

# Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt

C. P. SCHOUWSTRA

Methodisch werken staat in de belangstelling van de Nederlandse huisarts en er wordt in alle universitaire huisartseninstituten aandacht aan besteed tijdens de beroepsopleiding. Toch is methodisch werken voor de meeste huisartsen nog altijd een vooral theoretisch verhaal over een werkwijze waarover zij wel gehoord hebben, maar die zij in de praktijk niet toepassen. En dat is jammer, want methodisch werken helpt de huisarts het hulpverleningsproces zodanig te structureren, dat hij zijn kennis en vaardigheden optimaal kan inzetten.

## Inleiding

In de Nederlandse samenleving hebben zich, zoals wij allen weten, in de laatste vijftig jaar grote veranderingen voltrokken. Niet alleen zijn bijvoorbeeld de kolenman, de gasfabriek en *maandag is wasdag* uit ons dagelijks bestaan verdwenen, ook een volksziekte als tuberculose is geen volksziekte meer, terwijl gevreesde kinderziekten als difterie, mazelen en kinkhoest praktisch niet meer voorkomen en longontsteking geen gevaarlijke ziekte (met een hoge letaliteit) meer is. Dit alles is een gevolg van de sterk toegenomen welvaart en waarschijnlijk ook van de hoge organisatiegraad van onze maatschappij.

In die vijftig jaar hebben zich ook ingrijpende technologische verbeteringen en structurele veranderingen voorgedaan, gepaard gaande met belangrijke culturele verschuivingen. Zo gaan mensen anders met elkaar om: hiërarchische verhoudingen worden vaak minder gewenst geacht. We hebben vandaag liever „onderhandelingshuishoudingen” dan „bevelshuishoudingen”. De gezondheidszorg is als gevolg hiervan ook gedemocratiseerd en het gaat tegenwoordig in de spreekkamer van de huisarts anders toe dan kort na de tweede wereldoorlog.

De zogenaamde gezondheidszorg is een ingrijpend, kostbaar en belangrijk deel van onze huidige maatschappelijke structuur en tevens de uitdrukking van het ingewikkelde en veranderende cultuurpatroon waarvan wij deel uitmaken. In de gezondheidszorg vinden in-

grijpende veranderingsprocessen plaats – invoering van een „beddennorm”, een vestigingsbeleid voor huisartsen, de algemene beleidslijn: versterking van de eerste lijn –, processen die gepaard gaan met onzekerheid, spanningen, mislukkingen en het apostolaat. Naast en door elkaar worden oude en nieuwe begrippen, waarden en normen gebruikt: „De dragers van de *gezondheidszorg* van morgen studeren medicijnen aan faculteiten der *geneeskunde* en worden waarschijnlijk voor het merendeel lid van de Koninklijke Maatschappij der *Geneeskunst*”. Vragen we aan een huisarts, door sommigen gezien als de spil van de gezondheidszorg in Nederland, wat gezondheid nu eigenlijk is, dan zal het antwoord waarschijnlijk niet uitmunten door korthed en duidelijkheid. Vraagt men daarentegen aan hem wat ziekte is, dan volgt zonder veel nadenken een fraaie, kernachtige definitie.

Binnen het geheel van maatschappelijke veranderingsprocessen, onder druk van de noodzaak tot kostenbesparing en beïnvloed door veranderende opvattingen over ziekte versus gezondheid, werken versus niet werken, en professionele hulpverlening versus vrijwilligershulp en zelfhulp, staan taak, plaats en functie van de huisarts al vele jaren ter discussie. Veel is er de laatste vijftig jaar gedaan om de „positie van de huisarts” te versterken. Het Nederlands Huisartsen Genootschap is veelal initieënd en als *opinion leader* opgetreden. Een aantal belangrijke doelen zijn verwezenlijkt: een aan het beroep eigen dienstverlenend en wetenschappelijk

instituut is tot stand gekomen: het Nederlands Huisartsen Instituut; er zijn leerstoelen in de huisartsgeneeskunde aan alle faculteiten der geneeskunde gekomen, beroepsopleiding en registratie zijn ingevoerd. Toch worden door sommigen vraagtekens gezet bij de sterke positie van de huisarts. De overheid bijvoorbeeld spreekt tegenwoordig over versterking van de hele eerste lijn en niet (meer) exclusief van de huisarts. Anderen zien gaarne de centrale en overheersende positie van de huisarts in de eerste lijn verdwijnen.

Allerlei zaken, zoals samenwerking met andere disciplines, praktijkverkleining, vestigingsbeleid, afgrenzing van taken en functies ten opzichte van andere gezondheidszorgers en geneeskundigen, zowel eerstelijns geneeskundigen als gespecialiseerde medici, roepen problemen op, die op alle beleidsniveaus een grote behoefte doen ontstaan aan een welomschreven, duidelijk takenpakket voor de huisarts.

## Methodisch werken

Door de Landelijke Huisartsen Vereniging worden sinds enkele jaren pogingen ondernomen om tot een beschrijving van zo'n takenpakket te komen. Enige universitaire huisartseninstituten hebben daartoe eveneens aanzetten gegeven. Voor de opleidingen is het natuurlijk van groot belang een nauwkeurige voorstelling te hebben van de kennis en vaardigheden waarover de huisarts in de komende twintig jaar zal moeten beschikken.

In 1973 stelde het NHG een *Werkgroep takenpakket* in, die als opdracht kreeg na te gaan of de opvattingen over de taak van de huisarts nog dezelfde waren als ten tijde van het verschijnen van het Woudschoten-rapport in 1963. Deze werkgroep produceerde, na intensieve discussie met het NHG-bestuur, in 1975 het rapport *Hoe helpt de dokter*, dat dus ook de visie van het NHG-bestuur weerspiegelde.

Uitgangspunt was het brede scala van hulpvragen dat de huisarts wordt aangeboden, en de veranderende opvattingen over de plaats van de huisarts in het eerstelijns hulpverleningssysteem enerzijds en in het geneeskundig systeem anderzijds. De multidisciplinair samengestelde werkgroep stelde, dat de huisarts zich op het kruispunt van beide systemen bevindt en dat nieuwe ideeën over de relatie tussen huisarts en patiënt, en over samenwerking met andere disciplines in de overweging betrokken moesten worden: het NHG-bestuur en

de huisartsen uit de werkgroep achtten de mening van andere eerstelijns disciplines in deze onmisbaar.

Al snel kwam de werkgroep tot de conclusie, dat het beter was zich eerst te bezinnen op de werkwijze van de huisarts en pas daarna zijn taak en functie af te grenzen. Die afgrenzing zal in samenwerking met alle belendende disciplines moeten gebeuren, dus met tweedelijns geneeskundigen, sociaal geneeskundigen, gezondheidszorgers, andere eerstelijns hulpverleners en vooral met de patiënten.

Dezelfde werkgroep liet in 1978 in *huisarts en wetenschap* een bijdrage verschijnen, die beschouwd moet worden als een uitwerking van hoofdstuk II van het eerder genoemde rapport: *Methodisch werken*, een algemene methode van eerstelijns hulpverlening.

In deze laatste publikatie volgt de werkgroep twee sporen. Ten eerste zijn gedachten ontwikkeld over een efficiënte en doelgerichte werkwijze, waarbij reeds aanwezige kennis en vaardigheden bewust en systematisch ingezet worden. De opzet is een optimaal gebruik te maken van de bestaande mogelijkheden, waarbij tevens goede condities geschapen worden om door middel van evaluatie en toetsing witte plekken op de kaart van de hulpverlening zichtbaar te maken. Het tweede spoor is dat de hulpverlening door de huisarts hulpvragers-gericht is. Daarmee bedoel ik dat de huisarts erkent, dat hulpvragers en hulpgevers gelijkwaardig en gezamenlijk deelnemen aan het hulpverleningsproces. De dokter geeft zijn patiënten alle ruimte de eigen verantwoordelijkheid voor het hulpverleningsproces waar te maken. Patiënten moeten hun eigen beslissingen kunnen nemen en medeverantwoordelijk zijn voor het hele gebeuren. Dat betekent dus, dat de hulpverlening afgestemd wordt op de werkelijke behoeften van de patiënt, dat niet gemedicaliseerd wordt, en niet gewerkt wordt aan problemen waarvoor de patiënt niet komt, dat de dokter problemen en verantwoordelijkheid niet van zijn patiënten overneemt, maar hen stimuleert zelf verantwoordelijk te zijn voor eigen lijf en leven. Het gaat om een grondhouding, waarbij de dokter rekening houdt met de behoefte aan zelfstandigheid, zelfwerkzaamheid en mondigheid van zijn patiënten.

Samenvattend kan men zeggen, dat methodisch werken een algemene methode van hulpverlening in de eerste lijn bedoelt te zijn, waarbij de hoofddoelen zijn:

- een systematische, doelgerichte en bewuste wijze van hulpverlening;
- het opbouwen van een zogenaamde functionele relatie tussen arts en patiënt, die ondergeschikt is aan het doel van de hulpverlening.

### Het verloop van de hulpverlening bij methodisch werken

We maken hier gebruik van een model waarin het hulpverleningsproces in een aantal fasen wordt onderscheiden. Hierbij moet bedacht worden, dat model in de werkelijkheid niet voorkomt. De fasen zijn in de praktijk lang niet altijd scherp te scheiden: ze lopen soms door elkaar heen; een fase duurt in het ene hulpverleningsproces soms heel lang, in het andere slechts enkele seconden; soms verloopt een fase zelfs geheel non-verbaal.

Het hele proces van hulpverlening wordt in drie hoofdfasen verdeeld (*schema*):

- de intake;
- het opstellen en uitvoeren van een handelingsplan;
- de afsluiting van het hulpverleningsproces.

- *De intake.* In deze fase brengt de patiënt zijn klachten in en stelt hij zijn vragen. De basis wordt gelegd voor een goede, dat wil zeggen functionele relatie, waarbinnen dokter en patiënt open kunnen staan voor elkaar, wederzijdse verwachtingen kenbaar kunnen maken en gevoelens en belevingen in verband met (hulp)vraag en hulpverleningsproces tegenover elkaar kunnen uiten. Het is de fase van de vraagverheldering. Het gaat er tenslotte vooral om de vraagstelling van de cliënt duidelijk en helder te krijgen, zodat de eventueel te volgen hulpverlening daadwerkelijk op de behoeften van de hulpvragers afgestemd kan worden. De intake-fase eindigt dan ook met de vraagformulering.

- *Het opstellen en uitvoeren van een*

*handelingsplan.* In deze fase zal het tot een probleemformulering moeten komen, benevens het opstellen van een plan de campagne waarin begrepen: nader onderzoek door de huisarts, het maken van een contract en het instellen van een behandeling c.q. het verwijzen van de patiënt. Nagegaan zal worden welke onderzoeken nodig zijn, welke deskundigen geraadpleegd moeten worden en volgens welke kanalen de hulpverlening zal kunnen verlopen.

In deze fase kan blijken, dat verdere hulpverlening via deze huisarts niet mogelijk of niet optimaal is, en dat verwijzing of beëindiging van het contact moet plaatsvinden.

In de opvatting van de werkgroep wordt de uitvoering van het handelingsplan tot de tweede fase gerekend.

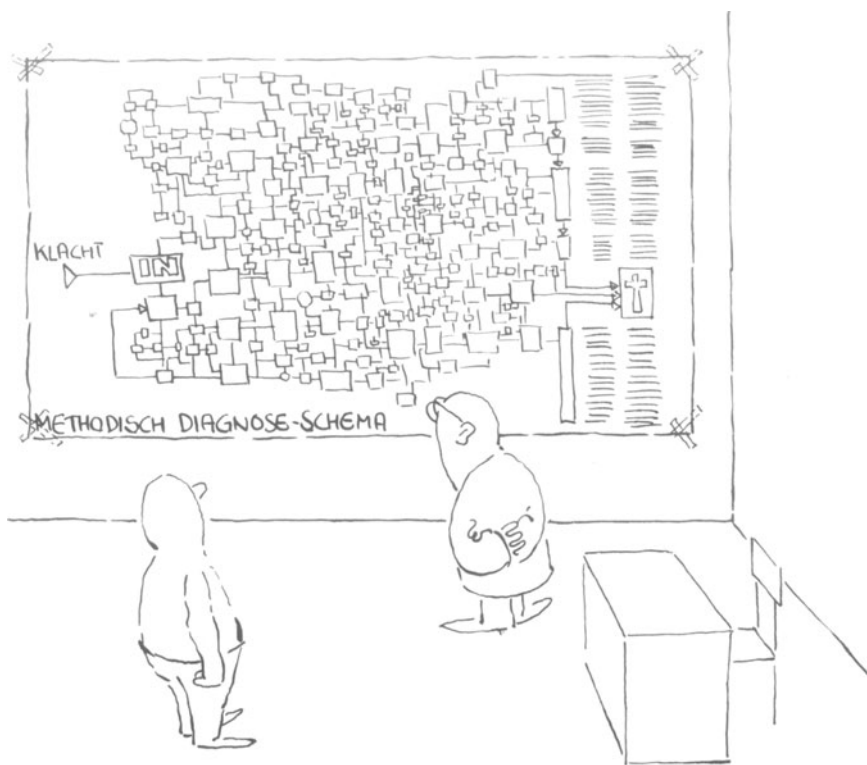
- *De afsluiting van het hulpverleningsproces.* Nagegaan zal worden of de oorspronkelijke vraagstelling beantwoord is, of dat wellicht de vraag inmiddels veranderd is. Het gaat verder om een beoordeling van het resultaat van de gezamenlijke inspanningen en om uitsluitel over de vraag of de patiënt met zijn al dan niet opgeloste problemen zelfstandig verder wil en kan. Het bewust afsluiten van het hulpverleningsproces is niet alleen van belang om te bepalen of de hulpvragers nu voldoende op weg is, dan wel of het gestelde doel is bereikt, het is ook belangrijk vanuit het oogpunt van procesbewaking. Procesbewaking dient uiteraard in alle fasen van het hulpverleningsproces plaats te vinden, maar is juist in deze fase van belang.

Binnen het kader van de zogenaamde continue relatie, die vaak een tijdsduur van vele jaren omvat, brengen patiënten zeer verschillende vragen en problemen in. Dikwijls worden ook verscheidene vragen tijdens één consult gesteld. Het kan zo gemakkelijk voorkomen dat sommige vragen blijven liggen en andere slepende kwesties worden, waarbij de contacten tussen huisarts en patiënt

*Schema. De onderdelen van de drie fasen van methodisch werken.*

1. Inbreng klachten en opbouw functionele relatie 2. Vraagverheldering en vraagformulering	Fase 1 – Intake
3. Probleemstelling en probleemformulering 4. Opstellen van het handelingsplan 5. „Contract” 6. Uitvoering van het handelingsplan	Fase 2 – Handelingsplan
7. Afsluiting van het hulpverleningsproces	Fase 3 – Afsluiting

Noot: Schrijver dezes zou er de voorkeur aan geven onderdeel 6. *Uitvoering van het handelingsplan*, als een afzonderlijke (derde) fase te beschouwen; 7. *Afsluiting van het hulpverleningsproces*, wordt dan fase 4.



...HOOFDPIJN, ZEI U... ES EVEN ZIEN...

voornamelijk transactionele betekenis hebben, terwijl er weinig sprake meer is van hulpverlening.

In het navolgende wil ik nog een enkel aspect uit elk der fasen naar voren halen met enige praktijkvoorbeelden, om daarna met een korte slotconclusie te eindigen. Vooraf wil ik de uitgangspunten van de werkgroep, die als formele visie door het NHG-bestuur onderschreven worden, nog eens kort samenvatten.

Volgens de werkgroep is de plaats van de huisarts op het kruispunt van het zogenaamde eerstelijns hulpverleningssysteem en het (sterk gestructureerde) geneeskundig hulpverleningssysteem. Gezien vanuit zijn plaats in het eerstelijns hulpverleningssysteem staat de huisarts open voor alle vragen om hulp (evenals alle andere eerstelijns hulpverleners!) en is hij (of zijn waarnemer) te allen tijde zonder tussenkomst van anderen bereikbaar. Hij stelt zich naast de hulpvrager op, als vertrouwensman, vriend, verhelderingsdeskundige, vraagbaak, kenner van de sociale kaart, soms ook alleen maar als praatpaal of klaagmuur. Hij zoekt samen met de patiënt naar mogelijkheden en helpt bij het uitzetten van de verdere koers. De hulpvrager neemt de besluiten en is de deskundige per excellence ten aanzien

van de eigen klachten, hulpvragen en eigen lijf en leden; de hulpvrager bepaalt zelf het verloop van het verdere proces en is daar ook (mede)verantwoordelijk voor.

Vanuit zijn plaats aan de voet van het geneeskundig systeem verleent de huisarts (in tweede instantie, ná de vraagverheldering, enzovoort!) zelfstandig professionele geneeskundige hulp op basis van zijn medische deskundigheid of schakelt hij andere medische kanalen in; hij begeleidt voor zover mogelijk zijn patiënten in die kanalen en helpt patiënten bij hun reïntegratie in eigen leef- en werkmilieu, na behandeling in de zogenaamde hogere echelons. Deze (NHG-)uitgangspunten en opvattingen over de grondhouding van de huisarts zijn bepalend voor de gepresenteerde werkwijze van huisartsen.

### De eerste fase (de intake)

Het begin van het hulpverleningsproces ligt vaak ver voor het eerste bezoek aan de huisarts. Klachten zijn vaak mede aanleiding tot een bezoek aan de dokter, minder vaak oorzaak. Het besluit het spreekuur te bezoeken, is voor velen een langdurig overwogen en moeilijke beslissing, die nogal eens ingrijpende gevolgen heeft. Familie, vrienden, ken-

nissen, de werkgever van de hulpvrager (en niet te vergeten instanties en organisaties of representanten daarvan, zoals keurende artsen en verzekeringsgeneeskundigen) zijn dikwijls in hoge mate bepalend voor de besluitvorming. Patiënten voeren, vóór het eerste consult, vaak in gedachten uitvoerige gesprekken met de dokter. De vraag „Wat heeft u besproken met mij, terwijl u in de wachtkamer zat?” verbaast dan ook weinigen en velen kunnen daarover een zeer verhelderend verhaal vertellen. Zoals bekend, maakt het veel verschil of iemand reeds jarenlang min of meer constante hoofdpijn heeft en nu komt omdat hij ongerust geworden is, als gevolg van een sterfgeval aan hersentumor in zijn naaste omgeving, of dat de hoofdpijn slechts kort bestaat en onverdraaglijk is.

*Mijnheer Pietersen bezocht vele jaren geleden het spreekuur van zijn huisarts met de klacht dat hij sinds enige maanden pijn op de borst had. Hij verwachtte dat hij op deze gronden niet meer aan het arbeidsproces deel zou behoeven te nemen. Omdat zijn huisarts hem gezond wilde maken (norm: deelnemen aan het arbeidsproces is gezond functioneren!) en aannam dat mijnheer Pietersen kwam om van zijn klachten af te komen, werd deze cliënt enkele weken na het consult in een cardiochirurgisch centrum geopereerd wegens een dreigend infarct. Na een maandenlange fase van postoperatieve pijnen en klachten, bleken zijn (pseudo-)angineuze klachten niet verdwenen, ondanks het ontbreken van objectieve afwijkingen (ECG, coronairangiografie, belastingsproeven, enzovoort). De klachten verdwenen toen hij 100 procent arbeidsongeschikt verklaard was, dagelijks enkele uren kon fietsen en zijn moestuin verzorgde. Was in het eerste contact duidelijk geworden dat deze zeer eenvoudige man (die twintig jaar hetzelfde werk op dezelfde afdeling tot ieders tevredenheid gedaan had) voor hemzelf geen toekomst meer zag, nu zijn afdeling opgeheven werd en zijn werk niet meer nodig was, dan was de hele operatie wellicht achterwege gebleven.*

Tijdens de intake bij de vraagverheldering vraagt de huisarts zich af: waarom komt deze mens met deze vraagstelling op dit moment bij deze dokter? Het antwoord op deze vraag kan inzicht geven:

- in de betekenis van de klacht in het leven van deze mens;
- in wat zich allemaal reeds afgespeeld

heeft voordat het consult tot stand kwam;

– met welke verwachtingen deze patiënt nu komt en uiteindelijk wat de werkelijke vraag is.

Vragen zijn lang niet altijd hulpvragen: soms vragen patiënten om bevestiging van ziektegedrag (zogenaamde alibi-vragen), soms doen zij een beroep op de macht van de dokter, bijvoorbeeld door te vragen om een verwijskaart; in andere gevallen gaat het om het inwilligen van de wens van een familielid („Ga nou eens naar de dokter”) of om een geneeskundige verklaring (doelvragen); soms is er helemaal geen vraag, maar behoefte aan klagen en contact, aan de ontmoeting als zodanig.

Ik wil in dit verband ook wijzen op de zogenaamde transactionele hypothese. Daarbij gaat het niet om een hulpvraag of om de wens beter te worden, maar om het voortzetten van de relatie, het vasthouden aan impliciete afspraken, bijvoorbeeld: „Ik krijg telefonisch vast een recept voor slaappillen en val de dokter niet lastig met nieuwe problemen.” Elk consult van de huisarts vindt plaats binnen het kader van een bepaalde verstandhouding tussen dokter en patiënt, waarbij een deel van de interactie (soms meer, soms minder) het karakter heeft van loven en bieden: „Als jij dit doet, doe ik dat”. In een aantal gevallen is de transactie in hoge mate bepalend voor het hele gebeuren en de uitkomst van het consult. In het bovenbeschreven geval van de chronisch terugkomende vraag om slaappillen bestaat er een vreedige, stabiele relatie met een vast interactiepatroon tussen dokter en patiënt, zolang beiden zich houden aan het contract: op afroep slaappillen voorschrijven en buiten dat niet klagen. Als een van beiden de transactie opzegt, ontstaan er moeizame toestanden.

Zulke verstandhoudingen kunnen het karakter van samenzweringen krijgen bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke ontkenning van het naderend einde van de ongeneeslijke patiënt. Beiden weten dat het sterven onvermijdelijk nabij is, beiden weten dat iedereen dat weet. De onuitgesproken afspraak luidt: we doen net of de genezing op komst is – een samenzwering tegen de dood. Het jaarlijkse kerstcadeau voor de dokter is een ander geval; is het dank of schept het verplichting? Is het de eindafrekening (van de transactie) of koopt de cadeaugever iets van de dokter? Op zo'n manier kan bijvoorbeeld ziektegedrag of de ziekenrol jarenlang volgehouden worden in een vreedige verhouding met de behandelende artsen.

Elk contact heeft dus een eigen betekenis voor cliënt en dokter; het doorgronden van die betekenis is van groot belang voor een effectieve hulpverlening. Elk contact kan op grond van die betekenis geformuleerd worden in termen van:

- het karakter van de patiënt;
  - een of meer vragen van de patiënt;
  - de behoeften van de patiënt;
  - de verwachtingen van de patiënt over en van de dokter;
  - het rollenspel (wat gaan wij met elkaar doen?);
  - de behoeften van de dokter;
  - de verwachtingen van de dokter ten aanzien van deze patiënt, nu;
  - het contract tussen dokter en patiënt.
- Als voorbeeld een aantal mogelijke vraagstellingen van een patiënt die enkele dagen keelpijn heeft zonder koorts:
- kan ik er mee werken of moet ik thuis blijven?
  - gaat het vanzelf over of zijn medicijnen nodig?
  - kan dit wijzen op een ernstige ziekte?
  - is het besmettelijk voor anderen?
  - ik wil een verwijskaart voor de KNO-arts;
  - geef mij een pijnstillertje, zodat ik gewoon kan functioneren;
  - stuur mij enkele dagen met ziekteverlof naar huis;
  - een goede gelegenheid om eens over mijn seksuele problemen te praten.

Juist bij de veel voorkomende „self-limiting diseases” is het voor de huisarts gemakkelijk standaardoplossingen te bieden, zoals aspirine, gorgelen en afwachten. Daarbij kan vaak onopgemerkt voorbij gegaan worden aan de werkelijke vraag en meestal zonder ernstige gevolgen. De noodzaak van huisartsen om op te schieten (quick service) maakt de kans groot dat aan de intakefase te weinig aandacht en tijd wordt besteed. Juist in de allereerste fase kunnen mensen op een verkeerd spoor gezet worden (somatische fixatie bijvoorbeeld) waar later bijna niet meer af te komen is!

Deze fase kan snel en zelfs non-verbaal verlopen: de herhaal-verwijskaart van een chronische diabetespatiënt, of het zevenjarig jongetje aan de hand van zijn moeder, met de onderarm in bajonetstand. Ook dan kunnen er meer hulpvragen zijn! Niet zelden zijn acute zaken een gereede aanleiding om reeds lang bestaande hulpvragen aan de orde te stellen.

De snel werkende dokter zal gauw geneigd zijn een klacht als een geneeskun-

dige hulpvraag te definiëren, bijvoorbeeld: hoofdpijn – hoofdpijn-schema – afwerken – medicatie. Of het sterke staaltje van „spotdiagnosist”: zeg maar niets, ik zie het al. Standaardoplossingen zijn soms voldoende, wat de dokter betreft meestal afdoende, maar ze zijn zelden een passend antwoord op de werkelijke hulpvraag. Een bewuste tijdinvestering in deze fase kan veel problemen voorkomen, uiteindelijk tijd sparen en het hele hulpverleningsproces van meet af aan in het goede spoor brengen.

Nog twee opmerkingen wil ik in dit verband maken. In de eerste plaats leert de ervaring, dat een goede intake-procedure optimale voorwaarden voor een bevredigend verloop van de rest van het hulpverleningsproces schept. Het goed op elkaar afstemmen van ieders daden en verwachtingen heeft ten minste het gevolg, dat de dokter prettiger werkt, minder frustraties in zijn spreekkamer heeft en vooral minder lastige, zeurderige, hysterische of moeizame patiënten blijkt te hebben. De dokter kan in deze functionele relatie zijn eigen gevoelens en behoeften beter inbrengen; hierbij moet goed begrepen worden, dat de dokter in de spreekkamer ook veel van zijn eigen doelen tracht te verwerkelijken, die overigens weinig met de doelstellingen van de hulpverlening te maken hebben.

Blijkt dus dat huisartsen prettiger gaan werken, hoe patiënten de methodische aanpak ervaren, is nog niet onderzocht. Zeker is dat patiënten die gewend zijn dat hun problemen door de dokter overgenomen worden, deze aanpak moeilijk vinden. Zij moeten nu zelf aan het werk, het alibi gaat niet meer op, het ziektegedrag wordt niet meer bevestigd.

De tweede opmerking betreft het probleem wat te doen, wanneer de dokter signalen of symptomen ontdekt van een ernstige ziekte tijdens de behandeling van hulpvragen die daar niets mee te maken hebben. Het lijkt binnen het kader van methodisch werken moeilijk dit probleem op te lossen, omdat er dienaangaande (nog) geen hulpvraag van de patiënt bestaat. Het is maar de vraag, of de patiënt in zo'n geval geconfronteerd wenst te worden met volledige informatie door de dokter.

Zo zijn er in de praktijk veel situaties die niet in het model van het methodisch werken schijnen te passen. Het gaat echter niet om een formalistisch, dogmatisch toepassen van het methodisch werkmodel, doch om het zich bewust

zijn van de vele, vaak impliciete factoren die een rol spelen bij het contact tussen huisarts en patiënt, een gebeuren, dat meestal binnen tien minuten zijn beslag krijgt. In het bovenstaande geval van onverwachte, ernstige bevindingen verandert de rol van de huisarts als deskundige en hulpgever in die van deskundige en hulpvrager. Ook hier is weer vraagverheldering, verheldering van omstandigheden, verwachtingen en beelden van belang en met name is de vraag van de huisarts van het grootste belang:

- wil patiënt kennis hebben van de constateringen van de huisarts, van diens bange vermoedens, en een prognose van het te verwachten ziekteproces?
- wil patiënt nader onderzocht worden, wil hij ingrijpende en ziekmakende behandelingen?
- wil patiënt actie van de dokter of stilzwijgen?

Rolwisseling is een vorm van interactie die als vele andere vormen van interactie, methodisch aangepakt kan worden.

### De tweede fase

Volgens het model moet het in de tweede fase komen tot een probleemstelling, het formuleren daarvan, vervolgens het opstellen van een handelingsplan en, na een zogenaamde contractfase, de uitvoering van het handelingsplan. Gezamenlijk is al vastgesteld, wat de werkelijke vraagstellingen van de patiënt op dit ogenblik zijn; aldus is ook nagegaan of de dokter een juiste voorstelling heeft van de verwachtingen van de cliënt. Het is nu aan de orde wegen te zoeken, waarlangs de hulpvragen beantwoord kunnen worden. Daarvoor is het nodig tot probleemstellingen te komen. Ik wil hier niet verder ingaan op de grote waarde, die een werkwijze volgens de zogenaamde problem-solving methode in deze fase heeft. Slechts twee opmerkingen dienaangaande:

Zoals reeds gezegd: het is van belang klachten (of vraagstellingen) niet al te snel als medische problemen te definiëren. De problem-solving methode houdt haast als vanzelfsprekend in, dat er oplossingen voor problemen komen. Dit lijkt me in het hulpverleningsstraject van de huisarts niet altijd juist; en zeker is niet juist dat die oplossingen altijd door de huisarts geboden zouden moeten worden.

De tweede opmerking is, dat een bepaalde vraag dikwijls naar meer dan één probleemstelling geoperationaliseerd kan worden; migraine bijvoorbeeld kan opgevat worden als:

– een geneeskundig probleem waarbij hereditair familiale factoren een rol spelen, cerebrovasculaire verschijnselen vast te stellen zijn en een verscheidenheid aan medicamenten min of meer werkzaam is;

– een probleem waarbij spanningen, psychologische en karakterologische fenomenen van grote invloed zijn;

– een probleem dat aanleiding kan geven tot belangrijk maatschappelijk dysfunctioneren tot arbeidsongeschiktheid toe.

De huisarts staat samen met zijn patiënt voor de taak te bepalen, welke operationalisatie de voorkeur moet hebben. In dit voorbeeld is het duidelijk dat de keuze van het kanaal (de operationalisatie) bepalend kan zijn voor een jarenlange afhankelijkheid aan het gekozen systeem, wanneer eenmaal tot gespecialiseerde hulpverlening besloten wordt. Het komen tot een goede probleemstelling is een moeilijk proces, waarvoor de huisarts tijdens zijn opleiding maar weinig informatie en instrumenten aangeeft krijgt. Het is dikwijls een opluchting voor de dokter, wanneer een probleem als medisch gedefinieerd en geoperationaliseerd kan worden. Binnen de goed uitgewerkte medische methode kan de arts deductief te werk gaan, dat wil zeggen systematisch, aan de hand van anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend biometrisch onderzoek en eventueel aanvullend geavanceerd onderzoek, tot een scherpe diagnose, prognose en de daarop berustende behandeling komen. Maar zodra de klachten niet uitsluitend berusten op aantoonbare pathologie met aanwijsbare oorzaken, verliest de methode zijn relevantie en begint zij (indien toch toegepast) het gevaar van somatische fixatie op te leveren: het stellen van diagnosen wordt etiketteren en leidt niet meer tot oplossingen.

Het maken van het handelingsplan omvat ook het nader onderzoek, zo nodig volgens de medische methode van de huisarts. Ook in deze fase is een bewuste terugkoppeling naar de oorspronkelijke vraagstelling van groot belang.

De deskundige inbreng van de huisarts speelt thans een grote rol, wat betekent dat een onvermijdelijke afhankelijkheid bij de patiënt ontstaat. De patiënt kan er dan gemakkelijk toe komen het initiatief en de besluitvorming aan de dokter over te laten in de mening dat die het wel het beste zal weten. Het is dan ook de bedoeling, het handelingsplan in voor de patiënt begrijpelijke taal aan hem voor te leggen en te verduidelijken wat de te verwachten gevolgen zijn van

de verschillende mogelijkheden. De hulpvrager wordt zodoende in staat gesteld zelf (mede) te beslissen; hij kan beter meewerken aan de uitvoering van het plan en zelf een belangrijk stuk van de procesbewaking op zich nemen.

De bespreking van het handelingsplan eindigt zoals reeds gezegd, met een zogenaamd contract. Hiermee wordt bedoeld, dat duidelijke afspraken gemaakt worden over wie wat doet, wie verantwoordelijk is voor bepaalde delen van het handelingsplan en op welke momenten nieuwe besluiten genomen moeten worden. Meer in het algemeen wordt afgesproken, wat dokter en patiënt van elkaar mogen verwachten bij de uitvoering van het handelingsplan.

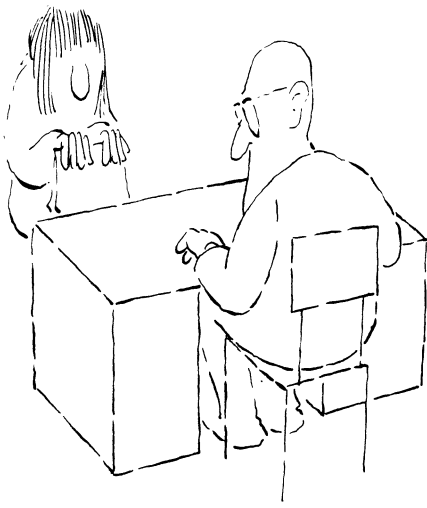
Wat de uitvoering van het handelingsplan betreft, wil ik slechts een opmerking over het belang van goede registratie maken. Ten minste behoren belangrijke biometrische gegevens vastgelegd te worden, voorts besluiten, afspraken, verwachtingen over het verloop van het hulpverleningsproces, het handelingsplan, voorgenomen momenten van toetsing en daarbij aan te wenden middelen, medicatie en indien mogelijk een korte procesbeschrijving. Het nog in ontwikkeling zijnde POR-systeem (problem oriënted registration) kan daarbij van groot belang zijn. Buiten beschouwing laat ik registratie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, ten behoeve van financiers en/of overheden, en van administratie en facturering. Deze registraties moeten wel duidelijk onderscheiden (zo niet gescheiden) worden van eerstgenoemde registratie.

Een goede registratie biedt de mogelijkheid tijdens de uitvoering van het handelingsplan te controleren of alles volgens plan verloopt. Tijdige en bewuste bijstelling van de plannen is beter mogelijk.

### De derde fase

Het bewust afsluiten van de hulpverlening heeft grote voordelen. In de eerste plaats kan men nagaan of de gezamenlijke inspanningen wel het verwachte resultaat opgeleverd hebben. Indien dat het geval is, wordt het van belang na te gaan welke (be)handelingen veel dan wel weinig bijgedragen hebben tot het resultaat. Indien het resultaat beneden verwachting was, is het goed te weten, wanneer en waarom het niet wilde lukken.

Tijdens het hulpverleningsproces wil het nogal eens voorkomen, dat de oorspronkelijke vraagstelling verandert. Terwille van de duidelijkheid is het



ALS U'T NIET ERG VINDT, WOU IK  
HET HULPVERLENINGSproces HIER  
MAAR EVEN AFSLUITEN

goed dan af te sluiten en met een nieuwe intake-procedure aan te vangen.

Het lijkt dus verstandig aan het eind van de rit de balans op te maken en bij langlopende hulpverleningsprocessen te werken met tussentijdse balansen. Dit klemt te meer daar het, door de continue relatie die de huisarts met veel van zijn patiënten heeft, gemakkelijk onduidelijk kan blijven, of een bepaalde kwestie nu afgehandeld is of niet, en in welke context een bepaald contact staat. Is bijvoorbeeld een regelmatige bloeddrukcontrole bij een patiënt aan huis van betekenis voor een behandeling van de bloeddruk? Is het friendly visiting of staat dit contact in dienst van een heel ander hulpverleningsproces?

De functionele relatie krijgt bij de afsluiting weer dezelfde kenmerken als in de intake-fase. Bij de beoordeling van het resultaat van de behandeling heeft de dokter zijn deskundige inbreng, doch het oordeel van de hulpvrager telt minstens zo zwaar als dat van de dokter. De balans wordt gezamenlijk opgemaakt; samen wordt overwogen of nog verdere acties ontplooid moeten worden of dat de cliënt zelfstandig verder kan, en of er inmiddels nieuwe hulpvragen zijn ontstaan.

## Conclusie en samenvatting

Methodisch werken is een werkwijze voor huisartsen, niets meer en niets minder. Denken en spreken over methodisch werken brengt ons meteen naar de doelstellingen van de huisartsgeneeskunde. Het is niet zo, dat methodisch werken de oplossing biedt voor de vele vragen die gesteld worden over plaats, taak, functie en inhoud van de huisartsgeneeskunde. Wel zal men door methodisch werken kunnen vaststellen, welke vragen er bestaan en hoe ze zijn, wat de werkelijke problemen zijn en langs welke wegen we systematisch tot oplossingen kunnen komen, zowel wat de huisartsgeneeskunde in het algemeen betreft, als wat de vragen van de individuele patiënt aangaat.

De werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap had bij de beschrijving van methodisch werken de volgende doelstellingen voor ogen:

- huisartsen staan als eerstehulpverleners open voor alle vragen om hulp;
- mensen zijn zelf verantwoordelijk voor eigen lijf en leven en dus ook voor hun eigen hulpverleningsproces; huisartsen stimuleren en respecteren die eigen verantwoordelijkheid en helpen hulpvragers hun eigen besluiten te nemen;
- de relatie tussen huisarts en patiënt dient een functionele relatie te zijn, dat wil zeggen: de relatie is ondergeschikt aan het hulpverleningsproces en geen doel op zichzelf;
- procesbewaking is een noodzakelijk onderdeel van professionele hulpverlening en dient in de werkwijze ingebouwd te zijn;
- het hulpverleningsproces moet duidelijk en inzichtelijk voor patiënt en dokter zijn;
- de voorgestelde werkwijze is eigenlijk niet specifiek voor huisartsen, maar bruikbaar voor alle eerstelijns hulpverleners.

Autorijden kan men niet uit boekjes leren; degene die precies weet waar alle knoppen voor dienen en volgens welke regels gehandeld moet worden, is zonder oefening toch een gevaar op de weg. Dat gaat voor methodisch werken ook

op. Men kan zich een werkwijze niet eigen maken door rapporten te lezen. Veel oefenen is nodig; dat is mogelijk door deel te nemen aan de cursussen die op verschillende plaatsen in het land georganiseerd worden door het NHG en het NHI tezamen.

Wat is nu het resultaat van methodisch werken? Zeker is het voor veel patiënten minder gemakkelijk. Zij moeten zelf meer werken dan voorheen. Degenen die zich veilig voelen in een afhankelijkheidsrelatie, zullen deze aanpak aanvankelijk minder prettig vinden. Patiënten worden op een weg geleid waar zijzelf meer verantwoordelijkheid moeten dragen, harder moeten werken aan het eigen genezingsproces en zelf besluiten moeten nemen en keuzen maken. Sommige patiënten vinden dat moeilijk, anderen zijn er dankbaar voor.

Huisartsen die ervaring met methodisch werken hebben, merken dat veel frustraties in de spreekkamer opgelost kunnen worden, dat de inspanningen van dokter en patiënt groter zijn en de onderlinge spanningen minder. De dokter kan meer zichzelf zijn en hoeft niet weg te kruipen in gestandaardiseerd rolgedrag. Methodisch werken zal in de dagelijkse praktijk van de spreekkamer verder ontwikkeld moeten worden.

In dit artikel is een aantal algemene opmerkingen over methodisch werken gemaakt. Enkele aspecten zijn wat scherper belicht. Veel belangrijke dingen, zoals het onderscheid in doel, alibi en hulpvragen, of het opbouwen van een functionele relatie, het rollenspel, en de benodigde vaardigheden voor methodisch werken, zijn niet genoemd. De NHG-rapporten *Hoe helpt de dokter* en *Methodisch werken* en de nieuwe syllabus *Methodisch werken* van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit in Amsterdam geven meer informatie.

Naar mijn overtuiging leidt methodisch werken ertoe, dat dokter en patiënt meer ruimte krijgen om ieder met eigen stijl en verantwoordelijkheid gezamenlijk het hulpverleningsproces aan te gaan en dat zo goed mogelijk naar beider verwachting te laten verlopen.