

2 2 OKT. 1984

**Interdoktervariantie
bij
psychosociale problematiek**

Tweede interimrapport

**P.F.M. Verhaak
augustus 1984**

3734

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUISARTSEN INSTITUUT
POSTBUS 812 3800 AV UTRECHT

INHOUDSOPGAVE	pag.
1. INTERDOKTERVARIANTIE BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK	1
1.1. Inleiding	1
1.2. Vraagstelling en onderzoekopzet van het onderzoek 'inter- doktervariantie bij psychosociale problematiek'	1
1.3. Het tweede interimrapport: vraagstelling en onderzoekopzet	3
1.4. Indeling van de rapportage	6
2. PATIENT- EN KLACHTKENMERKEN	8
2.1. Inleiding	8
2.2. Het onderzoeksmateriaal	9
2.3. Leeftijd	12
2.4. Geslacht	14
2.5. De presentatie van psychische en sociale problematiek	16
3. STRUCTURERING VAN HET CONSULT	18
3.1. Inleiding	18
3.2. Operationalisatie	19
3.3. Resultaten (1): algemeen	20
4. INBRENG VAN DE PATIËNT	23
4.1. Inleiding	23
4.2. Operationalisatie	24
4.3. Resultaten (1): algemeen	25
4.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen	27
5. DE AANDACHT VOOR DE PATIËNT	30
5.1. Inleiding	30
5.2. Operationalisatie	30
5.3. Resultaten (1): algemeen	31
5.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen	35
6. HET STUREN DOOR DE ARTS	38
6.1. Inleiding	38
6.2. Operationalisatie	39

6.3. Resultaten (1): algemeen	40
6.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen	43
ENIGE SAMENVATTENDE OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE RESULTATEN UIT DE HOOFDSTUKKEN 3 T/M 6	45
7. BEOORDELING VAN HET KLACHTENAANBOD	48
7.1. Inleiding	48
7.2. Resultaten (1): algemeen	49
7.3. Resultaten (2): verschillen tussen artsen	52
8. HOE BEHANDELT DE ARTS PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK	56
8.1. Inleiding	56
8.2. Operationalisatie	56
8.3. Resultaten (1): algemeen	57
8.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen	62
9. ARTSEIGENSCHAPPEN EN COMMUNICATIESTIJL	65
9.1. Inleiding	65
9.2. Opvattingen en werkwijze van de videoartsen	65
9.3. Opvattingen en communicatiestijl	70
9.4. Kenmerken van praktijkvoering en communicatiestijl	75
10. ARTSOORDEEL EN COMMUNICATIESTIJL	80
11. BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN EN COMMUNICATIESTIJL	83
12. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	86
NOTEN	88
LITERATUURLIJST	89
BIJLAGEN	

1. INTERDOKTERVARIANTIE BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

1.1. Inleiding

'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek' is de titel van een drie jaar durend onderzoeksproject dat, gesubsidieerd door het Praeventiefonds, wordt uitgevoerd door het Nederlands Huisartsen Instituut. Het onderzoeksproject maakt deel uit van een serie onderzoeken naar het hulpverleningsproces in de huisartspraktijk.

Het thans voor u liggende rapport is de tweede interimrapportage over het onderzoeksproject. De vraagstellingen die in dit rapport behandeld worden, vormen een zelfstandig geheel, maar maken wel deel uit van een groter kader. We zullen in dit inleidende hoofdstuk eerst kort ingaan op de vraagstelling en onderzoeksopzet van het gehele onderzoek, en op de resultaten die reeds in het eerste interimrapport vermeld zijn. Dit gebeurt in paragraaf 1.2. In paragraaf 1.3 gaan we in op de vraagstelling die in dit tweede interimrapport aan de orde komt en op de onderzoeksopzet die gehanteerd is om deze vraagstelling te beantwoorden. In paragraaf 1.4 zetten we de indeling van deze rapportage uiteen.

1.2. Vraagstelling en onderzoeksopzet van het onderzoek 'interdoktervariantie bij psychosociale problematiek'

De algemene vraagstelling van het onderzoek naar verschillen tussen artsen die in het eerste interimrapport op pagina 1 geformuleerd werd, luidde: 'welke eigenschappen van artsen dragen bij tot verschillen in beoordeling en behandeling van het probleemaanbod in de huisartspraktijk en volgens welke mechanismen verloopt die bijdrage? Met verschillen in beoordeling en behandeling, werd gerefereerd aan de as 'somatisch-psychosociaal'.

Bij de uitwerking van deze vraagstelling bleek dat eigenschappen van artsen (zoals opvattingen, normen, kenmerken) en van hun praktijkvoering (samenwerking, praktijkgroote, e.d.) rechtstreeks van invloed zouden kunnen zijn op de wijze waarop artsen klachten beoordelen en behandelen, maar dat er ook sprake zou kunnen zijn van tussenliggende mechanismen: artseigenschappen zouden samen kunnen hangen met patiëntenverwachtingen om-

trent het soort klachten waarmee men een beroep op de huisarts kan doen, en op die manier bewerkstelligen dat de ene arts meer psychosociale problematiek signaleert en behandelt dan de ander. Artseigenschappen zouden ook een samenhang kunnen vertonen met de communicatiestijl van de arts, die op zijn beurt van invloed is op de hoeveelheid gesignaleerde en behandelde psychosociale problematiek.

Voor een verdere uitwerking in deelhypothesen verwijzen we naar het eerste interimrapport. Op deze plaats volstaan we met de volgende opsomming van elementen die in het onderzoek in hun onderlinge samenhang onderzocht worden.

Als mogelijke verklaring (direct of indirect) voor verschillen tussen artsen in de mate waarin ze psychosociale klachten signaleren en behandelen:

- eigenschappen van artsen en hun praktijken;
- communicatiestijl;
- wederzijdse verwachtingen van arts en patiënt.

Ter beantwoording van de opgeworpen vragen staan ons van dertig artsen ongeveer 1800 op videoband vastgelegde consulten ter beschikking, per consult een door de patiënt en een door de arts ingevulde vragenlijst, en per arts een uitgebreide ingevulde enquête.

De te verklaren variabele 'beoordeling van klachten als somatisch of psychosociaal' is per consult vastgelegd door de arts. Op artsniveau geaggregeerd kennen we zo van iedere arts het percentage klachten dat hij psychosociaal noemt. De te verklaren variabele 'behandeling' wordt afgeleid uit de observatie van de opgenomen consulten.

De verklarende variabele 'wederzijdse verwachtingen' is geoperationaliseerd in de arts- en patiëntvragenlijstjes die per consult zijn ingevuld. 'Communicatiestijl' wordt per opgenomen consult door observatoren vastgesteld en de 'arts- en praktijkeigenschappen' zijn verzameld middels de enquêtes.

In het eerste interimrapport is ingegaan op de verdeling van de klachtbeoordelingen door de deelnemende artsen. De verschillen bleken groot te zijn en niet simpelweg te verklaren door verschillende leeftijds- of geslachtsopbouw of door een verschil in klachtenaanbod.

Vervolgens zijn opvattingen, normen en kenmerken van deelnemende artsen

en hun praktijken (van 25 van de 30) aan de orde gekomen en vergeleken met de opvattingen, normen en kenmerken van een representatieve steekproef van ongeveer 250 artsen. Op de meeste items was de spreiding voldoende (alle meningen blijken vertegenwoordigd bij de videoartsen), maar op de dimensie huisartsgeneeskundig denken - klinisch denken bleek de video-groep als geheel wat huisartsgeneeskundiger dan de landelijke groep. Tevens had eerstgenoemde meer nascholing op het gebied van psychosociale problematiek gevolgd.

Ten slotte kwamen in het eerste interimrapport de wederzijdse oordelen van arts en patiënt aan de orde. Niet iedere arts bleek in de ogen van de patiënt even open te staan voor psychosociale klachten, terwijl de ene arts ook in het algemeen een positiever beeld van zijn patiënten schetst dan de ander.

Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn de elementen 'behandeling' en 'communicatiestijl', beide af te leiden uit observatie van de opgenomen consulten nog niet aan de orde geweest. Ook zijn in dit rapport geen relaties tussen diverse elementen gelegd.

Dit rapport zal zowel een weergave van de communicatiestijl en behandeling geven, als een begin maken met de analyse van de verbanden tussen de onderscheiden onderdelen. Met de voltooiing van dit rapport zijn dan alle afzonderlijke elementen uit de vraagstelling beschreven, en is een begin gemaakt met het onderzoek naar samenhang tussen de elementen. De verdere uitwerking van dit laatste zal het centrale thema van de eindrapportage vormen.

1.3. Het tweede interimrapport: vraagstelling en onderzoeksoptzet

Centraal element in deze rapportage is de communicatiestijl van de dertig bij ons onderzoek betrokken huisartsen.

We stellen ons daarbij de volgende vragen:

1. In welke mate verschillen artsen in hun communicatie met patiënten.
2. Hoe hangen deze verschillen samen met opvattingen en werkomstandigheden van de arts.
3. Hoe hangen deze verschillen samen met de geneigdheid van de arts om klachten als niet-somatisch te beoordelen.

4. Hoe hangen deze verschillen samen met de behandeling van psychosociale klachten.

Over de invulling van het begrip 'gesprekssstijl', 'gesprekstechniek', 'arts-patiënt communicatie' is het in het eerste interimrapport reeds het een en ander gezegd. We willen daar in dit rapport wat uitgebreider op ingaan, omdat communicatiekenmerken en de verschillen tussen artsen in dat opzicht, het centrale thema van dit rapport vormen.

Met opzet is de term 'communicatie' gebezigd in de vraagstelling, ter vervanging van 'gesprekstechniek' of '-gedrag'. Het centrale thema in dit rapport is namelijk, de manier waarop arts en patiënt met elkaar omgaan. Dit geschiedt voor een belangrijk deel verbaal, maar het zou onrecht doen aan de hedendaagse kennis omtrent de pragmatische aspecten van menselijke communicatie om andere aspecten van die omgang (uitgedrukt in houding, in de wijze waarop arts en patiënt op elkaar betrokken zijn, in 'atmosfeer', etc.) buiten beschouwing te laten.

Onze taak is het nu aan de arts-patiënt communicatie die aspecten te onderscheiden en te operationaliseren die op theoretische gronden voor onze vraagstelling van belang zijn. Dit betekent dat het om die aspecten gaat, waarvan verondersteld wordt dat ze faciliterend of remmend werken op het uiten van psychosociale klachten door de patiënt.

In het eerste interimrapport onderscheidde we:

- de structurering van het consult,
- de houding van de arts ten opzichte van de patiënt,
- de inbreng die de arts toelaat aan de patiënt,
- het actief zoeken van de arts in het gesprek naar nieuwe aspecten ter verklaring van van de klachten.

Het belang van deze aspecten van de arts-patiëntcommunicatie komt aan de orde op het moment dat we deze afzonderlijk behandelen; op die plaats zullen we ook ingaan op de operationalisaties van de onderscheiden begrippen. Substitutie van 'communicatie' door deze vier aspecten in de bovengenoemde vraagstelling, levert de vraagstelling op, waarmee we ons in deze rapportage bezighouden.

Deze vragen worden beantwoord op basis van de observatie van de opgenomen consulten. Aangezien nog niet alle consulten geobserveerd zijn, maken we voor deze rapportage gebruik van 25 à 30 consulten per arts, in totaal 868 consulten. We beschouwen dit als voldoende om samenhangen in het materiaal op te sporen. Ten behoeve van de eindrapportage, gebaseerd op het dubbele aantal consulten zal marginaal getoetst worden of de in dit rapport vermelde resultaten hun geldigheid voor het gehele materiaal behouden hebben.

Zoals zal blijken bij de afzonderlijke behandeling van de onderscheiden aspecten, heeft niet ieder aspect betrekking op hetzelfde aggregatieniveau: soms wordt een communicatieaspect per klachtencluster¹ beoordeeld (in één consult kunnen meerdere klachtenclusters aan de orde komen) en in andere gevallen wordt een onderscheid naar gespreksfragmenten gemaakt.

We onderscheiden vijf typen gespreksfragmenten, die afhankelijk zijn van de inhoud van het besprokene:

- wordt er over lichaamsfuncties gepraat, dan noemen we dat deel 'somatisch';
- wordt er over psychische of sociale aangelegenheden gepraat, eventueel in relatie met lichamelijke klachten, dan noemen we dat deel 'psychosociaal';
- 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.

In de analyses worden uitingen die in de laatste twee fragmenten gescoord zijn, buiten beschouwing gelaten. Wanneer eenzelfde fragment meerdere keren in één consult optreedt, worden de betreffende scores bij elkaar opgeteld. Op deze manier heeft één consult nooit meer dan één fragment van een bepaald type.

De indelingen in klachtenclusters en in gespreksfragmenten staan naast elkaar, de een is niet ondergeschikt aan de ander. Het zijn twee manieren om het consult in te delen. Wanneer we teruggrijpen op de vier onderscheiden communicatieaspecten, dan geldt voor structurering van het consult en inbreng die de arts toelaat aan de patiënt, dat dit per gepresenteerd klach-

tencluster wordt beoordeeld. Deze oordelen hebben, zoals bij de gedetailleerde behandeling ervan (hoofdstuk 3 en 4) zal blijken, betrekking op afzonderlijke klachten.

Voor de houding van de arts ten opzichte van de patiënt en het actief zoeken geldt dat ze niet op één klachtencluster te betrekken zijn, wanneer meerdere klachten door elkaar heen behandeld worden. Het is echter wel van belang om de gespreksfragmenten in dit opzicht te onderscheiden, omdat de aard van het fragment andere communicatietechnieken met zich meebrengen.

Schematisch kunnen we de volgende aggregatieniveau's met bijbehorende variabelen en meetinstrumenten onderscheiden, welke gebruikt worden om de vier in het begin van deze paragraaf gestelde vragen te beantwoorden.

Arts	Kenmerken Opvattingen	Enquête	
Consult	Structurering	Observatie	
Klachtencluster	Oordeel arts over klacht Behandeling Inbreng Structurering	Vragenlijst Observatie Observatie Observatie	Fragment
			Houding Proces-uitingen Observatie Observatie

1.4. Indeling van de rapportage

De veelheid aan gehanteerde begrippen en het verschil in aggregatieniveau's waarop die begrippen geobserveerd worden maken het noodzakelijk om tot een zekere reductie te komen. Hieraan is deel I van deze rapportage gewijd: per onderscheiden communicatieaspect wordt eerst onderzocht of er verschillen tussen de dertig artsen bestaan, en zo ja of deze verschillen aan de artsen of aan toevallige verschillen worden toegeschreven.

Nadat de eerste vraag 'bestaan er communicatieverschillen tussen de artsen' per aspect beantwoord is, wordt aan het eind van deel I een gemeenschappe-

lijke communicatie-index geconstrueerd, waarmee de analyses vervolgd worden. Lezers die niet in alle details van de arts-patiëntcommunicatie geïnteresseerd zijn, kunnen de lezing van dit rapport vervolgen met de samenvatting en conclusies van deel I. Voor de in het detail geïnteresseerden volgt de indeling van dit gehele eerste deel.

Hoofdstuk 2 beschrijft patiënt- en klachtkenmerken zoals die over de dertig artsen verdeeld zijn. De vier volgende hoofdstukken behandelen achtervolgens de vier genoemde aspecten van de arts-patiënt communicatie:

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de structurering van het consult.

Hoofdstuk 4 behandelt de inbreng die de arts aan de patiënt gunt.

In *Hoofdstuk 5* komt de aandacht van de arts voor de patiënt aan de orde.

Hoofdstuk 6 ten slotte besteedt aandacht aan de mate waarin en de wijze waarop de arts informatie verzamelt die hem op het spoor van de achtergronden van de klacht brengt.

In de *Samenvatting en conclusies* van dit deel I komt de constructie van een algemene communicatie-index aan de orde.

Met behulp van de in dit eerste deel aangevoerde resultaten krijgen we een antwoord op de eerste vraag: in welke mate verschillen artsen in hun communicatie met patiënten.

Hoofdstuk 7 vormt deel II en beschrijft de beoordeling van het psychosociaal probleemaanbod in de bestudeerde 868 consulten.

Hoofdstuk 8 behandelt de behandeling van de klachten, die in het bestand zijn opgenomen. Het vormt deel III van de rapportage.

Hoofdstukken 9 tot en met 12 maken tesamen het laatste deel van het rapport uit: de relaties tussen de wijze van communiceren en de andere elementen.

In *hoofdstuk 9* behandelen we de relatie tussen de reeds in het eerste deel beschreven arts- en praktijkkenmerken en de wijze van communiceren.

Hoofdstuk 10 betreft de relatie communicatie-artsenoordeel over de klachten.

Hoofdstuk 11 gaat in op het verband tussen de communicatiekenmerken en de behandeling van psychosociale klachten.

Hoofdstuk 12 vat de voornaamste conclusies samen.

DEEL I

2. PATIENT- EN KLACHTKENMERKEN

2.1. Inleiding

Alvorens ons te verdiepen in de diverse aspecten van gespreksvoering, in de beoordelingen van de klachten en in de behandeling ervan, zullen we ons in dit hoofdstuk bezighouden met het materiaal waarover we beschikken. Het is uit verschillende onderzoeken gebleken dat de klachten van een vrouw meer kans lopen om als 'psychisch' gelabeld te worden dan die van een man (Bernstein en Kane, 1981, Marks e.d., 1977); vrouwen krijgen meer informatie (Pendleton en Bochner, 1980), en meer afspraken en diensten (Verbrugge en Steiner, 1981). Oudere patiënten worden eerder als 'probleempatiënt' gelabeld dan jongere (Verhaak, 1979, Sanavro, 1982). We kunnen in ieder geval nagaan of de consulten van de verschillende artsen met betrekking tot leeftijd en geslacht grote verschillen vertonen. Voorts kunnen we controleren in hoeverre het aanbod van expliciet psychische of sociale problematiek erg uiteenlopend is. Expliciet psychisch of sociaal klachtenaanbod zal immers in ieder geval geen variatie in het artsenoordeel over het meespelen van psychische aspecten meer oproepen: iedere arts beoordeelt dat als zuiver psychosociaal. Een disproportionele verdeling van psychische en sociale klachten leidt zo tot een verschillende uitgangspositie van de artsen wanneer we hun beoordelingen in beschouwing nemen (N.B. Dit wil geenszins zeggen dat een verschil in psychisch en sociaal klachtenaanbod niet aan de zogenaamde artsfactor kan worden toegeschreven. In onze eindrapportage zullen we onderzoeken of niet 'iedere arts de patiënten krijgt die hij verdient').

We bespreken in dit hoofdstuk eerst de aantallen consulten, klachten en fragmenten; vervolgens komt de geslachtsverdeling en het psychisch en sociaal klachtenaanbod, zowel op consult- als op klachtenclusterniveau, van de consulten van de dertig bestudeerde artsen aan de orde. Afhankelijk van het niveau van analyse (consult, klachtencluster of gespreksfragment) is de leeftijds- en geslachtsverdeling iets anders. Patiëntenkenmerken als leeftijd en geslacht vormen namelijk geen probleem, zolang zich één patiënt op het spreekuur aanmeldt. Dit is het geval in 720 consulten (82.9% van het totaal). In 131 consulten (15.1%) zijn er twee

bezoekers, in 15 consulten (1.7%) drie, en ten slotte zijn er twee consulten waar zich een familie van vier op het spreekuur aanmeldt.

Waar sprake is van analyse op het niveau van het klachtencluster, wordt leeftijd en geslacht gehanteerd van die persoon waarop het klachtencluster betrekking heeft. Is er sprake van analyse op het niveau van het gespreksfragment of van het gehele consult, dan wordt leeftijd en geslacht van de woordvoerder in beschouwing genomen.

2.2. Het onderzoeksmateriaal

Zoals gezegd heeft het onderzoek betrekking op dertig huisartsen. Van de ongeveer zestig per arts verzamelde consulten is ongeveer de helft op dit moment volledig geobserveerd en toegankelijk voor analyse.

De observaties geschieden door vijf observatoren. Deze observatoren zijn zodanig over de artsen verdeeld dat observatoreffecten, voorzover niet elimineerbaar, bij iedere arts even sterk spelen.

Voor de gang van zaken tijdens de training van de observatoren verwijzen we naar het eerste interimrapport, paragraaf 6.2. Voor de betrouwbaarheid verwijzen we naar bijlage I van dit rapport.

De aantallen consulten, klachtenclusters en gespreksfragmenten per arts staan in de hierna volgende tabel vermeld.

Tabel 2.1.: aantal consulten, klachtenclusters en fragmenten per arts

Arts	Aantal consulten	Aantal klachtenclusters	Kl.clus/consult	Aantal Som. Fragm.	Som. Fragm./consult	Aantal Psych. Fragm.	Psych. Fragm./consult
1	31	57	1.8	31	1.00	4	.13
2	32	61	1.9	32	1.00	6	.19
3	28	42	1.5	28	1.00	4	.14
4	31	54	1.7	30	.97	8	.26
5	31	46	1.5	31	1.00	2	.07
6	27	42	1.6	26	.96	3	.11
7	26	49	1.9	26	1.00	6	.23
8	24	45	1.9	22	.92	12	.50
9	29	57	2.0	25	.86	13	.45
0	32	58	1.8	28	.88	10	.31
11	28	52	1.9	27	.96	12	.43
12	28	56	2.0	27	.96	6	.21
13	28	46	1.6	26	.93	9	.32
14	28	64	2.3	27	.96	16	.57
15	27	54	2.0	24	.89	12	.44
16	28	46	1.6	26	.93	5	.18
17	27	53	2.0	26	.96	5	.19
18	27	41	1.5	27	1.00	9	.33
19	27	53	2.0	24	.89	11	.41
20	28	61	2.2	26	.93	8	.29
21	27	44	1.6	20	.74	11	.41
22	29	47	1.6	26	.90	12	.41
23	28	47	1.7	27	.96	7	.15
24	28	53	1.9	25	.89	9	.17
25	26	42	1.6	22	.85	6	.14
26	37	55	1.5	36	.97	11	.20
27	37	77	2.1	30	.81	14	.38
28	29	39	1.3	26	.90	5	.17
29	30	59	2.0	29	.97	9	.30
30	30	46	1.5	30	1.00	7	.23

Het aantal geobserveerde consulten loopt per arts niet erg uiteen. We zien dat gemiddeld in een consult iets minder dan twee klachtenclusters worden gepresenteerd: let wel, binnen een klachtencluster komen meestal meerdere klachten voor (gemiddelde klachtencluster telt 2.2 klachten). Een klachtencluster is een op zichzelf staande groep klachten. Meestal komen dus in één consult meerdere van dergelijke clusters voor, die onderling niets met elkaar te maken hebben. De verschillen in het aantal klachtenclusters per consult zijn niet erg groot; veel minder groot dan de verschillen die we constateerden in het aantal klachten, zoals de arts die registreerde; hierover rapporteerden we in hoofdstuk 3 van ons eerste interimrapport. Daar merkten we op dat de ene arts per vast aantal consulten veel meer verschillende klachten noteerde dan de ander: reden voor ons om alleen de eerste klacht (die immers iedere arts had) in beschouwing te nemen.

Deze verschillen blijken nu hoofdzakelijk aan perceptie en registratieinspanning van de arts te moeten worden toegeschreven. Wanneer klachtenclusters op uniforme wijze worden geregistreerd - namelijk door een klein aantal getrainde observatoren - zijn de verschillen minder groot én treffen we de uitschieters bij andere artsen aan: van de acht artsen met minder dan 1.3 klachtenclusters per consult volgens eigen registratie, valt er maar één binnen de groep van acht artsen met minder dan 1.6 klachtenclusters volgens onze observatie.² In tegenstelling tot de gevolgde handelswijze in het eerste interimrapport zullen hier alle klachtenclusters in beschouwing genomen worden, aangezien geen vertekening tussen artsen optreedt.

We zien dat - een enkele uitzondering daargelaten - bij iedere arts in vrijwel ieder consult wel over lichamelijke zaken wordt gesproken. De spreiding van het percentage consulten waarin psychosociale gespreksfragmenten optreden is veel groter: van vrijwel nooit tot in meer dan de helft van de gevallen. Overigens kunnen we nu reeds vaststellen dat voor diepgaande analyse per arts van de psychosociale fragmenten, gewacht moet worden tot we beschikken over alle consulten. Momenteel is in meer dan de helft van de gevallen het aantal te klein voor zinvolle analyse.

2.3. Leeftijd

In de 868 bestudeerde consulten was de leeftijd van de woordvoerder, de tweede, en de derde en vierde bezoeker als volgt verdeeld:

Tabel 2.2.: leeftijdsverdeling van woordvoerders, tweede en derde, vierde bezoekers, algemeen

Totaal						
Leeftijdscategorie	Woordvoerder		Tweede bezoeker		Derde, vierde bezoeker	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
≤ 20 jaar	106	12.2%	101	68.2%	11	58%
21 - 30 jaar	213	24.6%	8	5.4%	1	5%
31 - 40 jaar	179	20.7%	19	12.8%	5	26%
41 - 50 jaar	137	15.8%	5	3.4%	1	5%
51 - 60 jaar	109	12.6%	6	4.1%	1	5%
61 - 70 jaar	62	7.2%	4	2.7%		
71 ≥ jaar	60	6.9%	5	3.4%		
\bar{X} :	39.8		18.5		14.2	
s.d.:	17.5		21.1		14.2	

Tabel 2.3.: gemiddelde leeftijd van de woordvoerder per arts

Arts	Woordvoerder			Arts	Woordvoerder		
	X	s.d.	N		X	s.d.	N
01	37.0	19.9	31	16	42.9	16.7	28
02	41.0	19.0	32	17	40.4	16.7	27
03	41.5	19.7	28	18	34.0	11.8	27
04	38.4	17.7	31	19	47.4	17.8	27
05	42.3	17.4	31	20	39.8	16.9	28
06	32.2	9.9	27	21	37.6	16.5	27
07	41.8	18.2	26	22	40.7	18.3	29
08	38.4	19.5	24	23	30.1	15.6	28
09	36.5	15.7	29	24	46.7	20.1	28
10	35.0	16.8	32	25	33.9	13.3	26
11	47.8	21.0	28	26	37.9	17.2	37
12	39.0	14.6	28	27	42.2	21.1	37
13	39.3	15.6	28	28	40.2	17.4	29
14	44.0	16.4	28	29	39.9	13.9	29
15	46.0	20.2	27	30	41.3	14.8	29

Wanneer we de leeftijd van de woordvoerder als leeftijdsmaat hanteren, dan varieert de gemiddelde leeftijd tussen de artsen van 30 jaar (arts 23) tot 48 jaar (arts 11). De groep jonge bezoekers (jonger dan 20 jaar) is sterk ondervertegenwoordigd: tot ongeveer 12 jaar is het meestal de begeleider (zie zelf overigens ook meestal klachten presenteert) die het woord doet, en dus meegeteld wordt. Bij de bestudering van gespreksfragmenten is dit zonder meer gerechtvaardigd, aangezien de leeftijd betrokken wordt op het gedrag van de woordvoerder. Voor het totaal consult is hier sprake van een wat meer arbitraire keus, welke echter - bij meerdere bezoekers met klachten - onvermijdelijk is. Overigens wijkt de verdeling per arts nauwelijks af van die, welke we in het eerste interimrapport vermeldden (deze was afgeleid van de leeftijd van alle patiënten met de eerste klacht - naar opgave van de arts), of van de leeftijdsverdeling van alle patiënten op wie een klachtencluster betrekking heeft. Daarnaast wijzen we er nogmaals op dat 83% van alle consulten maar één bezoeker telde.

We zagen in paragraaf 2.2 reeds dat het aantal klachtenclusters veel hoger lag dan het aantal consulten: in de 868 consulten worden 1546 klachten-

clusters gepresenteerd, waarvan in 1525 gevallen de leeftijd van de patiënt bekend was. Voor analyses die op klachclusterniveau worden uitgevoerd kan een patiënt dus meerdere malen meetellen, en alle patiënten met klachten in één consult tellen mee.

Wanneer we echter de leeftijdsverdeling op het niveau van het klachtencluster berekenen, veranderen de gemiddelde leeftijden per arts nauwelijks en blijven de verschillen tussen artsen aanzienlijk. Dat per arts de gemiddelde leeftijd niet zo verandert, laat zich waarschijnlijk verklaren uit het feit dat bij iedere arts de jonge kinderen - voor zover ze klachten hadden - worden meegeteld, maar anderzijds ouderen met meer klachten vaker dubbel geteld worden.

We zullen, gezien de verschillen in leeftijdsverdeling, bij de volgende analyses, controleren voor een mogelijk leeftijdseffect.

2.4. Geslacht

Op dezelfde wijze als in paragraaf 2.3 de leeftijd aan de orde kwam, is de geslachtsverdeling van de patiënten in ons onderzoek in beschouwing genomen: tabel 2.4 laat de verdeling in het geheel en per arts zien, voor zover het consult als eenheid van analyse wordt genomen.

Tabel 2.4.: geslachtsverdeling van woordvoerders, tweede en derde/vierde bezoekers, algemeen en per arts

Totaal							
Geslachtscategorie	Woordvoerder		Tweede bezoeker		Derde/vierde bezoeker		
	N	%					
Man	324	37.3%	67	45%	11	65%	
Vrouw	544	62.7%	82	55%	6	35%	

Per arts:	Woordvoerder			Arts	Woordvoerder		
	%M	%V	N		%M	%V	N
01	45%	55%	31	16	43%	57%	28
02	44%	56%	32	17	19%	82%	27
03	43%	57%	28	18	44%	56%	27
04	48%	52%	31	19	37%	63%	27
05	39%	61%	31	20	18%	82%	28
06	37%	63%	27	21	33%	67%	27
07	39%	61%	26	22	41%	59%	29
08	38%	62%	24	23	18%	82%	28
09	48%	52%	29	24	32%	68%	28
10	31%	69%	32	25	54%	46%	26
11	21%	79%	28	26	43%	57%	37
12	32%	68%	28	27	41%	59%	37
13	43%	57%	28	18	24%	76%	29
14	25%	75%	28	29	40%	60%	30
15	56%	44%	27	30	40%	60%	30

Voor deze geslachtsverdeling per arts geldt, dat de verschillen tussen artsen aanzienlijk zijn (variërend van 56% mannen tot 18% mannen), en dat de proportie mannen bij een aantal artsen geringer is dan in het eerste interimrapport.

Dit kan deels te wijten zijn aan het feit dat we hier maar de helft van het materiaal presenteren, deels aan het feit dat we hier het geslacht van de woordvoerder (in een aantal gevallen, de moeder) presenteren. Wanneer we per klachtencluster het geslacht in beschouwing nemen, wordt de spreiding tussen de artsen er niet minder op: er worden nu iets meer kleine jongetjes meegeteld, voor wie de moeder het woord deed, anderzijds

tellen veel vrouwen met meerdere klachtenclusters nu dubbel mee. De consequentie is dat in de analyses in de volgende hoofdstukken ook voor het geslacht van de patiënten gecontroleerd dient te worden.

2.5. De presentatie van psychische en sociale problematiek

We schreven in de inleiding dat we bij onze controle van het patiëntenaanbod ook aandacht wilde schenken aan mogelijke verschillen in het openlijk gepresenteerde psychische en sociale probleemaanbod. Dit nu doen we alleen, voor zover dit geschiedde op initiatief van de patiënt: immers: variatie in psychisch of sociaal probleemaanbod op initiatief van de arts (waarbij de arts informeert hoe het verder thuis gaat, en dergelijke) dient volledig op rekening van de interdoktervariantie geschreven te worden en komt uitgebreid ter sprake onder het hoofdje 'sturend gedrag'.

De volgende tabel geeft het aantal en percentage van het totale aantal klachtenclusters aan, dat op initiatief van de patiënt ter sprake kwam, en in het RFE-systeem (De Reseans For Encounter classificatie, waarmee klachten, symptomen, diagnoses en andere redenen van komst geclassificeerd worden. Vgl. Lamberts, 1982) gecategoriseerd werd als 'psychisch' of 'sociaal'.

Tabel 2.5.: psychische en sociaal klachtenaanbod bij de verschillende artsen (op initiatief van de patiënt)

Arts:	Psychisch				Sociaal				
	N	%	N	%	Arts:	N	%	N	%
01	2	4%	0	0%	16	4	10%	1	3%
02	5	9%	3	5%	17	2	4%	1	2%
03	0	0%	1	3%	18	1	3%	0	0%
04	3	6%	1	2%	19	1	2%	2	5%
05	1	3%	0	0%	20	1	2%	1	2%
06	1	3%	0	0%	21	3	8%	4	10%
07	3	7%	0	0%	22	5	13%	2	5%
08	3	7%	3	7%	23	1	3%	2	5%
09	4	9%	0	0%	24	5	11%	0	0%
10	3	6%	3	6%	25	0	0%	1	4%
11	4	9%	1	2%	26	4	11%	0	0%
12	3	6%	2	4%	27	6	13%	5	10%
13	3	8%	1	3%	28	0	0%	1	3%
14	4	8%	2	4%	29	2	4%	1	2%
15	4	9%	4	9%	30	3	7%	0	0%

De spreiding tussen de artsen (waarbij we op de percentages letten, en ons realiseren dat deze slechts betrekking hebben op 39 tot 77 klachtenclusters per arts) is kleiner dan in het eerste interimrapport in dit opzicht werd gevonden tussen het percentage *eerste* klachten dat de *arts* psychisch of sociaal noemde. Voorts zijn het niet de artsen die blijkens hun klachtbeoordelingen de meest psychosociale blik hebben, die het grootste aanbod aan psychische of sociale klachten hebben. Tenslotte veranderen de verschillen tussen de artsen niet noemenswaardig wanneer we ons uitsluitend concentreren op zogenaamde *primaire* klachtenclusters op initiatief van de patiënt, dat wil zeggen klachten waarvan de observatoren de indruk hebben dat de patiënt hiervoor bij de dokter komt, in tegenstelling tot secundaire klachtenclusters, die min of meer toevallig ter sprake komen.

We zullen in een aantal gevallen de aard van de klachten wel in onze analyses betrekken, maar vooralsnog stellen we dat het psychische en sociale klachtenaanbod een andere spreiding vertoont dan de artsenbeoordelingen zoals die in het eerste interimrapport naar voren kwamen, en die we in hoofdstuk 7 weer tegen zullen komen.

3. STRUCTURERING VAN HET CONSULT

3.1. Inleiding

Het klassieke diagnose-receptmodel, waarbinnen de huisarts zou werken (vgl. Vrolijk, e.a., 1972), blijkt in de praktijk niet altijd op deze overzichtelijke manier gestalte te krijgen. Slechts zelden presenteert de patiënt maar één klacht, lang niet altijd is de openingsklacht de belangrijkste, en niet iedere klacht is nieuw voor de arts.

Een andere aanname die vaak stilzwijgend gemaakt wordt, is dat de gepresenteerde klacht een medisch probleem¹ is. Naast vragen om hulp voor een medisch probleem onderscheidt Van Es (1980) echter vragen om hulp bij niet-medische problemen, vragen om begeleiding, oneigenlijke vragen (patiënt probeert arts voor zijn karretje te spannen), doelvragen (bijv. om een verwijskaart) en alibivragen (bijv. legitimatie tot ziek zijn).

McWhinney (1972) geeft in zijn taxonomie ook een serie redenen voor komst aan, die geen medisch probleem in de stricte zin van het woord betreffen: men komt bij de arts met angst die symptomen veroorzaken, met symptomen die iets anders uitdrukken, om administratieve redenen, of om preventieve redenen.

Dit alles kan het consult tot een onoverzichtelijk geheel maken, hetgeen tot gevolg heeft dat klachten niet opgemerkt werden door de arts (waarvoor Bremer in zijn 'inleiding tot de huisartsgeneeskunde' in 1969 al waarschuwt) of dat patiënten er niet toe komen de werkelijke reden van komst te vermelden. Wanneer het geen natuurlijk gegeven is dat een patiënt per definitie een medisch probleem op tafel legt, dat de arts middels het in het diagnose-receptmodel voorgeschreven vraag- en antwoordspel ontrafelt, moet men eisen stellen aan de structuur van het consult. Dit geschiedt bijvoorbeeld in het kader van 'Methodisch Werken' waarin grote waarde gehecht wordt aan het overzichtelijk maken van het hulpverleningsproces van arts en patiënt. Deze overzichtelijkheid wordt bevorderd door 'de vraag achter de vraag' te expliciteren, en de hulpverlening daarop af te stemmen. Op de tweede plaats wordt het consult overzichtelijker wanneer verschillende vragen achter elkaar worden uitgewerkt.

Een uitvoerig overzicht van de eisen, die 'Methodisch Werken' stelt, en van de wijze waarop deze in het consult gestalte kunnen krijgen wordt gegeven in Den Hoed en Sluijs, 1982).⁴

Structurering van het consult zegt nog niets over de inhoudelijke werkwijze die de arts volgt, maar geeft een conditie aan waarbinnen de hulpverlening inhoudelijk gestalte kan krijgen.

3.2. Operationalisatie

Bij meerdere klachtenclusters wordt beoordeeld of de arts hierin een *volgorde* aanbrengt en ze dienovereenkomstig afhandelt.

Dit is het geval wanneer de arts duidelijk structuur aanbrengt in een reeks klachten of wanneer de patiënt alle klachten achter elkaar presenteert en de arts er in die volgorde op ingaat. Het is hierbij wel mogelijk dat de arts twee klachten parallel behandelt: eerst van beide klachten achter elkaar de anamnese afnemen, vervolgens ten behoeve van beide klachten lichamelijk onderzoek, ten slotte voor beide een therapie voorschrijven, als hij dit maar structureert.

Het is niet het geval wanneer zonder structurering diverse klachten door elkaar heen behandeld worden, tijdens het onderzoek naar aanleiding van de eerste klacht anamnestiche vragen over de tweede worden gesteld, etc. Het structuur aanbrengen kan ten slotte gedeeltelijk geslaagd genoemd worden, wanneer de arts wel structuur aanbrengt, zich daar deels aan houdt, maar toch op 'fouten' betrappt kan worden.

Het spreekt voor zich dat het oordeel over de volgorde waarin klachten worden afgehandeld op consultniveau wordt uitgesproken, en dat het oordeel niet van toepassing is op consulten waarin de observator maar één klachtencluster heeft signaleerd.

Een tweede indicator voor het gestructureerde verloop van het consult, is de aanwezigheid van *vraagverheldering*. Per klachtencluster wordt vastgelegd of de arts, alvorens op de klachten als zodanig in te gaan, bespreekt waarom de patiënt daarmee bij hem komt of wat de patiënt van de arts verwacht. Deze categorie wordt niet beoordeeld wanneer de reden voor komst een onderzoeksuitslag, routinecontrôle, keuring of een vraag met betrekking tot niet aanwezige derden betreft.

3.3. Resultaten (1): algemeen

Bij het oordeel omtrent de volgorde waarin de arts klachten behandelt, moeten we voor ogen houden, dat in de helft van de consulten slechts sprake is van één klachtencluster: in deze gevallen is de score niet van toepassing. In de resterende consulten is de verdeling als volgt:

Tabel 3.1.: behandelt de arts klachten achter elkaar?

	Absoluut	%
Arts behandelt klachten achter elkaar	260	60%
Arts behandelt klachten gedeeltelijk achter elkaar	86	20%
Arts behandelt klachten niet achter elkaar	87	20%

Er is sprake van een zeker leeftijdseffect: bij jongere woordvoerders worden klachten iets vaker achter elkaar behandeld dan bij ouderen. Het geslacht van de woordvoerder doet er niet toe. Wanneer in het gehele consult slechts somatisch beoordeelde klachten aan de orde komen, is het consult iets meer geordend (in 68% van de gevallen behandelt de arts de klachten achter elkaar) dan wanneer ook psychosociale aspecten in het oordeel van de observator betrokken worden (56% achter elkaar).

Richten we nu onze aandacht op de tweede operationalisatie van een gestructureerd consult: de aanwezigheid - per klachtencluster - van vraagverheldering. In 15% van de aanwezige klachtenclusters werd vraagverheldering als niet van toepassing beschouwd; voor de overige klachtenclusters was de verdeling als in tabel 3.2 staat aangegeven.

Tabel 3.2.: aanwezigheid vraagverheldering bij alle van toepassing zijnde klachtenclusters en bij primaire klachtenclusters

	Alle klachtenclusters		Primaire klachtenclusters	
	Absoluut	%	Absoluut	%
Vraagverheldering aanwezig	240	18.7%	229	21.4%
Vraagverheldering afwezig	1042	81.3%	841	78.6%

Het gebeurt in het algemeen slechts bij één op de vijf klachtenclusters dat een arts dieper ingaat op de vraag wat de patiënt van hem verwacht. Betreft het een primaire klacht (een klacht waarvan de observator van mening is dat de patiënt ook tevoren het plan had deze te uiten) dan is het percentage iets hoger dan bij het totaal.

Wanneer we de klachten waarbij volgens de observator psychosociale aspecten een rol spelen afzonderlijk bekijken zien we hetzelfde percentage vraagverheldering als bij het totaal. Het meespelen van niet-medische factoren is blijkbaar voor de arts geen aanleiding om dieper op de reden van komst in te gaan.

Vraagverheldering lijkt voor de observatoren een duidelijk concept: iedere observator signaleert het ongeveer even vaak; in variantanalyses worden geen observatoreffecten aangetroffen. Scores van artsen veranderen niet na controle voor de observator.

Vraagverheldering is ook niet afhankelijk van leeftijd of geslacht van de patiënt waarop de klacht betrekking heeft. Bij mannen en vrouwen en binnen iedere leeftijdscategorie treffen we in $\pm 20\%$ van de gepresenteerde klachten vraagverheldering aan.

Wanneer in een consult bij een of meerdere clusters sprake is van vraagverheldering, worden klachten wat vaker na elkaar behandeld, dan wanneer dit niet zo is (66% van de consulten versus 58%). Andersom geldt, wanneer meerdere klachten achter elkaar behandeld worden, er in 32% van de gevallen bij minstens één der klachten aan vraagverheldering wordt gedaan, in tegenstelling tot de consulten waar zulks niet het geval is: 26% vraagverheldering. De samenhang tussen beide maten is dus niet erg hoog.

Grafiek 3.1 laat zien hoe het percentage consulten waarin klachten achter elkaar behandeld worden, per arts verschilt. Veel artsen wijken nauwelijks af van de gemiddelde 60% (bij vijftien artsen is de afwijking kleiner of gelijk aan 10%). Voorts is er sprake van een relatief klein aantal gevallen per arts vanwege het grote aantal consulten met slechts één klachtencluster ($\pm 50\%$). We kunnen daarom voor deze variabele niet van variantie tussen artsen spreken, die de variantie binnen artsen duidelijk overtreft. Op dezelfde wijze geeft grafiek 3.2 aan welke verschillen in het al dan

niet naar voren komen van vraagverheldering geconstateerd kunnen worden. Er is, blijkens variantieanalyse, een significant verschil tussen de artsen ($F = 3.6, p < .001$). De score loopt uiteen van geen enkele maal vraagverheldering bij arts 16 tot vraagverheldering bij 40% van alle klachten bij arts 11. Uit de grafiek lezen we ook af dat de gehele range tussen 0% en 40% gelijkmatig gevuld is.

We zeiden reeds dat er geen sprake was van een verband tussen leeftijd, geslacht, of observator met het optreden van vraagverheldering. Hiervoor gecorrigeerde percentages wijken dientengevolge niet af van de ruwe percentages, zoals vermeld in grafiek 3.2.

We hebben aldus twee maten, welke een indicatie geven van de mate waarin het consult gestructureerd wordt. Op de eerste verschillen artsen veel minder dan op de tweede maat. Op artsniveau is er geen sprake van samenhang tussen beide maten: de rangcorrelatie tussen het percentage consulten - met meer dan één klacht - waarin de arts de klachten in volgorde afwerkt en het percentage klachten waarbij de arts eerst de vraag achter de hulpvraag aan de orde stelt, bedraagt slechts .13.

4. INBRENG VAN DE PATIËNT

4.1. Inleiding

De arts wordt door de patiënt benaderd als deskundige. In Parson's conceptie (Parsons 1951) van de sociale rollen van arts en patiënt, is de patiënt de hulpeloze, niet verantwoordelijke hulpzoeker, die zich tot de arts, die hoogwaardige technische competentie bezit, richt teneinde hulp te verkrijgen. Een dergelijke rolverdeling kan uitsluitend van toepassing zijn op die gevallen, waarin de klacht waarvoor hulp gezocht wordt, een medisch probleem betreft, hetgeen, zoals we reeds opmerkten, lang niet altijd het geval hoeft te zijn.

Men kan ook in navolging van Szasz en Hollender (1956) de verhouding tussen arts en patiënt differentiëren naar de aard (en de ernst) van de aandoening. Deze verhouding wordt uitgedrukt als 'actief-passief' in gevallen dat de patiënt min of meer hulpeloos is en de arts 'iets aan hem doet', zoals bij ernstige verwondingen het geval is. De verhouding is er een van 'leiden en volgen', wanneer de patiënt zich goed bewust is van wat er gebeurt en daar een oordeel over kan hebben, maar de arts voorschrijft wat hij dient te doen en te laten (een situatie die bijvoorbeeld bij een infectie-ziekte optreedt). Ten slotte is er de verhouding van 'wederzijdse deelname', waar de arts de patiënt helpt zichzelf te helpen. Een verhouding die Szasz en Hollender van toepassing achten bij chronisch zieken, die echter ook bij veel problemen die niet direct 'medische problemen' zijn, op kan gaan. Philipsen (1979) wijst er op dat inzake psychosociale problematiek de patiënt eigenlijk even deskundig is als de arts.

Byrne en Long (1976) hebben de mate waarin de arts de patiënt betreft bij oordeelsvorming en bepaling van de therapie, uitgebreid bestudeerd. Ze komen tot een aantal interessante conclusies:

- iedere arts heeft een vrij stereotype stijl, waarmee hij patiënten veel of weinig inbreng geeft bij bovengenoemde beslissingsmomenten. Tussen artsen varieert dit: er zijn artsen die de patiënt in grote lijnen laten bepalen wat de oorzaak van hun klachten is, en artsen die de patiënt slechts de door de arts gewenste informatie laten geven; artsen die zonder nadere uitleg een behandeling voorschrijven en artsen die de patiënt laten beslissen wat er zal gebeuren.

- de stijl met betrekking tot oordeelsvorming staat los van de stijl met betrekking tot behandeling.

Overigens zijn Byrne en Long niet erg helder over de wijze waarop ze dergelijke stijlen vaststellen (vgl. Buys, Sluijs en Verhaak, 1984): enerzijds geschiedt het aan de hand van globale beoordelingen; anderzijds trachten ze het meer inhoud te geven, door inbreng geven te vertalen in empathische houding, open vragen stellen, etc. als tegengestelde van gericht onderzoeken, negeren van de patiënt, etc.

Bij de door ons gebruikte definities van de ruimte die een arts aan de patiënt geeft, geven we een globaal oordeel, dat los staat van de aard van de uitingen van de arts, en bepaald wordt door de mogelijkheden die de arts de patiënt biedt om zijn eigen ideeën en suggesties te effectueren. Oftewel, in Szasz en Hollender's termen, we geven weer in hoeverre er sprake is van 'activiteit-passiviteit' dan wel van 'wederzijdse participatie.

4.2. Operationalisatie

Per klachtencluster wordt door de observatoren op een vijf-puntsschaal aangegeven hoeveel inbreng de patiënt heeft gehad bij de vaststelling van de diagnose en van het behandelingsplan.

De vijf punten bij de beoordeling van de inbreng bij diagnose worden:

1. (minste inbreng): arts onderzoekt de klacht zonder nadere uitleg,
2. : arts onderzoekt de klacht en vertelt waarom,
3. : arts onderzoekt de klacht en betreft daarbij de ideeën die de patiënt daarover heeft,
4. : arts onderzoekt de klacht en zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft,
5. (meeste inbreng): arts laat de patiënt ideeën naar voren brengen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

De beoordeling van de inbreng bij behandeling werd op de volgende vijf categorieën gescoord:

1. (minste inbreng): arts bepaalt een behandeling en geeft hierbij geen toelichting,
2. : arts bepaalt de behandeling en vertelt waarom,
3. : arts bepaalt de behandeling en betreft daarbij de mening van de patiënt,

4. : arts bepaalt de behandeling, maar zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft,
5. (meeste inbreng): arts laat de patiënt de behandeling bepalen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

De inbrengscores zijn op deze manier op het niveau van het klachtencluster geobserveerd. Aggregatie naar het consultniveau is niet zinvol: het gemiddelde van geen inbreng geven bij een klacht en veel inbreng bij een tweede is niet een beetje inbreng in het hele consult.

4.3. Resultaten (1): algemeen

De scores over alle klachtenclusters en alle artsen tesamen staan weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1.: inbreng van de patiënt bij vaststelling diagnose en behandelingsplan

	Inbreng diagnose		Inbreng behandeling	
	Absoluut	%	Absoluut	%
1. weinig)	140	10.9%	195	15.8%
2.	303	23.6%	437	35.4%
3.	419	32.7%	240	19.4%
4.	251	19.6%	174	14.1%
5. (veel)	170	13.3%	189	15.3%
n.v.t.*:	(263)		(311)	
gemiddelde inbreng:	3.0		2.8	
* indien probleemdefiniëring of behandeling niet plaatsvindt is de inbreng-score niet van toepassing				

De inbreng van de patiënt bij vaststelling van de diagnose is normaal gespreid rond de gemiddelde schaalwaarde. Bij de behandeling krijgt de patiënt iets minder ruimte: de verdeling is lichtelijk scheef naar de kant 'weinig inbreng'.

De samenhang tussen beide inbrengscores is op het niveau van het klachtencluster hoog: de product-moment correlatiecoëfficiënt bedraagt .52.

De gemiddelde inbreng die een patiënt krijgt is per klachtencategorie niet zo verschillend, op twee uitzonderingen na: bij klachten die binnen het RFE-systeem als psychisch of sociaal worden geclassificeerd krijgt de patiënt zowel bij vaststelling van de diagnose (\bar{X} is 4.0 resp. 4.1 als van de behandeling (\bar{X} is 3.4 resp. 3.6) meer inbreng. Voor de overige - in organische termen benoemde - klachtencategorieën varieert de gemiddelde inbreng bij diagnose tussen 2.7 en 3.1, bij behandeling tussen 2.6 en 2.8 (afgezien van 'oor-klachten' waarbij de patiënt met '2.3' weinig over de behandeling te zeggen heeft).

Van deze in organische termen vervatte klachten, werden er overigens 197 door de arts beoordeeld als 'ik denk dat er psychosociale aspecten meespelen', of 'ik vind deze klachten in hoofdzaak psychisch'. Wanneer we de inbreng van de patiënt bij deze somatisch gepresenteerde doch psychosociaal beoordeelde klachten bekijken, dan zien we ook hier een verhoogde inbreng van de patiënt: $\bar{X} = 3.3$ voor de probleemdefiniëring en 3.0 voor de behandeling.

Zowel voor de psychische en sociale klachtencategorie, als voor deze verholde psychische problematiek geldt overigens dat het percentage 'n.v.t.' bij behandelingsinbreng groot is. Blijkbaar is behandeling in deze gevallen vaak afwezig.

De gemiddelde inbreng die een man krijgt is op beide beslissingsmomenten wat lager dan van een vrouw (2.9 versus 3.1, 2.65 versus 2.85). De patiëntgerichtheid is wat lager, wanneer de klacht betrekking heeft op een patiënt van 15 jaar of jonger ($\bar{X} = 2.7$ resp. 2.4). Er is nauwelijks een verschil te bespeuren tussen de andere leeftijdscategorieën (te weten: 15 tot 40-jarigen, 40 tot 65-jarigen en 65⁺).

Ten slotte is gelet op mogelijke verschillen in patiëntgerichtheid tussen zogenaamde primaire en secundaire klachtenclusters. 15% van de klachtenclusters in ons bestand zijn te betitelen als secundair, dat wil zeggen, de observator heeft de indruk dat de patiënt niet voor deze klacht een doktersbezoek heeft afgelegd, maar dat deze min of meer toevallig ter sprake komt.

Afgaande op gemiddelde en spreiding van inbreng bij primaire en secundaire klachtenclusters afzonderlijk is er echter geen verschil tussen beide in

de totaalcijfers. Ook de samenhang tussen de beide inbrengscores blijft nagenoeg gelijk ($r = .53$).

Tot zover onze algemene resultaten met betrekking tot inbreng die de patiënt krijgt. We concluderen dat we met twee goed spreidende maten te maken hebben.

Onze data vormen een bevestiging voor hetgeen in de literatuur wordt opgemerkt omtrent het verschil in arts-patiënt verhouding bij medische en niet-medische problematiek.

Bij niet-medische problematiek laat de arts duidelijk meer aan de patiënt over; daarnaast is er in deze gevallen regelmatig helemaal geen sprake van behandeling: het probleem wordt naar voren gebracht, besproken, en daar blijft het bij.

4.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen

De vraag waar dit onderzoek zich mee bezig houdt, is de vraag naar de mate waarin artsen onderling verschillen. In hoeverre is er tussen de dertig artsen die hier beschreven worden sprake van een verschil met betrekking tot de inbreng die ze de patiënt gunnen.

De grafieken 4.1 en 4.2 brengen de verschillen tussen de artsen in deze twee opzichten in beeld. Variantieanalyse geeft aan dat er sprake is van een grotere variantie tussen artsen dan binnen één arts, zowel met betrekking tot inbreng bij probleemdefiniëring als met betrekking tot het vaststellen van een behandelingsplan ($F = 10.3$ resp. 6.3 , $p < .001$). Dat artsen onderling verschillen in deze twee opzichten wordt ook duidelijk wanneer we beseffen dat de gemiddelden van de artsen op de vijf-puntsschalen uiteenlopen van 3.7 resp. 3.8 tot 1.8 resp. 1.6 (een verschil van 1.9 resp. 2.2 schaalpunten), terwijl de standaardfout van beide schalen over alle klachtenclusters kleiner dan $.4$ is.

Beide maten hangen op artsniveau nog sterker samen dan op klachtencluster-niveau: de correlatie tussen de gemiddelde inbreng bij probleemdefiniëring en gemiddelde inbreng bij behandelingsvaststelling bedraagt $.85$. Een arts die in het algemeen de ruimte geeft bij het vaststellen van de diagnose doet dat ook bij de therapie, en omgekeerd.

De ene observator blijkt 'strenger' in zijn oordeel aangaande patiënten-inbreng te zijn, dan de ander. In de vorige paragraaf zagen we dat geslacht van de patiënt, en in mindere mate de leeftijd van de patiënt van invloed waren op de inbreng die de patiënt krijgt.

Variantieanalyse met de betreffende variabelen en de variabele 'arts' als onafhankelijke en de inbrengscore als afhankelijke variabele leverden voor alle variabelen significante hoofdeffecten (F significant op $p < .01$), maar geen interactie-effecten op. Blijkbaar zijn de variabelen 'observator', 'leeftijd' en 'geslacht' zodanig gespreid over de diverse arts en dat ze geen schadelijke invloed op de afhankelijke variabelen hebben kunnen uitoefenen. De inbrengscores per arts wijken dan ook na controle voor de variabelen leeftijd, geslacht en observator nauwelijks af van de gemiddelde ruwe scores (in vrijwel geen enkel geval is het verschil groter dan .05).

Dit ligt iets anders voor het effect dat het meespelen van psychische aspecten heeft op de inbrengscores. We zagen dat in geval van klachten die als psychisch of sociaal zijn geclassificeerd, en bij somatische klachten waarbij de observator psychosociale aspecten van belang achtte, de patiënt meer inbreng kreeg. Deze klachten zijn niet gelijkmatig over alle arts verdeeld. Wanneer we voor het effect hiervan controleren, dan kan de gemiddelde inbrengscore met betrekking tot probleemdefiniëring $\pm .15$ op de schaal verschuiven, de inbreng met betrekking tot behandeling blijft genoeg gelijk (we herinneren de lezer eraan dat met name bij sociale klachten behandeling nog al eens achterwege blijft, een inbrengscore dientengevolge niet van toepassing is, en het aantal gevallen dus beperkt blijft).

Gezien het feit dat de verschillen tussen de arts niet of nauwelijks afnemen, verschillen de arts ook in beide opzichten, wanneer we het oordeel over de klacht constant houden: arts A die in zijn algemeenheid meer inbreng geeft dan arts B, doet dit zowel bij somatisch beoordeelde klachten, als bij klachten waar psychische aspecten meespelen, zowel bij mannen als bij vrouwen, zowel volgens observator 1 als volgens observator 2. De ene arts laat meer aan de patiënt over dan de andere.

In deel IV waarin op artsniveau de analyse vervolgd wordt, zullen we op de eerste plaats gemiddelde inbrengscores over alle klachtenclusters als

aggregatiemaat hanteren. Uit onze analyses bleek immers dat onderscheid tussen mannen en vrouwen, primaire en secundaire klachten, naar leeftijd of naar observator geen invloed had op de gemiddelde scores van de artsen. Voor de inbreng bij probleemdefiniëring hanteren we daarnaast nog twee extra mate: gemiddelde inbreng bij somatische klachten en gemiddelde inbreng wanneer ook psychosociale aspecten een rol spelen.

5. DE AANDACHT VOOR DE PATIËNT

5.1. Inleiding

Het is reeds vaak betoogd en ook met onderzoeksmatige gegevens onderbouwd: een patiënt gaat in zijn beoordeling van de verleende zorg af op de mate waarin hij de arts als belangstellend en gevoelvol enz. ervaart (vgl. Ben Sira (1980), DiMatteo (1979)). Een affectieve houding wordt als basisvoorwaarde voor een succesvol arts-patiënt-contact genoemd, een voorwaarde die ontleend is aan de counselingstechnieken zoals Roger die voorschrijft.

Naarmate een arts als gevoelvoller wordt ervaren zijn patiënten meer tevreden, volgen ze voorschriften beter op en zijn ze meer geneigd zichzelf bloot te geven.

Belangstelling, betrokkenheid of warmte kan de arts uitdrukken door verbale blijken van medeleven, door non-verbaal te laten merken dat men luistert, door de patiënt aan te kijken, door een toegewende houding, in het algemeen door te laten merken dat men de patiënt met zijn klachten accepteert.

Evenals de overzichtelijkheid van het consult, zegt het oordeel over de aandacht niets over hetgeen inhoudelijk geschiedt, maar vormt het een randvoorwaarde.

5.2. Operationalisaties

Aangaande de non-verbale aandacht van de arts zijn door de observatoren oordelen uitgesproken 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 de aandachtige houding gemeten door de tijd te meten gedurende welke de arts de patiënt aankijkt.

Voorts wordt aandacht gemeten aan de hand van het aantal uitingen die aangeven dat de arts luistert naar de patiënt, de zogenaamde a-specifieke uitingen (huppen, knikjes, 'ja, ha' zeggen) en het aantal uitingen waarmee de arts op empathische wijze aangeeft de patiënt te begrijpen en met hem mee te voelen.

Een van de observatoren onafhankelijke index voor de aandacht van de arts 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.

De observatoroordelen over aandacht en interesse, de tijdmeting en de getelde procesuitingen zijn alle geobserveerd op het niveau van het gespreksfragment. Desgewenst kunnen ze geaggregeerd worden tot het consultniveau.⁵

Op klachtencluster-niveau is de houding van de arts slecht te beoordelen, omdat bij niet-gestructureerd verlopende consulten meerdere clusters door elkaar kunnen lopen. Het is dan geen zinvolle beoordeling meer of bijvoorbeeld de interesse de ene of de andere klacht betrof.

De oordelen van de patiënt hebben betrekking op het hele consult.

5.3. Resultaten (1) algemeen

In tabel 5.1 t/m 5.4. zien we de verdeling van de scores op de diverse maten.

Tabel 5.1.: interesse

	Observatoroordeel over interesse van de artsen				Patiënoordeel over interesse artsen	
	Somatische fragmenten (N = 792)		Psychosociale fragmenten (N = 248)		Gehele consult (N = 814)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Zeer geïnteresseerd	52	6.6%	42	16.9%	454	55.8%
Geïnteresseerd	275	34.7%	115	46.4%	331	40.7%
Neutraal	391	49.4%	70	28.2%	29	3.6%
Ongeïnteresseerd	68	8.6%	17	6.9%	-	-
Zeer ongeïnteresseerd	6	0.8%	4	1.6%	-	-

Tabel 5.2.: blikrichting van de artsen, per fragment

	Observatoroordeel					Aankijktijden*			
	Somatisch (N=775)		Psychosociaal (N=240)			Somatisch (N=752)		Psychosociaal (N=198)	
Negatief	89	11.5%	19	7.9%	0-20%	92	12.2%	7	3.9%
Neutraal	269	34.7%	39	16.2%	20-40%	225	29.9%	21	10.7%
Postief	417	51.4%	182	75.8%	40-60%	250	33.3%	30	15.2%
					60-80%	132	17.5%	59	29.8%
					80-100%	53	7.1%	81	40.9%

*Percentage aankijktijd t.o.v. totaal tijd

Tabel 5.3.: uitingen die aandacht suggereren*, per fragment

	Somatisch (N = 759)		Psychosociaal (N = 200)	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
a-specifieke uitingen	8.8	8.6	14.0	14.2
a-specifieke uitingen/10 min.	19.1	14.3	30.6	18.5
empathische uitingen	0.8	1.4	2.4	3.3
empathische uitingen/10 min.	1.7	2.7	4.4	4.1

* Alleen die fragmenten die minstens 1 minuut duren zijn in beschouwing genomen. N is in deze gevallen lager dan bij de ruwe scores

Tabel 5.4.: tijd voor de patiënt
(patiëntenoordeel)

	Gehele consult (N=812)	
	Absoluut	%
Heel veel tijd	153	18.8%
Veel tijd	196	24.1%
Voldoende tijd	452	55.7%
Weinig tijd	10	1.2%
Veel te weinig tijd	1	.1%

Het reeds eerder geconstateerde verschijnsel, dat artsen in psychosociale fragmenten aandachtiger zijn dan in somatische (vgl. Bensing en Verhaak, 1980), wordt in alle operationalisaties bevestigd. Het verschil is met betrekking tot iedere variabele statistisch significant (t varieert van 5.02 tot 13.1) en wordt groter wanneer - in geval van telbare uitingen - voor de tijdsduur wordt gecontroleerd.

De variabelen 'interesse volgens observator' en 'aankijken (zowel beoordeeld als in tijd gemeten), hangen onderling sterk samen. A-specifieke uitingen en volgende uitingen vertonen ook een onderlinge samenhang, hoewel de duur van het fragment een sterk effect heeft op beide variabelen: gecorrigeerd voor de lengte van het fragment verdwijnt de samenhang. De samenhangen gelden zowel voor somatische als psychosociale fragmenten. Deze samenhangen blijken uit factoranalyse over de diverse aandachtsvariabelen, zoals ze door de observatoren zijn vastgesteld. Zie tabel 5.5

Tabel 5.5.: factoranalyse op de aandachtsvariabelen in alle fragmenten (Varimax rotatie $N = 1034$)

Variabelen	Factor 1	Factor 2	Factor 3
interesse	.47	.11	.22
aankijken (oordeel)	.79	.20	.04
aankijken (tijd)	.66	.22	.06
a-specifiek volgen (obs.)	.13	.98	.12
a-specifiek volgen (tijdscorrectie)	.22	.39	.06
empathische uitingen	.07	.32	.83
empathische uitingen (tijdscorrectie)	.11	-.03	.55
% verklaarde variantie	36%	18%	15%

De variabelen interesse en aankijken vormen een duidelijk benoembare factor, (vgl. Bensing en Verhaak, 1982) die we in vervolganalyses zullen gebruiken. We noemen deze factor, geconstrueerd met behulp van de factorscores op factor 1, *aandacht (nonverbaal)*. A-specifieke uitingen en empathische uitingen zullen beide zelfstandig gehanteerd worden.

A-specifieke uitingen en empathische uitingen zijn beide weergegeven als ruwe aantallen en gecorrigeerd voor de duur van het fragment. Gedachte achter deze laatste correctie was, dat naarmate een fragment langer duurt,

een arts ook meer kans heeft om bepaalde procesuitingen te maken. Omgekeerd echter kan men aanvoeren dat de bedoeling van dergelijke uitingen juist is om het gesprek door te laten gaan, anders gezegd, om het fragment langer te laten duren.

De hele discussie is een beetje zinloos, omdat bij nadere controle bleek dat het voor de uitkomsten vrijwel niets uitmaakte of men al dan niet voor tijd gecorrigeerde: als op artsniveau ruwe gemiddelde procesuitingen en voor tijd gecorrigeerde scores met elkaar gecorreleerd worden, bedraagt bij een aantal van 30 artsen de correlatie-coëfficiënt in totaal telling en in de somatische fragmenten ongeveer .90. Tijdscorrecties in de psychosociale fragmenten veroorzaken over het algemeen wat meer afwijkingen.

We zullen in het hiernavolgende bij rechte tellingen de ruwe scores en de voor gespreksduur gecorrigeerde scores geven. Bij verdere analyses (onder meer de gegevens per arts) volstaan we met de ruwe scores, tenzij er duidelijke verschillen optreden.

Letten we tenslotte op de oordelen die de patiënt geeft met betrekking tot de aandacht die de arts ze schenkt. De beoordeelde *interesse* (tabel 5.1, derde deel) laat slechts één conclusie toe: de patiënt is een weinig kritische consument. In 96% van de consulten wordt de arts geïnteresseerd tot zeer geïnteresseerd genoemd. In de 77 gevallen waarin de observator het consult in zijn geheel negatief beoordeelde wat betreft interesse, was òók 96% van de patiënten van mening dat de arts (zeer) geïnteresseerd was.

Betreffende de hoeveelheid tijd die de arts voor hem had (tabel 6.4) oordeelden de patiënten iets gematigder, hoewel nauwelijks negatief. Er is nauwelijks sprake van een verband met de interesse volgens de observator.⁶ Met de gespreksduur correleerde dit oordeel matig positief.

Oudere patiënten vinden hun arts wat geïntresserder en vinden dat hij meer tijd voor ze heeft. Patiënten met niet-somatisch beoordeelde klachten vinden dat ook.

De door de observatoren beoordeelde interesse houdt geen verband met de leeftijd, wel met het geslacht: observatoren vinden de arts gemiddeld wat geïnteresseerder bij vrouwelijke patiënten.

De aandacht in haar verschillende verschijningsvormen (empatische uitingen,

aankijken, interesse, a-specifiek volgen) is groter in somatische fragmenten waarin de klacht door de observatoren niet puur somatisch wordt beoordeeld. De arts gaat in deze gevallen niet op de psychosociale aspecten van de klacht in, maar de fragmenten waarin dit soort klachten aan de orde komen onderscheiden zich toch van de somatische fragmenten waarin puur somatische beoordeelde klachten behandeld worden, door een aandachtiger houding van de arts.

5.4. Resultaten (2) verschillen tussen artsen

Grafiek 5.1 laat de verdeling van de dertig artsen over de geconstrueerde factor 'aandacht (non-verbaal)' zien, in somatische fragmenten. Omdat de factor met behulp van factorscore-coëfficiënten berekend is, is het gemiddelde 0, de standaardafwijking 1. Het gemiddelde is berekend over 779 somatische fragmenten, 204 psychosociale fragmenten en 44 gemengde fragmenten⁷; de gemiddelde aandacht in de somatische fragmenten bedraagt -.13 (grafiek 5.1) en in de psychosociale fragmenten. 46. Variantieanalyse over de somatische fragmenten levert een significant arts-effect op ($F = 10.02, p < .001$). Er is geen leeftijds of geslachtseffect, noch een observatoreffect; wel is er sprake van meer non-verbale aandacht van de arts als de klachten in het somatische fragment niet puur somatisch beoordeeld worden ($F = 13.17, p < .001$). Dit effect is echter zo over alle artsen verspreid dat het verdisconteren van dit effect op de factorscore geen invloed heeft. De verdeling, zoals grafiek 5.1 die laat zien blijft vrijwel identiek.

Het aantal psychosociale fragmenten is bij een aantal artsen te klein, om al betrouwbare verdelingen van te laten zien. De rangcorrelatie van de aandacht op artsniveau tussen de somatische en psychosociale fragmenten (waarbij die laatste dus weinig betrouwbaar is) bedraagt .76, oftewel de verdeling van de artsen op basis van de somatische fragmenten geeft een aardige indicatie van de verdeling op basis van de psychosociale fragmenten.

Grafiek 5.2 laat de verschillen in empathische uitingen tussen de artsen zien: ook hier weer significante verschillen tussen artsen, waarbij het gemiddeld aantal empathische uitingen per arts uiteenloopt van 0.1 (arts 5)

tot 2.8 (arts 27) per somatisch fragment.

Grafiek 5.2 verandert nauwelijks, wanneer gecorrigeerd wordt voor het significante observatoreffect of het effect van de niet-somatische klachten. Er is geen leeftijds- of geslachtseffect.

De scores op de psychosociale fragmenten hebben weer op te kleine getallen per arts betrekking om zinvol weer te geven. Wèl mogen we zeggen dat het patroon tussen de artsen lijkt op dat in de somatische fragmenten, alleen zijn de gemiddeldes in de psychosociale fragmenten hoger.

Naar arts geaggregeerde scores correleren vrij hoog, wanneer we de correlatie tussen somatisch en psychosociale gemiddelden bekijken (.44 bij 30 artsen).

A-specifieke uitingen (grafiek 5.3) ten slotte maakt de ene arts in een somatisch fragment weer veel meer dan de ander. Dit is echter ook afhankelijk van de leeftijd van de patiënt (oudere mensen worden actiever 'gevolgd'), terwijl tevens bij niet-somatische klachten meer 'gehumd' en 'geknikt' wordt dan bij puur somatische. Ook hier geldt weer: het totale patroon verandert na contrôle hiervoor, niet van karakter.

Tenslotte kunnen we nagaan of de artsen ook van hun patiënten een verschillende beoordeling krijgen. Met betrekking tot de interesse kan dat niet, de patiënten zijn het in dit opzicht onderling veel te veel eens. De hoeveelheid tijd die men vindt dat de arts beschikbaar heeft vertoont wat meer spreiding. De spreiding tussen de artsen is kleiner dan tot nu toe gebruikelijk bij vijf-puntsschalen (van 3.94 tot 3.27), maar er is sprake van significant artseffect ($F = 1.97, p < .05$). Tevens is het opvallend dat ditmaal andere artsen de boventoon voeren dan in de tot nu toe getoonde grafieken, die alle een wel vergelijkbaar patroon vormden. De artsen waarvan patiënten zeggen dat ze veel tijd hebben (arts 2, 3, 4, 9, 13, 15, 17 en 24) worden lang niet allen door de observatoren zo aandachtig gevonden (vgl. grafiek 5.1). En andersom socren bijvoorbeeld artsen 8, 10 en 18 (de top-3 van de aandacht-volgens-de-observatoren) alle drie onder het gemiddelde, als men op de patiënt afgaat.

We signaleerden in de vorige paragraaf in dit verband een leeftijds- en klachteffect: oudere patiënten en patiënten met niet-somatische problemen

vinden dat de arts meer tijd voor ze heeft. Deze effecten hadden geen doorslaggevende invloed op de verdeling over de dertig artsen.

Kortom: er bestaan verschillen tussen de artsen uit onze onderzoekspopulatie met betrekking tot de aandacht die ze voor hun patiënt hebben.

Hoewel in het algemeen het gedrag in psychosociale fragmenten aandachtiger is dan in somatische, is de verhouding tussen de artsen in beide gesprekstijlen ongeveer hetzelfde: de arts die in somatische fragmenten relatief aandachtiger, empatischer of geïnteresseerder wordt bevonden, wordt ook in psychosociale fragmenten zo beoordeeld.

Hoewel een aandachtige houding, empathie en het a-specifiek volgen niet binnen het consult samenhangen, is dit wel zo op het artsniveau: een arts die in het algemeen veel knikt en humt, om te laten zien dat hij het gezegde op de voet volgt, uit in het algemeen ook vaak gevoelens van medeleven tegenover de patiënt, en is - volgens de observatoren - vaak aardig en geïnteresseerd. Observatoren en patiënten echter kijken met verschillende ogen (en verschillende belangen!) naar de arts.

6. HET STUREN DOOR DE ARTS

6.1. Inleiding

We postuleerden in het inleidende hoofdstuk dat artsen meer psychosociale klachten zouden signaleren, wanneer ze actief op zoek zouden gaan naar psychische en sociale achtergronden van gepresenteerde klachten (vgl. ook Bensing en Verhaak, 1982). Naast de structurering van het consult, de inbreng die de patiënt gegeven wordt, en de aandacht voor de patiënt is dit het laatste aspect van de arts-patiënt communicatie waarop we ons richten, in onze speurtocht naar verschillen tussen artsen. Om dit 'sturen' gestalte te geven in observatiecategorieën, moeten we eerst even stilstaan bij het door ons gehanteerde begrip 'procesuiting'. Onder een procesuiting verstaan we iedere opmerking van de arts die de communicatie met de patiënt op een of andere manier reguleert: door antwoorden bij de patiënt uit te lokken, door de patiënt door te laten praten, door de patiënt af te remmen of van onderwerp te laten veranderen. Sommige procesuitingen hebben uitsluitend als functie de patiënt het gevoel te geven dat hij begrepen wordt en als zodanig vormen ze een aanmoediging om door te praten; ze laten de patiënt vrij in de keuze van gespreksonderwerpen en in de richting die het gesprek opgaat en worden niet als sturend gedrag gezien, maar als één der operationalisaties van de empathische houding, welke we reeds eerder ontmoetten.

Met 'sturend gedrag' staan ons die procesuitingen voor ogen, waarbij de arts bepaalt of een bepaald onderwerp wordt uitgediept, nieuwe onderwerpen worden aangesneden of onderwerpen van de agenda worden afgevoerd. Dit 'sturen' hoeft niet strijdig te zijn met de eerder genoemde inbreng die de arts aan de patiënt gunt. Integendeel, van de aard van procesuitingen leidden Byrne en Long de hoeveelheid ruimte voor de patiënt af: vraagt men middels gesloten vragen door over een onderwerp, dan bepaalt de arts de gespreksinhoud en gunt de patiënt weinig ruimte; formuleert men zijn vragen open, dan praat de patiënt door en geeft informatie, maar bepaalt deze ook welke informatie hij geeft. In de aanpak van Byrne en Long kan de arts echter slechts ruimte geven door de patiënt te blijven volgen (conform het non-directieve model, dat Vrolijk e.a. onder meer voor het vrije attitude interview en het counselingsgesprek aanbevelen).

Een belangrijk sturingsmechanisme van de arts kan echter het aansnijden van nieuwe onderwerpen zijn. De specifieke situatie van het huisartsenconsult vereist immers een vrij snelle exploratie van het probleemgebied, terwijl anderzijds de klassieke huisartsenanamnese, een serie gesloten vragen in de geest van het 'diagnose-recept-model', niet het meest geëigende middel ter opsporing en uitdieping van psychosociale klachten is. Een tussenweg in dit dilemma is het (directieve) aanzwengelen van onderwerpen die in de ogen van de arts relevant zijn, om deze vervolgens op een non-directieve manier door de patiënt te laten exploreren, aftasten en uitdiepen.

Dat een dergelijke combinatie van aanzwengelen en doorvragen succesvol is, bleek uit onderzoek naar factoren die 'ruimte voor de patiënt' bieden; genoemde combinatie van aanzwengelen en (open) doorvragen hing samen met het ter sprake komen van onderwerpen van niet-somatische aard (Bensing en Verhaak, 1982).

6.2. Operationalisatie

Het sturend optreden van de arts wordt afgeleid uit het vóórkomen van diverse procesuitingen en de verhouding daartussen. In het vorige hoofdstuk zagen we reeds procesuitingen die we volgende uitingen noemden (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 parafrasen, 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, anamnesevragen,
- 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, wat hun vorm betreft open, gesloten of zelfs afremmend zijn.

Behalve uit deze procesuitingen, het aantal procesuitingen per tijdseenheid, en de verhouding open - gesloten uitingen, leiden we de procesgang in het consult ook af uit het aantal malen dat arts en patiënt initiatiefnemer van nieuwe consultfragmenten zijn. Met name bij de psychosociale fragmenten interesseert het ons of de arts of de patiënt over niet-somatische zaken is gaan praten.

Procesuitingen en initiatiefnemerschap worden per gespreksfragment gescoord en kunnen door optelling naar het consultniveau geaggregeerd worden. Zoals ook bij de 'aandachts'-variabelen het geval was, kunnen ze moeilijk per klachtencluster gescoord worden, omdat meerdere klachten door elkaar heen behandeld worden.

6.3. Resultaten (1) algemeen

We besteden in tabel 6.1 aandacht aan de procesuitingen voor zover die op het continuüm open-gesloten liggen. Dit betreft achtereenvolgens de uitingen waarmee een patiënt aangemoedigd wordt door te praten (open vragen en dergelijke), de gesloten vragen en de uitingen die een patiënt remmen in zijn betoog.

We zien in deze tabel dat in een gemiddeld consult wat meer gesloten dan aanmoedigende procesuitingen voorkomen (zeker wanneer we voor de duur van het consult corrigeren) en dat er relatief veel minder afgeremd wordt. Verder zien we dat de open wijze van communiceren meer in psychosociale fragmenten voorkomt, terwijl de gesloten variant in de somatische fragmenten overheerst. Het afremmen geschiedt in beide soorten fragmenten relatief weinig.

Tabel 6.1.: Procesuitingen per consult en per somatisch of psychosociaal fragment

	totaal (N = 843)		somatisch (N = 759)		psychosociaal (N = 200)	
	x	s.d.	x	s.d.	x	s.d.
aanmoedigen	4.0	4.5	2.8	2.9	5.5	5.7
aanmoedigen/10 min	7.4	6.9	6.3	5.6	10.5	6.4
gesloten vragen	5.7	5.2	5.5	5.1	2.3	3.8
gesloten vragen/10 min	12.4	12.5	12.0	8.3	4.7	6.3
remmende uitingen	.4	1.1	.3	.9	.4	1.1
remmende uitingen/10 min	.7	1.9	.5	1.2	.5	1.1

We zeiden al dat naast deze drie soorten uitingen, ook de empathische uitingen onder de procesuitingen geschaard moeten worden. Zij vormen het meest 'open' deel van het continuum. (We laten het a-specifieke volgen buiten beschouwing). Empathische uitingen en het aanmoedigen om door te praten zijn procesuitingen waarbij de patiënt de nadere invulling van het betoog kan bepalen. Gesloten vragen en remmende uitingen leggen het initiatief bij de arts. Tabel 6.2 laat zien hoe de verhouding open/gesloten gespreid is.

Tabel 6.2.: De verhouding open/gesloten vragen in het consult en per fragment

	totaal	somatisch	psychosociaal
open/gesloten < 0.5	29%	40%	6%
0.5 ≤ open/gesloten < 1.0	20	19%	5.5%
1.0 ≤ open/gesloten < 2.0	24%	24%	17%
2.0 ≤ open/gesloten	27%	16%	71.5%
N	842	759	200

Het beeld dat voor de diverse uitingen apart werd geschetst, wordt bevestigd in de algemene verhouding open/gesloten: psychosociale fragmenten kenmerken zich door een meer open wijze van vragenstellen dan somatische fragmenten.

Naast het aandeel dat open en gesloten procesuitingen in het consult hebben, besteden we in dit hoofdstuk aandacht aan die uitingen, waarmee de arts nieuwe onderwerpen aan de orde stelt. In tabel 6.3 staat weergegeven hoe vaak dit soort uitingen voorkomen.

Tabel 6.3.: Het aansnijden van nieuwe gespreksonderwerpen, per consult en per gespreksfragment

	totaal (N = 843)		somatisch (N = 759)		psychosociaal (N = 200)	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
uitingen die nieuw onderwerp aansnijden	.8	1.1	.5	.8	1.0	1.1
idem/10 min.	1.4	2.2	1.1	1.7	2.2	2.3

In psychosociale fragmenten vonden we vaker nieuwe onderwerpen aangesneden dan in somatische. Dit ligt ook aan de aard van het fragment. Veelal begint een consult met een somatisch gespreksonderwerp, en wordt op een gegeven moment overgegaan op een psychosociaal onderwerp omdat de arts dit onderwerp ter sprake bracht. In 55% van de psychosociale fragmenten staat de arts geboekstaafd als initiatiefnemer daartoe. In 41% van de fragmenten is de patiënt degene die over psychosociale zaken begon te praten. (Het initiatiefnemen tot een fragment is alleen gescoord wanneer in het consult 'gewisseld' werd van fragment. Consulten die psychosociaal begonnen zijn niet meegerekend bij het initiatiefnemen.)

Letten we op de invloed van patiënt- en klachtkenmerken op het voorkomen van diverse sturingsmechanismen, dan heeft het geslacht van de patiënt geen invloed, de leeftijd wel. Oudere patiënten werden meer aangemoedigd om door te praten middels open vragen, parafrases, aanmoedigingen etcetera. Ze worden ook wat vaker afgeremd. Nu duren consulten van oudere mensen ook meestal wat langer, en inderdaad blijken na tijdcorrectie deze effecten boven de toevalsgrens van 5% te liggen. Het aantal gesloten vragen en het aansnijden van nieuwe onderwerpen per vaste tijdshoeveelheid hangen daarentegen negatief met de leeftijd samen.

De verhouding open-gesloten neemt met de leeftijd toe ten gunste van de

open vragen. Het percentage psychosociale fragmenten waartoe de arts het initiatief neemt heeft met leeftijd of geslacht niets te maken, oudere patiënten brengen zelf echter vaker psychosociale onderwerpen ter sprake dan jongere.

Dat de aard van de klacht van invloed is op het optreden of afwezig zijn van bepaalde sturingsmechanisme is reeds duidelijk geworden: Wanneer de klacht als niet puur somatisch wordt beoordeeld nemen de aanmoedigingen en het aansnijden van nieuwe onderwerpen toe, de gesloten vragen af.

Tenslotte is er sprake van significante observatoreffecten, waar het de trits aanmoedigen - gesloten vragen - afremmen betreft. Deze categorieën vloeien in elkaar over en de ene observator is sneller geneigd een procesuiting als 'aanmoedigen' te scoren, waar de ander dit 'gesloten' vindt. Over 'aansnijden' en 'initiatiefnemer' bestaat in deze geen verschil van oordeel. Bij de eerste drie categorieën zullen we het observator en leeftijdseffect incalculeren in onze analyse van de artsverschillen.

6.4. Resultaten (2) verschillen tussen artsen

Op grond van de in 6.3 besproken effecten geven we in grafiek 6.1 de artsverschillen niet weer op basis van ruwe aantallen, maar op basis van gecorrigeerde scores. Grafiek 6.1 vermeldt het aantal aanmoedigingen (open procesuitingen), gesloten vragen en remmende uitingen, gecorrigeerd voor observator en leeftijd van de patiënt.

In alle drie de opzichten verschillen de artsen (F is respectievelijk 3.36, 4.46 en 2.79, alle significant op .001 niveau) terwijl ook de verhouding open-gesloten per arts anders ligt.

Het totaal aantal aanmoedigende, gesloten en remmende procesuitingen verschilt nogal per arts. Dit heeft behalve met een verschil in verbale activiteit, ook te maken met een verschil in lengte van de consulten. Corrigeren we hiervoor dan ontstaat het beeld van grafiek 6.2, waarbij we ons weer moeten realiseren dat artsen met korte consulten vaak in het 'voordeel zijn, vanwege de grotere vermenigvuldigingsfactor en de geringere ruimte voor

stiltes die ze bieden. De verhoudingen tussen open en gesloten uitingen blijven hetzelfde. De ruwe score en de voor tijd gecorrigeerde scoren per arts correleren overigens .59 (aanmoedigen en gesloten vragen) en .85 (remmende uitingen).

Het beeld dat we hier over de totale consulten schetsen, komt overeen met het patroon zoals dat in de somatische fragmenten optreedt. Het patroon in de psychosociale fragmenten wijkt meer af, maar is voorlopig op te kleine aantallen gebaseerd om al betrouwbaar te noemen.

In grafiek 6.3 staat het (opnieuw significante $-F = 4.21, p < .001$ -) verschil tussen artsen op het gebied van het aansnijden van nieuwe onderwerpen weergegeven. Het betreft hier het ruwe aantal aansnijdende opmerkingen per consult, omdat er geen sprake van leeftijds-, observator- of tijdseffecten is.

We zien dat een aantal artsen (3, 5, 12, 16, 29) zelden (minder dan eens per 4 consulten) uit zichzelf een nieuw onderwerp aan de orde stellen, waar anderen (4, 8, 9, 11, 14, 19, 20, 23, 24 en 25) dit gemiddeld in ieder consult een keer of vaker doen. De eerste groep telt dan ook 4.8 psychosociale fragmenten per arts, de tweede 8.4. Overigens is er geen significant verschil tussen artsen in het percentage psychosociale fragmenten waartoe de arts het initiatief neemt.

Het aansnijden van nieuwe onderwerpen komt weliswaar vaker in psychosociale fragmenten voor, maar het patroon tussen artsen is in somatische en psychosociale fragmenten en in het gehele consult nagenoeg gelijk. De correlaties tussen de drie scores op artsniveau zijn vrij hoog (totaal x somatisch: .89, totaal x psychosociaal: .62, psychosociaal x somatisch: .30. Wanneer we de verschillende aspecten van het sturend gedrag in ogenschouw nemen, dan constateren we dat de arts die vaak nieuwe onderwerpen aansnijdt, ook degene is die de patiënt veel aanmoedigt om door te praten. Tevens remmen deze artsen hun patiënt slechts zelden af. Het gesloten vragen stellen correleert op arts-niveau met geen van deze aspecten.

ENIGE SAMENVATTENDE OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE RESULTATEN UIT DE
HOOFDSTUKKEN 3 T/M 6

We hebben kunnen constateren dat de dertig artsen in alle onderzochte opzichten onderling verschilden in communicatiestijl. De volgende operationalisaties bleken sterk tussen de artsen te differentiëren:

- vraagverheldering;
- patiënt inbreng gunnen bij het vaststellen van de diagnose;
- patiënt inbreng gunnen bij het vaststellen van de behandeling;
- het uiten van empathie;
- het tonen van non-verbale aandacht;
- het a-specifiek volgen van de patiënt;
- het aansnijden van nieuwe onderwerpen;
- de verhouding tussen open en gesloten procesuitingen.

Inspectie van de diverse grafieken uit de vorige hoofdstukken leert al met het blote oog dat bepaalde artsen vrij consequent 'hoog' scoren op deze communicatie kenmerken, terwijl anderen voortdurend in 'lagere' regionen zitten. De gehanteerde operationalisaties lijken bepaald niet los van elkaar te staan. Op artsniveau geaggregeerd blijken deze acht aspecten dan ook zonder uitzondering positief te correleren. Factoranalyse leverde twee factoren op, waarbij ongeroteerd alle variabelen hoger dan .60 op de eerste factor laadden, welke 58% van de variantie verklaarde. Na rotatie nam de eerste factor 87% van de verklaarde variantie voor zijn rekening; aangezien slechts enige variabelen overtuigend op één factor laadden (en slechts één variabele lager dan .25 op de eerste factor), leverde deze twee factoren oplossing een weinig interpreteerbaar resultaat op, zodat gekozen is voor een geforceerde 1-factor oplossing. De ladingen van de diverse variabelen zijn als volgt:

Tabel 1: ladingen van de acht variabelen op de factor 'arts-patiënt communicatie' (geforceerde 1-factor oplossing)

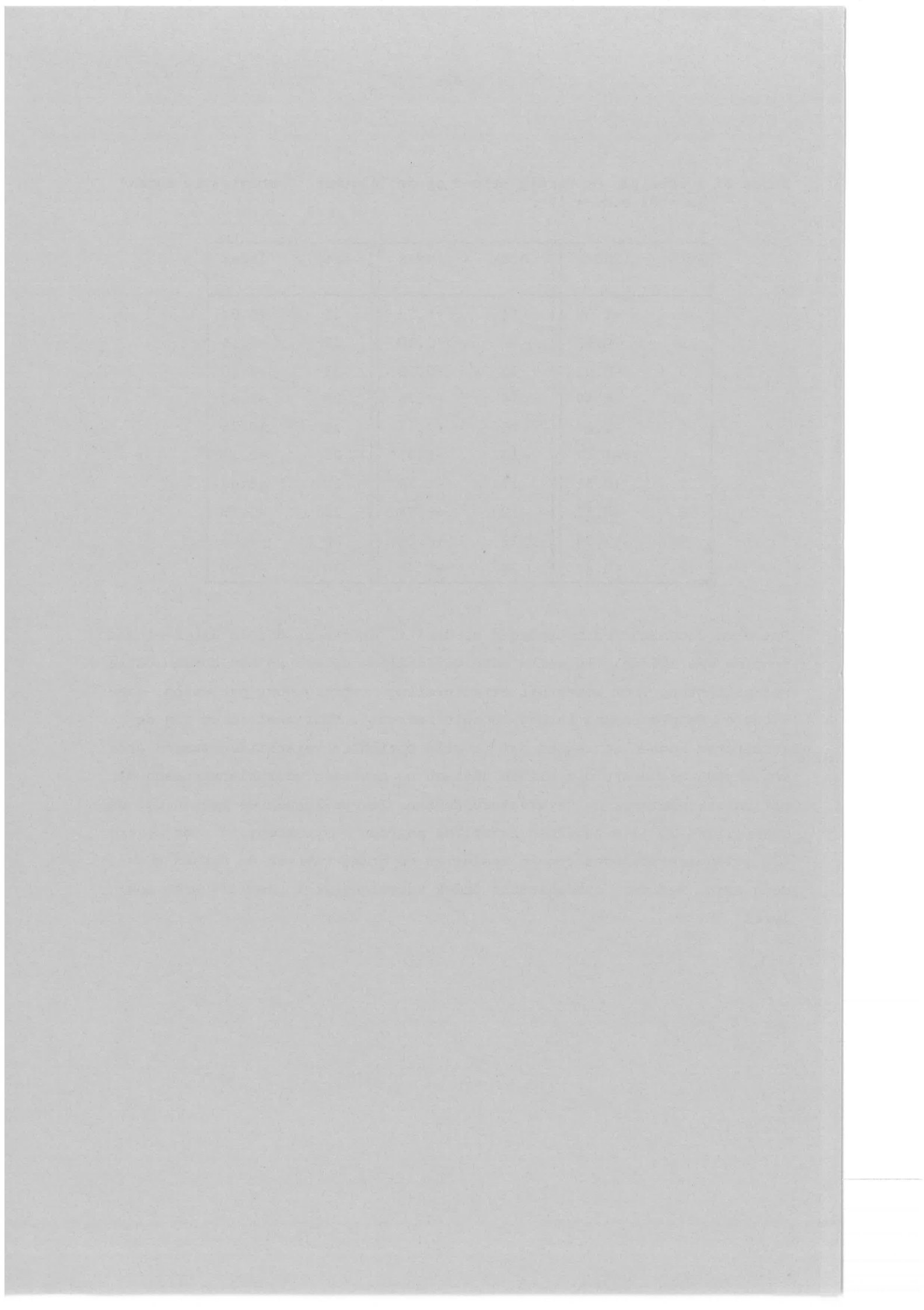
Vraagverheldering	:	.65
Inbreng patiënt diagnose	:	.90
Inbreng patiënt behandeling	:	.89
Aandacht (non verbaal)	:	.60
Aandacht (a-specifiek volgen)	:	.65
Aandacht (empatische uitingen)	:	.63
Aansnijden onderwerpen	:	.75
Verhouding open-gesloten	:	.63

In tabel 2 staan de standaardscores van de dertig artsen op deze over-all index 'arts-patiënt communicatie' weergegeven. De hoogscorende artsen voldoen in de meeste opzichten aan de in dit rapport gehanteerde normen: bij en klacht eerst nagaan wat de patiënt van de arts verlangt, bij diagnose en behandeling de patiënt zoveel mogelijk betrekken en invloed gunnen, aandacht voor de patiënt hebben, zoeken naar andere aspecten van het probleem dan de patiënt vanzelf aanbiedt, en een open stijl van informatie zoeken. Deze over-all index 'arts-patiënt communicatie' zal in deel IV gehanteerd worden, wanneer we gaan onderzoeken hoe de arts-patiënt communicatie samenhangt met artskenmerken met de behandeling van psychosociale klachten en met de perceptie van psychosociale klachten. Daarnaast zullen we in deel IV gebruik maken van de op artsniveau geaggregeerde deelaspecten, waaruit deze algemene index is opgebouwd. Aggregatie geschiedt volgens de regels die per aspect vermeld zijn in hoofdstuk 3 tot en met 6.

Tabel 2: scores van de dertig artsen op de 'algemene communicatie index'
($\bar{x} = 0$; s.d. = 1)

Arts	Index	Arts	Index	Arts	Index
1	-1.09	11	+1.79	21	+0.61
2	-0.62	12	-0.18	22	+0.15
3	-0.03	13	-0.68	23	+1.56
4	+0.49	14	+0.76	24	+0.85
5	-2.27	15	+0.17	25	+0.75
6	-1.37	16	-1.47	26	+0.11
7	+0.51	17	-1.30	27	+0.46
8	+0.51	18	+0.74	28	-0.78
9	+1.34	19	+0.06	29	-1.05
10	+0.41	20	+0.41	30	-0.84

Met deze samenvatting beëindigen we deel I. De vraag, die in dit deel aan de orde was luidde: 'in welke mate verschillen artsen in hun communicatie met patiënten, voor zover het structurering, inbreng voor patiënten, aandacht en de procesgang in het consult betreft'. Naar aanleiding van de resultaten kunnen we zeggen dat in alle opzichten verschillen tussen artsen werden gevonden, die bleven bestaan na controle voor klachtenaanbod, patiëntenkenmerken, en observatoreffecten. Tevens kunnen we zeggen dat de verschillen op alle aspecten hetzelfde patroon vertoonden, ja, dat we tot één communicatie index konden besluiten op grond waarvan de artsen geordend zijn. Met deze communicatie index vervolgen we in deel IV onze analyses



DEEL II

7. BEOORDELING VAN HET KLACHTENAANBOD

7.1. Inleiding

Het oordeel dat de artsen over de klacht geeft, aangaande de rol die psychosociale klachten daarbij zouden spelen, is één der variabelen, waarvan we de variantie tussen artsen willen verklaren.

In het eerste interimrapport is deze variabele aan de orde gekomen, voor zover het de artsenoordelen op zich betrof (overigens van 25 der 30 deelnemende artsen). In dit rapport willen we deze artsenoordelen bezien in samenhang met de oordelen der observatoren over de klacht.

De artsenoordelen hebben betrekking op een bestand dat kleiner is dan het in interimrapport I beschreven totaalbestand: slechts ongeveer de helft der consulten is in dit bestand opgenomen. Anderzijds is het bestand ten opzichte van het eerste rapport uitgebreid, aangezien de gegevens van vijf artsen méér zijn opgenomen.

De oordelen die we bespreken, hebben betrekking op klachtenclusters: de eenheid van analyse is niet het consult maar het klachtencluster. Voorts zijn in dit rapport, dat immers om de geobserveerde consulten draait, alleen oordelen over deelnemende patiënten in beschouwing genomen, in tegenstelling tot de weergave in interimrapport I, waar ook de oordelen over de weigeraars meetelden. Voor mogelijke vertekeningen als gevolg hiervan zullen we controleren.

Tenslotte zij opgemerkt dat we, evenals in de voorgaande rapportage, een onderscheid zullen maken tussen de eerste klacht en mogelijke tweede en latere klachten. Dit vanwege het feit dat de artsen onderling nogal bleken te verschillen in de genuanceerdheid waarmee ze het klachtenaanbod in hun consulten aantekenden (en dus beoordeelden). Dit heeft tot gevolg dat de ene arts vrijwel uitsluitend eerste klachten had, terwijl bij anderen de eerste klacht maar 65% van het totaal uitmaakte.

Het gebruikelijke paragraafje 'operationalisatie' laten we achterwege. Het gebruikte meetschaaltje is uitgebreid beschreven en verantwoord in het eerste interimrapport (pagina 16-20).

7.2. Resultaten (1) Algemeen

Tabel 7.1.: oordelen van artsen en observatoren over de klachten

	Artsen				Observatoren			
	Totaal		1e klacht		Totaal		1e klacht	
Oordeel:	X	%	X	%	X	%	X	%
puur somatisch	529	54%	411	57%	555	56%	429	60%
somatisch met psychosociale aspecten	168	17%	128	18%	218	22%	165	23%
somatisch waarachter psychosociale problemen vermoed worden	172	17%	119	17%	108	11%	74	10%
psychosociaal met somatische aspecten	51	5%	28	4%	47	5%	28	4%
puur psychosociaal	63	6%	31	4%	60	4%	23	34%

In bovenstaande tabel staan de oordelen van arts en observator weergegeven over die klachten die beiden beoordeeld hebben.

Het overall oordeel met betrekking tot het voorkomen van somatische en psychosociale klachten komt wonderwel overeen. Ogenschojnlijk bestaat er slechts onenigheid over de tweede en derde categorie.

Voorts zien we dat, wanneer we ons zouden beperken tot de eerste klacht, het beeld zowel in de ogen van de arts als voor de observator, iets somatischer wordt. Ook deze trend is bij artsen en observatoren gelijk.

Zo rooskleurig is de samenhang zeker niet. Een kruistabel van artsen en observatoroordeel geeft het volgende beeld:

Tabel 7.2.: oordelen van arts en observator tegen elkaar afgezet

	puur somatisch	somatisch met psych. soc. aspecten	somatisch waarachter psych.soc.problemen vermoed	psychosociaal met somatische aspecten	puur psychosociaal
Oordeel arts →					
Oordeel observator ↓					
puur somatisch	413	72	57	10	3
somatisch met psych. soc. aspecten	99	65	45	3	4
somatisch waarachter psych.soc. problemen vermoed	15	21	51	15	6
psychosociaal met somatische aspecten	2	3	15	15	10
puur psychosociaal	0	7	4	8	40

De exacte overeenstemming bedraagt 59.5%, een wat globalere maat (waar 'puur somatisch' en 'somatisch met psychosociale aspecten' wordt samengenomen, evenals 'psychosociaal' en 'psychosociaal met somatische aspecten') levert 78.6% overeenstemming tussen artsen en observatoren op.

Een tweede feilen, dat de tabel niet laat zien is het feit dat 510 klachten door de observator gezien en beoordeeld zijn, die de arts op zijn formulier niet vermeld. De arts vermeldt op zijn beurt 20 klachten die de observator mist. De beoordelingen daarvan zijn als volgt:

Tabel 7.3.: artsenoordelen over klachten die de observator mist, en observatoroordelen over klachten die de arts mist

Oordeel	Artsenoordeel			Observatoroordeel		
	Totaal	1e klacht		Totaal	1e klacht	
puur somatisch	8	40%	-	295 (58%)	29 (48%)	
somatisch met psychosociale aspecten	6	30%	-	74 (15%)	20 (33%)	
somatisch waarachter psychosociale aspecten vermoed worden	3	15%	-	43 (8%)	2 (3%)	
psychosociaal met somatisch aspecten	2	10%	-	24 (5%)	5 (8%)	
puur psychosociaal	1	5%	-	71 (14%)	4 (7%)	

De klachten die artsen hebben genoteerd en beoordeeld, zonder dat ze de observator zijn opgevallen zijn kwantitatief (20 op de \pm 1500) en kwalitatief (geen een eerste klacht) te verwaarlozen. Andersom zien we echter dat van iedere drie klachten die een observator noteert (en waarop een deel van de gespreks- en behandelingsanalyses is gebaseerd) er één aan de aandacht van de arts is ontsnapt (tenminste, in termen van beoordeling). Het betreft meestal tweede of latere klachten, en met name de groep 'psychosociaal' is sterk oververtegenwoordigd. Het komt er op neer dat meer puur psychosociale klachten wel door de observator maar niet door de arts zijn opgemerkt, dan ze beiden gemeenschappelijk gescoord hebben (vgl. ook Bensing, 1983). Bij de in het volgende hoofdstuk te beschouwen behandeling van psychosociale klachten houden we hier rekening mee.

Al met al constateren we dat:

- artsen en observatoren ongeveer tot dezelfde totaalverdeling van beoordeelde klachten komen, maar op klachtniveau sterk verschillen. Gebrek aan achtergrondinformatie bij de observatoren speelt in een aantal gevallen een rol: zie de grote percentages van 'somatisch waarachter ik psychosociale aspecten vermoed' bij de arts, die de observator 'puur somatisch' of 'somatisch met psychosociale aspecten' noemt.

Andere inschatting van het belang van psychosociale aspecten speelt ook een rol: De meeste klachten die de observator 'somatisch met psychosociale aspecten' noemt, noemt de arts gewoon 'somatisch',

- eerste klachten wat vaker somatisch beoordeelt worden, door arts en observator,
- door de arts gemiste klachten enerzijds een lichte oververtegenwoordiging van puur somatisch klachten laten zien (dit zullen veel klachten zijn die even tussendoor verteld en afgedaan worden), anderzijds veel psychosociale klachten. Dit laatste kan betekenen dat de arts deze klachten in de context van andere, wel genoteerde klachten plaatst, maar ook dat een deel van de psychosociale problematiek hem ontgaat. We gaan hier in het kader van de behandeling van psychosociale klachten nader op in.

Tenslotte zij opgemerkt dat de geconstateerde verschillen tussen arts en observator geenszins onze vooronderstellingen hoeven te ondergraven. Wanneer er verschillen tussen artsen zijn, die echt aan de arts moeten worden toegeschreven, en de observator zich als een constante ijklat gedraagt, moeten er zelfs grote arts - observatorverschillen optreden. Of die verschillen ook werkelijk hieraan liggen, gaan we in de volgende paragraaf na.

7.3. Resultaten (2) verschillen tussen artsen

In tabel 7.4 staan de percentages klachten weergegeven die de artsen als puur somatisch, als somatisch met psychosociale aspecten, als verhuld psychosociaal ('somatisch, ik vermoed psychosociaal') en als psychosociaal, al dan niet met somatisch aspecten, beoordeelden.

De variantie binnen ieder van deze vier beoordelingscategorieën was tussen de artsen significant groter dan binnen de artsen.

Tabel 7.4.: spreiding van de artsenoordelen

Arts	N	Puur somatisch	Somatisch met psychosociale aspecten	Somatisch, arts vermoedt psychosociaal	Psychosociaal (al dan niet met somatische aspecten)
1	30	70%	10%	20%	0%
2	43	53%	16%	28%	0%
3	33	81%	6%	3%	9%
4	28	50%	11%	32%	7%
5	36	80%	0%	16%	3%
6	25	80%	0%	12%	8%
7	31	48%	13%	13%	26%
8	29	65%	7%	13%	14%
9	33	45%	30%	6%	18%
10	42	59%	19%	14%	7%
11	47	51%	17%	21%	9%
12	41	58%	27%	9%	5%
13	33	51%	12%	18%	18%
14	35	60%	6%	14%	20%
15	36	55%	11%	16%	17%
16	30	56%	23%	10%	10%
17	30	56%	7%	20%	17%
18	30	53%	17%	20%	10%
19	37	51%	19%	16%	14%
20	45	42%	4%	33%	20%
21	30	36%	17%	10%	37%
22	30	33%	13%	33%	20%
23	31	38%	35%	13%	13%
24	28	28%	32%	17%	22%
25	29	48%	17%	27%	4%
26	33	30%	21%	39%	9%
27	24	62%	29%	0%	9%
28	25	60%	20%	8%	12%
29	32	56%	16%	18%	10%
30	34	38%	59%	3%	0%

F: 2.56 (p .001) 3.88 (p .001) 2.06 (p .001) 2.20 (p .001)

Teneinde na te gaan in hoeverre de perceptie van de arts verantwoordelijk is voor deze verschillen, analyseren we het percentage 'puur somatisch' beoordeelde klachten meer diepgaand. De dichotomie 'puur-somatisch' -, 'rest' geeft de grootste spreiding en laat zich betekenisvol aan nadere analyse onderwerpen.

Deze analyse is er op gericht het artseffect los van het effect van het klachtenaanbod vast te stellen.

Dat dit het geval is, willen we laten zien door te controleren voor het observatoroordeel.

In grafiek 7.1 staat kolom 1 uit tabel 7.3 (het percentage door de arts 'puur somatisch' beoordeelde klachten) grafisch weergegeven, maar nu uitgesplitst naar klachten die de observator als 'puur somatisch' beschouwde en klachten die de observator niet als 'puur somatisch' beschouwde.

Die klachten, waarvan de observator vond dat ze niet puur somatisch waren, werden door de artsen in 27% van de gevallen wel als 'puur somatisch' beoordeeld. Hoewel de artsen in hun afzonderlijk oordeel afweken van dit gemiddelde (variërend van arts 24, welke van deze groep slechts 6% puur somatisch vond, tot arts 3 welke 56% van de door de observator psychosociaal beoordeelde klachten tot de 'puur somatisch' rekende) zijn deze verschillen zodanig en hebben ze op zulke aantallen betrekking, dat het niet tot een significant artseffect leidt.

Dit is anders bij de tweede groep klachten: klachten die de observator puur somatisch vond: In 75% van de gevallen vond de arts deze ook puur somatisch, maar tussen de artsen varieerde dit van 40% tot 100%; de variatie binnen een arts is kleiner dan die tussen de artsen ($F = 2.35$).

Wanneer we over alle klachten per arts het percentage 'puur somatische oordelen' in beschouwing nemen (kolom 1 in tabel 7.3), en dit percentage corrigeren voor het percentage puur somatische oordelen van de observator, krijgen we weliswaar een vermindering van de verschillen tussen de artsen, maar de verschillen blijven duidelijk aanwezig (η^2 bedroeg bij de ongecorrigeerde scores .27, na correctie voor het observatoroordeel bedraagt β^2 .23).

Grafiek 7.2 laat de spreiding van de artsenoordelen 'puur somatisch' vòòr en na correctie zin. Onze conclusie luidt dat er verschillen in de perceptie van artsen blijft bestaan, ook nadat verdisconteerd is dat de ene arts volgens de observatoren meer psychosociaal klachtenaanbod heeft gehad dan de andere.

Het artsenoordeel over het klachtenbod verschilt dus van arts tot arts. Op artsniveau geaggregeerd zullen we - mede in verband met het aantal beschikbare gevallen - hiervoor vier maten gebruiken: het percentage puur somatisch beoordeelde klachten, het percentage klachten dat beoordeeld is als 'somatisch met psychosociale aspecten', het percentage klachten dat als 'somatisch met psychosociale vermoedens' is beoordeeld, en ten slotte het percentage 'psychosociaal (met somatische aspecten)'. In hoofdstuk 10 zullen we onderzoeken hoe de arts-patiënt communicatie met dit artsenoordelen verband houdt.

DEEL III

8. HOE BEHANDELT DE ARTS PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

8.1. Inleiding

In het voorafgaande zijn artsverschillen met betrekking tot hun communicatiepatroon en hun klachtbeoordelingen ter sprake gekomen. In het laatste deel van de vraagstelling, zoals in hoofdstuk 1 geformuleerd, komen de verschillen tussen artsen met betrekking tot de behandeling van psychosociale problemen aan de orde. Op deze verschillen gaan we in dit hoofdstuk nader in, zonder overigens op deze plaats ook al het verband met arts- of communicatiekenmerken te analyseren.

Behandeling van psychosociale aspecten is niet meetbaar in ieder consult. Op welke consulten de maten hiervoor betrokken moeten worden is op zich geen eenduidig op te lossen kwestie.

Daar is op de eerste plaats het oordeel van de arts over de klacht, zoals dat in het vorige hoofdstuk de revue passeerde. Wanneer een arts van mening is dat aan een klacht psychosociale aspecten verbonden zijn, kan met betrekking tot die klacht een zinvol oordeel over de behandeling van die aspecten uitgesproken worden.

Op de tweede plaats zijn er die consulten, waarin de arts de klacht puur somatisch acht, maar de observatoren van mening zijn dat psychosociale aspecten een rol spelen. Het oordeel betreffende de behandeling van deze klachten is eveneens een zinvol oordeel.

Dan is er tenslotte de categorie klachtenclusters waarvan arts en observator vinden dat ze puur somatisch zijn. Deze laatste categorie kan niet zinvol beoordeeld worden op de behandeling van psychosociale klachten.

8.2. Operationalisatie

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 medisch specialist (bv. om ongerustheid weg te nemen);
- advies geven;
- patiënt op eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden wijzend, zelf de problemen op laten lossen;
- verwijzen naar een psychosociale hulpverleningsinstantie;
- door diverse vormen van praten met de patiënt.

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

- patiënt kan zijn hart 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.

8.3. Resultaten (1) Algemeen

In schema 8.1 zijn de diverse reactie-mogelijkheden van een arts op psychosociale problemen, alsmede hun vóórkomen binnen ons onderzoeksmateriaal weergegeven.

De klachtenclusters waarop dit schema betrekking heeft, zijn al die klachtenclusters die óf door de arts of door de observator als niet puur somatisch zijn beschouwd. Van deze klachtenclusters geldt voor ruim eenderde dat de arts psychosociale aspecten negeert. Wanneer dit het geval is, geschiedt dit meestal doordat de arts zich beperkt tot de somatische aspecten van de klacht.

Schema 8.1.: behandeling van psychosociale aspecten bij klachten die arts of observator als niet puur somatisch beoordeelt

Schema 8.1 (Arts of observ. > 1)

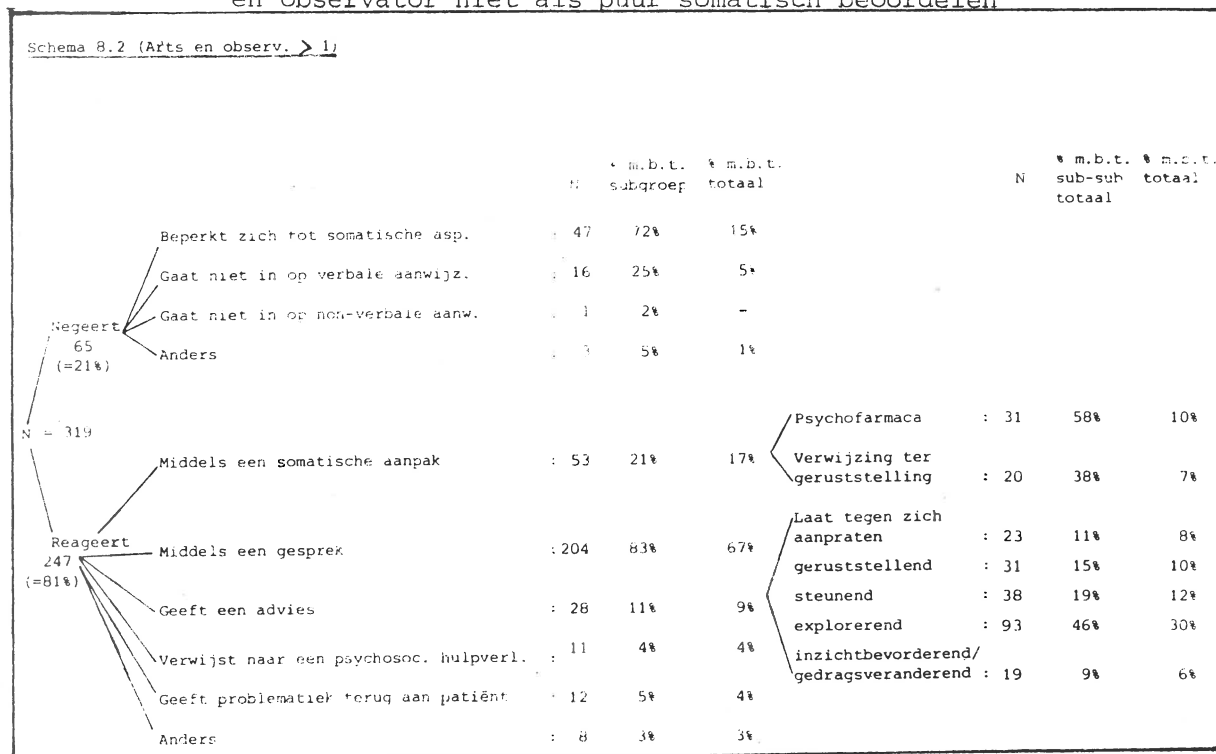
	N	% m.b.t. subgroep	% m.b.t. totaal		N	% m.b.t. sub-sub	% m.b.t. totaal	
Negeert 253 (=35%)	Beperkt zich tot somatische asp.	204	81%	28%				
	Gaat niet in op verbale aanwijz.	39	15%	5%				
	Gaat niet in op non-verbale aanw.	5	2%	1%				
	Anders	15	6%	2%				
Reageert. 477 (=66%)	Middels een somatische aanpak	89	19%	12%	Psychofarmaca	55	62%	7%
	Middels een gesprek	394	83%	55%	Verwijzing ter geruststelling	30	33%	4%
	Geeft een advies	46	12%	6%	Laat tegen zich aanpraten	60	15%	8%
	Verwijst naar een psychosoc. hulpverl.	18	5%	3%	geruststellend	81	21%	11%
	Geeft problematiek terug aan patiënt	14	4%	2%	steunend	62	16%	9%
	Anders	10	3%	1%	explorerend	161	41%	22%
					inzichtbevorderend/ gedragsveranderend	29	7%	4%

In tweederde van de gevallen is er sprake van een of andere reactie. Veruit de meest voorkomende reactie is het verder bespreken van de problematiek. Dit gebeurt in ongeveer de helft van het aantal geregistreerde gesprekken over psychische problemen op een min of meer passieve wijze: de arts stelt de patiënt gerust, steunt de patiënt, of hoort alleen maar het verhaal van de patiënt aan. In de andere helft van de gevallen speelt de arts een actieve rol, tracht verbanden te leggen, de betekenis van de klacht te doorgronden en -in een beperkt aantal gevallen- min of meer therapeutisch te werk te gaan.

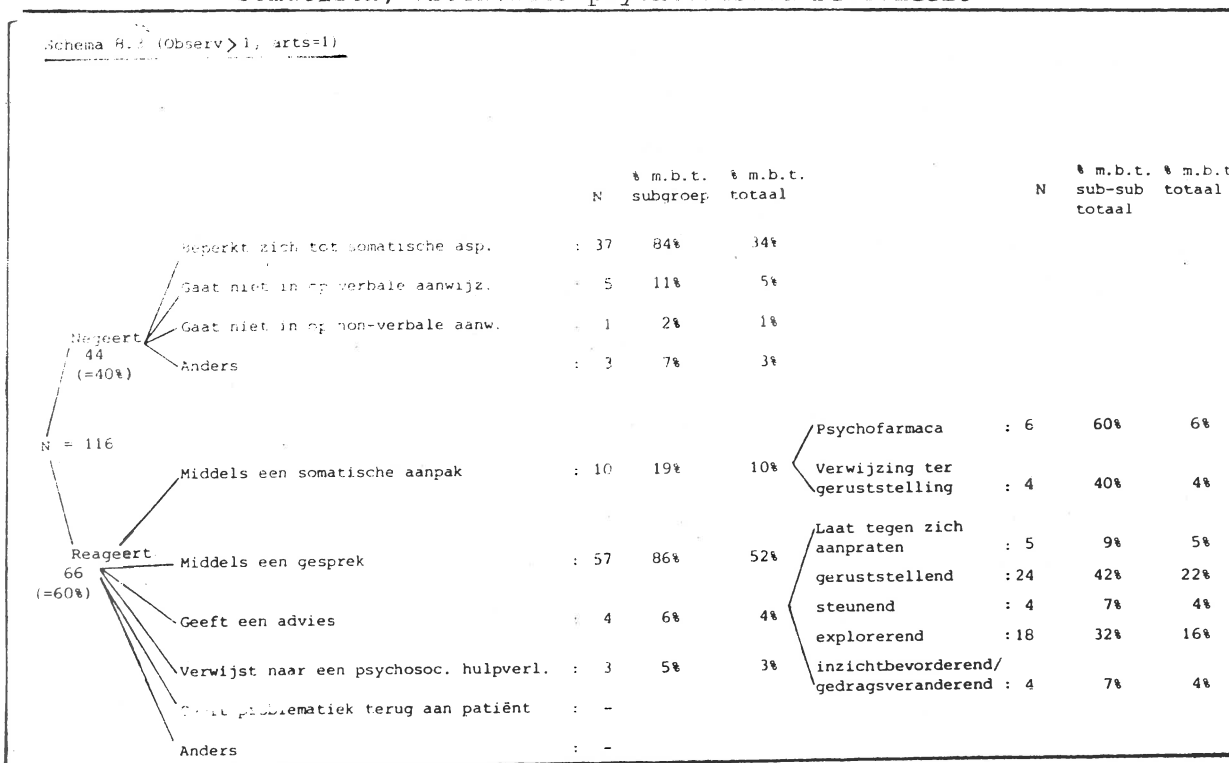
Na de gespreksmatige behandeling komt de aanpak middels medicatie of -somatische- verwijzing ter geruststelling op de tweede plaats. Daarnaast zien we dat regelmatig een advies wordt gegeven, en relatief weinig verwezen wordt naar psychosociale hulpverleners. Dit gebeurt bij 3% van alle klachtenclusters waarbij volgens arts of observator psychosociale aspecten een rol spelen.

In de volgende schema's worden de verschillende behandelingspraktijken geschetst van de gevallen dat arts én observator van mening zijn dat de klacht psychosociaal is, de gevallen dat een observator een klacht psychosociaal acht welke de arts somatisch vindt en omgekeerd.

Schema 8.2.: behandeling van psychosociale aspecten bij klachten die arts en observator niet als puur somatisch beoordelen



Schema 8.3.: behandeling van psychosociale aspecten bij klachten die arts somatisch, observator psychosociaal beoordeelt



Schema 8.4.: behandeling van psychosociale aspecten bij klachten die observator als somatisch, arts als psychosociaal beoordeelt

Schema 8.4 (observ: 1, arts >1)

	N	% m.b.t. subgroep	% m.b.t. totaal		N	% m.b.t. sub-sub totaal	% m.b.t. totaal	
Negeert 61 (=85%)	Beperkt zich tot somatische asp.	: 59	97%	82%				
	Gaat niet in op verbale aanwijz.	: 1	1%	1%				
	Gaat niet in op non-verbale aanw.	: -						
	Anders	: 1	1%	1%				
Reageert 11 (=15%)	Middels een somatische aanpak	: 1	9%	1%	Psychofarmaca	: 1	100%	1%
	Middels een gesprek	: 10	91%	14%	Verwijzing ter geruststelling	: -		
	Geeft een advies	: -			Laat tegen zich aanpraten	: 3	30%	4%
	Verwijst naar een psychosoc. hulpverl.	: -			geruststellend	: 2	20%	3%
	Geeft problematiek terug aan patiënt	: -			steunend	: 1	10%	1%
	Anders	: -			explorerend	: 4	40%	1%
					inzichtbevorderend/ gedragsveranderend	: -		

De som der totalen van schema's 8.2, 8.3 en 8.4 is niet gelijk aan het totaal uit schema 8.1. Dit is te wijten aan het feit dat de arts niet ieder klachtencluster heeft genoteerd (en dus beoordeeld) dat de observatoren onderscheiden hebben. Opmerkelijk genoeg is de verhouding negeren-reageren in het totaal van de door de arts wél beoordeelde klachten exact gelijk aan de verhouding bij de klachten die ze niet beoordeeld hebben. Het feit dat ze die klachten niet de moeite waard vonden om op te schrijven betekent klaarblijkelijk nog niet, dat ze daarom aan die klachten en bloc geen aandacht hebben besteed.

Letten we nu op de verschillen tussen de schema's.

Wanneer zowel arts als observator de klacht als mede-psychosociaal beschouwen (schema 8.2), is er vaker sprake van reageren op psychosociale aspecten. Binnen de diverse subgroepen van reageren blijven de verhoudingen ongeveer gelijk, maar binnen de sub-subgroepen 'gespreksvoering' verschuift het zwaartepunt naar de wat actievare vormen van gespreksvoering: de arts laat minder tegen zich aanpraten en stelt niet zo vaak gerust; hij steunt en exploreert daarentegen meer.

De klachten waar het in dit schema om gaat, zijn waarschijnlijk de wat

duidelijker psychosociale klachten, gezien de unanimititeit in het oordeel van arts en observator.

Dit in tegenstelling tot de in de twee daaropvolgende schema's waar onenigheid in het oordeel bestaat.

In schema 8.3 waarbij de arts klacht als somatisch beoordeelt, terwijl de observator psychosociale aspecten bespeurt, reageert de arts overigens nog in 60% van de gevallen op die psychosociale aspecten, en in grote lijnen in dezelfde verhouding tussen de subcategorieën.

Binnen de sub-subgroep 'gespreksvoering' is het zwaartepunt echter verschoven naar het geruststellen van de patiënt.

Overigens betreft het psychosociale oordeel van de observator in deze gevallen erg vaak het oordeel 'somatisch met psychosociale aspecten', waarbij het psychosociale karakter toch minder in het oog valt dan bij hogere categorieën. Dit verklaart zowel het nog relatief vaak reageren (de arts ziet de psychosociale aspecten wel, maar benoemt ze binnen een somatische context), als het relatief vaak geruststellen, en niet zoveel exploreren.

Schema 8.4 tenslotte lijkt paradoxaal: in die gevallen waarin de arts de klacht psychosociaal vindt en de observator niet, negeert de arts het merendeel der gevallen. De verklaring is vrij simpel: in die gevallen waarin de arts psychosociale aspecten vermoedt, maar ze negeert,

-en er verder ook niets aan de orde komt op het gebied van psychosociale problematiek- zal de observator, gespeend van verdere achtergrondinformatie de klacht als somatisch definiëren. Met andere woorden: het reageren van de arts is voor de observator een belangrijke aanwijzing dat er andere dan somatische aspecten meespelen.

Iets genuanceerder kunnen we de behandeling van psychosociale aspecten nog beschouwen, wanneer de vier psychosociale beoordelingsmogelijkheden apart bestuderen.

In tabel 8.1 staat weergegeven welke acties de arts ondernam bij een

- artsenoordeel:
- 'somatisch met psychosociale aspecten'
 - 'somatisch waarachter ik psychosociale aspecten vermoed'
 - 'psychosociaal met somatische aspecten'
 - 'puur psychosociaal'.

Tabel 8.1.: Verhouding negeren-reageren in vier beoordelingscategorieën

Arts vindt de klacht:	N	Negeert psycho- sociale aspecten	Reageert op psycho- sociale aspecten
Somatische met psycho- sociale aspecten	132	61 (46%)	74 (56%)
Somatisch met psycho- sociaal vermoeden	139	57 (41%)	84 (60%)
Psychosociaal met somatische aspecten	45	5 (11%)	40 (89%)
Psychosociaal	59	4 (7%)	55 (93%)

We zien dat 'echte' psychosociale klachten meestal wel een behandeling krijgen, maar dat in een grote minderheid van de gevallen waarin dat psychosociale niet zo domineert, maar door de arts wel aanwezig wordt geacht, de arts deze aspecten negeert in het spreekuurcontact.

8.4. Resultaten (2): verschillen tussen artsen

Zo gedetailleerd als in de voorgaande schema's kunnen we niet ingaan op de behandelingswijze van de arts, wanneer we deze per arts in beschouwing nemen. Veel van de genoemde categorieën komen in het totaalbestand voldoende voor om in onze analyse te betrekken, doch worden per arts slechts enige malen waargenomen.

We gaan daarom in deze paragraaf per arts slechts in op de verhouding tussen het *reageren op psychosociaal beoordeelde klachten* en het *achterwege blijven* van zo'n reactie, op het percentage van deze klachten waarop de arts met een *gesprekmatige behandelingsvorm* reageert en op de verhouding in dat opzicht tussen passieve en actieve vormen van gespreksvoering.

Tot de passieve vorm rekenen we het steunen, geruststellen en tegen zich aan laten praten, tot de actieve vorm van exploreren, inzicht bevorderen en pogingen om het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Het niveau van analyse is het klachtencluster dat door arts of observator als niet puur somatisch is beoordeeld.

De verschillen tussen de artsen in de genoemde opzichten zijn alle tesa-
men weergegeven in grafiek 8.1. De gehele kolom staat voor het aantal
psychosociaal beoordeelde klachtenclusters (= 100%).

Het betreffende aantal staat onder de kolom weergegeven. De verhouding
wit-gearceerd geeft de verhouding negeren-reageren weer.

Binnen het reageren geeft het zwaarder gearceerde deel aan, in welke ge-
vallen gespreksmatig werd gereageerd. Binnen dit gespreksmatige deel kan
men dus nog zien hoe de verhouding passief (lichter)-actief (donkerder)
per arts uitviel.

Het percentage psychosociaal beoordeelde klachten waarop de arts reageert
verschilt tussen de artsen: variantieanalyse brengt een significant
artseffect aan het licht ($F = 2.97$), terwijl geen hoofdeffect van obser-
vator, geslacht of leeftijd van de patiënt werd aangetroffen.

Ook het percentage klachten waarop de arts gespreksmatig ingaat verschilt
significant tussen de artsen ($F = 3.02$), hoewel de observatoren hier een
persoonlijke visie op hebben: sommigen beschouwen een artsenreactie
vaker als 'gespreksmatig reageren' dan anderen, blijkens de variantie-
analyse. Invloed op de verhoudingen tussen artsen heeft dit overigens
niet. Het verschil tussen de artsen is natuurlijk een afgeleide van het
eerder gevonden verschil in de mate waarin de arts reageert op psychoso-
ciale klachten. Wanneer we de variantie-analyse beperken tot de klachten
waarin de arts reageert op psychosociale aspecten verdwijnt het artsen-
effect ($F = 1.19$). Dit is ook grafisch uitgedrukt in grafiek 8.1: de hoog-
ten van de totale 'gesprekskolommen' verschillen, maar dit komt omdat
deze kolommen meegaan, met de totale 'reageerkolommen'. De verhouding van
de 'gesprekskolom' ten opzichte van de 'reageerkolom' is daarom vrij con-
stant (artsen 13 en 16 zijn uitzonderingen binnen hun percentage 'reageren'
dat overigens ook beneden het gemiddelde ligt, is hun percentage 'gesprek'
beduidend lager (slechts 40% resp. 60%) dan het gemiddelde (83% van al de
reacties).

Tenslotte is binnen de categorie 'gesprek' nog onderscheid gemaakt tus-
sen de actieve en passieve vormen van gespreksvoering. Betrekking we dit
op die klachten waarbij sprake was van een gespreksmatige behandeling,
dan is er sprake van een significant artseneffect. We zien dit ook
aan de wisselende verhoudingen tussen de twee onderste kolommen:

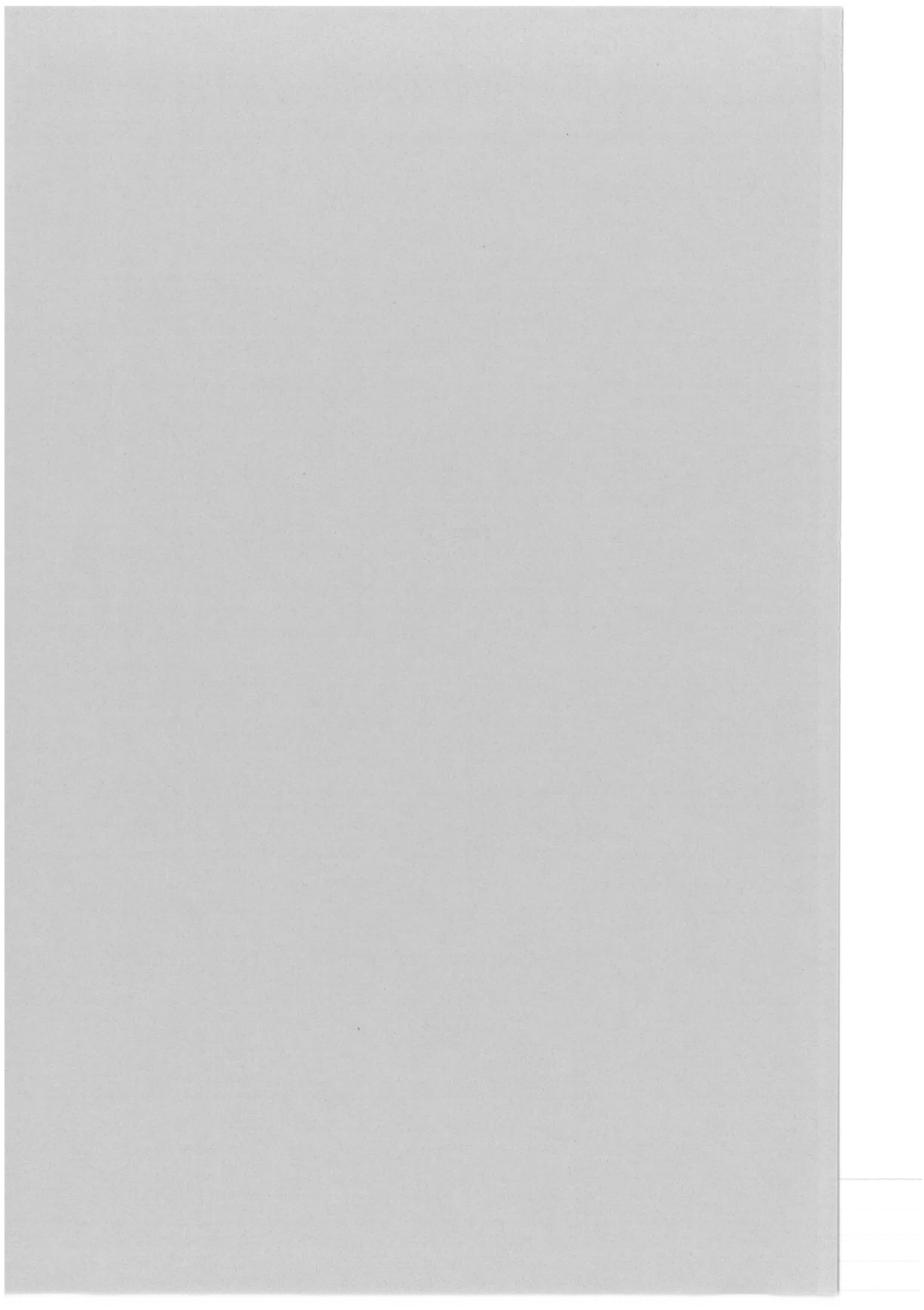
Sommige artsen praten in meer dan 80% van de gevallen uitsluitend op passieve wijze met hun patiënten (1, 17, 29), anderen in minder dan 30% (7, 8, 9, 26). We beperken ons nu tot artsen waarbij we minstens 10 cases tot onze beschikking hebben.

Een belangrijke vraag bij deze analyse is: in welke mate het verschil in oordeel van de artsen, zoals beschreven in hoofdstuk 7, hiermee interfereert. In deze paragraaf analyseren we de behandeling van klachten waarvan de arts of de observator van mening is dat psychosociale klachten meespelen. Klachten die de arts als 'somatisch' beoordeeld, worden weliswaar toch regelmatig door hem op psychosociale wijze benaderd (vgl. schema 8.3), maar de verhoudingen liggen hier anders.

Om erachter te komen of dit een rol speelt, hebben we deze analyse herhaald voor alleen die klachten waarbij de arts van mening was dat psychosociale aspecten een rol spelen. De resultaten blijven op alle niveaus (reageren/negeren, al dan niet gespreksmatig reageren, positief of actief) precies hetzelfde, waarbij we met de laatste analyses (met betrekking tot gespreksvoering) een slag om de arm moeten houden vanwege het gering aantal cases (N = 258 resp. 214, verdeeld over 30 artsen). Zoals we ook al naar aanleiding van de gegevens over alle artsen constateerden, is de reactiewijze van artsen niet anders bij psychosociale klachten die ze zelf als zodanig onderkennen, dan bij psychosociale klachten die de observatoren als zodanig betitelen.

We zullen in hoofdstuk 11 onderzoeken, of er een samenhang bestaat tussen het percentage 'reageren' op klachten die arts of observator psychosociaal noemt, het percentage 'gespreksvoering' en de verhouding actief: passief enerzijds en de communicatiestijl, zoals die in deel 1 beschreven is, anderzijds.

DEEL IV



9. ARTSEIGENSCHAPPEN EN COMMUNICATIESTIJL

9.1. Inleiding

In de vorige drie delen zijn een aantal elementen uit de in het eerste hoofdstuk gestelde vragen afzonderlijk aan de orde gekomen. In dit laatste deel gaan we in op enkele relaties, en wel tussen communicatiestijl van de arts enerzijds, en artseigenschappen, beoordeling van psychosociale klachten en behandeling van psychosociale klachten anderzijds. In dit hoofdstuk is de eerstgenoemde relatie aan de orde.

Hiermee komt de tweede vraag aan de orde die we op de eerste pagina van dit rapport formuleerde: 'Hoe hangen verschillen in communicatie samen met opvattingen en werkomstandigheden van de arts'.

De verschillen in communicatie zijn in deel 1 uitvoerig belicht; we besloten dat deel met de constructie van één algemene communicatiefactor. De opvattingen en werkomstandigheden kwamen in het vierde hoofdstuk van het eerste interimrapport aan de orde. Aangezien deze resultaten toen op de eerste 25 artsen betrekking hadden, herhalen we in paragraaf 2 de scores op de relevante dimensies. Voor verantwoording en meer analysetechnische gegevens omtrent de gehanteerde scores verwijzen we echter naar het eerste interimrapport.

In paragraaf 3 behandelen we de verbanden tussen opvattingen en communicatiestijl; in paragraaf 4 komen de werkomstandigheden en communicatiestijl aan de orde.

9.2. Opvattingen en werkwijze van de videoartsen

De volgende meningen en normen, die in het vorige interimrapport aan de orde kwamen, worden in de analyse betrokken.

- *invloed van psychosociale factoren*: een somscore op een 12-item-schaal, welke meet in hoeverre de arts waarde hecht aan de rol die psychische factoren bij diverse ziektebeelden spelen,
- *het nemen van risico's*: een somscore op een 6-item-schaal, welke aangeeft in welke mate de arts bereid is om zekere risico's te nemen (= huisarts-geneeskundig handelen), dan wel op somatisch gebied altijd het zekere voor het onzekere nemen (= klinisch handelen).⁸

- *'samenwerken' met de patiënt*: een somscore op een 9-items-schaal, die aangeeft in welke mate de arts de patiënt betreft bij zijn handelen (hoge score = huisartsgeneeskundig: de patiënt krijgt veel inbreng),
- *taakopvatting bij psychosociale klachten*: een somscore op een 6-item-schaal, welke aangeeft in hoeverre de arts voor zichzelf een taak ziet weggelegd bij de behandeling van diverse psychosociale klachten,⁹
- *competentie bij psychosociale klachten*: van zeven probleemgebieden is vastgesteld in hoeverre de arts zichzelf competent achtte ten aanzien van de behandeling daarvan. De somscore wordt gebruikt.

Tabellen 9.1 tot en met 9.5 geven de verdeling over de somscores van de dertig artsen, alsmede de gemiddelden van de landelijke groep die dezelfde enquête beantwoord heeft (vergelijk het eerste interimrapport.

Tabel 9.1.: toegekende invloed van psychosociale aspecten bij 12 klachten

Somscore	N	%
24 - 29	1	3%
30 - 35	6	20%
36 - 41	6	20%
42 - 47	12	40%
48 - 53	4	13%
54 - 60	1	3%
video	\bar{X} : 41.2	(s.d.=6.3)
landelijke groep	\bar{X} : 37.9	(s.d.=5.9)

Tabel 9.2.: opvatting over nemen van risico's

Somscore	N	%
12 - 14	3	10%
15 - 17	4	13%
18 - 20	8	27%
21 - 23	11	37%
24 - 26	4	13%
video	\bar{X} : 19.8	(s.d.= 3.4)
landelijke groep	\bar{X} : 18.5	(s.d.= 4.1)

Tabel 9.3.: opvatting over 'samenwerking' met de patiënt

Somscore	N	%
14 - 18	1	3%
19 - 23	4	13%
24 - 28	10	33%
29 - 33	8	27%
34 - 38	6	20%
video	\bar{X} : 28.8	(s.d.=5.8)
landelijke groep	\bar{X} : 26.5	(s.d.=4.6)

Tabel 9.4.: taakopvatting bij psychosociale klachten

Somscore	N	%
9 - 11	1	3%
12 - 14	1	3%
15 - 17	6	20%
18-20	17	57%
21 - 23	5	17%
video	\bar{X} : 18.4	(s.d.=2.7)
landelijke groep	\bar{X} : 19.1	(s.d.=2.9)

Tabel 9.5.: ervaren competentie bij psychosociale klachten

Somscore	N	%
13 - 15	1	3%
16 - 18	4	13%
19 - 21	11	37%
22 - 24	10	33%
25 - 27	2	7%
28 - 30	2	7%
video	\bar{X} : 21.4	(s.d.:3.4)
landelijke groep	\bar{X} : 21.1	(s.d.:3.7)

De vijf artsen die na het eerste interimrapport aan de videogroep zijn toegevoegd hebben het daar geconstateerde patroon niet ingrijpend beïnvloed. De videogroep is iets huisartsgeneeskundiger gebleven dan de landelijke groep (dit verschil is overigens kleiner geworden) en is naar taakopvatting en ervaren competentie op het gebied van psychosociale klachten vergelijkbaar gebleven met de landelijke groep.

De scores van de de dertig artsen op deze vijf variabelen staan niet volledig los van elkaar. In het eerste interimrapport vermeldden we voor de landelijke groep die was geënquêteerd (N = 249) een product-moment correlatie tussen 'taakopvatting' en 'ervaren competentie' van .60; 'invloed bij psychosociale klachten' correleerde .19 met 'samenwerken' en .09

met 'risico', terwijl beide laatste een correlatiecoëfficiënt van .15 opleverden.

De samenhang tussen taakopvatting en competentie is bij de videoartsen identiek aan die bij de landelijke groep. 'Risico' vertoont geen significante samenhang met één der andere variabelen (N.B., bij N = 30 is dit pas het geval op .05-niveau bij een correlatiecoëfficiënt van .30). Artsen die een patiënt veel inbreng gunnen, kennen echter veel psychosociale aspecten toe aan klachten ($r = .42$) en achten zichzelf competent ($r = .40$).

Tabel 9.6 tot en met 9.9 geeft de relevante aspecten van de werkwijze van de videoartsen weer.

Het betreft het *contact met andere disciplines, gevolgde nascholing, gemiddelde consultduur en praktijkgrootte en -vorm*.

Toevoeging van vier artsen laat de in het eerste interimrapport gevonden overleg-, verwijs- en nascholingspatronen onverlet. Dit geldt ook voor het aantal patiënten en de gemiddelde consultduur. Alleen wat betreft de praktijkvorm mogen we stellen dat het percentage solisten wat dichterbij het landelijk cijfer is gekomen, hoewel de vertekening in dit opzicht aanzienlijk blijft. In de videogroep hebben de artsen meer aan nascholing gedaan, is er meer samenwerking met andere disciplines en zijn de praktijken kleiner.

Tabel 9.6.: contacten met andere disciplines

Discipline	Overleg			Verwijzen			
	1 keer per week of meer	1 keer per maand of meer	minder dan 1keer per maand	20 of meer per jaar	6-20 per jaar	1-5 per jaar	nooit
wijkverpl.k.	16 (53%)	10 (33%)	4 (13%)	N.V.T.			
fysiotherap.	13 (43%)	11 (37%)	6 (20%)	N.V.T.			
maatsch. w.	14 (47%)	8 (27%)	8 (27%)	12 (40%)	12 (40%)	6 (20%)	-
psycholoog	2 (7%)	5 (18%)	21 (75%)	N.V.T.			
psychiater	1 (3%)	7 (23%)	22 (73%)	1 (3%)	2 (7%)	16 (55%)	10 (34%)
RIAGG	N.V.T.			4 (13%)	17 (57%)	9 (30%)	-

Tabel 9.7.: gevolgde nascholing in de afgelopen vijf jaar

Balint-groepen	10 (33%)
Warffum-cursussen, waarin psychosociale onderdelen aan de orde komen	15 (50%)
cursus gespreksvoering	16 (55%)
Methodisch Werken	8 (27%)
Crisis-en stervensbegeleiding	3 (10%)
Helpen bij sexuele moeilijkheden	12 (40%)
Overigen	16 (53%)
Geen nascholing op psychosociaal gebied	2 (7%)

Tabel 9.8.: praktijkgrootte en -vorm, gemiddelde consultduur

Aantal patiënten:	
≤ 2000	13 (43%)
> 2000	17 (57%)
Hoeveelheid tijd per patiënt	
6 - 9 minuten	8 (27%)
10 minuten	16 (53%)
11 minuten en meer	6 (20%)
Praktijkvorm:	
solist	13 (43%)
samenwerking met andere artsen	7 (23%)
multidisciplinair samenwerkend	10 (33%)

9.3. Opvattingen en communicatiestijl

Richten we ons nu op het eerste deel van de in paragraaf 1 aangehaalde vraagstelling: brengen verschillende opvattingen ook verschillende communicatiestijlen met zich mee. Om deze vraag te onderzoeken, stappen we, wat de communicatiestijl betreft, van het consult- of klachtenclusterniveau over op het artsniveau: per arts is over alle fragmenten, of over alle psychosociale fragmenten of over alle klachtenclusters, al naar gelang de betreffende variabele, een geaggregeerde index berekend. In de meeste gevallen is dit het gemiddelde, in het geval van nominale variabelen wordt gewerkt met het percentage van de consulten, fragmenten, of klachtenclusters waarin een bepaalde score van toepassing was. Ten slotte hanteren we de aan het eind van deel I geconstrueerde algemene communicatie index. In eerste instantie trachten we de samenhang met de artsenopvattingen op het spoor te komen door de artsen met betrekking tot een opvatting te splitsen over de mediaan. Voor alle belangrijke variabelen waarop artsen blijkens het eerste deel van dit rapport verschillen, is nagegaan hoe de twee zo samengestelde groepen te werk gingen.

Inbreng aan de patiënt bij het vaststellen van de diagnose werd meer gegeven door artsen die blijkens de betreffende schalen huisartsgeneeskundiger opvattingen er op nahielden en door artsen die zichzelf competent achtten in het behandelen van psychosociale klachten. (N.B.: het gaat steeds om goeddeels dezelfde artsen: elf artsen in de subgroep 'weinig samenwerken', maken deel uit van de subgroep 'weinig competentie', dertien artsen die met de patiënt veel samenwerken, voelen zich ook competent, negen artsen scoren huisartsgeneeskundig op zowel risico als competentie, negen anderen scoren klinisch op beide schalen, etc.).

Uitgesplitst naar taakopvatting en toegekende invloed van psychosociale klachten, bestaan er geen verschillen in dit opzicht.

De verschillen komen overigens voort uit die klachtenclusters waar de klacht niet puur somatisch werd beoordeeld: beperken we ons tot de somatisch beoordeelde klachten dan is er geen verschil tussen huisartsgeneeskundig en klinisch oordelende huisartsen (zie ook tabel 9.9).

Wat betreft de ruimte voor de patiënt bij de vaststelling van de behandeling is alleen de beoordeling over alle klachten tesamen genomen; dit op

grond van het feit dat in hoofdstuk 4 in dit opzicht geen verschillen tussen somatisch en psychosociale klachten geconstateerd werden die van invloed waren op de verschillen tussen artsen. We zien in tabel 9.9 dat alleen wanneer artsen naar 'samenwerken met patiënt' onderscheiden worden er een verschil in ruimte voor de patiënt bij het vaststellen van behandeling optreedt.

Tabel 9.9.: verschillen tussen artsen met huisartsgeneeskundig en klinische opvattingen, met hoge en lage taakopvatting en competentie inschatting in de inbreng die ze de patiënt laten (cursief: significante verschillen op grond van t-toets $\alpha < .05$)

		Huisartsgeneeskundig - Clinisch						Taakopvatting		Competentie	
		Risico nemen		Samenwerken met patiënt		Invloed psychosoc. aspecten		+	-	+	-
		+	*	-	+	-	+				
Inbreng bij diagnose	Totaal	3.2	2.8	3.2	2.8	3.2	2.9	3.0	3.0	3.2	2.8
	Bij somatische klachten	2.9	2.7	2.9	2.7	2.9	2.7	2.8	2.8	2.9	2.6
	Bij psychosociale klachten	3.5	3.1	3.5	3.1	3.4	3.2	3.3	3.3	3.5	3.1
Inbreng behandelings	Totaal	2.9	2.6	3.0	2.6	2.6	2.9	2.7	2.8	2.9	2.7

* +: de groep artsen die boven de mediaan scoort op de betreffende variabele
 -: de groep artsen die onder de mediaan scoort op de betreffende variabele

Verschillen in *structurering* van het consult troffen we in hoofdstuk 4 alleen aan met betrekking tot het al dan niet vraagverhelderen, alvorens op de klacht zelf in te gaan. Ten aanzien van dit aspect blijken huisartsgeneeskundiger ingestelde artsen (naar hun score op de 'samenwerken met de patiënt-schaal' en de risicoschaal, in mindere mate op de 'invloed van psychosociale aspecten-schaal') vaker op zoek te gaan naar de vraag achter de vraag dan hun collega's die in deze opzichten een klinischer score te zien geven. Ook artsen die zichzelf competent achten doen vaker aan vraagverheldering.

Het percentage klachten waarbij de artsen de achtergrond van de hulpvraag trachten te expliciteren staat in tabel 9.10 vermeld.

Tabel 9.10.: percentage klachtenclusters waarbij vraagverheldering plaatsvindt bij huisartsgeneeskundige en klinische opvatting, bij hoge en lage taakopvatting en competentie (cursief: significante verschillen op grond van t-toets ($\alpha < .05$))

		% vraagverheldering
Risico	+	28%
	-	16%
Samenwerken met patiënten	+	27%
	-	17%
Invloed	+	26%
	-	18%
Taak	+	23%
	-	21%
Competentie	+	27%
	-	16%

Wanneer we de operationalisaties van *aandacht* in beschouwing nemen, dan zien we geen verschillen wanneer we de artsen indelen naar risiconeiging of taakopvatting. Artsen die de patiënt veel inbreng willen geven en artsen die zichzelf competent achten in de psychosociale behandeling van problemen zijn empathischer dan hun collega's die daar laag op scoren; artsen die veel invloed aan psychosociale aspecten toekennen zijn aandachtiger in hun nonverbale gedrag: zij tonen meer interesse, kijken de patiënt meer aan en geven blijk van meer aandacht in hun a-specifieke uitingen. Het geheel is samengevat in tabel 9.11.

Tabel 9.11.: verschillen tussen artsen met huisartsgeneeskundigen en klinische opvattingen, met hoge en lage taakopvatting en competentieinschatting in de aandacht zie ze de patiënt schenken (cursief: significante verschillen volgens t-toets ($\alpha < .05$))

	Huisartsgeneeskundig - Clinisch						Taakopvatting Competentie			
	Risico		Samenwerken met patiënt		Invloed op psychos.asp.					
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Nonverbale aandacht	.11	-.13	-.01	-.01	<i>+.16</i>	<i>-.16</i>	-.08	.06	-.07	.04
Empatische uitingen	1.66	1.34	<i>1.96</i>	<i>1.68</i>	1.67	1.34	1.64	1.33	<i>1.89</i>	<i>1.05</i>
Empatische uitingen per 10 min.	2.52	2.40	<i>3.18</i>	<i>1.74</i>	2.64	2.34	2.94	1.92	<i>3.12</i>	<i>1.74</i>
A-specifieke uitingen	14.3	10.5	13.6	11.7	<i>14.62</i>	<i>10.46</i>	11.38	13.57	13.15	11.55
A-specifieke uitingen per 10 min.	21.06	19.74	20.28	20.58	22.74	18.36	20.04	20.82	20.34	20.52

Het risico willen nemen en de taakopvatting hebben weinig met aandacht geven te maken. Deze opvattingen hebben inhoudelijk ook minder met aandachtig gedrag te maken dan bijvoorbeeld het inbreng willen geven aan wat de patiënt wil.

De verschillen in empathische uitingen en a-specifieke uitingen vinden we ook terug, wanneer we alleen de psychosociale of alleen de somatische fragmenten in beschouwing nemen. Omgekeerd geldt voor de uitingen waarbij in de totaalscore geen significantie verschillen worden aangetroffen, dat ze ook in de diverse soorten fragmenten apart niet significant verschilden tussen hoog en laagscorende artsen.

Een laatste aspect van de aandacht, het patiëntenoordeel met betrekking tot interesse en tijd die de arts voor hen heeft, leverde geen enkel verschil tussen de groepen op. Om de tabel niet groter te maken is het niet vermeld.

Letten we tenslotte op het *sturend gedrag* van de artsen: het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen en de verhouding tussen open en gesloten vragen. De eerste variabele zegt iets over de actieve houding die arts inneemt om problemen op het spoor te komen: deze actieve houding treffen we meer aan bij artsen die meer risico willen nemen, meer met de patiënt willen samenwerken

Wanneer we alle communicatieaspecten in beschouwing nemen dan is het met name de inbreng die een arts aan de patiënt wil gunnen, die telkens als discriminerende variabele opduikt. De artsen die in dit opzicht boven de mediaan scoren worden in de consulten beoordeeld als meer ruimtegevend bij vaststelling van diagnose en behandeling, als empathischer, als meer vraagverhelderend, als opener in hun vraagwijze, en als vaker nieuwe onderwerpen aansnijdend.

De artsen die als huisartsgeneeskundiger beoordeeld worden omdat ze meer risico willen nemen onderscheiden zich met betrekking tot 'aandacht' en 'openheid' minder van hun klinische collega's, evenals met betrekking tot de ruimte die ze de patiënt gunnen bij het vaststellen van de behandeling. Overigens gaan ook bij deze tweedeling de genoemde niet-significante verschillen wel in de verwachte richting.

De invloed die men aan psychosociale aspecten toekent is de operationalisatie van de dimensie huisartsgeneeskundig - klinisch die het minste verschillen te weeg brengt.

Opvallend is dat een positieve taakopvatting inzake de behandeling van psychosociale klachten er in geen enkel opzicht iets toe doet: geen der gemeten communicatievariabelen gedraagt zich anders wanneer een huisarts veel taken op psychosociaal gebied ziet weggelegd dan wanneer dit niet het geval is. Dit in tegenstelling tot de mate waarin men zich competent acht: dit geeft in grote lijnen dezelfde verschillen te zien als de inbreng die men een patiënt wil gunnen, maar deze twee maten (wanneer men de tweedeling over de mediaan hanteert) covariëren dermate, dat niet is uit te maken of het om het ene of het andere effect gaat.

9.4. Kenmerken van praktijkvoering en communicatiestijl

Het tweede deel van de in 9.1 geformuleerde vraagstelling brengt ons op de vraag in hoeverre de communicatiestijl varieert met kenmerken van praktijkvoering.

Dezelfde aanpak als in de vorige paragraaf is hier weer gevolgd: geaggregeerde cijfers van artsen die een bepaald praktijkvoeringskenmerk bezitten worden vergeleken met de geaggregeerde cijfers van artsen die dat kenmerk niet bezitten.

Inbreng aan de patiënt bij het vaststellen van de diagnose wordt meer gegeven door artsen met kleine praktijken (\leq 2000 patiënten), door artsen die nauw samenwerken met maatschappelijk werk, en door artsen die bepaalde nascholingscursussen gevolgd hebben (Warffumcursussen, 'overige psychosociale nascholing').

Inbreng bij behandeling wordt meer gegeven wanneer artsen nauw met maatschappelijk werk samenwerken of de nascholingscursussen helpen bij seksuele moeilijkheden, Methodisch Werken of 'overige psychosociale nascholing' gevolgd hebben. Op de interpretatie van dit soort resultaten komen we nog terug.

Vraagverheldering komt bij meer klachtenclusters voor wanneer artsen overleg met maatschappelijk werk hebben (27% versus 18% van alle primaire klachten), een cursus Methodisch Werken hebben gevolgd (30% versus 19% van alle primaire klachten), en bij niet solisten (27% versus 15% van alle primaire klachten).

De *aandacht* in haar verschillende uitingsvormen verschilt slechts zelden: bij artsen die een Warffumcursus gevolgd hebben, nemen we een groter aantal empathische uitingen waar artsen die de afgelopen vijf jaar 'overige psychosociale nascholing' hebben gevolgd worden als geïnteresseerder beoordeeld.

Het *aansnijden* van nieuwe onderwerpen geschiedt veelvuldiger wanneer een arts intensief overleg heeft met maatschappelijk werk of 'overige psychosociale nascholing' gevolgd heeft. Deze zijn ook minder gesloten in hun manier van vragen, evenals artsen die een cursus Methodisch Werken gevolgd hebben.

Het geheel overziend valt het op dat een aantal kenmerken van praktijkvoering in weinig tot geen opzichten een verschil betekenen voor de communicatie: praktijkgrootte -vorm vertonen ieder slechts voor één van de onderzochte communicatieaspecten een samenhang, de formele tijd die voor een patiënt wordt uitgetrokken nooit (nu varieert deze laatste ook erg weinig). Van de nascholingscursussen valt het op dat het al dan niet gevolgd hebben van cursussen gesprekstraining of een Balintgroep in geen enkel opzicht

verschil uitmaakt voor de communicatiestijl.

Het zijn met name het al dan niet gevolgd hebben van 'overige psychosociale nascholing' en het regelmatig overleg met maatschappelijk werk die op veel punten differentiëren.

Nu zeiden we reeds naar aanleiding van de opvattingen van de artsen dat het om een vrij kleine groep gaat, waarbij diverse achtergrondkenmerken vrij hoog samenhangen. We moeten daarom de verschillen, voor zover ze gevonden worden niet onmiddellijk aan de discriminerende variabele toeschrijven, maar eerst nagaan in hoeverre bijvoorbeeld artsen die 'overige psychosociale nascholing' gevolgd hebben niet ongeveer dezelfde zijn als bv. zij die een hoge 'inbreng'-score bij de opvattingen hebben, alvorens over effecten te spreken. Wanneer dergelijke - deels voor de hand liggende - samenhangen optreden, ontdekken we namelijk niet steeds nieuwe effecten, maar constateren we telkens van twee goeddeels gelijkblijvende groepen dat de oude lading onder nieuwe vlag (inderdaad) weer verschilt.

Uit factoranalyse over die artsenkenmerken die het meest van invloed lijken, blijkt deze samenhang inderdaad. Deze analyse werd uitgevoerd over twee vormen van gevolgde nascholing 'methodisch werken' en 'overige vormen van nascholing'), overleg met maatschappelijk werk en drie opvattingen (met betrekking tot samenwerken met de patiënt, competentie en invloed van psychosociaal aspecten).

Op grond van de correlatiematrix besloten we 'Warffum cursus' en 'risico nemen' buiten beschouwing te laten, omdat deze ten opzichte van de overige mate een vrij onafhankelijk bestaan leidden.

De geselecteerde zes variabelen laadden ongeroteerd alle op de eerste factor welke 47% variantie verklaarde. Na rotatie laadden alle variabelen behalve 'methodisch werken' op de eerste factor. Gezien deze onduidelijkheid werd een één factor oplossing geforceerd, welke tot de volgende ladingen leidde:

Tabel 9.13.: factorladingen op de factor 'artskenmerken'

Samen willen werken	:	.72
Zichzelf competent achten	:	.56
Invloed aan psychosociale aspecten:		.52
Methodisch Werken gevolgd	:	.56
Overige psychosociale nascholing	:	.80
Overleg met maatschappelijk werk	:	.46

De samenhang - op artsniveau - van deze factor met de onderscheiden communicatie aspecten en met de over-all factor 'arts-patiënt communicatie' staat in 9.14 weergegeven.

Tabel 9.14.: het verband tussen de algemene factor 'arts/praktijkkenmerken' en communicatieaspecten (cursief is significante pearson's r of t -waarde ($\alpha < .05$))

Communicatie	Correlatie algemene factor met communicatievariabele	Gemiddelde score van artsen die positief op algemene factor scoren	Gemiddelde score van artsen die negatief op algemene factor scoren
Patiëntgerichtheid (diagnose)	.57	3.2	2.8
Patiëntgerichtheid (behandeling)	.68	3.0	2.6
Vraagverheldering	.50	28%	16%
Aandacht: empathie	.43	1.8	1.2
Aandacht: a-specifieke uitingen	.41	14.3	11.0
Aandacht: non verbaal	.46	.15	-.21
Aansnijden nieuwe onderwerpen	.54	.97	.60
Verhoudingen: open: gesloten	.56	1.0	.74
% Open procesuitingen	.45	50%	43%
% Gesloten procesuitingen	-.64	48%	61%
Algemene communicatie index	.69	.55	-.48

Veel samen willen doen met de patiënt, invloed toekennen aan psychosociale aspecten, zichzelf competent achten, samenwerken met maatschappelijk werk, nascholing op het gebied van psychosociale problemen door methodisch werken en 'overigen'; het zijn alle kenmerken die een aantal artsen vaak in zich verenigen: het zijn deze artsen die zich blijkens hun communicatie met patiënten onderscheiden van artsen die maar weinig van deze kenmerken in zich hebben. Het meest pregnant komt dat onderscheid naar voren wanneer we de geconstrueerde 'algemene communicatie index' in beschouwing nemen. De samenhang is het hoogst (met een product-moment correlatie van bijna .70) en het verschil tussen de groep die hoog scoort op de geselecteerde artskenmerken en de groep die laag scoort is aanzienlijk (vgl. de spreiding van de dertig artsen op deze algemene communicatiefactor zoals die staat weergegeven in tabel 2 op pagina 47.

Wanneer we de afzonderlijke deelaspecten van de communicatiestijl in beschouwing nemen, blijkt deze samenhang bij vrijwel ieder aspect terug te keren.

10. ARTSOORDEEL EN COMMUNICATIESTIJL

De derde vraag, die in het inleidende hoofdstuk aan de orde kwam, betrof de samenhang tussen de communicatiestijl van de arts en het percentage psychosociale oordelen dat hij uitspreekt. Ook deze vraag wordt weer op het aggregatieniveau van de arts behandeld.

Een zeer globaal antwoord op deze vraag geeft onderstaand rijtje correlaties tussen de over-all communicatiefactor (vergelijk de afsluiting van deel I) enerzijds, en het percentage klachten dat een arts achtereenvolgens puur somatisch, somatisch met psychosociale aspecten, etc. noemt.

Tabel 10.1.: samenhang tussen artsoordeel, observatoroordeel (tussen haakjes) en communicatiestijl

	Over-all communicatiestijl	
% Puur somatisch klachten	- .50	($\alpha = .002$)
	(- .55)	($\alpha = .001$)
% Somatisch met psychosociale aspecten	.25	($\alpha = .09$)
	(.32)	($\alpha = .04$)
% Somatisch, maar arts vermoedt psychosociaal	.07	n.s.
	(.02)	(n.s.)
& Psychosociaal (met somatische aspecten	.35	($\alpha = .03$)
	(.52)	($\alpha = .002$)

In zeer globale zin zien we hierin onze voorspelling uitkomen: artsen die laag scoren op de factor 'arts-patiënt communicatie' zien meer klachten als puur somatisch dan artsen die hier hoog op scoren. Een zekere positieve samenhang is te bespeuren tussen hoog scoren op de communicatiefactor en veel somatische klachten met psychosociale aspecten, louter psychosociale klachten zien.

Dezelfde samenhang, zelfs in wat sterker mate zien we overigens tussen het observatoroordeel en de communicatiestijl, in dezelfde tabel.

Veel psychosociale klachten zien en een positief beoordeelde communicatiestijl hangen blijkbaar samen, maar levert die communicatie nu al die psy-

chosociale klachten op, of wordt er bij psychosociale aspecten 'positiever' gecommuniceerd.

Om dit na te gaan hebben we de over-all communicatiestijl van de dertig artsen berekend bij alleen dië consulten waarin uitsluitend somatisch beoordeelde klachten voorkomen. De constructie van deze somatische index verliep analoog aan die van de totaal index.

Tabel 10.2.: samenhang tussen artsoordeel (en observatoroordeel tussen haakjes) en communicatiestijl bij somatische klachten

	Over-all communicatiestijl bij somatische klachten	
% Puur somatische klachten	- .38 (- .47)	($\alpha = .02$)
% Somatisch met psychosociale aspecten	.31 (.37)	($\alpha = .05$)
% Somatisch met psychosociaal vermoeden	- .07 (- .04)	n.s.
% Psychosociaal (met somatische aspecten)	.22 (.29)	n.s.

De getallen zijn minder overtuigend dan in tabel 10.2. Voor het percentage klachten dat een arts als puur somatisch betitelt, geldt echter ook hier dat dit toeneemt naarmate zijn communicatiestijl minder patiëntgericht, aandachtig, open, etc. is, en nu, waar deze stijl is vastgesteld op basis van puur somatische klachten.

Ook de positieve samenhang met de tweede categorie blijft. De overige trends blijven aanwezig, maar stijgen boven het significantieniveau uit.

Opvallend in beide gevallen is voorts dat de observatoroordelen sterker correleren dan de overeenkomstige artsoordelen. Een observator ziet bij artsen die hij 'psychosociaal' vindt in sterker mate psychosociale klachten opduiken dan de betreffende arts. (Of: als een observator veel psychosociale klachten ziet opduiken, beoordeelt hij de communicatie ook positiever, maar: òòk in het puur somatische).

Al met al zijn we geneigd te constateren dat de typologie van de communicatie, zoals we die gemaakt hebben, samenhangt met een artsenneiging om

veel psychosociale klachten te zien, waarbij die samenhang overeind blijft wanneer we de contaminatie tussen psychosociale communicatie en perceptie verwijderen.

Volgens welke mechanismen dit nu te werk gaat is een volgend verhaal. Om die vraag te beantwoorden zouden we het artsniveau moeten verlaten en binnen consulten gaan zoeken naar elementen in de communicatie die de arts op psychosociale elementen in het klachtenaanbod brengt.

Een dergelijke analyse zou bijvoorbeeld aan moeten geven wat er in sommige consulten gebeurt, dat er een psychosociaal gespreksfragment optreedt, dat in andere consulten achterwege blijft. Zo'n onderzoek zou op consultniveau de communicatiestijl vast moeten stellen en nagaan of deze dan ook per consult tot psychosociale oordelen leidt.

Een dergelijke analyse hoort zeker thuis binnen het bestek van ons onderzoek naar het verloop van het hulpverlenersproces en de wijze waarop de huisarts zijn zogenaamde zeeffunctie vervult, maar vindt plaats in afzonderlijk onderzoek (zie ook het colofon van deze interimrapportage).

11. BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN EN COMMUNICATIESTIJL

Als vierde vraagstelling formuleerden we in het eerste hoofdstuk:
Hoe hangen verschillen in arts-patient communicatie samen met de wijze waarop de artsen psychosociale klachten behandelen?

Deze behandeling op zich is weergegeven in hoofdstuk 8. We zagen dat op 66% van de psychosociale klachten gereageerd werd door de arts, met grote onderlinge verschillen (variatie van $\pm 30\%$ tot $\pm 85\%$). Op 55% van alle psychosociale klachten reageerde men middels gespreksvoering, waarvan ongeveer de helft op passieve en ongeveer de helft op actieve wijze geschiedde. Ook voor deze percentages geldt dat de artsen onderling sterk daarin verschilden: gespreksmatig werd in $\pm 10\%$ tot $\pm 80\%$ van alle psychosociaal beoordeelde klachten gereageerd; de verhouding actief:passief varieerde van 1:0 tot 1:5 (zie ook grafiek 8.1)

Hebben deze verschillen nu te maken met de communicatiestijl van de artsen, zoals deze in deel I van dit rapport is vastgelegd?

Om deze vraag te beantwoorden is dezelfde aanpak gevolgd als in het vorige hoofdstuk: op het aggratieniveau van de arts is vastgesteld in welke mate de arts reageert op psychosociale klachten, in welke mate hij middels gespreksvoering reageert op psychosociale klachten en in welke mate de arts passief (geruststellen, steunen, tegen zich aan laten praten) dan wel actief (exploreren, inzichtbevorderen, gedrag veranderen) zijn gesprekken voert. De twee eerste maten zijn gebaseerd op alle klachten die arts of observator niet puur somatisch vond, de actief-passief verhouding is berekend over alle klachten waarbij een gesprek plaatsvond. Voor een aantal artsen is deze laatste maat op een aantal kleiner dan 10 gebaseerd.

Ook op arts-niveau is de algemene communicatiestijl vastgesteld (vgl. de conclusies van deel I en hoofdstuk 10), alsmede de belangrijkste bestanddelen waaruit deze is opgebouwd.

De correlaties (op arts niveau) tussen communicatie en behandeling staan weergegeven in tabel 11.1).

Tabel 11.1 : samenhang tussen behandeling van psychosociale klachten en communicatiestijl (Pearson's r; cursief: $\alpha < .05$)

	mate van reageren	mate van gespreksvoering	actief: passief
Algemene communicatiestijl:	<i>.78</i>	<i>.79</i>	<i>.12</i>
Patientgerichtheid(diagnose)	<i>.73</i>	<i>.71</i>	<i>-.02</i>
Patientgerichtheid(behandeling)	<i>.63</i>	<i>.67</i>	<i>-.12</i>
Vraagverheldering	<i>.66</i>	<i>.66</i>	<i>.41</i>
Aandacht:nonverbaal	<i>.65</i>	<i>.65</i>	<i>.12</i>
Aandacht:empathische uit.	<i>.61</i>	<i>.66</i>	<i>-.03</i>
Aandacht:a-spec.uit.	<i>.40</i>	<i>.47</i>	<i>-.01</i>
Aansnijden nieuw onderw.	<i>.65</i>	<i>.56</i>	<i>.34</i>
Open:gesloten	<i>.55</i>	<i>.60</i>	<i>-.08</i>

De conclusie lijkt duidelijk: artsen die een open, aandachtige etc. communicatiestijl hanteren gaan op veel psychosociale klachten daadwerkelijk in en doen dit vaak middels het voeren van een gesprek. Omdat van dezelfde contaminatie sprake kan zijn als in het vorige hoofdstuk (de communicatieindices zijn bij artsen met veel psychosociale gesprekken beïnvloed door het karakter van deze gesprekken) geven we in tabel 11.2 dezelfde samenhangen, maar nu voor communicatiecijfers die gebaseerd zijn op de puur somatische klachten.

Tabel 11.2 : samenhang tussen behandeling van psychosociale klachten en communicatiestijl bij somatische klachten (Pearson's r)

	mate van reageren	mate van gespreksvoering	actief: passief
Algemene communicatiestijl:	<i>.75</i>	<i>.78</i>	<i>.14</i>
Patientgerichtheid(diagnose)	<i>.58</i>	<i>.57</i>	<i>.17</i>
Patientgerichtheid(behandeling)	<i>.57</i>	<i>.64</i>	<i>.05</i>
Vraagverheldering	<i>.56</i>	<i>.56</i>	<i>.21</i>
Aandacht:nonverbaal	<i>.65</i>	<i>.73</i>	<i>.08</i>
Aandacht:empathische uit.	<i>.62</i>	<i>.56</i>	<i>.10</i>
Aandacht:a-spec.uit.	<i>.28</i>	<i>.35</i>	<i>.01</i>
Aansnijden nieuw onderw	<i>.55</i>	<i>.51</i>	<i>.17</i>
Open:gesloten	<i>.60</i>	<i>.61</i>	<i>.18</i>

We constateren dat de samenhangen nauwelijks lager worden wanneer we de communicatie indices baseren op het gedrag van de artsen in consulten waar ze met somatische klachten geconfronteerd worden. De actief:passief verhouding in gespreksvoering vertoont niet de samenhangen die we vinden voor reageren op zich en voor gespreksvoering. We zeiden echter reeds dat deze index bij een aantal artsen op kleine getallen gebaseerd was, zodat deze maat niet betrouwbaar weergeeft hoe een arts nu feitelijk handelt in dit opzicht. Overigens hopen we dat dit in de eindrapportage, met twee maal zoveel consulten per arts wel beter onderzocht kan worden.

We concluderen dat het -gespreksmatig- reageren op psychosociale klachten een integraal onderdeel van de door ons gehanteerde norm-communicatie uitmaakt; het vormt een onderdeel van de algemene typologie.

Wat dit voor betekenis heeft voor de prognose van psychosociale klachten kunnen we op grond van het thans beschikbare materiaal moeilijk nagaan. "Psychosociaal" communicerende artsen voeren vaak gesprekken naar aanleiding van de psychosociale problemen die ze ook in relatief grote mate als zodanig herkennen, maar betekent dit nu dat de psychosociale klachten minder in medisch-somatisch vaarwater terecht komen? Dat ze meer in AMW-AGGZ-Psychiatrie circuits belanden? Dat de patient bij deze artsen meer op hun eigen verantwoordelijkheden gewezen worden? Ter beantwoording van dit soort vragen zijn onze data vooralsnog ontoereikend, hoewel we hopen in de eindrapportage de betekenis van deze resultaten verder uit te diepen. We beschikken dan over andere output gegevens van deze artsen, zoals de verwijscijfers. Daarnaast geven deze resultaten aan, dat het zeer vruchtbaar kan zijn om de communicatiestijl van artsen mee te nemen als variabele in onderzoek dat specifiek op produktiecijfers gericht is.

12. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In deze tweede rapportage over het project 'Interdoktervariantie bij psychosociale klachten' heeft de arts-patiënt communicatie zoals die in het consult plaats vindt centraal gestaan.

In deel I van dit rapport is de arts-patiënt communicatie op zich uitputtend geanalyseerd; dit had tot doel om in detail aan te geven in welke opzichten verschillen tussen artsen bestaan, en om na te gaan in hoeverre deze verschillen door factoren buiten de arts verklaard kunnen worden.

We kwamen tot de conclusie dat artsen onderling sterk verschillen in alle vier de onderzochte opzichten:

- inbreng geven aan de patiënt inzake het vaststellen van diagnose en behandeling;
 - structuur aanbrengen in het consult door eerst de hulpvraag te verhelderen;
 - aandacht tonen voor de patiënt;
 - de procesgang tijdens het consult,
- en dat deze verschillen onafhankelijk zijn van het klachten- of patiënten-aanbod.

Bovendien constateerden we, dat het steeds dezelfde artsen zijn die zich in de diverse opzichten in positieve of negatieve zin onderscheide: de diverse aspecten hangen op artsniveau alle onderling hoog samen. Het bleek dan ook mogelijk op artsniveau één over-all index te construeren die aangeeft in hoeverre een arts volgens de door ons opgestelde normen te werk gaat. Omdat de ene arts veel meer gesprekken over psychosociale onderwerpen voert dan de ander, zou deze index gecontamineerd kunnen zijn met het waarnemen en behandelen van psychosociale klachten; dit zijn begrippen waarmee we de arts-patiënt communicatie juist in verband willen brengen. Teneinde ook over een communicatie-index te beschikken die los staat van perceptie en behandeling van psychosociale problematiek is een tweede over-all index geconstrueerd op basis van de communicatie van de artsen in puur somatisch beoordeelde consulten.

De arts-patiënt communicatie is in deel IV van het rapport gerelateerd aan andere elementen uit het model waarmee we uiteindelijk interdoktervariantie bij psychosociale problematiek willen verklaren; arts- en praktijk

kenmerken, perceptie van psychosociale problemen, en behandeling van psychosociale problemen.

Alvorens tot analyse van deze relaties over te gaan, zijn eerst de elementen afzonderlijk bestudeerd op variantie tussen artsen en invloed van mogelijke factoren die deze variatie zouden kunnen verklaren en daarmee de gevonden 'interdoktervariantie' tot artefact maken. Zo is in hoofdstuk 7 ('deel II') de perceptie van psychosociale problematiek aan de orde gekomen en in hoofdstuk 8 ('deel III') de behandeling van psychosociale klachten.

In beide gevallen was er sprake van verschillen tussen artsen die zich niet zonder meer laten terugvoeren tot een verschillend klachten of patiëntenaanbod.

Deel IV behandelde de relaties tussen arts-patiënt communicatie enerzijds en artskenmerken, perceptie van psychosociale klachten en behandeling van psychosociale klachten anderzijds.

Wanneer huisartsen zogenaamde huisartsgeneeskundige opvattingen hebben, zich competent voelen in de behandeling van psychosociale klachten, samenwerken met andere disciplines en zich tot bepaalde nascholingscurussen aangetrokken voelen, communiceren zij in het algemeen meer op een wijze die voldoet aan de door ons relevant gevonden normen. Wanneer huisartsen in het algemeen zo communiceren, dan signaleren ze meer psychosociale problemen en behandelen die vaker. Dit zijn, kortweg gesproken de belangrijkste conclusies, die op artsniveau bekeken ook een antwoord op de gestelde vragen naar de samenhang tussen communicatie en de andere variabelen inhouden.

In de eindrapportage zullen deze verbanden in een groter geheel worden ingepast. De conclusies, die thans op basis van ongeveer de helft van het materiaal zijn getrokken zullen marginaal getoetst worden. De in de twee interimrapporten gevonden resultaten zullen verder als basis dienen voor de analyses in het eindrapport.

NOTEN

- 1 Tot één klachtencluster worden klachten of symptomen gerekend, die als zinvolle eenheid beschouwd worden. Deze zinvolle samenhang kan gesuggereerd 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 tegenspreekt. Als de observator twee klachten als bij elkaar horend opvat, worden ze als één klachtencluster beschouwd, wanneer de arts en de patiënt dit niet tegenspreken.
- 2 Het eerste interimrapport behandelt slechts arts 01 tot en met 25. In onze vergelijking hiermee letten op dezelfde 25 artsen.
- 3 'Medisch probleem' in de terminologie van Van de Werf (1984). Hij bedoelt hiermee een gezondheidsprobleem dat beschreven, begrepen of verklaard kan worden in medisch-wetenschappelijke termen. Een medisch probleem is een geneeskundig probleem, wanneer de medisch-predictieve betekenis bekend en niet nul is, met andere woorden, wanneer een arts 'er wat mee kan'.
- 4 Hieruit kan men ook leren dat Methodisch Werken veel meer inhoudt dan alleen structuur aanbrenge. Ook het goed hanteren van de arts-patiënt relatie (tot uiting komend in een affectieve houding) speelt een rol; dit aspect komt in dit onderzoek onder het kopje 'aandacht voor de patiënt' aan de orde.
- 5 Hierbij worden getelde uitingen bij elkaar opgeteld (= totaal aantal uitingen/consult); oordelen worden, gewogen naar de duur van het betreffende gespreksfragment, gemiddeld.
- 6 In vorig onderzoek correleerde de door observatoren beoordeelde subjectieve tijd die de arts voor de patiënt had en interesse erg hoog (Bensing en Verhaak, 1982). Vandaar dat we een samenhang verwachtten tussen het patiëntenoordeel aangaande de subjectieve tijd en het observatoroordeel met betrekking tot interesse.
- 7 Wegens het kleine aantal zijn gemengde fragmenten niet in de analyses betrokken.
- 8 In tegenstelling tot het eerste interimrapport duidt een hoge score op veel risico's (= huisartsgeneeskundig). Ditzelfde geldt voor de 'samenwerking' schaal: een hoge score betekent de patiënt veel inbreng gunnen (huisarts-geneeskundig).
9. Er is bij de constructie van deze schaal gebruik gemaakt van één item minder dan in het eerste interimrapport, op grond van betrouwbaarheidsanalyse.

LITERATUURLIJST

- BENSING, J.M., The use of the RFE classification system in observation studies - some preliminary results. Free Paper in Conference Proceedings Tenth WONCA-World Conference on family medicine, 20th - 24th mav, 1983
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK, Ruimte voor de patiënt, Nederlands Tijdschrift voor Psychologie en haar grensgebieden (1982), 37, p.19-33
- 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), 21, p.170-180
- BERNSTEIN, B. en R. KANE, Psycicians' attitudes towards female patients, Medical Care 14 (1981) 6 p.600-608
- BREMER, G.J., J.C. van ES en A. HOFMANS, Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Stenfert Kroese, Leiden 1969
- BUYS, R., E.M. SLUIJS en P.F.M. VERHAAK, Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors, Social Science and Medicine 1984
- BYRNE, S. en E.L. LONG, Doctors talking to patients, Her Majesty's Stationary office, Londen 1976
- DIMATTEO, M.R., A social-psychological analysis of physician-patient rapport: towards a science of the arts of medicine, Journal of Social Issues 35 (1979) 1 p.12-33
- ES, J.C. van, Patiënt en huisarts, Bohn, Scheltema en Holtema, Utrecht 1980
- HARTMAN, D.P., Considerations in the choice of interobserver reliability estimates, Journal of applied behavior analysis(1973) 10 p.103
- HOED, F.E. den en E.M. SLUIJS, Het meten van methodisch werken, NHI, Utrecht 1982
- LAMBERTS, H., Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification. Huisarts en Wetenschap 25 (1982) 8 p.301-310
- 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
- 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
- PARSONS, T., The social system, Glencoe Press, New York 1951
- PENDLETON, D.A. en S. BOCHNER, The communication of medical information in general practice consultations as a function of patient's social class, Social Science and Medicine 14A (1980) p.669
- PHILIPSEN, H., Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (1979) 57 p.838-842
- SANAVRO, F.L., Probleempatiënten in de huisartspraktijk, NHI, Utrecht 1982
- SZASZ, T.S. en M.H. HOLIENDER, A contribution to the philosophy of medicine. The basis models of the doctor-patient relationship, Arch. of International Medicine 97 (1956) p.585
- UEBERSAX, J.S., A design independent method for measuring the reliability of psychiatric diagnosis, Journal of Psychiatric research, 1982/83 17 p.335
- VERBRUGGE, L.M., R.P. STEINER, Physician treatment of men and women patients' Medical Care 19 (1981) p.609

- VERHAAK, P.F.M., SPEECH-eindevaluatie, NHI, Utrecht 1979
VERHAAK, P.F.M., Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek, eerste interimrapport, NHI, Utrecht 1983
VROLIJK, A, M.F. DIJKEMA, G. TIMMERMAN, Gespreksmodellen, Samson, Alphen a/d Rijn 1971
WERF, van de G.Th., Geneeskundige oordeelsvorming. Amsterdam (1984), (proefschrift

DE OVEREENSTEMMING TUSSEN DE OBSERVATOREN

1. Inleiding

Vijf observatoren hebben de 860 consulten gescoord waarop dit interim-rapport is gebaseerd.

Deze bijlage gaat over de onderlinge overeenstemming waarmee zij dit gedaan hebben. Het navolgende betreft overigens slechts vier van de vijf observatoren, omdat de overgeblevene later is gaan meescoren en er is nog niet voldoende materiaal om te kunnen analyseren.

Tot nu toe zijn 968 consulten gezamenlijk gescoord, resulterend in 204 klachtenclusters en 177 consultfragmenten. Op het niveau van deze laatste twee is de onderlinge overeenstemming berekend.

De variabelen zijn verschillend van aard; voor de beoordelingsvariabelen op nominaal en ordinaal niveau is Phi of Cramer's V gebruikt om de overeenstemming te bepalen, voor de telbare procesuitingen (rationiveau).

Pearson's produkt-moment correlatie. De bepaling van de overeenstemming voor de klachtenclusters en consultfragmenten vormt een uitzondering: het vaststellen of een observatorpaar al dan niet eenzelfde score had voor deze variabelen was dermate omslachtig dat een andere associatiemaat (een versie van Cohen's kappa) met de hand is uitgerekend. Deze maat heeft als voordeel ten opzichte van Phi of Cramer's V dat deze uiteindelijk één getal oplevert voor de vier observatoren gezamenlijk in plaats van de zes getallen voor iedere observatorpaar afzonderlijk.

Na de beschrijving van de observatortraining en het vergaren van de gegevens voor de overeenstemmingbepaling (paragraaf 2) worden de resultaten gepresenteerd (paragraaf 3).

2. De observatortraining

Drie maanden lang is gedurende een à twee dagdelen per week getraind. In eerste instantie hield dat in, het zich eigen maken van de definities en het herkennen van de observatiecategorieën in het consult. Omdat verschillende observatiecategorieën een andere gerichtheid vereisten van de observator, werd één consult zeker drie keer bekeken om alle variabelen te scoren, later werd dat twee keer. Voor de training werden consulten ge-

bruikt uit voorgaande projecten. Verschillen in scores werden doorgepraat en waar mogelijk resulteerde dat in een aanscherping van de definities (zie bijlage II). De feitelijke observatie begon met de drie eerste consulten van arts 1; iedere observator scoorde die afzonderlijk, waarna gezamenlijk een eindoordeel werd vastgesteld voor het betreffende consult. Dit proces herhaalt zich twee keer per maand en levert de gegevens voor de onderlinge overeenstemming en is tegelijkertijd een voorzorg tegen het uiteen groeien van de interpretatie van de definities.

Als we de afgelopen observatieperiode in tweeën splitsen en de cijfers vergelijken (zie tabel 1.2) zien we dat in de tweede helft van de observatieperiode zes variabelen met meer overeenstemming zijn beoordeeld, zes ongeveer gelijk zijn beoordeeld en één slechter. Dit alleen op basis van het meest en minst overeenkomende observatorpaar. Als er al sprake is van een verandering in de interpretaties van de definities, dan is het een verandering ten goede. De mogelijkheid dat de observatoren als groep anders zijn gaan scoren, wordt getest door iedere observator eerder geobserveerde consulten opnieuw te laten scoren. De resultaten hiervan zullen worden besproken in het eindrapport.

3. Resultaten

3.1. Indeling in klachtenclusters en consultfragmenten

De bepaling van de overeenstemming voor de indeling in klachtenclusters en consultfragmenten heeft, door de bewerkelijkheid ervan, een aparte behandeling gekregen. Het criterium van overeenstemming van een clusterscore is het identiek zijn van de primaire klacht in termen van de patiënt, de eventuele andere klachten in het cluster kunnen van aard en in aantal verschillen. Fragmentcores komen overeen als òn het fragmentsoort (soma-tisch, psychosociaal of gemengd) òn de tijdsperiode van het consult waarin het fragment zich afspeelt overeenkomen. Al deze gegevens staan niet in het computerbestand. Tabel 1 geeft de belangrijkste resultaten weer.

Tabel 1: observator overeenstemming voor de indeling in klachtenclusters en consultfragmenten

	Klachtenclusters	Consultfragment
Aantal geobserveerde clusters of fragmenten	204	177
Totaal aantal scores	915	775
Aantal identieke scores	719	628
Percentage overeenstemming	80%	82%
Kappa	.32	.60

Niet iedere observator heeft elk consult gescoord, daarom is het aantal scores lager dan zes (het aantal observatorparen) maal het aantal clusters of fragmenten.

De meest gebruikte overstemmingsmaat is het percentage overeenstemming. Die wordt verkregen als we het aantal identieke scores delen door het totaal aantal scores en dat vermenigvuldigen met 100%. Op deze manier krijgen we een overeenkomst percentage van de klachtenclusters en consultfragmenten van 80% en 82%, beiden zijn redelijk hoog. Deze maat houdt geen rekening met de toevalskans op overeenstemming, kappa doet dat wel.

Uebersax (1983) heeft een voor ons geschikte versie van kappa ontwikkeld die niet zulke beperkende eisen aan het onderzoeksdesign stelt als de versies van Cohen of Fleiss. Bij de versie van Uebersax mogen meerdere observatoren een ongelijk aantal oordelen geven.

De correctie voor het toeval is gebaseerd op de verdeling van de scores van elke observator over de verschillende observatorcategorieën. Bij de klachtenclusters is deze verdeling tamelijk extreem; 80 tot 85% van de scores van elke observator valt onder de categorie 'ja'. De som van de produkten van deze percentages van elk observatiepaar is een belangrijk bestanddeel van de correctiefactor. Bij de klachtenclusters is deze correctiefactor in dit geval groot (en kappa dus klein), bij de consultfragmenten, met een minder extreme verdeling, is de waarde van kappa overeenkomstig de redelijk hoge overeenstemming.

De waarde van kappa is vrijwel gelijk (+ .02) aan die van Phi, als de verdeling van de scores over de observatiecategorieën bij elke observator ongeveer gelijk is (Hartmann, 1977), aan deze voorwaarde wordt voldaan.

Tabel 2: overeenstemmingscijfers voor een aantal variabelen

	Hoofdstuk	Associatiemaat	Gemiddelde waarde	Range over de		
				Totale periode	Eerste helft	Tweede helft
Behandelt de arts de klachten achter elkaar	3	Phi of Cramer's V	.35	.15 - .49	.29 - .53	.11 - .84
Doet de arts aan vraagverheldering	3	"	.41	.33 - .48	.26 - .39	.42 - .68
Inbreng van de patiënt bij de probleemdefinitie	4	"	.40	.30 - .69	.34 - .51	.39 - .58
Inbreng van de patiënt bij de vaststelling van het plan	4	"	.42	.34 - .55	.39 - .58	.45 - .80
Interesse van de arts	5	"	.51	.36 - .74	.24 - .80	.36 - .67
Aankijken van de arts	5	"	.44	.28 - .65	.24 - .34	.39 - .81
A-specifieke volgers	5	Pearson's corr	.89	.80 - .94	.81 - .96	.77 - .95
Empatische uitingen	5	"	.53	.49 - .65	.44 - .72	.43 - .65
Aanmoedigen tot doorpraten	6	"	.64	.59 - .70	.49 - .79	.55 - .69
Gesloten vragen	6	"	.83	.76 - .89	.60 - .88	.80 - .95
Kenmerkende opmerkingen	6	"	.35	.13 - .53	.07 - .51	.36 - .57
Aansnijden van nieuwe onderwerpen	6	"	.43	.28 - .61	.28 - .67	.28 - .13
Totaal aantal procesuitingen	-	"	.87	.79 - .93	.71 - .93	.74 - .94
Observatoroordeel over de klacht	7	Cramer's V	.56	.59 - .61	.67 - .79	.45 - .69

Bovenstaande variabelen zijn op cluster- of fragmentniveau gescoord, het aantal clusters of fragmenten dat gemeenschappelijk beoordeeld is varieerde per observatorpaar van 49 tot 115.

3.2. De overige beoordelings variabelen

Met uitzondering van het observatoroordeel over de klacht geldt voor alle beoordelings variabelen dat de ondergrens van de range te laag is (zie tabel 2). Bij de variabelen 'behandelt de arts de klachten achter elkaar', 'doet de arts aan vraagverheldering' en 'inbreng van de patiënt bij het plan' blijft ook de bovengrens laag. Het zijn echter juist deze variabelen die in de tweede helft van de observatieperiode beter gescoord zijn dan in de eerste helft. De trainingsperiode is voor deze variabelen nog tekort gebleken. De verwachting is echter dat het eindresultaat acceptabel zal zijn.

3.3. De telbare procesuitingen

De observatoren zijn het roerend eens over het feit of een uiting van de arts een expliciete communicatieve bedoeling heeft (een procesuiting is) of niet ($r = .87$). Dat geldt in iets mindere mate ook voor de frequent voorkomende soorten van procesuitingen. De empathische uitingen, remmende opmerkingen en aansnijders van nieuwe onderwerpen hebben een lage onderwaarde. Zij komen echter weinig frequent voor (0.8, 0.4 en 0.8 keer per consult) en dat houdt in dat bij het gegeven aantal gemeenschappelijke scores geen al te grote waarde aan de getallen gehecht moet worden.

DEFINITIELIJST VAN DE GESCOORDE VARIABELEN

Consultfragmenten

Een consult bestaat uit een of meerdere fragmenten. Bepalend voor het soort fragment is de gespreksinhoud:

somatisch; er wordt over de klacht gesproken in verband met het lichamelijke functioneren.

psychosociaal; er wordt over de klacht gesproken in verband met het psychisch of sociaal functioneren.

gemengd; er wordt over de klacht gesproken in verband met lichamelijk functioneren, maar dit heeft een psychosociale functie: geruststelling, uitleg, e.d.

administratief; er wordt niet inhoudelijk over klachten gesproken, maar over procedures: (met betrekking tot laboratorium, ziekenhuisbezoek, medicijnafgifte e.d.). Daarnaast valt brieven schrijven en telefoneren onder het 'administratieve' fragment.

sociaal gebabbel; er wordt gesproken over niet relevante onderwerpen, dat wil zeggen onderwerpen waar de arts niet beroepsmatig bij betrokken geacht kan worden te zijn (vakanties e.d.). Ook het praten over de video-opname valt onder sociaal gebabbel.

Klacht: Alle verschijnselen, diagnoses, onderzoeksresultaten en andere relevante gespreksonderwerpen, door de patiënt geuit of bevestigd zijn klachten.

Klachtencluster: Een op zichzelf staande klacht of aantal samenhangende klachten. De samenhang wordt, in volgorde van belangrijkheid, bepaald door in de eerste plaats de arts, in de tweede plaats de patiënt en als beiden dat nalaten, de observator.

Is een klacht primair of secundair?: De observator moet beoordelen welke klacht in een klachtencluster de patiënt het belangrijkste vindt. Bij gelijkwegende klachten is de eerste primair.

In een klachtencluster is er meestal, maar niet noodzakelijk een primaire

klacht, echter nooit meer dan één.

Het klachtencluster is uitsluitend secundair wanneer het toevallig ter sprake komt, en de observator het idee heeft dat de patiënt hieraan niet gedacht had, toen hij het plan maakte naar de dokter te gaan.

Verhouding somatisch-psychosociaal gedurende het hele consult: De observator geeft op een vijfpunts schaal aan, waar naar zijn oordeel het zwaartepunt van het hele consult ligt op de as puur somatisch (1) - puur psychosociaal (5).

De beoordeling van het klachtencluster: Elk cluster apart wordt beoordeeld, volgens de onderstaande lijst:

1. het cluster is puur somatisch;
2. het cluster is somatisch, maar brengt psychische problemen met zich mee, zoals angst, bezorgdheid of ander psychisch ongemak;
3. het cluster wordt voornamelijk in somatische termen gepresenteerd, maar naar het oordeel van de observator spelen psychische oorzaken mede een rol;
4. het cluster wordt in psychosociale termen gepresenteerd, volgens de observator spelen somatische oorzaken mede een rol;
5. het cluster is psychosociaal, maar brengt somatische problemen met zich mee, zoals (spannings)pijn, algehele moe- en zwakheid of ander lichame-lijk ongemak;
6. het cluster is puur psychosociaal.

Niet van toepassing:

Het cluster is niet te beoordelen in termen van somatisch of psychosociaal; het is meestal een cluster waar alleen in administratieve termen over gesproken wordt.

Beoordeling systematisch werken:

Op twee niveau's wordt beoordeeld of de arts systematisch werkt. Voor elk klachtencluster wordt nagegaan of de arts onderzoekt wat de echte hulpvraag is (vraagverheldering), of hij het probleem nader onderzoekt (probleemdefinitie en of hij een plan opstelt om het probleem te verhelpen (plan)).

Over het hele consult wordt beoordeeld of de arts alle gepresenteerde clusters een voor een behandelt (brengt de arts structuur aan).

Vraagverheldering:

Ja, als de arts de motieven bespreekt voor de komst van de patiënt (bijvoorbeeld wat wil je dat ik voor je doe), of die expliciet bevestigt als ze in het verhaal van de patiënt verweven zitten, ook achteraf.

Nee, als de arts niet expliciet de motieven voor de komst van de patiënt bespreekt of bevestigt.

Niet van toepassing:

In een aantal gevallen is het motief bij voorbaat duidelijk of kan redelijkerwijs niet van de arts verwacht worden dat hij naar onderliggende motieven gaat zoeken, zoals bij contrôles, keuringen, afgesproken herhaalconsulten of vragen ten behoeve van derden.

Probleemdefinitie:

Ja, als de arts het klachtencluster onderzoekt door middel van praten of lichamelijk onderzoek of de probleemdefinitie van de patiënt bevestigt.

Nee, de arts doet niets om het klachtencluster te onderzoeken, hij gaat er niet op in.

Niet van toepassing, bij sommige klachtenclusters is het probleem al gedefinieerd (uitslag van onderzoek), kan geen probleemdefinitie plaatsvinden (vragen aan derden), is er geen sprake van een te definiëren probleem (keuringen) of de probleemdefinitie is te kort om duidelijk ja of nee te scoren.

Plan:

Ja, er wordt beslist of afgesproken welke therapie wordt ingesteld of welke andere maatregelen worden genomen en/of de arts verteld de prognose van de klacht.

Nee, de arts stelt geen therapie voor, vertelt niets over wat de patiënt te verwachten heeft, of maakt er zich van af.

Niet van toepassing, er hoeft geen plan opgesteld te worden (keuringen) of de planfase is te onbeduidend om duidelijk ja of nee te scoren.

Brengt de arts structuur aan:

Ja, de arts schept orde in de reeks klachten van de patiënt, ook al behandelt hij twee clusters tegelijk, maar parallel, of de patiënt presenteert alle klachten achter elkaar en de arts gaat er in dezelfde volgorde op in. *Nee*, de arts schept geen orde in de klachtenreeks; hij gaat bij voorbeeld van de derde weer naar de eerste klacht, om daarna nog eens terug te komen op de tweede klacht.

Gedeeltelijk, de arts brengt structuur aan maar komt toch weer met nieuwe punten over een al behandeld cluster.

Niet van toepassing, er is maar een klachtencluster.

Inbreng van de patiënt

Per klachtencluster wordt door de observatoren op een vijf-puntsschaal aangegeven hoeveel inbreng de patiënt heeft gehad bij de vaststelling van de diagnose en van het behandelingsplan.

De inbreng bij de diagnose:

1. (minste inbreng) : arts onderzoekt de klacht zonder nadere uitleg;
2. : arts onderzoekt de klacht en vertelt waarom;
3. : arts onderzoekt de klacht en betreft daarbij de ideeën die de patiënt daarover heeft;
4. : arts onderzoekt de klacht en zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft;
5. (meeste inbreng) : arts laat de patiënt ideeën naar voren brengen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

Niet van toepassing bij het systematisch werken zijn vraagverheldering en probleemdefinitie wel of niet van toepassing gescoord.

1. (minste inbreng) : arts bepaalt een behandeling en geeft hierbij geen toelichting;
2. : arts bepaalt de behandeling en vertelt waarom;
3. : arts bepaalt de behandeling en betreft daarbij de mening van de patiënt;
4. : arts bepaalt de behandeling, maar zoekt daarbij naar de ideeën die de patiënt daarover heeft;
5. (meeste inbreng) : arts laat de patiënt de behandeling bepalen of stimuleert de patiënt om dit te doen.

Niet van toepassing, is de behandeling van het systematisch werken wanneer plan nee of niet van toepassing gescoord is.

Ingaan op psychosociale aspecten van het klachtencluster

Als òf de arts òf de observator van een klachtencluster vinden dat die niet puur somatisch is, dan moet de observator aangeven of de arts wel of niet ingaat op de psychosociale aspecten van het klachtencluster. In beide gevallen heeft hij een aantal specificatieve mogelijkheden.

De arts gaat niet in op psychosociale aspecten

- a. De arts praat alleen over somatische aspecten, uit niets wordt duidelijk dat hij of de patiënt aan psychische of sociale aspecten denkt.
- b. De patiënt laat door verbale of nonverbale hints blijken dat er wel psychische of sociale aspecten meespelen, maar de arts negeert deze.
- c. Restcategorie van alle andere manieren waarmee de arts niet ingaat op psychosociale aspecten van het klachtencluster.

De arts gaat wel in op psychosociale aspecten

1. Door middel van somatische aanpak. De arts heeft de rol van psychosociale aspecten onderkent en heeft besloten dat daar het best aan tegemoet kan worden gekomen door:
 - a. medicijnen voor te schrijven (slaapmiddelen, tranquillizers);
 - b. de patiënt te verwijzen naar een niet psychosociale hulpverlener; bijvoorbeeld naar een specialist om angst voor een ziekte weg te nemen, of naar een fysiotherapeut om zich te leren ontspannen;
2. Door het geven van algemene adviezen.
3. Door de patiënt te verwijzen naar een psychosociale hulpverlener.
4. De patiënt op eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid te wijzen; hem zelf het probleem te laten oplossen.
5. Door te (laten) praten over de psychosociale aspecten. Hier worden nog zes subcategorieën onderscheiden, te weten:
 - a. als praatpaal : de arts laat patiënt praten zonder er iets aan toe te voegen;
 - b. geruststellend: de arts probeert de door hem onderkende angst van de patiënt in verband met de klacht, te verminderen door een gunstige prognose;

- c. steunend : de arts erkent de zwaarte van het probleem, zonder naar verbetering te (kunnen) zoeken;
- d. explorerend : de arts probeert door middel van vragen het probleem te analyseren en naar mogelijke oplossingen te zoeken;
- e. inzichtbevorderend : de arts verklaart het verband tussen probleem of gedrag (en legt uit waarom zijn voorgestelde oplossing zou kunnen helpen);
- f. gedragsveranderend : de arts probeert de patiënt ander gedrag aan te leren als oplossing van het probleem.

Interesse

De observatoren geven op een vijf-puntsschaal aan in welke mate ze de arts geïnteresseerd vonden in de patiënt. De vijf punten zijn als volgt gelabeld.

1. zeer ongeïnteresseerd;
2. ongeïnteresseerd;
3. neutraal;
4. geïnteresseerd;
5. zeer geïnteresseerd.

Aankijken

Door middel van een +, 0 of - geven de observatoren aan of ze vonden dat de arts de patiënt goed (+), neutraal (0) of weinig (-) aankeek.

Procesuitingen

Alle uitingen van de arts die uitdrukkelijk de bedoeling hebben de patiënt te laten (door)praten of af te remmen, retorische vragen (zullen we maar naar de onderzoekskamer gaan) en half hardop gesproken gedachten, horen niet tot de procesuitingen. De volgende categorieën worden onderscheiden:
A-specifieke uitingen: uitingen die aangeven dat de arts het verhaal van de patiënt volgt en begrijpt (hummen, knikken, ja -ja, nee-nee).

Empatische uitingen: uitingen van de arts waarmee hij aangeeft dat hij begrijpt wat de patiënt doormaakt.

Aanmoedigen om door te praten: uitingen van de arts die de patiënt aanmoedigen door te praten over het aangesneden onderwerp door bijvoorbeeld het

stellen van open vragen over het onderwerp, het parafraseren van wat de patiënt vertelt (gevolgd door stilte).

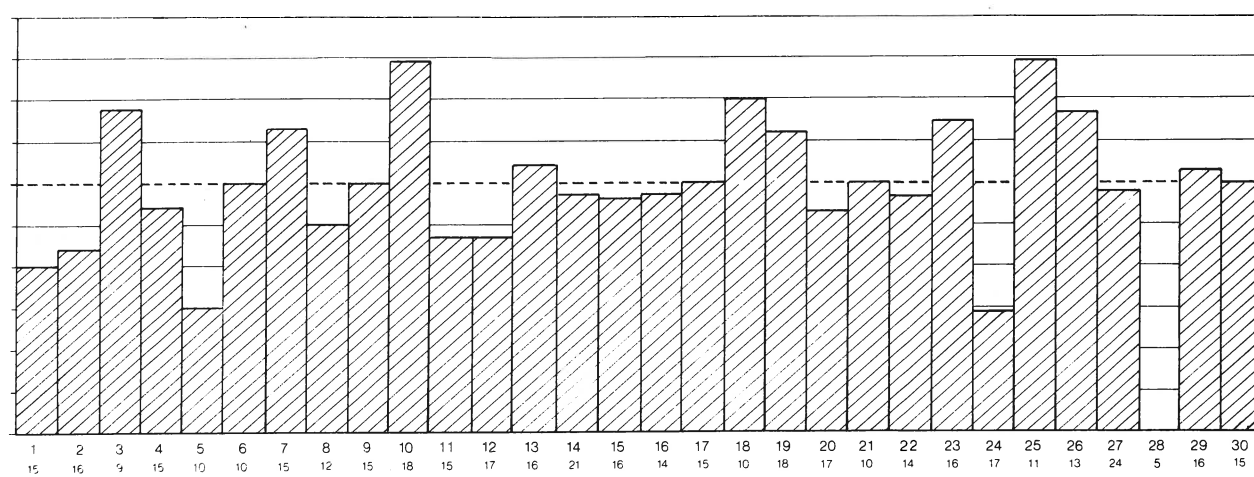
Aansnijden van nieuwe onderwerpen: uitingen waarmee de arts een nieuw onderwerp ter sprake brengt dat nog niet aan de orde is geweest, door bijvoorbeeld over de psychische kanten van de lichamelijke klacht te beginnen of omgekeerd: door naar klachten te vragen die niet binnen het probleemgebied van de patiënt vallen of door in het algemeen te vragen of de patiënt nog over andere zaken wil praten.

Gesloten vragen: uitingen van de arts die van de patiënt een duidelijke, en beperkte informatie vragen (bijvoorbeeld ja of nee).

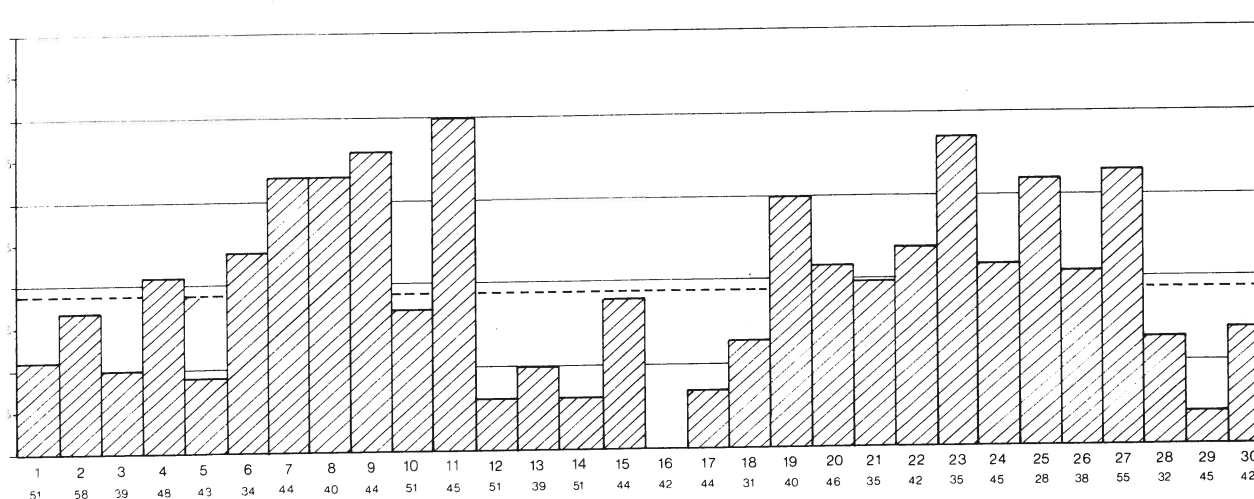
Remmende opmerkingen: uitingen van de arts die het (beoogd) effect hebben het verhaal van de patiënt af te remmen; interrupties, negeren of afhouden.

GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 3.

Grafiek 3.1.: percentage consulten met meerdere klachten, waarin de arts de klachten achter elkaar behandelt

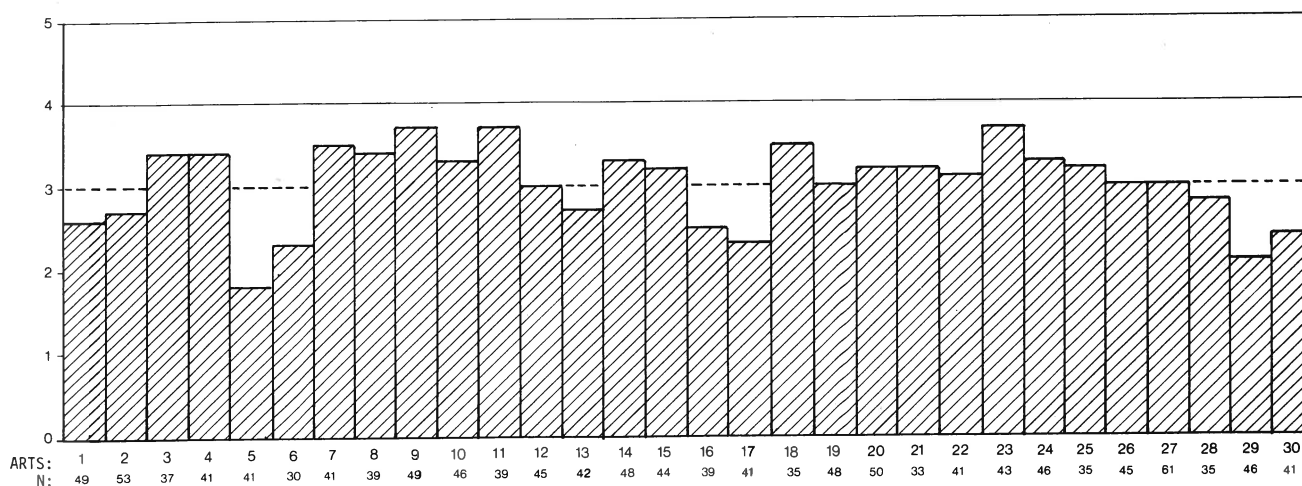


Grafiek 3.2.: percentage klachten waarbij de arts van te voren de hulpvraag verheldert

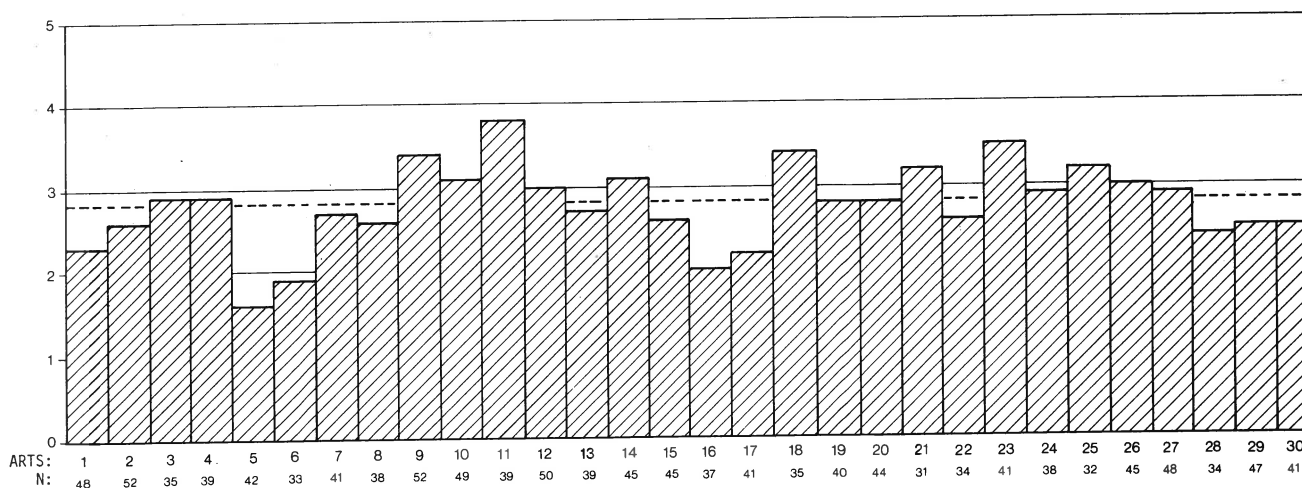


GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 4.

Grafiek 4.1: Gemiddelde patientgerichtheid bij diagnose bij dertig artsen (5-puntsschaal)

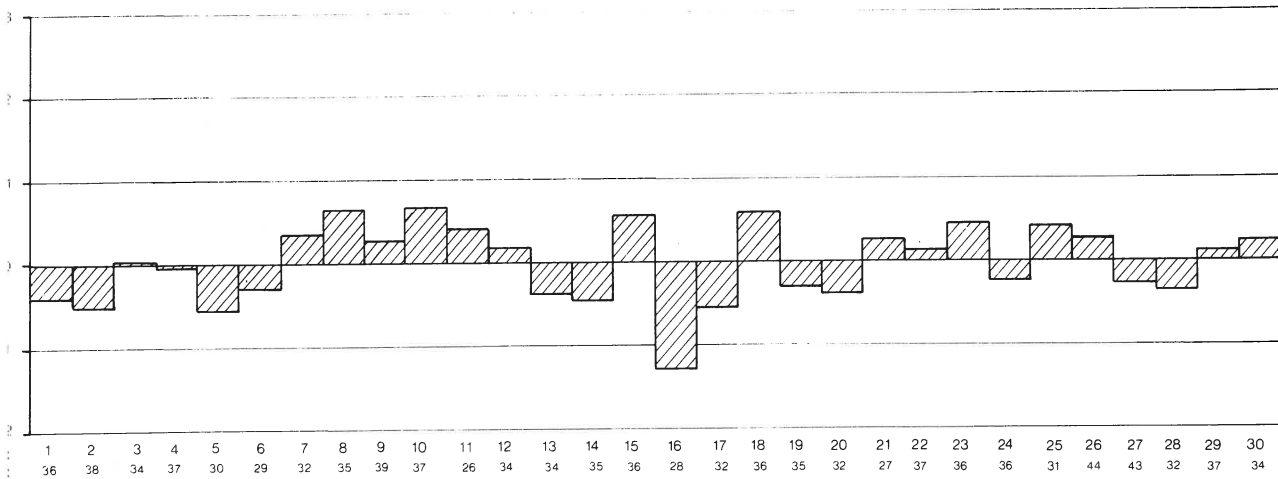


Grafiek 4.2: gemiddelde patientgerichtheid bij behandeling bij dertig artsen (5-puntsschaal)

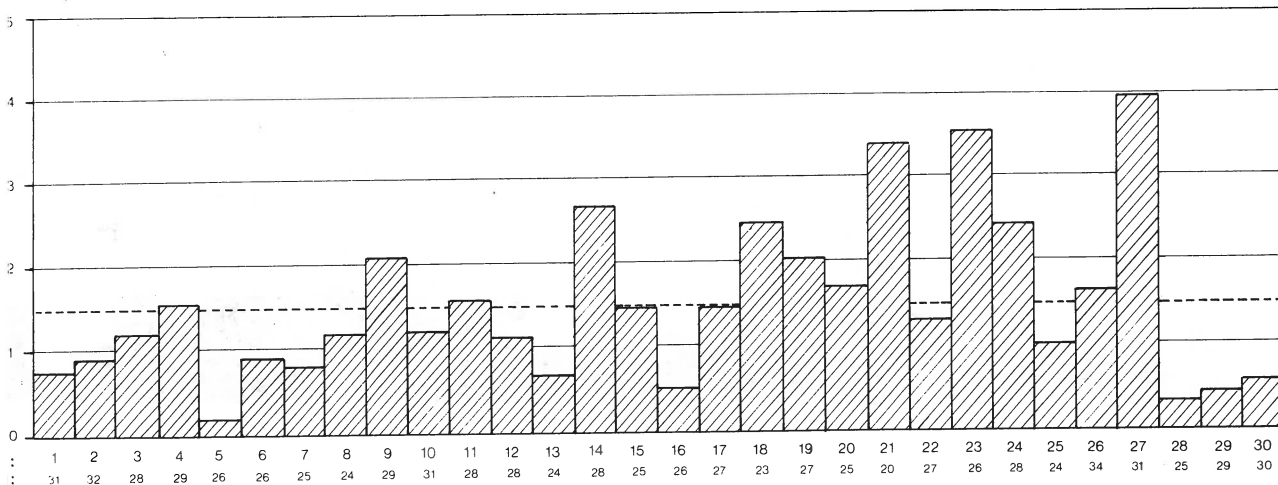


GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 5.

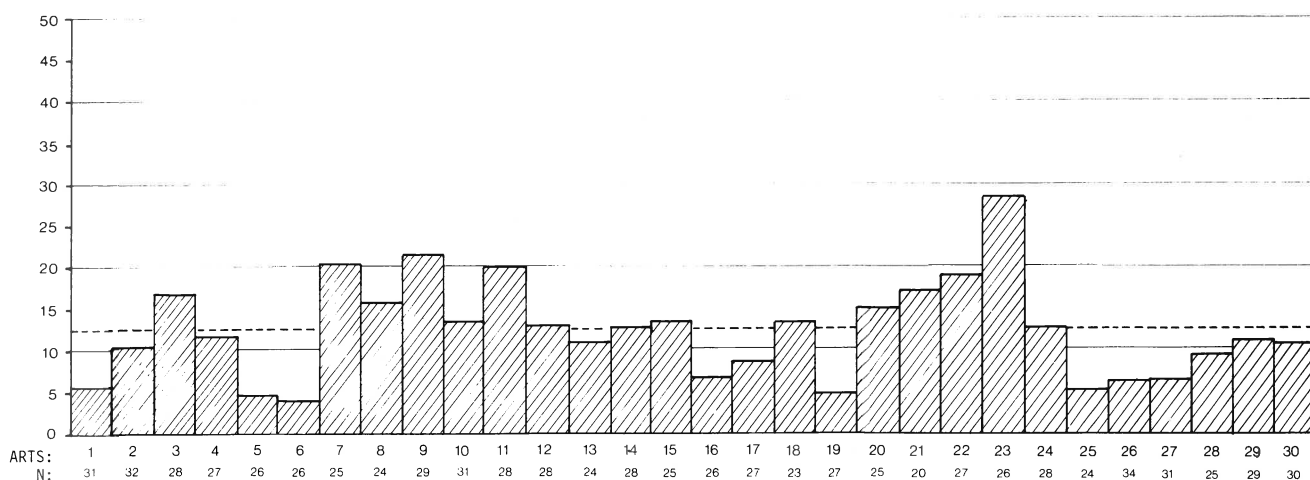
Grafiek 5.1: verdeling van factorscores 'aandacht (non-verbaal)' over dertig artsen



Grafiek 5.2.: gemiddeld aantal empathische uitingen van dertig artsen

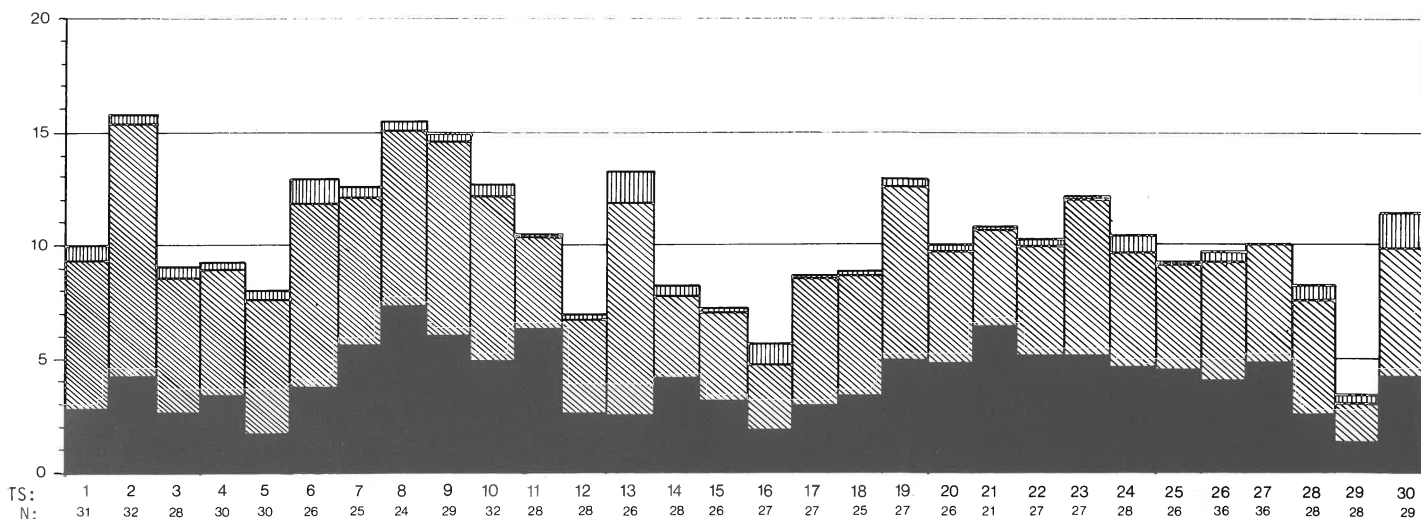


Grafiek 5.3.: Gemiddeld aantal a-specifieke uitingen van dertig artsen

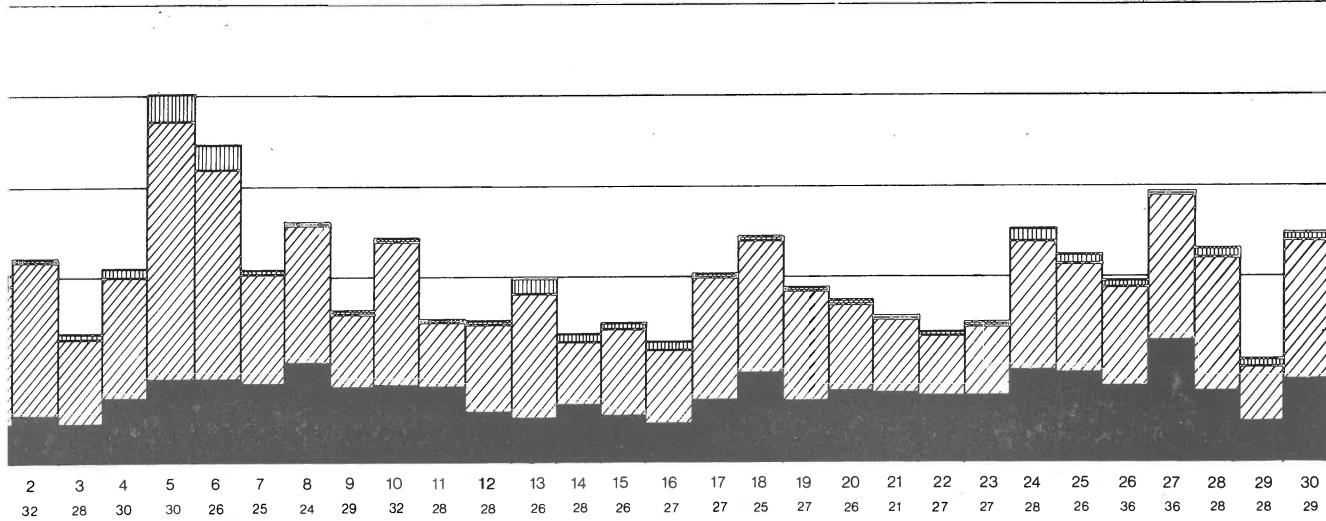


GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 6.

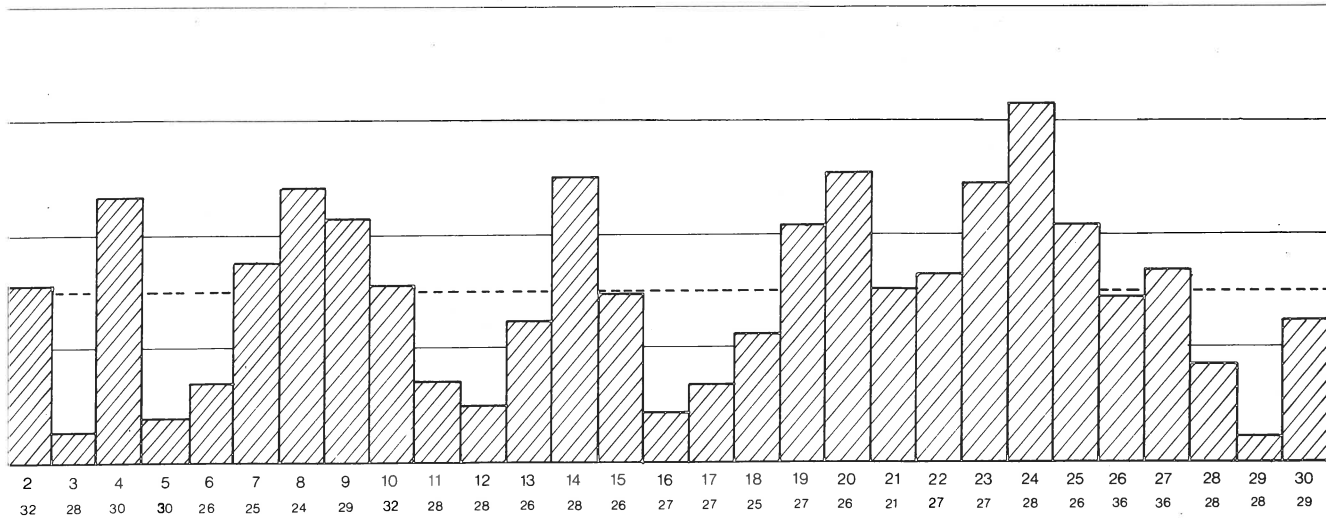
Grafiek 6.1: gemiddeld aantal open (■), gesloten (▨) en remmende (▩) uitingen van dertig artsen. (Cumulatief: arts 1 telt 2.8 open, $9.3 - 2.8 = 6.5$ gesloten en $10 - 9.3 = 0.7$ remmende uitingen)



Grafiek 6.2.: als 6.1, maar gecorrigeerd voor de consultduur

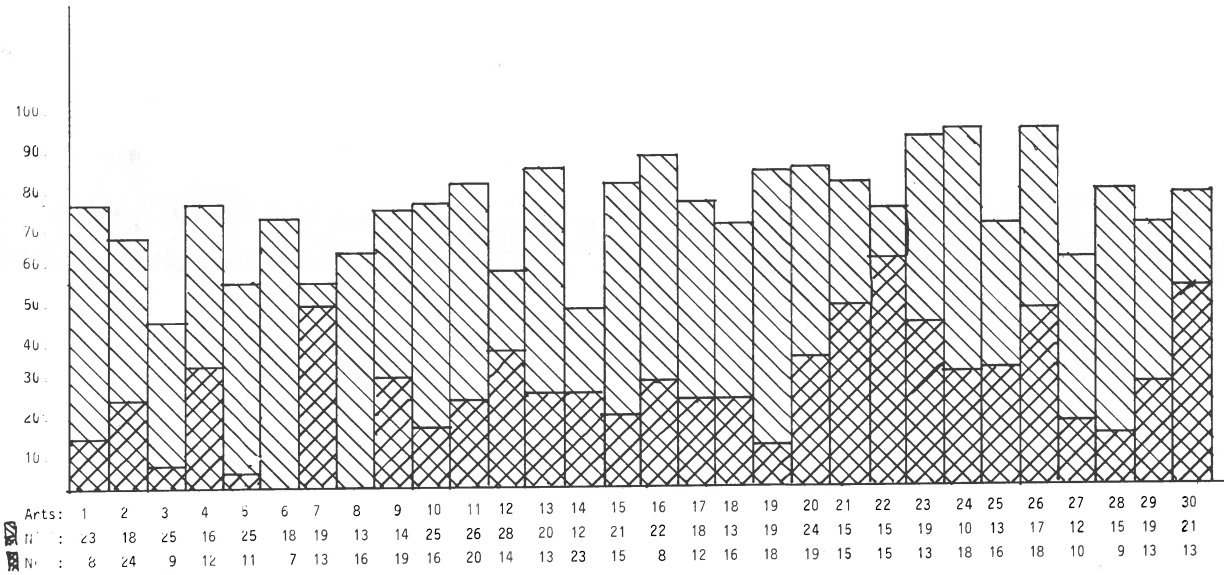


Grafiek 6.3.: gemiddeld aantal keren dat een arts in een consult een nieuw onderwerp aansnijdt.



GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 7.

Grafiek 7.1.: percentage psychosociale oordelen door de arts bij klachten die de observator als puur somatisch beoordeelt () en bij klachten die de observator als niet puur somatisch beoordeelt(+)



GRAFIEKEN BEHOREND BIJ HOOFDSTUK 8.

Grafiek 8.1: verdeling over dertig artsen van:

- het percentage psychosociaal beoordeelde klachten waarop de arts reageert (totale gearceerde kolom)
- het percentage psychosociaal beoordeelde klachten waarop de arts gespreksmatig ingaat (■+▣)
- het percentage passieve gesprekken (▣) en het percentage actieve gesprekken (■)

