

''een evaluatie van de samenwerking tussen huisartsen en psycholoog in capelle aan de ijssel''

p. verhaak

mei 1979

	Voorwoord	
	Inleiding	1
I	<u>Achtergronden van de samenwerking huisarts-psycholoog en de evaluatie daarvan</u>	
	1. Inleiding	2
	2. Voorgeschiedenis	2
	3. Opzet van het evaluatieonderzoek	3
	4. Het verloop van het samenwerkingsverband	6
	5. Het verloop van het onderzoek	7
	6. Samenvatting	8
II	<u>Veranderingen bij artsen</u>	10
II.1	<u>Perceptie van psychosociale klachten</u>	
	1. Inleiding	11
	2. Meetinstrumenten en opzet van onderzoek	12
	3. Resultaten	13
	4. Diskussie	20
II.2	<u>Gespreksgedrag van de arts</u>	
	1. Inleiding	23
	2. Theoretische vooronderstellingen	23
	3. De diverse variabelen: operationalisatie, verwerking en betrouwbaarheid	24
	4. Veranderingen in het gespreksgedrag	31
	5. Diskussie en konklusie	42
II.3	<u>Veranderingen in het handelen van de arts zoals dit uit registratiegegevens valt op te maken</u>	
	1. Inleiding	44
	2. Opzet van het onderzoek	45
	3. Verloop van het deelonderzoek "medische consumptie"	47
	4. Achtergrondkenmerken van patienten in beide steekproeven	48
	5. Resultaten	51
	6. Medische consumptie voor artsen afzonderlijk bekeken	58
	7. Voorschrijven en verwijzen aan de hand van LISZ-gegevens	59
	8. Diskussie en konklusies	62
III	<u>De psycholoog en zijn klienten</u>	
	1. Inleiding	65
	2. Theoretische en methodologische overwegingen	66
	3. Verloop van het onderzoek	70
	4. Kenmerken van klienten, hun problemen en de behandeling daarvan	72
	5. Het effect van de psycholoog, uitgedrukt in eigen oordeel, GAS en medische consumptie	75
	6. Veranderingen in de tijd	85
	7. Diskussie en konklusie	87
	8. Samenvatting	89

IV	<u>Een methodologische evaluatie van het SPEECH-onderzoek</u>	
	1. Inleiding	90
	2. Gebruikte instrumenten	90
	3. Enige kanttekeningen bij de aard van het onderzoek	97
V	<u>Slotbeschouwing en konklusies aangaande de samenwerking huisarts-psycholoog</u>	
	1. Inleiding	100
	2. Veranderingen bij de capelse huisartsen als gevolg van hun samenwerking met een psycholoog	100
	3. Konklusies	103
	<u>Literatuur</u>	105
	<u>Bijlagen</u>	

VOORWOORD

Het voor U liggende rapport "Evaluatie SPEECH" geeft de beschrijving van een experiment. Een heel bijzonder experiment, want voor het eerst in de geschiedenis heeft een beleidsinstantie (het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) een subsidie verstrekt aan een experiment betreffende de inschakeling van een psycholoog in (of althans dichtbij) de eerste lijn van de gezondheidszorg. Een bijzondere gebeurtenis, ook omdat het experiment vergezeld is gegaan van een diepgaand onderzoek naar de effecten van die samenwerking tussen huisartsen en een psycholoog.

Dit rapport beschrijft de resultaten van het evaluatie-onderzoek dat binnen de basiseenheid "Psychosociale Hulpverlening" van het NHI is uitgevoerd. Het onderzoek is van nature beperkt van opzet omdat enkel de samenwerking van één psycholoog met een niet helemaal willekeurige groep huisartsen in een bepaalde locatie (Capelle a/d IJssel) is onderzocht. Daarom zijn de resultaten zeker niet generaliseerbaar naar "de" psycholoog in "de" eerste lijn. Wel geeft het onderzoek een aantal konklusies die zeker de moeite waard zijn en er ook om vragen om nader onderzocht te worden. Voor de voorstanders van de psycholoog in de eerste lijn voor wie een aantal resultaten misschien teleurstellend is kan dit zeker een prikkel betekenen om na te denken over andere (maar wel meetbare) criteria, andere structuren, andere meetprocedures maar ook over andere oplossingen voor de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Want dat er "iets" in de eerste lijn moet gebeuren op dit gebied wordt uit dit rapport wel duidelijk, en anders wel uit het rapport dat de deelnemers van het projekt zelf hebben geschreven over hun ervaringen met het experiment. Dit rapport ("SPEECH" Ervaringen van een psycholoog in de eerste lijn) is voor belangstellenden ook bij het NHI verkrijgbaar.

Het projekt SPEECH, inclusief de evaluatie ervan is tot stand kunnen komen door een gemeenschappelijke inspanning van veel mensen en veel instanties die wij op deze plaats dan ook hiervoor zouden willen bedanken.

Op de eerste plaats is dit de subsidiegever (het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) die dit experiment mogelijk heeft gemaakt. Maar zeker ook de huisartsen in Capelle en de psycholoog die allen heel geduldig en altijd bereidwillig vele inspanningen voor het onderzoek hebben verricht. De voor het onderzoek ingestelde begeleidingscommissie (waarvan elders in het rapport de samenstelling is vermeld) is de onderzoekers tenslotte vaak tot steun geweest en vormde soms ook een nuttige bron van kritiek.

Jozien Bensing

INLEIDING

Van september 1975 tot september 1978 heeft er in Capelle aan de IJssel een samenwerkingsverband bestaan tussen een psycholoog en een aantal huisartsen. Deze samenwerking was mogelijk dank zij een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Voorwaarde hiervoor was onder meer dat er een evaluatie-onderzoek zou plaatsvinden, waarin de effecten van een dergelijke samenwerking zouden worden bestudeerd. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het Nederlands Huisartsen Instituut in de periode april 1976 - april 1979 onder supervisie van een begeleidingscommissie waarin vertegenwoordigers van het Rotterdams Huisartsen Instituut, de vakgroep Medische Psychologie van de Erasmus Universiteit, de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut zitting hadden. Het thans voor U liggende rapport geeft de resultaten van dit onderzoek weer.

De opzet van dit rapport is als volgt: in het eerste hoofdstuk "achtergronden" bezien we achtereenvolgens de wijze waarop de situatie rondom de psychosociale hulpverlening in Capelle aan de IJssel zich zo ontwikkeld heeft, dat er een vruchtbare voedingsbodem voor samenwerking tussen huisarts en psycholoog kon ontstaan. Vervolgens gaan we in op de opzet van het evaluatieonderzoek, de daarachterliggende theoretische overwegingen die leidden tot de gekozen vraagstelling en onderzoeksopzet en het verloop van samenwerkingsverband en onderzoek.

Hoofdstuk II gaat over de deelonderzoeken die zich richtten op veranderingen bij de artsen als gevolg van hun samenwerking met de psycholoog; aan elk deelonderzoek wordt een paragraaf gewijd, waarin opzet, afname en resultaten aan de orde komen.

In hoofdstuk III bezien we het effect dat aan de therapeutische bezigheden van de psycholoog kan worden toegekend. Belangrijke vragen daarbij zijn of de psycholoog in de eerste lijn een maatschappelijk gezien breder publiek bereikt; of hij kans ziet om succesvol met kortdurende therapieën te werken en de vraag welke klachten wel of niet geschikt zijn voor een dergelijke interventie.

Hoofdstuk IV geeft een kritische methodologische beschouwing over dat gedeelte van het onderzoek, waarmee veranderingen bij de arts gemeten zouden worden.

In het laatste hoofdstuk wordt, de beperkingen van het onderzoek in acht genomen, besproken wat het nut van de psycholoog in het samenwerkingsverband is geweest en in welke mate dit gegeneraliseerd kan worden naar de eerste lijn in het algemeen. Dit zal uitmonden in een aantal aanbevelingen met betrekking tot de mogelijkheden van de inschakeling van de psycholoog in de eerste lijn.

I ACHTERGRONDEN VAN DE SAMENWERKING HUISARTS - PSYCHOLOOG EN DE EVALUATIE DAARVAN.

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk stellen we ons ten doel om de lezer kennis te laten maken met de situatie in de capelse gezondheidszorg, de samenwerking huisarts - psycholoog die zich daarbinnen heeft ontwikkeld, en het onderzoek dat deze samenwerking zal evalueren.

We zullen eerst aandacht besteden aan de voorgeschiedenis van het samenwerkingsproject: we proberen die ontwikkelingen in Capelle te schetsen die maakten dat een dergelijke samenwerking een vruchtbare voedingsbodem kon vinden; daarnaast geven we weer hoe deze in concreto gestalte heeft gekregen.

Vervolgens richten we ons op het tot stand komen van de onderzoeksopzet: we beginnen bij globale onderzoeksvragen en volgen dan het spoor tot we uitkomen bij de diverse deelonderzoeken die tenslotte samen het evaluatieonderzoek SPEECH zijn gaan vormen.

Na zo het ontstaan van samenwerkingsverband respektievelijk evaluatieonderzoek geschetst te hebben, geven we in de twee volgende paragrafen het verloop van deze twee zaken weer in de periode 1975 - 1978. Hieruit kan men opmaken van welke tussentijdse veranderingen sprake is geweest, welke initiatieven succesvol bleken of juist een vroegtijdig einde beschoren waren, etc.

Het hoofdstuk zal worden afgerond met een korte samenvatting.

2. Voorgeschiedenis.

Capelle aan de IJssel is een typisch voorbeeld van een plaats die in twintig jaar van kleine traditionele dorpsgemeenschap uitgroeide tot voorstad annex slaapstad van een grotere stad. Twee aspecten van deze ontwikkeling verdienen aandacht, omdat ze rechtstreeks bij hebben gedragen aan de toegenomen behoefte om psychosociale hulp.

Ten eerste hielden de voorzieningen op dit gebied in Capelle geen gelijke tred *) met de groei van de plaats: het maatschappelijk werk begint zich pas sinds enige jaren te ontwikkelen; voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg is Capelle afhankelijk van de Stichting Geestelijke Volksgezondheid te Gouda, waarop van artsenzijde nogal wat kritiek bestaat, zowel met betrekking tot de kwalitatieve als de kwantitatieve capaciteit, terwijl tevens de afstand een bezwaar vormt: de laatste vijftien jaar is Capelle qua infrastructuur volledig op Rotterdam gekonsentreerd geraakt. De capelse artsen waren zonder uitzondering van mening dat er vrijwel geen verwijsmogelijkheden voor psychische problematiek aanwezig waren in deze plaats van + 35,000 inwoners.

Een tweede aspect van de snelle groei van Capelle is de toename van psychische problematiek als gevolg van de eigen geaardheid van de plaats: door de explosieve groei zijn veel sociale banden verdwenen, de nieuwe wijken zijn voor een groot deel bevolkt door niet-capellenaren - o.a. veel mensen uit oude rotterdamse wijken - zodat hier sprake is van een erg heterogene bevolking zonder onderlinge band; de meeste mensen werken

* De geschetste ontwikkeling is gebaseerd op de visie die artsen en psycholoog in gesprekken naar voren brachten. Een zeker voorbehoud met betrekking tot de juistheid van gegevens is dus geboden. Het geschetste beeld is echter betrouwbaar als "werkelijkheid zoals de artsen die zien" en als zodanig van belang.

niet in Capelle maar ergens in de Rijnmond, zodat wonen en werken sterk gescheiden zijn; Capelle is in de Rijnmond de gemeente met het hoogste migratie cijfer. Dit zijn allemaal factoren die bij de huisartsen de behoefte aan steun bij hun psychosociale hulpverlening nog doen toenemen.

Als gevolg hiervan ontwikkelde zich bij sommige huisartsen het idee om psychologen aan te trekken, om zo te voorzien in een hulpvraag, die zij duidelijk aanwezig achtten, maar die ze niet zelf konden beantwoorden, deels door tijdgebrek, deels door gebrek aan competentie.

Dit idee vond weerslag bij de overige artsen (inmiddels waren alle te Capelle praktiserende huisartsen verenigd in de Stichting Capelse Huisartsen).

Het geheel raakte in een stoomversnelling toen enige van deze artsen via het R.U.H.I. in contact kwamen met een psycholoog, die tijdens zijn studie al met huisartsen had samengewerkt, en nu via de Rotterdamse Huisartsenopleiding op zoek was naar nieuwe partners. Na enkele kontakten met elkaar besloten de Stichting Capelse Huisartsen en de psycholoog om subsidie aan te vragen om een experiment te kunnen beginnen waarin een psycholoog in de eerste lijn met huisartsen zou samenwerken. De samenwerking zou bestaan uit kortdurende therapieën door de psycholoog, terwijl over andere activiteiten de meningen wat vaag waren.

Omtrent mogelijke andere activiteiten opperden de artsen onder meer het afnemen van tests bij kinderen, beroepskeuze-adviezen, het houden van voordrachten door de psycholoog, consultatie en crisisinterventie, doch nauw omschreven is dit niet, noch door de samenwerkende partners, noch door de subsidiegever.

De gevraagde subsidie werd verleend, en wel voor een periode van drie jaar, welke inging 1 september 1975. Tevens werden van de kant van het Ministerie onderhandelingen geopend met het R.U.H.I. en het N.H.I. over een evaluatie van het samenwerkingsverband. Dit resulteerde in een toekenning van een onderzoekssubsidie aan het N.H.I. welke per 1 april 1976 inging.

3. Opzet van het evaluatie-onderzoek.

De eerste vraag die rijst, wanneer men gevraagd wordt een evaluatie-onderzoek op te zetten, is welke effecten er verwacht zouden kunnen worden van de experimentele situatie. Aan samenwerking tussen huisartsen en psycholoog wordt in de literatuur onder meer de volgende invulling gegeven:

psychologisch onderzoek en advies (v.d.Zijl, 1972, Zwanikken & Zeeuwen, 1973),

therapie (v.d.Hout, 1975, Kincey, 1974, Trethowan, 1977, van Wijcherden-Nix, 1976, Kossmann, 1972, Zwanikken & Zeeuwen, 1973)

konsultatie (de Wit, 1976, Zwanikken & Zeeuwen, 1973), en

kennisoverdracht naar de huisarts (Kincey, 1974, v.Wijcherden-Nix, 1975, Zwanikken & Zeeuwen, 1973, Kossmann, 1972).

Het nuttig effect van deze bezigheden is nog niet experimenteel vastgelegd, maar wordt in bovenstaande publikaties afgeleid uit het feit dat het ontbreken van deze mogelijkheden door artsen en sociaal wetenschappers als een gemis wordt ervaren. Dit gemis komt tot uiting in het feit dat in de huidige situatie patiënten of niet of weinig bevredigend worden geholpen. (McAllister & Philip 1975: in 46% van de gevallen behandelt de huisarts psychosociale klachten terwijl hij er zich niet kapabel voor voelt.)

Ook is het moeilijk om in de literatuur wat "hardere" verwachtingen inzake het effect van samenwerking met een psycholoog te vinden: De Wit e.a. verwachten naar aanleiding van hun consultatieproject een effect op het verwijspatroon en op de kennis en houding van de arts inzake psychosociale klachten. McAllister & Philip spreken als verwachting uit dat het voorschrijven van psychofarmaca bewuster zal geschieden.

Samengevat: de mogelijkheden en effecten van de samenwerking met een psycholoog zijn vrij speculatief, de meeste zegslieden spreken niet vanuit praktische ervaring, maar in algemeen beschouwende termen nadenkend over mogelijkheden voor een psycholoog in de eerste lijn.

Gezien de uiteenlopendheid van diverse mogelijke effecten en gezien de vaagheid ervan, is in het evaluatieonderzoek ervoor gekozen om een breed spectrum van mogelijke effecten in aanmerking te nemen en deze met diverse meetmethodes in ogenschouw trachten te brengen.

Hierdoor zouden we niet het risico lopen door een te eenzijdige aandacht voor één aspect of één meetinstrument dat we binnen de beperkte vraagstelling geen effect aantreffen, terwijl dit op andere terreinen wel degelijk aanwezig was.

Om methodologisch verantwoord te werk te gaan is het ook beter om met meerdere instrumenten hetzelfde trachten te meten, zeker wanneer het gaat om weinig uitgeteste meetinstrumenten (Fiske, 1974).

De vragen die we tenslotte besloten in het onderzoek op te nemen, laten zich in twee groepen uitsplitsen: enerzijds zijn er de vragen die veranderingen in het artsengedrag centraal stellen, anderzijds zijn er de vragen die het effect van de psycholoog op door hem behandelde cliënten centraal stellen. De eerste groep vraagstellingen is met name relevant, omdat hiermee de aandacht wordt gevestigd op een eventueel spreidingseffect dat een psycholoog zou kunnen hebben. Indien blijkt dat samenwerking met een psycholoog een soort "spreiding" naar de arts als effect heeft, zou daarmee de arts zelf beter raad weten met een hoeveelheid problematiek die hij nu graag wil verwijzen.

De tweede groep vraagstellingen (het effect van de psycholoog op zijn cliënten) is echter ook van belang omdat bij het uitblijven van een spreidingseffect naar de arts toe, het belang van de psycholoog ontleend dient te worden aan een wezenlijk verschil tussen aanpak en resultaten van zijn eerstelijns therapieën en de verrichtingen welke door een psycholoog in de A.G.G.Z. kunnen worden gedaan. We zullen beide groepen vraagstellingen wat nader uitdiepen.

A. Mogelijke effecten van samenwerking op de huisarts.

Gelet op de huisarts-aspekten waarop de samenwerking met de psycholoog invloed zou kunnen uitoefenen kunnen we verschillende niveau's onderscheiden:

- de manier waarop de arts denkt over psychosociale problematiek, los van konkrete patiënten met dergelijke klachten: het geheel aan meningen die hij er hieromtrent op na houdt;
- de mate waarin de arts klachten die bij hem gepresenteerd worden al dan niet als psychosociaal beoordeelt;
- de manier waarop de arts zich gedraagt wanneer hij met psychosociale klachten wordt gekonfronteerd; we kunnen hierbij onderscheid maken tussen zijn gedrag tegenover de patiënt in de spreekkamer in het algemeen, of output gegevens die een speciaal facet hiervan benadrukken, zoals voorschrijf- of verwijscijfers,

In de door ons gehanteerde onderzoeksopzet zijn al deze niveau's in beschouwing genomen. Hierbij is gebruik gemaakt van een aantal meetmethodes om deze zaken vast te leggen: met behulp van interviews is gevraagd naar de mening van artsen over psychosociale klachten. Het voorkomen

hiervan en zijn eigen optreden in dit opzicht. Zijn spreekkamerge-
drag werd vastgelegd met behulp van video-opnamen die systematisch
werden geobserveerd, zijn beoordelingen van klachten werden vastge-
legd op beoordelingsschalen, specifieke gegevens over zijn handelen
werden verkregen door steekproeven patiëntenregistratiekaarten te be-
studeren op voorschrijven van psychofarmaca, kontaktfrekwentie, pro-
bleemfrekwentie en verwijzingen. Al met al worden hieruit drie thema's
gedestilleerd die afzonderlijk besproken worden en die ieder met meer-
dere meetmethodes zijn benaderd; dit zijn:

- perceptie van psychische problematiek
- gespreksgedrag van de arts
- medische consumptie

In dit onderzoek zal worden nagegaan of de artsen in deze drie opzich-
ten veranderen. Om deze verandering vast te leggen zijn de metingen
óf een aantal keren tijdens het onderzoek verricht, óf werden de gege-
vens gedurende het hele onderzoek continu verzameld.

Zodoende beschikken we over interviews en beoordelingsschalen die vier
maal werden afgenomen respectievelijk ingevuld (met tussenpozen van + 8
maanden): video-opnamen van spreekuurkonsulten, die op de eerste drie
van de vier meetpunten werden gemaakt, en registratiegegevens van steek-
proeven patiënten die van september 1974 tot september 1978 werden verza-
meld. De gegevens die we uit deze meetinstrumenten ten behoeve van de
drie genoemde themata haalden, stellen ons zo in staat om een procesmatige
beschrijving te geven van veranderingen die de artsen in deze opzichten
ondergingen.

De mate waarin eventuele veranderingen aan de psycholoog kunnen worden
toegeschreven trachten we enerzijds vast te stellen aan de hand van mede-
delingen van artsen hierover, anderzijds in bepaalde gevallen aan de
hand van de gegevens zelf (namelijk in de gevallen waarin we over gege-
vens van voor de komst van een psycholoog beschikken).

Deze drie themata worden in hoofdstuk II afzonderlijk besproken. Daar zal
de specifieke opzet verder worden toegelicht en worden de resultaten per
thema (of deelonderzoek zoals ze in het vervolg genoemd zullen worden)
weergegeven.

B. Mogelijke effecten van de eerstelijns psycholoog op cliënten

Zoals opgemerkt kunnen we zoeken naar effecten op twee niveau's: een
globale verandering bij artsen, zoals uiteengezet onder A, welk effect
in twee instantie door zou klinken in het arts-patiënt contact en een
meer rechtstreeks effect dat de psycholoog heeft op naar hem verwezen
cliënten. Het is dit tweede effect waaraan we hier enige gedachten wil-
len wijden.

Eerstens willen we vaststellen of er sprake is van een gunstig resul-
taat bij de cliënt, na behandeling door de psycholoog. Gezien het pro-
blematische karakter van het begrip "gunstig resultaat" is dit op ver-
scheidene manieren geoperationaliseerd: we bezien het effect zoals dit
is af te meten aan verandering in medische consumptie na bezoek aan de psy-
choloog, we gaan na in hoeverre door de psycholoog aan het begin van
de behandeling gestelde doelen ook bereikt zijn; ten slotte hebben we
de beschikking over de beoordelingscijfers van de psycholoog over het
resultaat van de therapie. Door zo op verschillende manieren resultaten
te beschouwen hopen we een gedifferentieerd inzicht te krijgen in de mate
waarin de therapie effect heeft gehad.

Ten tweede willen we een nadere invulling krijgen van het begrip "psycho-
therapie in de eerste lijn". Belangwekkende vragen zijn, hoe het cliën-
tenbestand naar leeftijd, geslacht en sociale achtergrond is opgebouwd.
Een van de kritiekpunten op de geïnstitutionaliseerde tweede-lijns psy-
chotherapie is immers de ondervertegenwoordiging aldaar van

de ouderen, de lagere milieus en de intellektueel/verbaal minder be-
gaafden.

Zou een drempelverlaging, in de zin van een psycholoog die dichter
bij de arts en patiënt zit, kunnen leiden tot een meer evenredige
vertegenwoordiging in het cliëntenbestand.

Een ander aspect dat we willen onderzoeken is welke soorten proble-
matiek een eerste lijns psycholoog te behandelen krijgt, dit in kom-
binatie met de resultaten die hij bij de diverse vormen behaalt en
het aantal kontakten dat dat vergt.

Het gehele onderzoeksgedeelte naar het effect van de psycholoog op
zijn cliënten wordt mogelijk gemaakt, doordat per cliënt zowel bij
de psycholoog als bij de huisarts de relevante gegevens worden ver-
zameld. Over de verdere details van de opzet van dit deelonderzoek,
alsmede het verloop ervan en de resultaten wordt uitvoerig gerappor-
teerd in hoofdstuk III.

4. Het verloop van het samenwerkingsverband.

In september 1975 vestigde de psycholoog zich in Capelle. Er waren
van te voren betrekkelijk weinig afspraken tussen artsen en psycho-
loog gemaakt. De psycholoog had ruimte (zowel qua tijd als in ruimte-
lijke zin) om mensen te behandelen, waarbij de afspraak was, dat
artsen alleen die patiënten zouden doorverwijzen, die in een zestal
sessies geholpen zouden kunnen worden. Verder waren er geen vaste af-
spraken. Andere vormen om van de psycholoog gebruik te maken (advies,
krisis-interventie, tests, kennisoverdracht, e.d.) waren bij het van
start gaan van het projekt afhankelijk van ad hoc initiatieven van
artsen en psycholoog.

In het begin zien we een duidelijke differentiatie tussen artsen:
sommige verwijzen in eerste instantie heel veel, hetzij om het pro-
jekt "op te starten" hetzij om een hoeveelheid reeds tijden onbevred-
igend verzorgde problematiek te lozen; andere artsen kijken de kat
uit de boom, weten nog niet precies waar ze aan toe zijn en verwijzen
de eerste maanden slechts sporadisch. Dit patroon leidt ertoe, dat na
enige maanden het aanbod te groot wordt, en dat het niet eerlijk over
de elf artsen verdeeld is.

Wanneer we zo de zaak na een half jaar in ogenschouw nemen, blijkt
uit de interviews dat de artsen zonder uitzondering erg ingenomen
zijn met het therapeutisch werk en vinden dat, gezien de beperkte
capaciteit dit werk voorrang heeft boven minder primaire interventies
als konsultatie, nascholing van de artsen, training e.d. De oneven-
redige inbreng van de diverse artsen wordt opgeheven door een nume-
rus fixus: iedere arts mag per half jaar zeven patiënten verwijzen.
De status quo gedurende de rest van het projekt blijft dat de psycho-
loog therapie bedrijft ten behoeve van de artsen en hooguit inciden-
teel andere werkzaamheden op zich neemt. Zo werden af en toe patiën-
ten doorverwezen met het verzoek om een testadvies, had de psycholoog
gedurende het eerste jaar overleg met de Stichting Geestelijke Volks-
gezondheid in Gouda en het Maatschappelijk Werk in de capelse wijk
Oostgaarde en besprak hij drie maal met de artsen video-banden die
gemaakt waren van hun konsulten.

Achteraf spreken alle artsen zich in zoverre positief uit over die
nadruk op therapie, dat ze in de praktische situatie van één psycho-
loog op elf huisartsen dit als beste alternatief zagen. De afwezig-
heid van meer scholende activiteiten wordt echter wel als een gemis
ervaren, dat met meer psychologen verholpen zou kunnen worden.

Zoals gezegd werd het samenwerkingsverband beëindigd per 1 september
1978. Van toen af was de psycholoog in dienst van het I.M.P.-Rotter-

dam en konden artsen slechts via de I.M.P.-intake naar hem verwijzen. Dit wordt door een ieder als een verslechtering van de situatie opgevat; vooral de lage drempel en het direkte kontakt met de psycholoog worden node gemist. *).

Tot slot iets over enige veranderingen bij de capelse artsen, die voor interpretatie van onderzoeksresultaten van belang kunnen zijn: gedurende de onderzoeksperiode zijn twee artsen zich part-time met nevenactiviteiten gaan bezighouden, hetgeen tot gevolg had dat ze een samenwerking met een arts-assistent, respectievelijk associé aangingen. Een derde arts is per 1-2-1978 gestopt met het uitoefenen van zijn praktijk in Capelle. Deze arts is opgevolgd door twee nieuwe artsen.

Wanneer deze gegevens de onderzoeksresultaten zouden kunnen doorkruisen, zal dat aldaar vermeld worden.

5. Het verloop van het onderzoek.

Zoals reeds uit de in paragraaf 3 geschetste onderzoeksopzet, duidelijk is geworden, vereiste deze dat er periodiek metingen verricht zouden moeten worden. Het doel was immers een procesmatige analyse van veranderingen bij de arts. Het oorspronkelijke idee was, om interviews, beoordelingsschalen en video-opnames vier maal af te nemen, respectievelijk te maken. Registratie van patiëntengegevens bij arts en psycholoog zouden gedurende de hele periode kontinu worden verzameld.

Dit onderzoeksschema is in enige opzichten gewijzigd. Na de eerste peiling in maart-april 1976 werd besloten om het interview te vervangen door een voorgestructureerde vragenlijst, teneinde interpretatiemoeilijkheden voorkomend uit verschillend gekozen bewoordingen in de toekomst iets te verminderen.

Aangezien na analyse van de resultaten van deze eerste peiling de vraag rees of bepaalde gevonden verschillen aan de arts of aan zijn patiënten-populatie moesten worden toegeschreven, werd besloten om tijdens de derde meetronde een vragenlijst (VOEG) aan een aantal patiënten voor te leggen, om zo mogelijke verschillen tussen praktijken op het spoor te komen.

Andere vragen, opgeworpen naar aanleiding van de analyse van registratiegegevens deden bij de onderzoekers de wens gevoelen om de registratie uit te breiden met de periode december '74- november '75. Dit kon slechts indien op een ander deelonderzoek iets werd ingeleverd: de video-opnames gedurende de vierde peiling werden derhalve geschrapt.

Tenslotte zijn na afloop van het onderzoek interviews gehouden met psycholoog en artsen, waarin ze hun visie op het verloop van vooral het onderzoek konden geven.

Al met al zijn per deelonderzoek gegevens verzameld op de volgende meetdata respectievelijk meetperiodes:

- * Vergelijk Smits en van Mierlo (1978), die tot de konklusie komen dat een vast "arts-therapeuten koppel" tot betere resultaten leidt dan een arts die naar een institutie doorverwijst, waarbij hij niet telkens met dezelfde therapeut te maken heeft.

	december 1974	maart- april 1976	december 1976 juni 1977	september oktober 1977	mei/juni 1978	september 1978 januari 1979
interview		X				X
vragenlijst			X	X	X	
beoordelings- schaal voor- komen psycho- sociale pro- blemen		X	X	X	X	
video-opnames		X	X	X		
registratie pa- tiëntengegevens bij artsen	X-----	-X-----	-X-----	-X-----	-----X	
registratie kliëntgegevens bij psycholoog		X-----	-X-----	-X-----	-----X	

We hopen zo voorlopig een globale indruk te hebben gegeven, hoe het onderzoek verliep.
Nadere details worden in de bespreking per deelonderzoek (hoofdstuk II en III) gegeven.

6. Samenvatting

In dit hoofdstuk "achtergronden van de samenwerking huisarts - psycholoog en de evaluatie daarvan" is weergegeven hoe samenwerkingsverband en onderzoek tot stand zijn gekomen en hoe ze grofweg verlopen zijn. We hebben een aantal redenen genoemd voor de groeiende behoefte in Capelle aan samenwerking met een psycholoog: de groei van het dorp en het verloren gaan van sociale banden hebben de hulpvraag vergroot, terwijl het aanbod geen gelijke tred hield met deze groei. Een aantal artsen waren sinds het begin van de jaren zeventig reeds geporteerd voor de samenwerking met gedragswetenschappers, zodat een eerste kontakt tussen artsen en psycholoog al snel in een subsidie-aanvraag resulteerde.

Deze subsidie werd verstrekt o.a. op voorwaarde dat het samenwerkingsverband geëvalueerd zou worden. Het N.H.I., hiertoe aangezocht, besloot in samenspraak met de begeleidingscommissie om haar aandacht vooral te richten op mogelijke veranderingen bij artsen onder invloed van de samenwerking. Gelet zou worden op veranderingen bij de artsen in hun omgaan met psychosociale problemen tijdens konsulten, op verandering in de mate waarin artsen klachten als -mede- psychosociaal ervaren en op veranderingen in de medische consumptie van patiënten.

Deze veranderingen zouden gemeten worden met behulp van periodiek terugkerende interviews, video-opnames en beoordelingsschalen, terwijl kontinu de medische consumptie van steekproeven patiënten zou worden geregistreerd.

Naast veranderingen bij de artsen zou binnen het evaluatie-onderzoek ook

de hulp die de psycholoog aan zijn cliënten bood, geëvalueerd worden.

In 'de laatste twee paragrafen van dit hoofdstuk schetsten we hoe samenwerkingverband en onderzoek verlopen zijn.

De samenwerking huisarts-psycholoog betekende in de praktijk dat de psycholoog hoofdzakelijk therapie deed bij patiënten die door de huisarts waren verwezen. Toen de psycholoog vol dreigde te lopen, werd dit geregeld middels een distributie-systeem dat iedere arts in de gelegenheid stelde per half jaar zeven patiënten te verwijzen. Achteraf waren alle artsen tevreden met deze nadruk op therapie, zij het dat ze liever meer psychologen zouden hebben, zodat er ook ruimte zou komen voor consultatie, training, nascholing, etc.

Het onderzoek hield in dat op vier tijdstippen interviews werden gehouden of vragenlijsten afgenomen en beoordelingsschalen werden ingevuld door de artsen. Op de eerste drie tijdstippen werden tevens video-opnames gemaakt. De medische consumptie werd aan de hand van de N.H.G.-registratiekaart vastgelegd van december 1974 tot september 1978.

Van cliënten van de psycholoog werd van één jaar voor verwijzing naar de psycholoog tot en met één jaar erna de medische consumptie vastgelegd, werden gegevens met betrekking tot de cliënt en de therapie vastgelegd en werd onderzocht in hoeverre gestelde doelen bereikt waren. Het verzamelen van gegevens werd in najaar 1978/voorjaar 1979 beëindigd met een aantal terugblikkende gesprekken met artsen en psycholoog.

II VERANDERINGEN BIJ ARTSEN

Zoals in I.3. is aangekondigd, onderscheiden we in het SPEECH-evaluatie projekt twee groepen vraagstellingen. Op de eerste plaats zijn er de vragen die verandering in het artsengedrag centraal stellen, daarnaast zijn er vragen die betrekking hebben op het effect van de psycholoog op zijn cliënten. Met de eerstgenoemde groep vragen houden we ons in dit hoofdstuk bezig.

De rationale achter deze vragen is, dat de mogelijkheid bestaat dat artsen in hun gedrag veranderen wanneer ze op een vrij intensieve manier gaan samenwerken met gedragswetenschappers. We hebben willen nagaan in hoeverre dit het geval was in deze specifieke situatie binnen de hier gekozen vorm van samenwerking. Daartoe zijn drie thema's gekozen, waarvan we in dit hoofdstuk willen nagaan of het gedrag van de arts in die opzichten een verandering vertoont in de loop van de samenwerking.

Ten eerste gaan we na of de arts meer klachten als niet somatisch gaat betitelen, naarmate hij langer met een psycholoog samenwerkt. Vanaf het begin van het onderzoek is deze perceptie om de acht maanden vastgelegd, in totaal vier maal. In hoofdstuk II.1. worden de resultaten hiervan besproken.

Het tweede thema omvat het gespreksgedrag van de arts. Om te onderzoeken of hierin veranderingen zijn opgetreden in de loop van het samenwerkingsverband, is dit gedrag op drie tijdstippen vastgelegd op videoband; in hoofdstuk II.2. vermelden we de resultaten van dit deelonderzoek.

In hoofdstuk II.3. staat het gedrag van de arts, zoals dit uit registratiegegevens blijkt, centraal. Hier nemen we vragen in beschouwing die zich richten op veranderingen in het voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen en de mate waarin de patiënt zijn huisarts bezoekt. We ontleen deze gegevens aan het patiënten-registratiesysteem van de arts: van de periode september 1974 - augustus 1978 werden deze gegevens bij bepaalde steekproeven patiënten verzameld.

In dit hoofdstuk worden de diverse deelonderzoeken relatief los van elkaar behandeld. In hoofdstuk IV zal bekeken worden hoe de verbanden tussen de diverse deelonderzoeken liggen; in de konklusies in hoofdstuk V zullen deze resultaten zo integraal mogelijk weergegeven worden.

II.1. PERCEPTIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK.

1. Inleiding

Zoals in de inleiding van deze rapportage is uiteengezet, hadden we drie aspecten van het denken en handelen van de arts op het oog, waarvan we veranderingen wilden meten. Een van deze drie aspecten is de mate waarin de arts psychische problematiek waarneemt. Samenwerking met een psycholoog zou als gevolg kunnen hebben dat de capelse arts- en steeds meer klachten als (ook) psychisch gaan zien.

We zijn dit onderzoek gestart met een negatieve begripsbepaling: vindt de arts dat er, naast de somatische aspecten ook niet-somatische aspecten (sociale, psychische, etc.) een rol spelen bij de klacht. Daarnaast hebben we de definities van al dan niet somatisch volledig bij de arts gelaten: dezelfde klacht van dezelfde patiënt kan de ene arts als puur somatisch beoordelen, terwijl de ander het meer psychisch dan somatisch vindt. Het gaat ons dan ook niet om een objectieve morbiditeitsbepaling, maar om een vastlegging van de mate waarin de arts geneigd is om klachten als psychosociaal op te vatten.

We hopen middels dit deelonderzoek vast te stellen in welke mate deze gevoeligheid opgevat mag worden als een consistent artskenmerk, in welke mate dit kenmerk tussen de artsen uiteenloopt, en in welke mate er sprake is van verandering in dit opzicht, als de artsen langere tijd met een psycholoog samenwerken.

Om erachter te komen in hoeverre dergelijke veranderingen opgetreden zijn hebben we dit met behulp van een 5-puntsschaal een aantal malen geprobeerd te meten. De artsen werden vier maal gedurende het onderzoek gevraagd om tien dagen lang van elke patiënt aan te geven in hoeverre psychische aspecten een rol speelden in het klachtenpatroon.

Op dergelijke wijze gemeten kan per meetperiode van elke arts gezegd worden hoeveel procent van de konsulten hij als puur somatisch beschouwde en konden diverse meetprocedures met elkaar vergeleken worden: gingen de artsen meer of minder konsulten als "puur somatisch" beoordelen, indien dit veranderde, betekende dit dan een verandering van "puur somatisch" naar "puur psychisch" of was er sprake van meer verfijnde nuancesverschillen?

Behalve uit de resultaten die we met behulp van die 5-puntsschaal verkregen, kunnen ook uit gegevens die binnen andere deelonderzoeken werden vastgelegd enige konklusies worden getrokken betreffende het waarnemen van psychische problematiek door de arts. Met name uit antwoorden op enige vragen uit de vier maal afgenomen vragenlijsten/interviews en uit door de arts gegeven beoordelingen tijdens de video-opnamen kunnen we iets destilleren dat met "perceptie van psychische problematiek" te maken heeft.

We zullen in dit hoofdstuk nagaan of die resultaten een ondersteuning vormen voor de resultaten die we met behulp van de vijf-puntsschaal hebben verkregen, of dat ze ons nopen tot een modificering hiervan. Om erachter te komen in hoeverre verschillen in het waarnemen van psychosociale problematiek nu een eigenaardigheid van de betreffende arts zijn, of dat ze aan verschillen in de patiëntenpopulaties moeten worden toegeschreven is gedurende één meetronde, waarin de arts gedurende 10 dagen zijn beoordeling van elk konsult vastlegde, tegelijk aan de patiënten een vragenlijst voorgelegd, waaruit onafhankelijk van het artsenoordeel rechtstreeks de mate van psychische problematiek van de patiënten kan worden afgeleid. Hierdoor zou een betere interpretatie van resultaten mogelijk worden.

In de rest van dit hoofdstuk zullen we achtereenvolgens ingaan op de volgende onderwerpen: in paragraaf 2 gaan we in op de gehanteerde meetinstrumenten en de manier waarop ze worden afgenomen: paragraaf 3 geeft de resultaten weer: is er verschil in perceptie van psychosociale aspecten van klachten in de loop van vier meetrondes? Verschillen de artsen onderling? Moeten veranderingen aan arts of patiënt worden toegeschreven?

In paragraaf 4 tenslotte gaan we in de discussie in op interpretatie van de resultaten.

In deze discussie willen we trachten het tot dusver negatief ingevulde begrip "psychosociale klacht" (namelijk "niet-somatisch") wat beter gestalte te geven en in wat algemene termen te denken over psychische problematiek.

2. Meetinstrumenten en opzet van onderzoek.

10-daagse
peiling

Het meetinstrument waarmee gedurende 10 dagen per patiënt werd nagegaan, in welke mate de arts vond dat er psychosociale aspecten aan de klachten verbonden waren, bestond uit een vijf-puntsschaal, die de arts met betrekking tot iedere patiënt die hij in die periode zag invulde. De vijf-puntsschaal was als volgt samengesteld:

1. ik ben van mening dat deze klacht of dit klachtenpatroon puur somatisch is;
2. ik ben van mening dat aan dit totaal van klacht(en) meer somatische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
3. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer evenveel somatische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
4. ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psychosociale dan somatische aspecten een bijdrage leveren;
5. ik ben van mening dat het totaal van deze klacht(en) puur psychosociaal is.

Dit meetinstrument werd vier maal afgenomen en wel in de periode maart-april 1976, december 1976-januari 1977, september-oktober 1977 en mei-juni 1978.

Omdat deze vijf-puntsschaal gedurende 10 dagen praktijkvoering werd afgenomen en per dag een twintig tot vijftig waarnemingen bevatte, hebben we de indruk dat de zo verkregen uitkomsten redelijk onafhankelijk van toeval zijn; de hoeveelheid data biedt de mogelijkheid tot statistische bewerking. De uitkomsten staan echter wel op zichzelf: we weten verder niets van deze patiënten en kunnen de zo verkregen uitkomsten met behulp van waarnemen van psychische problematiek niet op konsultniveau relateren aan andere konsultkenmerken.

Ook valt het met louter de gegevens uit deze 10-daagse peiling moeilijk uit te maken of verschillen tussen artsen nu een artsenkenmerk weergeven (de ene arts vindt iets sneller psychisch dan de ander) of dat er sprake is van een patiëntenkenmerk (in de ene praktijk komt meer psychische problematiek voor dan in de ander).

VOEG

Teneinde ook een van de artsen onafhankelijke maat te hebben om te beoordelen in hoeverre er sprake is van verschillen in de mate waarin psychische problematiek voorkomt, werd in de periode september-oktober 1977 eveneens in alle praktijken gedurende twee dagen de Vragenlijst voor Onderzoek naar Ervaren Gezondheidstoestand afgenomen. We namen deze vragenlijst af in de wachtkamer van de arts bij alle patiënten; dit gebeurde op de dag dat we ook video-opnamen maakten en op een dag daarna of daarvoor. Onder meer kan de VOEG zo gekoppeld worden aan variabelen

die tijdens het video-onderzoek werden geregistreerd.

Oorspronkelijk werd deze vragenlijst ontworpen om industriële stress te meten (Dirken, 1967), doch hij bezit een aantal kwaliteiten die hem voor ons doel geschikt maken:

- de VOG vertoont hoge korrelaties met de neuroticisme en neurotische somatiseringsschalen van de ABV (respektievelijk .696 en .839) (Dirken, p.176). Als verschil met de N en NS-schalen wordt in dit verband aangevoerd dat de ABV consistente persoonlijkheidsvariabelen pretendeert te meten, waar de VOG de aanwezigheid van stressors meet, die een tijdelijker karakter hebben dan aan persoonlijkheidsvariabelen worden toegekend;
- een hoge VOG-skore wordt in meerder onderzoek opgevat als een kenmerk van "probleempatiënten" (Cassie, 1973, p. 66; Mollee & de Gier, 1975, p.12). Met name wordt dit gebaseerd op het feit dat een hoge VOG -skore nauwelijks samenhangt met de objektieve lichaamstoestand; het gaat om lichamelijke klachten met een niet lichamelijke achtergrond, een van de meest frekwent geuite kenmerken van probleempatiënten.

deo-opnamen Zoals gezegd boden ook andere deelonderzoek de mogelijkheid om konklusies te trekken over de perceptie van psychische klachten door de arts. Gedurende de video-opnamen van huisartsenkonsulten, die bij dezelfde artsen gedurende de eerste drie meetrondes werden gemaakt, vulden de artsen met betrekking tot elk konsult een oordeel over de klacht in. Dit betrof een veel kleiner aantal patiënten dan de 10-daagse peiling. Met de uitkomsten van de tiendaagse meting kregen we zo een redelijk van toeval onafhankelijk beeld van de perceptie van de arts, de resultaten die gedurende de video-opnamen waren vastgelegd, stelden ons in staat om deze perceptie te koppelen aan andere konsultgebonden variabelen.

terview/ Tenslotte werd gedurende alle vier de meetperiodes door de negen arts-
vragenlijsten en een vragenlijst ingevuld, waarin ook enige vragen waren opgenomen met betrekking tot de mate van voorkomen van psychische problematiek, en eventuele veranderingen in hun perceptie hiervan. Op deze manier legden we de mening van de arts over het voorkomen van psychische klachten in globale termen vast.

In onderstaand schema staat samengevat welke gegevens we op welke tijdstippen verzamelden:

	maart mei 1976	december 1976 januari 1977	september oktober 1977	mei juni 1978
10 daagse peiling	X	X	X	X
video-peiling	X	X	X	
interview/vragenlijst	X	X	X	X
VOEG			X	

3. Resultaten

We zullen hier eerst ingaan op resultaten van de zogenaamde tiendaagse peilingen: aan het eind van deze paragraaf zullen we de resultaten van de andere deelonderzoeken resumeren.

Achtereenvolgens behandelen we van de tiendaagse peilingen de volgende analyse: consistentie van het meetinstrument gedurende iedere meetperiode, verschillen tussen artsen en verschillen tussen vier meetperiodes. Onder de interne consistentie van een meetinstrument wordt verstaan

1e ronde	A	C	D	E	F	G	I	J	K
1	1,38	1,87	1,43		1,22	1,5	2,83	1,29	1,68
2	1,37	1,50	1,19		1,39	1,75	2,72	1,26	1,50
3	1,33	1,38	1,46		1,32	1,90	3,15	1,28	1,35
4	1,24	1,28	1,27		1,30	1,22	2,85	1,09	1,33
5	1,19	2,31	1,36		1,18	1,50	2,25	1,02	
6	1,29	1,37	1,39	N.V.T.	1,17 *	1,44	2,25	1,20	
7	1,29	1,32	1,34	N _i < 10	1,35	1,83	2,83	1,25	
8		1,37	1,28		1,20	1,44	3,25	1,16	
9		1,76			1,19	2,00	2,71	1,95	
10		1,41			1,23	1,17		1,12	
11					1,20				

* N 10 Tabel 1.: Van 8 artsen per "meetdag" de mediaan van de 5-puntsschaal in de 1e ronde

2e ronde	A	C	D	E *	F	G *	I	J	K
1	1,90	1,35	2,07	1,50	1,40	1,44	3,20	1,34	
2	1,42	1,90	2,50	1,29	1,50	1,50	3,42	1,27	
3	2,00	1,81	3,50	1,25	1,26	2,00	3,92	1,20	
4	1,13	1,75	2,36	1,21	1,39	1,38	3,16	1,39	
5	1,35	1,93	1,23	1,24	1,42	1,83	4,14	1,35	
6	1,28	1,45	1,42	1,22	1,38	1,42	3,91	1,47	
7	1,23	1,94	1,27	1,25	1,47	1,50	4,12	1,37	
8	1,45	1,46	1,50	1,20	2,50	1,50	3,88	1,34	
9		2,00	1,50	1,25	1,50		3,96	1,22	
10		1,92	1,50	1,20	1,36		4,00	1,19	
11		1,50			1,30				
12					1,31				
13					1,16				
14					1,17				

* Bij E en G zijn 1 respektievelijke 2 dagen niet meegerekend in verband met N < 10.

Tabel 2: Van 8 artsen per "meetdag" de mediaan in de tweede ronde.

3e ronde	A	C	D	E	F	G	I	J	K
1	1,75	2,14	1,44	1,22	1,24	2,10	3,75	1,50	2,28
2	1,19	1,95	1,46	1,71	1,47	2,08	3,88	1,75	2,30
3	1,28	1,83	1,75	1,36	1,28	2,00	3,90	1,45	1,94
4	1,23	1,94	1,67	1,75	1,21	1,22	3,91	2,00	2,50
5	1,19	2,05	1,83	1,83	1,42	1,70	4,00	2,08	1,50
6	1,19	1,79	1,48	1,50	1,13	1,50	3,17	1,46	2,30
7	1,34	1,63	1,43	1,33	1,39	1,75	3,72	2,70	1,83
8	1,50	1,40	3,00	1,28	1,36	1,50	3,73	2,50	2,00
9	1,16	1,57	2,29	1,36	1,29	2,50	3,75	3,00	2,33
10	1,40	1,50		1,23	1,50	1,24	3,50	1,29	2,40

Tabel 3.: Van negen artsen per "meetdag" de mediaan in de derde ronde.

4e ronde	A	C	D	E	F	G	I	J	K
1		1,63	1,65	1,13	1,45	1,71	3,80	1,65	1,53
2		1,45	1,75	1,43	1,42	1,95	3,40	1,36	2,22
3		1,23	1,26	1,28	1,38	1,67	4,00	2,08	1,35
4		1,29	1,41	1,30	1,39	1,70	3,50	1,94	1,75
5		1,41	1,27	1,40	1,24	1,80	4,00	2,60	1,30
6		1,87	1,15	1,37	1,14	1,68	3,28	2,08	1,20
7		1,60	1,33	1,75	1,14	1,93	4,10	1,75	1,27
8		1,48	1,22	1,45	1,18	2,10	3,40	1,30	1,64
9		1,48	1,29	1,24	1,17	2,10	3,57	1,47	1,47
10		1,47	1,47	1,24	1,19	2,16	3,20	1,88	1,23
11					1,18				
12					1,05				

Tabel 4.: van acht artsen per "meetdag" de mediaan in de vierde ronde.

"de mate waarin de onderdelen van het meetinstrument elkaar ondersteunen". (De Groot, 1970, p.288). Omdat van tien dagen praktijkvoering het oordeel van de klacht was vastgelegd beschikken we over 10 metingen per arts. Teneinde vast te stellen of per arts op elke dag hetzelfde gemeten wordt, is als dagmaat de mediaan gebruikt. Aangezien de 5-puntsschaal wel een rangorde schaal genoemd kan worden (oordeel "4" is psychosocialer dan "3"), maar geen interval of ratioschaal, en de N per konsult klein is, is als dagmaat de mediaan gekozen. Wanneer we de totaalcijfers per arts per meetronde in beschouwing nemen, is het aantal gevallen waarop onze uitspraken betrekking hebben zo groot, dat we gemiddelde en standaarddeviatie gebruiken als maat.

In de loop van het betoog zullen we ook aandacht schenken aan het percentage puur somatische klachten dat een arts zegt te zien, omdat deze maat en zijn tegenvoeter (percentage niet-puur-somatische klachten) beter aansluit bij het meetinstrument vragenlijsten, en bij discussies over het voorkomen van psychische problematiek in de literatuur.

Om de moeite van het bestuderen waard te zijn moet "perceptie van psychosociale problematiek" binnen één meetperiode een redelijk stabiele maat zijn. We kunnen namelijk pas zinnig naar verschillen tussen arts- en kijken wanneer de verschillen binnen één arts (namelijk tussen 10 meetdagen) relatief kleiner zijn dan verschillen tussen de diverse artsen; verschillen tussen meetperiodes krijgen pas zin wanneer volgens dezelfde redenering verschillen binnen één arts per meetronde kleiner zijn dan verschillen tussen meetperiodes.

In tabellen 1 tot en met 4 staat nu van de vier meetperiodes apart aangegeven wat van elke "meetdag" van elke deelnemende arts de mediaan was. We zien dat per arts deze medianengedurende 10 dagen niet zo uit elkaar lopen; tussen diverse artsen zien we daarentegen veel groter verschillen. Dit is in alle vier de meetperiodes het geval.

Deze op het eerst gezicht getrokken konklusie kunnen we ook statistisch bevestigen. In de terminologie van de variantie-analyse uitgedrukt: de variantie binnen één arts is significant kleiner dan de variantie tussen artsen.

We konkluderen hieruit dat het op deze wijze vastgelegde oordeel van arts over de aard van de klacht, een kenmerk is, dat op een tijdstip vrij consistent is, en dat van arts tot arts verschilt.

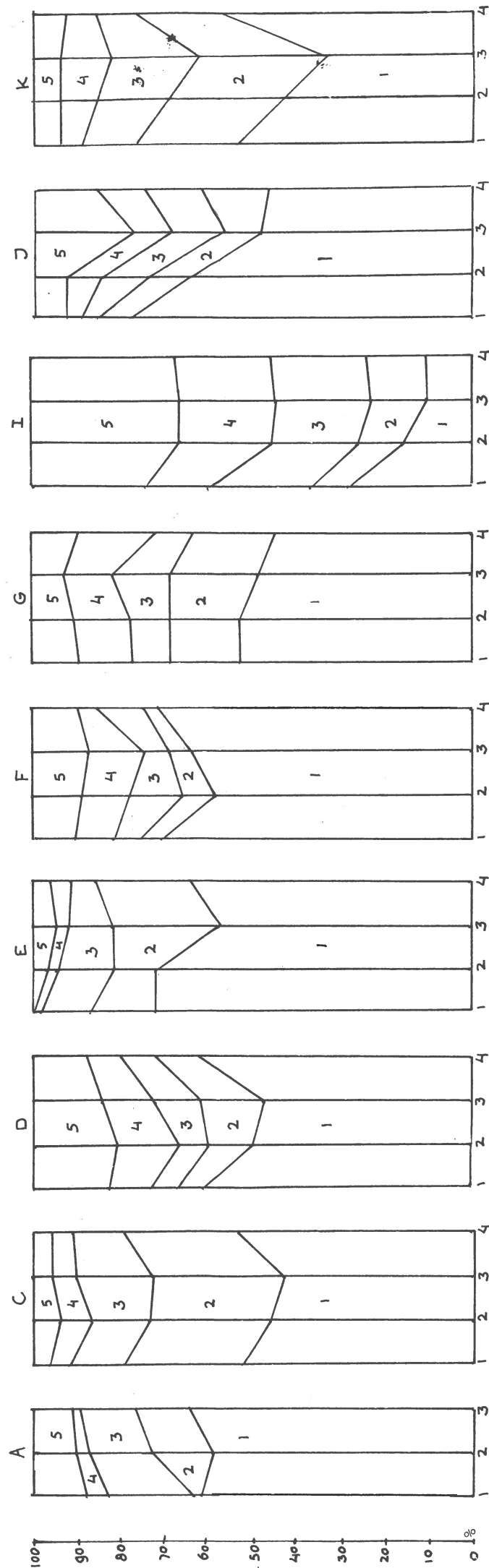
Dit houdt in dat we niet hoeven aan te nemen dat de verkregen cijfers louter berusten op de keuze van de dag waarop we peilingen hielden of iets dergelijks. Overigens dient gezegd dat we ons voorlopig dienen te beperken tot bovenstaande negatieve omschrijving. In de discussie zullen we pogen om een positieve omschrijving te geven van datgene wat we nu wel gemeten hebben met deze 10-daagse peiling.

Verschillen tussen artsen zijn dus groter dan verschillen binnen één arts. Laten we nu trachten te komen tot een benoeming van artsen die veel of weinig psychosociale aspecten waarnemen. In dit kader zullen we ook nagaan of het telkens dezelfde artsen zijn die veel of weinig waarnemen.

In onderstaande tabel 5 staan per meetronde van elke arts het gemiddelde en de spreiding van de skores hieromheen aangegeven. Uit deze gegevens kunnen we afleiden in welke mate de artsen onderling per meetronde verschillen en in hoeverre er tussen de meetrondes verschillen te konstaten zijn.

Grafiek 1.: Cumulatieve verdeling van de oordelen over de klacht (1 tot en met 5) (in percentages)
van 9 artsen over 4 periodes *

* Arts A over drie periodes



	1e ronde		2e ronde		3e ronde		4e ronde	
Arts	$\bar{X}$	s.d.	$\bar{X}$	s.d.	$\bar{X}$	s.d.	$\bar{X}$	s.d.
A,	2.03	1.45	1.93	1.34	1.78	1.24		
C	1.82	1.20	2.03	1.22	1.97	1.09	1.78	1.02
D	2.12	1.59	2.43	1.64	2.31	1.53	1.99	1.46
E	1.43	0.77	1.54	0.99	1.78	1.16	1.63	1.04
F	1.84	1.41	2.10	1.48	2.04	1.52	1.78	1.37
G	2.06	1.38	2.12	1.41	2.08	1.30	2.29	1.43
I	3.01	1.55	3.48	1.43	3.53	1.33	3.52	1.33
J	1.54	1.17	1.87	1.28	2.50	1.67	2.28	1.47
K	1.83	1.15			2.29	1.23	1.86	1.22

* Signifikante verschillen tussen arts		signifikante verschillen tus- sen meetrondes
1e ronde:	I > A,C,D,E,F,G, J,K D > C, E,F, J G > C, E, J A,C,F,K, > E, J	Arts D: 1 < 2 4 < 2,3
2e ronde:	I > A,C,D,E,F,G, J D > A,C, E,F,G, J A,C,F,G,J > E	Arts E: 1 < 3 Arts F: 1 < 2 4 < 2
3e ronde:	I > A,C,D,E,F,G, J,K J > A,C, E,F,G D,K > A,C, E,F F,G > A, E	Arts I: 1 < 2,3,4 Arts J: 1 < 2 < 3,4
4e ronde:	I > C,D,E,F,G, J,K G,J > C,D,E,F, K D,K > E	Arts K: 1 < 3 4 < 3

* We hanteren een significantieniveau van $\alpha < .05$

Tabel 5: Gemiddeldes en standaarddeviatie per arts per meetronde.

Uit deze tabel trekken we met betrekking tot verschillen tussen arts en de volgende conclusies:

- artsen scoren duidelijk verschillend wanneer hen gevraagd wordt aan te geven in welke mate psychische klachten een rol spelen bij het klachtenpatroon;
- grootweg gesproken achten arts I,G,D (vooral in het begin) en J (vooral later) klachten psychosociaal, en arts A,C,E en F klachten minder psychosociaal.
Hierbij moet opgemerkt worden dat met name arts C en E, maar in mindere mate ook K en J (in het begin) een kleiner stuk van de schaal gebruiken dan de anderen, hetgeen tot uiting komt in de lage standaarddeviatie. Hierdoor komt het dat arts C, die veel minder puur somatische klachten waarneemt dan b.v. A, D en F, toch als een weinig psychosociaal waarnemer wordt geboekt: hij scoort verder voor- namelijk score 2: "meer somatisch dan psychisch", terwijl de drie anderen veel meer ook hogere scores waarnemen;
- gedurende vier meetrondes blijven de verhoudingen tussen de arts goeddeels ongewijzigd.

Tot zover de verschillen tussen de arts. We zullen nu aandacht besteden aan de mate waarin tussen de vier meetperiodes verschillen werden geconstateerd; hiermee naderen we de essentie van het SPEECH-onderzoek; treden er bij arts veranderingen in de tijd op, naarmate ze langer met een psycholoog samenwerken. In het onderhavige geval gaat het dan om veranderingen in het waarnemen van psychosociale aspecten in het klachtenaanbod. Deze veranderingen in de tijd staan grafisch weergegeven in grafiek 1 en zijn samengevat in tabel 5.

Uit tabel 5, van links naar rechts kijkend, lezen we af, dat de meeste artsen in de tweede en/of derde ronde psychosocialer waarnamen dan in de eerste ronde.

Dit is significant bij artsen D,E,F,I,J en K, en gaat in mindere mate ook op voor arts C. Arts G blijft gedurende de eerste drie meetrondes konstant en alleen arts A vertoont vanaf de eerste ronde een afname. Dat het echter geen blijvend effect is wordt duidelijk uit de resultaten van de laatste meetronde: uiteindelijk blijkt dat alleen G, I en J psychosocialer zijn gaan waarnemen, waarvan de stijging bij de twee laatste artsen significant is.

Verder blijkt dat arts J in de twee laatste meetrondes een veel grotere spreiding van zijn skores heeft gekregen.

Het is dus niet zo dat er geen veranderingen plaatsvonden in de drie jaar dat de artsen met een psycholoog samenwerkten: van 1e tot en met 3e meetronde zien we in het algemeen een konstante daling van het percentage konsulten dat als puur somatisch werd beoordeeld.

Voor vele artsen bleek echter de derde ronde in dit opzicht het uiterste, met andere woorden, het effect bleek tegen het einde van het samenwerkingsexperiment niet blijvend te zijn bij een aantal van hen.

Zoals in paragraaf 2 geschetst, is gedurende één meetronde aan de patiënten een vragenlijst voorgelegd, om zo een indikatie te krijgen van verschillen in ervaren gezondheidstoestand tussen de diverse praktijken, welke een verklaring zou kunnen vormen voor de gevonden verschillen tussen artsen. Van dergelijke verschillen is echter geen sprake geweest, wanneer we alleen de patiënten in aanmerking nemen die gedurende de twee dagen dat de VOEG werd afgenomen hun huisarts bezochten. We menen te moeten konkluderen dat de VOEG op de twee verschillende dagen per arts ongeveer eenzelfde gemiddelde opleverde: voorts waren de gemiddeldes bij de diverse artsen ongeveer gelijk; tenslotte treffen we bij iedere arts ongeveer evenveel extreme skores aan.

Natuurlijk kunnen we hier niet de konklusie aan verbinden dat dus elke praktijk een gelijk probleemaanbod kent. Hooguit mogen we negatief formuleren dat blijkens onze afname van de VOEG er geen reden is om verschillen in probleemaanbod aan te nemen: we hebben enige grond om aan te nemen dat een VOEG-skore niet puur toevallig is, omdat twee dagen ongeveer dezelfde verdeling opleverden. Wanneer dan gedurende die twee (niet van elkaar verschillende) dagen tussen de artsen ook geen noemenswaardige verschillen worden gekonstateerd, moeten we konkluderen dat de VOEG ons niet op het spoor heeft gebracht van manifeste verschillen tussen praktijken.

De mogelijkheid dat artsen op drukke konsulten meer patiënten als puur somatisch gaan beschouwen, of juist andersom, is tevens in aanmerking genomen. Er bleek echter per arts, per meetronde geen samenhang te zijn tussen artsenoordeel en drukte van de betreffende dag. Ook werd per arts geen verband gevonden tussen drukte van de meetronde en gemiddeld oordeel per meetronde of binnen een meetronde tussen gemiddeld oordeel van een arts en drukte van zijn konsulten.

We willen nu enige aandacht besteden aan resultaten die naar voren komen uit andere deelonderzoeken die zijdelings ook betrekking hebben op de perceptie van psychosociale problematiek.

Naast het invullen van beoordelingsschaaltjes hebben de artsen ook op een andere wijze een indikatie gegeven van de mate waarin ze meensen niet-somatische klachten te ontmoeten. We doelen hierbij op de vragenlijst/in-

interviews welke met elke meetronde gepaard gingen en waarin een vraag stond opgenomen over de mate waarin de arts meende met niet-somatische klachten gekonfronteerd te worden. Ze konden hierop antwoorden dat respectievelijk "een klein gedeelte", "minder dan de helft", "ongeveer de helft", "meer dan de helft" of "de overgrote meerderheid" van de klachten waarover ze gekonsulteed werden, niet als puur somatisch te beschouwen waren.

Kort samengevat zien we het volgende: we zien zowel bij de interviews als bij de peilingen bij een aantal artsen in eerste instantie een toename in waargenomen psychische problematiek, gevolgd door een daling in de laatste twee rondes, zodat het niveau van de 4e meetronde tussen dat van de eerste en tweede inligt. Dit geldt echter alleen voor de groep in zijn geheel: van arts tot arts bekeken zien we ten eerste dat er bij de interviews geen eenduidig beeld is en ten tweede dat bij één arts het verloop van de interviewskores en dat van de peilingen niet korresponderen. Wat dit betreft hebben de antwoorden van de artsen niet bijzonder veel te maken dan de beoordeling op de 5-puntsschaal. Voorts blijkt dat de artsen in het algemeen geneigd zijn in de interviews/vragenlijsten het percentage niet-somatische problematiek te overschatten. (zie ook hoofdstuk IV).

Zoals in de inleiding opgemerkt, verschaftte ook de bestudering van de video-opnames die drie maal gemaakt werden, gegevens omtrent de perceptie van psychische problematiek, door de arts. Deze resultaten worden uitgebreid beschreven in het hoofdstuk over het gespreksgedrag van de arts en we beperken ons hier daarom tot enige opmerkingen die van direct belang zijn voor het hier behandelde.

Het gaat hier dus om het oordeel dat de arts vastlegde op de bekende 5-puntsschaal, over patiënten waarvan het konsult op de video-band is opgenomen: dat betekent dat het aantal per meetronde in het algemeen 10 à 20 bedraagt.

Het eerste dat in het kader van dit hoofdstuk daarover kan worden opgemerkt, is, dat er een minder duidelijke afname is van de proportie puur somatisch beoordeelde konsulten, dan de afname die we konstateerden naar aanleiding van de 10-daagse peilingen: men vergelijkte grafiek 1 van het hoofdstuk "gespreksgedrag" met grafiek 1 van dit hoofdstuk. De artsen die een afname in somatische beoordelingen in het ene deelonderzoek vertonen, zijn niet dezelfde als de artsen die in het andere deelonderzoek afnamen. En als we praten van een afname bij de video-opnamen is deze minder continu dan bij de 10-daagse peilingen.

Gezien het kleine aantal waarnemingen waarop de bevindingen naar aanleiding van het deelonderzoek "gespreksgedrag" berusten moet hierbij aan de faktor toeval een belangrijke rol worden toegeschreven. Deze video-resultaten zijn dan ook niet zozeer interessant om de gevonden ontwikkelingen te toetsen, maar veeleer om na te gaan waarmee het oordeel van de arts over een klacht verder samenhangt.

Zo bleek dat naarmate het oordeel van de arts psychosocialer was, er meer niet-medische onderwerpen in het konsult ter sprake kwam, de arts aandachtiger werd gevonden en hij meer structurend optrad in het gesprek. (produkt-moment korrelaties zijn respectievelijk .50, .26 en .32). Deze samenhangen gelden wanneer de variabelen per konsult worden vergeleken. De diagnose van de arts vertoonde géén samenhang met de patiënten-kenmerken leeftijd en geslacht!

Op arts-niveau zou je zo verwachten dat artsen die in het algemeen meer klachten als psychisch zijn gaan beschouwen, ook qua gespreksgedrag veranderd zouden zijn.

Dit is echter minder overtuigend: van de vijf artsen die gesprekstechnisch veranderden in de zin van meer ingaan op problemen, meer niet medische zaken ter sprake brengen, etc., zijn er inderdaad vier van de 1e naar de 3e meetronde meer klachten als psychisch gaan beschouwen.

Andersom zijn echter van de 7 artsen die van eerste naar derde ronde meer klachten als psychisch gingen beschouwen maar 4 veranderd qua gespreksgedrag. Wellicht is hierin een zekere hiërarchie gegeven: wanneer je meer psychische klachten gaat waarnemen, hoeft dit nog niet in het gespreksgedrag door te werken, maar gebeurt het wel in een aantal gevallen.

4. Diskussie.

We zouden in deze discussie weer terug willen komen op datgene wat in paragraaf 1 tot uitdrukking is gebracht: kan de mate waarin artsen klachten niet puur somatisch vinden, beschouwd worden als een consistent artsenkenmerk, verandert dit kenmerk naarmate de arts langer met een psycholoog samenwerkt, en geven de resultaten aanleiding tot een verdieping van de "psychosociale problematiek".

In deze discussie zijn we vooral geïnteresseerd in de tegenstelling tussen enerzijds het percentage "puur somatisch beoordeelde klachten" en anderzijds het percentage overige, dat wil zeggen het totaal der vier andere schaalpunten.

Om met de eerste vraag te beginnen: per meetronde is gebleken dat artsen elke dag ongeveer eenzelfde proportie klachten als somatisch, meer somatisch dan psychosociaal, etc. waarnemen. Voorts was er wel een verschil tussen diverse artsen op hetzelfde tijdstip. We trokken hieruit de konklusie dat we te maken hebben met een kenmerk, dat van arts/praktijk combinatie tot arts/praktijk combinatie verschilt.

De vraag is dan of je dit moet toeschrijven aan de arts of aan de patiëntenpopulatie. De laatste mogelijkheid is op verschillende manieren gewogen en telkens te licht bevonden: leeftijds- en geslachtsopbouw, verzekeringsvorm van de patiënten en wijk waar de praktijk gevestigd is, verschilden niet op een dergelijke wijze van elkaar dat dit een verklaring kan bieden voor verschillen in de mate waarin artsen psychosociale klachten waarnemen.

Zeer expliciet gericht op verschillen in klachtenaanbod was de VOG: naar aanleiding van de resultaten hiervan konkludeerden we dat de patiënten op twee willekeurige praktijkdagen per arts niet verschilden.

We trekken hieruit de konklusie dat het invullen van de beoordelingschalen van arts tot arts verschilt op grond van verschillen tussen artsen en niet van verschillen tussen praktijken, probleemaanbod, of wat dan ook van de kant van de patiënt.

Op de vraag wat voor betekenis aan dit artsenkenmerk moet worden toegekend, komen we aan het eind van de discussie terug.

Op de tweede vraag, in hoeverre artsen onder invloed van de psycholoog anders zijn gaan aankijken tegen de mate waarin klachten mede psychisch te noemen zijn, is minder eenduidig te beantwoorden dan de eerste.

Gezien grafiek 1 zijn alle artsen in eerste instantie meer klachten als niet puur somatisch gaan zien, hetgeen in het algemeen vooral een toename opleverde van de oordelen "meer somatisch dan psychisch" en "evenzeer somatisch als psychisch". Dit is echter een toename die bij de meeste artsen slechts van tijdelijke aard bleek; in de vierde meetronde (bij sommige al in de derde) was men weer voor een stuk naar het

beginniveau teruggekeerd. Slechts bij drie artsen is er sprake van een blijvende verandering die voor twee van de drie statistisch werd bevestigd.

Onze konklusie zou moeten luiden dat de samenwerking met de psycholoog de artsen sensitiever maakte voor psychische aspecten aan klachten, maar dat dit effect afnam, naarmate het nieuwe van de samenwerking eraf was en het perspectief op verdere samenwerking minder werd. In dit kader is het interessant op te merken dat ook in de interviews en vragenlijsten de top in de tweede en derde meetronde lag.

Ook met behulp van andere meetinstrumenten de veranderingen in de perceptie van psychische problematiek bestuderen, levert een dergelijk beeld op. Bij de uitingen in interview en vragenlijsten gedaan, merkten we ook het verschijnsel op dat er in eerste instantie sprake is van een verandering in verwachte richting, die weer gedeeltelijk verdwijnt in latere meetrondes. Verder zijn het niet dezelfde artsen die blijvend veranderen volgens het interview en volgens de 10-daagse peilingen.

Ten slotte zagen we bij de bestudering van het gespreksgedrag van de arts dat het meer gericht zijn op psychische problemen in het arts-patiënt gesprek, in het algemeen ook een verhoogde sensitiviteit inhield. Andersom geldt deze relatie in veel mindere mate.

Rest ons ten slotte de vraag of we, dit alles in beschouwing genomen hebbend, tot een verderstrekkend begrip van het fenomeen "waarnemen van psychische aspecten aan klachten" zijn gekomen dan bij de aanvang van het onderzoek.

Op zich is de konklusie dat artsen verschillen in de manier waarop ze een klacht benoemen, hoewel niet opzienbarend, toch van zeker belang. De konklusie is niet opzienbarend, omdat de arts met de beoordelings-schaal 5 zeer ruime definities krijgt aangeboden, waarbij hij de daarin voorkomende begrippen "somatisch", "psychosociaal" e.d. naar eigen gelieve kan invullen. Het begrip "psychosociaal" en zijn tegenvoeter "somatisch" wordt door artsen verschillend geïnterpreteerd. Dit is in feite het resultaat dat we gevonden hebben.

Het aardige is echter dat we zagen dat het oordeel dat een arts heeft over de patiënt niet op zichzelf staat, doch nauw samenhangt met de mate waarin hij sturend optreedt (nieuwe onderwerpen aansnijdt, doorvraagt op reeds ter sprake gekomen onderwerpen) de mate waarin niet somatische aspecten ter sprake komen tijdens het konsult, en de mate waarin de arts ingaat op psychosociale problematiek. De van arts tot arts verschillende invulling van de begrippen somatisch en psychosociaal staan, zo bezien, niet op zichzelf.

Als konklusie zouden we daarom willen zeggen, dat de mate waarin een arts aangeeft of een klacht puur somatisch is of niet, niet zoveel informatie verschaft over de intrinsieke waarde van de klacht, maar wel een fingerwijzing kan zijn over de manier waarop de arts de klacht zal benaderen.

De samenwerking met de psycholoog lijkt in eerste instantie een zekere invloed uitgeoefend te hebben op deze waarneming van klachten, doch werkte bij de meeste artsen niet blijvend door in de beoordeling van de klachten.

II.2, GESPREKSGEDRAG VAN DE ARTS

1. Inleiding

Zoals in hoofdstuk I al is beschreven, is in het evaluatieonderzoek naar de samenwerking tussen Capelse artsen en een psycholoog onder meer nagegaan of een effect van deze samenwerking na verloop van tijd te bespeuren zou zijn in het gespreksgedrag van de arts. Hiertoe werden video-opnames gemaakt in de periodes maart-april 1976, december 1976-januari 1977 en september-oktober 1977. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de resultaten die binnen dit deelonderzoek verkregen zijn.

Voor een verslag van het praktisch verloop van de video-opnames verwijzen we uiteraard naar deel I, hoofdstuk 4. waar het gehele onderzoeksverloop staat weergegeven. Van de theoretische uitgangspunten welke gehanteerd zijn bij het opzetten van dit deelonderzoek en die hun weerslag hebben gevonden in de gebruikte observatiecategorieën, wordt in paragraaf 2 van dit hoofdstuk melding gemaakt. In paragraaf 3 worden de wijze van observeren, de gehanteerde operationalisaties en de betrouwbaarheid van de diverse observatiecategorieën besproken. Vervolgens nemen we in paragraaf 4 de resultaten van de drie meetrondes in beschouwing door per gedragscategorie na te gaan of er veranderingen te bespeuren zijn. Paragraaf 6 zal ten slotte besteed worden aan de discussie.

Naast het videomateriaal zal hierbij ook gebruik worden gemaakt van gegevens uit het deelonderzoek "perceptie van psychosociale klachten", interviews voor en na het onderzoek met de artsen, vragenlijsten aan de artsen en het interview met de psycholoog.

2. Theoretische vooronderstellingen.

Nadat we als onderzoekers bepaald hadden, dat het interessant zou zijn middels video-opnames te speuren naar veranderingen in artsgedrag onder invloed van samenwerking met een psycholoog, bevonden we ons in een bepaald niet eenvoudig parket.

Van de ene kant beschikten we over enige ervaring met betrekking tot beoordeling van op videoband opgenomen huisartsen-konsulten, maar deze was geenszins toegesneden op de experimentele situatie in Capelle a/d IJssel waar de invloed van een voornamelijk therapeutisch werkend psycholoog op het gedrag van de huisartsen gemeten moest worden.

Volgens de destijds in de wereld van de gesprekstraining levende opvattingen waren de in onze schema's voorkomende gedragscategorieën sterk beïnvloed door de Rogeriaanse theorieën omtrent hulpverleningsgedrag: gesprekscategorieën, die het merendeel van de te observeren variabelen vormden, waren in het algemeen operationalisaties van de mate waarin de arts de patiënt verbaal en non-verbaal volgde, de getoonde empathie, de kans die hij aan de patiënt gaf om met zijn verhaal te komen etcetera.

Naar aanleiding van de specifieke praxis van een huisarts, met zijn kortdurende, doch in de loop der tijd talrijke kontakten werden hieraan meer direktieve gesprekskategorieën als het aanzwengelen van nieuwe problemen en het doorvragen op reeds ter sprake gebrachte problemen toegevoegd. Op dit punt bevond zich ons theoretisch en praktisch arsenaal bij de voorbereiding van het SPEECH-project : een observatiesysteem dat uitgetest was met categorieën die zodanig geoperationaliseerd waren dat ze vrij betrouwbaar geskoord konden worden, en die binnen de opzet van N.H.I.-gesprekstrainingen, veranderingen bleken te meten, maar een observatiesysteem dat geënt was op gesprekstraining als beïnvloedende faktor en daarom uit hoofdzakelijk formele gesprekskategorieën bestond.

Aan de andere kant stond het SPEECH-project: artsen die bereid waren hun gedrag middels video-opnames vast te laten leggen en die samenwerkten met een psycholoog, maar die zeker niet expliciet op formele gesprekstechniek getraind zouden worden. Onze taak bestond eruit om een link te leggen tussen de Capelse situatie en onze kennis van dat moment, die zijn neerslag vind in de observatiekategorieën.

Onze hypothese was dat een direkt gevolg van intensief contact met een psycholoog zou kunnen zijn, dat men in de loop der tijd meer psychische aspecten uit klachten zou gaan destilleren; dit zou uit de inhoud van het gespreksgedrag af te leiden moeten zijn. Voorts hadden we in vorig onderzoek als hypothese dat het ruimte geven aan de patiënt zou samengaan met het ter sprake komen van psychosociale problematiek: hier is een koppeling tussen vorm en inhoud aanwezig die het in beschouwing nemen van formele gespreksvariabelen aannemelijk maakt. Als belangrijkste afhankelijke variabele van de onafhankelijke variabele "samenwerking met psycholoog" zijn de gesprekskategorieën te benoemen die aangeven dat de arts meer klachten gaat waarnemen als niet puur somatisch, dat in het gesprek ook niet-medisch-somatische zaken ter sprake komen en die aangeven of, en zo ja, op welke wijze de arts ingaat op psychische aspecten van klachten respectievelijk deze aspecten negeert. Daarnaast zullen we ook nagaan, in hoeverre de formele gesprekskategorieën als het volgen, sturen en remmen van de arts, zijn interesse en zijn non-verbaal aandachtsgedrag veranderingen vertonen.

We zullen nu eerst ingaan op de operationalisaties en de betrouwbaarheid van hun meting, om vervolgens na te gaan in welke mate er sprake is van veranderingen in de diverse opzichten.

3. De diverse variabelen: operationalisatie, verwerking en betrouwbaarheid.

3.1. De variabelen

Zoals hierboven uiteengezet onderscheiden we twee groepen gesprekskategorieën namelijk konsultkenmerken en gesprekskategorieën die betrekking hebben op de vorm van het gesprek.

Bezien we eerst de konsultkenmerken. De volgende variabelen zijn hieronder te vatten:

- Het oordeel van de arts over de klacht op de dimensie somatisch-psychisch. Dit is in feite dezelfde maat als werd gebruikt bij de peilingen. De arts vulde nu de vijfpuntsschaal in bij elke patiënt waarvan de opname werd gemaakt. Dit gebeurde op zodanige manier dat later het oordeel over de klacht en de betreffende video-opname weer aan elkaar gekoppeld konden worden.
Nauw samenhangend met deze maat is het oordeel dat de observatoren gaven over de klacht. Dit zegt op zich niets over perceptie van psychosociale klachten door de arts, maar kan wel dienen als kontrôle hierop.
- De aard van het konsult. Hiermee maten we of in het konsult alleen over strikt medische zaken werd gepraat (diagnostiek, therapievoorschriften, uitleggen wat men in het ziekenhuis zal doen, e.d.) of dat er ook of uitsluitend gepraat werd over niet somatische zaken (bespreking van de angst voor de operatie, ingaan op huiselijke, relationele, werk- en schoolomstandigheden, e.d.). Indien het eerstgenoemde het geval was, spreken we van een instrumenteel konsult, kwam uitsluitend het laatste ter sprake, dan hebben we het over een sociaal konsult, terwijl het voorkomen van beide gesprekstypen de betiteling mengvorm-konsult met zich meekreeg *).
- Behandeling van psychosociale aspecten. Indien een klacht door observator/arts werd beschouwd als niet-zuiver somatisch, dan werd in eerste instantie aangegeven of de arts al dan niet inging op de psychosociale aspecten.

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

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

Wanneer de arts naar de mening van de observatoren wel inging op de psychosociale aspecten van de klacht werd aangegeven op welke manier de arts hierop inging. De volgende mogelijkheden werden onderscheiden:

- de arts geeft psychofarmaca;
- de arts gaat gespreksmatig in op psychosociale aspecten van de klacht. Dit kan drie gradaties bevatten:
 - de arts stelt gerust, fungeert als praatpaal voor de patiënt e.d.
 - de arts exploreert de problemen van de patiënt
 - de arts tracht het gedrag van de patiënt te veranderen
- de arts geeft advies
- de arts verwijst

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

*) De aard van het konsult kan mengvorm/sociaal zijn, terwijl de arts niet ingaat op psychische aspecten en/of klachten als somatisch beoordeelt.

Daarnaast is er de categorie formele gespreksvariabelen: we onderscheiden non-verbaal en verbaal gedrag, dit laatste verder opgesplitst in sturend, volgend en remmend gedrag. Daarnaast is de interesse/betrokkenheid die een arts vertoonde tijdens het konsult beoordeeld. Op de volgende wijze werden deze variabelen geoperationaliseerd:

Het aandachtsgedrag (non verbaal volgend gedrag). De categorie "aandachtsgedrag" werd geskoord vanuit een bepaald ideaaltypisch beeld van "de arts" die door zijn lichaamshouding en (vooral) non-verbaal gedrag de patiënt laat merken dat hij aandachtig naar hem luistert en tijd voor hem heeft.

Het aandachtsgedrag wordt verdeeld in de volgende elementen:

- a. hoofd- en blikrichting
- b. houding
- c. a-specifiek volgen

ad. a.: aan arts wordt in deze categorie als aandacht geskoord wanneer hij zijn blik en zijn hoofd tijdens het grootste gedeelte van het konsult op de patiënt gericht houdt. In principe kwam het er echter over het algemeen wel op neer dat dit beide gebeurde; het is dan ook steeds tesamen geskoord.

De skores binnen deze categorie varieerden van - (de blik niet of nauwelijks op de patiënt gericht) via 0 (de blik af en toe, maar niet regelmatig op de patiënt gericht) tot + (waarbij de arts zijn blik vaak en langdurig op de patiënt gericht hield).

ad. b.: De arts kan ook door zijn houding tonen aandachtig te zijn, bijvoorbeeld door met de handen gesteund onder de kin over het bureau te leunen, of op zijn gemak achterover in zijn stoel te gaan zitten. In deze gevallen kreeg hij de skore +. In deze categorie ontbrak het aandachtsgedrag (-) wanneer de arts gedurende lange tijd in het konsult in zijn kaarten zat te rommelen, recepten zat te schrijven, op en neer liep etc. Wanneer noch het ene noch het andere gedrag overheerste kreeg de arts de skore 0.

ad. c.: Onder a-specifiek volgen verstaan we alle niet-verbale of licht verbale uitingen, waarmee de arts te kennen kan geven dat hij luistert. Onder deze categorie vallen gedragingen als hummen, knikken, ja-ja's e.d. Kenmerkend is het typisch volgend karakter van deze uitingen. Ook deze categorie werd op een driepuntsschaal (-, 0, +) geskoord, namelijk wanneer geen of nauwelijks gebruik werd gemaakt van deze mogelijkheid tot volgen, wanneer het af en toe gebeurde of wanneer deze wijze van aandachtsgedrag veelvuldig werd toegepast.

Het volgend gedrag (verbaal, passief)

Naast het non-verbale gedrag kan de arts echter ook op verbaal niveau de patiënt laten merken dat hij op dat moment als "praatpaal", als passieve gesprekspartner wil fungeren, dat hij de patiënt ruimte wil geven om te praten.

Vanuit het model dat in de meeste gespreksstrainingen gehanteerd wordt hebben de onderzoekers een aantal gesprekscategorieën geselecteerd die

binnen dit kader vallen, te weten:

- a. parafrases;
- b. reflekties;
- c. steunende opmerkingen.

Tesamen noemen we dit het volgend gedrag. Gedragingen van de arts die in deze gesprekskategorie vallen hebben alle hetzelfde doel: ze willen de patiënt ruimte geven om te praten; de arts volgt en steunt de patiënt; hij stuurt hem niet.

Sturend gedrag (verbaal, positief-direktief)

Wanneer een arts direktief te werk gaat, kan hij een positieve invloed uitoefenen op de exploratie van een probleem, wanneer hij daar actief naar op zoek gaat. Van de andere kant kan hij ook met zijn direktief gedrag de poging van de patiënt om een probleem voor te leggen, doorkruisen. We noemen dit achtereenvolgens sturende en remmende gesprekskategorieën.

Sturende categorieën zijn:

- aanzwengelen;
Wanneer de arts door zijn (al dan niet verbale) gedrag nieuwe openingen in het gesprek zoekt hebben wij dat aanzwengelen genoemd.
- doorvragen;
We scoorden de categorie "doorvragen" in konsulten, waarbij de arts nadrukkelijk door een serie van opeenvolgende vragen rond eenzelfde thema een onderwerp probeert uit te diepen of te verbreden.

Remmend gedrag (verbaal, negatief-direktief)

De volgende gespreksvormen zijn als remmend gespreksgedrag geskoord:

- afhouden;
Wanneer de arts door zijn (al dan niet verbale) gedrag de patiënt ervan weerhoudt een bepaald onderwerp aan te snijden, of hem afremt in zijn verdere uitingen door niet echt op hem in te gaan, hebben wij dat "afhouden" genoemd.
Veel gebruikte mechanismen zijn:
 - het schrijven van recepten
 - eenvoudigweg negeren.
- poging tot interruptie;
De categorie spreekt voor zichzelf.
- afkappen;
Van de gespreksafremmende categorieën (waartoe deze, alsmede de twee vorige categorieën behoren) is het afkappen de meest extreme. Afkappen is een actief doelbewust in het proces ingrijpen, met het doel datgene in het konsult te laten gebeuren wat de arts wil dat er gebeurt. Afkappen kan plaatsvinden door een bepaalde manier van vragen stellen ("het kruisverhoor") door de patiënt de onderzoekskamer in te sturen of hem zijn mouw te laten opstropen voor de bloeddrukcontrole ("eerst gaan we dit even doen"), etc.

Alle vijf zogeheten "direktief" geskoorde gedragingen hebben gemeen dat de arts een actieve en sturende functie heeft binnen het gesprek.

Interesse/betrokkenheid

De categorie interesse/betrokkenheid werd geskoord op een 5 puntsschaal. Aan de schaalpunten werden de volgende betekenissen toegekend:

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

Naast de hierboven omschreven groep variabelen, allen behorend bij inhoudelijk of formele gesprekscategorieën, zijn per konsult de volgende, meestal voor zich sprekende gegevens vastgelegd:

- de totale tijdsduur en de totale tijd minus onderzoekstijd (in welke periode geen gedrag werd geskoord)
- geslacht en leeftijd van de patiënten
- het feit of er sprake was van een herhalingskonsult of een eerste konsult, of er al dan niet verwezen werd;
- het oordeel van de arts over zijn eigen optreden, ingevuld op een 5-puntsschaaltje, variërend van minimaal tot maximaal.

3.2. De verwerking van het ruwe video-materiaal.

Het ruwe materiaal bestaat uit video-opnames; in dit verslag worden cijfers gerapporteerd; welke stappen liggen hiertussen ?

De konsulten werden bekeken door twee observatoren. Deze scoorden de konsulten op een observatieformulier (zie bijlage) dat onafhankelijk van elkaar werd ingevuld. Wanneer twee formulieren ingevuld waren, werden deze vergeleken en werd een eindversie opgesteld. Indien er verschillen waren en geen der observatoren zijn oorspronkelijke versie na een nieuwe observatie veranderde, werd het gemiddelde van de twee onderling afwijkende skores als eindskore genomen.

De oorspronkelijke observatieformulieren werden bewaard om betrouwbaarheidskontrôles te kunnen uitvoeren.

De volgende volgorde werd gehanteerd bij het skoren van de diverse categorieën:

- eerst werden de typische beoordelingsschalen als "oordeel" van de observatoren over de klacht" en interesse van de arts geskoord;
- na een tweede keer kijken werd het aandachtsgedrag geskoord;
- na een derde keer werden die categorieën geskoord die berustten op puur kwantitatieve gegevens als "aantal parafrases" of "aantal vragen patiënt", en de categorieën die op een andere manier vrij exakt gedefinieerd waren.
- nadat alle konsulten geskoord waren, werden pas de formulieren van de arts met zijn oordeel over de klacht en zijn oordeel over zijn eigen optreden toegevoegd.

De filosofie achter deze volgorde is, dat de meer "zachte" maten, die uitsluitend op een beoordeling berusten, geskoord moeten zijn voordat de observator kennis heeft genomen van meer harde maten. Om dezelfde reden zijn de observatoren niet op de hoogte van de toevoegingen van de arts.

Het eindformulier dient ten slotte als basis voor het koderen en ponsen van de informatie, welke dan verder per komputer verwerkt wordt.

3.3. Betrouwbaarheid van de gegevens.

Uit de vorige paragrafen moge het duidelijk geworden zijn dat de meeste variabelen hun waarde ontleen aan een oordeel van de observator.

In een aantal gevallen is de variabele zodanig omschreven dat hierover tussen de beide observatoren geen misverstanden bestonden: een extreem voorbeeld hiervan is het geslacht van de patiënt, maar ook de aard van het konsult (komen er al dan niet niet-medische zaken ter sprake) het aantal door de arts gemaakte reflekties, parafrases en steunende opmerkingen en het voorschrijven van medicijnen waren zodanig omschreven dat de observatoren op hun afzonderlijke formulieren blijk gaven van een roerende eensgezindheid: de korrelatie tussen de skores van de observatoren lag altijd boven de .90. Hierbij moeten we wel aantekenen dat één van de observatoren systematisch minder parafrases waarnam dan beide anderen (d.w.z. als er verschil van mening was tussen de observatoren dan skoorde deze bijna altijd het laagst. Dit gaat in totaal om 26 parafrases, verdeeld over + 200 konsulten).

Voorts zijn er een aantal variabelen die niet genoeg voorkwamen om zinnig interbeoordelaarskorrelaties over te berekenen. Het betreft een aantal subcategorieën van het al dan niet ingaan op psychosociale klachten: het missen van verbale of non-verbale aanwijzingen van de patiënt, het adviseren en verwijzen naar een psychosociale hulpverlener.

Over blijven dan een aantal kategorieën die in sterke mate een beoordelingskarakter hebben en voldoende vaak geskoord werden om op zinnige wijze een korrelatie tussen de beide beoordelaars over te berekenen.

Deze korrelatiekoëfficiënt *) werd bepaald a.d.h.v. het meest ruwe materiaal: de formulieren die de observatoren onafhankelijk van elkaar invulden. Bij de bespreking per variabele zullen we nader ingaan op de gehanteerde procedures bij gebleken onenigheid tussen de observatoren. De tabel op de volgende pagina geeft de korrelaties voor de drie observatorenparen per variabele. Voorts staat de gehanteerde schaal per variabele aangegeven.

Bezien we per variabele de betrouwbaarheid. Het heeft er alle schijn van dat de observatoren het onderling meestal eens zijn over de mate waarin het konsult als somatisch dan wel psychosociaal beoordeeld moest worden.

Het aandachtsgedrag blijkt makkelijker voor meerdere interpretaties vatbaar. Vooral het a-specifiek volgen door de arts (huppen, knikken, meemompelen, e.d.) wordt nogal eens verschillend beoordeeld. Het totaal-aandachtsgedrag (door iedere observator aangegeven naar aanleiding van de drie deelskores) wordt het meest eenduidig geskoord.

Vermeld dient te worden dat bij gebleken onenigheid meestal opnieuw werd gekeken nu met onderling overleg, om alsnog tot overeenstemming te geraken. Lukte dit niet dan werd het totaal-oordeel naar het neutrale

*) Berekend werd de produkt-moment korrelatiekoëfficiënt; indien de variabele dichotoom was (gaat wel/niet in op psychosociale aspecten e.d.) werd de phi-koëfficiënt berekend.

Variabele	schaal					A x B	A x C	B x C
observator - oordeel over de klacht	som.				ps.soc. (N=155)	(N=53)	(N=50)	
	1	2	3	4	5	.92	.85	.82
aandachtsgedrag		-	0	+			(N=37)	
- hoofd/blikrichting						.68	.67	.75
- houding						.75	.64	.76
- a-specifiek volgen						.60	.67	.62
- totaal oordeel						.74	.75	.75
interesse	--				++			
	1	2	3	4	5	.61	.72	.69
arts gaat niet in op psy- chosociale aspecten		ja	-	nee		(N=65)	(N=30)	(N=26)
- arts beperkt zich tot somatisch gedeelte						.78	.70	1.00
- arts reageert niet op verbale cues						.66	.46	.92
- arts reageert niet op non-verbale cues						n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
arts gaat wel in op psy- chosociale aspecten						n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
- schrijft medicijnen voor						.85	.87	.90
- reageert d.m.v. gesprek						n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
- adviseert						.83	1.00	.92
- verwijst						n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Tabel 1.: Korrelaties tussen de drie beoordelingsparen, per variabele.

standpunt afgerond. Hierdoor is er een kunstmatig overwicht van de neutrale skore gekreëerd, omdat (aspecten van) het aandachtsgedrag pas positief of negatief gewaardeerd werden als beide observatoren het hierover eens waren.

Had men bij het aandachtsgedrag nog houvast aan de operationalisering, bij het skoren van de waargenomen interesse/betrokkenheid van de arts moesten de observatoren louter op hun oordeel afgaan, en in sommige gevallen gold dat "over smaak niet te twisten valt". De onderlinge korrelaties zijn dan ook relatief laag. Ook hier gold weer de maatregel dat afgerond werd naar het neutrale punt, zodat een arts pas geïnteresseerd of juist ongeïnteresseerd werd beschouwd, indien de beide observatoren hethier onafhankelijk van elkaar over eens waren.

Van de korrelaties m.b.t. het al dan niet reageren van de arts kunnen we in het algemeen zeggen dat deze variabelen zich eenduidiger laten beoordelen dan "vagere" variabelen als aandachtsgedrag en interesse, waarin de appreciatie van de observator niet buitengesloten kan worden. Dit is een gegeven dat we ook in ander onderzoek tegenkomen; van Dorp (1977) vermeldt in een uitvoerig literatuuronderzoek checklist betrouwbaarheden tussen en binnen beoordelaars, die varieerden van .71 tot boven de .90 (het gaat in zo'n geval om het skoren van al dan niet voorkomen van gedrag, tellen van het aantal malen dat iets voor-

komt, etc.) Beoordelingsschalen, waarop de observator zijn indruk weer-geeft, komen daarentegen regelmatig rond de .40 uit en overschrijden zelden de .60.

Een uitzondering hierop vormt de specificatie van het niet ingaan op psychosociale klachten: "de arts beperkt zich uitsluitend tot somatische aspecten", waarover, gezien de lage koëfficiënt in twee van de drie gevallen weinig overeenstemming bestond. Oorzaak hiervan is het feit dat de subcategorieën van het "niet ingaan op psychosociale aspecten" elkaar niet voldoende onderling uitsluiten (zie ook bijlage); waar de ene observator vond dat de arts niet reageerde op psychosociale aspecten door uitsluitend op de somatische aspecten af te gaan, vond de ander dat hij niet reageerde omdat hij (non-)verbale aanwijzingen negeerde. In het algemeen kwam men na overleg wel tot een eenduidig eindoordeel, maar we hebben toch besloten om deze verdere specificatie van niet ingaan op psychosociale aspecten in het vervolg achterwege te laten en uitsluitend te rapporteren in hoeveel gevallen de arts niet inging op psychosociale aspecten. Op wat voor manier dat gebeurde wordt dus niet vermeld.

4. Veranderingen in het gespreksgedrag.

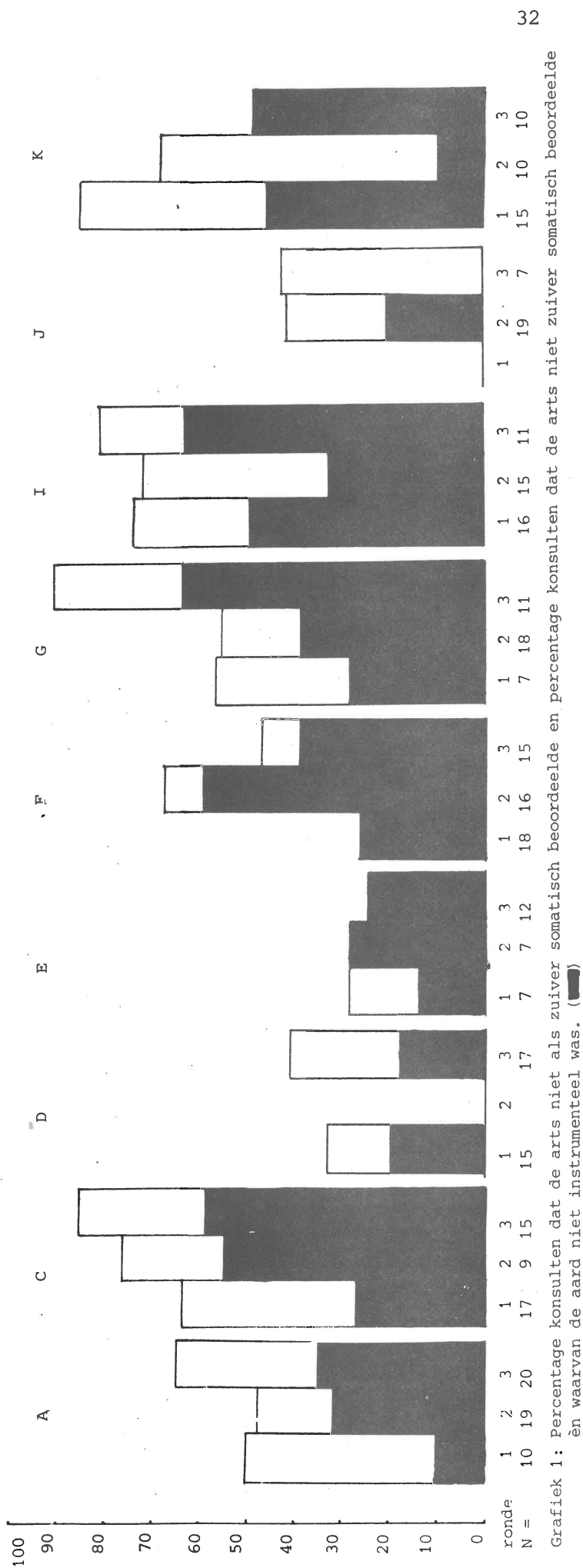
Zoals aangekondigd in de inleiding, zullen we in deze paragraaf voor een aantal categorieën die met het gespreksgedrag te maken hebben, nagaan of er in de drie meetrondes veranderingen zijn opgetreden. In paragraaf 2 hebben we een onderscheid aangebracht tussen categorieën die de inhoud van het gesprek betreffen en categorieën die meer te maken hebben met de vorm van het arts-patiënt contact. In deze paragraaf houden we die tweedeling aan: in subparagraaf 4.1. behandelen we eventuele veranderingen in het al dan niet reageren op psychosociale klachten, in subparagraaf 4.2. gaan we in op veranderingen in de vorm van het gespreksgedrag.

4.1. Veranderingen in het reageren op psychosociale klachten.

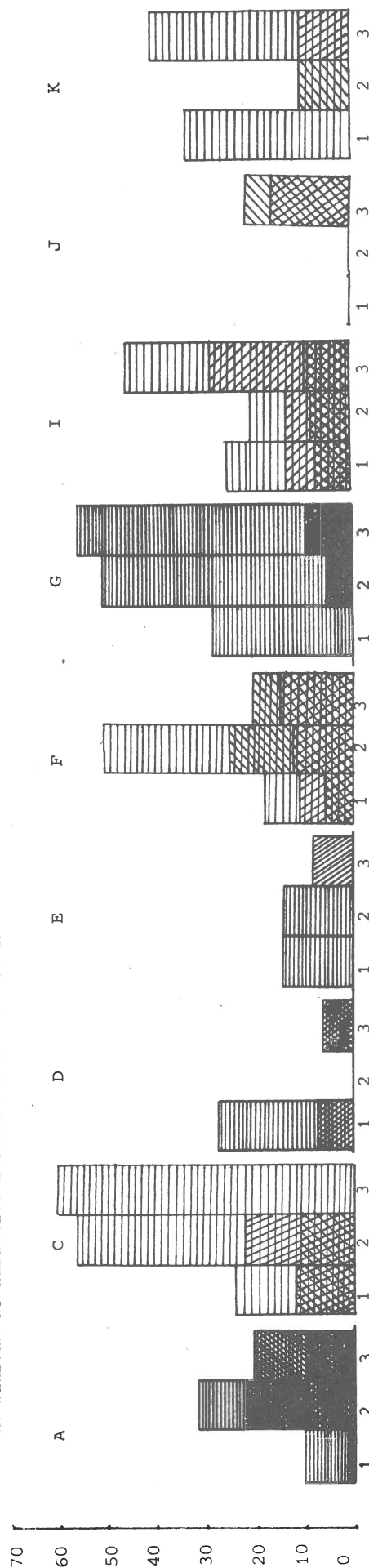
Bij de bespreking van het gespreksgedrag, voor zover dit de (psychosociale) inhoud van het gesprek betrof, zijn de volgende variabelen betrokken: het oordeel dat de arts heeft met betrekking tot het gepresenteerde klachtenpatroon, de aard van het konsult *), het feit of hij wel of niet ingaat op psychosociale aspecten en, als hij dit wel doet de wijze waarop dit gebeurt: gespreksmatig, door een advies te geven, door medicijnen voor te schrijven of door te verwijzen.

We willen deze variabelen in een logische samenhang bespreken. Hierbij gaan we van de volgende gedachtengang uit: om psychosociale problematiek ter sprake te brengen en er op te reageren, moet de arts eerst van oordeel zijn dat een klacht ook psychische componenten bevat. Zowel de aard van het konsult als de wijze waarop de arts al dan niet reageert op psychosociale klachten moet dus bekeken worden in relatie met het oordeel dat de arts heeft over de aanwezigheid van psychische aspecten. Een verandering in de aard van zijn konsulten gedurende drie meetrondes zegt nog weinig, zolang we niet letten op de wijzigingen in zijn oordeel over de klachten.

* De aard is instrumenteel als geen niet-somatische aspecten ter sprake komen, psychosociaal als geen somatische aspecten ter sprake komen en mengvorm als beide ter sprake komen.



32



Grafiek 2: Percentage konsulten dat de arts niet als zuiver somatisch beoordeelde en waarin hij gespreksmatig (▨), middels advies (▩) of mediatie (▧) op psychosociale aspecten reageerde.

Daarom nemen we bij de beschrijving van het verloop van het gespreks-gedrag eerst veranderingen in het oordeel over de klacht in beschouwing. Vervolgens gaan we na hoe vaak niet somatische aspecten überhaupt ter sprake komen in de konsulten gedurende drie meetrondes; dit wordt gezien in relatie met het al dan niet toenemen van het oordeel "niet-somatisch".

Vervolgens letten we op veranderingen in de wijze waarop artsen ingaan op psychosociale aspecten of deze juist negeren. Ook dit weer in relatie met veranderingen in het oordeel van de arts.

Grafieken 1, 2 en 3 zijn bedoeld om deze diverse veranderingen en hun onderlinge relatie zichtbaar te maken: door ze grafiek met resp. grafiek 2 en 3 te vergelijken kunnen veranderingen in de aard van het konsult, in het ingaan op psychosociale aspecten en in het negeren van psychosociale klachten gerelateerd worden aan veranderingen in de mate waarin de arts klachten als puur somatisch beoordeelt.

Wanneer we ons oog in eerste instantie gericht houden op het oordeel dat de arts heeft over de klacht dan zien we dat artsen A, C, F en G in de laatste meetronde meer klachten als -deels- psychisch beoordelen dan in de eerste meetronde, terwijl arts K juist minder -deels- psychisch beoordeelde klachten telt in de derde ronde dan in de eerste. De overige artsen beoordelen in elke ronde een vrijwel gelijk percentage als -deels- psychisch.

Letten we nu op de aard van het konsult; in welke mate komen er niet-medische onderwerpen ter sprake?

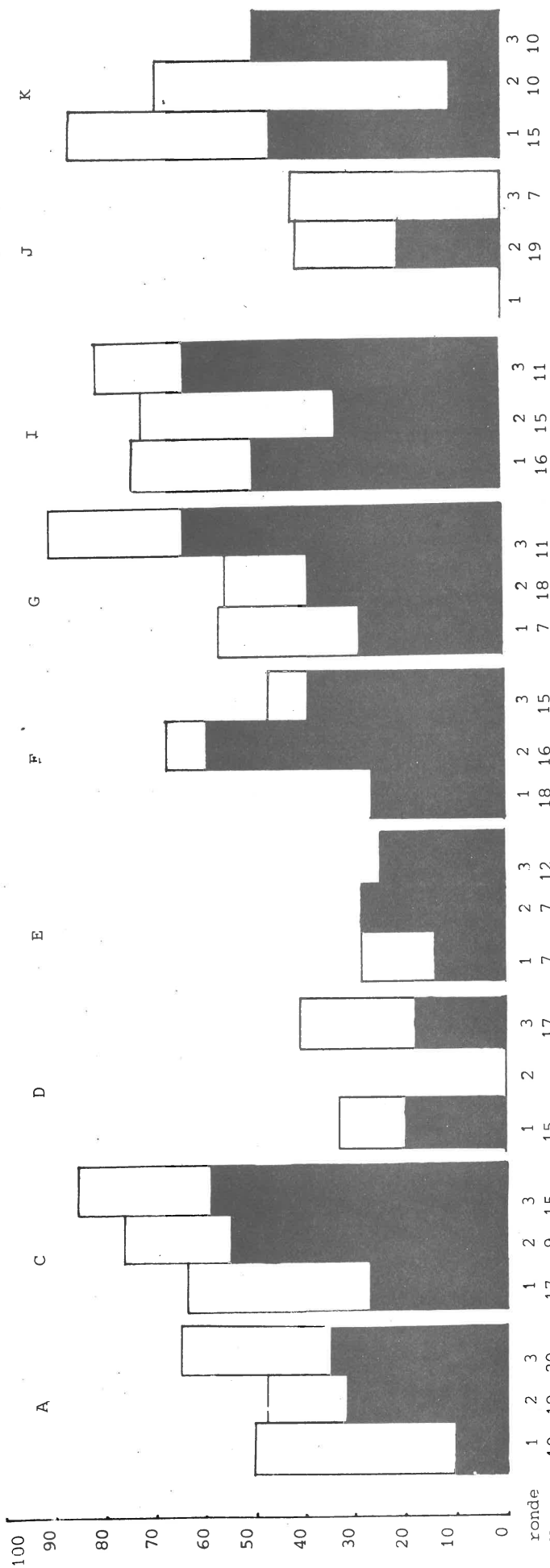
Wanneer we uitsluitend op dit kenmerk letten, zien we een toename bij artsen A, C, E, F, G en I en een afname bij arts J.

Wanneer we dit echter relateren aan veranderingen in het oordeel over de klacht dan zien we dat bij arts F weliswaar vaker niet-medische aspecten ter sprake komen, maar dat zijn oordeel "niet somatisch" nog iet meer is toegenomen: in de eerste ronde bracht hij in elk niet puur somatisch beoordeeld konsult niet-medische aspecten ter sprake, terwijl dit in latere rondes een enkele keer niet geschiedde. Bij arts K zien we het omgekeerde: zowel in de eerste als in de derde meetronde komen in ongeveer de helft van de konsulten niet-medische aspecten ter sprake, maar in de 1e ronde beoordeelde hij klachten in bijna 90% van de konsulten als niet-somatisch, terwijl dit in de derde ronde maar in ongeveer de helft van de konsulten het geval was: in de eerste ronde kwamen dus maar in iets meer dan de helft van de konsulten waarin hij de klacht als niet-somatisch beoordeelde, niet-medische aspecten ter sprake, in de derde ronde was dit in elk konsult waarin de klacht niet-somatisch beschouwd werd, het geval.

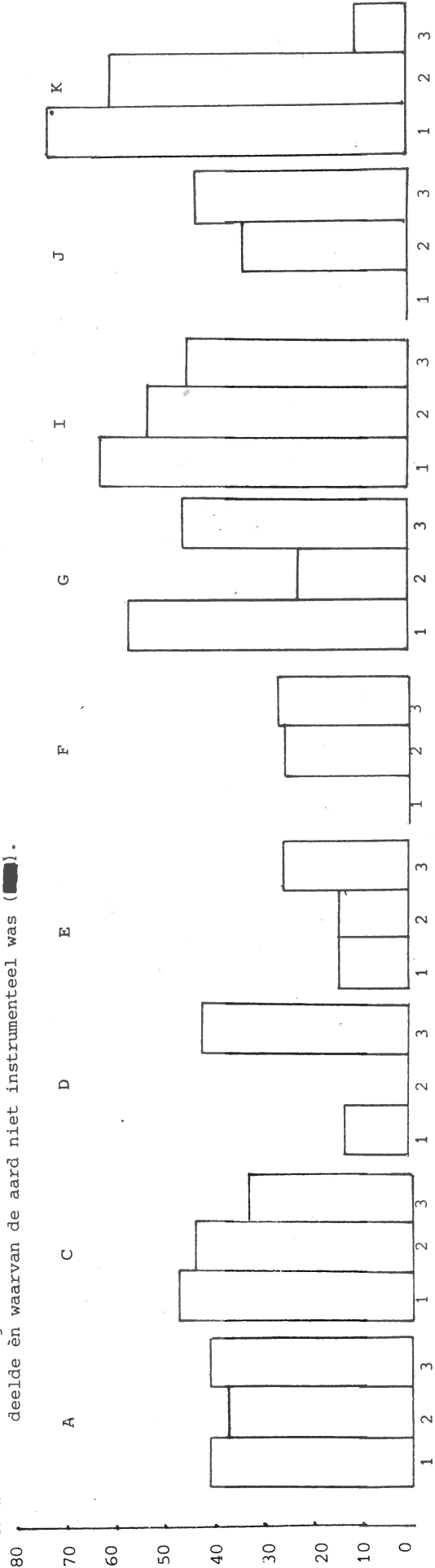
Brengen we zo oordeel van de arts over de klacht en de aard van het konsult met elkaar in verband, dan kunnen we van artsen A, C, E, G, I en K zeggen dat bij hen naarmate het projekt vorderde er relatief in steeds meer konsulten over psychosociale dingen gesproken werd. Bij artsen D en F bleef dit vrijwel gelijk en bij arts J nam het af.

Vervolgens zien we in grafiek 2 weergegeven in welke mate veranderingen te bespeuren zijn in de mate waarin artsen ingingen op psychische aspecten van de klacht; dit is nader gespecificeerd in: gespreksmatig ingaan op klachten, medicijnen voorschrijven en het geven van een advies *)

* Psychosociale verwijzingen staan niet grafisch weergegeven gezien het zeldzame voorkomen van dit fenomeen.



Grafiek 1: Percentage konsulten dat de arts niet als zuiver somatisch beoordeelde en percentage konsulten dat de arts niet zuiver somatisch beoordeelde en waarvan de aard niet instrumenteel was (■).



Grafiek 3: Percentage konsulten dat de arts niet als zuiver somatisch beoordeelde en waarin hij niet op psychische aspecten reageerde.

Het gespreksmatig reageren als percentage van het totaal aantal konsulten neemt toe bij artsen A, C, G, I en een beetje bij K. Arts F vertoont een piek in de tweede meetronde, en D, E en J vertonen in de derde ronde minder "gespreks-reakties" dan in de rondes daarvoor. Evenals in het vorige geval kunnen we ook deze ontwikkeling weer afzetten tegen de ontwikkeling van de beoordeling van de klachten door de arts. Wanneer we zo nagaan in welke mate artsen praten over problemen met patiënten van wie ze het klachtenpatroon niet zuiver somatisch vinden, dan zien we een toename bij arts A (met een piek in de tweede ronde), arts C (stijgt het sterkst van eerste naar tweede ronde), arts I en arts K. Artsen F en G vertonen in dit opzicht niet zoveel verschil tussen eerste en derde ronde, maar gaan in de tweede ronde veel meer gespreksmatig in op niet-somatisch beoordeelde klachten. Artsen D, E en J vertonen een afname.

Verder zien we in grafiek 2 dat het geven van adviezen en medicijnen voorschrijven bij de meeste artsen een vrij incidentele gebeurtenis blijft. Dit geldt nog het minst voor artsen A, F en I, bij wie dit gedrag in de loop van het onderzoek wat vaker signaleerd wordt (bij arts I alleen toename met betrekking tot het adviseren).

Grafiek 3 ten slotte geeft de mate aan waarin artsen gedurende drie meetrondes psychische aspecten negeerden. Dit is natuurlijk al enigszins voorspelbaar uit het voorafgaande, maar is desalnietemin niet volledig een funktie van het ingaan op psychische klachten, omdat het mogelijk is dat een arts in één konsult ingaat op bepaalde aspecten maar tegelijkertijd andere negeert.

We zien in grafiek 3 een afname in het negeren van psychische problematiek bij artsen C, G, I en K. Houden we echter rekening met veranderingen in het oordeel van de arts dan kunnen we zeggen dat artsen A, C, G, I en K minder vaak psychische aspecten van problematiek negeerden, waar ze wel van mening waren dat deze problematiek aanwezig was. Een toename in deze zin bespeurden we bij artsen D en E.

Wanneer we als ideaaltipe voorstellen dat artsen onder invloed van samenwerking met een psycholoog meer psychische problematiek gaan waarnemen, vaker bij deze waargenomen problematiek niet-medische zaken ter sprake brengen en ingaan op de problemen door te praten of naar de psycholoog te verwijzen en minder vaak bij waargenomen problematiek deze problemen negeren, dan vallen artsen A, C en G onder deze definitie; zien we af van veranderingen in waargenomen problematiek en gaan we na of als artsen psychosociale problematiek waarnemen, dan vaker niet-medische zaken ter sprake komen, artsen meer ingaan op de problemen en deze minder negeren dan treffen we deze veranderingen ook aan bij arts I en K. Van dit soort veranderingen is bij arts F wel sprake van eerste naar tweede ronde, maar dit neemt af van de tweede naar de derde ronde. Bij de overige drie artsen zien we geen vermindering in de hierboven genoemde richting.

Een moeilijk te duiden punt is de interpretatie van de resultaten van de tweede meetronde ten opzichte van de eerste en de derde. Bij de artsen A, C, F en G zien we dat de konsulten uit deze ronde zich in de positieve betekenis onderscheidden, in de zin dat de tweede ronde duidelijk positief afsteekt bij de eerste in alle genoemde opzichten. Van meetronde twee naar drie verandert C niet zoveel, valt A in enkele opzichten enigszins terug en vallen F en G zelfs vrij sterk terug.

Daar staat tegenover dat deze ronde negatieve resultaten ten opzichte van de eerste laat zien, wat betreft de resultaten van artsen I en K, die zich in de derde ronde weer "herstellen".

Met betrekking tot de volgende resultaten zullen we hiermee rekening houden.

4.2. Veranderingen in de vorm van het gespreksgedrag.

In de inleiding kwam reeds naar voren dat in eerste instantie bij verandering in het huisartsen-gedrag onder invloed van samenwerking met een psycholoog, gedacht werd aan veranderingen in de inhoud van die gespreksvoering. Naast de manier waarop de arts omging met psychosociale problematiek is echter ook gelet op de vorm van dat gespreksgedrag. Enerzijds gaat het hier om non-verbale aspecten; de aandacht *) van de arts, zoals die blijkt uit het aankijken van de patiënt, zijn houding en het aanmoedigen van de patiënt om verder te gaan door knikjes, gehum, e.d. en daarnaast de interesse van de arts voor de patiënt, zoals de observatoren die beoordelen. Anderzijds zijn verbale aspecten onder de loep genomen: gelet is op de manier waarop de arts de patiënt ruimte gaf door volgend gespreksgedrag en de manier waarop hij het gesprek een bepaalde richting uit liet gaan door het gesprek te sturen of door de patiënt op bepaalde punten te remmen. In de bijlage zijn van al deze zaken tabellen opgenomen, waarin de geïnteresseerde lezer exakt kan zien in welke mate elke categorie in een bepaalde meetronde voorkwam. In het onderstaande beperken we ons tot een beknopt overzicht van gegevens die ook in het groter geheel interessant zijn.

Bezien we eerst het non-verbale gedrag. Van de aandacht van de arts voor de patiënt (een score +, 0, of -, samengesteld naar aanleiding van de scores op de drie deelaspecten van het aandachtsgedrag: een "technische" maat) kunnen we zeggen dat dit in de loop van het onderzoek neutraler beoordeeld werd (zie grafiek 4.). Volgens de observatoren kwam het in de loop van het onderzoek steeds minder vaak voor dat een arts nauwelijks naar de patiënt keek, voortdurend in zijn kaartenbak zat te rommelen, etc.

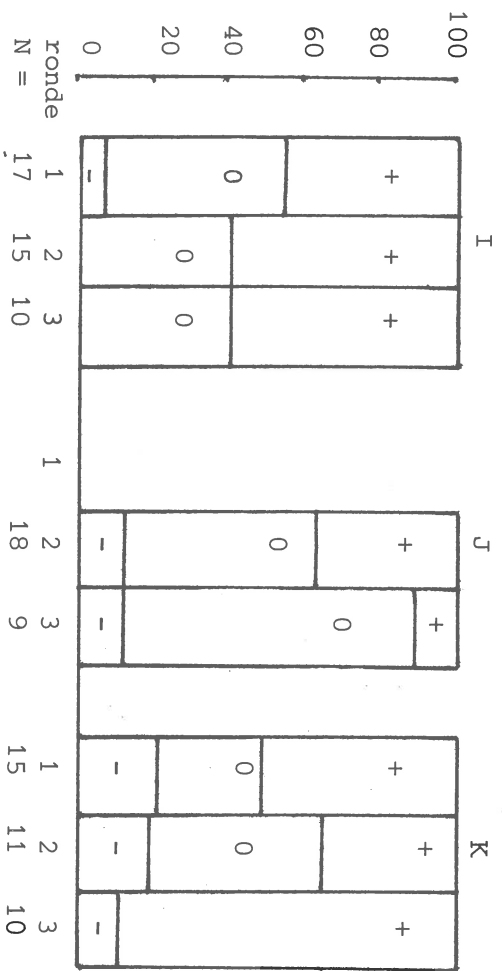
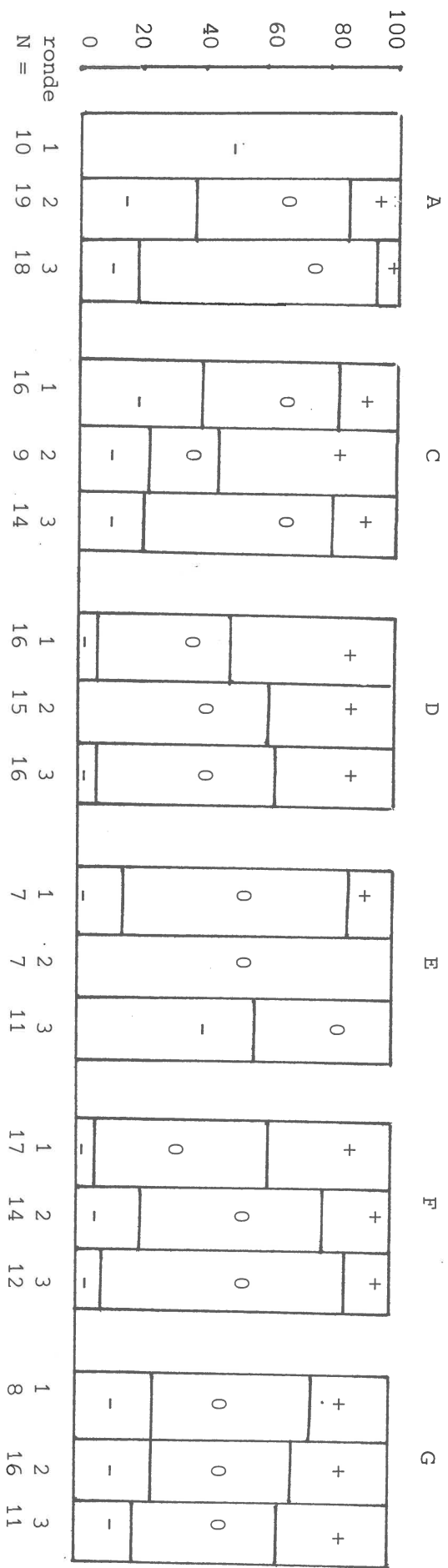
Met name is dit het geval voor artsen A en C; het neemt daarentegen toe bij arts E.

Hier staat tegenover dat niet duidelijk blijkt dat de positieve variant (aankijken, hummen, knikken, toegewend naar de patiënt, etc.) in het algemeen toeneemt.

Enigszins is dit het geval bij artsen G, I en K, een afname zien we hiervan daarentegen bij artsen D, E, F en J. Deze veranderingen in de loop van het onderzoek leiden slechts tot geringe veranderingen in de indeling van de artsen qua geobserveerde aandacht: in de eerste ronde waren A en C het minst aandachtig en D, F, I en K het meest, met E en G als middenmoot; in de derde ronde staat E als minst aandachtig geboekt, vormen D, G, I en K de top, en zitten A, C, F en J in het midden.

Deze gegevens hebben betrekking op alle konsulten. Wanneer we alleen letten op die konsulten waarin de arts van mening is dat de klacht niet

* Voor exakte operationale definities en opmerkingen over de betrouwbaarheid van de diverse maten verwijzen we naar paragraaf 3.



Grafiek 4: Percentage positief, neutraal en negatief aandachtsgedrag gedurende drie meetrondes bij negen arts.

puur somatisch is, hebben we echter geen reden om aan te nemen dat het aandachtsgedrag van de artsen bij niet-somatische oordelen over de klacht verschilde van het beeld over alle konsulten dat we hier boven schetsen.

Voorlopig willen we hier nog één opmerking aan toevoegen: hoewel gevonden veranderingen vrij marginaal zijn, valt het wel op dat de veranderingen in positieve zin gekonstateerd worden bij de artsen bij wie ook veranderingen in de psychosociale inhoud van hun gespreksvoering bespeurd werden, terwijl veranderingen in negatieve zin plaats vonden bij artsen die qua psychosociale inhoud niet in de verwachte richting veranderd waren.

Wanneer we de oordelen over de interesse die de arts in de ogen van de observatoren toont voor de patiënt, bekijken (zie grafiek 5) dan vallen de volgende zaken op: het neutrale oordeel neemt in de tweede en derde meetronde sterk toe, hetgeen waarschijnlijk mede te wijten is aan een rigoreuze observatietechniek *). Als gevolg hiervan wordt het uitgesproken positieve oordeel met betrekking tot artsen D en F wat afgerond naar het neutrale punt.

Voorts zien we een afname in beoordeelde interesse bij artsen E en J. Voor het overige zien we dat de waargenomen interesse van een arts een vrij stabiel kenmerk is, waaraan weinig "interessante" ontwikkelingen te bespeuren zijn.

Letten we vervolgens op het verbale gedrag in de spreekkamer. We hebben gezien dat speciaal gekeken is naar drie aspecten van het praten van de arts: de mate waarin hij met patiënten mee resoneerde, door te laten merken dat hij hetgeen de patiënt zei begreep en aan voelde, de mate waarin de arts richting aan het gesprek gaf door nieuwe onderwerpen aan te roeren of op oude door te vragen, en de mate waarin de arts de patiënt afremde, door te interrumpen, af te kappen e.d.

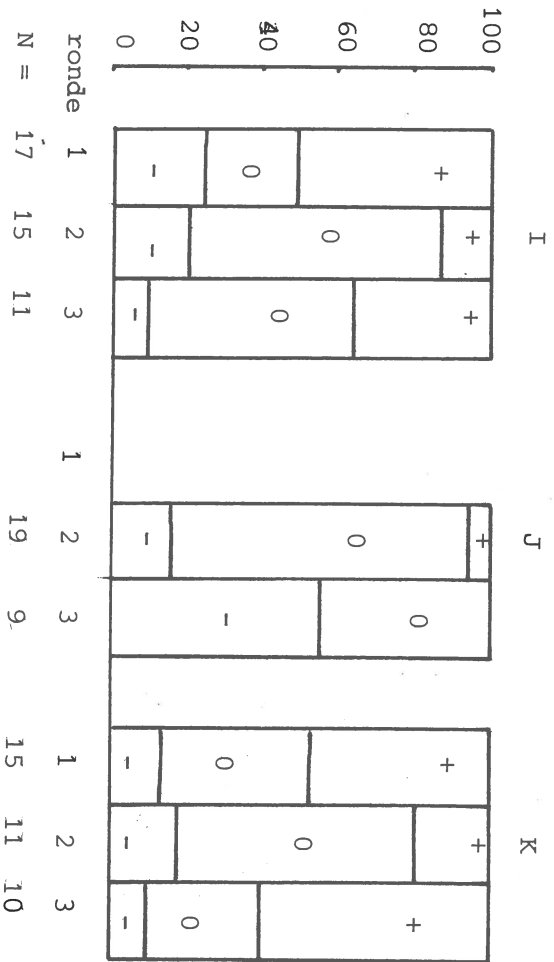
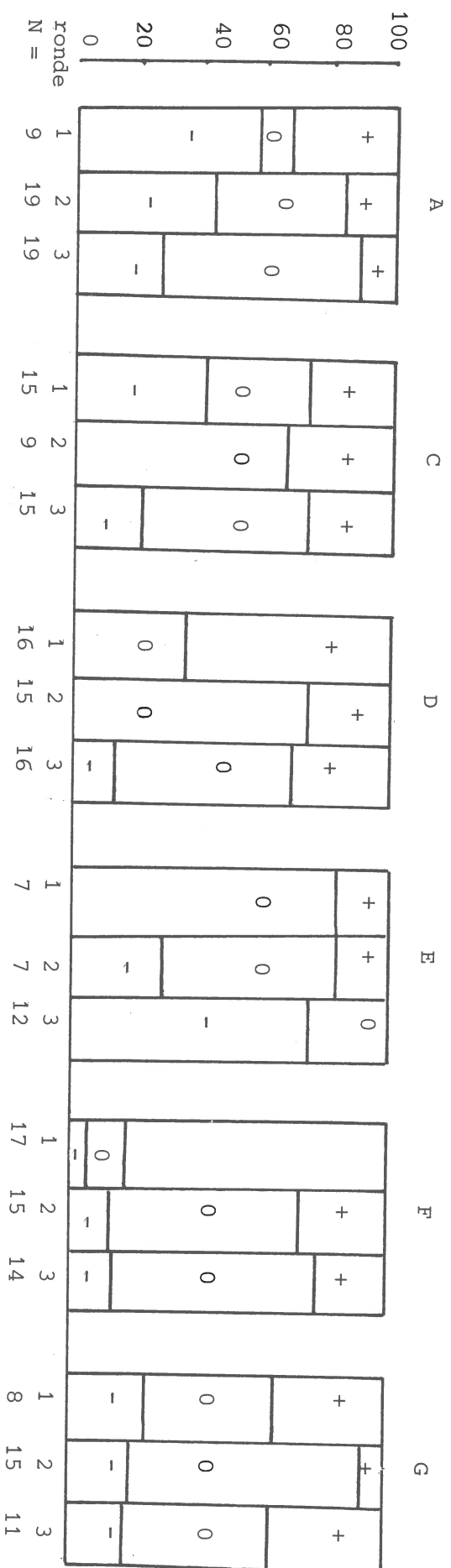
Arts	ronde		
	1	2	3
A	2,3	4,0	3,1
C	2,5	2,3	3,0
D	5,1	4,5	2,9
E	3,4	5,8	3,0
F	2,8	4,2	3,8
G	1,0	3,4	2,5
I	1,8	3,3	3,3
J		3,8	3,2
K	3,1	2,9	3,0

Het aantal uitingen **), waaruit bleek dat hij de patiënt begreep nam toe bij arts I en nam af bij arts D. Ook bij artsen A, F en G zagen we dat ze in latere meetrondes de patiënt meer volgden, doch bij hen lag de top in de tweede meetronde; dit laatste gold ook voor arts E, bij wie echter 1e en 3e meetronde in dit opzicht weinig verschilden.

Tabel 2: Gemiddeld aantal passieve uitingen per vijf minuten in de drie meetrondes voor negen artsen.

* In de eerste ronde zijn konsulten soms door één observator geskoord; bij twee observatoren leidde later verschil van mening met betrekking tot interesse tot afronding in de neutrale richting.

** Deze werden berekend per tijdseenheid, opdat niet een lang konsult automatisch meer volgend gespreksgedrag zou opleveren. Zie verder tabel 2.



Grafiek 5: Percentage konsulten waarin de arts ongeïnteresseerd (+), neutraal, of geïnteresseerd was, in drie meetrondes.

	ronde		
Arts	1	2	3
A	33%	55%	37%
C	31%	40%	80%
D	38%	47%	25%
E	29%	43%	42%
F	59%	60%	57%
G	100%	69%	55%
I	53%	87%	82%
J		53%	56%
K	53%	63%	80%

Artsen C, E, I en K gingen in de loop van het onderzoek meer nieuwe onderwerpen aansnijden en doorvragen: ze vertoonden een toename in sturend gedrag (zie ook tabel 3.). In dit opzicht kunnen we van arts G zeggen dat dit soort direktief gedrag minder voor gaat komen; zijn extreem hoge aanvangsskore kan echter toegeschreven worden aan het feit dat hij zich ten tijde van de eerste meetronde net gevestigd had. Artsen A en D ten slotte veranderden niet wat betreft het richting geven aan het gesprek wanneer we eerste met derde meetronde vergelijken, maar deden dit wel veel meer in de tweede meetronde.

Tabel 3: Percentage konsulten waarin de arts sturend gedrag vertoonde, in drie meetrondes voor negen arts.

	ronde		
Arts	1	2	3
A	55%	55%	58%
C	25%	10%	47%
D	13%	33%	13%
E	57%	29%	58%
F	12%	20%	14%
G	50%	13%	37%
I	18%	47%	37%
J		32%	11%
K	40%	27%	20%

Eenduidig te interpreteren veranderingen in gedragingen als interrumperen, afkappen van gesprekken e.d. zij niet te constateren (vergelijk tabel 4). Een afname van dit soort gedrag zien we enigszins bij artsen G, J en K; bij arts I en C neemt het toe. Dit alles bij vergelijking van de eerste met de laatste meetronde.

Wanneer we namelijk de eerste met de tweede meetronde vergelijken, zien we dat artsen C, E, G en K minder interrumperen, e.d. De drie eerstgenoemde vertonen dit gedrag echter in de derde ronde weer meer dan in de tweede ronde.

Tabel 4: Percentage konsulten waarin de arts remmend gedrag vertoonde in drie meetrondes voor negen arts.

Voor het volgend en sturend gedrag van de arts geldt, dat wanneer we alleen die konsulten in beschouwing nemen, waarvan de arts van mening was dat de klachten niet puur somatisch waren, dat we dan bij vrijwel iedere arts in iedere meetronde meer van dergelijk gedrag zien, maar dat de tendensen die beschreven werden, gelijk blijven. Het remmend gedrag bij niet somatisch beoordeelde konsulten verandert daarentegen van arts tot arts volstrekt willekeurig.

Ook 'binnen de ontwikkeling van het verbale gedrag van de arts in zijn spreekkamer zien we meer veranderingen in de verwachte richting bij de artsen die in inhoudelijke opzichten ook veranderden dan bij de overige artsen.

Van de andere kant gebeurt dit veel minder systematisch dan we bij het non-verbale gedrag zagen gebeuren. Het versterkt het beeld dat we van de indeling in veranderde en niet veranderde artsen hebben, zonder hier nu direkt een nieuwe dimensie aan toe te voegen.

4.3. Voorlopige diskussie.

In onderstaande tabel worden alle in deze paragraaf geschetste ontwikkelingen geresumeerd: we lezeneruit af welke artsen op welke meet-instrumenten een verandering vertoonden in de verwachte richting; tevens kunnen we zien of het zwaartepunt van de verandering lag tussen de eerste en tweede of tussen de tweede en derde meetronde. Voor de criteria welke wij hanteerden ter vaststelling van een verandering verwijzen we naar de grafieken en tabellen.

Verandert in verwachte richting van:			
verandert m.b.t.	1e naar 2e ronde	2e naar 3e ronde	1e naar 3e ronde
inhoud:			
- oordeel over de klacht	C F	A,C,G D	A,C,G D,F
- aard van het konsult	A,C,G E	I,K	A,C,G,I,K E
- ingaan op ps.klachten mid-	A,C,G F	I,K	A,C,G,I,K
- dels gesprek	C,I,G	A,C,I,K	A,C,G,I,K
- negeren van ps.aspekten			
vorm:			
- aandachtsgedrag	A,C,I	A,G,K	A,C,G,I,K
- interesse	C	G,I,K	-
- volgen	A,G,I E,F	-	A,G,I F
- sturen	A,C,I,K D,E	C,K	C,I,K E
- remmen	C,G,K E	I D,J	G,K J

Tabel 5: Veranderingen bij artsen gespecificeerd naar meetronde-interval en variabele.

We lezen uit deze tabel allereerst af dat de artsen A,C,G,I en K vaker veranderen in de verwachte richting dan artsen D, E, F en J. Dit geldt zowel voor inhoudelijke als vorm-kategorieën, zowel van eerste naar tweede als van tweede naar derde als van eerste naar derde meetronde.

Globaal gesproken zijn er niet zulke grote verschillen tussen de mate van verandering van eerste naar tweede meetronde en van de tweede naar derde ronde.

Wel zien we dat qua inhoud artsen C en G het meest veranderen tussen de eerste twee meetrondes, terwijl artsen I en K meer veranderen in dat opzicht als we de tweede en derde ronde met elkaar vergelijken. Veranderingen in het verbale gedrag vinden meer plaats tussen de eerste twee meetrondes. Veranderingen in het non-verbale gedrag zien we bij arts C het meest tussen de eerste meetrondes, bij arts K het meest tussen de laatste.

Ten slotte zien we zoals in de inleiding reeds als verwachting was uitgesproken, dat de veranderingen op het inhoudelijke vlak bij wat meer artsengekonstateerd worden dan veranderingen qua vorm. Aard van het konsult, ingaan dan wel negeren van psychosociale problematiek zijn de aspecten waarbij - samen met het aandachtsgedrag - de meest consistente veranderingen worden gekonstateerd.

5. Diskussie en Konklusie.

Het is reeds opgemerkt dat, gezien de veranderingen die per variabele gevonden werden, artsen A, C, G, I en K als veranderd beschouwd worden. Dit geschiedde in eerste instantie op grond van de overweging dat deze artsen op drie of vier van de inhoudelijke variabelen waren veranderd in de verwachte richting; het feit dat deze artsen ook het merendeel van de gekonstateerde veranderingen in formele variabelen voor hun rekening namen, bevestigde deze keus.

Verdere analyse leerde ons dat het zin had om van twee veranderingen te spreken bij deze vijf artsen; psychosociale problematiek kwam vaker aan de orde in konsulten, (de arts ging hier ook meer op in), en de artsen werden aandachtiger. In beide gevallen zijn er echter tekenen die er op wijzen dat deze groep artsen bij aanvang van de samenwerking in beide opzichten wat achter lagen bij de overige groep artsen.

Ten slotte kunnen we als bevinding vermelden dat wat betreft het omgaan met psychosociale problematiek de veranderingen bij artsen A, C en G vooral tussen de eerste en tweede meetronde lagen, terwijl dit bij artsen I en K meer tussen tweede en derde meetronde het geval was.

In welke mate is het mogelijk deze veranderingen in verband te brengen met het optreden van de psycholoog ?

Gedurende de eerste meetronde werd elke arts een interview afgenomen, en de twee meetrondes daarna vulde elke arts een voorgestructureerde vragenlijst in. Hier worden onder meer uitspraken gedaan met betrekking tot de mate waarin ze van zichzelf vonden dat ze gespreksmatig op psychische klachten reageerden, de mate waarin ze dit idealiter zouden willen doen en de invloed die ze in dit opzicht aan de psycholoog toeschrijven.

Artsen C, D, I, J* en K* geven in dit laatste opzicht aan dat de samenwerking met de psycholoog als gevolg heeft dat ze meer gaan praten met patiënten. Artsen A, F en G geven aan dat de samenwerking daar geen invloed op heeft, of zelfs, in de 3e meetronde bij arts A, een negatieve. Al deze artsen zijn overigens konstant in dit oordeel; arts E daarentegen ziet eerst een invloed van de psycholoog (2e meetronde) die vervolgens weer verdwijnt (3e meetronde). Vergelijk ook met tabel 5 !

Op zich heeft deze zelf-waarneming niet zoveel te maken met onze indeling in veranderde en niet veranderde artsen. Deze zelf-waarneming valt eerder samen met het feit of de betrokken artsen het aanpakken van psychosociale problematiek als een huisartsen taak beschouwen. Artsen A, F en G zetten zich hier in het eerste interview het sterkst tegen af, A en G geven ook in de vragenlijsten aan behandeling van de meeste soorten problematiek geen huisartsentaak te vinden. Dit i.t.t. artsen C, I, J en K; de eerste twee spraken dit reeds nadrukkelijk uit in het interview, en alle vier gaven ze van een vrij

*) Deze artsen spraken in het eerste interview als verwachting nog uit, dat de psycholoog wel weinig invloed zou hebben.

groot aantal problemen aan dat behandeling ervan tot de taak van de huisarts behoorde. Onze vooronderstelling is nu, dat naarmate het voeren van gesprekken meer tot de taak van de huisarts gerekend wordt, in dit opzicht eerder steun van de samenwerking met de psycholoog wordt ervaren.

Een ander interessant gegeven om de gepresenteerde resultaten aan te relateren, is de mening van de psycholoog omtrent veranderingen in het artsengedrag. Deze sprak zich hierover uit in een slotinterview. Beperking voor hem was in deze toch de te grote afstand tot de meeste huisartsen: alleen zeer globaal had hij de indruk dat artsen gemakkelijk-er tegenover patiënten met psychische klachten kwamen te staan; de onmachtgevoelens en daarmee de bedreiging voor de arts die van psychische problemen uit kan gaan, zou echter aanmerkelijk verminderd zijn.

Dit laatste is een facet, dat ook gehoord werd van de artsen, in een soort terugblik-interview.

De geïnterviewde artsen laten zich in twee groepen uitsplitsen artsen C, F en I: voor hen was het belangrijkste van de samenwerking met de psycholoog de nieuwe dimensies die deze aan hun omgaan met patiënten en hun problemen gaf. Het door de psycholoog genoemde gemak om met problemen om te gaan, ze aan te kaarten, etc. was met name volgens arts I sterk toegenomen. Daarnaast was het prettig om te kunnen verwijzen.

Artsen D, E, G en K onderscheidden zich hiervan, door de verwijsmogelijkheid van de psycholoog te noemen als belangrijkste effect van de samenwerking.

Ook deze tweedeling loopt door de tweedeling veranderd-niet veranderd heen. Bij arts C en I is de bewijslast dat de psycholoog iets met hun veranderingen te maken heeft toegenomen. Maar hoeverre dit ook geldt voor de veranderingen bij de andere drie artsen, blijft nog de vraag. Voort zal uit de andere deelonderzoeken moeten blijken, in hoeverre de hier gekonstateerde veranderingen deel uitmaken van een groter geheel.

II.3. VERANDERINGEN IN HET HANDELEN VAN DE ARTS ZOALS DIT UIT REGISTRATIEGEGEVENS VALT OP TE MAKEN

In II.1. is gesproken over het gevoeliger worden voor problemen, of het plaatsen van bijvoorbeeld psychosomatische problematiek in andere kaders (iets wat door meerdere artsen ervaren is, blijktens interviews achteraf).

In hoofdstuk II.2. zagen we dat een grotere aandacht voor psychische problematiek in het gespreksgedrag van sommige artsen tot uitdrukking kwam.

In dit derde deelonderzoek naar verandering bij de huisarts, zullen we nagaan in hoeverre de arts veranderd is in zijn omgang met patiënten zoals dit uit zijn registratiegegevens kon worden opgemaakt.

Uit deze registratiegegevens zijn twee variabelen af te leiden die gezien kunnen worden als indikator voor een bepaalde behandelingsstrategie van de arts: de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen, met name psychofarmaca en de verwijscijfers. Een derde gegeven dat we aan het registratiesysteem van de arts kunnen ontleen, is de mate waarin een patiënt zijn huisarts bezoekt. Op indirecte wijze kunnen we dit eveneens beschouwen als indikator voor veranderingen bij de arts, wanneer we namelijk deze kontaktfrekwentie bij probleempatiënten in beschouwing nemen. Kenmerk van deze groep is immers onder andere dat ze vaak bij de arts komen; mocht de arts onder invloed van samenwerking met de psycholoog tot een bevredigender aanpak van deze groep patiënten komen, dan zou dit afgelezen kunnen worden aan een teruglopende kontaktfrekwentie.

Met betrekking tot medicijnen voorschrijven en verwijzen gelden de volgende overwegingen: zowel van het voorschrijven van medicijnen als van verwijzen kunnen we zeggen dat de arts er invloed op kan uitoefenen (Bensing, e.a. 1978, Lamberts & Wolgast, 1974, Ormel, 1975, Parish).¹⁹⁷³

Met name het voorschrijven van psychofarmaca staat de laatste jaren ter discussie en wordt vaak beschouwd als een onterechte oplossing bij gebrek aan beter (Wolffers, 1978, Marinker,¹⁹⁷³ Lamberts & Wolgast).¹⁹⁷⁴

Ten slotte geven de meeste capelse artsen aan meer psychofarmaca voor te schrijven van ze idealiter zouden willen (bij de eerste vragenlijst geldt dat voor 6 van de 9 artsen) en 5 van de 9 vinden aan het eind dat de psycholoog een daling in deze heeft bevorderd. Met betrekking tot het verwijspatroon wordt de hoop uitgesproken dat de samenwerking met de psycholoog zal leiden tot verandering in deze, ten minste in de psychosociale sektor (met name afname in verwijzing naar psychiatrie en A.G.G.Z.).

Psychofarmaca voorschrijven en verwijzen zijn dus meetbaar met behulp van de registratiegegevens, staan onder directe invloed van de arts en artsen in Capelle achten veranderingen in deze opzichten ook wenselijk. Zoals opgemerkt is kontaktfrekwentie een indirektere maat. Afgezien hiervan is het minder direct aan de arts toe te schrijven en wordt op zichzelf ook niet als al dan niet wenselijk beschouwd. We zeiden reeds dat we er desalnietemin aandacht aan besteden omdat een eventuele afname ervan bij bepaalde groepen patiënten (met name probleempatiënten) wel iets zegt over een bevredigender behandeling van hen in het algemeen.

Resumerend.

Het voorschrijven en verwijzen bij de huisarts kan in principe in een aantal opzichten door de arts zelf beïnvloed worden, dit is onder meer afhankelijk van veranderde inzichten in aard van problematiek en door de arts als zodanig waargenomen toegenomen mogelijkheden om die problematiek te benaderen. *)

* Het zij door nieuw geleerde technieken, het zij door verwijzingen naar de psycholoog, het zij door dat de arts zegt zich in de rug gesteund te voelen door de aanwezigheid van die psycholoog.

Verder gaven een aantal capelse artsen aan een verandering in diverse opzichten wenselijk te vinden. Daarnaast is de mate waarin patiënten hun arts bezoeken in zekere zin ook een aanwijzing voor de mate waarin zijn interventies succesvol zijn. Dit al tesamen genomen rechtvaardigt het idee om na te gaan hoe het voorschrijven van psychofarmaca, het verwijspatroon en de contactfrequentie verlopen is gedurende de periode van samenwerking met de psycholoog en aan welke factoren bepaalde veranderingen mogen worden toegeschreven.

In dit subhoofdstuk zullen we de volgende onderwerpen behandelen: in II.3.2. geven we weer hoe de hierboven globaal weergegeven ideeën zijn uitgemond in een onderzoeksopzet. II.3.3. gaat in op de verzameling en verwerking van gegevens.

Daarna gaan we in op de resultaten: eerst geven we weer in welke mate er veranderingen optraden in het algemeen, daarna in hoeverre deze bij diverse artsen optraden.

Vergelijking van onze gegevens met die van het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen zal een inzicht moeten geven in de betrouwbaarheid van onze resultaten.

Ten slotte gaan we in de discussie en conclusies in op de interpretaties die we aan onze resultaten ontleen met betrekking tot het effect van de samenwerking met een psycholoog.

2. Opzet van het onderzoek.

In deze paragraaf zullen we uiteenzetten hoe de globale vraag "welke veranderingen constateren we bij de artsen wat betreft de medische consumptie van patiënten" is vertaald in een meer uitgewerkte onderzoeksopzet.

De principiële beperkingen van het onderzoek worden aangegeven door de aard van het materiaal. In de nadere uitwerking van de bovengestelde vraag is namelijk gekozen voor het registratiesysteem van de huisarts als informatiebron. Deze keus is bepaald door de continuïteit van de gegevens (men kan naar believen een aantal jaren teruggaan in de tijd; een tweede voordeel is, dat men gedurende lange tijd gegevens verzamelt, zonder hiervoor een onevenredig grote inspanning van de arts, assistente of anderen te verlangen. Verder zijn de gegevens betrekkelijk gedetailleerd en weinig reactief.

De eerste reden geeft aan, waarom geen gebruik is gemaakt van onderzoek bij patiënten of rechtstreeks bij de arts (met behulp van vragenlijsten, schalen of iets dergelijks). Dit zou immers altijd een incidenteel karakter hebben, je meet dat op een aantal momenten en niet continu. Tevens zou dat veel sterker gekleurde resultaten opleveren, aangezien zaken als selectief onthouden, sociale wenselijk e.d. een belangrijke rol gaan spelen (Fiske, 1974).

Het argument dat de registratie van de huisarts betrekkelijk gedetailleerd is (met name zijn consumptiegegevens in de tijd aan elkaar te koppelen, en zijn deze gegevens voorts gekoppeld aan achtergrondgegevens van de patiënt), geeft aan, waarom niet van bestaande registratie bestanden als het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen gebruik is gemaakt als primaire bron.

Tegenover deze voordelen staan ook enige beperkingen van de registratie van de huisarts als bron voor informatie. Zo is de keus van de variabelen die we gaan vastleggen beperkt door datgene wat de huisarts normaliter registreert. Voorts is de uitgebreidheid en de nauwkeurigheid per huisarts anders. Deze beperkingen maken dat alleen de volgende gegevens vastgelegd zijn:

kontakten:

Het aantal kontakten dat een patiënt per kwartaal met zijn huisarts gehad heeft, is betrouwbaar vast te leggen (in principe wordt van elk kontakt wel een aantekening gemaakt, zo bleek uit eigen waarneming tijdens aanwezigheid in de praktijk en ook uit de video-opnames).

In de praktijk bleek het ook heel redelijk mogelijk om onderscheid te maken tussen kontakten waarbij de arts de patiënt in de spreekkamer of thuis zag en de telefonische kontakten, b.v. voor een recept of verwijfskaart.

medicijnen:

Voorgeschreven receptuur en dosering worden in principe door elke arts opgeschreven *). Dit maakt het mogelijk per medicijn de voorgeschreven hoeveelheid per kwartaal vast te leggen.

verwijzingen:

Binnengekomen specialistenbrieven worden in principe op de kaart aangetekend. Dit betekent dat een deel van de verwijzingen betrouwbaar is vastgelegd (nl. niet routinematige verwijzing naar specialist ter diagnose of behandeling). Minder betrouwbaar vastgelegd zijn de verwijzingen die vrijwel automatisch gaan (b.v. oogarts), en waarover vaak niet teruggerapporteerd wordt en verwijzingen naar andere dan medische specialisten, zoals fysiotherapeut, maatschappelijk werk, A.G.G.Z., e.d. Hierbij is het namelijk afhankelijk van het feit of de arts ergens iets erover heeft opgeschreven of een dergelijke registratie in ons bestand wordt opgenomen.

Naast deze variabelen staat de registratie van de arts ons toe om een aantal achtergrondkenmerken van de patiënt vast te leggen: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en gezinssamenstelling van de patiënt zijn bij alle artsen bekend.

Uit de hier genoemde beperkingen ten aanzien van de te registreren variabelen, zijn ook konklusies te trekken met betrekking tot de waarde die resultaten hiervan voor ons hebben. In principe is van geen der variabelen (kontakten, medicijnen, verwijzingen, probleemfrekwentie) met honderd procent zekerheid te zeggen dat ze door de arts altijd goed worden opgetekend. Gezien de door ons gekonstateerde wijze van praktijkvoering menen we echter te mogen opmerken dat zeker de twee eerste groepen gegevens vrij betrouwbaar worden vastgelegd en dat de betrouwbaarheid afneemt in volgorde waarop we de variabelen gerangschikt hebben. De gegevens zijn echter alle op het eerste gezicht bruikbaar voor een vergelijking van verschillende tijdstippen binnen één arts: verschillen tussen artsen mogen "weg verklaard" worden door verschillen in registratiestijl, deze stijl mogen we vooralsnog veronderstellen konstant te zijn, wanneer we één arts gedurende langere tijd onder de loep nemen.

* Bij twee artsen (I en J) werden telefonisch bestelde recepten niet op de patiëntenkaart maar in een apart boek opgetekend. Hiermee is waarschijnlijk een verlies aan informatie opgetreden. We komen hierop bij de betrouwbaarheidsdiskussie naar aanleiding van de LISZ-gegevens in paragraaf 7. terug.

Tot zover de gegevens die we aan het begin van het onderzoek besloten om te gaan registreren. Eenmaal gekozen voor deze variabelen en voor een continue registratie gedurende drie jaar komt nog een andere beperking aan het licht: het is ondoenlijk om dit bij alle patiënten van de artsen te doen. Vandaar dat deze gegevens bij steekproeven patiënten zijn vastgelegd. Nu zijn niet alle patiënten even interessant om met behulp van hun medische konsumptie bij de arts te bestuderen. Met name zijn we wél geïnteresseerd in die patiënten waarmee de arts het contact problematisch vindt, hetzij vanwege de arts-patiënt relatie, hetzij vanwege de gepresenteerde problematiek. Vanwege de kontekst waarbinnen dit onderzoek zich heeft afgespeeld hebben we gekozen voor een nauwkeuriger omschrijving in de zin van "patiënten die in aanmerking zouden komen naar de psycholoog verwezen te worden als er onbeperkt toegang zou zijn", een omschrijving die naar we veronderstellen *), een grote overlap vertoont met "probleempatiënten" of iets dergelijks. Met bovenstaande omschrijving is door onderzoeker en arts het praktijkbestand doorgenomen en een steekproef uit de praktijk getrokken op het criterium "in aanmerking komend voor behandeling door de psycholoog". Daarnaast werd een tweede steekproef bij iedere arts getrokken, op grond van een negatieve beschrijving: deze steekproef werd getrokken uit de populatie van patiënten die niet in aanmerking kwamen door de psycholoog behandeld te worden, noch feitelijk naar de psycholoog verwezen waren, noch gezinsleden hadden, die aan bovenstaande omschrijving voldeden.

Samengevat is de onderzoeksopzet dus als volgt: per arts zijn in het kader van het deelonderzoek "medische konsumptie" twee steekproeven getrokken: één wel en één niet geselecteerd op "in aanmerking komend voor verwijzing naar de psycholoog". Van deze patiënten is gedurende lange tijd vastgesteld ***) hoe vaak ze contact met de arts hadden, welke psychofarmaca ze kregen voorgeschreven, waarheen ze verwezen werden en of de arts niet-somatische problematiek aantekende op de patiëntenkaart. Verder was van deze patiënten leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en gezinssamenstelling bekend.

3. Verloop van het deelonderzoek "medische konsumptie"

In de periode april-mei 1976 werden bij de negen artsen groepen patiënten samengesteld die voldeden aan de beschrijving "zou in aanmerking komen om naar de psycholoog verwezen te worden". De groepen kwamen tot stand doordat arts en onderzoeker gezin voor gezin de kaartenbak doornamen, waarbij de arts aangaf welke patiënten naar zijn idee aan bovengenoemde beschrijving voldeden.

De grootte van deze groepen varieerden in het algemeen van + 100 patiënten tot + 350 patiënten, behalve bij de twee artsen die nóg met een praktijk in opbouw zaten (bij hen telde deze groep respectievelijk 32 en 50 patiënten). Bij drie artsen, die meer dan 200 patiënten in deze groep plaatsten, werd hieruit een steekproef van 1 : 2 getrokken, van de overige artsen werd de totale groep opgenomen als "probleemgroep" in het onderzoek.

* Afgaande op de uitspraken van de artsen een terechte veronderstelling, hoewel de probleemgroep achteraf in een aantal opzichten blijkt af te wijken van de cliëntengroep (zie hoofdstuk III 4.)

**) In eerste instantie werden deze gegevens vastgelegd over de periode december 1975 - 1 september 1978. Later werd besloten ook van 1 december 1974 - 1 december 1975 de gegevens te verzamelen (zie ook II 3.3.)

Vervolgens trok de onderzoeker uit het gehele praktijkbestand minus probleemgroep + gezinsleden, minus patiënten die naar de psycholoog verwezen waren + gezinsleden een a-selekte steekproef van 100 à 200 patiënten, die zouden fungeren als "restgroep".

Van al deze patiënten werden de achtergrondkenmerken vastgelegd. Ruim een jaar later waren gegevens verzameld betreffende de medische consumptie van beide steekproeven bij alle artsen over de periode december 1975 - augustus 1977. Analyse van deze resultaten leerde ons onder meer dat er sprake was van een lichte afname van medische consumptie binnen de probleemgroep. Het was echter onduidelijk of deze afname misschien te wijten was aan het feit dat een aantal patiënten door de arts als probleempatiënt waren geselecteerd vanwege een kortdurende hoge medische consumptie, en dat de gevonden afname zo een artefact was van de wijze waarop de groep was samengesteld. Hierom werd besloten alsnog de medische consumptie vast te stellen van de periode vóór selectie door de arts om na te gaan of er sprake was van een daling in consumptie die voorheen continu hoog was, dan wel van een daling tot het voorheen "normale" peil van deze groep. In de periode juli - oktober 1978 werden zodoende gegevens met betrekking tot de medische consumptie verzameld over de periode december 1974 - december 1975 en september 1977 - mei 1978.

Het feit dat de vaststelling der steekproeven in 1976, de eerste verzameling van consumptiegegevens in 1977 en de tweede in 1978 plaats vond, heeft als gevolg dat er in de tussentijd een aantal gevallen verdwenen: patiënten die in 1976 in de verschillende steekproeven werden opgenomen konden in de tussentijd naar de psycholoog worden verwezen, waardoor ze in het vervolg van de dataverzameling uit de hier gebruikte steekproeven werden gehaald, of ze konden sterven, verhuizen of van arts veranderen, waardoor verdere gegevens ook niet achterhaald konden worden. Dit verlies aan proefpersonen nam de volgende vormen aan.

achtergrondgegevens	consumptie-gegevens				
	totaal	dec. '74*) nov. '75	dec. '75 mei '76	juni '75 aug. '77	sep. '77 aug. '78
probleemgroep	898	724	885	826	766
restgroep	1235	930	1184	1078	1039

4. Achtergrondkenmerken van de patiënten in beide steekproeven.

Zoals in paragraaf 2 vermeld beschikken we over gegevens aangaande leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en gezinssamenstelling van de twee populaties. We geven deze verdelingen weer zoals ze waren op het moment dat de steekproeven werden samengesteld en tevens voor de latere meetpunten. Hierdoor krijgen we een inzicht in eventuele veranderingen in de samenstelling van de steekproef; wanneer het gewicht van verschillende leeftijds- of geslachtskategorieën of van sociale klassen op de verschillende meetpunten is veranderd, kan dit namelijk van invloed zijn op de medische consumptie, zoals in tal van publikaties is aangetoond (zie o.m. Ormel 1975).

Onderstaande tabel 1 geeft de diverse verdelingen in de diverse periodes aan.

* Bij deze periode dient aangetekend dat een praktijk nog niet bestond, en een ander net van start was gegaan.

	probleemgroep (N = 901)				restgroep (N = 1235)			
	dec.'74 nov.'75	dec.'75 mei '76	juni'76 aug.'78	sep.'77 aug.'78	dec.'74 nov.'75	dec.'75 mei '76	juni'76 aug.'77	sep.'77 aug.'78
leeftijd								
14-20	3%	3%	3%	2%	14%	14%	14%	15%
21-30	17%	18%	18%	17%	27%	31%	29%	27%
31-40	21%	21%	21%	21%	18%	18%	18%	18%
41-50	26%	24%	25%	25%	13%	11%	12%	13%
51-60	20%	19%	20%	21%	12%	11%	12%	12%
61 en ouder	14%	14%	14%	14%	15%	15%	15%	16%
verzekeringsvorm								
ziekenfonds	67%	68%	67%	67%	63%	64%	63%	63%
particulier	29%	28%	29%	29%	32%	31%	32%	32%
I.Z.A.	4%	4%	4%	4%	4%	4%	5%	5%
geslacht								
man	35%	33%	34%	34%	49%	49%	48%	49%
vrouw	65%	67%	66%	66%	51%	51%	52%	51%
gezinssamenstelling								
alleenstaand	12%	13%	13%	13%	12%	13%	13%	12%
alleen + kinderen	6%	6%	6%	6%	4%	5%	5%	4%
met partner zonder kinderen	22%	23%	22%	22%	22%	24%	24%	24%
volledig gezin	60%	58%	59%	59%	61%	58%	58%	59%

Tabel 1.: Verdeling van leeftijd, verzekeringsvorm, geslacht en gezinssamenstelling in de diverse periodes.

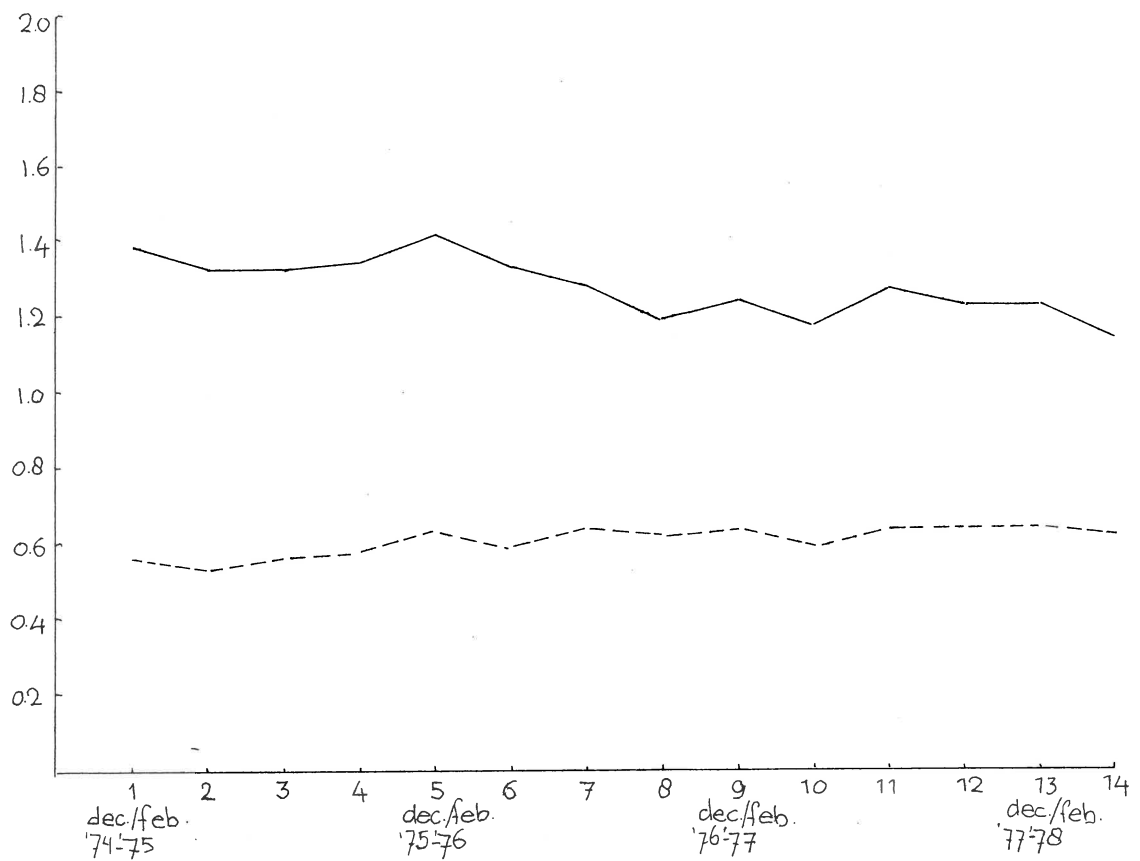
We kunnen uit tabel 1 aflezen dat in geen van de vier genoemde opzichten belangrijke veranderingen zijn opgetreden, als gevolg van het verlies van een stuk van de steekproef. Hoewel kwantitatief gesproken vooral met betrekking tot de periode december 1974 - november 1975 een vrij groot aantal patiënten niet meer opgespoord konden worden, blijkt dit verlies aan proefpersonen vrijwel random verdeeld geweest te zijn.

Wanneer we letten op overeenkomsten en verschillen tussen beide steekproeven, dan zien we dat de probleemgroep qua leeftijd en geslacht geen praktijkdoorsnede vormt: met name de leeftijdsgroep van 41-60 jarigen is sterk oververtegenwoordigd in de groep die de arts beschrijft als "in aanmerking komend voor verwijzing naar de psycholoog". Daartegenover is de groep 14-30 jarigen in dit opzicht ondervertegenwoordigd. Gelet op de geslachtsverdeling is er sprake van een oververtegenwoordiging aan vrouwen in de probleemgroep, terwijl uit de restgroep een 50-50 verdeling naar voren komt. Verzekeringsvorm en gezinssamenstelling geven weinig verschillen te zien.

We zullen met bovengenoemde factoren rekening houden door bij de verschillende ontwikkelingen in de tijd na te gaan of deze ontwikkelingen anders zijn wanneer we de steekproeven uitsplitsen in leeftijds/geslachtscategorieën.

Grafiek 1.: gemiddeld aantal konsulten per kwartaal per patiënt:
over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.

———— = probleemgroep
----- = restgroep



5. Resultaten.

We zullen nu overgaan tot een weergave van de resultaten, zoals die in het onderhavige onderzoek verkregen zijn. Hiertoe geven we in eerste instantie in grafiekvorm weer hoe gedurende 14 kwartalen het verloop was van de kontaktfrekwentie, het gemiddeld aantal voorgeschreven psychofarmaca, het percentage verwezenen en van verwijzingen in de psychosociale sektor. Tijdseenheid is dus het kwartaal in de volgende grafieken, de lijn wordt gevormd door over drie kwartalen voortschrijdende gemiddelden te berekenen, opdat toevallige schommelingen in de grafiek het beeld niet nodeloos oninterpreteerbaar maken.

taktfre-
ntie

In grafiek 1 zien we een weergave van de kontaktfrekwentie van december 1974 - augustus 1978.

Bij de probleemgroep zien we in de periode vóór deze werd geselecteerd een konstant hoog niveau, dat enigszins afneemt in de eerste kwartalen na selectie om daarna weer konstant te blijven op een wat lager niveau. We constateren significante verschillen tussen de eerste zes kwartalen enerzijds en de kwartalen daarna anderzijds.

De restgroep blijft gedurende de hele periode vrijwel konstant: patiënten uit deze groep komen ongeveer tweemaal zo weinig als die uit de probleemgroep in de latere - lage - fase.

Met betrekking tot kontaktfrekwentie mogen we dus konkluderen dat deze bij de probleemgroep enigszins is afgenomen, maar dat deze afname in geen verhouding staat tot het verschil tussen probleem- en restgroep. Daarentegen moeten we ook opmerken dat de probleemgroep niet uitsluitend is bepaald door het feit dat ze op het selectiemoment toevallig een extreem hoge kontaktfrekwentie had en dat de afname daarna een terugval naar haar normale kontaktniveau genoemd kan worden. Ook het hele jaar vóór selectie bleek de probleemgroep een hogere kontaktfrekwentie te hebben dan in de periode daarna.

prole
uitval-
s

Nagegaan is of het verlies van proefpersonen gedurende de meetperiode (zie III.3.3) en de leeftijds/geslachtsverdeling van invloed zijn geweest op deze resultaten.

Om het effect van de "experimentele sterfte" na te gaan is de kontaktfrekwentie bestudeerd van die patiënten die gedurende alle kwartalen gegevens opleverden: hieruit kwam een vrijwel identiek beeld te voorschijn als in grafiek 1, zodat we konkluderen dat de daar geschetste ontwikkeling niet toegeschreven mag worden aan verlies van proefpersonen.

tijs-
geslachts-
role

Ook is nagegaan of de kontaktfrekwentie binnen de diverse leeftijds/geslachtskategorieën een ander verloop in de tijd heeft gehad.

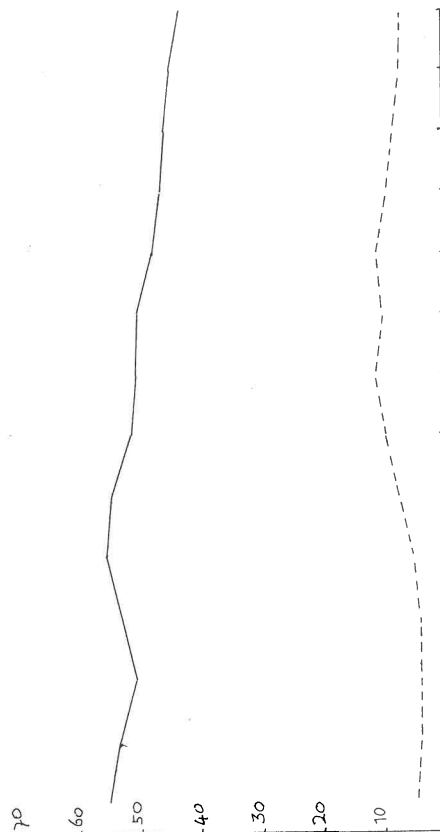
In grafieken 2 en 3 staat voor probleem- en restgroep dit verloop weergegeven, uitgesplitst naar leeftijds/geslachtskategorie. Naar aanleiding van deze grafiek kunnen we uitspraken doen over een naar leeftijd en geslacht gedifferentieerd verloop in de tijd en over verschillen tussen probleem- en restgroep met genoemde differentiatie; verder zien we hoe diverse leeftijdskategorieën en mannen en vrouwen zich onderling verhouden met betrekking tot de mate waarin ze de huisarts bezoeken.

Laten we met het eerste beginnen, het hoofdthema van het onderzoek: is er verschil tussen diverse leeftijds/geslachtskategorieën wanneer we letten op het verloop van de kontaktfrekwentie in de tijd

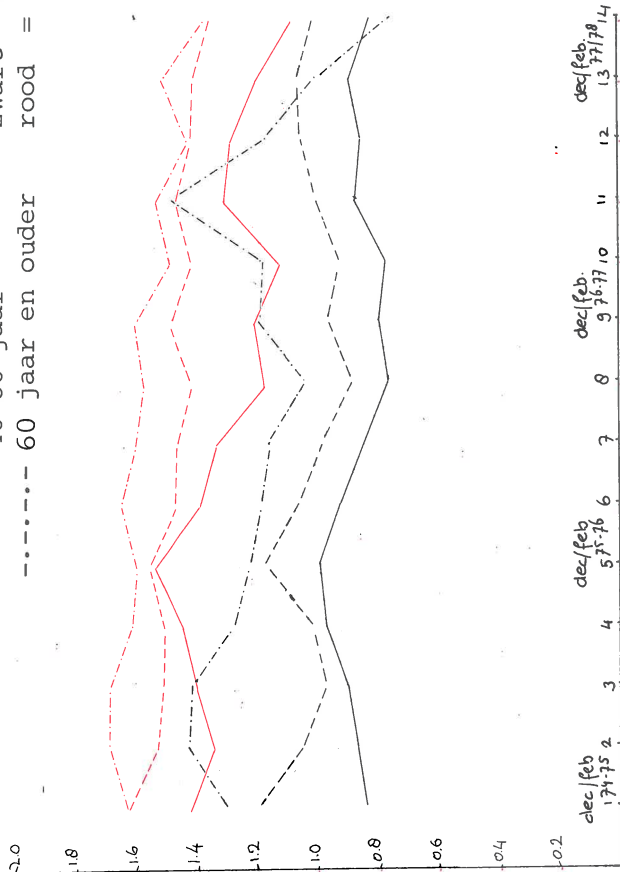
Dit verloop wijkt in geen der weergegeven categorieën sterk af van het totaalbeeld, wanneer we de probleemgroep volgen.

De mannen en vrouwen beneden de twintig jaar zijn niet weergegeven vanwege een te klein aantal van hen in de probleemgroep. Deze groep kenmerkt zich echter hierdoor, dat ze - in de probleemgroep - vóór het selectiekwartaal een lagere kontaktfrekwentie hadden dan op het moment

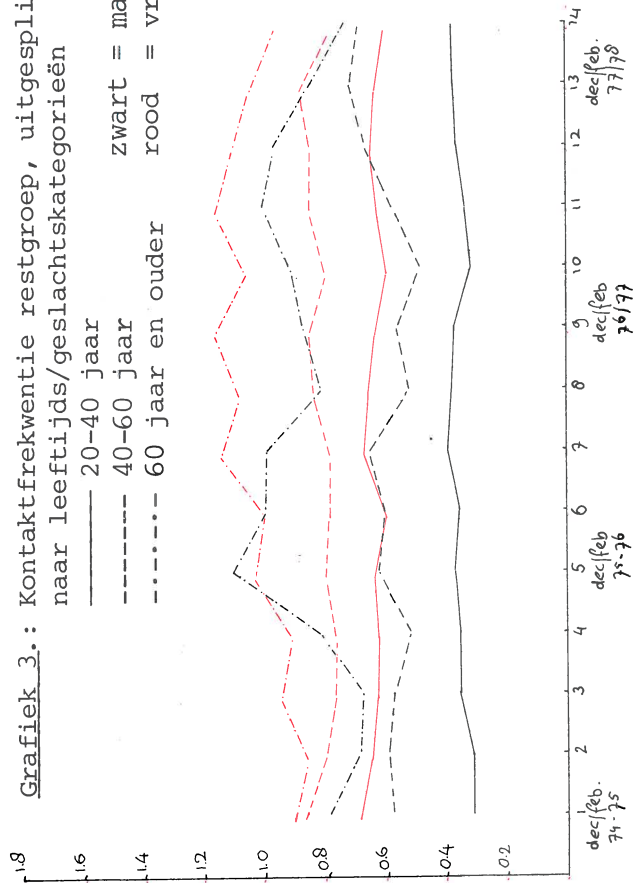
Grafiek 4.: Gemiddeld aantal psychofarmaca per kwartaal per patiënt: over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.
 — = probleemgroep
 ----- = restgroep



Grafiek 2.: Kontaktfrekwentie probleemgroep, uitgesplitst naar leeftijds/geslachtscategorieën
 — 20-40 jaar zwart = mannen
 ----- 40-60 jaar rood = vrouwen
 -.-.-.-.- 60 jaar en ouder



Grafiek 3.: Kontaktfrekwentie restgroep, uitgesplitst naar leeftijds/geslachtscategorieën
 — 20-40 jaar zwart = mannen
 ----- 40-60 jaar rood = vrouwen
 -.-.-.-.- 60 jaar en ouder



van selectie, terwijl ze daarna eveneens weer lager zaten: bij de 20-40 jarigen binnen de probleemgroep zien we deze piek op het moment van selectie eveneens optreden, zij het in lichte mate. Van de oudere groepen kunnen we zeggen dat ze het hele jaar voor selectie méér kwamen dan daarna.

De nogal grote schommelingen in de categorie mannen boven de zestig jaar moeten mede geweten worden aan het relatief kleine aantal waarop deze gegevens berusten.

Bij de restgroep zien we de meeste categorieën vrij konstant blijven. De - willekeurige - schommelingen worden groter naarmate de leeftijd stijgt.

Binnen elke categorie zien we dat de restgroep ruim onder de probleemgroep blijft en dat de afname binnen de probleemgroep veel kleiner is dan het verschil tussen probleem- en restgroep.

Wanneer we kijken hoe de verhouding tussen geslachten en leeftijdsgroepen is, blijkt uit de twee grafieken dat men meer bij de arts komt naarmate men ouder is en dat vrouwen meer komen dan mannen. Een te verwachten resultaat.

icijn
rschrijf- Grafiek 4 biedt een weergave van het verloop van het voorschrijven van medicijnen door de artsen. Ook hier zien we bij de probleemgroep een lichte afname na de kwartalen van selectie; de restgroep is konstanter, hoewel er in tegenstelling tot de kontaktfrekwentie, wel een lichte toename in de tweede helft van de meetperiode is te bespeuren. Rest- en probleemgroep verschillen in de diverse kwartalen met een factor 4 tot 10 van elkaar.

Dat patiënten uit de probleemgroep gedurende het jaar voor selectie meer medicijnen gebruikten, blijkt ook uit de significante verschillen tussen diverse kwartalen.

Het meest wordt voorgeschreven in de periode rond de selectie van deze groep; deze tijdsspanne onderscheidt zich zowel van de voorafgaande als van de daaropvolgende periode.

Maar ook een jaar voor selectie wordt er al veel voorschreven: meer dan in de twee jaar na de selectie. Het relatieve dieptepunt in het voorschrijven treffen we in de laatste drie kwartalen aan.

trole
r uitval-
s Evenals we bij de kontaktfrekwentie hebben gedaan, is nagegaan in welke mate het verlies aan patiënten in de loop van het project voor vertekening heeft gezorgd. Ook hier bleek dat niet het geval te zijn: de resultaten voor die patiënten die er alle 14 kwartalen waren, wijken niet noemenswaardig af van de resultaten van de totaalgroep, zoals gepresenteerd in grafiek 4. De daling die we bij de probleemgroep zien, is dus niet te wijten aan het vertrek van een aantal "grootgebruikers" die in het begin wel meetellen.

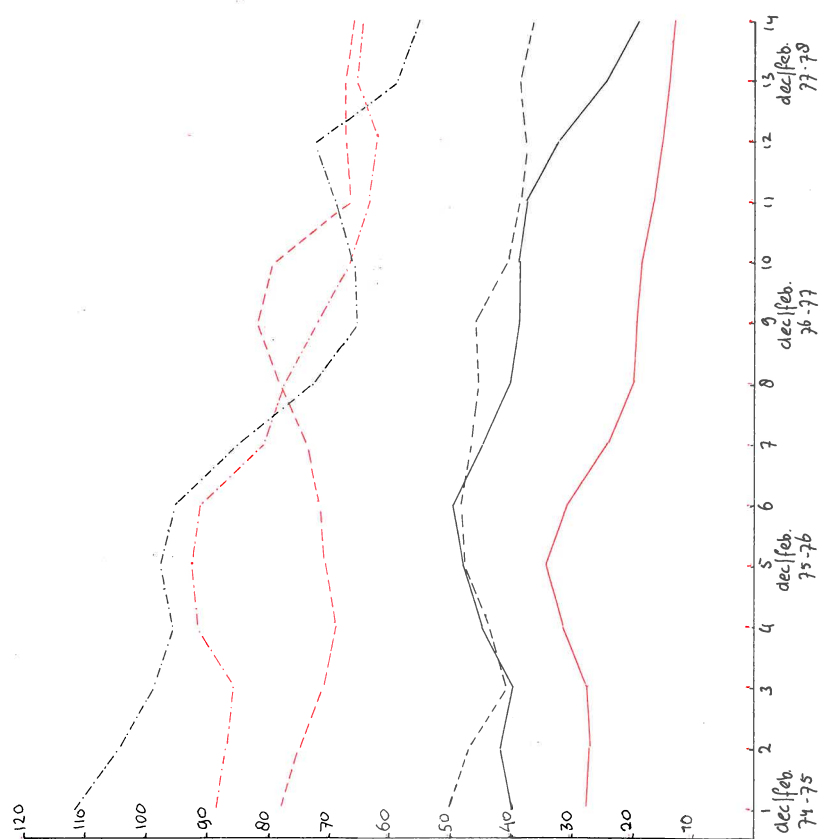
trole
ftijd/
lacht Ook met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen is weer nagegaan in hoeverre het verloop in de tijd voor diverse leeftijds/geslachtskategorieën verschillend is. Grafieken 5 (probleemgroep) en 6 (restgroep) geven dit weer.

Evenals bij de kontaktfrekwentie het geval was zien we bij de jongste weergegeven leeftijdskategorieën (de groepen beneden de twintig zijn te klein in aantal, en krijgen slechts incidenteel psychofarmaca voorgeschreven) dat het moment van selectie een wat hoger medicijngebruik laat zien dan de kwartalen ervoor en erna. Ook ten opzichte van de eerste kwartalen is er een lichte afname. De oudere leeftijds/geslachtskategorieën zijn het eerste anderhalf jaar konstant en dalen daarna iets, behalve de vrouwen tussen 40 en 60 jaar. De afname bij mannen boven de 60 is onder andere nogal opvallend omdat het om een vrij kleine groep gaat. Deze afname kan niet aan uitvallers worden toegeschreven.

Binnen de restgroep zien we het medicijngebruik hoger liggen naarmate de leeftijdskategorie stijgt. Binnen de diverse categorieën is weinig ver-

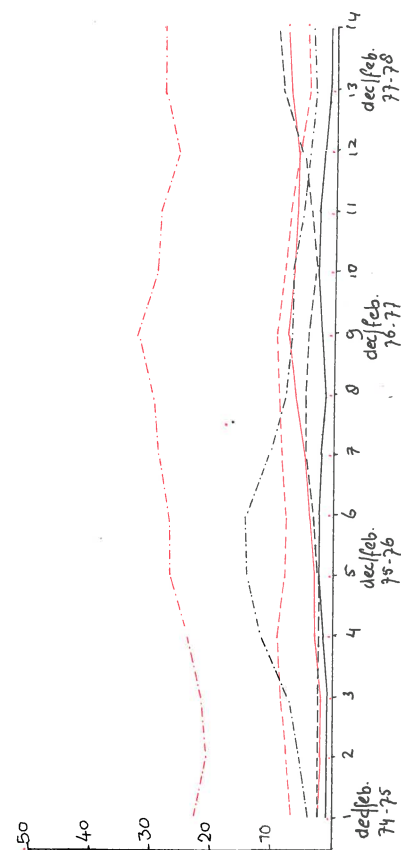
Grafiek 5.: Psychofarmaca probleemgroep, uitgesplitst naar leeftijds/geslachtscategorieën

— 20-40 jaar zwart = mannen
 ----- 40-60 jaar rood = vrouwen
 - - - - - 60 jaar en ouder



Grafiek 6.: Psychofarmaca restgroep, uitgesplitst naar leeftijds/geslachtscategorieën

— 20-40 jaar zwart = mannen
 ----- 40-60 jaar rood = vrouwen
 - - - - - 60 jaar en ouder



schil in de tijd te konstaten.

Vergelijking tussen probleem- en restgroep laat zien dat binnen elke leeftijdskategorie de probleemgroep meer voorgeschreven blijft krijgen dan de restgroep. Maar de jongste categorie benadert de bijbehorende restgroep-kategorie het meest. Uitgesplitst naar leeftijds/geslachts-kategorieën zien we zi in grote lijnen een bevestiging in het totaal-beeld (lichte afname probleemgroep, maar ze blijft veel hoger dan rest-groep), maar de afname gaat het verst voor de jonge patiënten en geldt met name niet voor vrouwen uit de leeftijdsgroep 40-60.

ferenti-
e naar
licijnen

Tot slot kunnen we in deze beschouwing over het verloop van het voor-schrijven van medicijnen nog aandacht besteden aan het verloop van be-langrijke psychofarmaca.

Het meest voorgeschreven werden het slaapmiddel mogadon en de tranquil-lizers seresta, valium en tranxène. Deze psychofarmaca worden ook ge-noemd in artikelen, die zich bezighouden met het voorschrijven van psychofarmaca in Nederland en Engeland (zie o.m. Bain & Haines (1975), Ormel, (1975) en Wilks (1975)).

Daarnaast treffen we in die literatuur met name een veelvuldig ge-bruik aan van anti-depressiva en de tranquillizers librium. Van deze verschillende middelen zullen we apart het verloop in de tijd in be-schouwing nemen.

Van mogadon kunnen we zeggen dat er vooral in het laatste meetjaar bij de probleemgroep een duidelijke afname is te bespeuren. Van december 1974 - mei 1977 schommelt die tussen de 4 à 4½ tablet er patiënt per kwartaal, om daarna af te nemen tot + 2½ tablet. Deze afname zien we ook wanneer we controleren op uitvallers.

In de restgroep zien we met betrekking tot het voorschrijven van moga-don weinig veranderingen optreden: het niveau ligt konstant tussen 1 - 1½ tablet per patiënt (per kwartaal).

Verder menen we te mogen zeggen dat de daling in het voorschrijven van mogadon niet gepaard gaat met een toename in het voorschrijven van an-dere slaapmiddelen als dalmadorm, doriden, barbituraten e.d.

Het voorschrijven van seresta bij de probleemgroep neemt toe tot rond het moment van selectie van de probleemgroep om daarna af te nemen tot onder het niveau van voor de selectie. Sprake van afname van het seres-tagebruik is er bij de probleemgroep wel, doch in lichte mate. De rest-groep blijft qua voorgeschreven krijgen van seresta, konstant.

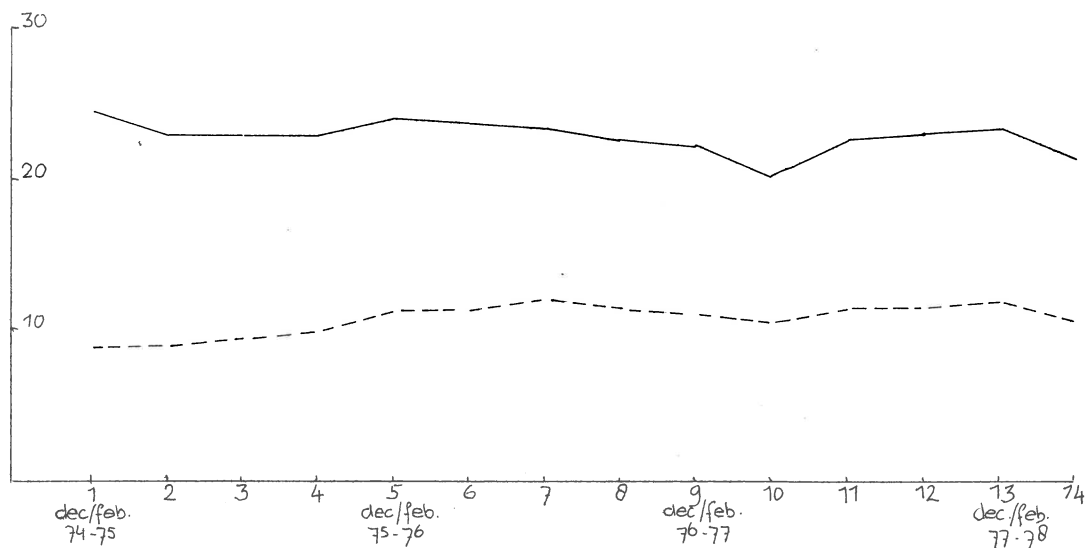
Het voorschrijven van valium, nobrium en tranxène, uitgedrukt in mg. werkzame stof is over één kam geschoren, naar aanleiding van een gelijke "agreed daily dosis" (Backsacs-Aagen e.d. 1975).

Deze groep medicijnen beslaat 20 à 25% van het totaal voorschrevene.

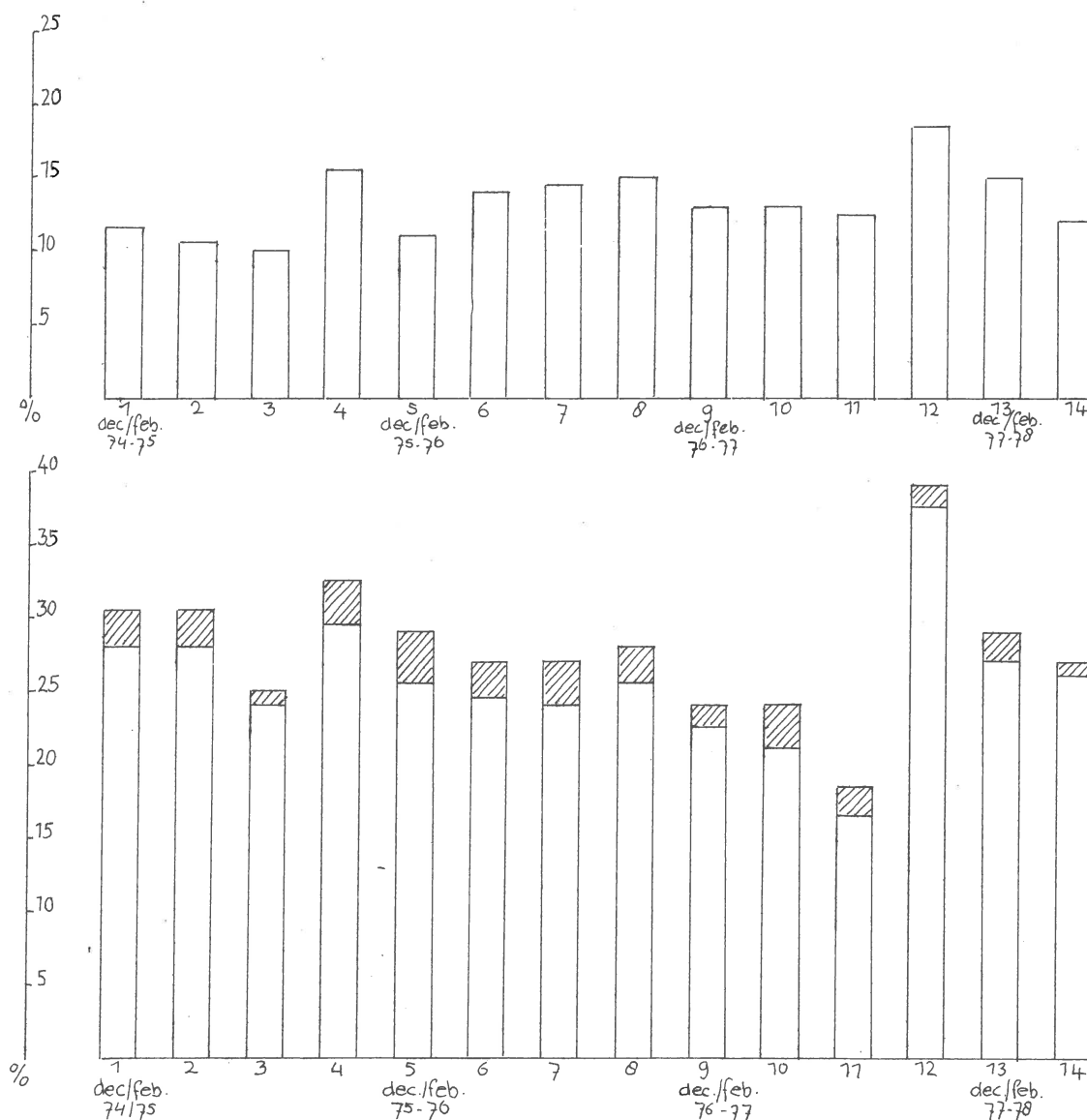
Afgezien van een piek op het kwartaal vóór selectie (december 1975 1 februari 1976) blijft het voorschrijfniveau hier van konstant binnen de probleemgroep (12 à 14 tabletten à 5 mg. per patiënt per kwartaal).

Binnen de restgroep is enigszins sprake van een toename tot de laatste drie kwartalen, daarna zakt het weer tot het beginniveau. Maar ook bij deze medicijngroep blijft de restgroep ver onder het niveau van de pro-bleemgroep.

Librium wordt in de probleemgroep minder voorgeschreven dan tot nu toe genoemde tranquillizers en vertoont weinig variatie in de loop van de onderzoeksperiode. Binnen de restgroep is het verschil met seresta en valium er nauwelijks.



Grafiek 7.: Percentage verwezenen per kwartaal: over drie kwartalen voorschrijden de gemiddeldes. ————— = probleemgroep ----- = restgroep.



Grafiek 8.: Percentage verwijzingen van restgroep (boven) en probleemgroep (onder) per kwartaal. Psychosociale verwijzingen zijn gearceerd. (N.B.: géén voortschrijdende gemiddeldes).

Ook hier treden in de loop van de tijd weinig veranderingen op. Zoals gebruikelijk wordt aan de restgroep veel minder voorgeschreven dan aan de probleemgroep.

Anti-depressiva tenslotte, waarvan tryptizol het belangrijkste is, worden binnen de probleemgroep op een zeer konstant niveau voorgeschreven en binnen de restgroep vrijwel niet.

Samenvattend kunnen we zo zeggen dat het totaalbeeld van groot verschil in alle kwartalen tussen probleem en restgroep bij alle besproken medicijnen terugkomt. De restgroep is bij elk medicijn konstant, in de tijd gezien, bij de probleemgroep zien we een daling in het voorschrijven van mogadon en van seresta.

Valium c.s., librium en anti-depressiva blijven vrij konstant.

Tot slot willen we nog enige aandacht besteden aan een tot nu toe nog niet genoemde medicijnsoort, te weten de tranquillizer temesta. In het voorjaar liet de psycholoog namelijk aan de capelse artsen weten dat bij het gebruik van dit kalmerend middel het bijzonder lastig was om patiënten hiervan af te helpen. Verschillende artsen haalden dit in het eerste en/of afsluitende interview aan als specimen van het voorlichtende werk van de psycholoog.

Temesta is een medicijn dat in de probleemgroep niet zo gek veel wordt voorgeschreven en in de restgroep vrijwel niet. Wanneer we het verloop van het voorschrijven ervan in de tijd in acht nemen dan zien we inderdaad een afname vanaf het einde van 1975 die doorgaat tot medio 1977. Daarna neemt het voorschrijven van temesta echter weer toe tot het niveau van 1975. Er lijkt zo in eerste instantie gehoor gegeven te zijn aan het verzoek van de psycholoog voorzichtig te zijn met het voorschrijven van dit middel, maar later verwatert dit toch weer.

wijzen

In grafiek 7. zien we het percentage verwezen patiënten per kwartaal weergegeven - het zijn weer over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes - voor probleem en restgroep.

Minder dan voor kontaktfrekwentie en medicijngebruik is hier sprake van een verandering in de loop van de tijd, noch van een piek bij de probleemgroep op het selectiemoment, noch van een afname in die groep daarna. In de restgroep is het percentage verwezenen licht gestegen.

Gedifferentieerd naar soorten verwijzingen is er ook weinig sprake van ontwikkeling. Het percentage verwijzingen **) per kwartaal, dat staat weergegeven in grafiek 8. laat wel zien dat psychosociale verwijzingen binnen de probleemgroep een top hadden rond het selectiemoment: van september 1975 - augustus 1976 is er een hausse in de - qua aantal geringe - verwijzingen naar psychiater en maatschappelijk werk.

Voor de rest wordt er konstant het meest verwezen voor onderzoek - laboratorium-bepalingen e.d. - gevolgd door de specialismen chirurgie, gynaecologie en interne geneeskunde.

role
uitval-
s

Wanneer we de verwijscijfers bezien voor die groep die gedurende alle kwartalen gegevens opleverde, dan blijkt dat hieruit precies hetzelfde beeld naar voren komt: rond de 23% van alle probleemgroeppatiënten wordt in een kwartaal verwezen, ongeacht of dit voor, tijdens of na selectie van de betreffende groep is. Ook de restgroep wijkt niet af, wanneer we alleen degenen die altijd aanwezig waren in beschouwing nemen.

role
tijd/
acht

Wanneer we probleemgroep en restgroep opsplitsen in diverse leeftijds/geslachtskategorieën, dan blijkt dat ook in deze afzonderlijke subgroepen geen duidelijke ontwikkeling valt te bespeuren.

Vrouwen worden meer verwezen dan mannen in het algemeen - dit is sterker naarmate men jonger is - en oudere mensen worden vaker verwezen dan jongere.

** Dit percentage is hoger dan het percentage verwezenen, omdat 1 persoon vaker dan eenmaal per kwartaal naar verschillende instanties kan worden verwezen.

De diverse verwijspercentages zijn echter door de kwartalen heen vrij konstant. Ook het verschil tussen probleem- en restgroep blijft in alle leeftijdskategorieën bestaan.

6. Medische konsumptie voor artsen afzonderlijk bekeken.

Na in de vorige paragraaf de resultaten voor probleem- en restgroep nauwkeurig te hebben geanalyseerd, willen we hier nagaan in hoeverre de gevonden tendenties ook voor de artsen afzonderlijk opgaan. We zullen dit zo schetsmatig mogelijk houden door van de vier konsumptievariabelen na te gaan in hoeverre het patroon in de tijd voor artsen apart opgaat, en in hoeverre de artsen op zich genomen afwijken van de hoogte van de konsumptievariabelen, zoals die in de vorige paragraaf werd geschetst. Indien op grond van bevindingen uit de vorige paragraaf de verdenking bestaat dat leeftijd en geslacht of "uitvallers" een beslissende invloed hadden, zal dit ter plekke nagekeken worden.

kontaktfrekwentie

Het algemene patroon dat in de vorige paragraaf in dit opzicht naar voren kwam, was een bescheiden afname van de kontaktfrekwentie bij de probleemgroep, die daarmee nog ongeveer tweemaal zo vaak bij de arts kwam als de restgroep.

Dit patroon zagen we bij elke leeftijds/geslachtskategorie terugkeren, en het werd niet beïnvloed door het feit dat er een aantal patiënten in de loop van het onderzoek uitvielen.

De afname in de probleemgroep vanaf ongeveer mei - juni 1976 vinden we terug bij artsen D, E, G, I en J; artsen C en F vertoonden een wat schommelend beeld zonder duidelijke trends in de tijd. Artsen A en K lieten in eerste instantie ook een daling te zien bij hun probleemgroep, maar deze groep nam bij hen daarna weer toe tot het beginniveau. Hoewel vijf artsen een afname in kontaktfrekwentie vertonen, moeten we hier echter wel een aantal kanttekeningen maken:

- arts D vertoont in de eerste vier kwartalen eerst een stijging, de afname daarna gaat niet verder dan het begin-niveau. Het lijkt er hier op dat probleempatiënten geselecteerd zijn op het feit dat ze in de selectieperiode veel kwamen; de daling daarna kan geïnterpreteerd worden als "regression to the mean"
- artsen E en G hadden in het eerste anderhalf jaar een extreem hoge kontaktfrekwentie, vermoedelijk als gevolg van een net beginnende praktijk, met bij arts E bovendien een groot aantal bejaarden. Hun afname kan daarom zeker niet zonder meer aan een minder-komen van probleempatiënten op zich worden toegeschreven.

Het beeld van een vrij konstante restgroep vinden we in tegenstelling tot het gemelde omtrent de probleemgroep bij elke arts afzonderlijk terug. Alleen bij de beginnende artsen E en G is sprake van een toename in het eerste anderhalf jaar gevolgd door een daling. Dit versterkt het vermoeden dat dalingen in de probleemgroep bij deze twee artsen niet zonder meer toegeschreven kunnen worden aan afname van probleemgedrag bij de arts, maar een gevolg zijn van ontwikkelingen in de opbouw van een nieuwe praktijk.

Letten we op de hoogte van de kontaktfrekwentie dan komen patiënten uit de probleemgroep van artsen A, D, E, G en K wat meer dan gemiddeld, die van artsen F, I en J wat minder.

Bij de restgroep bevinden A, E, F, G en K zich wat boven het gemiddelde, arts J zit er duidelijk onder.

Bij artsen F en J is het verschil probleemgroep-restgroep kleiner dan bij de rest.

medicijnen We zagen in paragraaf 3. dat wanneer medicijnen in het algemeen ge-
 orschrij- kohtroleerd worden voor uitvallers, er een afname qua medicijnvoor-
 n schrijven na mei - juni 1976 bleek op te treden. De restgroep bleef
 konstant en veel lager dan de probleemgroep.
 De afname in de probleemgroep gold voor alle leeftijds/geslachtskate-
 gorieën, behalve voor de vrouwen tussen de veertig en zestig.
 De daling in de totaal-probleemgroep wordt teruggevonden bij artsen A,
 C, D, G, I en J. Echter voor artsen A, I en G geldt weer het selectie-
 effect. respektievelijk het effect van het gevestigd zijn.
 De artsen E, F en K, die geen afname vertonen, schrijven binnen de pro-
 bleemgroep ook meer voor dan gemiddeld.
 Letten we op de onderscheiden psychofarmaca, dan blijken zowel seresta,
 mogadon als valium c.s. bij sommige artsen af te nemen en bij anderen
 niet.
 Wanneer we het verloop van het voorschrijven van temesta per arts bekij-
 ken, dan blijkt de afname vanaf eind'75 gevold door een stijging tot het
 oude niveau in 1977, die we bij de totaalgroep vinden, ook op te gaan
 voor artsen A, C, D, F, J en K.
 Artsen E, G, en I schreven dit middel in de gehele periode nauwelijks
 of niet voor.

verwijzen Het beeld dat we van verwijscijfers voor de totale probleem- en rest-
 groep schetsen, zien we in grote lijnen ook voor de artsen afzonderlijk
 opgaan. Voor elke arts geldt dat patiënten in de probleemgroep vaker
 verwezen worden dan die in de restgroep. Er is in de probleemgroep bij
 arts A sprake van een lichte daling in percentage verwezen patiënten
 en bij arts C is dit percentage vanaf eind 1975 wat toegenomen. In de
 restgroep kunnen we zeggen dat artsen E en F in het laatste registratie-
 jaar wat meer verwezen hebben, terwijl arts J en arts A afnamen. Het
 gaat echter om vrij marginale veranderingen. In de probleemgroep kunnen
 we artsen D en G aanmerken als "hoge" verwijzers, terwijl artsen C, I
 en J het minst verwijzen.
 In de restgroep verwijzen artsen E en G veel, terwijl I en J weinig ver-
 wijzen. Op deze verschillen tussen artsen komen we in de volgende para-
 graaf terug.

7. Voorschrijven en verwijzen aan de hand van LISZ-gegevens.

Dankzij het LISZ registratiesysteem was het ons mogelijk onze gegevens
 te vergelijken met globale ziekenfondsgegevens over verwijzingen en aan-
 tal afgegeven medicijnen. We hebben inzage gehad in het aantal afgege-
 ven verwijskaarten per 1000 patiënten over de jaren 1974-1978 en de
 verstrekte medicijnen in 1975 en 1976. Deze LISZ-gegevens hebben welis-
 waar alleen betrekking op ziekenfondsverzekerden, maar aangezien we in
 onze bestanden geen verschil vonden tussen particulieren en ziekenfonds-
 verzekerden menen we dat ze goed vergelijkingsmateriaal vormen.

verwijzingen Met betrekking tot het percentage verwijzingen in de restgroep, bleek
 geleken dat onze globale gevolgtrekkingen door de LISZ-cijfers worden bevestigd,
 maar dat op artsenniveau in een aantal gevallen sprake was van sterke
 afwijkingen. De percentages hoeven natuurlijk niet op één of twee
 procent nauwkeurig overeen te komen, wij hebben met onze restgroep een

* Toegang tot deze gegevens verkregen we door de gewaardeerde tussen-
 komst van de heer J. van de Ham, adjunctdirecteur van de Stichting
 Samenwerkende Ziekenfondsen van Rotterdam, en de heren E.M. Janssens
 arts en van de Hoeven, eveneens verbonden aan de S.S.R.Z.

niet volkomen a-selekte steekproef en onze wijze van registreren was bij lange niet waterdicht. We menen we dat we mogen eisen dat de verhoudingen tussen artsen en tussen meetperiodes ongeveer overeenkomstig dienen te zijn.

De resultaten staan in tabel 2.

Arts	LISZ'75	restgroep'75	LISZ'76	restgroep'76	LISZ'77	restgroep'77
A	40	78	39	40	44	52
C	37	33	35	44	37	44
D	44	36	45	56	43	43
E	76	37	72	41	62	73
F	34	35	32	30	33	27
I	30	19	27	32	30	36
J	49	24	46	19	45	12
K	42	40	42	50	43	47
totaal	40	39	40	42	40	39

Tabel 2.: Percentage verwijzingen volgens LISZ en van restgroep over 1975, 1976 en 1977.

We zien in onze restgroep artsen A en I in het eerste jaar, E in de eerste twee jaar en J in de gehele periode sterk afwijken van de LISZ-cijfers. Van arts E is dit verklaarbaar, gezien de kleine steekproef en het feit dat hij als beginnend arts over een klein aantal ziekenfonds-verzekerden beschikte in de eerste twee jaar, hetgeen snel tot rare uitschieters leidt wanneer men precenteert. Met name van arts J moeten we echter opmerken dat er sprake is van een sterke onderrapportage. Wanneer we de onderlinge verhoudingen tussen de artsen in beschouwing nemen, zien we dat van meetperiode tot meetperiode deze vrij konstant blijft. We hebben de percentages in klassen van vijf procent herverdeeld en de artsen gerangschikt; vervolgens hebben we concordance-coëfficiënt (Kendall's W) over de 3 LISZ-rangordeningen en de 3 SPEECH rangordeningen berekend. W was respectievelijk .90 en .78 hetgeen betekend dat in de drie opeenvolgende jaren de rangordering van de artsen in beide registratie-systemen niet veel veranderde.

De rangkorrelaties (Spearman's rank) tussen LISZ en SPEECH zijn respectievelijk .43, .30 en .62, hetgeen echter grotendeels op rekening van arts J moet worden geschreven. Tellen we die niet mee dan zijn de respectievelijke rangkorrelaties .84, .79 en .88.

Afgezien van arts J kunnen we zo twee SPEECH-resultaten bevestigd zien: de onderlinge verhouding der artsen klopt vrij aardig en het globale resultaat in de restgroep: geen veranderingen in verwijscijfers, zien we bevestigd.

Dat er globaal gesproken weinig is veranderd in die drie jaar moge ook nog blijken uit de volgende LISZ-gegevens: totalen der capelse artsen, totaal verwijzing naar internist en psychiater, totalen voor de gehele regio Rotterdam en voor die gemeenstes die met Capelle vergelijkbaar zijn. De verwijzingen naar interne zijn interessant, omdat dit een van de "zachtere" specialismes is, waar ook wel eens psychosomatische klachten heen verwezen worden "ter geruststelling", terwijl de verwijzingen naar psychiatrie vanzelfsprekend binnen het SPEECH project belangrijk zijn.

	jaar	N	* verwijzing- en totaal	* verwijzing- en interne	* verwijzing- en psychiatrie
capelse artsen	1974	15466	402	40	14
	1975	17032	402	41	16
	1976	17456	396	41	14
	1977	18171	407	42	16
Regio Rotterdam	1974	801926	433	46	27
	1975	815031	447	46	26
	1976	708663	459	47	24
	1977	705955	554	47	24
regio Rotterdam urbanisatiegraad B3	1977	39897	396	40	17

* Verwijskaart/1000 verzekerden.

Tabel 3.: Verwijzingen in capelle, regio Rotterdam en Regio Rotterdam urbanisatiegraad B3.

We zien in deze tabel dat in Capelle in alle drie de opzichten het verwijscijfer konstant is gebleken. Dit in tegenstelling tot de totaal-regio Rotterdam, waar het percentage verwijzingen steeg, echter niet bij interne en psychiatrie, welke laatste zelfs licht daalde. Verder is het totaal-cijfer voor de hele regio weliswaar hoger dan in Capelle, maar dit komt voor rekening van het meer verstedelijkt zijn van meer dan de helft van deze regio. Vergelijkt men Capelle namelijk met vergelijkbare gemeentes (in dit geval Hoogvliet en Spijkenisse) dan komen we op vergelijkbare cijfers uit.

Op dezelfde wijze kunnen we nagaan in hoeverre er overeenkomst is tussen de SPEECH-resultaten met betrekking tot psychofarmaca voorschrijven en de LISZ-gegevens. Deze laatste hebben we over 1975 en 1976. We geven het totaal aantal tabletten per patiënt per arts weer volgens beide registraties.

Arts	1975		1976	
	LISZ	SPEECH-restgroep	LISZ	SPEECH-restgroep
A	42	13	32	28
C	34	26	29	31
D	42	4	31	17
E	82	38	123	56
F	48	12	51	19
I	30	6	28	13
J	18	12	21	9
K	48	40	39	43

Tabel 4.

Ook hier zien we een aantal behoorlijke afwijkingen tussen onze gegevens en die van het LISZ. Er ligt wel een zeker verband tussen beider volgorde (rangkorrelaties zijn respektievelijk .77 en .76) met name de door ons als hoog beschouwde artsen E en K en de lage voorschrijvers I en J komen er binnen het LISZ ook als zodanig uit.

Duidelijke onderrapportage zien we het eerste jaar van artsen A, D, F en I, het tweede jaar in mindere mate van E, I en J.

De daling na de komst van de psycholoog, die we in de probleemgroep waarnamen bij A, C, D, I en J, vinden we hier bij de eerste drie artsen terug in de LISZ-cijfers, de twee laatsten blijven in 1976 op hun - weliswaar lage - niveau van 1975.

8. Diskussie en konklusies.

Wanneer we ons konsentreren op de grote lijnen die we in de resultaten bespeurden, dan is er niet zo gek veel veranderd. Weliswaar is in alle drie de opzichten de probleemgroep afgenomen, maar men moet wel beseffen dat dit slechts om ongeveer 5% van de gemiddelde praktijk-populatie gaat. Zien we daarnaast de lichte stijging, die we bij de restgroep in ieder geval met betrekking de kontaktfrekwentie en het medicijngebruik zagen, en het lijkt erop dat we getuige waren van een uitwisseling: sommige probleempatiënten komen niet meer zo veel bij de arts met moeilijkheden en anderen hebben hun plaatsen ingenomen. Dit is een onderwerp dat nog verdere studie vereist.

Als we ons uitgangspunt in herinnering halen, dat met name het verwijzen en het voorschrijven van psychofarmaca twee vormen van taktiek zijn, die een arts voor een deel zelf kan beheersen, dan zien we geen aanwijzingen ervoor dat deze tactieken sterk veranderen onder invloed van samenwerking met de psycholoog. Met name inzake het voorschrijven van psychofarmaca stelt dat enigszins teleur, omdat, in tegenstelling tot verwijzen, de meeste artsen vonden dat ze dat meer deden dan ze idealiter zouden willen. (Ze vonden dat overigens in de vierde meetronde nog steeds).

Het voorschrijven van temesta is in deze illustratief voor de starheid van voorschrijfpatronen: expliciet erom gevraagd dit niet te gebruiken, zien we het verbruik ervan inderdaad afnemen, om naar een tijdje weer het oude peil te hebben.

In de laatste paragraaf zagen we, dat onze gegevens op arts niveau in sommige gevallen minder betrouwbaar waren. Daar moet echter aan toegevoegd worden dat onbetrouwbare scores van artsen in de meeste gevallen random door de tijd verdeeld waren en geen verklaring vormen voor eventuele veranderingen. Zo dit wel het geval geweest is - namelijk daling in verwijscijfers van arts A en J en stijging bij arts E - heeft dit in de totaalcijfers elkaar toch weer opgeheven en kan de konklusie "weinig verandering" ongewijzigd blijven.

Deze geringe verandering in verwijscijfers, met name ook weinig verandering in verwijzingen naar psychiater en A.G.G.Z., heeft als konsekwentie dat we niet kunnen spreken van een versterking van de eerste lijn, in de zin dat er minder naar de tweede lijn verwezen zou worden onder invloed van de psycholoog. Ook in de interviews achteraf wordt door geen der artsen aangegeven dat de samenwerking tot verandering in relaties met A.G.G.Z. en dergelijke heeft geleid.

Ten behoeve van een beoordeling van invloed van de psycholoog in Capelle aan de IJssel op verwijzen, voorschrijven en de mate waarin patiënten hun huisarts bezoeken, konkluderen we aldus dat deze invloed niet hebben kunnen vaststellen. Dit, terwijl de hoogte van de cijfers voor de probleemgroep wel de nodige ruimte bood, om tot een afname te komen. Als voornaamste verklaring daarvoor kunnen we aanvoeren dat een diepgaande verandering waarschijnlijk als noodzakelijke voorwaarde een zeer intensieve begeleiding behoeft, terwijl in Capelle gekozen werd voor een geringe gerichtheid van de psycholoog op de arts en veel ruimte voor het doen van therapieën. Een situatie die door alle betrokkenen aanvaard werd; een deel van hen zou ook niet meer willen. Zeker de helft van de artsen kiest blijkens interviews voor zichzelf niet de rol van behandelaar van psychische klachten maar wil slechts een adequaat verwijzer zijn. Vanuit deze optiek is alleen het niet afnemen van een aantal soorten verwijzingen (A.G.G.Z., psychiatrie, de "onterechte" verwijzingen naar somatische specialismes) als een negatief punt aan te rekenen, omdat de psycholoog in de plaats van een deel van deze verwijzingen had moeten komen.

Vanuit de optimistischer visie die we in het eerste hoofdstuk tegenkwamen, en die rekt op een uitstralingseffekt van de psycholoog naar de huisartsen, moeten de geringe veranderingen in dit hoofdstuk echter als een aantal weerleggingen beschouwd worden; of in ieder geval moet men tot een nauwkeuriger formulering komen hoe psycholoog en huisarts zouden moeten samenwerken om laatstgenoemde blijvend te beïnvloeden in zijn voorschrijf- en verwijsgedrag en zijn omgang met frekwente bezoekers.

III DE PSYCHOLOOG EN ZIJN KLIENTEN

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is uitgebreid aandacht besteed aan mogelijke veranderingen bij artsen onder invloed van hun samenwerking met een psycholoog. In dit hoofdstuk willen we aandacht aan de konkrete activiteiten van de psycholoog besteden, te weten de therapieën die hij uitvoerde.

In het eerste hoofdstuk werd beschreven dat therapeutische activiteiten vanaf de start het grootste deel van de activiteiten uitmaakte; het was ook de wens van de artsen om in eerste instantie te kunnen verwijzen *).

In dit hoofdstuk zullen we onze aandacht richten op de cliënten die de psycholoog behandelde en de resultaten die hij ermee bereikte.

Hieraan onderscheiden we in dit hoofdstuk drie aspecten:

- we willen aandacht besteden aan een beschrijving van cliënten en therapie in termen van achtergrondgegevens, behandelde problematiek, duur van therapie, e.d. De vraag die we beantwoord willen hebben luidt heel grofweg: wat voor patiënten kunnen er zoal terecht bij een psycholoog in de eerste lijn en hoe zijn zijn behandelingen te omschrijven?
- een tweede aspect is het effect van de psycholoog op zijn cliënten. Nu is het vaststellen van criteria bij psychotherapie altijd een hachelijke zaak: aangezien men niet ontsnapt aan het uitspreken van een waardering, proberen we die waardering in ieder geval vanuit een aantal verschillende standpunten te doen.
Het toepassen van diverse evaluatie-mate geeft ons de hoop wat zinnigs te kunnen zeggen over datgene wat de psycholoog bij zijn cliënten bereikt heeft.
Het spreekt vanzelf dat in het kader van dit onderzoeksaspect ook gekeken zal worden naar de wijze waarop verschillende effecten gespreid zijn over de verschillende categorieën aangemelde problematiek, de diverse gehanteerde therapievormen, duur van de zittingen, achtergrondkenmerken van de cliënten, etc.
- een derde aspect dat we expliciet op willen nemen is het verloop van beide vorige aspecten in de loop van de drie jaar dat de psycholoog werkzaam was. Kunnen we in de diverse aandachtsgebieden een ontwikkeling schetsen naarmate arts en psycholoog langer samenwerken? Wordt zijn aantal zittingen korter? Gaan artsen andere problemen verwijzen? Krijgt de psycholoog voorkeur voor andere therapieën? Worden bepaalde cliëntengroepen in de loop van de tijd uitgeselecteerd, als zijnde meer behandelingsgeschikt? Dit soort vragen hopen we onder het hoofd "veranderingen in de tijd" te kunnen beantwoorden.

De opbouw van dit hoofdstuk komt er dan als volgt uit te zien: eerst gaan we in de volgende paragraaf nader in op theoretische achtergronden van de hier aangestipte vraagstellingen.

Vervolgens behandelen we het praktische verloop van dit deel van het onderzoek. In paragraaf 4, 5 en 6 komen naar aanleiding van de hierboven gepresenteerde aspecten de diverse resultaten naar voren.

In paragraaf 7. tenslotte zullen we in de discussie ingaan op de interpretatie hiervan.

* In geval van zo'n verwijzing nam de arts contact op met de psycholoog met de vraag "of dit iets voor hem was". Indien dit het geval was, liet de arts de patiënt contact opnemen met de psycholoog voor het maken van een afspraak. Achteraf kreeg de arts een schriftelijk verslag van de therapie, het resultaat, de prognose en eventuele opmerkingen.

2. Theoretische en methodologische overwegingen.

Zoals in de inleiding gezegd, onderscheiden we in dit hoofdstuk drie aandachtsvelden naar aanleiding van de werkzaamheden van de psycholoog:

- een beschrijving van cliënten en therapieën (wat doet de psycholoog en bij wie?)
- een effectmeting (welk gevolg heeft het ingrijpen van de psycholoog?)
- hoe hebben beide bovenstaande aspecten zich ontwikkeld gedurende de drie jaar dat het projekt duurde?

De twee eerstgenoemde thema's (kenmerk van de cliënt en effect van de psycholoog) behoeven enige nadere toelichting, het eerste vanwege theoretische achtergronden van de vraagstelling, het tweede vanwege de methodologische problematiek die gepaard gaat met het meten van het effect van psychotherapie.

In deze paragraaf vragen we aandacht voor een toelichting hierop. We behandelen eerst bestaande theorie met betrekking tot kenmerken van cliënten. Daarna gaan we in op de theorie van het effectmeten.

aspect 1:
achtergrond
van de cliënt

De aandacht voor achtergrondkenmerken van de cliënt komt voortuit de alom aanvaarde opvatting dat psychotherapeutische hulp voornamelijk bij jongere mensen uit middle-class en hogere milieus terecht komt (zie onder meer Garfield, 1971, Goldstein, 1971, v.d.Heuvel & Schaap, 1979 (1), v.d.Velden en Vreeken, 1977, Cobb, 1972).

De prevalerende therapieën zouden niet bepaald op maat van niet-YAVIS *) patiënten zijn toegesneden. In twee opzichten zou de positie van de psycholoog in Capelle een verbetering beteekenen: hij is gemakkelijk bereikbaar, men hoeft niet naar een onbekend instituut, er is geen intake-procedure, etc. Verder zou er sprake zijn van kortdurende therapieën vaak met een min of meer direktief karakter, hetgeen, afgaande op de Velden en Vreeken een zinvol alternatief kan zijn voor cliënten die in klassieke settings niet aan de bak komen.

Dergelijke verwachtingen behoeven een toetsing. Vormen naar de psycholoog verwezen cliënten een getrouwe afspiegeling van het praktijkbestand van de arts, wanneer we letten op leeftijd, milieu en gezinssamenstelling? Is er sprake van kortdurende therapie, kunnen we juist bij non-YAVIS patiënten spreken van direktieve therapie en met welk resultaat? Dit soort vragen willen we naar aanleiding van dit eerste aspect behandelen.

aspect 2:
effect psy-
choloog

Het tweede aspect waaraan we in dit hoofdstuk aandacht willen besteden is de uitkomst van de therapie. Hiermee geraken we in tal van problemen: indien er een controversieel onderwerp in de evaluatie research bestaat is het wel dat van therapie-evaluatie, Moeilijkheden rijzen onder meer bij de keuze van een geschikt kriterium en bij het vinden van een geschikte maat hiervoor. Vervolgens levert het betrouwbaar skoren van die maat een nieuwe bron van problemen op en tenslotte laat het therapeutisch gebeuren zich moeilijk in een onderzoeksdesign inpassen. We willen hier enige van de grootste struikelblokken de revue laten passeren.

We besteden aandacht aan criteria, die wel of niet gebruikt kunnen worden om een effect te meten, kenmerken van meetinstrumenten en hun bezwaren, scoringsproblemen en de moeilijkheden bij het vinden van een

* YAVIS = young, attractive, verbal, intelligent, sociable. Deze cliënten, meestal afkomstig uit middle-class milieus, zijn de meest voorkomende en meest succesvolle categorie bij huidige instellingen.

geschikt onderzoeksdesign.

Wanneer het effect van het werk van een therapeut gemeten moet worden is het eerste probleem waarop men stuit het vinden van een kriterium voor verbetering: wat voor soort uitkomsten van de therapie worden onderzocht, welke worden een verbetering genoemd en welke niet.

Een paar algemene vragen staan in dit soort discussies centraal, en duiken in iedere literatuurbespreking weer op:

- moet het kriterium specifiek of algemeen zijn: geldt een kriterium voor de hele populatie of brengt iedere cliënt zijn eigen kriterium met zich mee?
Specifieke criteria doen in het algemeen meer recht aan datgene wat essentieel is voor de individuele cliënt-therapeut interactie, ze bemoeilijken echter vergelijkingen met andere resultaten (Soudijn, 1977, v.d. Heuvel & Schaap, 1979 (2), Schagen, 1979).
- moet een kriterium intrinsiek zijn - de cliënt beoordeelt zijn eigen functioneren - empirisch - gericht op gedragsaspecten - of moet het voortkomen uit een bepaalde theorie. Het eerstgenoemde zal het meest aansluiten bij het verlangen naar specificiteit, maar laat zich, zoals we onder "meetinstrumenten" zullen zien het moeilijkst objectiveren en meten. Vanuit methodologisch oogpunt, in het kader van een theorie-ontwikkeling verdient het juist aanbeveling om maten te gebruiken die uit een theorie voortkomen (Fiske, et.al.1970, maar dit zal weer gemakkelijk voorbijgaan aan de genoemde essentie van de individuele cliënt-therapeut interactie.
- een derde discussiepunt is gelegen in de hoeveelheid criteria die men gebruikt.

Een uitweg uit de bovengenoemde dilemma's wordt soms aanbevolen door meerdere criteria te gebruiken (v.d.Heuvel & Schaap, 1979 (2)); een therapeutisch veranderingsproces zou tenslotte ook meerdere dimensies hebben. Soudijn (1977) waarschuwt daarentegen dat dit een oninterpreteerbaar beeld kan opleveren, omdat niet dezelfde cliënten op diverse criteria even hard zullen veranderen.

Uitgaande van een methodologie die Fiske (1971) schetste, zou men wel met verschillende maten moeten werken, maar levert dit pas een betrouwbare meetinstrumenten-batterij op, wanneer de diverse meetmethodes aan elkaar gevalideerd zijn (zie ook Cambell & Fiske, 1959). In dit geval gebruikt men dus niet zo maar een aantal meetinstrumenten en ziet dan wel wat er uitkomt maar is er sprake van meerdere instrumenten waarvan experimenteel is vastgesteld dat ze op dezelfde trek hetzelfde meten.

We laten deze drie discussiepunten met betrekking tot de keuze van criteria nu even liggen om hier na bespreking van problemen rond meetinstrumenten en onderzoeksdesign weer op terug te komen: we gaan dan in op de oplossingen die we in het kader van het huidige onderzoek voor de diverse problemen hebben gekozen.

Meetinstrumenten kunnen volgens Cromwelll, Olsen en Fournier (geciteerd in van de Heuvel & Schaap 1979) worden ingedeeld in subjectief-objektief en insider beoordeling-outsider beoordeling.

Het bezwaar van beoordeling door insider (in ons geval: de cliënt) is erin gelegen dat deze op alle mogelijke manieren gekleurd wordt : zelf-rechtvaardiging achteraf, hello-goodbye effect (begin problematiek wordt relatief ernstig voorgesteld om therapie te rechtvaardigen, aan het slot wordt het probleem gebagataliseerd), suggestie, sociale wenselijkheid ten opzichte van de therapeut, reactie effect (men handelt naar het feit

dat men de therapie zal moeten beoordelen). Ook wanneer de cliënt objectieve gedragsgegevens moet rapporteren zullen een aantal van deze effecten blijven gelden.

Beoordelingen door outsiders kunnen geschieden door therapeuten, onafhankelijke observatoren, aan de hand van protocollen en officiële stukken. Subjektieve beoordelingen zullen in het algemeen door de therapeut geschieden. Bezwaren hiertegen zijn onder meer het gevaar van de bias, gezien zijn eigen oordeel in het te beoordelene, en het gebrek aan een gestandaardiseerd referentiekader waarop een dergelijk oordeel wordt gebaseerd (Fiske et.al. 1970). Dergelijke bezwaren hoeven niet zozeer aan beoordelingen aan de hand van objectief vastgestelde gegevens te kleven; we zouden hierbij echter willen opmerken dat dit soort gegevens snel de neiging zullen hebben tot verlies van specificiteit.

Uit het genoemde inzake criteriumkeuze en meetinstrumenten kunnen we nu ook enige kanttekeningen afleiden inzake het betrouwbaar skoren van meetresultaten. De betrouwbaarheid is gering bij het ontbreken van een gestandaardiseerd referentiekader; meetresultaten die in objectieve gedragstermen zijn geoperationaliseerd zullen betrouwbaarder gemeten kunnen worden dan subjektieve maten: dit betekent in het algemeen een voordeel van empirische en theoretische criteria boven intrinsieke en van objectieve beoordelingen boven subjektieve.

Ook in dit geval komen we aan het eind van het hoofdstuk terug op de oplossing die we in ons onderzoek kiezen voor de beslissing tussen insider en outsider, objectieve en subjektieve beoordelingen.

Een onderzoeksdesign te vinden waarmee therapieën zich laten evalueren, is het laatste obstakel waaraan we enige woorden willen wijden, alvorens terug te keren tot ons eigen onderzoek.

Men dient op een of andere wijze een controle-mogelijkheid in te bouwen in de onderzoeksopzet. Dit kan geschieden met behulp van controle-groepen, die al dan niet een pretest ondergaan, maar dit brengt verscheidene problemen met zich mee. Van echte kontrolegroepen (= onbehandeld) kunnen we niet spreken in therapie-evaluatie onderzoek, aangezien het niet behandelen op zich volkomen onkontroleerbaar is. Voorts brengt de praktijk in het algemeen met zich mee dat de keuze tussen wel en niet behandelen niet random te noemen is, wat de kontrolegroep nog minder geschikt voor haar taak maakt. Een ander bezwaar in de diverse designs is, dat men niet weet wat de invloed is van het testafnemen op zich, iets wat inherent is aan meten: met name het "therapeutisch" effect hiervan op kontrolegroepen staat ter discussie. Aan de meeste van deze bezwaren kan tegemoet gekomen worden door uitbreiding van de designs: hoe uitgebreider echter het design, des te grotere samples zijn vereist.

Een andere mogelijkheid is gelegen in het gebruik van quasi-experimentele designs: een aantal voormetingen gaan aan de therapie vooraf, een aantal nametingen volgen de therapie. Men kan nu beslissen of de veranderingen tijdens de therapie groter zijn dan die op verschillende tijdstippen voor of na de therapie: elke cliënt vormt zijn eigen kontrolegroep bij wijze van spreken. Als nadeel hiervan wordt door Fiske et.al. genoemd, dat de invloed van het herhaald testafnemen nog veel groter is.

Het eigen onderzoek.

Binnen het samenwerkingsverband zoals dat in Capelle bestond, hadden we te maken met een aantal factoren die als gegeven beschouwd kunnen worden.

Binnen deze beperkingen hebben we getracht een zo gunstig mogelijke uitweg te zoeken uit de diverse problemen die in het bovenstaande geschetst zijn. Gelet op de criteria is één criterium voor verbetering ons reeds gegeven in de Capelse situatie, aangezien we onder meer gebruik kunnen maken van de voortgangsverslagen van de psycholoog. In deze verslagen vermeldt hij per cliënt onder meer of deze "verslechterd", "onveranderd", "verbeterd" of "sterk verbeterd" is.

Het is echter geen bijster gelukkige maat, subjectief en globaal en we waren dan ook genooddaakt te zoeken naar andere criteria.

Een tweede criterium wordt in de Capelse setting aanbevolen, in termen van medische consumptie bij de huisarts. De motivatie achter het SPEECH-project was immers dat patiënten veel bij de huisarts kwamen, vaak verwezen werden, veel medicijnen gebruikten, terwijl de arts feitelijk het gevoel had ze niet te kunnen helpen.

Als gevolg van behandeling door de psycholoog zou als effect kunnen gelden: daling van medische consumptie.

Het betreft hier een beoordeling door outsiders aan de hand van objectieve gedragsgegevens. Deze gegevens worden gedurende langere tijd verzameld, terwijl dit toch geen invloed heeft op het cliëntengedrag, aangezien we hier van een "unobtrusive measure" kunnen spreken. De betrouwbaarheid van de meeste gegevens is redelijk goed (zie II 3.3.) Een bezwaar dat hieraan kleefte is dat het niet zo'n specifiek criterium is. Een aantal cliënten zal verwezen worden wegens problematiek die zich niet uit in medische consumptiepieken; hierbij vormt de medische consumptie geen relevante maat.

Wel specifiek is een maat die verkregen wordt met behulp van Goal-attainment Scaling (zie o.a. Bensing en Dekker, 1973, v.d. Hart en Lange, 1972, Kiresuk & Sherman, 1968, Schmidt, 1974, v.d. Veer, 1974). Hierbij worden konkrete, cliëntspecifieke probleemgebieden geselecteerd, waarvan per probleemgebied verwachtingen worden aangegeven in gedragstermen. Aan de hand van een gewogen score kan worden nagegaan of bij aanvang van de therapie geformuleerde verwachtingen zijn bereikt, of dat de cliënt er onder of er boven is geëindigd.

Deze maat is objectief te noemen, in die zin dat het om concreet gedrag gaat. Een belangrijk subjectief element wordt erin gebracht, vanwege het feit dat het aan rapportage van de cliënt of zelfs schattingen van de therapeut wordt opgehangen. Dit zegt ook iets over de betrouwbaarheid van de maat.

We hebben zo drie criteria:

- het oordeel van de psycholoog: een intrinsiek, globaal, maar wel specifiek criterium, subjectief gemeten aan de hand van een outsider beoordeling, op zich weinig betrouwbaar;
- de GAS: een empirisch criterium, specifiek, "objectief" gemeten aan de hand van outsider beoordeling, betrouwbaarheid?
- medische consumptie: een empirisch criterium, weinig specifiek, objectief gemeten aan de hand van outsider beoordeling; redelijk betrouwbaar.

Bij het eerste meetinstrument wordt na afloop van de therapie een beoordeling toegekend; bij de GAS kunnen we van een voor- en een nameting spreken, zonder controlegroep, de medische consumptie wordt vastgelegd binnen een quasi-experimenteel design, terwijl tevens sprake is van een controle door rest- en probleemgroep (zie ook II.3.)

Het probleem van meerdere criteria zonder dat de bijbehorende instrumenten aan elkaar gevalideerd zijn blijft in dit onderzoek overeind staan: we zullen ze dan ook in eerste instantie als drie verschillende, onderling onafhankelijke maten moeten zien: er is sprake van drie onderzoeksvragen, n.l.: in welke mate vindt de psycholoog dat zijn cliënten

verbeterd zijn, in welke mate worden gestelde doelen bereikt en in welke mate is de medische consumptie gedaald.

De twee eerste maten kunnen gebruikt worden in het kader van een beschrijvende statistiek. Zoals gezegd ligt het niet zozeer in onze bedoeling om uit deze drie maten een soort totaalkriterium te destilleren. Veeleer pretenderen we met de verschillende maten verschillende vragen te beantwoorden, n.l.:

- een beschrijving van de mate van verbetering volgens de psycholoog gekoppeld aan kenmerken van cliënt, problematiek en therapie.
- een beschrijving van de mate waarin in termen van therapeut en cliënt doelstellingen werden verwezenlijkt, eveneens gekoppeld aan bovengenoemde kenmerken
- een effectmeting in termen van medische consumptie, gekoppeld aan een evaluatie van een dergelijke maat.

Dit laatste zal behelzen: inventarisatie van de soorten problematiek waarvoor dit een relevante maat is, en een eerste validering ervan als maat voor therapeutische verbetering; wil men effect van psychotherapie kunnen vaststellen aan de hand van minder doktersbezoek, medicijngebruik, e.d. dan zal als minimum eis aan deze maat gesteld moeten worden dat een relevant effect in medische-consumptie-termen samen moeten gaan met verbetering in termen van psychologen-oordeel en de gestelde doelen.

aspekt 3: verandering in de tijd Zoals gezegd zal van de twee hier behandelde aspecten nagegaan moeten worden of er sprake is van veranderingen in deze opzichten naarmate artsen en psycholoog langer samenwerken. Globaal gesteld zal nagegaan worden of de resultaten in de loop van de tijd veranderen én of er sprake is van een verandering in de differentiatie naar achtergrondkenmerken.

3. Verloop van het onderzoek.

We zullen hier van de drie gebruikte maten aangeven welke gegevens werden verzameld, hoe ze gedefinieerd zijn en op welke wijze ze verkregen werden. Zoals gezegd werd het oordeel van de psycholoog ontleend aan zijn voortgangsverslagen, waarin van de cliënt stond aangegeven of hij verslechterd, niet veranderd, verbeterd of sterk verbeterd was. Aan gezien bij de beëindiging van elk voortgangsverslag een aantal cliënten nog in behandeling was, missen we deze gegevens bij 22% van ons onderzoekbestand.

Per cliënt stond in het voortgangsverslag voorts aangegeven met welke problematiek deze patiënt bij de psycholoog binnenkwam en welke therapievorm werd toegepast. De door de psycholoog gehanteerde categorieën werden door ons overgenomen (zie bijlage 5 tabel 1). Verder werden uit deze verslagen het aantal zittingen en eventuele verwijzingen door de psycholoog overgenomen.

Ten behoeve van de Goal Attainment Scaling werd in het begin van de therapie door onderzoeker en psycholoog een aantal gedragsmaten vastgesteld, waarover verwachtingen werden uitgesproken. Tevens gaf de psycholoog zijn oordeel over milieu van de patiënt (1: academisch gevormd, topkader; 2: middenstand, geschoolde arbeiders, e.d.; 3. weinig geschoolde arbeiders, e.d.).

Verbaliteit: in termen van vlot of weinig pratend, en in termen van zich al dan niet kunnen uitdrukken, gevoelens onder woorden kunnen brengen, etc. Aan het eind van de therapie werd nagegaan in hoeverre de gestelde doelen bereikt waren. Voorts werd opgetekend hoe de therapie beëindigd was: therapeut en cliënt besluiten samen voor beëindiging, cliënt blijft

weg zonder overleg, cliënt wordt verder verwezen, therapeut weigert verdere therapie, hoeveel zittingen zijn er geweest; tevredenheid therapeut en cliënt: vijfpuntsschaal van zeer tevreden tot zeer ontevreden.

De gegevens met betrekking tot medische consumptie werden verkregen uit de registratiesystemen van de huisartsen. Hiervan gebruikten we de volgende gegevens: leeftijd van de cliënt, geslacht van de cliënt, verzekeringsvorm, gezinssamenstelling, contactfrequentie/kwartaal, psychofarmacavoorschriften/kwartaal, verwijzingen/kwartaal, problemen door arts genoteerd/kwartaal.

Voor een verdere verantwoording hiervan verwijzen we naar hoofdstuk II 3.3. en bijlage 3.

Vanaf april 1976 werd ongeveer eens per maand een Goal Attainment Scale van nieuwe cliënten opgesteld en werden eindformulieren van die maand beëindigde therapieën ingevuld. De registratie van medische consumptie geschiedde in de periode september-oktober 1977 en juli-september 1978. De voortgangsverslagen van de psycholoog hebben respectievelijk betrekking op patiënten behandeld van 1 september 1975 - 1 september 1976, 1 september 1976 - 1 maart 1977, 1 maart 1977 - 1 oktober 1977 en 1 oktober 1977 - 1 april 1978.

Alleen de cliënten werden opgenomen waarvan we de medische consumptie konden achterhalen of waarvan een GAS was opgesteld. We verkregen zo gegevens over 266 cliënten. In totaal behandelde de psycholoog 440 cliënten. Van de eerste 130 cliënten werd überhaupt geen GAS opgesteld, later ging een aantal verloren doordat GAS niet zinvol was, b.v. omdat de cliënt maar eenmaal op het spreekuur kwam omdat het om testen of adviezen ging, omdat de psycholoog na enige zittingen besloot dat het niets voor hem was, e.d.

Medische consumptiegegevens ontbraken wanneer patiënten verhuisd waren, niet meer te achterhalen door onvolledige identificeerbaarheid, e.d. Verder werden patiënten van twee van de elf artsen niet opgenomen in het onderzoek.

We hebben nagegaan in hoeverre de door ons bestudeerde groep cliënten afwijkt van de totale cliëntenpopulatie zoals beschreven in het eindverslag van de psycholoog. Qua leeftijd, geslacht en milieu bleek onze groep een vrijwel exacte afspiegeling te zijn van de totaalpopulatie. Alleen qua duur van de therapie bleek dat in onze groep kortdurende konsulten wat ondervertegenwoordigd waren (zie tabel 1.)

aantal konsulten zoals weergegeven in voortgangsverslagen van de psycholoog	totaal bestand van de psycholoog *)	door ons bestudeerde groep cliënten
1 - 3 konsulten	21%	17%
4 - 6 konsulten	39%	32%
7 - 9 konsulten	23%	26%
10-12 konsulten	9%	12%
.....12 konsulten en meer	8%	13%
	N = 440	N = 248

Tabel 1.: aantal konsulten, vergelijking onze cliëntengroep met totaal populatie

*: bron: eindverslag psycholoog

4. Kenmerken van cliënten, hun problemen en de behandeling daarvan.

In deze paragraaf zullen we ons richten op het eerstgenoemde aspect. Hoe kunnen cliënten beschreven worden naar achtergrondkenmerken, naar soort problematiek en naar kenmerken van de therapie die ze krijgen. De door ons bestudeerde cliëntengroep van de psycholoog wordt in de volgende tabellen gekarakteriseerd naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en gezinssamenstelling en in dit opzicht vergeleken met patiënten uit de probleem- en restgroep van het deelonderzoek "medische consumptie" en een I.M.P.-populatie *). Bezien we eerst de leeftijd:

leeftijd	kliënten	probleemgroep	restgroep	I.M.P. 1977
11-20	9%	3%	14%	6%
21-30	34%	18%	31%	44%
31-40	32%	21%	18%	31%
41-50	15%	24%	11%	12%
51-60	9%	19%	11%	} 6%
61 en ouder	2%	14%	15%	
	N = 248	N = 898	N = 1248	N = 1007

Tabel 2: leeftijdsverdeling van cliënten, probleem- en restgroep en een andere psychotherapie-populatie.

We zien in deze tabel dat de door de psycholoog behandelde cliënten vooral van de restgroep verschillen door een oververtegenwoordiging van de groep 30-40 jarigen en door een ondervertegenwoordiging van patiënten boven de zestig jaar.

Deze restgroep bestond uit een steekproef "doorsnee" patiënten van de artsen (zie ook II.3). Naast de restgroep was bij de artsen ook een steekproef samengesteld uit patiënten "die in aanmerking zouden komen voor verwijzing naar de psycholoog", de zogenaamde probleemgroep.

Kliëntengroep en probleemgroep verschillen sterker van elkaar dan we hierboven zagen bij cliëntengroep en restgroep. In de cliëntengroep zitten meer mensen uit de leeftijdskategorie 10-40 jarigen. Ten opzichte van de probleemgroep zijn alle leeftijdskategorieën boven de veertig jaar ondervertegenwoordigd in de cliëntengroep.

Vergelijken we de cliënten van de psycholoog ten slotte met de cliënten van het Utrechtse IMP in 1977. We zien dat bij de psycholoog in Capelle minder mensen uit de groep 20-30 jarigen komen en meer mensen boven de 50 jaar.

Al met al is in Capelle sprake van een zekere overmaat aan jongere cliënten, terwijl de leeftijdsgroep boven de vijftig achterblijft. Deze tendens is echter minder sterk dan bij de IMP-groep.

De volgende tabel geeft de indeling weer naar geslacht, verzekeringsvorm en gezinsvorm.

	kliëntengroep	probleemgroep	restgroep	IMP '77
man	46%	33%	49%	47%
vrouw	54%	67%	51%	53%
particulier	34%	28%	31%	
ziekenfonds	57%	68%	64%	
I.Z.A.	9%	4%	5%	
alleenstaand	12%	13%	13%	
alleen met kinderen	3%	6%	5%	
met partner zonder kinderen	19%	23%	24%	
met partner met kinderen	67%	58%	58%	

Tabel 3: Verdeling naar geslacht, verzekeringsvorm en gezinssamenstelling van cliënten, probleem- en restgroep en andere psychotherapie-populatie.

* Bron: jaarverslag '71 - '77 IMP Utrecht

In tabel 3 zien we dat qua geslachtsverdeling de cliëntengroep veel meer weg heeft van de restgroep dan de probleemgroep. Terwijl artsen tweemaal zo vaak van vrouwen vinden dat ze in aanmerking komen voor verwijzing naar de psycholoog, dan van mannen, komen bij benadering ongeveer evenveel mannen als vrouwen bij de psycholoog. Als zodanig vormt de cliëntengroep een vrij getrouwe afspiegeling van de praktijkbestanden in hun geheel.

Deze zelfde trend zien we optreden bij de in 1977 aangemelde cliënten van het utrechtse IMP: weinig verschil tussen mannen en vrouwen.

In de twee andere opzichten is er niet zoveel onderscheid tussen de drie steekproeven. Bij de cliënten van de psycholoog zitten iets meer particuliere patiënten en hebben de volledige gezinnen een nog grotere meerderheid; dit laatste heeft te maken met de oververtegenwoordiging van de leeftijdskategorieën 20-30 en 30-40 jarigen.

Vervolgens willen we de cliëntenpopulatie middels een aantal andere categorieën beschrijven, die zich niet voor externe vergelijking lenen wegens gebrek aan gegevens. We geven achtereenvolgens het milieu, de verbaliteit, de problematiek, gebruikte therapievorm en duur van de konsulten weer.

gezinsmilieu		verbaliteit	
- topkader, hogere middenstand	31%	- zich goed uitdrukken	69%
- lagere middenstand, geschoolde arbeiders	63%	- moeite met zich uit te drukken	31%
- ongeschoolde arbeider, e.d.	6%		

De soort problematiek die werd aangemeld is in de voortgangsverslagen door de psycholoog weergegeven als "aangemelde problematiek": het blijft daar in het midden in hoeverre dit de problematiek is, zoals hij door de artsen en cliënten is aangemeld en voor hoever de eigen mening van de psycholoog in deze kategorisering meespeelt.

Daarnaast gaf hij ook een door hem bepaalde "psychologische diagnose". Wanneer we "aanmelding" en "diagnose" naast elkaar plaatsen (bijlage, tabel 1), zien we dat problemen vaker als individueel *) werden aangemeld dan de "psychologische diagnose" individueel was, met "relaties" was dit precies omgekeerd. Verder worden problemen relatief vaker aangedragen als fobie, depressie, psychosomatische klachten en slaapstoornissen, terwijl ze daarentegen vaker gediagnostiseerd worden als assertiviteit en indentiteitsproblematiek.

In een later stadium zullen we kijken of hierin in de tijd verandering komt.

Ter behandeling van al deze problemen werden de volgende therapeutische benaderingen gebruikt:

- gedragstherapeutische aanpak	13%
- vanuit systeemtheorie	31%
- relatietherapie	12%
- counseling	14%
- meerdere invalshoeken	26%
- overig	4%

* Aanmeldingen en diagnose kunnen grofweg ingedeeld worden als "individuele problematiek" (merendeels "fobie en ziekteangst", "depressie", "psychosomatiek", "assertiviteit") "relaties", "werk" en "overig". Voor een volledige opsomming zie de bijlage, tabel 1. (In de bijlage zijn tabellen opgenomen, die niet noodzakelijk zijn voor een goed begrip van de tekst. Waar van toepassing wordt ernaar verwezen).

Het vereiste aantal zittingen staat in het volgende staatje weergegeven. Hierbij is (in tegenstelling tot in tabel 1) gebruik gemaakt van onze eigen registratie (GAS-formulier) welke enigszins af kan wijken van de registratie van de psycholoog.

De registratie op het GAS-formulier ging namelijk uit van het exact aantal zittingen van afgeronde therapieën. De registratie in de voortgangsverslagen telt soms twee zittingen van een half uur of korter als één zitting. Verder is in de voortgangsverslagen niet elke therapie afgerond en telt zo een lager aantal zittingen.

1-3 zittingen	18%
4-6 zittingen	31%
7-9 zittingen	19%
10-12 zittingen	11%
13-15 zittingen	6%
16 en meer zittingen	14%

Zoals gezegd ontberen we vergelijkingsmateriaal. Uit deze beschrijving op de voorgaande pagina's blijkt dat de gemiddelde cliënt tot de lagere middelklasse en hoger behoort en dat hij in het algemeen redelijk verbaald begaafd is.

De problemen zoals ze aangemeld worden zijn in het algemeen individueel en hebben vaak een lichamelijke komponent, terwijl in de diagnose relationele respectievelijk psychische aspecten vaker de boventoon voeren. Deze aandacht voor relationele aspecten klinkt ook door in de vaak toegepaste systeem-theoretische benaderingswijze, geïnspireerd door de theorieën van Haley, Watzlawick, e.d.

Een van de aspecten die in het deel van "veranderingen in de tijd" aan de orde moeten komen, is dan ook of de weergave van aanmeldingen van problematiek ook meer zijn gaan neigen naar omschrijvingen in relationele of kommunikatietermen.

Samenhangen tussen achtergrond- en therapievariabelen.

Enige interessante samenhangen met leeftijd en milieu kunnen vermeld worden in het kader van deze achtergrondomschrijvingen.

Qua verbaliteit zien we dat de leeftijdskategorie 10-20 en de laagste milieuklasse relatief vaker als weinig verbaal worden aangemerkt, dan de rest. Wanneer we letten op het klachtenpatroon, dan zien we depressies relatief veel voorkomen in de leeftijdsgroep 40-60 jarigen, slaapstoornissen in de leeftijdsgroep 50 jaar en ouder, ziekteangst in de groep 30-50 jarigen en fobieën in de groep 10-30 jarigen.

We zien hier een wisselend klachtenpatroon dat samenhangt met een veranderend levensperspektief: naarmate mensen ouder worden, worden hun klachten minder konkreet en diffuser.

Bij analyse van het klachtenpatroon naar milieu-indeling valt het op dat in de hoogste milieukategorie weinig psychosomatiek en relatief veel depressieve en relationele klachten als problematiek worden aangemerkt.

Letten we op de gebruikte therapie dan zien we dat gedragstherapie meer bij jongeren, counseling meer bij oudere patiënten voorkomt.

Konklusie.

Wanneer we ons de diskussie uit paragraaf 2 weer voor de geest halen, waarin gesproken werd over de oververtegenwoordiging van de YAVIS-patiënten, dan moeten we konkluderen dat dat in zekere opzichten ook hier het geval is: ten opzichte van de totale praktijkpopulatie, en zeker

ten opzichte van een potentiële doelgroep (de probleemgroep) zijn jonge mensen oververtegenwoordigd, terwijl de zestig plussers vrijwel wegvallen.

Of de patiëntengroep qua goede verbaliteit oververtegenwoordigd is, weten we niet, wel weten we dat de meeste cliënten zich goed kunnen uitdrukken. Hetzelfde geldt voor het milieu van de cliënt. Het gegeven dat psychosomatiek voornamelijk in de middel- en lage milieuklassen voorkomen, sluit aan bij het beeld van de niet-YAVIS-patiënt, die eerder somatiseert dan zijn eigenlijke problemen boven tafel brengt.

Voorhands kunnen we de konklusie trekken dat de zogenaamde LIBO-klient (laag inkomen, beroepsperspektief en opleiding) hier, evenals in AGGZ-instellingen, niet in grote getale tot de hulpverlening is doorgedrongen.

In de volgende paragraaf zullen we in dit kader nagaan of verschillen in leeftijd en milieu, voorzover ze wel doorgedrongen zijn in de cliëntengroep ook hun invloed op therapieresultaten hebben gehad.

5. Het effect van de psycholoog, uitgedrukt in eigen oordeel, GAS en medische consumptie.

GAS en oordeel van de psycholoog

In paragraaf 2 en 3 is ingegaan op respectievelijk de theoretische problemen rondom effectmeting en de praktische opzet van die effectmeting in ons onderzoek.

In deze paragraaf zullen we de resultaten hiervan presenteren, in eerste instantie sec, in tweede instantie in verband met elkaar en met achtergrondkenmerken van patiënt en therapie.

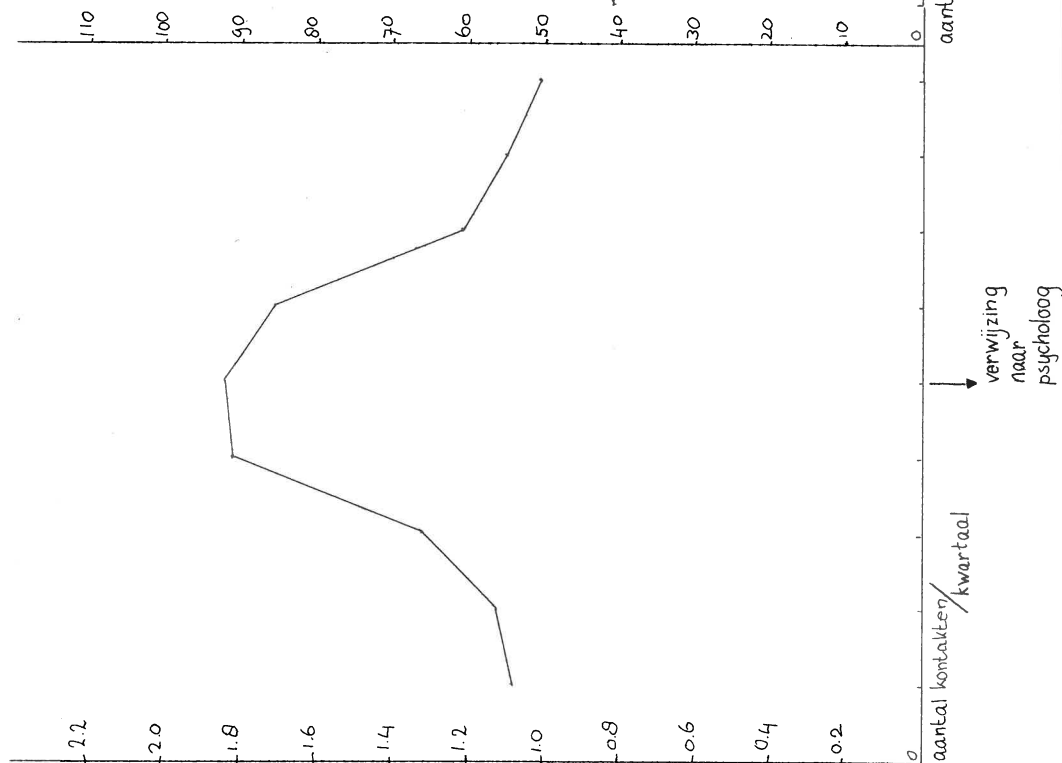
Bezien we in de volgende staatjes het oordeel van de psycholoog en de mate waarin doelen in de therapie zijn bereikt:

resultaat volgens therapeut		gestelde doelen bereikt	
- sterk verbeterd	38%	- onder verwachting	34%
- verbeterd	33%	- naar verwachting	40%
- ongewijzigd	14%	- boven verwachting	25%
- verslechterd	1%		
- niet te bepalen	14%		
N = 207		N = 131	

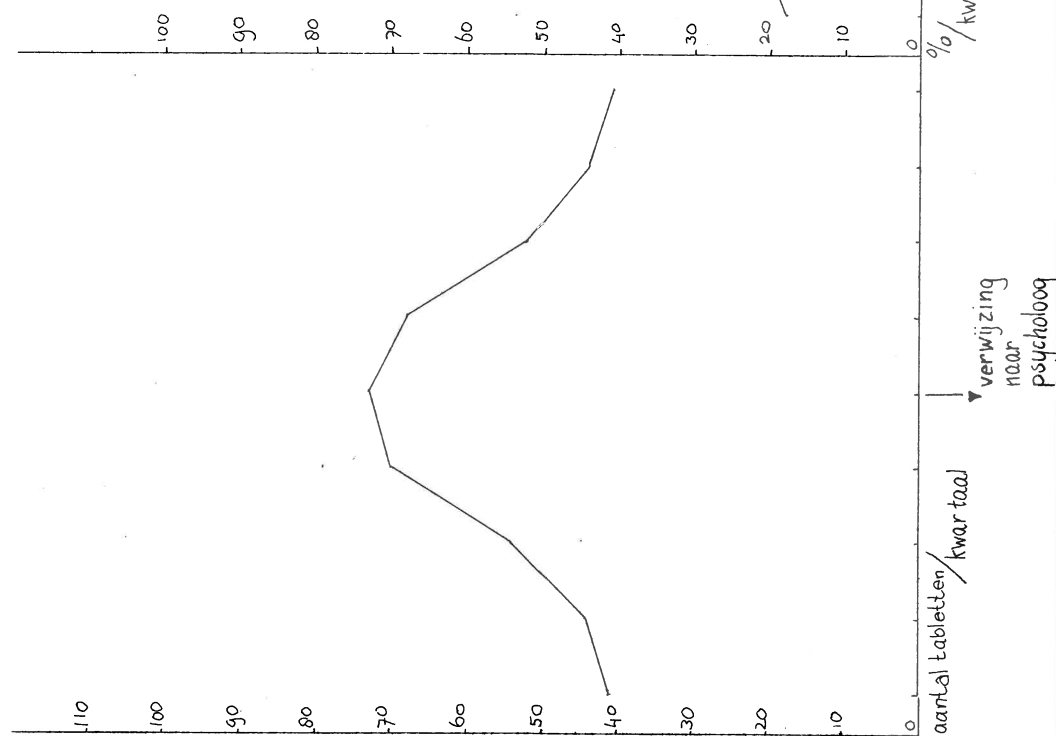
We zien dat beide resultaten als geheel elkaar niet zoveel ontlopen: 65% tot 70% wordt verbeterd geacht, in de zin dat er volgens het oordeel van de therapeut, wanneer hij dit in globale schaalpunten uitdrukt ongeveer 70% (sterk) verbeterd is; 65% van de cliënten, waarvan een GAS werd opgesteld, is aan de gestelde doelen gekomen of er voorbij gegaan. (n.b. ook in dit opzicht gaan we overigens uit van het oordeel van de therapeut).

Onderstaand kruistabelletje geeft het verband tussen beide oordelen weer, Alléén die cliënten zijn er in opgenomen, waarvan een GAS-skore kan worden opgesteld én waarvan resultaten volgens de psycholoog bekend waren in termen van sterk verbeterd - verbeterd - onveranderd - verslechterd. De laatste twee categorieën zijn samengevoegd.

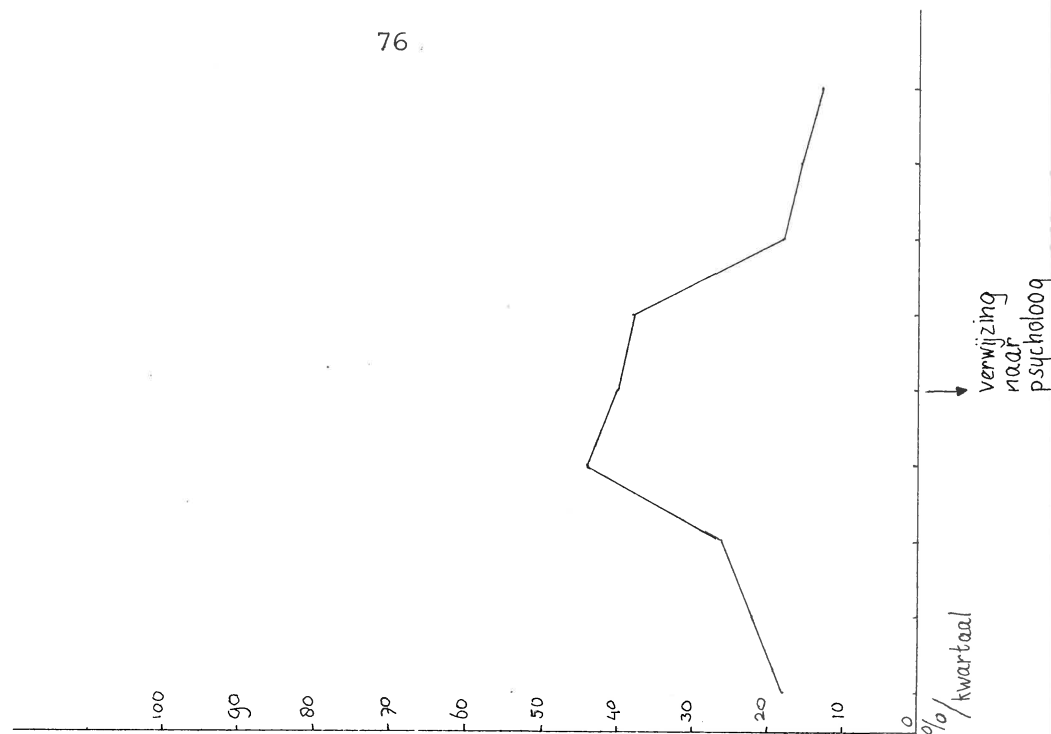
Grafiek 1.: gemiddelde kontaktfrekwentie van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing: over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.



Grafiek 2.: Gemiddeld aantal psychofarmaca van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing: over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.



Grafiek 3.: Percentage patiënten met problemen van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing over: drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.



GAS	oordeel psycholoog			
	verslechterd/ onveranderd	verbeterd	sterk ver- beterd	totaal
- onder verwachting	10	10	6	26
- volgens verwachting	0	16	24	40
- boven verwachting	0	6	18	24
totaal	10	32	48	90

Tabel 4 *): Verband tussen GAS en globaal oordeel van de psycholoog.

We zien dat beide maten hoog samenhangen, maar dat het globale oordeel van de psycholoog "optimistischer" is. Binnen deze steekproef is maar liefst 89% van de cliënten (sterk) verbeterd, terwijl de GAS "maar" 70% van de gevallen volgens of boven verwachting veranderd ziet. Verder is er geen een volgens de GAS positieve uitkomst, waarover het oordeel van de psycholoog negatief was, maar wel andersom: het merendeel van de naar GAS-maatstaven onder verwachting gebleven cliënten, wordt door de psycholoog wel als verbeterd of zelfs sterk verbeterd gezien.

Medische consumptie.

We willen nu onze aandacht verplaatsen naar een mogelijk "effect van de psycholoog" dat tot uiting zou komen in de medische consumptie van (ex-)cliënten bij de huisarts.

In eerste instantie besteden we aandacht aan de totale cliëntenpopulatie, om vervolgens deelgroepen hieruit in onderzoek te nemen.

In grafiek 1 staat van vier kwartalen vóór tot en met vier kwartalen na verwijzing in drie kwartaals voortschrijdende-gemiddelden weergegeven hoe vaak een cliënt gemiddeld per kwartaal bij de arts kwam.

We zien in de laatste kwartalen vóór de verwijzing naar de psycholoog een scherpe stijging in huisartsenbezoek optreden, welke daarna weer daalt tot het niveau van een jaar tevoren.

Een niveau dat iets lager ligt dan dat van de gemiddelde patiënt uit de probleemgroep, dat echter bijna tweemaal zo hoog blijft als dat van de restgroep. De piek tijdens de verwijzing steekt daarentegen scherp boven het niveau van de probleemgroep uit.

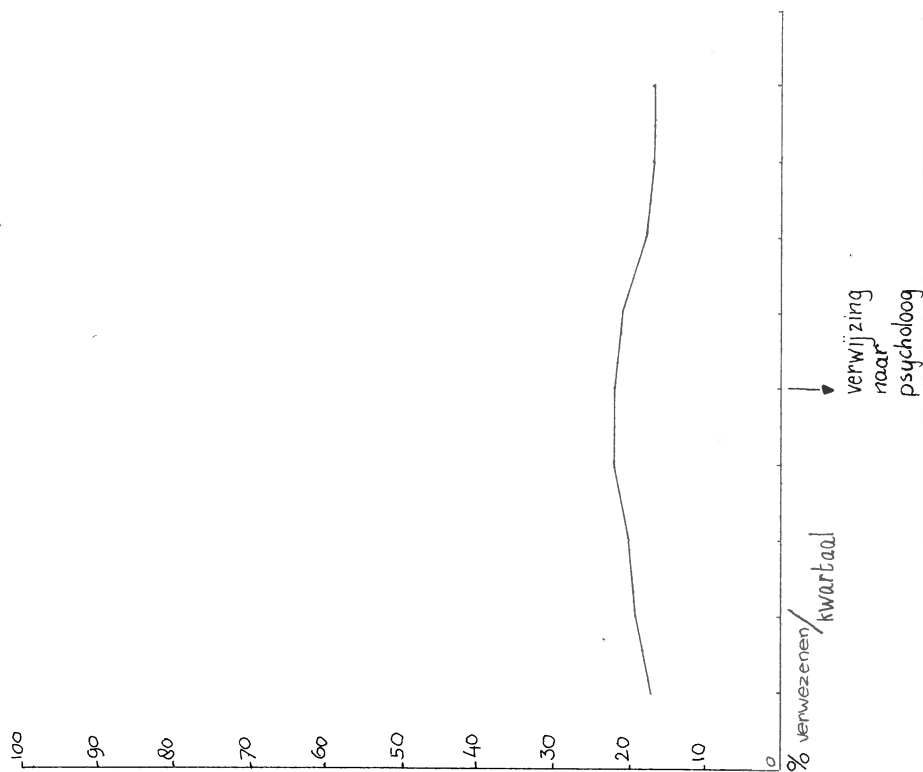
In grafiek 2 staat op dezelfde wijze het medicijn voorschrijven weergegeven, uitgedrukt in gemiddeld aantal psychofarmaca (tabletten) per kwartaal. Ook hier zien we een toename in medicijn-voorschrijven naarmate het tijdstip van verwijzing nadert, gevolgd tot een afname tot het vrijwel exacte beginpeil van een jaar voor verwijzing.

Evenals met betrekking tot de kontaktfrekwentie geldt ook hier dat de relatief lage consumptie aan het begin en einde van de meetperiode ongeveer op het niveau van de probleemgroep op zijn laagst ligt (dus veel hoger dan dat van de restgroep), terwijl de piek extreem hoog is, ook in vergelijking met de probleemgroep.

Het verhaal dreigt saai te worden, maar in grafiek 3 zien we met betrekking tot het percentage patiënten waarvan problemen op de kaart worden vermeld, precies hetzelfde gebeuren.

* Deze in tabel 4 gepresenteerde steekproef is vertekend: weglating van de gevallen waarvan geen GAS bekend is, betekent niet in behandeling genomen, onskoorbaar, e.d., weglaten; weglating van gevallen waarvan oordeel psycholoog niet bekend is, betekent weglating van langdurende therapieën, therapieën waarvan om een of andere reden het resultaat niet te bepalen was, etc. We gebruiken deze steekproef dan ook alleen om het verband tussen GAS-skore en oordeel psycholoog zichtbaar te maken.

Grafiek 4.: Percentage verwezenen van 1 jaar voor verwijzing naar de psycholoog t/m 1 jaar na verwijzing naar de psycholoog: over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.



Grafiek 5.: Percentage verwijzingen van 1 jaar voor verwijzing naar de psycholoog t/m 1 jaar na verwijzing naar de psycholoog: over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.



De "dalen" in de grafiek, + 1 jaar voor en 1 jaar na behandeling corresponderen met (de toppen van) de probleemgroep en liggen veel hoger dan de restgroep, de top op het moment van verwijzing is extreem.

vijzingen

Ten slotte is van de (ex-)kliënten nagegaan hoe vaak ze voor en na behandeling bij de psycholoog, door hun huisarts naar specialisten, AGGZ, fysiotherapie, e.d. zijn verwezen. In grafiek 4 en grafiek 5 staan het aantal verwezenen per 100 patiënten per kwartaal en het aantal verwijzingen per 100 patiënten per kwartaal aangegeven *). In tegenstelling tot de drie voorgaande maten voor medische consumptie is hier in veel geringere mate sprake van twee dalen en een top op het moment van verwijzing. In feite is in dit opzicht de cliëntengroep ongeveer gelijk aan de probleemgroep en worden ze - evenals de probleemgroep - ongeveer tweemaal zo vaak verwezen als de restgroep. Bij deze globale bespreking moeten we nog één opvallend gegeven vermelden: wanneer we letten op de verwijzingen in grafiek 5, dan zien we dat vanaf het tijdstip van verwijzing naar de psycholoog het aandeel van de verwijzingen naar psychiater, maatschappelijk werk, alternatieve geneeswijzen en AGGZ toeneemt. Ongeveer 5% van de klanten van de psycholoog, worden één kwartaal na hun verwijzing naar de psycholoog naar een andere psychosociale hulpverlener verwezen en zo ook 5% na twee kwartalen, na drie kwartalen en na vier kwartalen. In totaal zijn 47 van de 240 cliënten uit onze onderzoeksgroep, na verwijzing naar de psycholoog nog met een van de vier genoemde soorten psychosociale hulpverleners in aanraking geweest, of door verwijzing door de psycholoog, of door verwijzing van de huisarts.

Deze groep, die na bij de psycholoog geweest te zijn, met andere psychosociale hulpverleners in aanraking kwam, is nader door ons onderzocht. Gelet op contactfrequentie en medicijngebruik bleek ze als groep al voor verwijzing problematischer dan andere mensen uit de cliëntengroep: vanaf een jaar voor verwijzing kwam deze groep al vaker en gebruikte ze meer medicijnen dan de gemiddelde "ex-kliënt".

Het verloop in de tijd vertoont hetzelfde Gauss-kromme verloop als de totale cliëntengroep, naar het ligt hoger.

Deze subgroep die toch bij een andere psycho-sociale hulpverlener terecht kwam, is gemiddeld ouder dan de totale cliëntengroep en er zitten relatief meer mensen in die zich moeilijk uitdrukken. De meesten zijn maar een kort aantal zittingen bij de psycholoog geweest.

Depressies en alcohol & drugs problematiek zijn klachten die relatief vaak bij een andere psychosociale hulpverlener terecht komen, in tegenstelling tot fobieën en ziekteangst, welke categorieën in deze subgroep zijn ondervertegenwoordigd.

Er zijn van deze cliënten te weinig Goal Attainment Schalen opgesteld, om in dit opzicht er iets over te kunnen zeggen; van het oordeel van de psycholoog kunnen we opmerken dat bij deze subgroep 18% sterk verbeterd werd bevonden en 25% verbeterd, hetgeen minder is dan voor de gehele groep.

Naar aanleiding van dit globaal overzicht van de diverse aspecten van medische consumptie komen we zo tot de volgende voorlopige kenschets: het gemiddelde met betrekking tot psychofarmacagebruik, contactfrequentie en probleemfrequentie is een jaar voor verwijzing vergelijkbaar met dat van de probleemgroep, en veel hoger dan dat van de restgroep.

* Omdat één patiënt meer dan eenmaal verwezen kan worden in een kwartaal, ligt dit laatste percentage hoger.

Naarmate verwijzing naar de psycholoog dichterbij komt stijgt dit tot een extreem, om in een jaar na de verwijzing weer terug te komen tot het - hoge - beginniveau. Voor verwijzingen is het verhaal aan het begin en einde hetzelfde, maar ontbreekt de extreme top in het midden.

We zullen deze gegevens nu nader uit gaan diepen.

Resultaten in verband met achtergrondvariabelen.

In hoeverre hebben deze resultaten, gemeten op drie manieren, nu te maken met de achtergrondvariabelen, zoals die in het vorige hoofdstuk zijn geschetst?

We zullen hier achtereenvolgens ingaan op de relatie tussen de diverse resultaat-maten en de patiëntenkenmerken: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, milieu en verbaliteit en tussen de resultaat-maten en aspecten van de therapie, zoals daar zijn aangeboden problematiek, soort therapie en het vereiste aantal konsulten.

We geven hier alleen een aantal relevante samenhangen in omschrijvingen weer. Voor de betreffende tabellen verwijzen we naar bijlage 5.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| leeftijd | Wanneer we letten op de verdeling van de resultaten over de diverse leeftijdskategorieën (bijlage tabel 2) dan valt de categorie dertig tot veertig-jarigen op met relatief veel beoordelingen "niet verbeterd", veel GAS-skores "beneden verwachting" en een hoog eindniveau qua medische consumptie.
Dit laatste delen ze met de groep cliënten die ouder zijn dan vijftig jaar. |
| geslacht | Qua geslacht zien we een wat onduidelijker uitkomst (bijlage, tabel 3): binnen de resultaten gemeten met medische consumptie, zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen niet groot; er blijven meer mannen onder het GAS-verwachtings niveau dan vrouwen, terwijl de psycholoog de niet verbeterden relatief veel vaker onder de vrouwen aanwijst. |
| verzekering-
vorm en mi-
lieu | Letten we op verzekeringsvorm (bijlage, tabel 4) dan zien we bij de GAS en het oordeel van de psycholoog relatief weinig particulieren met slechte resultaten. Na een jaar komen ze ook minder bij hun arts dan ziekenfonds- en IZA-verzekerden. Ook de mensen uit hogere milieus, een sterk met verzekeringsvorm samenhangende variabele, worden relatief weinig beoordeeld als "niet verbeterd", dit in tegenstelling tot de groep uit het laagste milieu (bijlage tabel 5). Dit oordeel wordt bevestigd door de medische consumptie van de diverse milieukategorieën. |
| verbaliteit | Wanneer we nagaan hoe het gesteld is met de verbaliteit van cliënten, gedifferentieerd naar therapieresultaat, dan zien we in alle opzichten een vrij eenduidig verband: naarmate men zich beter uit kan drukken zijn de therapieresultaten beter (bijlage tabel 6).
Zo te zien spelen bij de resultaten van therapieën onder meer milieu en verbaliteit een rol: mensen die in deze opzichten binnen de YAVIS-groep vallen hebben relatief betere resultaten dan de niet-YAVIS-groep. De resultaten van paragraaf 4 - kenmerken van cliënten - mede in aanmerking genomen, voert dit tot de konklusie dat jonge, goed verbaliserende cliënten uit hogere milieus meer kans hebben om bij de psycholoog terecht te komen, maar dat deze factoren, na die selectie, minder sterk doorwerken in de therapeutische resultaten. We willen daarbij op deze plaats nog eens het in paragraaf 3, gestelde memoreren, waaruit blijkt dat de groep patiënten waarop we deze resultaten aan ontleen qua leef- |

tijd en milieu representatief geacht kan worden voor de totale cliëntenpopulatie.

Resultaten in verband met therapiekenmerken.

De vraag in hoeverre de resultaten van de psycholoog verschillend zijn voor de verschillend aangeboden problematiek, de gebruikte therapievorm en het aantal benodigde zittingen, zal nu beantwoord moeten worden.

Wanneer we de diverse klachten, zoals die werden aangeboden, inspecteren op resultaat, zoals de psycholoog dat beoordeelde, dan zien we relatief veel beoordelingen "sterk verbeterd" en relatief weinig "niet verbeterd" of "verslechterd" bij de categorieën "depressie", "ziekteangst" en "fobie". De resultaten hierbij zijn beter dan bij "slaapstoornissen", "psychosomatiek" en "relatieproblematiek".

Een aantal veel minder genoemde categorieën heeft eveneens niet zulke goede beoordelingen: we noemen "sexuele problematiek", "alcohol en drugs" en "overspannen".

Wanneer we de resultaten volgens de GAS zo bezien, is van enige differentiatie niet zo veel sprake.

Relatief veel beneden verwachtingen blijven "slaapstoornissen" en "psychosomatiek", terwijl "ziekteangst" relatief weinig beneden verwachting eindigt. Sexualiteit en overspannenheid blijven ook hier beneden verwachting, doch deze uitspraak is op kleine getallen gebaseerd.

Qua medische consumptie zien we bij vrijwel alle soorten problematiek dezelfde karakteristiek optreden: de consumptie, uitgedrukt in contactfrekwentie en medicijngebruik bevindt zich een jaar tevoren rond het niveau van de probleemgroep, stijgt naar een extreem en daalt weer tot het niveau van de probleemgroep.

Qua contactfrekwentie gaat dit in zoverre niet op, dat bij de klachten "depressie", "slaapstoornissen" en "relaties" het eindniveau dichterbij de restgroep lag.

Naar klacht gedifferentieerd sluiten de resultaten van GAS en oordeel psycholoog dus op elkaar aan met name bij ziekteangstgevallen worden in beide opzichten goede resultaten geboekt, terwijl slaapstoornissen, psychosomatiek, sexuele problemen en overspannenheid blijkbaar minder goed te behandelen zijn. De medische consumptie brengt veel minder differentiatie aan.

Qua toegepaste therapie zijn de resultaten van gedragstherapie en counseling relatief laag, terwijl met kommunikatietherapie relatief goede resultaten worden bereikt.

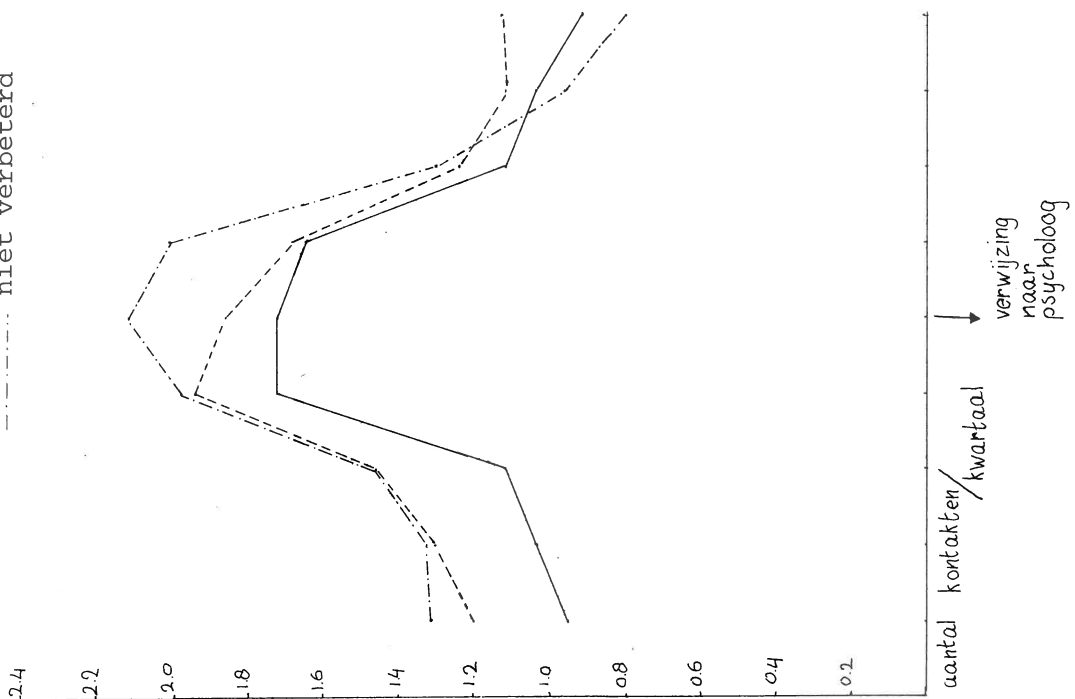
Wanneer we letten op het aantal konsulten dan kunnen we spreken van een zogenaamde optimum-kromme: de beste resultaten werden geboekt met 7 à 9 konsulten, daaronder en daarboven zijn zowel volgens het psychologen oordeel als volgens de GAS de resultaten minder goed.

Het verband tussen medische consumptie enerzijds en de beoordeling door de arts anderzijds.

Aan het slot van dit hoofdstuk willen we nagaan in welke mate gesteld kan worden dat therapie-evaluatie in termen van medische consumptie eenzelfde beeld geeft als therapie-evaluatie in meer subjectieve termen als oordeel van de psycholoog en GAS. Om hier een inzicht te krijgen hebben we nagegaan hoe contactfrekwentie en psychofarmaca-gebruik een jaar tevoren en een jaar na therapie zich ontwikkelden bij patiënten met een beoordeling "sterk verbeterd", met een beoordeling "verbe-

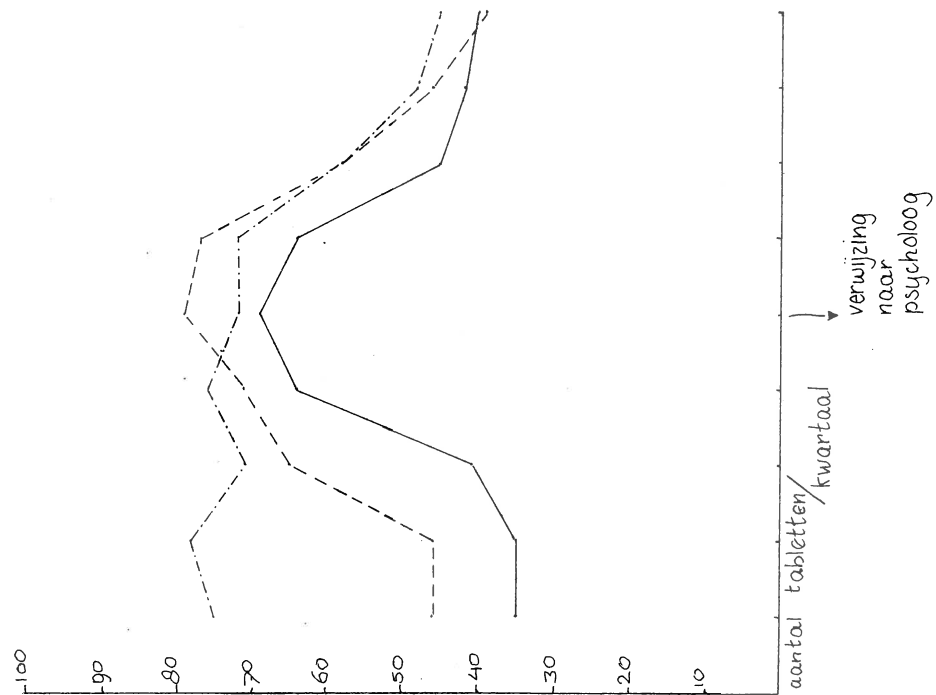
Grafiek 6.a.: Gemiddelde kontaktfrekwentie, uitgesplitst naar oordeel van de psycholoog van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.

— sterk verbeterd
 --- verbeterd
 - - - - - niet verbeterd



Grafiek 6.b.: Gemiddeld aantal psychofarmaca, uitgesplitst naar oordeel van de psycholoog van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.

— sterk verbeterd
 --- verbeterd
 - - - - - niet verbeterd



terd" en met een beoordeling "niet verbeterd of verslechterd". Hetzelfde deden we bij een driedeling in de cliëntengroep naar GAS-skore, te weten "gesteld doel niet bereikt", "gesteld doel bereikt" en "gesteld doel overtroffen".

Grafiek 6a tot en met 6d geven deze resultaten weer.

Letten we eerst op kontaktfrekwentie en medicijngebruik wanneer we de cliëntengroep uitsplitsen naar oordeel van de psycholoog. Het resultaat is frappant en tegen de verwachtingen.

De kontaktfrekwentie vóór verwijzing naar de psycholoog lag hoger naarmate het resultaat negatiever werd beoordeeld. De groep "sterk verbeterd" lag in deze periode tussen de probleem- en de restgroep in, de groepen "verbeterd" en "niet verbeterd of verslechterd" waren vergelijkbaar met de probleemgroep.

Naarmate het moment van verwijzing nadert, neemt de kontaktfrekwentie in alle drie de groepen sterk toe, het extreem ligt weer hoger naarmate het resultaat negatiever werd beoordeeld. Na behandeling neemt deze weer af, bij de "verbeterden" en "sterk verbeterden" tot het beginniveau, maar bij de "niet verbeterden" gaat dit veel verder, nog wel niet tot het niveau van de restgroep, doch zodanig dat *de niet verbeterden het kontaktniveau van de restgroep het meest benaderen*.

Qua strekking is het verhaal voor het medicijngebruik hetzelfde. Voor behandeling zijn alle drie de groepen vergelijkbaar met de probleemgroep, maar is het gemiddeld psychofarmacagebruik hoger, naarmate de therapie negatiever beoordeeld wordt. Het extreem, ongeveer op het punt van verwijzing, is voor alle drie even hoog en ook het resultaat één jaar na verwijzing ligt voor alle drie de groepen op hetzelfde niveau: dat van de probleemgroep.

Wanneer we grafieken 6c en 6d bekijken, zien we dat wanneer we de groepen indelen naar "doel niet bereikt", "doel bereikt" en "doel overtroffen" de resultaten wat minder paradoxaal zijn, hoewel ook deze geen overtuigend beeld opleveren.

Qua kontaktfrekwentie zien we een toename (wanneer we de periodes voor en na behandeling door de psycholoog bekijken) bij de groep waarvan het doel niet bereikt is, een duidelijke afname van de groep waarvan het doel bereikt is en een lichte afname van de groep waarvan het doel overtroffen is.

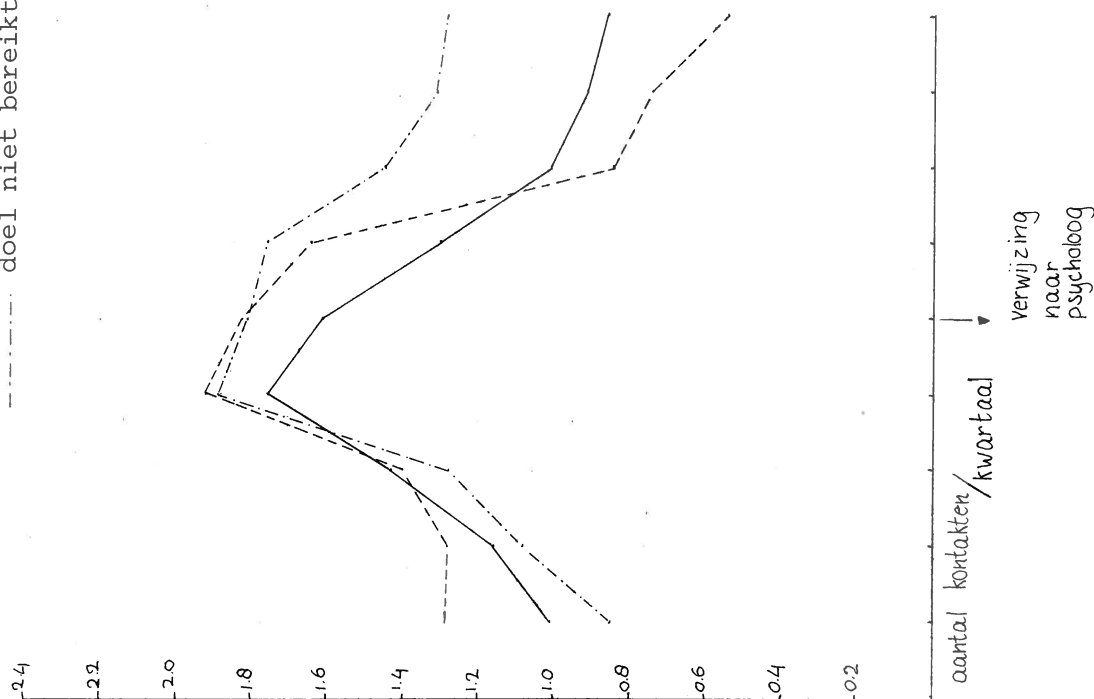
Op het gebied van medicijngebruik zien we alle drie de groepen ongeveer op hetzelfde niveau uitkomen, n.l. lager dan de probleemgroep, maar veel hoger dan de restgroep.

De piek op het moment van verwijzing ligt hoger naarmate het gestelde doel minder bereikt is.

Aangezien van sommige cliënten niet de medische consumptie van alle kwartalen bekend is, bestaat de mogelijkheid dat dit de geschetste weergave vertroebeld heeft. Daarom hebben we gekeken hoe de medische consumptie, uitgesplitst naar psycholoog beoordeling en GAS-skore, verloopt bij de cliënten van wie gegevens over alle kwartalen aanwezig zijn. Dit leverde geen noemenswaardig verschil op, behalve bij het medicijngebruik van cliënten die volgens de psycholoog niet verbeterd waren (grafiek 6b). De reële afname die deze daar vertonen berust waarschijnlijk op een artefact: wanneer we alleen de cliënten in beschouwing nemen waarvan gedurende alle kwartalen gegevens beschikbaar zijn, dan blijkt de groep "niet verbeterden" tussen de 30 en 45 tabletten per kwartaal te gebruiken: er is geen afname, maar een continu laag gebruik (vergeleken met de groepen (sterk) verbeterd). Het hoge beginniveau, dat voor de komplette groep "niet verbeterd" werd genoteerd, is

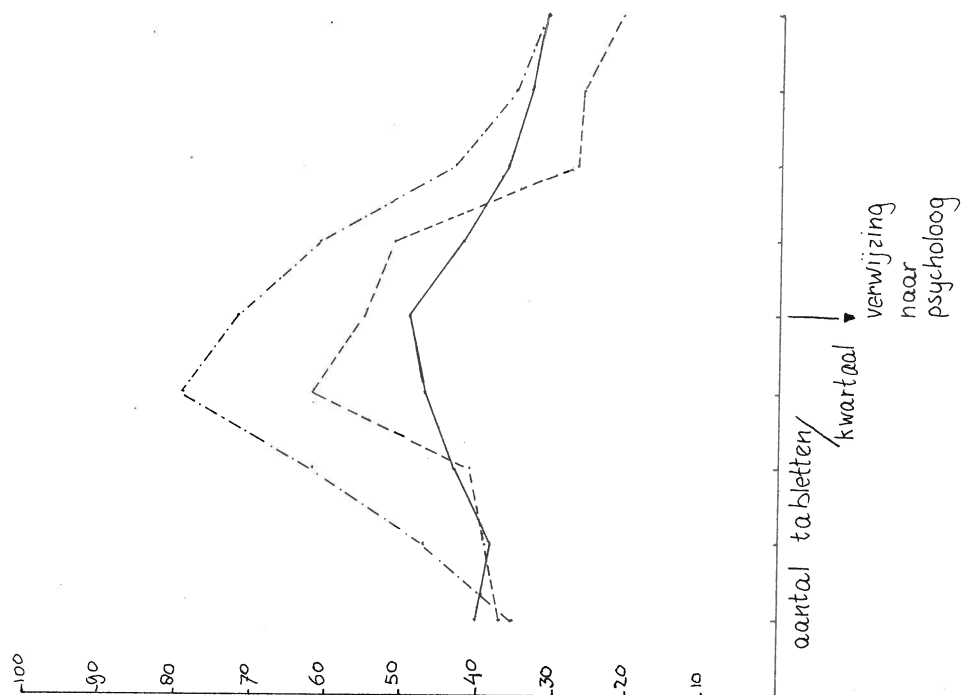
Grafiek 6.c.: Gemiddelde kontaktfrekwentie, uitgesplitst naar GAS-skore van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.

— doel overtroffen
 --- doel bereikt
 - - - - - doel niet bereikt



Grafiek 6.d.: Gemiddeld aantal psychofarmaca, uitgesplitst naar GAS-skore, van 1 jaar voor verwijzing t/m 1 jaar na verwijzing over drie kwartalen voortschrijdende gemiddeldes.

— doel overtroffen
 --- doel bereikt
 - - - - - doel niet bereikt



waarschijnlijk te wijten aan probleemgevallen die na verwijzing naar de psycholoog opgenomen zijn, en zo uit ons bestand na verwijzing zijn verdwenen.

Al met al moeten we aan deze resultaten de konklusie verbinden dat een verbetering in termen van GAS of oordeel van de psycholoog niet terug te vinden is in een duidelijk sterker afname van medische consumptie. Nog minder kan gesteld worden dat een verbetering in twee eerstgenoemde opzichten leidt tot een medische consumptie die vergelijkbaar is met de doorsneepatiënt.

Andersom is het evenmin overtuigend: nemen we alleen de patiënten die na bezoek aan de psycholoog géén psychofarmaca krijgen voorgeschreven dan wordt 76% van deze groep verbeterd of sterk verbeterd genoemd door de psycholoog (in de gehele groep was dit 71%) en is 75% volgens of boven verwachting geëindigd wanneer we de GAS bestuderen (in de gehele groep 65%). Deze groep patiënten die na afloop geen psychofarmaca kreeg is dus ook relatief beter qua oordeel van de psycholoog en qua GAS, maar de verschillen met de totaalgroep zijn niet dermate groot dat psychofarmaca-abstinentie een goede indicator voor een geslaagde therapie is.

6. Veranderingen in de tijd.

In de twee vorige paragrafen hebben we een overzicht gegeven van de kenmerken van patiënten en van de bereikte resultaten. Deze gegevens werden tot nu toe op een statische wijze gepresenteerd: rechte tellingen en samenhangen hadden alle betrekking op gegevens over de gehele periode.

Willen we echter een inzicht krijgen in de wijze waarop een psycholoog in de eerste lijn zijn draai vindt, dan moeten we bekijken of er in de loop van de drie jaren veranderingen zijn opgetreden in aanbod en resultaten. In dit hoofdstuk zullen we dit nagaan voor een aantal achtergrondkenmerken van patiënten, kenmerken van de therapieën en resultaten.

Achtergrondkenmerken.

Binnen deze categorie treffen we bij twee kenmerken een onevenredige verdeling over de tijd aan.

De leeftijd van de cliënten vertoont enige afwijkingen, maar levert geen beeld op wat duidelijk in procestermen is te interpreteren. In de periode september 1975 - februari 1976 (de start) is de categorie onder de twintig jaar oververtegenwoordigd *) en de categorie tussen de veertig en vijftig jaar ondervertegenwoordigd. Deze laatste categorie is van maart 1976 - augustus 1976 en september 1977 - februari 1978 oververtegenwoordigd.

Ook zien we in de periode september 1976 - februari 1977 een oververtegenwoordiging van de leeftijdsgroep vijftig-zestig jarigen. Hieruit is echter niet op te maken dat er een duidelijke ontwikkeling is geweest in de loop van de samenwerking met betrekking tot de leeftijd van verwezen patiënten. Wel is deze ontwikkeling te bespeuren in de verbaliteit van verwezen patiënten: van de patiënten, die in het eerste jaar verwezen worden, wordt 53% beoordeeld als "zich goed kunende uitdrukken". Het halfjaar daarop is dit 70%, om zich daarna op 75 à 77% te konsolideren.

* Dat wil zeggen oververtegenwoordigd binnen de cliëntenpopulatie, de leeftijdsverdeling in de gehele periode in aanmerking nemend.

Blijkbaar dringen de slechtere resultaten van patiënten, die zich moeilijk uitdrukken, door bij de artsen en pasten ze hier hun verwijzingsbeleid op aan. Andere kenmerken, als geslacht, milieu en verzekeringsvormen, tonen geen veranderingen in de tijd.

Therapiekenmerken.

Wanneer we de aangeboden problematiek in een tijdsperspektief bekijken dan blijken niet alle problemen op hetzelfde tijdstip in dezelfde frekwentie aangeboden te worden.

In den beginne was er de slaapstoornis: bijna de helft van alle als zodanig aangemerkte klachten stammen uit de periode september 1975 - februari 1976. Fobieën zijn ook populair gedurende de eerste periode; dit duurt voort tot anderhalf jaar na de start van het experiment, waarna ze sterk afnemen.

Het merendeel van de sexuele problematiek en zelfs alle werkproblematiek wordt eveneens in het eerste anderhalf jaar opgetekend.

Iets later komt de aanmelding "ziekteangst" op, van maart 1976 - september 1977 wordt 75% van alle gevallen met deze problematiek geregistreerd. Meer in de tweede helft van het projekt komen de probleemdefinities "depressie", "overspannen" en "psychosomatiek" relatief sterk naar voren. Andere beschrijvingen van aangemelde problematiek vertonen geen duidelijke oververtegenwoordiging gedurende een zekere periode.

De toegepaste therapie laat ook enkele schommelingen in de tijd zien: in het begin veel gedragstherapie en counseling - waarbij het eerste natuurlijk samenhangt met de overmaat om ontspanningsoefeningen vragende problematiek - vanaf september 1976 een oververtegenwoordiging van communicatie-theoretische aanpakken. Dit laatste is wellicht eerder verklaarbaar uit de post-doctorale opleiding van de psycholoog aan de interactie akademie te Hove, welke in die periode gestalte begon te krijgen, dan uit veranderde problematiek.

Resultaten.

Het oordeel van de psycholoog vertoont in de diverse periodes vrijwel geen verandering. Wat betreft de GAS kunnen we echter zeggen dat in de tweede helft van het samenwerkingsverband minder therapieën als "onder verwachting" werd beoordeeld dan in de eerste helft.

Tot slot keken we naar contactfrekwentie en medicijngebruik van de cliënten die in september 1975 - november 1975 verwezen werden. Vervolgens bekeken we dezelfde curves voor de groep "december 1975 - februari 1976" - verwezenen, enzovoorts.

Onze konklusie in dit opzicht moet luiden dat voor elk kwartaal vrijwel dezelfde resultaten te voorschijn kwamen, namelijk aan begin en eind een consumptie vergelijkbaar met de probleemgroep en op het moment van verwijzing een extreem. In dit opzicht kan dus ook niet van een verandering in de tijd worden gesproken.

Konklusies naar aanleiding van veranderingen in de loop der tijd.

Het meest is er sprake van een ontwikkeling in de soorten problematiek die men naar de psycholoog verwees: verschuivingen hier binnen lagen echter grotendeels binnen de grote groep "individuele problematiek".

De in paragraaf 4. geopperde vraag of in de loop der tijd meer problemen in termen van relatieproblemen zouden worden aangemeld, moet negatief beantwoord worden.

Aan verschuivingen in de loop der tijd valt wel enigszins af te lezen dat een aantal categorieën moeilijk behandelbaar was: zich moeilijk

uitdrukken patiënten, mensen met seksuele- en werkproblematiek - categorieën met een relatief niet zo'n goed resultaat - verdwijnen in de loop van het project. Daarnaast zien we verschuivingen in klachtenaanbod die moeilijker te duiden zijn. Verdwijnen fobieën - vaak succesvol behandeld - en ziekteangst op een gegeven moment uit het brandpunt omdat klachten anders benoemd gaan worden, omdat er sprake was van een "overloop" in het begin van het project, of omdat artsen andere problemen belangrijker gingen vinden. Verschuivingen in therapeutische aanpak, we zeiden het al, lijken deels veroorzaakt te worden door verschuivingen in klachtenaanbod, deels door specialisatie van de psycholoog. Ook zien we echter dat de therapieën die in eerste instantie veel voorkomen, een minder goed resultaat in hun geheel hadden dan therapieën die pas later aan de orde komen.

Frappant is dat al deze verschuivingen hoegenaamd geen invloed hebben op de resultaten van de psycholoog, die in de tijd een stabiel karakter hebben.

7. Diskussie en konklusie.

Dat er bij veel huisartsen in het algemeen en bij de Capelse artsen in het bijzonder behoefte bestaat aan een "psychosociale rugsteun" is onmiskenbaar. Dit blijkt uit tal van noodkreten uit het veld in artikelvorm in bladen als "Huisarts & Wetenschap", "Medisch Contact", "de eerste lijn", etc. en uit het unaniem door de Capelse artsen ingenomen standpunt dat in vragenlijsten en interviews naar voren komt, dat de psycholoog een belangrijke steun voor hun psychosociale hulpverlening vormde. Deze steun vond naar mening van alle capelse artsen onder meer gestalte in het feit dat men naar hem patiënten kan verwijzen, voor de meesten was dit zijn belangrijkste verdienste. Het resultaat van die verwijzingen is dan ook onderwerp van dit hoofdstuk geweest. Daarenboven geven ze in de periodiek afgenomen vragenlijsten en interviews in het algemeen te kennen hem het meest frekwent als verwijsmogelijkheid te gebruiken en zijn resultaten beter te evalueren dan die van Maatschappelijk Werk, psychiater en A.G.G.Z.-instellingen.

De taak van het evaluatie-onderzoek was onder meer om de "harde" bevestiging voor deze euforische gevoelens ten aanzien van de psycholoog in de eerste lijn aan te dragen. Daarnaast is een even belangrijk zo niet belangrijker doel gelegen in het vergaren van verdere inzichten in de mogelijkheden van een dergelijk nieuw element in het eerste echelon. Aan deze twee thema's zullen we in deze discussie enige gedachten wijden.

De eerste vraagstelling, bevestiging van het door de artsen en psycholoog ervaren succes van zijn verrichtingen, betekent dat we geprobeerd hebben om de subjektieve gevoelens en beoordelingen met betrekking tot effect van de psycholoog te vertalen in meer objectieve termen. We zochten hierbij in twee richtingen, namelijk door te kijken naar de toegankelijkheid van de psycholoog voor verschillende categorieën patiënten en naar het effect van de psycholoog in objectieve termen. Met betrekking tot de toegankelijkheid constateerden we dat dezelfde beperkingen die te constateren zijn bij de A.G.G.Z. in Nederland ook opgaan voor de psycholoog in Capelle, zij het in iets mindere mate. Met name echter verschillen in leeftijdsopbouw van de probleemgroep (die in aanmerking zou komen voor behandeling door de psycholoog) en de cliëntengroep wekken het vermoeden dat een grote groep patiënten van hulp van de psycholoog verstoken bleef, omdat ze niet geschikt zouden zijn voor de hulp die hij te bieden had. We hebben verder de indruk dat qua milieu en verbaliteit de lagere respectievelijk minder bespraakte groepen wat

kans hebben bij de psycholoog terecht te komen dan de patiënten die op deze punten hoger gewaardeerd worden.

Er zitten dus een aantal haken en ogen aan de toegankelijkheid van de psycholoog in Capelle. Deze staan echter niet haaks op de positieve gevoelens die artsen en psycholoog ten opzichte van laatstgenoemde zijn werkzaamheden koesteren. Ten eerste is met het noemen van deze bezwaren geenszins gezegd dat alternatieve bestaande mogelijkheden een grotere toegankelijkheid hebben. Met betrekking tot de leeftijdsverdeling stak de psycholoog in Capelle positief af bij het Utrechtse I.M.P. zoals we zagen. Ten tweede is door geen der Capelse artsen de doelstelling gepopperd dat zijn patiënten ongeacht leeftijd, milieu, verbaliteit, intelligentie of wat dan ook gelijkelijk door de psycholoog behandeld zou moeten worden. Sociaal-psychologisch gesproken is het trouwens voor de hand liggend dat het geholpen kunnen worden van patiënten die qua achtergrond meer op hen lijken, hen meer aanspreekt dan het niet kunnen verwijzen van mensen met wie ze veel minder gemeen hebben.

Vervolgens het effect van de psycholoog. Als objectief criterium stelden we tegenover de mening van de artsen, het oordeel van de psycholoog en de GAS - die toch ook op het subjectieve oordeel van de psycholoog berustte - de medische consumptie van patiënten voor en na behandeling. In alle drie genoemde min of meer subjectieve evaluaties van het therapeutisch effect komt hetzelfde positieve beeld naar voren: in de meeste gevallen bereikt de psycholoog goede resultaten met zijn cliënten. We zagen in paragraaf 5 dat het resultaat, in objectieve termen vertaald erop neerkwam dat de medische consumptie na verwijzing daalde tot het niveau van een jaar ervoor, maar dat dit niveau meer overeenkwam met dat van probleempatiënten uit hoofdstuk II.3. dan met dat van de doorsneegroep. Verder zagen we dat dit patroon niet noemenswaardig verschilde voor patiënten die subjectief gezien juist sterk verbeterd waren of niet verbeterd. Ook het bereiken van doelen in termen van de GAS vond niet duidelijk zijn weerslag in de medische consumptie.

Wanneer we de taak van een psycholoog in de eerste lijn zien als het tijdelijk soelaas bieden in een crisis, zodat hij weer verder kan, (zoals in Smits van van Mierlo (1978) en Smits (1978) gesteld wordt) dan wordt dat wellicht aardig weerspiegeld in onze weergave van de medische consumptie. Het is echter niet zeker of de afname in consumptie aan de psycholoog mag worden toegeschreven, omdat we ook in de probleemgroep een zeker spontaan herstel zagen optreden in de loop van de tijd.

In ieder geval kunnen we zeggen dat de groep mensen die naar de psycholoog geweest is in het algemeen weer voort kan, gezien zijn afname in medische consumptie, zonder dat deze groep in zijn geheel nu klachtenvrij genoemd kan worden. En verder blijkt dit "voort kunnen" in termen van afgenomen medische consumptie niet hetzelfde te zijn als wat de psycholoog onder al dan niet verbeterd zijn verstaat.

Teruggrijpend op de in paragraaf 2 aangesneden problematiek dient dus vermeld te worden dat we achteraf minstens met twee meetinstrumenten van doen hebben; één objectieve maat van medische consumptie en één subjectief idee van psycholoog en/of arts omtrent het welslagen van de therapie. Deze twee maten hebben blijkbaar verschillende aangrijpingspunten en zijn niet uitwisselbaar.

Resumerend willen we aan de eerste vraagstelling - is het waargenomen succes van de psycholoog te objectiveren? - de konklusie verbinden dat zo de objectieve effectmeting het subjectieve gevoel niet ontkracht, ze elkaar ook zeker niet bevestigen, maar hooguit naast elkaar bestaansrecht hebben.

De tweede vraag luidde: wat zijn de mogelijkheden van een psycholoog in

de eerste lijn.

Een deel van die vraag is reeds beantwoord: de cliënten moeten min of meer aan de algemeen voor psychotherapie geldende eisen voldoen. Artsen blijken in de loop van de tijd deze eisen ook te gaan inkalkuleren in hun verwijsbeleid, als we letten op de terugloop in de tijd van enige moeilijk behandelbare categorieën.

Met zijn eerste-lijns aanpak (kort durende therapieën, niet diepgraven) lijkt de psycholoog vrij succesvol - in eigen beleving en die van de artsen - in te kunnen grijpen bij problemen met ziekteangst, fobische klachten en depressieve klachten. Behandeling van depressieve klachten, relatie-problematiek en slaapstoornissen leidde er toe dat deze patiënten een jaar na behandeling qua artsenbezoek gedaald waren tot het niveau van de doorsneepatiënt. Bij anderssoortige klachten werd een dergelijke daling niet aangetroffen. Een daling in het voorschrijven van psychofarmaca kan blijkens onze resultaten niet verwacht worden van het ingrijpen van de psycholoog.

Verder zagen we verwijzingen naar specialisten, Maatschappelijk Werk, A.G.G.Z., e.d. na verwijzing naar de psycholoog zeker niet afnemen. Integendeel, moeten we haast zeggen wanneer we in aanmerking nemen dat na verwijzing naar de psycholoog de psychosociale verwijzingen toemen binnen de groep ex-cliënten.

Al met al kunnen deze resultaten niet de indruk wekken dat de psycholoog in de 1e lijn kostenbesparend werkt door een afname van voorgeschreven psychofarmaca of psychosociale verwijzingen te bewerkstelligen.

Relatief kortdurende therapie bleek in de capelse setting een haalbare kaart: de helft van de door ons bestudeerde therapieën namen tussen de 4 en 9 zittingen in beslag; de therapieën met deze duur lieten ook relatief de beste resultaten zien. Wanneer we letten op de gebruikte therapievormen, dan beamen we volmondig dat in de eerste lijn een zeker eclecticisme gewenst is (zie o.m. Seur, 1977, Smits, 1978), maar voegen daaraan toe dat de afkomst van de therapeut zich toch niet verdraagt: hiervan getuigt de relatief veel toegepaste systeem- en communicatie-theoretische aanpak en de meer dan gemiddelde resultaten die hiermee behaald worden.

We willen tot slot nogmaals benadrukken dat deze afweging van mogelijkheden plaats vindt tegen de achtergrond van de criteria zoals die door de psycholoog en artsen worden ervaren. Zoals reeds in het eerste deel van deze discussie naar voren kwam wordt deze subjectieve beleving meestal niet gesteund door harde feiten.

8. Samenvatting

In dit hoofdstuk is getracht te achterhalen wat voor cliënten bij de psycholoog kwamen en wat voor effect hij op hen had. Eerst werd ingegaan op de problemen die met effectmeting te maken hebben en op de theoretische vooronderstellingen die mogelijkermijze getoetst zouden kunnen worden. Hieruit resulteerde een opzet om met behulp van drie maten na te gaan in hoeverre er sprake was van een therapeutisch effect. Daarnaast zou aandacht besteed worden aan achtergrondkenmerken van cliënten en veranderingen qua cliënten, therapie en resultaat gedurende de loop van het projekt.

Na een weergave van het verloop van het onderzoek wordt in drie paragrafen achtereenvolgens aandacht besteed aan kenmerken van cliënten en therapieën, de resultaten van de therapieën en veranderingen in de loop van de tijd.

Tenslotte werd in de discussie de verdienste van de psycholoog nogmaals bekeken.

IV EEN METHODOLOGISCHE EVALUATIE VAN HET SPEECH-ONDERZOEK.

1. Inleiding

Vier aspecten zijn in de laatste vier (sub-)hoofdstukken bekeken, drie daarvan sloegen op verandering bij de arts, het vierde kan gevat worden onder de term "het therapeutisch effect van de psycholoog".

In de voorgaande hoofdstukken is voornamelijk aandacht besteed aan uitkomsten van de deelonderzoeken sec. Per aspect werd gekeken of er sprake was van een verandering in de loop van de tijd, in hoeverre dit aan het toeval moest worden toegeschreven. Incidenteel werd dit vergeleken met buiten het betreffende meetinstrument om verkregen gegevens.

Nu is echter het tijdstip aangekomen om verder uit te stijgen boven dit niveau van resultaten per deelonderzoek en te komen tot een geïntegreerde beschouwing over het effect van de psycholoog in de eerste lijn.

Om over dit al dan niet aanwezige nut een uitspraak te kunnen doen, zullen we ons eerst moeten afvragen of we op basis van elk gebruikt meetinstrument even harde uitspraken kunnen doen. Naast zo'n discussie over validiteit, betrouwbaarheid, mogelijkheden en onmogelijkheden van gebruikte instrumenten, zal ook de problematiek rondom het onderzoek onderwerp van discussie moeten zijn: met name de botsing tussen veldonderzoek en de methodologische eisen waaraan goed onderzoek dient te voldoen zal aan het eind van dit hoofdstuk aan de orde komen.

Naar aanleiding van de methodologische gebreken die in dit hoofdstuk in beschouwing worden genomen, zullen we aan het eind een aantal suggesties voor verbeteringen en nieuw op te zetten onderzoeksopzetten naar voren brengen.

In dit hoofdstuk over de onderzoekstechnische facetten van het SPEECH-onderzoek, gaan we in paragraaf 2 in op de betrouwbaarheid, validiteit en relevantie van de gehanteerde maten en instrumenten. In paragraaf 3 besteden we aandacht aan de zwakke punten op het gebied van methodologie, operationalisatie e.d., geven we mogelijkheden voor verbetering aan, en besteden we tenslotte enige aandacht aan de generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegevens.

2. Gebruikte instrumenten.

Bij het onderzoek naar het effect van de psycholoog (hoofdstuk III) is reeds ingegaan op de mate waarin de diverse manieren waarop we dit effect wilden meten een zinvolle samenhang vertoonden.

De diverse in hoofdstuk II gepresenteerde deelonderzoeken hebben betrekking op onderling veel onafhankelijker variabelen; teneinde een idee te krijgen van de wijze waarop deze variabelen samenhangen respectievelijk zich van elkaar onderscheiden en daaruit gevolgtrekkingen te kunnen trekken over betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten, presenteren we in deze paragraaf een aantal korrelatiematrices; in deze matrices behandelen we achtereenvolgens de begrippen "perceptie van psychische klachten", "gespreksgedrag van de arts", "voorschrijven van psychofarmaca" en "verwijsgedrag".

Per begrip kijken we naar de volgende samenhangen:

- het verband tussen één begrip met één instrument gemeten gedurende verschillende periodes;
- het verband tussen één begrip met verschillende instrumenten gemeten

(n.l. met de in hoofdstuk II behandelde "hoofdmaat" en met vragenlijsten/interviews gemeten)

- het verband tussen dat ene begrip en andere begrippen

De korrelaties met betrekking tot hetzelfde meetinstrument dat op verschillende tijdstippen één begrip meet, zeggen iets over de stabiliteit van dat meetinstrument. Indien in Hoofdstuk II weinig verandering in de totaaluitkomsten is aangetroffen, dienen deze korrelaties hoog te zijn, willen we het meetinstrument betrouwbaar noemen. In geval van een geleidelijke verandering dienen korrelaties tussen uitkomsten die op dichterbij elkaar liggende tijdstippen gemeten zijn, hoger te zijn.

De korrelaties met betrekking tot twee meetinstrumenten die hetzelfde begrip pretenderen te meten zeggen iets over de inhoudsvaliditeit: meten de instrumenten wat ze pretenderen te meten. De korrelaties ten slotte tussen verschillende meetinstrumenten die verschillende begrippen meten, vertellen ons iets over de bredere kontekst waarin we die begrippen kunnen plaatsen, en dragen zo bij tot de konstruktvaliditeit.

Naast vragen met betrekking tot betrouwbaarheid en validiteit van de diverse instrumenten is er nog een derde vraag die we ons kunnen stellen: hoe relevant zijn de meetinstrumenten, dat wil zeggen zijn de resultaten van wezenlijk belang voor een beoordeling van het effect van een psycholoog in de eerste lijn?

Met behulp van diverse korrelaties hopen we dus een aantal uitspraken met betrekking tot betrouwbaarheid en validiteit te kunnen doen. We koppelen hieraan per deelonderzoek een discussie over de relevantie van de gebruikte instrumenten, aan de hand van heersende meningen, uitspraken van artsen en theoretische overwegingen.

Eén opmerking dient gemaakt: gezien het globale niveau waarop we de samenhangen bestuderen en de zeer uiteenlopende meetschalen van de diverse meetinstrumenten, worden de samenhangen uitgedrukt in Spearman's Rangkorrelatie tussen de rangschikkingen van de artsen op de diverse instrumenten. Dit is een associatiemaat, die hier slechts betrekking heeft op een aantal van maximaal negen artsen. De korrelaties die in de diverse matrices naar voren komen dienen alleen om betekenis toe te kunnen kennen aan de uitkomsten en pretenderen minder om op zich waardevol te zijn.

Laat ons nu op de zo geschetste wijze achtereenvolgens perceptie van psychische klachten, gespreksgedrag van de arts, voorschrijfgedrag en verwijsgedrag aan een nadere beschouwing onderwerpen.

2.1. Perceptie van psychische klachten.

We zagen in hoofdstuk II.1. dat we dit onder meer maten met behulp van beoordelingsschalen en met behulp van de vragenlijsten. In dit hoofdstuk gingen we overigens al in op een aantal bestrouwbaarheidsaspecten van de beoordelingsschalen die de artsen invulden; binnen één meetronde scoorde elke arts gedurende 10 dagen, vrij konstant van dag tot dag hetzelfde. Tussen artsen was de variantie aanzienlijk groter. Bekijken we nu het bovenste gedeelte van tabel 1.

		B1	B2	B3	B4	BV2	BV3	BV4
beoordeling	1e periode (B1)							
	2e periode (B2)	.93						
	3e periode (B3)	.45	.63					
	4e periode (B4)	.67	.71	.85				
beoordeling vlg.vragenlijst								
	2e periode (BV2)	.67	.58	.63	.73			
	3e periode (BV3)	.30	.60	.29	-.05	.04		
	4e periode (BV4)	.87	.87	.33	.50	.24	.12	
gespreksgedrag								
	1e periode	.35	.48	.03	.16			
	2e periode	.02	.01	-.58	-.18			
	3e periode	.30	.59	.20	.15			
voorgeschreven psychofarmaca								
	1975	-.26	-.29	-.65	-.74			
(LISZ)	1976	.32	-.33	-.67	-.81			
verwijzen								
	1975	-.64	-.76	-.22	-.29			
(LISZ)	1976	-.64	-.76	-.22	-.19			
	1977	-.53	-.81	-.36	-.20			

Tabel 1*: korrelatiematrix (spearman rangkorrelatie) van de beoordeling van klachten, vragenlijst antwoorden met betrekking tot beoordeling van klachten, het reageren op psychische klachten in gesprekken, voorschrijven van psychofarmaca en verwijzingen.

In de bovenste driehoek zien we de korrelaties met betrekking tot hetzelfde instrument tussen de diverse meetrondes. We zien dat de korrelaties vrij hoog zijn en dat ze hoger worden naarmate de meetrondes dicht bij elkaar liggen. We leiden hieruit af dat er sprake is van een vrij stabiele volgorde tussen de artsen qua perceptie van psychosociale problematiek. We zagen weliswaar in hoofdstuk II.1. dat artsen veranderden in dit opzicht (zeker tussen de eerste drie meetrondes), maar we constateren nu dat de onderling volgorde goeddeels gehandhaafd bleef.

* De genoteerde rangkorrelaties hebben betrekking op de rangvolgorde van de artsen. Deze was hoger:

- naarmate het gemiddeld oordeel van de arts hoger was per meetronde (B1 tot en met B4)
- naarmate hij in de vragenlijst in de 2e tot en met de 4e meetronde zei meer psychische klachten waar te nemen (BV2 tot en met BV4).
- naarmate hij meer inging op psychische aspecten, indien hij deze aanwezig achtte tijdens de video-opnames in de 1e tot en met de 3e meetronde
- naarmate hij meer psychofarmaca voorschreef
- naarmate hij meer verwees

De korrelaties die op vergelijkbare periodes betrekking hebben zijn gearceerd.

Gezien het lage aantal waarop de korrelaties betrekking hebben, is een korrelatie pas van belang boven de .60.

In de tweede rij korrelaties zien we de overeenkomst tussen de mate van psychosociale gevoeligheid zoals onze beoordelingsschaal die mat en hetzelfde, gemeten door rechtstreeks ernaar te vragen.

Men zou hier de grootste overeenkomst verwachten tussen vragenlijst en beoordelingsschaal van dezelfde periode. Daar dit in het geheel niet zo is, trekken we hieruit de konklusie dat, zo de instrumenten beoordelings-schaal en interviews niet zoveel met elkaar te maken hebben.

De waarde van de vragenlijst wordt te meer ter diskussie gesteld, vanwege de niet aanwezige verbanden tussen de uitslag van de vragenlijst in drie periodes (zie de meest rechtse driehoek).

We zien dat er weinig verband bestaat tussen de mate waarin artsen klachten als "ook psychisch" ervaren, en de mate waarin ze ingaan op psychische klachten (wanneer we dit tenminste zo globaal bekijken; op konsult-niveau ligt dit verband genuanceerder, zie hoofdstuk II.2). Wel bestaat er verband tussen de mate waarin ze psychofarmaca voorschrijven; *)wanneer we afgaan op de onderlinge verhoudingen tussen artsen in het eerste opzicht in de twee laatste peilingen, dan blijken artsen die minder psychofarmaca voorschrijven meer klachten als psychisch te beschouwen.

Hetzelfde zien we bij de verwijscijfers, maar dan in verband met de twee eerste meetrondes: in deze twee meetrondes verwijzen de artsen minder naarmate ze meer psychische klachten waarnemen. Zoals we later zullen zien kunnen deze in de tijd opkomende respektievelijk dalende korrelaties niet aan veranderingen in medicijnen voorschrijven of verwijzen worden toegeschreven, daar deze zeer konstant zijn. Ze liggen dus aan verschuivingen in het beoordelingspatroon (en wel in het bijzonder aan veranderingen in dit opzicht bij één arts. Arts J, volgens LISZ-gegevens veel verwijzend en weinig voorschrijvend neemt in het begin van alle artsen bijna het minste psychosociale klachten waar en aan het eind bijna het meest).

Beoordeling van de mate waarin psychische klachten voorkomen is zo een maat, die verscheidenen malen gemeten, een vrij stabiele verhouding tussen de artsen laat zien. Het valt op dat artsen die in de eerste onderzoeksperiode van mening zijn dat veel klachten psychisch zijn, relatief weinig verwijzen en dat de artsen die in de latere onderzoeksperiode die mening zijn toegedaan relatief weinig psychofarmaca voorschrijven. We gaven hiervoor al een verklaring.

Omtrent de relevantie van dit aspekt van het onderzoek SPEECH zij gezegd dat het door de capelse artsen niet spontaan genoemd werd als het belangrijkste onderwerp om de waarde van de psycholoog aan af te meten. Wel merkten sommigen op dat het sneller oppikken van psychosociale problemen een belangrijke verandering zou zijn, dat men een opener oog voor psychosociale problematiek gekregen heeft en dat het feit dat men meer dingen als psychisch zou zijn gaan aanmerken pas belangrijk wordt, als je ook de mogelijkheid tot adekwate behandeling hebt.

In dit licht blijkt het deelonderzoek een wezenlijk deel van een evaluatieonderzoek als SPEECH te kunnen uitmaken.

In het kader van de vaak gehoorde opmerking dat "een eye-opener als de psycholoog in de eerste lijn alleen maar konsumptieverhogend zou werken"

* Weliswaar betreffen de voorschrijfcijfers gegevens uit 1975 en 1976, maar we zullen zien dat de verhouding tussen artsen in deze twee jaar nauwelijks verandert, zodat we vooralsnog aannemen dat ook in 1977 de verhouding tussen artsen wat hun voorschrijven betreft niet zal veranderen.

is de bovengenoemde negatieve samenhang tussen perceptie van psychische klachten enerzijds en medicijnen voorschrijven en verwijzen anderzijds natuurlijk niet van belang ontbloomt.

2.2. Gespreksgedrag van de arts.

Op dezelfde wijze als in tabel 1. nemen we nu in tabel 2. het gespreksgedrag van de arts onder de loep.

	G1	G2	G3	V2	V3	V4
gespreksgedrag 1e periode (G1)	X			-.10	.05	.15
2e periode (G2)	.20	X		.50	.10	.60
3e periode (G3)	.00	.38	X	.85	.50	.37
gespreksgedrag vlg. vragenlijst						
2e periode (V2)				X		
3e periode (V3)				.50	X	
4e periode (V4)				.94	.51	X
voorschrijven van psychofarmaca						
1975	.53	.02	.07			
1976	.42	.15	-.06			
verwijzen						
1975	-.13	-.50	-.82			
1976	-.13	-.50	-.82			
1977	-.21	-.11	-.12			

Tabel 2: Korrelatiesmatrix van het reageren op psychische klachten in gesprekken, de vragenlijstantwoorden met betrekking daarop, voorschrijven van psychofarmaca en verwijzen.

In tegenstelling tot tabel 1. kunnen we in het bovenste gedeelte van deze tabel geen aanwijzingen vinden die erop wijzen dat de artsen in elke meetronde ongeveer gelijkelijk werden beoordeeld, wat betreft hun reageren op psychische klachten tijdens spreekuurgesprekken in 3 meetrondes. Dit bleek overigens ook in hoofdstuk II.2, waar we sommige artsen in dit opzicht zagen toenemen, terwijl anderen in de loop van het project steeds negatiever werden beoordeeld.

We zien dat de matrices waarin artsen zich ten opzichte van elkaar onderscheiden in de vragenlijst met betrekking tot het gespreksmatig reageren op psychische klachten (uit 2e tot en met 4e meetronde) met de eerste video-opname geen enkel verband houdt. Met de tweede en derde videoronde zijn ze beter in overeenstemming hoewel het niet klopt dat de vragenlijst uit de tweede ronde beter correspondeert met de derde dan met de tweede video-ronde. Kortom, we staan een beetje ambivalent tegenover de waarde die we met name aan de antwoorden van de artsen op de vragenlijsten inzake het gespreksmatig reageren op psychische klachten moeten hechten.

Verder zien we dat in de eerste ronde artsen die meer op psychische klachten ingaan ook meer psychofarmaca voorschrijven. In de tweede en derde video-ronde zien we steeds meer die artsen ingaan op psychische klachten die relatief weinig verwijzen. (Dit klopt in zoverre, dat de artsen die we in hoofdstuk II.2 als veranderd beschouwden, in 1975 en

1976 de 4e, 5e, 6e en 8e plaats van 8 artsen innamen qua verwijzen, en in 1977 de 3e, 4e, 6e, 7e en 9e plaats).

We kunnen konkluderen dat de video-uitkomsten met betrekking tot het reageren op psychische klachten in die zin niet zo betrouwbaar zijn, dat ze op grond van een relatief klein aantal konsulten gedaan zijn, die op één min of meer toevallig gekozen dag plaats hadden. De uitkomsten van de eerste video-ronde hangen weinig samen met dan de twee erop volgende: het gespreksmatig reageren op psychische klachten lijkt in de eerste ronde op te treden bij artsen die relatief veel psychofarmaca voorschrijven, in de tweede en vooral de derde ronde bij artsen die weinig verwijzen.

Het gespreksmatig beter omgaan met patiënten wordt door veel artsen relevant geacht. Ze twijfelen er echter aan, indien dit het geval is, in hoeverre de psycholoog hierin een aandeel gehad zal hebben. Volgens sommigen heeft het feit dat die psycholoog er achter de hand was, hen wel geruggesteund om psychische gevallen aan te pakken die ze anders zouden hebben laten zitten. Jammer genoeg waren dit artsen die in de 2e en 3e ronde juist een afname van dit gedrag vertoonden, maar zoals gezegd het aantal opgenomen konsulten kan licht te weinig zijn, om de kans te hebben deze fenomenen vast te leggen.

2.3. Output-variabelen voorschrijven en verwijzen.

	V75	V76	V ¹ 75	V ¹ 76	V ¹ 77	VI2	VI3	VI4
voorschrijven 1975 (V75)								
(LISZ) 1976 (V76)	.98							
voorschrijven SPEECH								
1975 (V ¹ 75)	.82	.76						
1976 (V ¹ 76)	.77	.66	.95					
1977 (V ¹ 77)	.93	.58	.93	.83				
voorschrijven interview								
2e periode (VI2)	.06	.06	.30	.37	.05			
3e periode (VI3)	.17	-.03	.44	.54	.36	.21		
4e periode (VI4)	.38	.06	.43	.14	.55	-.51	.06	
verwijzen 1975	.26	.19						
1976	.26	.19						
1977	.24	.12						

Tabel 3: Korrelatiematrix van diverse voorschrijfmaten en het verwijsgedrag van de capelse artsen.

In de bovenste twee delen van deze korrelatie-matrix zien we dat zowel het LISZ-systeem als het SPEECH-registratiesysteem een stabiele volgorde tussen de artsen in de verschillende periodes oplevert: de onderlinge korrelaties zijn bijzonder hoog.

Behalve dat de SPEECH-registratie en voorgeschreven psychofarmaca wat onderlinge verhouding van de artsen betreft iedere keer hetzelfde meet, meet het ook ongeveer wat we bedoelen dat het meet: de korrelaties met de LISZ zijn bevredigend te noemen. Dit geldt niet voor het verband tussen uitspraken in vragenlijsten met betrekking tot psychofarmaca voorschrijven en de twee medicijn registratiesystemen: dat verband is er met

de LISZ in het geheel niet, met de SPEECH-registratie nauwelijks. In schrille tegenstelling tot de stabiliteit van de registratiegegevens staat ook het gebrek aan onderling verband van de vragenlijst uitspraken; het reeds gerezen vermoeden dat de vragenlijstuitspraken in zake konkreet gedrag weinig betrouwbaar en valide zijn wordt hierdoor bevestigd.

Wat betreft verbanden met andere variabelen voor zover we die nog niet behandeld hebben, zien we dat er geen verband bestaat tussen de mate waarin artsen psychofarmaca voorschrijven en verwijzen.

Het voorschrijven van psychofarmaca is, gezien deze beschouwing betrouwbaar en valide vastgelegd (hoewel er op arts niveau kwantitatief bij sommige artsen sprake is van onderrapportage, zie hoofdstuk III.3). Met betrekking tot de relevantie van deze gegevens kunnen we zeggen dat de meeste artsen achteraf opmerkten dat hierin verandering zou moeten zijn gekomen. Ook in de literatuur wordt melding gemaakt van een afname in psychofarmacavoorschrijven onder invloed van samenwerking met gedragsdisciplines en van het überhaupt minder gewenst zijn van deze vorm van therapie van psychosociale problematiek (zie ook hoofdstuk I.)

Tot slot besteden we in onderstaande tabel nog aandacht aan de betrouwbaarheid en validiteit van de verwijsmaten. Hierbij zijn de vragenlijstgegevens met betrekking tot verwijzen niet opgenomen vanwege een te kleine spreiding tussen de antwoorden. Dit bevestigt wel het reeds opgemerkte omtrent vragenlijstantwoorden inzake gedragsvariabelen. In tabel 4. staan de overige korrelaties met betrekking tot verwijzen.

		verwijzen LISZ			SPEECH		
		1975	1976	1977	1975	1976	1977
verwijzen	1975						
LISZ	1976	1.00					
	1977	.93	.93				
SPEECH	1975	.40	.40	.45			
	1976	.21	.21	.05	.48		
	1977	.27	.27	.40	.76	.57	

We kunnen uit de bovenste driehoek weer konkluderen dat er qua LISZ-cijfers gedurende drie jaar sprake is van een grote stabiliteit. De verhoudingen binnen de SPEECH-registratie hoewel van jaar tot jaar onderling nog enigszins stabiel liggen blijken de interkorrelaties anders dan binnen de LISZ. In hoofdstuk II.3 is er reeds op gewezen dat dit voornamelijk geweten moet worden aan de onderrapportage van één veel verwijzende arts.

Wat relevantie betreft zouden we met betrekking tot verwijzen op willen merken dat met name een aantal artsen verwachten dat verwijzen naar de psychiater afgenomen zouden zijn. Verwijzingen in het algemeen worden niet geacht te veranderen onder invloed van de psycholoog.

Hiermee willen we deze beschouwing over de mogelijkheden van de diverse meetinstrumenten beëindigen. In de nu volgende terugblik op en integratie van de diverse resultaten zullen de hier naar voren gekomen kwaliteiten worden verdiskonteerd.

3. Enige kanttekeningen bij de aard van het onderzoek.

In dit rapport heeft drie jaar onderzoek zijn neerslag gevonden. In het laatste hoofdstuk zullen de konklusies met betrekking tot het werk van de psycholoog in de eerste lijn worden geformuleerd, zodat we dat daarmee als de inhoudelijke afronding van het SPEECH-evaluatieonderzoek kunnen beschouwen. Daarnaast heeft het onderzoek echter een aantal bevindingen op methodologisch gebied opgeleverd, die evenzeer aan het onderzoek een bepaalde waarde verlenen, en die we hier zouden willen vermelden.

Deze bevindingen vinden hun vertrekpunt in een aantal knelpunten die het doen van veldonderzoek met zich meebrengt. Door naast het signaleren van deze knelpunten vervolgens aandacht te besteden aan in later onderzoek aangebrachte of aan te brengen verbeteringen, hopen we een positieve bijdrage te leveren - ook op methodologisch terrein - aan onderzoek in de huisartspraktijk. Gaan we eerst in op de knelpunten.

In theorie wordt een onderzoeksvraag als "heeft de psycholoog in de eerste lijn nut?", als volgt beantwoord: eerst vertaalt men deze vage vraag in een aantal wetmatigheden, die zodanig zijn geformuleerd dat met behulp van experimenten ten minste de wetmatigheid weerlegd kan worden. Dit houdt onder meer in dat de variabelen waarover gesproken wordt, te operationaliseren zijn, en dat er instrumenten voor handen zijn om ze te meten. De experimenten ten slotte dienen zodanig opgezet te zijn - met betrekking tot soort proefpersonen, tijd/ruimtelijke controle, e.d. - dat de uitkomsten ervan voor de gehele populatie, waarop de te toetsen wetmatigheden betrekking hebben, opgaan.

Een dergelijke ideale situatie impliceert het ter beschikking hebben van een instrumentarium, waarmee alle relevante variabelen betrouwbaar gemeten kunnen worden. In een veldonderzoek is het omgekeerde eerder het geval: er zijn van enkele variabelen gegevens in een reeds vaststaande vorm verkrijgbaar en daarmee zal men het moeten doen. Vraagstellingen worden zo niet uit de theorie geboren, maar uit het feit dat de betreffende data er nu eenmaal zijn.

Dit is in sterke mate het geval bij onderzoek naar reeds geregistreerde gegevens: een opzet met veel voordelen: bij het vastleggen ervan wist men niet dat het ooit onderwerp van onderzoek zou worden, het gaat om kwantitatieve gegevens die met betrekkelijk weinig overlast voor de onderzochte te verzamelen zijn en meestal betreft het grote aantallen hetgeen statistische bewerking gemakkelijk maakt. Daar staat echter tegenover dat men de onderzoeksvraag moet laten afhangen van wat er aan materiaal voor handen is: zodoende kunnen we slechts uitspraken doen op het niveau van "het aantal door de huisarts geregistreerde verwijzingen is niet afgenomen" e.d. Hetgeen het zojuist gememoreerde generalisatieprobleem weer doet opduiken op een nog lager niveau: mogen we van onze cijfers generaliseren naar alle verwijzingen van huisarts x? Hierop is echter in de diverse discussies reeds uitvoerig ingegaan.

Een ander probleem dat een keus van variabelen en instrumenten volgens de geschetste ideaal-opzet in de weg staat is het niet voorhanden zijn van theorieën die op het probleem "samenwerking huisarts-psycholoog" zijn toegesneden. In hoofdstuk I.3 zagen we hoe de verwachtingen aangaande zo'n samenwerking redelijk vaag waren geformuleerd, hetgeen doorwerkt in de vraagstellingen die er uit worden afgeleid. Tijdens de aanzet tot het onderzoek hadden die vraagstellingen een ad hoc karakter, hetzelfde geldt voor een deel van de meetinstrumenten en eigenlijk is pas

met dit onderzoek een stuk theoretisch kader geschapen om op door te werken.

Het feit dat we "ergens moesten beginnen" wordt ook weerspiegelt in de discussie van paragraaf 2: vanwege hun heterogeen karakter konden de resultaten alleen op het meest globale niveau met elkaar in verband worden gebracht, hetgeen zijn weerslag vond in vaak ontbrekende samenhangen.

Kort samengevat wijken de procedures op de volgende punten van een te volgen ideaaltype onderzoeksofzet af: er ontbreekt een theorie waaruit vraagstellingen worden afgeleid, variabelen en instrumenten komen minstens zo zeer voort uit pragmatische motieven, de plaatselijke situatie, etc. als uit overwegingen van theoretische aard en de hypothesen werden getoetst op een selekte artsengroep.

Dit alles leide er onder meer toe dat bepaalde variabelen moeilijk meetbaar waren en dat ze vaak op verschillende niveaus werden gemeten. De betrouwbaarheids- en validiteitsdiskussie in de vorige paragraaf getuigt van de diverse tekortkomingen op methodologisch gebied van het onderzoek.

We zeiden echter in het begin van deze paragraaf ook suggesties voor verbeteringen aan te geven. Een aantal van deze verbeteringen zijn reeds geëffectueerd in een NHI-evaluatieonderzoek naar consultatie (zie Bensing en Schut, 1977).

Hierin werd met betrekking tot het registreren van verwijzingen en medicijnen voorschrijven rekenschap gegeven van de onnauwkeurigheden van de eigen registratie van de huisarts en werd gebruik gemaakt van een apart opgezette registratie. Tevens werd de globale SPEECH-theorie die we met betrekking tot verwijzen toetsten ("verwijzingen zullen afnemen onder invloed van samenwerking") aanzienlijk gedifferentieerd: verwijzingen werden uitgesplitst naar het feit of het al dan niet op initiatief van de arts gebeurde, naar motivatie van de arts om te verwijzen en naar beoordeling van de klacht door de arts.

Ook in de video-observatie van het gespreksgedrag werden aanzienlijke nuanceringsaanbevelingen aangebracht, mede naar aanleiding van de resultaten van SPEECH.

Daarnaast zijn een aantal verbeteringen te noemen die in toekomstig onderzoek gerealiseerd zouden moeten worden. Met name valt hier te denken aan het aanhouden van één eenheid van meetniveau: doordat binnen SPEECH het waarnemen van psychische klachten eigenlijk alleen op arts-niveau betekenis had, evenals zijn gespreksgedrag, terwijl registratiegegevens al op het niveau van de individuele patiënt beschikbaar waren, worden correlaties tussen meetinstrumenten alleen mogelijk op het niveau dat ze alle gemeen hebben, namelijk de arts. Hierdoor kan alleen zeer globale informatie worden weergegeven en gaat veel verloren. Veel meer zouden we te weten komen wanneer we per arts-patiëntcontact gegevens hadden met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen, gespreksgedrag, waarneming van de klacht en eventuele verwijzingen.

Dit brengt ons nog verder namelijk van verbetering van de onderzoeksofzet, instrumenten, e.d. naar een uitdieping van de vraagstelling. Het SPEECH-onderzoek richtte zich voornamelijk op de uitkomsten van het artshandelen.

We hebben moeten konkluderen dat deze uitkomsten niet in grote mate veranderden. Om meer inzicht in de veranderbaarheid op zich te krijgen, is het echter nodig om meer te weten te komen van de factoren die de uitkomsten van het artshandelen bepalen. Dit betekent in verband met het

bovenstaande, dat op patiëntniveau onderzoek gedaan zou moeten worden naar de manier waarop de waarneming van de patiënt door de arts, de arts-patiënt historie, persoonlijke en sociale kenmerken van de patiënt, etc. bepalen wat het handelen van de arts zal zijn. Wanneer we dat handelen zó begrijpen, is het ook meer inzichtelijk hoe bepaalde facetten ervan veranderbaar zijn.

Tot slot van deze "methodologische konklusies" willen we nog even ingaan op het feit dat we te maken hebben met een selekte steekproef.

Gezien het ontbreken van een a-selekte steekproef en gezien het kleine aantal artsen en de ene psycholoog die er deel van uitmaakten, spreekt het voor zich, dat de gegevens van dit onderzoek niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar alle nederlandse artsen. Dit is ook niet zo erg, aangezien een onderzoeksopzet waarbij de resultaten wel generaliseerbaar zijn, in de praktijk niet mogelijk is binnen het onderzoeksgebied waarmee we ons hebben beziggehouden. Zowel door het feit dat de groep artsen wilden samenwerken met een psycholoog als dat ze meewerkten met het onderzoek maakt van deze groep artsen een selekte groep; zonder dit selektiemechanisme zou onderzoek echter niet goed mogelijk zijn.

We moeten het onderzoek dus opvatten als een gevalsbeschrijving. De wetmatigheden die we daarbij aantreffen kunnen in de toekomst van nut zijn, zowel voor het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden als voor het doen van onderzoek ernaar. De lessen die we op het laatstgenoemde gebied geleerd hebben zijn in dit hoofdstuk aan de orde geweest. In het laatste hoofdstuk zullen we kijken wat deze beschrijving ons inhoudelijk geleerd heeft.

V SLOTBESCHOUWING EN KONKLUSIES AANGAANDE DE SAMENWERKING HUISARTS-PSYCHOLOOG

1. Inleiding

In dit laatste hoofdstuk zullen we, op grond van onze bevindingen, zoals die in dit rapport zijn neergelegd, komen tot een definitieve beschouwing over het effect van de psycholoog in de eerste lijn op de huisarts, zoals we dat in Capelle konstateerden.

In paragraaf 2. vatten we samen wat we aan veranderingen bij de capelse artsen kunnen konstateren: de nadruk ligt in deze paragraaf op de tegenstelling tussen de invloed van de psycholoog zoals de artsen die gevoelsmatig ervaren en het uitblijven van veranderingen in de gedragingen van de artsen, zoals we die probeerden te meten.

In paragraaf 3 ten slotte formuleren we tien konklusies over de psycholoog in de eerste lijn rond de thema's: versterking van de eerste lijn, kostenbesparing, kansen voor de kansarmen en kortdurende therapieën.

2. Veranderingen bij de Capelse huisartsen als gevolg van hun samenwerking met een psycholoog.

Zoals de aanhef van deze paragraaf aangeeft, spreken we hier over de bevindingen met betrekking tot één geval van samenwerking; uit het slot van het vorige hoofdstuk bleek al dat we van hieruit niet zonder meer kunnen generaliseren naar elke vorm van samenwerking tussen huisarts en psycholoog.

Daar is enerzijds de situatie van de capelse artsen, die niet in alle opzichten vergelijkbaar is met elke groep artsen in Nederland: Met name moet de betrekkelijk geïsoleerde situatie van de capelse artsen ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg genoemd worden: een situatie die de samenwerking met een psycholoog al meteen in een bepaalde (therapeutische) richting stuurde.

Verder is er sprake van één psycholoog, met zijn specifieke mogelijkheden. Zoals we onder meer uit het onderzoek naar samenwerking tussen huisarts en psycholoog (Bensing en Schut, 1977) kunnen leren, zijn er tientallen manieren om het fenomeen "psycholoog in samenwerking met een huisarts" in te vullen.

We beschrijven dus een bijzondere situatie, waaruit in bepaalde opzichten meer algemene konklusies te trekken zijn, maar waarvan we ons konstant moeten realiseren dat het in eerste instantie om de situatie in Capelle gaat.

Laten we nu met inachtneming van de in het vorige hoofdstuk beschreven kenmerken van de meetinstrumenten proberen samen te vatten welke ontwikkelingen zich bij de capelse artsen hebben voltrokken in de afgelopen drie jaar. Wanneer we onze resultaten van de diverse deelonderzoeken uit hoofdstuk II op een rijtje zetten, komen we tot de konklusie dat in het gespreksgedrag bij de meeste artsen veranderingen werden opgemerkt, dat vervolgens de gevoeligheid voor psychische aspecten aan klachten bij een paar artsen blijvend was toegenomen, en dat tenslotte de minste veranderingen werden gekonstateerd wanneer we letten op het voorschrijven van psychofarmaca en het verwijzen, zowel in het algemeen als naar bepaalde specialismes in het bijzonder.

Hier moeten we nog aan toevoegen dat in een aantal opzichten in Capelle meer veranderingen optraden, maar dat deze geen blijvend karakter hadden. Zomenamen in eerste instantie vrijwel alle artsen meer psychosociale aspecten aan klachten waar, en nam het voorschrijven van enige soorten psychofarmaca af; later bleken deze effecten echter weer te verdwijnen bij een aantal artsen.

In het vorige hoofdstuk zijn met name bij de betrouwbaarheid van de resultaten van de video-opnames enige vraagtekens geplaatst: we trekken niet in twijfel dat in het beschikbare video-materiaal deze verandering te konstateren is, maar wel of een video-opname van een dag voldoende representatief moet worden geacht voor het gespreksgedrag van die arts op dat tijdstip.

Een andere opmerking die naar aanleiding van de vorige paragraaf gemaakt kan worden, is dat veranderingen in geen der genoemde opzichten door artsen als irrelevant worden betiteld, en dat het meeste belang werd gehecht aan veranderingen in gespreksgedrag en het voorschrijven van psychofarmaca.

Laten we nu eens in beschouwing nemen, hoe artsen in de vragenlijsten praten over veranderingen onder invloed van samenwerking met de psycholoog. We hebben naar aanleiding van de vorige paragraaf moeten konkluderen dat uitspraken in de vragenlijsten over konkreet gedrag- waarnemen psychische klachten, ingaan op psychische problematiek, voorschrijven en verwijzen - weinig verband houden met het door ons vastgelegde gedrag.

Om veranderingen in gedrag te meten, leken deze vragenlijsten daarom weinig geschikt. Een aantal antwoorden vormen echter wel een aanduiding voor de verwachtingen die de arts ten opzichte van veranderingen in eigen gedrag en de invloed van de psycholoog daarop koesterden. De meeste artsen gaven zo aan dat ze van mening waren dat ze onder invloed van de psycholoog meer gespreksmatig op psychosociale problematiek in zouden gaan, minder psychofarmaca zouden voorschrijven en minder naar de psychiater zouden verwijzen.

Ook in het interview achteraf werd naar de invloed van de psycholoog op de diverse deelaspecten gevraagd en met name op het gebied van de psychofarmaca en verwijzingen troffen we weer een aantal uitspraken aan die optimistischer waren geformuleerd dan de door ons waargenomen werkelijkheid bleek te zijn.

We komen zo tot de slotsom, dat in de beleving van de artsen de psycholoog een invloed op hun funktioneren uitoefende, die veel minder sterk in onze metingen wordt teruggevonden.

In een aantal andere aspecten van de vragenlijsten wordt deze beleving eveneens teruggevonden; de helft van de artsen vindt dat hij persoonlijk er met patiënten kan omgaan onder invloed van de samenwerking, negatieve gevoelens bij patiënten worden verminderd genoemd; in eerste instantie zeiden de meeste artsen zich deskundiger te gaan voelen in de behandeling van psychosociale problematiek, dit laatste verdween bij een aantal in de loop van het onderzoek.

Het valt op dat de artsen, die in het begin (eerste twee meetrondes) aangaven behandeling van psychosociale problematiek eigenlijk het minst tot het taakgebied van de huisarts te beschouwen, ook zeiden het minst veranderingen te merken en omgekeerd: is bij deze laatste groep de wens de vader van de gedachte?

Om nog even verder in te gaan op de beleefde invloed van de psycholoog bij de artsen: in het interview achteraf gaven de artsen antwoord op de open vraag "wat ze nu aan de psycholoog gehad hadden". Hieruit laten zich twee groepen antwoorden afleiden:

- er waren drie artsen die als hoofdthema aangaven dat ze in een ander kader waren gaan denken en handelen "het meeste wat ik eraan gehad heb is dat ik geleerd heb te denken aan de psychosociale problemen die mensen hebben en ernaar te handelen. Ik kan er ook veel makkelijker over praten met kollegae, psychologen, e.d."

Een ander: "de psycholoog is een aanmoediging geweest om me met een aantal aspecten van psychologie en gesprekstechniek bezig te houden: zowel om me erin te verdiepen als om het toe te passen".

- de andere vijf achteraf geïnterviewde artsen zagen de psycholoog vooral of uitsluitend als verwijsmogelijkheid "ik heb een enorme verwijsmogelijkheid aan de psycholoog gehad", "een bepaald aantal patiënten waarvan je voelde, die kan ik niet aan, en die je niet naar de psychiater wilde sturen, daar kon je met de psycholoog overleggen en dan kwam er of een behandelingsschema uit de bus of je kon hem verwijzen".

Twee artsen uit deze groep benadrukten naast de verwijsmogelijkheid ook de bij henzelf verbeterde mogelijkheden van indikatiestelling, ze weten nu beter wat er bij de psycholoog thuishoort en wat niet.

Vreemd genoeg hangt deze tweedeling in prioriteitenstelling niet samen met de mate waarin artsen konkreet veranderd zijn en ook niet met de ma-

te waarin ze zeggen veranderingen te ondervinden. Terwijl men toch zou denken dat artsen die zeggen in hun eigen funktioneren veel aan de psycholoog gehad te hebben, ook meer veranderd zouden zijn in hun gedrag en op meer punten veranderingen ervaren zouden hebben.

Zo blijven we steken op het punt dat artsen veel steun van de psycholoog ervaren, dat ze zeggen dat die ervaringen zich ook uitstrekken tot allerlei vormen van konkreet gedrag, terwijl, als we dit gedrag aan nader onderzoek onderwerpen, de veranderingen veel geringer blijken. Verder blijken de konkrete veranderingen eerder waarneembaar in de wijze waarop artsen psychosociale problematiek op zich af laten komen, (perceptie, ingaan op psychosociale problematiek in gesprek), dan dat ze gestalte krijgen in de meer konkrete maatregelen die een arts neemt (verwijzen en voorschrijven van psychofarmaca).

Deze konklusie, dat de normen van de onderzoeker die in waarneembaar gedrag gezocht worden, andere zijn dan die waarmee de arts veel steun van de psycholoog ervaart, loopt parallel met datgene wat we aan het eind van hoofdstuk III konkludeerden met betrekking tot het therapeutisch effect van de psycholoog. Waar het de ervaring van psycholoog en artsen was, dat de resultaten van zijn therapieën in 70% van de gevallen zeer behoorlijk waren, vermochten kille cijfers met betrekking tot kontaktfrekwentie, aantal problemen, verwijzingen, e.d. weinig verbeteringen aan het licht brengen.

Evenals daar, zullen we ook met betrekking tot veranderingen bij artsen moeten kiezen of we de voorkeur geven aan subtiele effecten die niet tot uitdrukking komen in onze groffe gedragsmaten, of dat we het artsen- en patiëntengedrag zo willen veranderen, dat het binnen de door ons gehanteerde kriterin -mediayngebruik, verwijzingen, kontaktfrekwentie- tot uitdrukking komt.

Hanteren we de eerste groep effecten om het welslagen van het projekt te beoordelen, dan zien we meer resultaat dan bij een gebruik maken van de strengere tweede norm. Hiermee zijn we bij een verschijnsel beland, dat niet beperkt blijft tot de situatie in Capelle. Een soortgelijk effect trof de Boer (1973) aan als gevolg van het werken in studiegroepen Medische Psychologie: de attitude van de experimentele groep ten opzichte van patiënten met psychosociale klachten veranderde als gevolg van deze studiegroepen, terwijl dit bij controle-groepen niet het geval was. Wanneer echter het gedrag van de arts ten opzichte van dergelijke patiënten werd bestudeerd, werd geen verschil tussen experimentele en kontrolegroep gekonstateerd. Het feit dat veranderingen in subjektieve gewaarwording, attitudes, e.d. eerder te bewerkstelligen zijn dan daaraan gepaard gaande gedragsveranderingen, wanneer artsen in aanraking worden gebracht met disciplines uit de gedragswetenschappen is dus geen fenomeen dat tot de capelse situatie beperkt blijft.

Naast veranderingen in het artsengedrag, hebben we middels de interviews nagegaan hoe de samenwerking met de psycholoog de samenwerking met de A.G.G.Z. beïnvloedde.

Rechtstreekse bemoeienis had de psycholoog in het eerste jaar met de Stichting Geestelijke Volksgezondheid te Gouda en met het maatschappelijk werk in een van de capele wijken. Na een jaar werd dit afgebroken. Later kreeg hij intensiever overleg met de wijkverpleging.

Met de A.G.G.Z. als zodanig worden weinig veranderingen gemeld, die met de psycholoog te maken hadden. We zeiden reeds dat de artsen kenbaar maakten in de vragenlijsten minder naar psychiaters te verwijzen, terwijl tevens een aantal zeiden de Stichting Geestelijke Volksgezondheid te Gouda minder te konsuleren en als verwijsmogelijkheid te gebruiken.

M.O.B.'s vormen daarnaast de tweedelijs-instantie, met wie de capelse artsen het meeste contact hebben, hierin kwam weinig verandering.

Verder hebben sommige artsen goede kontakten met Rotterdamse L.M.G.-bureaus en het I.M.P., maar dit ging geheel buiten de psycholoog om.

Twee artsen noemen de psycholoog als katalysator in overleg met de wijkverpleging; in mindere mate was dit ook met Maatschappelijk Werk het geval. Twee andere artsen noemen wel het home-team, respectievelijk wijkteam dat is gaan functioneren, maar zeggen dat dit een autonome ontwikkeling is, die buiten de psycholoog om is gegaan.

Al met al is er weinig relatie gelegd tussen het werk van de psycholoog en andere aanwezige hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg. Zoals we reeds in het begin van deze paragraaf stelden, was daartoe de situatie in Capelle ook niet optimaal: we noemen de geografische afstand tussen Capelle en de A.G.G.Z. waarop Capelle georiënteerd is (Gouda en Rotterdam) en de verschillen in opvatting omtrent de taak van de A.G.G.Z., welke bestaan tussen enerzijds de capelse artsen en anderzijds de Stichting Geestelijke Volksgezondheid te Gouda; waar de artsen behoefte hebben aan een mogelijkheid om te verwijzen biedt de S.G.V. veeleer een mogelijkheid tot konsultatie.

Ook de sterke nadruk op therapie doen en de "huisartsenmentaliteit" van de psycholoog (= niet te veel tijd verliezen aan overleg, maar veel doen), maakten een intensieve samenwerking met de A.G.G.Z. minder voor de hand liggend.

Bij dit laatste past de opmerking dat deze nadruk op therapie doen door de meeste artsen een noodzakelijk kwaad werd gevonden ("je zou eigenlijk drie psychologen moeten hebben met zijn twaalfen"), maar dat het gezien de ervaren noden en hun eigen taakopvatting (wel signaleren, behandeling moet door vakman geschieden) zo het beste opgelost werd.

3. Konklusies.

Naar aanleiding van het in hoofdstuk III.7 en V.2 gestelde over het effect van de psycholoog op zijn cliënten en veranderingen bij de artsen willen we de volgende konklusies formuleren:

Versterking van de eerste lijn

We zagen dat dit begrip op verschillende manieren ingevuld en geïnterpreteerd kan worden.

- Wanneer we uitgaan van de subjektieve beleving van huisartsen én psycholoog kunnen we spreken van een versterking van de eerste lijn. Men heeft (en dit blijkt ook uit het eigen verslag van de projektdeelnemers) duidelijk het gevoel dat er sprake is van een snellere en efficiënte hulpverlening.
- Voorts is het zo dat er bepaalde categorieën psychosociale problematiek zijn, die niet voor verwijzing naar de tweede lijn in aanmerking komen, die nu behandeld zijn.
- De psycholoog lijkt echter niet zozeer probleem oplossend op te treden, in de zin dat ex-kliënten klachtenvrij zijn zoals zou blijken uit een normale kontaktfrekwentie, gering psychofarmacagebruik en laag verwijspercentage. Eerder is hij een krisishelper: de patiënten die bij hem in behandeling komen hebben enige tijd later wel een lagere medische consumptie dan op het moment van hun verwijzing, maar nog even hoog als enige tijd vóór hun verwijzing en veel hoger dan een steekproef die uit de niet-probleempatiënten van de praktijk getrokken is. Wanneer we dus het patiëntengedrag als norm nemen om het effect te meten, dan zien we een geringer therapeutisch effect, dan wanneer we de subjektieve beleving van arts en psycholoog afgaan.
- Op dezelfde wijze kunnen we de psycholoog in Capelle geen versterking van de eerste lijn noemen, in de zin dat een "objektieve" indikator als het aantal verwijzingen naar medische specialisten in de tweede lijn een afname vertoont.

Verwijzingen naar de A.G.G.Z. kwamen zowel vóór als tijdens de samenwerkingrelatie weinig voor; verwijscijfers van ex-kliënten van de psycholoog naar de A.G.G.Z. liggen echter extreem hoog.

Kostenbesparing

- Onderzoek naar psychofarmacagebruik en verwijscijfers geven geen aanleiding om te denken dat hierin een kostenbesparende faktor is gelegen. De lichte daling in de probleemgroep zou wegvallen tegen de stijging in de restgroep. Het reeds genoemde hoge percentage ex-kliënten dat naar de A.G.G.Z. wordt verwezen maakt het weinig waarschijnlijk dat de psycholoog in Capelle kostenbesparend werkte, doordat hij een aantal verwijzingen voorkwam.
- Uit opgestelde Goal Attainment Schalen wordt bij een aantal personen als slechts mogelijke uitkomst blijvende arbeidsongeschiktheid voorspelt. Indien deze gevallen voor zover ze succesvol behandeld zijn, bij ontstentenis van de psycholoog niet door een andere instantie geholpen zouden zijn, is hier waarschijnlijk sprake van een zekere kostenbesparing. Dit is zo verweven in een totale maatschappelijke konstellatie - de macro-ekonomische winst is niet zonder twijfel - dat we hier geen verdere uitspraken over durven doen.

Kortdurende kontakten

- Kontakten met een duur tot negen zittingen lijken een haalbare zaak binnen de normen voor verbetering die artsen en psycholoog hanteren. De konsulten van deze duur hadden het optimale resultaat; met een kortere duur betrof het vaak verwijzingen die niet voor de psycholoog geschikt waren of mislukte kontakten; met een langere duur werden soms kontakten heel succesvol afgerond, maar was er dikwijls sprake van een slepende kwestie.

Kansen voor kansarmen

- Oudere mensen komen minder bij de psycholoog dan hun problemen zouden doen vermoeden. In Capelle zag de psycholoog echter meer oudere mensen over zijn drempel komen dan een I.M.P. in Utrecht.
- Verbaal minder begaafde patiënten komen niet zo veel bij de psycholoog; vergelijkingsmateriaal met andere groepen op dit punt ontbreekt echter. Resultaten van verbaal minder begaafden zijn slechter dan die van de cliënten die zich wel goed uit kunnen drukken. Dit werkte door in het verwijsbeleid van de artsen in de loop van het onderzoek: verbaal minder begaafden werden minder verwezen naarmate het project vorderde.
- Mensen uit lage milieus worden weinig verwezen; hier ontberen we echter eveneens vergelijkingsmateriaal.

Deze gegevens betekenen dat de psychotherapie dichterbij de arts en patiënten (in of bij de eerste lijn) brengen nog niet inhoudt, dat de kansarmen met betrekking tot de klassieke tweedelijns psychotherapie plotseling geschikt zijn voor deze interventievorm. Wellicht zou men aan heel andere oplossingen moeten denken wanneer men spreekt over een betere psycho-sociale zorg in de eerste lijn; te denken valt wellicht aan een meer preventieve aanpak, zoals deze naar voren komt in het onderzoek rond "somatische fixatie" (N.U.H.I., 1977).

LITERATUURLIJST

- Backsacs-Aagen, I. e.a., Drug Dose Statistics: List of defined doses for drug registered in Norway, Norsk Mediskal Depot, 1975.
- Bain, D.J. en A.J. Haines: A year's study of drug prescribing in general practice using computer assisted records, J.R. Coll.of Gen. Pract., 25 (159) 41-8
- Bensing, J. , H. Schut en P. Verhaak: Konsultatieprojekt Eindhoven interimrapport NHI, Utrecht 1978
- Bensing, J. en M. Dekker, Goal Attainment Scaling II, een methode tot evaluatie van psychotherapieën, maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg 1, 8, 1973, pag. 342-354.
- Bensing, J., H. Schut, Samenwerking Huisarts-Psycholoog, NHI, Utrecht 1977
- Bierkens, P.B., Woord en communicatie, gespreksvoering in theorie en praktijk, Dekker & v.d. Vegt, Nijmegen 1976.
- Boer, R.A. de, nascholing van huisartsen, Boom, Meppel 1973
- Byrne, P.S. en B.E.L. Long, Doctors talking to patiënts, a study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries, Her Majesty's Stationary office, London, 1976.
- Cambell, D.T. en D.W. Fiske, Convergent and discriminant validity by the multitrait-multi method matrix, Psychological Bulletin, 56, 81-105, 1959
- Cassee, E.T. Naar de dokter, Boom, Meppel, 1973
- Cobb, C.W. Community mental health services and lower socio- economic class, A.M., J. of Orthopsychiatry 42, no. 3 p 404-414
- Dirken, J.M., Arbeid en stress, het vaststellen van aanpassingsproblemen in de werksituatie, Groningen 1967
- Dorp, C. van, Luisteren naar patiënten, een analyse van het medisch interview, de Tijdstroom, Lochem 1977.
- Fiske, D.W., measuring the concepts of personality, Aldine, Chicago 1971
- Fiske, et.al. 1970, Planning of research on effectiveness of psychotherapy Am Psychologist 1970, 25, p725-737.
- Garfield I, Handbook of psychotherapy and behaviour change. John Wiley & Sons, New York, 1971.
- Goldstein, A.P., psychotherapeutic attraction. Pergamon Press, New York, 1971.
- Groot, A.D. de, Methodologie, Mouton, Den Haag 1970
- Hart , O. van de, F. Lange, Goal Attainment Scaling, een methode tot evaluatie van psychotherapieën, maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg, 11, 1972 pag. 502-510.

Heuvel, M. van de, C. Schaap (1) Een overzicht van Evaluatiestudies van partnerrelatietherapie, Tijdschrift voor Psychotherapie 5 (1979) p44-54
 (2) Meetinstrumenten ten beoordeling van doeltreffendheid van therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie 5 (1979) p55-65.

Hout, W.P. van de, 1975, Een psycholoog in een eerste echelons team? een bittere noodzaak, Huisarts & Wetenschap, 18 1975, 115-118.

Jaarverslag, 1971-1977 I.M.P. Utrecht

Kiresuk, T.J. en R.E. Sherman, Goal Attainment Scaling, a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Comm. Ment. Health Journal vol. 4, 1968 p 443-453.

Kincey, J.A. General practice and clinical psychology: some arguments for a closer liaison - J.R. Coll. of Gen. Pract. vol. 34, pag. 882-888

Kossmann, H.A., Huisarts en Geestelijke Gezondheidszorg, twee schema's Medisch Contact, 1972, januari, nr. 31

Lamberts & Wolgast, 1974: Huisarts en voorschrijfgedrag- een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen, Huisarts & Wetenschap, 18, 321-333 (?)

Marinker, M., The doctor's role in prescribing, J.R. Coll. of Gen. Pract. supp. 2, vol. 23, 1973

Mollee, B.N.M. en P. de Gier, langs de andere kant, een onderzoek naar het effect van een gestructureerd 4-gesprekkenplan bij de behandeling van eerstelijns probleempatiënten. Vakgroep klinische Psychologie en Psychotherapie. Sub fac. Psychologie, Kath. Hogeschool Tilburg 19.

Ormel, J. Het psychofarmaca gebruik anno 1970, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 53 (1975) 494-506.

Parish, P.A., What influences have led to increased prescribing of psychotropic drugs. J.R. Coll. of Gen. Pract. sup. 2, vol. 23, 1973

Schagen, S., Meten met matige maten: over uitkomst criteria bij het onderzoek naar psychotherapie. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 34 (1979), 65-85.

Schmidt, H., Goal attainment Scaling, een methode tot evaluatie van psychotherapieën, maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg, 1974 pag. 139-144.

Schut, H., De aktiverende arts: een onderzoek naar de relatie tussen het optreden van de arts en mogelijk belangrijke factoren in de psychosociale hulpverlening, intern NHI-rapport, Utrecht 1977

Seur, H.C., Een psycholoog in de eerstelijns. De psycholoog XII, 1977, p45-67.

Smits, A., Psychotherapie t.b.v. de eerstelijns, N.U.H.I., Nijmegen, 1978

Smits, A.J.A. en G.H.J. van Mierlo, psychotherapie t.b.v. de 1e lijn van de gezondheidszorg: opvattingen en bevindingen, NUHI, mei 1978.

Soudijn, K.A., Onderzoek naar therapieën. Tijdschrift voor Psychotherapie 3 (1977) p 9-22

Trethowan, W.K., the role of psychologists in the health service, department of health and social security, London, Her Majesty's Office, 1977.

Veer J. van de, Goal Attainment Scaling IV, doelen kontrakt als evaluatie methode, maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1974 pag. 469-480.

Velden, K. van de, T. Vreeken, Recht op hulp, maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1977, p.760-772.

Vrolijk, A. M.T. Dijkema, G. Timmerman, Gespreksmodellen, een geprogrammeerde instructie, Samson, Alphen a/d Rijn 1971.

Wilks, J.M., Prescribing in general practice, the use of psychotropic drugs in general practice, a report of a year's survey, J.R. Coll. of Gen. Pract., 1975, 731-744.

Wit, L.J.M. de, Samenwerking huisartsen-psycholoog, verslag uitgebracht door een midden-Limburgse konsultatiegroep, de Psycholoog, jag. XI nr. 9, okt. 1976.

Wolffers, Medicijnstrip, Ambo, Baarn 1977

Wijcherden-Nix, van, e.a. interimrapport van een werkgroep samenwerkings-experiment psychologe-huisarts. Huisarts & Wetenschap (1976) 19, 217-221

Zeeuwen, A.M. en W. Zwanikken, Psychologen in de eerste lijn Gezondheidszorg, Meta medica, 1973, 52e jrg. nr. 3, 366-375

Zijl, B.M. van der (1972, Wat kunnen huisarts en psycholoog bij hun dagelijkse praktijkvoering van elkander verwachten, Huisarts & Wetenschap (1972) 15, 425-427.

BIJLAGEN

- I FORMULIER WAAROP DE ARTS GEDURENDE EEN DAG ZIJN BEOORDELING
VAN ELK KONSULT OP DE DIMENSIE SOMATISCH-PSYCHOSOCIAAL AANGAF
- II FORMULIER T.B.V.OBSERVATIE EN SKORING VAN VIDEOOPNAMES
- III REGISTRATIE MEDISCHE KONSUMPTIE
- IV REGISTRATIEFORMULIER T.B.V.EVALUATIE VAN PSCYCHOTHERAPIEEN
(GEBASEERD OP GOAL ATTAINMENT SCALING)
- V TABELLEN BIJ HOOFDSTUK III

Nederlands Huisartsen Instituut
Mariahoek 4 - Utrecht
Tel: 030 - 31 99 46

evaluatie
SPEECH

.. peiling

BIJLAGE I Formulier waarop de arts gedurende één dag zijn beoordeling
van elk konsult op de dimensie somatisch-psychisch aangaf

Peiling van de spreiding der diagnoses van dokter:

Datum:

Kunt U op een 5-puntsschaal aangeven of ook psycho-sociale aspecten een rol spelen bij dit klachtentotaal -gezien tegen de achtergrond van het gehele consult-, en zo ja, in welke mate ze dat doen, in verhouding tot de somatische componenten?

1. Ik ben van mening dat deze klacht of dit klachtentotaal puur organisch is;
2. Ik ben van mening dat aan deze klacht of dit klachtentotaal meer organische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren;
3. Ik ben van mening dat aan deze klacht of dit klachtentotaal ongeveer evenveel organische als psycho-sociale aspecten een bijdrage leveren;
4. Ik ben van mening dat aan deze klacht of dit klachtentotaal meer psycho-sociale dan organische aspecten een bijdrage leveren;
5. Ik ben van mening dat deze klacht of dit klachtentotaal puur psycho-sociaal is

Wilt U van ieder consult een oordeel aangeven door dit achter de beoordeling welke U het meest van toepassing acht te turven.
U wordt verzocht één formulier te gebruiken voor alle consulten van één dag.

Arts: Band: Patiënt: Tijdsduur: Teller:

Konsult: aantal bezoekers:

leeftijd:

geslacht:

gepresenteerde symptomen als entree van het konsult:

aantal door het konsult gepresenteerde klachten en/of signalen
(+ omschrijving)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

aard konsult: somatisch / mengvorm / psychosociaal

indien mengvorm of psychosociaal: op wiens initiatief komt het psychosociale gedeelte tot stand?

arts / patiënt

Lichamelijk onderzoek: ja / nee

Verwijzing: ja / nee

Herhalingskontakt: ja / nee

diagnose arts: rel.zekerheid: 1—2—3—4—5

rel. bijdrage: 1—2—3—4—5

diagnose observeerders: rel.zekerheid: 1—2—3—4—5

rel. bijdrage: 1—2—3—4—5

Arts: I passieve uitingen: parafrases: totaal:

reflekties: totaal:

steunende opmerkingen: totaal:

II aandachtsgedrag: hoofd/blikrichting: - / o / + } totaal:

houding: - / o / + } - / o / +

aspecifiek volgen: - / o / + } (eindoordeel)

III stimulerende procesvariabelen:

aanzwengelen: totaal:

doorvragen: totaal:

IV remmende procesvariabelen:

poging tot interruptie: totaal:
afhouden: totaal:
afkappen: totaal:

V Interesse / betrokkenheid

indruk: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 +

Patiënt: Spraakzaamheid:

aantal starts: totaal:) totaal
aantal vragen: totaal:) eindoor-
mate van doorpraten: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 +) deel:
- / o / +

Indien klacht of klachtentotaal niet zuiver somatisch is beoordeeld door
arts en/of observatoren.

Wat is de behandeling?

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

a. arts houdt zich ostentatief uitsluitend bij de somatische
aspecten

☐

Indruk van de observatoren (indien van toepassing)

1. medische voorkeursfout?

☐

2. vermijdingsgedrag

b. de arts gaat niet in op verbale cues

te weten: (zie ook klachtenlijst)

☐

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

te weten:

☐

d.

☐

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

1. somatische aanpak middels medikatie

☐

2. middels gesprek

☐

indien van toepassing:

- als praatpaal:

☐

- explorerend/inzicht-
bevorderend

☐

- gedragsveranderend

☐

3. middels advisering

☐

4. middels verwijzing naar psychosociale hulpverlener of
hulpverlenende instanties

☐

te weten:

BIJLAGE III Registratie medische consumptie

De volgende categorieën werden per patient per kwartaal vastgelegd:

Kontaktfrekwentie:

- aantal malen dat een patient zijn arts bezocht of bezocht werd
- aantal malen dat een patient telefonisch kontakt had met de arts

Medicijngebruik

- Mogadon gebruik per tablet
- Overige slaapmiddelen per tablet; (vesparax en dalmadorm 30 mg worden als twee tabletten gerekend)
- Seresta in eenheden van 50 mg werkzame stof
- Valium, Nobrium en Tranxène in eenheden van 30 mg werkzame stof
- Temesta in eenheden van 10 mg werkzame stof
- Librium en Librax in eenheden van 30 mg werkzame stof
- Overige tranquilizers per tablet
- Anti-psychotica en neuroleptica per tablet (bij meerdere mogelijke doseringen wordt als eenheid de kleinste gebruikelijke dosering bij volwassenen genomen)
- Antidepressiva per tablet (bij meerdere mogelijke doseringen wordt als eenheid de kleinste gebruikelijke dosering bij volwassenen genomen)

Verwijzingen

De volgende soorten verwijzingen werden geregistreerd:

- bloedonderzoek, huisartsenlab., cytologisch lab.
- röntgenonderzoek
- ziekenhuisverwijzing zonder nadere specificatie
- chirurg
- gynaecoloog, verloskundige
- KNO
- uroloog
- orthopaed
- internist
- cardioloog
- psychiater, neuroloog, opname psychiatrische inrichting
- overige specialismes
- maatschappelijk werk
- psychotherapeut, AGGZ-instelling
- fysiotherapeut, manueel therapeut
- weight watchers, yoga, acupunctuur, transcendente meditatie
- bedrijfsarts, medische dienst
- overigen

BIJLAGE IV Registratieformulier t.b.v. evaluatie van psychotherapieën
(gebaseerd op Goal Attainment Scaling)

Klient gegevens (In te vullen na het eerste gesprek)

Naam:

Adres:

Huisarts:

Geslacht:

Leeftijd:

Milieu: - hogere middenstand, leidinggevende functionarissen, academici e.d.
 - lagere middenstand, geschoolde arbeiders e.d.
 - ongeschoolde arbeiders e.d.

N.B. In het geval van getrouwde vrouwen wordt o.m. het beroep van de echtgenoot in aanmerking genomen; in geval van schoolgaande en/of nog thuiswonende kinderen wordt o.m. het beroep van de ouders in aanmerking genomen.

Verbaliteit: - vlot pratend / zwijgzaam

 - kan zich goed uitdrukken, gevoelens onder woorden brengen etc. //
 drukt zich moeilijk uit, beperkte woordenschat etc.

Gegevens omtrent de beëindiging van de therapie (In te vullen na het laatste gesprek)

Hoe is de therapie geëindigd?

- Therapeut en klient besluiten samen de therapie af te sluiten
- Klient blijft weg zonder overleg vooraf
- Klient wordt verwezen naar
- Therapeut weigert verdere therapie omdat
- Anders, nl.

Hoeveel zittingen zijn er geweest? zittingen

	zeer tevreden		neutraal		zeer ontevreden
Tevredenheid therapeut	1	2	3	4	5
Tevredenheid klient	1	2	3	4	5

GOAL ATTAINMENT SCALING I

Na gesprek 1: Welke subproblemen onderscheidt men?				
Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5

Na gesprek 1: Geef per subprobleem de doelen aan, waaraan voor de 2e zitting gewerkt moet worden:				
Doel van	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4
				Subprobleem 5
Na gesprek 2: Evalueer in welke mate aan de bovengenoemde doelen is gewerkt en in welke mate ze gerealiseerd zijn.				
Stel doelen vast voor gesprek 3				
Evaluatie van	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4
				Subprobleem 5
Doel t.b.v. 3e zitting	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4
				Subprobleem 5

GOAL ATTAINMENT SCALING II (in te vullen na gesprek 2)

	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5
Gewicht					
Slechts mogelijk resultaat:					
Verwacht resultaat:					
Best mogelijk resultaat:					

Na gesprek 3: Evalueer in welke mate aan de bovengenoemde doelen is gewerkt en in welke mate ze gerealiseerd zijn.

Stel doelen vast voor gesprek 4

Evaluatie van	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5
Doel t.b.v. 4e zitting	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5

BIJLAGE V tabellen bij hoofdstuk III

	soort problematiek (zoals aangemeld)	psychosociale diagnose
- individueel	86%	68%
- relatie	8%	22%
- overig (adviesvraag, probleem met betrek- king tot derden	3%	} 10%
- werk	3%	

De individuele problematiek laat zich als volgt uitsplitsen:

aangemelde problematiek		psychosociale diagnose
- fobieën en ziekteangst	30%	20%
- depressie	15%	7%
- psychosomatiek	13%	-
- slaapstoornissen	10%	-
- assertiviteit	4%	18%
- sexualiteit	4%	4%
- overig	10%	-
- identiteitsproblematiek		6%
- mono-symptomatologie		6%
- rouwproblematiek		4%
- dwangmatig gedrag		3%
	86%	68%

Tabel 1: Aangesneden problematiek en diagnose van de psycholoog

	leeftijd				
	10-20	20-30	30-40	40-50	50 en ouder
GAS					
- boven verwachting	10%	36%	32%	13%	10%
- volgens verwachting	9%	44%	33%	11%	4%
- onder verwachting	5%	28%	38%	18%	13%
totaal	9%	36%	33%	15%	8% N=117
oordeel psycholoog	10-20	20-30	30-40	40-50	≥ 50
- sterk verbeterd	8%	34%	32%	10%	5%
- verbeterd	12%	27%	32%	12%	17%
- niet verbeterd/ver- slechterd	4%	37%	42%	14%	4%
totaal	9%	34%	33%	15%	10% N=168
medische consumptie	10-20	20-30	30-40	40-50	50 en ouder
kontaktfrekwentie					
- verschilskore 1 *)		1,23-0,89	1,45-1,03	0,79-0,79	1,21-1,61
- verschilskore 2		2,66-0,89	2,78-1,03	2,23-0,79	2,74-1,61
psychofarmacon					
- verschilskore 1		8-28	50-40	21-33	90-77
- verschilskore 2		78-28	116-40	122-33	151-77

Tabel 2: Verband tussen leeftijd en resultaat, gemeten naar oordeel van de psycholoog, GAS en medische consumptie.

* In deze en volgende tabellen staat verschilskore 1 voor: skore 4 kwartalen tevoren - skore 4 kwartalen erna; en verschilskore 2: skore in verwijskwartaal - skore 4 kwartalen erna: kontaktfrekwentie = gemiddeld aantal kontakten/kwartaal; psychofarmaca = gemiddeld aantal tabletten/kwartaal.

Na gesprek 4: Evalueer in welke mate aan de bovengenoemde doelen is gewerkt en in welke mate ze gerealiseerd zijn.
Stel doelen vast voor volgende gesprekken

Evaluatie van	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5
Verdere doel/ evaluatie beschrijving	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5
GOAL ATTAINMENT SCALING III (in te vullen bij beëindiging therapie; op welke punt bevindt zich de klient per subprobleem?)	Subprobleem 1	Subprobleem 2	Subprobleem 3	Subprobleem 4	Subprobleem 5
slechts	..	..	..	..	..
verwacht	..	..	..	..	..
best	..	..	..	..	..
N.B. Aangeven d.m.v. een kruisje. Het is dus ook mogelijk om tussen twee verwachtingen in aan te geven.					

GAS	man	vrouw	
- boven verwachting	58%	42%	
- naar verwachting	41%	59%	
- onder verwachting	57%	43%	
totaal	46%	54%	N = 117

OORDEEL PSYCHOLOOG	man	vrouw	
- sterk verbeterd	53%	47%	
- verbeterd	46%	54%	
- niet verbeterd/verslechterd	32%	68%	
totaal	51%	49%	N = 168

MEDISCHE KONSUMPTIE	man	vrouw	
kontaktfrekwentie			
- verschilskore 1	0,91 - 0,77	1,33 - 1,16	
- verschilskore 2	2,47 - 0,77	2,70 - 1,16	
medicijngebruik			
- verschilskore 1	19 - 35	44 - 37	
- verschilskore 2	91 - 35	98 - 37	

Tabel 3.: Geslacht van de cliënt in verband met de gebruikte criteriummaten.

	verzekeringsvorm			
GAS	particulier	ziekenfonds	I.Z.A.	
- boven verwachting	40%	43%	17%	
- naar verwachting	41%	55%	5%	
- onder verwachting	28%	65%	5%	
totaal	37%	54%	8%	N = 116

OORDEEL PSYCHOLOOG	particulier	ziekenfonds	I.Z.A.	
- sterk verbeterd	41%	50%	8%	
- verbeterd	35%	53%	9%	
- niet verbeterd/verslechterd	22%	78%	-	
totaal	34%	56%	9%	N = 164

MEDISCHE KONSUMPTIE	particulier	ziekenfonds	I.Z.A.	
kontaktfrekwentie				
- verschilskore 1	0,79 - 0,86	0,82 - 1,04	1,95 - 1,10	
- verschilskore 2	2,38 - 0,86	2,70 - 1,04	2,65 - 1,10	
psychofarmaca				
- verschilskore 1	12 - 35	38 - 35	88 - 52	
- verschilskore 2	87 - 35	97 - 35	124 - 52	

Tabel 4.: Verband tussen verzekeringsvorm en de diverse criteriummaten.

	milieu		
GAS	hoog	midden	laag
- boven verwachting	40%	50%	10%
- naar verwachting	28%	70%	2%
- onder verwachting	30%	65%	5%
totaal	31%	63%	6% N = 126

OORDEEL PSYCHOLOOG	hoog	midden	laag
- sterk verbeterd	33%	60%	8%
- verbeterd	40%	55%	5%
- niet verbeterd/verslechterd	16%	68%	16%
totaal	31%	63%	6% N = 168

MEDISCHE KONSUMPTIE	hoog	midden	laag
kontaktfrekwentie			
- verschillskore 1	0,94 - 0,61	1,10 - 0,78	2,40 - 2,90
- verschillskore 2	2,32 - 0,61	2,43 - 0,78	3,46 - 2,90
psychofarmaca			
- verschillskore 1	15 - 23	38 - 28	60 - 69
- verschillskore 2	80 - 23	86 - 28	115 - 46

Tabel 5.: Verband tussen milieu van de patiënt en de diverse criteriummaten

	verbaliteit	
GAS	drukt zich goed uit	drukt zich slecht uit
- boven verwachting	72%	28%
- naar verwachting	79%	21%
- onder verwachting	64%	36%
totaal	72%	28% N = 128

OORDEEL PSYCHOLOOG	drukt zich goed uit	drukt zich slecht uit
- sterk verbeterd	77%	73%
- verbeterd	68%	32%
- niet verbeterd/verslechterd	37%	63%
totaal	67%	33% N = 109

MEDISCHE KONSUMPTIE	drukt zich goed uit	drukt zich slecht uit
kontaktfrekwentie		
- verschillskore 1	1,19 - 0,81	1,08 - 1,05
- verschillskore 2	2,45 - 0,81	2,45 - 1,05
psychofarmaca		
- verschillskore 1	38 - 26	22 - 39
- verschillskore 2	91 - 26	69 - 39

Tabel 6.: Verbaliteit van de cliënt in verband met diverse criteriummaten.