

# Medische „problem-solving” in onderwijs en praktijk

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN EN PROF. DR. H. J. P. M. DIJKHUIS\*

*Probleem-oriëntatie.* Ziekte staat nooit op zichzelf, maar gaat altijd met veranderingen gepaard. Deze veranderingen liggen op diverse gebieden: zij betreffen onder andere het levenspatroon, de behoeften en de onderlinge menselijke verhoudingen. Daarbij beïnvloeden de ziekte en de daarmee samenhangende veranderingen elkander in wisselende mate. Soms is ziekte de oorzaak van de veranderingen, in andere gevallen leiden veranderde relaties, omstandigheden of behoeften ertoe dat iemand ziek wordt of zich ziek gaat voelen.

Bij deze sterke onderlinge samenhang heeft het zin om bij het geven van medische hulp zich niet te beperken tot de ziekte, maar uit te gaan van de probleemsituatie die met het ziekzijn is verbonden. Eigenlijk zou de probleemsituatie altijd het aangrijpingspunt van de geneeskundige verzorging moeten vormen. Daartoe is des te meer reden, omdat bij deze problemen niet alleen de patiënt, maar ook andere personen zijn betrokken. Deskundige analyse van het probleem zou ons kunnen leren of ook anderen als patiënt moeten worden beschouwd en in welke mate zij ziek zijn; welke factoren oorzakelijk of voor het verloop en de behandeling van belang zijn en soms of de oorzaak van het probleem inderdaad op medisch terrein is gelegen. Probleem-oriëntatie in plaats van ziekte-oriëntatie is in overeenstemming met ons streven naar grotere preventie, anticipatie en integratie bij de gezondheidszorg: „care” in plaats van „cure” (*Dijkhuis*).

Ongetwijfeld wordt de patiënt ook bij de klassieke behandeling van zijn klacht in vele gevallen op adequate wijze voor zijn probleem geholpen. Toch dreigen diverse leemtes: er ontstaat gemakkelijk onvoldoende aandacht voor de „afwezige patiënt”, zoals Balint schreef. Soms wordt volstaan met behandeling van de klacht, die in feite alleen signaal van het probleem is (*Weyel*). Wellicht blijven onze ogen door uitsluitend ziektegeoriënteerd te zijn, vaak gesloten voor de pathogene invloeden van het gezin, de omgeving of de samenleving. Op het laatste aspect wordt recent niet alleen door „kritische artsen” maar ook uit de sociale psychiatrie de aandacht gevestigd.

„*Problem-solving*”. Dit begrip raakt steeds meer in gebruik. Het omvat een procedure voor het oplossen van vaak ingewikkelde problemen, waarbij de gegevens systematisch worden verzameld, gerangschikt en geïnterpreteerd, om vervolgens de optimale oplossing te kunnen aangeven. Bij deze methode wordt vaak gebruik gemaakt van proefop-

*Samenvatting.* Na een pleidooi voor probleem-oriëntatie bij het geven van geneeskundige zorg wordt een procedure voor het toepassen van „problem-solving” in de huisartsgeneeskunde beschreven. Naar aanleiding van enige ervaringen met medische „problem-solving” in huisartsen- en studentengroepen worden beschouwingen gegeven over de waarde van deze methode voor de praktijk en voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

stellingen en van evaluaties die in soortgelijke gevallen eerder en elders werden verricht.

„*Problem-solving*” kan worden toegepast voor het oplossen van problemen bij ziekte, zoals in de vorige paragraaf aangegeven. Met name in de huisartsgeneeskunde, waar onder andere veel gebruik wordt gemaakt van gegevens welke de arts reeds uit andere hoofde bekend zijn, vindt „problem-solving” plaats, zij het dat dit vaak gebeurt zonder dat de arts zich daarvan bewust is. Veelal wordt de procedure verkort wanneer het ongecompliceerde problemen betreft of door tijdgebrek; in andere gevallen vereist de aard van het probleem zoveel spoed, dat de behandeling reeds een aanvang heeft genomen, terwijl nog slechts een voorlopige probleemstelling voorhanden is.

*Medische „problem-solving”.* De volgende procedure voor het oplossen van probleemgevallen in de huisartspraktijk wordt door ons bij het onderwijs gebruikt: verzameling van gegevens; rangschikking van gegevens; interpretatie van gegevens; voorlopige probleemstelling; verzameling van ontbrekende gegevens; probleemstelling; formulering van alternatieve oplossingen en planning van de behandeling.

*Verzameling van gegevens.* In principe is een zo groot mogelijk aantal gegevens noodzakelijk, maar anderzijds is genoemde methodiek juist bedoeld om de gegevens die er zijn, zo optimaal mogelijk te benutten. In de praktijk kent de huisarts reeds tevoren een groot aantal gegevens van de bij het probleem betrokken patiënten: leeftijd, beroep, gezin, milieu en vroegere medische consumptie. Daarbij voegen zich de gegevens die het huidige probleem betreffen: klachten, signalen, mededelingen en bevindingen bij onderzoek.

Deze gegevens zijn uit diverse bronnen afkomstig: het kaartsysteem, het geheugen van de arts, van diverse specialisten, gegevens van derden, gegevens door observatie van de patiënt en zijn om-

\* Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

geving; afgeleide gegevens. De gegevens worden vaak verkregen doordat de arts zelf „problem-involved” is. Hiermede wordt bedoeld, dat de arts door zijn betrokkenheid zich steeds meer in het probleem verdiept en het ten dele zelf medebeleeft. Deze nauwe betrokkenheid komt vooral voor in de huisartspraktijk, ook al is dat voor de huisarts niet altijd gemakkelijk.

Specialisten, psychiaters inbegrepen, alsook waarnemende controlerende artsen beschikken over veel minder gegevens, omdat hun betrokkenheid bij het probleem kleiner is. Daarom is de medische „problem-solving” een methodiek die vooral in de huispraktijk goede mogelijkheden biedt.

Soms blijkt bij de voorlopige probleemstelling, dat essentieel geachte gegevens ontbreken. Deze gegevens moeten dan alsnog worden opgespoord om de methodiek te kunnen toepassen.

*Rangschikking van gegevens.* Om de gegevens goed te kunnen hanteren is een rangschikking in passende categorieën essentieel. De verschillende aspecten van de probleemsituatie kunnen daarna systematisch worden beoordeeld. Als relevante categorieën, waarin de huisarts zijn gegevens zou moeten verzamelen, gelden naar onze mening (*Ten Cate en medewerkers*) de volgende:

1 Actueel-klinische gegevens: klachten, symptomen, afwijkingen en reacties die op een klinisch ziektebeeld bij een bepaald individu wijzen.

2 Uitgebreide medische gegevens: vroegere ziekten en reacties, genetische, familiale en epidemiologische relaties, predisposities en risico's.

3 Persoonlijke gegevens: ontwikkeling, opvoeding, levenswijze, verwachtingspatroon, opvattingen en ervaringen van de bij het probleem betrokkenen.

4 Familie-gegevens: verzorgingspatroon, gezinsrelaties, contacten, gewoonten en financiën.

5 Socio-culturele gegevens: beroep, nevenfuncties, status, godsdienst, culturele ontwikkeling, groepsopvattingen.

Nadrukkelijk dient erop te worden gewezen, dat het onjuist is om bij het rangschikken ervan dusdanig te werk te gaan, dat de beschikbare gegevens achtereenvolgens bij één der categorieën worden ondergebracht. Men gaat namelijk niet van de gegevens, maar van de categorieën uit en men beoordeelt welke gegevens voor de betreffende categorie relevant zijn. Zo kan bijvoorbeeld het gegeven „groot gezin” als familie-gegeven (categorie d) ook voor andere categorieën betekenis krijgen, zoals „zware belasting” (categorie c) of „traditionele opvattingen” (categorie e). Het gaat namelijk erom door concentratie van de gegevens per categorie tot een interpretatie te komen, die zoveel mogelijk met alle gegevens in overeenstemming is, terwijl tevens alle aspecten van een gegeven tot hun recht komen.

*Interpretatie van gegevens.* De interpretatie van een gegeven geschiedt in principe op drie manieren: een medische interpretatie, een professionele interpretatie en een interpretatie naar de „hardheid” van

het gegeven. Met hardheid wordt de mate van objectieve reproduceerbaarheid van het gegeven aangeduid; de medische interpretatie spreekt voor zichzelf, veelal wordt deze echter aangevuld of beïnvloed door de professionele ervaring van de huisarts. Bij dit laatste spelen medisch-psychologische en medisch-sociologische wetmatigheden en hypothesen een rol, naast de inbreng van de huisartsgeneeskunde zelf, met een eigen beoordeling van het morbiditeitspatroon, eigen methoden en eigen ervaring.

*Voorlopige probleemstelling.* De voorlopige probleemstelling — dus in termen van waarschijnlijkheden — dient vooral om vast te stellen welke voor de oplossing belangrijke gegevens ontbreken. Bovendien is het in de praktijk — zoals reeds besproken — vaak noodzakelijk reeds in dit stadium met de behandeling te beginnen. In andere gevallen is het reeds nu mogelijk een goede oplossing aan te geven ondanks het ontbreken van bepaalde gegevens.

*Verzameling van ontbrekende gegevens.* Omdat in dit stadium herhaaldelijk reeds een voorlopige of spoedeisende behandeling is begonnen, kan het verzamelen van ontbrekende gegevens vaak als het ware een onderdeel zijn van de behandeling.

*Probleemstelling.* Theoretisch zal na het beschikbaar komen van de ontbrekende gegevens de probleemstelling kunnen volgen; in de praktijk kan echter blijken, dat deze nieuwe informatie aanleiding moet zijn de procedure van verzameling, rangschikking en interpretatie nog eens te herhalen.

Bij de beschrijving van het probleem dient naar voren te komen wie patiënt zijn, welke ziekten er zijn, of behandeling of andere medische hulp noodzakelijk is, welke behandelingsmogelijkheden er zijn, welke omstandigheden van invloed zijn op verloop en behandeling.

*Formulering van alternatieve oplossingen.* Vaak bestaan verschillende mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld de behandeling door een specialist, wijzigen van de omstandigheden, het verschaffen van inzicht aan de patiënt of het adviseren en inschakelen van derden.

Er bestaan een aantal voorwaarden waaraan de oplossing zoveel mogelijk dient te voldoen: het benutten van het verkregen inzicht, het toepassen van de beschikbare kennis, het voldoen aan de behoeften van de patiënt en het persoonlijk, maatschappelijk en economisch aanvaardbaar zijn van de behandeling. Alternatieve oplossingen kunnen in deze opzichten voor- of nadelen vertonen, zodat een keuze dient te worden gemaakt.

*Planning van de behandeling* Na de keuze van de beste oplossing van het probleem dient de behandeling te worden geëvalueerd. Daarom is het nuttig de uitgangssituatie goed vast te leggen en de criteria voor (tussentijdse) resultaten te formuleren.

*Toepassing in de huisartspraktijk.* Om 120 huisartsen-opleiders van co-assistenten met genoemde medische „problem-solving” vertrouwd te maken, werd de beschreven procedure in kleine groepen toegepast. Daarbij werd gebruik gemaakt van een ziektegeschiedenis op papier, zodat het verzamelen van gegevens kwam te vervallen. Per categorie (actueel-klinisch, uitgebreid medisch etcetera) werd een van de groepsdeelnemers gevraagd de gegevens te rangschikken respectievelijk te interpreteren. Wanneer essentieel geachte gegevens ontbraken, werden deze door de discussieleider na overleg met de groep vastgesteld. Het gezamenlijk bedrijven van „problem-solving” gelukte in het algemeen goed, hoewel soms de neiging bestond te snel te interpreteren en tot een bepaalde oplossing te concluderen zonder eerst alle gegevens voldoende naar waarde te hebben geschat.

Duidelijk bleek hoe vrijwel alle facetten van het werk van de huisarts aan de orde kwamen. In het bijzonder de grote hoeveelheid „vóór-kennis” van de huisarts — die overigens soms opvallende leemten vertoont — en zijn betrokkenheid bij de problematiek kwamen tot hun recht. „Problem-solving” biedt vermoedelijk ook als nascholingsmethode voor studiegroepen goede mogelijkheden. Er bestaan plannen om in de praktijk na te gaan in hoeverre de voorgestelde procedure in de praktijk-routine is in te passen, waarbij bij voorbaat duidelijk is, dat op gronden van tijdgebrek een selectie zal dienen te worden toegepast. Het vermoeden is gerechtvaardigd, dat het volgen van de procedure een belangrijk houvast kan bieden in die gevallen, waarbij — ook zonder selectie — kennelijk sprake is van een probleem in de praktijk. Een andere mogelijkheid is het toepassen van „problem-solving” bij besprekingen in multidisciplinaire teams, zoals het „home-team”.

*Toepassing bij het onderwijs.* Bij de pogingen die worden gedaan om te komen tot vernieuwing van het medische onderwijs, wordt in enige centra in de Verenigde Staten van Noord-Amerika de aandacht gevestigd op de toepassing van „problem-solving” als onderwijsmethode. Als theoretisch voordeel wordt genoemd dat de student wordt onderwezen in een nagebootste praktijksituatie, waarbij hij enerzijds leert op goede gronden beslissingen te nemen, maar waarbij hij ook zelf zijn studievorderingen kan toetsen aan het hem voorgelegde probleem. Daarbij wordt de student gedwongen gebruik te maken van de kennis welke hij zowel van de basisvakken als van de klinische vakken bezit; naar aanleiding van het probleem kan de docent onderzoekstechnieken, behandelingsmethoden en wat dies meer zij bespreken. Op deze wijze kan de kloof die mogelijk ontstaat doordat de juist afgestudeerde arts wel voldoende theoretische kennis en vaardigheid bezit, maar nog nauwelijks ervaring heeft in het zelf beslissingen nemen, worden overbrugd. Een bijkomend voordeel is de training met het werken in groepsverband.

Wij hebben nu enige ervaring met het onderwijs aan vierde- en vijfdejaarsstudenten: tien „papieren” problemen werden in verschillende kleine groepen volgens deze methode behandeld. Alle groepen slaagden erin de beschreven en af te leiden gegevens te rangschikken, met behulp van de discussieleider te interpreteren, het probleem te stellen en wegen ter oplossing aan te geven.

Uiteraard is het verzamelen van gegevens uit een gedrukte tekst heel wat eenvoudiger dan het verzamelen van gegevens in de praktijk door middel van registratie, observatie, anamnese, onderzoek en andere mogelijkheden. De studenten, die als co-assistent in het zesde jaar gedurende enige weken de huisarts in zijn dagelijks werk volgen, begrijpen nu veel beter wat het nut is van het verzamelen van de diverse gegevens. Er ontstaat begrip voor de werkwijze van de huisarts.

De interpretatie van gegevens biedt wel enige moeilijkheden bij studentengroepen. Het ontbreekt de studenten aan praktijkervaring en voldoende medische kennis, zodat de discussieleider een aantal zogenaamd ontbrekende gegevens moet invullen. Het is misschien beter om met de jongere studenten „problem-solving” te bedrijven naar aanleiding van gefingeerde eenvoudige gevallen, waarvoor slechts een minimum aan algemeen medische en huisartskennis nodig is. Bij gebleken lacunes kunnen dan uiteenzettingen worden gehouden of kan opdracht worden gegeven een bepaald gedeelte te bestuderen. Voor een dergelijke werkwijze zal het echter voor alles nodig zijn de doelstellingen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde operationeel te definiëren.

Verder blijkt bij „problem-solving” in studentengroepen, hoewel de kenmerken van de studenten (eigen opvoeding, milieu) en de groepskenmerken (deels ten gevolge van de opleiding) aanleiding zijn tot vooringenomenheid. Opvallend is bijvoorbeeld de neiging om bij de interpretatie meer te beweren dan te veronderstellen (een kenmerk dat een onzer in de Verenigde Staten veel minder uitgesproken tegenkwam).

De probleemstelling en de behandelingsstrategie bieden volop de gelegenheid om diverse therapieën en begeleidingsmethodieken aan de hand van een concrete situatie te bespreken; hierbij viel vooral de creativiteit en de sociale betrokkenheid van de studenten op.

Bij „problem-solving” stuit de docent ook op lacunes in het onderwijs. Onwillekeurig gaan wij ervan uit dat de kennisoverdracht van een groot aantal feiten reeds op andere afdelingen heeft plaatsgevonden, zodat de vraag wat de exacte bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan het curriculum dient te zijn, steeds weer actueel is.

Cate, R. S. ten, H. J. P. M. Dijkhuis, P. K. van der Ent Braat, M. P. Hennink en S. van der Kooij (1970) huisarts en wetenschap 13, 313.

Dijkhuis, H. J. P. M. (1970) huisarts en wetenschap 13, 207.

Weyel, J. A. (1969) huisarts en wetenschap 12, 218.