

MEERJAREN PLANNING

BASISEENHEID PSYCHO - SOCIALE HULPVERLENING

VAN DE AFDELING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

P.VERHAAK

September 1979

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Mariahoek 4 Utrecht 030-319946



## INHOUDSOPGAVE

---

|                                                                                                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. <u>Inleiding</u>                                                                                                | blz. 1  |
| 2. <u>Vooronderstellingen aangaande onderzoek m.b.t. psychosociale hulpverlening door de huisarts</u>              | blz. 2  |
| 3. <u>Onderzoeksopzet in vijfvoud</u>                                                                              | blz. 7  |
| 3.1. <u>Onderzoek: van Probleem naar Behandeling binnen het konsult: het P.E.D.M.-model</u>                        | blz. 8  |
| 3.2. <u>Onderzoek naar verschillen in opleiding van artsen als verklaring voor verschillen in het functioneren</u> | blz. 10 |
| 3.3. <u>Onderzoek naar de invloed van een psychotherapeutisch team op het functioneren van de arts</u>             | blz. 12 |
| 3.4. <u>Video-onderzoek: omgaan met psychische klachten en ruimte voor de patiënt</u>                              | blz. 13 |
| 3.5. <u>Een intensief onderzoek naar de artseninvloed op de problematiek in de huisartspraktijk</u>                | blz. 15 |
| 4. <u>Raakvlakken met andere basiseenheden</u>                                                                     | blz. 15 |
| 5. <u>Planning</u>                                                                                                 | blz. 16 |



## 1. Inleiding.

Op een voor een planning gunstig tijdstip moet de basiseenheid Psycho-sociale Hulpverlening (PSH) zich gaan bezinnen op haar toekomst op middenlange termijn. Een gunstig tijdstip, omdat PSH in haar nu bijna vijf jaar oude historie twee fases vrijwel heeft afgerond: de eerste, ongestructureerde fase van het brainstormen, ideeën opdoen, kontakten leggen in het veld, kleine onderzoekjes proberen en wat er zoal meer plaats vindt binnen zo'n periode van ideeën genereren, ligt al ver achter ons.

De tweede fase, waarin een aantal van deze ideeën konkreet gestalte kregen in onderzoeksprojekten als Samenwerking Arts-Psycholoog, Samenwerking Psycholoog Eerste Echelon Capelse Huisartsen en het Konsultatie-  
jekt Eindhoven zijn voltooid of naderen voltooiing.

In deze fase werden meetinstrumenten uitgetest en verbeterd en werden aanzetten tot theorievorming gegeven met betrekking tot gespreksgedrag van de arts, het waarnemen van psychosociale klachten, de artsenfactor in verwijs- en voorschrijfcijfers, de invloed van training in gespreksvoering, samenwerking met psycholoog in de eerste lijn en konsultatie van een psychosociaal team op het funktioneren van de arts.

In een derde fase, waarover we ons in het kader van deze planning hebben te bezinnen, moet op basis van de activiteiten die we tot nu toe ont-plooid hebben, nieuw onderzoek worden opgezet. Hieraan zullen twee fa-cetten onderscheiden moeten worden. Van de ene kant beschikken we over een aantal bevindingen zoals die hierboven werden weergegeven. Deze bevindingen zijn tot nu toe vrij geïsoleerd weergegeven. Een van de lijnen waarlangs PSH zich in de nabije toekomst zal bewegen, zal dan ook een integratie van diverse reeds verkregen onderzoeksresultaten inhouden.

Daarnaast willen we ook in nieuw onderzoek verder voortbouwen op deze resultaten. Er is binnen PSH een bepaalde benadering van het fenomeen huisarts ontstaan, die konsekwenties heeft voor de invloed die we aan de arts toekennen, en de wijze waarop we op grond daarvan ziektegedrag beoordelen. Een verdere uitbouw van deze benadering tot een theoretisch model, zal middels nieuw op te zetten onderzoeken gerealiseerd moeten worden. Hiermee is de tweede lijn waarlangs PSH zich de komende jaren wil ontwikkelen aangegeven.

Een meerjarenplanning komt dus niet uit de lucht vallen. De plannen die we de komende pagina's zullen ontvouwen, zijn het produkt van de activiteiten, die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd; waar dit van pas komt zullen we daarom telkens aangeven op grond van welke ontwikkeling bepaalde vraagstellingen zijn ingegeven en onderzoeken zijn opgezet. In het tweede hoofdstuk van deze planning expliciteren we de voor-onderstellingen, die gedurende afgelopen jaren ontwikkeld zijn en die ten grondslag liggen aan onze benadering van huisartsengedrag. Het spreekt voor zich dat de benadering, die we daar naar voren brengen, slechts één van de mogelijkheden is, waarbinnen de psychosociale hulpverlening door de huisarts geïnterpreteerd kan worden.

Na zo een toelichting op een aantal PSH-ideeën gegeven te hebben, presenteren we in hoofdstuk drie de diverse onderzoeken, die we vanuit die optiek willen gaan uitvoeren. Per onderzoek geven we, waar nodig, de achtergronden waaruit het voortkomt, om zo de in de komende jaren uit te voeren onderzoeken in een theoretisch kader te kunnen plaatsen. In hoofdstuk vier zullen we in het kort enige aandacht besteden aan raakvlakken, die PSH-werkzaamheden kunnen hebben met andere onderzoeks- of servicegerichte groepen, binnen of buiten het NHI. Hoofdstuk vijf tenslotte zal een fasering geven van de diverse binnen deze planning te entameren activiteiten.

## 2. Vooronderstellingen aangaande onderzoek met betrekking tot

### psychosociale hulpverlening door de huisarts.

In dit hoofdstuk willen we een aantal min of meer globale gedachten weergeven, die in de loop der jaren binnen PSH vorm hebben gekregen, en die hun invloed uitoefenen op de onderzoeksplanning voor de komende jaren.

Deze gedachten hebben te maken met de aandachtsvelden, waarmee we ons denken te gaan bezig houden, en met het model dat we binnen de gekozen aandachtsvelden denken te hanteren. Naast de keuze van onderzoeksobject en de wijze waarop we daarvan abstraheren, besteden we aandacht aan de benaderingswijze die we daarvoor willen kiezen.

Binnen de ideeën, die in de basiseenheid psychosociale hulpverlening leven omtrent het object van onderzoek, (de omgang van hulpverlener met het klachtenaanbod), staat de gedachte centraal dat klacht, ziekte of probleem geen op zichzelf staande grootheid is, maar slechts bestaat bij de gratie van het feit dat een verschijnsel door iemand (patiënt, arts) als een vorm van ziek zijn wordt gedefinieerd.

Wanneer we als uitgangspunt een contact tussen arts en patiënt nemen, dan zijn er een groot aantal gegevens aanwezig: aan het lichaam van de patiënt zijn bepaalde dingen te zien, de patiënt praat daar op een bepaalde manier over, hij toont gevoelens etc.

De arts heeft hierbij associaties, afkomstig uit zijn opleiding, uit zijn ervaring, uit datgene wat hij eerder met die patiënt heeft meegemaakt. Zowel arts als patiënt selecteren bepaalde zaken uit dit bonte scala van gegevens, besteden aan andere geen aandacht, als zijnde irrelevant, en bouwen zo ieder aan hun definitie van wat nu "de klacht", of "het probleem" is.

De essentie van deze opvatting is dat klachten er niet zomaar zijn, maar dat patiënt en arts daar ieder hun bijdrage aan leveren. Onze belangstelling nu, gaat uit naar de bijdrage van de arts in dit geheel. Dit betekent dat we ziekte, patiënten-karrières, arts-patiënt-kontakten e.d. in beschouwing willen nemen voor zover het het aandeel van de arts daarin betreft. Reeds in de inleiding is opgemerkt dat deze beperking iets willekeurigs heeft: het is even legitiem om juist naar de invloed van de patiënt of van de arts-patiënt-interactie op gezondheid, ziekte, probleemaanbod te kijken.

Als redenen waarom wij voorlopig het artsenstandpunt willen kiezen om onze onderzoeksobjecten gestalte te geven, kunnen we de volgende punten aanvoeren:

- het is een nog niet zo ontwikkeld terrein. Lange tijd werd de patiënt met zijn klachten opgevat als zonder meer gegeven; van de patiënt werden allerlei variabelen als sociale status, levensfase, soort problematiek etc., etc., nagegaan als mogelijke verklarende factoren in zijn klaaggedrag, compliance, en wat dies meer zij. Van de artsen werd aangenomen dat ze allen gelijkelijk zouden reageren op eenzelfde geval. Zo men al vaststelde dat artsen onderling verschillen vertoonden in bijvoorbeeld geregistreerde morbiditeit, werd dit slechts opgevat als een lastige restvariantie die men tot een minimum moest zien terug te dringen.

We zouden deze restvariantie nu graag voorwerp van onderzoek willen maken, niet om dit nu tot enige verklaring voor onderzoeksuitkomsten te gaan zien, maar om aan het geheel van aan te voeren verklaringen voor ziektegedrag een bredere basis te verschaffen.

- een reden voor ons is verder gelegen in het feit dat we, in deze richting denkend, al wat ervaring hebben opgedaan met meetinstrumenten; we komen hier zowel in dit als in het volgende hoofdstuk nog uitgebreider op terug. In dit kader moet opgemerkt worden dat in vorige onderzoeken (SPEECH, Eindhoven) de grote variantie tussen artsen in zeer verschillende opzichten als waarnemen van psychische klachten, ruimte die in het konsult aan de patiënt wordt gegeven, voorschrijf- en verwijsbeleid, telkens werd teruggevonden, terwijl in al deze opzichten de artsen zeer consistente patronen vertoonden.
- als derde motief willen we, vooruitlopend op hoofdstuk vier, opmerken dat we onze aspiraties op langere termijn niet zouden willen beperken tot beschrijven van ziektegedrag en de invloed van de arts daarop, maar dat we dit ook praktische toepassing zouden willen geven. Vanuit onze positie op het NHI zouden deze toepassingen het best artsgericht kunnen zijn; in deze wordt gedacht aan samenwerking met de basiseenheid, training en nascholing. Een gerichtheid op het functioneren van de arts en de invloed van dat functioneren op ziektegedrag en patiëntenkarrières is dan voor de hand liggend.

Deze motivering voert ons dus tot een model, waarbinnen nagegaan wordt hoe artsenkenmerken hun invloed uitoefenen op ziekte en gezondheid. We stellen ons in dat kader de twee volgende vragen:

- A. Hoe beïnvloedt een huisarts het ziekteverloop van patiënten?
- B. Binnen welke structuren kan die "beïnvloeding door de huisarts" op haar beurt beïnvloed worden?

We zullen in het volgende stuk nader ingaan op deze twee vraagstellingen. We proberen hierbij de contouren van het gehele aandachtsgebied te schetsen, hetgeen nog niet wil zeggen dat we ons daar ook allemaal mee gaan bezig houden. Aan het eind van dit hoofdstuk leiden we uit dit in kaart gebrachte aandachtsgebied die vraagstellingen af, waarmee we ons concreet willen bezig houden; hierbij spelen overwegingen een rol, als de mate waarin onderwerpen traditioneel bij PSH hebben gehoord, of de mate waarin ze aansluiten bij vorig PSH-onderzoek.

Hoe beïnvloedt een arts het ziekteverloop van patiënten?

Zoals we in het begin van deze paragraaf opmerkten is de functie van de arts in zijn optreden tegenover patiënten niet die van een passieve

"klachtenontvanger", die pas daarna gaat reageren, maar treedt hij vanaf het begin strukturerend op, zodoende het klachtenaanbod, ziekteverloop mede bepalend.

De oude conceptie:

1. Behandeling is een functie van de klacht.

willen we als leidraad bij onderzoek vervangen door:

2. Artsenconceptie is een functie van (klacht + patiënt + arts + arts - patiënt-interactie)

en

3. Behandeling is een functie van de artsenconceptie.

We willen hierin tot uiting brengen dat we zowel patiënt-, klacht-, als artsgegevens van belang achten om de behandeling te verklaren, maar dat we verder de keuze hebben gemaakt om deze gegevens vanuit de optiek van de arts te benaderen.

Zoals ook zal blijken bij bespreking van diverse onderzoeken in hoofdstuk 3, is in een aantal opzichten reeds een hoeveelheid kennis vergaard in de afgelopen jaren, terwijl andere aspecten nog goeddeels onberoerd zijn gelaten. Van de ene kant kunnen we de invloed van arts-patiënt-interactie noemen, welke in video-onderzoek uitgebreid aan bod kwam en de artsenfaktor, welke onder meer met betrekking tot verwijzen, medicijn-voorschrijven en perceptie van psychische klachten werd bestudeerd.

Aan de andere kant treffen we als blinde vlek, waaraan PSH tot nu toe weinig tot geen aandacht besteed heeft, het onderwerp "klachtenaanbod" aan. Tot nu toe is de aandacht op de verschillen tussen artsen gericht geweest en werden verschillen in aanpak bij één arts ten opzichte van verschillende klachten genegeerd. Binnen bovengenoemd schema is het echter evenzeer relevant om na te gaan wat artsen nu oppikken uit het klachtenaanbod, dat de patiënt naar voren brengt, hoe de arts de aangeboden stimuli herstructureert, in hoeverre dit parallel loopt met de patiëntenvisie etc.

Op zich is hiermee nu wel een onderzoeksveld aangegeven, maar dit heeft een dusdanige omvang, dat hieruit een keuze zal moeten worden gemaakt. We kiezen voor een aantal onderzoeken, die qua uitgangspunten door genoemde overwegingen worden gekenmerkt; dat we juist voor die onderzoeken kiezen, komt echter uit pragmatische overwegingen voort. Zo houdt de PSH-basiseenheid zich al lang bezig met video-onderzoek naar gespreksgedrag van de arts.

Hierin komen elementen als de artsenfaktor en arts-patiënt-interactie naar voren. Binnen reeds uitgevoerd onderzoek zijn ook al aanzetten te vinden waarbij de invloed hiervan op beoordeling door de arts van de klacht en op behandeling daarvan is nagegaan.

Graag willen we deze traditie voortzetten en zodanig uitbreiden dat ook meer klacht- en patiëntgerichte aspecten erin opgenomen kunnen worden. In hoofdstuk drie zal dit een van de uitgewerkte onderzoeksthema's zijn.



Een tweede onderwerp, waarover de afgelopen jaren onder meer binnen SPEECH en Eindhoven de nodige kennis is opgedaan, is de artsenfaktor in het voorschrijven van psychofarmaca, verwijzen en de perceptie van psychische klachten.

Hiermee is een aantal bouwstenen aangegeven voor het verband tussen de manier waarop een arts een klacht beoordeelt en de behandeling die hij daaruit laat voortvloeien. Deze fragmentarische kennis willen we enerzijds verder uitdiepen, anderzijds willen we ook dit verder uitwerken in de richting van de stap die vóór de beoordeling van de arts ligt, namelijk de door de patiënt aangeboden problematiek.

Dit wordt in hoofdstuk drie op drie manieren verder uitgewerkt: we doen een voorstel tot onderzoek op konsultniveau, waarbinnen we probleemaanbod door de patiënt, de rekonstruktie hiervan door de arts en de handelingskonsekwenties, die hij daaruit trekt, willen vastleggen en bestuderen. In een tweede onderzoeksvoorstel staat de variabele "tijd" centraal en wilden we nagaan hoe de onderscheiden aspecten (klachtenaanbod- herwaardering en de klacht door de arts- behandeling) in een tijdsperspektief invloed op elkaar uitoefenen: is er in de loop van de tijd sprake van stereotype waarnemings- en behandelingspatronen, welke invloed oefenen klachten uit het verleden uit op waarnemen van de arts, etc.? In dit onderzoek zijn we van plan om de zo gevonden patronen in verband te brengen met de opleiding die de artsen genoten hebben: voert een huisartsenopleiding die sterk de nadruk legt op methodisch werken, b.v. tot een andere kijk op klachten dan een opleiding die sterk de nadruk legt op huisartsgeneeskunde als gezinsgeneeskunde? In een derde onderzoek zijn we van plan om na te gaan in hoeverre het waarnemings- en behandelingspatroon van de arts beïnvloedbaar is door een psychosociaal behandelingssteam in zijn nabijheid te stationeren.

Naast deze nieuwe onderzoeksvoorstellen zullen we in hoofdstuk drie ook enige afrondingen van bestaand onderzoek aangeven, die ook passen binnen het geschetste denkkader: publikaties naar aanleiding van SPEECH en Eindhoven, met betrekking tot het waarnemen van psychosociale klachten, met betrekking tot verwijspatronen en het verband daarvan met beoordeling van klachten en met betrekking tot voorschrijven van psychofarmaca kunnen opgevat worden als voorwerk voor de drie laatstgenoemde onderzoeken.

Met deze nadere uiteenzetting is grofweg bepaald hoe we de abstracte formules uit het begin van deze paragraaf denken in te vullen. Hoewel het een fraktie is van al het denkbare onderzoek, dat naar aanleiding daarvan bedacht zou kunnen worden, zijn we van mening dat het gehele onderzoeksveld, dat in de formule abstrakt weergegeven werd, met deze onderzoeken wordt bestreken: van klachtenaanbod tot en met behandeling; van intensief onderzoek naar gespreksgedrag binnen één konsult tot en met één globale aanpak waarbij patiënten gedurende langere tijd vervolgd kunnen worden. In hoofdstuk drie zal per onderzoek een meer uitgebreide beschrijving van bevindingen tot nu toe gegeven worden en van nieuwe onderzoeksopzetten, terwijl in de daarop volgende hoofdstukken raakvlakken met andere basiseenheden en onderzoeksgroepen en een planning van de diverse onderzoeken zullen worden aangegeven.

We gaan nu echter eerst over tot een beschrijving van het tweede deel van ons aandachtsveld. Hierboven gaven we weer hoe we het funktioneren van de arts, geformuleerd in de vraag: "hoe beïnvloedt de arts het ziekteverloop van patiënten?", wilden bestuderen. In het volgende zullen we de tweede vraag nader toelichten, namelijk hoe theoretische bevindingen over het funktioneren van de arts in de praktijk toepasbaar gemaakt kunnen worden.

B. Binnen welke structuren kan het funktioneren van de arts beïnvloed worden?

Resultaten van het onder A genoemde zullen op langere termijn ten dienste moeten staan van pogingen om nieuwe structuren rond de arts te ontwerpen, om zijn funktioneren te verbeteren. Wanneer inzicht is verkregen in de wetmatigheden, die zijn funktioneren mede bepalen, zal nagegaan moeten worden hoe kennis hieromtrent gebruikt kan worden bij opleiding, training, samenwerking, consultatie en dergelijke.

Het spreekt voor zich dat een dergelijke toepasbaarheid van onderzoeksresultaten niet in alle gevallen meteen gerealiseerd kan worden. In principe zou echter gestreefd moeten worden naar een kennis, die op middenlange termijn kan voeren tot gerichte adviezen om bepaalde doelstellingen binnen de huisartsgeneeskunde te kunnen verwezenlijken. We denken hierbij aan adviezen met betrekking tot de beste structuur om kennisoverdracht of gedragsverandering te bereiken, doelstellingen met betrekking tot verbetering van zorg voor bepaalde groepen patiënten, een gericht verwijsbeleid etc.

Daar waar binnen PSH reeds geruime tijd gespreksgedrag in verschillende konteksten bestudeerd wordt, kunnen we binnen afzienbare tijd niet alleen ingaan op de vraag wat er nu zoal gebeurt in een arts-patiënt-kontakt, maar ook uitspraken doen over beïnvloedings-structuren, welke meer of minder invloed uitoefenen op dat gespreksgedrag. In andere gevallen staat onderzoek naar het funktioneren op zich nog in de kinderschoenen; op zich ligt in de opzet van dat onderzoek en de keuze van de onderzoeksonderwerpen echter de mogelijkheid besloten om op middenlange termijn ook uitspraken te doen over verandering/verbetering van dat funktioneren. Dit is b.v. daar het geval waar opleiding van de huisarts als verklarende variabele wordt opgevoerd, of waar we nagaan wat de invloed van een psychosociaal behandelingsteam is.

De onder A en B genoemde vraagstellingen vertonen een wisselwerking. De vraag naar het funktioneren blijft uiteindelijk zinloos wanneer men ook kennis heeft van de mechanismen, die hierbij een rol spelen. In de in hoofdstuk drie te presenteren onderzoeksvoorstellen hopen we daarom met beide aspecten rekening te houden.

## Benaderingswijze

De benaderingswijze van PSH verschilt van die van andere W.O.-basis-eenheden in de zin dat verschillen tussen individuele artsen onze belangstelling hebben in plaats van verschillen tussen structuren o.i.d. Dit betekent niet dat deze laatste verschillen niet belangrijk zijn, maar we zullen eerder proberen erop te controleren, dan ze als verklaring voor gevonden variatie in het functioneren van de arts te gebruiken.

### 3. Onderzoeksofzet in vijfvoud.

Na deze weergave van vooronderstellingen en globale plannen binnen PSH zullen we in deze paragraaf een onderzoeksprogramma presenteren. We kunnen in dit programma een aantal onderdelen onderscheiden, die als overeenkomst hebben dat ze alle hun aanzet vinden in het PSH-verleden; binnen deze onderzoeksplannen zullen de diverse onderdelen verder uiteen gaan lopen.

Het onderzoeksprogramma is voor een deel gecentreerd rond de gedachte, dat we het functioneren van de arts op een geïntegreerde wijze willen bestuderen. Het eerste onderzoeksproject, dat we in dit kader naar voren brengen, is primair op instrumentontwikkeling gericht: hoe kan men een reeks arts-patiënt-kontakten zinvol vastleggen als een aantal elkaar opvolgende cycli van problempresentatie, herdefiniëring, doelstellingen en maatregelen en evaluaties.

Met behulp van zo'n registratie-techniek willen we er op langere termijn naar streven systematisch verschillen tussen artsen vast te leggen, en deze artsenfaktor te relateren aan bijvoorbeeld opleidingsvariabelen. Verwant hieraan is een derde onderzoek, waarin we na willen gaan hoe invloed uitgeoefend kan worden op de manier waarop de arts de klachten waarneemt, herdefinieert, zijn doelen stelt en maatregelen neemt; deze vragen vormen de probleemstelling in een onderzoek, waarin de samenwerking tussen huisartsen en een psychotherapeutisch team in Breda wordt geëvalueerd. Van deze drie onderzoeken kunnen we zeggen dat in het eerste geprobeerd wordt om het functioneren van de huisarts in beeld te brengen, terwijl bij de twee volgende ook aandacht besteed wordt aan eventuele mogelijkheden om dit functioneren te beïnvloeden.

Een ander gebied wordt gevormd door video-onderzoekingen. Hierin tekenen zich verschillende lijnen af: in eerste instantie moet het onderzoek naar de manier waarop gespreksgedrag zinvol te scoren is afgerond worden. Daarnaast is het gespreksgedrag van de arts nu in een aantal verschillende structuren geëvalueerd, zodat hier op korte termijn aandacht besteed kan worden aan de tweede soort vraagstelling: hoe is dit gedrag beïnvloedbaar? Vervolgens kan de vraag naar het functioneren van de arts verder uitgediept worden door een nieuw video-project, maar nu in combinatie met een registratieproject zoals dat in 3.1. wordt beschreven. Hiermee zijn we dan bij het laatste onderzoeksterrein aangeland: hoe krijgen abstracte registratiecategorieën concreet gestalte in het op video vastgelegde gedrag van de huisarts?

### 3.1. Onderzoek: van Probleem naar Behandeling binnen het konsult: het P.E.D.M.-model

Dit onderzoek bouwt voort op de inzichten die we binnen SPEECH en Eindhoven opgebouwd hebben; het doel is om tot een registratie-techniek te komen die een weergave kan geven van een reeks arts-patiënt-kontakten, met inbegrip van gegevens betreffende de waarneming van de klacht door de arts, zijn beslissingen, en de evaluatie daarvan gedurende het volgende contact, die tot een nieuwe probleempresentatie aanleiding kunnen geven.

Het in november 1978 door Aakster voorgestelde P.E.D.M.-model dient hier als één leidraad. Dit model onderscheidt de volgende aspecten aan een arts-patiënt-kontakt:

Probleempresentatie: (beïnvloed door achtergronden van patiënt)



Evaluatie door de arts



Doelstelling



Maatregelen: (in onze termen onder meer voorschrijven en verwijzen)



Resultaat

Binnen dit model is aan het aspect Evaluatie binnen PSH aandacht besteed in de diverse onderzoeken naar perceptie van psychische klachten. We gaan hier onder de kop "perceptie" nader op in.

De diverse Maatregelen, die een arts kan nemen, zijn in de afgelopen jaren op een aantal manieren door ons bestudeerd: zowel binnen het SPEECH-project als in het konsultatie-project Eindhoven werden het verwijs- en voorschrijfgedrag van de huisarts vastgelegd en bestudeerd. Hierover rapporteren we eveneens in de volgende paragrafen. Een grondig inzicht van een dergelijk beslissingsmodel is o.m. van belang wanneer men de "artsenfaktor" in het diagnostiseringsproces wil bestuderen en wanneer men wil onderzoeken in hoeverre die "artsenfaktor" te manipuleren is. Zoals zal blijken in de meer uitvoerige bespreking per onderwerp, is binnen PSH reeds een aanzienlijke hoeveelheid aan kennis vergaard met betrekking tot de diverse onderdelen van het P.E.D.M.-model, maar missen we de dynamiek die dit model kenmerkt, aangezien we de diverse onderdelen vrij geïsoleerd van elkaar bestudeerd hebben. Gezien de kennis die reeds aanwezig is met betrekking tot het meten van verschillende aspecten, zou het zonde zijn om deze niet te gebruiken om tot een beter inzicht in allerlei dynamische aspecten van het P.E.D.M.-model te komen. We zullen per onderwerp in de volgende besprekingen nagaan hoe juist deze aspecten in de diverse onderzoeksopzetten betrokken kunnen worden.

#### Perceptie van psychosociale aspecten

In het kader van de onderzoeken SPEECH en Eindhoven is onderzoek gedaan naar de mate waarin artsen klachten als (mede-)psychisch beschouwen. Dit leverde interessante gegevens op, in de zin dat deze onderzoeken aannemelijk maakten dat iedere arts zo zijn eigen kijk heeft op het al

dan niet somatisch of psychisch zijn van klachten; tevens doet dit de vraag rijzen in hoeverre dit fenomeen verder uitgebreid kan worden: op welke andere dimensies dan "psychisch-somatisch" doet de artsenfaktor zich zoal gelden? We denken hierbij aan het gegeven dat niet iedere arts een klacht als even ernstig beoordeelt, of de grote verschillen in taakopvatting, die tussen artsen aangetroffen kunnen worden.

Hiermee zijn we aangeland bij de koppeling Probleem-Evaluatie uit het P.E.D.M.-model. Naar aanleiding van onder meer SPEECH-resultaten zal binnenkort in artikelvorm verder worden ingegaan op deze problematiek.

Binnen het Eindhovense konsultatie-project is nagegaan hoe de evaluatie van de klacht door de arts van invloed is op het verwijsbeleid, waarmee we de koppeling Evaluatie-Maatregelen in het brandpunt van onze belangstelling hebben. Hierover wordt komend najaar gerapporteerd. Met betrekking tot het onderwerp perceptie van (psychosociale) klachten kunnen we zo de volgende publikaties verwachten:

Zomer 1979:

"Psychische Klachten: ijsberg of luchtspiegeling". Een beschouwing over de artsenfaktor in het diagnostiseringsproces.

Najaar 1979:

"Veranderingen in perceptie van psychische klachten onder invloed van konsultatie" en "de invloed van beoordeling van de klacht op het verwijsbeleid".

Deze studies, voortkomend uit lopende PSH-activiteiten, dragen de bouwstenen aan voor een nieuw op te zetten project, waarin het P.E.D.M.-model in zijn geheel op zijn verdiensten wordt beproefd. Hier komen we aan het slot van deze paragraaf op terug.

#### Verwijzen en voorschrijven

Binnen PSH werd in het kader van het SPEECH-project voor de eerste maal aandacht besteed aan het registreren van verwijs- en voorschrijfgedrag. In termen van het P.E.D.M.-model werden deze gedragingen nog als op zichzelf staande fenomenen gemeten; kennis over voorschrijven en verwijzen werd niet gekoppeld aan gepresenteerd probleem, artsen-evaluatie of -doelstelling.

In het kader van de huidige 5-jaren-planning is het echter van belang dat registratie-ervaring wordt opgedaan. Deze ervaring resulteerde in een nieuwe registratie-opzet in het Eindhovense project, waarin zoals we hierboven zagen, de verwijsbeslissing werd geregistreerd in combinatie met een evaluatieve maat: beoordeelt de arts de klacht als somatisch of psychisch?; tevens werd het motief voor verwijzing geregistreerd, hetgeen een indicatie voor de doelstelling van de arts zou kunnen zijn.

Met de huidige ervaring op het gebied van registratie, moet het mogelijk zijn in elk geval verwijzen en voorschrijven op te nemen als te registreren "maatregelen" binnen een P.E.D.M.-model.

Daarnaast zal onderzoek nodig zijn om uit te maken welke andere soorten "maatregelen" onderscheiden kunnen worden aan artsengedrag en om te komen tot een wijze van vastleggen hiervan.

### Een P.E.D.M.-model

Met behulp van de opgedane ervaring van de basiseenheid PSH en van andere onderzoekers, willen we nagaan wat de relatie is tussen aangeboden problemen, evaluatie van de arts en de maatregelen die hij neemt. Dergelijk onderzoek zouden we willen doen omdat we, gezien onze ervaringen tot nu toe, reden hebben om aan te nemen dat de "artsenfaktor" hierin een belangrijke rol speelt, en omdat, als dit zo is, kennis van die artsenfaktor onontbeerlijk is voor onder meer morbiditeitsonderzoek, onderzoek naar verwijs- en voorschrijfgedrag etc.

In eerste instantie zullen we hierbij de achtereenvolgende P.E.D.M.-cycli op zich als onderwerp voor onderzoek nemen; de centrale vraag daarbij is hoe de arts het ziektegedrag van de patiënt beïnvloedt. We zullen daarom onderzoeken of variaties in de waarneming van de arts de variatie in zijn maatregelen kan verklaren en of variatie in artsenfactoren (waarneming/, evaluatie/ maatregelen) de variatie in patiëntengedrag (aangeboden probleem/aantal cycli dat één probleemoplossing behoeft) kan verklaren.

Deze vragen zouden beantwoord moeten worden door bij een aantal artsen gedurende bepaalde tijd een cohort patiënten te vervolgen.

Vastgelegd zou moeten worden (per arts-patiënt-kontakt):

- door de patiënt ervaren problemen, waarmee hij naar zijn arts gaat
- een medische diagnose door de arts
- een aantal oordelen van de arts met betrekking tot de aard en ernst van de klacht, taakopvatting inzake de klachten, opvattingen over de patiënt, e.d.
- de door de arts waargenomen bedoeling die de patiënt met het konsult heeft en de doelstelling van de arts
- behandeling door de arts (de maatregelen)
- bij nieuw kontakt: evaluatie van de genomen maatregelen, waaruit dan een herdefiniëring van het probleem, en eventuele nieuwe maatregelen voortkomen.

Dit onderzoek beperkt zich op deze manier tot het verkrijgen van een beter inzicht in de mechanismen die een rol spelen bij het arts-patiënt-kontakt. In de twee volgende onderzoeksvoorstellen zullen we ingaan op mogelijk verklarende factoren voor die mechanismen, en op de mogelijke manipuleerbaarheid van de wijze van waarnemen en het handelingspatroon van de arts.

### 3.2. Onderzoek naar verschillen in opleiding van artsen als verklaring voor verschillen in het functioneren

In het vorige onderzoeksvoorstel lag de nadruk op het vaststellen van een aanwezige "artsenfaktor" in het waarnemen, evalueren en behandelen; verder was het gericht op het ontdekken van de invloed van deze "artsenfaktor" op probleemaanbod.

In een volgend stadium willen we een poging wagen om deze verschillen te kunnen verklaren. Het geschetste P.E.D.M.-model gaat uit van een cognitief proces bij de arts, waarbij een klacht wordt waargenomen, van een aantal evaluaties voorzien wordt, en tenslotte aanleiding geeft tot een of andere behandeling.

De manier waarop men een klacht kan bekijken, de gedachten die hierbij de arts door het hoofd flitsen, de behandelingsalternatieven die hij ziet, dit alles is een cognitief proces, dat hij aanleert. Met name geschiedt dit leerproces in zijn opleidingsjaar als huisarts en in de twee à vijf jaar daarna, waarin iedere arts zijn stijl ontwikkelt. Met name de genoten opleiding als huisarts, is interessant als verklarende variabele voor verschillen in het functioneren als huisarts, voor zover dit blijkt uit het P.E.D.M.-model.

In de eerste plaats omdat deze opleiding zich zo duidelijk richt op de vorming van een cognitief kader, dat het handelen van de huisarts bepaalt. In de tweede plaats vanwege de verschillen in de diverse opleidingen: de ene richt zich op methodisch werken, een tweede op gezinsgeneeskunde, bij een derde staat samenwerking met b.v. maatschappelijk werk heel centraal, etc.

Men kan verwachten dat juist deze verschillen gerepresenteerd worden in het cognitief kader, dat men later als huisarts hanteert. Op de derde plaats is het een verklarende variabele, die relevant geacht kan worden voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde; gedachten over de vorming van de toekomstige huisarts verkeren nog grotendeels in het speculatieve stadium; empirische onderbouwing is nog maar mondjesmaat aanwezig.

Het spreekt voor zich dat genoten opleiding niet als enige verklaring voor de gevonden variantie in de "artsenfaktor" kan optreden. Daarnaast zal gecontroleerd moeten worden op variabelen als "nascholing", "attitude t.o.v. het huisartsenvak", "praktijkgrootte", "plaats van vestiging", "praktijksamenstelling", etc.

De algemene vraagstelling van het onderzoek is dan als volgt te schetsen:

*"In hoeverre biedt de huisartsenopleiding (eventueel in combinatie met gevolgde nascholing) een verklaring voor verschillen in het waarnemen, evalueren en behandelen van problemen, bij konstanthouding van persoonlijke en situationele kenmerken?"*

Voorwaarden voor dit onderzoek zijn:

- a) Een goed werkend P.E.D.M.-model, dat in onderzoek 3.1. getoetst is.
- b) Een cognitieve theorie, die verklaringen biedt voor de resultaten van genoemd onderzoek en die aansluit bij opleidingskenmerken.
- c) Een inhoudsanalyse van die opleidingskenmerken.
- d) Ontwikkeling en/of selectie van relevante maten voor variabelen, waarop we willen controleren (We denken hierbij met name aan het meten van attitudes t.o.v. het huisartsenberoep, de taak van de huisarts, etc.).

Gezien deze vereisten zal het anderhalf à twee jaar in beslag nemen, voordat het feitelijk onderzoek plaats kan vinden. Dit feitelijk onderzoek zou dan inhouden:

- A) Selektie van huisartsen, die aan verschillende universiteiten zijn opgeleid: Gezien de regionale verschillen die men kan verwachten in medische konsumptiepatronen, verdient het wellicht aanbeveling om ons te beperken tot b.v. twee van de vier regio's en die opleidingen die die regio's grotendeels bestrijken.  
Houden we ons aan een controle op de variabele "stad vs platteland" en "regio A vs regio B", dan zullen per opleidingsinstituut ongeveer 80 artsen moeten worden geselecteerd.
- B) Gedurende een bepaalde tijd (b.v. twee weken) zal bij die artsen iedere patiënt met een nieuw probleem op P.E.D.M.-wijze gevolgd worden.  
Dit houdt in dat van deze patiënten de registratie voortgezet wordt, totdat het probleem als beëindigd, dan wel blijvend beschouwd wordt. Tevens zullen metingen verricht worden bij die artsen, op andere, kontrolerende variabelen.
- C) Vervolgens zal dit materiaal bewerkt en geanalyseerd moeten worden.

3.3. Onderzoek naar de invloed van een psycho-therapeutisch team op het functioneren van de arts.

Ook hier wordt onder het functioneren van de arts weer verstaan: de manier waarop hij klachten waarneemt, evalueert en behandelt, zoals dit in een P.E.D.M.-systeem wordt vastgelegd. De nadruk ligt in dit onderzoek op de gevoelens die patiënten bij de arts oproepen, en die aanleiding geven tot een bepaalde etikettering. En verder gaat het dan in dit geval om de invloed die een psycho-therapeutisch team hierop kan uitoefenen.

De lokatie van dit project ligt reeds vast. Het N.H.I. heeft namelijk sinds enige tijd contact met leden van het project Psychosociale Hulpverlening in Breda.

Binnen dit project participeren huisartsen, maatschappelijk werkenden en psychologen in een multi-disciplinair samenwerkingsverband. Artsen kunnen leden van het psycho-therapeutisch team om advies of konsultatie vragen, er kunnen rechtstreeks verwijzingen voor psychotherapie plaatsvinden, arts en psychosociaal hulpverlener kunnen gezamenlijk met een patiënt praten, waarna alsnog kan worden besloten tot co-therapie, individuele therapie, groepsgewijze behandeling, verdere behandeling door de arts, etc. etc.

Bij de leden van genoemd project bestaat onder meer belangstelling voor bestudering van het beslissingsproces bij de huisarts: wanneer brengt hij patiënten in bij het psycho-therapeutisch team, hoe verlopen diverse patiëntenstromen etc.?

Binnen dit onderzoek zou nu onder meer onderzocht worden hoe dat functioneren beïnvloed wordt door hun samenwerking met een psychosociaal team. Dat kan onder meer door na te gaan of hun waarneming, evaluatie en behandeling verandert en met name van die patiënten, die met dat team in aanraking zijn gekomen.

Daarnaast wordt in dit project nagegaan welke patiënten de artsen zouden willen verwijzen naar het psycho-therapeutisch team en welke feitelijk verwezen worden. Welk percentage van de patiënten die ze willen verwijzen, komt ook feitelijk terecht bij het team, of andersom,



welk percentage van de feitelijk behandelenden was daarvoor ook vooraf door de arts geselecteerd? Van de diverse groepen, die we zo kunnen onderscheiden, kunnen beschrijvingen gemaakt worden aan de hand van achtergrondkenmerken, persoonskenmerken (zaken als klaaggeneigdheid, manier van probleemoplossen), de medische konsumptie van de diverse groepen, en de manier waarop ze door de arts geëtiketteerd worden.

De opzet van dit onderzoek is dan als volgt:

- A) Vastgesteld wordt bij de artsen met welke groepen patiënten hij niet uit de voeten kan en die hij daarom naar het psycho-sociaal team zou willen doorverwijzen.
- B) Vervolgens wordt nagegaan welke "labels" een arts bij die patiënten gebruikt: "lastige patiënt", "somatiseerder", "querulant" e.d.
- C) Van deze patiënten wordt een P.E.D.M.-registratie bijgehouden, van alle keren dat ze het spreekuur bezoeken, alsmede van alle contacten met het psycho-therapeutisch team.
- D) Ook wordt deze P.E.D.M.-registratie bijgehouden van niet in de steekproef aanwezige patiënten, die toch verwezen worden naar het psycho-therapeutisch team.
- E) Na verloop van een jaar wordt opnieuw vastgesteld met welke patiënten de arts niet uit de voeten kan, en die hij daarom naar een psycho-sociaal team zou willen doorverwijzen.  
Ook hiervan wordt weer vastgesteld welke "labels" op die patiënten van toepassing zijn.

Het onderzoek richt zich dan op de volgende punten:

- Hoe kunnen we patiënten uit de groep geselecteerden, die inderdaad verwezen worden, onderscheiden van patiënten die niet verwezen worden?
- Hoe kunnen we patiënten, die na een jaar weer geselecteerd worden, onderscheiden van patiënten die na een jaar niet meer geselecteerd worden?
- Welke invloed heeft het psycho-sociaal team op de patiëntenkarrières?

### 3.4. Video-onderzoek: omgaan met psychische klachten en ruimte voor de patiënt

De afgelopen jaren is onderzoek naar gespreksgedrag van de arts met behulp van video-banden een konstant aanwezige PSH-activiteit geweest. We zullen hier een korte samenvatting geven van de ontwikkelingen die in dat opzicht hebben plaatsgevonden.

- Ten behoeve van het gekombineerd trainings-onderzoeks-project (1975) werd een eerste categorieën-systeem ontworpen, dat geïnspireerd was op Rogeriaanse gesprekscategorieën. De verdienste van dit onderzoek is geweest dat het heeft geleid tot een aantal operationalisaties, die vrij betrouwbaar zijn gebleken (SPEECH, 1979); verder heeft dit eerste onderzoek tot een schifting van te observeren variabelen geleid, omdat een groot aantal tevoren interessant lijkende gegevens in de praktijk weinig relevant leken. Rapportage hierover vond plaats in het interne N.H.I.-rapport "de Aktiverende Arts" (Schut, 1977).

- Binnen het SPEECH-onderzoek is deze geselecteerde groep variabelen gebruikt, om veranderingen in het gespreksgedrag van de arts te meten.

We merkten hier dat er twee groepen variabelen zijn te onderscheiden, n.l. variabelen die te maken hebben met de inhoudelijke omgang met psycho-sociale klachten, en variabelen die te maken hebben met de vorm van het gesprek: de aandacht die de arts heeft en de manier waarop hij laat merken de gevoelens van de patiënt te begrijpen, de mate waarin hij steunt e.d.

Met betrekking tot het eerste facet werden consistentere veranderingen bij artsen gevonden, dan met betrekking tot het tweede facet. Dit heeft natuurlijk te maken met het feit dat de artsen op dit laatste punt op geen enkele manier getraind werden, terwijl samenwerking met een psycholoog wel aanleiding zou kunnen geven, om psycho-sociale aspecten van klachten anders te benaderen in het gesprek.

- Binnen het Eindhovense konsultatieproject werd een belangrijk euvel van de tot dan toe gehanteerde observatieschema's aangepast; een konsult werd opgesplitst in somatische, psycho-sociale en administratieve fragmenten, hetgeen tot belangwekkende gegevens voerde. Met name dient hierbij vermeld, dat uit de resultaten bleek dat artsen in verschillende soorten gespreksfragmenten heel anders handelden; voorts was de voornaamste bron van variatie tussen artsen gelegen in de psycho-sociale gespreksfragmenten, terwijl m.b.t. de somatische gespreksfragmenten weinig verschil was tussen de diverse artsen. Tenslotte werden de (reeds bij SPEECH samenhangende) vorm-variabelen rond één theoretisch begrip -ruimte voor de patiënt- samengebracht, hetgeen de konstruktvaliditeit ervan aanzienlijk deed toenemen.

We zien zo, dat we in de loop van de tijd tot een adequatere benadering van gespreksgedrag gekomen zijn: operationalisaties zijn verbeterd, theoretisch hebben de geobserveerde variabelen veel meer met elkaar te maken gekregen, er is een konseptueel kader ontstaan, etc. Wanneer we de in hoofdstuk 2 gemaakte indeling in "het funktioneren" en "hoe is dat te beïnvloeden?" weer in gedachten nemen, dan hebben vooral de twee laatste onderzoeken op video-gebied ons de beschikking gegeven over een theoretisch frame; de wijze waarop een arts zijn gesprekken voert, is gecentreerd rond het begrip "ruimte geven aan de patiënt" en zijn inhoudelijke omgang met psychische klachten blijkt ook in één kluster gedragingen te vangen te zijn. Het wordt tijd om deze kennis te gaan toepassen op de tweede vraagstelling: hoe is het te beïnvloeden?

De afgelopen vier jaar hebben ons in de gelegenheid gesteld video-materiaal te verzamelen van drie manieren om artsen te veranderen: gesprekstraining, samenwerking met psycholoog en konsultatie door een psycho-sociaal team.

De eerste poging tot verandering richtte zich met name op verandering in wijze van gespreksvoering, de twee laatsten meer op de inhoud van het gesprek. Skoring met behulp van het categorieën-systeem in zijn verst ontwikkelde vorm, kan uitwijzen in welke mate de drie veranderingstechnieken invloed hebben op het gespreksgedrag van de arts. Hiertoe moet met name de eerste groep banden opnieuw geskoord en geanalyseerd worden.

Hiernaast zal, in het kader van het onderzoek naar het funktionieren van de arts, het onderzoek naar de factoren die ruimte voor de patiënt en het reageren op psychische klachten beïnvloeden, voortgezet worden, onder meer om als basis te kunnen dienen voor een in 3.5. te behandelen gekombineerd registratie/video-project.

Het moge duidelijk zijn dat met name de resultaten van de vergelijking tussen diverse manieren om het gespreksgedrag van artsen te beïnvloeden aanleiding kunnen vormen voor een intensievere samenwerking tussen de basiseenheden PSH en nascholing en training.

### 3.5. Een intensief onderzoek naar de artseninvloed op de problematiek in de huisartspraktijk.

Binnen het P.E.D.M.-project (3.1.) werd een abstracte structuur geschetst waaruit een konsult opgebouwd werd:

Probleem - Evaluatie - Doelstelling - Maatregelen.

Getracht zou worden om in eerste instantie na te gaan welke wetmatigheden hierin bespeurd konden worden.

Binnen video-onderzoekingen is veel concreter gekeken wat er nu feitelijk in een konsult gebeurde: kleine stukjes arts- en patiëntgedrag werden hier tot bepaalde theoretische concepten samengesmeed.

Als vervolg op deze studies denken we in een later stadium van de meerjarenplanning aan een integratie van deze twee onderzoeken. Naar aanleiding van gegevens die uit de twee onderzoeksstromen voortkomen, willen we proberen om bij een volgend video-project de diverse beslissingsstappen van de arts (Evaluatie, Doelstelling, Maatregel) expliciet te weten te komen, en nagaan welke gedragsvormen daarbij horen.

Hiervoor zou bij een klein aantal artsen een relatief groot aantal konsulten opgenomen moeten worden, waarbij telkens uitgebreid de oordelen en doelstellingen met betrekking tot iedere patiënt geregistreerd worden, evenals een aantal maatregelen; van patiënten zouden tevoren de problemen moeten worden aangetekend. De centrale vraag is hier: hoe is de beïnvloeding door de arts van het probleem af te leiden uit zijn concreet gedrag?

Ook hier valt weer te denken aan samenwerking met de basiseenheid nascholing en training, b.v. in het kader van "methodisch werken".

### 4. Raakvlakken met andere basiseenheden

Sammer willen we hier aangeven met welke andere groepen binnen en buiten het instituut de tot nu toe geschetste ontwikkeling tot contacten aanleiding kan geven.

Enerzijds kan dit kontakt waardevol zijn vanwege inhoudelijke overeenkomsten: wanneer hetzelfde onderwerp vanuit diverse optieken - een psychologische en bijvoorbeeld een sociologische of een medische - wordt bestudeerd, is uitwisseling van gedachten waardevol.

Verder hopen we op een gegeven moment op konsekventies van onderzoeksresultaten met betrekking tot het funktionieren van de huisarts, die de mogelijkheden van een onderzoekseenheid als PSH te boven gaan.

Binnen het N.H.I. denken we zo op middenlange termijn aan kontakten (dit kan variëren van een incidentele gedachtenwisseling tot een co-produktie) met de volgende basiseenheden:

- morbiditeitsregistratie: als we onze projekten gerealiseerd krijgen, verwachten we een waardevolle bijdrage te kunnen leveren aan deze basiseenheid. Diverse suggesties zijn hiervoor in hoofdstuk 3 reeds gelanceerd.
- nascholing en training: met name de resultaten met betrekking tot onderzoek op het gebied van gespreksgedrag lijken ons in de positie te brengen, dat we een inhoudelijke inbreng kunnen hebben op het gebied van gesprekstraining; speciaal die trainingen die zich op psycho-sociale klachten richten. Naarmate we over meer resultaten met betrekking tot funktionieren van de arts in het algemeen gaan beschikken, wordt een relatie met de opleiding en nascholing van huisartsen van groter belang.
- relatie 1e - 2e lijn: indien het verwijzen een belangrijke plaats in diverse onderzoeken gaat innemen, kunnen we hier een aantal mikro-aspekten aangeven, waar de basiseenheid relatie eerste-tweede lijn zich met meso- en makro- aspecten bezighoudt. Verder nodigt het patiëntenstromen-onderzoek in het longitudinaal registratieproject uit tot een regelmatige gedachtenwisseling.

Hiermee zijn de belangrijkste mogelijke samenwerkingsvormen weergegeven. We willen hiermee niet zeggen dat deze ook allemaal binnen drie jaar gerealiseerd dienen te zijn; eerder willen we aangeven dat de door ons gekoesterde plannen geenszins geïsoleerd binnen het N.H.I. bestaan, doch te maken hebben met een groot aantal andere activiteiten.

##### 5. Planning

De in paragraaf 3 aangekondigde onderzoeken staan op de volgende pagina's gefaseerd weergegeven. Kursief weergegeven staat de eventuele relatie met andere basiseenheden.

Onder de vijf planningen staat een planning voor de personele bezetting.

| P.E.D.M.-registratie (3.1.)                                                                                                                                                                                                                                                                   | Funktioneren en opleiding (3.2.)                                              | Funktioneren en Psychosociaal team (3.3)                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>1979 Zomer:</u> Artikel over perceptie van psychosociale klachten<br><u>Najaar:</u> Eindrapport:<br>Perceptie Eindhoven<br>Verwijzen Eindhoven<br>Voorschrijven Eindhoven<br><br>Artikel over invloed van perceptie op verwijzen<br>Ontwerpen registratieformulier t.b.v. P.E.D.M.-projekt |                                                                               | <u>1979 Zomer:</u> Artikel m.b.t. crisis v.s. chronische patiënten, zoals dit uit SPEECH-gegevens blijkt.<br><br><u>Najaar:</u> Opzet van registratie in Breda |
| <u>1980 Voorjaar:</u> Selektie huisartsen die meedoen aan registratie<br>Zomer: Skoring registr.formulier<br><u>Najaar:</u> Verwerking gegevens ( <i>raakvlak met morbiditeitsregistratie</i> )                                                                                               | <u>1980:</u> Inventarisatie van opleidingsvariabelen                          | <u>1980:</u> Interim-rapportage                                                                                                                                |
| <u>1981:</u> Analyse en schrijven van een rapport: van probleem tot behandeling                                                                                                                                                                                                               | <u>1981:</u> Zomer: Selektie artsen<br><u>Najaar:</u> Verzamelen van gegevens | <u>1981:</u> Verwerken van resultaten                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <u>1982:</u> Verwerking van gegevens                                          | <u>1982:</u> Rapport: PSH-Breda en Patiënten-karrières                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <u>1983:</u> Rapportage                                                       |                                                                                                                                                                |
| <u>Personele Bezetting:</u> Van 1-9-1979 tot 1-9-1981:<br>onderzoeker<br>(Artikelen en rapporten m.b.t. Eindhoven worden door J. Bensing, R. Kluver, H. Schut en P. Verhaak geschreven)                                                                                                       | <u>Personele Bezetting:</u> Van 1-9-1981 tot 1-9-1983:<br>onderzoeker         | <u>Personele Bezetting:</u> Van 1-9-1979 tot 1-9-1982:<br>onderzoeker                                                                                          |

| <u>Video (3.4.)</u>                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Video-registratie-project (3.5.)</u>                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>1979</u></p> <p><u>Najaar:</u> Video-rapport konsultatie Eindhoven</p> <p><del>=====</del> opnieuw skoren oude bestanden</p>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                       |
| <p><u>1980</u></p> <p><u>Voorjaar:</u> Artikel: het observeren van huisartsen-konsulten</p> <p>Introduktie van een categorieënsysteem</p> <p><del>=====</del> opnieuw skoren oude bestanden</p> <p><u>Najaar:</u></p>                                                  |                                                                                                                                                       |
| <p><u>1981</u> <u>Voorjaar:</u> Video-rapport: verandering in gespreksvoering door middel van training</p> <p><u>Najaar:</u> Video-rapport: drie beïnvloedingsmodellen (training, konsultatie, samenwerking) vergeleken <i>naakvlak met nascholing en training</i></p> | <p><u>1981</u> <u>Najaar:</u> Op basis van P.E.D.M.-registratie en video-ontwikkelen van een nieuw categorieënsysteem</p>                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><u>1982</u> <u>Voorjaar:</u> Verzamelen van gegevens</p> <p><u>Zomer:</u> observeren van banden en verwerking materiaal</p> <p><u>Najaar:</u></p>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><u>1983</u> <u>Voorjaar:</u> analyse en rapportage</p>                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><u>1984</u> <u>Voorjaar:</u></p> <p><u>Personele Bezetting:</u> 1-9-1981/1-9-1984: 1 onderzoeker + <math>\frac{1}{2}</math> time co-observator</p> |