

Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk

2. Analyse van een consult

F. VAN DER HORST, W. VIERHOUT EN W. MEULDERS*

In deze tweede bijdrage wordt een consult geanalyseerd met behulp van het SOEP-schema. Tevens wordt aandacht besteed aan het probleem-oplossen door de huisarts; dit wordt in verband gebracht met de zogenaamde empirische cyclus, een abstract model van het probleem-oplossend proces. Het SOEP-schema kan beschouwd worden als een gesimplificeerde toepassing van deze empirische cyclus.

Inleiding

De ervaringen met het SOEP-journaal, zoals beschreven in ons eerste artikel – (1981 *huisarts en wetenschap* 24, 252-258 – hebben ons geïnspireerd tot een bezinning op het probleem-oplossend gedrag van de huisarts.

Zowel in de buitenlandse als in de Nederlandse huisartsgeneeskundige literatuur is reeds uitvoerig aandacht besteed aan probleem-oplossen. In Nederland geeft *Van der Kooij* een verhelderende uiteenzetting over probleem-oplossen en SOEP-journaal waarin hij globaal de relatie tussen, beide bespreekt. Het unieke van het artikel van *Holten-Vrieseema e.a.* ligt in het feit dat het een systematische en normerende uiteenzetting bevat over methodisch werken enerzijds en de arts-patiënt relatie anderzijds. *Van Geldorp* gaat in op onderwijservaringen met probleem-oplossen. Volgens hem bestaat behoefte aan een beter begrip van probleem-oplossstrategieën van huisartsen. Aan het slot van zijn artikel stelt hij: „Het is wenselijk dat huisartsen werken aan een theoretische en praktische onderbouwing van dit aspect van hun werk en daarover publiceren”. *Hoekman* gaat op deze uitnodiging in met een verslag van een onderzoek naar probleem-oplossstrategieën van ervaren huisartsen en arts-assistenten.

Onze bijdrage onderscheidt zich van deze artikelen in drie opzichten:

– het (huisarts)geneeskundig handelen

wordt gerelateerd aan de empirische cyclus;

– een consult wordt geanalyseerd met de SOEP-notatie; de betrokkenheid van de arts en patiënt op elkaar en op het aangeboden probleem staat hierbij centraal;

– de SOEP-cyclus wordt in verband gebracht met de empirische cyclus.

Aan de hand van een praktijkvoorbeeld willen we duidelijk maken dat het SOEP-schema gebruikt kan worden om besliskundige cycli te destilleren uit één arts-patiënt ontmoeting.

Onze vraagstellingen zijn:

– in hoeverre kan de SOEP-notatie behulpzaam zijn bij de procesmatige analyse van de arts-patiënt ontmoeting?

– welke inzichten levert een dergelijke analyse op en welke betekenis kunnen die inzichten hebben voor de medische hulpverlening en de medische opleiding?

Probleem-oplossend denken

Een bekend uitgangspunt van de studie van menselijk gedrag is de opvatting dat de mens een probleem-oplossend wezen is. Elk mens wordt iedere dag geconfronteerd met problemen. Voor een veelvoud hiervan bestaan zinvolle en minder zinvolle standaardoplossingen, die tijdens de opvoeding, inclusief de officiële opleidingen, overgedragen worden. De verscheidenheid van problemen die in het dagelijks leven opgelost moeten worden, is zeer groot en varieert van het zoeken naar oorzaken van de hoofdpijn bij patiënt X, tot het vinden van een defect aan de koffiemolen of het – vanuit een gegeven theore-

tisch gezichtspunt – interpreteren van het „overleesgedrag” van alternatieve hulpverleners in Zuid-Limburg. Steeds is er een doel dat men wenst te bereiken. De middelen daarvoor zijn echter niet zonder meer gegeven; deze moeten nog gevonden en uitgewerkt worden in het probleem-oplossend proces.

Hulpverleners worden geacht behulpzaam te zijn bij het oplossen van problemen van anderen. De medische hulpverlener wordt verondersteld hierbij gebruik te (kunnen) maken van bestaande wetenschappelijke kennis en inzichten (theorieën).

Aan het klassieke, medische onderwijsstelsel ligt het volgende uitgangspunt ten grondslag (aldus onder anderen *Barrows and Neufeld*): de student zal als arts op zinvolle wijze met de aangeboden medische problemen omgaan als hij:

– de voornaamste basiswetenschappelijke feiten kent;

– op de hoogte is van de meest gangbare klinisch-medische opvattingen;

– bekend is met en kennis heeft van de belangrijkste ziektebeelden;

– de werkwijzen en rituelen kent van de anamnese en het lichamelijk onderzoek en de behandeling.

Langzaam wint de gedachte veld dat deze punten weliswaar noodzakelijk zijn, maar niet voldoende, wil men van een goede arts kunnen spreken. Meer en meer vat in de medisch-onderwijskundige literatuur de opvatting post, dat het verantwoord beredeneren de belangrijkste vaardigheid voor de arts is. Deze opvatting heeft, zij het nog op kleine schaal, een institutionele neerslag gevonden in een probleemgeoriënteerd onderwijssysteem. De centrale vraag is niet meer: wat moet de arts weten over de aangeboden ziekten/problemen, maar veeleer: hoe moet de arts uitgaande van een zekere kennis over ziekte en gezondheid, de aangeboden problemen of vragen benaderen, ten einde deze doelmatig en doeltreffend te hanteren en/of op te lossen. Hieraan ligt de opvatting ten grondslag dat het adequaat omgaan met problemen een deskundigheid is, die de student niet „later vanzelf komt aanwaaien”, en die dus onderwezen moet worden.

In het probleemgeoriënteerd onderwijssysteem leiden wij goede artsen op, wanneer:

– de basiswetenschappelijke en geneeskundige kennis op basis van reële problemen wordt aangeboden;

– aandacht wordt besteed aan de wijze waarop dit probleem opgelost kan wor-

* Respectievelijk socioloog, huisarts en socioloog, werkzaam aan de Rijksuniversiteit Limburg. De eerste twee auteurs maken deel uit van de Projektgroep verslaglegging.

den, zoveel mogelijk in aansluiting op de opvattingen van de hulpvrager.

Deze twee leerprocessen moeten zodanig op elkaar afgestemd worden, dat de benodigde kennis en de gewenste attitude, zowel met betrekking tot het probleem als met betrekking tot de patiënt, geïntegreerd zijn.

Een groot probleem voor het onderwijs is gelegen in het feit dat, hoewel over de probleem-oplossende benadering het een en ander bekend is, deze benadering nog moeilijk overdraagbaar is. Dit houdt in dat er nog geen uitgebalanceerde onderwijsconcepten zijn. Maar daarom is het nog niet onmogelijk in het onderwijs regelmatig en systematisch stil te staan bij het probleem-oplossend proces. Waar we voor willen pleiten, is niet dat het handelen van de arts een wetenschappelijk karakter dient te krijgen – hulpverleners noch hulpvragers lijken hiermee gediend –, maar dat zijn handelen op maatschappelijk en wetenschappelijk verantwoorde wijze gebeurt. Dit houdt in dat de arts zodanig rekenschap aflegt van zijn denk- en handelwijze, dat een en ander voor derden objectiveerbaar en controleerbaar is.

De empirische cyclus

De *empirische cyclus* in uitgebreide vorm kan volgens *De Groot* als volgt beschreven worden: het formuleren van doel en middelen, het op grond hiervan verrichten van waarnemingen, proberen of een bewust geselecteerd middel tot het doel leidt, de resultaten hiervan vastleggen, deze resultaten vervolgens toetsen en evalueren.

In het geval van medisch probleem-oplossen kan men vier typen onderscheiden (*Van der Horst*):

a) een cyclus zonder reflectie (probleem-oplossen als kortsluitingsreactie);

b) een cyclus met onsystematische reflectie;

c) een cyclus met systematische reflectie;

d) een cyclus met wetenschappelijke reflectie.

Wanneer de arts op basis van een klacht zonder verdere analyse – op voor hem vanzelfsprekende wijze – direct komt tot een diagnose en therapie, spreken we van een kortsluitingsreactie (*shortcut* of *shunt* genaamd). Het doel, het middel en de oplossing zijn als het ware tegelijkertijd gegeven. Bijvoorbeeld: metaaldeeltje in het oog betekent in „plantermen”: verwijderen corpus alienum.

In andere gevallen is reflectie noodzakelijk. Deze reflectie kan onsystematisch, systematisch en of wetenschappelijk verlopen. In het eerste geval is er sprake van een willekeurig proberen. In het tweede geval worden de keuze van de middelen en de onderlinge afweging beredeneerd op basis van een expliciet doel. De vraag of een middel tot het doel voert, wordt tijdens het proces beantwoord „doordat het subject (in dit geval de arts – vdH e.a.) een tentatieve keuze doet en het middel probeerderwijs toepast, hetzij in de werkelijkheid, hetzij in de voorstelling en het vervolgens op zijn doeltreffendheid toetst” (*De Groot*). Van een wetenschappelijk verantwoorde reflectie is sprake wanneer de ervaring niet alleen probeerend verworven en denkend verwerkt wordt, maar vooral ook op logisch en methodologisch verantwoorde wijze beredeneerd wordt.

De typen a, b en c zijn afgeleid van type d. We hebben deze typen geconstrueerd via „toetsing” van consulten aan type d. In *figuur 1* wordt een en ander weergegeven.

Wanneer de klacht van de patiënt niet zonder meer duidelijk is voor de arts, zal

de eerste doelstelling zijn: zicht krijgen op het probleem, aan de hand van de gepresenteerde klacht. Dit is op zich een probleem-oplossend proces. Als duidelijkheid bestaat over wat het probleem van de patiënt is, kan de arts verder gaan. Pas dan komt hij tot zijn tweede doelstelling: zicht krijgen op de achterliggende oorzaken van het probleem (somatische, psychische en sociale oorzaken). Hiermee start de probleemanalyse met behulp van de middelen anamnese en onderzoek. In dit proces komt de arts wellicht tot een aantal mogelijke oplossingen (evaluaties). Door verdere exploratie kan hij tot een (al dan niet voorlopige) „definitieve” evaluatie komen. Het volgende doel is dan te komen tot een beleidsplan. Ook kan hij komen tot een aantal alternatieve oplossingen (nu: beleidsplannen), die tegen elkaar afgewogen worden. Dit proces resulteert in een al dan niet definitief plan.

Het systematische karakter van de reflectie is duidelijk. Tevens blijkt dat de empirische cyclus veelal bestaat uit een aantal kleinere cycli.

In de huisartspraktijk worden situatie a, b en c alle aangetroffen. Wij veronderstellen dat bij wetenschappelijk onderzoek naar het handelen van de arts de situaties a en b de overhand zullen hebben. Situatie c zal in mindere mate voorkomen; de wetenschappelijke reflectie (d) zal niet (kunnen) voorkomen.

Systematische reflectie volgens type c veronderstelt, dat in elke subcyclus:

- steeds opnieuw het doel en het probleem geformuleerd worden;
- afweging van middelen plaatsvindt;
- verwachtingen „uitgesproken” worden;
- nagegaan wordt of de resultaten van het gekozen middel beantwoorden aan de verwachtingen (toetsing);

Figuur 1. Typologie van de empirische cyclus.

Stappen	a) zonder reflectie	b) met onsystematische reflectie	c) met systematische reflectie	d) wetenschappelijk
1.	„Waarnemen”	„Waarnemen”	Waarnemen	Observeren (bewust verzamelen en groeperen van feiten)
2.	(Bijna) zeker weten of „slag in de lucht”	Vermoeden	Veronderstellen	Vormen hypothesen
3.	Doen	Proberen of...	Voorspellen en systematisch proberen of...	Inductie (formuleren hypothesen)
4.	Geen toetsing	Nauwelijks toetsing	„Toetsing”	Deductie (afleiden consequenties uit hypothesen in de vorm van toetsbare voorspellingen)
5.	Geen evaluatie	Geen evaluatie	Nauwelijks evaluatie	Toetsing (nagaan of hypothesen al dan niet uitkomen)
				Evaluatie (uitkomsten toetsing in verband brengen met gestelde hypothesen, maar vooral met bredere kaders (theorieën))

– nagegaan wordt wat de relatie is tussen het verkregen resultaat en het doel dat gesteld is (evaluatie).

Het probleem-oplossend proces krijgt een wetenschappelijk karakter wanneer het doel, het probleem en de verwachting nauwkeurig geformuleerd worden en logisch uit elkaar voortkomen. We spreken dan onder andere van het formuleren van probleemstellingen en hypothesen. Deze hypothesen dienen zodanig geformuleerd te worden dat specifieke consequenties afgeleid kunnen worden in termen van toetsbare voorspellingen. De resultaten van het toetsingsproces moeten geïntegreerd kunnen worden in het theoretische kader dat mede aan de probleemstelling en hypothesen ten grondslag ligt (evaluatie).

Wij veronderstellen dat probleem-oplossen volgens type c bij meer gecompliceerde problemen in de praktijk het meest nastrevenswaard is. Hierdoor wordt immers het methodisch werken bevorderd, hetgeen ertoe bijdraagt dat artsen beter in staat zijn zichzelf rekenschap te geven van hun handelen en daarover in eenduidige termen rekenschap af te leggen tegenover hun collega's. Hierdoor kunnen intercollegiaal overleg en toetsing meer inhoud krijgen, zowel in de praktijk als in het onderwijs.

Analyse van een consult

Bij wijze van experiment hebben we het SOEP-schema gebruikt als notatiesysteem om een eerst op de band opgenomen en daarna uitgeschreven consult te structureren. Het SOEP-schema fungeerde hierbij dus niet als instrument van probleemgeoriënteerde verslaglegging. De afzonderlijke SOEP-elementen fungeerden als codes om clusters van uitspraken, handelingen, percepties en intenties te benoemen. Uitsprakenclusters van de patiënt codeerden we als S (subjectief), uitspraken- en handelingsclusters van de arts als O (objectief). Het ordenen en verwerken codeerden we als E (evaluatie) en het uitzetten van een strategie of plan als P. Elk cluster kan gezien worden als een respons op de voorgaande stap van de andere partij en tevens als een stimulus voor de volgende stap.

De volgende fasering is aangebracht: fase één begint met de openingszet van de patiënt (S1), fase twee met de tweede set uitspraken van de patiënt, enzovoort. Op deze wijze zijn de eerste acht fasen van het consult weergegeven. De negende fase is buiten beschouwing ge-

Figuur 2. Het statische verslag met behulp van het „aangeklede” SOEP-journaal.

	Geboortedatum	: 16-08-1934
	Geslacht	: ♂
1) Datum:	S.P.s. :	hoofdpijn, t.g.v. trauma.
17-11-'76		
2) Tijdnood:	S.P.a. :	14 dgn., bezorgd om klacht.
(ja)/neen		
3) Bekendheid	S.A. :	patiënt die steeds mooi weer speelt.
patiënt:		
(goed)matig/slecht		
4) C_a C_{ap} C_p	0 :	RA. Drukpijn nek. Kloppijn sinussen: negat.
V_a V_{ap} V_p		RR 130/80; ur.alb.: neg.; glucose: neg.
5) Bijzonderheden:	E :	nekpijn ze.pr. (ze) wsl ?
		wsl. t.g.v. ernst pr. ze (ma) mi
		spanning, vnl. hinder pr. ze (ma) mi
		onrust m.b.t. aard pr. (som)ps-som ps-soc
		de klacht p.inz.oorz.kl. ja nee (?) nv:
6) Tijdsduur:	P :	
< 5 min.		
5-10 min.		
(>10 min.)		
	diagn. :	GA C_a C_{ap}
		V_a V_{ap}
	ther.+voorl. :	pijnstiller
		nekmassage
		geruststelling
		met enkele dagen rust
	beleid :	even afwachten evt. retourtermijn: 1 week
	p.inz.gegev. :	ja/neen/nvt(?)

Voor de betekenis van de gebruikte afkortingen zij verwezen naar Van der Horst e.a.

laten, omdat een nieuwe klacht (pijn bij plassen) werd gepresenteerd, onafhankelijk van de hoofdklacht.

De uitspraken van arts en patiënt zijn letterlijk van de band overgenomen. De handelingen van de arts konden niet steeds exact worden vastgesteld. Om twee redenen is na structurering van het gesprek het consult uitvoerig met arts en patiënt besproken: het verkrijgen van uitsluitel over de door de arts verrichte onderzoeken en het toetsen van onze veronderstellingen ten aanzien van beider percepties en intenties (de E's en P's) aan hun uitspraken daaromtrent. Overigens was de grote overeenkomst tussen hun uitspraken en onze veronderstellingen daarbij opvallend.

Teneinde een globaal overzicht te bieden van het te analyseren consult wordt het gesprek met behulp van een „aangekleed” SOEP-journaal eerst „statisch” en vervolgens „dynamisch” weergegeven. In het statische verslag (figuur 2) ligt de nadruk zowel op de gepresenteerde klacht als op de resultaten van het proces (onderzoek, evaluatie en plan). In het dynamische verslag ligt de nadruk op de procesmatige as-

pecten van het handelen van arts en patiënt. Zowel het verbale gedrag, als de gedachtengang en overwegingen die hieraan ten grondslag liggen, worden weergegeven. Het medisch handelen van de arts wordt ook gepresenteerd; het maakt als zodanig deel uit van de interactie.

Het consult heeft betrekking op een patiënt die bij de arts reeds bekend was als min of meer problematisch. Reeds verschillende malen was hij met hoofdpijnklachten en andere, voor de arts diffuse, klachten op het spreekuur verschenen. Arts en patiënt waren derhalve niet „blanco” voor elkaar.

De binnenkomst van de patiënt in de spreekkamer tot het moment waarop arts en patiënt zich verbaal uiteten, duiden we aan als de *nulfase* (figuur 3). Op grond van het beeld dat de partners van elkaar hebben komen ze allebei met een „evaluatie” en „plan”. In deze fase is zowel voor de huisarts als voor de patiënt een S vermeld, om te benadrukken dat het hier om subjectieve indrukken ten opzichte van elkaar gaat. In figuur 4 is de afkorting S gereserveerd voor de patiënt; alle vragen, op- en aanmerkingen alsmede handelingen van de

arts worden dan als O aangeduid. De E en P reserveren we voor gedachten/overwegingen van de partners, voor zover deze niet verbaal tot uiting komen.

In de vierde fase (figuur 4) krijgt de arts duidelijkheid over de achtergrond van de klacht. Op grond van vragen van de arts in de derde fase heeft de patiënt kennelijk de indruk dat hij naar somatische achtergronden zoekt en niet bij voorbaat een „psychische” verklaring heeft. De arts denkt al langer (figuur 3) in de richting van spanningshoofdpijn, maar wil wel eerst nagaan of er somatische achtergronden zijn.

De vraag van de arts „of er zorgen” zijn, geeft een aanzienlijke spanning. Het consult krijgt dan ook een evidente wending: er is duidelijk een aanzet tot open onderhandelingen over de definitie van de situatie. De patiënt wil blijkbaar verdere diagnostiek, terwijl de arts eigenlijk al een definitieve evaluatie heeft. Hoewel de arts liever overstapt naar het plan, beseft hij kennelijk dat de patiënt hier nog niet aan toe is. Bovendien wenst hij een verdere onderbouwing van zijn eigen evaluatie en hij vervolgt met vragen naar somatische achtergronden. Daarmee is schijnbaar een compromis bereikt: de patiënt percipieert dat de arts vervolgt met vragen die betrekking hebben op zijn lichamelijk functioneren, terwijl de arts de door hem veronderstelde evaluatie verder tracht te toetsen. Door met de patiënt mee te gaan probeert hij hem te overtuigen, terwijl hij zijn eigen mogelijk resterende twijfel over de evaluatie kan laten afnemen.

Na de zesde fase, in afwachting van de uitslag, proberen arts en patiënt elkaar te overtuigen, zoals onder S7, P7 en O7 blijkt. Met de uitslag van het onderzoek in fase 8 krijgt de arts het gelijk aan zijn kant. Hij brengt de patiënt dan ook in verwarring. Zoals blijkt, geeft deze zich niet helemaal gewonnen, maar hij ziet tegelijkertijd geen mogelijkheden

nieuwe tegenzetten te doen. Arts en patiënt hebben blijkbaar geen behoefte meer hun onderhandelingen voort te zetten. Omdat de arts de stellige indruk heeft de patiënt niet te kunnen overtuigen, komt hij hem tegemoet over als therapie niet alleen rust voor te schrijven, maar tevens te adviseren naast het gebruik van een pijnstiller ook nekmassage toe te passen.

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat het analyseren van het consult vanuit een medisch-besliskundige optiek een eenzijdig beeld oplevert van hetgeen zich afspeelt. Het is van belang zich te realiseren dat de patiënt ook vanuit een (niet-professionele) medische optiek kan opereren. Zoals de arts mede optreedt vanuit zijn medisch-professionele referentiekader, zo kan de patiënt mede vanuit zijn lekenreferentiekader optreden. Een belangrijke vraag in dit verband is, of een patiënt zijn eigen ideeën over wat er aan de hand is, heeft en zo ja, wanneer en op welke wijze hij deze tijdens het consult inbrengt.

In onze benadering van het consult hebben we gepoogd het sterk eenzijdige karakter van de medisch-besliskundige optiek te vermijden. Het analyseren van beslissingsprocessen vindt plaats tegen de achtergrond van het medische én het sociale referentiekader van zowel arts als patiënt.

Naast deze besliskundige benadering kan volledigheidshalve nog een andere genoemd worden: de speltheoretische (Philipsen). Deze is vooral van toepassing in de arts-patiënt contacten waarin een wederzijdse beïnvloeding van de partners plaatsvindt vanuit het al dan niet terechte vermoeden, dat de doelstellingen en uitkomsten die ieder beoogt, divergeren. In ons voorbeeld blijkt ook deze benadering van toepassing te zijn. In het kader van dit artikel gaan wij hier echter niet verder op in.

De empirische cycli en de SOEP-fasen

Procesanalyse van ons consult geeft grofmazige informatie over de fasen. Typering van de verschillende SOEP-fasen in termen van de empirische cyclus kan meer informatie geven over de keuze van de middelen en over de wijze van reflectie per fase.

Een consult heeft meestal niet evenveel SOEP-fasen als empirische cycli. Bovendien kunnen deze cycli steeds verschillend van aard zijn. In één SOEP-fase kunnen een of meer cycli voorkomen van type a, van type a en type b, van type b en type c, enzovoort. Wanneer we vanuit de empirische-cyclus typologie de eerste vier fasen van het hoofdpijnconsult in ogenschouw nemen, valt het volgende op:

SOEP-fase nul is het gezichtspunt van waaruit de arts de patiënt tegemoet treedt en van waaruit hij de klacht hoofdpijn, zoals in SOEP-fase 1 gepresenteerd, beziet. Vervolgens verzamelt hij op basis van een aantal impliciete veronderstellingen materiaal. Hiermee is de waarnemingsfase van de empirische cyclus gegeven.

Aan deze brede waarneming liggen enkele veronderstellingen ten grondslag, waardoor zijn waarnemingen betekenis krijgen. Alle door de arts gemaakte veronderstellingen vormen de kern van het probleem-oplossend proces. Zij doen hem begrijpen welke probleem/problemen aan de gepresenteerde klacht ten grondslag ligt/liggen. Gegeven de set vragen (hoe lang hoofdpijn; wisselde het nogal eens; last met slapen; last met ogen) poot hij zijn centrale veronderstelling „spanningshoofdpijn” te toetsen door primair somatische achtergronden en oorzaken uit te sluiten: hij vermoedt spanningshoofdpijn, maar probeert uit te zoeken of andere somatische factoren mogelijk een rol spelen; hij ontwikkelt simultaan een groot aantal impliciete veronderstellingen en verzamelt materiaal om uiteindelijk een kleiner aantal veronderstellingen over te houden. Aan het begin van fase 2 ligt spanningshoofdpijn met meer zekerheid voor de hand dan in de nulfase en aan het begin van fase 1.

Binnen SOEP-fase 1 kunnen we een groot aantal empirische cycli onderscheiden; deze kunnen het best getypt worden als cycli van het type b. Na SOEP-fase 2 gaat de arts op zoek naar spanningen ter ondersteuning van zijn veronderstelling „spanningshoofdpijn”. In SOEP-fase 3 toetst hij zijn veronderstelling aan spanningssituaties.

Figuur 3. De nulfase

Arts

Gedachten vooraf

Goedbedoelende man die problemen in het huwelijk ontkent. Echtbaar volgt groepstherapie.

Probleempatiënt:

Gesprek voorzichtig voeren.

Patiënt

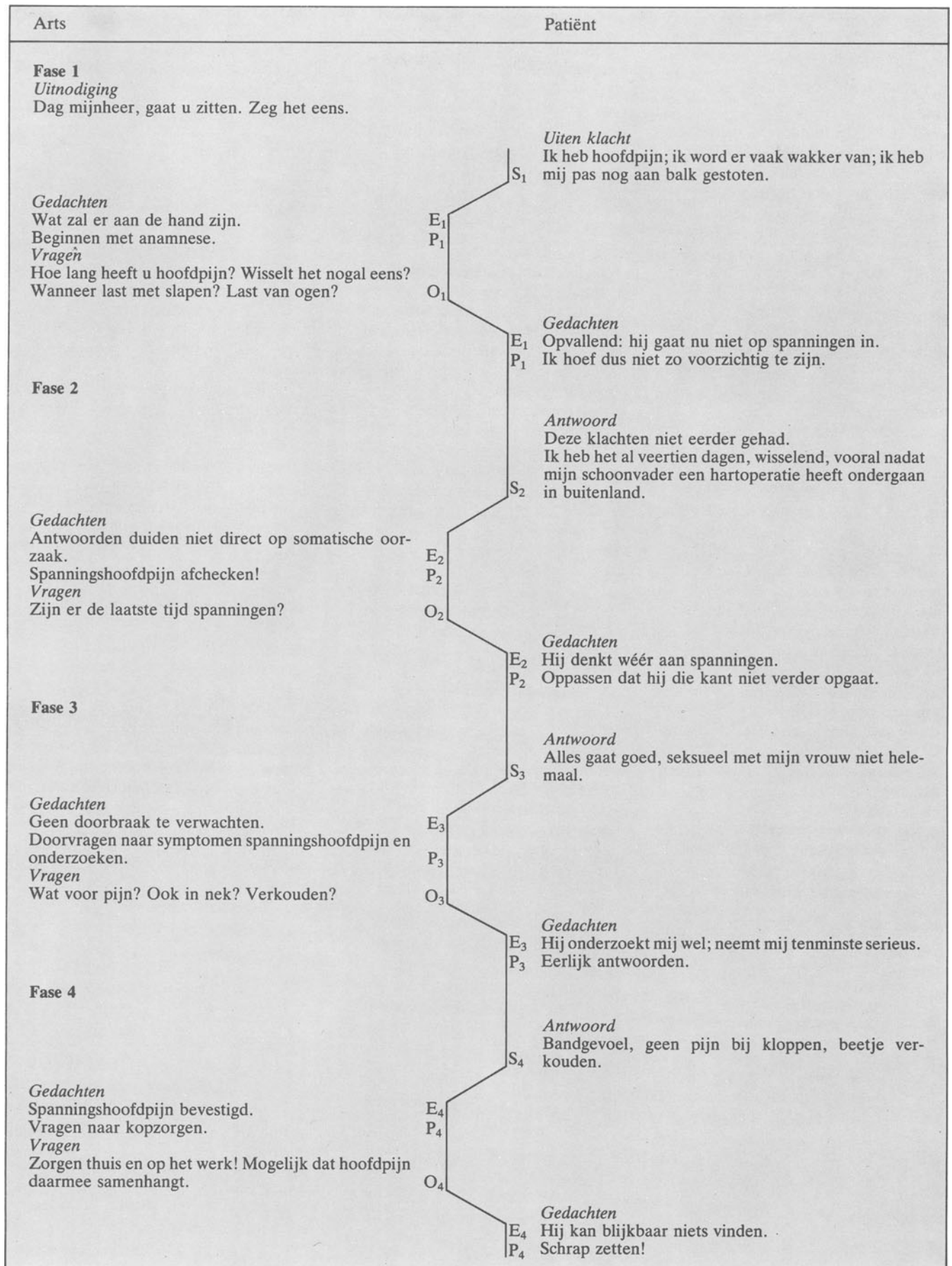
Gedachten vooraf

S₀ S₀ Aardige dokter die gelukkig ook op psychische kanten let. Soms geneigd lichamelijke klachten te snel uit spanningen te verklaren.

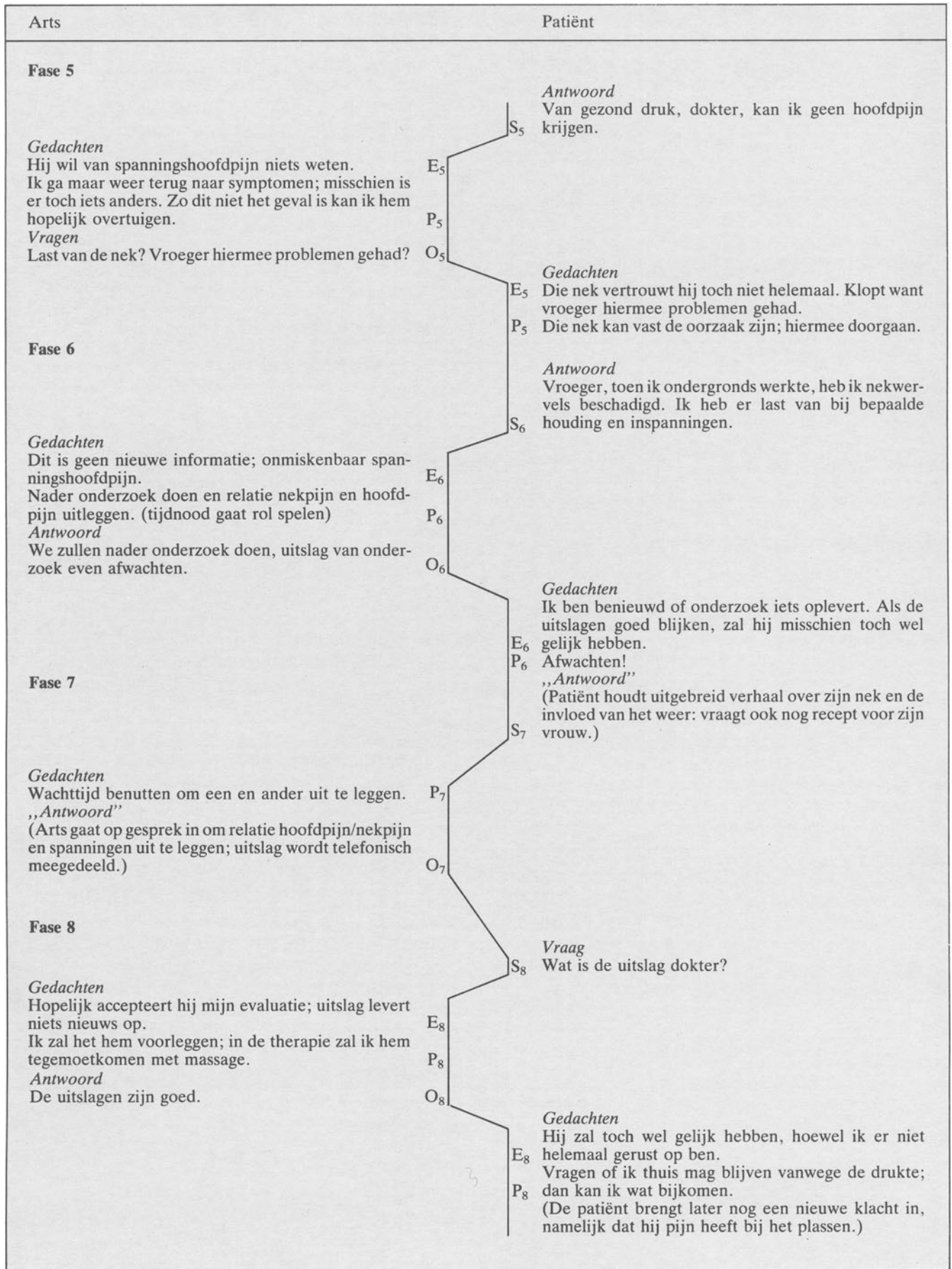
E₀ E₀ Ik denk dat mijn hoofdpijn met iets lichamelijks samenhangt.

P₀ P₀ Wil hierover zekerheid. Laat mij niet met kluitje in het riet sturen. Arts eventueel hard aanpakken.

Figuur 4. Het dynamische verslag.



Figuur 4. Het dynamische verslag (vervolg).



Bevestiging langs deze weg is echter niet mogelijk; daarom gaat de arts in fase 3 op een andere wijze zijn vermoeden „verifiëren” (vragen naar symptomen van spanningshoofdpijn). Aan het eind van deze fase is hij zeker. Vanaf fase E3 (arts) tot en met fase S4 (patiënt) is er één empirische cyclus. Deze lijkt getypeerd te kunnen worden als een cyclus van het type c. Vanaf E4 (arts) uit de arts openlijk zijn constatering door de vraag te stellen of er thuis of op het werk zorgen zijn. Omdat de patiënt niet meewerkt, kan de arts hierover geen gegevens verzamelen.

Uit het voorafgaande blijkt dat de empirische cycli niet samen hoeven te vallen met de SOEP-fasen. Evenzeer blijkt dat de cycli een verschillend karakter hebben. Zonder in te gaan op het verdere verloop van het consult, kunnen we op basis van de door ons verrichte verdere analyse het volgende vaststellen:

- Vooral in de eerste SOEP-fase wordt de empirische cyclus verschillende malen snel en impliciet doorlopen, terwijl deze in latere SOEP-fasen langzamer en explicieter verloopt. Als we ons een continuum voorstellen met aan het linker uiteinde de empirische cyclus a en aan het rechter uiteinde de empirische cyclus c, dan blijkt, naarmate het hoofdpijngesprek vordert, het karakter van het probleem-oplossend proces te verschuiven van links naar rechts.

- Met name vanaf de vierde fase probeert de arts nauwelijks meer duidelijkheid te krijgen over het aangeboden probleem. Voor hem is de oorzaak van de klacht vrijwel evident. Zijn vervolgen van het consult kan veeleer begrepen worden vanuit een therapeutisch gezichtspunt: de arts probeert de patiënt zo ver mogelijk te volgen in zijn probleem-oplossend proces, teneinde zijn evaluatie aan hem duidelijk te maken. Vanaf de vierde fase is er derhalve sprake van een nieuw probleem, namelijk „hoe kan ik de patiënt overtuigen van mijn evaluatie?”

- Het is duidelijk dat de waarnemingen niet op zichzelf staan, maar inhoud krijgen vanuit veronderstellingen. Het is te begrijpen dat de huisarts in fase 3 een andere weg gaat bewandelen. In fase 2 loop hij vast op het gebrek aan bereidheid van de patiënt informatie te verstrekken. De reden van de patiënt is duidelijk. De empirische cyclus van het type d geeft aan dat en hoe veronderstellingen aan elkaar gekoppeld dienen te worden, teneinde op vruchtbare wijze het zoekproces te kunnen vervolgen.

Beschouwing

In het voorgaande is duidelijk geworden dat de SOEP-notatie behulpzaam kan zijn bij de procesanalyse van een consult. We kunnen daarin een cyclisch verloop onderscheiden. Tevens is de relatie tussen SOEP-fasen en empirische cycli naar voren gekomen. De SOEP-notatie kan beschouwd worden als een gesimplificeerde toepassing van de empirische cyclus; deze notatie geeft daarmee een aantal belangrijke aspecten van het probleem-oplossend proces weer. De SOEP-notatie blijkt een uniek hulpmiddel om het probleem-oplossend proces objectieverbaar te maken, terwijl de termen van de empirische cycli een hulpmiddel kunnen zijn om dat proces te begrijpen.

Met behulp van de SOEP-notatie kunnen vele aspecten van het besliskundige proces geobjectiveerd worden. Dit geldt niet alleen ten aanzien van de arts, maar ook ten aanzien van de patiënt. Bovendien kan zo inzicht verkregen worden in de onderlinge verhouding van deze processen. De perceptie en intenties van arts en patiënt vormen als het ware de mechanismen die aan de achtereenvolgende uitspraken en handelingen ten grondslag liggen. Duidelijk komt naar voren dat de partners zowel op het aangeboden probleem als op elkaar betrokken zijn.

Vooraf bij diffuse klachten is het zinvol de patiënt als partner actief te betrekken bij de hulpverlening, niet primair op sociaal-empathische gronden, maar vooral uit instrumentele overwegingen. Het gaat er niet om dat de patiënt (eenmalig) de „ruimte krijgt” bij de klachtenpresentatie, maar dat hij daadwerkelijk betrokken wordt bij het gehele verloop van het probleem-oplossend proces. In hoeverre de patiënt door de arts actief betrokken wordt bij het probleem-oplossend proces, kan achteraf met behulp van de SOEP-notatie en met begrippen van de empirische cyclus vastgesteld worden. Het actief betrekken van de patiënt vergroot zowel de kans op een meer betrouwbare evaluatie „at the level of understanding” van hulpverlener én patiënt, als de kans op onderlinge overeenstemming ten aanzien van de uitkomst van het consult. En daarmee wordt de kans op „opvolgedrag” van de patiënt waarschijnlijk vergroot.

Uit de literatuur (onder anderen *Stimson and Webb*) blijkt dat de normen en waarden van de hulpverleners meestal niet overeenkomen met die van de hulpvrager. Vooral bij diffuse klachten is het

wenselijk dat elke arts-patiënt ontmoeting een open onderhandelingsproces is, waarbinnen men tot overeenstemming komt. De patiënt dient daarom niet alleen gezien te worden als object van de hulpverlening, maar moet er als subject actief bij betrokken worden.

Tot slot enkele opmerkingen over de gebruikelijke terminologie in studies over probleem-oplossen: het blijkt dat termen van de wetenschappelijke empirische cyclus vaak zonder reserve gebruikt worden als aanduiding voor de denkprocessen van de arts. Zo wordt in een artikel van *Feightner et al.* gesteld dat artsen gebruik maken van *hypothesen*. Deze auteur omschrijft het begrip hypothese als „ideeën, ingevingen, diagnoses of mogelijke verklaringen”. Het op deze wijze interpreteren van de term hypothese is ons inziens verwarrend en onjuist. Beter ware het de termen *vermoeden* of *veronderstelling* te gebruiken. Niet alleen omdat het begrip hypothese nauw omschreven is, maar ook omdat het probleem-oplossend proces van de huisarts als zodanig geen wetenschappelijk karakter heeft of kan hebben. Waar het wel op aankomt, is dat de huisarts zoveel mogelijk wetenschappelijk (en maatschappelijk) verantwoord werkt.

- Barrows, H. S. and V. R. Neufield. The art of medicine. (Intern rapport.) 1976.
- Bishop, S. R. Explanation in medicine: the problem-oriented approach. (1980) *J. Med. Philosophy* 5, nr 1.
- Feightner, J. W., H. S. Barrows, V. R. Neufeld et al. Hoe benadert een huisarts klinische probleemstellingen. (1978) *Consult voor de huisarts*, HOE, 1-10.
- Geldorp, G. van. Medisch probleemoplossen. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 174-179.
- Groot, A. D. de. Methodologie. *Mouton & Co, 's-Gravenhage*, 1966.
- Hoekman, K. Het probleem-oplossen van de huisarts. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 389-392.
- Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322-335.
- Horst, F. van der. Probleemoplossen: een verkenning. *Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht*, 1977, 1978.
- Kooij, S. van der. Registratie van het probleem-oplossend proces. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 166-172.
- Philipson, H. Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie. (1979) *T. soc. Geneesk.* 57, 838-842.
- Stimson, G. and B. Webb. Going to see the doctor. *Routledge and Kegan Paul, London/Boston*, 1975.

Samenvatting/summary: p. 335.