

# Kijken naar de huisarts

## Een model van de huisartsgeneeskunde in de praktijk

DR. R. A. DE MELKER\*, F. A. EARL\*\*  
EN DRS. S. E. M. EVERWIJN\*\*

Alle medische studenten aan de Rijksuniversiteit Utrecht doorlopen in hun derde jaar een stage huisartsgeneeskunde, die onder meer bestaat uit een korte observatieperiode bij een huisarts. Deze eerste ontmoeting met de praktijk blijkt voor veel studenten een overweldigende ervaring, die een kritische beschouwing van het werk van de huisarts in de weg staat. Het hier gepresenteerde model is in de eerste plaats bedoeld als een didactisch hulpmiddel waarmee de student het functioneren van de huisarts beter kan analyseren en begrijpen. Daarnaast zou het model wellicht ook in een ruimer kader een zinvolle functie kunnen hebben.

### Inleiding

Sinds de huisartsgeneeskunde als discipline binnen de universiteit haar intrede heeft gedaan, is de bijdrage van deze discipline aan het onderwijs in de geneeskunde steeds duidelijker geworden. Een voorbeeld van de toenemende betekenis van de huisartsgeneeskunde voor het medisch onderwijs is de verplichte stage huisartsgeneeskunde voor derdejaars medische studenten aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Deze stage omvat een aantal groepsbijeenkomsten, waarin de student een beeld krijgt van wat onder huisartsgeneeskunde kan worden verstaan, een korte observatieperiode bij een praktiserend huisarts, een bezoek aan een patiënt in diens eigen omgeving en een aantal groepsbijeenkomsten waarin de observaties worden besproken.

De korte observatieperiode bij de huisarts blijkt voor veel studenten een overweldigende ervaring te zijn. Het emotionele karakter van deze eerste ontmoeting met de praktijk verhindert hen soms te zien wat de huisarts doet en denkt tijdens de hulpverlening. De stage als leerervaring is dan minder effectief dan gewenst.

Ten behoeve van de stage zijn daarom

in samenwerking tussen het Instituut voor Huisartsgeneeskunde en de Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs de stagedoelstellingen opnieuw geformuleerd en is een model\* ontwikkeld, waarin schematisch is weergegeven wat onder huisartsgeneeskunde kan worden verstaan. Het gaat hierbij om een schema dat door de student gebruikt kan worden om de huisarts gedurende de observatieperiode te observeren en de huisarts kritische vragen te stellen over wat deze gedaan en gedacht heeft tijdens de hulpverlening aan de patiënt. In de stage functioneert het model of schema als „bril”, een didactisch hulpmiddel waarmee de student beter in staat is het functioneren van de huisarts te analyseren en te begrijpen.\*\*

Tot zover de context waarin we het model hebben ontwikkeld. Hoewel het model primair bedoeld is als een hulpmiddel voor studenten bij hun observaties, zou het wellicht ook buiten het onderwijs een zinnige functie kunnen vervullen, en wel:

\* Aan de totstandkoming van het model, zoals beschreven in dit artikel, hebben nog drie collega's meegewerkt: E. F. H. M. Hendrickx (huisarts en groepsleider), R. Linschoten (huisarts en groepsleider) en Drs. H. I. Wijsenbeek (onderwijskundige), allen verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

\*\* Voor een beschrijving van de opzet der stage wordt verwezen naar Earl, Everwijn en De Melker. Een overdruk van dit artikel is verkrijgbaar bij de Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs, Maliepad 5, Utrecht.

– ten behoeve van de praktiserende huisarts, omdat deze zich met behulp van het model beter bewust kan worden van de achtergrond van zijn denk- en handelwijze;

– ten behoeve van de huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline, omdat een aantal kenmerkende aspecten van de huisartsgeneeskunde in één model zijn verenigd.

Overigens is de behoefte aan dergelijke modellen ook elders gesignaleerd. Een recent voorbeeld van een model voor de hulpverlening door de huisarts is te vinden in *Methodisch werken*. Het betreft hier een model waarbij de hulpverlening door de huisarts wordt onderscheiden in drie fasen: intake, met een verheldering van de vraag om hulp en het opstellen van een handelingsplan; het uitvoeren van het handelingsplan; het afsluiten van de hulpverlening. Met betrekking tot elk van deze fasen wordt door de auteurs een aantal aanwijzingen en wenselijkheden geformuleerd. Het betreft dus een niet alleen beschrijvend maar vooral ook normatief model, met uitspraken over hoe de huisarts zou moeten functioneren, hoe het hulpverleningsproces van de huisarts eruit zou moeten zien.

Een ander voorbeeld van een normatief model is te vinden bij *De Melker*. Deze voert een pleidooi voor een zogenaamde meersporendiagnostiek met zowel een natuurwetenschappelijke als een sociaalwetenschappelijke benadering door de huisarts. Tenslotte kan men ook in de recente publikaties over paradigma's in de huisartsgeneeskunde impliciete of expliciete wenselijkheden lezen ten aanzien van gedrag en taakopvatting van de huisarts (bijvoorbeeld *Van Es* 1978). De huisarts dient de patiënt te benaderen vanuit het standpunt van de gezinsgeneeskunde, de integrale en de personale geneeskunde.

Al deze normatieve ideeën geven ons enig inzicht in welke richting de huisartsgeneeskunde zich zou moeten ontwikkelen. Bovendien kunnen dergelijke normatieve modellen worden gezien als een poging de huisartsgeneeskunde als discipline af te grenzen van andere geneeskundige disciplines. Een bezwaar van normatieve modellen is, dat de afstand tot het functioneren van de huisarts vaak groot is. Het beoordeelde karakter van normatieve modellen kan de huisarts bovenmatig in beslag nemen, hem belasten met schuldgevoelens of leiden tot onverschilligheid en boosheid op anderen, die op papier zo gemakkelijk praten hebben. Mede daarom is het belangrijk ook beschrij-

\* Lector huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

\*\* Verbonden aan de Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Onderwijs van de Rijksuniversiteit Utrecht.

vende modellen aan te bieden; modellen die niet voorschrijven hoe de huisarts het beste zou kunnen handelen, maar die de huisarts in staat stellen zijn eigen denken en handelen zo goed mogelijk te analyseren en te begrijpen. Met behulp van een descriptief of beschrijvend model kan de huisarts zichzelf zinvolle vragen stellen over zijn hulpverlening: welke beslissing heb ik toen genomen en waarom, sluit deze beslissing wel voldoende aan bij de behoeften van de patiënt, welke alternatieven zijn er, wat is de volgende stap in de hulpverlening, enzovoort. Het gaat hierbij om vragen, waarop het antwoord de huisarts inzicht kan geven in zijn eigen functioneren. Wellicht is het stellen van dit soort vragen een voorwaarde om te komen tot de vraag: hoe zou het anders kunnen, hoe zou ik het beter kunnen. Een beschrijvend model, bedoeld als observatie- en analyse-instrument genereert met andere woorden een aantal vragen die de huisarts zichzelf kan stellen over zijn eigen handelen. Eventuele fouten, alternatieven, ingeslepen gewoonten kunnen op niet-beoordelende manier zichtbaar worden gemaakt en vervolgens een prikkel vormen om het eigen gedrag zodanig te veranderen. Bij de vraag „hoe” zouden de normatieve modellen wellicht weer kunnen helpen. Zo gezien kunnen normatieve en descriptieve modellen elkaar op een zinvolle wijze aanvullen.

### **De elementen van het model**

Voordat we nu een beschrijving geven van het model, willen we eerst een casus analyseren op die aspecten die in iedere huisarts-patiënt-situatie van belang kunnen zijn. Deze aspecten vormen de elementen waaruit het model is opgebouwd.

Tijdens het visite maken belt 's middags om 5 uur een 60-jarige vrouw op over haar man die „zich niet lekker voelt”. De vrouw van de huisarts neemt dit telefoontje aan. Ze krijgt te horen dat „de dokter niet hoeft te komen, maar als hij toch in de buurt is...”. Zij vertrouwt niet wat deze vrouw nu over haar man vertelt. De man is nooit ziek en bellen op zo'n tijdstip is niet gewoon. Ze denkt: ik moet meer weten.

Bij doorvragen door de vrouw van de huisarts blijkt dat de man al vanaf de morgen een beklemd gevoel op de borst heeft en dat dit tijdens het fietsen naar huis terug is vergerd. De vrouw van

de huisarts vindt het verdacht en besluit daarom haar man per semafoon te bellen.

Na de alarmering door de semafoon belt de huisarts terug naar de praktijk, hoort het verhaal van zijn vrouw aan en besluit tot een spoedvisite. Hij denkt aan een myocardinfarct. Het aarzende karakter van de boodschap kan zowel wijzen op ambivalentie als op angst. Na een snel oriënterend onderzoek staat de diagnose myocardinfarct vast. Hierna belt de huisarts de ziekenauto en het ziekenhuis voor opname op de bewakingsafdeling. De patiënt wordt opgenomen. De diagnose wordt bevestigd.

Patiënt geneest aanvankelijk van zijn ernstig infarct, maar overlijdt enige weken na opname. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis bezoekt de huisarts regelmatig de patiënt in het ziekenhuis. Hij merkt ook dat het met de vrouw niet zo goed gaat. Ze maakt zich begrijpelijk veel zorgen over haar man en verkeert in grote onzekerheid. Na het overlijden van haar man maakt de weduwe een ernstige depressie door. Zij voelt zich schuldig over het gebeurde. De huisarts probeert de vrouw door middel van regelmatige gesprekken te helpen.

Wanneer we deze casus analyseren, zien we dat in het begin de ongerustheid van de echtgenote over de toestand van haar man en haar behoefte om te weten hoe ernstig zijn klachten zijn c.q. wat daarvan de oorzaken zijn voorop staan. In deze fase wordt een schatting gemaakt van de ernst van de situatie door de echtgenote van de huisarts en later ook door de huisarts zelf. Hiertoe worden zowel door de echtgenote als door de huisarts vragen gesteld: de vraag om hulp wordt verduidelijkt en gegevens worden verzameld om tot een eerste, voorlopige hypothese te komen over de aard van de klacht. Gedacht wordt aan een mogelijk hartinfarct.

De geformuleerde hypothese sluit aan op de kennis en ervaring van de huisarts en diens echtgenote omtrent het ziektebeeld hartinfarct. De leeftijd van de patiënt sluit deze hypothese niet uit. Integendeel, de patiënt behoort duidelijk tot een risicogroep. Ook de wetenschap dat de patiënt nooit ziek is en dat het gezin niet snel hulp inroept, maakt dat de klacht zeer serieus moet worden genomen. Het is duidelijk dat in dit geval de aanwezigheid van een „deskundige” bij de telefoon en de bereikbaarheid van de huisarts via de semafoon belangrijke factoren zijn die de kwaliteit en snelheid waarmee een voorlopi-

ge diagnose hartinfarct kan worden geformuleerd, in hoge mate bepalen.

Gegeven de geformuleerde hypothese, bezoekt de huisarts de patiënt en toetst zijn voorlopige hypothese met behulp van verdere anamnese en lichamelijk onderzoek. De hypothese vindt steun in de gedane waarnemingen. De huisarts neemt nu de beslissing de patiënt te laten opnemen in het ziekenhuis. Zijn eerstvolgende activiteit is dan ook het inschakelen van twee hulpverlenende instanties: de ziekenauto en het ziekenhuis.

Nadat de door de huisarts gestelde hypothese ook in het ziekenhuis is bevestigd, krijgt de huisarts te maken met een nieuwe vraag om hulp van zowel de patiënt als de echtgenote van de patiënt: een vraag van beiden om hulp bij het hanteren van hun gevoel van onzekerheid en ongerustheid over de afloop. De huisarts besluit dan om zelf beiden te begeleiden.

Na het overlijden van de man wordt de huisarts geconfronteerd met een nieuw probleem bij de echtgenote. Op grond van de voorgeschiedenis en zijn kennis van rouwprocessen komt de huisarts tot de conclusie dat er sprake moet zijn van een ernstige depressie. Hij begeleidt haar dan bij de verwerking van het rouwproces.

In deze casus kunnen verschillende elementen worden herkend. Het zijn elementen die in iedere huisarts-patiënt-situatie kunnen voorkomen en die men kan gebruiken als hulpmiddelen bij het analyseren van het hulpverleningsproces.

In de eerste plaats lijkt het ons zinvol, het handelen en denken van een huisarts in een hulpverleningssituatie te analyseren als een respons op de behoeften, problemen en vragen om hulp van de patiënt, waarmee de huisarts wordt geconfronteerd. Problemen kunnen aan de orde worden gesteld door de patiënt, door de huisarts of door een ander (in ons geval de echtgenote van de patiënt). Het probleem kan vanaf het begin duidelijk zijn, maar is ook vaak onduidelijk. Niet zelden heeft de huisarts de keuze uit verschillende omschrijvingen van het probleem. Tijdens de ziektegeschiedenis kan de aard van het probleem c.q. de vraag om hulp verschuiven. De vraag wie de patiënt is, moet soms tijdens het hulpverleningsproces verschillend worden beantwoord; in onze situatie gaat het om achtereenvolgens de man, de man en de vrouw en de vrouw.

Een tweede observatie- en analysepunt

betreft de besluitvorming door een huisarts. Gedurende het hulpverleningsproces neemt de huisarts een aantal beslissingen; alleen, samen met de patiënt of overgenomen van de patiënt. Het zijn beslissingen die te maken hebben met de stappen die het hulpverleningsproces kent en die in de literatuur wel bekend staan als „clinical decision making” of als „medical problem solving” (Elstein, Shulman and Sprafka). In de voorgaande casus vinden we zulke beslissingsmomenten onder meer wanneer de huisarts de hypothese hartinfarct formuleert, de hypothese voorlopig voor bevestigd houdt, het besluit neemt de patiënt voor een verdere toetsing van de hypothese en voor hulp naar het ziekenhuis te verwijzen enzovoort. De beslissingen hebben gewoonlijk het karakter van conclusies en kunnen min of meer voorlopig of definitief zijn. Het besluit om de patiënt te verwijzen naar een ziekenhuis is een voorbeeld van zo'n definitieve beslissing. De hypothese hartinfarct heeft gedurende lange tijd een voorlopig karakter. Het zijn dit soort beslissingen die het hulpverleningsproces richting geven en sturen. In de derde plaats verricht de huisarts vóór het nemen van beslissingen en als gevolg van genomen beslissingen een aantal activiteiten, bijvoorbeeld anamnese, lichamelijk onderzoek, bezoek en begeleiding van de patiënt in het ziekenhuis en van de echtgenote na het overlijden van haar man. De relatie tussen huisartsactiviteiten en -beslissingen kan worden verduidelijkt met een voorbeeld, ontleend aan bovenstaande casus. Op grond van de informatie die de huisarts krijgt van zijn echtgenote stelt hij de voorlopige hypothese hartinfarct. Met behulp van verdere anamnese en lichamelijk onderzoek komt hij tot de conclusie dat de hypothese aannemelijk is en hij neemt het besluit om de patiënt voor verder onderzoek en hulp te verwijzen naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt op grond van de daar verrichte (onderzoeks-)activiteiten de hypothese bevestigd. Beslissingen worden dus mogelijk door eerdere activiteiten, die informatie moeten verschaffen om tot beslissingen te kunnen komen. Omgekeerd zullen beslissingen weer leiden tot nieuwe activiteiten, nodig om weer nieuwe beslissingen te kunnen nemen. Het onderscheid tussen huisartsactiviteiten en -beslissingen maakt het mogelijk om zowel de handelingen van de huisarts als diens denken object van observatie en analyse te maken.

In de vierde plaats zijn zowel op de formulering van de vraag om hulp als op de keuze van de beslissingen en activiteiten verschillende factoren van invloed. De deskundigheid van de echtgenote van de huisarts, diens voorkenis van het gezin, het moment van bellen, het ambivalente karakter van de boodschap, het zijn alle betekenisvolle factoren die van invloed zijn op wat de huisarts in bovenstaande casus doet en op zijn beslissingen: activiteiten en beslissingen die, zoals we gezien hebben, elkaar eveneens beïnvloeden.

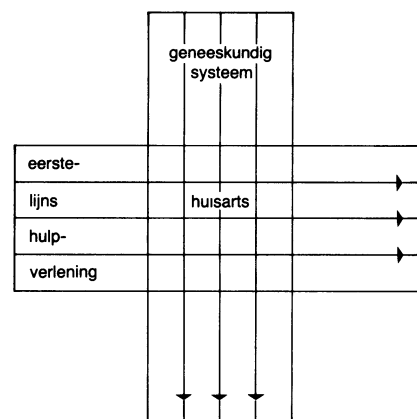
We hebben gezien dat we in de huisartsgeneeskunde te maken hebben met een patiënt met behoeften, problemen en vragen om hulp, met een huisarts die beslissingen moet nemen en activiteiten moet ontwikkelen om überhaupt tot beslissingen te kunnen komen en met factoren die hierop van invloed zijn. Om ons beeld van het functioneren van de huisarts in een hulpverleningssituatie te completeren is het tenslotte nodig te wijzen op anderen die bij het hulpverleningsproces betrokken kunnen zijn. De aan- en afwezigheid van hulpverlenende instanties (geneeskundige en niet-geneeskundige, professionele en niet-professionele) speelt een belangrijke rol bij wat de huisarts doet en niet doet, bij zijn beslissingen en bij de keuze van de problemen waarmee de patiënt bij de huisarts komt.

Wanneer we het voorafgaande samenvatten, kunnen we vijf elementen onderscheiden, waaruit het „referentiekader van de huisarts” is opgebouwd:

- de behoeften van de patiënt waarmee de huisarts wordt geconfronteerd;
- de hulpverlenende instanties waarmee de huisarts te maken heeft;
- het „decision making” of „problem solving” proces van de huisarts;
- de activiteiten die de huisarts onderneemt;
- de factoren die van invloed zijn op wat de huisarts doet en beslist.

Deze elementen zijn overigens niet nieuw; ze zijn stuk voor stuk eerder beschreven. Wij hebben echter getracht de vijf elementen met elkaar in verband te brengen en te verenigen tot één model. Daarbij dient men zich te realiseren dat het model beperkt van opzet is. Het functioneren van de huisarts in een hulpverleningssituatie wordt in het model slechts met behulp van enkele basale aspecten weergegeven; om een patiënt die een klacht presenteert, te begrijpen en interacties tussen patiënt en huisarts te beschrijven, zou het model veel verder uitgewerkt die-

Figuur 1. De huisarts op het kruispunt van hulpverleningsystemen.



nen te worden. Bovendien is het model van oorsprong niet bedoeld als een bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als wetenschap, noch als hulpmiddel voor de huisarts bij het analyseren van zijn functioneren. Desondanks menen we dat het model ook voor deze doeleinden een – beperkte – functie zou kunnen vervullen.

In het volgende zullen wij eerst uitgebreid de afzonderlijke elementen de revue laten passeren; daarna zullen we deze elementen in hun onderlinge samenhang bekijken en enkele vragen aan de orde stellen, die weliswaar door het model worden opgeroepen, maar niet met behulp van het model kunnen worden beantwoord. Tenslotte wordt een vragenlijst toegevoegd met behulp waarvan men bijvoorbeeld in een casusbespreking het handelen en denken van de huisarts kan analyseren.

### De behoeften van de patiënt

Zoals in het rapport *Hoe helpt de dokter?* wordt aangeduid, werkt de huisarts op het kruispunt van twee hulpverleningsystemen: het geneeskundig hulpverleningssysteem en het eerste-lijns hulpverleningssysteem (figuur 1). Omdat de huisarts een min of meer centrale positie in beide hulpverleningsystemen inneemt en ook omdat de patiënt zelf bepaalt waarmee hij naar de huisarts gaat, wordt deze geconfronteerd met een breed scala van vaak ongedifferentieerde en niet geselecteerde klachten, problemen en vragen om hulp. Volgens *Methodisch werken* heeft de positie van de huisarts in de gezondheidszorg tot gevolg dat hij zich in eerste instantie moet openstellen voor alle mogelijke vragen en hulp, een beeld waaraan niet iedere huisarts kan

of wil beantwoorden. Een huisarts kan zichzelf zozeer beschouwen als een deskundige op het gebied van ziekten, dat hij er de voorkeur aan geeft dat mensen met psychosociale problemen zich direct tot iemand anders wenden. Een andere huisarts kan zich weliswaar openstellen voor alle mogelijke vragen om hulp, maar in geval van psychosociale problemen onmiddellijk verwijzen.

Gegeven het vaak ongedifferentieerde karakter van de vragen om hulp ontkomt de huisarts er niet aan om in een beginfase op de een of andere manier vast te stellen wat het probleem c.q. de vraag om hulp is waarvoor de patiënt komt. Dit geldt eens te meer omdat de motieven van de patiënt om hulp in te roepen en zijn verwachtingen van de hulpverlening slechts gedeeltelijk verklaard kunnen worden uit de noodzaak tot ziektekundig ingrijpen (*Cassee; Brouwer en Touw-Otten*). De patiënt kan allerlei motieven hebben om naar de huisarts te gaan. Bijvoorbeeld door druk uit zijn omgeving of omdat de huisarts de enige vertrouwde en professionele hulpverlener is die hij kent. Soms is het probleem van meet af aan duidelijk (bijvoorbeeld bij een gebroken been) en kan de vraag om hulp onmiddellijk worden vastgesteld. Niet zelden vindt echter een langduriger proces van probleemverheldering plaats; soms omdat het probleem voor de huisarts niet duidelijk is, soms ook omdat het probleem voor de patiënt zelf nog niet helder is.

De wijze waarop dit proces van probleemverheldering dient te gebeuren, blijft in het kader van dit descriptieve model buiten beschouwing. Hiervoor wordt verwezen naar *Methodisch werken*. In de praktijk kan dit proces per huisarts, per patiënt en per situatie variëren van uiterst directief tot uiterst non-directief en van uitsluitend gericht op somatische aspecten tot open voor alle mogelijke behoeften van de patiënt. De mogelijkheid blijft daarbij bestaan dat het probleem impliciet blijft en niet expliciet wordt gemaakt.

Vaak is het mogelijk, ook na een langdurig proces van probleemverheldering, het probleem op verschillende manieren te definiëren. Een centrale vraag is dan of patiënt en huisarts tot een zelfde formulering van het probleem komen. Zo niet, dan kan de hulpverlening mislukken of ernstig worden belemmerd. Uiteraard zijn er ook situaties waarin de huisarts vasthoudt aan zijn eigen definiëring van het probleem, zelfs al komt de patiënt met

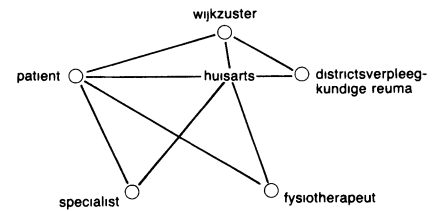
een totaal andere vraag om hulp bij hem. Overigens heeft de huisarts niet altijd met maar één patiënt te maken; soms heeft hij te maken met verschillende patiënten uit één systeem met hetzelfde probleem (bijvoorbeeld in de casus: de man en vrouw die ongerust zijn over de afloop van de ziekte van de man). Gedurende het hulpverleningsproces kan het gestelde probleem verschuiven naar een nieuw en ander probleem. Daarbij is dan de moeilijkheid voor de huisarts een dergelijke verandering te onderkennen.

Teneinde enigszins een beeld te krijgen van de problemen van de patiënt, waarmee de huisarts te maken krijgt, is het zinvol deze problemen te classificeren. Eén manier is classificatie op basis van de door de huisarts verrichte activiteiten. We onderscheiden dan:

- problemen die van de huisarts vragen om activiteiten, gericht op verdere exploratie, verheldering en bespreekbaar maken van de vraag om hulp en om activiteiten, gericht op de beantwoording van de vraag of de vraag om hulp van de patiënt bij de huisarts of ergens anders thuis hoort;
- problemen die om diagnostisch-therapeutische activiteiten vragen, bijvoorbeeld ziektegedrag: buikpijn – appendicitis acuta – appendectomie;
- problemen die om begeleidingsactiviteiten vragen, bijvoorbeeld begeleiding van een stervende, chronisch zieke, een ziekenhuispatiënt, een gezinscrisis;
- problemen die om vroeg-diagnostische c.q. preventieve activiteiten vragen, bijvoorbeeld GVO met betrekking tot mamma-onderzoek ter opsporing van mammacarcinoom, het meten van de bloeddruk bij een patiënt at risk;
- problemen die vragen om andere activiteiten, behorende bij de huisartsgeneeskunde (bijvoorbeeld bij het leiden van een partus, wetenschappelijk onderzoek, praktijkadministratie);
- problemen die vragen om activiteiten die strikt genomen niet tot de huisartsgeneeskunde behoren, een situatie die niet zelden voorkomt gezien de centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg.

Overigens zal over de wijze waarop de problemen c.q. vragen om hulp van de patiënt geïnclassificeerd worden, nooit overeenstemming onder huisartsen bestaan. Het behoort zelfs tot de charmantste kenmerken van de huisartsgeneeskunde dat dergelijke verschillen in opvatting bestaan.

*Figuur 2. Een patiënte met primair chronische reuma.*



## De hulpverlenende instanties

De positie van de huisarts in de gezondheidszorg brengt mee dat hij niet altijd alleen op de behoeften van zijn patiënten respondeert. Samenwerking, zowel binnen de eerste lijn als binnen het geneeskundig systeem met de tweede lijn (soms zelfs de derde lijn!), is soms nodig om adequaat op de behoeften van de patiënten te responderen (*figuur 2*).

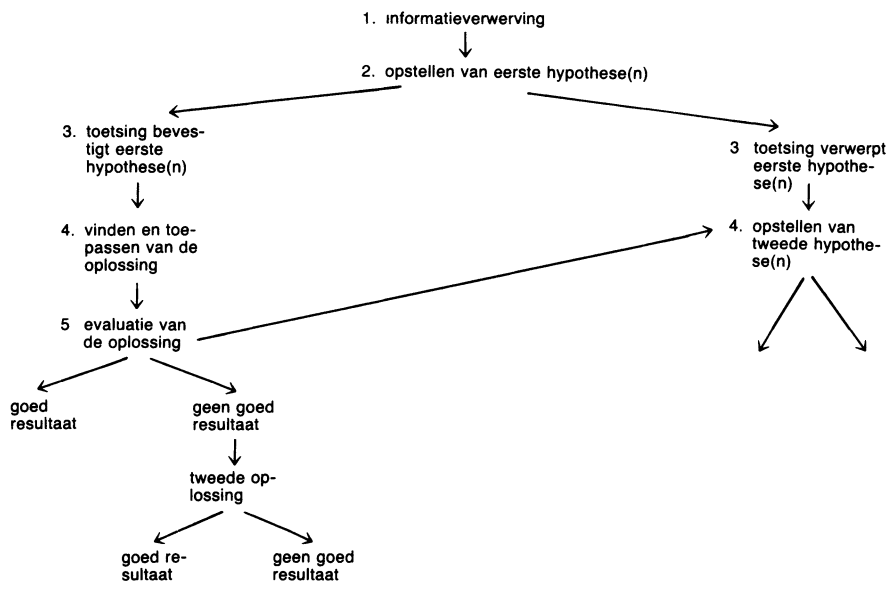
Overigens is de betekenis van hulpverlenende instanties niet beperkt tot deze functie. De mate waarin hulpverlenende instanties aanwezig zijn, bepaalt voor een deel met welke behoeften, problemen en vragen om hulp de patiënt bij de huisarts komt en met welke vragen hij naar iemand anders gaat. Deze omstandigheid is mede van invloed op de keuze die de huisarts doet bij zijn activiteiten en beslissingen en dus op wat de huisarts zelf aan hulpverlening doet en voor welke hulp de patiënt wordt verwezen. En tenslotte worden de kwaliteit en de snelheid waarmee aan de patiënt diagnostische en therapeutische hulp wordt geboden, mede bepaald door de aan- en afwezigheid van hulpverlenende instanties.

De vraag wie de huisarts is, wat hij doet en wat onder huisartsgeneeskunde verstaan kan worden, kan dus niet worden beantwoord zonder de vraag te stellen, of er nog andere hulpverlenende instanties zijn en wat deze doen. Dit geldt waarschijnlijk zowel voor de huisarts in het algemeen, als voor een bepaalde huisarts, wonend en werkend in een bepaalde gemeente, waar sommige hulpverlenende instanties wel en andere niet aanwezig zijn.

## Het „problem solving” proces van de huisarts

De huisarts, die geconfronteerd wordt met de behoeften van de patiënt, heeft te maken met klachten, die zeker in het begin dikwijls nog onduidelijk voor hem zijn. Zoals we zagen, gaat het hierbij om een breed scala van klachten van

Figuur 3. De stappen van het problem solving proces.



een vaak ongedefinieerd karakter; klachten die noodzakelijk tot een weloverwogen, systematische en methodische aanpak.

In het rapport *Methodisch werken* wordt een dergelijke methodiek uitgewerkt. Ten aanzien van het in dit rapport gemaakte onderscheid in drie fasen kan gesteld worden, dat met name de fasen opstellen en uitvoeren van het handlingsplan alleen mogelijk zijn, als de huisarts enig idee heeft langs welke weg de gedefinieerde problemen opgelost kunnen worden. Hij moet met andere woorden weten wat hij in welke fase van het hulpverleningsproces moet doen en welk doel hij daarbij voor ogen heeft.

Om in dit soort vragen enig inzicht te krijgen, willen wij het hulpverleningsproces – zoals uitgewerkt in onder meer *Methodisch werken* – benaderen vanuit twee, elkaar aanvullende gezichtspunten. Ten eerste wordt een hulpverleningsproces bekeken als een probleemoplossend proces, waarbij de huisarts in interactie met zijn patiënt tot een aantal probleemoplossende stappen en tot even zovele beslissingen moet komen, bijvoorbeeld inzake diagnostiek en therapie. Ten tweede wordt het hulpverleningsproces beschouwd als een geheel van activiteiten van de huisarts (en anderen) om tot zo verantwoord mogelijke beslissingen te komen.

Deze twee gezichtspunten corresponderen met de aan het begin van het artikel gemaakte onderscheiding in „activiteiten” van de huisarts en zijn „beslissingen”, een onderscheid dat bij de

analyse van een huisartsencasus vruchtbaar bleek om de huisarts in zijn handelen en denken te begrijpen. Met dit onderscheid worden twee vragen uit elkaar gehaald, die anders verweven blijven: wat doet de huisarts en waarom doet hij dat (= welk doel heeft hij daarmee voor ogen). Om te beginnen willen we hier aandacht schenken aan het problem solving aspect van de hulpverlening. Daarna zullen we de hulpverlening bekijken als een geheel van activiteiten en tenslotte zullen we de vraag stellen wat de relatie is tussen de activiteiten van de huisarts en de onderscheiden problem solving stappen. Hoewel het problem solving proces gecompliceerd is en varieert per huisarts, kunnen we toch een aantal stappen onderscheiden en wel:

1. informatieverwerving;
2. opstellen van een of meer hypothesen;
3. toetsen van hypothesen;
4. vinden en toepassen van een oplossing;
5. evaluatie van de oplossing.

We kunnen ons afvragen wat deze vijf stappen voorstellen. Men zou kunnen zeggen dat deze problem solving stappen de hulpverleningsdoelen presenteren, die de huisarts zichzelf stelt in het contact met zijn patiënt in een bepaalde fase van de hulpverlening. Het bereiken van het ene doel (bijvoorbeeld het opstellen van hypothesen omtrent de aard van de ziekte) is daarbij een voorwaarde en een hulpmiddel om te kunnen gaan werken aan een volgend doel (bijvoorbeeld het

toetsen van een hypothese). Elk van de stappen impliceert voor de huisarts het nemen van beslissingen, het doen van een uitspraak over een in principe onzekere situatie. Zo zullen er met betrekking tot de vraag om hulp van de patiënt dikwijls alternatieve formuleringen van het probleem mogelijk zijn en zal de huisarts bij het nemen van beslissingen rekening houden met allerlei onzekerheden. Hij kan bijvoorbeeld de hypothese „infectie aan de bovenste luchtwegen” voor waar houden, maar als de klachten niet verdwijnen, zal hij rekening houden met de mogelijkheid van een maligne ziekte.

De stappen van het problem solving proces zijn in hun onderlinge samenhang systematisch weergegeven in *figuur 3* (zie ook *The future general practitioner*). Het gaat hierbij om een schema waarin deze stappen in hun meest elementaire vorm zijn weergegeven. Het schema doet geen recht aan de complexiteit, de variatie per huisarts en het dynamische karakter van het proces. Er wordt geen rekening mee gehouden, hoe het proces eruit zou moeten zien. Evenmin impliceert het schema dat de huisarts altijd alle stappen voor zijn rekening neemt, noch dat deze stappen altijd expliciet genomen worden. Het schema kan echter dienst doen als een hulpmiddel waarmee het vaak gecompliceerde proces kan worden geanalyseerd. Dus ook in een situatie waarin de stappen intuïtief en impliciet door de huisarts worden genomen, kan men met behulp van het schema de vraag stellen waar en wanneer tijdens de hulpverlening aan de patiënt welke problem solving stap c.q. beslissing is genomen en op grond waarvan.

Voordat we nu de verschillende stappen van het problem solving proces nader bekijken, eerst nog enkele opmerkingen over de gebruikte terminologie (opstellen en toetsen van hypothesen: vinden, implementeren en evalueren van oplossingen). Uit de gebruikte terminologie wordt duidelijk dat het type beslissingen waarvoor de huisarts staat, te vergelijken is met het type beslissingen waarvoor ook andere wetenschappelijke beroepsbeoefenaars zich gesteld zien. Uiteraard heeft het problem solving proces in iedere wetenschap ook een eigen kleur (hypothesen en oplossingen in de geneeskunde hebben te maken met ziekten) en onjuiste beslissingen in de geneeskunde hebben andere consequenties dan in de sociologie. In de huisartsgeneeskunde en in de geneeskunde in het algemeen kan



er bijvoorbeeld het directe levensbelang van een mens mee gemeend zijn. De gebruikte termen kunnen, ondanks het abstracte karakter, een belangrijke „prikkelwaarde” voor de huisarts hebben. Zo verwijst bijvoorbeeld de term „toetsing van hypothesen” naar het doel waarnaar een huisarts in een bepaalde fase van het hulpverleningsproces streeft, naar een te nemen beslissing (waarschijnlijkheid van betreffende hypothese), naar het voorlopige en onzekere karakter van een beslissing (op een hypothese kun je terug komen) en naar activiteiten die nodig zijn om het gestelde doel te bereiken en om een beslissing te kunnen nemen (welke activiteiten maken toetsing mogelijk?). En hoewel de term „vinden en toepassen van een oplossing” niet al te letterlijk moet worden genomen – niet voor alle patiënten bestaan oplossingen – biedt deze wel de mogelijkheid om de vraag te stellen naar de „oplossende waarde” van een medicament, van een opname in het ziekenhuis, van ziekteverlof en dergelijke. Zeker wanneer zo’n vraag c.q. beslissing in relatie wordt gebracht met de voorafgaande en de volgende stap(pen) uit het probleem solving schema, kan de kwaliteit van de genomen beslissing beter worden beoordeeld.

Met betrekking tot het schema moet nog worden opgemerkt, dat de verschillende stappen niet altijd keurig na elkaar worden genomen. Soms vinden twee of meer stappen tegelijkertijd plaats. Zo zal bijvoorbeeld een chirurgische ingreep bij het vermoeden van een appendicitis een definitieve toetsing van de hypothese mogelijk maken en eveneens de oplossing voor de patiënt betekenen in het geval de hypothese waar blijkt te zijn.

### Stap 1. Informatieverwerving

Tijdens het eerste contact, respectievelijk de eerste contacten tussen huisarts en hulpvrager wordt gewoonlijk nagegaan wat de vraag om hulp is, waarvoor de patiënt komt.

Voor een verdere beschrijving van dit proces van probleemverheldering zie de paragraaf *De behoeften van de patiënt*. In deze fase van de hulpverlening zal de huisarts wellicht voor zichzelf een of meer van de volgende vragen beantwoorden c.q. hierover beslissingen nemen:

– valt deze klacht binnen mijn deskundigheid als huisarts?\*

\* Deze vraag is niet altijd direct te beantwoorden, maar vereist nadere verheldering en onderzoek.

– welke aspecten, bijvoorbeeld somatische of psychosociale kunnen onderscheiden worden bij deze klacht?

– welke betekenis en functie heeft deze klacht voor de patiënt en zijn gezinsleden?

– behoort deze patiënt tot een risicogroep?

– wat is de ernst van de klacht? Is direct ingrijpen van de huisarts noodzakelijk?

– is het mogelijk op grond van de reeds bekende informatie een hypothese te formuleren?

Het is van belang zich te realiseren dat onder informatie verzamelen ook moet worden gerekend het bewust nagaan wat reeds aan voorinformatie aan de huisarts bekend is. De mogelijkheid om gebruik te maken van deze voorinformatie behoort tot een van de kenmerken van het probleem solving proces van de huisarts.

Bij het probleem solving proces maakt de huisarts gebruik van „cues” (signalen). Sommige cues ontleent de huisarts aan hem reeds bekende informatie, zoals:

– eerdere contacten met de patiënt (bijvoorbeeld door dat deze tot een risicogroep behoort);

– bekendheid met de lokale maatschappelijke situatie, de gezinssituatie en dergelijke;

– zijn medische studie, bekendheid met een aantal ziektepatronen, zijn ervaring met identieke klachten, zijn kennis uit de gedragswetenschappen, bijvoorbeeld systeem-theoretische overwegingen.

Een deel van de cues wordt verkregen door middel van een anamnese en wordt door de hulpvrager verstrekt; sommige cues komen voort uit het interactiepatroon tussen de huisarts en de patiënt, bijvoorbeeld non-verbale uitingen.

Door de cues met elkaar in verband te brengen en met mogelijke ziektebeelden te combineren kan de huisarts al in een vroeg stadium tot de formulering van een of meer hypothesen overgaan. Zo kan de huisarts de door anamnese verkregen cues in verband brengen met vroegere ervaringen met deze patiënt. Cues kan de huisarts in elk stadium van het probleem solving proces verkrijgen. Deze kunnen dan tot de formulering van nieuwe hypothesen leiden.

### Stap 2. Opstellen van hypothesen

Nadat de huisarts een aantal cues heeft verkregen, zal hij tot formulering van

een of enkele (maximaal vijf) hypothesen overgaan. Soms gebeurt ook het omgekeerde en is bijvoorbeeld de naam van de patiënt al voldoende voor een eerste hypothese, waarna de huisarts op zoek gaat naar cues die een bevestiging respectievelijk verwerping van de hypothese zouden kunnen opleveren. De huisarts streeft ernaar zoveel mogelijke cues in een of meer hypothesen onder te brengen. Daarbij dienen we ons twee punten te realiseren:

Op grond van de multicausaliteitsgedachte is het mogelijk dat de huisarts verschillende hypothesen formuleert, die na toetsing alle juist blijken te zijn. Dit kan onder meer een gevolg zijn van het feit, dat bij het ontstaan en verloop van de klachten een keten van acties, reacties en interacties optreedt. De huisarts zal dan zijn hypothesen moeten aanpassen of uitbreiden, met als consequentie een beleid waarbij aan verschillende oorzakelijke factoren aandacht wordt besteed.

Op grond van de totaliteit van de mens in zijn omgeving, dat wil zeggen van de mens als somatisch-psychisch-sociale eenheid, wordt de huisarts geplaagd voor de moeilijkheid dat elke benaderingswijze van de klacht zijn beperkingen heeft. Met de natuurwetenschappelijke denk- en benaderingswijze is het mogelijk somatische factoren, die tot ziekten kunnen leiden, op te sporen. Uit de gedragswetenschappen is een aantal benaderingswijzen af te leiden, waarmee de hulpverlener zicht kan krijgen op met name de psychische en sociale factoren die aan het ontstaan van klachten en ziekten kunnen bijdragen. De gedragswetenschappelijke benaderingswijze leidt tot hypothesen, die van aard verschillen van de natuurwetenschappelijk gefundeerde hypothesen.

De wijze waarop en de mate waarin de huisarts deze verschillende denk- en benaderingswijzen kan gebruiken, variëren zeer sterk en zijn onder meer afhankelijk van de wetenschappelijke opvatting, levensbeschouwing, opleiding, maatschappijvisie en taakopvatting. Zo zal bijvoorbeeld de ene huisarts zich in de eerste plaats afvragen wat de oorzaak van de klacht is en wat op grond daarvan gedaan zou moeten worden. Een andere huisarts, die meer geneigd is gezinsgeneeskundig te denken en handelen, zal kijken naar de gevolgen van de klacht en de verschijnselen voor de hulpvrager en zijn gezinsleden en het functioneren van het gehele gezin (*Huygen*). Deze huisarts zal vragen stellen met betrekking tot de

betekenis, de functie en het gebruik van de klachten binnen het gezin.

Bij het opstellen en het bepalen van de rangorde van hypothesen, met name met betrekking tot somatische factoren, kan de huisarts rekening houden met een aantal factoren (*Van Es* 1974), zoals de frequentie van de aandoeningen, de ernst, de behandelbaarheid en de bekendheid. Zo zal een huisarts bij een patiënt met buikpijn en diarree enerzijds de hypothese gastro-enteritis opstellen op grond van de incidentie en anderzijds appendicitis acuta op grond van het feit dat het missen van deze, op zich minder waarschijnlijke diagnose ernstige consequenties heeft. Daarnaast zal de huisarts rekening houden met mogelijkheden tot behandeling en het meer of minder bekend zijn met bepaalde ziekten.

### Stap 3. Toetsing van hypothesen

Bij het toetsen van de opgestelde hypothesen heeft de huisarts een of meer van de volgende doelen voor ogen:

- het onderkennen van zowel de somatische als psychosociale aspecten van de gepresenteerde klachten;
- het plaatsen van het probleem van de patiënt in een bepaalde ziektecategorie;
- het uitsluiten van ernstige ziekten;
- het schatten van de risico's;
- het plaatsen van het klachtenpatroon tegen de achtergrond van de leefsituatie als uiting van psychosociaal dysfunctioneren.

Binnen de (geringe) tijd die de huisarts per consult ter beschikking staat, is het meestal onmogelijk alle opgestelde hypothesen te toetsen c.q. nieuwe hypothesen te formuleren. Teneinde dit dilemma op te lossen, maakt de huisarts gebruik van de factor tijd: hij faseert het proces van hypothesetoetsing (*Van Es* 1974). Bij de afweging van de beslissing doorgaan of uitstellen van het proces van hypothesetoetsing, houdt de huisarts rekening met de volgende factoren:

- de betekenis van de klacht: elke gepresenteerde klacht heeft een bepaalde betekenis; sommige klachten wijzen bijvoorbeeld al direct naar een bepaalde ziekte („pathognomonisch”), andere komen zo veel voor dat alleen door middel van combinatie met andere klachten en verschijnselen de betekenis duidelijk wordt (vergelijk haematemesis, respectievelijk hoofdpijn);
- de ernst van de klacht;
- de betekenis van de klacht bij een bepaalde patiënt (risicogroepen):

(1979) huisarts en wetenschap 22, 272

sommige klachten hebben bij bepaalde categorieën ernstiger betekenis dan bij andere (bijvoorbeeld maagpijn bij lijders aan pernicioze anemie);

- de betekenis van een klacht voor een bepaalde patiënt, dat wil zeggen dat de klacht een emotionele betekenis voor de patiënt kan hebben (bijvoorbeeld nekpijn kan de betekenis hebben van „te veel op zijn nek hebben” en maagpijn van „zwaar op de maag liggen”); ook kan een klacht een betekenis en functie hebben voor bijvoorbeeld het functioneren van het gehele gezin;
- het verloop van de klacht: het verloop van het klachtenpatroon kan in een bepaalde richting wijzen;
- andere factoren, zoals belasting van het onderzoek voor de patiënt, de kostenfactor, de praktijksituatie, persoonlijke factoren etcetera.

Toetsing van hypothesen vindt plaats door vergelijking van de voorspelde uitkomst op grond van de geformuleerde hypothese met de werkelijk verkregen uitkomsten. Dit toetsingsproces dient dus om de geformuleerde hypothesen te bevestigen of te verwerpen. Het is zeker niet altijd mogelijk een hypothese als volledig juist te bevestigen c.q. als volledig onjuist te verwerpen. Soms moet worden volstaan met hypothesen, die men voor waar aanneemt, omdat het onwaarschijnlijk is dat zij niet waar zijn. Of omgekeerd met hypothesen, die men voor onwaar houdt, omdat het onwaarschijnlijk is dat zij waar zouden zijn.

Het toetsingsproces kan onder meer plaatsvinden door activiteiten als gerichte anamnesevragen, laboratorium- en röntgenonderzoek, kennisname door de huisarts van de reactie op een behandeling en van het verloop van de ziekte en tenslotte via consultatie van anderen en verwijzing naar anderen (bijvoorbeeld naar een specialist).

Zoals al werd aangegeven, is de toetsing van een hypothese dikwijls onvolledig en voorlopig. Dit kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door beperking van de onderzoeksmogelijkheden, het ongedifferentieerde karakter van het probleem of omdat men te maken heeft met het beginstadium van een ziekteproces. Soms zal een meer definitieve diagnose na een langere periode mogelijk zijn. Het selflimiting karakter van veel ziekten kan zowel hulp als hinderpaal zijn.

Ook kunnen hypothesen van karakter veranderen, bijvoorbeeld van verschillende hypothesen of van „zeer

breed” naar een of enkele meer specifieke hypothesen. Indien bij toetsing blijkt dat een hypothese onjuist is, zullen nieuwe hypothesen moeten worden geformuleerd. Indien de hypothese juist of waar blijkt te zijn, of door de huisarts voor waar wordt gehouden, zal deze tot een „oplossing” kunnen besluiten: therapie, verwijzing, niets doen.

De negatieve resultaten van de behandeling kunnen soms eveneens tot het opstellen van nieuwe hypothesen leiden. Vaak ontstaat op deze manier een spiraal van hypothesen: geformuleerd, voorlopig getoetst met toegepaste oplossingen.

### Stap 4. Vinden en toepassen van oplossingen

Er bestaan verschillende redenen voor de keuze van een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld:

- een hypothese lijkt zeer waarschijnlijk juist;
- een hypothese is mogelijk juist en wijst op levensbedreigende situatie;
- de uitkomsten van de behandeling kunnen nieuwe informatie geven (te gebruiken bij de toetsing van hypothesen).

Bij de keuze van een oplossing moeten twee problemen worden onderscheiden, het vinden van de oplossing en het toepassen (implementeren) ervan. Hierbij verkeert de huisarts in de positie dat hij bij de keuze van de therapie rekening kan houden met de omstandigheden (bijvoorbeeld het gezin) van de patiënt. Vooral de huisarts is in staat rekening te houden met andere factoren dan zuiver medische overwegingen. Bij de therapiekeuze zijn, evenals bij de diagnostiek, verschillende probleemvelden te onderscheiden: somatische, psychische en sociale.

### Stap 5. Evaluatie van de oplossing

Een voorlopig eindpunt in het probleem solving proces is het evalueren van de oplossing. Hierbij moet men erop bedacht zijn, dat bij onvoldoende resultaat of de oplossing niet deugt of de hypothese ten onrechte voor waar is aangenomen. In beide gevallen zullen bepaalde stappen van het probleem solving proces opnieuw moeten worden doorlopen.

### Stappen 1-5. De bewaking van het proces

Bij het probleem solving proces is de interactie tussen de huisarts en de pa-

tiënt (en diens gezin) van het grootste belang. Zo wordt de kwaliteit van het proces beïnvloed door de vooroordelen van de huisarts, zijn voorkennis, de toon en inhoud van zijn vragen, zijn vroegere ervaringen met de patiënt et cetera.

Zo kan een huisarts bij een patiënt met een psychiatrische voorgeschiedenis zo bevooroordeeld zijn, dat hij niet in staat is te luisteren naar de wellicht typisch angineuze klachten. Omgekeerd beïnvloedt ook de patiënt het proces, bijvoorbeeld door zijn wijze van presentatie, zijn vroegere ervaringen met deze en andere (huis)artsen en dergelijke. Dezelfde patiënt kan de huisarts sterk beïnvloeden door een ambivalente houding bij het presenteren van de klachten. Daarom is het van groot belang dat patiënt en huisarts tijdens elke fase van het proces nagaan of zij beiden op het goede spoor zitten, dat wil zeggen of voor beiden duidelijk is wat de vraag om hulp is, dan wel of de huisarts nog adequaat op deze vraag antwoordt.

Dit alles maakt ook duidelijk dat het gehele proces complex is en sterk per huisarts, patiënt en situatie zal variëren. Ook is het goed zich te realiseren dat zowel systematisch-methodische als creatieve aspecten zijn te onderscheiden. Enerzijds dient gestreefd te worden naar een zeker automatisme, anderzijds levert dit grote risico's op en zullen huisarts en patiënt streven naar een zo groot mogelijke mate van bewustzijn.

### De activiteiten van de huisarts

Zoals we verschillende vragen om hulp hebben onderscheiden, zo kunnen we ook de activiteiten van de huisarts classificeren, te weten:

- explorerende, probleemverhelderende activiteiten;
- diagnostisch-therapeutische activiteiten;
- begeleiding van patiënten (sterven, acute en chronisch zieken, hulpverleningsgesprekken met bijvoorbeeld echt)paren);
- vroeg-diagnostische (bijvoorbeeld uitstrijkjes) en preventieve (bijvoorbeeld anticonceptiva) activiteiten;
- overige doelgerichte activiteiten, te weten opstellen en uitvoeren van medisch wetenschappelijk onderzoek, subspecialismen binnen de huisartsgeneeskunde (bijvoorbeeld bevallingen) en signaleren van dysfuncties in de maatschappij;
- doelgerichte activiteiten die strikt

Figuur 4. Problem solving proces en diagnostisch-therapeutische activiteiten.

stappen activiteiten	informatie verzame- ling	opstellen hypothesen	toetsing hypothesen	vinden en toepassing oplossing	evaluatie oplossing
anamnese					
lichamelijk onderzoek					
therapie					
consultatie					
verwijzing					

genomen niet tot de huisartsgeneeskunde behoren.

Verder zal de huisarts een aantal activiteiten moeten uitvoeren om bovenstaande doelgerichte activiteiten naar behoren te kunnen verrichten. Deze activiteiten kunnen als volgt geclassificeerd worden:

- activiteiten, samenhangend met praktijkvoering, -organisatie en -evaluatie;
- samenwerking (al dan niet in teamverband) met andere huisartsen, andere medische disciplines, niet medische disciplines, assistente, etcetera;
- nascholing.

Net zo min als men steeds een scherp onderscheid kan maken tussen de verschillende categorieën behoeften, is het altijd mogelijk de activiteiten van de huisarts helder van elkaar te onderscheiden. De ene behoefte kan met de andere samengaan c.q. tot een andere behoefte leiden, hetgeen uiteraard consequenties voor de activiteiten van de huisarts zal hebben. Gedurende een ziektegeschiedenis kunnen de behoeften en dus ook de activiteiten van de huisarts zich wijzigen. Het eb- en vloed-karakter van de activiteiten is kenmerkend voor de huisartsgeneeskunde. Het gemaakte onderscheid in categorieën maakt het mogelijk zich meer bewust te worden van wat er feitelijk gebeurt, c.q. maakt de observatie daarvan mogelijk. Zoals er een relatie bestaat (of dient te bestaan) tussen de behoeften van de patiënt en de activiteiten van de huisarts, zo bestaat er ook een zekere samenhang tussen het problem solving proces van de huisarts en zijn activiteiten. Deze samenhang kan het beste worden verduidelijkt door de verschillende diagnostisch-therapeutische activiteiten van de huisarts (te weten anamnese, lichamelijk onderzoek, therapie, consultatie en verwijzing) in een schema te relateren aan de verschillende stappen

in het problem solving proces (figuur 4.)

In principe kan in elke cel een „+“ geplaatst worden. Dit betekent twee dingen. Ten eerste dat diagnostisch-therapeutische activiteiten\* in relatie staan tot de stappen van het problem solving proces. Ten tweede dat iedere diagnostisch-therapeutische activiteit in relatie kan staan tot iedere stap in het problem solving proces. Zo behoeft dus bijvoorbeeld een medicamenteuze therapie niet alleen gehanteerd te worden als oplossing; zij kan onder bepaalde omstandigheden eveneens gebruikt worden voor het toetsen van een hypothese. Men denke hierbij bijvoorbeeld aan het verstrekken van een antibioticum om na te gaan of er sprake is van een infectieziekte.

In de ene cel komen meer + tekens voor dan in de andere. Zo zullen bijvoorbeeld anamnese en lichamelijk onderzoek eerder worden gebruikt in de eerste drie stappen van het problem solving proces (++). De behandeling zal in de eerste plaats het karakter hebben van een oplossing (++), maar kan ook benut worden als toetsing van hypothesen (+). Consultatie en verwijzing zullen gebruikt worden in alle stappen van het problem solving proces.

In de huisartspraktijk zou de hulpverlening aan een patiënt als volgt kunnen verlopen. Indien de patiënt een klacht bij de huisarts presenteert, zal deze door middel van de anamnesevragen een duidelijker beeld van de geuite klachten willen krijgen. Huisartsen kunnen daarbij verschillend te werk

\* We gebruiken in dit artikel uitsluitend de term „diagnostisch-therapeutische activiteiten“ en niet de term „diagnostisch-therapeutisch proces“, teneinde een mogelijke verwarring met de term „problem solving proces“ te voorkomen. In de literatuur wordt overigens de term „diagnostisch-therapeutisch proces“ ook wel gebruikt voor huisartsactiviteiten én problem solving respectievelijk decision making proces.



gaan. Sommige beginnen met de exploratie van de vraag om hulp, andere zijn geneigd al in een vroeg stadium te informeren naar klachten die passen bij bekende ziektebeelden; sommige huisartsen zullen eerst hypothesen opstellen en hun onderzoek op de toetsing van de hypothesen richten, andere zijn geneigd het onderzoek als informatie te gebruiken en pas na het onderzoek hypothesen te formuleren.

Na formulering van de eerste hypothesen zal de huisarts deze toetsen door uitbreiding van de anamnese, (gerichte) vragen, (nader) onderzoek, resultaten van eventuele consultatie of verwijzing, of een reeds gestarte therapie. Hierbij zal de huisarts, op basis van zijn beperkingen in tijd en onderzoeksmogelijkheden, vaak vrij grote stappen nemen in het problem solving proces en hij zal voor zover mogelijk gebruik maken van voorinformatie over de patiënt. De samenhang tussen de diagnostisch-therapeutische activiteiten en de stappen in het problem solving proces kan soms zeer ingewikkeld zijn. Met name voor een buitenstaander is het niet eenvoudig de activiteiten te begrijpen, dat wil zeggen te relateren aan de verschillende stappen in het problem solving proces. Men zou kunnen stellen dat de stappen in het problem solving proces de onzichtbare beslissingsmomenten van de huisarts representeren en de diagnostisch-therapeutische activiteiten de uitwendige, zichtbare handelingen van de huisarts. Deze laatste zijn dan een middel en hebben tot doel tot bepaalde beslissingen te komen. De huisarts wordt in staat gesteld om beslissingen te nemen op grond van de door hem verrichte activiteiten en omgekeerd zullen beslissingen weer aanleiding geven tot nieuwe activiteiten. Zo zal bijvoorbeeld de diagnose appendicitis (voor waar aangenomen hypothesen) tot stand komen na anamnese en lichamelijk onderzoek (activiteiten) en zal een dergelijke beslissing op haar beurt weer een nieuwe activiteit tot gevolg hebben: verwijzing naar een chirurg. De chirurgische ingreep heeft dan tot doel om tot een meer definitieve toetsing van de hypothese te komen en tot implementatie van de oplossing. Bij dit eenvoudige voorbeeld is ook duidelijk hoe belangrijk de onderlinge afstemming is tussen de stappen uit het problem solving proces en de activiteiten en dat fouten in het hulpverleningsproces het gevolg kunnen zijn van verkeerde beslissingen én van verkeerd gekozen activiteiten. Het onderscheid tussen problem solving stappen en ac-

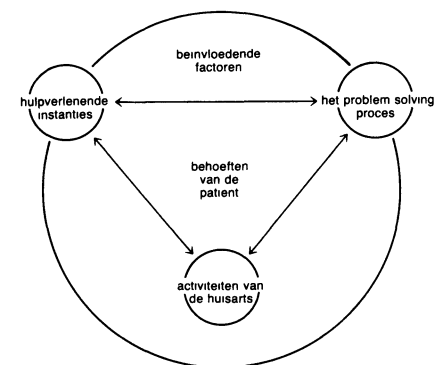
tiviteiten stelt de huisarts in staat zichzelf en anderen vragen te stellen in de zin van: Wat heb je achtereenvolgens aan activiteiten uitgevoerd en met welk doel voor ogen? Welke beslissingen zijn er genomen, op welke informatie waren deze gebaseerd? Welke alternatieve beslissingen en activiteiten zijn (en waren) mogelijk? Volgen de activiteiten logisch uit de genomen beslissingen? Is deze activiteit wel geschikt om tot deze beslissing te komen?

Het onderscheid in activiteiten en problem solving stappen, corresponderend met het onderscheid tussen middelen en doelen, maakt met andere woorden een betere analyse mogelijk van wat er in het hulpverleningsproces gebeurt. Het onderscheid is tevens bedoeld als aanvulling op het rapport *Methodisch werken*, voor zover de ook daarin gemaakte onderscheiding tussen doelen en middelen c.q. methoden in dit artikel verder systematisch wordt uitgewerkt. Voor meer algemene informatie over het oplossen van problemen wordt verwezen naar *Frijda* en *Elshout*.

#### Factoren van invloed op wat de huisarts doet en zijn beslissingen

Wij hebben er reeds op gewezen dat het handelen en denken van de huisarts door een aantal factoren wordt beïnvloed. Sommige factoren zijn vanzelfsprekend, zoals het risico van een bepaalde situatie, de aan- of afwezigheid van bepaalde hulpverlenende instanties (bijvoorbeeld het al dan niet aanwezig zijn van een bepaald specialisme in het ziekenhuis), de praktijksituatie en dergelijke. Er zijn echter ook meer subtiele factoren, zoals de persoon van de huisarts, de interactie tussen huisarts en patiënt, de taakopvatting van de huisarts, zijn ervaring, de door hem gevolgde opleiding. Deze factoren beïnvloeden direct of indirect de denk- en handelwijze van de huisarts, terwijl de activiteiten en beslissingen zelf elkaar op hun beurt ook onderling beïnvloeden. Het hulpverleningsproces is niet goed te analyseren zonder dergelijke factoren in ogenschouw te nemen. Soms gaat het daarbij om een keten van factoren of om een toevallige samenloop van omstandigheden, die van beslissende invloed is op het hulpverleningsproces en de kwaliteit van de hulpverlening. De betekenis van een aparte aandacht voor factoren in de huisartsgeneeskunde is vooral gelegen in het feit dat men het hulpverleningsproces beter kan analyseren en begrijpen wanneer men

Figuur 5. Het referentiekader van de huisarts.



niet alleen wat-, waarom- en met welk doel-vraag stelt, maar ook een waar-door-vraag. Daarmee krijgt men de mogelijkheid allerlei impliciete, vanzelfsprekende, emotionele en toevallige factoren en invloeden op het spoor te komen, die van invloed kunnen zijn op wat de huisarts doet en denkt tijdens het hulpverleningsproces (zie bijvoorbeeld de casus aan het begin van dit artikel).

#### Het referentiekader van de huisarts en de interactie van de vijf elementen

De hiervoor (pagina 268) genoemde vijf elementen zijn uiteraard niet onafhankelijk; ze beïnvloeden elkaar. In *figuur 5* zijn de onderlinge relaties in schema gebracht. De respons van de huisarts op de behoefte van de patiënt wordt enerzijds duidelijk door de interactie tussen problem solving stappen, activiteiten en hulpverlenende instanties. Anderzijds beïnvloedt een groot aantal factoren de aard en het niveau van deze respons.

Op basis van de vijf elementen kan men een zinvol, zij het uiteraard niet volledig, antwoord geven op vragen als:

- wie is de huisarts?
- wat doet de huisarts?
- welke beslissingen neemt de huisarts?
- hoe komen die beslissingen tot stand?

In een model verenigd, geven deze elementen een inzicht in het referentiekader van de huisarts.

Een dergelijk model doet geen recht aan de complexiteit van bijvoorbeeld het problem solving proces, noch aan de eigen wijze waarop een bepaalde huisarts in interactie met een bepaalde patiënt diens behoeften onderkent, respectievelijk daarop respondeert. Het model biedt echter wel de mogelijkheid om het handelen en denken van

de huisarts in een concrete huisarts-situatie beter te begrijpen en te ordenen. Onverschillig of het gaat om het gedrag van een „somaatich georiënteerde” huisarts of om een meer „psychosociaal georiënteerde” huisarts of om een huisarts met een zogenaamd „integrale” benaderingswijze (gericht op een meersporendiaagnostiek), kan zijn functioneren worden begrepen met behulp van het hiervoor beschreven model. Ook het verschil tussen de eerder beschreven individuele en gezinsgeneeskundige benaderingswijze kan erdoor worden verhelderd. Het wordt dan duidelijk dat, afhankelijk van de opvatting van de huisarts, de behoefte van de patiënt verschillend geïnterpreteerd wordt, hetgeen tot zeer verschillende beslissingen en activiteiten van de huisarts aanleiding kan geven.

Het hier gepresenteerde model kan het beste beschouwd worden als een dynamisch systeem, opgebouwd uit vijf elementen die onderling voortdurend op elkaar van invloed zijn. Het kan door de huisarts zelf gebruikt worden om zich bewust te worden van wat er tussen hem en de patiënt gebeurt, maar het kan ook voor een intercollegiale toetsing gebruikt worden. De pretentie van het model is, dat het ons zinvolle aanwijzingen geeft voor de vragen die we onszelf moeten stellen om het eigen gedrag in relatie tot de patiënt te begrijpen, hoe impliciet, chaotisch, onbewust, directief of non-directief en kort het contact tussen huisarts en patiënt ook verloopt.

### Overblijvende vragen

Er blijven ook na lezing van het model vragen over die niet met behulp van het model kunnen worden beantwoord, maar er wel door worden opgeroepen. Op deze vragen willen we hieronder kort ingaan.

Er is al eerder in dit artikel gezegd dat het ons gaat om een beschrijvend en niet om een normatief model. Het zegt met andere woorden niet hoe de huisarts zou moeten functioneren. Wat is nu de verhouding tussen ons beschrijvende model en een meer normatief model, bijvoorbeeld het model in *Methodisch werken*? In een normatief model worden wenselijkheden geformuleerd, waardeoordelen waarmee men het eens of oneens kan zijn en waarover, zelfs als men het er mee eens is, dikwijls nog meningsverschillen kunnen bestaan irzake de interpretatie. Zo zien we bijvoorbeeld in *Methodisch*

*werken* een pleidooi voor een huisarts die in principe open staat voor alle vragen van de patiënt en voor een open, communicatieve relatie tussen huisarts en patiënt: wenselijkheden waar we het volledig mee eens zijn, maar die geen beschrijving vormen van de werkelijkheid.

In ons model komen dit soort wenselijkheden terug als factoren, van invloed op onder meer de vraag welke patiënten met welke klachten bij de huisarts komen, wat de huisarts daarmee doet (niet doet) en op diens beslissingen. In de door ons gebruikte terminologie zou het wel eens zo kunnen zijn dat, generaliserend en hypothetisch gesproken, een open en communicatieve relatie tussen huisarts en patiënt leidt tot een betere formulering van het probleem, vruchtbaarder hypothesen, oplossingen die gemakkelijker kunnen worden uitgevoerd en dergelijke. Kortom, de kans neemt toe dat huisarts en patiënt beiden „op hetzelfde spoor zitten” (de term is van *Van Aalderen*) en dat de hulpverlening aan kwaliteit wint.

Hetzelfde zou men kunnen stellen ten aanzien van die aspecten van de huisartsgeneeskunde die momenteel sterk benadrukt worden, zoals bijvoorbeeld de personale, continue, integrale en gezinsgeneeskundige aspecten van de huisartsgeneeskunde (*Van Es* 1978). Deze opvattingen over huisartsgeneeskunde zijn van groot belang voor de aard van de klachten en vragen waarmee de huisarts te maken krijgt en eveneens voor de wijze waarop de huisarts respondeert op de vragen van de patiënt. Met name de activiteiten van de huisarts en zijn beslissingen worden in zekere mate beïnvloed door zijn opvattingen over huisartsgeneeskunde. Zij hebben consequenties in die zin, dat bijvoorbeeld een arts met een gezinsgeneeskundige houding wellicht beter in staat is psychosociale en psychosomatische hypothesen te formuleren, de uitvoerbaarheid van een therapie te taxeren en met meer effect de patiënt te helpen bij diens vragen om hulp. Omgekeerd kan een grote bekendheid met de patiënt leiden tot vooroordelen, die de arts kunnen verhinderen tot een juiste diagnose en therapie te komen.

Het zijn juist deze factoren die voor een belangrijk deel de eigen kleur bepalen van en inhoud geven aan het probleem solving proces en de activiteiten van de huisarts en daarmee de huisartsgeneeskunde tot een zelfstandige (deel)discipline maken. Hiermee is tevens duide-

lijk dat voor een effectief hulpverleningsproces niet alleen van belang is welke activiteiten zijn uitgevoerd en welke beslissingen zijn genomen. Eveneens is van betekenis op welke wijze activiteiten worden uitgevoerd en beslissingen tot stand komen. De taakopvatting van de huisarts, diens interactionele en communicatieve vaardigheden, de toon van het gesprek en dergelijke kunnen beslissende factoren zijn voor de kwaliteit van de hulpverlening.

Het hiervoor gepresenteerde model roept nog een andere vraag op: verhindert het „technologische” karakter van het model de huisarts niet de patiënt open, persoonlijk en communicatief tegemoet te treden? Een dergelijke vraag is moeilijk te beantwoorden. Het is zeker niet zo dat een dergelijk model logisch tot gevolg heeft dat de huisarts de patiënt minder open benadert. Wel zou het kunnen zijn dat, wanneer men als huisarts zou proberen een dergelijk model systematisch in de praktijk te brengen empirisch zou blijken dat een benaderingswijze, overeenkomstig het model, in strijd is met een open en persoonlijke benaderingswijze van de patiënt. In dat geval zou er sprake kunnen zijn van een feitelijke, empirisch tegengestelde relatie tussen model en wenselijk functioneren van de huisarts, een relatie die evenwel niet logisch noodzakelijk is. Zoiets kan ontstaan wanneer het door ons gepresenteerde model door de huisarts wordt beleefd en geïnterpreteerd als een werkmodel met behulp waarvan hij methodisch te werk zou kunnen gaan. Een huisarts zou na lezing het idee kunnen krijgen dat de toepassing van het model als werkmodel niet of nauwelijks communicatieve of interactionele vaardigheden vereist, met als psychologisch (maar niet logisch) gevolg dat daar dan ook weinig aandacht aan wordt geschonken.

Hier komen we eigenlijk aan de kern van ons model: het is niet alleen niet bedoeld als een normatief model, maar evenmin als een model met behulp waarvan men methodisch en technisch vaardiger te werk kan gaan. De voor de hand liggende vraag aan het begin van deze alinea zien we dan ook achteraf als niet zinvol. Het model is uitsluitend bedoeld als een observatie- en analysemodel, en niet als een werkmodel. Een dergelijke analyse kan uiteraard een hulpmiddel zijn om tot ideeën te komen hoe het beter zou kunnen. Voor een verdere uitwerking van de onderscheiding in logische, psychologische en empirische (materiële) implicaties van

een verschijnsel wordt verwezen naar Burns.

Een laatste belangrijk punt is, dat huisartsen zouden kunnen zeggen: ik herken mezelf niet in een dergelijk model; ik stel geen hypothesen op, ik toets niet en implementeer geen oplossingen; wat heb ik dan aan zo'n model? Een dergelijke opmerking lijkt terecht, gegeven het feit dat de hulpverlening aan de patiënt uitstekend kan verlopen, terwijl de huisarts op zijn eigen, al dan niet intuïtieve manier te werk gaat en in ieder geval de verschillende stappen van het hulpverleningsproces niet benoemt in de terminologie van het model. Een dergelijke terminologie is dan ook geen noodzakelijke voorwaarde om als huisarts goed te kunnen functioneren. Wel zou men kunnen stellen dat, wanneer men het hulpverleningsproces zou willen analyseren, men wel degelijk een begrippenapparaat nodig heeft. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de keren dat we het model gebruikt hebben als analyse- en observatie-instrument. De huisartsen die met dit model gewerkt hebben, kregen volgens hun zeggen een goed inzicht in wat er tijdens de hulpverlening gebeurde. Het stelde hen in staat kritisch naar de eigen activiteiten en beslissingen te kijken en bewuster met de hulpverlening bezig te zijn. Voorwaarde hierbij was wel, dat de huisarts voldoende op de hoogte was van de in het model onderscheiden huisarts-aspecten en vooral van het problem solving proces. Met een dergelijk begrippenapparaat was het gemakkelijker te zien wat je als huisarts hebt gedaan en gedacht tijdens het hulpverleningsproces. Of zoals een huisarts het formuleerde: nu begrijp ik pas wat ik doe als huisarts.\*

Uiteraard kent het model ook als observatie- en analyse-instrument zijn beperkingen. Niet alles wat de huisarts denkt, doet en voelt tijdens de hulpverlening kan met behulp van het model worden geanalyseerd. Zo zijn binnen het model de emoties van de huisarts alleen van belang voor zover zij een factor vormen bij wat hij doet en denkt tijdens de hulpverlening. Ook als analyse-instrument is het model dus een selectief model, met behulp waarvan men op één bepaalde wijze naar het functioneren van de huisarts kan kijken.

\* Voor een beschrijving van de resultaten van het model als hulpmiddel voor studenten bij hun observaties, wordt verwezen naar het artikel „Assisting the observation skills of medical students visiting general practice and patients in their home”.

*Samenvatting. Het artikel is opgebouwd uit de volgende elementen:*

- de behoeften van de patiënt;
- het „problem solving”- of „decision making”-proces van de huisarts;
- de activiteiten van de huisarts;
- de aanwezigheid van hulpverlenende instanties;

*– de factoren van invloed op wat de huisarts doet en zijn beslissingen.*

*Het model is oorspronkelijk bedoeld als een didactisch hulpmiddel voor studenten om tijdens een observatieperiode bij een praktiserend huisarts het functioneren van de huisarts te observeren en analyseren. Wellicht zou het model echter ook buiten het onderwijs een zinnige functie kunnen vervullen:*

*– ten behoeve van de praktiserende huisarts, omdat deze zich met behulp van het model beter bewust kan worden van de achtergrond van zijn denk- en handelwijze;*

*– ten behoeve van de huisartsgeneeskunde als zelfstandige discipline, omdat een aantal kenmerkende aspecten van de huisartsgeneeskunde in één model zijn verenigd.*

*Na een analyse van een casus in termen van de gekozen modelementen worden deze elementen uitvoerig besproken. Vervolgens worden de elementen in hun onderlinge samenhang bekeken. Het artikel wordt besloten met enkele, door het model opgeroepen vragen. Toegevoegd is een vragenlijst met behulp waarvan men bijvoorbeeld in een casusbespreking het handelen en denken van een huisarts in een concrete hulpverleningssituatie kan analyseren.*

*Summary. Looking at the general practitioner. A model of general medicine in practice. The article discusses the following subjects:*

- the patient's needs;
- the problem-solving or decision-making process of the general practitioner;
- the activities of the general practitioner;

*– the presence of aiding agencies;*

*– factors which influence the general practitioner's actions and decisions.*

*The model was originally intended as a teaching aid for undergraduates, to help them observe and analyse the functioning of the general practitioner during an observation period in a general practice. Perhaps, however, the model could also be of use outside teaching:*

*– for the general practitioner, who with*

*the aid of the model could make himself more aware of the motivations of his thoughts and actions;*

*– for general medicine as an independent discipline, because a single model encompasses several characteristic features of general medicine.*

*After a case analysis in the terms of the model features selected, these features are discussed in detail, and their considered in their relatedness to each other. A number of questions provoked by the model are finally discussed. An appendix contains a questionnaire with the aid of which the thoughts and actions of a general practitioner in an actual situation can be analysed, for example in a case discussion.*

Aalderen, H. J. van. Waarom methodisch werken. (1976) huisarts en wetenschap 19, 366.

Brouwer, W. en F. Touw-Otten. Van klacht tot klagen. (1974) huisarts en wetenschap 17, 3.

Burns, H. W. Abderian laughter in the ivory tower: some common fallacies in philosophy of education. In: Helen Hieus (ed.). Contemporary issues here and abroad. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1962.

Burns, H. W. The logic of the „educational implication”. (1962) Educational Theory 12, 53-63.

Cassee, E. Th. Naar de dokter. Boom, Meppel, 1974.

Earl, F. A., S. E. M. Everwijn en R. A. de Melker. Assisting the observation skills of medical students visiting general practice and patients in their home. Binnenkort te publiceren.

Elstein, A. S., L. S. Shulman and S. A. Sprafka. Medical problem solving. Harvard University Press, Boston, 1978.

Es, J. C. van. Patiënt en huisarts. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Es, J. C. van. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. (1978) huisarts en wetenschap, 21, 451-458.

Frijda, N. N. en J. J. Elshout. Probleem oplossen en denken. In: Handboek der psychonomie. [J. A. Michon, E. G. J. Eijkman, L. F. W. de Klerk e.a. red.] Van Loghum Slaterus, Deventer, 1976.

Future, The, general practitioner. [By J. Horder, P. Byrne, P. Freeling e.a.] The Royal College of General Practitioners, 1972.

Hoe helpt de dokter? [Door H. van Aalderen, K. Blanken, A. de Bruyne e.a.] Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1975.

Huygen, F. J. A. Gezinsgeneeskunde. Het medisch jaar 1977. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1978.

Melker, R. A. de. Beterschap door beter beleid. Dekker en Van der Vegt, Nijmegen, 1975.

---

## Bijlage

### Vragenlijst

In de volgende vragenlijst vindt men een aantal vragen die zijn te gebruiken voor een analyse van het hulpverleningsproces. Deze lijst heeft niet de pretentie volledig te zijn. Evenmin is het per se nodig dat alle vragen gesteld worden. De lijst is vooral bedoeld om enig inzicht te geven in het soort vragen dat men zou kunnen stellen wanneer men het model als observatie- en analyse-instrument wil gebruiken.

#### *Behoeften van de patiënt*

- met welke klacht komt de patiënt?
- wat is de uiteindelijke definiëring van het probleem c.q. vraag om hulp?
- bestaat er overeenstemming tussen de huisarts en de patiënt over de vraag

om hulp c.q. definiëring van het probleem?

- in welke opzichten is het probleem in de loop van de ziektegeschiedenis veranderd?
- wie zijn er bij het probleem verder betrokken?

#### *Hulpverlenende instanties*

- welke hulpverlenende instanties zijn er bij deze patiënt betrokken en waarom (= met welk doel)?
- welke alternatieve hulpverlenende instanties zouden mogelijk zijn geweest?

#### *Problem solving stappen*

- welke hypothese(n) heeft u opgesteld? Op grond van welke informatie (= cues)? Welke alternatieve hypothese(n) zou(den) nog meer mogelijk zijn geweest?
- welke hypothese(n) heeft u getoetst? Welke hypothese(n) heeft u op grond van uw toetsing bevestigd respectievelijk verworpen? Op grond van welke informatie heeft u bovenstaande hypothese(n) bevestigd respectievelijk verworpen?
- welke alternatieve oplossingen hebt u overwogen? Op grond van welke argumenten bent u tot de keuze van uw oplossing(en) gekomen?
- op grond van welke argumenten heeft u beslist hoe effectief de gehanteerde oplossing was?

#### *Activiteiten*

- wat heeft u gedaan om tot een definiëring van het probleem te komen?
- wat heeft u gedaan om te komen tot een formulering van een of meer hypothesen?
- wat heeft u gedaan om de geformuleerde hypothese(n) te toetsen?
- wat heeft u gedaan om een besluit te nemen over wat de gewenste oplossing(en) is (zijn)?
- hoe heeft u de effectiviteit van de oplossing(en) geëvalueerd?

#### *Factoren*

- welke factoren zijn van invloed geweest op de definiëring van de vraag om hulp c.q. het probleem?
- welke factoren zijn van invloed geweest bij het opstellen van hypothese(n)?
- welke factoren zijn van invloed geweest op een meer definitieve keuze van hypothesen?
- welke factoren zijn van invloed geweest op de keuze van de oplossing(en)?
- welke factoren zijn van invloed geweest op de effectiviteit van de oplossing(en)?
- welke factoren zijn van invloed geweest op de keuze van uw activiteiten?
- welke factoren zijn van invloed geweest op de keuze van de hulpverlenende instanties?