

Nederlands Huisartsen Instituut  
Mariahoek 4                      Utrecht  
Tel.: 0 30                      31 99 46

O N D E R Z O E K S N O T A

evaluatie  
SPEECH

mei 1976

## 1. Inleiding.

Sinds september 1975 is in Capelle a/d IJssel een psycholoog werkzaam, in een samenwerkingsverband met elf huisartsen.

De samenwerking bestaat hieruit, dat de artsen de patienten doorverwijzen naar de psycholoog, wanneer ze menen dat deze patienten in 6 à 8 sessies van een uur zinvol door de psycholoog behandeld kunnen worden. Behalve dat de psycholoog uitvoerig terugrapporteert naar de arts, zijn er ook maandelijkse contacten met de huisartsen waarin op een algemener theoretisch niveau op psycho-sociale problematiek wordt ingegaan.

Door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die dit samenwerkingsverband een subsidie voor drie jaar heeft toegekend, is aan het NHI gevraagd om gedurende drie jaar dit samenwerkingsverband te evalueren.

Nadat de psycholoog in september 1975 zijn werkzaamheden startte, vonden er enige oriënterende besprekingen plaats omtrent de wijze van evalueren tussen vertegenwoordigers van het Rotterdams Huisartsen Instituut, de Stichting Capelse Huisartsen, en het Nederlands Huisartsen Instituut. In deze bijeenkomsten werden de grote lijnen van het onderzoek besproken welke in deze nota verder zijn uitgewerkt. Na enige vertraging werd de subsidie voor het evaluatieproject ten slotte per 1 april 1976 toegekend.

## Beperkingen.

Deze late start heeft een aantal konsekventies voor het onderzoek. Een goede voormeting wordt hierdoor nagenoeg onmogelijk, omdat de psycholoog reeds zeven maanden werkzaam is en een mogelijk effect van zijn optreden reeds zijn invloed zal hebben uitgeoefend. Dientengevolge is het niet mogelijk de totale omvang van dit effect vast te stellen na twee jaar; evenmin kan nog betrouwbaar vastgesteld worden in hoeverre de huisartsen in Capelle vergelijkbaar waren met de modale huisarts vóór de komst van de psycholoog.

Overigens is dit laatste probleem geenszins uitsluiten te wijten aan een te late start. In feite is de Capelse situatie zo specifiek, dat men zeer voorzichtig zal moeten zijn met gevolgtrekkingen voor andere

settings. Conclusies kunnen slechts in die mate getrokken worden dat men enig inzicht krijgt in mogelijkheden en onmogelijkheden van een samenwerking tussen huisarts en psycholoog binnen het Capelse verband. Maar natuurlijk laten zich hieruit wel degelijk hypothesen afleiden voor andere samenwerkingsverbanden.

Hiervoor is het belangrijk dat een beeld wordt verkregen van de aanwezigheid van remmende en stimulerende factoren binnen de samenwerking huisarts - psycholoog in Capelle. Dit brengt ons op een soort generalisatie die o.i. wel mogelijk is, n.l. van het geobserveerde gedrag van arts en psycholoog naar een algemeen gedrag van de betreffende persoon.

Als gevolg van deze betrekkelijke generaliseerbaarheid kunnen we niet naar strenge wetmatigheden of sluitende rendementsbewijsvoeringen streven, maar moet ons doel veeleer gelegen zijn in een gedetailleerde beschrijving; hierbij laten we ons leiden door steeds terugkerende beelden, het wel dan niet samen voorkomen van diverse soorten gedrag, het grotere of geringere succes van bepaalde handelingen etc. Uitspraken in de vorm "als een patient X, dan de arts Y", worden in deze beschrijving vervangen door "bij arts A valt het op dat hij op X meestal met Y reageert" en niet : "de psycholoog lost of bespaart zoveel per jaar, dus wel/niet een psycholoog in de 1e lijn", maar "de meeste cliënten die door arts A verwezen worden, hebben problemen van de vorm B en hebben i.h.a. een gunstig behandelingsresultaat".

Mede in dit verband kan nog een opmerking gemaakt worden over de fase-ring van het onderzoek. Het zal inmiddels duidelijk zijn dat we niet zozeer een opzet voor ogen hebben waarin we baseline meten, de psycholoog als experimentele ingreep zien, en vervolgens het effect nagaan. Zowel de te late start als de te geringe generaliseerbaarheid maakte dit onmogelijk. In het kader van een gedetailleerde beschrijving staat ons veeleer een procesanalyse voor ogen. We denken hier aan een aantal metingen, welke gedurende twee en een half jaar vier maal geschieden, waardoor een beeld van het betreffende verloop gedurende die tijd verkregen kan worden.

De inhoud van deze onderzoeksnota.

Bovenstaande overwegingen vinden hun weerslag in de gehele onderzoeks opzet. Deze zal binnen het volgende kader verder uitgewerkt worden :

- Vraagstellingen . De verschillende vragen waarop het onderzoek een antwoord poogt te geven, benevens de gedachten waaruit deze vraagstellingen voortkomen, worden hier nader uitgewerkt.
- Onderzoeksubiecten en meetprocedures. We trachten in deze paragraaf de verschillende stappen weer te geven waarlangs de globale vraagstellingen geconcretiseerd worden tot deelonderzoeken.
- Deelonderzoeken. Een korte samenvatting van de concrete inhoud van elk deelonderzoek.

2. Vraagstellingen.

In de reeds bestaande samenwerkingsverbanden tussen arts en psycholoog (en aanzetten hiertoe) wordt melding gemaakt van een verbeterde zorg. Deze verbetering is, voor zover bekend, nergens experimenteel onderzocht, doch wordt afgeleid uit de verrichtingen van de psycholoog (1e verslag samenwerking Gouderak); voorts uit het feit dat cliënten bij ontstentenis van een psycholoog door een psychiater, 2e lijnspsycholoog of huisarts, welke zich eigenlijk niet capabel achtte behandeld hadden moeten worden; in 46% van de gevallen had men tot laatstgenoemde mogelijkheid zijn toevlucht moeten nemen. (Mc Allister & Philip). Kincey komt in het kader van zijn pleidooi voor een psycholoog in de 1e lijn tot een opsomming van therapeutische mogelijkheden van de psycholoog, welke vergelijkbaar is met de te Gouderak verrichte werkzaamheden (fobieën, sociale angst, relatieproblemen, gedragsstoornissen, e.d.). Seur merkt op dat de samenwerking met psychologen leidt tot een effectievere aanpak van de psychosociale problemen.

Naast deze therapeutische bezigheden worden in de meeste bovengenoemde artikelen ook gewag gemaakt van consultatieve, bijscholende en/of research activiteiten van de psycholoog (verslag Gouderak, Mc Allister & Philip, Seur, Zwanikken en Zeeuwen). Verdere invulling hiervan heeft echter nog niet plaatsgevonden. Parallel met deze verwachtingen lopen de verschillende effecten, welke tijdens de bovengenoemde oriënterende gesprekken naar voren kwamen als onderzoeksobject. (cf de projektom-

schrijving t.b.v. het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne). Drie effecten kwamen daar naar voren, waaruit zich de volgende vraagstellingen laten destilleren.

I. Welke veranderingsprocessen, die mogelijk het gevolg zijn van de aanwezigheid van een psycholoog, ondervindt de arts?

Door de aanwezigheid van de psycholoog in de eerste lijn zou de psycholoog in staat moeten zijn om een aantal veranderingsprocessen bij de huisarts op gang te brengen. Door het inbrengen van zijn specifieke deskundigheden kan hij een bijdrage leveren aan:

- a. een attitude verandering bij de huisarts t.a.v. psychosociale problematiek en hulpverlening, t.a.v. zijn eigen taakopvatting en de taak van de psycholoog, etc.
- b. een verbetering van de hulpverlening door de huisarts,

Gezien de vrij directe konsekwenties voor verder beleid in deze, verdient het aanbeveling om de nadruk te leggen op deze mogelijke veranderingsprocessen bij de huisarts; dit onder invloed van de consultatieve of onderwijzende taak van de psycholoog. Deze veranderingsprocessen zouden immers het verstrijkende effect hebben, aangezien ze niet beperkt blijven tot het cliëntenbestand van de psycholoog (gemiddeld ongeveer 25 patienten per arts per jaar), maar van invloed zijn op de totale hulpverlening van de huisarts (hetgeen gemiddeld meer dan 3000 patienten per arts per jaar betreft).

Een dergelijke verandering zou op een gedifferentieerde wijze bestuurd moeten worden, aangezien het in het geval van een mogelijke verandering bij de huisarts niet om een alles of niets reactie gaat. We zullen b.v. verschillende gebieden voor ogen moeten houden waarop een mogelijke verandering te constateren valt.

Langdurige samenwerking kan tot gevolg hebben dat de arts er een andere opinie omtrent (mogelijk) psychosociale klachten op na gaat houden of dat deze samenwerking invloed heeft op zijn wijze van klachten beoordelen; het is mogelijk dat hij verschillende verwijsinstanties met andere ogen gaat zien, of dat hij ook in de praktijk meer of minder gaat verwijzen; er kan een wijziging optreden in zijn wijze waarop hij mensen helpt, etc. Het feit dat we de term "verschillende gebieden" in de mond nemen, wil overigens niet zeggen dat deze onafhankelijk van elkaar te beschouwen zijn. Er zal tevens overname kunnen

zijn van een sterke interactie tussen de verschillen effecten, waardoor ze elkaar zullen versterken of afremmen. We zouden kunnen zeggen dat al de verschillende facetten die hierboven worden onderscheiden onderdeel uitmaken van het konstrukt "omgang met psychosociale klachten".

Binnen deze onderzoeksvraagstelling zullen we onze aandacht richten op veranderingsprocessen binnen dit konstrukt "omgang met psychosociale klachten".

## II. Wat is het effect van de hulpverlening van de psycholoog?

In de bovenaangehaalde literatuur wordt door eenieder de verbeterde zorg door de komst van een psycholoog genoemd als argument voor zijn komst. In dit kader zou onderzoek gedaan moeten worden naar de inhoud van de psychosociale hulpverlening, naar de kwantiteit en de kwaliteit van de hulpverlening van de psycholoog. In dit kader zij opgemerkt dat de term "verbetering van de psychosociale hulpverlening" slechts door een zeer subjektieve lading gedekt kan worden. De opvatting dat iemand moeilijkheden heeft naar een hulpverlener gaat en dan al of niet van zijn probleem af is, is op zijn minst gezegd misleidend. Wanneer we spreken over de inhoud en de kwaliteit van de hulpverlening, welke wij willen onderzoeken, zullen we voor ogen moeten houden dat die inhoud (mèt het probleem-aanbod) meerdere vormen kan aannemen, en dat dientengevolge onze beoordeling van die inhoud per geval anders zal kunnen zijn.

In konkreto bedoelen we hier o.a. mee, dat een psycholoog lang niet altijd probleemoplossend zal kunnen werken. Vaak zal zijn interventie leiden tot een herformulering van problemen of tot een zekere probleemverdieping; ook is het mogelijk dat hij vooral fungeert als steun bij het doorstaan van problemen. Het nut van dergelijke interventies kan niet afgemeten worden aan een maat waarin slechts naar het al dan niet verdwenen zijn van een probleem wordt gekeken, maar zal in breder kontekst bestudeerd moeten worden.

We hebben getracht een evaluatie maat te gebruiken die zoveel mogelijk inspeelt op dergelijke overwegingen. Hierop zal in de volgende twee paragrafen ("onderzoeksubjekten en meetprocedures" en "deelonderzoeken") nader worden ingegaan. Naast het reeds in de inleiding aangestipte probleem, in hoeverre de setting in Capelle representatief is voor andere samenwerkingsverbanden, komt in verband met de onder-

havige vraagstelling een tweede generalisatieprobleem naar voren: in hoeverre mag men deze ene psycholoog representatief achten voor andere le lijns psychologen?

We hopen deze vraag te kunnen beantwoorden met behulp van een ander projekt, dat momenteel op het NHI wordt uitgevoerd, het projekt "Samenwerking Arts - Psycholoog", dat doorlichting beoogt van alle betreffende samenwerkingverbanden in Nederland.

#### Een derde effect.

Als derde effect, dat op beide bovengenoemde effecten betrekking heeft, wordt in bovengenoemde projektschrijving het financieel-economisch effect genoemd. Met betrekking hiertoe wordt gedacht aan onderzoek naar voorschrijfgedrag en verwijsgedrag van de artsen.

Zoals uit de verdere uitwerking van de twee eerstgenoemde vragen zal blijken, wordt dit neveneffect binnen beide vraagstellingen reeds voldoende onderzocht.

### 3. Onderzoeksobject en meetprocedures.

De indeling in twee vraagstellingen, welke in paragraaf 2 werd aangebracht, zal ook gedurende de behandeling van de onderscheiden onderzoeksobjecten en meetprocedures gebruikt worden.

We zullen onze aandacht dientengevolge eerst richten op het effect dat de arts ondervindt van de samenwerking, om later in te gaan op de evaluatie van de hulpverlening door de psycholoog.

#### 3.1. Onderzoek naar de veranderingsprocessen bij de huisarts.

##### Algemene overwegingen.

Twee gedachten leiden ons bij de bepaling van onze onderzoeksobjecten en meetprocedures.

Ten eerste beschikken we over een aantal meetprocedures, die ieder hun eigen specifieke variantie met zich meebrengen : twee onafhankelijke begrippen, gescoord m.b.v. dezelfde procedure zullen enigszins korreleren vanwege deze specifieke variantie. Vandaar dat getracht

wordt boven deze specificiteit uit te stijgen door het toepassen van diverse meetprocedures.

Op de tweede plaats zijn we de mening toegedaan dat we weliswaar één konstrukt bestuderen, n.l. de omgang van de arts met psychosociale klachten, maar vinden we toch dat hierbinnen een aantal subkonstrukten te onderscheiden zijn. Deze subkonstrukten beïnvloeden elkaar. Er zijn bovendien natuurlijk veel meer factoren die hun invloed uitoefenen op de diverse subkonstrukten: we mogen niet uit het oog verliezen dat we met een veldonderzoek bezig zijn, waarin enkele factoren zich niet ongestraft uit het geheel laten lichten. Gezien deze complexe materie zullen we moeten trachten de verschillende subkonstrukten alle in het onderzoek te betrekken.

#### Verscheidenheid aan meetprocedures.

Zoals opgemerkt, brengt elke meetprocedure zijn eigen specifieke variantie met zich mee. Naar mate een konstrukt d.m.v. meer op elkaar gelijkende procedures wordt gemeten, zal de onderlinge korrelatie dan ook hoger zijn. Fiske maakt een indeling van zes manieren van meten, welke in een groot aantal opzichten onderling verschillen, te weten:

1. zelfbeschrijving
2. weergave van huidige ervaring
3. het meten van kundigheden
4. het meten van vroeger gedrag
5. gedragsobservatie
6. psychofysiologische metingen.

We zullen in de verdere besprekingen de manieren 3 en 6 achterwege laten, aangezien deze voor het huidige onderzoek niet in aanmerking komen.

Concreter weergegeven, wordt in het eerste geval gebruik gemaakt van questionnaires, interviews, e.d. In geval 2 worden b.v. twee uitspraken aan de proefpersoon voorgelegd en gevraagd welke van de twee hij prefereert. Van geval 4 is sprake wanneer men informatie inwint bij oude kennissen of archieven bestudeert, terwijl gedragsobservatie voor zichzelf spreekt.

Over onderlinge verschillen tussen de verschillende wijzen van meten vermeldt Fiske onder meer het volgende :

In geval 1 en 2 verschaft de proefpersoon de data, in geval 4 en 5 worden deze door de onderzoeker annex observator geleverd.

In geval 4 is de proefpersoon zich niet bewust van de meting i.t.t. geval 1, 2 en 5.

Wanneer we deze vier types meetprocedures toespitsen op het onderhavige onderzoek, dan wordt in geval 1 de beschrijving van de arts over zichzelf gevraagd; in geval 2 wordt zijn manier van waarnemen en beoordelen van concrete gevallen nagegaan; in geval 4 wordt aan de hand van vastliggende registratiegegevens materiaal verzameld en in geval 5 observeren we zijn gedrag in de spreekkamer.

#### Verscheidenheid aan subkonstrukten.

Het effect van de samenwerking zou te vinden moeten zijn in een verandering in de omgang met psychosociale klachten door de arts. De omgang met psychosociale klachten kan als volgt worden gespecificeerd:

- Op de eerste plaats komt deze manier van omgaan tot uiting in de concrete perceptie van de arts. Deze perceptie wordt uitgedrukt in de beoordeling van de klachten, b.v. op een continuum organisch - psychosociaal.

- De manier waarop men psychosociale klachten kan benaderen is uit te drukken in de therapie welke de arts gebruikt. Binnen deze therapie kan o.m. onderscheiden worden : niet op ingaan, vermijdingsgedrag (alle aandacht richten op somatische benadering), toedekken, medicamenteus behandelen, aandacht en steun geven en pogen om psychotherapeutisch tewerk te gaan.

De eerste drie benaderingen kenmerken zich erdoor dat de arts niet reëel op de klacht wil ingaan (i.t.t. de laatste drie).

Aandacht en steun geven verschilt in zoverre van psychotherapeutisch tewerk gaan, dat het in het eerste geval lijkt op aandacht die de arts schenkt aan de patient, terwijl hij zich in het tweede geval actief opstelt en probeert achterliggende problemen bloot te krijgen.

- Voorts kan uit de manier waarop men psychosociale klachten kan benaderen een derde specificatie gehaald worden, n.l. het verwijsgedrag van de arts. Dit konstruktonderscheidt zich van het vorige door dat de arts hier de beslissing neemt de behandeling uit handen te

geven.

Aan het konstrukt "omgang met psychosociale klachten" is nog een vierde aspekt te onderscheiden, dat evenwel niet nevengeschiedt is aan de voorgaande aspekten.

We doelen hier op de opinie van de arts omtrent zijn omgang met psychosociale aspekten. Deze opinie heeft betrekking op zowel beoordeling van de klachten, therapie en verwijsbeleid.

#### Opzet van het onderzoek.

Zoals reeds eerder is aangekondigd willen we nu trachten de verschillende subkonstrukten ieder d.m.v. verschillende meetprocedures te meten.

In het onderstaande schema wordt aangegeven welke subkonstrukten bij de verschillende metingen betrokken zijn.

#### Metingen

| <u>subkonstrukten</u> |                   |                           |   |                                          |   |              |
|-----------------------|-------------------|---------------------------|---|------------------------------------------|---|--------------|
|                       | zelf beschrijving | *                         |   | **                                       |   | observaties. |
|                       |                   | weergave huidige ervaring |   | gegevens van vroeger gedrag (aktuarisch) |   |              |
|                       |                   | A                         | B | A                                        | B |              |
| Perceptie/diagnose    | x                 | x                         | x | x                                        |   | x            |
| Therapie              | x                 |                           |   | x                                        | x | x            |
| Verwijzing            | x                 |                           |   | x                                        | x | x            |

\* Peiling A : gedurende videoopnames

B : gedurende 10 spreekuren

\*\* Aktuarisch A : gegevens uit kaartstelsel

B : gegevens uit computerbestand ziekenfondsen

Uit dit schema kunnen de volgende deelonderzoeken opgemaakt worden :

- Interviews (meetprocedure : zelfbeschrijving). Deze verschaffen informatie over de opinie van de arts, zijn perceptie van het klachtenaanbod, zijn therapeutische houding en verwijsbeleid.

- Videopopnamen (meetprocedure: observaties). Eveneens worden om de acht maanden videopopnamen gemaakt. Middels observatie kan informatie verkregen worden omtrent diagnose, therapie en verwijsbeleid.
- Peilingen (meetprocedure : huidige ervaring). Tevens wordt de diagnose via een vragenlijst gepeild. Een belangrijk aandachtspunt is of de aangegeven diagnose op het peilformulier congruent is met het gedrag van de arts, zoals waargenomen door de observatoren. De betrouwbaarheid van de peiling wordt getest door een korrelatie met peilingen welke gedurende 10 spreekuren worden verricht (Peiling B).
- Kaartsysteem doorlichten (meetprocedure : vroeger gedrag). D.m.v. een doorlichting van drie steekproeven uit het kaartsysteem hopen wij informatie te verkrijgen over het gepercipiëerde voorkomen van psychosociale klachten, de gebruikte therapie en medikatie, en de eventuele verwijzingen (Aktuarisch A).
- Computerbestand. (meetprocedure : vroeger gedrag). De validiteit van de dusdanig verkregen getallen omtrent medikatie en verwijzing kan getoetst worden m.b.v. de betreffende gegevens uit het computerbestand van de Rotterdamse Ziekenfondsen.

Naast de hierboven vermelde betrouwbaarheids- en validiteitsmaten, biedt bovenstaand schema ook mogelijkheden voor een wat verdergaande konstruktvalidering. Wanneer we willen weten wat we nu precies met elke meting nagaan, moeten we weten waarmee elke maat samenhangt, maar het niet voorkomen van andere korrelaties is minstens zo belangrijk. Het lijkt ons van belang om daarom een multimethod-multitrait analyse, zoals aanbevolen door Cambell en Fiske toe te passen. We willen hier binnen dit bestek nog niet uitputtend op ingaan, doch we zullen er later op terugkomen.

### 3.2. Evaluatie van de hulpverlening door de psycholoog.

Naast onderzoek omtrent veranderingen bij de huisarts, dient ook de hulpverlening door de psycholoog in het onderzoek te worden opgenomen. Waar in bovengenoemde opzet de huisartsen het onderzoeksobject waren, zijn dat in dit geval de cliënten van de psycholoog

Gedacht wordt in dit geval aan een effectmeting m.b.v. Goal Attainment Scaling, benevens een diepgaander analyse van de rol van verschillende variabelen die mogelijkwijze van belang zijn. We denken in deze aan een differentiatie naar soort probleem, soort therapie en naar sociografische gegevens van de patient.

Daarnaast willen van patienten die behandeld zijn door de psycholoog nagaan of er een verandering optreedt in hun gedrag bij de huisarts. Hiertoe vergelijken we een periode van zes maanden vóór de behandeling met een periode van zes maanden na de behandeling m.b.t. de frequentie van bezoek, frequentie van psychosociale klachten, medikatiegebruik, en verwijzingen.

Zowel bovengenoemd onderzoek als de diverse deelonderzoeken zoals vermeld in paragraaf 3.1. zullen in de volgende paragraaf in meer gedetailleerde vorm behandeld worden.

#### 4. Deelonderzoeken.

##### 4.1. Deelonderzoeken i.v.m. vraagstelling I (veranderingen bij de huisarts.

###### 4.1.1. Deelonderzoek interviews.

Zoals reeds vermeld hopen we inmiddels een viertal periodiek afgenomen interviews informatie te krijgen omtrent de opinie van de arts over psychosociale klachten en over zijn eigen funktioneren bij psychosociale klachten en over het funktioneren van andere hulpverleners, die op dit gebied werkzaam zijn; voorts wordt er informatie gevraagd naar het gepercipieerde voorkomen van psychosociale klachten (betreft diagnose) de wijze van optreden van de arts (betreft therapie) en zijn verwijismogelijkheden en -beleid (betreft verwijzing).

Door middel van deze metingen worden dientengevolge alle drie de subkonstrukten bestreken, benevens de opinie van de arts over zijn omgang met psychosociale klachten, met als bijzonderheid dat het in alle vier de gevallen de waarneming van de arts betreft.

Het is een subjektieve maat.

Voorts gaat het om een wijze van meten welke in redelijke mate reaktief is; m.a.w. de arts is zich bewust van het feit dat er

een meting plaats vindt.

Hier staat tegenover, dat het interview een breed scala van gegevens oplevert en dat er de mogelijkheid geboden wordt om dieper op onderwerpen in te gaan.

Het eerste interview (maart-april 1976) moet zowel gegevens uit het verleden, als de huidige stand van zaken opleveren.

Het idee is om het interview in drie tijdsperspektieven op te splitsen :

- A : beslaat de periode van de vestiging van de betreffende arts in Capelle tot begin 1975)
- B : betreft de maanden dat er gerpaat werd over de komst van een psycholoog (dit betreft een aantal verwachtingen)
- C : betreft de huidige stand van zaken.

De drie aandachtsgebieden welke stuk voor stuk in alle drie de tijdsperspektieven behandeld worden zijn :

- I : attitude van de arts t.o.v. de psychosociale klachten en zijn ervaringen met dergelijke klachten.
- II : taakopvatting van de arts.
- III : kontakten met en attitude t.o.v. andere hulpverleners.

Deze onderdelen hebben het volgende interviewschema tot gevolg:

|   | I   | II   | III   |
|---|-----|------|-------|
| A | I A | II A | III A |
| B | I B | II B | III B |
| C | I C | II C | III C |

waarin b.v. "I A" staat voor "attitude van de arts t.o.v. psychosociale klachten en zijn ervaringen met dergelijke klachten over de periode van zijn vestiging in Capelle tot begin 1975".

Gedurende de afname worden de drie onderwerpen achtereenvolgens eerst in het verleden behandeld (I A - II A - III A), vervolgens in het kader van verwachtingen omtrent de psycholoog ( I B - II B - III B) en tenslotte in het heden (I C - II C - III C).

In alle drie de tijdfases worden gegevens gevraagd m.b.t. opinie diagnose, therapie en verwijzing.

Het spreekt voor zich dat gedurende de in de toekomst te houden interviews slechts sprake zal zijn van tijdsfase C.

Na afname van de interviews zullen deze naar inhoud volledig worden uitgetypt om vervolgens in subcategorieën ingedeeld en geanalyseerd te worden volgens de methode welke door Banaka (1971) wordt aanbevolen. Aan de hand hiervan moet het mogelijk zijn om indexcijfers toe te kennen i.v.m. opinie, diagnose, therapie en verwijzing en zo vergelijking mogelijk te maken tussen artsen onderling en binnen één arts tussen de verschillende tijdstippen van afname

#### 4.1.2. Peilingen.

Omtrent elk consult waarvan een videoopname is gemaakt (zie 4.1.4.) verschaft de arts informatie over zijn beoordeling van de aard van de klacht, de ernst van de klacht en zijn mening over zijn eigen optreden.

De laatste twee soorten informatie dienen vooral als achtergrond waartegen de consulten geobserveerd dienen te worden. De informatie over de beoordeling van de aard van de klacht kan daarentegen ook een meer zelfstandig bestaan leiden; ze verschaft ons inzicht in de mate waarin de arts psychosociale of deels psychosociale klachten waarneemt in zijn praktijk.

We verkrijgen aldus een indruk van de spreiding van de beoordelingen der klachten, welke berust op de waarneming van de huisarts zelf. In zoverre is deze maat vergelijkbaar met de interviewgegevens, doch in dit geval geschiedt het categoriseren op een gestandaardiseerde wijze ; tevens betreft het niet een globale indruk van de arts, maar gaat het om een gedetailleerde beschrijving. In dit opzicht is het vergelijkbaar met een overzicht van de beoordeling van de klachten zoals dit in het deelonderzoek "medische consumptie (4.1.3.)" verkregen wordt.

Omdat één spreekuur een vrijwillige greep is uit het klachtenaanbod van een arts, is besloten om de beoordeling van de aard van de klacht door de arts gedurende tien dagen te turven.

Hij gaf hiervoor iedere patient een beoordeling in één van de vijf volgende categorieën :

- dit klachtenpatroon is naar mijn mening puur organisch
- ik ben van mening dat aan dit klachtenpatroon meer organische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren.
- ik ben van mening dat aan dit klachtenpatroon ongeveer evenveel organische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren
- ik ben van mening dat aan dit klachtenpatroon meer psychosociale dan organische aspecten een bijdrage leveren
- ik ben van mening dat dit klachtenpatroon puur psychosociaal is.

Uitdrukkelijk wordt hierbij naar voren gebracht, dat onder een klacht of klachtenpatroon alle signalen verstaan worden, die de patient tijdens het consult "implicief of explicief" naar voren brengt, zowel buikpijn als angst voor de dood, zowel een verwijsbrief voor een gezinslid als zorgen om de echtgenoot, etc.

#### 4.1.3. Deelonderzoek "medische consumptie" .

Binnen dit deelonderzoek willen we nagaan hoe de medische consumptie, zoals deze vastgelegd is binnen het registratiekaarten-systeem van de huisarts, is verdeeld tussen huisartsen en tussen verschillende patientenpopulaties binnen één huisarts ; en tevens onderzoeken we welke veranderingen er optreden in deze medische consumptie in de loop van de drie jaar dat er onderzoek gedaan wordt.

De patientenregistratie door de huisarts is de afgelopen vijftien jaar op een dusdanige wijze ingevoerd, dat dit mogelijkheden opent voor onderzoek.

Omdat van elk bezoek van de patient een aantekening wordt gemaakt kan men nagaan hoe vaak een patient(e) bij zijn/haar huisarts komt, welke klachten hij/zij daar naar voren brengt, welke medikatie hij/zij daar krijgt en of hij/zij eventueel ook verwezen wordt.

Deze voorhanden zijnde informatie stelt ons in de gelegenheid om bovengenoemd patientengedrag per arts voor verschillende steekproeven vast te leggen. Zoals in het vervolg uiteengezet wordt (zie deelonderzoek : evaluatie psycholoog d.m.v. cliëntgedrag bij de arts) moet deze informatie tevens t.b.v. de evaluatie van

de hulpverlening door de psycholoog verzameld worden.

We zouden t.b.v. dit onderzoek de praktijkpopulatie in drie groepen willen splitsen :

- de patienten welke bij de psycholoog geweest zijn
- de patienten welke vergelijkbaar zijn met de patienten uit de eerste groep (voordat ze verwezen werden) qua problematiek medicatie, kontaktfrequentie, etc. maar die nooit bij de psycholoog geweest zijn.
- patienten die niet vergelijkbaar zijn met patienten uit de eerste groep; we veronderstellen dat deze patienten qua psychosociale begeleiding tot de "doorsnee"-patienten behoren.

De veronderstelling die aan deze indeling en definieëring ten grondslag ligt , is dat een groot deel van de naar de psycholoog verwezen patienten tot de groep "probleempatienten" behoort. Kenmerken welke vaak kunnen worden toegeschreven aan een probleem-patient zijn o.a. :

- de hoge bezoekfrequentie (Casse 1973 en van Es 1967).
- het hardnekkige klaaggedrag (Buma 1960); de patient komt steeds met dezelfde of juist iedere keer met andere klachten terug.
- het feit dat de arts zich geen raad weet met de patient.

Bevestigingen voor de veronderstelling dat juist dit soort patienten een groot gedeelte uitmaken van naar de psycholoog verwezen patienten, vinden we o.m. in de beschrijving welke de betreffende psycholoog Reynders geeft van zijn probleem-aanbod (Reynders, overzicht werkzaamheden september - oktober 1975) en in het onderzoek van de Gier en Mollee (1975). Deze laatste gebruiken bovenstaande definitie om patienten te selekteren voor een viermalige psychotherapeutische behandeling; hun beschrijving van aldus geselecteerde "probleempatienten" vertoonde veel overeenkomst met bovengenoemde beschrijving van het probleem-aanbod van Reynders.

Wanneer, uitgaande van bovenstaande filosofie, aldus drie populaties zijn vastgesteld bij elke arts, is het mogelijk om een sample uit zijn kaartstelsel periodiek te bestuderen op probleem-aanbod, medikatie en verwijzingen.

Nagegaan kan worden in hoeverre er verschuivingen optreden, zoals een hoger of lager gepercipieerd probleemaanbod een stijging of daling in het uitschrijven van recepten voor tranquilizers, sedativa, anti-depressiva e.d., en een veranderd verwijsbeleid. Dit alles gedifferentieerd over de groepen "naar de psycholoog verwezen patienten", "probleempatienten, vergelijkbaar met naar de psycholoog verwezen patienten, doch niet verwezen" en "overigen". Ook verschillen tussen artsen kunnen op deze wijze bestudeerd worden.

Informatie, welke op bovengenoemde wijze verkregen wordt over de medicijnen welke de arts voorschrijft en over zijn verwijsgedrag, kan bovendien vergeleken worden met overeenkomstige informatie afkomstig uit computerregistratiegegevens van de ziekenfondsen.

#### 4.1.4. Deelonderzoek videopnamen.

Gedurende vier keer in de onderzoeksperiode worden bij elke arts gedurende twee uur videoopnamen gemaakt van het spreekuur. De arts wordt verzocht van elk consult dat op de videotape is opgenomen, de beoordeling van de aard van de klacht (of klachten-totaal) aan te geven op een vijfpuntsschaal (zie ook 4.1.2.); voorts wordt hem gevraagd om de ernst van de klacht en een oordeel over het eigen optreden aan te geven.

Op deze wijze hopen we een beeld te krijgen van het observeerbare deel van de beoordeling van de aard van de klacht (afleidbaar uit de wijze waarop de arts de totale patient benadert) van de therapie en van zijn verwijsbeleid.

Tevens hopen we de relatie te kunnen bestuderen tussen dit observeerbare deel en datgene wat de arts over elk consult zegt.

Onze voornaamste interesse gaat uit naar de mogelijkheden om de omgang met psychosociale klachten op een dergelijke manier in observatie categorieën vast te leggen, dat d.m.v. een dergelijke index veranderingen van het artsengedrag in de tijd geconstateerd kunnen worden. Deze veranderingen zouden toe te schrijven moeten zijn aan de omgang met een psycholoog zoals die in Capelle bestaat.

Dit houdt onder meer in dat een verandering in gesprekstechniek niet zo voor de hand liggend is; eerder zou men grovere criteria

als het sneller ter sprake laten komen van psychosociale problematiek, minder afhouden van problemen e.d. moeten overwegen.

Onze belangstelling gaat in de eerste instantie uit naar consulten waarin de klacht als niet zuiver organisch wordt beschouwd, en/of naar consulten welke een niet zuiver somatisch karakter hebben. Voornamelijk a.d.h.v. dergelijke consulten - hoewel ondersteund door algemene gegevens uit somatische consulten - willen we een profiel van elke arts opstellen, dat een aantal variabelen kenmerken bezit, waarop de profielen zowel onderling, als in de tijd vergelijkbaar zijn.

#### 4.2. Deelonderzoeken i.v.m. vraagstelling II (het effect van de hulpverlening van de psycholoog).

##### 4.2.1. Deelonderzoek evaluatie therapieën van de psycholoog I ( kriterium : verdwijnen probleemgedrag patienten ).

M.b.v. dit deelonderzoek willen we nagaan in hoeverre problemen door interventie van de psycholoog worden opgelost; voorts wordt onderzocht welke factoren een rol spelen bij deze probleemoplossingen.

Reeds bij de uiteenzetting van de verschillende vraagstellingen is opgemerkt, dat bij de psychotherapeutische hulpverlening rekening moet worden gehouden met een veelheid van mogelijke uitkomsten. Niet alleen een probleemoplossing, maar ook een probleemverdieping, inzicht en steun zijn mogelijke effecten van de hulp welke een psycholoog kan verlenen.

Om deze meerdere effecten alle te kunnen bestuderen, leek het ons raadzaam een evaluatiemaat te gebruiken, waarbinnen hulpverlener en cliënt zelf in onderlinge samenspraak het "succeskriterium" vaststellen. Deze overweging bracht ons tot de gedachte om bij de therapieevaluatie gebruik te maken van de Goal Attainment Scaling (GAS) of Contract Fullfillment Analyses (CFA) of een combinatie van beide.

GAS komt er op neer dat er :

1. een aantal concrete, klientspecifieke probleemgebieden worden geselecteerd (minimaal 3). Ze mogen niet meer dan één probleem bevatten en moeten operationaliseerbaar zijn.

2. per probleemgebied worden op een vijf puntsschaal mogelijk behandelingsuitkomsten geselecteerd (van -2 tot +2). Het nulpunt geeft het verwachte niveau van behandelingssucces aan.
3. men kan aangeven op welk niveau de klient zich bevindt bij begin van de therapie.
4. aan elk probleemgebied wordt een gewicht toegekend, dat overeenkomt met de relatieve waarde van een verandering op die schaal.
5. Gedurende de follow-ups wordt nagegaan op welk niveau de klient zich na de therapie bevindt (per probleemgebied).
6. de goal attainment skore wordt berekend a.d.h.v. :

$$T = 50 * \frac{10 \sum w_i x_i}{\sqrt{0,7 \sum w_i^2 + 0,3 (\sum w_i)^2}}$$

x = ruwe skore (van -2 tot 2)

w = gewicht.

De CFA verschilt in zoverre, dat men de probleemgebieden, gewichten en mogelijke behandelingsuitkomsten bepaalt in nauw overleg met de klient zelf. Voor een nader toelichting raadplege men v.d.Hart/Lange (1972), Bensing/Dekker (1973) Schmidt (1974) en v.d. Veer (1974).

D.m.v. GAS is het dus mogelijk om per klient konkrete verbeteringen te konstateren. Men kan redelijk objektief nagaan in welke mate aan de planning is voldaan en in welke mate de klacht(en) is/zijn verdwenen. Voor de therapeut werkt het bevredigend om te zien in welke mate hij succes heeft. Bovendien kan hij zich een gedifferentieerd beeld vormen van het verloop van de therapie. Ook therapeutisch valt er voordeel te behalen uit het feit, dat hij bij het begin van de behandeling gedwongen wordt om doelen te formuleren.

We hebben getracht een modificatie van de GAS te ontwerpen; hiertoe krijgt de therapeut een voorgestructureerde instructie aan de hand waarvan gedurende de eerste drie consulten een GAS wordt opgesteld. De fasering is als volgt:

- na het eerste gesprek tracht men de verschillen subproblemen aan te geven, welke zich laten onderscheiden binnen de klachten van de klient.
- na het tweede gesprek worden doelen opgesteld en vertaald in operationaliseerbare termen.
- in het derde gesprek wordt nagegaan of de aldus verkregen probleem- en doelstelling overeenkomt met het door de klient ervaren probleem, en worden de diverse subproblemen van hun gewicht voorzien.

Aldus sluit de evaluatiewijze meer aan bij het karakter van de gesprekken zoals ze door de betreffende psycholoog gevoerd worden.

Naast het bovenbeschreven effektonderzoek kwam een meer gedifferentieerde aanpak ons belangrijk voor.

Door een aantal achtergrondgegevens van de klienten van de psycholoog vast te leggen, kon nagegaan worden welke factoren mede bepalend zijn voor het slagen van een therapie.

In het kader van de inschakeling van de psycholoog in de le lijn is het belangwekkend om na te gaan welke problemen succesvol behandeld kunnen worden en welke niet.

Ook het succes van bepaalde therapievormen zou nagegaan moeten worden.

Voorts gaat onze belangstelling uit naar de tegenstelling tussen "yavis" en "hound" klienten.

Eerstgenoemde groep is jong, aantrekkelijk, verbaal, intelligent en sociabel, en leent zich goed voor de meeste vormen van psychotherapie. Deze therapieën hebben i.h.a. een veel geringere kans van slagen bij klienten uit de tweede categorie, bij welke de tegenovergestelde karakteristieken passen.

Dit is evenwel de groep welke frequent in huisartsenpraktijken voorkomt (veel somatiseren, moeilijk toegankelijk, etc.) en waarvan we verwachten, dat ze ook regelmatig met de psycholoog in kontakt komen. Juist de therapeutische mogelijkheden voor deze groep moet zorgvuldig onderzocht worden.

Bovendien achten we de faktor "huisarts van de patient" van belang. Het is mogelijk dat een bepaalde arts alleen maar probleempatienten doorstuurt naar de psycholoog. Ook kan hij juist "hound" patienten niet verwijzen, omdat hij vindt dat daar toch niets aan te doen is. Door systematisch de arts in verband te brengen met het sukses van de therapie, het soort klient, de problemen etc., kan getracht worden dergelijke attitudes op te sporen en eventueel te veranderen.

Voor de registratie heeft dit de volgende konsekwenties:

Het probleem moet geregistreerd worden en wel in termen van de patient, de arts en de psycholoog. (Diskrepantie tussen deze drie zal in de loop van het onderzoek ook moeten veranderen).

De therapievorm moet aangegeven worden.

Omtrent de patient zijn een aantal sociografische gegevens nodig : leeftijd, beroep, opleiding, vermogen tot verbaliseren, inkomen.

De huisarts van de patient moet bekend zijn.

Wanneer deze verschillende variabelen vastgelegd zijn, kan nagegaan worden in hoeverre ze verantwoordelijk zijn voor verschillende resultaten bij verschillende groepen.

#### 4.2.2. Deelonderzoek evaluatie van de therapieën van de psycholoog

##### II (kriterium : patientengedrag bij huisarts).

Behalve in het bovengenoemde effect (in hoeverre is de klient van het probleem waarmee hij bij de psycholoog kwam afgeholpen?), zijn we er ook in geïnteresseerd in hoeverre dit doorwerkt in zijn relatie met de huisarts.

Een minimum maat hiervoor is de frequentie van bezoek aan de huisarts voor en na de behandeling door de psycholoog.

Meer gedetailleerde informatie wordt verkregen wanneer de arts bij elke patient aangeeft of consulten een zuiver somatische klacht betreffen, dan wel dat ook psychische of sociale aspecten mede de klacht veroorzaken.

Deze informatie kan nog verfijnder verkregen worden wanneer gedurende een interview met de arts de patientenkaarten worden nagegaan, waarbij de arts van elk consult in het kort kan aangeven met welke klachten de patient kwam. Op deze wijze kan onderzocht worden of het door de psycholoog behandelde probleem vaker bij de arts werd aangeboden voor behandeling dan na de behandeling; men kan onderzoeken of er sprake is van een teruggang van psychische problematiek i.h.a. ; tenslotte kan nagegaan worden of de frequentie van huisartsenbezoek is teruggelopen.

Naast frequentie van bezoek aan de huisarts en aard van de klacht kunnen tevens maten als gebruik van medicijnen (in het bijzonder de kalmerende middelen, slaapmiddelen, anti-depressiva e.d.) en het aantal verwijzingen gebruikt worden. We verwijzen hiervoor naar het deelonderzoek "medische consumptie" (4.1.3.) waar dezelfde gegevens geregistreerd worden.

We kunnen hier echter niet volstaan met het nagaan van de klachtenfrequentie van patienten die bij de psycholoog onder behandeling zijn geweest. Cambell en Stanley geven in geval van een dergelijke methodologische opzet :  $O_1-X-O_2$  aan, dat er geen sprake is van controle over interne en externe validiteit: verandering van  $O_2$  t.o.v.  $O_1$  hoeft helemaal niet toegeschreven te worden aan X maar kan aan rijping, toevallig gelijktijdig optredende gebeurtenissen, verwachtingspatroon, seizoen, etc. toegeschreven worden.

Vandaar dat het noodzakelijk is om met controlegroepen te werken. We hebben voor een design gekozen, waarin één controlegroep slechts in één opzicht van de experimentele groep verschilt, n.l. dat de daartoe behorende patienten niet naar de psycholoog zijn verwezen. Deze groep (groep A) is d.m.v. een voormeting geselecteerd op het criterium : "vergelijkbaar met naar de psycholoog verwezen patienten, doch niet behandeld door de psycholoog". Zoals in 4.1.3 reeds uiteengezet is, hebben we aanleiding om te veronderstellen dat dit de groep probleempatienten " betreft.

Een tweede controlegroep bestaat uit patienten die niet vergelijkbaar zijn qua klachtenpatroon en consumptiepatroon met patienten die naar de psycholoog zijn verwezen. (groep B).

We hebben hier dus te maken met dezelfde drie groepen als uit het deelonderzoek "medische consumptie" (4.1.3.) en maken gebruik van dezelfde medische gegevens. Ging het in het voornoemd onderzoek echter om een vergelijking in de tijd, in het onderhavige onderzoek wordt gedurende overeenkomstige periodes de E-groep met de groepen A en B vergeleken. \*

Voor elke patient die door de psycholoog behandeld wordt (E-groep) in de periode maart 1976 - maart 1977, wordt de frequentie van psychosociale klachten, het medicijngebruik en eventuele verwijscijfers, zes maanden vóór en zes maanden na het contact met de psycholoog berekend.

Vervolgens worden deze skores in vier groepen ingedeeld n.l.

- klienten die van mei t/m juli kontakt hadden met de psycholoog
- van augustus t/m oktober,
- van november t/m januari
- van februari t/m april.

Van alle vier de groepen hebben we nu een frequentie verdeling voor en na het kontakt met de psycholoog.

Deze frequentie verdelingen worden vergeleken met de frequentie verdelingen van de kontrolegroepen A en B over de volgende periodes

E-groep (behandeld mei t/m juli) met kontrolegroepen van dec.75 -  
juni 76 en  
juni 76 -  
dec. 76.

E-groep (behandeld aug t/m okt. ) met kontrolegroepen van maart 76 -  
sept 76 en  
sept 76 -  
maart 77.

E-groep ( behandeld nov t/m jan) met kontrolegroepen van juni 76 -  
dec. 76 en  
dec.76 -  
juni 77.

E-groep (behandeld febr t/m april) met kontrolegroepen van sept 76 -  
maart 77 en  
maart 77 -  
sept. 77 .

\* ) die patienten die in groep A zitten, maar in de loop van het jaar bij de psycholoog komen, die qua klachtenpatroon op patienten uit groep E lijken, maar die geen kontakt met de psycholoog hebben gehad.

Hetzelfde geldt voor patienten die van mei 1977 tot mei 1978 behandeld worden, alleen wordt hiervoor gebruik gemaakt van twee nieuwe controle groepen, waarvan de frequenties van december 1976 tot september 1978 vastgelegd worden.

Verwacht wordt dat de frequenties in de E-groepen zullen dalen, wanneer men voor- en nameting in beschouwing neemt, terwijl deze gemiddelden voor de kontrolegroepen gelijk blijven in de overeenkomstige periodes.

Literatuur

Banaka, W.H., Training in depth interviewing. Harper & Row 1971

Bensing, J., M. Dekker Goal Attainment Scaling II, een methode tot evaluatie van psychotherapieën. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 7, 8/73 p. 342-354

Buma, J.T., Mededelingen over een onderzoek betreffende probleempatienten in een algemene praktijk. Huisarts en Wetenschap, 1960, 3, 150-153

Cambell, D.T., D.W. Fiske, Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin 56:81-105 (1959)

Cambell, D.T., J.C. Stanley, Experimental and quasi experimental designs for research on training. In: Handbook of research on training. Ed. N.L. Gage p. 171-246. Chicago: Rand McNally 1963

Cassee, E.T., Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973

Es, J.C. van., Probleempatienten. van Gorcum, Assen, 1967

Fiske, D.W., Measuring the concepts of personality. Aldine Publication Company Chicago 1971

Hart, O. van de, F. Lange, Goal Attainment scaling, een methode tot evaluatie van psychotherapieën. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 11/72 p. 502-510

Kincey, J.A., General practice and clinical psychology- some arguments for a closer liaison. J. of the Royal Coll. of Gen. Pract., vol. 24 p. 882-888

McAllister, T.A., A.E. Philip, The clinical psychologist in a health centre: one year's work. British Medical Journal 1975, vol. 4, p. 513-514

Mollee, V.N.M., P. de Gier, Langs de andere kant, een onderzoek naar het effect van een gestructureerd 4-gesprekken plan bij de behandeling van eerstelijns probleempatienten. Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie, Subfakulteit Psychologie, Katholieke Hogeschool Tilburg 1975

Reynders, P., Overzicht werkzaamheden sept.-okt. 1975.

Samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts regio Dordrecht. (19-12 '75)

Interimrapport L.C.C.- map. (Dit betreft het samenwerkingsverband te Gouderak)

Schmidt, H., Goal Attainment Scaling, een methode tot evaluatie van psychotherapieën? Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 1974, p. 139-144

Veer, J., van de, Goal Attainment Scaling IV, doelenkontraat als evaluatie methode. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 1974, p. 469-480

Zeeuwen, A.M., W. Zwanikken, Psychologen in de eerstelijns-gezondheidszorg. Metamedica, 1973