



**NIVEL**  
**bibliotheek**

Nederlands Huisartsen Instituut  
Postbus 2570  
Mariahoek 4  
drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## PROBLEEMPATIENTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

**oordelen van de artsen over probleempatiënten en de  
gevolgen voor de patiëntencarrière**

**F.L.Sanavro**  
**juni 1982**



INHOUDSOPGAVEBLZ

I	Opzet en verantwoording van het onderzoek	1
	1.1. Inleiding	1
	1.2. Uitwerking van de vraagstelling	2
	1.3. Onderzoeksopzet	5
	1.4. Verloop van het onderzoek	7
II	Uitwerking van het etiket 'probleempatiënt'	10
	2.1. Inleiding	10
	2.2. Kenmerken van probleempatiënten	10
	2.2.1. verdeling naar geslacht	10
	2.2.2. verdeling naar verzekeringsvorm	12
	2.2.3. verdeling naar leeftijd	14
	2.2.4. verdeling naar burgerlijke staat	15
	2.3. Het 'etiket' onderzocht	15
	2.3.1. frequentieverdeling en structuren van de gedragsitems	16
	2.4. De zelfbeleving van de arts	18
	2.5. Medische consumptie en chronische ziekten bij de patiëntengroepen	19
	2.6. De patiëntenenquête	20
	2.6.1. de huisart-patiëntrelatie	20
	2.6.2. de vragenlijst over ervaren gezondheids toestand	22
	2.6.3. de gezondheidstoestand van de patiënt en de tevredenheid met de huisarts	22
	2.7. Beantwoording van de eerste vraagstelling "wat houdt het etiket 'probleempatiënt' in ?"	22
	2.8. Samenvatting en conclusies met betrekking tot vraagstelling 1: "waarmee hangt het etiket 'probleempatiënt' samen ?"	28
III	Probleemaanbod	30
	3.1. Inleiding	30
	3.2. Overzicht van de aantallen consulten en contactfrequentie van de patiëntengroepen	30
	3.3. Het klachtenpatroon	32
	3.3.1. somatische en psychische aspecten	32
	3.3.2. ernst, vaagheid en behandelbaarheid van de klacht	32
	3.4. De beoordeling van de patiënt	33

	<u>BLZ</u>
3.5. De zelfbeleving van de arts	34
3.6. De structuur binnen het consult en de relatie met vraagstelling 2: 'wat zijn de consequenties van het etiket probleempatiënt'	35
3.7. Samenvatting en conclusie met betrekking tot de vraagstelling: "wat zijn de gevolgen van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' voor de patiëntencarrière?"	39
IV Behandeling	41
4.1. Inleiding	41
4.2. Duur van het consult	42
4.3. Voorschrijven van medicijnen	42
4.4. Inbreng in PSH	43
4.5. Verwijzen	43
4.6. De beslissingen van de arts verklaard vanuit eerste meting en consult kenmerken	44
4.7. Samenvatting en conclusies met betrekking tot de vraagstelling: "welke consequenties heeft het etiketteren op de beslissingen die de arts neemt"	46
V PSH-Breda	48
5.1. Inleiding	48
5.2. Voorgeschiedenis	48
5.3. De PSH-werkwijze	50
5.4. PSH in de praktijk	51
5.5. Soorten hulpvraag, interventie en uitkomst	54
5.6. Samenvatting	59
VI Verandering van etikettering en PSH-patiënt	61
6.1. Inleiding	61
6.2. Verandering van het etiket: wie zijn nu nog de probleempatiënten ?	61
6.3. De inhoud van het etiket probleempatiënt: veranderingen tussen eerste en tweede meting	64
6.4. Verandering op consultniveau: PSH-subgroep	65
6.5. Samenvatting	69
VII Samenvatting en discussie	71
Literatuurlijst	79

## HOOFDSTUK I: OPZET EN VERANTWOORDING VAN HET ONDERZOEK

### 1.1. Inleiding

Het project psychosociale hulpverlening Breda, in de wandelgangen PSH-Breda of nog korter gewoonweg Breda genoemd, gaat over de samenwerking tussen acht huisartsen en een psychotherapeutisch team.

Ons onderzoek nu, wellicht tot teleurstelling van de lezer, gaat niet over de evaluatie van deze samenwerking. Nog duidelijker geformuleerd wij evalueren niet de werkwijze van het therapeutisch team, dat wil zeggen of zij hun taak als therapeuten goed gedaan zouden hebben. Hierover mogen geen misverstanden bestaan.

De aanwezigheid van het samenwerkingsmodel zoals dat in Breda gestalte heeft gekregen heeft echter een gelegenheid geboden, om de mechanismen te bestuderen, welke een rol spelen bij het tot standkomen van beslissingen die een arts neemt met betrekking tot psychosociale problemen. Om dit toe te lichten moeten we een stapje terug doen in de geschiedenis naar twee vroegere NHI-projecten, te weten het SPEECH-project (Verhaak, 1979) en het Konsultatieproject Eindhoven (Bensing, e.a., 1980).

In beide projecten stond evaluatie wel centraal. Het betrof twee verschillende vormen van samenwerking tussen huisartsen en psychosociale hulpverleners. In het eerste geval werkte een psycholoog samen met een aantal huisartsen in het tweede geval kregen huisartsen konsultatie van een team van psychosociale hulpverleners. In beide gevallen werd nagegaan of onder invloed van de samenwerking de uitkomsten van het artsenshandelen (bijvoorbeeld aantallen verwijzingen, voorgeschreven medicijnen) veranderden onder invloed van de samenwerking.

We noemen een aantal belangrijke resultaten van bovengenoemde onderzoeken.

Ten eerste vielen de grote verschillen tussen diverse artsen op, ondanks een grote overeenkomst in structurele variabelen. De artsen bleken zéér uiteenlopende verwijs en voorschrijf profielen te hebben zelfs na constant houden van omgevingsfactoren als praktijkenmerken.

Ten tweede bleek per arts dat de verschillen vóór en na een samenwerking (of consultatie) met psychosociale hulpverleners erg gering waren. Kortweg gezegd indien men de verwachting koesterde dat artsen onder invloed van een psycholoog anders gingen voorschrijven of verwijzen dan kwam men bedrogen uit.

Toch gaven de artsen zelf aan dat ze wel degelijk veranderd waren, zij het dat dit niet in de resultaten tot uitdrukking kwam.

Deze resultaten waren in twee opzichten onbevredigend. Op de eerste plaats konden we slechts constateren dat bij gelijke input\*, in termen van klachtenaanbod, er een groot verschil in output (verwijs-, voorschrijfcijfers) was, zonder dat we inzicht hadden in het intermedierende mechanisme. En op de tweede plaats was er de discrepantie tussen ons gebrek aan resultaat in termen van output, en het door de artsen waargenomen heilzame effect van de samenwerking. Blijkbaar had onze onderzoeksopzet, uitsluitend op output gericht, iets gemist.

Kortom: een probleemaanbod dat in beginsel per arts niet sterk zou verschillen, bleek per arts tot een output te leiden die zeer sterk varieert; deze verschillen waren bovendien moeilijk veranderbaar.

In dit onderzoek willen we proberen deze verschillen te verklaren door het intermedierende proces tussen probleemaanbod en behandelingsbeslissing in het onderzoek te betrekken.

\*Structurele factoren als vestigingsplaats, leeftijdsopbouw en praktijkenmerken gaven geen aanleiding om grote verschillen in probleemaanbod te verwachten.

Uitgangspunt daarbij is de gedachte dat iedere arts een bepaalde patiënt met een bepaalde klacht op een eigen wijze beoordeelt, en dat dit subjectieve oordeel (het 'etiket' dat hij op de patiënt plakt) tot een arts-specifieke beslissing leidt. Met name met betrekking tot psychosociale klachten zou dit zogenaamde etiketteringsproces heel belangrijk kunnen zijn, omdat hier vaste diagnostische of therapeutische kaders ontbreken. De ene arts zal het psychosociaal klachtenaanbod vaak af doen met 'gezeur', of het wellicht in het geheel niet als zodanig waarnemen, de ander zal vinden dat de problematiek zeer wezenlijk is en zal beslissingen nemen die de toekomst van de patiënt in psychosociale banen leidt. Verschillen tussen artsen in dit intermediërende mechanisme zou zo verschillen in output kunnen verklaren.

Onderzoek naar de invloed van dergelijke etiketteringsmechanismen is met name interessant in die situaties waar de arts met betrekking tot beslissingen ten aanzien van psychosociale klachten over een aantal vrijheidsgraden beschikt. Wanneer de arts - ongeacht de hoeveelheid klachten die hij als psychisch beschouwt, ongeacht of hij met de patiënt wil praten, pillen wil geven, of slechts somatisch behandelen - toch geen alternatief heeft dan ondersteunen en in het ergste geval laten opnemen, dan zal in zijn beslissingen weinig interessante variatie aangetroffen worden. Beschikt hij echter over subtielere handelingsalternatieven, dan wordt het interessant om na te gaan welke etiketteringsmechanismen tot het gebruik van de diverse beslissingsmogelijkheden zullen leiden. Dit nu is het geval waar artsen kunnen kiezen tussen zelf behandelen, consulteren van een psychosociaal team waarmee hij samenwerkt, verwijzen naar dat team, verwijzen naar een verder weg gelegen echelon, etcetera. Deze situatie doet zich voor in het onderhavige geval.

In Breda werken sinds 1979 acht huisartsen intensief samen met een psychosociaal team. (Voor gedetailleerde beschrijving zie hoofdstuk V). Deze artsen gaven te kennen dat ze bijzonder geïnteresseerd waren in de vraag welke invloed zulk een samenwerking nu heeft op de wijze waarop zij als hulpverlener functioneren, in welke mate ze zouden veranderen en welke gevolgen dat zou hebben voor de patiënt. Met name de omgang met probleempatiënten, een der redenen om de samenwerking met het psychosociaal team te beginnen, stond centraal.

In dit project 'PSH-Breda' wordt zodoende getracht te onderzoeken wat de gevolgen van etikettering van een patiënt als 'probleempatiënt' zijn, op de beslissingen (output) die een arts ten aanzien van een patiënt neemt, gegeven de aanwezigheid van een psychosociaal team.

De relevantie van deze vraagstelling is gelegen in de constatering dat artsen niet veranderen onder invloed van structurele wijzigingen in voorzieningenaanbod alleen en dat structurele variabelen alleen ook niet voldoende verschillen tussen artsen kunnen verklaren. Een beter inzicht is daarom vereist in meer persoonsgebonden artsenkenmerken die maken dat de ene arts andere beslissingen neemt dan de ander, wil men effectief invloed op deze beslissingen kunnen uitoefenen.

We zullen deze vraagstelling in de volgende paragraaf nader uitwerken, en vervolgens de opzet van het onderzoek toelichten.

### 1.2. Uitwerking van de vraagstelling

Ons uitgangspunt is dat de wijze waarop de arts de gepresenteerde klacht beoordeelt maar ook hoe hij zich ten opzichte van de patiënt opstelt bepalend is voor de verdere gang van zaken.

Dat de klachten van de patiënten geen onomstotelijk vaste feiten zijn die door iedere ervaren arts zonder meer worden waargenomen maar veel te maken hebben met de 'bril' waardoor de geneesheer kijkt blijkt overduidelijk uit de literatuur. Het oordeel met betrekking tot het vóórkomen van psychosociale klachten in de huisartspraktijk laat tussen de verschillende artsen nauwelijks enige overeenstemming zien. Zelfs bij constant houden van één meetmethode variëren de percentages van 5 tot 68 (Verhaak, 1981). Mocht men denken dat de grote spreiding alleen ligt aan het vage criterium 'psychosociaal' dan moeten we de lezer teleurstellen; ook de overeenstemming binnen somatische klachten is verre van ideaal. Oliemans (1968) vond bij vier praktijken ook verschillen met betrekking tot ziekten als maagklachten, verkoudheid, allergische dermatosen, fluor albus en hypertensie (ook na correctie voor leeftijd en geslacht).

Ook de ernst die een arts toekent aan een klacht, is geen constant gegeven, maar verschilt van arts tot arts sterker dan men op grond van structurele variaties tussen de praktijken mag verwachten (Van Eijk, 1980). Ten slotte is het aantal patiënten dat de arts in zijn praktijk als probleempatiënt betitelt, evenmin een vaststaande proportie van het totale patiëntenbestand, maar blijkt ook dit per arts sterk te variëren (Verhaak, 1979).

Dit laatste, zeer globale etiket - of vooroordeel - wordt in deze studie opgevat als belangrijke intermediërende variabele tussen het klachtenaanbod en de beslissing die de arts ten aanzien van de patiënt neemt. Gezien het globale, niet nader ingevulde karakter van dit etiket luidt onze eerste vraagstelling:

*Vraagstelling 1: Wat houdt het etiket 'probleempatiënt' in ?*

We willen deze vraagstelling beantwoorden door een aantal gegevens omtrent patiënten te verzamelen.

Allereerst worden de artsen verzocht om diè patiënten uit hun praktijk aan te wijzen die ze als 'probleempatiënt' beschouwen. Dit wordt nader gespecificeerd als 'patiënten die ze als problematisch ervaren en waarbij inbreng in het psychosociaal team of een gelijksoortige instantie zinvol geacht wordt'. Op deze wijze verkrijgen we per arts de populatie patiënten die als probleempatiënt (PP) worden geëtiketteerd. Per arts wordt bij deze groep een op leeftijd en geslacht gematchte contrastgroep van niet-probleempatiënten (NPP) gezocht.

Aangaande alle patiënten vullen de artsen vervolgens een gestandaardiseerde vragenlijst in, waarmee het abstracte etiket 'probleempatiënt' in gedragstermen wordt geoperationaliseerd. Ook wordt aan de patiënten een vragenlijst voorgelegd, waarmee ze inzicht verschaffen in hun kijk op ziekte en gezondheid, en op de arts-patiënt relatie.

Het is van belang om te weten van welke aard de arts-patiënt relatie is, teneinde dit te relateren aan de etikettering die de arts over de patiënt erop na houdt.

Met de vragenlijst over de ervaren gezondheidstoestand tenslotte (VOEG), die de patiënten invullen, proberen we een beeld te krijgen van de klaaggenigheid van de patiënten, los gezien van de feitelijke gezondheidstoestand.

Vraagstelling 1 laat nu de volgende nuanceringen toe:

vraagstelling 1a: welk profiel kunnen we per arts van probleempatiënten en niet-probleempatiënten geven ?

1b: hoe verschillen artsen onderling in hun etikettering, wanneer we letten op het aantal patiënten dat ze als probleempatiënten etiketteren ?

1c: hoe verschillen artsen onderling in de aspecten die voor hen het etiket 'probleempatiënt' bepalen ?

Het etiketteren van patiënten als 'probleempatiënt' en het concrete invullen van het etiket door middel van een vragenlijst gebeurt los van het specifieke contact met die patiënt.

Concreet gezegd, als de arts de groene kaart uit zijn bak trekt wordt hem gevraagd of het etiket 'probleempatiënt' van toepassing is of niet, daarnaast vult hij dan de vragenlijst in.

De eerste vraagstelling geeft de stand van zaken weer op één moment, we hebben het echter nog niet gehad over de relaties tussen het etiket 'probleempatiënt' en hetgeen zich in de consulten afspeelt. Hiermee komen we bij de volgende vraagstelling terecht.

*Vraagstelling 2: Wat zijn de consequenties van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' ?*

Deze vraagstelling splitsen we in twee deelvragen:

vraagstelling 2a: in hoeverre keert het etiket 'probleempatiënt' terug in het consult.

- hoe beoordeelt de arts het gepresenteerde klachtenaanbod (somatisch, psychosociaal, vaag, ernstig, kan er niets mee)
- hoe beoordeelt de arts de patiënt (somatiseert, zeurt, werkt niet mee)
- hoe ervaart de arts zijn eigen handelen tijdens het consult (machteloos, geïrriteerd)

2b: in hoeverre bepaalt het 'etiket' de beslissingen die de arts neemt in het consult (terugbestellen, langere gesprekken met de patiënt, voorschrijven van medicijnen/psychofarmaca, verwijzen naar de tweede lijn (medische specialisten, AGGZ) inbrengen bij het psychotherapeutisch team).

In bovengenoemde vraagstellingen zal steeds het contrast tussen patiënten die wel en die niet als 'probleempatiënt' geëtiketteerd zijn benadrukt worden. Tevens komt het onderscheid tussen de artsen ter sprake.

Gingen de eerste twee vraagstellingen over de inhoud en de invloed van het etiket 'probleempatiënt' op de patiëntencarrière, de volgende vraagstelling gaat over de veranderbaarheid van het etiket.

*Vraagstelling 3: Welke veranderingen ondergaat het etiket 'probleempatiënt', gegeven de samenwerking met een psychosociaal team ?*

De volgende subvraagstellingen laten zich hieruit afleiden.

vraagstelling 3a: in hoeverre worden patiënten, die aan het begin van het onderzoek als probleempatiënt zijn geëtiketteerd, aan het eind van het onderzoek nog steeds 'probleempatiënt' genoemd; zijn er in dit opzicht verschillen tussen PSH-artsen en anderen.



- 3b: in hoeverre is de inhoud van het etiket 'probleempatiënt' aan het eind van het onderzoek veranderd; ook hier wordt weer gelet op verschillen tussen PSH-artsen en anderen.
- 3c: in hoeverre worden patiënten die door het psychotherapeutisch team zijn behandeld aan het eind van het onderzoek minder vaak als 'probleempatiënt' geëtiketteerd, in vergelijking met niet behandelde probleempatiënten.
- 3d: in hoeverre is de inhoud van het etiket 'probleempatiënt' bij ex-clieñten sterker veranderd dan bij niet behandelde probleempatiënten.

In deze derde serie vraagstellingen wordt zodoende het PSH-samenwerkingsverband duidelijk als gegeven meegenomen. Teneinde dit gegeven niet uitsluitend in abstracto te behandelen, zullen we in hoofdstuk V ook een inhoudelijke beschrijving geven van de werkwijze van het PSH-samenwerkingsverband, en de verrichtingen van het psychosociaal team.

In dit kader behandelen we de historie, de werkwijze en de workload, en de eigenaardigheden van diverse betrokken hulpverleners, zodat het ons mogelijk zal zijn in de conclusies nader in te gaan op mogelijke verklaringen voor onder vraagstelling 3 gevonden veranderingen.

### 1.3. Onderzoeksopzet

De onderzoeksopzet waarbinnen deze vragen beantwoord worden is als volgt: de artsen welke deel uitmaken van het PSH-team en zeven artsen die geen deel uitmaken hiervan, hebben begin 1980 de patiënten aangewezen welke ze als 'probleempatiënten' etiketteren. Dat zijn die patiënten die ze als problematisch ervaren, en waarbij inbreng in het psychotherapeutisch team of een vergelijkbare instelling zinnig lijkt.

Naast deze PP-groep is per arts een groep patiënten gezocht (gematched op leeftijd en geslacht) welke niet als probleempatiënt werd betiteld (NPP).

Ten aanzien van de gehanteerde definities van probleempatiënten nog het volgende. We hebben met opzet niet een bepaalde definitie in de selectie van probleempatiënten gehanteerd omdat deze definities of te vaag en/of te talrijk waren om nog hanteerbaar te zijn. In feite is de omschrijving vrijgelaten zij het met de nodige restricties. Psychiatrische patiënten bijvoorbeeld doen niet mee in dit onderzoek. Verder is er een bewuste koppeling gemaakt met het psychosociaal team, namelijk door te stellen dat een probleempatiënt ook nog een patiënt diende te zijn die in aanmerking zou komen voor behandeling door het team. Deze bewuste koppeling is gekozen omdat de acht PSH-artsen juist het samenwerkingsverband hebben opgericht om adequater met probleempatiënten te kunnen omgaan.

Voor de vergelijkings-artsen liggen de zaken anders daar ze geen psychosociaal team ter beschikking hebben. Voor deze artsen hebben we de definitie gehanteerd: probleempatiënten die in aanmerking komen voor AGGZ-verwijzing.

Strikt genomen hebben beide artsgroepen dus andere stimuli aangeboden gekregen en dat kan consequenties hebben voor de soort probleempatiënten die aangewezen zijn per arts en uiteraard voor de contrastgroep.

De selectie van de patiënten geschiedde als volgt:

Aan de PSH-artsen werd gevraagd om iedere patiënt die hij als probleempatiënt etiketteerde en waarbij hij een verwijzing (inbreng) naar het psychotherapeutisch team zinvol achtte, aan te wijzen.

Uitgesloten werden de patiënten die, ofschoon ze wel tot de problematische groep hoorden als te 'zwaar' voor een behandeling door het psychosociaal team werden geacht.

Het selecteren van de probleempatiënt gebeurde in concreto als volgt. Arts en onderzoeker namen de patiëntenkaarten één voor één door en bij elke patiënt gaf de arts aan of de betrokken persoon al of niet als probleempatiënt gelabeld kon worden. Van de patiënt werd dan naam, adres, geboortjaar, geslacht, verzekeringsvorm en burgerlijke staat genoteerd. Tevens werd vermeld of de patiënt in het PSH-kanaal zat of niet. Patiënten die wel als problematisch werden gezien maar niet geschikt voor PSH, werden uit het onderzoeksbestand verwijderd. Tevens gaf de arts aan welke patiënten hem onbekend voorkwamen, ook deze werden uit het bestand geschrapt. Zodoende ontstond er per arts een groep probleempatiënten waarin en alle huidige PSH-patiënten en alle mogelijke PSH-patiënten zaten, uiteraard beoordeeld aan de kennis van dat moment. Op deze wijze werden ruwweg 19500 patiëntenkaarten door de arts en onderzoeker beoordeeld.

De procedure werd bij de vergelijkingsartsen op tweeërlei wijze aangepast, namelijk qua 'definitie' en qua aantallen. Daar deze artsen niet de beschikking hadden over een psychosociaal team werd de definitie "patiënten die als 'probleempatiënt' geëtiketteerd werden en waar<sup>hij</sup> verwijzing naar psychosociale hulpverleners (AGGZ) zinvol werd geacht.

Verder werd volstaan met een steekproef van 'probleempatiënten' om de werkbelasting voor de vergelijkingsartsen niet te zwaar te maken.

De contrastgroep van niet-probleempatiënten is tot stand gekomen door voor iedere patiënt die als probleempatiënt werd aangewezen een patiënt te zoeken die van hetzelfde geslacht was en in hetzelfde jaar geboren. Er ontstaat dus een even grote op leeftijd en geslacht gematchte groep. De bedoeling van het onderzoek was om voor elke probleempatiënt een contrastpatiënt te zoeken die gematched was op leeftijd, geslacht, verzekering en burgerlijke staat.

De eerste twee variabelen leverden geen moeilijkheden op. Gezien de sterke relatie tussen leeftijd, geslacht en medische consumptie vonden wij dit de belangrijkste variabelen om voor te controleren. Maar verzekeringsvorm en burgerlijke staat zijn ook niet uit te vlakken wat betreft invloed op medische zaken. Ziekenfondsverzekerden gaan duidelijk vaker naar de dokter, gebruiken meer medicijnen, worden meer verwezen en dergelijke. Nu bleek de matching op beide variabelen niet altijd haalbaar, en wel omdat in sommige praktijken niet voldoende particulieren of ongehuwde vrouwen of andere wat zeldzamere categorieën te vinden waren, om op zowel geslacht als leeftijd als verzekeringsvorm als burgerlijke staat te matchen.

Het lag in de bedoeling om de niet-probleemgroep even groot te krijgen als de probleemgroep, door voor iedere probleempatiënt een controle (niet-probleem) patiënt te zoeken. Dit was niet altijd het geval. Dit heeft de volgende redenen.

Ten eerste zijn ook later door het psychosociaal team in behandeling genomen patiënten opgenomen in onze steekproeven. Voor deze nieuwe PSH-patiënten, die dus na de steekproeftrekking in de PSH zijn terecht gekomen hebben we geen contrast (niet-probleem)patiënt meer gezocht.

Ten tweede waren niet alle contrast patiënten waarvan een kaart bestond ook nog daadwerkelijk ingeschreven in de praktijk. Het kwam voor dat ze al lang verhuisd waren zonder berichtgeving of dat de arts ze al jaren niet gezien had.

\* Met ingang van september 1980 is de beslotenheid van het psychosociaal team opgebroken, andere Bredase artsen kunnen evenzeer om consultatie vragen.

Wanneer we alle door de arts en de onderzoekers aangewezen patiënten zouden laten meetellen in het onderzoek zou dit voor de artsen een zeer grote spreiding in geïnvesteerde energie betekenen, omdat de ene arts veel meer probleempatiënten aanwees dan de andere.

Om deze reden en om de vergelijkbaarheid tussen de artsen te vergemakkelijken hebben we uit de patiënten van arts 2, 5 en 6 een steekproef getrokken. Overigens heeft arts 3 die slechts voor tweevijfde deel werkzaam was als huisarts niet meegedaan aan dit onderzoek.

#### 1.4. Verloop van het onderzoek

Op deze wijze zijn bij acht PSH-artzen en zeven vergelijkingsartzen een groep probleempatiënten (bij PSH-artzen verder uit te splitsen als PSH-cliënten en PP die niet ingebracht zijn) en een groep niet-probleempatiënten samengesteld.

Van deze patiënten waren de achtergrondvariabelen leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en burgerlijke staat bekend. Aan het begin van het onderzoek vulden de artzen met betrekking tot elke patiënt twee vragenlijsten in: één vragenlijst die verschillende vormen van probleemgedrag beschreef en één vragenlijst die de gevoelens van de arts ten aanzien van de patiënt beschreef.

Ook de patiënten vulden een aantal vragenlijsten in, te weten een vragenlijst met betrekking tot de huisarts-patiëntrelatie en de vragenlijst over ervaren gezondheidstoestand (VOEG).

Dit materiaal, verzameld ten aanzien van respectievelijk alle patiënten aan het begin van het onderzoek, wordt gebruikt om vraagstelling 1 te beantwoorden.

Van alle geregistreeerde patiënten is vervolgens een jaar lang elk consult vastgesteld op voorgecodeerde formulieren. Deze gegevens, in combinatie met de eerder verzamelde algemene kenmerken en beoordelingen, laten beantwoording van vraagstelling 2 toe.

Aan het eind van het onderzoek vulden de artzen aangaande dezelfde patiënten opnieuw beoordelingslijsten in. Tevens gaven ze aan welke van deze patiënten ze nu als probleempatiënt beschouwden. Hiermee kan een deel van de onder 3 geformuleerde vraagstellingen beantwoord worden.

Ter beantwoording van de tweede helft van deze vraagstelling, zijn de patiënten die door het psychosociaal team behandeld zijn, intensief gevolgd. Gegevens uit de cliëntendossiers, onder andere de reden van inbreng en het tijdstip van inbreng, in combinatie met de consultregistratie van deze cliënten, stellen ons in staat het laatste deel van vraagstelling 3 te beantwoorden.

Het moge duidelijk zijn dat een dergelijk ingewikkelde onderzoeksopzet, in de praktijk niet anders kan verlopen, dan met verlies van een aantal geselecteerde proefpersonen: doordat patiënten de praktijk verlaten, of niet teruggevonden worden in het kaartstelsel, doordat vragenlijsten onvolledig of niet beantwoord worden, doordat de arts niet ieder consult registreert, etcetera. Onderstaand schema geeft per onderzoeksmoment weer hoe groot deze experimentele 'sterfte' was.

We zullen hierna bespreken in hoeverre dit consequenties voor interpretatie van onderzoeksresultaten heeft.

PSH-artsen

	PP	PP+PSH	PSH	NPP
1. oorspronkelijk geselecteerd		1475		1242
2. in steekproef aan begin onderzoek		852		846
3. bij eindbewerking bekend met achtergrondgegevens				
4. 1 <sup>e</sup> beoordelingslijst ingevuld door arts:				
niet ingevuld :				
5. enquête ingevuld door pat.:				
niet ingevuld :				
6. 2 <sup>e</sup> beoordelingslijst ingevuld :				
niet ingevuld :				

  

	637	378	835
	596	224	700
	41	154	135
	335	148	387
	261	76	313
	22	17	33
	19	137	102
	282	114	296
	206	50	227
	15	14	11
	2	7	22
	7	3	130
	17	26	91
	34	3	96
	53	26	22
	55	3	80

Na de oorspronkelijke selectie (stap 1), die hierboven beschreven is werden a-selecte steekproeven uit de geselecteerde groepen van een aantal artsen getrokken. Aangezien dit at random gebeurde nemen we aan dat dit geen vertekening heeft opgeleverd. Van deze steekproeven staat in de bijlage de verdeling per arts vermeld (tabel Bl.1. tot en met Bl.3.).

Tussen stap 2 en stap 3 treedt enige verwarring op. De groep PSH-cliënten kan pas definitief bij de afloop van het onderzoek vastgesteld worden. Een aantal PSH-cliënten zat aan het begin in de groep PP, een klein aantal in de groep NPP, en gedurende het onderzoek kwamen van buiten de geselecteerde patiëntengroepen natuurlijk ook patiënten bij PSH terecht. De in stap 3 genoemde groep PP is daarom geslonken ten opzichte van stap 2. Daarentegen is het totaal van PSH en PP in stap 3 groter dan het totaal PP in stap 2; dit is te wijten aan de cliënten van buitenaf.

Van 94% van de PP, die bij de afsluiting van de registratie als zodanig bekend waren is door de arts een beoordeling ingevuld, bij 84% van de NPP is dit het geval, en bij 59% van de PSH-cliënten.

Deze verschillen zijn verklaarbaar. De arts wees de PP aan, de onderzoeker zocht er gematchte NPP bij. Het is niet verwonderlijk dat bij deze laatsten een aantal patiënten zaten die voor de arts slechts op papier bestonden, en waaromtrent hij geen beoordeling kan geven. Bij de PSH-patiënten is een groot aantal pas na de eerste metingen in het onderzoekscircuit terechtgekomen. De patiëntenenquête werd door ongeveer 55% van de patiënten geretourneerd. Hoger was dit percentage voor de subgroep PSH-patiënten waarvan de arts ook beoordelingen had gegeven, en lager voor de subgroepen NPP en PSH waarvan de arts geen beoordelingen had gegeven.

Deze laatste twee subgroepen zijn grotendeels in de mist verdwenen.

Letten we nu op drie omcirkelde cijfers in stap 5: dit zijn patiënten waarvan de arts beoordelingslijsten heeft ingevuld, de patiënten enquêtes hebben ingevuld en de achtergrondgegevens bekend zijn: op deze groepen hebben de belangrijkste analyses met betrekking tot vraagstelling 1 en 2 betrekking: het gaat om 53% van de PP uit stap 3, om 46% van de NPP en om 39% van de PSH-patiënten. We hebben nagegaan of deze drie groepen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm afwijken van de oorspronkelijke steekproeven waar ze uit stamden. Letten we op het geslacht, dan is de man - vrouw verdeling van de PP vrijwel hetzelfde als de oorspronkelijke. Bij de NPP is het percentage vrouwen 2% hoger dan in de oorspronkelijke groep, bij de PSH-patiënten iets minder dan 5% hoger dan in de oorspronkelijke groep. Richtten we onze aandacht op de leeftijd, dan zijn PP en PSH die in de analyses ten behoeve van vraagstelling 1 en 2 meedoen gemiddeld vrijwel even oud als de oorspronkelijke groepen, en zijn de NPP ongeveer twee jaar ouder. De verzekeringsvorm bij PP is vrijwel identiek, bij NPP zien we 4,5% meer particulier dan verwacht zou mogen worden, bij PSH 2% meer particulieren.

Kortom, deze drie achtergrondkenmerken van patiënten zijn niet systematisch vertekend door het veelvuldig niet meer patiënt zijn van geselecteerden of het niet invullen van de enquête.

In stap 6 is tenslotte uitgesplitst van welke patiënten ook een tweede beoordeling door de arts bekend is.

Dit is van belang ten behoeve van de beantwoording van vraagstelling 3. Deze kan voor een deel slechts beantwoord worden voor die patiënten waarvan een beoordeling voor en na het onderzoek bekend is. De door een vierkant omgeven getallen geven de patiënten aan die in deze analyse mee doen. Dit betreft 77% van de PP, 43% van de PSH en 63% van de NPP. Deze groep is voor de PP iets ondervertegenwoordigd wat vrouwen betreft bij de NPP is de geslachtsverdeling vrijwel gelijk aan de oorspronkelijke en bij de PSH zijn de vrouwen in de uiteindelijke groep een paar procent oververtegenwoordigd.

De groep PP met eerste en tweede beoordeling bevat hetzelfde percentage ziekenfondspatiënten als de oorspronkelijke groep PP. De groep NPP heeft daarentegen 2% meer particulieren en de groep PSH 3% meer ziekenfondspatiënten dan de oorspronkelijke groepen.

Letten we op de leeftijd, dan is het gemiddelde van de groepen PP en PSH ongeveer gelijk aan de oorspronkelijke gemiddelden, maar is de NPP waarvan beide beoordelingen bekend zijn gemiddeld twee jaar ouder dan de oorspronkelijke NPP.

Resumerend kunnen we zeggen dat kwantitatief het experimenteel verlies fors is geweest, maar dat gemeten naar achtergrondvariabelen, de samenstelling niet erg gewijzigd is. De PP blijven een goede afspiegeling van de oorspronkelijke groep vormen, de NPP zijn relatief wat meer jongeren en ziekenfondsverzekerden kwijt geraakt en de PSH-mannen hebben met name wat slechter op de patiëntenenquête gereageerd. Het geheel is echter niet zodanig vertekend dat de interpretatie van de door ons uitgevoerde analyses gewijzigd dient te worden.

Deze analyses worden in de volgende hoofdstukken gepresenteerd. Hoofdstuk II is gewijd aan de beantwoording van vraagstelling 1: wat houdt het etiket 'probleempatiënt' in. In hoofdstuk III en hoofdstuk IV komt vraagstelling 2: 'wat zijn de consequenties van dit etiket in het consult' aan de orde. In hoofdstuk VI onderzoeken we in hoeverre de etikettering aan wijzigingen, gegeven de PSH-activiteit, onderhevig is. Alvoorts hiertoe over te gaan wordt het PSH-handelen beschreven in hoofdstuk V. Hoofdstuk VII ten slotte bevat de discussie en conclusies.

## HOOFDSTUK II: UITWERKING VAN HET ETIKET 'PROBLEEMPATIËNT'

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we proberen vraagstelling 1 'waarmee hangt het etiket "probleempatiënt" samen, te beantwoorden. Hiertoe beschrijven we ten eerste de achtergrond kenmerken van de geselecteerde probleempatiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Dit gebeurt voor de PSH-artsen en de vergelijkingsgroep apart.

Daarna gaan we inhoudelijk analyseren welke gedragsbeschrijving hoort bij het etiket probleempatiënt. Met behulp van factoranalyse proberen we een inhoudelijk zinvolle structuur bloot te leggen. Tevens komt het verschil aan de orde tussen de als probleempatiënt geëtiketteerde groep en de contrastgroep.

Als aanvulling op de etikettering van de arts komt de patiënt zelf aan bod door middel van een ingevulde vragenlijst. De klaaggeneigdheid, het zich ziek voelen, de huisarts-patiënt relatie zijn hoofdthema's in deze vragenlijst. Steeds zullen probleem- en niet-probleempatiënten met elkaar vergeleken worden.

Door middel van een discriminant analyse zullen we vervolgens een soort omgekeerde weg bewandelen, namelijk in hoeverre de persoonskenmerken, leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, de etiketteringsvariabelen en de enquête variabelen het beste kunnen voorspellen of een patiënt geëtiketteerd is of niet. Hierbij moeten we uiteraard rekening houden met de matchingsprocedure voor de contrastgroep van niet-probleempatiënten. Deze zijn immers gematched op leeftijd en geslacht en in mindere mate voor verzekeringsvorm en burgerlijke staat.

We zullen een discriminant analyse uitvoeren op het onderscheid tussen wel-niet-geëtiketteerd zijn als probleempatiënt.

### 2.2. Kenmerken van probleempatiënten

De steekproef van geëtiketteerde cq probleempatiënten zullen we gaan beschrijven naar een viertal achtergrondkenmerken: sexe, verzekeringsvorm, leeftijd en burgerlijke staat.

Ten aanzien van sexe en leeftijd zijn de niet-probleempatiënten cq de niet-geëtiketteerden gematched. Afwijkingen van de matching zijn een gevolg van 'verdwenen patiënten', de afwijkingen zijn voor deze twee variabelen overigens miniem.

Ten aanzien van verzekeringsvorm en burgerlijke staat liggen de zaken minder duidelijk. Niet altijd was te achterhalen welke verzekeringsvorm een patiënt had, ook niet via de (onvolledige) ziekenfonds lijsten. Naast deze onduidelijkheid in de waarde van de variabele speelt ook nog mee dat er in bepaalde praktijken niet voldoende contrast-patiënten gevonden konden worden die aan het criterium (verzekering) voldeden naast leeftijd en geslacht.

In de tabellen gaan we na in hoeverre de afwijkingen tolerabel zijn. Het bovenstaande geldt eveneens voor de burgerlijke staat.

#### 2.2.1. verdeling naar geslacht

Als we artsen vragen een aantal probleempatiënten aan te wijzen, welke aantallen mannen en vrouwen levert dat op ?

tabel 2.1.: geslacht per patiëntsoort per arts: PSH-artsen

		arts: 1 2 4 5 6 7 8							totaal
probleem patiënten	man	49 44%	54 38%	34 33%	45 33%	48 41%	41 34%	38 32%	309 36%
	vrouw	63 56%	90 62%	69 67%	90 67%	69 59%	81 66%	81 68%	543 64%
niet probleem patiënten	man	48 34%	54 38%	35 34%	46 34%	46 40%	41 34%	37 31%	307 36%
	vrouw	63 57%	88 62%	69 66%	89 66%	68 60%	81 66%	81 69%	539 64%

tabel 2.2.: geslacht per patiëntsoort per arts: vergelijkingsartsen

		arts: 9 10 11 12 13 16 18							totaal
probleem patiënten	man	17 43%	18 35%	25 37%	20 40%	21 34%	16 30%	13 30%	130 35%
	vrouw	23 58%	32 65%	42 63%	30 60%	39 66%	38 70%	31 70%	235 65%
niet probleem patiënten	man	16 41%	18 37%	24 37%	20 40%	21 36%	16 30%	13 30%	128 36%
	vrouw	23 59%	32 63%	42 63%	30 60%	39 64%	38 70%	31 70%	235 64%

Uit tabel 2.1. en 2.2. vinden we zowel bij de PSH- als vergelijkingsartsen vrijwel gelijke verhoudingen (in totaal) namelijk 36% mannen en 64% vrouwen. Het feit dat de vrouwelijke kunne hier verre oververtegenwoordigd is is geen exclusief resultaat van onze steekproef. In het SPEECH-project (Verhaak, 1979) bestond de probleemgroep (patiënten die men naar de psycholoog wilde verwijzen, dus een vergelijkbare definitie) voor 67% uit vrouwen.

Andere onderzoekers hanteren te verschillende definities van de term probleempatiënt zodat vergelijken een hachelijke zaak wordt. Echter één overeenkomst is er wel, namelijk dat vrouwen altijd vaker als probleem uit de bus komen dan mannen (Lamberts, 1975; Van Es, 1967; Cassee, 1973).

Als we overstappen van het groepsgemiddelde naar de individuele arts, vinden we dan bepaalde uitschieters ?

Arts 1 (PSH-arts) en arts 9 (vergelijkingsarts) hebben 8% méér mannen als probleempatiënt aangewezen dan hun groepsgemiddelde.

De artsen 6 (PSH) en 12 (vergelijking) hebben 5% meer mannen en de artsen 8 (PSH), 16 en 18 (vergelijking) hebben 5% minder vrouwen dan het groepsgemiddelde.

Alles tesamen dus geringe verschillen tussen artsen die mogelijkwijs beïnvloed zijn door toevalligheden in de steekproeftrekking en de praktijkkenmerken.

Via het LISZ hebben we de beschikking over de verdeling naar geslacht van de ziekenfondsverzekerden in de praktijk.

In tabel B2.1. en B2.2. (bijlage) zijn de percentages vrouwelijke patiënten uit onze steekproef per arts vergeleken met de LISZ-cijfers.

Bijna alle artsen wezen percentueel meer vrouwen als probleempatiënt aan dan men op basis van de praktijkverdeling zou verwachten. De verschillen waren soms aanzienlijk, tot 14% toe.

De enige arts die minder vrouwelijke probleempatiënten aanwees dan volgens de praktijkverdeling, was arts 1.

Op grond van deze gegevens kunnen we concluderen dat het verband tussen sexe en probleempatiënt zijn, meer beïnvloed wordt door de sexe dan door het voorkomen ervan in de praktijk.

Overigens hebben we in het bovenstaande niet aangegeven waarom vrouwen oververtegenwoordigd zijn bij probleempatiënten (zoals alle onderzoeken uitwijzen). We beschikken ook niet over de gegevens om dit op dit moment verder uit te zoeken, maar in de samenvatting komen we hierop terug.

### 2.2.2. verdeling naar verzekeringsvorm

tabel 2.3.: verzekeringsvorm per patiëntsoort per arts: PSH-artsen

		arts: 1 2 4 5 6 7 8								totaal
probleem patiënten	zieken- fonds	75 67%	123 85%	77 75%	72 53%	88 75%	113 93%	113 95%	661 78%	
	parti- culier	37 33%	21 15%	26 25%	63 47%	29 25%	9 7%	6 5%	191 22%	
niet probleem patiënten	zieken- fonds	72 65%	110 78%	75 72%	68 50%	84 74%	92 75%	109 92%	610 72%	
	parti- culier	39 35%	32 22%	29 28%	67 50%	30 25%	30 25%	9 8%	236 28%	

tabel 2.4.: verzekeringsvorm per patiëntsoort per arts: vergelijkingsartsen

		arts: 9 10 11 12 13 16 18							totaal
probleem patiënten	zieken- fonds	33 82%	37 73%	54 81%	39 78%	45 74%	31 57%	36 82%	275 75%
	parti- culier	7 18%	13 27%	13 19%	11 22%	15 26%	23 43%	8 18%	90 25%
niet probleem patiënten	zieken- fonds	27 69%	33 67%	43 66%	29 58%	43 73%	26 48%	25 57%	226 63%
	parti- culier	12 31%	17 33%	23 34%	21 42%	17 27%	28 52%	19 43%	137 37%

Tabel 2.3. en 2.4. geven de aantallen patiënten weer ingedeeld naar verzekeringsvorm per arts per patiëntsoort.

De eerste vraag die we gaan beantwoorden is: is de matching op verzekeringsvorm geslaagd ?



Bij de PSH-artsen vinden we 6% minder ziekenfondsverzekerden in de contrastgroep van patiënten; voor de vergelijkingsartsen zelfs 12% minder. Zeker van de laatsten geldt dat we bij vergelijkingen tussen patiëntengroepen rekening moeten houden met de invloed die de verzekeringsvorm kan teweegbrengen.

Deze verschillen zijn nog extremer als we afdalen van het groeps- naar het individuele artsniveau.

Voor de PSH-artsen zijn dat de nummers 2 en vooral 7 die 18% minder ziekenfondsverzekerden in de contrastgroep heeft.

Bij de vergelijkingsartsen treffen we nog grotere verschillen aan, vooral arts 18 met 25% minder ziekenfondsverzekerden.

We dienen bij de analyses dus voor deze artsen rekening te houden dat een deel van de resultaten verklaard kunnen worden door verschillen in verzekeringsvorm.

Een ander aspect is het vóórkomen van de verzekeringsvorm bij de probleempatiënten. Landelijk gezien is de verhouding ziekenfonds/particulier 70/30 althans in het jaar 1979 (LISZ, 1979).

Deze verhouding geldt uiteraard niet voor iedere praktijk in ons onderzoek, sterker nog, er is een zeer grote variatie te bespeuren.

Vergelijken we de praktijkverhouding met de aangewezen percentages probleempatiënten dan komen we bij tabel 2.5.

tabel 2.5.: percentage aangewezen ziekenfondspatiënten/percentage ziekenfondspatiënten in de praktijk \* 100

PSH-artsen		vergelijkingsartsen	
arts 1	112	arts 9	139
arts 2	113	arts 10	130
arts 4	114	arts 11	113
arts 5	106	arts 12	139
arts 6	114	arts 13	100
arts 7	141	arts 16	95
arts 8	115	arts 18	103

Een score van 100 betekent dat de arts evenveel ziekenfondspatiënten als probleempatiënten aanwijst als ze naar verhouding in de praktijk voorkomen, onder de 100 minder, boven de 100 meer.

Afgezien van arts 13 (geen verschil) en arts 16 (minder dan verwacht) worden patiënten die bij het ziekenfonds zijn verzekerd vaker als probleempatiënt gezien dan men op basis van de frequentieverdeling zou verwachten.

Middelen we de gegevens over de gehele groep dan worden er 18% méér ziekenfondspatiënten aangewezen dan verwacht.

Waarom vinden we praktisch bij elke arts in dit onderzoek méér ziekenfondsverzekerden dan verwacht ?

Ten eerste is het een bekend gegeven dat ziekenfondsverzekerden vaker hun huisarts bezoeken (Mootz, 1980; V.d.Ven, e.a., 1980). Hierdoor, dat wil zeggen door het verschijnen op het spreekuur, wordt de kans om als 'probleempatiënt' geëtiketteerd te worden simpelweg groter, immers een patiënt die nooit of zéér zelden komt moet wel erg zijn/haar best doen om tot deze probleemgroep te gaan behoren. Hiermee hebben we tevens aangegeven in hoeverre het etiket 'probleempatiënt' samenhangt met medische consumptie.

Zijn de patiënten die het meest komen tevens de meest problematische ?  
Dit thema zal verderop aan de orde komen in paragraaf 2.5.

### 2.2.3. verdeling naar leeftijd

De leeftijd van de patiënt is door middel van een codering teruggebracht tot zes leeftijdsklassen; in tabel 2.6. en 2.7. staat de verdeling weer-gegeven.

tabel 2.6.: *leeftijdsindeling probleempatiënten: PSH-artsen (in percentages)*

leeftijd	1	2	4	5	6	7	8	totaal
≤ 20	5%	1%	4%	4%	3%	3%	3%	3%
21 - 30	22%	13%	18%	9%	19%	22%	21%	17%
31 - 40	28%	38%	17%	16%	37%	34%	34%	29%
41 - 50	17%	24%	35%	27%	23%	16%	20%	23%
51 - 60	17%	15%	21%	35%	12%	16%	17%	19%
≥ 60	12%	8%	6%	10%	6%	9%	6%	8%

tabel 2.7.: *leeftijdsindeling probleempatiënten: vergelijkingsartsen (in percentages)*

leeftijd	9	10	11	12	13	16	18	totaal
≤ 20	5%	0	3%	2%	2%	2%	0	2%
21 - 30	8%	4%	18%	16%	20%	17%	18%	15%
31 - 40	13%	16%	27%	20%	30%	17%	9%	20%
41 - 50	33%	26%	21%	20%	23%	19%	27%	24%
51 - 60	28%	34%	24%	22%	17%	17%	23%	23%
≥ 61	15%	20%	8%	20%	8%	30%	23%	17%

Voor de PSH-artsen ligt de top van de verdeling bij 31-40 jaar, voor de vergelijkingsartsen bij 41-50 jaar.

De patiënten ouder dan 50 jaar zijn trouwens bij de vergelijkingsartsen duidelijk méér aanwezig dan bij de PSH-artsen: 40% versus 27%.

Welk verband bestaat er tussen het etiket 'probleempatiënt' en de leeftijd ? Anders gezegd, selecteren artsen de probleempatiënten uit de gehele populatie of juist uit een specifieke leeftijdsgroep.

Uit andere onderzoeken halen we de volgende gegevens.

Het SPEECH-project (Verhaak, 1979) waarbij de definitie van probleempatiënten overeenstemde met de onze, vinden we een zeer treffende gelijk-nis op de leeftijdsverdeling.

Bij het onderzoek van Lamberts (Lamberts, 1974, 1975) waarbij uitgegaan werd van leefproblematiek, lag de top van de leeftijdsverdeling van probleempatiënten tussen de 31 en 40 jaar.

Van Es die probleempatiënten onderzocht die door het maatschappelijk werk waren verwezen, vond dat vooral uit de leeftijdscategorie 35-44 jaar veel patiënten voorkwamen.

Bovengenoemde onderzoeken laten dus ondanks afwijkende definities toch een duidelijke overeenkomst zien: patiënten tussen de 30 en 40 jaar zijn oververtegenwoordigd.

Daar we de beschikking hebben over de leeftijdsverdeling van de ziekenfondspatiënten kunnen we onderzoeken of de artsen systematisch een bepaalde selectie maken uit de ziekenfondspopulatie. Zie hiervoor tabel B2.1. en B2.2. in de bijlage.

Wij hebben onze leeftijdsverdeling aangepast aan die van het LISZ. Als we de leeftijdsgroep onder de 20 jaar vanwege de geringe aantallen buiten beschouwing laten dan vinden we het volgende.

Bij vrijwel geen enkele arts valt de piek van de leeftijdsverdeling van de probleempatiënten samen met de LISZ leeftijdsverdeling. Daarnaast bleek dat de NHI-steekproef en de LISZ gegevens vaak een totaal andere verdeling volgen.

Enkele voorbeelden: arts 9 (vergelijkingsarts) heeft 39% in de leeftijdsgroep 40-49 jaar (LISZ, 11%), arts 4 (PSH-arts) 34% in de leeftijdsgroep 40-49 jaar (LISZ, 13%), arts 8 (PSH-arts) 23% in de leeftijdsgroep 50-59 jaar (LISZ, 9%).

Gezien deze resultaten kunnen we concluderen dat de selectie van probleempatiënten bij de meeste PSH-artsen plaats vindt in de groep 30-39 jarigen en niet bepaald wordt door de leeftijdsverdeling van de praktijk.

Bij de vergelijkingsartsen vinden we meer oudere probleempatiënten maar dit hangt ook niet samen met de leeftijdsverdeling van de praktijk.

#### 2.2.4. verdeling naar burgerlijke staat

De verdeling naar burgerlijke staat is in de bijlage in tabel B2.3. en B2.4. weergegeven.

Hoe groot zijn de afwijkingen tussen de probleemgroep en de gematchte contrastgroep ?

Per artsgroep bekeken is er alleen een verschil bij de vergelijkingsartsen; 4% meer gehuwden in de contrastgroep. Deze verschillen worden voor een deel veroorzaakt door de geringe aantallen zoals uit tabel 2.15. blijkt; met name arts 10.

Gezien deze geringe afwijkingen kunnen we de matching als geslaagd beschouwen.

#### 2.3. Het 'etiket' onderzocht

Voor elke patiënt in het onderzoek hebben de artsen een gedragsmatige omschrijving gegeven (zie bijlage). Tevens gaf de arts aan hoe hij zichzelf in het algemeen beleefde in de omgang met de patiënt. De gedragsbeschrijving geeft een inhoudelijke vulling aan het etiket 'probleempatiënt'. Uit deze beschrijving proberen we een profiel van de probleempatiënt te construeren dat het beste het etiket voorspelt. Hiertoe maken we gebruik, naast analyse van de frequentieverdeling, van factoranalyse om de samenhang tussen de gedragingen duidelijk te maken: maar ook van discriminant- en regressie-analyse om te voorspellen welke gedragingen het best 'passen'.

In hoofdstuk I is reeds ter sprake gekomen dat van de groepen probleempatiënten en niet-probleempatiënten het merendeel door de arts van een gedragsmatige omschrijving voorzien is.

Voor zover er experimenteel verlies is opgetreden, had dit weinig invloed op leeftijds-, geslachts- en verzekeringsvormverdeling. In de bijlage bij hoofdstuk I in tabel B1.4. en B1.5. is het aantal beoordeelde patiënten per arts weergegeven.

Met uitzondering van arts 16 hebben alle artsen van voldoende aantallen patiënten vragenlijsten ingevuld.

### 2.3.1. frequentieverdeling en structuren van de gedragsitems

De hoofdzaak van deze en volgende paragrafen over de gedragsitems zal reductie tot doel hebben. Immers 13 items zijn onhanteerbaar in een analyse, de bedoeling is om één of meerdere zinvolle dimensies te onderscheiden.

tabel 2.8. : *percentage per antwoord categorie voor de gedragsitems: alle artsen*

<i>item</i>	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
1 speelt ziekenrol	44	15	23	15	3
2 wil verwezen worden	50	22	20	6	2
3 is agressief	64	16	15	5	0
4 somatiseert	34	12	25	25	5
5 gedraagt zich zielig	40	14	26	16	4
6 ontkent de problemen	40	15	23	17	5
7 eist onmogelijke	62	19	14	5	1
8 komt afspraken niet na	83	9	6	2	0
9 is autoritair	78	10	9	2	0
10 zeurt	45	17	25	11	3
11 is assertief	24	31	28	12	5
12 gedraagt zich hulpeloos	41	14	26	16	4
13 schuift verantwoordelijkheid af	54	15	19	10	2

Kijken we naar tabel 2.8. waar per item de percentages op elke antwoord-categorie zijn weergegeven.

Vier items vallen onmiddellijk op door de zeer scheve verdeling; agressief (3), eist onmogelijke (7), komt afspraken niet na (8) en autoritair (9). Van de overige 9 items hebben enkele een uitstekende verdeling over de vijf antwoordcategorieën: speelt ziekenrol (1), somatiseert (4), zielig (5), zeurt (10), assertief (11), hulpeloos (12).

Op basis van louter de frequentieverdeling zouden we 9 items overhouden. Laten we in tabel B2.5. eens naar de correlatiematrix kijken. We hebben hier voor de volledigheid alle items weergegeven.

Het zal de lezer niet ontgaan dat de item-correlaties hoog, soms extreem hoog zijn; bijvoorbeeld zielig (5) met hulpeloos (12);  $R = 0,82$ .

Kortom, populair gezegd kunnen we beweren dat in deze vragenlijst alles met alles samenhangt. Bij een factoranalyse kunnen we dus sterke samenhang tussen factoren verwachten. Dit blijkt uit tabel 2.9.

Op basis van deze analyse kunnen we twee factoren onderscheiden. De eerste factor met 53% gemeenschappelijke variantie bevat de volgende hoog ladende items: ziekenrol (1), somatiseert (4), zielig (5), zeurt (10), (sub)assertief (11), hulpeloos (12).

De tweede, duidelijk minder belangrijke factor met 12% gemeenschappelijke variantie bevat slechts twee items: agressie (3) en autoritair (9).

tabel 2.9.: factoranalyse op 13 gedragsitems

item	factoren:	I	II
1 speelt ziekenrol		75	44
2 wil verwezen worden		44	58
3 is agressief in optreden		16	78
4 somatiseert		75	38
5 gedraagt zich zielig		86	27
6 ontkennt de problemen		54	48
7 eist onmogelijke van de arts		53	59
8 komt gemaakte afspraken niet na		24	48
9 is autoritair in optreden		- 4	73
10 zeurt		77	35
11 is assertief in optreden		39	9
12 gedraagt zich hulpeloos		85	20
13 schuift verantwoordelijkheid op de arts af		62	51
percentage variantie		53%	12%

We kunnen dus uit deze vragenlijst twee inhoudelijk duidelijk onderscheiden factoren halen: aan de ene kant de somatiserende, zielig, zeurende niet voor zijn rechten opkomende, hulpeloze patiënt, hetgeen we als 'afhankelijk' betitelen. Aan de andere kant de 'boze patiënt'. Wel moeten we vooropstellen dat gezien de item frequenties (tabel 2.8.) dit gedrag weinig voorkomt. Deze factor wordt 'agressie' genoemd.

Ondanks de aanzienlijke overlap tussen de twee factoren zullen we gezien de inhoudelijk duidelijk te onderscheiden factoren (afhankelijk en agressief) met deze twee verder werken. Hiertoe berekenen we de somscores van deze factoren.

In tabel B2.6. tot en met B2.9. hebben we per arts de gemiddelde score voor probleempatiënten en niet-probleempatiënten weergegeven.

#### de factor 'afhankelijkheid'

Bij de groep PSH-artsen kunnen we één afwijking ten opzichte van het groepsgemiddelde constateren.

Arts 4 heeft duidelijk een veel lagere score dan de andere collega's. Aan de andere kant van de schaal zit arts 7 met een iets hogere score. In feite is bij deze PSH-artsen een behoorlijke overeenkomst te bespeuren.

Gaan we over naar de vergelijkingsartsen dan vinden we daar in het algemeen hogere gemiddelden. Was de gemiddelde score bij de PSH-artsen 2,7 bij de vergelijkingsartsen is dat 3,0.

Ook hier treffen we een tweetal uitzonderingen aan. Arts 13 met een veel lagere en arts 16 met een veel hogere score. Bij laatstgenoemde kan het kleine aantal van invloed zijn.

#### de factor 'agressie'

Arts 4 is bij de PSH-artsen evenals bij de factor 'afhankelijkheid' degene die dit kenmerk het minst aan de probleempatiënten toekent. In feite kunnen we stellen gezien de range van deze factor (1-5) en de zéér geringe spreiding bij deze arts (0,3) dat het kenmerk 'agressie' in relatie met probleempatiënt niet bestaat.

Arts 5 daarentegen heeft een, zeker in vergelijking met zijn collegas, hoge 'agressie' score.

Beide artsen nemen een duidelijk andere positie in dan de rest die zeer overeenkomstige waarden hebben.

Bij de vergelijkingsartsen vinden we praktisch overal hogere waarden, met name arts 16 en 18 vallen op.

Arts 13 lijkt in dit opzicht het meest op zijn collega's van de PSH-groep (1, 2, 6, 7 en 8).

Naast de verschillen binnen de artsendgroepen zijn er ook verschillen tussen de groepen. De vergelijkingsartsen kennen de negatieve eigenschappen als afhankelijkheid en agressie in sterkere mate toe aan probleempatiënten dan de PSH-artsen.

#### 2.4. De zelfbeleving van de arts

Naast de gedragsbeschrijving van de patiënt gaven de artsen tevens aan of ze in het contact met de patiënt gevoelens van machteloosheid, irritatie, onzekerheid, besluiteloosheid en afstandelijkheid ervoeren. In tabel 2.10. staan de percentages op de antwoordcategorieën vermeld. Alle items hebben een behoorlijk scheve verdeling, vooral onzeker (3) en besluiteloos (4), waarvan respectievelijk 82% en 86% in de eerste twee categorieën vallen.

tabel 2.10.: *percentage per antwoordcategorie voor de gevoelsitems:  
alle artsen*

<i>item</i>	<i>nooit</i>	<i>zelden</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
1 machteloos	47	21	23	8	2
2 geïrriteerd	51	20	20	8	2
3 onzeker	57	25	14	4	1
4 besluiteloos	61	25	12	2	0
5 afstandelijk	57	16	16	9	2

Gezien deze resultaten kunnen we nu al zeggen dat de negatieve gevoelens zoals omschreven niet al te vaak opgeroepen worden bij de huisarts. Men kan erover van mening verschillen of dergelijke items nog in de analyse gebruikt moeten worden. Voordat men daarover een beslissing neemt geven we eerst de samenhang tussen de items in tabel B2.10.

Men ziet dat de samenhang enorm is, nog sterker dan bij de gedragsitems. Door middel van een factoranalyse samenhang proberen te ontdekken bij zulke een correlatiematrix heeft uiteraard weinig zin. Ervaart een huisarts zich machteloos dan gaat dat sterk samen met gevoelens van irritatie, onzekerheid, etcetera.

Gezien deze samenhang gebruiken we de somscore van de vijf items: de term 'machteloos' gebruiken we als verzamelnaam.

In tabel B2.11. en B2.12. staan de gemiddelden en de spreiding per arts over probleempatiënten en niet-probleempatiënten weergegeven.

Bij de PSH-artsen treffen we aan de ene kant de artsen 4, 6 en 8 die zich het minst machteloos voelen in de omgang met probleempatiënten. Aan de andere kant de artsen 1, 2, 5 en 7 die deze machteloosheid volgens eigen zeggen veel sterker ervaren.

Interessant hierin is dat arts 6 en 7 die geassocieerd zijn de meest extreme scores uit deze tabel halen, de oudere arts voelt zich het minst, de jongere arts met het jongste deel van de praktijk het meest machteloos.

Bij de vergelijkingsartsen neemt arts 13 een aparte plaats in met een gemiddelde dat duidelijk onder de anderen ligt. Daarnaast zijn de gemiddelden in vergelijking met de PSH-artsen weer aanzienlijk hoger.

### 2.5. Medische consumptie en chronische ziekten bij de patiëntengroepen

De vragenlijst over de etikettering bevatte nog twee variabelen die belangrijk zijn voor ons onderzoek.

Ten eerste werd de huisarts gevraagd aan te geven hoe vaak de patiënt contact met hem had gehad gedurende een bepaalde periode. Daarnaast werd gevraagd of de patiënt aan chronische aandoeningen leed, waardoor een bepaalde contactfrequentie beter geïnterpreteerd kon worden.

Allereerst de medische consumptie.

Het feit dat een patiënt door de arts geëtiketteerd wordt als probleempatiënt moet zeker iets te maken hebben met de contactfrequentie.

Zoals al in paragraaf 2.2.2. gezegd, het is zéér onwaarschijnlijk dat een probleempatiënt nooit op het spreekuur verschijnt. Immers het etiket probleempatiënt kan alleen maar groeien in de relatie tussen arts en patiënt. We laten even buiten beschouwing dat éénmalige contacten van een zodanig kaliber zijn geweest dat de patiënt meteen het stempel 'probleempatiënt' meegekregen heeft en het daarna nooit meer is kwijt geraakt ook al heeft de arts deze patiënt jaren niet meer gezien.

Welnu in deze paragraaf onderzoeken we in hoeverre frequent huisarts bezoek samengaat met het etiket probleempatiënt. Daar patiënten met chronische ziekten toch al noodgedwongen vaker op het spreekuur verschijnen dienen we hiervoor een correctie aan te brengen.

Onze maat voor medische consumptie zoals geregistreerd door de huisarts ten tijde van de eerste meting dient gecorrigeerd te worden. En wel hierom dat de eerste meting niet voor alle artsen op hetzelfde tijdstip heeft plaatsgevonden. We zetten het aantal contacten dat plaatsvond tussen 1 januari 1979 en het tijdstip van de eerste meting om in aantal contacten per jaar. In tabel 2.11. en 2.12., hebben we het gemiddeld aantal consulten per jaar per patiëntsoort hebben aangegeven.

tabel 2.11.: gemiddeld aantal consulten per jaar: PSH-artsen

arts:	1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	4,3	4,8	4,1	3,0	4,3	6,8	5,3	4,6
niet-probleem	3,3	4,0	3,0	2,2	3,6	4,9	4,1	3,8

tabel 2.12.: gemiddeld aantal consulten per jaar: vergelijkingsartsen

arts:	9	10	11	12	13	16	18	totaal
probleem	7,1	5,7	7,7	5,6	5,9	4,3	6,7	6,4
niet-probleem	5,4	3,1	5,3	3,1	5,3	1,9	4,7	4,6

De PSH-artsen 7 en 8, maar vooral 7, hebben duidelijk probleempatiënten aangewezen waar het frequent doktersbezoek een grote rol speelt.

Hun consultgemiddelde ligt duidelijk boven dat van de anderen. Aan de andere kant komen probleempatiënten van arts 5 het minst.

Gaan we naar de groep vergelijkingsartsen kijken dan is de consultfrequentie gemiddeld nog hoger. Waaraan kan dit liggen ?

Als we de consultfrequentie corrigeren door middel van partiële correlaties met: sexe, leeftijd, verzekeringsvorm en chronische ziekten dan verandert het verband nauwelijks.

Het is goed denkbaar dat de vergelijkingsartsen als groep toch andere maatstaven hanteren ten aanzien van probleempatiënten.

Ten eerste was de definitie 'probleempatiënt' niet exact gelijk voor beide groepen artsen. Patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar de AGGZ zijn 'ruimer' dan inbreng in PSH. De achtergrondvariabelen van deze probleempatiënten verklaren niet voldoende het verschil gezien de resultaten van de partiële correlaties.

Maar niet alleen voor de probleempatiënten, ook voor de niet-probleempatiënten geldt dat de vergelijkingsartsen hogere consultfrequenties presenteren (PSH-artsen 2,4; vergelijkingsartsen 3,5 met gelijke spreiding).

Uit al deze gegevens blijkt dat de PSH-artsen zich als groep toch anders manifesteren dan de vergelijkingsgroep die naar we mogen aannemen een goede afspiegeling is van 'doorsnee' artsen.

Nu is dat natuurlijk niet zo verwonderlijk daar het idee om gezamenlijk iets te gaan doen aan psychosociale problematiek al jaren bij de PSH-artsen bestond. Ze zijn dus zeker niet meer als een representatieve groep op te vatten, maar een groep die een bepaalde aanpak voorstaat hetgeen tot uiting komt in verschillen in de perceptie van probleempatiëntkenmerken.

## 2.6. De patiëntenenquête

Alle gegevens in vorige paragrafen over probleem- en niet-probleempatiënten waren verzameld bij de huisarts. In deze paragraaf komt de patiënt zelf aan het woord en wel op de volgende twee onderwerpen. We geven op de eerste plaats weer hoe hij zijn huisarts ervaart. Dit wordt gemeten door middel van de huisarts-patiëntenrelatie vragenlijst van Cassee\*. Ook hebben we de klaaggeneigdheid van de patiënt gemeten. Dit is gebeurd door middel van de vragenlijst over ervaren gezondheidstoestand, de VOEG (verkorte versie).

### 2.6.1. de huisarts-patiëntrelatie

Uit de huisarts-patiëntrelatie vragenlijst van Cassee\* werden 19 items geselecteerd op basis van de hoge factorladingen die deze items hadden met de vijf factoren. Deze vijf factoren werden door Cassee als volgt benoemd: informatief, communicatief, afwerend, instrumenteel en diffuus. Uit elke factor zijn enkele items gekozen in onze vragenlijst. In tabel 2.13. hebben we de resultaten van de factoranalyse weergegeven. De laatste factor, met 5% verklaarde variantie, omvat drie item uit het 'informatief optreden', te weten: legt precies uit waarom hij voorschrijft (1), vraagt eerst naar je mening (4), legt uit waarom hij iets doet (9). Items die wel hoog laden op één factor maar waarvan de rest-correlatie met andere factoren nog te hoog waren, zijn niet in de analyse betrokken. In tabel B2.13. hebben we de frequentieverdeling van de drie factoren weergegeven. 93% van de respondenten vonden dat hun huisarts nooit tot zelden als afwerend overkwam. Gezien deze verdeling is deze factor, ofschoon hij als belangrijkste uit de analyse kwam, niet meer van belang.

\* Waarmee een aantal gedragsdimensies van de huisarts wordt gemeten.



tabel 2.13.: factoranalyse huisarts-patiënt relatie: alle artsen

	I	II	III
1 mijn huisarts legt precies uit waarom hij mij een bepaald middel voorschrijft. ( <i>info</i> )			72
2 mijn huisarts staat erop dat je precies doet wat hij zegt. ( <i>instru</i> )		36	
3 mijn huisarts aarzelt als hij vast moet stellen wat ik mankeer. ( <i>instru</i> )		-49	
4 mijn huisarts vraagt je eerst naar je mening als hij je iets voorschrijft. ( <i>info</i> )			45
5 mijn huisarts is nogal zakelijk. ( <i>afwerend</i> )	48		
6 mijn huisarts vertelt je precies wat je mankeert. ( <i>info</i> )			
7 mijn huisarts schrijft je nauwkeurig voor wat je moet doen als je ziek bent. ( <i>instru</i> )		52	
8 mijn huisarts praat met me over andere dingen dan over mijn ziekte alleen. ( <i>diffuus</i> )			
9 mijn huisarts legt uit waarom hij iets op een bepaalde manier doet. ( <i>info</i> )			70
10 mijn huisarts is nogal onzeker in zijn optreden. ( <i>instru</i> )		-55	
11 mijn huisarts ontwijkt gesprekken over mijn persoonlijke moeilijkheden. ( <i>afwerend</i> )	67		
12 mijn huisarts weet dadelijk de goede medicijnen voor me. ( <i>instru</i> )		71	
13 mijn huisarts heeft te weinig tijd voor me als ik hem raadpleeg. ( <i>afwerend</i> )	50		
14 mijn huisarts begrijpt precies wat er met me aan de hand is. ( <i>instru</i> )			
15 mijn huisarts voelt mee met mijn problemen ( <i>kommun</i> )			
16 mijn huisarts houdt zijn patiënten op een afstand ( <i>afwerend</i> )		62	
17 mijn huisarts behandelt me als een nummer ( <i>kommun</i> )		58	
18 mijn huisarts interesseert zich alleen voor je ziekte. ( <i>diffuus</i> )		60	
19 mijn huisarts vertelt mij precies hoe ernstig het is. ( <i>infor</i> )			
percentage variantie	32	9	5

Blijven over het instrumentele en informatieve optreden, men kan ook spreken van een technische en een persoonsgericht factor. De instrumentele (technische) aanpak van de arts wordt door 97% van de respondenten in de categorieën zelden tot soms geplaatst. De extreme scores zijn hier praktisch afwezig.

Gaan we tot de laatste factor over, de informatieve (persoonsgerichte) dan vinden we een zeer goede spreiding over alle antwoord mogelijkheden. In de tabellen B2.14 tot en met B2.17. staan de gemiddelden en spreiding per artsgroep weergegeven.

Zowel binnen als tussen de artsgroepen vinden we geen verschil van betekenis op de factor 'instrumenteel' handelen. De patiënten van de 14 artsen maken nergens een onderscheid van betekenis.

Gaan we over tot de factor 'informatief' optreden dan worden de PSH-artsen iets meer informatief gevonden, zij het dat het verschil gering is. Wel zijn er individuele uitschieters. Arts 8 is volgens zijn patiënten de meest informatieve, arts 6 en 7 de minste.

Voor de vergelijkingsartsen vinden we arts 13 en 18 als het meest informatief en arts 10, 12 en 16 als het minst.

### 2.6.2. de vragenlijst over ervaren gezondheidstoestand

Wele neiging tot klagen hebben probleempatiënten ?

Zie tabel B2.18. en B2.19.

Bij de patiënten van de PSH-artsen vinden we nogal uiteenlopende waarden; arts 5 heeft het laagste gemiddelde (6,5), arts 8 het hoogste (9,4). Bij de vergelijkingsartsen is de spreiding iets geringer, arts 16 (7,2) en arts 9 (9,1).

De patiënten hebben dus voor sommige artsen duidelijk andere klaaggeneigdheid dan voor andere. Overigens zijn de gemiddelden aan de hoge kant.

Vergelijken we onze resultaten met de heranalyse van het leefsituatie-onderzoek (Van der Zee, 1982, in druk) die een landelijke enquête bevatte dan zijn onze scores bijna tweemaal zo hoog. Nu is dat niet zo verwonderlijk daar dit probleempatiënten betreft, maar ook de niet-probleempatiënten hebben scores boven het gemiddelde. Het sterke verband tussen grote klaaggeneigdheid en ziekenfondsverzekering en het grote percentage ziekenfondsverzekerden in ons onderzoek is misschien een verklaring.

### 2.6.3. de gezondheidstoestand van de patiënt en de tevredenheid met de huisarts

In de patiëntenenquête zijn een tweetal vragen opgenomen betreffende de gezondheidstoestand van de patiënt en de tevredenheid met de huisarts. Het betreft uiteraard de beleefde gezondheid en niet (objectief) gemeten via een medisch onderzoek.

Men ziet in tabel B2.20. en B2.21. dat er nauwelijks verschil is tussen de artsen met betrekking tot de gezondheidstoestand van de probleempatiënten. Wel is duidelijk dat de probleempatiënten zich minder gezond voelen dan de niet-probleempatiënten (hoe hoger de score des te zieker). Verder blijkt dat de patiënten van de vergelijkingsartsen zich gemiddeld iets zieker voelen dan de patiënten van de PSH-artsen, dit geldt ook voor de niet-probleempatiënten.

Wat betreft de tevredenheid van de patiënt, hier werd noch tussen of binnen artsengroepen noch tussen patiëntengroepen enig verschil van betekenis gevonden. (tabel B2.22. en B2.23.)

### 2.7. Beantwoording van de eerste vraagstelling: "wat houdt het etiket 'probleempatiënt' in ?"

We hebben in de voorgaande paragrafen de probleempatiënt beschreven op een aantal variabelen:

1e achtergrondkenmerken: sexe, leeftijd, verzekeringsvorm, burgerlijke staat

2e inhoudelijke variabelen: afhankelijkheid, agressie, machteloosheid van de arts, medische consumptie, chronische ziekten

3e patiëntvariabelen: huisarts-patiëntrelatie (instrumenteel en informatief), klaaggeneigdheid

Al deze variabelen zullen we proberen in één plaatje te vangen om daarmee de probleempatiënt te beschrijven.

Deze beschrijving zal eerst per arts (PSH-artsen) plaatsvinden.

Met behulp van discriminantanalyses zullen we proberen per arts die variabelen te selecteren die het beste het onderscheid tussen probleem- en niet-probleempatiënten kunnen voorspellen.

De achtergrondkenmerken van de patiënten zullen in de discriminantanalyse niet aanbod komen daar er gematched is tussen de twee patiëntengroepen. Wat uiteraard niet betekent dat deze variabelen onbelangrijk zijn. In het voorgaande is al de oververtegenwoordiging van de vrouwelijke patiënten en de ziekenfondsverzekerden besproken.

De resultaten van deze analyse zijn per arts in de volgende tabel weergegeven.

tabel 2.14.: discriminantanalyse per arts: rangorde van de belangrijkste variabelen en percentages correct geclassificeerde patiënten: PSH-artsen

variabele	1	2	4	5	6	7	8
afhankelijk	1	1		1	1	1	1
agressief			4	3	2	4	
machteloosheid		3	1	4	3	3	6
consultfrequentie			3			5	7
gezondheid patiënt	2		2			2	8
tevredenheid patiënt							2
instrumenteel handelen	4			2			3
informatief handelen	3	2	5				4
chronische ziekten					4		5
VOEG							
percentage classificatie	78	74	69	75	79	73	73
aantal variabelen	4	3	5	4	4	5	8

Arts\_1 heeft een praktijkgrootte van 2700 patiënten waarvan 60% bij het ziekenfonds verzekerd is.

Hij wijst relatief weinig vrouwen aan als probleempatiënt (56%, groeps-gemiddelde is 64%), en 12% meer ziekenfondsverzekerden dan op basis van de praktijkschatting.

Met behulp van de discriminant analyse konden we 78% van de patiënten correct classificeren. De vier belangrijkste variabelen waren in deze volgorde: afhankelijkheid, gezondheidstoestand van de patiënt, informatief handelen van de huisarts, instrumenteel handelen van de huisarts.

Arts\_2 heeft een praktijkgrootte van 3200 zielen, waarvan driekwart bij het ziekenfonds zit.

Zijn percentage vrouwelijke probleempatiënten wijkt niet af van het groeps-gemiddelde.

Het percentage ziekenfondsverzekerden is 13% meer dan verwacht.

74% van de patiënten in met behulp van discriminantanalyse correct te classificeren.

Drie variabelen zijn de belangrijkste typeringen voor de probleempatiënt. Ten eerste de afhankelijkheid, dan de gevoelens van machteloosheid en het informatief handelen.

Arts\_4 heeft een praktijk van 3000 patiënten met 66% ziekenfondsverzekerden.

Het percentage vrouwelijke patiënten wijkt niet noemenswaardig af van het groepsgemiddelde.

Hij wijst 14% meer ziekenfondsverzekerden aan dan verwacht.

69% van de patiënten is met behulp van discriminantanalyse correct te classificeren.

Om deze classificatie te volbrengen zijn vijf variabelen nodig in deze volgorde van belangrijkheid. Ten eerste zijn gevoelens van machteloosheid, ten tweede de (on)gezondheidstoestand van de patiënt. Vervolgens het gemiddeld aantal consulten dat de patiënten per jaar hebben gehad. Op de vierde plaats de factor agressie en tenslotte het informatief optreden van de huisarts. Interessant is hier dat de factor 'afhankelijkheid' in het geheel niet voorkomt. Voor deze arts speelt dit etiket dus blijkbaar een ondergeschikte rol. Belangrijk voor hem is hoe hij zich beleeft ten aanzien van de patiënten.

Arts 5 heeft een praktijk van 3500 patiënten waarvan de helft bij het ziekenfonds verzekerd is.

Het percentage vrouwelijke probleempatiënten is iets meer dan gemiddeld. 75% van de patiënten kunnen correct geclassificeerd worden.

Hiervoor zijn vier variabelen nodig. Ten eerste de afhankelijkheid, vervolgens het instrumenteel handelen, dan de agressie en tenslotte de machteloosheid.

We zien dat beide factoren uit de gedragsbeschrijving (afhankelijkheid en agressie) alsmede de gevoelens van de arts hier een rol spelen.

Arts 6 heeft (gezamenlijk met arts 7) een praktijk van 4500 patiënten waarvan 66% bij het ziekenfonds aangesloten is.

De probleempatiënten bevatten minder vrouwen dan het groepsgemiddelde (53%, groepsgemiddelde 64%) en 14% meer ziekenfondspatiënten dan verwacht.

Maar liefst 79% van de patiënten zijn correct te classificeren.

De probleempatiënten onderscheiden zich door middel van vier variabelen. Ten eerste de afhankelijkheid, ten tweede de agressie, vervolgens de machteloosheid en tenslotte het hebben van chronische kwalen.

Net als bij arts 5 zijn beide factoren die het etiket probleempatiënt vullen (afhankelijkheid, agressief) en de machteloosheid van de arts hier aanwezig. Daarnaast speelt de problematiek die optreedt als patiënten met chronische ziekten te maken hebben eveneens een rol.

Arts 7 die geassocieerd is met arts 6 heeft iets meer vrouwelijke probleempatiënten dan het groepsgemiddelde en 41% meer ziekenfondsverzekerden dan het praktijk percentage doet verwachten.

Probleem- en niet-probleempatiënten zijn bij hem voor 73% correct te classificeren. Hiervoor zijn vijf variabelen nodig, achtereenvolgens: afhankelijkheid, (on)gezondheids beleving van de patiënt, machteloosheid van de arts, agressie en gemiddeld aantal consulten per jaar.

Naast de inhoudelijke etiketteringsvariabelen spelen bij hem of een patiënt vaak of weinig komt dus ook een rol in de etikettering.

Arts 8 heeft een praktijk van 2600 patiënten waarvan 83% bij het ziekenfonds is.

Hij wijst 4% meer vrouwelijke probleempatiënten aan dan het groepsgemiddelde en 15% meer ziekenfondspatiënten dan verwacht, zelfs bij dit hoge percentage in zijn praktijk.

73% van de patiënten is bij hem correct te classificeren. Hiervoor zijn echter acht variabelen nodig, hetgeen betekent dat probleempatiënten bij deze arts op een gecompliceerder manier dan bij de collega's te onderscheiden zijn van niet-probleempatiënten. De eerste variabele is de afhankelijkheidsfactor, daarna volgt de tevredenheid van de patiënt. Vervolgens twee factoren van de huisarts-patiëntrelatie: het instrumenteel en informatief handelen van de huisarts.

Op de vijfde plaats het hebben van chronische kwalen en de machteloosheid van de arts. Op de zevende plaats de gemiddelde consultfrequentie per jaar en tenslotte de (on)gezondheidstoestand van de patiënt.

Als we het aantal variabelen dat nodig is om tot de voorspelling te komen interpreteren als een maat voor de complexiteit van het etiket probleempatiënt dan vallen er duidelijk verschillen te constateren.

Arts 2 heeft duidelijk het meest eenvoudige beeld van de probleempatiënt voor ogen, met 'slechts' drie kenmerken: hij labelt ze als afhankelijk, hij voelt zich niet machteloos en de patiënten ervaren hem op een bepaalde mate als informatief.

De collega's 1, 4, 5, 6 en 7 hanteren allen vier of vijf variabelen dus zijn qua aantal variabelen wel vergelijkbaar maar niet qua inhoud.

Arts 4 is de enige arts in het gezelschap waarbij de factor afhankelijkheid er niet toe doet. Wel gemeenschappelijk heeft hij met arts 7 de consultfrequentie.

Zo zijn er nog meer verschillen te constateren.

Agressief gedrag van de patiënt ervaren uitsluitend de artsen 4, 5, 6 en 7 maar dan nog in een verschillende mate van belangrijkheid.

De arts die de meest complexe gedachten heeft over wat nu een probleempatiënt is (arts 8) hanteert maar liefst acht van de tien variabelen.

Alleen de factor agressie en de VOEG-score doen niet mee.

Uit tabel 2.11. zijn de individuele verschillen en overeenkomsten duidelijk aantoonbaar.

De factor afhankelijkheid komt met uitzondering van arts 4 waar hij er helemaal niet toe doet steeds als belangrijkste uit de bus.

Aan de andere kant doet de klaaggenigheid van de patiënt bij geen enkele arts in de analyse mee.

Voeren we de discriminantanalyse uit over alle artsen samen dan kunnen we 72% van de patiënten correct plaatsen als probleem- en niet-probleempatiënt (zie tabel 2.15.) Een percentage wat overeenkomt met de resultaten in tabel 2.11.

*tabel 2.15.: percentage correct voorspelde patiënten: discriminant analyse alle artsen*

		VOORSPELD				
		probleem		niet-probleem	totaal	
ACTUEEL	probleem	893	73%	324	27%	1217
	niet-probleem	345	29%	864	71%	1209
	totaal	1238		1188		2426

*totaal correct voorspeld 72%*

Na de classificatie gaan we over tot de vraag: welke variabelen uit de acht gebruikte dragen het meest bij tot de voorspelde classificatie. Zie hiervoor tabel 2.16. (maximum = 1 en -1). Hoe hoger de waarde van de functiecoëfficiënt des te sterker de variabele bij draagt (het teken doet niet ter zake).

tabel 2.16.: gestandaardiseerde discriminantfunctie-coëfficiënt: alle artsen

<i>variabele</i>	<i>functie-coëfficiënt</i>
afhankelijkheid	0,83
consult frequentie	0,22
instrumenteel handelen	-0,16
VOEG	0,13
verzekering	-0,12
agressie	0,11
informatief handelen	0,10

We zien duidelijk dat de aller belangrijkste variabele de afhankelijkheid van de patiënt is (0,83). Op de tweede plaats komt de consultfrequentie met een veel lagere waarde van 0,22.

We hebben reeds eerder gewezen op het verband tussen het etiket probleempatiënt en de vermoedelijk hoge consultfrequenties. (Het probleempatiënt zijn staat niet los van frequent dokterscontact.)

Na deze twee variabelen komen nog vijf variabelen die echter niet erg veel bijdragen aan het onderscheid probleem -niet-probleempatiënt. Als eerste het instrumenteel handelen van de huisarts, daar het teken negatief is moeten we dit handelen als minder instrumenteel opvatten. Dus de patiënten oordelen over de huisarts als dat hij niet direct de juiste medicijnen etcetera weet te vinden.

Verder de VOEG, hoe hoger de klaaggenigheid des te meer draagt de score bij aan het verschil tussen probleem -niet-probleempatiënten. Voor de verzekerden zijn het de ziekenfondspatiënten, die bijdragen, en de tweede factor uit de eerste meting, namelijk agressie en het informatief optreden van de huisarts sluiten de rij. Echter de bijdrage is zeer gering.

De machteloosheid van de arts komt in deze analyse niet terug.

Op basis van de functiecoëfficiënt uit tabel 2.16. gaan we één score berekenen die alle in de tabel genoemde variabelen onder één noemer brengt.

Daar de variabele 'afhankelijkheid' de belangrijkste bijdrage levert zullen we deze term handhaven.

Per arts verkrijgen we aldus een gewogen score op de factor afhankelijkheid, zie tabel 2.17. en 2.18. Hiermee proberen we vraagstelling 1b te beantwoorden: 'welk profiel kunnen we per arts van probleem- en niet-probleempatiënten geven ?'

tabel 2.17.: gewogen afhankelijkheidsscore: PSH-artsen

<i>arts:</i>	1	2	4	5	6	7	8	<i>totaal</i>
probleem	0,63	0,41	-0,45	0,58	0,51	0,80	0,71	0,48
niet-probleem	-0,62	-0,84	-1,36	-0,61	-0,66	-0,35	-0,17	-0,69

tabel 2.18.: gewogen afhankelijkheidsscore: vergelijkingsartsen

<i>arts:</i>	9	10	11	12	13	16	18	<i>totaal</i>
probleem	1,22	0,70	0,97	0,79	0,18	1,12	1,16	0,81
niet-probleem	-0,25	-0,95	-0,14	-0,87	-0,60	0,13	-0,09	-0,43

De hier vermelde getallen zijn standaardscores met een gemiddelde van nul en een standaardafwijking van één. Bij beide artsen groepen is er een duidelijk onderscheid tussen probleem- en niet-probleempatiënten, dit onderscheid is overigens het grootste bij de vergelijkingsartsen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de PSH-artsen gezien hun jarenlange bemoeienis met deze materie genuanceerder tegen het verschijnsel probleempatiënt aankijken. Ze onderkennen de problemen wel maar daar ze ook èn ervaring en hulp bij de hand hebben (psychotherapeutisch team) is hun zienswijze en oordeel minder extreem.

Kijken we naar de individuele scores dan vinden we het volgende.

Arts 7 kent aan de probleempatiënten de hoogste afhankelijkheidsscore toe, op de voet gevolgd door arts 8.

De artsen 1, 5 en 6 nemen een middel positie in. In sterk contrast met deze artsen staat arts 4 die zijn patiënten zèér weinig afhankelijk vindt. Bij de vergelijkingsartsen treffen we ook iets dergelijks aan.

Arts 13 heeft naar eigen zeggen weinig patiënten met een hoge afhankelijkheidsscore, arts 9, 16 en 18 daarentegen juist veel.

We zien dat er vrij grote individuele verschillen gevonden worden in de mate waarin de artsen hun patiënten als afhankelijk labelen. Dit is des te interessanter daar in onze gewogen score de invloed van zowel afhankelijkheid, medische consumptie, huisarts-patiëntrelatie en klaaggenigheid is verwerkt.

Tot slot het laatste deel van de vraagstelling: 'hoe verschillen artsen onderling als we letten op het aantal patiënten dat ze als probleempatiënten etiketteren?'

We kijken hiervoor naar tabel 2.48. waar we de oorspronkelijk aangegeven aantallen probleempatiënten uitgedrukt hebben als een percentage van de praktijkpopulatie. De praktijkgrootte is door de arts geschat, exacte gegevens zijn bij ons niet bekend. Verschillen tussen de artsen zijn duidelijk aanwezig.

tabel 2.19 ..: probleempatiënten als percentage van de praktijkpopulatie:  
PSH-artsen

arts:	1	2	4	5	6	7	8
probleem	4	11	3	9	6	3	4

De lage percentages bij arts 4 en 7 kunnen veroorzaakt worden doordat beiden geassocieerd zijn waardoor maar een deel van de patiëntenpopulatie besproken is. De artsen 2 en 5 wijzen percentueel meer dan tweemaal zoveel probleempatiënten aan dan arts 1 en 8. Degenen met de grootste praktijken (2 en 5, respectievelijk 3200 en 3500 patiënten) hebben ook meer probleempatiënten dan de collegas met de kleinste praktijken (arts 1 en 8, respectievelijk 2700 en 2600 patiënten). Berekenen we voor arts 6 en 7, die gezamenlijk er een zeer forse praktijk op na houden (4500 patiënten) het totale percentage dan komen we op 9% van de praktijkpopulatie terecht.

Er is dus wat te zeggen voor een verband tussen praktijkgrootte en probleempatiënten aanbod. Hoe meer patiënten hoe meer kans er bestaat dat iemand als probleempatiënt gezien wordt.

Anderzijds kan een arts met een kleinere praktijk intensiever contact houden met de patiënten hetgeen de kans dat er problemen boven komen drijven ook weer versterkt.

Kortom we mogen niet al te snel een lineair verband suggereren. Als voorbeeld de artsen 2 en 8 die in dezelfde wijk een praktijk naast elkaar voeren. Gegeven dezelfde patiëntenpopulatie wijst arts 2 bijna driemaal zoveel probleempatiënten aan als arts 8 bij een praktijkgrootte verschil van 600 patiënten.

2.8. Samenvatting en conclusies met betrekking tot vraagstelling 1:  
"waarmee hangt het etiket 'probleempatiënt' samen?"

Gelet op de achtergrondkenmerken van als probleempatiënt geëtiketteerde patiënten vinden we een duidelijk oververtegenwoordiging van vrouwen. Meer dan 60% van de probleempatiënten is een vrouw. Dit werd zowel bij de experimentele artsen als controle artsen geconstateerd. Het feit dat vrouwen vaker als problematisch werden gelabeld is ook terug te vinden bij een hele reeks andere onderzoeken die globaal in dezelfde richting wijzen.

Wat kan de reden hiervoor zijn?

Daar wij met de ter beschikking staande middelen hierover geen nieuwe analyses kunnen plegen volstaan wij met het aangeven van enkele mogelijke verklaringen. Het eerste waar wij aan denken is dat alle uitspraken over wie wél en wie niet probleempatiënt is gedaan zijn door mannelijke huisartsen. Er kan dan sprake zijn van sexe-bias. Om dit te onderzoeken zouden we een aantal vrouwelijke huisartsen moeten vragen welke patiënten zij zouden etiketteren, en dan nagaan hoe de geslachtsverdeling van de steekproef of populatie er uitziet.

Andere factoren die meer de nadruk leggen op eigenschappen van de patiënten kunnen liggen op het vlak van de medische consumptie. Patiënten die vaak komen hebben meer kans als probleempatiënt geëtiketteerd te worden dan anderen. Daar vrouwen vaker op het spreekuur verschijnen dan mannen kan dit het vaker voorkomen van vrouwen als probleempatiënt (althans voor een deel) verklaren.

Een mogelijkheid die samenhangt met de contactfrequentie is dat mannen voor een deel hun medische en psychische problematiek niet via hun huisarts maar via de bedrijfsarts of dienstarts ventileren.

Tenslotte wijzen we erop dat er verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de problemen die ze voorleggen aan hun huisarts. Vermoedelijk uiten vrouwen vaker hun emotionele problematiek dan mannen, daarbij denken we niet aan noodzakelijkheden maar aan cultuurgebonden rolpatronen.

Rekening houdende met het percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk blijkt dat met uitzondering van twee artsen steeds de ziekenfondspatiënten oververtegenwoordigd zijn. Evenals bij de variabele geslacht, zijn onze resultaten een bevestiging van hetgeen andere onderzoekers ook constateerden.

Vergelijken we de leeftijdsverdeling van de ziekenfondspatiënten uit onze steekproef met de praktijkpopulatie zoals verkregen via het LISZ dan constateren we dat de keuze van probleempatiënten niet de lijn volgt die de praktijkverdeling aangeeft.

Een factoranalyse van de dertien gedragsitems die het abstracte etiket 'probleempatiënt' moesten invullen leverde twee factoren op. De eerste werd als 'afhankelijkheid' beschreven de tweede, duidelijk minder belangrijk als 'agressie'.



Probleempatiënten konden op deze twee dimensies onderscheiden worden, ze waren afhankelijk ten opzichte van de huisarts, dat wil zeggen speelden de ziekenrol. somatiseerden, waren hulpeloos en zielig; of ze waren agressief cq boos op de hulpverlener. Ten aanzien van de probleempatiënten overheerste het gevoel van machteloosheid dat als belangrijkste kenmerk uit de analyse kwam.

Naast de inhoud van de etikettering en de gevoelens van de arts ten aanzien van de patiënt zijn de probleempatiënten ook op het punt van medische consumptie te onderscheiden van de niet-probleempatiënten. Gemiddeld heeft de probleemgroep bijna tweemaal zoveel consulten gehad als de niet-probleemgroep (gemeten over dezelfde periode). Daar beide groepen gematched zijn op leeftijd en geslacht zijn laatstgenoemde variabelen niet van invloed op het verschil. Correctie voor chronische kwalen leverde evenmin een verandering op. De huisarts-patiëntrelatie, onderzocht door middel van een vragenlijst aan de patiënten leverde twee factoren op:

- 1e de huisarts was instrumenteel cq ter zake kundig
- 2e de huisarts was informatief, gaf de nodige uitleg aan de patiënt als deze erom vroeg

Zowel probleem- als niet-probleempatiënten zijn volgens eigen zeggen even (zèér) tevreden over hun huisartsen. Mogelijk speelt sociale wenselijkheid hierbij een rol. Wel ervaren probleempatiënten zich zeker dan de niet-probleempatiënten.

De klaaggenigheid van de patiënt gemeten met de (verkorte) VOEG onderscheidt weer duidelijk de geëtiketteerde groep van de anderen. Hetgeen zeker past in het concept 'probleempatiënt'; patiënten die chronisch klagen zonder dat er duidelijk sprake is van een aanwijsbaar somatisch probleem kunnen de arts makkelijk tot wanhoop brengen en de patiënt tot een 'probleem' bestempelen.

Daarnaast moeten we opmerken dat de ziekenfondspatiënten, die gekenmerkt worden door een hogere klaaggenigheid cq hogere VOEG-score, in onze groep sterk vertegenwoordigd zijn.

Door middel van een discriminantanalyse hebben we geprobeerd probleem van niet-probleempatiënten te onderscheiden.

We kwamen tot een percentage van 72, hetgeen heel acceptabel is maar toch aangeeft dat een deel van de patiënten een onduidelijke positie inneemt.

Van de reeks variabelen die gebruikt werden in de discriminantanalyse bleek de factor 'afhankelijkheid' als aller belangrijkste naar voren te komen. Op de tweede plaats, met grote afstand, kwam de consultfrequentie. De resterende variabelen, te weten: instrumenteel optreden, VOEG, verzekeringsvorm, agressie en informatief optreden, in deze volgorde van belangrijkheid dragen nauwelijks iets bij.

### HOOFDSTUK III: PROBLEEMAANBOD

#### 3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk proberen we een antwoord te geven op een deel van vraagstelling 2:

- hoe beoordeelt de arts het gepresenteerde klachtenaanbod (somatisch, psychosociaal, vaag ernstig, kan er niets mee)
- hoe beoordeelt de arts de patiënt (somatiseert, zeurt, werkt mee, en dergelijke)
- hoe ervaart de arts zijn eigen handelen tijdens het consult (machteloos, geïrriteerd)
- ten slotte hoe ligt de relatie met de algemene afhankelijkheid zoals gevonden in hoofdstuk 2.

Teneinde deze vragen te beantwoorden zijn door de PSH-artsen gedurende een jaar de consulten geregistreerd van dezelfde patiëntengroepen waarover in het vorige hoofdstuk in meer algemene zin is gesproken. We gaan hier eerst in op de hoeveelheid verzamelde consulten en de betrouwbaarheid van de registratie. Vervolgens bespreken we de beoordelingen welke de arts per consult gaf van het klachtenpatroon, de patiënt, en zijn eigen optreden. Ten slotte gaan we in op de relatie die we konden leggen tussen de algemene etikettering van een patiënt en de oordelen tijdens het consult.

#### 3.2. Overzicht van de aantallen consulten en contactfrequentie van de patiëntengroepen

In tabel 3.1. hebben we de aantallen consulten per patiëntsoort weergegeven. Deze consulten hebben uitsluitend betrekking op de patiënten die door hun eigen arts behandeld zijn, dit geldt met name voor de artsenkoppels 3-4 en 6-7\*.

Een andere beperking in het consultenaantal is dat we uitsluitend patiënten uit het oorspronkelijke bestand erin betrokken hebben. De later als nog van een nummer voorziene PSH-patiënten en incidentele controle patiënten zijn over een te korte periode gevolgd zodat het weinig zinvol is ze in deze tabellen op te nemen.

tabel 3.1.: aantal consulten: PSH-artsen

	arts: 1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	214	295	116	179	230	135	445	1623 67%
niet-probleem	120	173	55	59	99	41	246	796 33%
totaal	334	468	171	238	329	176	691	2419

Bij bestudering van tabel 3.1. valt duidelijk op dat de aantallen gerapporteerde consulten sterk uiteenlopen. Omdat de steekproeven niet gelijk zijn hebben we de consultratio per 100 patiënten berekend. (zie B3.1.)

\*We bespreken hier alleen de vergelijkingsartsen indien dat uit het oogpunt van betrouwbaarheid en dergelijke nodig is.

Ondanks deze correctie voor steekproefgrootte blijven er grote verschillen bestaan tussen de artsen.

Gezien deze verschillen moeten we ons de vraag stellen: hoe betrouwbaar is er geregistreerd door de artsen. We concentreren ons op de PSH-artsen.

Gezien de samenhang tussen probleempatiënten en huisartsbezoek kunnen we al bij voorbaat veronderstellen dat het vrijwel niet mogelijk is dat probleempatiënten niet gekomen zijn.

Deze maat, probleempatiënten zonder consulten, is dus een index voor de onbetrouwbaarheid van de registratie.

In tabel B3.2. staan de resultaten.

We zien dat arts 8 een uitzonderingspositie inneemt. Bij hem treffen we 'maar' 14% probleempatiënten aan waarvan hij geen consulten heeft geregistreerd. Voor alle andere artsen gelden percentages om en nabij de 30. Voor de niet-probleempatiënten geldt hetzelfde patroon, zij het dat de percentages hier (uiteraard) veel hoger liggen.

Welke conclusie kunnen we hieruit trekken ?

De eerste stelling zou luiden: arts 8 registreert zo goed mogelijk, alle anderen registreren veel minder dan in de bedoeling lag. Hiervoor zijn echter geen goede gronden aan te wijzen.

Arts 8 heeft wel de kleinste praktijk met praktisch uitsluitend ziekenfondspatiënten, deze laatsten zorgen voor een hoge medische consumptie. Als arts 8 dan ook stipt registreert kan dat de hoge consultratio verklaren.

Een argument voor deze opvatting vinden we in tabel 2.11. (hoofdstuk II) waar het gemiddeld aantal consulten per jaar per patiënt tot de allerhoogsten behoort.

Voert arts 8 een actievere terugbestel politiek dan zijn collega's ?

Dit staat in tabel B3.3., waaruit blijkt dat dit geenszins het geval is. Een andere maat voor terugbestellen is na te gaan hoeveel procent van de consulten herhalingscontacten zijn. Zoals weergegeven in B3.4. Hierin heeft arts 8 wel een hoog percentage maar de collega's 1, 4 en 5 eveneens. Kortom voorlopig blijven we het antwoord schuldig in hoeverre arts 8 stipter geregistreerd zou hebben dan zijn collega's.

Belangrijker dan dit alles is de vraag of de geregistreeerde consulten een random steekproef vormen uit de populatie van consulten. Hiervoor gaan we na of de patiëntengroep zonder consulten qua leeftijd en geslacht een andere verdeling vormen dan patiënten met tenminste één consult. Zie tabel B3.5. tot en met B3.7.

De verschillen tussen de groepen met en zonder consulten zullen met betrekking tot achtergrondkenmerken bij het gebruikelijke patroon moeten aansluiten: meer mannen dan vrouwen, meer jongeren dan ouderen, meer particulieren dan ziekenfondsverzekerden (vgl. Cassee, 1973; Mootz, 1980; Ormel, 1975; Verhaak, 1979).

Wat betreft de laatst genoemde groep (tabel B3.6) de groepspercentages verschillen 7% van elkaar, wat voor rekening komt van vijf artsen. Arts 2 die relatief minder ziekenfondsverzekerden met consulten heeft, had extreem veel ziekenfondsverzekerden in de probleempatiënten groep.

Bij de vrouwen (tabel B3.5.) vonden we een onderrapportage, er zitten 12% minder vrouwen in de groep patiënten die niet geregistreerd is.

Tenslotte de leeftijd (tabel B3.7.). De patiënten die geregistreerd zijn zijn gemiddeld twee jaar jonger, op zich geen grote afwijking. Echter dit getal versluiert nogal uiteenlopende verschillen als we op artsniveau gaan kijken.

Arts 2 heeft totaal geen verschil, de artsen 4, 5, 6 en 7 hebben verschillen tussen de 1, 3 en 3 jaar conform het groepsgemiddelde. Duidelijke afwijkingen laten de artsen 1 en 8 zien, met respectievelijk 8 en 5,6 jaar, zij hebben frequenter jongere patiënten geregistreerd. In grote lijnen treffen we verschillen aan die volgens verwachting zijn: alleen het leeftijdsverschil bij artsen 1 en 8 is vreemd. Uitgaande van het gegeven dat in het algemeen oudere mensen vaker bij de arts komen dan jongeren, zou men veronderstellen dat bij deze artsen sprake is van een onderrapportage bij ouderen. Het moet echter bij veronderstellingen blijven, aangezien we geen schaduwregistratie hebben waaruit kan worden afgeleid of mensen zonder gereistreerde consulten ook echt niet gekomen zijn.

### 3.3. Het klachtenpatroon

#### 3.3.1. somatische en psychische aspecten

Zoals in de bijlage te zien is heeft de arts genoteerd wat de klachten van de patiënt waren in diens bewoordingen. We kennen op deze manier de redenen van de patiënt om op het spreekuur te komen. Daar een goed classificatiesysteem momenteel nog niet beschikbaar is zullen we ons beperken tot het oordeel van de arts\* over deze klachten.

Op een vijf-puntsschaal heeft deze aangegeven of hij de gepresenteerde klachten somatisch dan wel psychisch beoordeelde (zie bijlage). Deze vijf-puntsschaal hebben we teruggebracht tot een tweedeling, namelijk de arts beoordeelt deze klacht als geheel somatisch tegenover de arts beschouwt deze klacht geheel of gedeeltelijk als psychisch van aard.

tabel 3.2.: *percentage hoofdzakelijk psychisch beoordeelde klachten, per patiëntsoort: PSH-artsen*

arts:	1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	67% 210	57% 343	77% 115	81% 197	69% 248	67% 161	82% 503	72%
niet-probleem	48% 117	38% 172	50% 52	48% 58	38% 94	40% 40	65% 246	47%

In tabel 3.2. hebben we de percentages niet-uitsluitend-somatisch beoordeelde klachten weergegeven. Consulten van probleempatiënten hebben het hoogste percentage klachten met een psychische component (72%), niet-probleemconsulten het laagste (47%), een te verwachten resultaat. Wanneer we het gemiddelde percentage niet-puur-somatisch beoordeelde klachten over alle patiëntengroepen per arts nemen, geldt arts 2 als grootste 'somaticus', arts 8 als de 'kleinste'; bij de laatste speelt in meer dan driekwart van de consulten volgens hem 'de psyche' een rol.

#### 3.3.2. ernst, vaagheid en behandelbaarheid van de klacht

In de tabellen 3.3. tot en met 3.5. zijn achtereenvolgens de percentages als ernstig, vaag en onbehandelbare klachten genoemd. Het onderscheid tussen probleem en niet-probleempatiënten is bij alle drie variabelen duidelijk aantoonbaar. De niet-probleempatiënten hebben percentueel steeds veel minder ernstige, vage of onbehandelbare klachten.

\*Momenteel wordt geëxperimenteerd met het 'reason for encounter' classificatiesysteem van de WHO. Het zal niet meer mogelijk zijn om dit systeem in te voeren en te gebruiken vóór het eindrapport gereed is.

tabel 3.3.: *percentage als ernstig beoordeelde klachten, per patiëntsoort: PSH-artsen*

	arts: 1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	39% 206	28% 343	26% 112	45% 194	27% 245	10% 159	42% 500	33% 1759
niet-probleem	24% 115	29% 172	19% 53	36% 56	14% 98	3% 40	30% 249	22% 778

tabel 3.4.: *percentage als vaag beoordeelde klachten, per patiëntsoort: PSH-artsen*

	arts: 1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	31% 207	12% 343	19% 115	15% 186	5% 248	32% 160	30% 500	21% 1759
niet-probleem	21% 115	10% 172	7% 54	7% 54	1% 99	12% 40	19% 245	11% 779

tabel 3.5.: *percentage 'kan er niets mee', per patiëntsoort: PSH-artsen*

	arts: 1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	31% 184	13% 343	16% 95	21% 163	4% 224	12% 154	9% 399	14% 1562
niet-probleem	12% 191	8% 172	2% 48	11% 45	2% 90	5% 39	3% 176	6% 671

Zijn artsen die vaak klachten als vaag beschouwen ook degenen die ze als ernstig beschouwen etcetera ?

Het antwoord is ontkennend daar de rangorde per arts tussen de drie variabelen te verschillend is. Bijvoorbeeld arts 5 heeft het hoogste percentage ernstige klachten en klachten waar hij niets mee kan. Maar op de 'vage klachten' haalt hij maar de vijfde plaats.

Wel treffen we bij arts 1 een behoorlijke consistentie aan met in vergelijking met zijn collega's zeer hoge percentages op alle drie variabelen.

### 3.4. De beoordeling van de patiënt

De patiënten werden door de arts tijdens het consult beoordeeld door middel van een zestal items te weten: openhartig, zelfstandig, meewerkend, reëel, zeurderig en somatiserend. Deze items bleken in twee groepen uitte vallen.

Ten eerste de groep waarvoor we de verzamelnaam 'coöperatief gedrag' hanteren met de items: openhartig, zelfstandig, meewerkend en reëel.

Ten tweede de groep waarvoor de naam 'afhankelijk' gedrag gekozen is (naar analogie van dezelfde factor uit de algemene etikettering) met de items zeurderig en somatiserend.

De score op de twee factoren komt tot stand door de som van de items te middelen. Daarna is een tweedeling gemaakt: de antwoordcategorieën nooit en zelden tegenover de antwoordcategorieën soms-vaak-altijd.

coöperatiefgedrag

Zie tabel 3.6.

tabel 3.6.: percentage 'coöperatief' gedrag, per patiëntsoort: PSH-artsen

	arts: 1 2 4 5 6 7 8 totaal							
probleem	42% 213	91% 343	99% 116	62% 201	94% 248	57% 161	81% 503	77% 1705
niet-probleem	79% 119	99% 173	100% 54	80% 59	100% 94	87% 37	96% 244	92% 785

Over gebrek aan medewerking van de patiënten hoeven de artsen niet te klagen, zeker niet in de consulten van de niet-probleempatiënten. Met name bij de artsen 2, 4, 6 en 8 zijn er geen of vrijwel geen consulten, waarin ze patiënten als niet-coöperatief labelen.

Arts 1 en 7 hebben duidelijk andere oordelen dan hun collega's. Om en nabij de helft van de consulten van probleempatiënten is er sprake van niet meewerken van de kant van de patiënt.

afhankelijk gedrag

Zie tabel 3.7.

tabel 3.7.: percentage 'afhankelijk gedrag', per patiëntsoort: PSH-artsen

	arts: 1 2 4 5 6 7 8 totaal							
probleem	93% 212	56% 343	28% 115	67% 201	43% 248	83% 161	85% 500	64% 1780
niet-probleem	50% 120	20% 173	4% 53	39% 59	7% 99	34% 38	55% 244	30% 786

Afhankelijkheid als belangrijkste kenmerk van de probleempatiënt in de algemene etikettering komt ook in de consultetikettering terug. Het percentage afhankelijk gedrag is bij de probleemgroep meer dan tweemaal zo hoog als bij de niet-probleemgroep. Daarnaast zijn de verschillen per arts enorm groot.

Neem bijvoorbeeld arts 1, 93% van de probleemconsulten krijgen bij hem het label 'afhankelijk'. In sterk contrast daarmee staat arts 4 die maar in 28% van de consulten deze ervaring heeft.

Vergelijken we dit met de gegevens uit tabel B2.4.

3.5. De zelfbeleving van de arts

De artsen gaven met behulp van vijf items, te weten: machteloos, geïnteresseerd, gespannen, openhartig en geïrriteerd aan hoe ze zich ervaren tijdens het consult. Hieruit kwamen twee duidelijke clusters naar voren. Ten eerste de cluster 'machteloosheid' bestaande uit de items machteloos, gespannen en geïrriteerd. Ten tweede de cluster 'interesse' bestaande uit de items interesse en openhartig.

Gewoontegetrouw zijn de scores op de beide clusters of factoren tot stand gekomen door de som van de items te middelen en daarna te dichotomiseren ('niet-enigszins' versus 'tamelijk-zeer').

machteloosheid

De percentages consulten waarbij machteloosheid van de arts een rol speelt zijn dermate gering dat we ze niet vermelden. De enige echte uitschieter is arts 5 die bij de probleempatiënten in 20% van de consulten aangaf zich machteloos te voelen.

interesse

Zie tabel 3.8.

*tabel 3.8.: percentage 'interesse', per patiëntsoort: PSH-artsen*

	arts: 1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	67% 213	94% 343	87% 116	52% 201	95% 248	39% 161	81% 502	76% 1786
niet-probleem	80% 120	98% 173	96% 54	46% 59	99% 99	44% 39	94% 246	80% 790

Als men een arts zou vragen of hij zich ten aanzien van een bepaalde patiënt geïnteresseerd voelt, dan ligt het voor de hand te veronderstellen dat praktisch elk antwoord een volmondig 'ja' zou inhouden. Het is niet gepast om te beweren dat men geen interesse kan opbrengen voor een persoon die met een hulpvraag komt.

Deze interesse kan wel danig in de knoei raken als de patiënt de arts ten wanhoop drijft met zijn problemen, niet in de zin dat de problemen 'groot' zijn, maar dat met de patiënt onmogelijk blijkt samen te werken. In onze termen: de afhankelijke patiënt. Bij de structuur van het consult komen we hierop nog terug.

Kortom we verwachten zéér hoge percentages 'interesse' van de arts.

Bij beide groepen patiënten is dit inderdaad het geval maar twee artsen vormen een uitzondering op de regel, arts 5 en 7 met relatief lage percentages.

Het is voor ons niet uit te maken of de sociale wenselijkheid op de vraag een te sterke rol heeft gespeeld. We kunnen niet aannemen dat beide artsen inderdaad relatief weinig interesse toonden anderzijds roepen de zéér hoge percentages bij de andere artsen ook de nodige vragen op.

3.6. De structuur binnen het consult en de relatie met vraagstelling 2: 'wat zijn de consequenties van het etiket probleempatiënt'

In de vorige paragrafen zijn achtereenvolgens de aard van de klacht (somaatich-psychisch, vaagheid, ernst, behandelbaarheid) en de patiëntenbeoordeling besproken. Voor de hand ligt nu de vraag 'hoe hangen deze aspecten samen?'. En hierbij willen we meteen de relatie leggen met de resultaten uit hoofdstuk II, de inhoudelijke vulling van het abstracte etiket 'probleempatiënt'.

Hiertoe ageregen we alle consulten op patiëntniveau zodat we het verband kunnen constateren tussen een eenmaal ingenomen standpunt van de arts en de variabelen uit het consult. Daarnaast maken we gebruik van gegevens uit de patiëntenenquête. De volgende variabelen zijn geselecteerd:

uit de eerste meting:

de factor 'afhankelijkheid'

de factor 'agressie'

uit de patiëntenenquête:

de VOEG

de huisarts-patiëntenrelatie: instrumenteel  
informatief

uit de consulten (geagregeerd naar patiënt)  
somatisch-psychisch oordeel over de klacht  
vaagheid van de klacht  
ernst van de klacht  
'kan er niets mee'

Daar we in de analyse het verband onderzoeken tussen etikettering en de gevolgen daarvan tijdens het consult, zijn uitsluitend die consulten genomen die in de tijd gemeten na de eerste meting plaats vonden.

Uit de vorige paragrafen kwam duidelijk naar voren dat probleempatiënten andere scores halen op de besproken variabelen dan niet-probleempatiënten. Welke aspecten van het consult zijn nu typerend voor probleempatiënten en welke niet.

Hiertoe voeren we een discriminantanalyse uit waarbij we proberen te voorspellen welk consult nu typerend is voor een probleempatiënt en welke niet. De resultaten staan vermeld in de bijlage: tabel B3.8. en B3.9.

De classificatie leverde niet veel op, slechts 53% van de consulten is correct te classificeren.

Van de vier ingebrachte variabelen die de klacht beschrijven en het oordeel van de arts over de patiënt blijven er maar twee over, namelijk 'psychosociaal oordeel over de klacht' en 'de arts kan niets met de klacht'. De aller belangrijkste bijdrage levert de variabele psychosociaal oordeel, in die zin dat naarmate de klacht vaker psychosociale componenten levert dit meer bijdraagt aan het onderscheid tussen consulten van probleem- en niet-probleempatiënten.

Met behulp van de in tabel B3.9. genoemde coëfficiënten berekenen we over beide variabelen standaardcores met een gemiddelde van nul en een standaardafwijking van één. De aldus berekende gemiddelden per patiëntengroep zijn voor alle artsen vermeld in tabel B3.10.

Het onderscheid tussen probleem- en niet-probleempatiënten komt duidelijk tot uiting in het grote verschil tussen de groepsgemiddelden. Maar daarnaast treffen we eveneens grote verschillen tussen artsen aan.

Arts 5 steekt met zijn gemiddelde score duidelijk uit boven dat van zijn collega's hetgeen betekent dat met constanthouding van de overige variabelen in het consult hij meer psychosociale klachten waarneemt bij de probleempatiënten dan de andere artsen.

Arts 6 is een duidelijke tegenpool, zowel bij probleem- als niet-probleempatiënten worden psychosociale klachten slechts in geringe mate waargenomen.

Daarnaast is er ook een grote overeenstemming binnen de artsen.

Artsen die veel/weinig psychosociale aspecten waarnemen doen dat tevens bij beide patiëntengroepen. Bijvoorbeeld arts 6 heeft en de laagste score bij probleem- als bij niet-probleempatiënten, arts 2 is eveneens een treffend voorbeeld.

Als we veronderstellen dat het klachtenaanbod even gevarieerd is per arts kunnen we hieruit concluderen dat we hierin een artsenkenmerk op het spoor zijn. Echt interessant wordt het als we naast het psychosociale oordeel tevens de klacht zelf kunnen classificeren (dit zal te zijner tijd gebeuren). Dan is het mogelijk om de perceptie van de arts bij constant houden van het klachtenaanbod te onderzoeken.

Onze volgende stap is om de resultaten van hoofdstuk II in verband te brengen met het hier gevonden onderscheid tussen probleem- en niet-probleempatiënten. Met behulp van multiple regressie proberen we te onderzoeken welke variabelen uit hoofdstuk II het beste de (gewogen) psychosociale klachtenfactor kunnen voorspellen.



Als we de resultaten van hoofdstuk II, de inhoudelijke 'vulling' van het etiket probleempatiënt cq de afhankelijke en agressieve patiënt evenals de klaaggeneigdheid en de huisarts-patiëntrelatie in verband willen brengen met het psychosociale klachtenaanbod dan stuiten we op diverse problemen.

Het eerste probleem is het verschil in eenheid van onderzoek. De variabele 'psychosociale klachten waar de arts niets mee kan' komt tot stand op consultniveau. De factoren afhankelijkheid etcetera daarentegen op patiëntniveau. Willen we beide zaken met elkaar in verband brengen dan dienen we de gegevens op consultniveau te beperken tot één consult of te ageregen. We hebben voor beide oplossingen gekozen en wel op de volgende wijze. Ten eerste relateren we afhankelijkheid etcetera met alle geagereerde consulten (op patiëntniveau) vanaf het tijdstip dat de eerste meting is verricht. En wel omdat we een causaal verband veronderstellen tussen een eenmaal ingenomen standpunt van de arts (probleempatiënt = afhankelijke patiënt) en de consultgebeurtenissen. Ten tweede relateren we afhankelijkheid etcetera met het eerste consult nadat de eerste meting heeft plaatsgevonden. Ten derde hetzelfde met het laatste consult na de eerste meting. De laatste twee metingen zijn nodig om na te gaan in hoeverre de relatie tussen eerste meting en consultgebeuren een stabiel gegeven is. Het is goed denkbaar dat door agregatie alle veranderingen worden glad gestreken.

We maken gebruik van multiple regressie-analyse waarbij de afhankelijke cq de te verklaren variabele het psychosociale oordeel van de arts is (waar hij niets mee kon) en de onafhankelijke cq de variabelen die dit oordeel moeten verklaren achtereenvolgens zijn:

- de factoren: afhankelijkheid en agressie uit de eerste meting
- de klaaggeneigdheid van de patiënt (VOEG)
- de huisarts-patiëntrelatie: instrumenteel en informatief optreden
- de gezondheidsbeleving van de patiënt
- de tevredenheid met de huisarts

tabel 3.9.: *multiple regressie: eerste meting en patiëntenenquête met psychosociale klachten: PSH-artsen (alle consulten geagereert na eerste meting)*

<i>variabele</i>	<i>signi- ficantie</i>	<i>multiple correlatie</i>	<i>percentage variantie</i>	<i>enkelvoudige correlatie</i>
afhankelijk	0.000	0,31	10	0,31
gezondheid patiënt	0.000	0,36	13	0,28
patiëntsoort PP/NPP	0.008	0,38	14	0,28

totale multiple correlatie: 0,42  
gewogen gemeenschappelijke variantie: 15%

In tabel 3.9. staan de resultaten over de geagereerde consulten na de eerste meting.

We zien uit de tabel dat de totale multiple correlatie 0,42 bedraagt die na weging een totale (verklaarde) variantie van 15% biedt.

Dit is zeker géengeweldig resultaat. Verreweg het overgrote deel van de variantie wordt dus bepaald door factoren die niet door onze gebruikte variabelen verklaard kunnen worden. Deze 15% wordt op de eerste plaats verklaard door de afhankelijkheidsfactor met 10% gemeenschappelijke variantie. De score die de arts een patiënt op de factor 'afhankelijkheid' toekende is dus de belangrijkste voorspeller of hij (de arts) in een consult het gepresenteerde klachtenaanbod als psychosociaal labelt.

Rekening houdende met alle andere variabelen komt de (on)gezondheid van de patiënt op de tweede plaats. Hierdoor stijgt de totale gemeenschappelijke variantie tot 13%. Bij patiënten die zich naar eigen zeggen ziek voelen vindt de arts vaker psychosociale klachten dan bij patiënten die zich gezond voelen.

De laatste nog significante variabele (niveau is 5%) is het etiket wel/niet probleempatiënt, de gemeenschappelijke variantie stijgt tot 14%. Zoals verwacht vinden artsen bij probleempatiënten meer psychosociale klachten dan bij niet-probleempatiënten.

Het bovenstaande overziende kunnen we concluderen dat het belangrijkste criterium in een consult om uit te maken of klachten als psychosociaal beoordeeld worden, bepaald wordt door algemene oordelen van de arts over de patiënt. Dit betekent dat hetgeen in een consult gebeurt voor een deel bepaald wordt door eenmaal ingenomen standpunten van de arts. Daar de totale variantie die hierdoor bepaald wordt maar 15% bedraagt blijft er nog genoeg 'onverklaarde' variantie over die voor rekening komt van niet onderzochte variabelen.

tabel 3.10.: multiple regressie: eerste meting en patiëntenenquête met psychosociale klachten: PSH-artsen (eerste consult na eerste meting)

variabele	significantie	multiple correlatie	percentage variantie	enkelvoudige correlatie
afhankelijk	0.000	0,28	8	0,28
gezondheid patiënt	0.000	0,32	10	0,26
informatief optreden	0.009	0,35	12	0,11
machteloosheid arts	0.009	0,37	14	0,26

totale multiple correlatie: 0,39  
gewogen gemeenschappelijke variantie: 13%

Gaan we over naar tabel 3.10. dan vinden we daar de resultaten van eerste consulten na de eerste meting. De invloed van de eerste meting zou men hier het sterkste moeten ervaren.

Weer komt de afhankelijkheidsfactor als belangrijkste voorspeller uit de bus zij het wat zwakker dan over alle geaggregeerde consulten. De multiple correlatie voor afhankelijkheid is 0,28 wat een variantie van 8% oplevert. Op de tweede plaats vinden we weer de gezondheidstoestand van de patiënt, wat de totale variantie tot 10 doet stijgen.

De laatste twee plaatsen worden achtereenvolgens ingenomen door de informatief optredende huisarts en de huisarts die zich machteloos voelt. Hoe meer de huisarts als informatief wordt ervaren door de patiënt en hoe machtelozer de huisarts zich voelt in de overgang van de patiënt des te meer psychosociale klachten neemt hij waar. De totale multiple correlatie is 0,35 met 13% variantie.

tabel 3.11.: multiple regressie: eerste meting en patientenenquete met psychosociale klachten: PSH-artsen (laatste consult na eerste meting)

variabele	significantie	multiple correlatie	percentage variantie	enkelvoudige correlatie
afhankelijk	0.000	0,28	8	0,28
gezondheid	0.004	0,31	10	0,24
PP/NPP	0.024	0,33	11	0,25

totale multiple correlatie: 0,35  
gewogen gemeenschappelijke variantie: 10%

Als we naar de meest ver verwijderde consulten ten opzichte van de eerste meting kijken dan vinden we een beeld dat inhoudelijk exact gelijk is aan dat van tabel 3.9., namelijk de variabelen afhankelijkheid, gezondheid en probleem- niet-probleempatiënten. Wel is de totale multiple correlatie lager met 5% minder verklaarde variantie.

De drie genoemde tabellen overziende blijkt dat als we de tijdsfactor in rekening brengen (tijd tussen eerste meting en consulten) we in feite geen verschil van betekenis kunnen constateren. De variabelen die de meeste variantie voor hun rekening nemen (afhankelijkheid, gezondheid) komen in alle drie de analyses op de eerste plaats.

Hierbij twee kanttekeningen:

Ten eerste is de variantie die voor rekening komt van de genoemde variabelen beslist niet hoog te noemen (op geaggregeerd niveau 15%) zodat er meer dan genoeg ruimte voor andere verklaringen overblijft.

Ten tweede zijn er nog vele andere indelingen te bedenken om de consulten te analyseren bijvoorbeeld perioden van drie maanden of een halfjaar achtereenvolgens te vergelijken om na te gaan in hoeverre de artsen in de tijd gemeten systematisch anders gaan reageren in de consulten. Zulk een analyse zal echter snel de doelstelling van dit onderzoek te buiten gaan.

Als we deze paragraaf willen afsluiten dan concluderen we dat vraagstelling 2: "wat zijn de consequenties van het etiket 'probleempatiënt'" als volgt te beantwoorden is:

- als een arts een patiënt als probleempatiënt etiketteert dan zijn de consulten van deze probleempatiënten duidelijk gekenmerkt door het feit dat het gepresenteerde klachtenpatroon als psychosociaal gelabeld wordt, en dat de arts er niets mee weet aan te vangen,
- gaan we vervolgens na in hoeverre dit 'psychosociaal klachtenpatroon waar de arts niets mee kan' verklaart kan worden dan blijkt de factor 'afhankelijkheid' (zie hoofdstuk II) de belangrijkste verklarende variabele te zijn. Op de voet gevolgd door de gezondheidstoestand van de patiënt.
- deze twee factoren (afhankelijkheid, gezondheidstoestand) zijn steeds de belangrijkste verklarende variabelen ongeacht het tijdstip van analyse, (direct na de eerste meting, zover mogelijk na de eerste meting of geaggregeerd).

### 3.7. Samenvatting en conclusie met betrekking tot de vraagstelling: "wat zijn de gevolgen van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' voor de patiëntencarrière?"

In deze paragraaf bespreken we bovenstaande vraagstelling alleen maar voor de beoordeling van het gepresenteerde klachtenpatroon. De beslissingen die de arts in het consult neemt ten aanzien van behandeling komen in hoofdstuk IV ter sprake.

Het eerste deel van deze paragraaf heeft echter te maken met de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens.

#### betrouwbaarheid van de registratie

We vinden grote verschillen tussen de artsen met betrekking tot ontvangen consulten. Deze bleven bestaan na correctie voor steekproefgrootte en terugbestelling van de patiënt.

Als we als criterium aannemen dat probleempatiënten ten minste één consult gehad hebben in de geregisteerde periode dan komt arts 8 als 'beste' uit de bus met maar 14% missers, alle andere artsen hebben om en nabij de 30% probleempatiënten met géén consulten.

Onderzoek naar de kenmerken van de patiënten die wel en die niet geregistreerd zijn leverde het volgende op: oudere patiënten en vrouwelijke patiënten komen relatief meer voor bij de niet-geregisteerde groep.

#### het beoordeelde klachtenpatroon

De als probleempatiënt geëtiketteerden presenteren volgens de artsen in meer dan 70% van de consulten klachten waarbij psychische aspecten meespelen. Dit is voor de niet als zodanig gelabelden 'maar' 47%.

Hierbij vonden we interessante verschillen tussen artsen: sommigen nemen sterk 'somatisch' waar, anderen nemen veel meer psychisch waar. Dit laatste geldt dan voor alle patiëntengroepen. Anders geformuleerd: artsen die veel/weinig psychosociale klachten waarnemen doen dat ongeacht het feit of ze de patiënt als probleempatiënt hebben geëtiketteerd of niet.\*

Ernst, vaagheid en onbehandelbaarheid van de klacht worden vaker (in de negatieve zin) bij de geëtiketteerden waargenomen dan bij de anderen.

Vergelijken we deze twee groepen, dan is 33% respectievelijk 22% van de klachten als ernstig, 21% respectievelijk 11% van de klachten als vaag, en 14% respectievelijk 6% van de klachten beoordeeld als klachten waar de arts niets mee kan.

Samengevat: het klachtenpatroon wordt door de artsen voor de geëtiketteerden vaker in negatieve zin beoordeeld dan voor patiënten die het etiket 'probleempatiënt' missen.

#### beoordeling van de patiënten

Afhankelijk gedrag tijdens consulten wordt procentueel twee maal zo vaak gevonden bij geëtiketteerden, Medewerkend gedrag van de patiënt is bij niet-probleempatiënten in 92% van de consulten volgens de arts het geval en in 75% van de consulten van als probleempatiënt geëtiketteerden.

#### zelfbeoordeling van de arts

Machteloosheid van de arts en desinteresse in de patiënt werd (met onze gedichotomiseerde score) zeer weinig geconstateerd. Het is mogelijk dat hantering van de volledige schaal in de analyse een betere verdeling laat zien.

Proberen we het klachtenpatroon van probleempatiënten zo duidelijk mogelijk te onderscheiden van niet-probleempatiënten dan blijkt uit een discriminantanalyse de variabelen 'psychosociale klachten waar de arts niets mee kan' de beste voorspeller te zijn. Echter de classificatie was nauwelijks hoger dan op basis van toeval zou zijn geweest.

Als we de consequenties van de etikettering proberen te onderzoeken voor de consulten cq de psychosociale klacht waar de arts niets mee kan, dan blijkt ongeacht het tijdstip steeds het algemene oordeel 'afhankelijkheid' de belangrijkste voorspeller te zijn.

Een eenmaal ingenomen standpunt van de arts keert in redelijke mate terug in de consulten of deze nu direct na het oordeel plaatsvinden of een jaar later.

Weliswaar wordt slecht 15% van de variantie in het vóórkomen van psychosociale klachten waar de arts geen raad mee weet, verklaard door zijn algemene standpunt, maar we mogen niet vergeten dat een belangrijk deel van deze variantie al van te voren bepaald is door allerlei structurele invloeden, waarop de individuele hulpverlener weinig invloed kan hebben.

Wanneer we dit in aanmerking nemen, moeten we vaststellen dat een tevoren geformuleerd oordeel over de afhankelijkheid van een patiënt, wel degelijk een rol speelt bij de perceptie van de klacht, wanneer die patiënt in levende lijve voor de arts staat.

\*We vonden geen relatie tussen de mate waarin psychosociale klachten worden waargenomen en de afhankelijkheidsscore die de patiënten worden toegerekend en de bleefde machteloosheid.

## HOOFDSTUK IV: BEHANDELING

### 4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de vraag welke beslissingen de arts neemt in het consult.

Afhankelijk van wat de patiënt als klacht presenteert in het consult kan de arts een aantal stappen overwegen. Is het klachtenpatroon vaag en complex dan kan hij proberen hierover duidelijkheid te verkrijgen, hetgeen tot gevolg heeft dat de lengte van het consult toeneemt. Komt de arts en of patiënt er niet uit dan ligt een terugbestelling voor de hand. Psychofarmaca kunnen een hulpmiddel zijn als het probleem voor de patiënt te omvangrijk wordt.

Is het probleem langduriger van aard en ervaart de arts het als te complex voor hem dan kan hij overwegen om het psychotherapeutisch team te consulteren. Hierna kan de arts geruggesteund weer aan de slag of besluiten om de patiënt over te dragen.

Als het problemen zijn die buiten het aandachtsveld van het psychotherapeutisch team liggen, bijvoorbeeld seksuele problematiek, dan is een verwijzing naar een AGGZ-instelling een der mogelijkheden.

Verwijzing naar medische specialisten en paramedische beroepen ligt voor de hand als het somatische klachtenpatroon of te ernstig van aard is of dat de arts dit niet wil of kan behandelen. Dit kan ook gebeuren ter uitschakeling van eventuele somatische problemen bij een psychosomatisch aangeboden klachtenpatroon.

In het bovenstaande kan men een zekere rangorde ontdekken: de patiënt wordt door de arts behandeld en eventueel terugbesteld tot inbreng in de PSH of verwijzen naar de tweede lijn. Dit alles uiteraard rekening houdende met de variatie in klachtenaanbod en de neiging van de arts om 'iets' zelf op te knappen of door te schuiven naar andere hulpverleners.

In de volgende paragrafen gaan we eerst een beschrijving geven van bovengenoemde variabelen te weten: terugbestellen van patiënten; inbreng in de PSH zoals het overwegen, de consultatie, de intake, de (co)therapie of de overdracht van de patiënt; voorschrijven van medicijnen en/of psychofarmaca; de duur van het consult, en tenslotte het verwijzen naar de tweede lijn te weten, medisch specialisten, paramedische beroepen en de AGGZ.

Ten slotte wordt onderzocht welke variabelen de bovengenoemde 'beslissingen' het beste verklaren.

Hiermee komen we bij de beantwoording van vraagstelling 2, 'wat zijn de consequenties van etikettering', en nu toegespitst op de 'beslissingen van de arts', zaken die in hoofdstuk III niet aan de orde kwamen.

Wordt de geëtiketteerde patiënt vaker of minder terugbesteld dan anderen, vaker verwezen naar tweedelijns instellingen, meer psychofarmaca voorgeschreven of wordt het psychotherapeutisch team frequenter te hulp geroepen?

Met behulp van multiple regressies onderzoeken we in hoeverre de vier reeksen variabelen het beste de variantie in de beslissingen van de huisarts verklaren.

#### 4.2. Duur van het consult

Hoeveel tijd besteedt de huisarts aan zijn patiënten ?

De huisarts heeft zelf geregistreerd hoeveel tijd een consult in beslag nam. Nu nemen we aan dat hij geen chronometer gehanteerd heeft, zodat we de continue tijdmeter teruggebracht hebben tot twee categorieën: korte (< 10 minuten) en lange consulten (> 10 minuten). Tabel 4.1. geeft de resultaten.

tabel 4.1.: percentage consulten langer dan 10 minuten: PSH-artsen

	arts: 1 2 4 5 6 7 8 totaal							
probleem	206 11%	341 21%	115 15%	183 56%	241 10%	158 6%	474 15%	1718 19%
niet-probleem	113 11%	172 10%	53 13%	52 21%	97 2%	38 11%	233 10%	758 10%

Probleempatiënten hebben gemiddeld bijna tweemaal zoveel consulten die langer dan 10 minuten duren dan niet-probleempatiënten. Twee artsen, de nummers 1 en 7 wijken drastisch af van het groepsgemiddelde. Arts 1 maakt geen onderscheid en bij arts 7 zijn de langdurende consulten juist te vinden bij de niet-probleempatiënten.

#### 4.3. Voorschrijven van medicijnen

Van de voorgeschreven medicijnen werd geregistreerd of dit al dan niet een psychofarmakon was. In tabel 4.2. is het percentage consulten weergegeven waarin de patiënt met een recept naar huis ging. Dit bleek in 66% van alle consulten het geval zijn.

Verschillen tussen patiëntengroepen waren niet aanwezig, wel tussen artsen. Met name de artsen 6, 7 en 8 schrijven duidelijk veel vaker voor dan de overige collega's.

tabel 4.2. percentage consulten waarin medicijnen worden voorgeschreven: PSH-artsen

	arts: 1 2 4 5 6 7 8 totaal							
probleem	214 57%	243 57%	116 61%	212 51%	248 82%	161 78%	506 70%	1700 66%
niet-probleem	120 59%	173 60%	55 58%	59 61%	99 79%	41 81%	246 68%	793 66%

tabel 4.3.: percentage psychofarmaca van voorgeschreven medicijnen: PSH-artsen

	arts: 1 2 4 5 6 7 8 totaal							
probleem	14	17	9	30	23	29	31	16
niet-probleem	3	5	3	14	5	3	11	7

In tabel 4.3. zijn de psychofarmaca uitgedrukt als een percentage van het aantal medicijnen. Daarin blijken de artsen in twee groepen uiteen te vallen. De artsen 1, 2 en 4 hebben percentueel veel minder psychofarmaca in hun recepten dan de anderen. Verder vallen de artsen 5 en 8 op doordat zij ook bij de niet-probleempatiënten veel meer psychofarmaca voorschrijven dan de andere collega's doen.

#### 4.4. Inbreng in PSH

Het samenwerkingsverband met het psychotherapeutisch team biedt de artsen de mogelijkheid om patiënten al of niet gezamenlijk te behandelen die anders naar de tweedelijns instellingen verwezen waren. Hoe vaak en van welke mogelijkheden maken de artsen gebruik ?

We wijzen er nu al op dat deze resultaten niet in overeenstemming hoeven te zijn met de gegevens van hoofdstuk V daar het hier registraties van consulten betreft en dan nog over een beperkte periode. De registratie van consulten is bijvoorbeeld begonnen één jaar nadat het psychotherapeutisch team van start ging. In de bijlage (tabel B4.1. en B4.2.) zijn alle mogelijkheden vermeld.

PSH-contacten ten behoeve van niet-probleempatiënten zijn praktisch te verwaarlozen. Vrijwel alles valt in de categorie 'overwegingen' wat dus in het geheel niet hoeft te leiden tot een PSH-contact.

Bij de probleempatiënten treffen we veel meer contacten aan. 11% hiervan zijn weer overwegingen om PSH in te schakelen, in 2% volgt consultatie terwijl de andere percentages te gering zijn.

In tabel B4.1. valt arts 5 op als diegene met de meeste consultatie-aanvragen, percentueel meer dan alle andere artsen samen. En verder arts 7 die het meest overweegt om het psychotherapeutisch team in te schakelen.

We zullen deze paragraaf 'inbreng in PSH' in hoofdstuk V nader uitwerken als het psychotherapeutisch team aan de orde komt.

#### 4.5. Verwijzen

Onder verwijzen verstaan wij de handeling wanneer de arts de zorg en verantwoordelijkheid over de patiënt toevertrouwt aan een andere (medische, para-medische, psychosociale) hulpverlener (vgl. Bensing, e.a., 1980). Zoals hierboven genoemd komen niet uitsluitend medisch-specialisten aanbod, paramedische en psychosociale hulpverleners (buiten PSH) worden ook onderzocht. Nu al kan verondersteld worden dat de laatstgenoemde niet al te vaak zullen voorkomen daar het psychotherapeutisch team al mogelijkheden biedt om patiënten al dan niet in samenwerking met de arts te behandelen.

Welke aspecten van het verwijzen kunnen we met ons materiaal onderzoeken ? We beschikken over het aantal malen dat een patiënt verwezen is, inclusief de initiatiefnemer en de motieven daartoe. Voor ons doel zullen we alleen gebruik maken van het totaal aantal verwijzingen.

We hebben op diverse manieren getracht na te gaan hoe betrouwbaar in de consultregistratie verwijzingen gemeten zijn. Vergelijking van onze verwijscijfers met verwijsgegevens uit het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen (LISZ) bleek niet mogelijk om de volgende redenen: De LISZ-gegevens hebben betrekking op de gehele ziekenfondspopulatie, onze registratie betreft een naar leeftijd en geslacht vertekende groep daaruit.

Op de tweede plaats zijn in het LISZ-cijfer alle verwijzingen opgenomen, inclusief herhaal-verwijzingen, verwijzingen naar de oogarts voor refractieafwijkingen welke grotendeels buiten de huisarts omgaan en niet in de consultregistratie opgenomen zullen zijn.

Op de derde plaats zijn de duopraktijken uit ons onderzoek (arts 3 - 4 en arts 6 - 7) administratief - zoals ze in LISZ-cijfers terecht komen - anders gescheiden dan in werkelijkheid - zoals wij ze geregistreerd hebben. Dit alles maakt de LISZ-cijfers onvergelykbaar met ons materiaal.

Ons materiaal is daarentegen wel vergelijkbaar met het verwijspercentage, dat Van Es en Pijlman (1973) hanteerden. Dit betreft namelijk verwijzingen op initiatief van de huisarts.

In tabel 4.4. staat het door ons gevonden percentage consulten waarin een verwijzing plaats vond, weergegeven.

tabel 4.4.: percentage verwijzingen naar de eerste lijn: PSH-artsen

arts:	1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	214 12%	343 12%	116 8%	202 12%	248 5%	161 11%	506 19%	1790 13%
niet-probleem	120 8%	173 17%	55 7%	59 19%	99 5%	41 12%	246 18%	793 14%

Het totale verwijspercentage bedraagt 15% met minime verschillen tussen de patiëntengroepen.

De artsen 1, 2, 5 en 7 verwijzen 'gemiddeld' (zie hieronder). Arts 4 en 6 zijn duidelijk onder- en arts 8 oververwijzers.

Onze verwijspercentages komen aardig overeen met de resultaten van Van Es en Pijlman. Zij vonden in 122 huisartspraktijken een totaal gemiddelde van 9,7%; dit was voor de middelgrote stad cq vergelijkbaar met Breda 10,6%. Het betrof uitsluitend ziekenfondsverzekerden. Maken we in onze tabellen onderscheid tussen verzekeringsvorm dan vinden we voor de ziekenfondsverzekerden gemiddeld 12,5% en voor de particulieren 14,5%.

Daar onze verwijspercentages zo behoorlijk overeenkomen met het Van Es-Pijlman onderzoek pleit dit voor de gedachte dat onze steekproef van consulten 'unbiased' is, Zie ook de discussie in paragraaf 3.2. waar wij door middel van schattingen aangaven hoeveel procent van de consulten gemist is. Het bovenstaande verwijspercentage laat zien dat de geregistreerde consulten een goede steekproef vormen.

#### 4.6. De beslissingen van de arts verklaard vanuit eerste meting en consultkermerken

In deze paragraaf gaan we na in hoeverre de beslissing die een arts kan nemen in het consult bepaald wordt door gebeurtenissen in dat consult en/of door eerder ingenomen standpunten ten opzichte van de patiënt. Dit is tevens de beantwoording van het tweede deel van vraagstelling 2: 'hoe beïnvloed de etikettering de patiëntencarrière'.

Weer maken we gebruik van multiple regressies waarbij een variabele (beslissing van de arts) verklaard wordt uit een reeks andere variabelen.

de duur van het consult  
zie tabel 4.5.



tabel 4.5.: multiple regressie, duur van het consult: PSH-artsen  
(alle consulten geaggregeerd na de eerste meting)

variabele	multiple correlatie	signi- ficantie	percentage variantie	enkelvoudige correlatie
psychosociale klacht 'niets mee te doen'	0,45	≤ 0.000	20	0,45
informatief	0,48	≤ 0.000	23	0,21
afhankelijk	0,49	0.03	24	0,04
instrumenteel	0,50	0.04	25	-0,07

totale multiple correlatie: 0,51  
gewogen gemeenschappelijke variantie: 24%

Waardoor wordt de lengte van het consult bepaald ?

Als we de drukte in de wachtkamer, die vermoedelijk veel invloed zal hebben, voor ons onderzoek even vergeten komen de door de arts als psychosociaal beoordeelde klachten waar hij niets mee kan op de eerste plaats. De multiple correlatie is maar liefst 0,45 wat 20% van de variantie voor zijn rekening neemt.

Op de tweede plaats komt het informatief optreden, patiënten waarvan de consulten lang duren vinden hun huisarts tevens informatief, hetgeen zich niet al te moeilijk laat voorstellen.

Op de derde plaats vinden we de afhankelijke patiënt; hoe hoger de score op afhankelijkheid des te langer duren de consulten.

De laatste variabele die nog significant bijdraagt is de instrumenteel handelende arts (volgens de patiënt), dat wil zeggen de arts die bijvoorbeeld trefzeker de medicijnen weet en adequaat kan reageren.

#### voorschrijven van psychofarmaca

zie tabel 4.6.

tabel 4.6.: multiple regressie, voorschrijven van psychofarmaca: PSH-artsen  
(alle consulten geaggregeerd na de eerste meting)

variabele	multiple correlatie	signi- ficantie	percentage variantie	enkelvoudige correlatie
psychosociale klacht 'niets mee te doen'	0,32	≤ 0.000	10	0,32
gezondheid patiënt	0,36	≤ 0.000	13	0,26
tevredenheid patiënt	0,38	0.032	14	-0.006

totale multiple correlatie: 0,41  
gewogen gemeenschappelijke variantie: 14%

Ook hier is de variabele 'psychosociale klachten waar de arts niets mee kan' de belangrijkste voorspeller. De multiple correlatie is 0,32 met een variantie van 10%. De twee hierna volgende variabelen zijn patiënten kenmerken: de (on)gezondheidsbeleving en de (on)tevredenheid met de huisarts.

Hoe zeker de patiënt zich voelt en hoe ontevredener hij is met de huisarts des te vaker wordt er psychofarmaca voorgeschreven.

De relatie tussen een 'moeilijke psychosociale klacht' hebben en psychofarmaca voorschrijven is voor de hand liggend als de arts gezien de problematiek geen directe oplossing ziet. Overigens kunnen psychofarmaca evengoed dienst doen als hulpmiddel bij een therapie. In hoofdstuk V komen we hierop terug.

Wat betreft de overige variabelen als verwijzen en terugbestellen leverden in de multiple regressies geen correlaties van betekenis op. Het is overigens interessant dat de factor 'afhankelijkheid' die zo sterk het psychosociale klachtenaanbod bepaalde geen belangrijke invloed uitoefent op de hierboven omschreven beslissingen.

#### 4.7. Samenvatting en conclusies met betrekking tot de vraagstelling: 'welke consequentie heeft het etiketteren op de beslissingen die de arts neemt'

Voor alle mogelijke beslissingen die een arts tijdens een consult kan nemen hebben we de volgende gegevens geregistreerd en onderzocht:

- of de arts een gesprek kort houdt of laat uitlopen
- of de arts psychofarmaca voorschreef
- of de arts overwoog het psychotherapeutisch team in te schakelen
- of de arts verwees naar tweedelijns instellingen

Ten aanzien van consulten die langer dan 10 minuten duurden bleek dat deze tweemaal zo vaak voorkwamen bij probleempatiënten als bij niet-probleempatiënten.

Psychofarmaca uitgedrukt als percentage van het aantal uitgeschreven recepten was voor probleempatiënten meer dan tweemaal zo hoog als voor niet-probleempatiënten.

Het inschakelen van het psychotherapeutisch team vond bij de niet-probleempatiënten praktisch niet plaats. Voor de probleempatiënten werd in 14% van de consulten één of andere vorm van contact gezocht.

We moeten wel bedenken dat deze vorm van registreren verre van volledig is geweest.

Het totale verwijzpercentage was 13%, waarbij geen onderscheid gevonden werd tussen geëtiketteerde en niet-geëtiketteerde patiënten. Vergeleken met het onderzoek van Van Es en Pijlman geven onze cijfers een betrouwbare afspiegeling van het verwijzen van deze artsen groep.

Daarnaast hebben we eveneens bekeken of het verwijzpercentage van 1980 zoals dat door het LISZ geregistreerd wordt in overeenstemming was met onze gegevens. Dit bleek niet het geval te zijn, betoogd werd dat de verschillen in onderzoeksgroep (voor het LISZ alle ziekenfondspatiënten, voor het NHI een bepaalde selectie hieruit) een groot deel van deze verschillen konden verklaren alsmede het feit dat in geassocieerde praktijken artsen patiënten van de ander verwijzen.

Gaan we na deze samenvatting over op de beantwoording van vraagstelling 2: 'welke consequenties heeft het etiketteren op de beslissingen van de arts?' Bij slechts twee 'beslissingen' vonden we multiple correlaties die voldoende variantie verklaarden: dit waren de lengte van het consult en het voorschrijven van psychofarmaca.

De duur van het consult wordt in eerste instantie het beste verklaard door de psychosociale geaardheid van de klacht waar de arts niets mee kan. Pas daarna komen variabelen als informatief handelen van de arts, afhankelijk gedrag van de patiënt en instrumenteel handelen van de arts aanbod.

Ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen is de psychosociale klacht ook de best verklarende variabele, op de voet gevolgd door de (on)gezondheidstoestand van de patiënt en de tevredenheid van de patiënt met de huisarts.

Welke invloed gaat er nu uit van de algemene etikettering op de beslissing van de arts ?

We zagen dat dit geen directe invloed was, daar de belangrijkste voorspeller in het consult 'de psychosociale klacht waar de arts niets mee kan' was. Echter in hoofdstuk III vonden we als belangrijkste voorspeller van die psychosociale klacht juist de hoofdfactor uit de algemene etikettering; de afhankelijke patiënt.

We zouden van een indirecte invloed kunnen spreken; probleempatiënten worden gezien als afhankelijk en deze afhankelijkheid correleert met de moeilijke psychosociale component van het klachtenpatroon, wat op zijn beurt een aantal beslissingen in het consult bepaalt.

## HOOFDSTUK V: PSH-BREDA

### 5.1. Inleiding

In de derde reeks vraagstellingen van dit onderzoek staat de vraag centraal, in hoeverre etikettering en haar consequenties aan verandering onderhevig zijn, gegeven het feit dat men in Breda intensief samenwerkt met een psychosociaal team.

Alvorens deze vragen te beantwoorden, zullen we eerst een beschrijving van de PSH-samenwerking geven.

We gaan in dit hoofdstuk in op het ontstaan van de samenwerking, de achtergronden van de hulpverleners en de PSH-werkwijze. Vrij uitgebreid besteden we vervolgens aandacht aan de behandelingen door het psychotherapeutisch team, aangezien sommige deelvragen die in hoofdstuk VI aan de orde komen betrekking hebben op de groep in behandeling genomen patiënten.

### 5.2. Voorgeschiedenis\*

In een NHG-studiegroep 'Arts en Maatschappij', waaraan huisartsen, maatschappelijk werkenden, psycholoog, socioloog, psychiater en een sociaal geneeskundige deelnamen, werd in het begin van de jaren zeventig nagedacht over de opvang van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk. Uiteindelijk vormden zes huisartsen met een psycholoog en een maatschappelijk werker een werkgroep, welke zich ten doel stelde te komen tot een experiment voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Hierover werd in april 1975 gerapporteerd.

Op grond van dit rapport werd subsidie aangevraagd. Men wilde een multidisciplinaire samenwerking van de grond krijgen om psychosociale hulpverlening te verwezenlijken die aan de werkelijke behoefte van de cliënt tegemoet komt. Subsidieverzoeken werden ingediend bij VOMIL, Ziekenfondsraad, Praeventiefonds, gemeente Breda en plaatselijke ziekenfondsen. Daarnaast bleef de werkgroep bijeenkomen; men besteedde deze bijeenkomsten aan vaardigheidstrainingen, relatietrainingen en zakelijk overleg. Bovendien liepen stagiaires psychologie mee in de diverse praktijken.

Deze periode van bezinning eindigde tenslotte in 1979 met subsidietoekenning. Er waren op dat moment acht huisartsen betrokken bij PSH. Ze gingen samenwerken met een nieuw aan te trekken psychosociaal team, bestaande uit een psycholoog, een maatschappelijk werker en een SPV-er.

Alle artsen samen plus het psychosociaal team worden aangeduid als 'PSH'. Deze aanduiding heeft dus betrekking op het totale samenwerkingsverband. Het psychosociaal team, dat overigens niet los gezien kan worden van PSH, zoals uit het volgende zal blijken, wordt aangeduid als 'PTT'\*\*.

#### de artsen

De acht artsen zijn als solist of in associatief verband (arts 3 + arts 4; arts 6 + arts 7) gevestigd in alle delen van Breda. Het geografisch centrale punt van de PSH-samenwerking vormt het pand waar het PTT is ondergebracht. De meeste artsen praktiseren een jaar of vijftien. Arts 5 is langer gevestigd, arts 3 en arts 7 hebben zich pas enige jaren geleden middels associatie gevestigd. Vrijwel alle artsen leggen een meer dan gemiddelde belangstelling voor psychosociale hulpverlening aan de dag, hetgeen naast deelname aan PSH blijkt uit het volgen van cursussen gespreksvoering (vier maal), sexuologie (tweemaal), psychotherapie van de huisarts, Rogeriaanse benadering en complete psychologie-opleiding.

\* Het onderstaande is gebaseerd op PSH-verslagen en artikelen (Elbers, 1979 a en b), en interviews met alle artsen en PTT-ers.

\*\* Hetgeen de afkorting is van Psychotherapeutisch team, de oorspronkelijke benaming voor het psychosociale team, bestaande uit psycholoog, m.w., en SPV.

Daarnaast wordt in gesprekken met de artsen benadrukt dat men een integrale patiëntenbenadering voorstaat, dat men de patiënt wil betrekken bij de hulpverlening en dat men zo wil proberen de patiënt door de hulpverlening niet afhankelijk te maken.

Het blijkt uit de interviews dat psychosociale problematiek en de onhanterbaarheid ervan voor de artsen altijd al gespeeld heeft, en dat de activiteiten van de plaatselijke NHG-afdeling een goede voedingsbodem vormen om hun onvrede daarmee in concrete PSH-banen te leiden.

De maatschappelijk werker was na zijn opleiding werkzaam in een krisiscentrum, waar hij vooral met jongeren te maken had. In deze werkring had men weinig contact met huisartsen, aangezien de cliënten van het krisiscentrum via andere kanalen daar terecht kwamen. De problematiek had betrekking op krisissituaties van jongeren die meestal geen contact met het ouderlijk huis meer hadden. Dit in tegenstelling tot het huidige eerstelijns werk waarin hij veel wordt geconfronteerd met problemen die te maken hebben met een te geringe zelfstandigheid, het moeilijk kunnen losmaken van thuis, etc.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige had reeds ruime ervaring met eerste en tweede lijn. Na opleidingen en werkkringen in ziekenhuizen werkte ze als sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de regio, waar ze veel contacten had met wijkverpleging, maatschappelijk werk en huisartsen. Ze was betrokken bij het opzetten van hometeams, waar ze ook als sociaal psychiatrisch verpleegkundige in functioneerde. Hoewel het werk meer inhield dan het typische SPD-werk was het toch een indirectere vorm van hulpverlening dan het werken in de eerste lijn, dat binnen PSH gebeurt.

De psycholoog had zowel in haar opleiding middels een stageplaats bij een huisarts, als daarna samengewerkt met huisartsen. Hierin legde ze zich voornamelijk toe op kortdurende gerichte therapieën zonder specialistische voorkeuren; dit geldt overigens voor het gehele PTT.

De werkwijze van alle drie de leden van het PTT beperkt zich in het algemeen tot een oriëntatie: hulpverlener moet patiënt en arts laten inzien welke rol ze ten opzichte van elkaar spelen en welke consequenties dat heeft; men moet de patiënt duidelijk maken hoe hij zich in zijn thuissituatie, werksituatie, relatie, etcetera gedraagt, welk gedrag hij daarmee oproept, hoe hij veranderingen kan bewerkstelligen, etcetera.

Voordat de PSH een feit werd, hadden de artsen de beschikking over de AGGZ-instellingen om patiënten met psychosociale problemen te verwijzen. Daarnaast verwees men regelmatig naar zenuwartsen. Van welke aard waren die contacten? Arts 7 is nauwelijks werkzaam geweest vóór dat het psychotherapeutisch team is opgericht. Wat de anderen betreft, de artsen 4, 5, 6 en 8 melden goede contacten met het maatschappelijk werk en de kruisverenigingen (soc. café). Van de andere instellingen wordt het MOB als vrij gunstig beoordeeld, met uitgebreide verslaggeving (arts 2). Contacten met SPD, JPD, LGV en individuele psychiaters en psychologen bestonden wel maar het betrof toch praktisch uitsluitend verwijzingen zonder meer. Zaken als consultatie, kwamen incidenteel voor. Terugrapportage als dat al geschiedde was niet toepasbaar op de huisarts situatie.

Overigens geven de artsen aan dat ze zelf niet altijd het initiatief namen tot betere contacten en dat ook vanuit de tweede lijn er geen animo voor bestond. Een illustratief voorbeeld geeft arts 3 die in 1976 als nieuwkomer een rondemaakte langs alle diensten om nader kennis te maken hetgeen echter niet begrepen werd ('dat hadden ze nog nooit meegemaakt').

### 5.3. De PSH-werkwijze

Het eigene van de werkwijze binnen PSH is volgens de deelnemers dat PTT en huisartsen één team vormen. Er is geen sprake van verwijzing van de ene instantie naar de andere, maar binnen het team wordt tijdens de gevalsbesprekingen gekeken wie het beste een bepaalde taak kan vervullen. Tijdens deze wekelijkse bijeenkomsten van artsen en PTT worden patiënten ingebracht, waarover van gedachten gewisseld wordt, adviezen worden gegeven, de suggestie voor een intake door arts en een PTT-lid kan worden gedaan, of besloten kan worden dat een PTT-lid of de arts zorgdraagt voor een verwijzing naar een instantie buiten PSH. Eventueel wordt in zo'n laatste geval ook bijvoorbeeld een AGGZ-hulpverlener of een andere hulpverlener die buiten PSH valt op de bijeenkomst uitgenodigd. Tevens wordt tussentijds en in ieder geval ter afsluiting door PTT-hulpverleners op deze bijeenkomsten gerapporteerd over bij hen in behandeling zijnde cliënten.

Het gezamenlijk één team vormen heeft volgens de PTT-teamleden belangrijke consequenties voor de vrijblijvendheid waarmee men zich tegenover elkaar opstelt. In de wekelijkse besprekingen confronteert men elkaar met de positie die men als hulpverlener ten opzichte van patiënten/cliënten inneemt. Psychosociale problematiek wordt niet alleen gezien als een probleem van patiënt/cliënt, maar kan evenzeer het gevolg zijn van de wijze waarop deze door de hulpverlener benaderd wordt. Een dergelijke confronterende werkwijze is alleen mogelijk in een hecht samenwerkend team.

Door gezamenlijk een team te vormen, is men ook in staat op andere wijze gemeenschappelijk activiteiten te ondernemen. Er wordt geëxperimenteerd met verschillende samenwerkingsvormen. Zo werd gedurende een langere periode door de PTT-leden spreekuren bij een der artsen bijgewoond; therapiezingen worden ook wel in de artspraktijk gedaan, hetgeen drempelverlagend werkt naar de cliënt en de arts en PTT-hulpverlener meer vertrouwd maken met de werkwijze van een ieder.

Uit deze werkwijze komt het verschil met de traditionele verhouding eerste lijn - AGGZ al naar voren: een verwijzing naar de AGGZ houdt een overdracht in, en wanneer de relatie met betreffende instelling goed is, krijgt men weer feedback wanneer de behandeling wordt beëindigd. De PTT-hulpverleners stellen dan ook dat de AGGZ niet werkt zoals PSH, omdat er toch altijd sprake is van twee teams. Binnen PSH behandelt men als een eenheid. Dit betekent bijvoorbeeld dat men ingeval van verschil van inzicht met betrekking tot indicatiestelling, behandeling, nazorg etcetera, gedwongen is om deze verschillen binnen het PSH-team ter discussie te stellen. Uit samenwerkingsoogpunt zal men proberen tot een gezamenlijk standpuntbepaling te komen. De primaire verantwoordelijkheid blijft natuurlijk bij de betrokken hulpverlener.

In de relatie eerste lijn - AGGZ merkt men als arts pas na verloop van tijd dat patiënten slechte behandelingsresultaten hebben of ontevreden zijn, en men besluit dan om maar niet meer naar zo'n instelling te verwijzen. Dit kan binnen PSH niet.

Voorts zal men als hulpverlener in de AGGZ zich heel moeilijk een idee kunnen vormen, met welke problemen een huisarts nu precies geconfronteerd wordt. En wanneer men een goed beeld heeft van zijn werkwijze is de feedback mogelijkheid gering. Bovendien impliceert feedback geven over de consequenties van het huisartsen handelen dat men als AGGZ-instelling ook het eigen functioneren ter discussie moet stellen.

Overigens moet opgemerkt worden dat sinds het in werking treden van PSH er volgens de huisartsen aanzienlijke veranderingen opgetreden zijn met de AGGZ.

Dit geldt dan voor beide partijen, enerzijds zijn de huisartsen assertiever geworden als ze patiënten verwijzen, anderzijds spelen de AGGZ-instellingen positief hierop in.

Een voorbeeld is het door arts 7 in samenwerking met RIAGG/PSH ontworpen standaard verwijzing/terugrapportage formulier.

Er is dus een toenadering van beide kanten te bemerken. In het algemeen is men niet méér, eerder minder gaan verwijzen (naar AGGZ), zeggen de artsen. Dit ligt ook voor de hand daar het psychotherapeutisch team een deel van de patiënten onder haar hoede nam die anders door de tweede lijn behandeld zouden worden. De belangrijkste verandering is van kwalitatieve aard waarbij de artsen de PSH-werkwijze toepassen en de tweedelijns instellingen hierop zijn ingespeeld.

#### 5.4. PSH in de praktijk

Tot zover de filosofie achter de PSH-samenwerking. In het volgende deel zullen we in kwantitatieve zin trachten weer te geven hoe deze samenwerking geconcretiseerd is.

Hiertoe maken we gebruik van de door het PTT vastgelegde dossiergegevens. Deze dossiers zijn in principe van elk ter behandeling ingevoerd cliënt-systeem opgesteld. Ze bevatten informatie met betrekking tot de datum van inbreng, overdracht, beëindiging en terugrapportage, het soort behandeling, het aantal behandelingssessies, de reden van inbreng en het resultaat van de behandeling.

Gedurende de onderzoeksperiode werden dossiergegevens vastgelegd met betrekking tot 506 gevallen. Het betreft gevallen die voor september 1981 waren afgesloten. Deze 506 gevallen hebben betrekking op 384 cliënten; 84 cliënten werden na een aantal individuele gesprekken doorverwezen naar een van de mogelijkheden tot groepsbehandeling die PSH biedt; door de PTT-leden, soms in samenwerking met huisartsen worden groepstherapieën, assertiviteitstrainingen in groepsverband, preventiegroepen en steungroepen begeleid. 38 cliënten werden na verloop van tijd opnieuw ingebracht of kwamen uit zichzelf weer met een verzoek om begeleiding.

Zowel na overgang naar een groep als na een tweede aanmelding is een nieuw dossier gemaakt. Vandaar dat 506 gevallen (dossiers) betrekking hebben op 384 cliënten.

Uit vergelijking met de jaarverslagen over 1979 en 1980 van de stichting PSH, maken we op dat hiermee ongeveer 75% van alle ingebrachte cliënten in onze dossiers vertegenwoordigd zijn.

Het is echter niet in de eerste plaats de bedoeling om uitspraken te doen aangaande het absolute aantal behandelingen, verrichtingen, adviezen of consultaties dat binnen PSH geschiedde, doch om een beeld te krijgen van hetgeen een inbreng in PSH inhield. Voor de gevallen waarin sprake was van direct contact tussen patiënten, vormt de beschikking over 75% van de blijkens PSH-jaarverslagen ingebrachte gevallen, een meer dan voldoende basis. Daarnaast is er op de wekelijkse workshop, waaraan alle artsen en PTT-hulpverleners deelnamen, sprake van consultatie, begeleiding van verwijzing, advisering, etcetera. Dit laat zich niet vastleggen middels registratie; de jaarverslagen maken melding van 138 contacten met betrekking tot 20 cliëntsystemen in een jaar, welke betrekking hadden op gesprekken tussen artsen en therapeuten buiten de wekelijkse workshop om (Jaarverslag 1980).

Een indirecte maat voor de behoefte aan consultatie en adviesmogelijkheid biedt onze consultregistratie die van april 1980 tot en met maart 1981 heeft plaatsgevonden. Hoofdstuk IV behandelt deze registratie. Het blijkt dat het slechts zelden voorkomt dat de arts in een consult beslist om PSH te consulteren ten behoeve van patiënten die als niet-probleempatiënt beschouwd worden.

Ten behoeve van probleempatiënten is er een arts die in + 30% van de consulten PSH in overweging neemt, of daadwerkelijk deze hulp inroept in de vorm van consultatie of overdracht. Drie artsen zeggen in 10% van de consulten van probleempatiënten PSH erbij te willen betrekken, en drie artsen zeggen dit in 1 à 2% van de consulten te willen doen. Wanneer patiënten bij PSH in behandeling zijn, komt PSH in het consult nog iets vaker aan de orde.

Wat we hieruit kunnen afleiden, is dat de activiteiten van PSH nauw verweven waren met de dagelijkse gang van zaken in de huisartspraktijk, en zich niet beperkten tot de wekelijkse workshop en de PTT-behandelingen.

Wat gebeurt er nu, wanneer een patiënt op de workshop is ingebracht en men tot de conclusie komt dat verdere behandeling door het PTT zinvol lijkt ?

Er vindt een overdrachtsgesprek plaats tussen patiënt, huisarts en PTT-hulpverlener waarin de reden van inbreng besproken wordt en een behandelingsplan wordt gemaakt. Tussentijds is er de mogelijkheid dat er overleg op de workshops tussen therapeut en arts plaatsvindt of dat de arts weer bij de behandeling betrokken wordt; in dit opzicht geven de PTT-hulpverleners aan dat er verschillen tussen de artsen zijn in de mate waarin ze zich tussentijds met de behandeling willen bemoeien. Sommigen beschouwen de signalering van de problemen als hun taak, maar dragen de patiënt dan over aan de PTT-hulpverlener, anderen blijven zich of als co-therapeut of als behandelend arts intensief met de overgedragen patiënt bezighouden; voor beide vormen lijkt binnen PSH ruimte te zijn. De inbreng kan na een aantal gesprekken leiden tot deelname van de patiënt aan één van de mogelijkheden tot groepstherapie.

Tijdens de samenwerkingsperiode duurden meestal twee groepen; een assertiviteitstraining van 15 zittingen en een wat meer confronterende groepstherapie van 10 zittingen.

Uit analyse van de tijd die verstreek tussen inbreng in de workshop, het overdrachtsgesprek en de terugrapportage, trekken we de volgende conclusies.

Gemiddeld vond een week na inbreng het overdrachtsgesprek plaats. Gemiddeld ongeveer drie maanden later treffen we het afsluitingsgesprek aan. In die tussenliggende periode hebben gemiddeld ongeveer zes contacten plaatsgevonden tussen therapeut en patiënt. In ongeveer 65% van de ingebrachte gevallen wordt een terugrapportage vermeld. Deze vindt plaats + drie weken na afsluiting van een individuele therapie en + vijf weken na beëindiging van een groep.

We merkten al op dat de mogelijkheid bestond voor artsen om als co-therapeut op te treden. Tabel 5.1. geeft aan hoe vaak iedere arts als zodanig meewerkte.

tabel 5.1.: aantal en percentage co-therapieën per arts

arts	aantal co-therapieën	percentage van het aantal ingebrachte gevallen
1	9	20%
2	1	1%
3	1	3%
4	3	5%
5	4	3%
6	8	11%
7	3	5%
8	2	5%



We zien dat de ene arts vaker de neiging heeft bij de PTT behandeling betrokken te blijven dan de ander. Dit is ook in overeenstemming met de typeering die de PTT-hulpverleners van de diverse artsen geven; hieruit blijkt dat de ene arts zich beslist niet als psychotherapeut of iets dergelijks op wil stellen en dit graag aan het PTT overlaat terwijl anderen zich ook na inbreng met de problemen waarvoor een patiënt is ingebracht willen bezighouden. Het zijn overigens niet de artsen, waar de PTT-hulpverleners spreekuren bijwoonden of zelf spreekuur hielden, die veel als co-therapeut optraden.

Laten we nu de behandelingen naar soort uitsplitsen. Het PTT maakt een onderscheid tussen:

- inzichtgevende gesprekken: probleemverheldering, vaak voorafgaand aan groepsbehandeling
- individuele therapie
- relatietherapie
- gezinstherapie
- groepstherapie: in groepsverband worden bepaalde doelen nagestreefd, waaraan men zich als groepslid dient te conformeren
- assertiviteitstraining: eveneens in groepsverband, maar vrijblijvender dan de groepstherapie
- steungroep
- preventiegroep

Tabel 5.2. geeft weer hoeveel cliënten uit ons bestand deelnamen aan de diverse behandelingsmogelijkheden en hoeveel zittingen deze gemiddeld bedroegen.

Daarnaast was met 21 cliënten één of meermalen telefonisch contact, werden bij 15 cliënten huisbezoeken afgelegd en was er ten behoeven van 53 cliënten contact met partner, ouders of kinderen.

tabel 5.2.: aantal en soorten behandelingen

behandeling	aantal systemen <sup>#</sup>	gemiddeld aantal zittingen
inzichtgevende gesprekken	96	3.2
individuele therapie	254	6.2
relatietherapie	56	7.2
gezinstherapie	1	4.0
groepsbehandeling	63	12.9
steungroep	7	1.4
assertiviteitstraining	26	14.9

<sup>#</sup> systeem = persoon, gezin, partners

Uit tabel 5.2. blijkt dat de individuele kortdurende therapie een belangrijk deel van de tijdsbesteding van het PTT uitmaakte.

Inzichtgevende gesprekken worden met ongeveer een kwart van de patiënten die zich aanmelden gevoerd; deze nemen ook minder sessies in beslag dan de meer therapeutisch gerichte individuele- en relatietherapie.

Groepstherapie en assertiviteitstraining vergen de meeste sessies, maar worden in groepen van 8 à 10 personen gegeven, hetgeen maakt dat ze een minder groot aandeel in de workload van het PTT hebben, dan de cijfers in tabel 5.2. doen vermoeden.

Kunnen de drie leden van het PTT onderling van elkaar onderscheiden worden ?

Hoewel de hulpverleners als team optreden en er geen specialisatie wordt nagestreefd (iedereen doet alles) zien we wel accentverschillen optreden, waaruit blijkt dat de afkomst zich niet verloochent.

Van de individuele behandelingen is het percentage individuele therapieën dat de psycholoog doet, het grootst (ze noemt 77% van alle individuele behandelingen 'individuele therapie') terwijl de SPV dit maar van 60% van alle individuele behandelingen zegt. Daarentegen bestaat bij laatst genoemde 28% van de individuele behandelingen uit inzichtgevende gesprekken, terwijl de psycholoog 13% van de gevallen als zodanig betitelt. Het aantal zeer kortdurende behandelingen bij SPV is dientengevolge relatief hoog (58% van de individuele behandelingen duren vier zittingen of minder) terwijl dit voor 46% van de individuele behandelingen van de psycholoog geldt.

Voor de groepsgewijze behandeling bestond een taakverdeling: SPV deed assertiviteitstrainingen, terwijl psycholoog en MW samen in principe de meer confronterende groepstherapieën leidden.

De SPV nam ongeveer tweederde van alle telefonische contacten en huisbezoeken voor haar rekening; dit lijkt ook aan te sluiten bij haar vorige ambulante werkkring bij de SPD. De MW was degene die het meest contacten met andere leden uit het betreffende systeem (partners, ouders, kinderen) onderhield.

Deze cijfers stellen ons in staat een beschouwing te wijden aan het eerste lijns karakter van het PSH-experiment in structurele zin; we praten dus - nog - niet over de vraag of het probleemaanbod en de behandeling ervan in de eerste lijn thuishoort, maar of er sprake is van directe continue en integrale hulpverlening.

Uit de tijdsanalyse blijkt dat gemiddeld\* een week na eerste bespreking in de workschop in het algemeen een overdrachtsgesprek tussen arts, PTT-hulpverlener en patiënt plaats kan vinden.

Krisisinterventie vond in 34 door ons geregistreeerde gevallen plaats. Dit nam overigens in de tijd af; de PTT-hulpverleners tekenden hierbij aan dat het vaak of niet nodig, of zelfs ongewenst is, om stante pede op een acute hulpvraag met een hulpverleningsaanbod te reageren; vaak is op dat moment ondersteuning door de huisarts voldoende en kan gerichte psychosociale hulpverlening na het volgen van de normale inbreng procedure zijn beslag krijgen.

Uit de aard van de overdracht blijkt ook het integrale karakter: arts en hulpverlener stellen samen met de patiënt vast wat het behandelingsplan zal zijn. Overigens zien we dat artsen hun bemoeienis tijdens de behandeling op verschillende wijze invullen: sommigen blijven zich als co-therapeut met de behandeling bezig houden, anderen laten het - soms ook uit tijdgebrek - na de overdracht aan de psychosociale hulpverlener over. De behandeling is, wanneer we op de duur en het aantal zittingen afgaan, in het algemeen niet gericht op het definitief oplossen van problemen, maar lijkt er meer op uit te zijn de cliënt te steunen, inzicht te geven in de rol die men zelf speelt in de problematiek, en dergelijke. We komen hierop terug bij de bespreking van de behandelingsresultaten.

Het algemene karakter van de behandeling blijkt ook uit het feit dat er geen duidelijke arbeidsdeling bestaat tussen de hulpverleners binnen het PTT, hoewel accentverschillen wel geconstateerd worden.

### 5.5. Soorten hulpvraag, interventie en uitkomst

Tot nu toe hebben we de meer procesmatige aspecten van inbreng in en behandeling door het PTT weergegeven. Op de meer inhoudelijke kant van deze inbreng zullen we in deze paragraaf nader ingaan. Nog steeds wordt hierbij uitgegaan van de verzamelde dossiers (zie bijlage). Belangrijke elementen uit dat dossier, waarvan we hier gebruik maken zijn:

- leeftijd en geslacht patiënt

\*nauwkeuriger: 64% van de overdrachtsgesprekken vindt binnen een week plaats, 95% binnen drie weken.

- inbrengende arts, behandelende therapeut(en), eventueel co-therapeut
- reden van inbreng, in termen van de arts
- vertaling van behandeling volgens de therapeut
- resultaat van behandeling volgens de therapeut

Van 384 PTT-patiënten zijn één of meer dossiers bestudeerd. 359 PTT-patiënten waren in de steekproeven opgenomen waarop het etiketteringsonderzoek betrekking heeft. Tabel B5.1.\* geeft aan in hoeverre deze twee groepen van elkaar verschillen, wat betreft leeftijd en geslacht.

Bij vergelijking dient men er rekening mee te houden dat artsen 3 en 4 en artsen 6 en 7 samen zijn genomen. In deze tweemans praktijken bleken voortdurend patiënten van de ene arts door de ander ingebracht te worden. Dit probleem van door elkaar lopende praktijkpopulaties is reeds in hoofdstuk II beschreven.

De geslachtsverdeling van de dossierregistratie ontloopt de geslachtsverdeling van de PSH-patiënten waarvan consulten gevolgd zijn nauwelijks. Als uitzondering geldt de gecombineerde steekproef van arts 3 en arts 4. Deze bevat blijkens de dossiers 73% vrouwen; in de consultregistratie van PSH-patiënten van arts 4 is 67% vrouw, terwijl in de consultregistratie arts 3 niet voorkomt.

De leeftijdsverdeling van het totaal-bestand wijkt weinig af van de consultregistratie. Per arts zien we dat een aantal in de consultregistratie opgenomen gevallen niet in de dossiers voorkomen en omgekeerd.

De categorie 51-60, met name bij arts 5, is in de consultregistratie beter vertegenwoordigd, neemt daarom in de dossierregistratie af van 17% tot 13%. In de dossiers is de categorie 21-30 iets beter vertegenwoordigd (31% van het totaal) dan in de consulten (28% van het totaal).

We zullen nu achtereenvolgens ingaan op de reden waarmee de verschillende artsen patiënten insturen, de probleemdefinitie door de therapeut en het resultaat van de behandeling. Deze drie aspecten zijn altijd aangetekend in de dossiers in de bewoordingen van de therapeut. De classificatie is achteraf door de onderzoekers aangebracht en gaat zodoende niet van één of een paar onderliggende dimensies uit, maar bevat uiteenlopende omschrijvingen.

#### De reden van inbreng

De reden van inbreng\* door de arts is in zeer uiteenlopende termen gesteld: deze kan betrekking hebben op concrete problemen, hulpvragen waarmee de patiënt bij de arts is gekomen, op een diagnose die de arts al heeft gesteld, of op de functie die de inbreng voor de arts heeft (bijvoorbeeld 'preventie') soms is als reden van inbreng opgegeven waarom de arts het zelf niet verder wil doen of wat er vooraf al misgegaan is. Dit probleem dat niet volgens één dimensie geclassificeerd kan worden wordt ook in andere onderzoeken opgemerkt (vgl. De Geus e.a., 1980).

Gezien deze diversiteit aan redenen om een patiënt aan een PTT-hulpverlener over te dragen (welke redenen ook in allerlei mogelijke combinaties voor kunnen komen) is door ons een lijst van door artsen genoemde redenen gemaakt; van elk mogelijk aspect is vervolgens per dossier vastgelegd of dit wel of niet voorkomt bij de reden van inbreng. Aangezien bij een reden van inbreng meerdere aspecten een rol kunnen spelen stijgt het totaal percentage boven de 100%. Tabel B5.2. biedt een volledig overzicht.

\* Grote tabellen zijn opgenomen in de bijlage; hun nummering begint met een B.  
\*\* We vermelden de reden van inbreng met betrekking tot herinschrijving voor een groep niet, omdat deze veelal identiek is aan de oorspronkelijke reden van inbreng.

Uit deze tabel laat zich een aantal veel voorkomende overwegingen om een patiënt in te brengen afleiden.

Gericht op de klachten van de patiënt, die reeds tot een diagnose van de arts hebben geleid wordt vaak\* als reden genoemd:

- relatieproblemen
- niet-assertief en onzelfstandig zijn
- angstig, nerveus en/of depressief zijn
- rouw- en echtscheidingsproblemen
- werkproblemen

Aparte vermelding verdienen die omschrijvingen, waarin somatiseren, frequent artsbezoek en/of medicijngebruik, en dergelijke genoemd worden. In bijna 20% van alle ingebrachte gevallen wordt deze reden van inbreng genoemd. Hier is het bij de arts vertoonde klaagpatroon wel duidelijk, maar wordt aan de therapeut gevraagd het achterliggende probleem op te sporen, omdat er puur medisch gezien klaarblijkelijk weinig reden bestaat voor dit overdadig artsgebruik.

Wat opvalt bij de categorieën, die op de inhoud van de klacht betrekking hebben, is het relatief weinig voorkomen van problemen met sexualiteit, alcohol en drugs, en kinderen. Uit de interviews maakten we op dat de therapeuten niet op deze problematiek, die vaak een gespecialiseerde aanpak vergen gericht waren. Tevens zijn op dit gebied goede tweedelijns voorzieningen in Breda voorhanden.

Een opvallend laag aanbod is er voorts op het terrein van de fobieën en de ziekte angst (9%). Opvallend, omdat deze problemen vaak genoemd worden in verslaglegging met betrekking tot psychosociale hulpverlening in de eerste lijn, met name wanneer dit psychologen betreft.

Gedurende het SPEECH-evaluatieonderzoek betrof 30% van de ingebrachte problemen fobieën en ziekteangst (Verhaak, 1979); later rapporteert men met betrekking tot dit project over 1981 zelfs 38%, dat als angst en fobische klachten wordt geclassificeerd. Bernts (1980) vermeldt 13% fobische klachten behandeld te hebben.

Een andere vorm waarin de hulpvraag regelmatig wordt omschreven is "patiënt vraagt om hulp", "heeft hulp nodig" of iets dergelijks.

Een dergelijke expliciete hulpvraag die de arts blijkbaar niet kan beantwoorden wordt in meer dan 20% van de gevallen opgevoerd. In ongeveer 10% van de gevallen moet de reden om de patiënt bij het PTT in te brengen voor een deel bij de arts gezocht worden: we doelen op omschrijvingen als: "arts kan niet verder met deze patiënt", "arts wil weten wat er aan de hand is". Incidenteel slechts wordt bij de inbreng gevraagd om begeleiding van een verwijzing, het goedmaken van een mislukte verwijzing, en dergelijke.

Wanneer we de verschillende artsen apart beschouwen, dan blijkt er sprake van enige differentiatie tussen de artsen te zijn, gelet op de reden waarom ze patiënten inbrengen. Ten aanzien van deze verschillen moet enige omzichtigheid betracht worden, omdat het per arts soms om een dertigtal dossiers gaat.

Relatieproblemen worden relatief veel door artsen 1, 3, 4 en 5 ingebracht. Uit de praktijken van artsen 6 en 7 en van arts 8 is maar weinig van dergelijke problematiek afkomstig.

Angstig, nerveus en depressief wordt relatief weinig als reden van inbreng door arts 2 en arts 8 gebracht.

Arts 2 brengt erg veel gevallen in die niet-assertief of onzelfstandig genoemd worden.

\* twintig keer of meer.

Als enige brengt arts 8 wel regelmatig patiënten met fobieën of ziekte angst in; meer dan 20% van het totale patiëntenaanbod krijgt deze kwalificatie mee. Ook heeft arts 8 relatief de grootste inbreng van patiënten waarbij somatische problemen wordt vermeld. Ook de artsen 1, 5, 6 en 7 vermelden veel somatische problemen.

Bij arts 1 is de hulpvraag relatief weinig van de patiënt afkomstig. Bij de artsen 6 en 7 is dat juist vaak het geval.

Een reden van inbreng omdat de arts niet verder kan of wil is juist wel vaak van arts 1 en verder van arts 8 afkomstig.

Arts 8 springt er in deze beschrijving een beetje uit; hij heeft het minste patiënten ingebracht, en lijkt met name behoefte te hebben aan een ondersteuning in zijn taak als huisarts: relatief vaak verwijst hij mensen met somatische problemen waarbij hij geen ziekte kan vinden, mensen met ziekte angst en patiënten 'waarmee hij niet verder wil'. Hij verwijst relatief weinig mensen met een psychosociale diagnose als angstig, depressief of relatieproblematiek. De overige artsen springen er in sommige opzichten uit, maar volgen toch in het algemeen het globaal geschetste patroon.

#### Probleemdefinitie van de therapeut

Na inbreng en het overdrachtsgesprek geeft de therapeut het probleem in zijn/haar woorden weer in het dossier. De veelheid aan redenen van inbreng wordt hierdoor enigszins beperkt; de omschrijvingen van de PTT-hulpverleners passen wat beter binnen een diagnostisch kader. Tabel B5.3. geeft de door ons gehanteerde classificaties weer.

Vergelijking van tabel B5.2. en tabel B5.3. geeft aan dat de probleemdefinitie door de therapeut het aantal non-assertieve cliënten nog doet stijgen. Hetzelfde geldt voor betitelingen als 'onzelfstandig' en 'relatieproblematiek'.

De somatische problemen blijven in de therapeutenogen deels bestaan onder de betiteling 'somatisch fixatie', maar achter een belangrijk deel ervan (ongeveer tweederde) worden anderen problemen gezocht.

Wanneer een patiënt is ingebracht 'omdat hij hulp zoekt' of 'omdat de arts niet verder wil', wordt in de probleemdefinitie van de therapeut in het algemeen gespecificeerd met welke psychosociale problemen de patiënt zit.

Incidenteel treffen we bij de probleemdefinitie door de therapeut iets aan als 'patiënt heeft hulp nodig om uit medische wereld te komen', 'psychotherapeutische fixatie', of 'agressie naar behandelend specialist'; in deze gevallen wordt het probleem gezocht in de wijze waarop de patiënt omgaat met hulpverleners; in het algemeen komt er echter een psychosociaal probleem op tafel waaraan gewerkt moet worden.

Letten we op de verdeling van de probleemdefinities over de therapeuten dan ligt het voornaamste verschil in de probleemdefinitie 'niet assertief', die wat vaker door de SPV gegeven wordt; maar ze geeft ook de assertiviteitstrainingen, zodat dit nauwelijks verwonderlijk is. De maatschappelijk werker en de psycholoog definiëren wat meer problemen in termen van relatieproblematiek.

#### De wijze waarop de therapie beëindigd wordt

In vorige rapportage over samenwerking huisarts-psycholoog (Verhaak, 1979) zijn we reeds uitvoerig ingegaan op de grote problemen die effectmeting van psychotherapie met zich meebrengt. Ook in recente literatuuroverzichten (vgl. bijvoorbeeld Kisch en Kroll, 1982) komt naar voren dat het vrijwel onmogelijk is het heilzaam effect van psychotherapeutische interventie aan te tonen. Dit blijkt dan ook uit de gegevens die ons ter beschikking staan en de wijze waarop ze geclassificeerd kunnen worden.

In de dossiers staat de weergave door de hulpverlener van de wijze van therapiebeëindiging aangegeven. Hieruit is op te maken of de therapie volgens plan, dan wel voortijdig beëindigd is, soms wordt een indicatie van de verbetering in gedragstermen gegeven, in de meeste gevallen wordt verbetering in vage, niet nader gespecificeerde termen omschreven als 'X kan beter met zijn problemen omgaan' of 'Y gaat aan zichzelf werken'.

We hebben een indeling gemaakt in de omschrijvingen van de wijze van beëindiging die volgens verschillende dimensies verloopt.

Allereerst is een groot aantal dossiers in te delen naar het subjectieve resultaat van de therapie. We onderscheiden een beëindiging met:

- positieve toelichting : 'goed', 'kan weer op eigen benen staan', 'maakt weer contacten', en dergelijke
- gematigd positieve toelichting: 'kan beter overweg met klachten', 'heeft inzicht in problemen', 'kan zijn problemen benoemen', 'gaat er zelf verder aan werken', etcetera.
- ambivalente toelichting : 'ja en nee', 'niet in te schatten', 'onbekend', en dergelijke.
- negatieve toelichting : 'weinig of niets veranderd'.

Een aantal beëindigingen is niet gesteld in termen van een positief resultaat, maar heeft betrekking op een verdere verwijzing:

- verwijzing buiten PSH
- verwijzing binnen PSH(groep) met of zonder toelichting

Ten slotte zijn er nog de categorieën:

- patiënt wil geen hulp (meer)
- therapie was (achteraf) niet nodig
- voortijdige beëindiging/afgebroken
- onbekend

In tabel B5.4. staat een overzicht van de diverse wijzen waarop het contact beëindigd kan worden. In eerste instantie zien we iets meer dan de helft van alle ingebrachte gevallen beëindigd worden met een resultaat in termen van therapeutisch effect. Een klein deel resulteert in een externe verwijzing, bij bijna een vijfde blijkt inbreng achteraf niet geïndiceerd. Vijf procent is uit het zicht van therapeuten en onderzoekers verdwenen en een vijfde deel van de ingebrachte gevallen verdwijnt in een groep.

Tussen de artsen zijn de verschillen niet erg groot. Artsen 3 en 4 krijgen wat minder positieve en wat meer negatieve resultaten te zien dan hun collega's, en relatief veel van de door hen ingebrachte gevallen worden doorverwezen. Dat de indicatiestelling achteraf niet terecht bleek, omdat de patiënt geen hulp wilde, zien we relatief het meest bij artsen 1 en 8. Het zijn dezelfde artsen die vaak verwezen omdat ze met de patiënt niet verder konden. Het percentage voortijdig afgebroken therapieën is relatief hoog bij arts 8.

Op grond van deze verschillen is het nauwelijks mogelijk van verschillen tussen artsen te spreken, wat betreft het effect van de inbreng. Waar de leden van het PTT deze verschillen wel aanhaalden (arts 5 zou ongericht verwijzen, arts 1 en arts 8 erg zorgvuldig) vinden we dit niet terug in deze resultaten.

De wijze van beëindiging is bij de maatschappelijk werker het meest in termen van resultaten gegoten (40% -gematigd-positief, 16% ambivalent/negatief), bij de psycholoog is minder sprake van positief en van negatief resultaat, en meer van interne en externe verwijzing (33% van alle ingebrachte gevallen, in tegenstelling tot 18% bij de maatschappelijk werker). (zie verder tabel B5.5.).

De wijze van beëindiging is ook niet gelijk bij elke reden van inbreng. In termen van positief effect scoren angstproblemen, assertiviteitsproblemen, onzelfstandigheid en de patiënt die hulp vraagt, hoog. Relatieproblemen, depressies en problemen waarmee de arts niet verder kan, worden relatief weinig met positief resultaat afgesloten.

Wanneer depressie of 'arts kan niet verder met de patiënt' als reden van inbreng wordt opgegeven, is er vaak sprake van therapie die achteraf niet nodig was geweest.

### 5.6. Samenvatting

Dit hoofdstuk V staat relatief los van de andere onderdelen van dit rapport, omdat het niet ingaat op de vraagstellingen betreffende etikettering, maar een beschrijving geeft van een belangrijke randvoorwaarde namelijk het PSH-samenwerkingsverband. Omdat we in het volgende hoofdstuk onderzoeken in hoeverre etikettering en haar consequenties aan verandering onderhevig zijn, gegeven het PSH-gebeuren, is het zinnig om dit laatste wat meer inhoud te geven.

In de eerste paragrafen wordt de ontstaansgeschiedenis en de werkwijze beschreven. We kunnen hieruit afleiden dat in de PSH-visie een integrale benadering van de patiënt centraal staat: de arts moet de patiënt niet uitsluitend als te behandelen hulpvrager tegemoet treden, maar zich ook afvragen wat de patiënt met die manier van hulpvragen voor heeft, welke rol de houding van de arts daarbij speelt, etcetera. Hiervoor is intensief overleg met anderen nodig, die vanuit een meer gedragswetenschappelijke invalshoek naar de arts-patiënt interactie kijken. We zagen dat een dergelijke integrale aanpak op diverse wijzen gestalte kreeg: de wekelijkse workshop, incidentele consultaties, co-therapieën en het bijwonen van elkaars spreekuur worden genoemd.

Dit blijkt op een eerstelijns manier te verwezenlijken: snelle antwoorden op hulpvragen, kortdurende interventies en intensieve terugkoppeling zijn hiervoor aanduidingen.

Wanneer de psychotherapeutische hulpverleners zich met cliënten bezighouden zien we enerzijds een hoeveelheid problematiek die in het algemeen betiteld kan worden als psychosociale nood die veel door eerstelijns psychologen (vgl. NHI-bibliografie, 1982) behandeld wordt: relatieproblemen, assertiviteitsproblemen, depressies, en dergelijke. Het is problematiek waarvan de behandeling tot de deskundigheid van psychosociale hulpverleners behoort (ongeacht of ze eerstelijns of in de AGGZ werken) en die in de aangeboden vorm nog al eens kortdurend behandeld kan worden. Een aantal van deze categorieën (assertiviteit, angsten) heeft ook vaak een positief resultaat blijkens de rapportage van de therapeut.

Een andere categorie problemen wordt door de arts ingebracht omdat de patiënten somatiseren, veel bij de arts komen, overmatig medicijnen gebruiken, etcetera. En daarnaast de patiënten waarmee de arts niet verder wil, die soms zelfs expliciet met het probleem 'arts-patiënt' relatie worden ingebracht.

Deze categorieën zijn interessant voor ons, omdat ze aansluiten bij in vorige hoofdstukken geconstateerde fenomenen: we refereren aan de 'afhankelijke patiënt', wat de beste benadering was van de patiënt die door de arts als 'probleempatiënt' worden geëtiketteerd, en aan de 'machteloosheid van de arts', welke ook sterk bijdroeg aan deze etikettering.

Wanneer PSH een reëel alternatief zou zijn - naast psychofarmaca, verwijzing of maar weer eens met de patiënt praten - zou een beslissing tot inbreng of PSH-consultatie bij deze patiënten relatief vaak moeten vallen, en zou de ervaren afhankelijkheid, machteloosheid en perceptie van klachtenaanbod als 'psychisch waar ik niets mee kan' moeten afnemen.

Een eerste indicatie vinden we in de resultaten volgens de therapeut: 'arts wil/kan niet verder met patiënt' levert relatief weinig echt positief resultaat op. Vaak wordt gezegd in deze gevallen dat de therapie niet nodig was.

Somatiseringsproblemen leveren gemiddelde resultaten op. Tweederde van deze reden voor inbreng wordt overigens door de therapeut in psychosociale termen gediagnostiseerd.

In het volgende hoofdstuk wordt expliciet ingegaan op veranderingen in etiketteringstermen bij patiënten in het algemeen en PSH-patiënten in het bijzonder.



De wijze van beëindiging is bij de maatschappelijk werker het meest in termen van resultaten gegoten (40% -gematigd-positief, 16% ambivalent/negatief), bij de psycholoog is minder sprake van positief en van negatief resultaat, en meer van interne en externe verwijzing (33% van alle ingebrachte gevallen, in tegenstelling tot 18% bij de maatschappelijk werker). (zie verder tabel B5.5.).

De wijze van beëindiging is ook niet gelijk bij elke reden van inbreng. In termen van positief effect scoren angstproblemen, assertiviteitsproblemen, onzelfstandigheid en de patiënt die hulp vraagt, hoog. Relatieproblemen, depressies en problemen waarmee de arts niet verder kan, worden relatief weinig met positief resultaat afgesloten.

Wanneer depressie of 'arts kan niet verder met de patiënt' als reden van inbreng wordt opgegeven, is er vaak sprake van therapie die achteraf niet nodig was geweest.

### 5.6. Samenvatting

Dit hoofdstuk V staat relatief los van de andere onderdelen van dit rapport, omdat het niet ingaat op de vraagstellingen betreffende etikettering, maar een beschrijving geeft van een belangrijke randvoorwaarde namelijk het PSH-samenwerkingsverband. Omdat we in het volgende hoofdstuk onderzoeken in hoeverre etikettering en haar consequenties aan verandering onderhevig zijn, gegeven het PSH-gebeuren, is het zinnig om dit laatste wat meer inhoud te geven.

In de eerste paragrafen wordt de ontstaansgeschiedenis en de werkwijze beschreven. We kunnen hieruit afleiden dat in de PSH-visie een integrale benadering van de patiënt centraal staat: de arts moet de patiënt niet uitsluitend als te behandelen hulpvrager tegemoet treden, maar zich ook afvragen wat de patiënt met die manier van hulpvragen voor heeft, welke rol de houding van de arts daarbij speelt, etcetera. Hiervoor is intensief overleg met anderen nodig, die vanuit een meer gedragswetenschappelijke invalshoek naar de arts-patiënt interactie kijken. We zagen dat een dergelijke integrale aanpak op diverse wijzen gestalte kreeg: de wekelijkse workshop, incidentele consultaties, co-therapieën en het bijwonen van elkaars spreekuur worden genoemd.

Dit blijkt op een eerstelijns manier te verwezenlijken: snelle antwoorden op hulpvragen, kortdurende interventies en intensieve terugkoppeling zijn hiervoor aanduidingen.

Wanneer de psychotherapeutische hulpverleners zich met cliënten bezighouden zien we enerzijds een hoeveelheid problematiek die in het algemeen betiteld kan worden als psychosociale nood die veel door eerstelijns psychologen (vgl. NHI-bibliografie, 1982) behandeld wordt: relatieproblemen, assertiviteitsproblemen, depressies, en dergelijke. Het is problematiek waarvan de behandeling tot de deskundigheid van psychosociale hulpverleners behoort (ongeacht of ze eerstelijns of in de AGGZ werken) en die in de aangeboden vorm nog al eens kortdurend behandeld kan worden. Een aantal van deze categorieën (assertiviteit, angsten) heeft ook vaak een positief resultaat blijkens de rapportage van de therapeut. Een andere categorie problemen wordt door de arts ingebracht omdat de patiënten somatiseren, veel bij de arts komen, overmatig medicijnen gebruiken, etcetera. En daarnaast de patiënten waarmee de arts niet verder wil, die soms zelfs expliciet met het probleem 'arts-patiënt' relatie worden ingebracht.

Deze categorieën zijn interessant voor ons, omdat ze aansluiten bij in vorige hoofdstukken geconstateerde fenomenen: we refereren aan de 'afhankelijke patiënt', wat de beste benadering was van de patiënt die door de arts als 'probleempatiënt' worden geëtiketteerd, en aan de 'machteloosheid van de arts', welke ook sterk bijdroeg aan deze etikettering.

Wanneer PSH een reëel alternatief zou zijn - naast psychofarmaca, verwijzing of maar weer eens met de patiënt praten - zou een beslissing tot inbreng of PSH-consultatie bij deze patiënten relatief vaak moeten vallen, en zou de ervaren afhankelijkheid, machteloosheid en perceptie van klachtenaanbod als 'psychisch waar ik niets mee kan' moeten afnemen.

Een eerste indicatie vinden we in de resultaten volgens de therapeut: 'arts wil/kan niet verder met patiënt' levert relatief weinig echt positief resultaat op. Vaak wordt gezegd in deze gevallen dat de therapie niet nodig was.

Somatiseringsproblemen leveren gemiddelde resultaten op. Tweederde van deze reden voor inbreng wordt overigens door de therapeut in psychosociale termen gediagnostiseerd.

In het volgende hoofdstuk wordt expliciet ingegaan op veranderingen in etiketteringstermen bij patiënten in het algemeen en PSH-patiënten in het bijzonder.

## HOOFDSTUK VI: VERANDERING VAN ETIKETERING EN PSH-PATIËNT

### 6.1. Inleiding

Dit hoofdstuk zal geheel gaan over vraagstelling 3: "welke veranderingen ondergaat het etiket 'probleempatiënt' gegeven de samenwerking met een psychotherapeutisch team.

Deze vraagstelling zullen we uiteenrafelen in de volgende deelvragen:

- a. in hoeverre worden patiënten die aan het begin van het onderzoek als 'probleempatiënt' zijn geëtiketteerd, aan het eind van het onderzoek nog steeds 'probleempatiënt' genoemd ?
- b. in hoeverre is de inhoud van het etiket 'probleempatiënt' aan het eind van het onderzoek veranderd ?
- c. in hoeverre worden patiënten die door het psychosociaal team zijn behandeld aan het eind van het onderzoek minder vaak als 'probleempatiënt' geëtiketteerd, in vergelijking met onbehandelde probleempatiënten ?
- d. in hoeverre is de inhoud van het etiket 'probleempatiënt' bij ex-PSH- cliënten sterker veranderd dan bij niet behandelde probleempatiënten ?

In bovenstaande vier subvragen lopen verschillende vragen door elkaar heen. De delen a en b hebben te maken met de veranderingen van het etiket (probleem versus niet-probleem) en de verandering in de inhoud van het etiket (factoren: afhankelijkheid en onmacht).

Wat betreft de delen c en d, deze gaan over het feit of de door het psychosociaal team behandelde patiënten er aan het eind van de rit gunstiger afkomen dan onbehandelde.

Duidelijk onderscheid tussen de verschillende subvragen is geboden daar men anders al snel het spoor bijster is.

### 6.2. Verandering van het etiket: wie zijn nu nog de probleempatiënten ?

Ter herinnering.

Aan het begin van het project hebben de artsen in het bijzijn van de onderzoeker alle probleempatiënten aangewezen. We hebben dit eerder geformuleerd als: de arts etiketteert bepaalde patiënten als problematisch.

Hoe stabiel is nu zulk een etiket ?

Strikt genomen zouden we dezelfde procedure aan het eind van het project nog eens moeten overdoen.

Dit bleek door de zéér tijdrovende behandeling niet meer mogelijk.

Daarom hebben de onderzoekers van alle in het project betrokken patiënten (dus de probleempatiënten maar ook de gematchte niet-probleempatiënten) aan de arts gevraagd om deze middels een op naam gesorteerde patiëntenlijst te beoordelen: 'is deze patiënt momenteel voor u een probleempatiënt ?'

Vanwege de verschillen in procedure dienen we de beperkingen voor het onderzoek aan te geven. Beschikken we in het begin over de probleempatiëntenpopulatie (gemeten op één moment), met de laatst gevolgde werkwijze kunnen we alleen veranderingen in de toenmalige populatie aangeven.

Alle patiënten die na onze registratie problematisch zijn geworden vallen buiten ons gezichtsveld. We kunnen dus niet de vraag beantwoorden of de arts meer of minder probleempatiënten in zijn praktijk heeft gekregen.

Evenmin kunnen we zeggen dat indien de toenmalige probleempatiënten populatie tot ieders vreugde niet-probleempatiënt is geworden, hij (de arts) geen probleempatiënten in de praktijk meer heeft.

Samengevat: onze metingen beperken zich tot veranderingen in de onderzoeksgroep.

Kijken we naar tabel 6.1. waarin de oorspronkelijke en recente probleempatiënten zijn weergegeven.

tabel 6.1.: verandering in het etiket 'probleempatiënt': PSH-artsen

oorspronkelijk nu	probleem	niet-probleem	PSH	totaal
niet-probleem	506 79%	794 95%	275 73%	1575 85%
probleem	131 21%	41 5%	103 27%	275 15%
totaal	637	835	378	1850

Van de 1015 oorspronkelijk als probleempatiënt geëtiketteerden zijn nu nog maar 234 (23%) over. Oftewel, positiever geformuleerd, in 77% van de gevallen zijn de artsen van mening dat de patiënten voor hen geen problemen meer opleveren.

Gaan we over naar de oorspronkelijke-controle groep van niet probleempatiënten. We zien dat van de 835 op leeftijd en geslacht gematchte niet-probleempatiënten er nu 41 oftewel 5% geëtiketteerd worden als probleempatiënt.

In absolute aantallen een gering aantal, gemiddeld nog geen 6 patiënten per arts. Maar als we deze tabel vergelijken met tabel 2.19. uit hoofdstuk II vinden we een interessante overeenkomst.

Uit de laatstgenoemde tabel blijkt dat alle artsen tezamen bijna 8% van de praktijkpopulatie als probleempatiënt aanwees (op dat moment). Wel zijn er individueel grote verschillen, de artsen 2 en 5 hebben percentageel veel meer probleempatiënten dan de collega's 1, 4, 7 en 8, terwijl arts 6 een middenpositie inneemt.

Laten we eens uitgaan van de gedachte dat iedere arts een bepaald vast percentage probleemgevallen heeft in zijn praktijk. Dit zou uitstekend getoetst kunnen worden indien we exact dezelfde procedure hadden gevolgd bij de tweede etikettering, maar nu moeten we verder met de ter beschikking staande steekproef van niet-probleempatiënten.

We weten dat deze niet-probleempatiënten geen afspiegeling zijn van de praktijkpopulatie, bijvoorbeeld alle jongeren onder de 20 (op een uitzondering na) ontbreken, maar een kopie van de probleemgroep.

Als het waar is dat het arsenaal probleempatiënten een vrij constante grootte heeft dan moet het vertrek van probleempatiënten aangevuld worden uit het restant van de populatie. Dit restant, zoals eerder gezegd, hebben we niet volledig ter beschikking maar wel de gematchte niet-probleemgroep. Daar het hier om percentages gaat kunnen we een behoorlijke overeenstemming verwachten tussen tabel 2.19. en tabel 6.2.

Welnu met uitzondering van arts 2 vinden we een aardig resultaat, bij alle artsen zijn de verschil-percentages niet meer dan 1%. Zelfs in statistisch opzicht is het verband aanzienlijk, de Spearman's rang correlatie is 0,80 wat significant is op 5%.

Maken we een onderscheid tussen probleem- en PSH-patiënten dan is het restant patiënten dat problematisch is, groter bij de PSH-patiënten namelijk 27% versus 21%.

Dat is best goed voorstelbaar daar de probleempatiënten die ingebracht zijn in PSH tot de meest problematische behoorden.

Uit tabel 6.2., waar de resultaten per arts zijn weergegeven vinden we aanzienlijke individuele verschillen.

tabel 6.2.: percentage patiënten die nu nog als probleempatiënt worden gezien, naar herkomst: PSH-artsen

arts:	1	2	4	5	6	7	8	totaal
probleem	19	10	8	25	29	30	24	21
niet-probleem	3	6	2	8	7	4	5	5
PSH	19	24	19	32	42	32	16	27
probleem + PSH	19	14	13	29	34	32	22	23

De artsen 2 en 4 hebben percentueel de minste aantallen probleempatiënten over: (14 en 13 %), in sterk contrast met de artsen 5, 6 en 7 met 29 %, 34% en 32%. De resterende artsen 1 en 8 nemen een middenpositie in.

Laten we eens proberen de artsen in te delen op het criterium veel/weinig oorspronkelijk geëtiketteerde (probleem)patiënten overhouden en veel/weinig niet-probleempatiënten etiketteren als probleempatiënt. Zie hiervoor tabel 6.3.

tabel 6.3.: artsen ingedeeld in de categorieën: veel/weinig probleempatiënten overhouden en veel/weinig nieuwe probleempatiënten aanwijzen

	weinig	veel
probleempatiënten overhouden	1, 4, 8, 2	5, 6, 7
nieuwe probleempatiënten aanwijzen	1, 4, 8, 7	5, 6, 2

We kunnen de kolommen van deze tabel ook zien als een indicatie of de arts weinig of veel probleempatiënten in zijn praktijk 'vasthoudt'.

We gaan weer even terug naar tabel 2.48. waar het aantal toenmalig geëtiketteerde patiënten uitgedrukt is als percentage van de praktijkpopulatie. Hoe is de relatie tussen de gegevens van deze tabel en tabel 6.3., anders gezegd zijn de artsen die weinig/veel probleempatiënten overhouden en nieuwe aanwijzen dezelfde als de artsen die de meeste probleempatiënten hebben in de praktijken ?

De artsen 1, 4 en 8 die 'weinig' probleempatiënten hebben in tabel 6.3. komen ook terug in tabel 2.48. Daarnaast valt arts 5 in beide tabellen ook in de categorie 'veel' probleempatiënten.

Blijven over de artsen 2, 6 en 7 die niet direct plaatsbaar zijn.

Arts 2 die het hoogste percentage had in tabel 2.48. toont volgens tabel 6.3. een soort evenwicht; hij vult het verloop van zijn probleempatiënten aan met nieuwe probleempatiënten uit de niet-probleemgroep.

Tenslotte de artsen 6 en 7. De percentages uit tabel 2.48. zijn berekend uit de gezamenlijke praktijk van beiden. Hierdoor zijn de aangegeven percentages voor deze artsen een onderschatting, maar hoeveel ?

Dit hangt af van de praktijkverdeling, maar elke redelijke verdeling laat beide artsen in de categorie véél probleempatiënten vallen. Kortom als we proberen beide tabellen te integreren dan vinden we aan de ene kant een drietal artsen met 'weinig' probleempatiënten (1, 4, 8) en aan de andere kant met 'veel' probleempatiënten (5, 6, 7) met als tussengeval arts 2.

In de volgende paragraaf gaan we over op de inhoud van het etiket probleempatiënt teneinde na te gaan of er een verband bestaat tussen een patiënt opnieuw etiketteren als probleempatiënt en de afhankelijkheids- en machteloosheidsscore.

### 6.3. De inhoud van het etiket probleempatiënt: veranderingen tussen eerste en tweede meting

We kunnen op voorhand enkele verwachtingen formuleren:

- patiënten die nu nog als probleempatiënt geëtiketteerd worden hebben hogere afhankelijkheids- en machteloosheidsscores dan patiënten die niet (meer) als probleempatiënt geëtiketteerd worden.
- patiënten die door het psychosociaal team zijn behandeld zullen lagere gemiddelden hebben op afhankelijkheid en machteloosheid tenzij ze nu nog als probleempatiënt geëtiketteerd worden.

Kijken we naar tabel 6.4. voor de resultaten.

tabel 6.4.: inhoud van het etiket probleempatiënt op eerste en tweede meting voor diverse groepen patienten: PSH-artsen<sup>\*</sup>

	1e afhankelijk	2e afhankelijk	1e ormacht	2e ormacht
vroeger PP nu nog PP	3,3 N=127 (0,9)	3,1 N=120 (0,8)	2,3 N=129 (0,8)	2,0 N=119 (0,8)
vroeger PP nu niet meer PP	2,8 N=462 (0,9)	2,5 N=383 (0,9)	1,9 N=465 (0,9)	1,7 N=383 (0,8)
vroeger NPP nu PP	2,3 N= 39 (0,9)	2,2 N= 38 (0,9)	1,9 N= 39 (1,0)	1,8 N= 38 (1,0)
vroeger NPP nu nog NPP	1,8 N=657 (0,8)	1,7 N=504 (0,7)	1,4 N=658 (0,6)	1,3 N=508 (0,5)
vroeger PSH (PP) nu PP	3,2 N= 67 (0,9)	3,1 N= 58 (0,8)	2,3 N= 67 (0,8)	2,7 N= 58 (0,9)
vroeger PSH (PP) nu niet meer PP	2,7 N=157 (0,9)	2,3 N=127 (0,9)	1,8 N=157 (0,8)	1,6 N=127 (0,8)

\*tussen haakjes staat de s.d.

Per patiëntengroep (probleem, niet-probleem en PSH) is de oude en nieuwe etikettering aangegeven en de afhankelijkheids- en machteloosheidsscore op eerste en tweede meting. We trekken de volgende conclusies.

Bij alle patiëntengroepen en alle variabelen zijn de gemiddelden op de tweede meting lager dan op de eerste, zij het dat de verschillen soms erg gering zijn. De meest algemene conclusie is dan ook:

- de PSH-artsen geven het etiket probleempatiënt aan het eind van het onderzoek een positievere inhoud dan aan het begin.

Anders gezegd ze kennen alle patiënten (ook de niet-probleempatiënten) minder negatieve eigenschappen toe en voelen zich minder machteloos dan in het begin.

Deze algemene conclusie verdient wat gedetailleerder denkwerk zoals al snel uit tabel 6.3. blijkt.

Keren we terug naar onze eerste verwachting aan het begin van deze paragraaf. Onderscheiden alle momentele probleempatiënten zich van de oudere probleempatiënten die dus probleempatiënt af zijn ?

Ja, met één uitzondering, de niet-probleempatiënten die nu probleempatiënt zijn hebben weliswaar hogere gemiddelden dan de resterende niet-probleemgroep maar hun gemiddelde ligt toch nog lager dan de ex-probleem en ex-PSH-patiënten.

Gaan we nu over naar de tweede verwachting met betrekking tot PSH-patiënten.

Het onderscheid tussen ex-PSH-patiënten die wel en die niet als problematisch gezien worden is duidelijk aanwezig. Echter de behandelde PSH-patiënt komt niet op het niveau van de niet-probleempatiënt. Een effect van behandeling door het psychosociaal team is duidelijk, namelijk de PSH-patiënten die niet meer als problematisch gezien worden hebben de grootste daling in afhankelijkheid, terwijl de andere PSH-patiënten praktisch geen verschil laten zien.

Samengevat: ofschoon er een drastische vermindering van het aantal probleempatiënten in onze onderzoeksgroep heeft plaatsgevonden, kunnen we constateren dat die patiënten die nu als probleempatiënt gezien worden zich op de afhankelijkheid en machteloosheidsfactoren onderscheiden van de patiënten die het etiket niet of niet meer hebben.

Het etiket probleempatiënt is zo te bezien nogal veranderlijk, maar de inhoud van het etiket (afhankelijk en machteloosheid) blijft een verrassend stabiel beeld tonen. Etiketteert een arts een patiënt als probleempatiënt dan vinden we ook de bijbehorende afhankelijkheid en machteloosheidsscore. Daarboven op komt dat de artsen alle patiënten ongeacht de herkomst positiever zijn gaan labelen. In hoeverre dit een effect is van het samenwerkingsverband is door ons niet na te gaan.

#### 6.4. Verandering op consultniveau: PSH-subgroep

In de vorige paragraaf vonden we dat de inhoud van het etiket probleempatiënt in positieve zin veranderde aan het eind van het project. De inhoud van het etiket komt tot stand door middel van een vragenlijst waarbij de arts op basis van zijn geheugen en de groene kaart een oordeel velde over de patiënt. Tijdens een consult met een patiënt spelen uiteraard veel meer zaken een rol, de aard van de gepresenteerde klacht, de stemming van de arts, de voorafgaande consulten, etcetera.

We zullen nu nagaan of veranderingen door de artsen aangegeven op algemeen niveau (eerste en tweede meging) op de een of andere manier terugkeert in de op consultniveau gemeten variabelen.

Deze analyse op consultniveau zullen we uitvoeren voor probleempatiënten en PSH-patiëntengroepen.

De eerste PSH-groep bestaat uit patiënten die voortdurend somatiseren. Patiënten met een dergelijk klachtenpatroon zullen relatief vaak somatische klachten presenteren die de arts herdefinieert in psychosociale termen. Verder kunnen we verwachten dat de arts onlustgevoelens ervaart in de zin van 'vage klacht' en 'ik kan er niets mee'.

Tenslotte kunnen we een relatief hoge contactfrequentie verwachten bij somatiserende patiënten.

De tweede PSH-groep bestaat uit patiënten die ingehaald worden vanwege problemen met de huisarts-patiënt-relatie. Dit kunnen we op consultniveau terugvinden in de beoordeling die de huisarts geeft over de patiënt: patiënt werkt niet mee, huisarts voelt zich machteloos en ongeïnteresseerd.

De laatste PSH-groep bestaat uit patiënten die ingebracht zijn om redenen waarvoor anders een AGGZ-instelling geraadpleegd zou worden. Als redenen noemen we: fobieën, relatieproblematiek, opvoedingsproblematiek, sub-assertiviteit, seksuele problematiek, etcetera.

Bij alle drie PSH-groepen zullen consulten vóór en na behandeling met elkaar vergeleken worden. De algemene verwachting is dat patiënten na behandeling minder vaak klachten als vaag presenteren waar de arts niets mee kan. Bovendien verwachten we een vermindering van gevoelens van machteloosheid, somatisering, en een toename van coöperatief gedrag van de patiënt.

Kijken we naar tabel 6.5. en 6.6.

tabel 6.5.: ex-geëtiketteerde patiënten verdeeld naar herkomst: kenmerken van klachten

herkomst patiënt		psychosoc. oordeel	vaag	iets	ernst
probleem-patiënt		2,5 (615)	0,23 (614)	0,12 (598)	0,28 (612)
PSH (somat)	V	4,3 ( 3)	0,67 ( 3)	0,33 ( 3)	0,50 ( 2)
	N	2,7 ( 23)	0,22 ( 23)	0,0 ( 21)	0,17 ( 23)
PSH (arts-pat)	V	4,3 ( 3)	0,33 ( 3)	0,5 ( 2)	1,0 ( 3)
	N	2,1 ( 20)	0,10 ( 20)	0,06 ( 19)	0,3 ( 20)
PSH (AGGZ)	V	3,0 ( 27)	0,26 ( 27)	0,08 ( 26)	0,30 ( 27)
	N	2,8 (149)	0,11 (147)	0,10 (135)	0,35 (147)

tabel 6.6.: nu nog geëtiketteerde patiënten verdeeld naar herkomst: kenmerken van klachten

herkomst patiënt		psychosoc. oordeel	vaag	iets	ernst
probleem patiënt		3,0 (279)	0,45 (277)	0,12 (264)	0,37 (277)
PSH (somat)	V	3,4 ( 8)	0,25 ( 8)	0,38 ( 8)	0,50 ( 8)
	N	3,2 ( 29)	0,0 ( 29)	0,14 ( 28)	0,35 ( 29)
PSH (arts-pat)	V	5 ( 1)	-	-	1,0 ( 1)
	N	3,7 ( 9)	0,33 ( 9)	0,38 ( 8)	0,44 ( 9)
PSH (AGGZ)	V	3,5 ( 15)	0,07 ( 15)	0,08 ( 13)	0,57 ( 14)
	N	3,9 ( 67)	0,27 ( 67)	0,28 ( 64)	0,57 ( 67)

Hierbij hebben we de aard van het gepresenteerde klachtenpatroon - te weten: psychosociaal oordeel van de arts, vaagheid van de klacht, ernst van de klacht en arts kan niets met de klacht - weergegeven voor de verschillende patiëntengroepen.



Tabel 6.5. en 6.6. bevatten elk dezelfde patiëntengroepen met dit verschil dat in tabel 6.5. alle patiënten nu geen probleempatiënt meer zijn en in tabel 6.6. wel.

Verder zijn voor de drie patiëntengroepen steeds twee getallen genoemd, het bovenste bevat de resultaten van consulten vóór de therapie afgesloten werd, de onderste de consulten na behandeling.

Tot slot de betekenis van de gebruikte getallen; het zijn gemiddelde scores, de betekenis is als volgt: hoe hoger de score des te psychosocialer, vager, kon er niets mee en ernstiger is de klacht.

En nu de resultaten:

1e vraag:

Presenteren patiënten die nu nog als probleempatiënt geëtiketteerd worden meer psychosociale klachten dan de ex-geëtiketteerden?

Dit geldt voor de probleempatiënten zeker wel, (gemiddelde score is 2,5 versus 3,0). Bij de PSH-patiënten worden onze interpretaties nogal bemoeilijkt door de soms zéér geringe aantallen. Hierdoor kunnen we geen zinnige uitspraken doen over de consulten van PSH-patiënten die somatiseerden en problemen hadden met de arts-patiënt-relatie vóór afsluiting van therapie. Als we de overblijvende groepen gebruiken dan is duidelijk dat de ex-geëtiketteerden steeds lagere gemiddelden hebben, soms aanzienlijk lager. Hieruit blijkt ook dat bij diegenen die een therapie achter de rug hebben maar het etiket niet kwijt zijn geraakt, door de arts gemiddeld vaker psychosociale problematiek wordt toegekend dan patiënten die probleempatiënt af zijn.

Het criterium wel-niet probleempatiënt lijkt belangrijker dan wel-geen therapie. Immers uit tabel 6.4. (ex-geëtiketteerden) volgt dat de gemiddelden van PSH-patiënten na behandeling niet noemenswaardig afwijken van de probleemgroep.

Zijn er nog verschillen tussen de drie PSH-groepen ?

Interessant zou zijn om de presentatie van de klacht te vergelijken met de herformulering tot somatisch-psychisch, echter dit staat ons nog niet ter beschikking. De PSH-patiënten met AGGZ-problematiek (tabel 6.6.) hebben gemiddeld de meeste psychische klachten, in elk geval meer dan de somatiserende patiënten uit PSH en de (gewone) probleempatiënten.

2e vraag:

Prestenteren patiënten die nu nog als probleempatiënt geëtiketteerd worden meer vage klachten waar de arts niets mee kon en die ernstig van aard acht dan de ex-geëtiketteerden ?

Wederom is dit verschil bij de probleempatiënten aanzienlijk. Bij de ex-geëtiketteerden worden gemiddeld veel minder klachten als vaag geïnterpreteerd. Bij de PSH-patiënten vinden we een wisselend beeld. Somatiserende patiënten (geëtiketteerd) hebben na behandeling géén vage klachten meer. Dit in tegenstelling tot de ex-geëtiketteerden die na behandeling nog altijd een gemiddelde van 0,22 hebben.

Laten we een voorbeeld nemen met een tegengesteld resultaat.

PSH-AGGZ-patiënten (ex-geëtiketteerd) laten minder vage klachten zien na behandeling (tabel 6.4.). Dezelfde groep (geëtiketteerd) heeft juist na behandeling méér vage klachten (tabel 6.6.).

Kortom een verwachting (daling van vage klachten na behandeling) komt uit bij somatiserende patiënten (geëtiketteerd) en AGGZ-patiënten (ex-geëtiketteerd) maar juist niet bij AGGZ-patiënten (geëtiketteerd).

Klachten waar de arts niets mee kan zijn niet verschillend voor de probleemgroep in tabel 6.5. en 6.6.

Voor de PSH-groepen is er een duidelijk verschil tussen de geëtiketteerde patiënten uit tabel 6.6. en de ex-geëtiketteerde patiënten uit tabel 6.5.

Steeds treffen we vaker klachten aan waar de arts niets mee kan bij de nu nog als probleempatiënt geëtiketteerden.

De ernst van de klacht tenslotte. Hier ligt de interpretatie zeer duidelijk, er is namelijk één groot onderscheid, namelijk dat tussen wel en niet-geëtiketteerden. Alle patiëntengroepen (met voldoende aantallen) waarvan de arts stelt dat ze nog probleempatiënt zijn hebben gemiddeld ernstiger klachten dan de andere patiënten.

De meest ernstige klachten treffen we aan bij patiënten met 'AGGZ'-problemen die gemiddeld duidelijk hoger scoren dan alle anderen.

Gaan we over naar tabel 6.7. en 6.8. waar de patiënt beoordeeld is op eigenschappen van coöperatief gedrag en somatisering, waar de arts aangaf zich machteloos te voelen en of hij gezien de aard van de problematiek op zijn hoede was.

tabel 6.7.: ex-geëtiketteerde patiënten verdeeld naar herkomst: oordelen over patiënt en zelfbeleving van de arts

herkomst patiënt		coöperatief	somatiseert	machteloos	hoede
probleem patiënt	V N	3,5 (617)	2,9 (616)	1,3 (617)	0,44 (581)
PSH (somat)	V N	3,8 (3) 3,4 (23)	3,7 (3) 3,2 (23)	1,8 (3) 1,2 (23)	1,0 (3) 0,39 (23)
PSH (arts-pat)	V N	2,3 (3) 3,5 (20)	2,8 (3) 2,7 (20)	2,2 (3) 1,1 (20)	0,33 (3) 0,32 (19)
PSH (AGGZ)	V N	3,3 (27) 3,7 (151)	2,9 (27) 2,7 (150)	1,4 (27) 1,4 (150)	0,56 (25) 0,50 (143)

tabel 6.8.: momenteel geëtiketteerde patiënten verdeeld naar herkomst: oordelen over patiënt en zelfbeleving van de arts

herkomst patiënt		coöperatief	somatiseert	machteloos	hoede
probleem patiënt		3,2 (280)	3,3 (279)	1,4 (280)	0,65 (272)
PSH (somat)	V N	2,8 (8) 3,1 (29)	4,1 (8) 3,7 (29)	1,8 (8) 1,9 (29)	0,50 (6) 0,72 (29)
PSH (arts-pat)	V N	2,3 (1) 3,5 (9)	2,5 (10) 3,4 (9)	3,3 (1) 1,7 (9)	1,0 (1) 0,78 (9)
PSH (AGGZ)	V N	3,7 (15) 2,8 (69)	2,5 (15) 3,4 (69)	1,4 (15) 2,0 (69)	0,73 (15) 0,72 (65)

**Coöperatief:** in het algemeen vinden we dat geëtiketteerden minder als coöperatief worden gezien dan ex-geëtiketteerden. Het meest extreem komt dat naar voren bij de PSH en AGGZ-patiënten na behandeling (gemiddelden 3,7 en 2,8).

**Somatisering:** PSH-patiënten die ingebracht zijn vanwege somatiseringsverschijnselen hebben steeds gemiddeld de hoogste score, ook na behandeling door het psychosociaal team. Dit blijft gelden voor de ex-geëtiketteerden. Overigens is het somatiseren bij alle patiënten in deze tabellen duidelijk aanwezig. Weliswaar sterker bij de geëtiketteerden maar de ex-geëtiketteerden hebben een niet te verwaarlozen score op de vijf-puntschaal.

Machteloosheid van de arts: Voelt de arts zich minder machteloos als de patiënt behandeld is door het psychosociaal team. Ons antwoord is volgens politieke termen ja, mits de patiënt niet meer geëtiketteerd wordt als probleempatiënt. Immers, somatiserende patiënten en AGGZ-patiënten die nog als problematisch gezien worden hebben gemiddeld hogere scores na behandeling. Bij de ex-geëtiketteerden vinden we òf geen verschil (AGGZ-patiënten) of zeer lage gemiddelden (somatiserende patiënten, arts-patiënt relatie).

Tot slot van deze paragraaf: bij welke patiëntengroep is de arts op zijn hoede vanwege de gepresenteerde problematiek ?

Ook hierover kunnen we kort zijn: bij momenteel nog als probleempatiënt geëtiketteerden, ongeacht de behandeling door PSH, is de arts gemiddeld vaker op zijn hoede dan bij de anderen.

### 6.5. Samenvatting

Wat kunnen we nu zeggen over het verschijnsel etikettering als probleempatiënt en de inbreng bij de PSH.

Ten eerste het enorme verloop van de aantallen probleempatiënten, 77% van de toenmaals geëtiketteerden is volgens de arts probleempatiënt af. De conclusie die men trekken kan is dat het etiket niet stabiel is, als meer dan driekwart van de als zodanig geëtiketteerden niet meer terugkeert. Men kan het ook positiever formuleren, de artsen kunnen nu met 77% van de 'moeilijke gevallen' beter omgaan.

Maken we bij de geëtiketteerden onderscheid tussen wel en niet door het psychosociaal team behandelde patiënten dan blijkt dat 73% daarvan niet meer terugkeert als probleempatiënt tegenover 79% bij de onbehandelde patiënten.

Het verschil zou verklaard kunnen worden door de ernst van de problematiek die de inbreng en behandeling noodzakelijk maakten. Van de groep niet-probleempatiënten bleek in totaal 5% nu wel geëtiketteerd te worden. Als men dit percentage, uitgesplitst naar arts vergelekt met het percentage probleempatiënten dat elke arts aanwijst in verhouding tot de praktijkpopulatie dan vinden we frappante overeenkomsten.

We kwamen tot de conclusie dat artsen te karakteriseren waren in twee groepen; een groep die weinig probleempatiënten overhoudt (van het oorspronkelijk aantal) en weinig nieuwe probleempatiënten aanwijst; de andere groep artsen gedroeg zich juist andersom, weinig verloop van probleempatiënten, en veel nieuwe patiënten als zodanig etiketteren.

Het bovenstaande komt er op neer dat volgens deze opvatting artsen een relatief vast percentage probleempatiënten in de praktijk hebben, dat stabiel blijft door etikettering van nieuwe en 'ont-etikettering' van oude probleempatiënten. Deze opvatting kan echter alleen getoetst worden door de gehele praktijkpopulatie weer door de artsen te laten beoordelen.

Tot nu toe hebben we het steeds over aantallen gehad niet over de inhoud van het etiket probleempatiënt.

Ter herinnering: de inhoud van het etiket probleempatiënt werd door ons gevuld met twee factoren: de afhankelijkheid van de patiënt en de (daarbij horende) machteloosheid van de arts.

Nu blijkt dat patiënten die nu nog als probleempatiënt gezien worden zich duidelijk onderscheiden op deze twee factoren van patiënten die probleempatiënt zijn.

Over dit alles heen komt nog een punt, namelijk dat de artsen gemiddeld aangeven alle patiënten als minder afhankelijk te zien en zich daarbij minder machteloos te voelen.

Waaraan deze positieve ontwikkeling is toe te schrijven is door ons niet na te gaan, daar de tweede meting bij de vergelijkingsartsen ontbreekt. Het interessante in het bovenstaande is dat er blijkbaar een sterke relatie is tussen iemand etiketteren als probleempatiënt en onze gehanteerde operationalisatie die resulteerde in de factor afhankelijkheid. Is de patiënt probleempatiënt af dan volgt daar een lagere afhankelijkheidscore uit, blijft de patiënt probleempatiënt dan ook de daarbij behorende gemiddelden.

Daar beide zaken (etikettering) en inhoudelijke vulling (afhankelijkheid) los van elkaar tot stand gekomen zijn hebben we hier een aanzet voor een verdere begripsvalidering gevonden, hetgeen later nader uitgewerkt moet worden.

Wat is van dit alles nu terug te vinden op het niveau van het consult ? Hierbij vergeleken we de twee groepen: ex-geëtiketteerden en momenteel nog geëtiketteerden met elkaar.

Deze groepen werden nog verder uitgesplitst naar reden van inbreng bij de PSH. Dit laatste om na te gaan wat de eventuele invloed van het psychosociaal team (!) was op de consult gebeurtenissen.

Vanwege de geringe aantallen bij de PSH-groepen hebben we hiervan maar ten dele inhoud aan kunnen geven.

De grote lijn die we vonden was niet dat PSH-patiënten na behandeling gemiddeld minder psychosociale, vage etcetera klachten presenteren, zij het wel bij bepaalde subgroepen, maar niet over het geheel. Evenmin melden artsen zich minder machteloos, waren minder op hun hoede of somatiseerden de patiënten minder na behandeling.

Wat we wel vinden, en dat in overeenstemming met de resultaten van de algemene etikettering in het eerste deel van deze samenvatting besproken, is dat het onderscheid wel-niet geëtiketteerd het belangrijkste was.

Als we het onderscheid tussen de subgroepen in de tabellen vergeten dan hebben de nu als probleempatiënt geëtiketteerden op alle variabelen zonden uitzondering gemiddeld steeds de hoogste score in die zin dat de negatieve betekenis sterker aanwezig is. Deze verschillen zijn soms gering soms aanzienlijk.

## HOOFDSTUK VII: SAMENVATTING EN DISCUSSIE

In dit slothoofdstuk zetten we de voornaamste bevindingen op een rijtje en geven we aan in hoeverre het toekennen van een etiket als 'probleempatiënt' gevolgen heeft voor die patiënt en eventueel zelf beïnvloed is.

Waar ging het ook al weer om. Acht (PSH)-artsen werken samen met een psychotherapeutisch team. De onderzoekers vragen deze artsen een aantal patiënten te etiketteren als 'probleempatiënt'.

De bedoeling is om na te gaan wat dit etiket of (voor)oordeel, dat een patiënt een probleempatiënt is, precies inhoudt. Welke kenmerken hebben deze patiënten? Is het etiket stabiel? (eens een probleempatiënt altijd een probleempatiënt?) Betekent het voor iedere arts hetzelfde? Welke gevolgen heeft het etiket voor de beslissingen die de arts neemt in het consult en dus voor de patiëntencarrière? Verandert het etiket als de arts samenwerkt met een psychosociaal team?

Deze vragenreeks hebben we samengevat in een drietal vraagstellingen:

1e waarmee hang het etiket 'probleempatiënt' samen

2e wat zijn de consequenties van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' op de houding van de arts t.a.v. de patiënt in het consult

3e welke veranderingen ondergaat het etiket 'probleempatiënt' doordat de artsen intensief samenwerken met een psychotherapeutisch team.

Bovenstaande vraagstellingen zijn in de voorgaande hoofdstukken uitgebreid besproken.

In het onderzoek doen naast de PSH-artsen ook zeven andere artsen mee, ten einde de resultaten van de eerstgenoemde groep te kunnen vergelijken. Bovendien zijn per arts twee patiëntengroepen betrokken, de eerder genoemde geëtiketteerde 'probleempatiënten' en een contrastgroep van niet-probleempatiënten die gematched zijn op leeftijd en geslacht.

Ten aanzien van vraagstelling 1 "waarmee hangt het etiket 'probleempatiënt' samen" vonden we de volgende feiten:

Artsen benoemen procentueel veel meer vrouwen dan mannen als probleempatiënt; het percentage ziekenfondsverzekerden is oververtegenwoordigd en er zitten relatief veel probleempatiënten in de middelbare leeftijdsgroep.

Voor het feit dat vrouwen procentueel veel vaker geëtiketteerd worden dan mannen zijn een aantal mogelijke verklaringen geopperd, variërend van sexe-bias (alle artsen waren mannen) tot hogere medische consumptie en cultureel geaccepteerde vrijere uitingsvorm van vrouwen. Het lijkt ons zinniger om door middel van nieuw onderzoek dit uit te zoeken dan via allerlei bespiegelingen.

Ten aanzien van de oververtegenwoordiging van de ziekenfondspatiënten (t.a.v. de praktijkverdeling) kunnen we wijzen op het feit dat deze groep in het algemeen als ongezonder wordt beoordeeld, een grotere klaaggenigheid vertoont (tot uitdrukking komend in een hogere VOEGscore) en vaker naar de dokter gaat.

Kortom allemaal redenen die de kans op het krijgen van een etiket 'probleempatiënt' vergroten.

Het belangrijkste inhoudelijke kenmerk van probleempatiënten beschreven we als 'afhankelijk' hetgeen termen bevatte als somatiserend, hulpeloos, zielig en zeurderig. Een tweede kenmerk die slechts een klein aantal patiënten omvatte is 'agressief'.

Het gevoel van machteloosheid is t.o.v. de probleempatiënten veel groter dan t.o.v. de niet-probleempatiënten.

Andere typering van de probleempatiënt waren de grote klaaggeneigdheid en het hoge aantal consulten per jaar.

In het bovenstaande waar we achtergrond- en inhoudelijke kenmerken van probleempatiënten besproken hebben, is stilzwijgend gesuggereerd dat deze kenmerken voor alle artsen even sterk zouden gelden.

Een interessant verschijnsel is echter dat de artsen zowel kwalitatief als kwantitatief verschillen in deze variabelen. We zagen dat de ene arts een veel hoger percentage patiënten etiketteerde dan de ander, tevens weken de percentages ziekenfondsverzekerden en de leeftijdsverdeling onderling nogal af.

Verder zijn er artsen die veel hoger scoren op kenmerken als afhankelijkheid, agressie en machteloosheid dan anderen.

Komen we op het punt 'onderscheid tussen probleem- en niet-probleempatiënten', dan blijkt dat de ene arts bijvoorbeeld drie relevante aspecten hanteert en de ander acht.

Sommige artsen maken in het geheel geen gebruik van het kenmerk 'agressie' om hun probleempatiënten te typeren, bij een ander is dat juist het belangrijkste onderscheid.

Ook in het inbrengbeleid naar PSH troffen we dergelijke verschillen aan.

Ondanks deze verscheidenheid tussen artsen blijkt dat ze het allen toch op één manier eens zijn; de belangrijkste factor die een probleempatiënt kenmerkt wordt gevormd door de factor 'afhankelijkheid'.

Reden waarom wij dit de meest voor de hand liggende variabele achten om in de analyse mee verdere werken en algemene uitspraken over te doen.

Afhankelijkheid en als probleempatiënt geëtiketteerd worden gaan voor deze artsen sterk samen (en gezien de literatuur staan ze hierin niet alleen!), dus kunnen we voor deze artsen gezamenlijk onderzoeken wat er in de consulten van afhankelijke patiënten gebeurt.

Daarnaast zou iedere arts eigenlijk een op maat gesneden analyse verdienen: wat doet de ene arts met zijn agressieve patiënten en de andere arts met patiënten die zo vaak komen.

Hiermee concentreren we ons op de inhoudelijke verschillen per arts; de eventuele veranderingen in etikettering of patiëntencarrière zijn dan ook èn duidelijker zichtbaar èn beter te interpreteren.

Later in deze samenvatting komen we hierop terug.

Tot slot van deze vraagstelling merken we op dat de niet-PSH-artsen in het algemeen extremere oordelen hadden dan de PSH-artsen. Dit zou ten dele verklaard kunnen worden door het verschil in gehanteerde definitie van probleempatiënt (patiënt die in aanmerking komt voor AGGZ resp. PSH), anderzijds door de grotere genuanceerdheid in de beoordeling door de PSH-artsen. Immers jarenlang hebben deze artsen zich intensief beziggehouden psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk.

Ten aanzien van vraagstelling 2 "wat zijn de consequenties van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' vonden we het volgende. Concreet werd nagegaan of er een verband bestond tussen een eenmaal toege-

kend etiket 'probleempatiënt' en hetgeen zich in de consulten afspeelt. Geëtiketteerde patiënten presenteren volgens de artsen in 70% van de consulten klachten met ten minste een psychosociale component, bij de niet-geëtiketteerden was dat 47%.

Ook aspecten van ernst, vaagheid en onbehandelbaarheid (arts kan er niets mee) wordt vaker toegekend aan consulten van geëtiketteerden dan aan de andere patiënten.

De belangrijkste cluster in het consult werd gevormd door de 'psychosociale klacht waar de arts niets mee kan'.

Welke variabelen voorspellen het beste de 'psychosociale klachten waar de arts niets mee kan?'

Hiertoe hebben we diverse analyses uitgevoerd, op de geaggregeerde consulten per patiënt en op de eerste en op de laatste consulten om de tijdsfactor erbij te betrekken.

Steeds was de afhankelijkheidsscore van de patiënt de belangrijkste voorspeller van hetgeen de arts als klacht formuleerde. Als we deze resultaten interpreteren in termen van de tweede vraagstelling "wat zijn de consequenties van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt'", dan kunnen we concluderen dat een eenmaal ingenomen oordeel van de arts over de patiënt in redelijke mate terugkeert in de consulten, ook als deze laatste langer dan een jaar na het oordeel plaatsvinden.

Gaan we over tot de beslissingen die de arts neemt in het consult dan vinden we het volgende.

Langdurende consulten (langer dan 10 minuten) komen tweemaal zo vaak voor bij probleempatiënten dan bij niet-probleempatiënten. Hetzelfde geldt voor psychofarmaca, uitgedrukt als percentage van het aantal medicijnen.

Welk verband bestaat er tussen de algemene beoordelingen van de patiënt en de beslissingen van de huisarts tijdens het consult?

Bij twee variabelen, duur van het consult en voorschrijven van psychofarmaca bleek er een verband te bestaan. Beide variabelen werden voornamelijk bepaald door de psychosociale geaardheid van de klacht. Diverse aspecten van verwijzen bleken geen significante verbanden op te leveren.

We zien dus dat de beslissingen van de arts in het consult op een indirecte manier bepaald worden door algemene etiketteringskenmerken (afhankelijkheid) namelijk doordat laatstgenoemde de psychosociale geaardheid van de klacht beïnvloedt.

Het begrip probleempatiënt waarvoor in vraagstelling 1 de grote bouwstenen werden aangedragen krijgen in het consult een concretere vulling: het veelvuldig presenteren van psychosociale klachten waar de arts geen raad mee weet, de lengte van het consult en het voorschrijven van psychofarmaca.

Komen we tenslotte terecht bij onze derde vraagstelling: "welke veranderingen ondergaat het etiket 'probleempatiënt', gegeven de samenwerking met een psychotherapeutisch team".

Deze vraagstelling hebben we onderzocht op drie aspecten, namelijk: hoe verandert het etiket probleempatiënt, hoe verandert de inhoud van het etiket en tenslotte welke veranderingen treffen we aan in de consulten als we rekening houden met wel en niet door het psychosociaal team behandelde patiënten.

Ten eerste hoe verandert het etiket probleempatiënt?

Als we nagaan welke patiënten toen als probleempatiënt geëtiketteerd werden en welke nu, dan treffen we een grote verschuiving aan, namelijk nog maar 23% van de oorspronkelijke groep is als geëtiketteerd overgebleven. Hieruit trokken we vanzelfsprekend de conclusie dat het etiket probleempatiënt van veel patiënten geen stabiel kenmerk was, maar daarbij hangt het ervan af of men de gebruikte tijdsperiode (2 jaar) als lang of kort accepteert.

Binnen de groep overgebleven geëtiketteerden waren procentueel meer (ex)-PSH-patiënten, hetgeen verklaard kan worden uit de ernst van de problematiek die de behandeling noodzakelijk maakte.

Van de groep toen uitgezochte niet-probleempatiënten werden nu 5% (over alle artsen samen) als probleempatiënt geëtiketteerd. Dit percentage bleek per arts grote overeenkomst te hebben met het percentage probleempatiënten dat in eerste instantie uit de praktijkpopulatie werd aange-wezen.

Hierdoor komen we op de gedachte dat het percentage probleempatiënten in de huisartsenpraktijk blijkbaar niet 'verdwijnt', hetgeen de grote verschuiving die we eerder vonden zou suggereren, maar op een redelijk constant aantal wordt gehouden.

Patiënten die probleempatiënten af zijn worden aangevuld door nieuwkomers.

Uiteraard moet de lezer dit niet opvatten als een bewust proces van de huisarts die zichzelf tot doel stelt constant zo en zo veel probleempatiënten er op na te houden. Maar artsen verschillen in de aantallen (en de soort) probleempatiënten in hun praktijk en dit is een tamelijk stabiel gegeven.

Ten tweede de verandering in de inhoud van het etiket.

Alle artsen gaven aan dat ze de patiënten (zowel probleem als niet-probleem) als minder 'afhankelijk' beschouwen. In concreto dat de patiënten als minder somatiserend, zielig en hulpeloos werden gezien. Hand in hand daarmee ging eveneens een vermindering van de machteloze gevoelens bij de huisartsen.

Kortom een positieve ontwikkeling die echter niet toe te schrijven is aan het samenwerkingsverband daar de noodzakelijke gegevens bij de vergelijkingsartsen ontbreken. Zoals gezegd geldt het bovenstaande gemiddelde voor alle patiënten.

Wat vinden we als we de tweemaal als probleempatiënt geëtiketteerden vergelijken met diegenen die eerst probleempatiënt waren en nu niet meer? Het onderscheid tussen de eerste en de tweede groep patiënten is duidelijk aanwezig c.q. de eerste groep heeft duidelijk een hogere afhankelijkheidsscore dan de tweede groep.

Of iemand als probleempatiënt geëtiketteerd wordt is in ons onderzoek niet zo stabiel gebleken (verloop van 77%), echter de inhoud van het etiket (afhankelijkheid) is dat wel daar wel/niet geëtiketteerden zich hierop blijven onderscheiden.

Als laatste onderdeel van de derde vraagstelling komen de veranderingen op consultniveau aan de orde, mede onder invloed van het psychosociaal team.

We konden geen verschil van betekenis vinden bij diverse groepen PSH-patiënten, ook niet als we rekening hielden met de behandelde problematiek. Op consultniveau komen de verschillen tussen wel/niet behandelde



patiënten dus niet duidelijk tot uiting. We werden hierbij gehinderd door de soms geringe aantallen consulten die per groep ter beschikking stonden. Wel aanwezig bleef het hierboven genoemde onderscheid tussen nu-wel en nu-niet geëtiketteerden.

Patiënten die nu als probleempatiënt geëtiketteerd zijn hebben altijd de hoogste scores (in negatieve zin) ongeacht de herkomst van de patiënt (probleem, niet-probleem, PSH).

We kunnen dus zeggen dat het minder negatief labelen van de patiënten in het algemeen (etikettering) een positiever beeld laat zien tijdens de consulten.

Daar gegevens van de vergelijkingsartsen hierover ontbreken kunnen we niet nagaan of het samenwerkingsverband met PSH hierop van invloed is geweest.

Als laatste bijdrage aan de begripsvorming rond probleempatiënten kunnen we dus zeggen dat ongeveer driekwart van de aantallen patiënten een tijdelijk etiket hebben gekregen.

Diegenen die het etiket op het latere tijdstip nog hebben, ontvangen een negatievere beoordeling dan diegenen die probleempatiënt af zijn.

Verder blijkt dat de ex-geëtiketteerden door iedere arts werden vervangen door ongeveer gelijk percentage nieuwkomers.

#### Discussie:

Wat hebben we tot nu toe bereikt.

We zijn er in geslaagd om een instrument te ontwikkelen dat het etiket 'probleempatiënt' aardig invult. Het begrip afhankelijkheid discrimineert goed tussen wel/niet geëtiketteerden.

Verder is het begrip 'afhankelijkheid' een goede voorspeller van het feit of een arts de klacht van de patiënt als 'psychosociaal waar hij niets mee kan' beoordeelt.

Dit laatstgenoemde klachtenpatroon is ook in staat te voorspellen of de consulten lang of kort duren en of er psychofarmaca worden voorgeschreven.

Artsen die in het samenwerkingsverband zitten kennen aan het eind van het onderzoek patiënten minder negatieve kenmerken toe dan aan het begin.

Tevens hebben de consulten van de tweemaal als probleempatiënt geëtiketteerden een negatieve inhoud (klachtenpresentatie, vaagheid, kan er niets mee) dan consulten van niet- of ex-geëtiketteerden.

Kortom de teneur aan het eind van het onderzoek is zeker positief te noemen, maar door het ontbreken van gegevens van de vergelijkingsartsen kunnen we deze verandering niet toeschrijven aan het samenwerkingsverband.

Het is zinvol om even stil te staan bij de gevonden resultaten.

De grote lijn in het verhaal is dat de oordelen die artsen over hun patiënten hebben duidelijk van invloed zijn op de in de consulten gepresenteerde en door de arts beoordeelde klachten. Tevens blijken de beslissingen die de arts neemt in het consult eveneens beïnvloed te worden door het algemeen oordeel over de patiënt, zij het in indirecte zin.

Nu hoeven we deze invloed niet torenhoog op te blazen (de verklaarde variantie tussen algemene etikettering en consultvariabelen bedroeg 15%). maar gezien het feit dat structurele variabelen al zoveel variantie vastleggen is zo iets 'vaags' als de inhoud van het etiket 'probleempatiënt' gezien het gevonden verband niet verwaarlozen.

Temeer niet daar de invloed ervan zich over een langere periode uitstrekt.

We willen nu teruggrijpen op de inhoud van het etiket 'probleempatiënt'. In onze poging om door middel van een gedragsbeschrijving een goed beeld van de probleempatiënt te krijgen hebben we de analyse uitgevoerd over alle artsen samen.

Er is op zich niets verkeerd aan deze werkwijze, (het voordeel is dat ze verreweg de minst gecompliceerde is) maar er zitten toch wel enkele beperkingen aan.

Het belangrijkste hierin is dat wij proberen d.m.v. etikettering een adequate beschrijving van de probleempatiënt te geven, maar tegelijkertijd vermoeden dat dit sterk beïnvloed wordt door de 'eigenheid' van de arts.

Het is goed mogelijk dat de gebruikte analysetechniek over alle artsen wel de belangrijkste kenmerken uit de etikettering naar voren haalt, maar tegelijkertijd de verschillen tussen de artsen nivelleert.

Als wij het onderste uit de kan willen halen dan dient het analyseniveau af te dalen naar de arts met zijn probleempatiënten.

Hierdoor wordt het mogelijk om de meest volkomen beschrijving te geven van de probleempatiënt voor deze arts. (de beperkingen van het materiaal in acht genomen)

Wij zijn dan op het terrein gekomen van de validering van het begrip probleempatiënt maar dan toegespitst voor deze bepaalde arts.

Een groot voordeel hiervan is dat alle veranderingen, of wij die nu meten op het niveau van de algemene etikettering of op het niveau van de consulten, veel beter te duiden zijn.

Laten we het met een voorbeeld verduidelijken.

We weten uit hoofdstuk II, dat de tweede factor uit de algemene etikettering de factor 'agressie' was. Het vóórkomen van agressieve patiënten (volgens de arts) is gemiddeld genomen nauwelijks relevant, maar we vinden wel dat arts 5 als enige een véél hogere score haalt dan zijn collegae. Conclusie: veranderingen op deze factor worden omdat slechts één arts hierop scoort uitgemiddeld door de anderen. Maar het blijft voor hem een belangrijk kenmerk, dat alleen tot zijn recht komt door de analyse op individueel niveau uit te voeren.

Onze opvatting is dan ook dat door het onderzoek toe te spitsen op de unieke invulling van het begrip probleempatiënt door een arts het begrip aan waarde wint.

Daarbij is niet uitgesloten dat de belangrijkste variabelen van het begrip probleempatiënt toch bij alle artsen hetzelfde zijn.

Wel moeten we voor ogen houden, en dat is een praktisch punt, dat een dergelijke analyse qua omvang niet zou passen in een rapport als dit maar dat we er in de nabije toekomst zeker aandacht aan moeten besteden.

Een heel ander punt, dat we helaas niet in dit rapport hebben kunnen verwerken, is de inhoud van de gepresenteerde klacht.

Dit is te wijten aan het tot nu toe ontbreken van een goed classificatiesysteem.

Waar wij steeds mee gewerkt hebben is de beoordeling van de klacht op een paar dimensies (psycho/sociaal, vaag, eruit, kan er niets mee).

Onze analyse zou veel meer aan waarde winnen als wij eenheid konden aanbrengen in hetgeen de patiënt aan klachtenaanbod presenteert.

Zou het zo kunnen zijn dat patiënten die volgens eigen zeggen met een griepje naar de dokter gaan toch anders worden beoordeeld in termen van klachtenaanbod, (deze klacht beoordeelt ik als arts: psychosomatisch, vaag, kan er niets mee, etc.) visie op patiënt (hij/zij zeurt, somatiseert, werkt wel/niet mee) al naar gelang ze als probleempatiënt geëtiketterd zijn of niet?

De kennis van de inhoud van het etiket (afhankelijke patiënt) zou bijvoorbeeld een verklaring kunnen zijn waarom de beslissingen in het consult zo geheel anders uitpakken voor de ene dan voor de andere patiënt, ook al komen ze met 'hetzelfde' probleem bij hun huisarts.

Met het invoeren van het classificatiesysteem, Reasons for encounter van de WHO zouden we deze zaken kunnen onderzoeken.

Tot slot willen we nog twee zaken bespreken.

Ten eerste en dat heeft te maken met de derde vraagstelling, welke zin heeft het samenwerken tussen artsen en psychosociaal team als we de veranderingen op algemeen niveau en op consultniveau nader bekijken.

De veranderingen die we vonden waren weliswaar aanwezig en tenderden in de goede richting maar tegelijkertijd ook gering. Louter statistisch gesproken ontlenen ze hun 'belangrijkheid' aan de grote aantallen.

Dus ofschoon de gesignaleerde veranderingen ten goede wel meetbaar blijken zijn ze niet overweldigend.

Met enige overdrijving: als onze illusie was dat de samenwerking tussen psychosociaal team en huisartsen alle afhankelijke (probleem) patiënten onafhankelijk maakten en de machteloze gevoelens van de huisarts als sneeuw voor de zon deden verdwijnen dan zijn we teleurgesteld.

Er worden nog steeds patiënten als probleempatiënt geëtiketteerd en de artsen voelen zich nog steeds machteloos bij hen, zij het iets minder dan vroeger.

Om op dit laatste punt terug te komen, het blijkt dus wel mogelijk om veranderingen in de beleving van de huisarts aan te brengen en met de door ons gebruikte instrumenten meetbaar te maken. Dat is een hard gegeven. Daarnaast en dat bleek uit de mondelinge interviews met de artsen gaven ze duidelijk te kennen dat hun omgang met moeilijke patiënten zeker veranderd was door de samenwerking.

Veranderd, in welke zin?

In die zin dat ze (de artsen) er voor uit durven komen indien de gepresenteerde problematiek hun boven het hoofd groeit. Men heeft nu geleerd te confronteren, minder een beroep te doen op verlegenheids voorschrijven of verwijzen, er voor uit te komen dat men het ook niet meer weet etc.

Een arts hanteerde hiervoor de term 'machtiger' om uit te drukken dat zijn machteloosheid een andere dimensie had gekregen.

De verandering die we constateerden krijgt zo een andere betekenis, machteloosheid om bij deze term te blijven is een niet uit te bannen gevoel in de confrontatie met probleempatiënten. Het is een illusie om er vanuit te gaan dat door maar de juiste techniek te kiezen alle problemen opgelost kunnen worden.

Als arts moet je leren leven met een bepaalde hoeveelheid problemen waar je machteloos tegenover blijft staan. Wat wel mogelijk blijft en dat hebben we hier ook cijfermatig kunnen aantonen dat men er mee kan leren omgaan. De arts hoeft dan minder snel de lastige patiënt de spreekkamer uit te werken en een andere hulpverlener ermee op te zadelen.

Overigens zij hierbij opgemerkt dat het niet zozeer de specifieke eigenschappen van de PSH-samenwerking hoeven te zijn die deze verbeterde omgang met probleempatiënten hebben bewerkstelligd. We zagen ook in andere experimenten dat naar het idee van de deelnemers het experiment hun werkwijze positief beïnvloed had. Dit was in de reeds eerder genoemde projecten SPEECH en konsultatieproject Eindhoven het geval; het is ook een gegeven dat in tal van verslagleggingen betreffende de samenwerking huisarts-psycholoog naar voren komt (vgl. Bensing en Verhaak, 1982).

Kenmerkende overeenkomst tussen al deze experimenten is het gegeven dat hulpverleners bepaalde leemtes in hun functioneren bespeuren, en daar behoorlijk wat energie in steken om die leemtes op te vullen. Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen dat deze beleving van deelnemers minder positief zou zijn, wanneer ze hadden deelgenomen aan een van buitenaf opgelegd experiment. Het PSH-experiment nu heeft laten zien dat dit gevoel dat men beter met psychosociale problemen in de praktijk kan omgaan, niet louter als rechtvaardiging achteraf moet worden opgevat, maar dat het in de confrontatie met (ex-)probleempatiënten in de praktijk ook telkens weer geregistreerd kan worden.

Het laatste discussiepunt dat wij aanvoeren is het volgende: wat zijn we nu opgeschoten door de nadruk te leggen op de etikettering van de patiënt? Het belangrijkste is wel dat wij een weg hebben aangegaan die verduidelijken kan waarom artsen met een gelijke input aan gepresenteerde klachten en structurele variabelen toch een deversiteit aan output laten zien. De wijze waarop artsen patiënten etiketteren bepaalt voor een deel de aard van (door de arts) waargenomen klacht én zodoende een deel van de beslissingen in het consult.

Etikettering is dus op te vatten als een intermitterende variabele die in het beslissingsproces van de arts ingrijpt.

Hadden we alleen de beschikking over gepresenteerde klacht (input) en verwijs-, voorschrijfcijfers e.d. (output) dan konden we de verschillen in het laatste bij gelijke klachtenpresentatie niet verklaren.

Met de kennis van de inhoud van het etiket is te onderzoeken of gelijke klachten toch tot andere beslissingen leiden omdat de arts het hem gepresenteerde anders gaat duiden, bijvoorbeeld omdat de patiënt als probleempatiënt geëtiketteerd is.

Hiervoor zijn twee dingen noodzakelijk, ten eerste een classificatie van klachten en ten tweede een analyse per arts omdat dan pas de volle betekenis van de etikettering onderzocht kan worden.

LITERATUURLIJST

- Bensing, J.M.,  
e.a.*                      Konsultatieprojekt Eindhoven, Eindevaluatie  
NHI, Utrecht 1980
- Bensing, J.M.,  
P.F.M. Verhaak*                      Konsultatieprojekt Eindhoven, Verwijspatronen  
NHI, Utrecht 1980
- Bensing, J.M.,  
P.F.M. Verhaak*                      De psycholoog in de eerste lijn, een bibliografie  
NHI, Utrecht 1982
- Bernts, H.*                      Een psycholoog in de eerste lijn, verslag van een  
driejarig experiment  
Marge 1980, 19, 4, p.291
- Cassee, E.Th.*                      Naar de dokter  
Meppel 1973
- Dirken, J.H.*                      Arbeid en stress, het vaststellen van aanpassings-  
problemen in de werksituatie  
Groningen 1967
- Elbers, A.W.M.,  
e.a.*                      Huisarts en psychosociale hulp I en II  
Breda, Nijmegen, 1975, 1977
- Es, J.C. van,*                      Probleempatiënten  
Assen 1967
- Es, J.C. van,  
H.E. Pijlman*                      Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122  
Nederlandse huisartsen praktijken  
Huisarts en Wetenschap 1970, 13, p.433
- Eijk, J.Th.M. van,*                      Verschillen in praktijkvoering van huisartsen  
Medisch Contact 1979, 31, p.987
- Geus, C.A. de,  
e.a.*                      Samenwerking tussen huisarts en psycholoog  
Huisarts en Wetenschap 1980, 23, p.3 en p.61
- Huygen, F.J.A.  
e.a.*                      Preventie van somatische fixatie I tot en met IV  
Huisarts en Wetenschap 1978
- Jaarboek LISZ*                      Zeist 1979, 1980
- Kisch, J.,  
J. Kroll*                      Zinvolheid versus effectiviteit paradoxale implica-  
ties bij het evalueren van de psychotherapie  
Tijdschrift voor psychotherapie 1982/1, jrg.8, p.3
- Lamberts, H.*                      De morbiditeitsanalyse - 1972 door de groepspraktijk  
Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte en probleem-  
gedrag voor de huisartsgeneeskunde  
Huisarts en Wetenschap 1974, 17, p.455; 1975, 18, p.7
- Lamberts, H.*                      Probleemgedrag in de eerste lijn  
Huisarts en Wetenschap 1975, 18, p.492

- Mootz, M.* Sociale indicatoren. Gezondheidstoestand en verzekeringsvorm  
Medisch Contact 1980, 28, 857
- Nie, N.H.,  
e.a.* Statistical package for the social sciences  
New York 1975
- Postma, T.N.M.* Somatiserende patiënten in de huisartspraktijk  
Huisarts en Wetenschap 1981, 24, p.169
- PSH* PSH, Stichting voor Psychosociale Hulpverlening  
in de eerste lijn, Jaarverslagen 1979, 1980  
Breda 1979, 1980
- Oliemans, A.P.* Morbiditeit in de huisartspraktijk  
Leiden 1969
- Robinson, B.N.,  
e.a.* Scientific information retrieval  
Evanston 1979
- Verhaak, P.F.M.* Evaluatie SPEECH, Eindrapportage  
NHI, Utrecht 1979
- Verhaak, P.F.M.* Psychische problemen in de huisarts  
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1981, 36, p.31
- Ven, W.P.M.M. van de,  
e.a.* Inventarisatie en achtergronden van de consumptie  
verschillen tussen ziekenfonds- en particulier ver-  
zekerden  
Gezondheid en Samenleving 1980, 4, p.223