

Methodisch werken

Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk

J. HOLTEN-VRIESEMA, C. TOMPOT, H. VAN AALDEREN, K. BLANKEN, J. IBELINGS, F. RIPHAGEN, K. SCHOUWSTRA EN G. VENHORST*

Het rapport *Methodisch werken* is de uitwerking van het gelijknamige tweede hoofdstuk uit het rapport, *Hoe helpt de dokter? Destijds (1975)* hebben wij het belang van het methodisch werken als volgt aangeduid: „Het feit, dat de geneeskunde in vele gevallen niet het antwoord of het enige antwoord kan geven op de vraag om hulp, maakt dat het van belang is een methode te ontwikkelen, waarmee vooraf wordt nagegaan of de vraag om hulp wel aan de geneeskunde moet worden voorgelegd” (*Hoe helpt de dokter*). Verder werd gesteld dat een methodische werkwijze een voorwaarde is om te kunnen samenwerken met andere disciplines.

I Uitgangspunten voor methodisch werken

1. Begripsomschrijving

Aan methodisch werken in de hulpverlening onderscheiden wij twee aspecten. Aan de ene kant, werken volgens een methode, dat wil zeggen doelgericht en systematisch. Aan de andere kant bewust werken aan de relatie met de patiënt om deze verhouding ten volle te benutten voor de hulpverlening. Een en ander vereist niet alleen de inzet van bepaalde vaardigheden of technieken. Er is meer aan de hand. In zijn werkwijze brengt een huisarts immers ook zijn houding tegenover het vak en tegenover zijn medemens tot uitdrukking. Dit is geen technische aangelegenheid, maar een kwestie van persoonlijke instelling.

Deze instelling is onder meer gebaseerd op een keuze uit de mogelijkheden waarover de huisarts als professionele hulpverlener beschikt. Dat wil zeggen: een huisarts kan in vergaande mate zelf bepalen wat hij onder zijn vak wil verstaan en hoever zijn verantwoordelijkheid voor de hulpverlening strekt. Zulks houdt antwoorden in op vragen naar het doel van de huisartsgeneeskunde en de deling van

verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt. Voordat wij ons verder beraden op methodisch werken zullen wij eerst deze vragen aan de orde stellen.

2. Doelstelling en verantwoordelijkheid voor de hulpverlening

Over het doel van de huisartsgeneeskunde lopen de meningen uiteen. Sommige huisartsen willen de mensen lichamelijk gezond maken en trachten te voorzien in somatische hulp. Anderen willen de mensen niet alleen lichamelijk, maar helemaal gezond maken. Zij streven een ruimere doelstelling na.

Om doelgericht te kunnen werken, moet men weten wat men wil. Met andere woorden: er dient gekozen te worden tussen een engere en een ruimere doelstelling voor de huisartsgeneeskunde. Wij kiezen voor de tweede mogelijkheid: huisartsgeneeskunde die meer omvat dan somatische hulp. Het navolgende is bedoeld als onderbouwing en verdere specificering van deze keuze. Wij gaan daarbij uit van: de behoefte aan hulp, de mogelijkheden waarover wij als arts beschikken en onze visie op verantwoordelijkheid in het hulpverleningsproces.

Behoeft aan hulp. Vaak zal het gaan om genezing van ziekten, voorkómen van gezondheidsstoornissen, of beperking van schade die het gevolg is van ziekte. Ook komen vele patiënten om geruststelling, advies, begeleiding, of eenvoudige diensten die alleen via de huisarts kunnen worden verkregen. Tenslotte roepen mensen de hulp van de huisarts in bij levensproblemen van uiteenlopende aard. De behoeften aan hulp waarmee de huis-

Inhoudsopgave

I UITGANGSPUNTEN VOOR METHODISCH WERKEN

1. Begripsomschrijving
2. Doelstelling en verantwoordelijkheid voor de hulpverlening
3. De ontwikkeling van een methode
4. Methode en relatie
5. Samenvatting en vooruitblik

II VERWACHTINGEN OVER DE HULPVERLENING

1. Huisarts en patiënt ontmoeten elkaar
2. Enkele voorbeelden
3. Verwachtingen van de patiënt
4. Verwachtingen van de huisarts
5. Besluit

III METHODE VAN HULPVERLENING

1. Inhoud van de methode
2. De intake
 - 2.1 Vraagverheldering
 - 2.2 Het formuleren van de vraag om hulp
 - 2.3 Het opstellen van een handelingsplan
3. Uitvoering van het handelingsplan
 - 3.1 Mogelijkheden bij vragen om hulp
 - 3.2 Mogelijkheden bij doel- en alibivragen
4. Het afsluiten van de hulpverlening
5. Bewaking van de methode

IV RELATIONELE ASPECTEN VAN METHODISCH WERKEN

1. Kenmerken van een functionele relatie
2. De functionele relatie en de continuïteit van zorg
3. Het procesmatig verloop van de relatie
4. Opbouw van de relatie

V VAARDIGHEDEN OM METHODISCH TE WERKEN

1. Van theorie naar praktijk
2. Verandering in persoonlijk functioneren
3. Vaardigheden
 - 3.1 Gesprekvoering
 - 3.2 Het inschakelen van andere hulpverleners
4. Voorwaarden om vaardigheden te verbeteren
5. Voorwaarden voor organisatie van de hulpverlening
6. Consequenties voor opleiding en nascholing

VI PRAKTIJK EN THEORIE

arts te maken kan krijgen, zijn kortom veelzijdig. Zij zijn niet alleen veelzijdig, maar ook vaak onduidelijk, zowel voor de patiënt als voor de huisarts. Bovendien kunnen verschillende behoeften nauw samenhangen, bijvoorbeeld de behoefte aan hulp bij fysiek dysfunctioneren én aan hulp bij daarmee verbonden levensproblematiek.

De veelzijdigheid, de onduidelijkheid en de veel voorkomende nauwe verwevenheid van somatische met niet-somatische behoeften aan hulp maakt het volgens ons

* De auteurs zijn leden van een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Zij zijn allen betrokken bij de ontwikkeling van de eerste lijn, hetzij in uitvoerende functies, bijvoorbeeld huisartsen, dan wel ondersteunende functies, zoals onderzoekers. De grote lijnen van het rapport, *Methodisch werken*, zijn ontstaan in open discussies van de gehele groep. De uitwerking is geschied in subgroepjes, die elkaar afwisselden en bovendien van samenstelling veranderden. Ieder groepslid heeft zodoende aan vrijwel elk hoofdstuk een bijdrage geleverd. Het rapport is derhalve een collectief product.

onmogelijk, dat de doelstelling van de huisartsgeneeskunde beperkt zou kunnen worden tot hulpverlening op alleen maar somatisch gebied. Daarom kiezen wij ervoor open te staan voor alle vragen om hulp, die de patiënt aan ons wil stellen.

Mogelijkheden van de huisarts. Op grond van zijn opleiding is de huisarts een deskundige op het gebied van ziekten. In andere deskundigheden wordt - en kan voorlopig - de huisarts langs institutionele weg niet worden geschoold. Dit legt de huisarts die openstaat voor alle vragen om hulp, beperkingen op in de feitelijke hulpverlening. Dat wil zeggen: hij kan niet op alle vragen een deskundig antwoord geven. Integrale (alles omvattende) hulpverlening is daarom geen geëigende doelstelling voor de huisartsgeneeskunde. Wij spreken liever van een integrale benadering.

Er is bovendien nog een tweede - even belangrijk - argument om integrale hulpverlening als doelstelling af te wijzen. Er zijn namelijk andere disciplines in de eerste lijn, in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en buiten de gezondheidszorg die even goed als de huisarts - of zelfs beter - hulp kunnen verlenen bij niet-somatische behoeften aan hulp.

Visie op verantwoordelijkheid. Wij vinden dat de patiënt in de eerste plaats zelf verantwoordelijk is voor eigen lijf en leven. Hij gaat de hulpverlening aan als gelijkwaardige van de huisarts. Ook als men hierover anders denkt, zal men erkennen, dat de patiënt buiten de verantwoordelijkheid van de dokter verder moet leven. Dit kan meer gezondheid inhouden als de patiënt niet alleen instemt met de verleende hulp, maar er ook actief aan meewerkt, omdat hij mede de verantwoordelijkheid draagt. Dit betekent, dat de hulpverlening een gezamenlijke onderneming is die de actieve betrokkenheid van de patiënt nodig maakt.

Conclusie. Op grond van onze overwegingen betreffende de behoefte aan hulp, de mogelijkheden van de huisarts en de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening pleiten wij voor de volgende doelstelling:

- Openstaan voor alle vragen om hulp. De vragen worden samen met de patiënt verhelderd om te beoordelen welke deskundigheid voor de hulpverlening geboden is.

- Samen met de patiënt een keuze maken uit de mogelijkheden voor hulp en dienovereenkomstig handelen, hetzij zelfstandig dan wel in samenwerking met anderen.

3. De ontwikkeling van een methode

Nu wij eenmaal hebben vastgesteld wat wij willen in de huisartsgeneeskunde, is

de volgende stap naar een methodische werkwijze de ontwikkeling van een methode die op dit doel is afgestemd. Onze stelling is dat dit niet de methode kan zijn die (huis)artsen tijdens hun klinisch georiënteerde opleiding leren. Deze methode (anamnese - onderzoek - differentieële diagnose - diagnose - prognose - therapie en follow-up) duiden wij kortheidshalve aan als de medische methode. Wij willen aantonen, dat het op voorhand toepassen van deze methode voor ons doel niet geschikt is. Wij gaan daarbij uit van enkele vooronderstellingen die aan de medische methode ten grondslag liggen en bespreken vervolgens de consequenties.

Vooronderstellingen.

a. Het uiten van een lichamelijke klacht betekent, dat er een probleem bestaat met een lichamelijke dimensie, zodat de patiënt een vraag om hulp in medische richting stelt;

b. Voor een - individueel - probleem bestaan objectieve oplossingen als het overeenkomsten vertoont met een algemeen probleem, waarvoor oplossingen bekend zijn;

c. Als het probleem niet meteen kan worden opgelost, is verder onderzoek of behandeling beter dan geen onderzoek of behandeling.

Ad a. Deze vooronderstelling houdt onder andere in, dat een klacht de richting aangeeft van de vraag om hulp. Dit is niet zonder meer geldig voor hulpverlening, waarin nog onvoldoende vaststaat of er wel een vraag om hulp is en welke aspecten deze vraag vertoont. In de huisartspraktijk komen zulke onduidelijkheden en gecompliceerde situaties veelvuldig voor. Toepassing van de medische methode kan in die gevallen gemakkelijk tot on-eigenlijke of onvoldoende hulp leiden, dat wil zeggen, hulp die de patiënt niet nodig heeft of die ontoereikend is.

Ad a en b. Deze beide vooronderstellingen maken bepaalde objectiveringen geldig: klachten kunnen worden beschouwd als symptomen van een algemeen probleem, dat met objectieve middelen - los van de patiënt - kan worden aangepakt. Een gevolg hiervan is, dat er aan patiënten wordt gewerkt. Dit nu is ontoelaatbaar bij psychische en sociale problemen (wel of niet samenhangend met somatische problemen). In plaats van aan de patiënt willen wij met de patiënt werken en dit vereist steeds mede een subjectiverende benadering.

Ad c. Deze vooronderstelling doet tekort aan een serieuze afweging van de voor- en nadelen van hulpverlening (baat het niet, het schaadt ook niet). Daarmee kan ook de zelfverantwoordelijkheid van de

patiënt geweld worden aangedaan: er moet immers altijd iets gebeuren.

Wij zullen onze bezwaren tegen het op voorhand toepassen van de medische methode toelichten aan de hand van een voorbeeld. Let wel, het gaat niet om de vraag of de arts in het voorbeeld fouten maakt; het gaat erom duidelijk te maken hoe de hiervoor genoemde vooronderstellingen doorwerken in een bepaald geval.

Een nog jonge man bezoekt het spreekuur van de huisarts met hoofdpijnklachten. De dokter informeert naar de aard hiervan en stelt een aantal vragen om een mogelijke hersenaandoening uit te sluiten. Hij constateert geen bijzonderheden en informeert dan naar de leefomstandigheden van de patiënt. Deze blijkt een druk bestaan te leiden. Om zich een betere positie te verwerven volgt hij in zijn vrije tijd een cursus. Daarnaast is hij secretaris van de speeltuinvereniging in zijn buurt wat veel rompslomp met zich brengt. De dokter raadt hem aan het wat kalmer aan te doen en ter bestrijding van de klachten schrijft hij een tranquillizer voor.

Consequenties

a. De huisarts weet niet waarom de patiënt eigenlijk komt, omdat de methode hem daartoe het middel niet verschaft. Misschien wil de patiënt in ons voorbeeld op medische gronden uitstel van een tentamen of een dagje thuisblijven van zijn werk, of misschien is hij bang een hersentumor te hebben. Hij kan kortom heel wat anders aan zijn hoofd hebben dan de dokter aanneemt.

b. De dokter gaat ten onrechte objectiverend te werk door de persoonlijke omstandigheden van de patiënt te beschouwen als mogelijke oorzaak van zijn „probleem”.

c. Er vindt geen afweging plaats van de vraag of hulp in dit geval geboden is, laat staan deze hulp. De patiënt krijgt ook niet onder ogen wat de consequenties van de geboden hulp kunnen zijn. Hij kan daardoor voor een moeilijke keuze komen te staan, zoals: minder hard studeren of de speeltuinvereniging laten schieten.

Conclusie. Willen wij het doel bereiken dat wij aan het eind van de vorige paragraaf hebben genoemd (openstaan voor alle vragen om hulp, samen met de patiënt een keuze maken uit de mogelijkheden voor hulp en dienovereenkomstig handelen), dan is hantering van de medische methode (en in het algemeen van elke andere methode waaraan de hier genoemde vooronderstellingen ten grondslag liggen) in eerste instantie ontoereikend.

De medische methode behoudt volledige geldigheid wanneer de noodzaak van me-

disch ingrijpen eenmaal duidelijk is gemaakt. Wij willen de medische methode dus niet vervangen door een alternatief, maar deze specifieke methode inbouwen in een ruimer geheel. Dit grotere kader noemen wij een algemene methode van hulpverlening.

Deze algemene methode van hulpverlening omvat:

– een klacht wordt samen met de patiënt verhelderd: is er wel sprake van een vraag om hulp?

– de huisarts adviseert de patiënt bij de besluitvorming over de hulpverlening: welke hulp is geboden?

– de patiënt besluit uiteindelijk wat er gaat gebeuren (tenzij er dringende redenen zijn hiervan af te wijken – zie hoofdstuk III): de hulpverlening gaat niet verder dan de patiënt wil!

4. Methode en relatie

Werken aan de hand van een methode is één aspect van methodisch werken. Het gaat er daarbij om doelgericht en systematisch de vraag om hulp te beantwoorden. Wij willen bovendien de patiënt medeverantwoordelijk houden voor de hulpverlening, hem actief inschakelen en gezamenlijk besluiten nemen. Om dit te bereiken komen wij vanzelf bij het tweede aspect van methodisch werken, namelijk een al even doelgerichte en systematische benadering van de relatie met de patiënt. Dat wil zeggen: wij willen met die relatie omgaan als met een instrument ten behoeve van de hulpverlening.

5. Samenvatting en vooruitblik

Het vaststellen van een doel is het eerste middel om methodisch te kunnen werken. Ons doel is een integrale benadering van alle vragen om hulp. Deze keuze houdt in, dat een algemene methode van hulpverlening moet worden ontwikkeld, waarbinnen meer specifieke methoden hun plaats vinden. Daarbij willen wij de verantwoordelijkheid voor – en de beslissing over zijn problemen – maximaal bij de patiënt laten. De consequentie hiervan is, dat de huisarts ernaar streeft zich van de aard van de relatie met de patiënt bewust te worden en zich de vaardigheden eigen te maken die het hanteren van die relatie ter ondersteuning van het hulpverleningsproces vergemakkelijken.

In het volgende hoofdstuk wordt een schets gegeven van de verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening, die het verloop van dit proces ten eerste kunnen beïnvloeden. In het derde hoofdstuk komt de algemene methode van hulpverlening aan de beurt.

Het vierde hoofdstuk gaat over de relatie met de patiënt. In het vijfde hoofdstuk komen de vaardigheden aan bod die een rol spelen in het daadwerkelijke methodisch werken. Het zesde hoofdstuk tenslotte, bevat een casusbespreking. Het gaat er dan om stukjes van de theoretische overwegingen in een praktijkgeval herkenbaar te maken.

II Verwachtingen over de hulpverlening

1. Patiënt en huisarts ontmoeten elkaar

Hulpverlening is geen op zichzelf staande gebeurtenis maar – integendeel – verweven met het dagelijkse leven van zowel de patiënt als de huisarts. Dit houdt in dat opvattingen en houdingen uit beider bestaan van invloed zijn op de hulpverlening. Deze invloeden bestaan onder andere in de verwachtingen over de hulpverlening. Voordat de patiënt en de huisarts elkaar ontmoeten, gaat heel wat vooraf aan deze situatie. De patiënt is gemotiveerd om hulp te vragen, hij neemt op een gegeven moment een beslissing, nu stapt hij naar de dokter. Over de consequenties van die stap heeft hij bepaalde verwachtingen. Bij de dokter gebeurt iets vergelijkbaars. Hij heeft bijvoorbeeld de afspraken van de dag doorgenomen en zich een voorstelling gevormd van wat komen kan. Ook hij stapt dan met verwachtingen het hulpverleningscontact binnen. Ook in andere gevallen vormt de huisarts zich meteen een beeld van de situatie, dat op het verdere verloop van het contact van invloed is. Het doel van dit hoofdstuk is de aandacht te vestigen op aanknopingspunten in de realiteit voor een methodische werkwijze. Wij zullen eerst enkele voorbeelden geven die illustreren wat er allemaal vooraf kan gaan aan een hulpverleningscontact. Vervolgens gaan wij in op de factoren die daarbij een rol spelen en op de inhoud van de wederzijdse verwachtingen.

2. Enkele voorbeelden

Patiënt A: Ik word wakker met een bonkende hoofdpijn. Ik lig te rillen in bed. Ik ben ziek, het valt niet te miskennen. Dat komt slecht uit. Ik moet naar die bespreking vanmorgen. Ze rekenen daar op me; ik ben nooit ziek. Ik kan het beste maar even naar de dokter gaan. Die zal wel opkijken: ik kom nooit bij hem. Wat is het eigenlijk voor een man? Ik ken hem alleen van horen zeggen. Ach wat doet het ertoe. Hij hoeft me alleen maar medicijnen te geven, zodat ik weer zo gauw mogelijk beter ben.

Patiënt B: Hoor de burens nou toch weer eens met hun herrie! Die idioten met hun popmuziek. Ik heb mijn man al zo vaak gezegd, dat ie naar ze toe moet gaan om er wat van te zeggen. Maar die ligt weer rustig te slapen. Zelf kijk ik die mensen niet meer aan als ik ze op straat tegen kom. Dat tuig hoort hier in de buurt toch niet thuis! Kon ik maar slapen, dan had ik geen last van die herrie.

Ik zal morgen naar de dokter gaan om slaappillen te halen. Kan ie meteen mijn bloeddruk even nakijken. Die goeierd, hij zegt altijd: „Mensje, mensje wat maak je je toch druk”. Ja, hij begrijpt wel hoe moeilijk ik het heb!

Patiënt C: Wat een akelig onderwerp op de teevee... Ja, het is wel goed voor de mensen die het aangaat. Maar ik had er eigenlijk niet naar moeten blijven kijken; ik ben er helemaal naar van geworden... Die pijn in mijn buik zit me ook weer dwars. Dat duurt nou al maanden: voortdurend die zeurende pijn, soms steken. Het zal toch geen....? Ben je gek!...

Toch morgen maar even naar de dokter gaan: voorkomen is beter dan genezen. Ik heb iets tegen die artsen; ze zijn altijd zo ondoordringelijk. Maar deze is wel kundig. Hij achterhaalde vorig jaar toch maar mooi wat Dickie mankeerde – en wat hadden wij daar niet mee afgedokterd! Hij zal mij wel van die buikpijn afhelpen.

Een huisarts overziet het afsprakenlijstje. A: Hé, die ken ik nog niet. Is hier pas komen wonen in één van die dure huizen. 't Zou me niet verbazen, als hij met stressklachten komt. Dan is het er weer zo een, die om pepillen vraagt en die je eigenlijk sedativa zou moeten geven.

B: Die kan je nou voor de meest onmogelijke vragen zetten. En maar doordraven; ze klutst het hele zaakje door elkaar. Soms kan ze me geweldig irriteren. Hoe vaak heb ik haar al niet gezegd: „Mens, maak je toch niet zo druk!” Maar ze verteedert me ook wel weer met haar domme gedoe. Hoe dan ook, ik laat me vanmorgen niet in de luren leggen door haar.

C: Aardige mensen! Vorig jaar waren ze me erg dankbaar, toen ik te pakken kreeg wat de oorzaak was van de buikpijn die hun zoontje al jaren had. De man zie ik eigenlijk zelden. Hij lijkt me een rustige, misschien wat teruggetrokken man. Als hij iets heeft, zal hij eerder geneigd zijn het zelf uit te knobbelen. En dat is hem wel toevertrouwd ook dunkt me; hij is een man die de realiteit onder ogen kan zien.

3. Verwachtingen van de patiënt

Uit de voorbeelden blijkt in de eerste plaats dat de verwachtingen van de patiënt worden gevoed door uiteenlopende motieven om hulp te vragen, de beslissing om dat nu te doen en daartoe de hulp van de dokter in te roepen. In de tweede plaats maken de voorbeelden duidelijk dat de verwachtingen van de patiënt betrekking hebben op de komende gebeurtenissen (de vraag om hulp die zal worden gesteld en het mogelijke antwoord daarop), maar tevens op de manier waarop de dokter hem tegemoet zal treden.

Wij gaan eerst in op de achterliggende factoren van de verwachtingen van de patiënt. Waarom iemand op een bepaald moment hulp wil vragen aan de dokter kan slechts gedeeltelijk worden verklaard uit de noodzaak van ziektekundig ingrijpen. Uit onderzoek (Cassée) blijkt dat een veelheid factoren een rol speelt. Dat kunnen zijn interne factoren, zoals vererging van de klacht en het ontstaan van nieuwe symptomen, maar ook externe factoren dan wel een combinatie van beide groepen factoren. De volgende externe factoren komen onder andere voor:

- het gevoel van onwelbevinden door kruist bepaalde voornemens of verplichtingen die men is aangegaan;
- ernstige ziekte, mogelijk het overlijden van iemand, in de naaste omgeving roept ongerustheid op over klachten die men tot dan toe heeft verdragen, of over symptomen die men lang heeft genegeerd;
- uit het oogpunt van preventie behandelde onderwerpen in de publiciteitsmedia kunnen hetzelfde, wellicht nog indringender effect hebben;
- aandrang uit de omgeving doet mensen eveneens om hulp vragen, terwijl het ook regelmatig voorkomt dat patiënten gestuurd worden, wat met name bij kinderen – maar zeker niet uitsluitend bij hen – het geval is.

Welke factoren ook in het geding zijn, doorslaggevend is steeds de eigen beleving van gezondheid of ziekte van de patiënt. Hierin ligt een aanknopingspunt voor een methodische werkwijze. Door in te gaan op de verwachtingen van de patiënt krijgt deze extra de gelegenheid uitdrukking te geven aan zijn beleving van ziekte of onwelbevinden. De vraag om hulp wordt hiermee verhelderd, dat wil zeggen in de juiste context geplaatst. De methode van hulpverlening die wij in het volgende hoofdstuk zullen bespreken, is hierop gericht.

Deze methode is dus onder andere afgestemd op verheldering van de vraag om hulp. De patiënt heeft echter behalve ver-

wachtingen ten aanzien van zijn vraag (en het mogelijke antwoord hierop) ook verwachtingen ten aanzien van het optreden van de huisarts in de rol van deskundige en als persoon. Deze verwachtingen betreffen de relationele kant van de hulpverlening. De relatie met de patiënt is dan ook het tweede aanknopingspunt voor methodisch werken. Door zijn relatie met de patiënt functioneel te maken, kan de huisarts de hulpverlening ondersteunen. Hierop gaan wij in het vierde hoofdstuk in.

4. Verwachtingen van de huisarts

De verwachtingen van de huisarts – hoewel van een andere oorsprong – hebben evenals die van de patiënt betrekking op de komende gebeurtenissen en op het optreden van de patiënt. Met de hulpverleningsmethode die in het volgende hoofdstuk wordt ontwikkeld, kan de huisarts zich zijn verwachtingen ten aanzien van de vraag om hulp bewust maken en zo proberen te vermijden dat hij de hulpverlening – buiten de patiënt om – in een bepaald spoor brengt.

Bovendien is het nodig dat de huisarts zich bewust is van zijn verwachtingen over de patiënt. Ook hier betreft het verwachtingen ten aanzien van de rol van de patiënt en ten aanzien van de persoon. Ook deze verwachtingen kunnen leiden tot bepaald gedrag dat de relatie in het contact beïnvloedt. Hier biedt het functioneel maken van de relatie de mogelijkheid om ongewenste beïnvloeding van de verwachtingen tegen te gaan.

5. Besluit

De voorbeelden in dit hoofdstuk illustreren alleen verwachtingen die voorafgaan aan eerste contacten. Ook bij volgende contacten blijven de verwachtingen bestaan. Alleen de inhoud kan veranderen door de zich wijzigende omstandigheden van tijd en plaats en door de ervaringen die patiënt en arts in hun eerdere ontmoetingen met elkaar hebben opgedaan. Als illustratie wordt hierna voorbeeld C. vervolgd.

In het eerste contact heeft de huisarts de patiënt zorgvuldig lichamelijk onderzocht. Het is de arts een raadsel waarom deze patiënt zijn hulp heeft ingeroepen. Hij schrijft een placebo voor en vraagt hem over een week terug te komen om te vertellen of het geholpen heeft.

Na thuiskomst vraagt de echtgenote aan de patiënt: „Wat heeft de dokter nou precies gezegd dat het is. Mag je daar nu alles bij eten?” Door haar vragen komt de

ongerustheid bij de patiënt weer terug. In het volgende contact komt de patiënt met een versterkte angst bij de huisarts: de pillen hebben helemaal niet geholpen. De dokter vindt dat er medisch gezien niets aan de hand is. Maar hij kan de patiënt daarvan niet overtuigen en begint naar andere „oorzaken” te zoeken: is er thuis iets aan de hand, de echtgenote is niet zo gemakkelijk, wat voor werk doet patiënt, zijn daar moeilijkheden?

Bij huisarts en patiënt ontwikkelt zich een proces, waarin verwachtingen en feitelijke ervaringen elkaar afwisselen omtrent enerzijds het inhoudelijke verloop van het hulpverleningsproces en anderzijds de relatie tussen beide partijen. Ervaringen tijdens dit proces vormen weer de basis voor nieuwe verwachtingen enzovoort.

Om de vraag van de patiënt helder te maken – en de hulpverlening overzichtelijk te houden – is het nodig dat de wederzijdse verwachtingen met elkaar en met het resultaat van de feitelijke hulpverlening overeenstemmen. Het hanteren van een methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie met de patiënt zijn hierbij de hulpmiddelen, waarop wij in de komende twee hoofdstukken de aandacht zullen vestigen.

III Methode van hulpverlening

1. Inhoud van de methode

Een methode is een weloverwogen manier om een vooraf gesteld doel te realiseren. Als doel van het werk van de huisarts hebben wij eerder (in het eerste hoofdstuk) gesteld: openstaan voor alle vragen om hulp, samen met de patiënt bepalen welke hulp geboden is en dienovereenkomstig handelen. Van dit hoofddoel kunnen enkele werkdoelen worden afgeleid: vaststellen of er sprake is van een vraag om hulp, de inhoud ervan formuleren in termen van de patiënt, gezamenlijk besluiten welke deskundigheid voor hulpverlening vereist is, gezamenlijk kiezen uit de mogelijkheden voor hulp, de keuze ten uitvoer brengen.

De methode die wij in dit hoofdstuk gaan uiteenzetten is erop gericht de genoemde werkdoelen binnen bereik te brengen.

Hiertoe brengen wij twee hoofdelementen aan: in de eerste plaats een fasegewijze opbouw van het hulpverleningsproces en in de tweede plaats de bewaking van dit proces.

Wij onderscheiden drie fasen in het hulpverleningsproces:

– De intake*. Hierin wordt samen met de patiënt de vraag om hulp verhelderd en een handlingsplan opgesteld.

– Uitvoering van het handlingsplan. Specifieke hulpverleningsactiviteiten worden in de voorgenomen richting ondernomen. Hierbij is procesbewaking nodig om te beoordelen of de werkdoelen worden bereikt en – zo niet – terug te keren naar de intake. De bewaking kan slechts ten dele in de methode worden ingebouwd. Bewaking is namelijk ook een aspect van de relatie tussen dokter en patiënt. Op dit aspect gaan wij in het volgende hoofdstuk in.

– Afsluiting van de hulpverlening. Dokter en patiënt stellen samen vast of de gestelde doelen wel of niet zijn bereikt. De patiënt bespreekt of hij met zijn – wel of niet – opgeloste problemen op eigen kracht verder kan of wil. Na een afgesloten hulpverlening volgt bij een nieuw contact met dezelfde patiënt een nieuwe intake.

2. De intake

In het vorige hoofdstuk hebben wij laten zien dat patiënten bepaalde verwachtingen koesteren ten aanzien van de hulp en ten aanzien van de wijze waarop de huisarts hen zal tegemoet treden. Van zijn kant heeft de huisarts eveneens verwachtingen betreffende de aard van de vragen om hulp die hem tegemoetkomen, zijn reacties daarop en de manier waarmee hij met zijn patiënten zal omgaan. Wat er bij de patiënt en bij de dokter omgaat voordat het tot een feitelijk contact komt, kan dit contact in hoge mate beïnvloeden.

De intake is bedoeld om deze invloeden bewust te maken. Zodoende wordt de basis gelegd om vast te stellen wat het doel is van de komst van de patiënt, wat zijn vraag om hulp inhoudt en met welke middelen de patiënt kan worden geholpen. De intake kan kort (enkele seconden) of lang (enkele contacten) duren. Het kan bovendien noodzakelijk zijn om in een latere fase van de hulpverlening terug te keren naar de intake. Hoe omvangrijk de intake wordt is niet alleen afhankelijk van de gecompliceerdheid van de hulpvraag, maar ook van de relatie tussen patiënt en huisarts. Wij onderscheiden drie onderdelen in de intake: vraagverheldering, vraagformulering en opstelling van het handlingsplan.

2.1 Vraagverheldering

De bedoeling van de vraagverheldering is niet dat de huisarts de patiënt over een

drempel heen sleurt of gaat wroeten in problemen die er mogelijk wel zijn, maar waarover de patiënt op dit ogenblik niet met de huisarts wil praten. De bedoeling van vraagverheldering is wel om datgene te verhelderen waarmee de patiënt nu zit en wat hij kwijt wil bij de huisarts.

Dit onderdeel van de intake wordt aangepakt met behulp van de vraag: waarom komt deze patiënt nu bij de huisarts? Let wel: de inhoud van de klacht blijft voorlopig buiten beschouwing. Het gaat om de verwachting van de patiënt.

Waarom gaat de patiënt naar de huisarts en niet naar een andere hulpverlener?

Aan de positie van de huisarts in de gezondheidszorg zijn drie aspecten verbonden:

– hij heeft een specifieke deskundigheid om hulp te verlenen;

– hij heeft een monopolie wat betreft de verschaffing van geneesmiddelen en het toegankelijk maken van andere, medische zorgsystemen;

– zijn advies telt mee bij vragen omtrent legitimering van de ziekenrol (van belang onder andere voor arbeids(on)geschiktheid).

Het is van belang na te gaan op welk van deze aspecten de huisarts wordt aangesproken. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om buiten hem om slaaptabletten of andere medicijnen te verkrijgen. Evenmin kan men in Nederland zonder tussenkomst van de huisarts een specialist raadplegen. Er zijn dan ook nogal wat patiënten die bij de dokter komen om hem als een noodzakelijk middel in te schakelen teneinde een bepaald doel te bereiken, anders dan directe hulp. Zulke vragen van de patiënt willen wij ter onderscheiding van vragen, waarmee een beroep wordt gedaan op de hulpverlenende deskundigheid van de huisarts, aanduiden met een afzonderlijk – nieuw – begrip: doelvragen. Hoewel zij vaak als hulpvragen worden ingepakt om de dokter niet voor het hoofd te stoten, gaat het hier om gevallen waarin de dokter niet als hulpverlener, maar als tussenpersoon wordt aangesproken.

Een andere mogelijkheid is dat de dokter wordt bezocht vanwege het gezag dat hij heeft. Voorbeelden hiervan zijn: werken – niet werken („mijn huisarts vindt...”); verklaringen voor instanties, zoals bureauhuisvesting; sterker staan in het eigen relatiesysteem van de patiënt („de dokter zegt ook...”). Eigenlijk betreft dit ook doelvragen. De patiënt bezoekt de huisarts voornamelijk om iets te bereiken en niet om hulp bij zijn gezondheid. Het zijn echter doelvragen met een bepaalde inhoud. De patiënt poogt aan de dokter een alibi te ontlenen en daarom spreken wij hier van alibi-vragen.

Het onderscheid in vragen om hulp, doelen en alibivragen heeft consequenties voor de inhoud van de hulpverlening. Dit komt aan de orde bij de uitvoering van het handlingsplan.

Waarom komt de patiënt nu?

Patiënten beginnen een consult nogal eens met de mededeling: „Dokter, ik kom eens bij u met mijn...”. Niet altijd is de klacht die daarmee wordt geuit identiek met de vraag om hulp. Om dit vast te stellen moeten patiënt en dokter meer weten van de motieven, die de patiënt nú met deze klacht naar de dokter voert: „Vertelt u eens wat meer over...”. Ook kan de huisarts de verwachtingen van de patiënt over het hulpverleningscontact peilen met een vraag als: „Wat denkt uzelf dat er aan uw klacht kan worden gedaan?” Patiënten zijn vaak geneigd zich afhankelijk op te stellen en geven op zo'n vraag een stereotiep antwoord: „Ik weet het niet, u bent de dokter”. Het is van het grootste belang dat de huisarts dan niet genoeg neemt met de afhankelijkheid van zijn patiënt maar doorvraagt. Achter een – op het eerste gezicht – duidelijke klacht kan een geheel andere vraag om hulp verborgen gaan.

2.2 Het formuleren van de vraag om hulp

Tijdens de vraagverheldering is het de dokter (hopelijk) duidelijk geworden waarvoor de patiënt komt. Maar niet alleen de dokter zal dit duidelijk zijn. Ook bij de patiënt kan de oorspronkelijk wat vage vraag helderder zijn geworden. Het is daarom goed om als afsluiting van de verheldering en als overgang naar de opstelling van een handlingsplan de duidelijk geworden vraag nog eens te formuleren. De patiënt heeft dan de mogelijkheid correcties aan te brengen.

Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen, dat ongerustheid over bepaalde klachten in het gesprek een sterk accent heeft gekregen. Wanneer de dokter de vraag dan nog eens samenvat met een zin als: „Ik begrijp dat u al enkele weken pijn hebt onder in uw rug, maar dat deze pijn op zich voor u niet zo'n probleem is, u vraagt zich vooral af of uw nieren wel in orde zijn”, biedt hij de patiënt de gelegenheid om dit te corrigeren. Het antwoord van de patiënt zou kunnen zijn: „Ja, inderdaad, ik maak me ongerust over mijn nieren want nierziekten komen zoveel in mijn familie voor, maar aan de andere kant heb ik er ook erg last van. Soms lig ik er 's nachts tijden van wakker”. Het wordt dan duidelijk dat ongerustheid één aspect van de vraag is, maar dat de patiënt wel degelijk door de pijn wordt gehinderd.

Het formuleren van de vraag vormt de overgang naar het laatste onderdeel van de intake.

* Voor „intake” bestaat geen Nederlands equivalent. Het wordt in de maatschappelijke hulpverlening en in verschillende sectoren van de gezondheidszorg gebruikt in twee betekenissen: een eerste verkennend gesprek van hulpvrager en hulpverlener; een (team)-bespreking over een nieuwe patiënt. De betekenis die wij hanteren is een variant van de eerstgenoemde.

2.3 Het opstellen van een handelingsplan
Vervolgens doet de dokter aan de patiënt voorstellen over de weg waarlangs mogelijke oplossingen voor de vraag van de patiënt kunnen worden gevonden. Hierbij gaat de deskundigheid van de dokter een belangrijke rol spelen. Hij zal zich namelijk twee dingen afvragen:

– Welke deskundigheid staat mij (of anderen) ter beschikking, waardoor de vraag van de patiënt kan worden beantwoord?

– Geven de vragen of klachten van de patiënt mij aanleiding om buiten de vraag van de patiënt om voorstellen te doen over bepaalde onderzoeken?

Wat betreft de eerste vraag gaat het erom te bepalen of, en zo ja, welke medische onderzoeken nodig zijn. Daarnaast zal de dokter dienen na te gaan of een medisch onderzoek de enige weg is die tot een oplossing leidt. Het kan zijn dat zowel medisch onderzoek als een aantal gesprekken over bijvoorbeeld relationele problemen van belang zijn. Beide mogelijkheden kunnen dan tegelijk in het plan worden opgenomen.

Wat de tweede vraag betreft gaat het erom, dat de dokter vanuit zijn deskundigheid onderzoeken van belang acht, die buiten de vraag van de patiënt liggen. Zo kan bijvoorbeeld een vrouw van 55 jaar op het spreekuur komen vanwege seksuele problemen en in het voorbijgaan vertellen, dat zij van tijd tot tijd bloed per vaginam verliest. Zijzelf schrijft dit toe aan de coïtusproblemen en verwacht een oplossing in die richting. De dokter weet echter dat bloedverlies in de menopauze een verdacht symptoom is voor een neoplasma. Vanuit zijn deskundigheid zal hij daarom een uitvoerig gynaecologisch onderzoek voorstellen, hoewel de vrouw daar om niet heeft gevraagd.

Het opstellen en bespreken van een handelingsplan biedt twee voordelen. In de eerste plaats krijgt de patiënt een beeld van wat er precies gaat gebeuren. Het waarom van allerlei vragen (anamnese) en onderzoeken wordt duidelijk. Ook kan al iets worden gezegd over wat wel of niet gevonden c.q. uitgesloten kan worden. Ook kan tevens duidelijk worden gemaakt dat een medisch onderzoek gewenst is, maar bijvoorbeeld een gesprek over relationele problemen evenzeer. Men voorkomt hiermee dat een negatief uitgevallen medisch onderzoek overkomt bij de patiënt als een veroordeling tot „zenuwlijer”.

In de tweede plaats is het opstellen van een handelingsplan nuttig voor de dokter. In volgende contacten kan hij zich dan aan de geplande lijn houden. Verschillende zaken lopen dan niet door elkaar heen door onverwachte gebeurtenissen. Zon-

der handelingsplan kan het voorkomen dat de onverwachte vondst van een galsteen eveneens bestaande relationele problemen op de achtergrond dringt of omgekeerd, dat het inbrengen van allerlei problematiek door de patiënt in volgende consulten de aandacht afleidt van een zorgvuldig medisch onderzoekplan. Daarnaast is een geformuleerd handelingsplan nodig voor de beoordeling van de resultaten.

3. Uitvoering van het handelingsplan

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen handelingsplannen ten aanzien van vragen om hulp en handelingsplannen ten aanzien van doelgerichte- en alibivragen.

3.1 Mogelijkheden bij vragen om hulp

Vragen om hulp kunnen, na de intake, in vier hoofdgroepen worden onderscheiden.

a. Somatische vragen om hulp

Aangezien dit de specifieke deskundigheid van de huisarts betreft, zullen de vragen om hulp vaak op dit gebied liggen of minstens een aantal somatische aspecten bevatten. De medische methode komt in deze fase van de hulpverlening aan de orde. Via anamnese, onderzoek, differentieële diagnose, diagnose en therapie zal de dokter – al of niet met behulp van een specialist – trachten antwoord te geven op de vraag om hulp van de patiënt.

b. Andere vragen om hulp

– Gesprek over aanvaarding van andere dan somatische hulp. Het kan zijn dat bij de intake duidelijk wordt dat de patiënt niet geholpen is met de somatische hulp van de dokter. Voor vele patiënten vraagt dit om een omschakeling van hun beleving van gezondheid.

De algemene verwachting is nog altijd dat hulp aan de patiënt wordt verleend. Dat wil zeggen een patiënt is gewend zichzelf in te leveren en afstand te doen van eigen verantwoordelijkheid: „Kijk eens naar me en zeg wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren”.

Voor vele mensen met problemen is de moeilijkheid juist zich anders tegenover hun problemen op te stellen. Men hoopt voortdurend dat situaties veranderen en daardoor problemen verdwijnen. Dit maakt het voeren van een gesprek om een patiënt ertoe te brengen zelf met zijn probleem aan het werk te gaan, of de hulp van andere hulpverleners dan de huisarts in te roepen vaak frustrerend, zowel voor de dokter als voor de patiënt.

De patiënt hoopt maar al te vaak op een pil, advies of leefregel waardoor de problemen zullen verdwijnen (een moeder die met haar kind onvoldoende voorbereid naar het M.O.B. wordt verwezen, hoopt op een opvoedingsadvies en verwacht geen gesprek over haarzelf of over de gezinsrelaties). Doorgaans zijn patiënten niet gemotiveerd tot gesprekken waarbij het belangrijkste aandeel van henzelf moet komen. Wanneer de dokter van mening is dat de patiënt het beste gediend is met andere dan somatische hulp, zal hij dan ook de patiënt eerst daartoe moeten motiveren.

– Het verlenen van andere hulp bij voldoende motivatie. Bij patiënten die gemotiveerd zijn tot andere dan somatische hulp en daarover een helder beeld hebben, kan deze hulp direct aanvangen. Afhankelijk van de deskundigheid van de huisarts kan deze hulp door hemzelf worden gegeven (al of niet met consultatie van een deskundige) of kan de patiënt door de dokter worden verwezen. Wanneer de dokter deel uitmaakt van een eerstelijns-samenwerkingsverband zal verwijzing niet plaatsvinden naar een instituut maar naar een andere hulpverlener in het team. Voor de patiënt is dit niet zo bedreigend en de dokter blijft een adviserende rol vervullen bij het vervolg van het hulpverleningsproces.

– De patiënt beëindigt na de vraagverheldering de hulpverlening. Wanneer de intake als resultaat heeft dat de vraag van de patiënt voor hem veel duidelijker is geworden, kan het zijn dat hij daarna geen hulp meer nodig heeft. Een andere mogelijkheid is dat het de patiënt duidelijk is geworden dat zijn vraag om hulp andere problemen betreft dan waarover hij met de huisarts contact wenst.

c. Begeleidingsvragen

Menige patiënt zal met somatische hulp niet kunnen worden geholpen, noch voldoende gemotiveerd zijn om andere hulp te aanvaarden. Toch zullen deze patiënten vaak behoefte hebben aan steun. De dokter kan hierbij een belangrijke rol spelen. In een samenwerkingsverband zijn de mogelijkheden voor ondersteunende begeleiding uiteraard groter. Een wijkverpleegkundige kan worden ingeschakeld of een maatschappelijk werker, wellicht een pastor dan wel een vrijwillige helper. De dokter zal voorzichtig moeten zijn, dat hij niet te snel zelf tot begeleiding overgaat. Het blijft daarbij buitengewoon moeilijk te beoordelen of patiënten inderdaad niet op andere wijze kunnen worden geholpen. Dikwijls speelt bij de beoorde-

ling hiervan de grens van de eigen mogelijkheid van de huisarts (of een slechte relatie met de patiënt) een belangrijke rol. Naast gevallen zoals hier zijn bedoeld, kent de huisarts begeleidingsgevallen waarbij medische afwijkingen bestaan die niet zijn te genezen (invaliditeit of infaust verloopende ziektebeelden). De keuze van de begeleiding als handelingsplan is in deze gevallen doorgaans niet moeilijk. De inhoud van de begeleiding, acceptatie van ziekte of gebrek echter wel. Ook hier is samenwerking met andere disciplines vaak geboden.

d. Oneigenlijke vragen om hulp

In een aantal gevallen is het duidelijk dat de huisarts de gevraagde hulp niet kan geven. Dan is het in het belang van de patiënt en van de dokter dat de huisarts een dergelijke vraag om hulp afwijst. Sommige patiënten hebben zo'n binding aan hun huisarts dat zij zelfs met bijvoorbeeld vragen om financiële hulp bij hem komen. Het is duidelijk dat deze vragen beter door de dokter kunnen worden afgewezen. Moeilijker is het wanneer iemand bij de dokter komt om hem af te sturen op een familielid dat zo nodig doktershulp moet hebben maar dit zelf niet wil: „Dokter, kunt u niet eens met mijn zoon praten en zeggen dat hij...”. Oneigenlijke vragen om hulp – duidelijk of twijfelachtig – dienen in elk geval te worden verhelderd omdat er andere vragen achter verscholen kunnen gaan waarbij de dokter wel hulp kan bieden.

3.2 Mogelijkheden bij doel- en alibi-vragen

In het voorgaande werd een aantal handelingsplannen ten aanzien van vragen om hulp behandeld. Hoe kan de huisarts handelen wanneer blijkt dat de vraag een doel- of een alibivraag betreft?

Doelvragen.

Bij deze vragen wordt de huisarts niet aangesproken op zijn hulpverlenende functie. Het betreft hier vragen waarbij de patiënt de huisarts nodig heeft als een middel. Wanneer een patiënt een specialistisch onderzoek wenst zonder dat hij het oordeel van de huisarts daarin wil betrekken, komt hij bij de huisarts, omdat hij op geen andere manier bij de specialist entree vindt dan via een verwijskaart. Wanneer een patiënt slaappillen wil hebben zonder dat hij de reden hiervoor met de huisarts wil bespreken, heeft hij deze toch nodig voor het recept.

In feite kan de huisarts op deze vragen slechts met ja of nee antwoorden. Bij zijn antwoord spelen persoonlijke opvattingen

een belangrijke rol. Het antwoord zal dan ook van huisarts tot huisarts verschillen. Zo kan hij op een doelvraag positief ingaan, omdat hij bijvoorbeeld:

- vindt, dat de patiënt in deze zaken een eigen verantwoordelijkheid heeft, waaraan hij niet wil tornen;
- pragmatisch is en weet dat als hij negatief reageert, hij na verloop van tijd toch het onderspit moet delven en dan doorgaans in een veel onaangener sfeer;
- strijd en discussie vermijdt en de ervaring heeft dat een gesprek over eventuele bezwaren tegen een recept of verwijzing veel zinvoller verloopt, als hij tevoren heeft aangekondigd dat hij het gevraagde zal verstrekken.

Hij kan negatief op de vraag reageren, omdat hij bijvoorbeeld:

- van oordeel is dat hij tegenover de patiënt en tegenover de samenleving een bewakende verantwoordelijkheid heeft;
- vindt dat hij wel erg over zich laat lopen, als hij ja zegt op iets waarmee hij het eigenlijk niet eens is.

Alibivragen. Hoe te handelen bij alibivragen ligt dikwijls nog moeilijker dan bij doelvragen. Het zijn vaak bewuste, maar oneigenlijke vragen. Het kan de huisarts frustreren als de patiënt vanwege eigen veiligheid, de vraag niet rechtstreeks stelt.

Een aantal patiënten accepteert het niet als de huisarts de eigenlijke vraag op tafel tracht te krijgen. Voor hen kan het erg bedreigend zijn, als hun vraag een alibivraag blijkt te zijn.

Het „alibi-aspect” van een vraag is de patiënt zich in de meeste gevallen niet bewust. Het is vooral de huisarts, die dit onderkent. In een contact kan hij de vraag als vraag om hulp behandelen en tegelijkertijd zijn beleid erop richten de patiënt duidelijk te maken, dat hij de arts wil gebruiken als alibi.

Hoe de huisarts handelt bij aan de patiënt bewuste of bewustgemaakte alibivragen zal sterk samenhangen met zijn persoonlijke opvattingen en met zijn ethische en politieke overtuiging. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld bij de huisarts een alibi zoekt ten behoeve van de instanties die hem controleren voor de ziektewet, zal zijn handelen sterk door zijn sociale instelling worden bepaald. Afhankelijk hiervan kan zijn opvatting over de patiënt liggen tussen de extremen: „Waarom wil die man niet werken?” tot „Hij is de dupe van het maatschappelijk systeem”.

Natuurlijk speelt bij het handelen ten aanzien van doel- en alibivragen de kennis omtrent de omstandigheden van de patiënt een grote rol, maar de interpretatie

van deze omstandigheden blijft nauw verweven met de aard en de opvattingen van de huisarts.

4. Het afsluiten van de hulpverlening

In de hiervoor uitgewerkte fasen is de nadruk gelegd op verheldering van de vraag om hulp en een opzet volgens plan van de feitelijke hulp. In deze benadering past een weloverwogen afsluiting van het hulpverleningsproces. Wij bedoelen hiermee dat de hulp betreffende een bepaalde vraag wordt beëindigd wanneer blijkt dat de vraag niet meer bestaat of overgaat in een andere, nieuwe vraag. In dit laatste geval wordt met een nieuwe intake aan een nieuw hulpverleningsproces begonnen. Dit alles heeft tot doel de hulpverlening zo overzichtelijk mogelijk te maken en te houden.

Dit neemt niet weg dat aan het streven naar overzichtelijkheid, met name met betrekking tot de afsluiting van een hulpverleningsproces, grote problemen zijn verbonden. In de eerste plaats betreft dit de beoordeling van het resultaat – vragen om hulp zullen vooral verdwijnen omdat de hulp doeltreffend blijkt. Bewaking van het proces (wat gebeurt er eigenlijk) kan een belangrijke bijdrage leveren bij het oplossen van beoordelingsproblemen. Omdat bewaking mede een zaak van de patiënt zelf is, wordt hij zodoende betrokken bij de besluitvorming over het afsluiten van een hulpverleningsproces.

In de tweede plaats is afsluiting problematisch in gevallen waarin niet – of nauwelijks – sprake is van hulpverlening, zoals bij „friendly visiting”. Dergelijke contacten zijn voor de patiënt zelf vaak functioneel, maar het is de vraag of de dokter hiervoor de meest aangewezen persoon is.

In de derde plaats is afsluiting vaak moeilijk door de relationele aspecten. Bij een functionele relatie moet het voor de dokter mogelijk blijken zijn gevoelens en opvattingen aan de patiënt mee te delen zonder risico de vertrouwensbasis aan te tasten.

5. Bewaking van de methode

Aan hulpverlening zijn drie aspecten te onderscheiden, die in aanmerking komen voor bewaking:

- de inhoud van de vraag om hulp (wordt het gestelde doel bereikt?);
- de relatie hulpvrager – hulpverlener;
- de werkwijze van de huisarts (is de methode op de juiste wijze toegepast?).

De inhoud. Met dit aspect van bewaking zijn de huisartsen het meest vertrouwd. Welke gegevens heb ik verzameld? Is er een diagnose gesteld? Welke? enzovoorts. Op basis van elke gangbare registratiemethode

kan bewaking van dit aspect plaatsvinden. De relatie. Hierbij gaat het om de vraag: werkt bij de hulpverlening de relatie van arts en patiënt bevorderend of belemmerend (bijvoorbeeld de patiënt voelt zich niet veilig en houdt daardoor belangrijke informatie achter). Dit aspect komt uitvoeriger aan de orde in het volgende hoofdstuk.

De werkwijze. Hierbij gaat het om de vraag of methodisch juist is gehandeld: zijn de goede stappen genomen op de juiste tijd? Kan het zijn dat te vroeg tot uitvoering van het handlingsplan is besloten? Dat wil zeggen: blijkt achteraf dat de vraag van de patiënt onvoldoende is verhelderd?

Wij kunnen ons werk op drie manieren bewaken:

– Alleen: Bij de komst van de patiënt vraagt men zich telkens af: wat was er met hem aan de hand in het vorige contact; welke doelen hebben wij toen gesteld; waar bevinden wij ons op dit moment op de weg naar het bereiken van deze doelen?

De aspecten van de hulpverlening die alleen bewaakt kunnen worden zijn met name de inhoud en – in mindere mate – de gevolgde werkwijze.

– Met de patiënt samen: Verwachtingen van patiënt en huisarts kunnen dikwijls ver uiteenlopen ook al lijkt dit soms aanvankelijk niet zo. Vandaar dat het goed is van tijd tot tijd met de patiënt te bespreken waarmee men bezig is.

Iedere huisarts kent wel patiënten die al jaren bij hem lopen – steeds met min of meer dezelfde klachten – waarbij het langzamerhand niet meer duidelijk is wat er aan de hand is en waaraan wordt gewerkt. De patiënt ervaart hiermee dat hij niet het passieve object van hulpverlening is, maar dat hijzelf daaraan een belangrijk aandeel heeft. Sterker nog, zijn betrokkenheid is voorwaarde voor adequate hulpverlening.

De aspecten die samen met de patiënt worden bewaakt, zijn met name de inhoud en de functionele relatie.

– Samen met anderen: In tegenstelling tot andere hulpverlenende beroepen kennen huisartsen (en medici in het algemeen) niet of nauwelijks de begrippen werkbegeleiding, supervisie en intervisie. Waar het voor anderen vanzelfsprekend is dat men voor de uitoefening van zijn vak te rade gaat bij of verantwoording probeert af te leggen aan andere beroepsgenoten, is dat onder dokters niet gebruikelijk. Dokters kennen vooral casus-besprekingen, waarbij de eigen werkwijze doorgaans buiten schot blijft.

De werkwijze staat juist voorop in de genoemde vormen van procesbewaking waarop wij in hoofdstuk V verder ingaan. Het aspect van de hulpverlening dat samen met anderen wordt bewaakt, betreft vooral de gevolgde werkwijze. Vanuit deze invalshoek

komen uiteraard de andere aspecten eveneens aan bod.

Registratie. Voor huisartsen is registreren geen eenvoudige zaak. De tijd is beperkt en de administratieve hulpmiddelen bescheiden. Bovendien is het niet altijd duidelijk wat zinvol is om te registreren en wat niet. Dertig jaar geleden was in de meeste Nederlandse huisartspraktijken geen kaartsysteem aanwezig. Dankzij de bemoeienissen van het N.H.G. behoort deze tijd tot het verleden.

Bovendien maken de meeste huisartsen gebruik van een uniform systeem: de N.H.G.-kaart. Toch heerst alom ontevredenheid. Dit roept vragen op als: Vanuit welke optiek registreert de huisarts eigenlijk; met welk doel, wat en voor wie? Het nu volgende is ontleend aan *Hoekstra*:

– Optiek: Vanuit verschillende beroepen kijkt men verschillend naar dezelfde verschijnselen. Een boekhouder kijkt anders naar het aantal ziekenhuisopnamen dan een sociaal geneeskundige. Een specialist kijkt anders naar een patiënt dan een huisarts; bijvoorbeeld: „fluor bij patiënten in het climacterium”, naast „een vrouw in de overgang met fluorklachten”.

– Doelstellingen: De redenen waarom men registreert kunnen zeer uiteenlopend zijn (bijvoorbeeld financieel of wetenschappelijk onderzoek). In ons geval is het doel: informatie vast te leggen die nodig is voor de bewaking van het hulpverleningsproces.

– Onderwerpen van registratie: Wanneer men weet vanuit welke optiek men registreert en met welk doel dan is het vervolgens van belang te bepalen wat men gaat registreren. Gegeven ons doel betreft registratie de inhoudelijke, relationele en methodische aspecten van de hulpverlening.

– Gebruik van registratie: Wordt de registratie gebruikt voor onderzoek of beleidsbepaling of uitsluitend voor de hulpverlener zelf. Van belang is hier: hoe bewaakt de dokter de hulpverlening? Alleen, samen met anderen? In het laatste geval moet ermee rekening worden gehouden dat de registratie ook voor anderen toegankelijk kan zijn.

De registratie zoals deze door de meeste huisartsen wordt gevoerd, bevat eigenlijk alleen gegevens omtrent het inhoudelijke aspect. De N.H.G.-kaart werkt dit in de hand, want zij is juist opgezet voor het vastleggen van deze gegevens. Het gevolg hiervan is wel, dat uit de dagelijkse praktijk omtrent de methode van werken en de relationele aspecten door de huisarts te weinig of niets wordt vastgelegd. Als men een poging onderneemt om deze aspecten in de registratie te betrekken, zal men zich beperkingen moeten opleggen. Te uitgebreide registratie vormt niet alleen een grote belasting in de dagelijkse praktijk, zij kan ook tekort doen

aan het streven de hulpverlening overzichtelijk te houden.

IV Relationele aspecten van methodisch werken

1. Kenmerken van een functionele relatie

In hoofdstuk I schreven wij dat de patiënt in de eerste plaats verantwoordelijk is voor eigen lijf en leven. Dit moet in de hulpverlening tot uitdrukking komen. Besluiten worden niet door de dokter alleen genomen, maar gezamenlijk. Dit vereist bijzondere aandacht voor de relatie met de patiënt. Sterker nog: de relatie wordt beschouwd als een instrument ten behoeve van de hulpverlening.

De ontmoeting van huisarts en patiënt – zo bleek uit hoofdstuk II – leidt niet bij voorbaat tot overeenstemming over de hulpverlening. Voor het bereiken van die overeenstemming werd in het voorgaande hoofdstuk een methode ontwikkeld. In dit hoofdstuk willen wij verduidelijken hoe de relatie tussen huisarts en patiënt daarbij functioneel kan worden gemaakt.

Wat is eigenlijk een functionele relatie? Afgezien van talloze zakelijke relaties, die mensen onderling aangaan, hebben mensen relaties met elkaar, omdat zij in die relatie zelf voldoening vinden. Bij een functionele relatie tijdens de hulpverlening is dit niet het geval. Het doel van een dergelijke relatie is anders. Een functionele relatie tussen een hulpverlener en een hulpvrager is een relatie die als doel heeft de hulpverlening optimaal te effectueren. Dit sluit uiteraard niet uit dat arts en patiënt daaraan voldoening kunnen beleven. Het samenwerken aan de relatie om de hulpverlening zo goed mogelijk te laten verlopen, zal voor beiden bevredigender zijn dan wanneer de relatiekant wordt verwaarloosd.

Wil men de relatie als een instrument bij de hulpverlening gebruiken, dan moet het achtereenvolgens mogelijk blijken:

– dat men elkaar accepteert en vertrouwt;
– dat men niet alleen informatie, maar tevens gevoelens en meningen openlijk uitwisselt;
– dat men de eigen doelstellingen op elkaar afstemt;

– dat men samen tot afspraken komt, die het gedrag bundelen tot gezamenlijke actie. Het afstemmen van de relatie op het doel van de hulpverlening vergt van de arts als professioneel hulpverlener, dat hij ook de relationele kant van het contact methodisch hanteert. Dit betekent dat hij zich de aard en de fasen van de relatie goed bewust is en dat hij daarmee doelgericht en systematisch omgaat. De opbouw van een functionele relatie is derhalve een onderdeel van methodisch werken.

2. De functionele relatie en de continuïteit van zorg

Het is nogal gebruikelijk te stellen dat de huisarts door de continuïteit van zorg bij zijn patiënten zo'n goede gelegenheid heeft tot optimale hulpverlening. Juist zijn „continue” relatie biedt de huisarts goede mogelijkheden. Zelden wordt echter, wanneer het begrip continuïteit wordt gebruikt, erbij vermeld wat met dit begrip wordt bedoeld (*Schouwstra*).

Hier willen wij op twee relationele aspecten van het begrip continuïteit ingaan. Het kan betekenen dat in de loop der tijd in de vele contacten, die huisarts en patiënt met elkaar hebben, een sfeer van acceptatie en mogelijkheid tot gevoelsuitwisselingen is gegroeid. Men zou kunnen zeggen, dat dan een functionele relatie is ontstaan, zoals dat eerder is genoemd.

Het opbouwen van een functionele relatie kan tijd kosten, maar dat hoeft niet altijd. Wanneer men zich in de loop der tijd de groei van de relatie goed bewust is, kan men op deze wijze functioneel van de continue relatie gebruik maken.

Een continue relatie bergt ook een gevaar in zich. Het kan zijn, dat dokter en patiënt als het ware een contract met elkaar hebben gesloten over de wijze waarop zij met elkaar omgaan en over wat wel en niet in hun relatie aan de orde zal komen.

Iedere huisarts kent wel patiënten, waarmee het contact altijd uiterst vriendelijk en correct plaatsvindt, maar waarin eigenlijk niets meer gebeurt en waarin de communicatie (over bijvoorbeeld de migraine) volgens een bepaald ritueel plaatsvindt. In dergelijke gevallen staat de continuïteit het aangaan van een functionele relatie in de weg. In dergelijke gevallen zal de huisarts zich moeten bezinnen over de wijze, waarop hij de versterkte communicatie weer „vlot” kan krijgen.

Continuïteit kan wat het opbouwen van de relatie betreft, zowel in positieve als negatieve zin werken. Het is dus belangrijk om methodisch aan het opbouwen van een functionele relatie te werken om niet in een versterkte relatie terecht te komen.

Daarbij komt nog dat – bij de huidige mobiliteit van de bevolking en van de artsen – het hebben van een continue relatie met de huisarts een „voorrecht” van steeds minder patiënten wordt.

3. Het procesmatig verloop van de relatie

Hoewel het bewust hanteren van de relatie van belang is tijdens het gehele hulpverleningsproces zijn er fasen waarin de relationele kant meer aandacht vergt, terwijl in andere fasen de nadruk op taakgerichte handelingen kan liggen. Bij de vraagverhelde-

ring in de intake-fase kan de relatie functioneel worden gebruikt om de patiënt zo goed mogelijk onder woorden te laten brengen waarvoor hij nu precies komt. Wanneer de huisarts na de intake overgaat op bijvoorbeeld de geneeskundige methode verschuift het focus van de relatie naar de taak. De arts gaat daarbij immers in veel gevallen technisch te werk.

Bij de afronding van het hulpverleningsproces wordt de relatie weer anders. Arts en patiënt kunnen elkaar in deze fase laten blijven, hoe zij gedurende de hulpverlening de relatie tot de ander hebben ervaren en – met name – of hun verwachtingen zijn beantwoord.

Zowel voor de patiënt als voor de dokter wordt de hulpverlening door methodisch werken overzichtelijker. Voor de patiënt betekent het dat hij steeds opnieuw de gelegenheid krijgt om duidelijk te maken wat hij precies wenst. Bovendien wordt het tempo waarin de hulpverlening verloopt mede bepaald door de patiënt. Hierdoor worden niet alleen zijn eigen motieven bewuster, maar zal het hem ook duidelijker zijn waarom bepaalde stappen in het proces moeten worden ondernomen.

Voor de dokter betekent meer overzicht over de hulpverlening, dat hij beter in staat is het proces te bewaken. Het zal een probleem voor de dokter zijn om zijn hulpverlenende deskundigheid in aangepaste doses te verdelen. Ook al is het hem al lang duidelijk wat de achtergrond van een bepaald probleem is, zal hij, teneinde een adequaat resultaat te bereiken, op de patiënt moeten „wachten”. De huisarts behoeft daarbij niet passief toe te zien. Zoals elke relatie verloopt ook een functionele relatie in bepaalde fasen. Als het hulpverleningsproces stopt, kan men niet alleen nagaan in welke fase van de hulpverlening men is en welke fouten eventueel in de methode zijn gemaakt, men kan ook nagaan in welke fase de opbouw van de functionele relatie verkeert.

4. Opbouw van de relatie*

Als fasen van een relatie noemen wij;

- een bepaalde mate van acceptatie en vertrouwen in elkaar;
- het openlijk uitwisselen van gevoelens, meningen en informatie;
- het op elkaar afstemmen van de eigen doelstellingen;
- het samen opstellen van regels en afspraken en het naleven daarvan.

Zo helder afgebakend als hiervoor wordt gesuggereerd, zijn de fasen echter niet. Net als bij de methode van hulpverlening, de intake,

* De fasen in de relatie-opbouw zijn ontleend aan: R. Gibb, *Climate for Trust Formation*, in: Bradford, L. P., J. R. Gibb & K. D. Benne (editors). *T-Group Theory and Laboratory Method*, 1964.

de uitvoering van het handlingsplan en de afsluiting van de hulpverlening, in de praktijk in elkaar kunnen overlopen, of deels moeten worden teruggenomen, zo is het vaak moeilijk de opbouw van de relatie strikt in fasen te scheiden. Het gaat hier meer om een wijze van zien en beschrijven. Dat betekent in de eerste plaats dat er een model wordt geboden voor de opbouw van de relatie.

De huisarts kan dit benutten als leidraad bij het aangaan van betrekkingen met nieuwe patiënten en bij de besteding van een functionele verstandhouding met patiënten die al langer van zijn diensten gebruik maken. Hij weet dan dat bepaalde voorwaarden ten grondslag liggen aan de positieve functie van de relatie en hij kan, door zijn gedrag en dat van de patiënt te vergelijken met de modellsituatie, afmeten in hoeverre de voorwaarden worden vervuld.

In de tweede plaats biedt vergelijking van de realiteit met deze modelbeschrijving de mogelijkheid om irritaties en conflicten in het contact met een patiënt te duiden als specifieke knelpunten in de relatie, die door een gerichte aanpak kunnen worden opgeheven.

De volgorde van de vier fasen is namelijk niet willekeurig: zij staan in een hiërarchische verhouding. Zonder acceptatie en vertrouwen is nauwelijks openlijk uitwisselen van gevoelens en informatie mogelijk. Roept de patiënt uit: „Ja maar dokter, het doet echt pijn” en geeft hij hiermee te kennen, dat hij zich met deze beleving alleen voelt staan, dan ontbreekt nog iets aan de voorgaande fase van acceptatie. Als de huisarts een patiënt er niet van kan overtuigen dat het beter voor hem is naar een specialist te worden verwezen, dan moeten beiden terug naar de fase waarin informatie en meningen worden uitgewisseld.

Voor het afstemmen van doelen moet men samen heel openlijk te kennen geven waar men naar toe wil. Blijkt het dat een patiënt de voorgeschreven medicijnen niet heeft ingenomen, dan moet men zich er minstens van vergewissen of men elkaars doelen heeft begrepen.

Regels en afspraken kunnen alleen voor beide partijen gelden, als ze in de doelen hun bestaansrecht hebben. Steeds moet aan de voorwaarde van de eerste stap in de relatieopbouw zijn voldaan, willen beide partijen aan de tweede en latere fase kunnen werken.

Merken arts of patiënt, dat hun contact op een van deze punten hapert, dan kunnen zij op dat moment hun relatie weer functioneel maken door dit te bespreken en daarmee de moeilijkheden bewust te maken. Dan kunnen zij doelgericht hun gedrag jegens elkaar veranderen om daardoor via hun relatie de hulpverlening optimaal tot haar recht te laten komen.

V Vaardigheden om methodisch te werken

1. Van theorie naar praktijk

De huisarts die zich aangetrokken voelt tot methodisch werken zal de theoretische overwegingen uit de voorafgaande hoofdstukken wellicht in de praktijk willen brengen. Of hij dit nu doet door het geheel te accepteren of door bepaalde elementen daaruit te lichten, in beide gevallen zal hij merken dat verandering van werkwijze en houding tegenover de patiënt een ingrijpend gebeuren in het persoonlijk functioneren is.

Dit hoofdstuk kan vooral van belang zijn voor degenen, die de theorie in praktijk willen brengen. Daartoe zullen wij eerst het proces beschrijven dat plaatsvindt wanneer men nieuwe inzichten in het dagelijks handelen wil toepassen. Vervolgens worden kort de vaardigheden aangegeven die het mogelijk maken om in de huisartspraktijk methodisch te werken. Hieruit zal blijken dat het voor velen niet zozeer gaat om het aanleren van nieuwe vaardigheden, dan wel op een andere wijze toepassen van reeds verworven vaardigheden.

In de daaropvolgende twee paragrafen worden enkele voorwaarden genoemd om methodisch te leren werken en om de praktijkorganisatie hieraan aan te passen. Tenslotte vragen wij aandacht voor enkele consequenties van methodisch werken voor de opleiding en de nascholing.

2. Verandering in persoonlijk functioneren

Wenselijk is de integratie van de methodische kennis en kunde met het persoonlijke functioneren van de huisarts. Voordat dit doel wordt bereikt, doorloopt men vaak de volgende stadia:

- Aan het begin staat de twijfel („Doe ik het wel goed zo?”) en het streven om meer (technische) kennis te verwerven.
- De pre-occupatie met de technische kant van het handelen kan onaangename consequenties hebben in de praktijk („Wat doe ik toch kunstmatig”). De aandacht is helemaal gericht op de toepassing van nieuw verworven kennis („Ik beheers de techniek nog niet genoeg”).
- Zet men zich over de ontmoedigende ervaringen heen dan zal men bemerken dat sommige vaardigheden of elementen uit de methode niet stroken met de eigen persoonlijkheid („Ik kan echt niet luisteren”). Men zal dan proberen zijn persoonlijkheid aan te passen („Ik zal mijn mond wat meer dichthouden, dan kan de patiënt misschien duidelijker zeggen wat hij wil”).
- Tenslotte zal de huisarts zijn methodische kennis en kunde aanpassen aan zijn per-

soonlijkheid („Als ik mijn vragen anders stel, krijg ik een duidelijker antwoord”). Hij heeft zich dan op een persoonlijke manier een methodische werkwijze eigen gemaakt.

Uit het voorgaande blijkt, dat methodisch leren werken niet zonder hindernissen verloopt. De methode is immers gericht op de patiënt. Dat wil zeggen dat wij de patiënt in zijn gevoelens en zijn vraag om hulp zoveel mogelijk willen volgen en dat wij bij hem de verantwoording leggen voor de eigen gezondheid. Tegenover deze benadering staan de ingeslepen opvattingen over de rol van de huisarts, waarin deze zich in belangrijke mate verantwoordelijk voelt voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende patiënten. In deze opvattingen past niet het principe dat de patiënt uiteindelijk beslist over de hulpverlening.

In de traditionele opvattingen over de rol van de huisarts behoort deze alles te weten en altijd iets te doen als reactie op de vraag om hulp van de patiënt. Bij methodische hulpverlening kan het echter noodzakelijk zijn dat de huisarts zegt: „Dat weet ik niet. Daarop kan ik geen antwoord geven. Ik zou niet weten hoe ik u kan helpen, als u uzelf niet wilt helpen”.

Het beslissingsrecht van de patiënt om zelf uit te maken welke hulp hij wenst, neemt de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener uiteraard niet weg. Bij het bepalen van de inhoud van de hulp kan de deskundigheid van de huisarts dus niet worden gemist. Hiermee willen wij zeggen dat de huisarts de patiënt enerzijds zoveel mogelijk dient te volgen, maar anderzijds consequent moet vasthouden aan het doel van zijn werk: verheldering van de vraag om hulp, opstelling van een handelingsplan en uitvoering daarvan.

Verder doen zich bij het methodisch leren werken nog andere problemen voor, die specifiek zijn voor bepaalde fasen in de methode van hulpverlening:

De intake

1. Met name in de intake is het moeilijk een onderscheid te maken tussen de inhoud van de klacht en het relationele proces dat zich tussen patiënt en huisarts afspeelt. Als een gesprek moeizaam verloopt, zou men dit ter sprake moeten brengen en de inhoud van de klacht even terzijde leggen.

2. Tijdens de intake is het van belang niet te interpreteren, maar te registreren. Wij bedoelen hiermee: luisteren zonder bijgedachten omtrent de mogelijke oplossingen voor de geuite klacht.

Het gaat er nu niet om wat de oorzaak van de klacht is, maar welke de redenen zijn die de cliënt nu hulp doen zoeken. Dat wil zeggen de dokter moet in deze fase van het proces zijn oordeel over de verkregen informatie uitstellen tot later en de patiënt door zijn manier van vragen zo min mogelijk beïnvloe-

den. Dit is moeilijk en de arts wordt belemmerd door de angst informatie te missen, die later van belang kan zijn (registreren, signaleren) en door pre-occupaties zoals de vraag: „Wat moet ik nu hiermee aanvangen?”

3. Het is in de intake niet van belang of het waar is wat de patiënt zegt. Het gaat om zijn beleving. De patiënt van zijn ongelijk overtuigen is niet functioneel in de intake.

Het handelingsplan

1. Het opstellen van een niet-medisch handelingsplan blijkt zeer moeilijk. Bijvoorbeeld: als de huisarts met een patiënt gaat „praten”, wat is dan precies het doel daarvan? Als het doel helder is, hoe kan men dit dan bereiken in een gesprek?

2. Wanneer tijdens de uitvoering van een handelingsplan blijkt, dat de vraag om hulp toch niet duidelijk genoeg is (en de methode om terugkoppeling naar de intake vraagt), dan blijkt het zeer moeilijk voor de huisarts het gesprek weer in een niet-interpreterende, maar registrerende vorm te brengen.

3. Vaardigheden

Wij maken onderscheid tussen enerzijds kennis en vaardigheden op een bepaald gebied van de hulpverlening (bijvoorbeeld het medisch-instrumentele handelen) en anderzijds de kennis en vaardigheden die vereist zijn om methodisch op dat gebied hulp te verlenen.

Bij de kenniselementen hebben wij in de beide vorige hoofdstukken uitvoerig stilgestaan. Hier beperken wij ons tot enkele vaardigheden die nodig zijn om methodisch te kunnen werken. Daarbij laten wij de vaardigheden om volgens de medische methode te werken (bijvoorbeeld lichamelijk onderzoek, het gebruik van laboratoriummiddelen enzovoort) buiten beschouwing. Een zekere overlapping is daarbij uiteraard niet te vermijden (zowel bij de intake als bij de anamnese zal men gedeeltelijk over dezelfde specifieke vaardigheden ten aanzien van gespreksvoering moeten beschikken).

3.1 Gespreksvoering

Het voeren van gesprekken heeft betrekking op de communicatie tussen arts en patiënt door middel van verbale en non-verbale uitingen. De nu volgende vaardigheden vergemakkelijken een goede gespreksvoering. Aan de toepassing ervan ligt een belangrijke voorwaarde ten grondslag: niet interpreterend kunnen luisteren. Door belangstelling te tonen kan men zowel de patiënt stimuleren tot samenwerking in het hulpverleningsproces als wel voorkómen dat men zelf afhaakt en niet meer hoort wat de patiënt zegt.

a. Open vragen stellen. In tegenstelling tot gesloten vragen biedt men bij open vragen

de andere partij de mogelijkheid zeer uiteenlopende antwoorden te geven. In de vraagstelling ligt op geen enkele wijze de richting van het antwoord opgesloten. Voorbeeld van een gesloten vraag: „Hoe lang heeft u nu al hoofdpijn?”. Voorbeeld van open vraag: „Vertelt u eens wat meer over de pijn?”

b. Signaleren. Niet alles wat de patiënt zegt, is op hetzelfde moment bruikbaar in het hulpverleningsproces. Informatie die van belang is in een volgende fase moet worden vastgehouden tot men zover is. Bijvoorbeeld: in de intake kan een patiënt een medisch gegeven naar voren brengen dat bij het eventueel stellen van een diagnose later in het proces van belang kan zijn en daarom door de arts in gedachten moet worden gehouden (of geregistreerd dient te worden).

c. Motiveren. Patiënten verwachten vaak dat er aan hen wordt geholpen en niet dat zij als degenen, die in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor eigen leven en welzijn, zichzelf helpen. De dokter moet zonodig dit verwachtingspatroon van een patiënt kunnen doorbreken, hetgeen inhoudt dat hij zijn patiënt helpt te ontdekken hoe deze zelf aan het werk kan gaan en dat de huisarts niet bij machte is om hem te helpen.

Motiveren betekent ook patiënten ertoe bewegen andersoortige hulp te aanvaarden. Als een patiënt de noodzaak hiervan inziet, maar desondanks niet wil, moet de arts in staat zijn bij de patiënt de behoefte aan andere hulp te wekken en eventuele angst voor verwijzing weg te nemen.

Het kan ook voorkomen, dat een patiënt bewogen moet worden tot andere hulp waaraan hij geen behoefte heeft, niet alleen omdat hij niet wil, maar ook omdat hij er de noodzaak niet van inziet. In beide gevallen kan motivering een langdurig proces zijn, waarbij steeds het belang van adequate hulp aan deze patiënt en diens zelfbeschikkingsrecht moet worden afgewogen.

d. Gesprekstechnieken. Sommige gesprekken kan men volgens een min of meer vast patroon opbouwen, zoals een adviesgesprek, een slecht-nieuws-gesprek. Ook kan men soms voor onderdelen van een gesprek een bepaalde techniek toepassen, zoals bijvoorbeeld „counselen”.

e. Het doelmatig houden van gesprekken. De dokter moet zoveel mogelijk voorkomen dat onderwerpen worden besproken die niets te maken hebben met de actuele vraag om hulp. Dat wil zeggen, vermijdt algemene onderwerpen en houdt opmerkingen over klachten of de gezondheidstoestand van gezins- en familieleden gescheiden van de vraag om hulp zolang deze daarbij niet in het geding is.

f. Het afronden van gesprekken. Het is om verschillende redenen (waaronder bijvoorbeeld tijdsoverwegingen) niet altijd mogelijk

dat de huisarts een vraag om hulp in één consult afdoende beantwoordt. Bovendien is het vaak niet gewenst, zodat het voor de huisarts belangrijk is gesprekken te kunnen afbreken. Dit moet dan zo gebeuren dat zij op een ander moment vervolgd kunnen worden. Men kan dit doen door de patiënt duidelijk te maken wat in het actuele contact aan de orde is geweest, waarom het gesprek wordt afgerond en wat de volgende keer zal worden besproken.

g. Metacommunicatie. Metacommunicatie is communicatie over communicatie. Hierdoor maakt men iets duidelijk over de aard van de relatie tussen mensen. Metacommunicatie kan zowel verbale als non-verbale communicatie betreffen. Een voorbeeld van het eerste is, wanneer de dokter zegt: „Ik kan u niet meer volgen, ik vraag mij af of wij het wel over hetzelfde hebben”.

Een voorbeeld van non-verbale communicatie is het gedrag van de patiënt die op het puntje van zijn stoel zit terwijl hij zegt: „Ik voel me helemaal rustig”. In dit geval is er een tegenstelling tussen de inhoud van de gesproken mededeling en de wijze waarop deze wordt gebracht: het is een teken, dat er iets aan de hand is. De huisarts moet dergelijke signalen kunnen onderkennen en in staat zijn ermee om te gaan.

3.2 *Het inschakelen van en samenwerken met andere hulpverleners*

Men kan op drie niveaus samenwerken met andere hulpverleners en wel in consultatie, verwijzing en gezamenlijke behandeling.

a. Consultatie. De huisarts blijft volledig zelf verantwoordelijk voor de hulpverlening in een bepaald geval. Consultatie kan tot doel hebben:

– verbetering van de kennis en vaardigheden van de consultatievrager op een bepaald gebied;

– ondersteuning van de consultatievrager bij zijn persoonlijk functioneren ten aanzien van patiënten die hem moeilijk liggen;

– verbetering van het functioneren van de consultatievrager in zijn organisatie.

Samenvattend kan worden gesteld dat het doel van consultatie is: de dokter te helpen bij het helpen. Het onderscheid met een specialistisch consult is onder meer, dat het laatste geconcentreerd is op een bepaalde aandoening van een bepaalde patiënt en een ad hoc karakter heeft.

b. Verwijzing. Bij een verwijzing draagt de huisarts de eindverantwoordelijkheid voor een strikt omschreven terrein van hulpverlening aan een bepaalde patiënt over aan een andere hulpverlener. De patiënt wordt eerst gemotiveerd voor verwijzing, waarbij hem duidelijk wordt gemaakt welke hulpverleningsmogelijkheden de discipline van de gene naar wie hij wordt verwezen, te bieden heeft.

c. Gezamenlijke behandeling. Bij een gezamenlijke behandeling deelt de huisarts zijn verantwoordelijkheid voor de hulp aan een bepaalde patiënt met een andere hulpverlener.

4. Voorwaarden om vaardigheden te verbeteren

Het is van belang onderscheid te maken tussen werkbegeleiding, supervisie en intervisie.

Bij werkbegeleiding kunnen één of meer huisartsen onder leiding van een daartoe geschoolde huisarts concrete gevallen uit de praktijk bespreken. Het doel van deze besprekingen is de mogelijkheden van de deelnemers te vergroten om betere oplossingen te vinden voor de problemen die zij in de praktijk tegenkomen.

Het doel van supervisie gaat verder. Problemen die huisartsen inbrengen in supervisie-bijeenkomsten hebben te maken met hun rol als hulpverlener. Naast de inhoudelijke aspecten van de ingebrachte problemen wordt in de supervisie ook aandacht besteed aan de wijze waarop de arts in de hulpverleningssituatie functioneert. Het geven van supervisie vereist evenals bij werkbegeleiding een specifieke scholing.

Intervisie is hetzelfde als supervisie maar zonder supervisor. Intervisie vindt meestal plaats tussen beroepsgenoten die allemaal supervisie hebben gehad en de vaardigheid en instelling bezitten om onderling verder te gaan.

Deze begeleidingsvormen zijn volgens ons geschikter als middelen om de kwaliteit van het werk van de huisarts te verhogen dan toetsing. Deze methoden zijn namelijk minder bedreigend (de deelnemers hebben meer eigen inbreng dan bij toetsing), terwijl het leereffect waarschijnlijk groter is (men leert meer door elkaars fouten te bespreken, dan wanneer men er alleen maar op attent wordt gemaakt). Er zou een vergelijkend onderzoek moeten plaatsvinden naar de waarde van toetsing en de hier genoemde methoden.

5. Voorwaarden voor organisatie van de hulpverlening

Methodisch werken vraagt ook om structurele veranderingen in de organisatie van de huisartspraktijk. De praktijkorganisatie moet aangepast zijn om de stroom vragen om hulp op de juiste wijze te verwerken en het overzicht daarop te behouden. De vragen om hulp en hulpvragers moeten niet worden aangepast (opgevoed!) aan de praktijkorganisatie, zoals – uit noodzaak – nogal eens het geval is:

De eerste voorwaarde is een goede tijdsindeling. En dat betekent meestal een an-

dere tijdsindeling. Een eerste consult methodisch behandelen kost vaak meer tijd dan gebruikelijk. Aandacht voor de probleemverhelderende fase zal in een aantal gevallen meer tijd gaan kosten dan de huisarts nu ter beschikking heeft.

Een tweede voorwaarde is meer nadruk op registratie en communicatie met andere hulpverleners. Samenwerking met andere disciplines vergt bovendien veel overleg (-tijd). Ook vergadertijd is werktijd: Ongewijfeld heeft dit consequenties voor de omvang van het patiëntenbestand.

Tenslotte vragen wij ons af of praktijkverkleining de enige manier is om meer tijd ter beschikking te krijgen voor een betere hulpverlening. Dit doel zou ook kunnen worden bereikt wanneer de huisarts niet begint aan vragen om hulp, die niet op zijn terrein liggen.

6. Consequenties voor opleiding en nascholing

In de opleiding van toekomstige artsen zou al in de preklinische fase aandacht moeten worden besteed aan de methodische aspecten van de beroepsuitoefening, zoals de grenzen van de geneeskunde en de hulpverleningsmogelijkheden van andere disciplines. Dit betekent dat in het basis-curriculum aan de toekomstige hulpverleners duidelijk kan worden gemaakt om welke attitude hun rol zal vragen.

In de tweede plaats is de eigenlijke huisartsleiding de plaats bij uitstek om – voortbouwend op wat hiervoor over de attitude is gezegd – de toekomstige huisarts vertrouwd te maken met de specifieke vaardigheden die onze algemene methode van hulpverlening ondersteunen. Het spreekt vanzelf dat dit leerproces kan worden versterkt door andere disciplines hierbij te betrekken.

Tenslotte biedt de huisartsopleiding de mogelijkheid methodisch werken bij al gevestigde huisartsen aan de orde te stellen, namelijk door de huisartsopleiders in te schakelen bij de training in methodisch werken als onderdeel van hun taak.

Voor de reeds langer gevestigde huisarts die methodisch wil leren werken op de wijze zoals hier wordt voorgestaan, is het niet alleen maar een kwestie van eens een boekje lezen of een training volgen. Het gaat in dit leerproces immers vooral om de verandering van houdingen en opvattingen die hecht in de persoonlijkheid zijn verankerd. Dit lijkt moeilijk realiseerbaar in een cursus of praktijktraining van beperkte duur.

Het zou dan ook de voorkeur verdienen, dat methodisch werken wordt opgenomen in een systeem van continue nascholing. Daarbij zijn verschillende mogelijkheden. Wij denken aan: werkbegeleiding, super- en

intervisie. In alle drie leersituaties gaat het erom praktische en persoonlijke oplossingen te vinden voor problemen die bij het vak behoren. Bij methodisch leren werken van huisartsen denken wij in de eerste plaats aan werkbegeleiding als leersituatie.

VI Praktijk en theorie

In dit hoofdstuk wordt een casus uit de praktijk beschreven waarbij zo consequent mogelijk de theorie uit de hoofdstukken III en IV is toegepast. Het is de bedoeling aan deze casus de methodische en relationele aspecten van de hulpverlening herkenbaar te maken. Het verhaal van dit hulpverleningsproces speelt zich af in drie episoden. Na elke episode wordt commentaar gegeven vanuit de methodische en vanuit de relationele gezichtshoek.

Het eerste en tweede bezoek van de heer B

De heer B. bezoekt het spreekuur van de huisarts. De huisarts heeft over hem de volgende voorkennis: de heer B. is 36 jaar. Hij werkt als technicus (H.T.S.-niveau) bij een groot bedrijf. Hij is gehuwd en heeft twee kinderen van 9 en 11 jaar. De gezinsleden zijn niet vaak ziek en komen niet vaker dan twee keer per jaar op het spreekuur. De huisarts heeft tot dusver zijn contact met het gezin als plezierig en gemakkelijk ervaren. Hij treedt de heer B. dan ook open en positief tegemoet. Het blijkt dat de heer B. komt omdat hij last heeft van een pijnlijke linkerschouder en arm. Hij heeft daarbij tintelingen in de arm en een drukkend gevoel links op de borst. Hij zegt: „Ik heb nu ruim zes weken klachten. Eerst dacht ik, het gaat vanzelf over, maar nu begin ik me toch ongerust te maken. Ik dacht, het wordt nu wel eens tijd om naar een expert te gaan en eens te laten nagaan of er misschien iets aan mijn hart mankeert”.

De huisarts luistert hiernaar en gaat na of deze vraag de hele vraag is op dit moment. Hij vat tenslotte de vraag van de heer B. als volgt samen: „U heeft zes weken last van een pijnlijke linkerschouder en arm en daarbij een drukkend gevoel op uw borst. U begint daar nu toch wat ongerust over te worden en u vraagt of ik – als vakman – kan nagaan of uw klachten van uw hart komen?” De patiënt beaamt dit en voegt geen nieuwe aspecten aan zijn vraag toe. De huisarts komt dan met een voorstel: „Mijn voorstel is nu enige vragen te stellen en onderzoek te verrichten om na te gaan of er aanwijzingen zijn in de richting van afwijkingen aan uw

hart. Dit zou ik graag willen complementeren met bloedonderzoek, een borstfoto en een hartfilmpje. Al met al zal dit een week in beslag nemen en dan kan ik u vertellen of er wel of niet iets aan uw hart mankeert.”

De heer B. gaat akkoord met dit plan en geeft duidelijk aan dat hij hiermee tevreden is. De huisarts voert dit plan vervolgens uit. Hij begint met een gerichte anamnese: de klachten blijken niet bij inspanning op te treden, integendeel. De heer B. – een enthousiast volleyballer – houdt deze sport zonder bezwaar vol en bovendien fietst hij veel. Hij rookt zes pijpen en drinkt één borrel per dag. In de familie komen geen hartpatiënten voor. In 1968 had hij gedurende twee maanden dezelfde klachten. Lichamelijk onderzoek en een cardiogram brachten toen geen afwijkingen aan het licht en de klachten zijn spontaan verdwenen.

De huisarts verricht het volgende lichamelijke onderzoek: lichaamsgewicht, polsfrequentie en kwaliteit, bloeddruk, onderzoek van hart en longen en een inspanningsproef. Hierbij komen geen afwijkingen aan het licht. Als aanvullend onderzoek regelt hij: hemoglobinegehalte van het bloed, bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes, röntgenonderzoek van de thorax en een elektrocardiogram.

Na één week komt de heer B. terug op het spreekuur. De uitslagen zijn allemaal „goed”, hetgeen de huisarts mededeelt. Aan het eind van het consult zegt de dokter: „Samenvattend kan ik dus antwoorden op uw vraag of uw klachten het gevolg zijn van afwijkingen aan het hart, dat dít niet het geval is”.

De heer B. zegt – en laat ook anderszins duidelijk blijken – dat hem dit zeer oplicht. De dokter vraagt vervolgens of de patiënt hiermee voldoende antwoord heeft gekregen op zijn vraag. De heer B. antwoordt hierop bevestigend en zegt dat hij verwacht dat de klachten – evenals vorige keer – wel vanzelf zullen overgaan. De huisarts sluit de hulpverlening af met de opmerking, dat de heer B. vanzelfsprekend kan terugkomen, wanneer de klachten tot nieuwe vragen aanleiding geven.

Commentaar

Methode: De intakefase heeft in dit geval weinig tijd gekost. De patiënt heeft zijn vraag om hulp duidelijk geformuleerd en tevens te kennen gegeven in welke rol hij de huisarts ziet (medisch deskundige). De vraagformulering is dan ook: „Kunt u als vakman nagaan of de klachten van mijn hart komen?”

Het handelingsplan is in aansluiting hierop

gericht op het opsporen en/of uitsluiten van hartafwijkingen. Bij het tweede bezoek deelt de dokter de resultaten aan de heer B. mee, controleert of hiermee zijn vraag voldoende is beantwoord en daarnaast, of de patiënt nu mogelijk tot een nieuwe vraagstelling komt. Dat blijkt niet zo te zijn. Daarmee wordt de hulpverlening afgesloten.

Wanneer de dokter uitsluitend volgens het medische model te werk zou zijn gegaan, zou hij vanuit dit referentiekader de volgende vraag getracht hebben te beantwoorden: „Wat is de oorzaak van de klachten van de patiënt?”. Nu hij kiest voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt laat hij dit achterwege.*

Relatie: Relationeel waren er weinig problemen. De dokter stond bij voorbaat accepterend tegenover de patiënt. De patiënt trad de dokter tegemoet als afnemer van medische deskundigheid. De relatie was dus vriendelijk, zakelijk. Een warme, intensieve relatie, waarbij allerlei gevoelens ter sprake zouden zijn gekomen, zou ten aanzien van de vraag van de patiënt niét functioneel zijn geweest.

Het derde, vierde en vijfde bezoek van de heer B.

Na vijf weken komt de heer B. weer op het spreekuur van zijn huisarts. Zijn vraag aan de huisarts is nu: „Kunt u mij van die pijn afhelpen?”. Tijdens het intakegesprek blijkt, dat de pijn sinds het vorige bezoek niét is verminderd. Het begint de heer B. in toenemende mate te hinderen zonder dat er van een verergering sprake is. Het blijkt dat hij zich nu niet zo zeer ongerust maakt, maar dat hij van de hinder verlost wil worden.

De huisarts legt dan aan de heer B. drie mogelijkheden voor:

1. De pijn kan veroorzaakt worden door afwijkingen in de halswervelkolom. Dit zou door middel van een röntgenfoto van de halswervels kunnen worden nagegaan.

2. Het is evenzeer mogelijk dat de pijn een reactie van het lichaam is op bepaalde stressfactoren in het leven van de patiënt.

3. De oorzaak kan ook gelegen zijn in een combinatie van deze twee factoren.

De huisarts vraagt aan de heer B. wat hem zinvol lijkt, alleen verder gaan met het zoeken naar een lichamelijke oorzaak of ook de andere mogelijkheden in het plan betrekken? De heer B. antwoordt hierop

*In sommige gevallen komen tijdens het uitvoeren van het handelingsplan gegevens naar voren, waardoor de dokter het raadzaam acht de patiënt een wijziging van het handelingsplan voor te stellen. Het gaat hierbij om aanwijzingen voor organische afwijkingen, waarvan het van belang is, dat de aard daarvan nu wordt opgespoord. Dit was hier echter niet het geval.

dat hij in zijn algemeenheid wel inziet dat lichamelijke klachten een reactie op spanningen kunnen zijn. Hij heeft – zoals tegenwoordig iedereen – zijn aandeel in de stress van het dagelijks leven, voelt er echter niet voor om hierover met zijn huisarts te praten. Hij voelt er het meest voor om eerst een onderzoek in te stellen naar mogelijke lichamelijke oorzaken.

De huisarts stelt hem daarop voor dat hij dan eerst zelf een onderzoek zal verrichten en dat vervolgens een röntgenfoto zal worden gemaakt. De patiënt gaat hiermee akkoord. De huisarts herhaalt de anamnese en richt nu het onderzoek ook op schouder, arm en halsgebied. Behalve een lichte drukpijn op de borstspieren, worden ook nu geen afwijkingen gevonden. De huisarts regelt het maken van een röntgenfoto en deelt daarbij mede, dat – mochten er afwijkingen worden gevonden aan de wervels – de klachten hiermee zouden kunnen samenhangen, maar dat dit lang niet altijd het geval is. Ook dan zouden stressfactoren even belangrijk kunnen zijn als de afwijking. De patiënt zegt dat hij dit begrijpt maar dat hij het onderzoek eerst maar eens wil afwachten.

De röntgenfoto wordt gemaakt en het verslag vermeldt: matige arthrose van de vijfde en zesde halswervel. Bij het volgende consult wordt dit aan de heer B. meegedeeld. Deze reageert met de vraag wat hieraan te doen valt. De huisarts herhaalt nog eens, wat hij de vorige maal heeft gezegd over het mogelijke verband tussen afwijkingen en klacht. Er is de mogelijkheid dat de heer B. naar de fysiotherapeut wordt verwezen voor behandeling, maar als stressfactoren mede een belangrijke rol spelen bij het optreden van de klachten, is het niet zeker of deze behandeling voldoende resultaat zal geven.

De heer B. kiest voor behandeling door een fysiotherapeut. De afspraak wordt gemaakt, dat de heer B. na afloop van de behandeling over het resultaat hiervan contact opneemt met de huisarts. Na zeven weken komt hij weer op het spreekuur. Hij is behandeld en heeft vrijwel geen last meer. De huisarts vraagt of de heer B. denkt er nu te zijn of dat hij vindt dat er verder nog iets moet gebeuren. De heer B. zegt tevreden te zijn en te hopen dat de klachten niet zullen terugkomen. De behandeling wordt afgesloten.

Commentaar

Methode: De nieuwe intake brengt aan het licht dat de vraag om hulp van de heer B. van geheel andere aard is dan de eerste keer. Kwam hij de eerste keer op grond van ongerustheid met een duidelijk omschreven vraag, thans komt hij op grond

van hinder met de veel wijder geformuleerde vraag: „Help me van de pijn af”. Op grond van zijn deskundigheid kan de dokter nu verschillende richtingen kiezen. In plaats van zelf een keuze te maken, legt hij de verschillende mogelijkheden aan de patiënt voor.

Het blijkt dat de patiënt de combinatie stress-klachten wel in zijn overwegingen betreft, maar dat hij wenst te kiezen voor een somatische aanpak. Dat is niet de keuze van de dokter maar de keuze van de patiënt. In het laatste consult wordt nog eens gecontroleerd of de patiënt de hulp op deze wijze voldoende vindt en daarmee kan het proces worden afgesloten.

Relatie: Als gevolg van de veranderde vraag om hulp werd ook de relatie anders van kleur. Er moest nu niet iets dat duidelijk omschreven is worden uitgesloten, maar er moest nu iets aan de klachten worden gedaan. Het gevaar was groot dat de huisarts vanuit zijn referentiekader voor een bepaalde aanpak zou hebben gekozen. Gegeven het feit dat de patiënt hier vanuit zijn referentiekader niet aan toe was, zou dit aanleiding tot relatieverstoring hebben kunnen geven.

Door de mogelijke richtingen van het handelingsplan te noemen en daarbij de keuze aan de patiënt te laten, werd niet alleen de verantwoordelijkheid bij hem gelaten, maar kon deze ook vrij in de relatie blijven staan. Hij kreeg niet het gevoel in een ongewenste richting te worden „gestuurd”.

Een voorstel tot een uitsluitend somatische aanpak zou in dit geval ook onjuist zijn geweest. Wanneer stressfactoren bij de patiënt een grote rol zouden spelen en wanneer de patiënt behoefte zou hebben gehad om deze met de huisarts te bespreken, zou hem dit worden belemmerd door de keuze die uitsluitend door de huisarts zou zijn gemaakt.

Het zesde en zevende bezoek van de heer B.

Na een half jaar komt de heer B. wederom op het spreekuur. Hij heeft opnieuw last gekregen. Omdat het de eerste keer zo goed heeft geholpen, zou hij graag opnieuw naar de fysiotherapeut willen gaan voor een behandeling.

De intake van de huisarts brengt geen nieuwe aspecten aan het licht. De heer B. heeft opnieuw klachten gekregen en verwacht dat een behandeling door de fysiotherapeut hem ook deze keer van zijn klachten kan afhelpen. De huisarts gaat akkoord met deze verwijzing, maar stelt voor om voordien toch nog een kort onderzoek in te stellen om na te gaan of zich geen wijziging heeft voorgedaan in de

verschijnselen. Daarnaast brengt hij naar voren, dat het hem opvalt dat de klachten opnieuw zijn teruggekomen. Hij oppert de mogelijkheid om toch eens na te gaan welke factoren in het leven van de patiënt een rol kunnen spelen bij het telkens opnieuw optreden van de klachten.

De patiënt wijst dat voorstel af. Zo erg is het nu allemaal ook weer niet. Bovendien verwacht hij veel van de fysiotherapeutische behandeling. „Als het niet zou helpen kunnen we altijd nog zien”.

De huisarts neemt vervolgens nog eens de anamnese over de klachten op. Deze blijken geheel identiek te zijn met de klachten, die de heer B. een half jaar geleden had. De heer B. wordt daarop verwezen.

Na de behandeling komt hij terug bij zijn huisarts. De behandeling heeft uitstekend geholpen en de heer B. is tevreden. Zijn klachten zijn verdwenen en het gaat hem in alle opzichten goed. Op de vraag wat hij daarmee bedoelt, antwoordt de heer B. dat hij nog eens heeft nagedacht over wat de huisarts de vorige keer gesteld heeft over het zoeken naar factoren die met de klachten zouden kunnen samenhangen. Hij ziet echter geen verband. Het gaat hem goed en hij heeft geen bijzondere problemen. Hij neemt afscheid met de woorden: „Hopelijk niet tot ziens”.

Commentaar

Methode: De intake brengt aan het licht dat de vraag van de heer B. ten opzichte van de vorige contacten opnieuw is gewijzigd. Hij heeft thans een duidelijke doelvraag: „Ik wil die en die behandeling”. Verzekeringstechnisch heeft hij daarvoor de dokter nodig anders was hij mogelijk op eigen gelegenheid naar de fysiotherapeut gegaan. De huisarts gaat akkoord alhoewel hij een alternatief handlingsplan als mogelijkheid inbrengt, dat echter door de patiënt wordt afgewezen. Ook stelt hij vanuit zijn deskundigheid voor opnieuw een onderzoek in te stellen. De klacht kan op het eerste gezicht dezelfde lijken als de vorige keer, maar het hoeft niet zo te zijn. Dit maakt nog eens duidelijk dat de huisarts binnen deze methode niet de slaafse volger van de patiënt is, maar wel degelijk zelf voorstellen inbrengt. De uiteindelijke keuze ligt echter bij de patiënt.

Relatie: Het zesde bezoek van de heer B. had vele mogelijkheden in zich tot relatieverstoring, met alle gevolgen van dien. De dokter had geïrriteerd kunnen raken door het feit, dat zijn functie tot „briefjesverstreker” was gereduceerd. Een andere mogelijkheid had kunnen zijn dat de huisarts geïrriteerd raakte door het feit dat de heer B. verstopperij wenste te spelen met zichzelf. De klacht komt immers elke keer terug maar de heer B. wil niet kijken

naar de vraag „Hoe komt dat nu?”

Het gevaar zat erin dat de huisarts vanuit zijn referentiekader zou zijn gaan beoordelen wat goed is voor de patiënt en dit op een zodanige manier, dat hij geen ruimte had gelaten voor de keuze van de patiënt. Door de keuze van de patiënt te accepteren zonder zijn eigen mening daarbij te verdoezelen, heeft de huisarts alle mogelijkheden voor de patiënt opengehouden en de relatie niet verstoord.

Slotcommentaar

Aan een casus die waarschijnlijk voor de meeste huisartsen herkenbaar zal zijn, is de algemene methode en de opbouw van een functionele relatie nog eens toegevoegd. Aangezien slechts één casus is behandeld, kon ook maar een klein gedeelte van de theorie aan de orde komen. Het ging echter in dit hoofdstuk slechts om de herkenbaarheid van de theorie in een praktijkgeval en niet om een volledige behandeling van alle facetten.

Cassee, E. Naar de dokter, Boom, Mepel, 1974.

Hoe helpt de dokter? Rapport Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1975.

Hoekstra, ... Registratie van de hulpverlening. N.C.G.V.-uitgave, 1976.

Schouwstra, K. (1976) huisarts en wetenschap 19, 386.

Kadercursus methodisch werken

Op verzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap gaat het Nederlands Huisartsen Instituut, in samenwerking met het Universitair Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit in oktober of november 1978 een tweetal experimentele cursussen methodisch werken organiseren. Een huisarts en een agoog zullen deze cursussen leiden. Omdat er voorlopig wordt gerekend op deelname van twintig

huisartsen, is het aan te bevelen dat men zich spoedig bij het N.H.I. of het N.H.G. meldt, om van een plaats in de cursus verzekerd te zijn.

Het is zeker niet de bedoeling van het N.H.G. dat het bij deze twee experimentele cursussen blijft: na afloop hiervan zal waarschijnlijk een kadercursus georganiseerd worden voor huisartsen die in de toekomst zelf willen meewerken aan de verbreiding van trainingen methodisch werken. De kosten voor een dergelijke kadercursus zullen voor de helft door het N.H.G. worden gedragen. De deelnemers

zullen ten dele uit de twee experimentele cursussen worden gerekruteerd.

Verdere bijzonderheden over zowel de experimentele cursussen als de kadercursus zullen in de komende maanden in huisarts & wetenschap worden gepubliceerd.

Inlichtingen en aanmeldingen bij: Nederlands Huisartsen Genootschap, Burgemeester Reigerstraat 87, 3581 KP Utrecht, telefoon 030-51 67 41 (Karel Blanken) en Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, 3511 LD Utrecht, telefoon 030-31 99 46 (Ted Wilson).