van konsultatiegevers gaan overnemen (Mannino 1975).

Voorts zijn daar de verwachtingen van vier van de zes artsen, dat ze gevoeliger zullen worden voor psychosociale problemen en dat hun manier van optreden zal verschuiven van alleen luisteren in de richting van meer inzichtsbevorderende en gedragsveranderende manier van optreden; gesprekken zullen in aantal toenemen. Dergelijke verwachtingen maken de veronderstelling gewettigd dat in de inhoud van de arts-patiënt kontakten in de loop van het projekt de wekelijkse omgang met psychosociale hulpverleners zichtbaar zal worden. Er zullen meer gesprekken over psychosociale onderwerpen gevoerd worden, wellicht komt de taal waarin psychologen en maatschappelijk werkers hun boodschap plegen te verpakken ook meer naar voren. Of de wijze waarop de artsen met hun patiënten omgaan ook zal veranderen, is nog de vraag. In het volgende hoofdstuk zal naar voren komen dat in de meeste theorieën over gespreksvoering de vorm van het gesprek sterk benadrukt wordt; het is echter niet iets, waaraan binnen konsultatie speciale aandacht werd geschonken. Indien het zo is dat een wijziging van de gespreksinhoud noodzakelijkerwijze ook een wijziging in de gespreksvorm vereist mogen we ervan uitgaan dat of beide of geen van beide zullen veranderen. De resultaten van dit onderzoek zullen dat moeten uitwijzen.

4. Opzet van dit verslag

In het volgende hoofdstuk zullen we nader ingaan op de theoretische vooronderstellingen met betrekking tot het meten van het gespreksgedrag bij artsen. De hieruit voortkomende variabelen worden in hoofdstuk III behandeld: operationalisatie, meting en betrouwbaarheid komen aan de orde. Ten behoeve van dit onderzoek is een uitgebreid conceptueel netwerk rond het begrip "ruimte voor de patiënt" opgesteld en getoetst. De ideale vorm voor het arts-patiënt gesprek, zoals gedestilleerd uit de in hoofdstuk II weergegeven theorie wordt in hoofdstuk IV getoetst aan de praktijk.

Hoewel dit belangrijk is voor de interpretatie van verschillen tussen voor- en nameting, kan het voor degenen die voornamelijk in het effect van konsultatie geïnteresseerd zijn buiten beschouwing worden gelaten. In hoofdstuk V wordt het effect van het konsultatieexperiment op het gespreksgedrag van de arts behandeld.

HOOFDSTUK II: WAAR KIJKEN WE NAAR: HET ARTS-PATIENT GESPREK IN THEORETISCH PERSPEKTIEF

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

Wat is dus het doel van dit observatieonderzoek?

Het onderzoek dient er voor om veranderingen in het konkrete hulpverleningsgedrag van de huisartsen onder invloed van het konsultatieproject op te sporen en te verklaren.

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

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

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

Het zou voor de hand liggen om voor de konkretisering van deze algemene vraagstelling aansluiting te zoeken bij de konsultatieliteratuur. Zoals echter al naar voren kwam in het Onderzoeksvoorstel Konsultatieproject Eindhoven (Bensing en Schut, 1977) is vanuit deze hoek weinig bruikbaar te vinden voor een onderzoek als dit. Er bestaat nauwelijks enige theorievorming rond de effecten van konsultatie en het schaarse onderzoek dat gedaan is naar het effect van konsultatie op het konkrete gedrag van de konsultant heeft alleen enige aanknopingspunten opgeleverd die we in I.3 reeds aanstipten.

We zullen daarom onze toevlucht moeten nemen tot wat er aan algemene theorievorming bestaat over het hulpverleningsgedrag van de arts en over de veranderbare elementen daarin, ongeacht de specifieke werking van de konsultatiemethodiek. De link met de konsultatie kan bewaard blijven door speciaal aandacht te besteden aan de verwachtingen die bij de artsen zelf leven ten aanzien van de mogelijke veranderingen die het konsultatieproject in hun hulpverleningsgedrag zou kunnen bewerkstelligen. We hebben daarmee twee bronnen voor mogelijke observatiecategorieën: de verwachtingen van de artsen zelf en de bestaande hulpverleningstheorieën.

Om met het eerste te beginnen: twee artsen verwachtten dat er niet zoveel zal veranderen door het konsultatieproject. Dat zijn dezelfde artsen die enkel uit solidariteitsoverwegingen aan het konsultatieproject zijn gaan meedoen, en ook in de andere deelonderzoeken geen speciale veranderingen verwachten: de artsen 3 en 6.

De overige artsen waren vrij eensluidend in hun verwachtingen.

Allemaal verwachtten zij een toename van hun gevoeligheid voor psychosociale problematiek, en allemaal verwachtten zij meer gesprekken te zullen gaan voeren met patiënten met psychosociale problemen, waarbij de aard van de gesprekken waarschijnlijk zou verschuiven van luisteren (praatpaal zijn/exploreren naar meer inzichtbevorderend en gedragsveranderend bezig zijn).

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

1. gaat de arts meer klachten als psychosociaal benoemen ?
2. probeert de arts vaker door zijn vragen en andere interventies om op het spoor van psychosociale problemen te komen ?

Uit 1) en 2) volgt:

3. laat de arts vaker in zijn konsulten onderwerpen aan de orde komendie buitende somatische orde liggen, oftewel: zijn de gespreksonderwerpen vaker (ook) psychosociaal van aard ?

Wanneer duidelijk is dat er psychosociale problemen aan de orde zijn, kan een arts op grofweg twee manieren daarop reageren: door erop in te gaan of door de problemen te negeren. Ook kan hij het allebei doen: eerst enige aandacht aan problemen besteden, maar daarna zich toch tot het zuiver somatische beperken.

De artsen verwachten dat na het konsultatieproject:

4. de arts bij een diagnose "psychosociaal" vaker zal ingaan op de eventuele aanwezigheid van psychosociale problemen
5. de arts bij een diagnose "psychosociaal" zich minder vaak tot het louter somatische zal beperken

Wat betreft de aard van de interventies verwachten zij dat:

6. de arts minder vaak alleen praatpaal zal zijn of zich zal beperken tot louter exploreren, maar vaker inzichtbevorderend of gedragsveranderend zal optreden.

Tenslotte, en als een soort controle op de hierboven geformuleerde hypothesen, verwachten wij zelf, dat:

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

Tot zover de vraagstellingen, zoals ze voortkomen uit de verwachtingen van de artsen, naar aanleiding van het konsultatieproject. Deze verwachtingen hebben met name betrekking op datgene, wat we de inhoud van het arts-patiëntcontact kunnen noemen. Omtrent de meer formele kant van dit contact leven weinig expliciete verwachtingen; toch heeft de meeste theorievorming op het gebied van arts-patiëntkommunikatie betrekking op de vorm of de functie van het contact, de rol van de partners, de interacties die plaats vinden, etc: met andere woorden de theorievorming beweegt zich op een niveau, waar geabstraheerd kan worden van de inhoud van de kommunikatie. Teneinde de gevoerde gesprekken vóór en na konsultatie te kunnen beoordelen binnen een theoretisch kader, zullen we daarom aandacht moeten schenken aan dit soort kenmerken.

Dit theoretisch kader wordt in eerste instantie geboden door opvattingen die de laatste tientallen jaren over de taak van de huisarts zijn geventileerd. Deze taakopvatting werd tot medio vijftiger jaren gestuurd door het zogenaamde pathologisch/anatomisch model: het onwelbevinden waarmee de patiënt bij de huisarts kwam, werd ergens in het lichaam ge-localiseerd; door middel van een gerichte medische anamnese moet de arts de aard van de kwaal bepalen en aan de hand daarvan een therapie instellen. Kenmerken van dit model waren onder meer de monocausaliteit van de ziekte, de specialist - leek verhouding tussen arts en patiënt, en de somatische aanpak. Deze opvatting geraakte aan het eind van de jaren vijftig in discussie, de pleidooi voor een integrale en persoonlijke zorg kwam op gang (Woudschotenrapport !), de opvatting van ziekte als uiting van onbehagen won veld, en dit alles resulteerde er onder meer in dat de huisarts niet meer de specialist bij uitstek was in zijn verhouding met de patiënt, dat een somatische aanpak niet meer in elk geval volstond, en dat er meerdere oorzaken voor ziekte tegelijk werkzaam konden zijn. Hetgeen de klassieke medische aanpak: anamnese - onderzoek - therapie op de helling zette: in de modernere opvatting kan de huisarts niet meer volstaan met gerichte vragen, en de definitie van de ziekte hangt minstens zoveel van de patiënt als van de arts af.

Dit spreekt ook uit recentelijk gepubliceerde taken van de huisarts, zoals bijvoorbeeld N.H.G. of L.H.V. die zien: in plaats van het stellen van gesloten anamnesevragen, stelt de L.H.V. in "taken van de huisarts" (1977), dat de arts belangstellend moet openstaan voor problemen van de patiënten, non-verbale gegevens moet signaleren, empathisch moet zijn. in moet gaan op gevoelens die patiënten tonen, etc.

In het rapport "methodisch werken" van het N.H.G. wordt gepleit voor een opening van het konsult met een verheldering van de vraag om hulp. De verwachting die de patiënt van de arts heeft wordt hierin met name centraal gesteld. Resumerend kunnen we zeggen dat de aanpak van de huisarts van ziektegericht naar patiëntgericht is verschoven. Wat betreft het door ons te ontwikkelen theoretisch kader heeft dit als konsekwentie dat we het idee "ruimte voor de patiënt" hierbinnen centraal zullen stellen. Ruimte voor de patiënt betekent dat een arts in een konsult dat gemiddeld 5 à 10 minuten duurt een aanpak moet ontwikkelen die de patiënt het gevoel geeft dat er naar hem geluisterd wordt; anderzijds is de arts ook genoodzaakt efficiënt met die tijd om te springen; zoals gezegd is deze beperkt; in de korte tijdsspanne dient de arts alle noodzakelijke informatie te verzamelen, zodat er geen sprake kan zijn van een volledig ongestuurd proces: de arts zal ervoor moeten waken dat bepaalde noodzakelijk geachte informatie verstrekt wordt.

Laten we bezien hoe deze diverse belangen - ruimte geven, en procesbewaking - vanuit verschillende invalshoeken geoperationaliseerd kunnen worden.

Uit de psychotherapie afkomstig is het idee dat de hulpverlener "unconditional positive regard" ten opzichte van de hulpvrager dient te vertonen (vergelijk Rogers 1972). Dat dit idee toepasbaar geacht wordt op - een bepaald type - arts-patiënt contact moge blijken uit de volgende citaten.

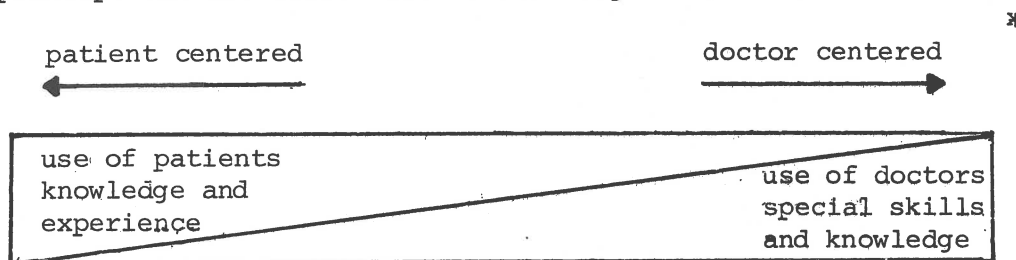
Enid Balint merkt in haar boek "six minutes for the patient" op dat: "the traditional aim in joinpointing the seat of the trouble may not always be appropriate. An alternative aim would be to provide the patient with the opportunity to communicate whatever it is he wants, and this can result in a brief, intense and close contact,....".

Van Dorp (1977) ziet als doel van het gesprek dat een arts met een patiënt voert, dat hij "... onbevooroordeelde aandacht heeft voor de problemen die de patiënt hulp doen zoeken, een oordeel voortdurend opschort (tussen haakjes plaatst) en een minimum aan beïnvloeding van de patiënt bewerkstelligt."

Het medisch interview dient in zijn ogen nog een doel: "Het levert niet alleen gegevens, vermoedens en toetsingen daarvan op, maar het dient ook voor het vestigen en onderhouden van een goede relatie met de patiënt. Onder andere houdt dit in dat de arts werkelijk belangstelling moet hebben voor de patiënt - niet slechts voor zijn ziekte - en een zeker meegevoel moet tonen, zonder zich in de emotionele problemen van de patiënt te verstrikken."

Nu zijn dit fraaie voornemens, maar het werpt een eenzijdig licht op de dagelijkse praktijk van de huisarts. In tegenstelling tot een psychotherapeut die in een aantal sessies van circa een uur zijn cliënt onvoorwaardelijk aandacht kan schenken, is de huisarts gebonden aan ten minste één voorwaarde: de tijd. Stimson & Webb (1975) geven aan dat de arts een soort managersrol vervult: hij moet zowel zien de patiënt tevreden te stellen als zijn spreekuur binnen redelijke tijd af te werken. Enerzijds kan hij het proces sturen en eventueel versnellen: door het gesprek een wending te geven, op één onderwerp dieper in te gaan en het andere te laten liggen. Daarnaast kan hij het gesprek voortijdig beëindigen, verbaal door op een ander onderwerp over te gaan, te interrumperen, en dergelijke, of met specifieke artsenmiddelen: de patiënt een recept in de hand te drukken, een verwijsbrief gaan schrijven.

Een ander invalshoek bieden Byrne & Long, die ontdekten dat artsen er een vrij voorspelbare gedragsstijl op na hielden in termen van de mate waarin de artsen beslissingen zelf namen of juist aan de patiënt overlieten. Op grond van deze bevindingen ontwikkelden Byrne & Long het oorspronkelijk uit de organisatiepsychologie afkomstige "power-shift model" tot een model wat speciaal van toepassing was op de huisartspraktijk. Het grondprincipe van dit model ziet er als volgt uit:



* Schema 1: Het Powershift model: overgenomen uit: Byrne, P.S. en B.E.L. Long: Doctors talking to patients (1976)

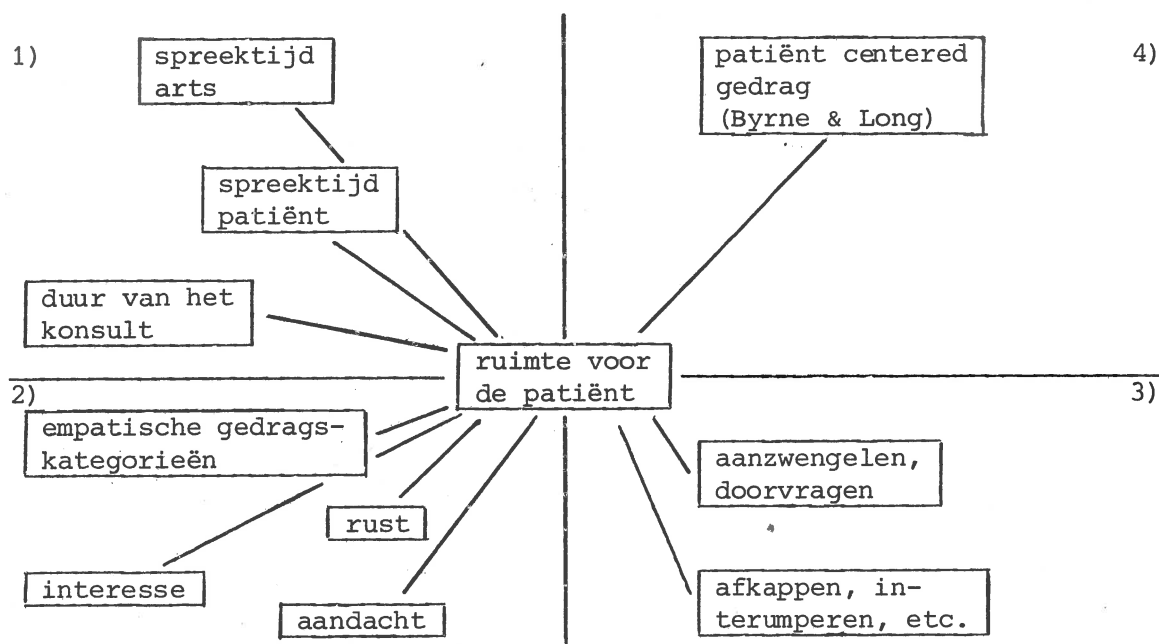
Volgens Byrne en Long heeft iedere arts een bepaalde gedragsstijl die overeenkomt met een stereotype plaats in dit model. Meer naar rechts zitten de gedragsstijlen die gekenmerkt worden door een zware inbreng van de arts zelf; meer naar links zitten de gedragsstijlen waarin de patiënt meer ruimte krijgt.

Byrne en Long passen dit powershift model zowel toe op de diagnostische als de therapeutische fase van het konsult.

In de diagnostische fase wordt het konsult als meer patiënt gericht geskoord indien de arts meer luistert, de patiënt laat praten, en dergelijke en minder botweg informatie verzamelt, stellingen poneert en dergelijke.

In de therapeutische fase wordt het konsult als meer patiënt gericht beoordeeld, naarmate de arts de therapeutische beslissing meer aan de patiënt overlaat. (Voor een exacte operationalisering van het powershift model, zie bijlage Ib.)

Drie benaderingen zijn naar voren gebracht, om vast te stellen in hoeverre de arts de patiënt de kans geeft zijn definitie van het probleem te geven, zijn inbreng te hebben in het arts-patiënt contact. Een laatste benadering die wij hier voorstellen is het simpel meten van de tijd die de patiënt gegund wordt: de duur van het konsult en de spreektijd van de patiënt, absoluut en in relatie met de spreektijd van de arts. We komen zo tot vier klusters die hun bijdragen leveren om de ruimte voor de patiënt:



Schema 2 : Conceptueel netwerk van het begrip "ruimte voor de patiënt".

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

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

1. de objektieve ruimte voor de patiënt in termen van de tijd die aan hen wordt gegund:
 - de duur van het konsult: naarmate een konsult langer duurt heeft de patiënt meer ruimte
 - spreektijd arts/spreektijd patiënt: naarmate de patiënt relatief meer spreektijd krijgt/claimt, heeft hij meer ruimte
2. de subjektieve of psychische ruimte voor de patiënt (krijgt de patiënt in het konsult ook de indruk dat hij de ruimte heeft om vrijuit te praten ?)
 - de empathische gedragscategorieën uit de school van Rogers (vergelijk ook Neuteboon, Vrolijk, van Dorp): naarmate een arts meer parafraseert, reflekteert, knikt en humt, zal de patiënt meer de indruk krijgen de ruimte te hebben
 - aandachtsgedrag: naarmate de arts de patiënt meer aankijkt en een aandachtiger houding heeft zal de patiënt, etc.
 - interesse (vergelijk onder andere van Dorp): naarmate de arts zich door zijn houding meer geïnteresseerd toont, zal de patiënt, etc.
 - rust: naarmate het konsult minder haastig is en meer rust uitstraalt zal de patiënt, etc
3. de ruimte voor de patiënt in procestermen
 - het hanteren van stimulerende procesvariabelen: naarmate de arts vaker een nieuw onderwerp aanzwengelt dan wel doorvraagt op een bepaald thema, zal de patiënt meer ruimte krijgen
 - het hanteren van remmende procesvariabelen: naarmate de arts vaker de patiënt onderbreekt, negeert of zelfs afkapt zal de patiënt minder ruimte krijgen
4. de ruimte voor de patiënt in termen van een machtsoverwicht (de gedragsstijlen van Barry Long): naarmate de arts in een konsult meer gebruik maakt van de kennis en ervaring voor de patiënt (en minder van die van hemzelf) en naarmate hij de uiteindelijke beslissing over wat er het beste kan gebeuren aan de patiënt overlaat zal de patiënt meer de ruimte krijgen

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

De exacte operationalisaties van deze variabelen zijn te vinden in het volgende hoofdstuk.

HOOFDSTUK III: OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

1. Inleiding

Zoals in hoofdstuk I al is uiteengezet, was de globale opzet van dit deelonderzoek als volgt: In het najaar van 1977 werden videoopnames gemaakt van spreekuurkontakten tussen de zes artsen die aan het konsultatieproject deelnamen* en hun patiënten. Per arts werd drie uur spreekuur vastgelegd. Ook werden deze artsen in deze periode geïnterviewd: onder andere gingen deze vraaggesprekken over de verwachtingen die ze van het konsultatieproject hadden m.b.t. hun functioneren in de dagelijkse praktijksituatie. Vervolgens kwamen de artsen en het konsultatiegevend team eens in de twee weken bijeen, gedurende 16 maanden, om aan de hand van ingebrachte gevallen hun functioneren te bespreken (vgl: Konsultatieproject Eindhoven: een proces analyse).

Na afloop hiervan werden in het voorjaar 1979 nieuwe videoopnames gemaakt, opnieuw van drie uur spreekuurgesprekken. Tevens werden weer interviews afgenomen, waarin de artsen een terugblik op de afgelopen anderhalf jaar gaven.

In dit hoofdstuk zullen we nagaan hoe de aldus verkregen videoopnames zijn geobserveerd, hoe ze "vertaald" zijn in observatiecategorieën, en hoe betrouwbaar dit geschiedde.

Paragraaf 2 beschrijft de gang van zaken tijdens de opnamen en de observatie. In paragraaf 3 geven we definities en operationalisering van de observatie categorieën en paragraaf 4 is gewijd aan de betrouwbaarheid van het materiaal. Het hoofdstuk wordt afgerond met een samenvatting.

2. Materiaalverzameling

Per arts werden twee maal videoopnames gemaakt. Per meting zijn de banden aaneensluitend opgenomen, waardoor we steeds de beschikking hebben over een heel spreekuur, meestal een ochtendspreekuur.

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

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

* Ook werden opnamen gemaakt van vier andere artsen, die als controle-groep moesten functioneren. Gezien het feit dat deze artsen veel meer aan gesprekstraining gedaan bleken te hebben, hetgeen op het eerste gezicht van de videobanden reeds duidelijk te merken was, is deze controlefunctie niet mogelijk. Deze opnamen worden verder niet in dit rapport betrokken.

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

- a. de klacht op de dimensie somatisch/psychosociaal
- b. de ernst van de klacht
- c. de kwaliteit van zijn eigen optreden

Voor alle vragen werd gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal (zie bijlage III) De antwoorden op deze vragenlijsten werden afzonderlijk opgeborgen en niet ter kennis van de observatoren gebracht.

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

- a. de observatoren vulden ieder een eigen observatieformulier in; deze werden ook afzonderlijk gekodeerd, zodat betrouwbaarheidstesten mogelijk zijn,
- b. het samenstellen van een zogenaamd "eindformulier" gebeurde pas nadat alle observaties waren afgerond; er werden vaste regels gehanteerd voor het vaststellen van een eindoordeel indien beide observatoren het niet eens bleken te zijn,
- c. de algemene beoordelingsschalen (interesse; rust, spraakzaamheid patiënt) werden onmiddellijk ingevuld nadat het konsult één keer was bekeken (om verstoring door andere - telbare - variabelen te vermijden). De te tellen variabelen werden na meerdere keren kijken ingevuld. (Opdat de observatoren zo goed mogelijk de gelegenheid hadden om alles in zich op te nemen).
- d. de tijdsvariabelen (duur van het konsult; spreektijd arts en patiënt; tijd dat de arts de patiënt aankijkt, etc.) werden onafhankelijk van de andere observatiecategorieën geskoord. Voor de skoring van deze variabelen is gebruik gemaakt van een tijdsregistratie-instrument.

In totaal namen vier observatoren deel aan het onderzoek. Voor zover de aantallen dit toelaten, zullen we per observatorpaar de betrouwbaarheid bekijken.

(Sommige combinaties komen n.l. niet of nauwelijks voor).

Nadat alle opnamen geobserveerd waren, en de observaties op formulieren waren vastgelegd, werd dus een eindformulier gemaakt. Hierop kwamen samen: - het uiteindelijk observatorenoordeel (indien beide observatoren het eens waren, was dit het al vastgelegde observatoroordeel; als dat niet het geval was, werd volgens vaste normen een middeling toegepast. Per variabele zullen we in paragraaf 3 deze normen weergeven).

- De oordelen die de artsen hadden vastgelegd
- De tijden, gemeten met het tijdsregistratieapparaat.

Zowel de eindformulieren, als de afzonderlijk observator formulieren werden vervolgens voor automatische verwerking geschikt gemaakt. De resultaten, zoals we die in dit rapport meedelen, hebben betrekking op de gegevens van de eindformulieren. Alleen de betrouwbaarheidsschatting, zoals weergegeven in paragraaf 4 van dit hoofdstuk, is gebaseerd op gegevens van de afzonderlijke observator formulieren.

* Observatie en verwerking van de gegevens werden gekoördineerd en mede uitgevoerd door Johan Dronkers.

3. De observatie.

In hoofdstuk II is gesproken over een aantal begrippen, die van belang zijn bij bestudering van het gespreksgedrag van de huisarts. Om van theoretisch begrip tot observeerbare categorie te komen dienen echter eerst een aantal stappen gezet te worden. Daarom eerst iets over de methode van systematische observatie, om aan het eind van deze paragraaf te komen tot een opsomming van de gehanteerde observatiecategorieën, het begrip waar ze voor staan, en de wijze waarop dit begrip in een getal werd omgezet.

Door in dit deelonderzoek te kiezen voor de methode van systematische observatie, vermijden we een aantal problemen die andere wijzen van dataverzameling wel kennen. Men is in staat gedrag van mensen te bestuderen in plaats van uitspraken van mensen over hun gedrag. Men bepaalt als onderzoeker op welke wijze men het gedrag in zijn volledigheid reduceert tot werkbare abstracties. Dit brengt met zich mee dat men definitie, interpretatie, en registratie niet aan anderen hoeft over te laten, maar zelf deze stappen in het onderzoek onderneemt, en zodoende achteraf betrouwbaarheid en validiteit kan schatten.

De onderzochte heeft dus weinig kans om het materiaal te beïnvloeden. De konsekwentie hiervan is wel dat men nu als onderzoeker die valkuilen moet zien te vermijden, die men de onderzochte bespaard heeft.

En daarin zit ook het grote probleem van observatiestudies.

Want om gedrag zoals zich dat aan de observator voordoet in categorieën te vangen -hetgeen nodig is voor de wetenschappelijke studie- zijn een aantal interpretaties nodig van de kant van de onderzoeker. Interpretaties die maar voor een deel te maken hebben met het bestudeerde materiaal:

Phenomena are not discrete entities; rather it is the observer who categorizes them on the basis of a variety of concepts and frames of reference which enable him to organize the incoherent jumble of the real world. (Philips, 1966) Of, zoals Kaplan konkludeert: *what we observe are actions, but the observation rests on inference, and reconstructions* (1964).

Wat hiermee in feite wordt gezegd is dat ook de onderzoeker niet blanco kijkt naar afzonderlijke gebeurtenissen in een konsult, maar dat hij vanuit zijn eigen referentiekader en al dan niet expliciete veronderstellingen het konsult als het ware reconstrueert tot een betekenisvol geheel.

Dat is onvermijdelijk. Maar het is ook niet per definitie fout of slecht

Allereerst is het heel goed mogelijk om voorzorgsmaatregelen te treffen tegen ongewenste interpretatieeffekten. Ook kunnen deze effekten voor een deel achteraf worden gecontroleerd. Tenslotte -maar dat wordt pas belangrijk na de afronding van het onderzoek- is het mogelijk om het eigen referentiekader bloot te stellen aan kritiek van buitenaf, door het zorgvuldig te expliciteren. De kritische lezer krijgt daarmee de kans om de gehanteerde observatie categorieën op hun waarde te schatten

De Groot (1968) noemt een aantal voorzorgsmaatregelen tegen ongewenste interpretatieeffekten van de observator:

1. reductie, vereenvoudiging c.q. explicitering van de boordelingstaak

2. eliminatie van irrelevante andere aspecten (wat de beoordelaar niet hoeft te weten, mag hij niet weten) en -voorzover eliminatie niet mogelijk is -concentratie op hetgeen geobserveerd dient te worden
3. variatie van volgorde van aanbieding
4. beperking van vrijheid door voorgestruktureerde schalen te gebruiken
5. werken met meerdere beoordelaars die geen andere belangen hebben dan een serieuze, deskundige beoordeling te willen verrichten.

We hebben deze voorzorgsmaatregelen op een aantal manieren in ons onderzoek ingebouwd:

1. door het aantal observatiecategorieën zoveel mogelijk te beperken
2. door veel aandacht te besteden aan de operationalisering van de observatiecategorieën en geen "open" observaties toe te laten
3. door een aantal categorieën te gebruiken die door simpel tellen zijn te skoren
4. door categorieën waarbij wel interpretaties nodig zijn zoveel mogelijk te relateren aan "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 (en waarin vragen waren opgenomen over de aard van de klacht, de ernst van de klacht en een oordeel over zijn eigen optreden)
7. door de artsen door elkaar heen te observeren en nooit meer dan maximaal 3 (meestal 2) konsulten van dezelfde arts achter elkaar te bekijken
8. door met verschillende observatoren te werken die paarsgewijs de konsulten observeren

Wij menen dat wij door het instellen van deze procedures de problemen die aan observatieonderzoek kleven aardig in de hand kunnen houden.

Los daarvan is het ook mogelijk om de betrouwbaarheid van de observaties in een getal uit te drukken: bijvoorbeeld door de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen. Hierop gaan we in de volgende paragraaf nader in.

Tot zover de voorzorgsmaatregelen die genomen zijn bij de bewerking van het materiaal, oftewel het observeren.

We zullen nu aangeven tot welke definities we besloten hebben, en op welke wijze we eventuele interpretatieproblemen hebben opgelost.

De gebruikte categorieën laten zich in eerste instantie indelen in een tweetal groepen; we abstraheren hierbij van de inhoud, en letten alleen op de wijze van meten.

We kunnen spreken over categorieën die welomschreven zijn (indien x aanwezig is, is de waarde 1, indien x niet aanwezig is, is de waarde 0), en categorieën die een oordeel vergen van de observator, dat niet exakt te omschrijven valt (hoe geïnteresseerd is de arts?).

De eerste groep categorieën bestaat daarom uit zogenaamde "checklist"-items: voornaamste kenmerk is, dat ze telbaar zijn. Uit andere onderzoeken (van Dorp, 1977, geeft een overzicht) is gebleken dat dit soort items in het algemeen betrouwbaar te scoren zijn.

In bijlage Ia, geven we een overzicht van deze check-list items en de wijze van scoring.

Een tweede groep categorieën betreffen niet zozeer telbare gebeurtenissen, maar veeleer een indeling en benoeming van konsultdelen aan de hand van welomschreven definities: "als x optreedt, noemen we dit stuk gesprek y". Aangezien het optreden van x een gradueel karakter kan hebben, is deze operationalisatie minder "hard" dan die van checklist-items.

Ook wordt in een aantal gevallen een oordeel van de observator gevraagd, dat niet tot telbare eenheden valt terug te brengen.

In deze gevallen spreken we van beoordelingsitems, waarvan bekend is dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in het algemeen lager is.

Op twee van deze items gaan we hier wat dieper in; ze zijn belangrijk omdat ze niet zomaar de beoordeling van een gedragsaspect betreffen, maar van invloed zijn op de indeling van het gehele konsult.

Konsultdelen worden namelijk benoemd naar hun *aard*. Dat is somatisch, op de momenten dat alleen over strikt medische zaken gepraat wordt; psychosociaal zijn die fragmenten, waarin gepraat wordt over de angst van de patiënt in verband met ziekte, operatie of iets dergelijks, relationele problemen, werkomstandigheden, etc.. Soms is deze indeling niet goed aan te brengen: door gebrek aan voorkennis kunnen de observatoren dan niet beoordelen in hoeverre gesprekken over medische zaken toch een geruststellende functie hebben: deze fragmenten worden als vraagteken gescoord. Daarnaast komen nog twee mogelijke invullingen voor: fragmenten waarin puur administratieve zaken aan de orde komen (de weg uit leggen naar het ziekenhuis, verwijskaart gegevens vragen, etc.) en fragmenten waarin alleen "sociaal gebabbeld" wordt over hoe de vakantie was, het weer, etc., worden apart als zodanig gescoord.

Ook wordt het hele konsult kwalitatief beoordeeld naar aanleiding van *de manier waarop de arts psychosociale aspecten behandelt*. Indien een klacht door observator/arts wordt beschouwd als niet-zuiver somatisch, dan wordt in eerste instantie aangegeven of de arts al dan niet ingaat op de psychosociale aspecten.

Niet ingaan op of negeren van psychosociale klachten kan op de volgende manieren gebeuren:

- de arts bepaalt zich uitsluitend tot de somatische aspecten van de klacht: bij depressieve klachten alleen maar vragen of het 's ochtends erger is dan 's avonds, of hij/zij ook afgevallen is, hoe het met slapen gaat, e.d.
- de arts negeert verbale aanwijzingen die de patiënt geeft: bij presentatie van rugklachten: "er komt natuurlijk een hoop zenuwen bij", waar de arts dan niet op ingaat.
- de arts negeert non-verbale aanwijzingen die de patiënt geeft: zuchtend presenteren van de klacht, en dergelijke.

Wanneer de arts naar de mening van de observatoren wel ingaat op de psychosociale aspecten van de klacht wordt aangegeven op welke manier de arts hierop ingaat. De volgende mogelijkheden worden onderscheiden:

- de arts geeft psychofarmacon.
- de arts gaat gespreksmatig in op psychosociale aspecten van de klacht. Dit kan vijf gradaties bevatten:
 - . de arts fungeert als "praatpaal"
 - . de arts stelt gerust
 - . de arts exploreert het probleem
 - . de arts bevordert in het gesprek het inzicht van de patiënt in zijn probleem
 - . de arts probeert het gedrag van de patiënt te veranderen
- de arts geeft adviezen
- de arts verwijst naar een psychosociale hulpverlenende instantie
- de arts geeft de problematiek terug aan de patiënt

N.B.: het is binnen deze operationalisering mogelijk, dat de arts in een konsult zowel ingaat op psychische aspecten van een klacht als (andere) aspecten negeert.

Opgemerkt moet worden dat drie zaken niet verward mogen worden:

De arts beoordeelt het geheel aan klachten in een konsult als somatisch of psychosociaal, naarmate hij vindt dat er al dan niet psychosociale aspecten bij meespelen. De aard van een konsultfragment is somatisch of psychosociaal naar gelang er al dan niet over niet-medische zaken expliciet gesproken wordt.

De arts gaat in op psychosociale klachten of negeert ze al naar gelang hij in zijn diagnose en therapie blijkt geeft het psychosociale in de klacht daarin te betrekken. Vaak zullen deze drie beoordelingen gelijk op gaan, maar nodig is het niet. De arts kan bijvoorbeeld vinden dat er psychosociale aspecten meespelen, in het konsult kunnen ook psychosociale fragmenten voorkomen (bijvoorbeeld patiënt refereert aan de situatie thuis), maar de arts kan in zijn benadering puur binnen het somatische blijven en de signalen negeren.

Naast deze indelingscategorieën komen nog een aantal observatiekategorieën voor die als beoordelingsitems zijn aan te merken. We verwijzen hiervoor weer naar de bijlage (Ib).

4. Betrouwbaarheid

Teneinde de interbeoordelaars betrouwbaarheid te meten, hebben we van een aantal variabelen de samenhang tussen de afzonderlijke observatoren berekend.

Omdat de meeste categorieën hooguit op rangorde niveau gemeten zijn, maken we gebruik van de associatiemaat Cramer's V^2 , die onafhankelijk is van het aantal rijen en kolommen, ± 1 als maximum en 0 als waarde voor statistische onafhankelijkheid. Bij 2 X 2 tabellen is phi-koëfficiënt gebruikt.

	voormeting				nameting					
	somatisch		psychosociaal		somatisch			psychosociaal		
checklist-items:	A x B (N=111)	B x C (N=25)	A x B (N=17)	B x C (N=23)	A x B (N=41)	B x C (N=47)	B x D (N=23)	A x B (N=19)	B x C (N=11)	B x D (N=9)
Parafrases	.89	1.00	.95	1.00	.87	.82	.94	.97	.85	.95
Reflekties	.93	1.00	.96	1.00	.96	.91	1.00	.96	1.00	1.00
Steunende opmerkingen	.83	1.00	.95	.97	.91	.96	1.00	.97	.97	.94
Aanzwengelen	.79	1.00	.96	.86	1.00	.86	.87	1.00	.97	.97
Doorvragen	.82	1.00	.80	.74	.73	.85	.74	.80	.81	.73
Interrupties	.87	.94	.82	.82	.96	.70	1.00	.87	.76	1.00
Starts	.79	.84	.91	.94	.83	.77	.92	1.00	.86	.91
beoordelings-items										
Klacht: psychisch-somatisch	.69	.56	.69	.56	.76	.69	.89	.76	.69	.89
Ruimte diagnose	.78	.85	.91	.86	.94	.88	1.00	.86	1.00	1.00
Ruimte diagnose	.92	1.00	.82	.95	.99	.81	.97	.92	.94	1.00
Aandacht	.73	.73	.74	.72	.71	.80	.72	.94	.83	1.00
Interesse	.80	.83	.79	.86	.93	.71	.64	.86	.79	.87

Tabel 1: interbeoordelaars-coëfficiënten van checklist- en beoordelings-items in voor- en nameting.

Bezien we eerst een aantal checklist categorieën.

De eerste acht categorieën in tabel 1 zijn categorieën waarvan de waarde door simpel tellen is vast te stellen. We zien dat er in het algemeen grote overeenstemming tussen de observatoren is bereikt. De laagste coëfficiënten treffen we binnen de categorie "doorvragen" aan. Met name komt dit voort, uit het feit dat de ene observator wel eens een reeks vragen als éénmaal doorvragen scoorde, terwijl de ander dat als tweemaal scoorde.

De coëfficiënten bij de beoordelingsitems liggen nauwelijks lager. Het meest omstreden tussen twee observatoren blijkt de beoordeling van de klacht op de schaal psychosociaal-somatisch te zijn. Wel zijn de observatoren het er in het algemeen over eens of een klacht puur somatisch is of niet: wanneer we het 5-puntsschaal oordeel omzetten in een twee-punts-schaal: puur somatisch - niet puur somatisch, liggen alle coëfficiënten boven de .90.

We zien verder dat het niet veel uitmaakt welk observatorpaar er geskoord heeft. Ook voor- en nameting tonen geen verschillen.

Aan de hoge betrouwbaarheidscijfers moeten we niet meer waarde toekennen, dan ze verdienen. Op de eerste plaats werd er niet gescheiden geobserveerd. Hoewel er geen overleg was tussen de observatoren, zullen ze elkaar ongetwijfeld beïnvloed hebben. Verder dient met nadruk gezegd, dat de betrouwbaarheid niets over de validiteit zegt. We kunnen uit de scores min of meer afleiden dat de diverse observatoren dezelfde concepten in het hoofd hadden bij het skoren, maar in hoeverre deze overeenstemden met de theoretisch bedoelde concepten kunnen we pas opmaken uit een analyse van de samenhang van de diverse variabelen.

HOOFDSTUK IV: RUIMTE VOOR DE PATIËNT

1. Inleiding

In hoofdstuk II zijn een aantal theoretische overwegingen geschetst, die onze keuze van variabelen mede bepaald hebben. In dit hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre de praktijk deze keuze rechtvaardigt.

Arts-patiënt kontakten zijn geobserveerd vanuit het perspectief "ruimte voor de patiënt". Dat dit een vruchtbaar kader zou zijn om de psychosociale hulpverlening van de arts in te plaatsen is theoretisch aannemelijk gemaakt. De vraag die we nu dienen te beantwoorden is of ruimte voor de patiënt in de gevonden data ook als min of meer consistent begrip naar voren komt.

In dit hoofdstuk zullen we stapsgewijs de gegevens uit de voormeting analyseren. We hebben daarmee de volgende oogmerken voor ogen: we zoeken een empirische bevestiging voor de theoretische samenhangen die in het conceptueel netwerk uit hoofdstuk II gepostuleerd werden; daarnaast proberen we een reductie te maken in de hoeveelheid variabelen waarmee de ruimte voor de patiënt gemeten wordt. Indien binnen een cluster één of enkele centrale variabelen gevonden worden - variabelen die het merendeel van de variantie verklaren -, zullen we juist daarvan de voor- en nameting vergelijken, in de veronderstelling dat de andere variabelen binnen zo'n cluster dezelfde verandering ondergaan.

In hoofdstuk II gaven we vier clusters aan die vanuit verschillende invalshoeken een indicatie vormen voor de ruimte voor de patiënt: de tijd die een patiënt geboden wordt, de subjektieve ruimte in termen van aandacht, empathie, interesse en rust, de ruimte in procestermen en de inbreng die een patiënt heeft bij het vaststellen van diagnose en therapie. Elk cluster bevat een aantal operationalisaties.

Een analyse per cluster van de verdeling van scores op de diverse operationalisaties, de verschillen hierin tussen de zes artsen en de onderlinge samenhangen, verschaffen ons informatie over twee zaken: van welke operationalisaties kunnen we het best voor- en nameting vergelijken, en vormen de variabelen die theoretisch hetzelfde meten ook in de praktijk een geheel. Het spreekt voor zich dat de twee vragen samenhangen, als de variabelen als los zand aan elkaar blijken te hangen, zal het ook niet mogelijk zijn om één variabele als vertegenwoordiger van het gehele cluster te gebruiken om voor- en nameting te vergelijken.

Deze analyse per cluster volstaat, om een keuze te maken voor de effectmeting van consultatie op de ruimte die een patiënt krijgt. Ten behoeve van een nadere validering van het begrip "ruimte voor de patiënt", waarbij de vraag centraal staat of de vier clusters in het nomologisch netwerk alle bijdragen tot het "begrip-zoals-bedoeld", zullen we vervolgens echter de samenhang en differentiatie tussen de clusters verder moeten onderzoeken.

We beperken ons in dit verslag tot een analyse van de gegevens uit de voormeting alleen, teneinde de kwestie niet nodeloos te compliseren door invoering van het effect van consultatie.

2. Samenhang binnen klusters

2.1. Objektieve ruimte voor de patiënt

Stimson en Webb (1975) wijzen in hun boek "going to see the doctor - the consultation process in general practice" op de managersrol van de huisarts: door allerlei subtiele en minder subtiele handelingen beperken artsen de duur van hun konsulten en daarmee ook de ruimte die de patiënt krijgt. Met name wanneer de arts vindt dat het toch enkel om trivialiteiten gaat zal hij dergelijke technieken toepassen. Byrne en Long (1976) ontdekten in hun onderzoek waarin 963 arts-patiënt gesprekken werden geanalyseerd dat de lengte van een konsult een maat is voor de functionaliteit¹ van dat konsult. Dysfunktionele konsulten duurden over het algemeen korter en vertoonden minder spreiding in hun duur. Ze verliepen stereotyper als het ware. Ook is in deze konsulten de patiënt minder aan het woord, wordt er meer door elkaar heen gepraat en ontstaat er minder vaak en minder lang een stilte.

We mogen, op grond van deze gegevens konkluderen dat het erop lijkt dat de lengte van een konsult een maat is voor het betreffende konsult die in ieder geval iets zegt over de ruimte die de patiënt van de arts krijgt (of neemt). Daarnaast mogen we de verwachting uitspreken dat het in veel gevallen de arts zal zijn die door zijn (sturend) optreden de lengte van het konsult bepaald.

Oftewel: de arts limiteert, vanuit bepaalde gedachten die hij heeft over de klacht of de patiënt, de lengte van het konsult (in positieve of negatieve zin) en daarmee ook de ruimte die de patiënt krijgt om vrijuit te praten over datgene waarover hij op dat moment wil praten. Of deze relaties tussen duur van het konsult en de spreektijd van arts en patiënt inderdaad zo liggen zullen we in deze deelparagraaf verder onderzoeken.

We zullen eerst zien hoe de duur van het konsult verdeeld is². Tabel 2 geeft per arts de gemiddeldes en standaarddeviaties aan voor het totaal-konsult, en voor de somatische en psychosociale fragmenten.

arts	totaal			somatisch			psychosociaal		
	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N
1	358	224	24	190	99	19	276	239	13
2	378	296	20	235	89	12	221	212	9
3	291	248	25	150	73	21	236	262	11
4	305	209	27	186	88	22	263	210	11
5	375	188	19	253	153	18	325	389	8
6	208	169	35	159	117	29	155	88	9

Tabel 2: Duur van het totaalkonsult, somatische fragmenten en psychosociale fragmenten. Gemiddelde en standaarddeviatie (in seconden) en aantal konsulten waarop de getallen betrekking hebben.

¹Het begrip "functionaliteit" refereert naar de mate waarin de beide partijen (arts en patiënt) een gemeenschappelijke doelstelling hebben en niet langs elkaar heen praten. In een dysfunktioneel konsult gaat ook altijd minstens één van beide partijen ontevreden weg.

²Ook hier moet weer worden opgemerkt dat met de duur van het konsult bedoeld werd de tijd dat arts en patiënt samen in de spreekkamer aanwezig waren.

Arts 1, arts 2 en arts 5 hebben langere konsulten dan arts 3, arts 4 en arts 6. Voorts zien we bij alle artsen, behalve arts 6 dat de spreiding van de psychosociale fragmenten aanzienlijk groter is dan van de somatische fragmenten. De gemiddelde duur van de eerst genoemden is in het algemeen langer (uitz : arts 2* en arts 6), maar vertoont een veel grotere spreiding. Met andere woorden: psychosociale stukken duren soms erg kort, maar vaak veel langer dan de somatische fragmenten. Somatische fragmenten zijn zogezegd stereotyper in hun tijdsverloop. Uitzondering in dit opzicht is arts 6, bij wie beide type fragmenten gemiddeld even lang duren, en de psychosociale delen clichématiger verlopen.

We kunnen de lengte van de konsulten ook nog op een andere manier aangeven, namelijk door na te gaan welk percentage van de konsulten beneden of boven een bepaalde limiet zit: de gedachtengang achter een dergelijke analyse is dat de arts in eerste instantie nog altijd een medicus is. Patiënten zullen daarom over het algemeen ook een medische ingang kiezen voor het gesprek (vergelijk Lidth de Jeude, 1971). En ook de normale omgangsvormen in onze cultuur vragen dat men niet onmiddellijk met de deur in huis valt, maar ernstige zaken door een verkennend voorspel vooraf laat gaan. Op basis hiervan kan men verwachten dat in extreem korte konsulten niet gemakkelijk psychosociale problemen aan bod zullen komen, eenvoudigweg omdat de patiënt niet de ruimte vindt om ze naar voren te brengen.

In onderstaande tabel zijn de konsulten verdeeld in drie groepen:

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

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

	aantal	%	%psychosociaal	%somatisch
< 3 minuten	43	29	9	91
3 tot 6 minuten	64	42	42	58
> 6 minuten	44	29	66	34

Tabel 3: konsulten verdeeld naar lengte en karakter.

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

Psychosociale en somatische fragmenten verschillen dus in een aantal opzichten van elkaar, wanneer we duur ervan in beschouwing nemen: de somatische konsulten lijken clichématiger te zijn: ze verschillen onderling in tijd veel minder dan psychosociale.

*Van deze arts moet worden opgemerkt dat relatief vaak een konsult moeilijk als somatisch of psychosociaal was te beoordelen, en als vraagteken gekodeerd.

Voorts komen psychosociale fragmenten met name voor in middenlange en lange konsulten. We konkluderen hieruit dat de psychosociale delen van een konsult andere voorwaarden nodig hebben dan de somatische delen en daarom wellicht niet zomaar met deze somatische gedeelten op één hoop gooid mogen worden. Ook op theoretische gronden is een dergelijke scheiding wenselijk te achten. In diskussies over de taak en funktie van de huisarts wordt in het algemeen gesteld dat de grondhouding van de arts en ook de vaardigheden die van hem verwacht worden in somatische delen van het konsult geheel andere zijn dan van de psychosociale fragmenten. Wordt bij somatische zaken van de arts verwacht dat hij snel en doeltreffend helpt (een gerichte medische anamnese afneemt en zelf een therapie voorstelt), bij een psychosociaal gesprek zal hij zich heel anders moeten opstellen: empatisch luisterend, de patiënt steunend, maar uiteindelijke beslissingen overlatend aan de patiënt. Ook in gesprekken met artsen blijkt dat artsen over het algemeen deze verschillende aspecten van hun vak geheel verschillend opvatten: een oor "moet snel even worden uitgespoten", bij psychosociale problemen: "ga je er echt even voor zitten". Deze verschillen in aanpak hebben hun weerslag in de variatie in de duur van de fragmenten; de vrij stereotype duur van de somatische fragmenten en de grote variatie in de duur van de psychosociale maken dat de variatie in konsultlengte voor een belangrijk deel op rekening van de psychosociale fragmenten komt: inderdaad korreleert de totaalduur van het konsult hoog met de duur van het psychosociale fragment en lager met de somatische duur.

We besluiten hieruit dat somatische en psychosociale fragmenten wezenlijk anders zijn en ook gescheiden behandeld dienen te worden. Met name is het belangwekkend om na te gaan in hoeverre het hele "ruimte voor de patiënt" verhaal niet vooral van toepassing is op de psychosociale fragmenten.

Ruimte, gemeten in tijdseenheden kunnen we zien als de kortere of langere duur van een konsult, maar ook als de tijd dat arts en patiënt aan het woord zijn.

Tabel 4: geeft deze gegevens voor de zes artsen in totaal, psychosociale fragmenten en somatische fragmenten.

arts		totaal		somatisch		psychosociaal	
		arts	patiënt	arts	patiënt	arts	patiënt
1	\bar{x}	183	143	78	72	160	116
	s.d.	(169)	(88)	(49)	(49)	(177)	(77)
2	\bar{x}	174	135	85	86	123	94
	s.d.	(98)	(98)	(33)	(52)	(126)	(106)
3	\bar{x}	108	96	60	52	92	85
	s.d.	(91)	(103)	(38)	(28)	(90)	(113)
4	\bar{x}	95	139	63	71	79	140
	s.d.	(68)	(136)	(47)	(38)	(65)	(146)
5	\bar{x}	116	180	75	92	65	181
	s.d.	(65)	(185)	(61)	(59)	(79)	(272)
6	\bar{x}	68	74	55	52	55	80
	s.d.	(54)	(77)	(47)	(44)	(44)	(61)

Tabel 4: gemiddelde en standaarddeviatie van spreektijden van arts en patiënt in somatische en psychosociale fragmenten en in totaal. (Tijdseenheid = seconden)

In deze tabel zien we een nadere specificatie van de duur van het konsult: aangegeven wordt in elk fragment hoelang arts en patiënt aan het woord zijn.

De langere konsulten van arts 1 en arts 2 blijken met name op het conto van spreektijd van arts en patiënt te komen. Arts 5 daarentegen, heeft wel een hogere gemiddelde duur, maar hierin levert vooral de patiënt zijn of haar bijdrage. Overigens moeten we in deze wijzen op de hoge standaarddeviaties van de patiëntenspreektijd: dit duidt erop dat enkele uitschieters verantwoordelijk zijn voor dit hoge gemiddelde. Typierend is weer het grote verschil tussen somatische en psychosociale fragmenten: in het somatische zien we geen verschil tussen artsen onderling en geen verschil tussen arts en patiënt; ook de spreidingen zijn vrij konstant: elke arts praat ongeveer even lang in dit gedeelte, en de patiënt is ongeveer eenzelfde tijd aan het woord. Het reeds opgeroepen beeld van een clichématig verlopend beeld van het konsult wordt hiermee versterkt. Nemen we daartegenover de psychosociale fragmenten: de patiënt is hier in alle gevallen langer aan het woord dan in het somatische deel, voor de eerste vier artsen geldt hetzelfde. De differentiatie tussen arts 1 en arts 2 enerzijds en de overigen anderzijds krijgt in deze fragmenten zijn gestalte, zoals gezegd is het de extreem lange patiënten-spreektijd bij arts 5 die zijn konsulten ook lang maakt. Bij arts 6 is weer geen verschil tussen somatisch en psychosociaal deel te zien, hetgeen hem doet verschillen van de anderen. Ten slotte moeten we opmerken dat de wederkerigheid in spreektijd, die we in de somatische delen opmerkten, in de psychosociale delen niet in die mate wordt geregistreerd.

De duur van het konsult en de spreektijd van de patiënt geven in objectieve termen aan hoeveel ruimte de patiënt in een bepaald konsult heeft. We kunnen deze ruimte ook meten aan de hand van de mate waarin de patiënt onderwerpen heeft ingebracht, vragen gesteld, en door heeft gepraat. We geven hiertoe in onderstaande tabel het gemiddelde aantal starts, aantal vragen en de mate van doorpraten² aan van de patiënten van zes artsen.

arts		somatisch			psychosociaal		
		starts	vragen	mate van doorpraten	starts	vragen	mate van doorpraten
1	\bar{x}	4.1	1.1	3.4	6.8	1.5	3.8
	s.d.	(2.6)	(0.8)	(1.1)	(4.5)	(2.4)	(0.7)
2	\bar{x}	4.8	1.8	3.4	7.3	1.0	3.6
	s.d.	(1.9)	(2.0)	(0.9)	(7.4)	(1.3)	(1.1)
3	\bar{x}	3.6	1.3	3.6	4.6	1.0	3.6
	s.d.	(2.2)	(2.0)	(0.7)	(5.1)	(1.0)	(0.9)
4	\bar{x}	4.5	1.7	3.3	7.2	1.1	3.2
	s.d.	(2.8)	(1.7)	(0.8)	(7.9)	(1.8)	(1.5)
5	\bar{x}	6.8	3.4	3.9	11.8	1.9	4.1
	s.d.	(4.1)	(4.6)	(0.9)	(17.0)	(1.9)	(1.0)
6	\bar{x}	4.1	0.9	3.0	2.5	1.2	3.4
	s.d.	(4.3)	(1.1)	(0.8)	(2.3)	(0.9)	(0.9)

Tabel 5: gemiddeld aantal starts en vragen en gemiddelde mate van doorpraten van patiënten in somatische en psychosociale delen.

² voor exacte definities en operationalisering verwijzen we naar hoofdstuk III en bijlage I.

In het somatische deel verschillen de artsen nauwelijks wat betreft de spraakzaamheid van hun patiënten, behalve arts 5. We zagen al dat patiënten bij hem langer praatten, dit komt ook tot uiting in een hoger aantal starts, vragen en een sterker mate van doorpraten.

In het psychosociale deel brengt een patiënt meer onderwerpen in dan in het somatische deel, behalve bij arts 6: ook van patiëntenzijde zijn somatische en psychosociale fragmenten moeilijk te onderscheiden.

Overigens geldt dit verschil bij de ander artsen alleen voor de starts; in psychosociale delen worden niet meer vragen gesteld en wordt er niet meer doorgepraat. Opgemerkt moet worden dat in het psychosociale deel verschillen tussen artsen minder groot zijn, dan wanneer we letten op spreektijd van de arts of duur van de fragmenten.

We hebben tot nu toe de objektieve ruimte voor de patiënt in de vormgeving laten zien, uitgedrukt in de duur van het konsult, spreektijden en spraakzaamheid van de patiënt. We zullen nu aandacht besteden aan de samenhangen tussen deze operationalisaties zoals deze staan weergegeven in de korrelatiematrix op de volgende pagina.

We zien in deze korrelaties een aantal algemene regelmatigheden, waaraan we eerst even aandacht willen besteden:

- Twee variabelen korreleren in het algemeen het sterkst, wanneer ze beide in hetzelfde soort fragment (totaal of psychosociaal of somatisch) gemeten zijn. Dit wijst weer in de richting van verschillend karakter van psychosociale en somatische fragmenten. Op het feit dat de korrelatie niet geheel verdwijnt wanneer ze in verschillende fragmenten zijn gemeten, komen we nog terug.
- Eén variabele, gemeten in het totaal konsult, korreleert wel met zichzelf, gemeten in somatisch op psychosociale fragmenten. Dit is niet het geval met een variabele, gemeten in één psychosociaal fragment en zijn evenknie uit het somatische fragment. Dit wordt verklaard door het feit dat de maat uit het totaalkonsult een samenstelling is van de verschillende fragmenten.
- Dezelfde samenhangen die we in het totaal vinden, duiken ook weer op in de somatische en in de psychosociale fragmenten. Deze algemene bevindingen duiden erop dat in het algemeen de samenhang niet exclusief zijn voor één type gespreksfragment. Van de andere kant zijn deze typeringen niet willekeuring, want binnen een type zijn de samenhangen hoger dan tussen twee verschillende soorten fragmenten.

Kijken we nu naar enige meer specifieke uitkomsten:

- Belangrijk is dat de telbare variabelen (uitgedrukt in tijd of aantal) in het algemeen erg hoog korreleren met de duur van het gehele konsult; dit geldt niet alleen voor de totaalspreektijden, totaal aantal starts etc., maar ook voor psychosociale starts, somatische spreektijden etc.^{*}. Verder korreleren deze variabelen in het psychosociale deel hoog met de duur van het psychosociale deel en in het somatische deel hoog met de duur van het somatische deel.

^{*}Hierdoor wordt verklaard dat "totaal"-variabelen ook met "psychosociale" of "somatische" variabelen samenhangen: immers, alles hangt samen met de totaalduur.

duur van het konsult

X

spreektijd arts

.80 X

spreektijd patiënt

.86 .54 X

verhouding spreektijd
arts-patiënt

.14 -.20 .41 X

aantal starts

.73 .42 .84 .31 X

aantal vragen

.30 .26 .28 0 .36 X

mate van doorpraten

.02 .01 .08 .04 .28 .47 X

duur psychosociaal deel

.84 .65 .76 .17 .71 .27 .36

spreektijd arts

.54 .66 .44 -.08 .39 .12-.02

spreektijd patiënt

.75 .36 .91 .45 .84 .31 .51

verhouding spreektijd
arts-patiënt

.15 -.30 .38 .78 .32 .22 .33

aantal starts

.66 .27 .83 .40 .90 .21 .55

aantal vragen

.43 .39 .46 .05 .39 .71 .23

mate van doorpraten

.39 .07 .52 .40 .58 .21

duur somatisch deel

.42 .33 .22 -.07 .21 .29 .00

spreektijd arts

.40 .53 .17 -.30 .18 .29 .10

spreektijd patiënt

.40 .29 .41 .21 .28 .28 .06

verhouding spreektijd
arts-patiënt

.34 -.02 .59 .68 .53 .03 .04

aantal starts

.32 .22 .22 .05 .45 .49 .51

aantal vragen

.05 .04 .04 -.03 .17 .89 .60

mate van doorpraten

-.03 -.01 .02 .01 .25 .54

KORRELATIEMATRIX I: OBJEKTIEVE RUIMTE

Totaal X Totaal N = + 150

Totaal X Somatisch N = + 120

Totaal X Psychosociaal N = + 40

X

.75 X

.88 .46 X

.03 -.35 .29 X

.81 .38 .94 .23 X

.56 .47 .56 .07 .44 X

.39 .04 .51 .36 .54 .27 X

-.21 -.08 -.19 .11 -.17 -.11 .19

-.11 .07 -.19 -.19 -.20 -.07 .80

-.23 -.07 -.11 .19 -.10 -.16 .30

.54 .12 .72 .31 .75 .26 .26

-.08 -.08 -.07 .23 0 -.10 .43

-.22 -.13 -.12 .20 -.17 .20 .08

.08 -.07 .27 .21 .32 .11 .45

X

.84 X

.80 .67 X

-.13 -.31 .09 X

.60 .57 .60 -.02 X

.37 .35 .37 -.08 .55 X

.0 .10 .07 .04 .51 .61 X

1
26
1

duur van het konsult
spreektijd arts
spreektijd patiënt
verhouding spreek-
tijd arts-patiënt
aantal starts
aantal vragen
mate van doorpraten
duur psychosociale
deel
spreektijd arts
spreektijd patiënt
verhouding spreek-
tijd arts-patiënt
aantal starts
aantal vragen
mate van doorpraten
duur somatische deel
spreektijd arts
spreektijd patiënt
verhouding spreek-
tijd arts-patiënt
aantal starts
aantal vragen
mate van doorpraten

De variabelen "verhouding spreektijd arts/patiënt" en "mate van doorpraten" zijn niet tijdgebonden, en hangen veel minder samen met andere variabelen. De faktor "tijd" veroorzaakt dus een aantal verbanden: naarmate er meer tijd is, zijn er langere spreektijden, meer starts en vragen van de patiënt.

- De mate van doorpraten hangt vooral samen met de andere spraakzaamheidsvariabelen, starts en vragen. Al deze drie variabelen hangen in hetzelfde fragment hoog samen; dit verdwijnt wanneer somatisch en psychosociaal vergeleken worden. Deze drie korreleren in het psychosociale deel ook erg hoog met de spreektijd van de patiënt in het totaal en psychosociaal. Spreektijd van de patiënt heeft echter op geen enkele manier veel te maken met de spraakzaamheidsvariabelen in het somatische deel.

Resumerend kunnen we stellen dat de spreektijd van de patiënt we degelijk iets te maken heeft met zijn spraakzaamheid zoals die met behulp van een aantal andere, meer kwalitatieve maten gemeten wordt. Deze samenhangen komen het meest naar voren in de psychosociale gespreksfragmenten. Voorts is het zo, dat toenemende ruimte in termen van langere konsulten, alle andere ruimte variabelen ook doet toenemen, behalve de relatieve spreektijd van de patiënt.

Al met al blijkt in een langer konsult de patiënt vaker met initiatieven te kunnen komen; daarmee overtreft hij/zij de arts nog niet, want de arts neemt dan ook meer spreektijd in beslag. Of deze langere duur en grotere inbreng ook positieve gevolgen heeft, zal pas in een later stadium bepaald kunnen worden, omdat un de meeste variabelen te zeer onderling gekontamineerd zijn.

Teneinde verschillen in objektieve ruimte tussen voor- en nameting vast te stellen lijkt het zinnig om te kiezen voor de duur van het konsult en fragmenten daarvan en voor het aantal starts als de belangrijkste representant van de spraakzaamheidsvariabelen.

2.2. De subjektieve ruimte voor de patiënt

2.2.1. Inleiding

We zagen in hoofdstuk II dat in vele geschriften de ruimte voor de patiënt in min of meer Rogeriaanse termen wordt omschreven. De arts moet aandachtig zijn, geïnteresseerd en hij moet een zekere rust uitstralen; hij moet in zijn verbale en non-verbale gedrag tonen dat hij de patiënt begrijpt en graag wil dat hij verder praat: de unconditional positive regard, zoals we die uit de non directieve aanpak binnen de psychotherapie kennen.

Dit empathische gedrag van de arts is door ons geoperationaliseerd als:

- *non verbale uitdrukking van aandacht.*
- *verbale uitdrukking van betrokkenheid*, door middel van parafraseren, reflektieren en door steunende opmerkingen te maken.
- algemene beoordeling van de *belangstelling* die de arts voor de patiënt ten toon spreidt.
- de *rust* die van de arts uitgaat, waardoor de arts toont tijd voor de patiënt te hebben.

Aangezien de twee eerstgenoemde uitdrukkingsvormen op diverse wijze ge-operationaliseerd zijn, zullen eerst binnen de non-verbale en de verbale uitdrukkingsmogelijkheden de onderlinge verbanden bekeken worden. Vervolgens nemen we het hele spectrum aan volgend gedrag in beschouwing teneinde vast te stellen in welke mate er sprake is van één concept "subjektieve ruime" voor de patiënt.

2.2.2. Non-verbale uitdrukking van aandacht

Zoals gezegd is het zogenaamde "aandachtsgedrag" gemeten door afzonderlijk de blikrichting, de houding en het a-specifiek volgen te beoordelen. Hieruit werd een eindoordeel gederiveerd (zie ook hoofdstuk III).

Voorts werd met behulp van een tijdsregistratie instrument ook de tijd dat een arts de patiënt aankijkt en het aantal malen dat hij a-specifiek volgt (huilt, knikt, ja-ja zegt) gemeten.

De verdeling van de scores van de zes artsen op deze variabelen is weergegeven in bijlage II.

De observator-oordelen van het konsult verschillen per arts niet zoveel. Het objectief geskoorde aankijken en a-specifiek volgen is daarentegen in het psychosociale gedeelte veelvuldiger dan in het somatische, ook veelvuldiger indien we rekening houden met de langere gemiddelde duur van een psychosociaal fragment. Tussen de artsen is de weinig aandachtige houding van arts 6 in vergelijking met de overigen het meest opvallend. Voor het overige zijn deze resultaten vooral om meettechnische redenen interessant.

Interessanter voor onze doelstellingen om de samenhang tussen de variabelen te ontdekken en om de meest representatieve variabelen uit het geheel op te pikken, is het om de korrelatiematrix te bekijken waarin de samenhang tussen de diverse operationalisaties wordt weergegeven.

De korrelatiematrix op de volgende pagina laat de verbanden binnen de non-verbale operationalisaties zien.

het observatieoordeel:

- de verschillende observatiecategorieën die tezamen het observatieoordeel over het aandachtsgedrag van de arts vormen hangen hoog tot zeer hoog met elkaar samen, althans wanneer we binnen één type gespreksfragment kijken. Dit geldt zowel voor de aandachtsvariabelen zoals die tijdens de psychosociale delen van het konsult zijn geskoord als voor de variabelen die de aandacht tijdens de somatische gespreksfragmenten aangeven; de korrelaties in de psychosociale delen van het konsult zijn iets hoger dan die tijdens de somatische.
- wanneer we de verschillende onderdelen van het konsult met elkaar vergelijken zien we dat het aandachtsgedrag van de arts tijdens het somatische deel van het gesprek veel minder te maken heeft met de vertoonde aandacht tijdens het psychosociale deel. Dit is een opmerkelijk feit, want het geeft aan dat de verschillende onderdelen van het konsult ook wat deze variabelen betreft, weinig met elkaar te maken hebben.

		tijdsregistratie-instrument				observatoroordeel						
		totale konsult		som. delen		psy-soc. delen		somatische delen		psychosociale delen		
		blik		a-specifiek volgen		blik		a-specifiek volgen		blik		
		a-specifiek volgen		blik		a-specifiek volgen		houding		a-specifiek volgen		
		a-specifiek volgen		a-specifiek volgen		a-specifiek volgen		a-specifiek volgen		a-specifiek volgen		
observatoroordeel	psychosociale delen	blik	.22	.26	.20	.28	.38	.40	.34	.43	.22	.26
		houding	.38	.40	.34	.43	.27	.25	.11	.26	.27	.25
		a-specifiek volgen	.22	.26	.20	.28	.10	.10	.15	.15	.10	.10
		totaal oordeel	.22	.26	.20	.28	.10	.10	.15	.15	.10	.10
	somatische delen	blik	.39	.40	.33	.42	.39	.40	.33	.42	.35	.37
		houding	.35	.37	.34	.42	.13	.27	.03	.18	.11	.07
		a-specifiek volgen	.35	.37	.34	.42	.11	.07	.12	.03	.11	.07
		totaal oordeel	.35	.37	.34	.42	.11	.07	.12	.03	.11	.07
	psy-soc. delen	blik	.07	.05	.03	.02	.31	.19	.41	.37	.13	.08
		houding	.07	.05	.03	.02	.31	.19	.41	.37	.13	.08
		a-specifiek volgen	.07	.05	.03	.02	.31	.19	.41	.37	.13	.08
		totaal oordeel	.07	.05	.03	.02	.31	.19	.41	.37	.13	.08
totale konsult	blik	.79	.73	.60	.73	.94	.67	.38	.28	.71	.71	
	houding	.79	.73	.60	.73	.94	.67	.38	.28	.71	.71	
	a-specifiek volgen	.79	.73	.60	.73	.94	.67	.38	.28	.71	.71	
	totaal oordeel	.79	.73	.60	.73	.94	.67	.38	.28	.71	.71	

KORRELATIE MATRIX II: NON-VERBALE AANDACHT
(N: zie matrix I (p.26))

objektief gemeten aandacht:

- ook hier hangen de twee observatiecategorieën die tezamen de "objektief" gemeten aandacht weerspiegelen per onderdeel van het konsult hoog samen. De korrelaties zijn niet zo hoog als bij de observatieoordelen, maar toch hoog genoeg om van een samenhang te kunnen spreken;
- en ook hier heeft de aandacht van de arts in het somatische deel van het konsult weinig te maken met de aandacht die hij in het psychosociale deel vertoont (let wel: het gaat hier om konsulten waarin òn een somatisch òn een psychosociaal deel aanwezig is !)
- de aandacht zoals die tijdens het totale konsult gemeten wordt met het tijdsregistratieinstrument hangt zowel samen met die tijdens de psychosociale delen als die tijdens de somatische. De samenhang met de aandacht zoals die tijdens het psychosociale deel zijn gemeten, zijn echter beduidend hoger.

observatieoordeel X objektieve aandacht:

- zowel in het psychosociale als in het somatische deel van het konsult zijn de meeste korrelaties tussen de observatoroordelen en tijdsregistratiematen significant en positief. Weliswaar zijn ze niet hoog, maar toch wel hoog genoeg om van een samenhang te kunnen spreken.

We trekken hieruit de konklusie dat aandacht, op welke wijze dan ook gemeten, ongeveer voor hetzelfde non-verbale gedrag staat. In de verdere analyse zullen we de verzamelvariabele "totaal oordeel" gebruiken, aangezien deze de sterkste samenhangen met alle andere variabelen vertoont.

2.2.3. Verbale uitdrukking van empathie

Wellicht de meest kenmerkende gedragscategorieën uit de school van Rogers vormen de verbale uitingen van de hulpverlener (in dit geval de arts) die tot doel hebben de patiënt te volgen en te steunen. Het gaat hier om de passieve inbreng van de arts: de arts parafraseert de woorden van de patiënt, reflekteert zijn gevoelens en moedigt hem aan om verder te gaan met zijn verhaal, dit alles zonder een eigen inbreng te hebben.

In tabel 6 zien we het gemiddelde aantal empathische uitdrukkingen per konsultfragment voor elke arts weergegeven. We zien dat parafrases het meest voorkomen, en dat deze uitingsvorm niet duidelijk in psychosociale of somatische fragmenten meer voor komt. Reflekties en vooral steunende opmerkingen halen in het algemeen in psychosociale fragmenten hogere gemiddeldes dan in de somatische fragmenten, maar gezien de relatief hoge standaardafwijkingen mogen we konkluderen dat deze categorieën in enkele psychosociale fragmenten erg vaak (meer dan 4 à 5 keer) voorkomen, en dat 8 van de 10 psychosociale fragmenten even veel empathische uitdrukkingen te zien geven als de somatische fragmenten

arts	somatisch			psychosociaal			
	par.	refl.	s.o.	par.	refl.	s.o.	
1	\bar{x}	2.8	0.3	0.2	1.8	0.8	0.5
	s.d.	(2.2)	(0.5)	(0.4)	(1.7)	(1.1)	(0.5)
2	\bar{x}	2.0	0.2	0.5	1.1	1.0	0.3
	s.d.	(2.2)	(0.4)	(0.9)	(1.6)	(2.1)	(0.7)
3	\bar{x}	1.3	0.6	0.5	2.6	0.6	0.9
	s.d.	(1.3)	(0.7)	(0.8)	(3.5)	(0.8)	(1.2)
4	\bar{x}	1.0	1.1	0.5	2.2	1.1	1.3
	s.d.	(1.1)	(1.1)	(0,6)	(2.8)	(0.9)	(1.7)
5	\bar{x}	3.0	0.8	1.7	2.3	1.6	2.4
	s.d.	(2.3)	(0.8)	(1.9)	(3.1)	(3.1)	(4.0)
6	\bar{x}	1.5	0,4	0.7	1.6	0.8	0.8
	s.d.	(1.5)	(0.7)	(2.1)	(1.6)	(1.0)	(0.8)

Tabel 6: Gemiddeld aantal parafrases, reflekties en steunende opmerkingen in de twee soorten fragmenten.

Laten we nu eens kijken of deze drie empathiematen ook een samenhang vertonen. Hiertoe werpen we vast een eerste blik op de uitgebreide correlatiematrix op pagina 33. Hier staan alle samenhangen binnen de clusters "subjectieve ruimte" weergegeven; we beperken ons echter vooreerst tot de drie empathiematen: parafrases, reflekties en steunende opmerkingen.

Binnen het totaal konsult en de psychosociale fragmenten hangen de drie variabelen redelijk samen; binnen de somatische fragmenten hebben reflekties en steunende opmerking onderling nog wel een verband, maar hangen de parafrases nauwelijks met deze twee samen.

Parafrases, reflekties en steunende opmerkingen, gemaakt in het totaal-konsult, hangen sterk samen met hun evenknie uit de psychosociale en somatische fragmenten. Niet vreemd, want het totaal aantal is tenslotte afgeleid van de aantallen uit de deelfragmenten. Somatische parafrases etc. hebben niets te maken met psychosociale parafrases etc..

De samenhang van de totalen met de psychosociale fragmenten gaat verder dan alleen tussen gelijksoortige categorieën, ook de totaalparafrases en bijvoorbeeld de psychosociale reflekties hangen samen.

Tussen totalen en somatische fragmenten of somatische en psychosociale fragmenten is dit niet het geval.

Twee gevolgtrekkingen zijn van belang: parafrases, reflekties en steunende opmerkingen lijken voornamelijk iets gemeen te hebben binnen de psychosociale sfeer.

Verder zijn ze veel onafhankelijker van elkaar dan de non-verbale generationalisaties: we zullen bij verdere analyse alle drie de variabelen blijven betrekken.

2.2.4. Interesse en rust

Van deze laatste twee variabelen uit het cluster "subjektieve ruimte" geven we alleen per arts de rechte tellingen; het percentage positieve scores ((zeer) geïnteresseerd resp. (zeer) rustig) in somatische en psychosociale fragmenten.

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

Tabel 7: percentage positieve scores op de variabelen "interesse" en "rust".

Zowel in de somatische als in de psychosociale gespreksfragmenten blijken de artsen eerder voor het predikaat "rustig" dan voor het predikaat "geïnteresseerd" in aanmerking te komen. Behalve bij de artsen 3 en 6 (de twee somatici) zijn de scores in de psychosociale delen van het consult hoger dan in de somatische.

Wanneer we de artsen met elkaar vergelijken valt op dat in de somatische konsultdelen vooral de artsen 3 en 4 erg veel rust uitstralen naar hun patiënten. Deze twee artsen kwamen in deze gespreksfragmenten ook vaker dan hun collega's als geïnteresseerd over bij de observatoren. In de psychosociale gespreksfragmenten lagen de scores wat dichter bij elkaar. Alleen arts 6 (en in iets mindere mate arts 5) springt eruit.

Aangezien interesse en rust als categorie binnen "subjektieve aandacht" geen verdere uitsplitsing in diverse operationalisaties kennen, is verdere analyse niet mogelijk.

2.2.5. De "subjektieve ruimte" in zijn geheel bekeken.

Laten we nu de verbanden tussen de diverse variabelen, die ieder op hun manier subjektieve ruimte uitdrukken, verder onderzoeken.

We betrekken hierbij de totaal oordeel over de aandacht als representant van de aandachtskategorieën, parafrases, reflekties en steunende opmerkingen voor de verbale uitingen van empathie, de interesse en de rust; dit alles in het totaalconsult, in de somatische fragmenten en in de psychosociale fragmenten.

Korrelatiematrix III, waarbinnen we reeds de verbale empathische uitingen aan een nadere inspektie onderworpen hebben, laat ook de verbanden met de andere variabelen zien. Hier komt een duidelijke tweedeling naar voren: aandacht, interesse en rust hangen sterk samen: binnen dezelfde soort fragmenten maar ook wanneer het gaat om de samenhang tussen bijvoorbeeld somatische aandacht en psychosociale rust.

Van de drie verbale variabelen zagen we al dat ze alleen in totaal en in psychosociale fragmenten onderling samenhangen.

Verder vertonen de drie variabelen die niet (specifiek) verbaal zijn enerzijds en de drie verbale variabelen anderzijds nauwelijks relaties van betekenis: alleen binnen de psychosociale fragmenten is sprake van enige zwakke verbanden.

Kortom: non-verbale empathie en verbale uitingen daarvan hebben niet zoveel met elkaar te maken. De eerste zijn bovendien algemener (aandacht etc. in psychosociale fragmenten impliceert vaak ook aandacht etc. in somatische fragmenten) dan de tweede, die vooral toegespitst lijken op het psychosociale gesprek.

2.3. Ruimte in procestermen

Los van de toch wel passieve variabelen (tijd gunnen, aandachtig volgen, etc.) die in de vorige twee paragrafen zijn beschreven kan de arts ook op een aktievere manier het konsult sturen in een door hem gewenste richting. 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.

Zoals die met alle tot nu toe besproken variabelen is gebeurd, zien we ook bij deze zogenaamde procesvariabelen in de voormeting verschillen tussen de artsen in de mate waarin ze deze stimulerende en remmende technieken hanteren. En ook in dit geval komt het verschil in karakter tussen psychosociale en somatische fragmenten weer tot uiting, zoals uit de volgende tabellen valt op te maken.

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

Tabel 8: percentage stimulerende procesvariabelen in de somatische en psychosociale konsultdelen.

In de somatische konsultdelen werd de variabele "aanzwengelen" maar zeer beperkt waargenomen (gemiddeld 19%). De variabele "doorvragen" kwam daarentegen in ongeveer de helft van deze gevallen voor.

Dit is overigens niet zo verwonderlijk aangezien de medische anamnese ook als doorvragen werd geskoord.

In de psychosociale gespreksfragmenten bestond niet een dergelijk overwicht van de categorie doorvragen.

De ene arts zwengelde iets vaker aan, de ander vroeg iets vaker door (gemiddeld werd er door de artsen in iets meer dan de helft van de konsulten aangezwengeld en/of doorgevraagd).

Een zelfde tabel is gegeven voor de remmende procesvariabelen (het interrumperen, afhouden en afkappen).

	somatische gespreksfragmenten				psychosociale gespreksfragmenten			
	interrupties	afhouden	afkappen	N	interrupties	afhouden	afkappen	N
1	11%	6%	5%	19	54%	23%	8%	13
2	33%	-	25%	12	25%	25%	12%	8
3	62%	5%	10%	21	55%	18%	18%	11
4	23%	9%	5%	22	18%	9%	9%	11
5	12%	15%	15%	16	50%	25%	50%	8
6	48%	7%	7%	29	70%	30%	30%	10
totaal	34%	6%	9%	119	46%	21%	20%	61

Tabel 9: percentage remmende procesvariabelen in de somatische en psychosociale konsultdelen.

Het eertse wat opvalt wanneer we deze tabel met de vorige vergelijken is dat de remmende procesvariabelen veel minder vaak voorkomen dan hun stimulerende soortgenoten. De categorie "interrupties" is de enige die bij alle artsen nog met een redelijke incidentie voorkomt. Alle remmende procesvariabelen komen overigens vaker in de psychosociale gespreksfragmenten dan in de somatische konsultdelen voor.

Kijkend naar de verschillende artsen zien we dat de artsen die relatief weinig gebruik maakten van de stimulerende procesvariabelen (de artsen 2 en 6), juist wel vaak de remmende procescategorieën hanteerden (althans in de somatische konsultdelen). Arts 3 voegt zich hierin trouwens bij arts 2 en 6. Tot zijn voordeel moet overigens worden opgemerkt dat arts 2 in de psychosociale gespreksdelen juist weinig gebruik maakte van de remmende procesvariabelen. Met arts 4 vormt hij hier de uitschieter. Korrelatiematrix IV geeft de samenhangen tussen de vijf stimulerende procesvariabelen, en wel in het geheel, in de somatische fragmenten en in de psychosociale fragmenten; met name met betrekking tot de somatische fragmenten is echter een waarschuwing op zijn plaats: gezien het geringe voorkomen hiervan is er sprake van een zeer scheve verdeling, welke in de interpretatie van de resultaten terdege verdiskonteerd dient te worden.

We zien minder samenhang tussen de diverse operationalisaties dan we tot dusver gewend waren. Zowel in totaal, somatisch, als psychosociale fragmenten hangt aanzwengelen net doorvragen samen en afkappen met interrumperen.

KORRELATIE MATRIX IV: PROCESVARIABLEN
(N: zie matrix I, p.26)

totaal	Aanzwengelen	X																			
	Doorvragen	.34	X																		
	Interrumperen	.14	.06	X																	
	Afhouden	.0	-.13	.21	X																
	Afkappen	.18	.08	.28	.11	X															
psychosociaal	Aanzwengelen	.65	.30	.14	-.17	-.06	X														
	Doorvragen	.23	.47	-.09	-.24	.07	.55	X													
	Interrumperen	-.03	.02	.56	-.15	.27	.14	.20	X												
	Afhouden	-.11	-.21	.14	.92	-.12	-.25	-.26	-.13	X											
	Afkappen	.18	-.04	.20	.06	.82	.06	.09	.33	-.02	X										
somatisch	Aanzwengelen	.58	.21	.06	.06	0	-.24	-.03	-.11	.05	-.04	X									
	Doorvragen	.28	.72	.07	-.13	.18	-.08	-.10	-.04	-.18	-.05	.29	X								
	Interrumperen	.17	0	.67	.21	.21	.09	-.21	.03	.27	.20	.14	.04	X							
	Afhouden	-.01	-.12	.09	.55	.13	-.22	.08	-.05	.11	.31	.22	-.09	.14	X						
	Afkappen	-.01	.03	.19	.08	.68	-.28	-.10	-.06	-.09	.09	.04	.09	.20	.11	X					
	Aanzwengelen	Doorvragen	Interrumperen	Afhouden	Afkappen	Aanzwengelen	Doorvragen	Interrumperen	Afhouden	Afkappen	Aanzwengelen	Doorvragen	Interrumperen	Afhouden	Afkappen						
	totaal					psychosociaal					somatisch										

De variabele "afhouden" gedraagt zich per fragment verschillend: in de psychosociale delen hangt het negatief samen met doorvragen en aanzwengelen, zodat het hier als negatieve pool van dezelfde dimensie beschouwd kan worden. Met interrumperen en afkappen heeft het nauwelijks iets te maken in het psychosociale deel. In het somatische deel hangen aanzwengelen en afhouden echter positief samen.

Aanzwengelen/doorvragen enerzijds en interrumperen/afkappen anderzijds hebben in geen der fragmenten veel met elkaar te maken.

Ten aanzien van de vergelijking tussen voor- en nameting zullen we daarom aan alle procesvariabelen aandacht besteden; wat de bijdrage van deze variabelen aan het concept "ruimte voor de patiënt" betreft, zullen we de bespreking van de samenhang tussen klusters (paragraaf 3) afwachten, om tot een definitieve uitspraak te komen.

2.4. Ruimte voor de patiënt in termen van het power-shift model.

Zoals we in hoofdstuk II uiteenzetten, is door Byrne en Long het konsult getypeerd in termen van inbreng die de patiënt heeft bij de diagnosestelling en bepaling van de therapie.

De inbreng van de patiënt bij de diagnosestelling werd door de observatoren op een schaal van 1 tot en met 4 geskoord, de inbreng bij de therapie op een schaal van 1 tot en met 7. (Zie voor de invulling van deze schaal bijlage 1b.)

Onderstaande tabellen geven aan hoeveel ruimte de artsen hun patiënten in de voormeting gunden, in termen van dit power-shift model.

Arts	psychosociaal		somatisch	
	Diagnose	Therapie	Diagnose	Therapie
1	2.9 (.8)	4.4 (1.2)	1.9 (.9)	1.8 (.9)
2	3.3 (.8)	3.2 (1.7)	1.5 (.7)	1.8 (2.4)
3	3.0 (.9)	3.4 (1.4)	1.8 (.9)	2.4 (1.1)
4	2.3 (1.1)	4.1 (2.4)	1.8 (.9)	2.5 (1.3)
5	3.1 (.8)	3.5 (1.9)	1.8 (.8)	3.2 (1.8)
6	2.0 (1.2)	1.9 (1.1)	1.5 (.7)	1.9 (1.4)

Tabel 10 : gemiddelde gedragsstijl (+ standaarddeviatie) van de artsen in de voormeting.

In de psychosociale gespreksfragmenten krijgen de patiënten in de diagnostische fase allemaal vrij veel ruimte van de arts. Arts 6 is de enige die precies op de helft van de schaal zit (evenveel inbreng van de arts als van de patiënt); alle andere hanteren over het algemeen een patiënt-centered gedragsstijl. Arts 2 is daarin de grote uitschieter.

In de therapeutische fase geldt dit al minder. Aangezien de waarde 4 het middelpunt van de schaal vertegenwoordigd krijgen slechts 2 artsen een patiënt-centered skore (de artsen 1 en 4). Arts 6 is in zijn psychosociale konsult erg artsgericht bezig. (Gemiddeld skore 1,9.)

In de somatische gespreksfragmenten liggende gemiddelde skores zowel in de diagnostische als in de therapeutische fase aanzienlijk lager. Er zijn ook minder verschillen tussen de artsen. Arts 6 onderscheidt zich bijvoorbeeld niet meer van zijn collega's. De enige uitschieter vormt arts 5 in de therapeutische fase: Arts 5 laat relatief veel ruimte aan de patiënt om over hun eigen therapie te beslissen.

Aangezien binnen dit vierde kluster geen andere operationalisaties gebruikt werden, zullen we hier geen verbanden presenteren. In de volgende paragraaf zullen we echter nagaan hoe het met de samenhang tussen dit type ruimte en ander klusters gesteld is.

3. Samenhang tussen klusters.

Om na te gaan in hoeverre de verschillende variabelen ook tussen de theoretische klusters samenhangen, hebben we de korrelaties tussen alle operationalisaties van "ruimte voor de patiënt" middels een klusteranalyse bestudeerd, en voorts een faktoranalyse uitgevoerd: op deze laatste wijze wordt geprobeerd met zo min mogelijk hypothetische factoren een zo groot mogelijk deel van de totale variantie te verklaren. Beide analyses zijn uitgevoerd op alle variabelen, zoals ze in het totaalkonsult gewaardeerd werden, en op de variabelen, zoals ze binnen psychosociale en somatische fragmenten zijn gemeten.

Teneinde schijnverbanden te vermijden door tussenkomst van de tijdsfactor (naarmate konsulten langer duren kunnen allerlei gebeurtenissen vaker voorkomen), zijn de zogenaamde telbare variabelen zoals parafrases, aankijktijd en dergelijke gekorrigeerd voor de tijdsduur.

De klusteranalyse over het totaal en over de twee fragmenten leveren in grote lijnen dezelfde resultaten op: aanzwengelen en doorvragen, haast en interesse, en alle aandachtsvariabelen klusteren sterk samen. Interesse/rust en aandachtsvariabelen korreleren bovendien sterk negatief met afhouden, terwijl reflekties met interesse/rust te maken hebben. Ruimte in termen van Byrne & Long, en steunende opmerkingen hangen alleen met reflekties samen. Een tweede kluster wordt gevormd door de starts, de vragen en de mate van doorpraten van de patiënt. Ten slotte zien we als derde kluster optreden de hoeveelheid tijd dat arts en patiënt aan het woord zijn, terwijl met name de spreektijd van de patiënt ook met interrupties en afkappen sterk samenhangt.

Het zo geschetste beeld is het minst volmaakt voor de psychosociale fragmenten, wellicht door het kleinere aantal (N=35); het eerste kluster geeft een samenhang te zien tussen aandachtsvariabelen en interesse/rust/afhouden, en tussen aandacht en reflekties en tussen aandacht en aanzwengelen/doorvragen. Verder zijn de twee andere klusters hier min of meer met elkaar verweven.

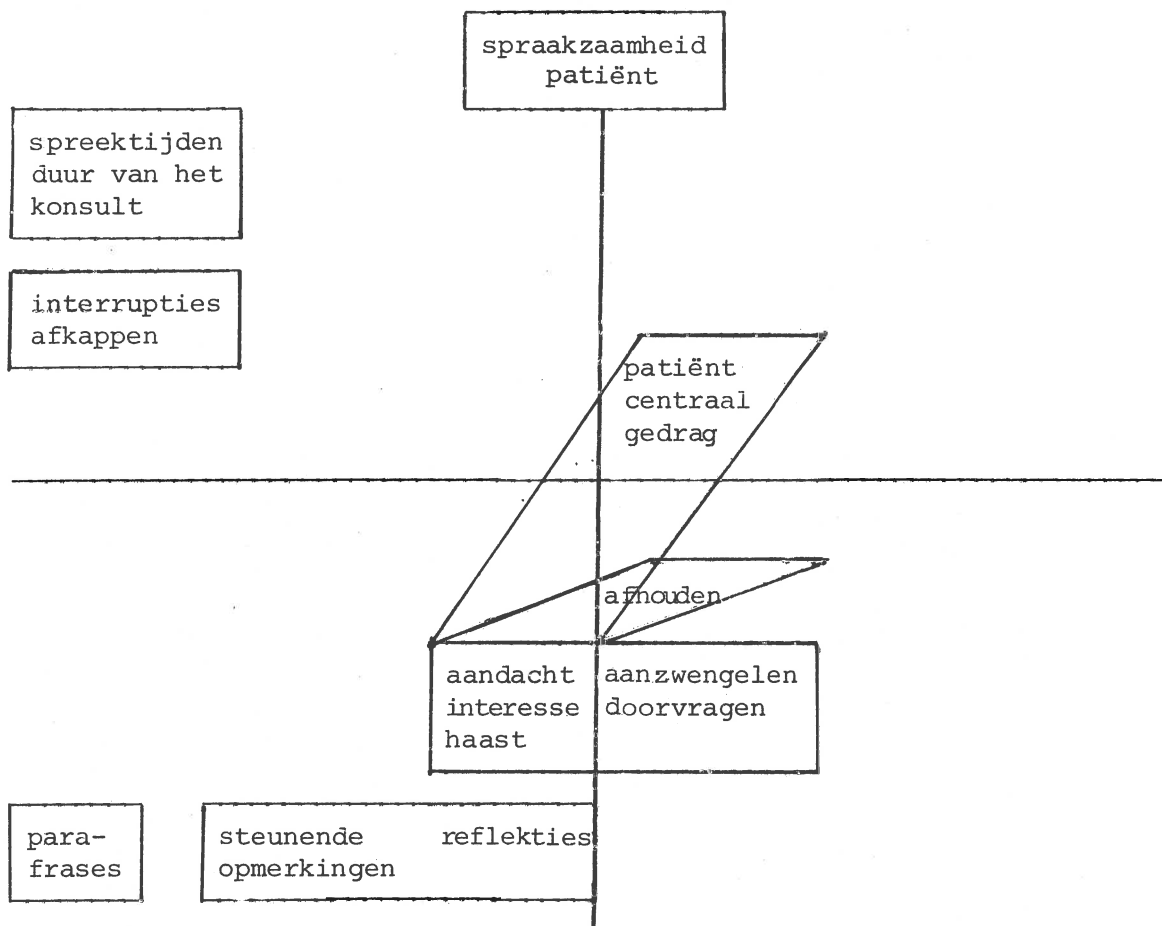
In feite zien we in de eerste kluster diverse operationalisaties samenhangen van de taktieken die een arts kan hanteren om de patiënt ruimte te geven: aandacht, rust, interesse, actief proberen problemen ter sprake te brengen, en het tonen van meeleven door reflekties. Relatief los hiervan staat enerzijds de spraakzaamheid van de patiënt, anderzijds de tijd die de patiënt in beslag neemt. In dit licht lijken interrupties en afkappen bedoeld te zijn om de tijdsdruk te doen afnemen.

Faktoranalyse bevestigde dit beeld grotendeels: de drie voornaamste factoren stonden zowel in het totaalkonsult, als in beide types fragmenten voor:

1. aandachtsvariabelen (in psychosociale delen en intotaal met een minder gewicht voor interesse/haast)
2. spraakzaamheid patiënt
3. spreektijden arts en patiënt

We moeten hieruit konkluderen dat de objektieve ruimte voor de patiënt relatief los staat van de meeste andere "ruimte-variabelen"; voorts dat de verbale uitdrukkingen van empathie onderling weinig verband tonen, en dat met name de parafrases/tijdseenheid als los zand met de rest samenhangen.

Wat de negatieve procesvariabelen betreft: interrupties en afkappen lijken met name bedoeld te zijn om de tijd van de arts te beperken, en zijn niet zozeer een negatieve pool van aanzwengelen doorvragen zoals we al eerder stelden. Ook afhouden fungeert niet als zodanig, maar wordt door de observatoren veeleer gezien als de negatieve kant voor interesse en haast en in mindere mate van aandacht. Het theoretisch schema uit hoofdstuk II ziet er nu in de praktijk van de voormeting als volgt uit:



Schema 3: Empirisch netwerk van ruimte-variabelen.

We konkluderen nu het volgende uit deze voormeting: De zogenaamde objectieve ruimte verwijst naar iets anders dan de meeste andere variabelen. Ook interrupties, afkappen en parafraseren staan relatief los van de overige variabelen, welke op hun betekenis afgaand, het meeste recht kunnen doen gelden op de term "ruimte scheppende variabelen".

Van belang is, dat de spraakzaamheid van de patiënt relatief los staat van de ruimte scheppende variabelen: dit weerlegt de gedachte dat ruimte geven in de zin van aandacht, empathie, aanmoedigingen, etc. rechtstreeks tot een grotere spraakzaamheid zou voeren.

In het volgende hoofdstuk zullen de veranderingen op de diverse variabelen tussen voor- en nameting onderzocht worden. Bij de interpretatie van deze verandering zullen we terugkomen op het hierboven gepresenteerde schema.

HOOFDSTUK V: RESULTATEN: WELKE INVLOED HAD KONSULTATIE OP GESPREKSVOERING VAN DE HUISARTSEN ?

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de mogelijk invloed die het konsultatieproject gehad heeft op het funktionieren van de arts in zijn dagelijkse praktijksituatie. In eerste instantie richten we ons op die aspecten van het funktionieren, waarvan de artsen zelf van te voren aangaven dat ze veranderingen verwachtten. Vervolgens zullen we ook nagaan in hoeverre gesprekskenmerken die met het in hoofdstuk IV ontwikkelde begrip "ruimte voor de patiënt" te maken hebben, veranderd zijn onder invloed van het konsultatieproject. De invloed van het konsultatieproject proberen we op te sporen door vergelijking van voor- en nameting op de diverse kenmerken.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 2 herhalen we in het kort de vraagstelling met betrekking tot verandering tussen voor- en nameting. Daarna vergelijken we voor- en nameting, en bezien in hoeverre aan de verwachting van de artsen is voldaan, en of er verandering is opgetreden in die gesprekskategorieën die te maken hebben met het ruimte geven aan de patiënt.

Ten slotte geven we per arts een individuele schets van zijn verandering in gespreksvoering, voor en na het konsultatieproject.

2. Vraagstelling ten aanzien van verandering in gespreksvoering.

In hoofdstuk II is uiteengezet dat de verwachtingen van de artsen aangaande effect van het konsultatieproject op hun gespreksgedrag voornamelijk gericht waren op de inhoud van het gesprek: Twee artsen hadden überhaupt weinig verandering voor ogen - hadden daarom ook niet zoveel behoefte -, de overige verwachtten een toegenomen gevoeligheid voor psychosociale problematiek, en een kwantitatieve en kwalitatieve toename in de gesprekken die ze met patiënten over die problemen zouden voeren.

De volgende vraagstellingen leidden we daar uit af:

- gaat de arts meer klachten als psychosociaal benoemen ?
- komen er in konsulten vaker psychosociale onderwerpen ter sprake ?
- zal de arts vaker ingaan op (vermoede) psychosociale problematiek ?
- zal de arts zich minder vaak tot puur somatische aspecten beperken bij (vermoede) psychosociale problematiek ?
- indien de arts ingaat op (vermoede) psychosociale problematiek: zal hij dan minder vaak een passieve opstelling hebben (praatpaal zijn) en vaker inzichtbevorderend of gedragsveranderend optreden.
- zullen, als gevolg van deze veranderingen, de psychosociale delen van het konsult langer gaan duren, waardoor ook het totaal konsult langer wordt.

Dit waren de vraagstellingen die af te leiden zijn uit de verwachtingen van de artsen. Deze vraagstellingen worden beantwoord in paragraaf 3. In hoofdstuk II is vervolgens een betoog gevolgd, waaruit bleek dat ter realisatie van dergelijke verwachtingen de artsen wel voldoende ruimte aan de patiënt moeten laten om tot een psychosociale invulling van het konsult te komen.

Theoretisch kwamen we zo op een groot aantal variabelen die, in vier klusters gegroepeerd, de ruimte voor de patiënt representeerden.

In het vorige hoofdstuk is op basis van de voormeting een keuze hieruit gedaan, zodanig dat de geselecteerde variabelen representatief geacht moeten worden voor de diverse aspecten van het concept "ruimte voor de patiënt". Van deze variabelen zullen we in paragraaf 4 nagaan in hoeverre er verandering in is opgetreden tussen voor- en nameting. Hieruit zullen we dan afleiden in hoeverre artsen meer ruimte zijn gaan bieden als gevolg van het konsultatieproject.

3. Resultaten (1): veranderingen in de inhoud van de gespreksvoering

In deze paragraaf zullen de gegevens worden gepresenteerd, die te maken hebben met de verwachtingen van de artsen zelf over wat er in hun gedrag te veranderen was onder invloed van het konsultatieproject. Dit waren hoofdzakelijk gedragsaspecten die te maken hadden met de inhoud van het gesprek. Van deze variabelen zullen we in het hier volgende, voor- en nameting weergeven.

Zoals in hoofdstuk III uiteengezet, hebben de artsen over elke patiënt die zij tijdens het videosprekuur zagen enkele vragen beantwoord op een registratieformulier. Eén dezer vragen betrof hun oordeel over de klacht en de patiënt op de dimensie somatisch-psychosociaal. In onderstaande tabel betekent de skore "1" "zuiver somatisch", "2" staat voor "meer somatisch dan psychosociaal", terwijl aan het ander uiteinde "zuiver psychosociaal" wordt weergegeven door een "5".

		"puur somatisch"				"puur psychosociaal"						
		1		2		3		4		5		
Arts	N-totaal [§]	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na	
		1	24	21	5(21)	4(19)	5(21)	5(24)	6(25)	6(29)	8(33)	5(25)	0(0)	1(5)
2	17	14	6(35)	3(21)	6(35)	3(21)	3(18)	3(21)	1(6)	2(14)	1(6)	3(21)
3	20	18	7(35)	6(33)	3(15)	5(28)	8(49)	4(22)	0(0)	3(17)	2(10)	0(0)
4	27	21	8(30)	4(19)	9(33)	6(29)	6(22)	5(24)	2(7)	3(14)	2(7)	3(14)
5	9	19	7(37)	7(37)	4(21)	(21)	4(21)	4(21)	3(11)	1(5)	2(11)	3(16)
6	35	19	16(46)	10(53)	2(6)	1(5)	7(20)	5(26)	6(17)	1(5)	4(11)	2(11)

Tabel 11: Oordeel van de artsen over de hen gepresenteerde klachten op de dimensie somatisch-psychosociaal in voor- en nameting. (tussen haakjes = percentages).

We zien in tabel 11 dat in beide metingen de artsen in het algemeen minder dan de helft van de gepresenteerde klachten als puur somatisch betitelen. Het varieert tussen $\pm 20\%$ en $\pm 40\%$, met een uitzondering voor arts 6 die in beide metingen ongeveer de helft als zodanig betitelt.

[§]Sommige totalen zijn lager dan in de rest van dit hoofdstuk, omdat de arts wel eens vergat zijn scoringsformulier in te vullen.

Het andere uiterste van de schaal: "puur psychosociaal" komt veel minder voor. De 5-puntsschaal geeft dus in het merendeel van de gevallen een scheve verdeling te zien.

Dit is zo in de voor- en de nameting. De voornaamste overeenkomst tussen beide metingen is evenwel dat per arts de waargenomen hoeveelheid somatische en psychosociale problematiek vrijwel gelijk blijft. Alleen van arts 2 kan gezegd worden dat hij meer klachten als psychosociaal is gaan beschouwen.

We laten het even bij deze konstatering, en komen hier aan het eind van het hoofdstuk op terug.

el psy- We zagen in hoofdstuk III dat een konsult kan worden ingedeeld in somatische, psychosociale, administratieve en sociaal gebabel fragmenten. Tevens bestaat er nog een categorie "onduidelijk", waar tussen "somatisch" en "psychosociaal" de scheidslijn moeilijk te trekken was.

Het idee dat de arts onder invloed van konsultatie vaker psychosociale aspecten aan de orde zal laten komen, laat zich toetsen door na te gaan of in de nameting vaker psychosociale fragmenten voorkomen. In tweede instantie zullen we ook nagaan of de arts in de nameting vaker degene is geweest die het initiatief tot zo'n psychosociaal fragment nam.

Tabel 12 geeft weer in welk percentage konsulten elk gesprekstype voorkomt in voor- en nameting.

aard konsult:		somatisch		psychosociaal		onduidelijk	administratief	sociaal gebabel
arts	N	totaal	uitsluitend somatisch	totaal	uitsluitend psych-soc.			
	v n	v n	v n	v n	v n	v n	v n	v n
1	24 21	79 88	19 29	54 49	8 10	4 5	13 15	21 10
2	20 15	55 60	20 33	40 61	20 20	30 14	10 21	5 -
3	25 22	80 83	48 36	44 52	8 5	8 15	- 20	8 -
4	27 21	81 91	37 48	41 29	4 0	11 10	11 19	15 5
5	20 21	65 81	25 38	40 39	- -	10 20	20 24	25 5
6	35 22	73 92	46 50	26 38	6 5	9 5	14 19	20 10

Tabel 12: Percentage van het totaal aantal konsulten, waarin de diverse gesprekstypes voorkomen in voor- en nameting. (Aangezien in één konsult meerdere gesprekstypes kunnen voorkomen is het totaal percentage groter dan 100. De subcategorieën "uitsluitend somatisch" en "uitsluitend psychosociaal" slaan echter op konsulten, waarin geen ander gesprekstype voorkwam.)

Bekijken we deze tabel in zijn algemeenheid, dan zien we dat de arts toch voor een belangrijk deel -ook- ter behandeling van somatische klachten fungeert: vooral in de nameting komen in acht tot negen van de tien gevallen ook puur medische zaken ter sprake. In ongeveer de helft van alle spreekuren komen psychosociale zaken ter sprake. Wanneer we voor- en nameting vergelijken is dit met name toegenomen bij arts 2, en in mindere mate bij arts 6. De laatste is hiermee wat bijgetrokken, ten opzichte van de voormeting, waarin hij duidelijk de meest somatische arts was. Die positie wordt, in dit opzicht, in de nameting ingenomen door arts 4 die minder psychosociale fragmenten in de nameting telde dan in de voormeting.

Nu hoeft het voorkomen van psychosociale fragmenten niet aan de arts te liggen. Ook een patiënt kan deze onderwerpen ter sprake brengen. Om dit na te gaan geven we in de volgende tabel weer hoe vaak de arts het initiatief tot psychosociale gespreksonderwerpen neemt.

Arts	t.o.v. alle konsulten				t.o.v. konsulten met een psychosociale diagnose			
	V		N		V		N	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1	26	24	25	21	32	19	31	16
2	5	20	33	15	9	11	42	12
3	32	25	18	22	62	13	25	16
4	19	27	19	21	26	19	24	17
5	25	20	10	21	42	12	13	15
6	9	35	18	22	16	19	33	12

Tabel 13: mate waarin de arts het initiatief tot psychosociale gesprekken neemt, in voor- en nameting.

Wanneer we de verschillen tussen voor- en nameting in dit opzicht bekijken, zien we opnieuw dat artsen 2 en 6 "psychosociale" zijn geworden. Ze sprongen er in de voormeting in negatieve zin uit, namen minder het initiatief tot psychosociale onderwerpen dan de anderen, terwijl met name arts 2 in dit opzicht in de nameting de leiding heeft genomen. Artsen 3 en 5 daarentegen, zijn dergelijke initiatieven in de nameting minder gaan nemen: indien ze een klacht psychosociaal beoordeelden, gingen ze slechts in één derde van de gevallen als eerste in op psychosociale aspecten. Gezien het feit dat bij hen niet minder vaak psychosociale aspecten aan de orde kwamen dan in de voormeting (vergelijk tabel 11), hebben bij deze artsen in de nameting de patiënten vaker het initiatief genomen.

doen de
sen met
blemen ?

We hebben nu bekeken hoe vaak artsen problemen als psychosociaal zien, en hoe vaak deze problemen - al dan niet op hun initiatief - ter sprake komen. We zullen nu proberen wat meer differentiatie in de behandeling ervan aan te brengen.

Allereerst zijn er twee mogelijkheden voor de arts, wanneer hij vindt dat psychosociale aspecten een rol spelen bij de klacht: hij kan deze negeren of hij kan er op ingaan. De mate waarin beide mogelijkheden voorkwamen staat in tabel 13 weergegeven. Men denke er hierbij aan dat een arts gedurende één konsult zowel aspecten kan negeren als ingaan op andere, zodat beide categorieën niet complementair zijn.

arts	N		arts gaat niet in op psychosociale problemen		arts gaat wel in op psychosociale problemen	
	v	n	v	n	v	n
1	19	17	47%	35%	88%	88%
2	11	12	73%	42%	73%	75%
3	11	16	30%	44%	82%	75%
4	17	17	47%	65%	69%	41%
5	12	15	58%	60%	67%	73%
6	19	12	68%	83%	42%	44%

Tabel 14: percentage van de niet puur somatische beoordeelde konsulten waarin de arts psychosociale aspecten negeerde, respectievelijk er op reageerde; voor- en nameting.

We zien dat de mate van negeren tussen de artsen sterker varieert dan het reageren. Letten we op het negeren, dan blijkt arts 6 hier erg sterk in te zijn. In wat mindere mate geldt dit voor arts 5 en arts 4 (is dit in de nameting meer gaan doen). Arts 2 negeert in de nameting veel minder psychosociale aspecten dan hij voordien deed. In de nameting behoort hij, samen met arts 1 en arts 3 tot de artsen die relatief niet zo vaak psychosociale aspecten negeren. Vooral arts 4 en 6 zijn dit echter vaker gaan doen.

Slecht één arts is veranderd, wanneer we onze aandacht richten op het ingaan op psychische problemen: arts 4 doet dit in de nameting minder dan voorheen. Arts 6 is het relatief weinig blijven doen, de anderen doen dit konstant in 70-90 procent van de voorkomende gevallen. We zeiden al dat de twee categorieën negeren en reageren elkaar niet uitsluiten.

De mate waarin ze elkaar niet uitsluiten verschilt tussen de artsen: van arts 2 in de nameting, arts 3, arts 4 en arts 6 in de voormeting kunnen we zeggen dat de overlap niet zo groot is, arts 1 arts 2 in de voormeting en arts 5 vertonen echter regelmatig het verschijnsel dat in één konsult regelmatig aspecten worden genegeerd, terwijl op andere wel wordt ingegaan.

De arts kan op tal van manieren ingaan op psychosociale klachten: hij kan medicijnen geven, op diverse manieren praten met de patiënt, volstaan met een advies, verwijzen of de problematiek ten slotte weer bij de patiënt leggen.

In onderstaande tabel geven we aan hoe vaak in voor- en nameting de arts elk van deze technieken bezigde.

	arts 1 v n	arts 2 v n	arts 3 v n	arts 4 v n	arts 5 v n	arts 6 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 15: Hoe reageert de arts op psychosociale problemen. (uitgesplitst in voor- en nameting). Weergegeven is het aantal konsulten waarin een categorie van toepassing was.

Ook voor deze tabel geldt weer dat meerdere alternatieven gelijktijdig op kunnen treden. We zien dat het reageren op psychosociale klachten meestal wel een of andere vorm van gesprek inhoudt.

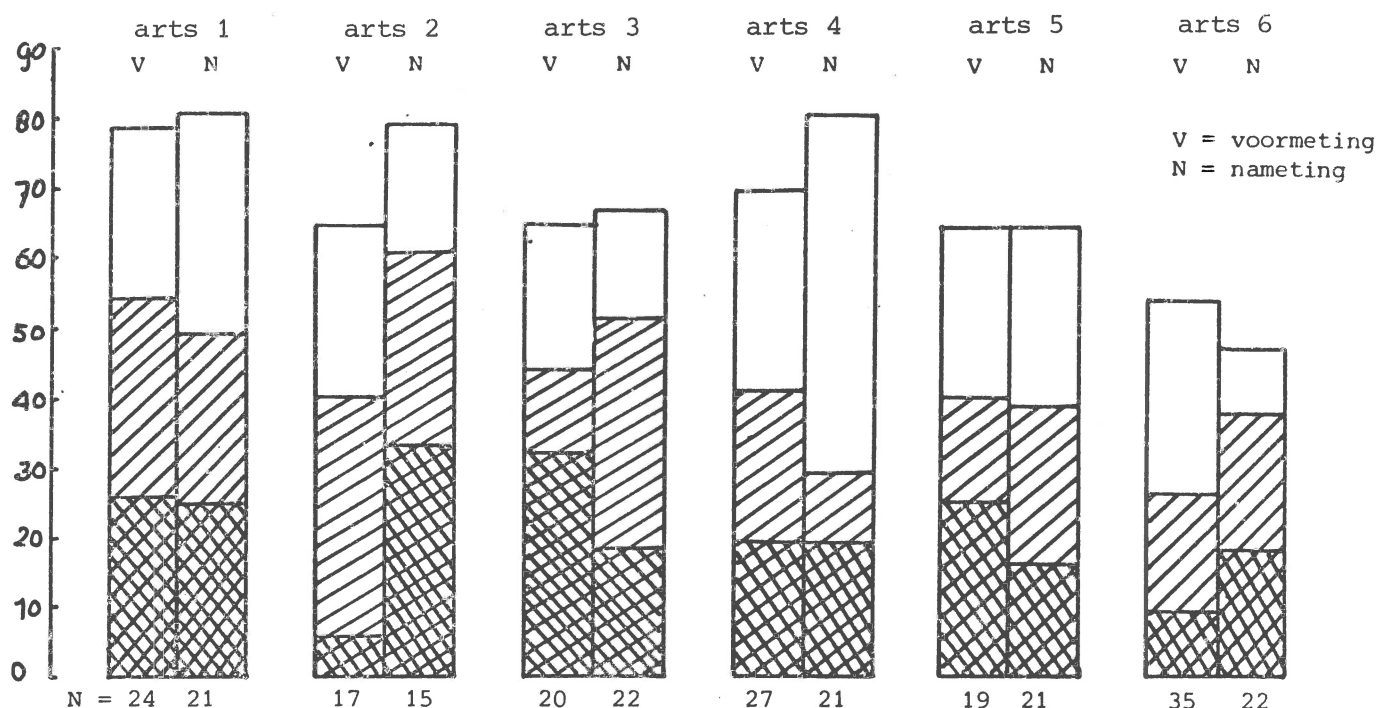
Verder is een verschil tussen voor- en nameting dat relatief de meer actieve gesprekstijlen - exploreren, inzicht bevorderen, gedrag veranderen - toenemen en de passievere stijlen zoals praatpaal zijn of geruststellen, afnemen.

Ook is het aantal adviezen afgenomen, behalve, bij arts 6. Tenslotte zien we dat de artsen vaker de patiënt het probleem laten oplossen.

Hoewel het om een klein aantal gebeurtenissen gaat, zien we dus globaal enige interessante verschuivingen; wanneer het tot het voeren van gesprekken komt bestaat in de nameting minder de indruk dat de arts tegen zich aan laat praten.

Hij lijkt wat meer structuur in de gesprekken aan te brengen. Ook neemt hij minder zijn toevlucht tot het geven van adviezen en laat hij meer aan de patiënt over (vergelijk ook de inbreng van de patiënt bij de therapie in de volgende paragraaf). De verandering in gespreksvoering zagen we met name bij arts 1, arts 2 en arts 5.

De mate waarin de arts klachten al dan niet als somatisch beoordeelt en het aantal keren dat er niet-somatische onderwerpen ter sprake komen en de arts hiertoe het initiatief neemt, kunnen we ook in relatie met elkaar bekijken. Dit gebeurt in grafiek 1.



Grafiek 1 : 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 ///

We zien het ter sprake komen van niet-somatische onderwerpen relatief (ten opzichte van het percentage niet-somatische beoordelingen) toenemen bij arts 2 en arts 6, en relatief afnemen bij arts 4. Het initiatief tot zo'n gesprek komt relatief vaker van arts 2 en arts 6 en minder vaak van arts 3, wanneer we het ten opzichte van het percentage psychosociale beoordelingen bekijken. Ten opzichte van het aantal malen dat psychosociale aspecten ter sprake komen, en arts 4 ook vaker dat initiatief gaan nemen.

el tijd ed de aan psy- ciale ?
 Zoals reeds opgemerkt, waren de onderzoeker van mening dat meer aandacht voor psycho-sociale aspecten ook tot uiting zou kunnen komen in een toename van de tijd die hieraan besteed wordt, en zodoende ook in de toelichting van het konsult.

In tabel 16 staan deze gegevens weergegeven voor de somatische en psychosociale fragmenten, en voor het totaalkonsult.

voormeting									
arts	\bar{x}	totaal		somatisch			psychosociaal		
		s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N
1	358	224	24	190	99	19	276	239	13
2	378	296	20	235	89	12	221	212	9
3	291	248	25	150	73	21	236	262	11
4	305	209	27	186	88	22	263	210	11
5	375	188	19	253	153	18	325	389	8
6	208	169	35	159	117	29	155	88	9

nameting									
arts	\bar{x}	totaal		somatisch			psychosociaal		
		s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N
1	411	316	21	261	212	18	301	265	10
2	443	217	15	168	111	9	369	272	9
3	308	178	22	207	131	18	181	192	11
4	260	160	21	184	97	19	187	162	6
5	427*	360	21	317*	390	21	234	181	8
6	218	188	20	139	107	18	188	150	7

*Bij arts 5 is sprake van één somatisch konsult dat zo extreem lang is, dat het de moeite waard is gemiddelde en standaarddeviatie zonder dit half uur durende konsult weer te geven:
 totaal: $\bar{x} = 360$, s.d. = 195, N = 20
 somatisch : $\bar{x} = 227$, s.d. = 122, N = 20

Tabel 16: gemiddelde duur en standaarddeviatie van totaalkonsult, psychosociale en somatische fragmenten, in voor- en nameting.

Wanneer we kijken naar de totale konsultduur (waarbij we als konsultduur de tijd genomen hebben dat arts en patiënt samen in de spreekkamer aanwezig waren) zien we grote verschillen tussen de artsen. In voor- en nameting duren de konsulten bij arts 1, arts 2 en arts 5 langer dan die van arts 3, arts 4 en arts 6.

De psychosociale fragmenten van arts 1, arts 4 en arts 5* zijn in de voormeting wat langer dan die van de rest, terwijl arts 6 ook in dit opzicht onderaan staat.

In de nameting zien we dat dezelfde artsen die in het algemeen langere konsulten hebben, ook over langere psychosociale fragmenten beschikken: arts 1, arts 2 en arts 5.

*Let op: grote standaarddeviatie!

Vergelijk overigens ook paragraaf 4.1. Verandering tussen voor- en name-ting is er niet zo veel.

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 psycho-sociale delen van hun konsult.

Overzien we al deze resultaten in het licht van de tevoren uitgesproken verwachtingen dan blijkt dat arts 2 over de gehele linie de verwachte verandering tussen voor- en name-ting 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 "aktief" 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 psychosociale aspecten aan de orde, waartoe hij ook vaker het initiatief neemt; arts 1 negeert minder vaak psychosociale problematiek en samen met arts 5 stelt ook hij zich aktiever op in het gesprek. Hier-teenover 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 psychosociale 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 "psychosocialer" is, terwijl arts 3 en arts 4 "minder psychosociaal" zijn dan de eerste keer.

4. Resultaten (2): Ruimte voor de patiënt

In het vorige hoofdstuk gaven we aan, dat om psychosociale 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.
- psychosociale fragmenten zijn in het algemeen langer dan somatische en ze vertonen een veel grotere variantie in duur; In het eerste opzicht verschillen de artsen onderling meer dan in het tweede.
- In de psychosociale fragmenten heeft de patiënt in het algemeen meer inbreng dan in de somatische; de arts 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.

Verder is in het vorige hoofdstuk een indeling gemaakt in vier groepen variabelen, welke men binnen het concept "ruimte voor de patiënt" kan onderscheiden. We zagen:

- a. objektieve ruimte, in termen van de tijd die een arts aan een patiënt gunt, de tijd dat hij hem/haar aan het woord laat, etc.
- b. subjectieve ruimte, oftewel de mate waarin de patiënt het idee krijgt dat hij/zij de ruimte heeft om te praten, dat er geluisterd wordt, etc.
- c. ruimte in precestermen: dit is ruimte die door de arts actief geschapen wordt voor de patiënt, door onderwerpen aan te snijden, bijvoorbeeld. De tegenhanger hiervan is de ruimte die een patiënt actief ontnomen wordt, bijvoorbeeld door het gesprek af te kappen.
- d. ruimte in termen van de inbreng van de patiënt in het konsult. (Byrne & Long).

Aan de hand van de analyses in hoofdstuk IV zijn een aantal variabelen uitgekozen, waarvan we in deze paragraaf zullen nagaan in hoeverre voor- en nameting verschillen opleveren.

4.1. Objektieve ruimte.

Onder objektieve ruimte verstaan we de tijd die een arts voor een patiënt beschikbaar heeft en de tijd die hij hem/haar aan het woord laat. Byrne en Long gaven aan dat de lengte van een konsult een indikator is voor de funktionaliteit van het konsult.

Onder funktionaliteit verstaan ze de mate waarin arts en patiënt een gemeenschappelijke doelstelling hebben en niet langs elkaar heen praten. Funktionale konsulten bleken in hun onderzoek langer te zijn, meer spreiding in duur te vertonen en minder stereotyp te zijn. Naar aanleiding van de gegevens aan het eind van paragraaf 3 zouden we de konsulten van arts 6 als niet zo functioneel kunnen betitelen, gezien de korte tijd en geringe spreiding die ze in beslag namen.

Binnen de tijdsduur die een arts de patiënt toestaat, of, zoals ook wel wil gebeuren, de patiënt de arts afdwingt, kan een arts de patiënt weer korter of langer aan het woord laten.

In de volgende tabel wordt weergegeven hoe de verhouding in dit opzicht tussen arts en patiënt lag. We vergelijken voor- en nameting, en onderscheiden verder somatische en psychosociale fragmenten aan het konsult.

arts	somatische delen				psychosociale delen			
	spreektijd arts (in sec.)		spreektijd patiënt (in sec.)		spreektijd arts (in sec.)		spreektijd patiënt (in sec.)	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	64	72	67	69	84	100	101	78
2	80	89	57	56	116	106	39	90
3	53	50	38	41	68	55	60	29
4	47	37	69	54	51	23	75	72
5	74	68	68	78	35	41	84	97
6	40	36	37	35	50	35	65	75

Tabel 17: De gemiddelde spreektijd (mediaan) van de arts en patiënt in de somatische en psychosociale delen van het konsult, van de voor- en de nameting.

Hoewel bij de totale spreektijd van arts en patiënt - zonder indeling in fragmenten - beiden ongeveer evenveel aan het woord zijn, is deze wederkerigheid in de somatische fragmenten nog enigszins terug te vinden, maar wisselt beider inbreng sterk in de psychosociale fragmenten. Voor- en nameting vergelijkend, zien we de patiënten bij arts 2 meer en bij arts 3 minder aan het woord komen in de psychosociale fragmenten, bij een gelijke inbreng van de kant van de arts. Relatief gesproken neemt de patiënten inbreng ook toe bij arts 4 en arts 6, maar dit komt door een teruglopend aandeel van de arts. Bij arts 1 ten slotte is het artsenaandeel in de psychosociale gespreksfragmenten toegenomen en het patiëntenaandeel afgenomen.

Wisselende verschuivingen dus, die geen uitspraken toelaten over een algehele toe- of afname van de inbreng van de patiënt in de psychosociale spreektijd. Bovendien betreffen de verschuivingen in het algemeen een te korte spanne tijds, om veel konklusies aan te verbinden.

4.2. 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 met naar hem/haar 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.

Hoewel de diverse variabelen alle gerangschikt zijn onder het kopje "subjektieve ruimte", zagen we bij de analyse een tweedeling: interesse, rust en de aandachtsvariabelen kwamen als één kluster naar voren, terwijl de verbale variabelen als een tweede - en lossere - samenhangende groep verschenen.

De diverse variabelen hingen onderling sterker samen in de psychosociale dan in de somatische gedeeltes. Ook gezien de aard van het konsultatieproject hebben deze fragmenten onze speciale belangstelling. Gezien de grote onderlinge samenhang van de verschillende gerationalisaties van "aandacht", zullen we hiervan alleen het totaaloordeel voor en na het konsultatieproject geven. Omdat de verbale uitingen van empathie minder hoog samenhangen, geven we voor- en nametings gegevens van alle drie de variabelen. Ten slotte zullen we zien of interesse en rust gewijzigd zijn.

acht

Tabel 18 geeft weer in welk percentage van de konsulten de aandacht positief beoordeeld werd door de observatoren. Zoals gebruikelijk zijn de konsulten gesplijst in somatische en psychosociale fragmenten, en worden voor- en nameting apart weergegeven.

Arts	Somatisch								Psychosociaal							
	V				N				V				N			
	-	0	+	N	-	0	+	N	-	0	+	N	-	0	+	N
1	16	37	48	19	6	34	61	18	-	41	59	12	10	-	90	10
2	-	25	75	12	-	11	89	9	13	26	63	8	-	11	89	9
3	5	10	85	21	-	27	72	11	9	18	73	11	-	-	100	8
4	-	19	82	22	-	10	90	19	9	27	63	11	-	-	100	6
5	6	25	69	16	-	30	10	17	13	13	75	8	13	-	88	8
6	39	39	24	26	26	52	21	19	40	30	30	10	26	26	51	8

Tabel 18: Percentage positieve, neutrale en negatieve beoordelingen van de arts in voor- en nameting psychosociale en somatische fragmenten.

Wanneer we de voormeting bekijken, dan blijkt dat per arts de psychosociale en somatische fragmenten niet zozeer verschillen, wat betreft de aandacht die hij de patiënt schenkt. Eveneens verschillen voor- en nameting van de somatische fragmenten niet sterk.

Wel is er hier een verandering in de psychosociale fragmenten te constateren: alle artsen worden in de nameting positiever beoordeeld, voor vijf van de zes geldt dat 90 tot 100 procent van de psychosociale fragmenten een positieve beoordeling oplevert. De onderlinge verhouding tussen de artsen bleef gelijk: in de voormeting 60 tot 70 procent positieve beoordelingen voor arts 1 tot en met arts 5 en 30 procent voor arts 6; in de nameting 90 tot 100 procent positief voor de eerst vijf en 50 procent voor arts 6.

Deze resultaten gelden ook voor de diverse subcategorieën waaruit het totaal oordeel is samengesteld: aankijken, houding, aspecifiek volgen, aankijktijd.

athie Wellicht de meest kenmerkende gedragscategorieën uit de non directe benadering, vormen de verbale uitingen van de hulpverlener, die tot doel hebben de patiënt te volgen en te steunen.

Het gaat hier om de passieve inbreng van de arts: de arts parafraseert de inhoud van het hem vertelde, reflekteert de gevoelens van de patiënt en moedigt de patiënt aan om verder te gaan met zijn verhaal, dit alles zonder een eigen inbreng te hebben.

In de volgende tabel staat het gemiddelde aantal parafrases, reflekties en steunende opmerkingen*.

Arts	Somatisch						Psychosociaal					
	par.*		refl.*		s.o.*		par.*		refl.*		s.o.*	
	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n
1	2,8	3,0	0,4	0,4	0,2	0,9	1,8	3,0	0,8	1,9	0,5	1,6
2	2,0	2,7	0,7	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 19: Gemiddeld aantal volgende uitlatingen per arts, gemeten over de verschillende onderdelen van het konsult in voor- en nameting.

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

*Voor definitie en operationalisatie: zie hoofdstuk III.

Deze empathische categorieën geven een minder eenduidig beeld, dan de zojuist behandelde aandacht. Reflekties en steunende opmerkingen komen meer voor in psychosociale momenten dan in somatische.

Parafrases geven in dit opzicht geen verschil te zien. Veranderingen tussen voor- en nameting zien we bij psychosociale reflekties (arts 1, arts 2, arts 5 en arts 6), en psychosociale steunende opmerkingen (arts 1) psychosociale parafrases (arts 1, arts 2) en somatische parafrases (arts 3). Van arts 5 kunnen we zeggen dat hij in de somatische delen minder empathisch wordt.

Deze beide variabelen kunnen gezien worden als een min of meer over-all waardering van de observatoren voor de arts. Beide zijn geskoord op een 5-puntsschaal, waar de waarde 1 een minimum aan teresse c.q. rust vertegenwoordigt en de waarde 5 een maximum.

Tabel 20 laat zien in hoeveel procent van de in aanmerking komende consulten de observatoren een positieve score (geïnteresseerd/rustig of zeer geïnteresseerd/rustig) toekenden.

Er is opnieuw onderscheid gemaakt tussen somatische en psychosociale gespreksfragmenten.

arts	somatische gespreksfragmenten				psychosociale gespreksfragmenten			
	aanzwengelen		doorvragen		aanzwengelen		doorvragen	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	26%	50%	42%	50%	46%	60%	69%	70%
2	17%	55%	33%	33%	75%	66%	55%	90%
3	43%	35%	71%	41%	64%	80%	55%	90%
4	50%	69%	73%	74%	45%	83%	82%	53%
5	19%	12%	38%	18%	31%	75%	50%	88%
6	14%	16%	20%	5%	4%	38%	20%	25%

Tabel 20: Percentage positieve scores op de variabelen "interesse" en "rust" in voor- en nameting, gemeten over de verschillende onderdelen.

Binnen de somatische fragmenten wordt de interesse en de rust in het algemeen minder vaak positief beoordeeld dan binnen de psychosociale fragmenten.

De geskoorde interesse van de arts is in de nameting een aantal malen toegenomen. Voor arts 1, arts 2 en arts 4 geschiedde dit met betrekking tot somatische gespreksfragmenten, terwijl arts 4, arts 5 en arts 6 in de psychosociale delen geïnteresseerder leken. (N.B.: deze artsen scoorden in dit opzicht in de voormeting het laagst). Van arts 3 en arts 5 kan gezegd worden dat de rust in psychosociale delen was toegenomen in de nameting.

Wanneer we zo het begrip subjektieve ruimte in zijn geheel overzien, dan is in een aantal opzichten eerder sprake van een toename dan van een afname. Daar staat tegenover dat er in geen enkel opzicht een voor alle artsen geldende verandering is opgetreden. Het meest werd dit benaderd bij de aandacht in psychosociale fragmenten terwijl tevens de interesse op die momenten hoger werd gewaardeerd. Rust en empathisch optreden beschouwen we als minder toegenomen.

Arts 3 en arts 4 lijken minder veranderd te zijn in de genoemde opzichten dan de overigen. In de meeste opzichten geldt daarbij dat arts 6 in de voormeting als weinig ruimte gevend was beoordeeld, en dus meer mogelijkheid had om in de nameting hoger te scoren.

Opgemerkt dient nog te worden dat veranderingen vaker plaatsvonden binnen de psychosociale fragmenten, en dat binnen de psychosociale fragmenten ook in het algemeen meer ruimte voor de patiënt was in diverse opzichten dan in de somatische fragmenten.

4.3. Ruimte voor de patiënt in procestermen

Van de procesvariabelen zagen we in het vorige hoofdstuk dat aanzwengelen en doorvragen vaak samen voorkwamen, evenals interrumpen en afkappen. Laatsgenoemde konden echter niet beschouwd worden als de negatieve pool van een dimensie waarvan aanzwengelen en doorvragen de positieve zijde vormen. Het afhouden van bepaalde onderwerpen had geen duidelijk verband met andere procesvariabelen.

De arts kan de patiënt op een actieve wijze stimuleren door zelf nieuwe onderwerpen aan te dragen (aanzwengelen) en op een reeds ter sprake zijnd thema dóór te vragen. Het percentage konsulten waarin dit gebeurde in voor- en nameting staat in onderstaande tabel weergegeven.

arts	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 21: Percentage konsulten waarin de stimulerende procesvariabelen voortkwamen in de somatische en psychosociale fragmenten. Voor- en nameting vergeleken.

Binnen de somatische fragmenten komen aanzwengelen en doorvragen beide minder voor in de nameting (uitzondering: arts 6 vraagt meer door, maar scoorde in de voormeting extreem laag). Binnen de psychosociale fragmenten wordt in de nameting iets vaker een nieuw onderwerp aangesneden door de arts (uitzondering arts 3) terwijl doorvragen bij een aantal artsen afneemt. We zien dat het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen veel meer iets is voor het psychosociale deel van het konsult. Doorvragen daarentegen is binnen een somatisch fragment blijkbaar ook uitstekend op zijn plaats. We kennen dit ook allemaal wel uit de typische anamnese afname: hoelang hebt u het al ? 's ochtend meer dan 's avonds ? gaat het in de loop van de dag over ? etc. etc.

remmende pro-
variabelen

Op dezelfde wijze als de arts de patiënt actief kan stimuleren, kan hij hem ook afremmen. De meest milde wijze is het interrumpen wat vaak niet de bedoeling van remmen heeft, maar ook het resultaat van een wat chaotische gespreksstijl kan zijn.

Duidelijk met de intentie de patiënt te stoppen, geschiedt het afkappen van een gesprek. Een preventieve vorm van afkappen zien we in het afhouden van bepaalde onderwerpen, door ze te negeren, op iets anders over te gaan etc.. Het voorkomen van deze remmende categorieën vinden we in onderstaande tabel.

arts	somatische gespreksfragmenten						psychosociale gespreksfragmenten					
	interrupties		afhouden		afkappen		interrupties		afhouden		afkappen	
	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n	v	n
1	11%	17%	6%	23%	5%	-	54%	40%	23%	-	8%	30%
2	33%	33%	-	11%	25%	-	25%	22%	25%	22%	12%	11%
3	62%	50%	5%	11%	10%	-	55%	36%	18%	-	18%	18%
4	23%	5%	9%	11%	5%	-	18%	50%	9%	17%	9%	17%
5	12%	12%	12%	12%	12%	6%	50%	38%	25%	13%	50%	63%
6	48%	74%	7%	11%	7%	21%	70%	50%	30%	50%	30%	62%

Tabel 22: Percentage konsulten waarin de remmende procesvariabelen voorkwamen in de somatische en psychosociale fragmenten. Voor- en nameting vergeleken.

Zowel in voor- als nameting voelen artsen zich eerder geroepen tussen beide te komen in de psychosociale gespreksfragmenten dan in de somatische (hetgeen ook te maken heeft met het feit dat patiënten in deze fragmenten langer aan het woord zijn). De meest gebruikte vorm is de interruptie, hoewel met name in de nameting in psychosociale fragmenten ook nog al eens een gesprek wordt afgekapt. Sprake van echte toe- of afname is er niet.

Al met al zijn de actieve procesvariabelen minder duidelijk toegenomen dan categorieën als aandacht of interesse.

4.4. 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 (vergelijk hoofdstuk II). Kort samengevat komt dit er op neer dat de observatoren beoordelen in hoeverre met betrekking tot diagnostiek en met betrekking tot therapie gebruik wordt gemaakt van de kennis en ervaringen van de patiënt, in hoeverre de patiënt zelf de beslissing wordt gelaten, etc..

Inbreng van de patiënt bij de diagnose wordt uitgedrukt op een 4-puntschaal, waarbij "4" voor een maximale, "1" voor een minimale inbreng staat. De inbreng van de patiënt bij de therapie kan variëren van "1" tot "7". In onderstaande tabel zien we de inbreng van de patiënt in de voor- en nameting weergegeven.

arts	somatisch				psychosociaal			
	diagnose		therapie		diagnose		therapie	
	v	n	v	n	v	n	v	n
1	1,9	1,8	1,8	2,0	2,9	3,0	4,4	4,5
2	1,5	1,5	1,8	2,1	3,3	3,4	3,2	4,0
3	1,8	1,8	2,4	2,0	3,0	3,1	3,4	4,6
4	1,8	2,0	2,5	2,2	2,3	3,0	4,1	4,3
5	1,8	2,0	3,2	1,6	3,1	2,6	3,5	4,9
6	1,5	1,7	1,8	1,4	2,0	2,8	1,9	3,3

Tabel 23: 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.

De resultaten van een vergelijking tussen voor- en nameting laten zich goed rijmen met andere 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 psychosociale 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.

4.5 Konklusie naar aanleiding van resultaten "ruimte voor de patiënt".

De meeste veranderingen in het geven van ruimte aan patiënten, troffen we aan in de psychosociale fragmenten. Het geven van aandacht, het tonen van interessen en het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen zagen we toenemen in deze fragmenten.

Ook kreeg de patiënt meer inbreng bij het vaststellen van de therapie in de nameting. Empathische uitingen namen bij een aantal artsen toe, het sterkst was dit het geval bij het reflektieren.

Weinig eenduidig te interpreteren verandering zagen we in de duur van het konsult, de spreektijden en de remmende procesvariabelen.

Al met al is er in de nameting in een aantal opzichten sprake van een toegenomen ruimte.

Wanneer we nogmaals schema 2 aan het eind van hoofdstuk IV in gedachte nemen, dan zien we deze verandering plaatsvinden in het centrale kluster "aandacht - interesse - aanzwengelen - etc.". Dit bevestigt het reeds vastgestelde gegeven dat deze variabelen onderling samenhangen en naar een zelfde begrip verwijzen. Voorts is het interessant dat hoewel de samenhangen in het schema zowel in somatische als psychosociale fragmenten gelden, de verandering hoofdzakelijk in de psychosociale fragmenten plaats vond. Dit maakt de link naar het konsultatieprojekt aannemelijk. We komen hierop terug in de slotbeschouwing.

5. Artsprofielen

In de twee vorige paragrafen is per variabele nagegaan in hoeverre de zes artsen veranderden in dat opzicht. Van de artsen werd op deze manier een versnipperd beeld gegeven. We herstellen dit in het onderstaande, waarin van elke arts de relevante bevindingen bijeen worden gezet, om zo te komen tot zes integrale artsprofielen.

Arts 1

Bij de start van het konsultatieproject verwoordt arts 1 dat hij zijns inziens als huisarts een ruime taak heeft op psychosociaal 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 psychosociale 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 gedragsrepertoire". De resultaten van het onderzoek stroken met de door de arts verwachte konstantheid in de kwantiteit van verschillende gedragsalternatieven. Het psychosociale karakter van zijn hulpverlening komt met name tot uiting in zijn spreekkamergedrag.

In de voormeting kunnen we hem waarschijnlijk de meest "psychosociale arts" noemen. Hij neemt het hoogste percentage psychosociale klachten waar (79%) en laat het ook méér dan zijn collega's aankomen op een psychosociaal gesprek, wanneer hij dergelijke problematiek vermoedt. Hij neemt daarvoor redelijk vaak zelf het initiatief. Arts 1 lijkt helemaal wel erg actief te zijn. Hij laat psychosociale klachten relatief weinig zitten en wanneer hij op dergelijke klachten ingaat, gebruikt hij daarbij veel alternatieven (vaak ook veel tegelijkertijd). Dit heeft overigens ook tot gevolg dat arts 1 vaker psychofarmaca voorschrijft dan zijn collega's. De duur van zijn konsulten is aan de lange kant. Gemiddeld duren de gesprekken van arts 1 langer dan die van de andere artsen (hoewel hij hierin weinig verschilt van arts 2 en 5) en ook zijn psychosociale gespreksfragmenten duren over het algemeen vrij lang (mediaan: 3'31"). We mogen hieruit konkluderen dat arts 1 rustig de tijd neemt voor zijn patiënten. Valt arts 1 zo op door de manier waarop hij inging op psychosociale problematiek, de ruimte die hij aan patiënten geeft in de voormeting is niet meer dan gemiddeld. In dit laatste opzicht zien we als verandering dat met name de zo genoemde subjektieve ruimte voor de patiënt toeneemt: in de psychosociale onderdelen is arts 1 in de naming aandachtiger, empatischer, 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 ten opzichte van de andere artsen met zoveel wat betreft de ruimte die hij aan zijn patiënten gunt.

Wat betreft zijn manier van reageren op psychosociale klachten, noemden we hem "een psychosociale 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: voorschrijven van medicijnen en adviezen geven komen daarentegen in de nameting minder voor.

Ook zien we een afname van de meer passieve gespreksvormen, terwijl inzichtbevorderend en gedragsveranderende gespreksvoering relatief zeker niet afnemen. Ook hier volgt hij de algemeen gevonden trend: psychosociale problemen worden niet meer uitsluitend tegemoet getreden met adviezen of medicijnen, maar juist gespreksmatig wordt de arts minder passief en tracht hij meer structuur in de problemen aan te brengen.

Arts 2

Ook arts 2 onderschrijft tijdens de voormeting in vrij ruime mate het psychosociale karakter van de huisartsentaak, zij het dat dit niet op elk gebied impliceert dat hij daaruit ook strakke normen voor zijn eigen handelen afleidt. (Bijvoorbeeld 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.

In de voormeting was deze arts voor de observatoren de meest onduidelijke arts. Bij hem werd in maar liefst 40% van de konsulten een fragment als "onduidelijk gekategoriseerd, omdat de observatoren geen duidelijke aanwijzing hadden of het nu psychosociaal of toch somatisch was.

Dit beeld vinden we terug in een aantal van de overige categorieën. Hoewel in zo'n 40% van de konsulten ook psychosociale gespreksonderwerpen aan de orde kwamen (een cijfer dat vergelijkbaar is met dat van de meeste andere artsen), gebeurde dit zelden op initiatief van de arts zelf. We zien ook, wat heel merkwaardig is, dat arts 2 in vrijwel alle konsulten zowel wél inging op de aanwezigheid van psychosociale problematiek, als deze problematiek in hetzelfde konsult óók weer negeerde of afhield. Op deze manier eindigden vrijwel alle gesprekken "onbeslist". Het feit dat de konsulten vaak als onduidelijk werd beoordeeld, betekent overigens niet dat er niets gebeurde. Vrijwel nooit nam arts 2 genoegen met een praatpaalfunctie. Meestal had hij een aktievere rol.

Wat lengte van zijn konsulten betreft lijkt arts 2 op arts 1: zowel de totale duur van zijn konsulten als de duur van de psychosociale fragmenten lag boven het gemiddelde.

De ruimte die hij de patiënten in de voormeting in diverse opzichten gunde, kan als gemiddeld betiteld worden.

Deze onduidelijkheid is in de nameting verdwenen er komen vaker psychosociale 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 inzichtbevorderend. Dit alles komt ook tot uiting in een verdubbeling van de gemiddelde tijd die psychosociale fragmenten in beslag nemen, hetgeen weer resulteert in een toename van de totaal tijd van zijn konsulten.

Daarnaast is ook de ruimte voor de patiënt toegenomen, 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 ten opzichte van de voormeting die door de onderzoekers verwacht waren, en waartoe hij zelf, blijkens zijn verwachtingen, ook gedisponoerd was.

Arts 3

Arts 3 vindt bij aanvang van het projekt dat hij als huisarts in wezen slechts een beperkte taak heeft op psychosociaal 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.

Het feit dat in de voormeting in bijna de helft van zijn konsulten alleen somatische onderwerpen aan de orde komen, bevestigt misschien het beeld van de typische somaticus. Echter er zijn ook heel wat tekenen die precies de andere kant op wijzen: arts 3 toont relatief veel psychosociale initiatieven. Wanneer hij psychosociale problemen vermoedt, toont hij in maar liefst 62% van de konsulten een psychosociaal initiatief. Hij laat psychosociale problemen ook minder vaak zitten dan welke van zijn collega's dan ook.

Samenhangend met de frequentie van psychosociale initiatieven zien we arts 3 in de voormeting ook in een aantal opzichten ruimte aan de patiënt geven: hij zwengelt vaak nieuwe onderwerpen aan in psychosociale fragmenten houdt weinig af en geeft de patiënt regelmatig het gevoel dat naar hem geluisterd wordt

Echter het resultaat is niet navenant. Arts 3 is de enige arts die bij een psychosociale diagnose vaker initiatieven toont tot een gesprek, dan dat er inderdaad over psychosociaal onderwerpen gesproken wordt. En wanneer er over psychosociale zaken gesproken wordt, duurt dit over het algemeen vrij kort. Ook in de totale lengte van zijn konsulten scoort arts 3 iets onder het gemiddelde.

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: in tegenstelling tot de voormeting fungeert hij vaker als praatpaal of stelt alleen maar gerust. De reeds geringe tijd die aan psychosociale 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 psychosociale 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 psychosociaal terrein eigenlijk veel hoort te doen. Hij komt zijns inziens echter niet geheel aan deze taakstelling tegemoet: teveel psychosociale 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.

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

Opvallend is overigens dat, terwijl de gemiddelde konsultduur van arts 4 tamelijk laag ligt, de psychosociale fragmenten over het algemeen vrij lang duren (gemiddeld zelfs langer dan de gemiddelde konsultduur wanneer we alle konsulten in beschouwing nemen !). Patiënten zijn in deze delen dan ook lang aan het woord. In meer opzichten krijgt de patiënt in de voormeting veel ruimte: arts 4 is aandachtig, rustig en onderbreekt de patiënt erg weinig.

In de nameting neemt de ruimte voor de patiënt, met name in psychosociale fragmenten, nog toe in sommige opzichten; we zien dit bij de relatieve spreektijd voor de patiënt, de aandacht en interesse van de arts, en het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen. Daarentegen worden in deze gevallen ook minder empathische uitingen en meer remmende procesvariabelen gekonstateerd.

Deze psychosociale fragmenten zijn echter geringer in aantal geworden, ondanks een toegenomen hoeveelheid waargenomen psychische problemen. 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 wij wel op reageert afneemt. De gemiddelde tijd, besteed aan psychosociale fragmenten neemt sterk af. Al met al is in gespreksmatig opzicht toch niet voldaan aan de verwachtingen die onderzoekers en ook arts 4 zelf koesterden ten opzichte van het konsultatieproject.

Arts 5

Voor de start van het konsultatieproject geeft arts 5 te kennen dat hij zijn taak op psychosociaal vlak in wezen heel ruim opvat. Hij vindt echter dat hij niet aan zijn eigen taakstelling voldoet: arts 5 meent dat hij te weinig psychosociale problematiek signaleert, te vaak psychofarmaca voorschrijft, te weinig gesprekken voert bij psychosociale 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.

In de voormeting blijkt arts 5 relatief vrij vaak het initiatief tot psychosociale onderwerpen te nemen. Toch gaat hij, vergeleken met een aantal andere artsen lang niet op alle psychische problemen in: in twee van de drie gevallen doet hij dit, terwijl bijvoorbeeld arts 1 en arts 3 op meer dan 80% à 90% van de vermoede psychosociale problemen reageren. In 50% van de gevallen negeert hij psychosociale aspecten, hetgeen als gemiddeld beschouwd kan worden.

Arts 5 lijkt in zijn voormeting overigens in meerdere opzichten op arts 1, zij het dat zijn scores over het algemeen iets minder extreem zijn. Zijn konsulten duren gemiddeld ongeveer even lang en ook de duur van de psychosociale fragmenten is vrij lang. Overigens is nog een opvallend feit in het gedrag van arts 5 dat hij tijdens de video-opname 3 patiënten verwees naar een psychosociaal hulpverlener of een poging daartoe deed (vergelijk ook hoofdstuk IV).

De patiënt komt bij hem relatief vaak aan het woord, de arts is aandachtig en empatisch, maar komt desondanks in de voormeting vaak niet zo geïnteresseerd en onrustig over. Niemand kapt bijvoorbeeld zo vaak af in psychosociale fragmenten als hij.

Wanneer we de nameting van arts 5 onder de loupe nemen, verandert er kwantitatief gesproken weinig: hij constateert 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 constateren: 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 psychosociaal gebied te berdebrengen: aandacht, interesse en rust zijn allemaal toegenomen in de psychosociale fragmenten, terwijl met betrekking tot de therapie de aanpak het meest patiënt-centered van alle artsen is geworden.

Arts 6

Arts 6 wijkt het meest af van zijn collega's. Hoewel hij voor zichzelf een veelomvattende taak ziet weggelegd op psychosociaal gebied en hij de psychosociale hulpverlening zowel plezierig als gemakkelijk vindt, zien we daar op de video weinig van terug. De arts benoemt het kleinste aantal klachten als psychosociaal en heeft ook het minste psychosociale konsulten (in totaal 26%; dit is 42% van de konsulten waarin hij een psychosociale diagnose heeft gesteld). Net als arts 3 hebben relatief veel konsulten bij arts 6 een zuiver somatisch karakter (ongeveer de helft).

Ook wanneer we kijken naar het percentage psychosociale initiatieven, zien we dat arts 6 (overigens samen met arts 2) duidelijk achterblijft bij zijn collega's. Zelfs in de gevallen waar hij een psychosociale diagnose stelt, komt arts 6 slechts in 16% van de konsulten met psychosociaal initiatief. Arts 6 is ook de enige arts die psychosociale problemen vaker negeert dan oppakt.

In minder dan de helft van de gevallen gaat hij in op de aanwezige problematiek. In geen enkel geval komt dit verder dan luisteren, geruststellen of exploreren.

Dit alles overziend is het niet verwonderlijk dat de konsulten van arts 6 heel kort duren (mediaan 3'09") en dat ook de psychosociale fragmenten aanmerkelijk korter duren dan die van de andere artsen (n.b. het langste psychosociale fragment duurde 4'30"; bij de anderen was dit minimaal 10 minuten).

Het is niet zo verwonderlijk dat deze arts op diverse variabelen die ruimte voor de patiënt pretenderen te meten evenmin hoog scoort: met name aandachtsgedrag, rust en interesse worden bij hem in de voormeting hoogst zelden positief beoordeeld, terwijl vaak interrupties, afkappen en afhouden van nieuwe onderwerpen werden geskoord.

In dit alles komt in de nameting niet zo gek veel verandering: er komen iets vaker psychosociale problemen ter sprake, waartoe de arts zelf ook iets meer het initiatief neemt, maar verder neemt voornamelijk het percentage psychosociale aspecten dat genegeerd wordt 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 psychosociale behandeling patiëntcentered 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 eigne verwachtingen omtrent veranderingen in gespreksgedrag - namelijk vrijwel geen - is zo tegemoet gekomen, behalve dat in-zichtsbevorderende en gedragsveranderende gedragsdimensies ook (of beter gezegd: met name) niet zijn veranderd.

HOOFDSTUK VI: SLOTBESCHOUWING

1. Inleiding

In het inleidende hoofdstuk van dit rapport werd al gesteld dat de doelstelling van deze deelrapportage tweeledig is: het geeft de onderzoekers gelegenheid in detail de resultaten van deelonderzoeken te vermelden, en het biedt de mogelijkheid in te gaan op onderzoekstechnische zaken, die niet zoveel met het konsultatieproject van doen hebben, maar voor collega onderzoekers op het gebied van observatie van (in dit geval) arts-patiënt kontakten van belang kunnen zijn.

Beide kanten komen in dit laatste hoofdstuk nog eenmaal aan de orde. Eerst zullen we een discussie wijden aan de resultaten in het licht van het konsultatieproject. Zoals in de rest van dit verslag behandelen we achtereenvolgens het effect van konsultatie op het ter sprake komen van psychosociale problemen, en op de ruimte die de arts aan de patiënt biedt om die problemen naar voren te brengen.

Daarna komen we even terug op de resultaten van hoofdstuk IV: we gaan in op de vraag of we van een éénduidig begrip "ruimte voor de patiënt" kunnen spreken, of dat er sprake is van een aantal invullingen die onderling niet zoveel met elkaar te maken hebben. Als laatste punt gaan we in op de gebruikte methode: observatie. Hierbij proberen we aan te geven hoe betrouwbaar en valide dit in het onderhavig geval geschied is, en wat de beperkingen van de methode zijn.

2. Resultaten: Effect van konsultatie op het ter sprake brengen van psychosociale problemen en de ruimte voor de patiënt.

In hoofdstuk II werden een achttal verwachtingen geformuleerd, die er op neer kwamen dat de arts meer klachten als psychosociaal zou gaan waarnemen, dat hij ze meer ter sprake zou brengen, en er adequater op zou reageren: dit zou onder meer langere psychosociale fragmenten en dus langere konsulten als gevolg hebben.

In grote lijnen zagen we dit geheel zo bij één arts verlopen: arts 2 merkte meer psychosociale problematiek op, nam vaker het initiatief om het ter sprake te brengen, negeerde minder, en als hij reageerde deed hij dit meer actief/gespreksmatig: door te exploreren, inzichtbevorderend of gedragsveranderend te werk te gaan. Met name in de psychosociale delen was de patiënt veel meer aan het woord, hetgeen de konsultduur gemiddeld ook langer maakte.

Bij de overige artsen was geen sprake van zo'n spectaculaire verandering. De hoeveelheid waargenomen problemen, of het aantal keren dat men ze ter sprake bracht of erop reageerde veranderde slechts incidenteel, en soms alleen vanwege een extreem lage score in de voormeting.

Wél zagen we enige verandering wanneer we analyseerden op welke wijze men psychosociale problemen benaderde, indien men reageerde: bij meerdere artsen kwamen inziichtsbevorderende en gedragsveranderende gesprekken vaker voor, terwijl daarentegen passieve gedragsstijlen, of een directe aanpak als een advies geven minder genoteerd werden.

Een ander opmerkelijk verschil is dat men in de nameting vaker de oplossing van het probleem ten slotte weer bij de patiënt legde. We beschouwen dit als een soort tegenhanger van het geven van een advies. Wordt bij het adviseren de arts uitdrukkelijk in zijn autoriteit bevestigd, het teruggeven van het probleem aan de patiënt geeft aan dat de arts die autoriteit niet in alle gevallen accepteert. Aangezien dergelijke thema's ook op konsultatiezittingen ter sprake kwamen, geeft dit een stuk effekt te zien van een anderhalf jaar durend overleg met psychosociale hulpverleners, aan wie een dergelijke instelling meer eigen is.

Op dit punt aangekomen, kunnen we iets verder door filosoferen over het mogelijk effekt van het konsultatieprojekt op het gespreksgedrag van de arts. Ook in andere rapporten van dit projekt is de gedachte geopperd dat de "transfer of learning" niet zozeer betrekking zou hebben op konkreet gedrag, zoals medicijn voorschrijven of "hummen", als teken van empathie, maar veeleer op de instelling van de konsultant: men wordt gevoeliger voor de problemen die op de konsultatiezittingen behandeld worden, en gaat die meer zien in het licht van de terminologie die de konsultatiegever hanteert. Onze mening in deze wordt gesterkt door het feit dat zaken als de verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen, minder adviseren, aktiever praten het duidelijkst veranderden bij arts 1, arts 2, arts 4 en arts 5, artsen die tevoren ook aan hadden gegeven behoefte te hebben aan een andere aanpak. Het moet gezegd, dat deze verandering slechts als een vingerwijzing voor een andere kijk op omgaan met psychosociale problemen moet worden opgevat.

Bij arts 4 geldt de extra kanttekening dat het percentage psychosociale initiatieven juist iets afnam in relatie met het percentage waargenomen psychosociale klachten. Voor de anderen geldt echter dat de initiatieven relatief gelijk opgingen met het waargenomen klachten aanbod.

Uit de wijze van benadering valt dan een verandering in de instelling af te leiden.

Is het gewaagd om deze veranderde instelling ook verantwoordelijk te stellen voor de toegenomen aandacht en interesse van de arts? Van een ondubbelzinnig verband is geen sprake, want ook bij arts 3 en arts 6 namen beide toe in de psychosociale fragmenten.

Duidelijker ligt het verband met het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen en de toegenomen inbreng van de patiënt in de therapie bij psychosociale klachten: uit de aard der zaak hebben deze ruimte-kenmerken al te maken met de verandering in benadering van psychosociale klachten die we hierboven beschreven. Dat daarmee een verandering in de gevoelens van sympathie t.o.v. de patiënt gepaard gaat, lijkt voor de hand te liggen, en wordt door onze empirische gegevens bevestigd.

3. Ruimte voor de patiënt als begrip.

Uit diverse theoretische gezichtspunten hebben we een aantal kenmerken bijeengegaard waaraan een arts die zijn patiënt de ruimte geeft om met psychosociale problemen te komen, moet voldoen.

Analyse van de samenhangen tussen deze kenmerken liet zien, dat binnen één theoretisch cluster de diverse operationalisaties soms alle hoog

samenhingen (objektieve ruimte), soms een tweedeling suggereerden (subjektieve ruimte: non-verbaal v3 verbaal; procesvariabelen: aanzwengelen/ doorvragen v3 interrumperen/afkappen).

Verdere analyse wees uit dat er een hergroepering nodig was rond de thema's: aandacht, spreektijden en spraakzaamheid.

Bovendien vielen enige operationalisaties min of meer uit de boot.

Het thema "aandacht" lijkt, afgaande op de begrippen die er in vertegenwoordigd zijn, het meest in aanmerking te komen als representant van het theoretisch concept "ruimte voor de patiënt". Behalve begripsmatig sluit het ook goed aan bij dit concept omdat zowel theorieën uit de non-direktieve aanpak, als het power-shift model en de meer op praktijkmanagement gerichte aanpak erin vertegenwoordigd zijn.

Ten slotte draagt het feit dat alle veranderingen binnen dit thema te lokaliseren zijn bij tot de theoretische waarde van dit thema.

Het in acht nemen van de tijd die een arts besteed aan het konsult, de spreektijd die hij in beslag neemt en die hij aan de patiënt overlaat lijkt op het eerste gezicht minder relevant, gezien het feit dat dit geen verband houdt met de andere factoren en gezien het feit dat het geen verandering vertoont.

Toch zal in de toekomst verder nagegaan moeten worden, wat de inbreng van de nieuw gegroepeerde clusters is, op hetgeen in het konsult tot stand komt aan gesprekken e.d. Hierbij zullen de nu geformuleerde clusters als concurrerende verklaringen voor verandering in gespreksinhoud aangevoerd kunnen worden, terwijl daarnaast gespeurd moet worden naar andere, nog niet onderzochte verklaringen.

4. Observatie van spreekuur gesprekken: een beschouwing over het meetinstrument.

Ten slotte willen we in deze slotbeschouwing enige gedachten wijden aan de mogelijkheden en beperkingen van het gehanteerde meetinstrument: observatie van videobanden met behulp van een vast categorieënsysteem. We praten hier achtereenvolgens over de praktische toepassingsmogelijkheid, de betrouwbaarheid en de validiteit.

Wanneer men artsengedrag, arts-patiënt interactie o.i.d. wil bestuderen, staan daar een aantal mogelijkheden voor open. Omdat men in principe in alle gedragsfacetten tijdens een spreekuur geïnteresseerd is, het vóórkomen of de duur van verschijnselen wil kunnen vastleggen, en een zekere mate van objectiviteit* verlangt, zal men het arts- en patiëntengedrag in het geheel voor ogen willen hebben: men kan niet volstaan met vragen aan arts of patiënt te stellen wat er precies gebeurd is: de keus bestaat dan tussen directe observatie of vastleggen van het gedrag op geluidsband op videoband.

* objectiviteit in de zin van skoren in gestructureerde kaders, herhaalbaarheid, en telbaarheid, niet in de zin van: vrij van interpretatie

De eerste keuzemogelijkheid valt af, aangezien het te bestuderen gedrag zo complex is, dat het alleen geanalyseerd kan worden in een herhaalbare situatie; daarnaast is herhaalbaarheid ook een vereiste met het oog op betrouwbaarheidsmetingen.

Videoband prevaleert weer boven geluidsband, dat tot nu toe in het meeste interactie onderzoek gebruikt is, gezien de mogelijkheid die dit biedt om ook non-verbale elementen op te nemen in het categorieënsysteem.

Is video in principe de meest gewenste wijze van vastleggen van het materiaal, er staan wellicht in de praktijk nadelen tegenover. Opnameapparatuur is zichtbaar aanwezig, het kan mogelijk bedreigend zijn voor de patiënt, en op deze en andere wijzen reactieve effecten oproepen. Daarnaast is het een vrij dure methode, in vergelijking met een tape-recorder. De bedreigende werking van een videopostelling bleek minimaal: weigeringen van patiënten kwamen zeer zelden voor. Een ervaring die gedeeld wordt met het videoonderzoek bij de evaluatie SPEECH (Verhaak 1979) en onderzoek verricht door Schouwenburg in amsterdams huisartsenpraktijken (zes weigeringen op 245 konsulten). Uit mondelinge mededeling van artsen en uit het onbekommerde gedrag van arts en patiënt op de opnames valt ook af te leiden dat het gebruik van videoapparatuur niet storend werkt, temeer daar gebruik gemaakt wordt van een vaste camera zonder cameraman.

Dit laatste heeft wel als nadeel dat soms non-verbale momenten lastiger of niet te scoren zijn, wanneer arts en patiënt zich tijdelijk uit beeld begeven. In geval van het alternatief van tape- of casetterecorder heeft men het non-verbale gedrag echter überhaupt niet.

Een ander nadeel van videoonderzoek, (dat overigens ook voor geluidsbanden geldt), is de grote bewerkelijkheid ervan.

Massale dataverzameling is slechts zelden haalbaar, hetgeen zijn weerslag heeft op mogelijke vraagstellingen die met behulp van videoonderzoek te beantwoorden zijn. Tevens is de opstelling arbeidsintensief: het is i.h.a. gemakkelijker om een aantal konsulten achter elkaar op te nemen, dan b.v. alleen konsulten op te nemen die aan bepaalde voorwaarde voldoen, terwijl de methode te duur is om eerst honderden konsulten op te nemen en daarna de relevante eruit te pikken. Bij dit soort vraagstellingen zal een casetterecorder vaak beter hanteerbaar zijn - tenzij men beschikking heeft over een vaste opstelling die de arts op elk gewenst moment kan inschakelen.

Toepasbaar is het gebruik van video dus zeker wanneer we deze beperkingen in acht nemen, de volgende vraag is of het ook de relevante informatie oplevert.

Hierbij belanden we op het punt van het ontwikkelde categorieënsysteem: zijn de categorieën zinvol te scoren door observatoren, en hebben de categorieën op zich nut?

De skorbaarheid van categorieën is in hoofdstuk III afgeleid uit de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid. We zagen dat zowel check-list items als beoordelingsitems redelijk betrouwbaar gemeten konden worden. Dat beoordelingsitems, zeker wanneer ze met rating-scales gemeten worden (zoals in ons geval bij de diagnose, de interesse, de rust, de mate van doorpraten van de patiënt) per definitie onbetrouwbaar zijn, en dus van nul en generlei waarde, wagen we dan ook te betwijfelen: op zichzelf genomen zegt een score 3,4 op interesse niets, maar wanneer zo'n variabele hoog samenhangt met andere, "hardere" variabelen, is het meten van

"interesse" op een 5-puntsschaal, wel degelijk relevant voor de begripsbepaling van het grotere kluster waar het deel van uitmaakt. Naast de betrouwbaarheid met behulp van de interbeoordelaars coëfficiënten, zijn sommige variabelen ook zowel beoordeeld als in de tijd gemeten. Ook hier bleek sprake te zijn van hoge samenhangen, waaruit we afleiden dat observatoren voldoende gevoelig te maken zijn voor tijdsaspecten, om ook zonder stopwatch te kunnen oordelen over "de mate van aankijken" of iets dergelijks. Nog iets verder gaand, we verlaten nu bijna het terrein van betrouwbaarheid en komen meer op theoretische samenhangen, moet opgemerkt worden dat variabelen die theoretisch naar eenzelfde begrip verwijzen, we denken hierbij aan de aandachtsvariabelen of processtimulerende variabelen, in het algemeen ook hoog onderling correleerden: vergelijk hfd IV. We erkennen zo onmiddellijk, dat onze keuze van variabelen inhield, dat er ruimte was voor de observatoren om interpretaties te leggen in hetgeen ze waarnamen, maar dit leidde in het onderhavige categorieënsysteem in het algemeen wel tot een geheel waarover observatoren het onderling eens waren, en dat een belangrijke mate van interne onsistentie vertoonde.

De vragen naar praktische haalbaarheid en betrouwbare toepassing van het instrument achten we hiermee voor het moment beantwoord. Rest de belangrijkste vraag: wat is de relevantie van het categorieënsysteem. Een belangrijk punt achten we de concreetheid van het te beschrijven gedrag. De groep variabelen die de inhoud van het - psychosociale - gesprek beschrijft is van beschrijvende orde, en als zodanig belangwekkend: naar onze mening wordt van een aantal belangrijke artsengedragingen en beslissingen weergegeven in welke mate ze voorkomen, hetgeen voor de kwaliteit van de zorg belangwekkende gegevens kan opleveren. Het feit dat meer formele gespreks- en interactiegegevens onderling tot enkele factoren te herleiden zijn, is theoretisch zeker interessant en kan door verder onderzoek naar de samenhang ervan met meer inhoudelijke variabelen ook zeer praktisch nut opleveren in de toekomst. Theoretisch bijzonder interessant zijn de verschillen die we vonden tussen somatische en psychosociale gespreksfragmenten. Uitwerking hiervan biedt mogelijkheden om te komen tot een meer gedifferentieerde aanpak bij de opleiding, training in gespreksvoering etc.

LITERATUURLIJST

- Balint, E. en J.S. Norell: Six minutes for the patient
- Bensing, J.M. en H. Schut: Onderzoeksnota Konsultatieproject Eindhoven N.H.I.-rapport 1977
- Boer, R.A. de: Nascholing voor huisartsen
 - resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie Boom-Meppel, 1973
- Brouwer, W. en J.H. Dijkhuis: Praten met patiënten, Bijleveld, Utrecht 1967
- Byrne, P.S. en B.E.L. Long: Doctors talking to patients
 - a study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries
 - Her Majesty's Stationary office, London, 1976
- Dorp, C. van: Luisteren naar patiënten
 - een analyse van het medisch interview, de tijdstroom, 1977
- Groot, A.D. de: Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen, Mouton & Co, 's Gravenhage 1968
- Kaplan, A.: The Conduct of inquiry
 - Methodology for Behavioral Science. Chandler Publishing Company 1964
- Lidth de Jeude, Jhr. Dr. A.H. van: De huisarts in de maalstroom der emoties
 - de ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen, Stenfert Kroese N.V., Leiden 1971
- L.H.V.: De taken van de huisarts, Medisch Contact 32 (1977) p 765
- 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
- Neuteboom, P.M.C.: Opleiding in gespreksvoering
 - beschrijving en effectonderzoek, Meinema, Delft, 1966
- N.H.G.: Methodisch werken, Huisarts en Wetenschap 21 (1978) p 322
- Ober, R.L., G.L. Bartley and E. Miller: Systematic observation of teaching
 - an interaction analysis - instructional strategy approach
- Phillips, B.S.: Social Research, Strategy and Tactics, The Mac Miller Company, New York, 1966

- Rogers, C.R.: Cliënt als middelpunt, Lemniscaat, Leiden 1972
- Stimson, G. en B. Webb: Going to see the doctor
- the consultation process in general practice
Routledge & Kegan Paul, London 1975
- Themans, B.: Het gesprek tussen huisarts en Patiënt
- een analysemodel, Huisarts & Wetenschap 22 (1979) 122-128
- Verhaak, P.F.M.: Evaluatie SPEECH
- een onderzoek naar de samenwerking tussen 11 huisartsen en een
psycholoog, N.H.I.-rapport 1979
- Vrolijk, A., M.F. Dijkema en G. Timmerman: Gespreksmodellen
Een geprogrammeerde instructie, Samson, Alphen a/d Rijn 1971
- Woudschotenrapport: Rapport over de taak van de huisarts 1959

BIJLAGEN

- I Definitie van items
 - a. Checklist-items
 - b. Beoordelings-items
- II Detailcijfers "aandacht" voormeting
- III Door de arts in te vullen registratieformulier
- IV Observatorformulier

Bijlage I: definitie van items

Ia: Checklist items

Item:	Definitie:	Skoring: [*]
<i>Parafrases</i> :	De arts geeft weer de inhoud van wat de patiënt zegt, gevat te hebben door deze samen te vatten.	X
<i>Reflecties</i> :	De arts geeft de gevoelens aan, die de patiënt geuit heeft.	X
<i>Steunende opmerkingen</i> :	De arts moedigt de patiënt aan om verder te gaan.	X
<i>Aanzwengelen:</i>	De arts brengt een nieuw onderwerp ter sprake.	ja/nee
<i>Doorvragen</i> :	Door (vaak een reeks) vragen te stellen, probeert de arts een al aangekaart thema uit te diepen.	ja/nee
<i>Interrumpen</i> :	De arts onderbreekt de patiënt	ja/nee
<i>Afhouden</i> :	De arts weigert op een bepaald onderwerp in te gaan, door vragen te negeren, over te gaan op iets anders, etc.	ja/nee
<i>Afkappen</i> :	De arts sluit een reeds aangekaart onderwerp op abrupte wijze af.	ja/nee
<i>Vragen</i> :	Gesteld door de patiënt.	X
<i>Starts</i> :	Van de patiënt. Ieder keer wanneer de patiënt begint te spreken, of wanneer hij/zij in een lopend verhaal een nieuw onderwerp ter sprake brengt, wordt dit als start geteld.	X

^{*}"X" geeft aan dat het aantal malen dat één item voorkomt, geteld wordt.
 "ja/nee" geeft aan dat wordt aangegeven of iets al dan niet is voorgekomen.

Op het eind formulier wordt het gemiddelde van beide observatoren genomen, en eventueel naar boven afgerond.

Ib: beoordelings items

Item	Definitie:	Skoring:
<i>oordeel over de klacht</i> :	Geskoord wordt of de observatoren van mening zijn dat de klachten puur somatisch puur psychosociaal of een tussenvorm zijn.	5-puntsschaal
<i>gedragsstijl</i> :	In termen van Byrne en Long (vergelijk hoofdstuk II) wordt beoordeeld in welke mate de arts de diagnose en in te stellen therapie zelf bepaalt, of meer aan de patiënt overlaat.	✖
<i>interesse van de arts</i> :		5-puntsschaal
<i>rust/haast van de arts</i> :		5-puntsschaal
<i>mate waarin de patiënt doorpraat</i> :		5-puntsschaal
<i>hoofd/blikrichting</i> :	Kijkt de arts de patiënt aan en volgt hij hem/haar.	neg-neutr. ^{***} pos.
<i>houding</i> :		neg-neutr. ^{***} pos.
<i>mate van a-specifiek volgen</i> :	Geeft de arts door knikjes, hummen, ja-ja zeggen en dergelijke te kennen dat hij aandacht heeft voor de patiënt.	neg-neutr. ^{***} pos.
<p>✖ skoring van gedragsstijl geschiedt als volgt:</p> <p>Diagnose 1: arts verzamelt slechts informatie 2: arts analyseert 3: arts verheldert en interpreteert 4: arts is veel stil, luistert en reflecteert</p> <p>Therapie 1: De arts neemt een besluit en instrueert de patiënt wat hij dient te doen. 2: De arts neemt een besluit en vertelt dit aan de patiënt. 3: De arts "verkoopt" zijn besluit aan de patiënt. 4: De arts doet suggesties, die voor verandering vatbaar zijn. 5: De arts zet het probleem uiteen, zoekt suggesties van de kant van de patiënt en neemt op grond daarvan beslissingen. 6: De arts geeft de grenzen van de mogelijkheden aan en laat de patiënt beslissen. 7: De arts laat de beslissing helemaal aan de patiënt over.</p> <p>^{***} Uit deze drie skores wordt een totaaloordeel over de aandacht afgeleid waarin elk van de drie skores een gelijk gewicht heeft.</p>		

Op het eind formulier wordt het gemiddelde genomen; er wordt naar het midden toe afgerond.

Bijlage II: Detailcijfers "aandacht" voormeting

Blik								
arts	somatisch				psychosociaal			
	-	0	+	N	-	0	+	N
1	11%	47%	42%	19	-	50%	50%	12
2	-	25%	75%	12	13%	25%	63%	8
3	-	38%	62%	21	-	27%	73%	11
4	-	41%	59%	22	9%	27%	64%	11
5	6%	38%	55%	16	13%	13%	75%	8
6	31%	42%	27%	26	30%	40%	30%	10

Tabel IIa: percentage positieve, neutrale en negatieve beoordelingen van blikrichting in de voormeting in psychosociale en somatische fragmenten.

Houding								
1	11%	53%	37%	19	-	58%	42%	12
2	-	42%	58%	12	13%	25%	63%	8
3	5%	14%	81%	21	-	36%	64%	11
4	-	27%	73%	22	18%	18%	64%	11
5	6%	38%	55%	16	13%	13%	75%	8
6	35%	46%	19%	26	20%	40%	40%	10

Tabel IIb: percentage positieve, neutrale en negatieve beoordelingen van houding in de voormeting in psychosociale en somatische fragmenten.

A-specifiek volgen								
1	5%	37%	58%	19	-	17%	83%	12
2	-	8%	92%	12	13%	-	88%	8
3	-	14%	86%	21	-	18%	82%	11
4	-	18%	82%	22	9%	27%	64%	11
5	-	19%	81%	16	13%	-	88%	8
6	12%	53%	35%	26	20%	50%	30%	10

Tabel IIc: percentage positieve, neutrale en negatieve beoordelingen van a-specifiek volgen in de voormeting in psychosociale en somatische fragmenten.

Aankijktijd						
arts	somatisch			psychosociaal		
	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N
1	65	49	19	128	148	12
2	107	77	12	178	131	8
3	77	48	21	130	148	11
4	93	55	22	168	156	11
5	126	91	15	280	280	6
6	59	58	26	94	81	9

Tabel IIId: Aankijktijd in de voormeting (gemiddelde en standaarddeviatie in seconden) van somatische en psychosociale fragmenten.

A-specifiek volgen						
arts	somatisch			psychosociaal		
	\bar{x}	s.d.	N	\bar{x}	s.d.	N
1	6.6	6.4	19	18.0	14.0	12
2	12.8	14.6	12	15.0	18.0	8
3	4.1	3.9	21	3.5	6.0	11
4	8.1	7.2	22	22.0	22.2	11
5	16.9	13.6	16	19.1	15.4	6
6	5.2	5.7	26	8.8	8.5	9

Tabel IIe: aantal a-specifieke uitingen in de voormeting in somatische en psychosociale fragmenten.

Bijlage III: door de arts in te vullen registratieformulier

Aanvullende informatie bij de video-banden van dokter

Band: codenummer: leeftijd:

Vraag 1.:

Kunt U op een 5-puntsschaal aangeven of ook psychosociale aspecten een rol spelen bij deze klacht(en) - gezien tegen de achtergrond van het gehele konsult, en zo ja, in welke mate ze dat doen, in verhouding tot de somatische componenten?

- 1. ik ben van mening dat deze klacht(en) puur organisch zijn
- 2. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer organische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren
- 3. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer evenveel organische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren
- 4. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psychosociale dan organische aspecten een bijdrage leveren
- 5. ik ben van mening dat het totaal van deze klachten puur psychosociaal is

Vraag 2.:

Kunt U aangeven wat Uw oordeel is over de ernst van elk van de door de patiënt gepresenteerde klachten of signalen?

Omschrijving klacht of klachtencluster	ernst van de klacht			
	zeker niet ernstig	zeker wel ernstig		
1.:	'	'	'	'
2.:	'	'	'	'
3.:	'	'	'	'
4.:	'	'	'	'
5.:	'	'	'	'

Vraag 3.:

(Oordeel eigen optreden)

Hoe beoordeelt U Uw eigen gedrag tijdens dit konsult, Uw grenzen als huisarts daarbij in aanmerking nemend?

minimaal optimaal
' '

Bijlage IV: observatorformulier

arts: Band: Patiënt: tijd: teller:-.....
onderzoek:
gesprek:

Resultaat: - aantal bezoekers:
- leeftijd:
- geslacht:
- gepresenteerde symptomen als entree van het konsult:
somatisch psychosociaal ? administratief sociaal gebabbel

- aantal door het konsult gepresenteerde klachten en/of signalen (+ omschrijving)
- | | | | | | |
|----|---|---------------|-------|----------------|------------------|
| | soma tisch | psychosociaal | ? | administratief | sociaal gebabbel |
| 1. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 4. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 5. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 6. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 7. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 8. | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

- aard konsult: somatisch / psychosociaal / ? / administratief / sociaal gebabbel
Indien psychosociaal: op wiens initiatief komt het psychosociale gedeelte tot stand?
1. arts / patiënt
2. arts / patiënt
3. arts / patiënt
4. arts / patiënt

- lichamenlijk onderzoek: ja / nee
- verwijzing: ja / nee
- herhalingskontakt: ja / nee
- diagnose arts: relatieve bijdrage: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
- diagnose observatoren: relatieve bijdrage: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Indien 2 tot en met 5: op grond van:
 verbaal:
 non verbaal:
 eigen ideeën:

- gedragsstijlen volgens Byrne & Long

	somatisch		psychosociaal		?	
	diagnose	therapie	diagnose	therapie	diagnose	therapie
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
totaal						

<u>Arts: I</u>		psychoso- soma- tisch	ciaal ?	admini- stratief	sociaal gebabbel
	<u>passieve uitingen:</u>	parafrases:	.....	.....	.....
		reflekties:	.....	.....	.....
		steunende opmerkingen:	.....	.....	.....
II	<u>stimulerende procesvariabelen:</u>				
		aanzwengelen:	.....	.....	.....
		doorvragen:	.....	.....	.....
III	<u>remmende procesvariabelen:</u>				
		poging tot interruptie:	.....	.....	.....
		afhouden:	.....	.....	.....
		afkappen:	.....	.....	.....
IV	<u>aandachtsgedrag:</u>				
	tydsregistr.:	hoofd/blikrichting:	.....	.....	.....
		houding	.....	.....	.....
		a-specifiek volgen:	.....	.....	.....
		obs: hoofd/blikrichting:	.....	.....	.....
		houding	.....	.....	.....
		a-specifiek volgen:	.....	.....	.....
V	<u>interesse/betrokkenheid</u>				
	- 1 2 3 4 5 +		.....	.....	.....
VI	haast	rust			
	- 1 2 3 4 5 +		.....	.....	.....
<u>ënt: I</u>	<u>spraakzaamheid:</u>	aantal starts:	.....	.....	.....
			(st.....)	(st...)	(st..)
		aantal vragen:	.....	.....	.....
		mate van doorpraten:	.....	.....	.....

	patiënt	.....	.....	.....	.....	.....
	arts:	.....	.....	.....	.....	.....
	totaal:	.....	.....	.....	.....	.....

Indien klacht of klachtentotaal (ook) psychosociaal is beoordeeld door arts en/of observatoren

Wat is de behandeling?

I Arts gaat niet in op eventuele psychosociale aspecten van de klacht.

a. arts houdt zich uitsluitend bij de somatische aspecten

Indruk van de observatoren

1. medische voorkeursfout

2. vermijdingsgedrag

b. de arts gaat niet in op verbale cues
te weten: (zie ook klachtenlijst):

c. de arts gaat niet in op non-verbale cues
te weten:

d.

II Arts gaat wel in op eventuele psychosociale aspecten van de klacht.

a. somatische aanpak middels medikatie (of verwijzing
naar niet-psychosociale hulpverlener)

b. middels gesprek:

- als praatpaal
- geruststellend
- explorerend
- inzichtbevo-
derend
- gedragsveran-
derend

c. middels advisering

d. middels verwijzing naar psychosociale hulpverlener of
hulpverlenende instanties

te weten:

e. middels de problematiek teruggeven aan de patiënt

