

# Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts wat de andere niet ziet?

P.F.M. Verhaak\*

## Summary

*There is variation in doctor's estimates of psychosocial morbidity in their practices. Characteristics of doctors which may contribute to the explanation of this variation are attitudes toward psychosocial issues, practice organization, personal characteristics and educational background. The most important characteristics have been subjected to an empirical test. Characteristics and estimation of the proportion of psychosocial morbidity have been measured by means of a questionnaire. If the doctor considers psychosocial care as an important task for which he is competent, post-academic education and non-clinical attitudes appeared to be the best predictors for a high estimation of the proportion of psychosocial problems.*

## 1. Inleiding

Huisartsen verschillen onderling sterk in het aantal patiënten bij wie ze niet-somatische problematiek constateren. Dit wordt niet zozeer veroorzaakt door een ongelijke verdeling van deze problematiek over de Nederlandse huisartsenpraktijken, maar veeleer door verschillen in beoordeling en benoeming door de huisarts (Verhaak, 1981). In dit artikel bespreken we welke kenmerken van huisartsen samenhangen met dergelijke beoordelingsverschillen:

- opvattingen en normen van de huisarts met betrekking tot ziekte, ziektegedrag, de arts-patiënt relatie, de taak van de huisarts en zijn

eigen functioneren bij de behandeling van psychosociale problemen;

- werkwijze, wijze van praktijkuitoefening;
- gevolgde nascholing op het gebied van psychosociale klachten.

Afhankelijk van de opvattingen van de huisarts over ziekte en ziektegedrag zal hij klachten van een patiënt anders beoordelen. Zijn oordeel zal echter ook beïnvloed worden door zijn normen. Wanneer een klacht zodanig geïnterpreteerd wordt, dat de huisarts in dat opzicht geen taak voor zichzelf ziet weggelegd, is deze weinig interessant voor hem. We veronderstellen dat een arts zijn opvatting over ziekte zal aanpassen aan zijn taakopvatting.

Het samenspel van opvattingen en normen levert een ideaaltypisch beeld op, dat wellicht eisen stelt waaraan de arts in de praktijk niet kan voldoen. Opvattingen over ziekte, hulpverlening en de functie van de huisarts daarin zullen alleen dan tot een overeenkomstige perceptie van niet-somatische problematiek leiden, wanneer er aan een aantal randvoorwaarden op het gebied van mogelijkheden, deskundigheden, en ondersteuning is voldaan. Tenslotte spelen in dit opzicht ook variabelen als leeftijd en geslacht van de arts een rol.

Onder relevante opvattingen rekenen we meningen die op de tweedeling 'huisartsgeneeskundig denken' vs. 'klinisch denken' betrekking hebben. 'Huisartsgeneeskundig' staat in dit geval voor het aandacht hebben voor de patiënt in zijn leefsituatie; men is uit op het verlenen van integrale, persoonlijke en continue zorg.

'Klinisch denken' betekent dat de huisarts zijn aandacht vooral richt op het lichamenlijk disfunctioneren. 'Huisartsgeneeskundig denken' uit zich in positieve opvattingen over de arts-patiënt relatie en de inbreng die men de patiënt gunt, over sa-

menwerken met  
dernemen van a  
van aard zijn, e  
functioneren do  
Dergelijke opva  
zoals blijkt uit c  
onderdelen van  
dicine' (Parlow  
Het 'klinisch de  
op de patiënt; o  
indien de huisar  
gen, zal hij sn  
Door de engere  
ten van de klac  
arts meer prob  
hulp is niet noc  
artsgeneeskun  
werkerterrein br  
chanic, 1968).  
Een opvatting  
ciale problema  
delen van klac  
tiekader, is de  
acht in de om  
Wanneer we a  
veronderstelde  
kende artsen  
omgang met p  
problemen m  
de artsen of a  
We zeiden eel  
pothese is.  
Op de eerste  
denkwereld v  
taakopvatting  
heeft dat hij  
ciale proble  
neer hij zich  
meer klachte  
handelen.  
Op de twee  
waarbinnen  
van zijn mo  
bied angeve  
tijd, specifieke  
anderen.  
We veronde  
aan deze v  
zal zijn kla  
plaatsen, or  
bieden hee  
over deze r  
ze niet nod

\* Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.  
Eerste concept ontvangen op 26 januari 1984; geaccepteerd voor publikatie op 17 september 1984.

# 5376 sociale le ene niet?

de behandeling van psy-

praktijkuitoefening;  
p het gebied van psy-

tingen van de huisarts  
ag zal hij klachten van  
lelen. Zijn oordeel zal  
den door zijn normen.  
danig geïnterpreteerd  
dat opzicht geen taak  
gd, is deze weinig inte-  
nderstellen dat een arts  
zal aanpassen aan zijn

ngen en normen levert  
dat wellicht eisen stelt  
tijk niet kan voldoen.  
hulpverlening en de  
in zullen alleen dan tot  
eptie van niet-somati-  
wanneer er aan een  
het gebied van moge-  
, en ondersteuning is  
dit opzicht ook varia-  
van de arts een rol.

en rekenen we menin-  
huisartsgeneeskundig  
r' betrekking hebben.  
t in dit geval voor het  
tiënt in zijn leefsitua-  
en van integrale, per-

dat de huisarts zijn  
t lichamenlijk disfunc-  
ndig denken' uit zich  
r de arts-patiënt rela-  
patiënt gunt, over sa-

menwerken met andere disciplines, over het on-  
dernemen van activiteiten die niet louter curatief  
van aard zijn, en over controle op het huisarts-  
functioneren door anderen.

Dergelijke opvattingen hangen onderling samen,  
zoals blijkt uit de hoge correlaties tussen diverse  
onderdelen van de 'attitudes to social issues in me-  
dicine' (Parlow & Rothman, 1974; Streit, 1980).  
Het 'klinisch denken' is gericht op de klacht, niet  
op de patiënt; op interventie, niet op begeleiding;  
indien de huisarts een interventie niet zelf kan ple-  
gen, zal hij snel naar een specialist verwijzen.  
Door de engere gerichtheid op biologische aspek-  
ten van de klacht zal een klinisch denkende huis-  
arts meer problematiek als triviaal (= medische  
hulp is niet noodzakelijk) betitelen dan een 'huis-  
artsgeneeskundig' ingestelde huisarts, die zijn  
werktrein breder definieert (Gough, 1977; Me-  
chanic, 1968).

Een opvatting die betrekking heeft op psychoso-  
ciale problematiek en van belang is bij het beoor-  
delen van klachten in een psychosociaal referen-  
tiekader, is de mate waarin de arts zichzelf kundig  
acht in de omgang met psychische problemen.  
Wanneer we alleen letten op de ideeën van artsen,  
veronderstellen we dat huisartsgeneeskundig den-  
kende artsen die zichzelf competent achten in de  
omgang met psychosociale problemen, dergelijke  
problemen meer waarnemen dan klinisch denken-  
de artsen of artsen die zich niet competent achten.  
We zeiden echter al, dat dit een te theoretische hy-  
pothese is.

Op de eerste plaats moeten we, nog steeds in de  
denkwereld van de arts, rekening houden met zijn  
taakopvatting. Wanneer een huisarts de norm  
heeft dat hij bij uiteenlopende soorten psychoso-  
ciale problematiek een taak heeft, zal hij - wan-  
neer hij zich daartoe tenminste ook in staat acht -  
meer klachten als zodanig gaan benaderen en be-  
handelen.  
Op de tweede plaats zijn er de omstandigheden  
waarbinnen een huisarts werkt, die de grenzen  
van zijn mogelijkheden en zijn kunnen op dit ge-  
bied aangeven. Psychosociale problemen vereisen  
tijd, specifieke kundigheden en soms de hulp van  
anderen.

We veronderstellen dat een arts, wanneer hij niet  
aan deze voorwaarden voldoet, minder geneigd  
zal zijn klachten in een psychosociaal kader te  
plaatsen, omdat hij dan vervolgens weinig meer te  
bieden heeft. Een andere mogelijkheid is dat hij  
over deze mogelijkheden niet beschikt omdat hij  
ze niet nodig acht, aangezien hij maar weinig van

dergelijke problematiek tegenkomt. In beide ge-  
vallen achten we het plausibel dat er een samen-  
hang is tussen de aanwezigheid van deze factoren  
en het waarnemen van psychosociale klachten.  
De factor 'tijd' laat zich vertalen in praktijkgroot-  
te en gemiddelde consultduur. 'Specifieke kundig-  
heden' zouden toe moeten nemen naarmate de  
arts meer nascholing op dergelijke terreinen heeft  
gevolgd. 'Hulp van anderen' wordt bepaald door  
de samenwerkingsrelaties die de arts onderhoudt.  
De omstandigheden waaronder een arts werkt en  
de huisartsgeneeskundige opvattingen hangen  
met elkaar samen: multidisciplinair samenwer-  
kende artsen, artsen in kleine praktijken en artsen  
met gemiddeld lange consulten houden er huis-  
artsgeneeskundiger opvattingen op na dan solis-  
ten, artsen in grote praktijken en artsen met korte  
consulten. Dit bleek uit eerdere analyse van het  
materiaal (Verhaak, 1984).

Besproken werd, hoe opvattingen en werkom-  
standigheden onderling met elkaar verband hou-  
den. Hierop voortbordurend, willen we in dit arti-  
kel hun beider verband met de beoordeling van  
het klachtenaanbod aan de orde stellen.

## 2. Vraagstellingen

De vraag naar het verband tussen het waarnemen  
van psychosociale klachten enerzijds en opvatting-  
en werkomstandigheden van de arts ander-  
zijds, wordt in dit artikel opgesplitst in de volgen-  
de vraagstellingen:

- I. Bestaat er een verband tussen opvattingen en  
normen van artsen en het aantal psychosociale  
klachten dat ze waarnemen?
  - a. Nemen huisartsgeneeskundig georiënteerde  
artsen meer problemen als psychosociaal waar  
dan klinisch georiënteerde artsen?
  - b. Nemen artsen met een uitgebreide psychoso-  
ciale taakopvatting meer problemen als psy-  
chosociaal waar dan artsen met een beperkte  
psychosociale taakopvatting?
  - c. Nemen artsen die zich competent achten op  
het gebied van psychosociale hulpverlening  
meer problemen als psychosociaal waar dan  
artsen die zich minder competent achten op dit  
terrein?
  - d. Is er sprake van een interactie-effect van de  
drie bovengenoemde opvattingen, op het  
waarnemen van psychosociale klachten?

II. Bestaat er een verband tussen werkwijzen van artsen en het aantal psychosociale klachten dat ze waarnemen?

- a. Nemen huisartsen in kleine praktijken meer psychosociale klachten waar dan artsen in grote praktijken?
- b. Nemen artsen die veel tijd uittrekken voor hun patiënten, meer psychosociale klachten waar dan artsen die weinig tijd voor hun patiënten reserveren?
- c. Nemen artsen die veel samenwerken met andere hulpverleners, meer psychosociale klachten waar dan artsen die weinig samenwerken?
- d. Nemen artsen die zich veel nascholen op het gebied van psychosociale problemen, meer psychosociale klachten waar dan artsen die zich op dit gebied weinig nascholen?
- e. Is er sprake van een interactie-effect van bovengenoemde kenmerken van praktijkuitoefening op het percentage waargenomen psychosociale klachten?

III. Bestaat er een interactie-effect van praktijkuitoefening en opvattingen op het percentage waargenomen psychosociale klachten?

### 3. Opzet en uitvoering van het onderzoek

Teneinde de vraagstellingen te beantwoorden zijn 249 artsen geënquêteerd, waarbij de genoemde kenmerken zijn gemeten en het oordeel van de arts over het vóórkomen van psychosociale problemen is vastgelegd. De enquête maakt deel uit van een uitgebreidere empirische studie naar deze verschillen tussen artsen. Op middellange termijn onderzoeken we het verband tussen artseneigenschappen en het gedrag van artsen in reële consulten (inclusief hun beoordeling; zie Verhaak, 1983, voor de eerste resultaten). Uit dit onderzoek is ons reeds bekend dat de schatting die artsen op papier geven van het percentage psychosociale klachten dat ze zien met het percentage dat ze in de praktijk psychosociaal noemen samenhangt. De rangcorrelatie tussen beide maten bij dertig artsen bedraagt .59 ( $p < 0.01$ ).

De enquête werd anoniem verstuurd aan een a-selecte steekproef van 415 huisartsen. Ze werd eenmaal door een reminder gevolgd. De verwerkbare gegevens hebben betrekking op 249 respondenten oftewel zestig procent van de aangeschreven artsen. Over de samenstelling van de groep non-res-

pondenten is elders gerapporteerd (Verhaak, 1984).

In de enquête waren vijf schalen (ontleend aan Grol, 1981) opgenomen, waarmee diverse opvattingen van de huisarts worden gemeten. Aan de inhoud en betrouwbaarheid hiervan is reeds uitvoerig aandacht besteed (Verhaak, 1983, 1984), zodat we hier volstaan met een opsomming:

- dimensie 'huisartsgeneeskundig-klinisch': schaal m.b.t. het nemen van *risico's*;
- dimensie 'huisartsgeneeskundig-klinisch': schaal m.b.t. de *inbreng* die de arts de patiënt gunt;
- dimensie 'huisartsgeneeskundig-klinisch': schatting van het percentage triviale klachten;
- taakopvatting van de huisarts inzake de behandeling van psychosociale problemen;
- competentie van de huisarts inzake de behandeling van psychosociale problemen.

De laatste twee schalen bestonden uit identieke items waarvan de arts op een 5-puntsschaal moest aangeven, of hij het betreffende onderwerp tot zijn taak rekende en of hij zich competent achtte tot de behandeling ervan. Een nieuwe schaal is hieruit afgeleid: de mate waarin de huisarts behandeling van psychosociale problemen tot zijn taak rekent en zich ertoe in staat acht. De gecombineerde schaal werd samengesteld door per item te scoren of de arts een onderwerp tot zijn taak rekende en zich er competent toe achtte (score: 3), een onderwerp tot zijn taak rekende, maar zich niet competent achtte, dan wel omgekeerd (score: 2) of een onderwerp noch tot zijn taak rekende, noch zich er competent toe achtte (score: 1). Cronbach's alpha van de aldus geconstrueerde schaal bedroeg .62; evenals bij de andere schalen hanteren we in dit artikel de somscore.

Met betrekking tot de praktijkuitoefening kwamen de volgende onderwerpen aan de orde. Een indicatie voor de samenwerking met anderen is de praktijkvorm waarin gewerkt wordt. De praktijk kan als solist worden uitgeoefend, in een monodisciplinair samenwerkingsverband met andere artsen en multidisciplinair in een gezondheidscentrum. Een tweede indicatie van samenwerking is de frequentie van het overleg met andere disciplines met wie psychosociale problematiek besproken kan worden: wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk, fysiotherapeut, psycholoog, psychiater. Gezien de samenhang tussen de eerste drie overlegscores, hanteren we hiervoor één maat: omvang van het eerstelijns overleg (de somscore op de drie afzonderlijke maten).

De gevolgde namen van psychoseerd door vra aan:

- Balintgroepde arts-patiënt
  - Cursussen van de huisarts met als vrijmatige asj en systemat patiënt-arts beeld hiervan
  - Cursussen gemeen ged dan puur m
  - Cursussen helpen bij s
  - Warffumcu integraal, in pecten, bel
  - Overige mi
- Tenslotte zijn senoordelen g analyse over d geschreven pa

Tabel 1. Gemid

1. percentage j
2. meningen er
  - a. risico-sch
  - b. patiënter
  - c. percenta
  - d. taakopva
  - e. compete
  - f. compete
3. functioneren
  - a. praktijkg
  - b. consultti
  - c. overleg-
  - d. overleg
  - e. overleg
  - f. psychoso
  - geen psy
  - g. praktijk
  - solist
  - monodi:
  - multidis

pporteerd (Verhaak, chalen (ontleend aan aarmee diverse opvat- en gemeten. Aan de l hiervan is reeds uit 'erhaak, 1983, 1984), een opsomming: kundig-klinisch': van *risico's*; kundig-klinisch': ; die de arts de pa- kundig-klinisch': ge triviale klachten; isarts inzake de be- iale problemen; isarts inzake de be- iale problemen. stonden uit identieke 5-puntsschaal moest fende onderwerp tot ch competent achtte Een nieuwe schaal is aarin de huisarts be- problemen tot zijn taat acht. De gecom- gesteld door per item werp tot zijn taak re- toe achtte (score: 3), rekende, maar zich el omgekeerd (score: ot zijn taak rekende, e achtte (score: 1). lduus geconstrueerde ij de andere schalen : somscore. tijkuitoefening kwa- en aan de orde. Een ng met anderen is de t wordt. De praktijk end, in een monodis- and met andere art- en gezondheidscen- an samenwerking is met andere discipli- oblematiek bespro- leegkundige, maat- apeut, psycholoog, ang tussen de eerste i we hiervoor één stelijns overleg (de rlijke maten).

De gevolgde nascholing die gericht is op behan- den van psychosociale problemen, is geïnventari- seerd door vragen te stellen over de deelname aan:

- Balintgroepen, gericht op het hanteren van de arts-patiënt relatie;
- Cursussen gespreksvoering over het gedrag van de huisarts in zijn algemeenheid, maar wel met als vrij uitgesproken bedoeling dat niet-so- matische aspecten ook aan bod kunnen komen en systematisch worden afgehandeld; de cursus patiënt-arts communicatie (PAC) is een voor- beeld hiervan;
- Cursussen methodisch werken, gericht op al- gemeen gedrag, met veel aandacht voor andere dan puur medische aspecten;
- Cursussen crisis- en stervensbegeleiding en helpen bij seksuele moeilijkheden;
- Warffumcursussen; hierin worden thema's integraal, inclusief eventuele psychosociale as- pecten, behandeld;
- Overige minder intensieve cursussen.

Tenslotte zijn ter verklaring van verschillen in art- senoordelen gegevens verzameld en gebruikt in de analyse over de volgende onderwerpen: aantal in- geschreven patiënten in de praktijk; duur van een

consult op een normaal afspraakspreekuur; het jaar waarin de arts is afgestudeerd; en de te ver- klaren variabele: de schatting van het percentage klachten waarbij psychosociale factoren een rol spelen, door de huisarts.

### 5. Resultaten

We beginnen met de beschrijving van enkele ge- gevens. In tabel 1 staan gemiddelden, en stan- daarddeviaties, maxima en minima van de varia- belen welke aan de orde komen. Behalve de over- legscores met psychiater en psycholoog en het per- centage triviale klachten zijn de scores op de scha- len normaal gespreid.

De somscores op de diverse meetinstrumenten zijn uitgesplitst over de mediaan. Artsen met een somscore boven de mediaan hebben meer huis- artsgeneeskundige opvattingen inzake het nemen van *risico's*, de inbreng de ze de patiënt gunnen, en het percentage klachten dat ze als triviaal be- schouwen. Ze zien voor zichzelf meer taken weg- gelegd en achten zichzelf competentier tot het uit- voeren daarvan dan hun collega's die onder deze mediaan scores.

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties.

	max.	min.	$\bar{x}$	S.D.
1. percentage psychosociale klachten	98%	0%	50.8	19.8
2. <i>meningen en normen:</i>				
a. risico-schaal	27	6	17.5	4.1
b. patiënteninbrengschaal	42	15	27.4	4.6
c. percentage triviale klachten	80	0	17.3	12.6
d. taakopvatting	26	9	19.1	2.9
e. competentieschaal	35	9	21.1	3.7
f. competentie/taak gecombineerd	18	6	11.3	2.4
3. <i>functioneren/praktijkuitoefening:</i>				
a. praktijkgrootte	5000	200	2456	732
b. consulttijd (minuten)	23	4	10	2.4
c. overleg-score (binnen 1e lijn)	9	3	6.3	1.5
d. overleg met psychiater	3	1	1.29	.56
e. overleg met psycholoog	3	1	1.32	.54
f. psychosociale nascholing gevolgd	67%			
geen psychosociale nascholing gevolgd	33%			
g. <i>praktijkvoering:</i>				
solist	56%			
monodisciplinaire samenwerking	34%			
multidisciplinaire samenwerking	10%			

5.1. Factoren samenhangend met de beoordeling van het klachtenaanbod

De verschillen in beoordeling van klachtenaanbod tussen de artsen met huisartsgeneeskundige opvattingen en klinische opvattingen, hoge en lage taakopvatting, competentiescore en gecombineerde score zijn getoetst met behulp van een t-toets (tabel 2).

We zien dat een huisartsgeneeskundige opvatting,

tot uitdrukking komend in de mening dat een arts bepaalde risico's nu eenmaal moet nemen en niet alles middels specialistische expertise tot op de bodem moet uitzoeken, samengaat met een hogere schatting van het percentage psychosociale problematiek. Het verschil tussen artsen die de patiënt veel inbreng gunnen en artsen die dit niet doen gaat in de verwachte richting, maar is niet significant.

De artsen die met betrekking tot het benoemen

Tabel 2. Percentages consulten waarin de klacht psychosociaal wordt beoordeeld door twee groepen artsen (gedichotomiseerd over de somscores van de items met betrekking tot meningen, normen en praktijkvariabelen).

Meningen en normen		N	% psychosociale klachten
Risico	- Huisartsgeneeskundig	128	54.2%**
	- Klinisch	100	47.1%
Inbreng patiënt	- Huisartsgeneeskundig	106	53.3%
	- Klinisch	113	48.5%
Triviale klachten	- Huisartsgeneeskundig	105	48.7%
	- Klinisch	112	53.5%
Taakopvatting	- Hoog	112	50.1%
Psychosociale klachten	- Laag	111	52 %
Competentie	- Hoog	114	50.6%
Psychosociale klachten	- Laag	105	52.7%
Taak X competentie	- Hoog	96	50.6%
	- Laag	122	52.4%
Praktijkvariabelen		N	% psychosociale klachten
Solist		129	49.8%
Monodisciplinair samenwerkend		77	51.8%
Multidisciplinair samenwerkend		23	57.4%*
Psychosociale nascholing gevolgd		147	53.5%*
Geen psychos. nascholing gevolgd		72	46.5%
Praktijkgrootte: 0-1900		38	54.7%
1901-2250		38	54.0%
2251-2500		35	49.8%
2501-2800		47	47.4%
2801-3100		38	51.3%
3101-		28	49.2%
Tijd voor patiënt: 4-7 min.		20	47.5%
8-9 min.		53	49.0%
10 min.		108	51.4%
11 min.		41	55.4%
Veel overleg met eerstelijns disciplines		89	50.3%
Weinig overleg met eerstelijns disciplines		129	51.3%
Veel overleg met psycholoog		52	53.6%
Weinig overleg met psycholoog		157	49.9%
Veel overleg met psychiater		61	47.3%
Weinig overleg met psychiater		150	51.9%

\* p ≤ .05 (tweezijdig)

\*\* p ≤ .01 (tweezijdig)

Tabel 3. Percentage consultlingscursussen gevolgd hebt

nascholingsactiviteit
Balintgroep
Warffumcursus
cursus gespreksvoering
methodisch werken
stervens- en rouwbegeleidi
helpen bij seksuele moeilij
overige psychosociale nasc

\* p ≤ .05 (tweezijdig)

\*\* p ≤ .01 (tweezijdig)

van klachten als 'triviaal', zeggen ook meer zien, hoewel het verscheval heeft. Het verba verwachte richting. Of : competentiegevoel vers uit voor de hoeveelheic tiek die hij waarneemt. In het tweede deel van t ten uitgesplitst naar pra hier met een t-toets te k grootte gedichotomisee dan 2500 patiënten (N praktijken met 2500 p 111,  $\bar{X} = 53,3\%$ ); multi den zijn afgezet tegen s samenwerkenden. Met betrekking tot de p verschillen in de verw graaf 2), maar alleen he nascholing, de praktijk; hangen signifiant sam chosociale problemati praktijkvorm uit de uit dat het verband tussen tage psychosociale klac is. Het zijn voornamel 2250 patiënten die zich Binnen de grotere pra een verband tussen de

Tabel 3. Percentage consulten waarin de klachten psychosociaal worden beoordeeld door artsen die diverse nascholingscursussen gevolgd hebben.

nascholingsactiviteit		N	% klachten psychosociaal
Balintgroep	: ja	15	61.5%*
	: nee	208	50.2%
Warffumcursus	: ja	66	49.6%
	: nee	156	51.5%
cursus gespreksvoering	: ja	64	50.6%
	: nee	159	50.8%
methodisch werken	: ja	36	61.2%**
	: nee	186	49.0%
stervens- en rouwbegeleiding	: ja	13	49.2%
	: nee	208	51.1%
helpen bij seksuele moeilijkheden	: ja	47	54.3%
	: nee	175	50.0%
overige psychosociale nascholing	: ja	90	53.9%
	: nee	113	48.8%

\*  $p \leq .05$  (tweezijdig)

\*\*  $p \leq .01$  (tweezijdig)

van klachten als 'triviaal' boven de mediaan scoren, zeggen ook meer psychosociale klachten te zien, hoewel het verschil meer dan 5% kans op toeval heeft. Het verband gaat echter niet in de verwachte richting. Of artsen in taakopvatting en competentiegevoel verschillen, maakt niet zo veel uit voor de hoeveelheid psychosociale problematiek die hij waarneemt.

In het tweede deel van tabel 2 staan de respondenten uitgesplitst naar praktijkkenmerken. Om ook hier met een t-toets te kunnen toetsen is praktijkgrootte gedichotomiseerd: praktijken met meer dan 2500 patiënten ( $N = 113$ ,  $\bar{X} = 48\%$ ) versus praktijken met 2500 patiënten of minder ( $N = 111$ ,  $\bar{X} = 53,3\%$ ); multidisciplinair samenwerken zijn afgezet tegen solisten + monodisciplinair samenwerkenden.

Met betrekking tot de praktijkvariabelen zijn alle verschillen in de verwachte richting (vgl. paragraaf 2), maar alleen het volgen van psychosociale nascholing, de praktijkgrootte en de praktijkvorm hangen significant samen met waargenomen psychosociale problematiek. Overigens blijkt bij praktijkvorm uit de uitsplitsing in zes categorieën dat het verband tussen praktijkgrootte en percentage psychosociale klachten niet geheel monotoon is. Het zijn voornamelijk praktijken beneden de 2250 patiënten die zich onderscheiden van de rest. Binnen de grotere praktijken bestaat nauwelijks een verband tussen de twee variabelen.

Nascholing is in tabel 2 slechts globaal beschouwd. Het feit of een huisarts de afgelopen vijf jaar überhaupt nascholing op het gebied van psychosociale problematiek volgde, bleek al te differentiëren wat betreft zijn psychosociale klachtenperceptie. Gegevens over de vraag of dit nu geldt voor alle vormen van nascholing die we onderscheiden hebben, staan in tabel 3.

We zien dat artsen die lid van een Balintgroep (geweest) zijn of een cursus methodisch werken hebben gevolgd, meer klachten als psychosociaal bestempelen dan artsen die dit niet gedaan hebben. In mindere mate zien we een dergelijke samenhang ook bij de cursus 'helpen bij seksuele moeilijkheden' en 'overige psychosociale nascholingsactiviteiten'.

### 5.2. Interactie tussen de verklarende variabelen

Met die variabelen die in bovenstaande analyse het best discrimineerden, vervolgen we het onderzoek: de huisartsgeneeskundig-klinische dimensie, in drie verschijningsvormen, het aantal patiënten, de gevolgde nascholing\* en de praktijkvorm. We zullen deze nu in hun onderlinge sa-

\* In deze analyse is voor 'nascholing' een drieling gemaakt: methodisch werken/Balintgroepen/seksuele problemen - overige psychosociale nascholingen - geen psychosociale nascholing.

menhang bestuderen, waarbij we aandacht besteden aan interactie met de gecombineerde taakopvatting/competentiescore. We controleren voor het aantal jaren dat de arts is afgestudeerd.

Een multi-pele classificatie-analyse, waarin eerst gezocht wordt naar hoofdeffecten van 'risico', 'inbreng patiënt', 'triviale klachten', 'gevolgde nascholing' en 'praktijkvorm', levert significante effecten op voor 'risico', 'triviale klachten' en 'nasholing' (zie tabel 4). Controleert men voor de artsenleeftijd en praktijkgrootte, dan verdwijnt het effect van 'risico' en (in mindere mate) van 'triviale klachten', maar niet van 'nasholing'.

Teneinde de interactie tussen de hier behandelde opinies en praktijkvariabelen enerzijds, en de taakopvatting van de arts anderzijds nader te interpreteren, herhalen we deze exercitie nogmaals in twee subgroepen: de groep artsen die vindt dat ze psychosociale klachten dienen te behandelen en zich daar ook competent in achten enerzijds en de groep die zich minder geroepen voelt tot dergelijke taken dan wel het gevoel hebben daar niet competent in te zijn anderzijds.

Multi-pele classificatie-analyse voor beide groepen apart leidt tot verrassende resultaten (zie de uitsplitsing in tabel 4). Wanneer artsen een geringe taakopvatting/competentie-score hebben, hangt het percentage psychosociaal beoordeelde klachten in eerste instantie hoofdzakelijk samen met het geschatte percentage triviale klachten. Na leeftijdscorrectie blijkt de gevolgde nascholing nog wel bij te dragen. De totaal verklaarde variantie is gering (11,7%).

Wanneer artsen vinden dat de behandeling van psychosociale klachten tot hun taak behoort en dat ze dit ook wel kunnen, zijn het alle scores, behalve het percentage triviale klachten, die bijdragen aan de schatting van het percentage psychosociale klachten. De 'inbreng'-score neemt af in betekenis onder invloed van de overige, maar huisartsgeneeskundig denken in termen van risico nemen, gevolgde nascholing, en praktijkvorm dragen alle, ook na controle voor leeftijd, bij aan een verklaarde variantie van 23,9%. (Het effect van praktijkvorm dient met een korrel zout genomen te worden, gezien het gering aantal gezondheidscentra.) Voorts valt op, dat in de variantie-analyse de covariaat 'jaar van afstuderen' geen significante bijdrage levert, hetgeen ook blijkt uit de geringe invloed die de covariaten uitoefenen.

## 6. Discussie en conclusie

Keren we terug naar de in paragraaf 2 geformuleerde vragen. We zullen eerst ingaan op gevonden verschillen in psychosociale beoordeling die te maken hebben met opvattingen van artsen, vervolgens met die verschillen die te maken hebben met hun werkwijze. Tenslotte zullen we het gevonden interactie-effect van taakopvatting, huisartsgeneeskundig denken en praktijkkenmerken in beschouwing nemen en enige discussie wijden aan de betekenis van deze resultaten.

Vraagstelling 1 betrof het verband tussen opvattingen van artsen enerzijds en het waarnemen van psychosociale problematiek anderzijds. Huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen (geoperationaliseerd als de neiging tot risico nemen en inbreng gunnen) zeggen meer psychosociale problemen te signaleren dan klinisch georiënteerden. Melville (1980) vond ook een dergelijke samenhang tussen het delen van verantwoordelijkheid met de patiënt en het accepteren van emotionele stoornissen. Huisartsen die geneigd zijn meer klachten triviaal te vinden (door ons als 'klinisch' gedefinieerd) schatten het percentage ook hoger in; het verschil is niet significant, maar de richting is tegen onze verwachting. Taakopvatting en competentiegevoelens discrimineren niet wat betreft het waarnemen van psychosociale problemen. De gedachte dat op het gebied van psychosociale hulpverlening een taak is weggelegd, of dat men in dat opzicht zichzelf een zekere bedrevenheid niet ontzegt, verscherpt het psychosociaal waarnemingsvermogen merkbaar niet.

We concluderen dat artsen, ingedeeld naar algemene opvattingen over ziekte, omgang met patiënten en het handelen als arts, beter onderscheiden worden op het percentage psychosociale oordelen, dan artsen, ingedeeld naar opvattingen die expliciet naar de behandeling van psychosociale klachten verwijzen.

We zagen echter bij verdere analyse dat er wel sprake is van een interactie tussen huisartsgeneeskundige opvattingen, taakopvatting en competentie: de twee eerste huisartsgeneeskundige opvattingen discrimineren vooral bij artsen met een uitgebreide taakopvatting en positieve competentiegevoelens, terwijl de huisartsgeneeskundige opvatting die we vertaalden als weinig klachten als triviaal benoemen, slechts – in de niet verwachte richting – discrimineert bij artsen met een beperkte taakopvatting en negatieve competentiegevoelens.

Tabel 4. Multi-pele classificatie met uitsplitsing naar relevante opinies en kenmerken van praktijkuitoefening (voor de totaal-groep, voor artsen met beperkte taak/competentie en voor artsen met uitgebreide taak/competentie).

Totaal	Uitgebreide taak	Beperkte taak	Totaal	Uitgebr. taak	Beperkte taak
N	N	N	Bèta na correctie	Bèta na correctie	Bèta na correctie
% ongecorrigeerd	% ongecorrigeerd	% ongecorrigeerd	Bèta na correctie	Bèta na correctie	Bèta na correctie
èta	èta	èta	Bèta na correctie	Bèta na correctie	Bèta na correctie



Vraagstelling 2 behandelde het verband tussen werkwijze van artsen en het percentage psychosociaal benoemde problemen. Artsen in kleinere praktijken en in gezondheidscentra noemen meer klachten psychosociaal dan artsen in grotere praktijken respectievelijk solisten. Het belangrijkste kenmerk dat met het functioneren van de huisarts te maken heeft, is echter de nascholing die hij gevolgd heeft. Eenzelfde samenhang met nascholing vonden Merkel en Nierenberg, 1983, die concludeerden dat artsen na een psychosociale nascholing meer psychosociale diagnoses telden dan een controlegroep.

Niet iedere nascholingsvorm vertoont een even sterke correlatie. Het zijn met name methodisch werken, helpen met seksuele moeilijkheden en Balintgroepen die samengaan met een verhoogde schatting van het vóórkomen van psychosociale problematiek. Of een arts veel of weinig overleg heeft met eerstelijns disciplines, psycholoog of psychiater hangt niet samen met zijn perceptie van psychosociale problematiek. De trend bij overleg met psychiaters gaat zelfs in de andere richting, hetgeen ook eerder door Hull (1979) werd gevonden.

Tenslotte kwam in de derde vraagstelling het interactie-effect van opvattingen en werkwijze aan de orde. De meeste gevonden verbanden verdwijnen wanneer we rekening houden met het aantal jaren dat een arts is afgestudeerd. Deze variabele en gevolgde nascholing zijn in eerste instantie de beste voorspellers voor het percentage waargenomen psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk. Onze laatste analyses wijzen uit, dat het geheel iets gecompliceerder ligt: nascholing en huisartsgeneeskundige opvattingen (in de zin van risico nemen en inbreng aan de patiënt gunnen) hangen samen met hoge schattingen van psychosociale problematiek bij artsen met hoge taakopvatting en competentiegevoelens op dat gebied. Perceptie van triviale problematiek, langer geleden afgestudeerd zijn en – opnieuw – nascholing correleren met hoge schattingen van psychosociale problematiek bij artsen met een lage taakopvatting. Alleen in het eerste geval is er dus sprake van een bevestiging van de opgeworpen vraagstelling. De arts met een lage taakopvatting is relatief onvoorspelbaar in zijn perceptie van psychosociale problematiek. Het lijkt erop dat 'psychosociaal' en 'triviaal' bij deze artsen ietwat gecontamineerd zijn. Bij artsen met een hoge taakopvatting inzake behandeling van psychosociale problematiek zijn er twee redelijke, en onderling onafhankelijke

voorspellers: zijn huisartsgeneeskundige opvattingen (met name met betrekking tot risico nemen) en de soort nascholing die hij op psychosociaal gebied heeft ondernomen.

Deze resultaten verklaren het onverwacht verband tussen het waarnemen van trivia en het waarnemen van psychosociale klachten. Het veelvuldig optreden van het eerste zagen we als een uiting van een klinische houding. We voorspelden daarom een negatief verband tussen beide. Blijkens onze analyses is er sprake van een positief verband bij een lage taakopvatting en geen verband bij een hoge taakopvatting. We interpreteren dit zo, dat waarnemen van veel trivia inderdaad voor een klinische houding staat, maar dat artsen die dit doen (met name met een geringe taakopvatting), psychosociale problemen als triviaal betitelen. Hiermee is het waarnemen van veel psychosociale problemen iets dubbelzinnig geworden. De ene arts ziet veel klachten die, biologisch gesproken, geen doktersbezoek rechtvaardigen, noemt deze psychosociaal, maar vindt ze ook triviaal. De ander ziet veel klachten die hij niet biologisch verklaarbaar acht, maar waar hij wel veel belang aan hecht.

Aan de samenhang van psychosociale perceptie met praktijkgrootte en praktijkvorm moet geen al te groot gewicht worden toegekend. We zagen de meeste samenhangen op dit gebied verdwijnen na controle voor andere variabelen, en wezen ook in de inleiding reeds op de samenhang tussen opvattingen van artsen en de wijze van praktijkuitoefening.

Binnen een groep met homogene opvattingen maakt het dan ook minder uit, binnen welke omstandigheden de arts werkt, dan het binnen groepen met homogene omstandigheden uitmaakt wat de opvattingen van de arts zijn.

Hoewel we niet uit het oog mogen verliezen dat de beoordeling van het klachtenaanbod een sterk individuele zaak blijft – slechts een fractie van de variantie laat zich tenslotte maar verklaren – is het toch mogelijk gebleken artsen te onderscheiden op grond van meer algemene kenmerken. Het blijft de vraag, in hoeverre een verandering in het denkkader waarmee men de problematiek tegemoet treedt, ook tot ander handelen zal leiden. We hopen deze vraag deels te kunnen beantwoorden uit de gegevens over de koppeling tussen de hier behandelde kenmerken van 30 artsen en de feitelijke perceptie in ongeveer vijftig consulten per arts.

#### Literatuur

- Gough, H.G., Doctor patients whose problem. *Medical Education*
- Grol, R., *Preventieve tair Huisartsen Insti*
- Hull, J., Factors influ (the use of psychia physicians). *Medical Mechanic*, D., *Medica York*, 1968.
- Melville, A., Reducin relationship between quillizers and docto *Prescribing practice don*, 1980.
- Merkel, W.T., en B.F training in family pi *evaluation. Social S 217*.
- Parlow, J., en A. Rotl *sues in medicine of Science & Medicine*
- Streit, U., Attitudes to *dicine: a appraisal c cation*, 1980, 14, 25
- Verhaak, P.F.M., Psy *praktijk. Maandbl 1981*, 36, 31-46.
- Verhaak, P.F.M., *Int problematiek – een 1983*.
- Verhaak, P.F.M., O *van artsen die ver oefenen. Tijdschri 1984*, 62, 50-54.

neeskundige opvatting tot risico neemt die hij op psychosociaal gebied.

Het onverwacht verband van triviale en niet-waarschijnlijkheden. Het veelvuldig gebruik van de arts als een uiting van de voorspelden daarsen beide. Blijkens een positief verband geen verband bij een preteren dit zo, dat lerdraad voor een klinische arts die dit doen taakopvatting), psychiaal betitelen. Hierin psychosociale problemen. De ene arts sch gesproken, geen n, noemt deze psychisch triviale. De ander biologisch verklaart veel belang aan

Psychosociale perceptie in de praktijkvorm moet geen al bekend. We zagen de gebied verdwijnen na en, en wezen ook in verband tussende opvattingen praktijkuitoefening

Logische opvattingen, binnen welke omstandigheden het binnen groeiden uitmaakt wat zijn. Het verlies van de aanbod een sterk in een fractie van de naar verklaren — is tussende te onderscheiden kenmerken. Het verandering in het problematiek tegeandelen zal leiden. kunnen beantwoorde koppeling tussen de van 30 artsen en de er vijftig consulten

#### Literatuur

- Gough, H.G., Doctor's estimates of the percentage of patients whose problems do not require medical attention. *Medical Education*, 1977, 11, 380-384.
- Grol, R., *Preventieve attitude van huisartsen*. Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1982.
- Hull, J., Factors influencing styles of medical practice (the use of psychiatric referrals by non-psychiatric physicians). *Medical Care*, 1979, 17, 7, 718-726.
- Mechanic, D., *Medical sociology*. The Free Press, New York, 1968.
- Melville, A., Reducing whose anxiety? A study of the relationship between repeat prescribing of minor tranquilizers and doctor's attitudes. In: R. Mapes (ed.), *Prescribing practice and drug use*. Croom Helm, London, 1980.
- Merkel, W.T., en B.P. Nierenberg, Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Social Science & Medicine*, 1983, 17, 213-217.
- Parlow, J., en A. Rothman, Attitudes towards social issues in medicine of five health science faculties. *Social Science & Medicine*, 1974, 8, 351-358.
- Streit, U., Attitudes towards psychosocial factors in medicine: a appraisal of the ATSIM-scale. *Medical Education*, 1980, 14, 259-266.
- Verhaak, P.F.M., Psychische problemen in de huisartspraktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1981, 36, 31-46.
- Verhaak, P.F.M., *Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek — eerste interimrapport*. NHI, Utrecht, 1983.
- Verhaak, P.F.M., Opvattingen, normen en percepties van artsen die verschillende wijze van praktijk uitoefenen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1984, 62, 50-54.