



13 MARCH 1985

Interdoktervariantie

bij

psychosociale problematiek

Eerste interimrapport

P.F.M. Verhaak

augustus 1983

INHOUDSOPGAVE

pag.

VOORWOORD

1. VRAAGSTELLING	1
1.1. Inleiding	1
1.2. Beoordeling en behandeling van klachten als psycho- sociaal	2
1.3. Eigenschappen van artsen	4
1.4. Verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar	6
1.5. De door de arts gehanteerde gesprekstechniek	6
1.6. Vraagstelling nader uitgewerkt	7
2. ONDERZOEKSOPZET EN -UITVOERING	12
3. BEOORDELING VAN HET KLACHTENAANBOD	16
3.1. Inleiding	16
3.2. Het meten van het artsenoordeel	16
3.3. Het door de arts gehanteerde meetinstrument	19
3.4. Resultaten	20
3.5. Samenvatting en conclusie	29
4. EIGENSCHAPPEN VAN ARTSEN	30
4.1. Inleiding	30
4.2. Gemeten variabelen	31
4.2.1. De oriëntatie van de huisarts	31
4.2.2. Opvattingen en standaards met betrekking tot de behandeling van psychosociale klachten	34
4.2.3. Arts- en praktijkenmerken	35
4.2.4. Résumé	37
4.3. Representativiteit van de enquête	38
4.4. Resultaten van de enquête	41
4.4.1. De oriëntatie van de arts	41
4.4.2. Opvattingen en standaards met betrekking tot de behandeling van psychosociale klachten	51

4.4.3. Arts- en praktijkkenmerken	57
4.5. Samenvatting en conclusie	67
5. VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN EN ARTSEN TEN OPZICHTE VAN ELKAAR	69
5.1. Inleiding	69
5.2. Functiebreedte	70
5.2.1. Het meetinstrument	70
5.2.2. Resultaten	71
5.3. Beoordeelde openheid van de arts	73
5.3.1. Het meetinstrument	74
5.3.2. Resultaten	75
5.4. Oordeel van de arts over de patiënt	77
5.4.1. Resultaten	78
5.5. Samenvatting	80
6. ARTS-PATIËNT-INTERACTIE GEDURENDE HET CONSULT	82
6.1. Inleiding	82
6.2. Het observatieprotocol	85
6.3. Het observeren	89
7. SAMENVATTING EN CONCLUSIES VAN DEZE EERSTE INTERIMRAPPORTAGE	90
NOTEN	93
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	94
BIJLAGEN	96

VOORWOORD

Het voor u liggende rapport is het eerste interimrapport van het project 'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek'. Dit onderzoek maakt deel uit van een serie onderzoeken welke op het Nederlands Huisartsen Instituut wordt verricht naar de werkwijze van huisartsen. Deze onderzoeken hebben als doel meer inzicht te krijgen in het proces waarin ongedifferentieerd klachtenaanbod wordt verwerkt tot een behandelbare diagnose.

Binnen het onderhavige onderzoeksproject wordt onderzocht hoe artseneigenschappen (opvattingen, standaards die ze hanteren, praktijkenmerken) van invloed zijn op de perceptie en behandeling van psychosociale problematiek. We achten dit onderzoek en de volgende redenen relevant.

Een beter inzicht in de manier waarop artseneigenschappen, diagnose en behandeling beïnvloeden, is nuttig bij het vaststellen van geëigende interventies bij artsen om gedrag te veranderen. Wanneer een bepaalde conversatiestijl, ongeacht andere eigenschappen van de arts, onveranderlijk tot bepaalde diagnoses leidt, zal men met nascholingscursussen 'gesprekstechniek', belangrijke veranderingen kunnen bewerkstelligen. Blijkt daarentegen dat een conversatiestijl bij het ene type arts een andere uitwerking heeft, dan bij het andere, dan zal men bij zijn opleiding en nascholing rekening kunnen houden met deze verschillen tussen artsen.

Inzicht in de werking van artseneigenschappen, voor zover het structurele eigenschappen als vestigingswijze en praktijkgrootte betreft, is van belang voor de onderbouwing van een vestigingsbeleid.

Een ander kenmerk van artsen dat we in ons onderzoek betrekken, is de mate waarin de betrokken artsen 'huisartsgeneeskundig' dan wel 'klinisch' te werk gaan. Resultaten met betrekking tot het effect van een dergelijke houding kunnen gebruikt worden binnen de medische opleiding.

Behalve dat het onderzoek op deze wijze een zekere relevantie voor opleiding en beleid heeft, is het om puur wetenschappelijke redenen relevant.

Tot nu toe is met name veel onderzoek verricht, waarbij eigenschappen van artsen (verzameld met behulp van vragenlijsten, registratiegegevens en dergelijke) werden gerelateerd aan criteriumvariabelen die ook weer aan de hand van dergelijke 'papiergegevens' worden verzameld, of waarbij observatiegegevens met betrekking tot het feitelijk handelen van de arts

werden bestudeerd, zonder dat men beschikt over veel achtergrondinformatie van de arts. Wanneer in het laatste geval wel achtergrondgegevens waren verzameld, was het aantal artsen waarop deze betrekking hadden meestal te gering om zinnige uitspraken over verschillen tussen artsen te doen.

In het onderhavige onderzoek wordt bij een wat groter aantal artsen (dit interimrapport betreft 26 artsen, dat wordt uitgebreid tot 30) zowel een groot aantal achtergrondkenmerken als informatie over het feitelijk handelen aan de hand van 60 consulten verzameld. Dit materiaal kan - naast de beantwoording van de vraagstelling van dit specifieke onderzoek - ook als database voor toekomstig onderzoek dienen.

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om verbanden tussen artseneigenschappen en diagnose en behandeling van klachten te leggen, en het relatieve belang van conversatiestijl (gemeten in de arts-patiënt interactie) en patiëntverwachtingen, daarbij te betrekken.

In dit interimrapport zullen we aan deze verbanden niet toekomen.

We zullen op de eerste plaats onze vraagstelling uitwerken en weergeven wat voor soort gegevens we daarvoor nodig hadden. Vervolgens geven we weer hoe de materiaalverzameling in zijn werk is gegaan. Dan zullen we het verzamelde materiaal beschrijven; voor een deel zullen we daar zelfs niet aan toekomen en alleen weergeven in welke termen we het in de toekomst zullen beschrijven.

1. VRAAGSTELLING

1.1. Inleiding

De globale vraagstelling van het onderzoek naar verschillen tussen artsen bij beoordeling en behandeling van psychosociale problematiek luidt: welke eigenschappen van artsen dragen bij tot verschillen van beoordeling en behandeling van het probleemaanbod in de huisartsenpraktijk en volgens welke mechanismen verloopt die bijdrage?

In het verleden is aangetoond dat de ene arts bij zijn beoordeling van klachten veel vaker een psychosociaal referentiekader hanteerde dan de ander, en dat daaruit voortvloeiende behandelingen eveneens per arts varieerden. (Zie onder meer Bensing en Verhaak, 1980; Lamberts en Hartman, 1982; Verhaak, 1981). De meest voor de hand liggende verklaring zou zijn dat het probleemaanbod per arts zou verschillen: de ene arts krijgt veel klachten die somatisch zijn en een symptoombestrijding nodig maken, de tweede veel psychische klachten, die zich lenen voor medicamenteuze therapie, de derde heeft een groot aanbod van psychische problemen waarbij psychotherapie een goede kans van slagen biedt. Op grond van gegevens omtrent praktijkamenstelling en klachtenaanbod is deze verklaring echter niet waarschijnlijk (Verhaak, 1981).

Verskil in gespreksstijl tussen artsen vertoont wel een samenhang met de beoordeling en behandeling van de klacht. Wat artsen er in het gesprek toe brengt om het gespreksonderwerp in een somatisch dan wel een psychosociaal referentiekader te plaatsen, wordt onderzocht in het onderzoek van Bensing (vgl. meerjarenplan NHI, 1983). Hoe de beoordeling van patiënten door de arts als 'probleempatiënt' de beoordeling van het klachtenaanbod als al dan niet 'psychosociaal' beïnvloedt, en hoe dat doorwerkt op de behandeling, wordt onderzocht in het onderzoek van Sanavro (vgl. meerjarenplan NHI, 1983).

In het onderhavige onderzoek willen we ons richten op de vraag welke invloed eigenschappen van artsen hebben op het hanteren van een somatisch dan wel een psychosociaal referentiekader bij de beoordeling en behandeling van klachten.

De eerste onderzoeksvraag daarbij luidt:

- 1) Wat is het verband tussen artseigenschappen en beoordeling en behandeling van klachten als psychosociale klachten?

Behalve van een rechtstreekse invloed van artseigenschappen, is het ook mogelijk dat ze op een indirecte wijze invloed uitoefenen. In onze globale vraagstelling spraken we niet alleen over de sterkte van een eventueel verband, maar ook over achterliggende mechanismen. Artseigenschappen kunnen hun invloed op de beoordeling en behandeling van het probleemaanbod ook doen gelden, doordat artsen met bepaalde kenmerken een bepaalde conversatiestijl hebben, welke weer leidt tot meer of minder psychosociale beoordelingen en behandelingen. Een ander mogelijk mechanisme is dat bepaalde eigenschappen van de arts bij zijn patiënten verwachtingen scheppen die het hen gemakkelijker maken hun klachten in een psychosociaal referentiekader te plaatsen. Andersom zal de patiënt in de loop van de tijd verwachtingen bij de arts hebben gewekt, die ook van artseigenschappen afhankelijk kunnen zijn. We formuleren daarom nog twee onderzoeksvragen:

- 2) Wat is het verband tussen artseigenschappen en verwachtingen van de patiënt?
- 3) Wat is het verband tussen artseigenschappen en gesprekstechniek van de arts?

De elementen uit deze vraagstelling zijn:

- beoordeling en behandeling van klachten als psychosociaal;
- eigenschappen van huisartsen;
- gesprekstechniek;
- verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar.

We zullen deze elementen in het onderstaande verder uitwerken.

1.2. Beoordeling en behandeling van klachten als psychosociaal

Zoals we in de inleiding reeds opmerkten varieert beoordeling (in termen somatisch/psychosociaal) en behandeling van klachten, bij een constant

klachtenaanbod, van arts tot arts. De spreiding in oordelen is in een eerdere publicatie aan de orde geweest (Verhaak, 1980). De strekking daarvan was, dat deels meetprocedures en verschillen in praktijkpopulatie verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor deze spreiding, maar dat na eliminatie van deze variantiebronnen een belangrijk deel van de verschillen onverklaard blijft.

Wat verstaan we nu precies onder een psychosociaal beoordeeld probleem? Een psychosociaal probleem wordt niet opgevat als een op zichzelf staande entiteit welke een patiënt kan 'overkomen', maar als een attribuut dat aan iemand kan worden toebedeeld. (Ditzelfde geldt voor 'ziekte'.) De patiënt kan van zichzelf vinden dat hij psychische moeilijkheden heeft, of een ander (in ons geval de arts) brengt de patiënt onder in de groep 'mensen met psychosociale problematiek'.

Dit kan gebeuren omdat de patiënt expliciet psychische of sociale klachten naar voren brengt, of omdat de arts van oordeel is dat somatisch gepresenteerde problematiek zijn oorzaak vindt in psychisch lijden. Bovendien kan de psychosociale problematiek op zichzelf staan, of het product van somatische klachten zijn (ongerustheid, invaliditeit).

Overigens willen we opmerken dat de variatie tussen huisartsen voor al deze verschijningsvormen opgaat: laat men artsen expliciet gepresenteerde, op zichzelf staande psychische klachten classificeren, dan vindt men grote verschillen in gerapporteerde aantallen (Lamberts en Hartman, 1982). Turft men het geschatte percentage functionele klachten (de impliciete psychosociale klacht) dan krijgt men hetzelfde verschijnsel. (Zie bijvoorbeeld Kessel en Shepherd, 1962).

Verhaak (1981) liet klachten niet classificeren maar beoordelen op de mate waarin psychosociale elementen meespeelden, en kwam tot percentages niet puur somatische klachten die uiteen liepen van 30% tot 90%. (Zie ook Crombie, 1963.) Met andere woorden, of men het toekennen van het begrip 'psychosociaal' aan een klacht nu smal of breed opvat, er blijven grote verschillen tussen artsen bestaan.

In hoofdstuk 3, waarin de spreiding van klachtenbeoordeling in het onderhavige onderzoek aan de orde komt, zullen we ingaan op de wijze waarop deze beoordeling door ons exact is geoperationaliseerd en gemeten.

Behalve verschillen in diagnostiek, onderzoeken we ook verschillen in behandeling, wanneer de arts eenmaal een klacht als psychosociaal beoordeeld heeft. Uit onderzoek blijken verschillen in de mate waarin men aandacht besteedt aan psychische aspecten, in medicamenteuze behandeling, in het zelf bedrijven van psychotherapie, en adviseren. (Zie onder meer Bensing en Verhaak, 1980; Lamberts en Hartman, 1982; Verhaak 1979). De behandeling wordt afgeleid uit het feitelijk handelen van de arts, zoals dat op video is vastgelegd. De exacte operationalisaties worden in hoofdstuk 6 gegeven.

1.3. Eigenschappen van artsen

Zoekend naar huisartseneigenschappen die als oorzaak gezien kunnen worden voor verschillende benaderingen van het probleemaanbod, maken we onderscheid tussen opvattingen en standaards van artsen over hun beroepsuitoefening in het algemeen, opvattingen en standaards ten aanzien van het signaleren en behandelen van psychosociale klachten en kenmerken van de arts en zijn praktijk die als voorwaarde gezien kunnen worden om zijn opvattingen in de praktijk te brengen.

Wanneer we praten over opvattingen en standaards aangaande de beroepsuitoefening in het algemeen, is het onderscheid tussen huisartsgeneeskundig en klinisch georiënteerde artsen van belang (vgl. Grol, 1981; Haney, 1971). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat klinisch georiënteerde artsen minder aandacht hebben voor psychosociale aspecten (Mechanic, 1968; Grol, 1981), minder persoonlijk met patiënten omgaan (Mechanic) en meer klachten als triviaal betitelen (Gough, 1977). Klinisch georiënteerde artsen zijn meer gericht op het oplossen van problemen dan op het begeleiden van problemen ('cure' vs 'care'), en richten zich meer op de klacht op zich, dan op hetgeen de klacht voor de patiënt betekent (vgl. bijvoorbeeld Staudenmayer en Lewkowitz, 1981). Nauw verwant met de dimensie 'huisartsgeneeskundige-klinische oriëntatie', is de mate waarin de arts vindt dat psychosociale aspecten een rol spelen bij klachten. Artsen verschillen ook in theorie sterk in dit opzicht. Het spreekt voor zich dat zo'n ziekteopvatting van invloed is op de hoeveelheid klachten die men in de praktijk als psychosociaal benoemt. Al deze zaken hebben te ma-

ken met wat we een 'algemene oriëntatie' van de huisarts willen noemen. Het zijn algemene opvattingen over ziekte en gezondheid en over gewenst geachte omgang met patiënten. Onder de term 'algemene oriëntatie' zullen we dit verder uitwerken.

We willen onze aandacht niet uitsluitend richten op algemene opvattingen van de huisarts. In het kader van ons onderzoek zijn we bijzonder geïnteresseerd in opvattingen van artsen inzake psychosociale problematiek. We neomen zijn taakopvatting met betrekking tot psychosociale problematiek ('wat hoor ik als huisarts aan psychosociale diagnostiek en behandeling te doen?') en de mate waarin hij zichzelf competent vindt om deze taken te vervullen.

We zullen ons niet beperken tot opvattingen en standaards van huisartsen als oorzaak voor verschillen in handelen, maar willen ook kenmerken van de praktijk en de werkwijze in ons onderzoek betrekken, die het hen mogelijk maken klachten in een psychosociaal kader te benaderen.

Een karakteristiek van de werkwijze van huisartsen, die samenhangt met een psychosociale gerichtheid (volgens Parlow en Rothman, 1974) is onder meer de mate van samenwerking met andere (met name psychosociaal gerichte) disciplines. We drukken 'samenwerking' uit in de mate van overleg met andere disciplines en in de mate waarin naar anderen verwezen wordt. Een ander gedragskenmerk dat in de praktijk samen blijkt te hangen met psychosociale attitudes is de hoeveelheid gevolgde nascholing op dat gebied, het lidmaatschap van wetenschappelijke verenigingen en dergelijke (vgl. De Boer, 1972; Cartwright, 1967).

Dan zijn er nog kenmerken van artspraktijk en vestigingswijze die van invloed zijn op het klachtenaanbod en op de mogelijkheid om dit al dan niet in een psychosociale context te plaatsen en als zodanig te behandelen.

Dergelijke variabelen zijn *vestigingsplaats* (er bestaat in dit opzicht verschil tussen stad en platteland, Boots en Van Zutphen, 1981; Winkler Prins, 1968) *vestigingsvorm* (overigens sterk gecontamineerd met maten van samenwerking, in een multidisciplinair samenwerkingsverband zou men in theorie meer mogelijkheden hebben voor een meer integrale benadering van problemen), en *praktijkgrootte* (Kish & Reeder, 1969), (in een kleine praktijk zou men meer tijd voor patiënten hebben).

Leeftijd en geslacht van de arts spelen ook een rol als achtergrond variabelen.

Het gehele scala aan eigenschappen (opvattingen/standaards met betrekking tot beroepsuitoefening en met betrekking tot psychosociale klachten, werkwijze, arts- en praktijkenmerken) wordt gedetailleerd behandeld met betrekking tot operationalisatie en meetprocedures in hoofdstuk 4.

1.4. Verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar

Arts en patiënt verkeren in het algemeen in een langdurige onderlinge relatie, (Balint (1964) spreekt van de huisarts-patiënt-maatschap), waarbinnen ze elkaar opvoeden. Een aantal van de genoemde artsopvattingen kan zo in de loop der tijd de opvattingen van de patiënt geworden zijn, hetgeen het psychosociaal gepresenteerd klachtenaanbod in positieve of negatieve zin kan beïnvloeden. Daarnaast heeft de patiënt zich een beeld van de arts gevormd dat van invloed is op hetgeen hij de arts zal toevertrouwen (vgl. Cassee, 1973). Omgekeerd heeft de arts zich een beeld gevormd van de hebbelikheden van de patiënt, hetgeen kan leiden tot een oordeel vooraf, nog voor de patiënt in het feitelijk contact een klacht geuit heeft (zie bijvoorbeeld Sanavro, 1982).

In dit onderzoek zal nagegaan worden in hoeverre bepaalde arts- of patiëntverwachtingen van de partner veroorzaakt zijn door bepaalde eigenschappen van de arts, en of ze op hun beurt weer van invloed zijn op de probleemdefinitie en/of behandeling. Nadere specificatie van de in dit verband gemeten variabelen kan in hoofdstuk 5 worden aangetroffen.

1.5. De door de arts gehanteerde gesprekstechniek

Ten slotte wordt in het feitelijke contact tussen arts en patiënt bepaald welke aspecten ter sprake zullen komen. Van een aantal gesprekstechnieken is empirisch vastgesteld dat ze de kans op een benadering van het probleem, waarbij niet alleen op het puur lichamelijke gelet wordt, vergroten:

- De structurering van het consult. In consulten met een duidelijk gestructureerde volgorde, waarin eerst wordt ingegaan op de reden waarom men nu komt, vervolgens de klachten één voor één worden behandeld, komen klachten vollediger aan bod.
- De arts moet openstaan voor de inbreng van de patiënt, met name waar

het psychosociale problemen betreft, waarin de patiënt even deskundig kan zijn als de arts (vgl. Philipsen, 1979).

- Wanneer een arts zelf actief zoekt tijdens het gesprek naar niet-somatische aspecten is een uiteindelijke psychosociale probleemdefinitie en daarmee overeenstemmende behandeling, waarschijnlijker (vgl. Bensing en Verhaak, 1982).
- De houding van de arts moet uitdrukken dat hij zowel tijd als aandacht voor de patiënt heeft. Een dergelijke houding is uitgebreid beschreven zowel in verbale als non-verbale gedraging uitgedrukt (zie bijvoorbeeld Van Dorp, 1977; Friedman, 1979; DiMatteo, 1979). Overigens is in dit verband aangetoond dat een positieve houding weliswaar een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor een psychosociale diagnose vormt (Bensing en Verhaak, 1982).

De wijze waarop deze benaderingswijzen zijn geoperationaliseerd, wordt weergegeven in hoofdstuk 6.

Ook in dit verband gaan we na in hoeverre artseigenschappen maken dat deze vier aspecten van gespreksvoering aan de orde komen. In tweede instantie is onze vraag of deze gesprekstechnieken tot een meer psychosociale beoordeling en behandeling van problemen leiden, en of dit afhankelijk blijft van de artseigenschappen.

1.6. De vraagstelling nader uitgewerkt

We achten met het bovenstaande de diverse elementen uit de vraagstelling voldoende uitgewerkt.

We zullen nu de vraagstelling nader uitwerken in de vorm van een reeks hypothesen, welke we in de loop van dit onderzoek hopen te toetsen.

De eerste onderzoeksvraag beperkt zich tot de relatie tussen artseigenschappen en het al dan niet plaatsnemen van de klacht in een psychosociaal referentiekader. Uiteindelijk resultaat is behandeling van psychosociale aspecten van de klacht.

Als eerste hypothese formuleren we:

H1 Een arts zal een klacht als psychosociaal behandelen wanneer hij:

- vindt dat er psychosociale aspecten bij de klacht betrokken zijn;
- hij vindt dat dit tot zijn taak behoort;
- hij er de mogelijkheid toe heeft.

Nu veronderstellen we dat een arts met een huisartsgeneeskundige oriëntatie eerder het probleemaanbod dat zich bij hem aandient, binnen een psychosociaal referentiekader zal interpreteren dan een arts met een klinische oriëntatie. Immers binnen een huisartsgeneeskundige oriëntatie, zoals we die zullen operationaliseren, let men niet alleen op de fysiologische verschijnselen, maar ook op de betekenis van de klacht voor de patiënt; men is niet alleen gericht op genezing van de kwaal maar ook op begeleiding van de patiënt. Een huisartsgeneeskundige oriëntatie zou op deze manier als gevolg hebben dat taakopvatting meer op psychosociale klachten gericht zal zijn, en dat de arts meer klachten in een psychosociaal kader zal plaatsen.

We toetsen daarom de hypotheses:

H2 Naarmate een arts meer huisartsgeneeskundig georiënteerd is, zal hij meer klachten als psychosociaal benoemen.

H3 Naarmate een arts meer huisartsgeneeskundig georiënteerd is, zal hij een meer psychosociale taakopvatting hebben.

Artsen zullen zich meer in staat voelen tot behandeling van psychosociale klachten, naarmate ze zichzelf meer kundigheid toeschrijven en naarmate ze meer materiële mogelijkheden ervan ter beschikking hebben. Tot deze laatste rekenen we:

- tijd (een puur somatische behandeling kost minder tijd dan een meer integrale benadering);
- samenwerking (een arts met goede consultatie of verwijismogelijkheden achter de hand zal eerder psychosociale klachten in behandeling nemen).

Hij zal zich kundiger achten, naarmate hij meer nascholing op dit gebied gevolgd heeft; hij zal meer tijd hebben naarmate zijn praktijk kleiner is. Het hypothetische begrip 'mogelijkheid' wordt zo op de volgende wijze afhankelijk van artseigenschappen geacht:

- H4 Naarmate een arts een kleinere praktijk heeft, zal hij meer mogelijkheden hebben om psychosociale klachten te behandelen.
- H5 Naarmate een arts samenwerkt met psychosociale hulpverleners zal hij meer mogelijkheden hebben om psychosociale klachten te behandelen.
- H6 Naarmate een arts meer nascholing op psychosociaal gebied gevolgd heeft zal hij zich competentere achten.
- H7 Naarmate een arts zich competentere voelt zal hij meer mogelijkheden hebben om psychosociale klachten te behandelen.

Artseigenschappen hoeven echter niet buiten de patiënt om een verklaring te vormen voor de spreiding in artsenoordelen en behandeling. In de tweede onderzoeksvraag komt aan de orde hoe artseigenschappen op de patiënt van invloed kunnen zijn.

We veronderstellen dat de klachten die de patiënt presenteert niet toevallig in bepaalde termen geformuleerd zijn. We gaan ervan uit dat ook in deze vraag en aanbod zich gaandeweg op elkaar afstemmen. Het consult is geen op zichzelf staande gebeurtenis, maar maakt onderdeel uit van een reeks ontmoetingen tussen de arts in zijn positie van hulpverlener en de patiënt als hulpvrager. We veronderstellen dat arts en patiënt elkaar opvoeden: een arts met een huisartsgeneeskundige ziekteopvatting leert zijn patiënten dat zij bij hem (en bij dokters in het algemeen) met psychosociale klachten terecht kunnen, dat ook lichaamsmanifestaties op spanningen kunnen duiden, en dat 'ziekte' de functie kan hebben om even uit te rusten. Andersom postuleren we dat een arts met een klinische ziekteopvatting zijn patiënten bijbrengt dat ze met vage ongerustheden bij hem aan het verkeerde adres zijn en dat somatische klachten op een somatische manier verholpen moeten/kunnen worden. De ziekteopvatting van de arts zal zo de functies die de patiënt hem toekent beïnvloeden; de toegekende functiebreedte beïnvloedt weer de klachtpresentatie. Niet alleen leert de patiënt zo zijn arts kennen; de artsen vormen zich

gaandeweg een beeld van de patiënt. Na verloop van tijd gaat hij ze waarderen als 'zeuren' of 'reële patiënten' als 'kwetsbaar of overgevoelig' of 'sterk, kan wel tegen een stootje', welke kwalificaties overigens in onze opvatting iets over de arts en niet over de patiënt zeggen. Enerzijds zal de klacht van de lastige patiënt gebagatelliseerd worden, anderzijds zal hij bij meer kwetsbare patiënten eerder aandacht aan psychosociale factoren schenken. Dit wordt overigens in ander onderzoek nagegaan. Wat ons interesseert is hoe artseigenschappen hierop inwerken. We onderzoeken in dit verband of de huisartsgeneeskundig georiënteerde arts met meer aandacht voor de betekenis van de klacht van de patiënt patiënten minder vaak als lastig of afhankelijk betitelt dan klinisch georiënteerden. Tenslotte verwachten we dat dit opvoedingsproces zich sterker zal manifesteren naarmate de arts en de patiënt elkaar langer kennen. We drukken de werking van de arts-patiënt-relatie uit in de volgende hypothesen:

- H8 Patiënten die de arts een brede functiebreedte toekennen, zullen meer psychosociale klachten op eigen initiatief presenteren.
- H9 Patiënten die vinden dat de huisarts openstaat voor hen als persoon, zullen de arts een bredere functiebreedte toekennen.
- H10 Naarmate de arts een meer huisartsgeneeskundige oriëntatie heeft, zullen patiënten hem meer beoordelen als openstaand voor persoonlijke problemen.
- H11 Naarmate de arts een meer huisartsgeneeskundige oriëntatie heeft, zal hij de patiënt minder als afhankelijk, niet reëel of somatiserend betitelen.

In de laatste onderzoeksvraag willen we nagaan in hoeverre artseigenschappen samenhangen met bepaalde handelwijzen in het consult, waarvan we veronderstellen dat ze ook van invloed zijn op de uiteindelijke probleemdefinitie en -behandeling. Of dit laatste het geval is, wordt in ander NHI-onderzoek nader bekeken (zie het voorwoord). In het kader van dit onderzoek gaan we na in hoeverre relevant geachte gesprekstechnieken inderdaad meer door artsen met een huisartsgeneeskundige benadering worden gebezigd, dan door artsen die een meer klinische benadering voorstaan. De

relevant geachte elementen uit het gesprek staan opgesomd in paragraaf 1.5 Voor een uitgebreid literatuuroverzicht verwijzen we naar Bensing en Verhaak (1980, 1982), Bensing en Sluijs (nog te verschijnen) en Verhaak (nog te verschijnen).

Onze hypothesen in dit verband luiden:

H12 Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen vertonen meer affectief gedrag dan klinisch georiënteerde artsen.

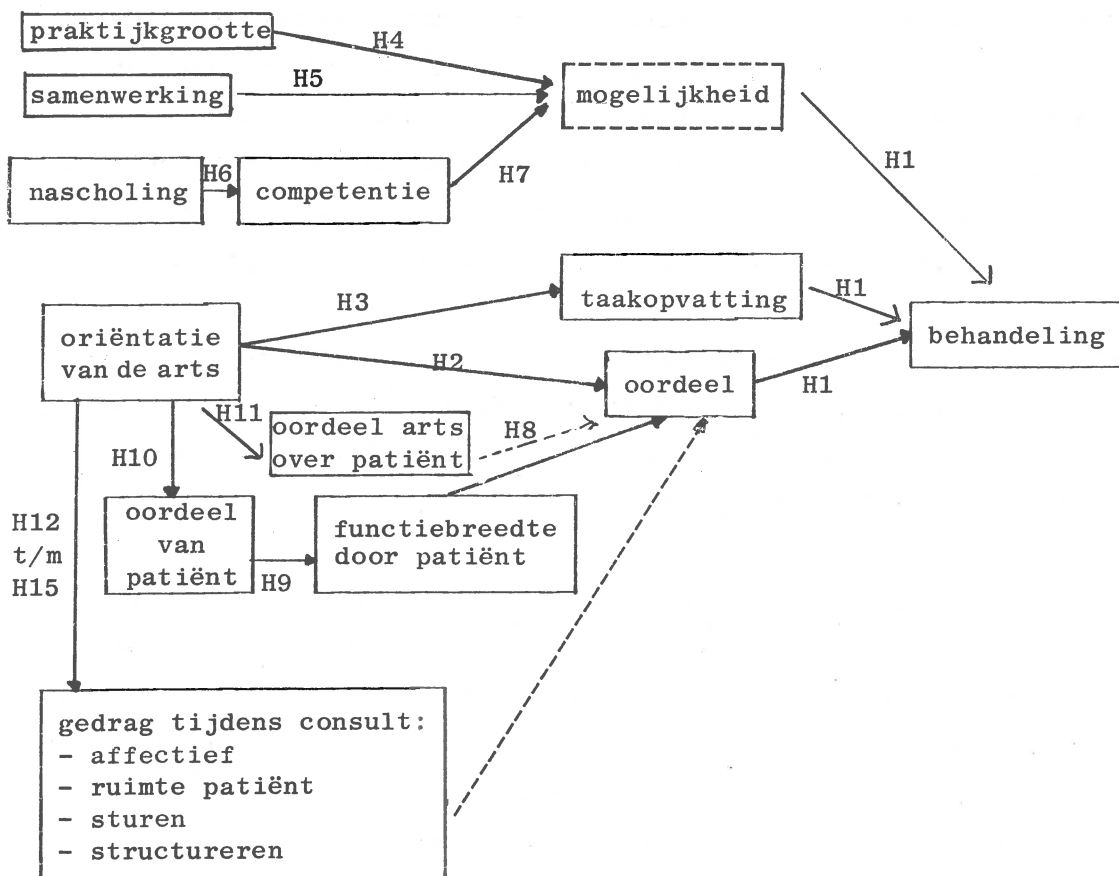
H13 Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen vertonen meer actief sturend gedrag dan klinisch georiënteerde artsen.

H14 Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen bieden meer ruimte aan de patiënt voor eigen inbreng.

H15 Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen structureren consulten beter dan klinisch georiënteerde artsen.

Het volgende schema geeft een beeld van de geschetste hypothesen en hun onderlinge verhouding.

Schema 2.1.



2. ONDERZOEKSOPZET EN -UITVOERING

Teneinde de gestelde vragen te kunnen beantwoorden is materiaal verzameld met betrekking tot de in hoofdstuk 1 genoemde variabelen. Er is sprake van verschillende observatieniveau's.

De te verklaren variabelen, behandeling en probleemdefinitie, gesprekstijl van de arts en verwachtingen van arts en patiënt met betrekking tot elkaar, hebben betrekking op het consult. De verklarende variabelen, diverse artseneigenschappen hebben betrekking op de arts in het algemeen, los van de specifieke situatie van een consult met één bepaalde patiënt. Per consult is middels registratie door de arts gemeten hoe hij het klachtenaanbod beoordeelt. Het consult is op video opgenomen, hetgeen het onder meer mogelijk maakt de behandeling te observeren. Dit stelt ons ook in staat per consult de arts-patiëntcommunicatie te observeren. Per consult is tevens middels vragenlijstjes vastgelegd wat de mening van de arts over de patiënt is, wat de patiënten van de arts vinden en welke functiebreedte de patiënten de arts in het algemeen toekennen.

Van iedere deelnemende arts is bovendien een aantal kenmerken verzameld. Deze variëren van meningen en opinies over een aantal onderwerpen tot kenmerken als praktijkgrootte en aantal jaren dat men afgestudeerd is. Deze artsgegevens kunnen in verband gebracht worden met de op artsniveau geaggregeerde consult-, patiënt- en arts-patiëntgegevens; de laatste drie kunnen onderling ook op consultniveau met elkaar in verband gebracht worden.

Gezamenlijk maken ze toetsing van alle gestelde hypotheses mogelijk. We zullen in dit interimrapport alle gemeten variabelen tegenkomen. Steeds zal in de hoofdstukken waarin een variabele behandeld wordt de exacte operationalisatie worden aangegeven.

De verzameling van het onderzoeksmateriaal ging als volgt in zijn werk: 26 artsen² werden bereid gevonden mee te werken aan het onderzoek. De artsen werden via contactpersonen, die bij de NHI-onderzoekers bekend waren, gevraagd om mee te werken. Een puur willekeurig selectie middels een oproep tot deelname bij een enquête leverde geen deelnemers op. Het komt ons voor dat een dergelijke indringende onderzoeksmethode alleen dan

deelnemers oplevert, wanneer men kandidaten persoonlijk kan benaderen. Over de selectieve samenstelling van de groep deelnemende artsen wordt in hoofdstuk 4 gerapporteerd.

Bij iedere arts werd geprobeerd 60 consulten op video vast te leggen. Hiertoe was een vaste camera in de spreekkamer opgesteld, op zodanige wijze dat arts en patiënt beiden en profil zichtbaar waren. De ter plaatse aanwezige onderzoeksleider bediende de apparatuur van afstand en vroeg de patiënten schriftelijk toestemming om de opnamen te maken. Van de arts ontvingen de patiënten een vragenlijst welke ze na het consult anoniem invulden. De arts vulde eveneens naar aanleiding van ieder consult een vragenlijst in. Middels identieke volgnummers van patiënten- en artsen-vragenlijst en video-opname konden alle consultgegevens aan elkaar gekoppeld worden, terwijl de anonimiteit gewaarborgd bleef.

Indien een patiënt toestemming weigerde, werd de apparatuur uitgeschakeld. De patiënt vulde geen vragenlijst in, de arts echter wel, uiteraard anoniem. Dit maakt het ons mogelijk de invloed van het ontbreken van de 'niet-deelnemers' te bestuderen.

In de betreffende hoofdstukken zullen we ingaan op de inhoud en constructie van de vragenlijstjes.

In principe gingen de opnamen door tot het aantal van 60 bereikt was. Dit werd niet bij iedere arts bereikt, zoals een inspectie van hoofdstuk 3 en verder van het aantal consulten per arts duidelijk maakt.

Dit kan liggen aan geringe opkomst van patiënten op de betreffende dagen en/of een groot aantal weigeraars. Voor de meeste artsen lag de opname-limiet bij vier à vijf dagen, hetgeen overigens volstrekt redelijk is, gezien de vrij grote inbreuk die onze aanwezigheid op de dagelijkse gang van zaken in de praktijk maakte.

Na afloop van de opnamen vulden de artsen een enquête in, waarin opgenomen: vragenlijsten over het vóórkomen van psychosociale problemen, taakopvatting en competentie op het gebied van psychosociale problematiek, en een lijst ter meting van de huisartsgeneeskundige oriëntatie; vervolgens vragen over lidmaatschap van en/of activiteiten in LHV, NHG en NHI, over gevolgde nascholing op psychosociale problematiek en over relaties met andere hulpverleners en instellingen op het gebied van de GGZ. Tenslotte

bevatte de enquête een aantal vragen over praktijk- en achtergrondkenmerken. In hoofdstuk 4 komt deze vragenlijst qua inhoud uitgebreid aan de orde.

Teneinde inzicht te krijgen in de mate waarin deelnemende artsen afwijken van de gemiddelde huisarts, is dezelfde enquête voorgelegd aan een steekproef van 419 huisartsen. De resultaten hiervan komen eveneens in hoofdstuk 4 aan de orde.

Gegevens met betrekking tot artskenmerken en arts- en patiëntopvattingen ten opzichte van elkaar en artsenoordelen over de klacht, waren zo gereed voor analyse. Dit geldt niet voor de arts-patiënt-communicatie en de behandeling; de te analyseren data zijn de in observatieprotocollen neergelegde waarnemingen en beoordelingen van observatoren. Na vaststelling van het eerste observatieprotocol zijn deze getraind op oud videomateriaal, dat niet in dit onderzoek gebruikt wordt. Op grond van de hierbij opgedane ervaring is het definitieve protocol vastgesteld (zie hoofdstuk 6).

Vervolgens zijn de eerste 75 consulten - drie consulten per arts - door de vier observatoren gezamenlijk gescoord. Hieruit wordt de eerste betrouwbaarheidsmeting afgeleid. Iedere observator is daarna begonnen een deel van het videobestand volgens vaste normen te scoren. Een klein deel van het bestand wordt op vastgestelde tijden gezamenlijk gescoord, om een uit elkaar groeien van de observatoren te voorkomen. Dit gezamenlijke deel zal te zijner tijd ook voor een test-retest-check gebruikt worden.

Het totale bestand is zodanig verdeeld tussen de observatoren dat een observator eenzelfde proportie van iedere arts observeert, zodat het persoonlijk gewicht van de observatoren gelijk verdeeld is bij iedere arts. Het is met name dit zeer tijdsintensieve deel van de dataverzameling, dat de opbouw van de volledige database tot een langdurige geschiedenis maakt.

In dit eerste interimrapport zullen we achtereenvolgens ingaan op de volgende onderdelen:

- variatie in het oordeel van de arts over het klachtenaanbod: verantwoording meetinstrument, eerste resultaten (hoofdstuk 3);
- variatie in artsenkenmerken: verantwoording meetinstrument, eerste resultaten, vergelijking deelnemende artsen met niet-deelnemers (hoofdstuk 4);
- opvattingen van artsen over patiënten: verantwoording meetinstrument,

eerste resultaten (hoofdstuk 5);

- opvattingen van patiënten over artsen: idem (hoofdstuk 5);
- arts-patiënt-communicatie: meetinstrument, betrouwbaarheid tussen observatoren (hoofdstuk 6);
- samenvatting (hoofdstuk 7).

3. BEOORDELING VAN HET KLACHTENAANBOD

3.1. Inleiding

De eerste onderzoeksvraag welke we in hoofdstuk 1 formuleerden, luidde:

'Wat is het verband tussen artseneigenschappen en beoordeling en behandeling van klachten als psychosociale klachten ?'

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de verdeling van één der afhankelijke variabelen, de beoordeling van klachten, over de deelnemende arts. Zoals reeds in hoofdstuk 2 beschreven, heeft iedere deelnemende arts per consult aangegeven welke klachten de patiënt uitte, en hoe hij deze klachten beoordeelde op de dimensie 'somatisch-psychosociaal'. Tevens werden leeftijd en geslacht van de patiënt aangegeven. (Het betreffende formulier is als bijlage 1 opgenomen).

Het was mogelijk om meerdere klachten aan te geven en per klacht de beoordelingen te geven. De klachten werden dan in volgorde van presentatie genoteerd. Ook kon worden geregistreerd dat in het consult meerdere patiënten behandeld werden; in dit geval werd per klacht aangegeven op welke patiënt deze betrekking had. De arts werd gevraagd de klacht te noteren in termen waarmee de patiënt deze presenteerde.

We zullen in dit hoofdstuk eerst ingaan op de problematiek rond het vaststellen van de aanwezigheid van psychosociale aspecten volgens de arts. Vervolgens behandelen we de wijze waarop we dit in het onderhavige onderzoek hebben gemeten. Daarna behandelen we de eerste resultaten, te weten de gevonden spreiding onder de deelnemers. We onderzoeken in dit kader in hoeverre het klachtenaanbod en de patiëntenpopulaties wel onderling vergelijkbaar zijn, en of de spreiding in oordelen van de deelnemers na controle hiervoor blijft bestaan. Aan het eind van het hoofdstuk zullen we samenvatten welke verdere analyses in de toekomst wenselijk worden geacht op grond van deze eerste resultaten.

3.2. Het meten van het artsenoordeel

Wanneer men het psychosociaal beoordeelde klachtenaanbod wil vaststellen, kan men klachten op verschillende manieren laten vastleggen door de arts.

De meest gebruikelijke, en tot voor kort enig gangbare methode om een inzicht te verkrijgen in de verdeling van symptomen, diagnoses of problemen over het patiëntenaanbod is classificatie. Kortweg gesproken: men stopt elk probleem, symptoom of diagnose in zijn eigen hokje. Zolang men binnen het medisch model blijft denken, bestaan die hokjes uit diagnoses die gesteld worden in termen van storingen binnen het organisme; lichamelijke storingen worden benoemd naar lichaamsdeel of -functie; is er sprake van een storing in het geestelijk functioneren, dan worden symptomen en het verloop ervan zodanig gegroepeerd, dat een psychiatrische ziekte vastgesteld kan worden. De oorspronkelijke morbiditeitsclassificatie, de International Classification of Diseases (ICD), is op deze wijze opgesteld. Voor gebruik in de huisartsenpraktijk is ze niet bijster geschikt: ze heeft betrekking op ziektes en niet op symptomen, ze is specialistisch en psychosociale problematiek kan slechts in termen van psychiatrische ziektes gescoord worden. Latere aanpassingen aan de huisartsenpraktijk ondervangen deze bezwaren. In de zogenaamde E-lijst is het aantal diagnoses ingeperkt en het aantal onder te brengen symptomen uitgebreid: de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPCC) kent bovendien hoofdstukken psychische en sociale problemen, waarmee de mogelijkheid wordt geschapen om niet-lichamelijke problematiek te classificeren, zonder deze in psychiatrische termen te moeten uitdrukken (vgl. Lamberts en Hartman, 1982).

Als meest recente classificatiesysteem kunnen we de Reason for Encounter Classification noemen, waarin de reden die de patiënt voor doktersbezoek geeft, geclassificeerd wordt. Dit kan een symptoom zijn, maar ook een reeds eerder vastgestelde diagnose, of een verzoek om een administratieve handeling (Lamberts, 1979).

Laat men artsen het klachtenaanbod op één van deze manieren classificeren, dan levert dat grote verschillen op in waargenomen psychosociaal klachtenaanbod (vgl. Kessel en Shepherd, 1962; Shepherd e.a., 1966; Lamberts en Hartman, 1982).

Het is voor ons doel echter niet zo bevredigend om op deze wijze verschillen tussen artsen vast te stellen, omdat het uni-dimensionele karakter van het classificatiesysteem de arts dwingt een keuze te maken: men moet de klacht òf als lichamelijke ziekte of symptoom, òf als psychisch

of als sociaal indelen. De classificatiemethode verklaart zo een deel van deze verschillen, omdat ze geen recht doet aan het feit dat een patiënt lichamelijke klachten kan hebben, terwijl psychosociale achtergronden, oorzaken of gevolgen door de arts eveneens relevant geacht worden.

Om aan dit probleem tegemoet te komen, onderscheidt men de begrippen 'ziekte', 'ziektegevoel' en 'ziektegedrag', in het Engels respectievelijk 'illness', 'sickness' en 'illness behaviour'. (Vgl. bijvoorbeeld Lamberts, 1975; Shuval, 1981.)

Onder 'ziekte' wordt de professionele ziektedefinitie, vaak gebaseerd op fysiologische dan wel psychiatrische gronden, verstaan; 'ziekte' is classificeerbaar binnen ICD, E-lijst, ICHPCC. Het 'ziektegevoel' staat voor het gevoel van onwelbevinden, en kan optreden zonder dat een arts 'ziekte' constateert. 'Ziektegedrag' is het zoeken van hulp binnen het medisch professionele systeem.

Met een dergelijke benadering erkent men dat ziekte gepaard kan gaan met levensproblemen maar dat levensproblemen bijvoorbeeld ook tot gevolg kunnen hebben dat men in het medisch kanaal hulp gaat zoeken, en eventueel ook het bijpassende ziektegevoel vertoont zonder dat er sprake is van ziekte. Dit alles wordt gemaskeerd door een ziekteclassificatie die slechts één component indeelt: Lambert's organische ziekte respectievelijk Shuval's professionele ziektedefinitie. Regier e.a. (1979) betogen dat men hiermee een deel van de psychische problematiek 'mist'. Ze vergelijken incidentiecijfers, gemeten volgens ICD-9, ICHPCC-2, en RFE met het voorkomen van psychische problematiek, gemeten met de General Health Questionnaire (vgl. Goldberg, 1972). Dit laatste instrument bracht drie-maal zoveel psychische gevallen aan het licht dan de genoemde classificaties, hetgeen ons na het voorgaande niet hoeft te verbazen. Immers, veel psychische problematiek gaat samen met classificeerbare somatische klachten, en zal zo als 'hoofdpijn', 'lage rugpijn' of 'asthma' de geschiedenis ingegaan zijn. Regier e.a. pleiten daarom voor een 'psychosociale' classificatie, náást ICD of RFE.

Behalve dat men het klachtenaanbod benoemt in termen van 'ziekte', 'syndroom', 'symptoom' of 'klacht', spreekt men dan ook een oordeel uit over de mate waarin psychosociale factoren een rol spelen bij het ziektegevoel en het ziektegedrag van de patiënt.

Het meest simpel in dit opzicht is de beoordeling, die Crombie (1963)

voorstelt, en die in verschillend onderzoek binnen het Nederlands Huis-artsen Instituut (Verhaak, 1979, 1981; Bensing e.a., 1980; Sanavro, 1982) gebruikt is: artsen beoordelen de mate waarin psychische aspecten meespelen op een vijf-puntsschaal, de uitersten van deze schaal zijn 'puur somatisch' en 'puur psychosociaal'. In deze beoordelingen gaat verloren of het toegekende psychische aspect oorzaak dan wel gevolg is van somatische klachten en of het om somatisch dan wel psychisch gepresenteerde symptomen gaat.

Wat meer inhoud heeft de taxonomie die McWhinney (1972) voorstelt. Een patiënt kan komen vanwege één der volgende redenen:

- men komt omdat symptomen op zich zoveel ongemak geven dat het niet verdraagbaar meer is; (NB een symptoom kan psychisch of somatisch zijn);
 - men komt omdat de symptomen ongerustheid of angst veroorzaken;
 - men komt met symptomen die levensproblemen uitdrukken;
 - men komt om administratieve redenen;
 - men komt niet vanwege klachten, maar vanwege preventieve redenen of algemeen medische zaken als zuigelingencontrole, keuringen en dergelijke.
- Deze beoordeling benadrukt de functie die het zoeken van hulp voor de patiënt heeft.

3.3. Het door de arts gehanteerde meetinstrument

In het onderhavige onderzoek is het klachtenaanbod door de arts vastgelegd in de bewoordingen van de patiënt. De Reason for Encounter Classification stelt ons in staat deze gepresenteerde symptomen en andere hulpvragen in te delen naar lichaamsgebied of -functie waarop de klacht betrekking heeft. Deze klachten beoordeelt de arts vervolgens naar de wijze waarop psychosociale factoren erop van invloed zijn. Hiertoe is de arts gevraagd de klacht in één van de zes onderstaande categorieën in te delen.

1. de klacht is somatisch;
2. de klacht is somatisch, maar brengt psychische aspecten met zich mee;
3. de klacht wordt somatisch gepresenteerd, ik denk dat er iets psychisch achterzit;
4. de klacht wordt psychisch gepresenteerd, ik denk dat er iets somatisch achterzit;
5. de klacht is psychisch, maar brengt somatische aspecten met zich mee;
6. de klacht is psychisch.

Wanneer er geen psychosociale aspecten meespelen is categorie 1 van toepassing. De overige vijf categorieën geven verschillende manieren aan waarop psychosociale aspecten mee kunnen spelen: ongerustheid of angst in verband met somatische problematiek valt in de tweede categorie, psychosomatiek kan in categorie 3 ondergebracht worden. Categorieën 5 en 6 zijn beschikbaar voor de problemen die als psychisch of sociaal te boek staan, waarbij in het eerste geval sprake is van lichamelijke bijverschijnselen.

De eerste drie door McWhinney genoemde functies van een bezoek aan de huisarts zijn in dit systeem terug te vinden. De patiënt, waarvan de arts van oordeel is dat het genoemde ongemak uitsluitend verantwoordelijk is voor zijn klachten, scoort categorie 1 of categorie 6. De patiënt die komt vanwege ongerustheid kan in categorie 2 ondergebracht worden; degene die met zijn symptomen iets psychisch maskeert, of waarvan de arts denkt dat levensproblemen de symptomen veroorzaken, wordt in categorie 3 ingedeeld.

Met deze indeling in categorieën hebben we de afhankelijke variabelen uit onze onderzoeksvraag geoperationaliseerd. We zullen nu ingaan op de verdeling ervan bij de deelnemers aan het onderzoek.

3.4. Resultaten

De beste manier om vast te stellen hoe een arts zijn klachtenaanbod beoordeelt, is om van een willekeurige groep patiënten een dergelijk oordeel vast te stellen.

Op arts-niveau is dit binnen ons onderzoek mogelijk met de volgende restricties. Er werd in het algemeen gedurende drie tot zes dagen van patiënten die de arts bezochten een oordeel gegeven, met uitzondering van de volgende groepen:

- Patiënten die op een 'binnenloop spreekuur' kwamen, meestal een kwartier dat hiervan vóór het afspraakspreekuur werd uitgetrokken. Het betreft in het algemeen patiënten die komen voor het verwisselen van een verband, patiënten die alleen een recept kwamen halen, of lieten zien dat 'het over was'.
- Patiënten die op het spreekuur tussendoor kwamen (EHBO).
- Een arts behandelde, tussen zijn eigen patiënten, ook varices-patiënten.

uit de gehele regio. Deze werden niet betrokken bij het onderzoek.

- Visites.

Omdat de patiënten bij iedere arts gedurende een groot deel van de week werden beoordeeld, is er waarschijnlijk een redelijke doorsnee van de praktijkpopulatie in het onderzoek betrokken. We kunnen echter niet voor seizoensinvloeden controleren, omdat gedurende ongeveer een half jaar opnamen zijn gemaakt.

Tabel 3.1 geeft aan hoeveel beoordelingen per praktijk verzameld zijn.

Tabel 3.1.: Aantal patiënten per arts (deelnemers van video-onderzoek en weigeraars) verdeeld over patiënten met eerste klacht en patiënten met tweede en volgende klacht.

arts	deelnemers			weigeraars			totaal aantal beoor- delingen	% weigeraars	totaal aantal patiënten
	1e klacht	2e klacht en verder	1e klacht /totaal	1e klacht	2e klacht en verder	1e klacht /totaal			
1	41	4	91%	-	- ¹	-	45	-	41
2	51	24	68%	11	0	100%	86	18%	62
3	62	34	65%	8	3	73%	107	11%	70
4	56	10	85%	14	2	88%	82	20%	70
5	66	10	87%	7	0	100%	83	10%	73
6	62	25	71%	15	7	68%	109	19%	77
7	57	26	69%	25	15	63%	123	30%	82
8	58	33	64%	4	2	66%	97	6%	62
9	53	20	73%	9	1	90%	83	15%	62
10	58	26	69%	9	2	82%	95	13%	67
11	60	38	61%	13	5	72%	116	18%	73
12	60	40	60%	4	1	80%	105	7%	64
13	52	18	74%	12	3	80%	85	19%	64
14	64	35	65%	10	5	67%	114	14%	74
15	71	29	71%	8	3	73%	111	10%	79
16	45	13	78%	13	2	87%	73	22%	58
17	59	7	89%	20	2	91%	88	25%	79
18	56	26	68%	9	3	75%	94	14%	64
19	59	37	61%	7	2	78%	105	11%	66
20	58	31	65%	5	1	87%	95	8%	63
21	50	18	74%	-	- ¹	-	68	-%	50
22	44	14	76%	13	7	65%	73	23%	57
23	58	19	75%	12	3	76%	92	17%	70
24	51	29	64%	21	5	81%	106	29%	72
25	57	17	77%	14	0	100%	88	20%	71

¹ bij arts 1 en 21 werden abusievelijk geen weigeraarsformulieren ingevuld

Het totaal aantal beoordelingen per arts loopt sterk uiteen: van 45 bij arts 1 tot 123 bij arts 7. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. We herinneren de lezer er nogmaals aan dat we streefden naar 60 video-opnamen per arts. Uit de kolom 'eerste klacht, deelnemers' (= aantal video-opnamen³) zien we dat bij 20 van de 25 deelnemende artsen 50 tot 65 eerste klachten van deelnemers bedoordeeld werden. Hier is de discrepantie nog niet groot. Ze wordt echter, om twee redenen, sterk vergroot: de ene arts maakt veel vaker gebruik van de gelegenheid om een tweede, derde of zelfs vierde klacht aan te geven en te beoordelen dan de ander (zie 'percentage eerste klacht ten opzichte van totaal') en de ene arts treft meer weigeraars aan en krijgt zo een groter aantal patiënten dat hij beoordeelt (want, zoals gezegd, ook van de weigeraars tekende hij beoordelingen aan).

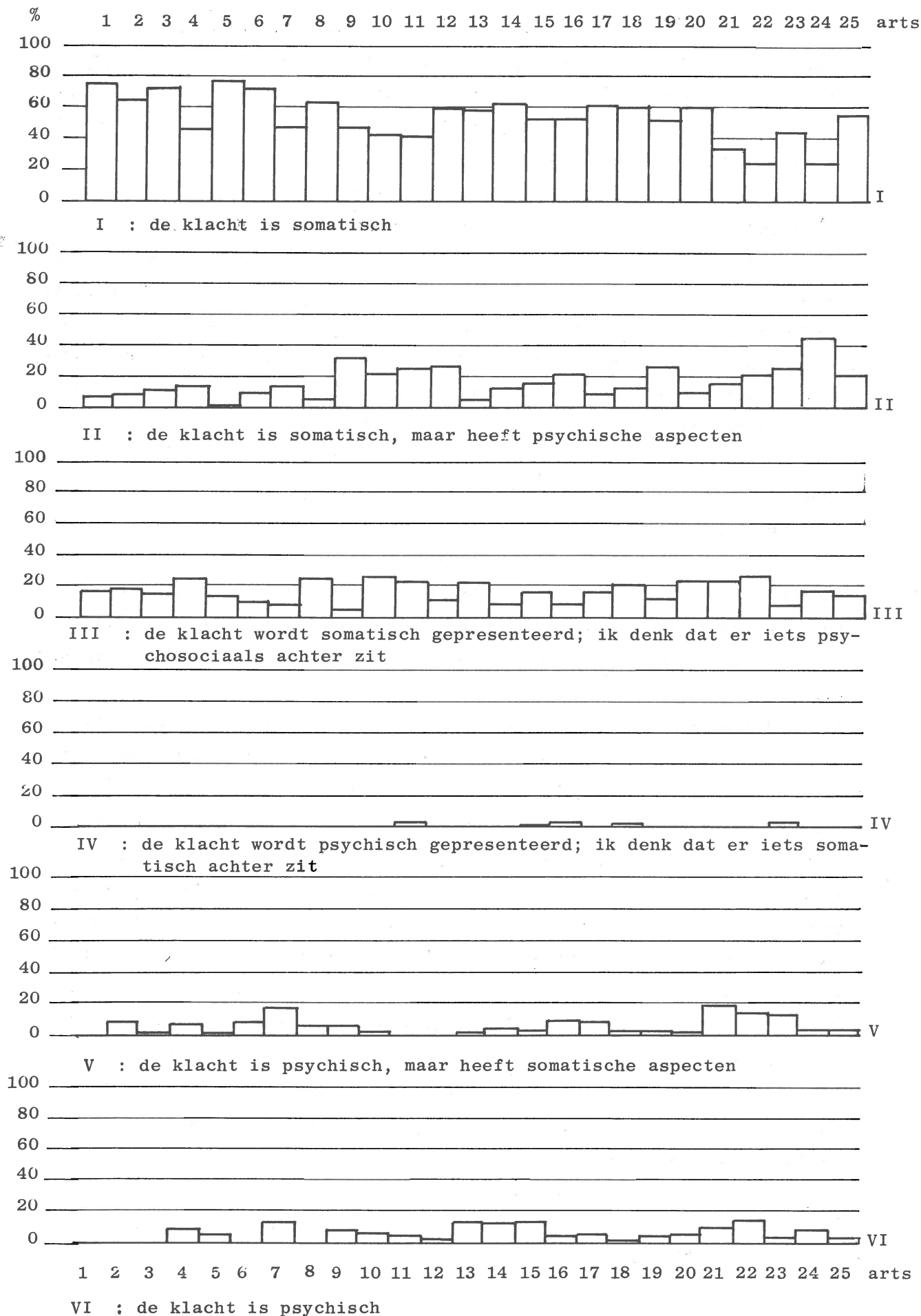
Dit laatste is een gegeven dat weliswaar het aantal beoordelingen vergroot, maar deze ook op een groter aantal patiënten betreft. Aangezien deze patiënten als random-groep ('de eerste X patiënten die bij de arts komen met een nader te definiëren hulpvraag') worden opgevat, kan het te bepalen artsenoordeel van de gehele groep worden afgeleid.

Het gegeven dat de ene arts meer klachten per patiënt aangeeft dan de ander, vertroebelt onze analyse echter wel. Deze verstoring komt niet van buitenaf, maar de arts veroorzaakt hem zelf. Dit brengt ons er toe om de beoordelingen voor eerste klachten en voor tweede en volgende klachten apart weer te geven en als te verklaren variabele uit te gaan van het oordeel met betrekking tot de eerste klacht (die hebben namelijk alle artsen evenveel). Op de mogelijke consequenties hiervan gaan we later in.

Figuur 3.1 geeft de verdeling over de zes categorieën van de 25 artsen. De grootste spreiding zien we in het voorkomen van de beoordeling 'puur somatisch'. Van de klachten is 25% puur somatisch, aldus de artsen 22 en 24, tegenover meer dan 70% puur somatische klachten naar de mening van artsen 1, 3, 5 en 6.

Ook de categorie 'somatisch met psychische bijverschijnselen' (1%-46%), vertoont een grote spreiding. De meer psychosociale categorieën zijn ieder op zich wat minder gespreid; neemt men echter 'psychosociaal met somatische bijverschijnselen' en 'puur psychosociaal' samen, dan varieert dit van 0% tot 30% van alle consulten.

Figuur 3.1.: Verdeling van de beoordelingen van de eerste klacht



N = 41 62 70 70 73 77 82 62 62 67 73 64 64 74 79 58 79 65 66 63 50 57 70 72 71

Liggen deze verschillen nu aan andere klachten die de patiënten uiten ? Om dit na te gaan hebben we de klachten laten optekenen en later gecategoriseerd met behulp van de Reasons for Encounter Classificaties (vgl. Bensing, 1983; Lamberts, 1979, 1982).

We gaan in het kader van dit onderzoek hier uitsluitend na of de verschillende artsen niet een dusdanig verschillend klachtenaanbod hebben, dat hiermee een plausibele verklaring voor de verschillen in beoordeling is gevonden. Een andere mogelijkheid is dat bepaalde klachten als signaal voor mogelijke psychopathologie dienen, en dat iedere arts er in dit opzicht zijn eigen signalen op nahoudt. Deze vraag wordt in ander NHI-onderzoek uitputtend onderzocht (Bensing, in voorbereiding) en is hier verder niet aan de orde.

Voor ons onderzoek is in de eerste plaats het vóórkomen van eerste klachten die in psychische of sociale termen geuit worden, van belang. Indien artsen die hoog scoren in de psychosociale categorieën ook veel meer patiënten hebben die met uitgesproken psychosociale problemen naar hun huisarts gaan, is het verschil tussen artsen verklaard door het verschil tussen praktijkpopulaties. (Hetgeen op zich nieuwe vragen op zou roepen, maar dit terzijde.)

Tabel 3.2 geeft het percentage consulten waarin de eerste klacht als psychisch dan wel sociaal gebracht werd. Het aantal consulten waarin de eerste klacht als sociaal valt te categoriseren is gering. Met uitzondering van arts 9 en 21 wordt nergens meer dan 3% van de consulten zodanig ingeleid. Het percentage psychische problematiek is gevarieerder per arts, en er is ook een samenhang tussen het percentage niet-somatische problematiek, zoals de artsen dit beoordeelden en het percentage klachten dat als psychisch wordt opgevat (Spearman's rangcorrelatie = .62). Maar kwantitatief dekt het aanbod aan psychische problematiek maar een klein deel van het niet-somatisch beoordeelde scala van klachten. (Zie bijvoorbeeld artsen 21, 22 en 24. In beide opzichten toppers: 16%, 12% respectievelijk 11% van het klachtenaanbod wordt niet puur somatisch beoordeeld). Het merendeel van het niet-somatisch beoordeelde klachtenaanbod is dus in andere termen gesteld.

Tabel 3.2.: Percentage eerste klachten dat binnen klachtencategorie 'psychisch' of 'sociaal' valt

arts	N	psychisch		somatisch	
		X	%	X	%
1	41	1	2%	-	-
2	62	2	3%	3	5%
3	70	-	-	-	-
4	70	6	9%	-	-
5	73	2	3%	1	1%
6	77	3	4%	-	-
7	82	12	15%	2	3%
8	62	4	7%	1	2%
9	62	3	5%	3	5%
10	67	4	6%	1	2%
11	73	3	4%	-	-
12	62	1	2%	1	2%
13	64	6	9%	1	2%
14	74	6	8%	2	3%
15	79	6	8%	1	1%
16	58	3	5%	-	-
17	79	6	8%	-	-
18	65	-	-	1	2%
19	66	3	5%	1	2%
20	63	3	5%	-	-
21	50	8	16%	3	6%
22	57	7	12%	-	-
23	70	4	6%	-	-
24	72	8	11%	-	-
25	71	4	6%	1	2%

De verschillen, zoals we die bij 26 artsen aantreffen, kunnen niet zonder meer geweten worden aan meer psychische en sociale klachten bij de ene arts: het merendeel van de niet-somatisch beoordeelde klachten is te categoriseren binnen de verzameling lichamelijke verschijnselen en klachten. Voorts komen de niet-somatisch beoordeelde klachten niet slechts binnen een paar voor de hand liggende categorieën voor (rug, hoofd), maar 'verspreiden ze zich meer over het lichaam' naarmate de arts vaker niet-somatisch beoordeelt.

Kortom, de verschillen in beoordeling kunnen we vooralsnog niet herleiden tot verschillen in klachtenaanbod.

Laten we de patiënten vervolgens naar leeftijd en geslacht bekijken, en bezien of verschillen in patiëntkenmerken een deel van de verklaring der gevonden verschillen oplevert. Immers, artsen kennen aan vrouwen eerder psychische problemen toe dan aan mannen, beweren verschillende onderzoekers (vgl. bijvoorbeeld Bernstein en Kane, 1981; Marks e.a., 1977).

Overigens spreken McCranie e.a. dit tegen (1978). Vrouwen worden eerder als probleempatiënt geselecteerd (Sanavro, 1982). Ook zijn psychosociale problemen niet gelijkelijk over alle leeftijden verdeeld. Met name de leeftijdsgroep 40-60-jarigen loopt in deze groter risico.

Tabel 3.3 laat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten zien waarop de beoordeelde klachten betrekking hebben. Wat betreft het geslacht kunnen de groepen per arts nogal verschillen. Ongeveer 30% mannen in zes praktijken tot meer dan de helft in vijf andere.

Tabel 3.3.: Leeftijds- en geslachtsverdeling van patiënten op wie de eerste klacht betrekking heeft

arts	leeftijd									geslacht		N
	$\bar{x}$	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 ⁺	M	V	
1	33,4	-	34%	22%	7%	17%	10%	5%	5%	51%	49%	41
2	41,7	2%	11%	17%	14%	25%	16%	9%	6%	41%	59%	62
3	35,9	12%	14%	21%	16%	14%	6%	6%	10%	41%	59%	70
4	37,0	6%	10%	33%	14%	7%	17%	8%	6%	42%	58%	70
5	40,6	10%	11%	11%	21%	10%	19%	11%	8%	44%	56%	73
6	29,9	16%	16%	20%	19%	18%	5%	4%	3%	39%	61%	77
7	39,0	8%	11%	22%	11%	22%	12%	7%	8%	49%	51%	82
8	45,3	2%	11%	17%	12%	20%	8%	14%	17%	38%	62%	62
9	33,2	10%	13%	24%	21%	16%	13%	-	3%	39%	61%	62
10	34,9	13%	8%	18%	31%	10%	8%	1%	10%	32%	68%	67
11	41,2	7%	8%	22%	13%	14%	18%	6%	13%	34%	66%	73
12	38,8	8%	14%	8%	22%	18%	26%	5%	-	40%	60%	64
13	38,4	5%	13%	19%	18%	21%	10%	10%	5%	59%	41%	64
14	40,4	5%	14%	16%	14%	19%	11%	15%	5%	33%	67%	74
15	42,2	5%	11%	20%	13%	12%	16%	13%	10%	55%	45%	79
16	42,5	6%	13%	13%	10%	17%	22%	11%	8%	57%	43%	58
17	38,0	6%	10%	30%	17%	9%	10%	14%	3%	44%	56%	79
18	33,4	10%	9%	21%	30%	15%	10%	1%	3%	41%	59%	65
19	40,4	12%	6%	16%	16%	12%	19%	7%	12%	51%	49%	66
20	39,2	5%	13%	16%	27%	13%	11%	10%	6%	32%	68%	63
21	37,8	10%	8%	26%	20%	8%	8%	6%	14%	31%	69%	50
22	36,1	8%	8%	28%	18%	13%	7%	12%	5%	48%	52%	57
23	28,2	15%	25%	18%	25%	7%	4%	-	6%	32%	68%	70
24	48,5	4%	14%	6%	7%	20%	14%	21%	14%	31%	69%	72
25	33,0	10%	16%	15%	32%	11%	7%	7%	3%	50%	50%	71

Enige notoir psychosociaal oordelende artsen hebben inderdaad weinig mannen in de onderzoeksgroep (10, 11, 21, 23, 4), terwijl de meeste somatici ongeveer 40% à 50% mannen tellen.

Letten we op de leeftijd, dan blijkt de gemiddelde leeftijd van de patiënten uiteen te lopen van 28 jaar (arts 23) tot ongeveer 50 jaar bij arts 24. Uit tabel 3.3 blijkt bovendien dat per arts andere leeftijds categorieën disproportioneel vertegenwoordigd zijn. Reden te over om de verdeling van de puur-somatisch beoordeelde klachten nogmaals te bekijken, maar nu met constanthouding van leeftijd respectievelijk geslacht. Zie tabel 3.4.

Enerzijds zien we de gegevens uit de literatuur bevestigd: in het algemeen worden in de jongste leeftijdscategorie meer puur-somatisch beoordeelde klachten aangetroffen.

Zo ook geven de meeste artsen bij mannen wat meer somatische oordelen aan. Maar de verschillen tussen artsen blijven bestaan binnen elke leeftijds- en geslachtsgroep, en, wat belangrijker is: de rangorde binnen de 25 artsen, zoals we afleidden over alle klachten, komt binnen elke subgroep terug, getuige de vermelde rangcorrelaties tussen de artsen, gerangordend over het geheel.

Tabel 3.4. : Percentage puur somatisch beoordeelde eerste klachten per arts, uitgesplitst naar leeftijds- en geslachtscategorieën.
(onder de kolommen: Pearson's rangcorrelatie tussen de subgroep en het totaal - kolom 1 van tabel 3.2)

arts	0-20	21-40	41-60	61 ⁺	man	vrouw
1	79%	75%	64%	100%(N=4)	80%	74%
2	100%	53%	65%	67%	69%	64%
3	90%	53%	65%	67%	69%	64%
4	55%	53%	25%	56%	52%	44%
5	87%	78%	67%	86%	88%	71%
6	89%	66%	65%	60%	87%	60%
7	57%	50%	50%	46%	55%	41%
8	75%	63%	35%	82%	70%	59%
9	86%	39%	39%	0%(N=2)	46%	50%
10	79%	44%	15%	29%	48%	41%
11	55%	28%	57%	38%	48%	40%
12	69%	74%	45%	67%(N=3)	64%	55%
13	82%	46%	53%	67%	61%	54%
14	71%	67%	57%	47%	75%	56%
15	46%	72%	23%	68%	70%	33%
16	58%	33%	54%	70%	60%	44%
17	67%	53%	69%	69%	69%	55%
18	82%	55%	50%	100%(N=3)	72%	56%
19	67%	60%	52%	31%	53%	53%
20	46%	70%	53%	60%	65%	58%
21	67%	22%	25%	44%	44%	29%
22	44%	22%	25%	11%	19%	28%
23	64%	40%	0%	50%(N=4)	48%	45%
24	46%	22%	13%	29%	23%	26%
25	61%	60%	31%	57%	57%	54%
	r=.67	r=.78	r=.76	r=.78	r=.94	r=.96

3.5. Samenvatting en conclusie

We hebben zo vast kunnen stellen dat tussen de deelnemende artsen grote verschillen bestaan, in het definiëren van klachten als psychosociaal. Wanneer een arts de klacht niet puur-somatisch vindt, is er overigens nog verschil in voorkeur voor een bepaald alternatief: sommigen scoren met name hoog binnen de categorie 'somatisch, met psychosociale bijverschijnselen', anderen zien relatief veel klachten als 'in essentie psychisch, met of zonder somatische bijverschijnselen'. Het zijn niet in de eerste plaats de klachten die in psychische of sociale termen naar voren worden gebracht, die deze verschillen teweegbrengen. Het merendeel van de niet-somatische oordelen heeft betrekking op lichamelijke klachten. De 'psychosociale' artsen beoordelen binnen meer klachtcategorieën (naast 'psychisch' en 'sociaal' zijn dat er nog 14) klachten als niet-somatisch dan de somatici.

In het algemeen komen de verschillen tussen de artsen in iedere leeftijd- en geslachtscategorie op dezelfde wijze naar voren: wel treft men in het algemeen bij jongere patiënten en bij mannen meer puur somatische oordelen aan, maar relatief ziet de 'psychosociale' arts dan toch meer psychosociale klachten dan de 'somatici'.

In de volgende rapportages zal wat betreft deze klachtenbeoordeling nog nadere aandacht besteed worden aan de gevolgen van de verschillende proporties gerapporteerde tweede en volgende klachten, en aan de verschillende proporties weigeraars per arts, alvorens de in de vraagstelling aangekondigde verbanden met artseigenschappen te leggen.

4. EIGENSCHAPPEN VAN ARTSEN

4.1. Inleiding

Eigenschappen van artsen vormen de onafhankelijke of verklarende variabelen in dit onderzoek. We zullen nagaan in hoeverre verschillen in eigenschappen rechtstreeks samenhangen met de verschillen in oordelen welke we in het vorige hoofdstuk beschreven en met nog te beschrijven verschillen in behandeling. Indirect leggen we een verband door te onderzoeken hoe verschillen in eigenschappen samenhangen met verschillen in verwachtingen bij patiënten en verschillen in gespreksstijl van de artsen. De veronderstelling hierbij - welke in ander onderzoek getoetst wordt - is, dat patiënten verwachtingen en gespreksstijl van artsen op hun beurt weer het uiteindelijke klachtenoordeel en de daaruit voortvloeiende behandeling beïnvloeden.

In dit hoofdstuk behandelen we de gemeten eigenschappen, hun operationalisaties en de spreiding van de scores op de diverse meetinstrumenten. Alle meetinstrumenten tezamen vormen een enquête (zie bijlage II). Deze is afgenomen bij de deelnemende artsen, alsmede bij een steekproef van 400 huisartsen. Zodoende beschikken we over een 'ankerpunt', waarmee we na kunnen gaan in hoeverre de standpunten die de deelnemende huisartsen innemen, een redelijke spreiding over de in Nederland gangbare range van standpunten hebben en in hoeverre de werkwijze van deelnemende artsen representatief is.

Daarnaast stelt de enquête onder de groep artsen die niet aan het video-project deelnemen ons door haar grotere omvang in staat complexere analyses uit te voeren. Per variabele zullen we steeds de resultaten van de grotere groep en van de deelnemers bespreken.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 2 gaan we uitgebreider in op de gemeten variabelen en de manier waarop we deze geoperationaliseerd hebben. De gehele enquête (opgenomen als bijlage II) passeert zo de revue. Paragraaf 3 behandelt de representativiteit van de artsen die op de enquête gerespondeerd hebben en van de artsen die aan het video-project deelnemen.

In paragraaf 4 gaan we in op de resultaten van de enquête: we behandelen

de variabelen in dezelfde volgorde als in paragraaf 2, met één uitzondering: enkele achtergrondkenmerken zijn reeds aan de orde gekomen bij de beschouwing over de representativiteit van de steekproeven in paragraaf

3.

4.2 Gemeten variabelen

In het schema in hoofdstuk 1 hebben we trachten weer te geven hoe standaards, opvattingen en mogelijkscheppende factoren in onderlinge samenhang uitmaken of een klacht in een psychosociale context behandeld zal worden. Bij de bespreking van deze variabelen maken we een indeling in de volgende groepen:

- a. opvattingen en standaards welke uitdrukking geven aan een begrip dat we in eerste instantie willen omschrijven als algemene oriëntatie van de arts. Opvattingen en standaards betreffen aspecten die aan het functioneren als arts, aan patiënten of aan ziekte in het algemeen kunnen worden toegeschreven.
- b. opvattingen en standaards die te maken hebben met het herkennen en behandelen van psychische problematiek.
- c. kenmerken van arts en praktijk die de mogelijkheid scheppen onder a. en b. genoemde opvattingen en standaards in praktijk te brengen.

We zullen in deze paragraaf nader ingaan op drie groepen variabelen.

4.2.1. De oriëntatie van de huisarts

Hoe dit algemene en weinig zeggende begrip in te vullen?

In hoofdstuk 1 gaven we summier aan welke aspecten van het functioneren van de artsen en welke artsenopvattingen een bepalende rol zouden kunnen spelen bij de wijze waarop hij psychosociale problematiek benadert. We zullen hier nader ingaan op de volgende aspecten:

- de aandacht voor psychosociale aspecten bij lichamelijke klachten;
- de huisartsgeneeskundige versus klinische benadering.

Aandacht voor psychosociale aspecten bij lichamelijke klachten

De ene arts vindt meer klachten 'psychisch' dan de ander. Deels zou dit kunnen worden toegeschreven aan het feit dat de ene arts meer oog heeft

voor psychosociale aspecten bij de aetiologie van verschillende klachten. We willen dit meten met de door Grol (1981) ontwikkelde vragenlijst, waarbij de arts twaalf aandoeningen voorgelegd krijgt, waarvan hij dient aan te geven of psychosociale factoren daarbij totaal geen invloed versus zeer veel invloed hebben. De uiteindelijke lijst vertoont per item een goede spreiding. Een lage score op deze lijst (dat wil zeggen weinig openstaan voor de invloed van psychosociale klachten) kwam meer voor bij artsen die veel waarde hechten aan zogenaamde gezondheidstechnologie (het maken van EEG, total body scanning, hartfrequentie meten tijdens de bevalling, en dergelijke). De score op de lijst correleerde met .30 met de schatting die men maakte van het percentage lichamelijke klachten met psychosociale factoren in de huisartsenpraktijk.

Huisartsgeneeskundige versus klinische benadering

Hiermee wordt uitgedrukt wat we in de inleiding ook reeds beschreven: Huisartsgeneeskundig staat voor niet-specialistisch, gericht op zorg ('care'), erop gericht de patiënt door een moeilijke periode heen te helpen, en een hulpverlening die zich richt op de patiënt als persoon in een sociale omgeving.

Klinisch staat voor specialistisch, behandelend ('cure'), gericht op interventies, en een hulpverlening die zich meer op het 'zieke' lichaamsdeel richt.

Operationalisaties - die vanzelfsprekend op deelaspecten van het begrip betrekking hebben - vinden we weer bij Grol. Hij ontwikkelde meetinstrumenten waarmee vastgesteld werd:

- klinisch-diagnostisch versus huisartsgeneeskundig-diagnostisch denken;
- geloof in gezondheidstechnologie;
- opvattingen over het nemen van risico's;
- angst om fouten te maken;
- manier van omgaan met patiënten.

Twee aspecten uit deze vragenlijst hebben onze speciale aandacht, mede gezien de relatie die ze hebben met de interpretatie van klachten: opvattingen over het nemen van risico's en opvattingen over de wijze waarop men als huisarts met patiënten moet omgaan. De 'risicolijs' geeft

aan in welke mate de huisarts vertrouwt op eigen kunnen en niet onmiddellijk zijn heil zal zoeken bij somatisch specialistisch onderzoek. Dit aspect wordt door ons van belang geacht bij de behandeling van psychosociale klachten, aangezien snelle somatische verwijzingen in elk geval het psychosociale aspect ondergeschikt maken aan het somatische.

Het aandurven van risico's blijktens deze lijst hangt samen met een geringere angst om fouten te maken, met een hoger zelfvertrouwen van de arts en met een geringere vrijblijvendheid in de beroepsuitoefening (men is meer voorstander van verplichte nascholing, toetsing, en dergelijke).

Een klinisch georiënteerde huisarts zal weinig risico nemen, elke klacht tot de bodem uitzoeken, en streven naar het 'genezen' van de klacht. Een huisartsgeneeskundig georiënteerde huisarts zal niet onmiddellijk op de klacht op zich reageren en heeft daarmee de ruimte deze meer in de gehele context van de patiënt te plaatsen.

Het tweede aspect dat we noemden is de manier van omgaan met de patiënt. In de huisartsgeneeskundige versie is dat overleggen met de patiënt, informatie geven over wat er aan de hand is, op gelijke voet omgaan met de patiënt. De klinische variant is meer autoritair/paternalistisch: de patiënt hoeft niet zoveel te weten, begrijpt het toch niet. Staudemayer en Lefkowitz (1981) vonden dat artsen die gericht waren op zorg ook meer rekening hielden met de patiënt, zijn beleving en zijn wensen dan artsen die gericht waren op direct ingrijpen (hetgeen we in het bovenstaande 'cure' hebben genoemd).

Dit aspect van de dimensie huisartsgeneeskundig-klinisch past bij ons onderzoek naar verschillen tussen artsen bij de beoordeling en behandeling van psychosociale klachten, omdat men juist in dit geval van mening is dat arts en patiënt een veel gelijkwaardiger inbreng horen te hebben dan in gevallen waarin sprake is van rechtstreekse levensbedreiging; in dat laatste geval is de arts technicus en specialist, van wie een zeker autoritair optreden verwacht mag worden.

De gebruikte meetinstrumenten zijn een zes-item-schaal, welke meet in hoeverre een arts snel verwijst, en alle mogelijke somatische aspecten uitputtend wil onderzoeken, dan wel ervan uitgaat dat veel klachten ook vanzelf overgaan en niet alles behandeld hoeft te worden (risico-schaal).

Een tweede, negen-item-schaal meet in hoeverre een arts afstand bewaart van zijn patiënt en zich als absoluut medisch deskundig beschouwt, dan wel samen met de patiënt wil nadenken over wat er moet gebeuren. Beide schalen zijn ontleend aan Grol (1981).

4.2.2. Opvattingen en standaards met betrekking tot de behandeling van psychosociale klachten

Naast opvattingen en standaards van artsen over patiënten en ziekte in het algemeen, achten we ook een aantal opvattingen en standaards van belang, welke betrekking hebben op klachten die door hen als psychosociaal worden beoordeeld. Een belangrijke standaard die van invloed zal zijn op de beslissing om een zodanige klacht te behandelen is de taakopvatting: hoort een arts psychosociale klachten te behandelen, is een vraag die niet door iedere huisarts hetzelfde zal worden beantwoord. Behalve dat een arts het idee moet hebben dat het zijn taak is om bepaalde klachten te behandelen, moet hij ook van mening zijn dat hij daartoe in staat is. Samen met een aantal praktische omstandigheden (hij moet er de tijd voor hebben, eventueel gespecialiseerde hulp achter de hand hebben en dergelijke) welke in de volgende paragraaf aan de orde komen, bepaalt een dergelijke opvatting over zijn competentie de mogelijkheden die een arts heeft om klachten in een psychosociaal kader te behandelen.

Om taakopvatting en competentie te meten, selecteerde Grol een aantal handelingen op het gebied van psychische en sociale hulpverlening en liet artsen scoren in welke mate ze zo'n handeling als hun taak opvatten respectievelijk hoe competent ze zich voelden om zo'n handeling uit te voeren. De best spreidende items vormden uiteindelijk een taakopvattings- en competentie-lijst. Deze twee correleerden onderling hoog: naarmate men een handeling meer als zijn taak ziet, voelt men zich daar ook beter in thuis. Tevens correleerde deze psychosociale taakopvattingslijst positief met een somatische taakopvattingslijst, zodat Grol concludeert dat een algemeen onderscheid gemaakt kan worden tussen huisartsen die zich een beperkte taak toeschrijven en waarschijnlijk eerder geneigd zullen zijn snel door te verwijzen en huisartsen die zichzelf een brede taak toerekenen en geneigd zullen zijn de patiënt langer zelf te begeleiden. De taakopvatting van de arts en de mate waarin hij zich competent acht, meten we met behulp van deze twee twaalf-item-schalen van Grol.

4.2.3. Arts- en praktijkkenmerken

Naast opvattingen en standaards van artsen hebben we in het eerste hoofdstuk ook kenmerken van arts, praktijk en werkwijze besproken, welke de arts de mogelijkheid zouden verschaffen een psychosociale oriëntatie in praktijk te brengen, dan wel een indicatie zouden vormen voor een dergelijke oriëntatie. In dat kader komen het samenwerken met andere disciplines, de gevolgde nascholing op het gebied van psychosociale problematiek, praktijkgrootte, praktijkvorm, leeftijd van de arts, en tijd die hij voor zijn patiënten uittrekt aan de orde.

Aandacht voor samenwerking

Een arts die open oog heeft voor de arts-patiënt-relatie en voor sociale en psychische factoren als determinant voor ziekte, is in het algemeen ook positief over samenwerking met anderen (en controle door anderen). Dit komt tot uitdrukking in de studies rond de ATSIM-schalen (Attitudes To Social Issues In Medecine, Parlow and Rothman, 1974; Streit, 1980) en in de studie van Grol, die uitvoerig aan de orde is geweest.

We meten deze aandacht voor samenwerking door te informeren naar een aantal routines: de overlegfrequentie met een aantal eerstelijns- en GGZ-disciplines en de mate waarin men daarheen verwijst. Het betreft zelfreportage door de arts. Dit is de enige mogelijkheid.

De eerstgenoemde routines liggen immers nergens vast; van de verwijzingen zou men slechts betrouwbaar het geregistreerde aantal verwijzingen naar de psychiater kunnen meten (hetgeen overigens bij de groep deelnemende artsen ook gebeurd is).

Overleg houdt in dat de arts inhoudelijk patiënten bespreekt. Het kan telefonisch of vis-à-vis geschieden, tussen arts en andere hulpverlener of in een teambespreking of sociaal café.

Het is ondoenlijk om in een enquête uitsluitend dat overleg te inventariseren dat betrekking heeft op psychosociale problematiek. Voor sommige disciplines zal dit - gezien hun karakter - wel het geval zijn; voor andere, met een meer algemene functie, zal de geënuquêteerde wel kunnen vaststellen hoe vaak hij ze spreekt, maar niet wat keer op keer de inhoud is. We beperken ons daarom tot het vaststellen van de overlegfrequentie in het algemeen met die eerstelijns- en GGZ-hulpverleners, waarmee de meeste contacten bestaan - en waarbij psychosociale aspecten een sub-

stantieel deel van het klachtenaanbod uitmaken -: wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en fysiotherapeut. Daarnaast wordt gevraagd naar de overlegfrequentie met een drietal typische GGZ-disciplines: psychiater, psycholoog, en SPV'er, zonder de institutie waarbinnen ze werken te specificeren. Tenslotte vroegen we nog naar eventuele contacten met pastores.

De tweede gedragsvariabele, waarover we de artsen hebben laten rapporteren, is hun verwijfsfrequentie maar verschillende instanties, waar men met psychosociale problemen terecht kan. Hiertoe zijn de volgende verwijfsmogelijkheden geselecteerd:

- Binnen de eerste lijn: het maatschappelijk werk (de psycholoog: zie overige);
- De diverse instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheids Zorg;
- Disciplines voor zover ze niet binnen bovengenoemde instellingen werken: psychiater, psycholoog.

Een grove categorisering werd gehanteerd, aangezien de opgegeven aantallen niet meer kunnen zijn dan een indicatie voor de werkelijke hoeveelheid verwijfcontacten/jaar.

Gevolgte nascholing

Huisartsen die zich hebben bijgeschoold in studiegroepen medische psychologie, leken in hun attitudes ten opzichte van niet-somatische klachten meer op psychiaters dan artsen die deze studiegroepen niet volgden of artsen die studiegroepen met betrekking tot somatische onderwerpen volgden (De Boer, 1973). Belangrijk was dat artsen die zich op deze wijze wilden gaan nascholen, niet van anderen verschilden: de attitudewijziging was blijkbaar een gevolg van gevolgte nascholing.

Nu, anno 1983, zijn er meerdere mogelijkheden voor artsen om op het gebied van de psychische problemen, omgaan met de arts-patiënt-relatie, nascholing te krijgen. Van de meest voorkomende wordt expliciet gevraagd of dit type nascholing de afgelopen vijf jaar gevolgt is. Daarnaast bestond de gelegenheid zelf andere vormen van gevolgte psychosociale nascholing aan te geven.

Praktijkkenmerken: grootte en soort (solist - monodisciplinair samenwerkend-gezondheidscentrum)

De praktijkgrootte is een algemeen kenmerk dat wellicht geen uitdrukking is van algemene oriëntatie, hoewel een kleine praktijk een bewuste keus kan zijn om meer tijd aan de patiënt te kunnen besteden, maar dat in elk geval de mogelijkheden biedt om meer aandacht aan psychisch en sociale aspecten te besteden.

Hetzelfde geldt voor de praktijkvorm: in een samenwerkingsstructuur zijn meer voorwaarden aanwezig om de hierboven genoemde opvattingen en routines gestalte te geven. Solisten en artsen in grote praktijken gaven blijkens onderzoek van Kish en Reeder (1969) minder de verwachte hulp dan samenwerkende artsen in kleinere praktijken. Overigens is praktijkvorm een kenmerk dat een indicatie voor aandacht voor samenwerking vormt.

Beschikbare tijd

Een kenmerk van praktijkvoering dat de mogelijkheid van de arts om psychosociale klachten te behandelen mede bepaalt, is de beschikbare tijd. Deze meten we op artsniveau door te vragen naar de tijd die gemiddeld per patiënt wordt uitgetrokken. Op consultniveau is vanzelfsprekend in het video-onderzoek de duur van het consult gemeten.

Artsenleeftijd

De leeftijd van de arts (of het jaar van afstuderen) is een belangrijke variabele om voor te controleren: opvattingen over hulpverlening zijn de laatste twintig jaar nogal veranderd en verschillen in oriëntatie, taakopvatting en competentie kunnen zo een leeftijdsverschil weerspiegelen.

4.2.4. Résumé

De arts-factoren die in de hypothesen genoemd worden ter verklaring van het psychosociaal beoordelen van klachten respectievelijk het als zodanig behandelen van deze klachten, zijn de opvattingen over de volgende onderwerpen:

- de invloed van psychosociale aspecten;
- huisartsgeneeskundig versus klinisch handelen, uitgedrukt in -risico's nemen
- aandacht voor arts-patiënt-relatie

oriëntatie
van de arts

- de taak van de arts bij psychosociale klachten;
- de competentie van de arts bij psychosociale klachten;

De opvattingen worden gemeten met vijf vragenlijstjes.

Om na te gaan in hoeverre deze factoren door bepaalde artskenmerken worden medebepaald, wordt gebruik gemaakt van de zelfreportage door de arts over:

- nascholingsactiviteiten;
- overlegfrequenties met diverse hulpverleners;
- verwijfsrequenties naar diverse hulpverleners;
- praktijkgrootte;
- praktijkvorm;
- jaar van afstuderen;
- beschikbare tijd (wordt ook per consult vastgesteld, vgl. hoofdstuk 6).

4.3. Representativiteit van de enquête

De enquête werd anoniem verstuurd aan een a-selecte steekproef van 419 zelfstandig gevestigde huisartsen in een straal van 100 kilometer⁴ rond Utrecht ('landelijke groep'). De verwerkbare gegevens, die in dit hoofdstuk gepresenteerd worden, hebben betrekking op 244 respondenten, oftewel 59% van de aangeschreven artsen. Daarnaast is de enquête momenteel ingevuld door 26 artsen, waarbij video-opnamen zijn gemaakt. Deze groep zal in dit hoofdstuk aangemerkt worden als de 'video-groep'.

We zullen in deze paragraaf nagaan in welke opzichten de respondenten uit de landelijke groep afwijken van deze groep als totaal, en in welke opzichten de 'video-groep' van de beide anderen verschilt. Dit verschaft ons inzicht in de representativiteit van de 'video-groep' en de 'respondenten', en leert ons zodoende iets over de selectie die we hebben gemaakt door artsen te zoeken die bereid waren een camera in de spreekkamer neer te laten zetten.

We vergelijken hiertoe het jaar van afstuderen, de vorm van praktijkvoering en het lidmaatschap van de beroepsverenigingen van de drie groepen. Het jaar van afstuderen staat weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1.: Jaar van afstuderen van drie groepen.

jaar van afstuderen	landelijke groep (n=415)	respondenten (n=244)	video-groep (n=26)
vóór 1948	5%	3%	-
1948-1952	6%	4%	-
1953-1957	11%	9%	4%
1958-1962	12%	12%	12%
1963-1967	7%	7%	8%
1968-1972	22%	22%	30%
1973-1977	25%	36%	39%
1978-1982	12%	7%	8%

Uit deze tabel blijkt een duidelijke tendens: oudere artsen (langer dan 25 jaar afgestudeerd) reageren minder goed op een enquête en laten zich nauwelijks overhalen tot het maken van video-opnamen. Voor de artsen die de afgelopen vijf jaar zijn afgestudeerd geldt in minder sterke mate hetzelfde. De groep 5 tot 15 jaar afgestudeerd is daarentegen sterk oververtegenwoordigd bij de video-opnamen (zowel in vergelijking met de landelijke groep als met de respondenten hieruit).

In tabel 4.2 vergelijken we de percentages solisten, monodisciplinair samenwerkende, en multidisciplinair samenwerkenden⁵ uit alle drie groepen.

Tabel 4.2.: Praktijkvorm van de drie groepen.

	landelijke groep (n=415)	respondenten (n=244)	video-groep (n=26)
solist	60%	56%	35%
samenwerkend met andere artsen	35%	34%	27%
multidisciplinair samenwerkend	5%	10%	39%

Artsen uit gezondheidscentra hebben in grotere getale gerepondeerd dan solisten of artsen die met andere artsen samenwerken. Hierbij moet aantekend worden dat de respondenten de betiteling 'gezondheidscentrum met meerdere disciplines' ruimer hebben opgevat dan in de huisartsenregistratie van het NHI (waaruit de steekproef afkomstig is) is gedefinieerd. Vierentwintig respondenten geven namelijk aan binnen deze categorie te vallen, terwijl de steekproef slechts 21 als zodanig gedefinieerde gevallen bevat. We mogen echter gevoegelijk aannemen dat de respons van gezondheidscentra boven het gemiddelde ligt.

Deze vertekening heeft nog veel sterker plaatsgevonden, wanneer we letten op de praktijkvorm van de deelnemers aan het video-project: bijna 40% van de onderzoeksdeelnemers werkt in een gezondheidscentrum, tegenover 10% van de respondenten op de enquête en 5% van de landelijke steekproef. We zullen op de consequenties hiervan terugkomen.

Tenslotte kunnen we de drie groepen vergelijken op het kenmerk 'lidmaatschap van beroepsverenigingen'. Van de landelijke steekproef was het percentage LHV- en NHG-leden bekend, in de enquête is daar ook naar geïnformeerd.

Tabel 4.3.: Percentage van de drie groepen dat lid is van LHV respectievelijk NHG.

	landelijke steekproef	respondenten	video-groep
% lid LHV	94%	91%	88%
% lid NHG	42%	60%	88%

Is het percentage LHV'ers in alle drie de groepen ongeveer gelijk, bij de groep respondenten zijn NHG'ers oververtegenwoordigd en bij de video-groep zijn ze zelfs zeer sterk oververtegenwoordigd, wanneer we de landelijke steekproef als criterium nemen.

We kunnen daarom vaststellen dat de algemene enquête-resultaten (die we als ankerpunt voor de resultaten van de video-artsen willen gebruiken)

gebaseerd zijn op een vertekende groep, namelijk artsen die gemiddeld minder oud zijn, meer multidisciplinair samenwerken en meer NHG-lid zijn. De experimentele video-groep is echter in deze drie opzichten nog sterker vertekend. Of deze vertekening ook doorspeelt in de opinies en de gedragspatronen die men vermeldt, zal in de volgende paragraaf moeten blijken.

4.4. Resultaten van de enquête

In dezelfde volgorde als in paragraaf 4.2 de variabelen gepresenteerd zijn, zullen we nu de scores op deze variabelen behandelen. We hanteren hierbij de volgende procedure: eerst worden telkens de resultaten van de grote groep gepresenteerd. Deze worden gebruikt om de vragenlijstjes test-technisch te beoordelen. Eventueel slecht spreidende items worden verwijderd en de meest geschikte totaalscore wordt vastgesteld op grond van dit materiaal. Totaalscores van de video-groep worden vervolgens op dezelfde manier berekend.

4.4.1. De oriëntatie van de arts

Uit 4.2.1 zijn de volgende parameters naar voren gekomen, waarmee we de oriëntatie van de arts op ziekte en patiënten meten:

- beoordeelde invloed van psychosociale factoren;
- opvatting over het nemen van risico's;
- opvatting over 'samenwerken' met de patiënt ('autoritair').

Beoordeelde invloed van psychosociale factoren

De eerste parameter (beoordeelde invloed van psychosociale factoren) werd vastgesteld met behulp van een lijst met twaalf aandoeningen, waarvan de arts aangaf of psychosociale factoren er een grote invloed op hadden. De verdeling van de scores bij de landelijke groep is als volgt:
zie tabel 4.4

Alle items spreiden redelijk: op geen der uiteinden geen/weinig respectievelijk (zeer) veel invloed scoort meer dan 70% van de respondenten. Slechts op één item (adipositas) scoort één der uiteinden minder dan 10%. Aan zes van de twaalf aandoeningen wordt door meer dan de helft van de respondenten een grote invloed van psychosociale factoren tegekend. Over-

Tabel 4.4.: Invloed van psychosociale factoren bij twaalf klachten (respondenten uit de landelijke groep)

aandoening	niet veel				zeer veel
	geen invloed	weinig invloed	niet veel invloed	veel invloed	
hartinfarct	-	19%	29%	48%	5%
obstipatie	-	19%	32%	42%	7%
dysmenorrhoe	2%	21%	31%	41%	5%
hypertensie	-(1)	12%	28%	53%	6%
eczeem	-	11%	27%	53%	9%
hyperthyreoïdie	27%	31%	24%	16%	2%
adipositas	1%	6%	23%	53%	17%
rheumatoïde arthr.	27%	39%	24%	11%	-
colitis ulcerosa	2%	10%	19%	53%	16%
brachialgie	6%	26%	28%	34%	6%
tracheitis	37%	28%	24%	9%	2%
zwangerschapsbraken	2%	13%	23%	49%	13%

Tabel 4.5.: Invloed van psychosociale factoren bij twaalf klachten (videogroep)

	niet veel				zeer veel
	geen invloed	weinig invloed	niet veel invloed	veel invloed	
	-	-	9 (35%)	15 (58%)	2 (8%)
	-	3 (12%)	8 (31%)	13 (50%)	2 (8%)
	-	4 (15%)	8 (31%)	11 (42%)	3 (12%)
	-	1 (4%)	7 (27%)	11 (42%)	7 (27%)
	-	2 (8%)	4 (15%)	15 (58%)	5 (19%)
	4 (15%)	6 (23%)	8 (31%)	8 (31%)	-
	-	-	2 (8%)	14 (54%)	10 (39%)
	9 (35%)	6 (23%)	6 (23%)	4 (15%)	1 (4%)
	-	1 (4%)	4 (15%)	11 (42%)	10 (39%)
	2 (8%)	3 (12%)	8 (31%)	11 (42%)	2 (8%)
	8 (31%)	8 (31%)	7 (27%)	3 (12%)	-
	-	4	6	10	6

gewicht en colitis ulcerosa spannen in dit opzicht de kroon. Drie aandoeningen ziet meer dan de helft niet sterk beïnvloed door psychosociale factoren.

Bij factoranalyse blijken alle items op de eerste factor (ongeroteerd) te laden. De ladingen variëren van .58 tot .31. Deze factor verklaart 68% van de totale variantie.

Een betrouwbaarheidsanalyse is uitgevoerd om na te gaan hoe betrouwbaar de twaalf items meten. Crombach's alpha bedroeg .77. Vooralsnog zien we voldoende aanleiding om de twaalf items als één dimensionale test te beschouwen. We zullen daarom de score op de twaalf items te sommeren, waarbij de totaalscore kan variëren van twaalf (geen invloed van psychosociale factoren bij één der twaalf aandoeningen) tot 60 (zeer veel invloed van psychosociale factoren bij alle twaalf items).

In de toekomst zullen we nagaan in hoeverre op geavanceerder wijze indicatoren kunnen worden vastgesteld; dit zelfde geldt voor de andere maten die we in dit hoofdstuk zullen behandelen.

Letten we nu op de invloed die de artsen uit het video-project toekennen aan psychosociale aspecten bij klachten. Tabel 4.5 geeft de verdeling van de twaalf afzonderlijke items, en tabel 4.6 vergelijkt de totaalscores van de twee groepen.

Vergelijking van tabel 4.4 en 4.5 leert ons dat de artsen in het video-project op ieder item meer invloed aan psychosociale aspecten toekennen dan de artsen die reageren op de landelijke enquête.

De hiërarchie tussen de items (met 'adipositas' als meest en 'tracheitis' als minst psychosociaal beladen) is bij beide groepen vrijwel identiek.

Wanneer we in beide groepen de items zo rangorden bedraagt de rangorde correlatie tussen beide .95. De grote verschillen⁶ treffen we aan bij 'adipositas', 'colitis ulcerosa', 'hyperthyreoidie' en 'hypertensie'.

Drie van deze vier kunnen beschouwd worden als items die tot de meest psychosociale gerekend kunnen worden. De verschillen zijn klein voor 'tracheitis', 'zwangerschapsbraken' en 'rheumatische arthritis'. Behalve 'zwangerschapsbraken' zijn dit items die weinig psychosociaal beoordeeld zijn. Met andere woorden: de video-groep beoordeelt met name items waar bij men in het algemeen psychosociale factoren veel invloed toekent veel psychosocialer dan de landelijke groep. Het verschil tussen beide groepen blijkt ook uit de totaalscores.

Tabel 4.6.: Verdeling van de totaalscore 'invloed psychosociale factoren' bij de respondenten van de landelijke groep en bij de video-groep

totaalscore	landelijke groep	video-groep
12 - 17	-	-
18 - 23	-	-
24 - 29	19 (8%)	1 (4%)
30 - 35	61 (27%)	5 (19%)
36 - 41	88 (39%)	5 (19%)
42 - 47	48 (20%)	10 (39%)
48 - 53	10 (3%)	4 (15%)
54 - 60	3 (1%)	1 (4%)

De gemiddelden van beide groepen, respectievelijk 37.9 en 41.3, verschillen met een kans op toeval die kleiner is dan 5% ($t = 2.51$). Artsen die deelnemen aan het video-project kennen derhalve meer psychosociale aspecten aan klachten toe, dan anderen.

Het nemen van risico's

De mate waarin een huisarts zelf klachten wil afhandelen en daarbij (noodgedwongen) af en toe een risico moet nemen, is door ons beschouwd als één operationalisatie van 'huisartsgeneeskundige oriëntatie' als tegenpool van 'klinische oriëntatie'.

Zes items betreffende dit onderwerp werden in de enquête opgenomen. Tabel 4.7 laat de verdeling zien voor de landelijke groep.

De items voldoen allen aan de eisen dat niet meer dan 70% op één der uiteinden (1+2 of 4+5), en minstens 10% op beide uiteinden moet scoren. Ten behoeve van verdere bewerking is het tweede item omgepoold, zodat in alle gevallen een hoge score duidt op het accepteren van weinig risico en derhalve een indicatie vormt voor een klinische of niet-huisartsgeneeskundige oriëntatie. De unidimensionaliteit van de schaal is nagegaan met behulp van factoranalyse. Alle items laadden op de eerste factor (ongeroteerd) welke met een eigenwaarde van 2.32 89% van de variantie verklaarde.

Tabel 4.7.:

Tabel 4.8.:

Opvattingen over het nemen van risico's bij de respondenten op de landelijke enquête

Opvattingen over het nemen van risico's bij de huisartsen uit de videogroep

	richting	helemaal mee eens	meestal mee eens	deels mee eens	deels niet mee eens	helemaal niet mee eens
in twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten	geen - risico risico	16%	17%	47%	24%	6%
in zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan, dat veel klachten vanzelf overgaan	risico - geen risico	26%	43%	21%	8%	1%
een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen	geen - risico risico	11%	25%	35%	23%	5%
als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen	geen - risico risico	9%	26%	32%	30%	3%
als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden, dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan	geen - risico risico	14%	47%	17%	19%	3%
op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen	geen - risico risico	26%	32%	14%	22%	7%

helemaal mee eens	meestal mee eens	deels mee eens	deels niet mee eens	helemaal niet mee eens
-	2 (8%)	11 (42%)	10 (39%)	3 (12%)
14 (54%)	8 (31%)	1 (4%)	3 (12%)	-
3 (12%)	5 (19%)	6 (23%)	10 (39%)	2 (8%)
-	4 (15%)	8 (31%)	12 (46%)	2 (8%)
2 (8%)	16 (62%)	2 (8%)	6 (23%)	-
-	2 (8%)	8 (31%)	12 (46%)	4 (15%)

De betrouwbaarheidscoëfficiënt Crombach's alpha van de aldus verkregen schaal bedraagt .73. In de verdere bewerking wordt de somscore van deze schaal gebruikt (deze loopt van 6: veel risico tot 30: weinig risico).

In tabel 4.8 zien we de score van de video-groep op deze schaal. Wederom moeten we constateren dat de video-groep afwijkt van de landelijke groep: vijf van de zes items worden door eerstgenoemde meer 'huisartsgeneeskundig' gescoord dan door de laatsen. Alleen de mening dat men bij iedere klacht op ernstige ziekte bedacht moet zijn wordt door de artsen uit de video-groep stelliger verkondigd dan door hun collega's die niet aan het video-onderzoek deelnamen. Overigens is de rangorde van de zes items, berekend als bij de vorige schaal, voor de twee groepen precies dezelfde. De kleinste verschillen treffen we weer aan bij de twee items die als minst 'huisartsgeneeskundig' beoordeeld worden. De verschillen blijken uit de totaalscore.

Tabel 4.9.: Verdeling van de totaalscore 'opvatting over het nemen van risico's' bij de twee groepen.

totaalscore	landelijke groep	video-groep
6 - 8	2 (1%)	-
9 - 11	14 (6%)	1 (4%)
12 - 14	31 (13%)	10 (39%)
15 - 17	88 (37%)	8 (31%)
18 - 20	52 (22%)	6 (23%)
21 - 23	32 (13%)	1 (4%)
24 - 26	20 (8%)	-
27 - 29	1	-

De gemiddelden voor beide groepen bedragen respectievelijk 17.54 en 15.46, met standaardfouten van .26 respectievelijk .56. Deze gemiddelden verschillen significant van elkaar ($t = 3.39, \alpha < .001$); de video-groep houdt er wat het nemen van risico's betreft huisartsgeneeskundiger opvattingen op na dan een landelijke groep.

Tabel 4.10.: Tabel 4.11.:

Opvattingen over het 'samen- Opvattingen over het 'samen-
werken' met patiënten bij de werken' met patiënten bij
respondenten uit de lande- de videogroep
lijke steekproef

		helemaal mee eens	deels eens mee eens	niet volstrekt mee eens	helemaal mee eens	deels eens niet volstrekt mee eens
patiënten kunnen ten alle tijde van de huisarts eigen, dat ze volledig geïnformeerd worden over hun gezondheidssituatie	pat. - niet pat. gericht - gericht	22%	39%	23%	13%	3%
als een huisarts medicijnen voorschrijft dan dient hij altijd nauwkeurig en uitvoerig de werking ervan uit te leggen	pat. - niet pat. gericht - gericht	5%	31%	42%	21%	1%
er is niets op tegen als patiënten een beetje opzien tegen hun huisarts	niet pat. - pat. gericht - gericht	4%	41%	32%	21%	2%
als een patiënt met kanker vraagt wat er met hem aan de hand is, moet de huisarts meteen zo open en eerlijk mogelijk antwoord geven	pat. - niet pat. gericht - gericht	6%	17%	45%	30%	2%
een arts kan onmogelijk altijd open staan voor niet-medische hulpvragen	niet pat. - pat. gericht - gericht	22%	45%	17%	13%	2%
een huisarts dient zijn patiënten steeds op de hoogte te stellen van wat hij in een verwijsbriefje schrijft	pat. - niet pat. gericht - gericht	13%	39%	25%	20%	3%
een succesvolle behandeling hangt vaak meer af van het vertrouwen van de patiënt in de huisarts dan van een uitgebreide uitleg	niet pat. - pat. gericht - gericht	15%	41%	33%	10%	1%
er komen soms mensen op het spreekuur met klachten of problemen die je moeilijk au serieux kunt nemen	niet pat. - pat. gericht - gericht	9%	38%	18%	30%	5%
bij een aantal patiënten heeft het weinig zin om uitleg te geven, omdat ze deze toch niet begrijpen	niet pat. - pat. gericht - gericht	7%	29%	25%	36%	3%

Samenwerken met patiënten

Met deze laatste lijst willen we vaststellen in hoeverre de arts van mening is dat hij de patiënt zoveel mogelijk bij zijn handelen moet betrekken dan wel zich autoritair moet opstellen. Hiertoe zijn negen items samengesteld door Grol. De meningen van de respondenten van de landelijke enquête staan in tabel 4.10 weergegeven.

Wat betreft de spreiding voldoen weer alle items aan het door ons gestelde criterium. Evenals bij de risicolijst, was het nodig om een aantal items 'om te polen', zodat ze alle in dezelfde richting de aandacht van de arts voor de patiënteninbreng meten. Dit is weer zodanig gebeurd, dat een hoge score ('volstrekt mee eens') wijst op een weinig patiëntgerichte benadering. De unidimensionaliteit van deze schaal blijkt uit de factoranalyse: ladingen van .32 tot .56 op de eerste factor, welke een eigenwaarde van 1.91 heeft en 65% van de variantie verklaart.

De betrouwbaarheidscoëfficiënt bedraagt .68, en wordt niet hoger door één of meer items weg te laten, zodat we ook in dit geval werken met de somscore van de negen items. De score varieert van 9 (op alle items 'zeer patiënt gericht') tot 45 (op geen één item patiënt gericht).

De scores van de video-groep op de negen items zijn in tabel 4.11 weergegeven.

Ook hier geldt weer dat de huisartsen uit de video-groep 'huisartsgeneeskundiger' georiënteerd zijn, ze scoren op ieder item meer patiëntgericht dan de huisartsen die op de landelijke enquête reageerden. Wel is er ook hier een sterke samenhang wanneer we letten op de hiërarchie in de items: de rangorde correlatie bedraagt voor deze negen items .88. Er is hier echter geen sprake van grotere verschillen bij de meest huisartsgeneeskundig georiënteerde items, zoals we bij de 'invloed'- en 'risico'-schalen zagen.

Tabel 4.12 vergelijkt de totaalscore van beide groepen

Tabel 4.12.: Verdeling van de totaalscore opvatting over het 'samenwerken' met patiënten in twee groepen.

totaalscore	landelijke groep	video-groep
9 - 13	-	1 (4%)
14 - 18	6 (3%)	2 (8%)
19 - 23	41 (18%)	8 (31%)
24 - 28	81 (35%)	7 (27%)
29 - 33	85 (37%)	7 (27%)
34 - 38	13 (8%)	-
39 - 43	1	1 (4%)

Ook hier weer een verschil in gemiddelde: 27.5 respectievelijk 24.7 ($t = 2.30, \alpha < .05$).

Conclusie met betrekking tot oriëntatie

Op drie manieren is de oriëntatie van de huisarts vastgesteld bij de landelijke groep en de video-groep. De drie aspecten gaven een video-groep te zien die meer huisartsgeneeskundig georiënteerd was dan de landelijke groep: ze wilden langer afwachten of klachten niet vanzelf zouden overgaan en minder snel uit zekerheidsoverwegingen verwijzen. Ze namen patiënten serieuzer en vonden volledige informatie naar de patiënt toe belangrijk. De video-groep was ook sterker dan de landelijke groep van mening dat psychosociale aspecten een rol spelen bij klachten. Zo mogen we stellen dat de algemene oriëntatie van de video-groep psychosocialer en huisartsgeneeskundiger was dan de algemene oriëntatie van een meer gemiddelde groep Nederlandse artsen.

Kunnen we dit begrip oriëntatie, bestaande uit drie aspecten, ook herleiden tot één aspect? De drie aspecten vertonen onderling (gemeten bij de landelijke groep) enig verband: invloed correleert $-.19$ met relatie⁷ en $-.09$ met risico⁷; de twee laatste correleren $.15$. Deze samenhangen (die we bij de video-groep terugvinden) geven aan dat de drie aspecten iets met elkaar te maken hebben, maar rechtvaardigen het geenszins om ze

Tabel 4.13.: Opvattingen over de taak van de huisarts bij psychosociale problemen (landelijke groep).

ACTIVITEIT	MATE WAARIN DE ACTIVITEIT TOT DE TAAK VAN DE HUISARTS BEHOORT				
	volledig	groten- deels	enigs- zins	nauwe- lijks	absoluut niet
1. Adviseren bij opvoedings- moeilijkheden.	2%	21%	64%	12%	(1)
2. Begeleiding van ex-psy- chiatrische patiënten.	4%	47%	38%	9%	1%
3. Behandelen van angst voor ernstige ziekte (kanker, hartinfarct, etcetera).	41%	54%	3%	2%	-
4. Bespreken van relatiepro- blemen echtpaar.	5%	37%	48%	9%	1%
5. Behandelen van een lich- te vorm van straatvrees.	9%	41%	29%	20%	2%
6. Ontspanningstherapie bij spanningsklachten.	2%	25%	30%	34%	8%
7. Ingaan op maatschappelij- ke achtergronden van klachten.	31%	48%	18%	2%	1%
8. Bespreken van eenzaam- heidsproblemen.	19%	59%	20%	2%	(1)
9. Hulp bieden bij sexuele moeilijkheden.	10%	67%	20%	3%	-
10. Stervensbegeleiding van zowel de patiënt als diens gezin.	58%	40%	1%	-	(1)
11. Zorgen dat een gezin hulp in de huishouding krijgt.	11%	21%	38%	23%	6%
12. Hulp bieden bij versla- vingsproblematiek (alco- hol, drugs).	11%	21%	38%	25%	6%

tot elkaar te herleiden. We zullen daarom verder werken met deze drie operationalisaties.

4.4.2. Opvattingen en standaards met betrekking tot de behandeling van psychosociale klachten

Als opinies en standaards die medebepalen hoe een arts psychosociaal beoordeelde problematiek zal behandelen, zijn genoemd:

- taakopvatting met betrekking tot psychosociale klachten.
- de competentie die men zichzelf op dit gebied toeschrijft.

Taakopvatting

Twaalf handelingen werden aan de arts voorgelegd met de vraag of hij deze activiteiten tot zijn taak als huisarts rekende. De spreiding van de scores van de respondenten op de landelijke enquête staat in tabel 4.13 weergegeven.

Tijdens de constructie van de vragenlijst stuitte Grol reeds op het probleem van de slechte spreiding van een aantal items. In verband met het gecombineerde gebruik van de items voor een taakopvattingen- en competentie-vragenlijst is een aantal items indertijd toch gehandhaafd, hetgeen zich in bovenstaand resultaat wrekt. Ten behoeve van de taakopvattingsscore verwijderen we de items 3, 7, 8, 9 en 10: meer dan 70% scoort op de ene pool en minder dan 10% op de andere. Voor gecombineerd gebruik met de competentieschaal zullen we echter alle items opnieuw in beschouwing nemen.

Factoranalyse levert een eerste factor op die 69% variantie verklaart (eigenwaarde 2.22) waarop de zeven items laadden met factorladingen variërend van .27 tot .56. Het item 'zorgen voor hulp in de huishouding' staat wat los van de andere.

De items hebben een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .62. Vooralsnog berekenen we somscores over zeven items, waarbij 7 de minimumscore is (geen der activiteiten een taak van de huisarts) en 35 het maximum (alle activiteiten volledig een taak van de huisarts). Het verdient wellicht aanbeveling in de toekomst de mogelijkheid van een zes-itemschaal te onderzoeken.

De video-groep scoorde op de overgebleven items als volgt:

Tabel 4.14.: Opvattingen over de taak van de huisarts bij psychosociale problemen (video-groep).

ACTIVITEIT	MATE WAARIN DE ACTIVITEIT TOT DE TAAK VAN DE HUISARTS BEHOORT				
	volledig	grotendeels	enigszins	nauwelijks	absoluut niet
Adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden.	2 (8%)	1 (4%)	20 (77%)	3 (12%)	-
Begeleiding van ex-psychiatrische patiënten.	-	15 (58%)	10 (39%)	1 (4%)	-
Bespreken van relatieproblemen echtpaar.	-	9 (34%)	14 (54%)	3 (12%)	-
Behandelen van een lichte vorm van straatvrees.	-	8 (31%)	16 (62%)	1 (8%)	1 (4%)
Ontspanningstherapie bij spanningsklachten.	2 (8%)	1 (4%)	13 (50%)	8 (31%)	2 (8%)
Zorgen dat een patiënt hulp in de huishouding krijgt.	2 (8%)	7 (27%)	10 (39%)	4 (15%)	3 (12%)
Hulp bieden bij verslavingsproblematiek.	-	7 (27%)	12 (46%)	5 (19%)	2 (8%)

De huisartsen uit het video-onderzoek zien in een aantal opzichten minder taken voor de huisarts dan de artsen uit de landelijke groep. Adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden, behandeling van straatvrees en ontspanningstherapie vinden zij in mindere mate een taak voor de huisarts. Begeleiding van ex-psychiatrische patiënten geven ze wat meer aan als huisart-sentaak.

Zetten we de verdeling van de somscores van de twee groepen naast elkaar (tabel 4.15), dan zien we dat de verschillen in totaal genomen gering zijn.

Tabel 4.15.: Opvatting over de taak van de huisarts bij psychosociale problemen (vergelijking totaalscores).

totaalscore	landelijke groep	video-groep
7 - 9	-	-
10 - 12	1	1 (4%)
13 - 15	6 (3%)	-
16 - 18	25 (11%)	2 (8%)
19 - 21	76 (32%)	9 (34%)
22 - 24	76 (32%)	8 (31%)
25 - 27	42 (18%)	6 (23%)
28 - 30	12 (5%)	-

Beide groepen vertonen ongeveer dezelfde verdeling. De gemiddelden bedragen 22.03 voor de landelijke groep en 21.73 voor de video-groep, hetgeen te weinig is om daaraan de conclusie te verbinden dat de twee verdelingen uit verschillende populaties afkomstig zijn.

Competentie

Ten aanzien van dezelfde twaalf activiteiten is aan de artsen gevraagd hoe goed ze zich in staat voelden hun taak uit te voeren (zie tabel 4.16).

Dezelfde items die bij de taakopvattingsschaal aan ons spreidingscriterium voldeden, zijn ook bij deze lijst bruikbaar. Daaraan kan bovendien item 9, hulp bieden bij seksuele moeilijkheden, toegevoegd worden. De items 3, 7, 8 en 10 moeten ook bij de analyse van de ervaren competentie buiten beschouwing gelaten worden.

Grol hanteerde als argument om een aantal slecht spreidende items toch op te nemen, dat een item op de taakopvattingsschaal weliswaar zeer scheef verdeeld kan zijn, maar dat de relatie met het overeenkomstige competen-

tie-item opname in de definitieve lijst rechtvaardigde. Aangezien echter vrijwel dezelfde items op de competentielijst ook zeer scheef verdeeld zijn, blijkt ook een gecombineerde taakopvatting- en competentiescore voor deze vier items zo scheef te zijn dat we ze in dit onderzoek verder niet gebruiken.

De competentielijst bestaat uit de acht overgebleven items. Bij factoranalyse laden alle items, behalve 'zorg voor hulp in de huishouding' op de eerste factor (ladingen variëren van .45 tot .58). De eigenwaarde is 2.09, percentage verklaarde variantie 89%. Een betrouwbaarheidsanalyse levert een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .70 op. Deze coëfficiënt wordt iets gedrukt door item 11 (dat een item-totaal-correlatie van slechts .15 heeft); zonder item 11 bedraagt Crombach's alpha .73. Om de schaal zoveel mogelijk met de taakopvattingsschaal gelijk te houden, handhaven we voorlopig item 11, met dezelfde kanttekening als bij de taakopvatting.

We berekenen weer somscores, waarbij acht het minimum is (volstrekt niet competent op één der activiteiten) en 40 het maximum (zeer competent op alle activiteiten). Evenals Grol vermeldt, blijkt uit de resultaten van de landelijke groep dat de mate waarin een huisarts zich competent voelt tot het verrichten van een psychosociale activiteit samenhangt met de mate waarin hij die activiteit tot zijn taak rekent.

De laatste kolom in tabel 16 vermeldt per item de correlatie tussen taakopvatting en competentie. De somscores die we berekend hebben, laten een produkt-moment-correlatie zien van .60.

Tabel 4.16.: Ervaren competentie bij activiteiten op psychosociaal gebied.

ACTIVITEIT	MATE WAARIN DE HUISARTSEN ZICH IN STAAT VOELEN DE ACTIVITEIT UIT TE VOEREN					correlatie taak X competentie
	zeer goed	goed	enigs- zins	nauwe- lijks	totaal niet	
1. Adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden.	3%	25%	58%	14%	-	.37
2. Begeleiding van ex-psychiatrische patiënten.	4%	43%	40%	15%	-	.58
3. Behandelen van angst voor ernstige ziekte (kanker, hartinfarct etcetera).	12%	68%	17%	2%	12%	.36
4. Bespreken van relatieproblemen echtpaar.	2%	37%	47%	13%	1%	.71
5. Behandelen van een lichte vorm van straatvrees.	3%	29%	39%	23%	6%	.71
6. Ontspanningstherapie bij spanningsklachten.	1%	16%	30%	37%	15%	.68
7. Ingaan op maatschappelijke achtergronden van klachten.	11%	63%	21%	4%	1%	.54
8. Bespreken van eenzaamheidsproblemen.	8%	60%	27%	5%	-	.49
9. Hulp bieden bij seksuele moeilijkheden.	4%	43%	42%	11%	1%	.49
10. Stervensbegeleiding van zowel de patiënt als diens gezin.	19%	66%	13%	2%	-	.42
11. Zorgen dat een gezin hulp in de huishouding krijgt.	18%	52%	15%	9%	5%	.42
12. Hulp bieden bij verslavingsproblematiek (alcohol, drugs).	2%	9%	40%	34%	15%	.65

De video-artsen scoorden als volgt op de acht competentie-items:

Tabel 4.17.: Ervaren competentie bij activiteiten op psychosociaal gebied (videogroep).

ACTIVITEIT	MATE WAARIN DE HUISARTSEN ZICH IN STAAT VOELEN DE ACTIVITEIT UIT TE VOEREN				
	zeer goed	goed	enigs- zins	nauwe- lijks	totaal niet
Adviseren bij opvoedings- problemen.	1 (4%)	7 (27%)	15 (58%)	3 (12%)	-
Begeleiden van ex-psychi- atrische patiënten.	-	11 (42%)	13 (50%)	2 (8%)	-
Bespreken van relatiepro- blemen echtpaar.	1 (4%)	10 (39%)	12 (46%)	3 (12%)	-
Behandelen van een lichte vorm van straatvrees.	-	4 (15%)	16 (62%)	4 (15%)	2 (8%)
Ontspanningstherapie bij spanningsklachten.	2 (8%)	4 (15%)	8 (31%)	9 (35%)	3 (12%)
Hulp bieden bij sexuele Moeilijkheden.	1 (4%)	10 (39%)	13 (50%)	2 (8%)	-
Zorgen dat een gezin hulp in de huishouding krijgt.	6 (23%)	15 (58%)	1 (4%)	-	4 (15%)
Hulp bieden bij versla- vingsproblemen.	1 (4%)	3 (12%)	12 (46%)	6 (23%)	4 (15%)

Ook in dit opzicht verschilt de video-groep niet erg van de landelijke groep, hetgeen niet verwonderlijk is: taakopvatting en ervaren competentie correleren per item hoog (variërend van .36 tot .71 bij de landelijke groep). De totaalscores ontlopen elkaar ook in dit opzicht niet veel: de gemiddelden bedragen 24.8 en 25.3 (zie tabel 4.18).

Tabel 4.18.: Ervaren competentie: landelijke groep en video-groep.

totaalscore	landelijke groep	video-groep
8 - 10	1	-
12 - 15	1	1 (4%)
15 - 19	12 (5%)	1 (4%)
20 - 23	73 (31%)	7 (27%)
24 - 27	97 (41%)	9 (35%)
28 - 31	39 (17%)	6 (23%)
32 - 35	9 (4%)	2 (8%)
36 - 40	2 (1%)	-

4.4.3. Arts- en praktijkenmerken.

In deze paragraaf behandelen we de spreiding van een aantal arts- en praktijkenmerken, welke de mogelijkheden van een arts vergroten om klachten in een psychosociaal kader te beoordelen en te behandelen. Het betreft:

- mate van samenwerking
- psychosociale nascholing
- praktijkgrootte en soort
- beschikbare tijd.

We brengen de lezer in herinnering dat enige andere kenmerken reeds ter sprake zijn gekomen bij de vergelijking van video-artsen, respondenten en de groep waaruit de respondenten voortkwamen.

Aangezien bij de mate van samenwerking en de psychosociale nascholing gestreefd is naar enige samenvattende maten op basis van de gegevens van de landelijke groepen, behandelen we eerst deze groep en passen vervolgens

deze bewerkingen toe op de video-groep.

Samenwerken

Samenwerking is op drie manieren geoperationaliseerd in de enquête. Over de praktijkvorm, die de meest gestructureerde vorm van samenwerken, de multidisciplinaire praktijkorganisatie, kan aangeven, is reeds in paragraaf 4.3 gerapporteerd.

Over de twee andere uitwerkingen, overlegrountines en verwijsrountines, rapporteren we hier.

Voor zeven disciplines informeerden we naar de frequentie dat men regelmatig overleg heeft. De verdeling was als volgt:

Tabel 4.19.: Overlegfrequentie landelijke groep.

discipline	1 x per week of meer	1 x per maand of meer	minder dan 1 x per maand
wijkverpleegkundige	31%	54%	16%
maatschappelijk werker	15%	55%	30%
fysiotherapeut	39%	42%	19%
pastor	2%	20%	77%
psycholoog	5%	19%	76%
psychiater	4%	25%	71%
SPV'er	1%	24%	75%

De eerstelijnsdisciplines springen er duidelijk uit, hoewel het opvallend mag worden genoemd dat 30% van de ondervraagde artsen aangeeft minder dan één maal in de maand overleg met het maatschappelijk werk te hebben.

Er zit overigens een duidelijk verband tussen de diverse scores: met name de mate van overleg met wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie en in iets minder mate met SPV hangt onderling samen.

Wanneer we overleg met de pastor weglaten, laden alle items bij factoranalyse (ongeroteerd) op de eerste factor, met ladingen variërend van .35 tot .63. Deze eerste factor verklaart 74% van de variantie (eigenwaarde =

1.67).

Wanneer we de overleg-items sommeren dan bedraagt Crombach's alpha .66, waarbij het overleg met de pastor weer de zwakste schakel is.

Op grond hiervan creëren we één overlegmaat, namelijk de somscore van alle overleg-items behalve het overleg met de pastor. Overweging hierbij is dat juist de items die niet uitsluitend psychosociaal van inhoud zijn (overleg met wijkverpleging en fysiotherapie) duidelijk samenhangen met het geheel. Psycholoog, psychiater en SPV'ers komen weliswaar relatief weinig voor, maar gezien het bijzondere (psychosociale) karakter van deze overlegvormen, handhaven we ze toch bij het berekenen van de totaalscore.

De overlegfrequentie⁸ van de video-groep was als volgt:

Tabel 4.20.: Overlegfrequentie van de video-groep.

discipline	1 x per week of meer	1 x per maand of meer	minder dan 1 x per maand
wijkverpleegkundige	13 (50%)	9 (36%)	3 (12%)
maatschappelijk werker	12 (48%)	6 (24%)	7 (28%)
fysiotherapeut	10 (40%)	10 (40%)	5 (20%)
psycholoog	2 (8%)	4 (17%)	18 (75%)
psychiater	-	5 (20%)	20 (80%)
SPV'er	-	6 (23%)	19 (76%)

Vergelijking van tabel 4.19 en 4.20 laat zien dat het percentage artsen met infrequent overleg in beide groepen vrijwel identiek is. Het frequente overleg met wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker komt in de video-groep beduidend meer voor. Een uitkomst waar de oververtegenwoordiging van gezondheidscentra debet aan is. De overleggewoonten met overige psychosociale hulpverleners zijn echter niet intensiever dan in de landelijke groep het geval is.

In tabel 4.21 geven we de gerapporteerde verwijsfrequenties naar maatschappelijk werk en AGGZ weer.

Tabel 4.21.: Gerapporteerd aantal verwijzingen per jaar naar diverse instanties (landelijke groep).

	20 of meer/jaar	6-20/jaar	1-5/jaar	nooit
maatschappelijk werk	15%	51%	31%	4%
MOB/LGV/SPD	11%	44%	41%	4%
CAD	-	11%	62%	27%
IMP	1%	10%	51%	38%
overige instellingen voor AGGZ	1%	8%	47%	44%
psycholoog	3%	11%	45%	40%
psychiater	5%	32%	46%	18%

Het merendeel van de patiënten die men verwijst komt terecht bij maatschappelijk werk, een MOB, LGV, SPD of een psychiater.

Het is niet zo dat er sprake is van een algemene verwijsneiging: de arts die zegt veel naar maatschappelijk werk te verwijzen, verwijst niet automatisch ook veel naar een MOB. We zullen dus de diverse verwijsmogelijkheden apart behandelen, waarbij we ons echter beperken tot genoemde drie veel voorkomende mogelijkheden. De verwijscijfers hiernaar van de video-artsen liggen als volgt:

Tabel 4.22.: Gerapporteerd aantal verwijzingen per jaar van de video-groep.

	20 of meer/jaar	6-20/jaar	1-5/jaar	nooit
maatschappelijk werk	10 (40%)	10 (40%)	5 (20%)	-
MOB/LGV/SPD	3 (12%)	13 (51%)	9 (36%)	-
psychiater	1 (4%)	2 (8%)	12 (50%)	9 (38%)

De video-groep verwijst meer naar maatschappelijk werk, ongeveer even vaak naar de RIAGG-instellingen, en minder naar de psychiater dan de landelijke groep

In zijn totaliteit kunnen we over samenwerking constateren dat dit in de video-groep in tenminste één opzicht meer gebeurt dan landelijk: men zit meer in gezondheidscentra, heeft derhalve meer overleg met de kerndisciplines in de eerstelijns en verwijst meer naar maatschappelijk werk. Wanneer we letten op ander overleg en verwijspatronen met de tweede lijn, dan wijken de video-artsen nauwelijks af van de landelijke groep, behalve dat men veel minder contacten met psychiaters aangeeft.

Nascholing

Huisartsen plegen in het algemeen vrij intensief hun vak bij te houden: door literatuur, door specialistenpraatjes in ziekenhuizen, door groepsgewijze bijeenkomsten of massale hoorcolleges; een aantal nascholingsmogelijkheden zijn expliciet op het behandelen van psychosociale problemen gericht, dan wel op aspecten van de arts-patiënt-relatie die juist bij psychosociale klachten van doorslaggevend belang zijn.

Balint-groepen bestaan vaak jarenlang en zijn gericht op het hanteren van de arts-patiënt-relatie. Men komt tweewekelijks of maandelijks bijeen.

Cursussen gespreksvoering - waaronder de bekende Patiënt-Arts-Communicatie van Hofmann-La Roche 1 en Methodisch werken - zijn gericht op het gedrag van de arts in zijn algemeenheid, maar wel met als vrij uitgesproken bedoeling dat niet-somatische aspecten ook aan bod kunnen komen, en adequaat afgehandeld worden. Cursussen crisis- en stervensbegeleiding en helpen bij seksuele moeilijkheden zijn inhoudelijk op psychosociale problematiek gericht.

In Warffum-cursussen worden thema's integraal - inclusief de psychosociale aspecten - behandeld; als zodanig kan daar een substantieel deel aan psychosociale nascholing besteed worden.

Naast deze vormen van bij- en nascholing, waarnaar expliciet geïnformeerd is, zijn er nog tal van andere mogelijkheden, waardoor een arts leemten in zijn psychosociaal functioneren kan opvullen: binnen toetsingsgroepen, door zich op het gebied van de psychiatrie en psychomatiek te richten, door intervisie binnen gezondheidscentra, etcetera. In de praktijk blijken deze mogelijkheden ieder op zich incidenteel bovendien vaak minder tijdsintensief dan de eerder genoemde. Ze zijn samengevat onder de categorie: 'overigen'.

Hoe vaak worden diverse nascholingsactiviteiten door de ondervraagde huisartsen ondernomen? De volgende tabel geeft een overzicht.

Tabel 4.23.: Percentage artsen uit de landelijke groep dat diverse nascholingsmogelijkheden de afgelopen vijf jaar benut heeft.

Balintgroepen	8%		
Warffumcursussen, waarin psychosociale onderdelen aan de orde komen	30%		
cursus gespreksvoering	28%		
Methodisch Werken	15%		
crisis- en stervensbegeleiding	6%		
helpen bij sexuele moeilijkheden	21%	totaal	51%
overigen	47%	uitsluitend overigen	16%
geen nascholing op psychosociaal gebied			33%

De animo voor nascholingsmogelijkheden op psychosociaal gebied is zeker niet gering. We kunnen de in de eerste kolom genoemde percentages echter niet zomaar bij elkaar optellen. Alleen de gespecificeerde mogelijkheden zijn al vaker genoemd dan er enquêtes geretourneerd zijn. Ze komen echter voor rekening van 51% van de artsen die deze vragen beantwoord hebben; 16% van dezen heeft geen van de gespecificeerde mogelijkheden positief beantwoord, maar wel overige vormen van psychosociale nascholing opgegeven. Een derde van de respondenten heeft zodoende op dit gebied de afgelopen vijf jaar geen activiteiten ondernomen.

Deze cijfers liggen voor de video-groep als volgt:

Tabel 4.24.: Percentage artsen uit de video-groep dat diverse nascholingsmogelijkheden de afgelopen vijf jaar benut heeft.

Balint-groepen	9 (35%)		
Warffum-cursussen, waarin psychosociale onderdelen aan de orde komen	13 (50%)		
cursus gespreksvoering	14 (54%)		
Methodisch werken	7 (27%)		
crisis- en stervensbegeleiding	3 (12%)		
helpen bij sexuele moeilijkheden	10 (39%)	totaal	23 (92%)
overigen	15 (58%)	uitsluitend overigen	2 (8%)
geen nascholing op psychosociaal gebied			1 (4%)

De artsen uit de video-groep hebben de afgelopen vijf jaar aan hun psychosociale nascholing duidelijk meer aandacht besteed dan landelijk gebruikelijk lijkt. Dit gaat zover dat we kunnen stellen dat in het video-experiment weinig verklarende waarde van deze variabelen verwacht kan worden, omdat de variantie te gering is. We komen hier nog op terug.

4.4.4. Beschikbare tijd.

Een andere factor die bepaalt welke mogelijkheden een arts tot zijn beschikking heeft bij de behandeling van psychosociale klachten, is de hoeveelheid tijd die hij tot zijn beschikking heeft. Tabel 4.25 geeft de door de artsen gerapporteerde tijd aan, die zij gemiddeld voor een patiënt op het spreekuur uittrokken. Evenals de andere behandelde maten geeft dit niet meer aan dan een algemene predispositie: de arts die tien minuten voor een patiënt op het spreekuur uittrekt als routine, geeft daarmee aan meer waarde aan tijd te hechten dan een arts die vijf minuten per patiënt uittrekt. Het zegt nog niets over de tijd die een arts in een concreet geval aan de patiënt besteedt, evenmin als de competentie-

score iets zegt over het gevoel van de arts in een concreet geval van bijvoorbeeld relatieproblemen.

Tabel 4.25.: Consultduur van landelijke groep en video-groep.

hoeveelheid tijd per patiënt	landelijke groep	video-groep
5 minuten of minder	5 (2%)	-
6 - 9 minuten	75 (31%)	8 (31%)
10 minuten	113 (46%)	12 (46%)
11 - 14 minuten	21 (8%)	4 (15%)
15 minuten of langer	26 (10%)	2 (8%)

Ook voor deze factor geldt dat de video-groep niet echt afwijkt van de landelijke groep. In dit opzicht is dit bijzonder verheugend, omdat het iets zegt over de generaliseerbaarheid van de opgenomen consulten. Met betrekking tot consult-duur hebben we nu reden om aan te nemen dat ze representatief zijn voor de anno 1982 gangbare consulten in Nederland. Wanneer gebleken was dat we consulten hadden opgenomen bij artsen die in het algemeen meer tijd aan patiënten besteden, hadden we vraagtekens moeten zetten bij tal van resultaten die verband houden met de arts-patiënt-communicatie. De beschikbare tijd hangt namelijk rechtstreeks samen met wat zich afspeelt in het consult.

4.4.5. Praktijkgrootte.

Als laatste achtergrondkenmerk bezien we de opgegeven praktijkgrootte van de twee groepen.

Tabel 4.26.: Praktijkgrootte van de twee groepen.

praktijkgrootte	landelijke groep	video-groep
< 2.000 patiënten	25%	12 (46%)
> 2.000 patiënten	75%	14 (54%)

Ook in dit achtergrondkenmerk verschilt de video-groep van de landelijke groep: meer kleine praktijken.

4.4.6. Achtergrondkenmerken in hun totaal bezien.

Een aantal achtergrondkenmerken is in beschouwing genomen. In een aantal opzichten week de video-groep af van de landelijke groep: ze zijn jonger, werken vaker in gezondheidscentra, en hebben kleinere praktijken; ze hebben meer overleg met wijkverpleging en maatschappelijk werk en verwijzen meer naar de laatste instantie. Ze doen meer aan nascholing op het gebied van psychosociale klachten.

Op zich staan deze zaken niet los van elkaar.

Binnen de landelijke groep kunnen we stellen dat het aantal jaren dat men arts is, samenwerkingsvorm en aantal patiënten met elkaar in verband staan: artsen in gezondheidscentra hebben kleinere praktijken dan geassocieerden en van de laatsten is de gemiddelde praktijkgrootte weer kleiner dan van solisten; oudere artsen zijn vaker solist (en hebben een grotere praktijk) dan jongere artsen.

Het werken in een gezondheidscentrum brengt meer overleg, meer verwijzingen naar maatschappelijk werk en minder verwijzingen naar psychiaters met zich mee.

In hoeverre de vertekening in de video-groep wat de praktijkvorm betreft (38% in gezondheidscentra) doorspeelt in andere achtergrondkenmerken, laat tabel 4.27 zien. Met name leeftijdsverschil en verschil in mate van overleg, blijken voor een belangrijk deel weg te vallen, wanneer we ons concentreren op artsen binnen één praktijkvorm. Verschillen in verwijzingen naar maatschappelijk werk komen voornamelijk op rekening van de artsen in gezondheidscentra binnen de video-groep, welke veel meer verwijzingen rapporteren dan hun collega's - gezondheidscentrumartsen in de landelijke groep.

Verskil in nascholingsgraad, NHG-lidmaatschap en praktijkgrootte treedt over de hele linie op.

Tabel 4.27.: Achtergrondkenmerken van artsen, uitgesplitst naar praktijk-
vorm: landelijke groep en video-artsen

	solohuisartsen		geassocieerden		huisartsen werkzaam in gez. centra	
	landelijk	video	landelijk	video	landelijk	video
<u>jaar van afstuderen</u>						
- '52	8%	-	6%	-	8%	-
'53 - '57	10%	1 (11%)	8%	-	-	-
'58 - '62	13%	-	12%	2 (29%)	8%	1 (10%)
'63 - '67	8%	2 (22%)	7%	-	-	-
'68 - '72	20%	3 (33%)	22%	2 (29%)	29%	3 (30%)
'73 - '77	34%	2 (22%)	35%	3 (43%)	50%	5 (50%)
'78 - '82	7	1 (11%)	10%	-	4%	1 (10%)
<u>overlegfreq. (somscore)</u>						
6 - 8	27%	5 (56%)	27%	2 (29%)	-	1 (13%)
9 - 11	47%	2 (22%)	55%	2 (29%)	45%	3 (38%)
12 - 14	22%	1 (11%)	14%	3 (43%)	45%	4 (50%)
15 - 18	4%	1 (11%)	4%	-	10%	-
<u>verwijzen m.w.</u>						
niet	6%	-	3%	-	-	-
1 - 5	34%	3 (33%)	32%	2 (29%)	4%	-
6 - 20	44%	6 (67%)	58%	4 (57%)	67%	-
20	16%	-	8%	1 (14%)	29%	9 (100%)
<u>verwijzen RIAGG</u>						
niet	3%	-	4%	-	4%	-
1 - 5	41%	1 (11%)	42%	4 (57%)	42%	4 (44%)
6 - 20	44%	7 (78%)	46%	3 (43%)	38%	3 (33%)
20	12%	1 (11%)	9%	-	17%	2 (22%)
<u>verwijzen naar psychiater</u>						
nooit	17%	5 (63%)	15%	1 (14%)	32%	3 (33%)
1 - 5	41%	3 (38%)	54%	4 (57%)	55%	5 (56%)
6 - 20	7%	-	31%	2 (29%)	14%	-
20	7%	-	1%	-	-	1 (11%)
<u>ps.nascholing</u>						
gespecifi- ceerde vorm	46%	8 (89%)	66%	7 (100%)	50%	8 (80%)
overigen	12%	1 (11%)	13%	-	25%	1 (10%)
niet	39%	-	21%	-	25%	1 (10%)
<u>praktijk- grootte</u>						
< 2000 pt.	22%	1 (11%)	29%	3 (43%)	29%	8 (80%)
> 2000 pt.	78%	8 (89%)	71%	4 (57%)	71%	2 (20%)
<u>NHG-lid</u>						
ja	57%	8 (89%)	66%	6 (86%)	58%	9 (90%)
nee	43%	1 (11%)	34%	1 (14%)	42%	1 (10%)

4.5. Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk zijn opvattingen, standaards en kenmerken van artsen aan de orde gekomen, die een verklaring kunnen bieden voor de in hoofdstuk 3 gevonden artsenverschillen. Op grond van de in dit hoofdstuk uitgevoerde exercities kunnen we nu wat meer zeggen over bruikbaarheid van deze kenmerken. We baseren ons daartoe op de gevonden spreiding bij de video-artsen en op de mate waarin de video-artsen er meningen, praktijkroutines of -kenmerken op nahouden, die representatief zijn voor grotere groepen.

De algemene oriëntatie van de video-artsen vertoont voldoende spreiding op alle drie de schalen (deze is zeker niet minder dan die van de landelijke groep). Problematischer is dat de video-artsen als groep consequent psychosocialer/huisartsgeneeskundiger scoren dan de landelijke groep; dit komt in onze resultaten zelfs nog enigszins verhuld naar voren. We zagen namelijk in paragraaf 4.4.6 dat oudere artsen en solisten binnen de respondenten uit de landelijke groep meer klinisch georiënteerd waren; op deze beide kenmerken zijn de respondenten echter enigszins ondervertegenwoordigd ten opzichte van de oorspronkelijk aangeschreven steekproef. Met deze laatste groep zullen de verschillen dus nog iets groter zijn. We zullen hiermee bij onze toekomstige analyses rekening moeten houden.

De kenmerken van de video-artsen die iets zeggen over hun mogelijkheden om psychosociaal beoordeelde klachten te behandelen, stemmen naar spreiding én naar gemiddelde overeen met de respondenten uit de landelijke groep. Gegeven het feit dat deze kenmerken zich vrijwel onafhankelijk tonen van andere artsenkenmerken, mogen we concluderen dat in de video-groep alle in dit opzicht gangbare meningen in voldoende mate vertegenwoordigd zijn.

Met betrekking tot de gemeten achtergrondkenmerken bleek dat het aanbeveling verdient gedegen controle uit te oefenen op de wijze waarop de arts praktizeert en op het aantal patiënten dat hij heeft. Voorts is de variabele 'gevolgde nascholing' als totaalscore vrij zinloos als verklaring, omdat deelnemers aan het video-project zich in dit opzicht zo verdienstelijk hebben gemaakt dat ze onderling geen variatie meer vertonen.

De diverse gebruikte schalen, waaruit tot dusver op vrij primitieve wijze indices werden afgeleid (te weten somscores) zullen nader onderzocht worden, teneinde na te gaan of geavanceerder indices mogelijk zijn. Het gebruik van somscores is weliswaar toelaatbaar op grond van de testuitkomsten, maar leidt tot minder fraai gespreide testscores dan wellicht mogelijk is.

Vervolgens zullen we de relaties tussen de diverse opvattingen, standards en kenmerken nader onderzoeken. Dit alles, met het toetsen van de in hoofdstuk 1 geformuleerde hypothesen als uiteindelijk doel, teneinde uit artseigenschappen verklaringen af te leiden voor het verschil tussen artsen in functioneren.

5. VERWACHTINGEN VAN PATIENTEN EN ARTSEN TEN OPZICHTE VAN ELKAAR

5.1. Inleiding

De tweede onderzoeksvraag betreft het verband tussen artseigenschappen en verwachtingen van de patiënt en arts. Als hypothesen hierover hebben we geformuleerd:

- Naarmate de arts een meer huisartsgeneeskundige oriëntatie heeft, zullen patiënten hem meer beoordelen als openstaand voor persoonlijke problemen (H10) en zal hij patiënten minder afhankelijk vinden (H11).
- Patiënten die vinden dat de huisarts openstaat voor hem als persoon, zullen de arts een bredere functiebreedte toekennen (H9).

We achten deze verbanden relevant, omdat we vermoeden dat patiënten die de arts een bredere functiebreedte toekennen, ook meer klachten in een psychosociaal kader zullen presenteren; maar ook klachten van afhankelijk beoordeelde patiënten zullen eerder psychosociaal beoordeeld worden.

De verwachtingen van de arts hebben betrekking op wat we in eerder onderzoek 'etikettering' hebben genoemd (Sanavro, 1982). Artsen hebben van sommige patiënten een 'oordeel-van-tevoren', dat de klacht strikt medisch genomen wel niet zo ernstig zal zijn. Wanneer men van patiënten in het algemeen dit idee heeft, blijkt dat ook in ieder consult terug te komen. Vandaar dat we vastleggen in hoeverre de arts van een patiënt vindt dat deze 'somatiseert', 'zelfstandig is', en dergelijke.

We zullen in dit hoofdstuk beschrijven hoe we deze patiëntverwachtingen, functiebreedte van de arts en beoordeelde openheid van de arts, alsmede het artsenoordeel over de patiënt hebben gemeten, en hoe de resultaten zijn gespreid over artsen en patiënten.

5.2. Functiebreedte

De patiënt heeft een bepaald idee van het soort problemen dat hij aan de arts voor kan leggen: de verwachte functiebreedte, zoals Winkler Prins (1966) dit noemde. Dit begrip staat voor de taken op niet-medisch gebied welke de patiënt aan de arts toekent. Winkler Prins vond dat men op het platteland in dit opzicht meer van de huisarts verwachtte dan in de stad. Crebolder (1977) onderzocht de functiebreedte in een uitgebreidere context. Hij ging na welke taken de patiënten van een toekomstig gezondheidscentrum toedachten aan huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, priesters, assistentes en andere. De meeste taken - alle met betrekking tot onderwerpen die het puur-somatische te boven gaan - werden toebedeeld aan huisarts of maatschappelijk werker.

5.2.1. Het meetinstrument

In beide gevallen werd de gepercipieerde functiebreedte gemeten door de patiënten een aantal items voor te leggen die betrekking hadden op strikt medische zaken (zie bijlage 3).

De patiënt geeft per item aan of dit een taak voor de huisarts is of niet (Winkler Prins), dan wel of dit een taak voor de huisarts, de verpleegkundige, de maatschappelijk werker, etcetera is (Crebolder). Qua inhoud werd in beide onderzoeken naar dezelfde taken gevraagd. In een pilotstudie werd de vragenlijst van Crebolder aan 80 patiënten van vier huisartsen voorgelegd: één plattelandspraktijk, stadspraktijk, en één praktijk in een forensengemeente. Op grond van de resultaten werden vijf items geschrapt, omdat meer dan 85% van de respondenten in één categorie scoorde ('daarmee ga je naar de huisarts' dan wel 'daarmee ga je naar een andere hulpverlener')⁹. Tevens gaf deze try-out aanleiding tot omzetten van de drie oorspronkelijke antwoord-categorieën: 'daarmee ga je naar de huisarts', 'daarmee kun je het beste naar een andere hulpverlener', 'daarmee hoef je niet naar een hulpverlener' in twee: 'daarmee ga je naar de huisarts' en 'daarmee ga je niet naar de huisarts'.

In ons onderzoek vulde de patiënt, op wie de eerste klacht betrekkinghad, na afloop van het consult (met video-opname) deze vragenlijst in. (Uitzondering: kleine kinderen, bij wie een ander als voorvoerder optrad).

5.2.2. Resultaten

De verdeling van de antwoorden op de vragenlijst 'verwachte functie-breedte' staat in tabel 5.1 weergegeven:

Tabel 5.1.: Verdeling van de antwoorden met betrekking tot 'functie-breedte' over de zeven items.

	daarmee ga je naar de huisarts	daarmee ga je niet naar de huisarts
Iemand heeft problemen met de opvoeding van een negenjarige jongen. Wie kan daar goed advies over geven ?	46%	54%
In een drie jaar oud huwelijk zijn ernstige moeilijkheden ontstaan. Tot wie kunnen deze mensen zich het beste wenden ?	43%	57%
Een bejaard echtpaar zou eigenlijk beter naar een bejaardenhuis kunnen gaan. Wie kan hen daarbij helpen ?	81%	19%
Iemand voelt zich erg eenzaam. Bij wie kan hij hiermee terecht ?	36%	64%
Een vrouw met vijf jonge kinderen is overspannen en heeft hulp in de huishouding nodig. Naar wie kan zij het beste gaan ?	78%	22%
Wie zal een patiënt het beste steun kunnen geven gedurende de laatste weken van zijn leven ?	69%	31%
Wie komt er het meest in aanmerking om kinderen sexuele voorlichting te geven wanneer de ouders daar tegen opzien?	59%	41%

In een poging om na te gaan of deze items alle eenzelfde dimensie maten, is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De items correleren onderling gematigd positief, en Crombach's alpha bedroeg .62. Op grond hiervan is besloten de scores te sommeren: de somscore 'functiebreedte' is gelijk aan het aantal items waarvan de respondent vindt dat hij ermee naar de huisarts zou gaan. Maximaal bedraagt deze somscore 7, minimaal 0. De verdeling over de somscore is als volgt:

Tabel 5.2.: Verdeling van de somscore over de respondenten

	N:	%:
geén terrein voor de huisarts:	20	(2%)
1 " " "	57	(5%)
2 " " "	129	(11%)
3 " " "	255	(22%)
4 " " "	233	(20%)
5 " " "	173	(15%)
6 " " "	117	(10%)
7 " " "	166	(14%)

In tegenstelling tot Winkler Prins' bevinding, is er een lichte neiging van patiënten uit grote steden om aan hun arts meer functies toe te kennen dan patiënten uit kleine steden, forensengemeenten of platteland (43% versus 36% van de respondenten kent vijf of meer terreinen aan de huisarts toe). We moeten hierbij aantekenen dat de patiënten van een beperkt aantal artsen (grote stad: 12, rest: 13) afkomstig is, zodat wellicht de artsenfactor hier mede in het spel is.

De regio (zuid, west of midden) maakt geen verschil, evenmin als het percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk.

Vrouwen kennen meer functies aan de arts toe dan mannen (42% van de vrouwen vindt de arts geschikt voor vijf of meer terreinen tegenover 37% van de mannen) en oudere patiënten meer dan jongeren (49% van de 50⁺-ers kent vijf of meer terreinen aan de arts toe tegenover 36% van de groep 20-50-jarigen).

Letten we nu op de verdeling van verwachte functiebreedte over de 25 artsen:

Tabel 5.3.: Gemiddeld aantal terreinen waarvoor men de huisarts zou raadplegen: per arts

1: 4.26	6: 4.14	11: 4.09	16: 3.76	21: 4.33
2: 3.95	7: 4.64	12: 4.65	17: 4.38	22: 3.90
3: 3.98	8: 4.36	13: 4.00	18: 3.50	23: 3.96
4: 4.31	9: 4.20	14: 4.04	19: 4.29	24: 4.54
5: 3.83	10: 3.47	15: 4.56	20: 3.83	25: 3.91

Aangezien het gemiddelden per arts betreft, liggen de scores vrij dicht bij elkaar. Daar het bovendien om een score gaat die behalve door de persoon van de arts ook door andere factoren sterk bepaald kan worden, kunnen we in dit opzicht - en ook verderop in dit hoofdstuk - niet dezelfde verschillen tussen artsen verwachten, die we in de hoofdstukken 3 en 4 aantreffen. Bij een variantie-analyse bleek dan ook de verhouding tussen variantie binnen de groepen en variantie tussen de groepen slechts 1:1.51 te bedragen, te weinig om op .05 niveau significant te noemen. De effecten van leeftijd en geslacht waren daarentegen wel significant. Voor een deel veroorzaakten deze ook de verschillen tussen artsen voor zover die nog naar voren komen.

5.3. Beoordeelde openheid van de arts

Wanneer patiënten hun arts beoordelen zijn het niet zozeer technische prestaties, maar veeleer sociaal-emotionele vaardigheden die het patiëntenoordeel bepalen. In meerdere onderzoeken wordt gevonden dat het oordeel over het laatstgenoemde het andere oordeel voorspelt: uit de ondervonden zorg en belangstelling leidt men af of de dokter in technisch opzicht competent is (vgl. Ben Sira, 1980; Dimatteo e.a., 1980; Mechanic, 1968). Tevredenheid van patiënten wordt veroorzaakt door een arts die meevoelt, luistert en de patiënt op zijn gemak stelt, niet door de technisch perfecte arts (vgl. Cassee, 1973; Vuori e.a., 1972).

Philipsen (1979) heeft erop gewezen dat in de arts-patiënt-relatie zowel de instrumentele als de sociaal-emotionele component meespeelt, en dat de laatste steeds zwaarder gaat wegen naarmate het doel van de gezondheidszorg meer gezondheidsbevordering is geworden door ingrijpen in bestaande gedragspatronen en minder bestrijding van ziekte en gebrek.

Het oordeel van de patiënt over de communicatieve vaardigheden van de arts zal daarom voor de patiënt medebepalen of hij de emotionele aspecten van zijn klachten met die arts wil bespreken.

Deze maat 'beoordeelde openheid' verschilt van de vorige 'functiebreedte' in twee opzichten. In het vorige geval werd geïnformeerd naar terreinen die de huisarts in het algemeen zou moeten bestrijken in de ogen van de patiënt; in het onderhavige geval wordt zeer nadrukkelijk geïnformeerd naar meningen over de eigen huisarts. Op de tweede plaats betreft het hier een zeer persoonlijke impressie van de patiënt, waar in het geval van de functiebreedte een min of meer zakelijke mening in het geding was.

5.3.1. Het meetinstrument

Cassee heeft de oordelen van patiënten over hun arts geoperationaliseerd in een vragenlijst, waaraan hij vijf dimensies onderscheidde:

- Instrumenteel : Het oordeel over het medisch-technische handelen.
- Informatief : Het oordeel over de mate waarin de arts uitleg geeft en vertelt wat er aan de hand is.
- Communicatief : Het oordeel over de mate waarin de arts de patiënt het gevoel geeft open kaart te kunnen spelen.
- Diffuus : Het oordeel dat de arts ook over andere zaken dan ziekte praat.
- Afwerend : Het oordeel over een houding, waaruit spreekt dat de arts geen tijd heeft en afstand tot de patiënt houdt.

Opgemerkt dient te worden dat deze dimensies nogal door elkaar heen lopen: bepaalde 'afwerende' items zijn negatief gepoolde communicatieve items, 'diffuus' en 'communicatief' lopen conceptueel doorheen. Verschillende onderzoekers die de vragenlijsten gebruiken en op zoek gaan naar een factorstructuur, komen dat ook stevast tot andere samengestelde dimensies (Van der Zee, 1982).

Gezien het tijdsbestek waarbinnen een vragenlijst moest kunnen worden in-

gevuld,¹⁰ werden in eerste instantie op inhoudelijke gronden 13 items uit Cassee's lijst gekozen en in de reeds vermelde pilot-study afgenomen. Hiervan bleken er slechts enkele redelijk te spreiden. Deze zijn aangevuld met de naar inhoud meest 'communicatieve' items, die naar redactie enigszins werden gewijzigd om een grotere spreiding te bewerkstelligen. In totaal zijn de volgende zes items voorgelegd aan de patiënten, nadat ze de arts geconsulteerd hadden (zie bijlage 3).

5.3.2. Resultaten

De frequentieverdeling over de zes uitspraken was als volgt:

Tabel 5.4.: Verdeling van de items met betrekking tot 'beoordeelde openheid'.

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
1. Mijn huisarts begrijpt precies wat er aan de hand is.	(4)	(2)	5%	46%	49%
2. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand.	76%	14%	6%	1%	3%
3. Mijn huisarts heeft belangstelling voor je als persoon.	4%	2%	7%	17%	69%
4. Mijn huisarts voelt mee met problemen.	1%	1%	10%	29%	59%
5. Mijn huisarts praat ook over niet-medische problemen.	12%	9%	36%	24%	19%
6. Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor je.	2%	1%	4%	18%	75%

Gezien de scheefheid van de verdelingen - patiënten hebben de neiging uiterst positief over hun arts te oordelen - is per item een dichotomie aangebracht tussen de extreem positieve waarde enerzijds, en de vier overige anderzijds. Gezien de interne consistentie ($\alpha = .68$) van de zo geformuleerde items hebben we voor verdere analyse de somscore hierop geselecteerd. Deze komt dus overeen met het aantal items waarop de arts extreem positief is beoordeeld en varieert van 0 tot 6.

De verdeling van deze somscore is als volgt:

Tabel 5.5.: Verdeling van de somscore 'openheid'

0	:	5.7%
1	:	8.6%
2	:	14.5%
3	:	16.3%
4	:	21.5%
5	:	23.4%
6	:	10 %

Oudere patiënten hebben de neiging om hun huisarts positiever te beoordelen dan jongeren (Pearson's $R = .27$). Voor het overige (urbanisatiegraad, regio, geslacht) zijn er geen noemenswaardige verbanden.

De artsen worden als volgt beoordeeld door hun patiënten:

Tabel 5.6.: Verdeling score 'openheid' over de artsen

1	:	2.43	10	:	3.44	18	:	3.58
2	:	3.51	11	:	3.37	19	:	3.45
3	:	3.04	12	:	4.35	20	:	3.12
4	:	3.39	13	:	3.86	21	:	4.02
5	:	2.94	14	:	3.41	22	:	3.18
6	:	3.62	15	:	3.56	23	:	3.23
7	:	3.33	16	:	2.88	24	:	4.57
8	:	3.59	17	:	4.00	25	:	3.89
9	:	3.23						

De spreiding tussen de artsen is groter dan bij 'functiebreedte', zoals ook uit de variantie-analyse blijkt: het effect van de arts is duidelijk aanwezig, ook na controle voor leeftijd en geslacht. De variantie binnen de groepen (apart voor mannen en vrouwen, met leeftijd constant gehouden) is kleiner dan tussen de groepen ($\alpha < .001$). Of patiënten vinden dat

hun arts open staat voor psychosociale problematiek is daarmee een variabele die van arts tot arts verschillend is.

5.4. Oordeel van de arts over de patiënt

De patiënt heeft vóór het consult bepaalde ideeën over wat hij van zijn arts kan verwachten; de arts heeft die óók. In eerder onderzoek op het NHI (Sanavro, 1982) is nagegaan welke kenmerken artsen aan probleempatiënten in consulten toeschrijven: twee dimensies kwamen daarbij naar voren, te weten coöperatief/niet-coöperatief en afhankelijk/onafhankelijk. In beide opzichten oordeelden artsen in consulten onderling verschillend: sommigen hadden de neiging probleempatiënten in 58% van de consulten als niet-coöperatief te beoordelen, anderen vonden patiënten altijd coöperatief. Afhankelijkheid spreidde nog sterker: in 28% tot 93% van de consulten noemden artsen de probleempatiënten afhankelijk. Bij doorsneepatiënten werden negatieve oordelen veel minder gegeven. Aangezien een kenmerkend gedrag van de probleempatiënt het frequent bezoek aan de huisarts is, waarbij weinig ernstig somatische problematiek gevonden wordt, zou dit oordeel met name vaak kunnen worden gegeven bij consulten waar de arts tot een niet-somatische klachtbeoordeling komt. Dit bleek te kloppen: in de praktijk kwam het erop neer dat de beoordeling 'afhankelijk', wanneer die ooit gegeven was, nog meer dan een jaar later voorspelde of de arts een klacht als psychosociaal zou benoemen. Omdat het artsenoordeel, weergegeven in onderstaande zes items, per patiënt vrij stabiel was, en samenhang met de psychosociale klachtenbeoordeling in het consult, leek het de moeite waard dit oordeel, bij de verklaring van het beoordelen van klachten als psychisch, te betrekken. In het onderzoek gebeurde dit echter niet bij alle artsen. Het vragenlijstje werd tot nu toe bij 10 van de 25 artsen afgenomen (zie bijlage 1).

5.4.1. Resultaten

De tien artsen beoordeelden hun patiënten als volgt:

Tabel 5.7.: Verdeling van de zes artsenoordelen

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
openhartig		6%	19%	40%	35%
zelfstandig	2%	7%	24%	40%	28%
meewerkend		2%	12%	45%	41%
reëel	(1)	5%	22%	46%	27%
zeurderig	34%	37%	22%	6%	(2)
somatiserend	20%	27%	31%	20%	3%

Men oordeelt, maar dat wisten we al, in het algemeen positief over zijn patiënten. De oordelen hebben ook een grote onderlinge samenhang: Cronbach's alpha bedraagt .88. Hoewel de verdeling, evenals bij het patiëntenoordeel over de arts, erg scheef is, kunnen we in dit geval niet dichotomiseren (met als ene pool de extreme score, en als andere de vier overige scores), omdat we hier te maken hebben met de antwoordtendentie van de arts.

In beide gevallen zullen sommige respondenten de neiging hebben extreem te scoren, terwijl anderen gematigder zijn. Waar per arts scores over een groot aantal patiënten worden berekend, mogen we aannemen dat deze extreme antwoordneigingen per arts gelijk verdeeld zijn.

Dit gaat niet op voor het artsenoordeel, waar dezelfde antwoordtendentie per arts + 60 keer optreedt. Vandaar dat per arts per patiënt een score wordt berekend waarin de som der zes antwoorden door zes wordt gedeeld.

De score per arts bestaat dan uit het gemiddelde van deze scores. De somscore per patiënt beweegt zich tussen 6 (alle items extreem negatief) en 30 (alle items extreem positief beantwoord).

Onderstaande tabel geeft de verdeling:

Tabel 5.8. Verdeling van somscores per patiënt

6-11 :	2	
12-17 :	57	11%
18-23 :	201	37%
24-30 :	227	52%

In het algemeen worden patiënten positief beoordeeld: de helft van de patiënten heeft een gemiddeld oordeel '4' of hoger.

De artsen onderling verschillen in dit opzicht.

Tabel 5.9 geeft de gemiddelde somscore per arts weer.

Tabel 5.9. Verdeling score 'artsenoordeel' over de artsen

16 : 25.9	21 : 22.8
17 : 21.5	22 : 22.7
18 : 26.9	23 : 22.3
19 : 22.7	24 : 26.0
20 : 23.1	25 : 21.7

Variantieanalyse geeft een sterk artseneffect ($F = 11.7, \alpha < .001$) te zien en geen effect van leeftijd en geslacht van de beoordeelde patiënt. Wel is er sprake van een significant interactie-effect tussen arts en geslacht van de beoordeelde patiënt ($F = 1.9, \alpha < .0.5$), hetgeen toegeschreven moet worden aan artsen 20 en 21: de eerste beoordeelt vrouwen veel negatiever dan mannen, de tweede doet in mindere mate het omgekeerde.

Oordelen die van de arts gevraagd worden kunnen naar inhoud in twee groepen ingedeeld worden: oordelen over de patiënt met wie prettig samen te werken is en oordelen over een vervelende wijze van klachtenpresentatie.

Uit een factorenanalyse laten zich deze twee dimensies ook opmaken.

Zie tabel 5.10.

Tabel 5.10.: Factoranalyse over het artsenoordeel

	factor 1	factor 2
openhartig	.76	.19
zelfstandig	.64	.43
meewerkend	.77	.31
reëel	.53	-.65
zeurderig	.23	.79
somatiserend	.30	.78
eigenwaarde	3.39	.56

5.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk werden twee meetinstrumenten behandeld, waarmee opvattingen van arts en patiënt werden gemeten welke ze ten opzichte van elkaar koesteren, maar die min of meer los van het specifieke consult staan. Daarnaast behandelden we een meetinstrument waarmee je met psychosociale klachten naar de huisarts gaat.

Deze laatste was weliswaar goed gespreid, maar leverde per arts geen grote verschillen op. Verschillen in hoeveelheid waargenomen psychosociale problematiek lijken niet terug te voeren op het feit dat patiënten in de ene praktijk meer taken op dit gebied zien weggelegd dan patiënten uit een andere praktijk. Wellicht speelt het verschil in toegekende functiebreedte wel een rol wanneer we het één aggregatieniveau lager (individuele patiëntniveau in plaats van artsniveau) onderzoeken.

De twee maten welke de mening van de twee partners in het hulpverleningsproces met betrekking tot elkaar meten, vertonen wel een spreiding op artsniveau. Dit is een veelbelovend uitgangspunt voor nadere analyse waarbij we deze opvattingen trachten te relateren aan artseigenschappen.

In dit opzicht is het met name interessant om na te gaan of het patiëntenoordeel over de openheid van de arts samenhangt met de in hoofdstuk 4

besproken opvattingen en normen van de arts over openheid naar de patiënt toe, terwijl ook de artsenbeoordeling over de meewerking van de patiënt in meer algemene zin zijn pendant daarin zou moeten vinden. Wellicht treffen we andere kenmerken van praktijkuitoefening en -organisatie aan, welke door patiënten meer of minder gewaardeerd worden, welke ze uitdrukken in de score 'openheid van de arts'.

6. ARTS-PATIËNT-INTERACTIE GEDURENDE HET CONSULT

6.1. Inleiding

Tot dusver hebben we ons in dit rapport beziggehouden met variabelen, die aan de hand van vragenlijsten, enquêtes en beoordelingsschalen verzameld konden worden. Zoals uit de onderzoeksopzet en het onderzoeksverloop duidelijk is geworden, zijn daarnaast alle consulten waarop de vragenlijsten en beoordelingsschalen betrekking hadden, vastgelegd op videobanden. Dit is gebeurd op grond van de volgende overwegingen:

- één van onze vraagstellingen betreft het verband tussen artseneigenschappen en het feitelijk gedrag van de arts. Dit laatste is slechts meetbaar aan de hand van observatiegegevens.
- in de hoofdvraagstelling wordt de behandeling van klachten in een psychosociale context als uiteindelijk te verklaren variabele genoemd. Wil men hierover behalve puur getalsmatig, ook in meer kwalitatieve zin rapporteren, dan kan men niet met zelfregistratie door de huisarts volstaan, maar is gedragsobservatie noodzakelijk.
- tenslotte kan klachtbeoordeling door anderen dan de arts bijdragen tot een beter begrip van de verschillen in dit opzicht door artsen. Overigens kunnen we hiervan zeggen dat dit onderwerp in ander NHI-onderzoek meer uitputtend aan de orde zal komen (zie ook Bensing, 1983).

In hoofdstuk 1 hebben we vier kenmerken genoemd van de gespreksstijl die artsen hanteren, waarvan we de samenhang met artseneigenschappen willen bestuderen. In eerdere publicaties (Bensing en Verhaak, 1982; Sluijs, 1983) is het belang van deze aspecten van de conversatiestijl naar voren gebracht. In een nog te verschijnen overzichtsartikel wordt eveneens uitputtend ingegaan op het belang van juist deze kenmerken, wanneer men de klacht in een kader wil plaatsen dat uitstijgt boven de puur lichamelijke aspecten. We zullen ons daarom in het kader van dit rapport beperken tot een nauwkeurige omschrijving van deze kenmerken, waarvan we de relatie met artseneigenschappen willen onderzoeken.

Het eerste kenmerk betreft de *affectieve houding* van de arts. Onder deze verzamelnaam komt men in de literatuur een grote hoeveelheid gedragingen tegen, die grofweg als volgt in te delen zijn:

- Non-verbaal gedrag, dat aandacht uitdrukt: aankijken, volgen met de ogen, toegevend houding, beperking van de fysieke afstand, knikken (vgl. Friedman 1979).
- Verbale uitdrukking van empathie, meevoelen met de patiënt. Hieronder vallen gedragingen die betrokkenheid, interesse of genegenheid uitdrukken, hoewel in dit opzicht geklaagd wordt over de slechte operationalisatie van deze begrippen (DiMatteo, 1979).
Eén mogelijkheid in dit opzicht is de reflectie, een uiting van de arts, die de gevoelswaarde van hetgeen de patiënt tot uitdrukking bracht, weergeeft, op deze wijze uitdrukkelijk dat de patiënt begrepen wordt (vgl. Van Dorp, 1977).
- Verbale aanmoedigingen om door te praten: open vragen, hummen, en dergelijke welke uitdrukken dat de patiënt de gelegenheid heeft zijn verhaal te vertellen.

Het tweede kenmerk is de *systematische werkwijze* van de arts. Als indicatoren daarvan kunnen onder meer genoemd worden:

- 1) Het fasegewijs te werk gaan in een consult
 - Aandacht besteden aan vraagverheldering. Voordat een klacht op zich wordt geanalyseerd, zou eerst de vraag beantwoord moeten zijn waarom deze patiënt op dit moment met deze klacht komt. Zo wordt getracht de werkelijke reden van de komst bloot te leggen.
 - Met de patiënt vaststellen wat er in het consult zal gebeuren.
 - Daarna overgaan tot diagnostiek en opstellen therapieplan (de klassieke medische anamnese en behandeling).
- 2) Klachten één voor één behandelen, en niet door elkaar laten lopen. Dit zowel om de duidelijkheid naar de patiënt toe te bevorderen, alsook om te voorkomen dat bepaalde klachten niet voldoende aandacht krijgen.

Het derde kenmerk dat we bestuderen is de wijze waarop de arts de *procesgang in het consult* beïnvloedt. Wil de arts inzicht krijgen in de rol die psychische of omgevingsfactoren spelen bij het ontstaan of persisteren van

de klacht, dan zal hij in eerste instantie veelal een actieve rol moeten spelen: hij zal zelf onderwerpen moeten aansnijden, of moeten aandringen op bepaalde punten. Anderzijds zal hij de patiënt zoveel mogelijk de gelegenheid moeten geven om aspecten van zijn klachten toe te lichten: is een relevant onderwerp eenmaal aan de orde, dan heeft een open wijze van gesprek voeren, waarbij de arts aansluit bij hetgeen door de patiënt te berde wordt gebracht, meer zin dan het afvuren van een reeks zogenaamde informatievragen. Nog frustrerender voor de patiënt - hoewel misschien soms nodig in het consult - is het wanneer de arts hem letterlijk afremt door hem in de rede te vallen, af te kappen of zijn uitlatingen te negeren.

Tenslotte letten we op de *inbreng van de patiënt*: de mate waarin de arts in het consult gebruik maakt van de kennis die de patiënt heeft over zijn klachten, en de inbreng die hij de patiënt gunt bij het vaststellen van de behandeling.

Tot zover de gesprekskenmerken waarop we de artsen zullen beoordelen. Daarnaast leggen we vast *of de arts psychosociale aspecten van de klacht 'behandelt'*, en zo ja, hoe hij dat doet. Het is lastig om over behandeling van psychosociale aspecten van klachten te spreken, omdat soms het ter sprake brengen op zich al een zeker (en voldoende) therapeutisch effect heeft. We denken bijvoorbeeld aan angsten en bezorgdheid die somatische klachten vergezellen: het feit dat de arts deze zaken ter sprake brengt en de patiënt de kans geeft zijn ongerustheid te ventileren, zal voldoende zijn voor de patiënt. Waar zo diagnose en therapie bij somatische problemen meestal gescheiden zijn, is dit onderscheid bij psychosociale problemen moeilijker te maken: de poging om meer inzicht in het probleem te krijgen kan therapeutische waarde hebben.

We leggen daarom in het observatieprotocol vast *of de arts op psychosociale aspecten ingaat*, en zo ja, hoe hij dat doet, ongeacht of het probleemdefiniëring of behandeling betreft.

6.2. Het observatieprotocol

We zullen in deze paragraaf het observatieprotocol (bijlage 4) behandelen, en de definities van de voornaamste categorieën weergeven. Het protocol is zodanig opgezet dat in het consult diverse klachtenclusters en gespreksfragmenten onderscheiden kunnen worden.

Tot een klachtencluster worden klachten of symptomen gerekend, die als zinvolle eenheid beschouwd worden. Deze zinvolle samenhang kan gesuggered worden door de arts, door de patiënt of door de observatoren, in deze volgorde van belangrijkheid. Dat wil zeggen: als de arts twee klachten als onderdelen van één geheel behandelt, worden ze beschouwd als behorend tot één klachtencluster. Als de patiënt twee klachten als onderdeel van hetzelfde syndroom presenteert, worden ze als één klachtencluster beschouwd, wanneer de arts dit niet tegensprekt. Etc.

Het consult wordt ingedeeld in gespreksfragmenten, naar gelang de gespreksinhoud:

- wordt er over lichaamsfuncties gepraat, dan noemen we dat deel 'soma-tisch',
- wordt er over psychische of sociale aangelegenheden gepraat, eventueel in relatie met lichamelijke klachten, dan noemen we dat deel 'psychoso-ciaal',
- wordt er over lichaamsfuncties gepraat, met de bedoeling spanning weg te nemen, dan noemen we dat fragment 'gemengd',
- delen van het consult, waarin brieven geschreven worden, telefoongesprekken worden gevoerd, uitleg wordt gegeven over de afname van diagnostische tests, etc., noemen we administratief,
- consultfragmenten waarin de arts niet als professioneel hulpverlener wordt aangesproken (met onderwerpen als 'het weer', 'de vakantie' of 'de video-opname') zijn betiteld als sociaal gebabbel.

De hieronder te noemen gesprekscategorieën, waarop we de arts beoordelen, hebben géén betrekking op de administratieve en sociale babbelfragmenten. Zowel van het hele consult als van afzonderlijke fragmenten werd de duur gemeten. De volgende variabelen worden per consult gemeten, als operationalisatie van de vier genoemde aspecten van de gespreksstijl van de arts:

Affektieve houding wordt gemeten aan de hand van beoordelingen door de

observator, met betrekking tot de interesse van de arts voor de patiënt en met betrekking tot de aandachtige houding. Interesse wordt beoordeeld op een vijf-puntsschaal, waarbij de middenscore 'neutraal' betekent. De extreme scores staan voor 'zeer geïnteresseerd', respectievelijk 'zeer ongeïnteresseerd'.

De aandachtige houding wordt afgeleid uit de blikrichting (waarbij in het oordeel verdisconteerd wordt dat aankijken terwijl de arts tegen een patiënt praat belangrijker is dan wanneer hij zegt dat hij een recept zal schrijven, en de patiënt dan ook niet aankijkt), en de al dan niet toegewende houding. De oordelen zijn 'positief' (er valt weinig op aan te merken), 'neutraal' (soms is de houding onaandachtig, soms aandachtig) en 'negatief' (gedurende het hele consult is het gedrag onaandachtig). Meer kwantitatief wordt aandachtsgedrag gemeten door de tijd te meten gedurende welke de arts de patiënt aankijkt.

Voorts wordt affectieve houding gemeten aan de hand van het aantal uitingen die aangeven dat de arts luistert naar de patiënt (huppen, knikjes, 'ja, ja' zeggen) en het aantal uitingen waarmee de arts op volgende wijze aangeeft de patiënt te begrijpen en met hem mee te voelen.

De hier genoemde oordelen, de tijdmeting en getelde procesuitingen zijn apart gemeten voor de drie soorten fragmenten die we hierboven onderscheidden: somatisch, psychosociaal en mengvorm.

Een van de observatoren onafhankelijk index van de affectieve houding, is verkregen door iedere patiënt aan het eind van het consult te laten aangeven hoe geïnteresseerd hij de arts vond en of deze voldoende tijd voor hem had (zie bijlage 3).

Systematische werkwijze van de arts is gemeten door per klachtencluster te meten of de volgende elementen aan de orde kwamen:

- vraagverheldering: bespreekt de arts, alvorens op de klacht zelf in te gaan, waarom de patiënt daarmee komt, wat hij van de arts verwacht? Dit is niet van toepassing bij klachten die de uitslag van een reeds verricht onderzoek betreffen, bij routinecontroles, keuringen, en vragen met betrekking tot derden die zelf niet aanwezig zijn.

- diagnostiek: doet de arts met betrekking tot het betreffende klachtencluster enig verbaal of fysiek onderzoek?
- therapieplan: geeft de arts enige instructie, maakt hij een afspraak? (Zeggen dat de patiënt moet afwachten is ook een therapieplan).

Een tweede aspect van de systematische werkwijze is het vaststellen of meerdere klachtenclusters door de arts achter elkaar aan de orde worden gesteld.

De *procesgang in het consult* wordt gemeten door per fragment (somatisch, psychosociaal of gemengd) alle procesuitingen¹¹ te turven binnen zes categorieën. Hiervan zagen we reeds de twee soorten volgende uitingen (aangeven dat je luistert, en volgen door gevoelens van de patiënt weer te geven). Daarnaast onderscheiden we:

- uitingen die de patiënt aanmoedigen door te praten over een aangesneden onderwerp, door er op een open wijze op in te gaan; goed gestelde parafrases, open vragen, en aanmoedigingen vallen daaronder.
- uitingen die op gesloten wijze (geprecodeerd) informatie vragen, waarbij de arts in grote lijnen de invulling bepaalt. Gesloten vragen, anamnese-vragen.
- uitingen die de patiënt remmen: interrupties, negeren, afkappen.

Met de volgende uitingen aan het ene uiterste en de remmende aan het andere, vormen deze procesuitingen een soort continuüm, waarbij aan het ene uiterste de patiënt zijn eigen verhaal vertelt, in het midden de patiënt het verhaal vertelt waarom de arts hem vraagt, en aan het andere uiterste de patiënt zijn verhaal niet kan vertellen. Enigszins los van dit continuüm staat een laatste, zeer belangrijke categorie procesuitingen, te weten:

- uitingen waarmee de arts een nieuw gespreksonderwerp ter sprake brengt: informeren naar andere klachten (die niet logisch binnen de anamnese vallen), vragen naar omgevings- of psychische aspecten wanneer de patiënt slechts lichamelijke klachten presenteert, of in het algemeen aan de orde stellen of er nog andere zaken zijn waarover de patiënt de arts zou willen raadplegen.

Deze uitingen kunnen naar vorm open, gesloten of zelfs afremmend zijn.

Een ander aspect van de procesgang in het consult is de wisseling van somatisch fragment naar psychosociaal of gemengd, of andersom. Bij een wisseling wordt aangegeven of de arts of de patiënt initiatiefnemer is.

De *inbreng van de patiënt* wordt per klachtencluster gemeten aan de hand van twee vijf-puntsschalen waarmee de observatoren beoordelen hoeveel inbreng de patiënt heeft gehad bij de vaststelling van de diagnose en van het behandelingsplan.

Veel inbreng bij de diagnose: de arts informeert naar ideeën die de patiënt zelf heeft, laat de patiënt eigen meningen ventileren. Weinig ruimte: de arts vraagt informatie aan de patiënt zonder te vertellen waarvoor deze kan dienen, laat de patiënt in het ongewisse over redenen van diagnostisch onderzoek, en dergelijke.

Veel inbreng bij behandelingsplan: de arts legt alternatieven voor, vraagt wat de patiënt wil, gaat in op wensen die de patiënt uit of overlegt met hem over bezwaren hiertegen. Weinig inbreng bij de behandeling: de arts schrijft een behandeling voor, zonder uitleg over de achtergronden.

Aangaande de *behandeling van psychosociale aspecten* wordt op de eerste plaats vastgelegd of de arts - wanneer er sprake is van een beoordeling 'niet puur somatisch' - al dan niet ingaat op deze aspecten.

Vervolgens wordt gespecificeerd op welke wijze hij al dan niet ingaat hierop.

Niet ingaan wordt als volgt in categorieën ingedeeld:

- doordat de arts zich tot somatische aspecten beperkt, zonder dat duidelijk wordt dat hij of de patiënt aan andere aspecten denken;
- doordat de arts hints van de patiënt in deze richting negeert. Deze hints kunnen verbaal geuit zijn of non-verbaal van karakter zijn.
- 'Anders te weten

Ingaan op psychosociale aspecten is ingedeeld in de categorieën:

- medicijnen voorschrijven;
- verwijzen naar psychosociaal hulpverlener;
- verwijzen naar medisch specialist (bijvoorbeeld om ongerustheid weg te nemen);

- advies geven;
- patiënt op eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid wijzend, zelf de problemen op laten lossen;
- door diverse vormen van praten met de patiënt.

Deze laatste categorie is, in volgorde van intensiteit, uitgesplitst in:

- patiënt zijn hart laten luchten;
- patiënt steunen of geruststellen;
- exploreren naar achtergronden;
- de patiënt meer inzicht bezorgen in het ontstaan van zijn problemen;
- praten met de patiënt met de intentie zijn gedrag te veranderen.

6.3. Het observeren

De consulten worden door vier observatoren geobserveerd. Hiertoe is begonnen met een intensieve trainingsperiode, waarin de observatoren niet bij het onderzoek betrokken consulten observeerden en leerden fragmenten te onderscheiden, klachtenclusters op dezelfde wijze te benoemen, en de diverse categorieën te hanteren.

Vervolgens werden 75 consulten uit het experimentele bestand gezamenlijk doch zo onafhankelijk mogelijk 'gescoord' (van iedere tot dan toe beschikbare arts drie consulten). Hiermee kunnen inter-observer betrouwbaarheden vastgesteld worden. Aan de hand van bespreking hiervan zijn definities waar nodig nog verder toegespitst. Vervolgens is iedere observator begonnen een deel van het bestand te observeren en vast te leggen op protocollen. Maandelijks worden enige consulten gemeenschappelijk geobserveerd en besproken om uiteen groeien te voorkomen, problemen met definities te bespreken, en materiaal voor betrouwbaarheidsmetingen te verzamelen. Tevens zal een aantal consulten door iedere observator tweemaal gescoord worden.

Teneinde de observatoreffecten, voor zover ze niet te elimineren zijn, tot een minimum te beperken, zijn de consulten zodanig over de observatoren verdeeld, dat iedere observator van alle artsen een gelijke proportie observeert.

In het volgende rapport zullen we uitgebreid ingaan op de resultaten van dit onderdeel van het onderzoek en op de diverse betrouwbaarheidsstudies.

7. SAMENVATTING EN CONCLUSIES VAN DEZE EERSTE INTERIMRAPPORTAGE

Deze eerste interimrapportage van het onderzoek naar verschillen tussen artsen bij benoeming en behandeling van psychosociale klachten kan beschouwd worden als een verkenning van de beschikbare gegevens. We beschreven de vraagstelling en de uitwerking daarvan, we gaven aan welke gegevens voor de beantwoording van de vraagstelling noodzakelijk geacht werden en hoe ze verzameld zijn; tenslotte hebben we de meeste van de verzamelde gegevens aan een eerste inspectie onderworpen, zonder diep op relaties tussen de diverse variabelen in te gaan.

Dat laatste zal onderwerp voor de volgende rapportages zijn.

In hoofdstuk 1 gingen we in op de vraagstelling: Waarom ontmoet de ene arts zoveel meer psychosociale problematiek dan de ander? Ligt het aan zijn visie op ziekte en gezondheid en zijn taak als huisarts daarbij? Is de ene arts sensitiever dan de ander? Of ligt het aan verschil in omgang met de patiënt tijdens het spreekuur? Verwachten patiënten van de ene arts heel andere zaken van hem dan patiënten van de andere? En zo ja, hoe is dat zo gegroeid?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden en de diverse antwoorden ten opzichte van elkaar te kunnen wegen, is een vraagstelling ontwikkeld, ter beantwoording waarvan per consult gegevens van de arts in zijn algemeenheid, gegevens van arts en patiënt in dat speciale consult, en gegevens met betrekking tot hetgeen zich afspeelt in het consult, verzameld worden. De uiteindelijke verklaringen worden gezocht bij algemene artseneigenschappen.

Hoofdstuk 1 eindigt met de presentatie van de hypothesen die naar aanleiding van deze vraagstelling gesteld zijn.

In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe het materiaal verzameld is: bij 26 artsen werden + 1400 consulten op videoband opgenomen. Artsen en patiënten vulden per consult vragenlijstjes in, daarnaast beantwoordden de artsen een vragenlijst die ook door 244 artsen uit een landelijke steekproef werd beantwoord. Vervolgens komen de diverse elementen uit de vraagstelling aan de orde.

Hoofdstuk 3 behandelt een deel van het te verklaren fenomeen: verschil tussen artsen in psychosociale benoeming van het klachtenaanbod. Deze verschillen werden geconstateerd, en bleven bestaan na controle voor klachtenaanbod, leeftijd en geslacht van de patiënt.

In hoofdstuk 4 worden de algemene artskenmerken behandeld. Binnen de groep artsen die meewerkten aan het onderzoek bleek een voldoende spreiding te bestaan in de mate waarin ze psychosociale factoren bij ziekte van belang achtten en op de dimensie klinische-huisartsgeneeskundige oriëntatie. In deze opzichten scoorden de deelnemers aan het onderzoek echter wel psychosociaal respectievelijk huisartsgeneeskundiger dan de gemiddelde Nederlandse arts.

Letten we op eigenschappen die rechtstreeks te maken hebben met de behandeling van psychosociale klachten, dan lijken de deelnemende artsen een goede afspiegeling van wat men in bredere artsen-kringen mag verwachten: naar taakopvatting, kunde die men zichzelf toekende en tijd die men voor patiënten beschikbaar had, kwam de videogroep overeen met de landelijke groep. Op een aantal achtergrondkenmerken verschilde men weer: met name bleek de oververtegenwoordiging van artsen in gezondheidscentra binnen de groep deelnemende artsen haar stempel te drukken op de verdeling van een aantal achtergrondkenmerken; hierdoor was de videogroep gemiddeld jonger, kende meer overleg (hoewel niet met tweedelijns gezondheidshulpverleners, maar uiteraard wel met maatschappelijk werk), en hield er andere verwijspatronen (naar maatschappelijk werk) op na.

Deze oververtegenwoordiging betekent enerzijds dat het binnen ons materiaal mogelijk is het al dan niet in een gezondheidscentrum te betrekken in de analyse (zij het op een primitief niveau, het gaat tenslotte om tien artsen), anderzijds dat we rekening met deze oververtegenwoordiging moeten houden bij generalisatie.

Voorts bleken de artsen uit de onderzoeksgroep dermate veel aan psychosociale nascholing te hebben gedaan, dat hier als verklaring weinig eer aan valt te behalen. Tevens brengt dit verschijnsel ons in de problemen, omdat we op het gebied van behandeling van psychosociale problemen een select gezelschap hebben benaderd. De grote spreiding die we desalniettemin in psychosociaal beoordeelde klachten aantreffen, stelt ons in dit opzicht weer enigszins gerust.

In hoofdstuk 5 inventariseerden we de meningen die arts en patiënt per consult over elkaar ten beste gaven.

Op het eerste gezicht lijken verschillen niet veroorzaakt te worden omdat in sommige praktijken patiënten veel meer psychosociale functies aan de arts toekennen dan in andere praktijken. De psychosociale functie die men aan de arts toekent, varieert sterk tussen patiënten, en laat een duidelijk leeftijds- en geslachtseffect zien, maar geen effect van de arts. Wel constateerden we een artseffect bij de variantie in patiëntenoordelen over de arts én artsenoordelen over de patiënt. De ene arts wordt door zijn patiënten als meer open ervaren dan de ander, en de ene arts vindt zijn patiënten coöperatiever dan de ander.

Binnen het bestek van dit interimrapport beperken we ons tot deze constatering. Bij nadere analyse zullen we op artsniveau en op consultniveau ingaan op het effect dat deze verschillen op de klachtenbeoordeling gehad hebben.

Hoofdstuk 6 geeft geen resultaten, maar beschrijft de ontwikkeling van het observatie-instrument, waarmee het gebeuren in het consult zal worden vastgelegd.

Hiermee zijn de resultaten van het eerste jaar onderzoek naar artsverschillen bij psychosociale klachten weergegeven.

Het komende jaar zal met name besteed worden aan observatie en analyse van datgene wat zich in het consult afspeelt. Daarnaast zullen de in dit rapport vermelde meetinstrumenten en resultaten diepgaander in beschouwing worden genomen. Is dit geschied, dan heeft het laatste element uit de vraagstelling inhoudelijk gestalte gekregen en kunnen we ons richten op het uiteindelijke doel: de relaties tussen deze elementen.

NOTEN

- 1 Het begrip 'diagnose' moet in de ruimste zin des woords gezien worden: een vaststelling van de relevante factoren welke meespelen bij het ontstaan en persisteren van de klacht en de eventuele gevolgen ervan.
- 2 Dat wil zeggen: in dit interimrapport wordt over 25 (hoofdstuk 3, 5) respectievelijk 26 (hoofdstuk 4) artsen gerapporteerd. Er staan nog opnamen bij vier artsen op stapel.
- 3 Tenzij de arts bij een video-opname het beoordelingsformulier onvolledig invulde. Dit geschiedde veelvuldig bij arts 16 (56 opnamen en 43 volledig ingevulde formulieren).
- 4 Deze merkwaardig aandoende restrictie komt voort uit het feit dat getracht is binnen deze groep nieuwe deelnemers te werven. Om praktische redenen werden deze binnen een beperkte straal rond Utrecht gezocht.
- 5 Onder deze naam worden in dit rapport slechts gezondheidscentra met meerdere disciplines gerekend.
- 6 We berekenden hiervoor per item de gemiddelde score waarbij 'geen invloed' een score '1', en 'zeer veel invloed' een score '5' kreeg.
- 7 Beide aspecten zijn zodanig gescoord dat ze ten opzichte van invloed tegengesteld gericht zijn.
- 8 Dit gegeven ontbreekt momenteel nog bij één deelnemende arts.
- 9 Deze items waren overigens ook in Crebolder's resultaten erg scheef verdeeld.
- 10 In verband met koppeling aan video-opnamen, waarbij anonimiteit gegarandeerd moest zijn, diende de patiënt alle van hem benodigde gegevens meteen na het consult schriftelijk te verstrekken.
- 11 Een procesuiting is gedefinieerd als een uiting van de arts welke bij de patiënt een reactie moet oproepen.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- BALINT, M., De dokter, de patiënt, de ziekte, Utrecht, Spectrum, 1965.
- BENSING, J.M., The use of the RFE-classification-system in observation studies - some preliminary results.
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK, Ruimte voor de patiënt, Nederlands Tijdschrift voor Psychologie en haar grensgebieden (1982), 37, p. 19-33.
- BENSING, J.M. e.a., Konsultatieprojekt Eindhoven, gespreksgedrag, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.
- BEN SIRA, Z., Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory, Journal of Health and Social Behavior (1980), vol. 21, p. 170-180.
- BERNSTEIN, B. en R. KANE, Physicians' attitudes towards female patients, Medical Care (1981), vol. XIX, no. 6, p. 600-608.
- BOER, R.A. DE, Nascholing van huisartsen, Meppel, Boom, 1973.
- BOOTS, J. en W. VAN ZUTPHEN, Taakopvatting van de huisarts, Medisch Contact (1981), nr. 3, p. 65-68.
- CARTWRIGHT, A., Patients and their doctors. A study of general practice, London, Routledge & Kegan Paul, 1967.
- CASSEE, E. TH., Naar de dokter, Meppel, Boom, 1973.
- CREBOLDER, H.F.J.M., Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum, Nijmegen, 1977.
- CROMBIE, D.L., The procrustean bed of medical nomenclature, The Lancet (1963), p. 1205-1206.
- DIMATTEO, M.R., A social-psychological analysis of physician-patient rapport: towards a science of the arts of medicine, Journal of Social Issues (1979), vol. 35, no. 1, p. 12-33.
- DIMATTEO, M.R., A. TARANTA, H.S. FRIEDMAN en L.M. PRINCE, Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills, Medical Care (1980), vol. XVIII, no. 4, p. 376-387.
- DORP, C. VAN, Luisteren naar patiënten, Lochem, De Tijdstroom, 1977.
- FRIEDMAN, F.S., Nonverbal communication between patients and medical practitioners, Journal of Social Issues (1979), vol. 35, no. 1, p. 82-99.
- GOLDBERG, D.P., The detection of psychiatric illness by questionnaire, London, Oxford University Press, 1972.
- GOUGH, H.G., Doctors' estimates of the percentage of patients whose problems do not require medical attention, Medical Education (1977), 11, p. 380-384.
- GROL, R., Preventieve attitude van huisartsen, Nijmegen, Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
- HANEY, C.A., Psychosocial factors involved in medical decision making, (In: Coombs, R. and C. Vincent (eds): Psychosocial aspects of medical training. C. Thomas, Springfield III, 1971).
- KESSEL, N. en M.S. SHEPHERD, Neurosis in hospital and general practice, Journal of Ment. Science (1962), p. 159.
- KISH, A.J. en L.G. REEDER, Client evaluation of physician performance, Journal of Health and Social Behavior (1969).
- LAMBERTS, H., Probleemgedrag in de eerste lijn, Huisarts en Wetenschap (1975), 18, p. 492-502.
- Lamberts, H., Redenen om naar de huisarts te gaan, Eerste ervaringen met de Reason for Encounter Classification, Huisarts en Wetenschap (1982) 25, p. 301-310.

- LAMBERTS, H., Probleemgedrag in de eerste lijn, Huisarts en Wetenschap (1979), 18, p. 492-502.
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN, Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk, 1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject, Huisarts en Wetenschap (1982), 25, p. 333-342.
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN, Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk, 2. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject, Huisarts en Wetenschap (1982), 25, p. 376-393.
- MARKS, J.N., D.P. GOLDBERG en V.F. HILLIER, Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness, Psychological Medicine (1979), 9, p. 337-353.
- MCCRANIE, E.W., A.J. HOROWITZ en R.M. MARTIN, Alleged sex-role stereotyping in the assessment of women's physical complaints: a study of general practitioners, Social Science and Medicine (1978), vol. 12, p. 111-116.
- MCWHINNEY, I.R., Special article beyond diagnosis. An approach to the integration of behavioral science and clinical medicine, The New England Journal of Medicine (1972), 8, p. 384-387.
- MECHANIC, D., Medical sociology, New York, The Free Press, 1968.
- PARLOW, J. en A. ROTHMAN, Attitudes towards social issues in medicine of five health science faculties, Social Science & Medicine (1974), vol. 8, p. 351-358.
- PHILIPSEN, H., Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (1979), 57, p. 838-842.
- REGIER, D.A., L.G. KESSLER, B.J. BURNS en I.D. GOLBERG, The need for a psychosocial classification system in primary care settings, International Journal of Mental Health, (1979), vol. 8, no. 2, p. 16-29.
- SANAVRO, F.L., Probleempatiënten in de huisartspraktijk, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- SHUVAL, J.T., The contribution of psychological and social phenomena to an understanding of the aetiology of disease and illness, Social Science & Medicine (1981), vol. 15A, p. 337-342.
- STAUDENMAYER, H. en M.S. LEFKOWITZ, Physician-patient psychosocial characteristics influencing medical decision-making, Social Science & Medicine (1981), 15, p. 77-81.
- STREIT, U., Attitudes towards psychosocial factors in medicine: an appraisal of the ATSIM-scale, Medical Education (1980), 14, p. 259-266.
- VERHAAK, P.F.M., SPEECH-eindevaluatie, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
- VERHAAK, P.F.M., Psychische problemen in de huisartspraktijk, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (1981), 1, p. 31-46.
- VERHAAK, P.F.M., Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: waarom ziet de ene huisarts wat de ander niet ziet? (Een literatuurverkenning nog te verschijnen).
- VUORI, H., T. AAKU, E. AINE, R. ERKKO en R. JOHANSSON, Doctor-patient relationship in the light of patients' experiences, Social Science & Medicine (1972), vol. 6, p. 723-730.
- WINKLER-PRINS, J., Huisarts en patiënt, Meppel, Boom, 1966.
- ZEE, J. VAN DER, De vraag naar diensten van de huisarts, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

VRAGEN AAN DE HUISARTS NAAR AANLEIDING VAN HET CONSULT

PSH 01

Dit was een:

geslacht/leeftijd

- ☐ eerste consult
- ☐ herhaal consult

patiënt 1	/
patiënt 2	/
patiënt 3	/
patiënt 4	/

ik beoordeel dit als:

ik heb naar aanleiding van de gepresenteerde klachten de volgende (waarschijnlijkheids) diagnose gesteld

doktersbezoek was nodig

doktersbezoek was niet zo nodig

puur somatische klacht

somatische klacht die psychosociale problemen met zich mee brengt

somatische klacht waarachter ik psychosociale problemen vermoed

psychosociale klacht waarachter ik somatische problemen vermoed

psychosociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt

puur psychosociale klacht

patiënt *

1.									
2.									
3.									
4.									

* bij meerdere patiënten, invullen van welke patiënt de klacht is.

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

puur organisch 1 2 3 4 5 puur psychosociaal

		nooit	zelden	soms	vaak	altijd	
in het algemeen beoordeel ik deze patiënt als	openhartig	☐	☐	☐	☐	☐	openhartig
	zelfstandig	☐	☐	☐	☐	☐	zelfstandig
	meewerkend	☐	☐	☐	☐	☐	meewerkend
	reëel	☐	☐	☐	☐	☐	reëel
	zeurderig	☐	☐	☐	☐	☐	zeurderig
	somatiserend	☐	☐	☐	☐	☐	somatiserend

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46

PSH 184 PV/YD
21 december 1982



Geachte Huisarts,

Het Nederlands Huisartsen Instituut verricht momenteel een aantal onderzoeken die te maken hebben met de wijze waarop artsen hulp verlenen bij psychosociale klachten. In deze onderzoeken worden bij deelnemende huisartsen gedragsobservaties gedaan, daarnaast wordt ook geïnformeerd naar een aantal opinies die de artsen hebben. Teneinde een idee te krijgen van de representativiteit van de deelnemende artsen, willen we dezelfde opinies verzamelen bij een a-selecte steekproef van Nederlandse huisartsen. We kunnen dan vaststellen in hoeverre in onze onderzoeksgroep dezelfde meningen vertegenwoordigd zijn, hetgeen van belang is voor het generaliseren van onderzoeksresultaten naar de Nederlandse situatie in het algemeen.

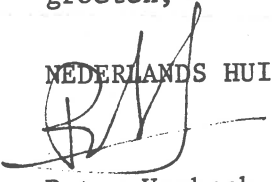
Beantwoordt u de volgende vragen alstublieft volledig. Er bestaan in principe bij de opinievragen geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw persoonlijke mening.

De vragenlijsten zijn anoniem. U kunt ze terugsturen naar het NHI in de bijgesloten voorgefrankeerde enveloppe.

Mocht u verdere vragen hebben, dan kunt u zich daarmee richten tot Peter Verhaak, NHI, telefoon 030 - 31 99 46, dinsdag tot en met vrijdag van 9.30 tot 17.00 uur.

Bij voorbaat hartelijk dank voor de te nemen moeite, met vriendelijke groeten,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT


Peter Verhaak

Hieronder vindt u een lijst van aandoeningen, die in de huisartsenpraktijk kunnen voorkomen. Geef, afgaande op uw ervaring in de praktijk van elk van die aandoeningen aan, in hoeverre psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan of het acuut exacerberen ervan.

Kruis het vakje aan, dat het beste uw mening weergeeft.

	psychosociale factoren hebben bij deze aandoening:				
	totaal geen invloed	weinig invloed	niet veel niet weinig invloed	veel invloed	zéér veel invloed
1. hartinfarct	☐	☐	☐	☐	☐
2. obstipatie	☐	☐	☐	☐	☐
3. dysmenorrhoe	☐	☐	☐	☐	☐
4. hypertensie	☐	☐	☐	☐	☐
5. eczeem	☐	☐	☐	☐	☐
6. hyperthyreoidie	☐	☐	☐	☐	☐
7. adipositas	☐	☐	☐	☐	☐
8. reumatoide arthritis	☐	☐	☐	☐	☐
9. colitis ulcerosa	☐	☐	☐	☐	☐
10. brachialgie	☐	☐	☐	☐	☐
11. tracheitis	☐	☐	☐	☐	☐
12. zwangerschaps- braken	☐	☐	☐	☐	☐

Hieronder vindt u een lijst van activiteiten gericht op psychosociale hulpverlening of begeleiding. Geef voor elk van die activiteiten aan:

- a. in hoeverre ze behoort tot de taak van de huisarts
- b. in hoeverre u uzelf in staat of competent voelt om die activiteiten goed uit te voeren

Kruis het vakje aan, dat het beste uw mening en uw gevoel weergeeft.

	a. deze activiteit behoort						b. ik voel me w.b. deze activiteit				
	volle-	groten-	enigs-	nauwe-	absoluut		zeer goed	enigszins	nauwelijks	totaal niet	
	dig	deels	zins	lijks	niet		goed	zins	lijks	niet	
	tot de taak van de huisarts:						in staat om ze uit te voeren:				
1. adviseren bij opvoedings-moeilijkheden	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
2. begeleiding van ex-psychiatrische patiënten	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
3. behandelen van angst voor ernstige ziekte (kanker, hartinfarct, etcetera)	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
4. bespreken van relatieproblemen echtpaar	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
5. behandelen van een lichte vorm van straatvrees	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
6. ontspannings-therapie bij spanningsklachten	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
7. ingaan op maatschappelijke achtergronden van klachten	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
8. eenzaamheidsproblemen bespreken	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
9. hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
10. stervensbegeleiding van zowel de patiënt als diens gezin	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
11. zorgen dat een gezin hulp in de huishouding krijgt	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
12. hulp bieden bij verslavingsproblematiek (alcohol, drugs)	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	

Geef van elk van de volgende uitspraken aan, in hoeverre u het met een uitspraak eens of oneens bent.

Zet een kruis in het vakje, dat het beste uw mening weergeeft.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels eens, deels niet mee eens	mee niet eens	volstrekt niet eens
1. hoe moeilijk patiënten ook zijn als je blijft proberen lukt het op een bepaald moment toch om ze te veranderen	☐	☐	☐	☐	☐
2. patiënten kunnen ten alle tijde van de huisarts eisen, dat ze volledig geïnformeerd worden over hun gezondheidssituatie	☐	☐	☐	☐	☐
3. in twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten	☐	☐	☐	☐	☐
4. meer overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg zal nadelige gevolgen hebben voor de maatschappelijke en financiële positie van de huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
5. het hangt vooral van mezelf af of ik goed functioneer in mijn contact met patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
6. een succesvolle behandeling hangt vaak meer af van het vertrouwen van de patiënt in de huisarts dan van een uitgebreide uitleg	☐	☐	☐	☐	☐
7. in zijn beleid dient een huisarts ervan uit te gaan, dat veel klachten vanzelf overgaan	☐	☐	☐	☐	☐
8. de bevoegdheid om het huisartsen beroep uit te oefenen zouden afhankelijk moeten stellen van de resultaten van periodieke toetsing	☐	☐	☐	☐	☐
9. als een huisarts medicijnen voorschrijft dan dient hij altijd nauwkeurig en uitvoerig de werking ervan uit te leggen	☐	☐	☐	☐	☐
10. een huisarts moet op somatisch gebied alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen	☐	☐	☐	☐	☐
11. als huisarts heb je er in het algemeen weinig grip op of het goed of slecht gaat met een patiënt	☐	☐	☐	☐	☐

ef van elk van de volgende uitspraken aan, in hoeverre u het met een uitspraak eens oneens bent. Zet een kruisje in het vakje, dat het beste uw mening weergeeft.

	hele- maal mee eens	mee eens	deels mee eens, deels niet mee eens	niet mee eens	volstrekt niet mee eens
1. voor een optimale uitvoering van het huisartsenvak is uniformiteit in de wijze van werken noodzakelijk	☐	☐	☐	☐	☐
2. veel patiënten zijn nu eenmaal zoals ze zijn, daar verander je als huisarts niet veel aan	☐	☐	☐	☐	☐
3. er is niets op tegen als patiënten een beetje opzien tegen hun huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
4. als een patiënt met kanker vraagt wat er met hem aan de hand is, moet de huisarts meteen zo open en eerlijk mogelijk antwoord geven	☐	☐	☐	☐	☐
5. als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen	☐	☐	☐	☐	☐
6. een arts kan onmogelijk altijd open staan voor niet-medische hulpvragen	☐	☐	☐	☐	☐
7. huisartsen moeten verplicht worden minstens één keer per jaar een georganiseerde nascholing te volgen	☐	☐	☐	☐	☐
8. of het goed of slecht gaat met mijn patiënten hangt voor een belangrijk deel af van mijn aanpak	☐	☐	☐	☐	☐
9. op welke wijze een huisarts zijn werk doet, dient uitsluitend een aangelegenheid tussen huisarts en patiënt te zijn	☐	☐	☐	☐	☐
10. een huisarts dient zijn patiënten steeds op de hoogte te stellen van wat hij in een verwijsbrief schrijft	☐	☐	☐	☐	☐
11. er komen soms mensen op het spreekuur met klachten of problemen, die je moeilijk au serieux kunt nemen	☐	☐	☐	☐	☐
12. als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden, dat het om het begin van een ernstige aandoening kan gaan	☐	☐	☐	☐	☐
13. op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen	☐	☐	☐	☐	☐
14. bij een aantal patiënten heeft het weinig zin om uitleg te geven, omdat ze deze toch niet begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐
15. het is niet in het belang van patiënten als alle huisartsen in loondienst zouden werken	☐	☐	☐	☐	☐
16. de meeste patiënten verander je toch niet	☐	☐	☐	☐	☐

Tenslotte willen wij u nog een aantal feitelijke vragen stellen.

Aan welke universiteit bent u afgestudeerd ?
 In welk jaar ?
 Hoeveel patiënten heeft u ongeveer op eigen naam ?

	ja	nee
Bent u lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging ?	☐	☐
Bent u lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap ?	☐	☐
Vervult u in een van die twee organisaties een bepaalde functie ?	☐	☐
zoja, welke ?		
Vervulde u in het verleden in een van de twee organisaties een bepaalde functie ?	☐	☐
zoja, welke ?		

	ja	nee
Vervult u een bepaalde functie aan een Universitair Huisartsen Instituut ?	☐	☐
zoja, welke ?		
Vervulde u in het verleden een bepaalde functie aan een Universitair Huisartsen Instituut ?	☐	☐
zoja, welke ?		

Op welke wijze oefent u uw praktijk uit ?

solo (met of zonder assistent) ☐

associatie of groepspraktijk ☐

gezondheidscentrum met meerdere disciplines ☐

Sinds wanneer bent u in uw huidige praktijk gevestigd:

Heeft u - buiten de opleiding - de afgelopen vijf jaar wel eens deelge-
 genomen aan de volgende vormen van bij- of nascholing op het gebied van
 psychosociale problemen ?

ja nee

Balintgroepen

☐ ☐

zoja: gedurende welke periode ?
 met welke frequentie kwam
 die groep bij elkaar ?

Warffumcursus, waarin niet somatische onderwerpen (gespreks-
 voering, arts-patiëntrelatie, psychische problematiek) een
 onderdeel vanuit maakten ?

☐ ☐

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?

Cursussen gespreksvoering

☐ ☐

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

Cursus Methodisch Werken

☐ ☐

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?

Cursus Crisis en Stervensbegeleiding

☐ ☐

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

Cursus Helpen bij Sexuele moeilijkheden

☐ ☐

zoja: hoe vaak volgde u zo'n
 cursus ?
 hoeveel dagdelen telden
 deze cursussen gemiddeld ?

ja nee

☐ ☐

Overige vormen van bij- of nascholing op
 het gebied van psychosociale problemen ?

1.
2.
3.
4.
5.

1.
2.
3.
4.
5.

Hoe vaak heeft u een vorm van overleg met:

	1 x per week of meer	tussen 1 x per week en 1 x per maand	minder dan 1 x per maand
wijkverpleegkundige	☐	☐	☐
maatschappelijk werk	☐	☐	☐
fysiotherapeut	☐	☐	☐
pastor	☐	☐	☐
psycholoog	☐	☐	☐
psychiater	☐	☐	☐
sociaal psychiatrisch verpleegkundige	☐	☐	☐

Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar verwezen naar:

	meer dan 20 keer	6 - 20 keer	5 keer of minder	nooit
maatschappelijk werk	☐	☐	☐	☐
MOB/SPD/LGV/RIAGG	☐	☐	☐	☐
CAD	☐	☐	☐	☐
IMP	☐	☐	☐	☐
overige instellingen op het gebied van de AGGZ	☐	☐	☐	☐
overige psychologen	☐	☐	☐	☐
overige psychiaters	☐	☐	☐	☐

Onderneemt u nog andere activiteiten die met psychosociale hulpverlening te maken heeft ?

Hoeveel ziekenfondspatiënten heeft u ongeveer ?

Hoeveel tijd trekt u gemiddeld uit voor een patiënt op een afspraak-spreekuur ?

Zoudt u een schatting willen geven van het percentage patiënten dat uw spreekuur bezoekt, waar een bezoek aan de huisarts eigenlijk niet nodig was geweest.

Zoudt u een schatting willen geven van het percentage klachten dat u op het spreekuur gepresenteerd krijgt, waarbij psychosociale factoren een rol spelen.

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46
PSH 113 PV/PV

VRAGEN AAN DE PATIËNT, NAAR AANLEIDING VAN HET CONSULT

Geachte Mijnheer, Mevrouw,

Het Nederlands Huisartsen Instituut in Utrecht is bezig met een onderzoek naar de meningen van patienten over ziekte, gezondheid en de positie van de huisarts in deze.

We vragen U daarom onderstaande vragen te beantwoorden, door een kruisje te plaatsen in het hokje, waar het antwoord staat waar U het het meest mee eens bent.

Uw huisarts is accoord gegaan met dit onderzoek, maar hij krijgt de antwoorden niet te zien. Uw reacties worden, evenals de videoopnamen anoniem verwerkt.

Wij danken U bij voorbaat voor uw medewerking.

Vond U de arts geïnteresseerd in uw problemen en klachten?

- ☐ heel geïnteresseerd
☐ geïnteresseerd
☐ neutraal
☐ ongeïnteresseerd
☐ heel ongeïnteresseerd

Hoeveel tijd had de arts voor uw problemen en klachten?

- ☐ heel veel tijd
☐ veel tijd
☐ voldoende tijd
☐ weinig tijd
☐ veel te weinig tijd

Hieronder staan een aantal gedragingen van huisartsen. Kunt U aangeven wat uw huisarts in de praktijk doet? Zet een kruisje door het rondje.

	nooit	zelden	soms	vaak	altijd
1. Mijn huisarts begrijpt precies wat er aan de hand is.	0	0	0	0	0
2. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand.	0	0	0	0	0
3. Mijn huisarts heeft belangstelling voor je als persoon.	0	0	0	0	0
4. Mijn huisarts voelt mee met problemen	0	0	0	0	0
5. Mijn huisarts praat ook over niet- medische problemen	0	0	0	0	0
6. Mijn huisarts heeft voldoende tijd voor je.	0	0	0	0	0

De volgende gevallen geven situaties weer, waarin de ene persoon zijn dokter zou willen raadplegen, de andere liever naar een andere hulpverlener (bijvoorbeeld maatschappelijk werker of pastoor of onderwijzer) zou gaan, en weer een ander er geen hulp voor zou zoeken.

In welke gevallen vindt u, dat er met name een taak voor de huisarts is weggelegd ?

Beantwoordt de vraag door in één van de twee rondjes een kruisje te zetten.

	daarmee ga je naar de huisarts	daarmee ga je niet naar de huisarts
Iemand heeft problemen met de opvoeding van een negenjarige jongen. Wie kan daar goed advies over geven ?	0	0
In een drie jaar oud huwelijk zijn ernstige moeilijkheden ontstaan. Tot wie kunnen deze mensen zich het beste wenden ?	0	0
Een bejaard echtpaar zou eigenlijk beter naar een bejaardenhuis kunnen gaan. Wie kan hen daarbij helpen ?	0	0
Iemand voelt zich erg eenzaam . Bij wie kan hij hiermee terecht ?	0	0
Een vrouw met vijf jongere kinderen is overspannen en heeft hulp in de huishouding nodig. Naar wie kan zij het beste gaan ?	0	0
Wie zal een patiënt het beste steun kunnen geven gedurende de laatste weken van zijn leven ?	0	0
Wie komt er het meest in aanmerking om kinderen seksuele voorlichting te geven wanneer de ouders daar tegen op zien ?	0	0

Ik ben sinds bij mijn huisarts ingeschreven.

PSH50PV/YD
3-3-1983

observer:
arts :

band :
teller:
consultnummer:

aantal bezoekers:
leeftijd: / /
geslacht: / /

	cnr	klachten	RFE	a/p	p/s
1					
2					
3					
4					
5					
6					

verhouding somatisch-psychosociaal gedurende het gehele consult:

puur somatisch	1	2	3	4	5	puur psychosociaal
----------------	---	---	---	---	---	--------------------

beoordeling klachtencluster volgens observatoren							beoordeling systematisch werken								
							vraag- verheldering			probleem- definiering			plan		
	1	2	3	4	5	6	ja	nee	nvt	ja	nee	nvt	ja	nee	nvt
1:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

worden meerdere klachten
achter elkaar benaderd ?

ja	nee	nvt	gedeeltelijk
☐	☐	☐	☐

[illegible]

getotaliseerde tijd				
tijd buiten beeld				
tijd in beeld				
	duur	spreektijd arts	spreektijd patiënt	aankijk- tijd
somatische fragmenten				
psychosociale fragmenten				
gemengde fragmenten				
administratieve fragmenten				
sociaal gebabbel				
vraagverheldering som.				
psy. soc.				

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

Wat is de behandeling ?

- ☐ I Arts gaat niet in op een aantal psychosociale aspecten van de klacht
- a. arts houdt zich uitsluitend bij de somatische aspecten ☐
 - b. de arts gaat niet in op verbale cues, te weten:
(zie ook klachtenlijst) ☐
 - c. de arts gaat niet in op non-verbale cues, te weten:
..... ☐
 - d. de arts stuurt patiënt door voor verder lichamelijk onderzoek ☐
 - e. ☐
- ☐ II Arts gaat wel in op een aantal psychosociale aspecten van de klacht
- a. somatische aanpak: ☐
 - 1. middels medicatie
 - 2. middels verwijzing (naar niet psychosociale hulpverleners)
 - b. middels gesprek:
 - als praatpaal
 - geruststellend
 - steunend
 - explorerend
 - inzichtbevorderend
 - gedragsveranderend
 - c. middels advisering ☐
 - d. middels verwijzing naar psychosociale hulpverlener of hulp-
verlenende instantie, te weten ☐
 - e. middels de problematiek teruggeven aan de patiënt ☐

	somatisch	psychosociaal	gemengd
interesse/betrokkenheid 1 2 3 4 5			
aankijken + 0 -			
volgende uitingen (reflecties, gebruik maken van sti-te, blijkegeven mee te voelen, blijkegeven te begrijpen, steunende op- merkingen) voor zover ze een procesmatig karakter hebben			
uitingen* die de patiënt er toe aanzetten door te praten: aanmoedigen, doorvragen, sturen, aanwijzingen			
uitingen** die onderwerpen aansnijden			
uitingen die de patiënt in- formatie vragen, waarbij de arts de invulling in grote lijnen bepaalt: anamnese, gesloten vragen			
uitingen die de patiënt remmen: interrupties, negeren, afkappen			

*diept bestaand onderwerp uit

**streeft naar nieuw onderwerp

door het consult gepresenteerde onderwerpen/signalen per fragment¹

somatisch

psychosociaal

gemengd

adm.

soc.geb.

--	--	--	--	--