

Is Methodisch Werken meetbaar?

1. Methodisch Werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag

EMMY SLUIJS*

Methodisch Werken is een betrekkelijk nieuwe hulpverleningsmethode, waarin allerlei recente ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde vorm hebben gekregen. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft het afgelopen jaar een onderzoek uitgevoerd, waarin is gepoogd alle aspecten van het Methodisch Werken te vertalen in termen van observeerbaar gedrag. In een tweetal korte artikelen wordt hierover verslag uitgebracht.

Inleiding

Voor de bestudering en beoordeling van het werk van de huisarts is het nodig, diens gedrag te beschrijven en meetbaar te maken. Vooral wanneer een nieuwe werkwijze wordt geïntroduceerd, is het belangrijk de implicaties daarvan te onderzoeken.

Methodisch Werken is zo'n nieuwe hulpverleningsmethode^{1,2}, maar hoewel er de afgelopen jaren veel over is geschreven, heeft dit tot nu toe slechts één onderzoeksverslag opgeleverd.³ In het onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut is gepoogd, alle aspecten van Methodisch Werken die in de literatuur als relevant worden beschouwd, te vertalen in termen van observeerbaar gedrag.⁴

In dit eerste artikel komen de belangrijkste kenmerken van Methodisch Werken aan de orde, gegroepeerd rond een drietal thema's:

- de structuur van het consult;
- de arts-patiënt relatie;
- de inhoud van het consult.

Per thema zullen eerst de belangrijkste richtlijnen besproken worden, en vervolgens de daarvan afgeleide observatiecategorïen.

In het tweede artikel zal worden ingegaan op zaken als bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit.

De structuur van het consult

In Methodisch Werken wordt het belang benadrukt van een systematische en gestructureerde werkwijze. Daartoe gaat men uit van vijf fasen in het consult, die logisch op elkaar volgen:

- I. Vraagverheldering: wat is de reden van de komst van de patiënt.
- II. Opstellen van het consultplan: samen met de patiënt de stappen bespreken die in het consult genomen (kunnen) worden.
- III. Diagnostisch handelen: nader uitdiepen of diagnostiseren van het probleem.
- IV. Therapeutisch handelen: het bespreken van de therapieën of andere maatregelen.
- V. Afronding van het consult: het beëindigen van het consult met een korte evaluatie.

In de nascholingscursus Methodisch Werken wordt de arts geleerd, deze vijf fasen te herkennen en bewust te hantieren.** Men wijst bijvoorbeeld op een onlogische volgorde van fasen of op fasen die nogal eens door de arts worden vergeten. Bovendien wordt benadrukt dat sommige gesprekstechnieken in de ene fase veel relevanter zijn dan in een andere: het bekende *echoën* bijvoorbeeld kan in fase I van het consult relevant zijn om alle informatie van de patiënt op tafel te krijgen; datzelfde *echoën* kan echter in de therapiefase (fase IV) het maken van duidelijke afspraken belemmeren. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de arts leert het consult bewuster te structureren, waardoor het hulpverleningsproces zowel voor arts als voor patiënt overzichtelijker en duidelijker kan worden.

Om nu te beoordelen of de arts op een systematische wijze met deze fasering omgaat, worden op de observatieschema's de volgende aspecten gemeten:

- Komen alle vijf fasen in het consult voor? Dit is een indicatie voor de volledigheid c.q. onvolledigheid van het consult.
- Is de volgorde van deze fasen chronologisch of meer willekeurig? Daarmee wordt de mate van systematiek in het consult uitgedrukt.
- Hoe lang duurt elke fase? Vooral de tijd die aan de vraagverheldering wordt besteed, is hierbij belangrijk omdat dit aspect in Methodisch Werken zo wordt benadrukt.

De arts-patiënt relatie

Een goede verstandhouding tussen arts en patiënt vergemakkelijkt de hulpverlening. In Methodisch Werken is zo'n goede verstandhouding zelfs een voorwaarde om een aantal doelen te kunnen realiseren. Men spreekt dan ook van een functionele arts-patiënt relatie.

In de nascholingscursus probeert men de arts meer zicht op deze relatie te geven, waardoor hij beter met de knelpunten in een relatie kan leren omgaan. Daarbij wordt er op gewezen dat het tot stand komen van een goede relatie in een aantal stadia verloopt. Aan het begin verwacht men bij zowel arts als patiënt een zekere mate van acceptatie en vertrouwen in elkaar. Wanneer die aanwezig zijn, kunnen arts en patiënt niet alleen informatie uitwisselen maar zullen ook meningen en gevoelens gemakkelijker ter sprake komen. Pas wanneer arts en patiënt openlijk te kennen (durven) geven wat zij willen, kunnen zij hun doelstellingen op elkaar afstemmen. Hierna kunnen in gezamenlijk overleg afspraken worden gemaakt.

Het beoordelen van de arts-patiënt relatie in consulten is geen eenvoudige zaak. Ten eerste is zo'n relatie moeilijk in concreet gedrag te vertalen en ten tweede is een arts-patiënt relatie een continu proces dat niet in een eenmalig consult te vangen is. Op het observatieschema worden dan ook alleen relationele aspecten gemeten die in eerder onderzoek getoetst zijn:

- de interesse c.q. betrokkenheid van de arts;
- de mate waarin de arts de patiënt aankijkt;
- de rust waarmee de arts het consult-gesprek voert;
- de houding van de arts.⁵

* Werkzaam op de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut.

** Voor een beter begrip van de methode volgden de onderzoekers zelf ook een cursus Methodisch Werken, zoals die in 1981/82 door NHG/NHI werd gegeven.

De inhoud van het consult

Bij de inhoud van het consult gaat het er om, welke gespreksonderwerpen aan bod komen. In Methodisch Werken wordt een aantal aspecten genoemd, waarop de huisarts speciaal kan letten. Op het observatieschema zijn tweeëntwintig van dergelijke aspecten opgenomen om te beoordelen of de arts daar aandacht aan schenkt.

Omdat in elke consultfase weer andere aspecten belangrijk zijn, zullen we de vijf consultfasen hier een voor een bespreken en vervolgens per fase aangeven, op welke aspecten speciaal kan worden gelet:

Fase I, de vraagverheldering, is een cruciale fase in Methodisch Werken. Het gaat hier om de vraag waarom de patiënt nu bij de huisarts komt: Doel van deze fase is dan ook het achterhalen van de werkelijke reden van de komst van de patiënt.

Hoewel dit een zeer vanzelfsprekende zaak lijkt, is deze vanzelfsprekendheid misleidend. De meeste patiënten komen bij hun huisarts met de woorden „Ik heb (last van) deze kwaal”, maar daarmee is de hulpvraag in het geheel nog niet duidelijk. Patiënten voegen hier zelden aan toe, wat ze eigenlijk van de huisarts willen of verwachten.

Een voorbeeld kan dit het best verduidelijken. Een jonge vrouw komt op het spreekuur omdat ze al een tijdje last van buikpijn heeft. Wanneer de arts nu meteen begint met de anamnese, weet hij niet waarom de vrouw eigenlijk komt. Mogelijkheden zijn:

- ze is bang voor kanker omdat een tante van haar een paar weken geleden aan kanker is gestorven; ze wil gerustgesteld worden;
- ze heeft de laatste tijd niet zo'n zin meer in vrijen en ze denkt dat die buikpijn daarmee te maken heeft; ze weet eigenlijk niet zo goed wat ze wil;
- ze heeft op haar werk al weken ruzie met haar baas en wil het liefst een weekje thuisblijven; ze zoekt een alibi bij de huisarts;
- ze moet over anderhalve week tentamen doen en wil eigenlijk een middeltje om het nog even vol te kunnen houden;
- er is geen enkel probleem, ze wordt sjagerijig van die buikpijn en wil daar zo snel mogelijk van af.

Steeds wordt een andere handelwijze van de arts verwacht. Wanneer de echte reden van de komst van de patiënt niet duidelijk wordt, is het gevaar groot dat de hulpverlening wordt afgestemd op

iets waarom het eigenlijk niet gaat, een frustrerende aangelegenheid voor zowel arts als patiënt.

Wanneer de reden van de komst van de patiënt duidelijk is – wanneer de vraag voldoende verhelderd is – moet deze fase eigenlijk worden afgerond met een gezamenlijke probleemformulering in termen van de patiënt. Hierdoor checkt de arts als het ware of hij de patiënt goed begrepen heeft, en geeft hij tot slot de patiënt de mogelijkheid nog correcties aan te brengen.

Voor het beoordelen van de werkwijze van de arts hebben wij een aantal kenmerken van deze fase in concreet gedrag vertaald. Op het observatieformulier zijn zeven aspecten opgenomen waarvan op een driepuntschaal wordt beoordeeld of de arts daar respectievelijk geen aandacht, matige aandacht of veel aandacht aan besteedt:

1. wat de patiënt zelf heeft gedaan;
2. waarom de patiënt nu komt;
3. de vraag of er nog meer problemen zijn;
4. wat de patiënt wil of verwacht;
5. de praktische consequenties van het probleem;

6. de emotionele beleving van het probleem;

7. het toetsen van de (hulp)vraag.

Fase II. Nu de reden van de komst van de patiënt duidelijk is, begint een arts die zich aan de richtlijnen van Methodisch Werken houdt, niet meteen met gericht vragen als „hoelang”, „waar” en „wanneer”, of met de instructie „kleedt u zich maar uit”. Eerst zal hij met de patiënt bespreken wat er nu verder gedaan kan of moet worden. Dit wordt het opstellen van het consultplan genoemd. De arts kan vanuit zijn specifieke deskundigheid bepaalde onderzoeken of handelingen voorstellen en aan de patiënt verduidelijken waarom hij die belangrijk vindt. De patiënt wordt hierdoor meer in het hulpverleningsproces betrokken en begrijpt beter waarom bepaalde onderzoeken worden gedaan of met welk doel vragen worden gesteld. Wanneer de eerder genoemde vrouw met de buikpijn bang voor kanker blijkt te zijn, kan de arts verschillende werkwijzen volgen. Hij kan voorstellen om over haar angsten te gaan praten; hij kan ter geruststelling een lichamelijk



EN DAN WOU IK NU GRAAG EVEN UW HULPVRAAG
TOETSEN ...

onderzoek verrichten en hij kan beide dingen doen.

In Methodisch Werken wordt een dergelijke planmatige aanpak zeer benadrukt, niet alleen terwille van de duidelijkheid, maar ook ter bewaking van het hulpverleningsproces. Met dit consultplan verschaft de arts zichzelf richtlijnen voor zijn verder handelen. Regelmatig kan de arts „bewaken” of hij nog volgens deze richtlijnen aan het werk is. Bovendien is evaluatie van een bepaalde aanpak beter mogelijk bij een planmatige werkwijze dan wanneer men steeds ad hoc te werk zou gaan.

Aan de hand van het observatieschema wordt op de volgende categorieën gelet in het consult:

8. de arts behandelt verschillende klachten afzonderlijk;
9. de arts geeft zijn mening over de klacht;
10. de arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen;
11. de arts toetst of de patiënt instemt met dit plan.

Fase III, het diagnostisch handelen wordt ook wel probleem-verhelderen genoemd. Hierbij gaat het om het nader analyseren of uitdiepen van het probleem. Hoe zit het probleem precies in elkaar, wat zijn de symptomen, welke factoren hebben het veroorzaakt of houden het probleem in stand?

Men kan hier achter komen door het afnemen van een anamnese, het doen van lichamelijk onderzoek of door middel van een probleem-verhelderend gesprek (dit hangt af van de aard van het probleem en het gemaakte consultplan). Uitgangspunt bij Methodisch Werken is de integrale benadering van de hulpverlening: dat betekent in deze fase dat het probleem niet geïsoleerd wordt van de levenssituatie van de patiënt, maar dat bijvoorbeeld ook niet-somatische informatie door de arts wordt gesignaleerd en zo nodig ook in het gesprek wordt betrokken. Hij kan daarbij letten op de beleving van het probleem en op de functie en de gevolgen die een dergelijk probleem voor de patiënt kan hebben, bijvoorbeeld ongemak, pijn, angst, etcetera.

Dit gedeelte wordt afgerond met een diagnose, hypothese of conclusie die een „methodisch werkende” arts expliciet aan de patiënt meedeelt, tenzij bijzondere omstandigheden dit niet toelaten. Zo nodig geeft de arts uitleg over deze diagnose of conclusie, zodat de patiënt meer inzicht in het probleem krijgt of weet waar hij aan toe is. In deze fase van het consult wordt spe-

ciaal gelet op de volgende categorieën die in het observatieschema zijn opgenomen:

12. de arts hanteert een brede aanpak van het probleem;
13. de arts geeft ruimte voor de ideeën van de patiënt;
14. de arts deelt de diagnose mede;
15. de arts geeft uitleg over de diagnose.

Fase IV. In dit deel van het consult wordt beslist, welke therapie wordt ingesteld of welke andere maatregelen worden genomen. Hieronder valt ook de beslissing om *niets* te doen c.q. het nog even aan te zien, of bij een volgende afspraak verder te praten.

Het nemen van welke beslissing dan ook dient in Methodisch Werken zoveel mogelijk in overleg met de patiënt te gebeuren. Methodisch Werken heeft als uitgangspunt dat de patiënt medezeggenschap heeft in de hulpverlening. De arts moet hem tot deze medezeggenschap in staat stellen door hem voldoende informatie en uitleg omtrent mogelijke maatregelen te geven. Ook zal de arts aan de patiënt meedelen welke maatregelen *hij* in dit geval het beste vindt en waarom. Methodisch Werken betekent dus niet dat de arts klakkeloos uitvoert wat de patiënt wil. Het betekent wel dat de ideeën en wensen van beide partijen duidelijk worden uitgesproken, waarna in gezamenlijk overleg een keuze wordt gemaakt. Hierdoor kan voorkomen worden dat de arts medicijnen voorschrijft die de patiënt niet van plan is in te nemen of leefregels voorschrijft die de patiënt toch niet zal volgen. Vooral bij niet-medische maatregelen bepleit Methodisch Werken aandacht voor de motivatie van de patiënt. Veel patiënten hopen op een pil of een advies waardoor de problemen vanzelf zullen verdwijnen en hebben weerstand tegen maatregelen waarbij het belangrijkste aandeel van henzelf moet komen. In zo'n geval kan het nodig zijn de patiënt te motiveren door hem inzicht in het hoe en waarom van maatregelen te geven.

Op het observatieschema zijn vijf categorieën opgenomen aan de hand waarvan het gedrag van de arts wordt beoordeeld. Het gaat er ook hier weer om hoeveel aandacht de arts voor elke categorie heeft:

16. de arts geeft uitleg over mogelijke maatregelen;
17. ideeën van de patiënt omtrent de therapie komen aan de orde;
18. de arts besteedt aandacht aan de motivatie van de patiënt;

19. de arts toetst of de patiënt instemt met de therapie;
20. de arts maakt duidelijke afspraken over de therapie.

Fase V. In Methodisch Werken wordt in fase V een bewuste afronding van het consult bepleit, een soort consult-evaluatie zou men kunnen zeggen. Dit betekent dat arts en patiënt samen vaststellen of de hulpvraag is afgerond en of alle hulpvragen zijn besproken.

Wanneer de hulpvraag niet is afgerond worden duidelijke afspraken gemaakt over verdere stappen en over het al dan niet terugkomen van de patiënt. In deze fase kan ook aan de orde komen of aan de verwachting van de patiënt is voldaan en of beiden tevreden zijn met de gang van zaken. Een dergelijke afronding of consult-evaluatie bevordert volgens Methodisch Werken de overzichtelijkheid van de hulpverlening.

Op het observatieschema zijn twee categorieën opgenomen om het gedrag van de arts te beoordelen:

21. de arts maakt duidelijke afspraken over het al dan niet terugkomen;
22. de arts toetst of voldaan is aan de verwachtingen van de patiënt.

De bruikbaarheid van deze observatie-categorieën is getoetst in een klein onderzoek waarover in het volgende artikel wordt bericht.

¹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Aalders H van. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.

² Aalders H van, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus Methodisch Werken. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1981.

³ Hageman-Smit J. Methodisch werkende huisartsen in de praktijk. Med Contact 1982; 37: 1668-70.

⁴ Hoed FE den, Sluijs EM. Het meten van methodisch werken. De ontwikkeling van een observatieschema om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

⁵ Bensing J, Verhaak P. Ruimte voor de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden 1982; 37: 19-33.

Samenvatting/summary aan het eind van het tweede artikel.

Is Methodisch Werken meetbaar?

2. De bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorien

EMMY SLUIJS

In het eerste artikel is beschreven, hoe van de belangrijkste kenmerken van Methodisch Werken in totaal negenentwintig observatiecategorien werden afgeleid. In dit tweede artikel wordt ingegaan op de bruikbaarheid en validiteit van deze observatiecategorien.

Inleiding

Uit de videotheek van het NHI zijn drieënzestig videoconsulten van tien verschillende artsen geselecteerd. In alle gevallen ging het om een eerste contact over een klacht; herhalingscontacten blijken moeilijker te beoordelen voor een buitenstaander, omdat veel voorinformatie aan de beoordelaars niet bekend is. Verder is er voor gezorgd dat de steekproef varieert in het klachtenaanbod van de patiënt; er komen zowel somatische als psychosociale problemen aan bod. Deze drieënzestig consulten zijn door twee observatoren – onafhankelijk van elkaar – beoordeeld aan de hand van de observatieschema's en op grond daarvan is de betrouwbaarheid van de scores berekend.

De structuur van het consult

Ten aanzien van de structuur van het consult hebben we beoordeeld of de vijf fasen van Methodisch Werken in het consult voorkomen, en of deze fasen elkaar chronologisch opvolgen. Het herkennen van de fasen vereist wel enige training, maar geeft geen onoverkomenlijke problemen. Vaak zien we namelijk dat de arts door verandering van houding en gesprekstonen aangeeft dat hij tot een andere fase overgaat: de luisterhouding van de arts in de eerste fase kan bijvoorbeeld plotseling veranderen wanneer de arts aan fase II of III begint. Mogelijke veranderingen zijn dan, dat de arts actiever wordt, begint met schrijven, recht op gaat zitten, etcetera. Ook gebruikt hij vaak woordjes als „goed” en „oké” om aan te geven, dat hij naar een andere fase overgaat. Der-

gelijke kenmerken, die de arts bewust of onbewust gebruikt, dragen ertoe bij dat de fasewisselingen minder onduidelijk zijn dan men op het eerste gezicht zou denken. Wat de markeringspunten van de fasen betreft bereikten de observatoren dan ook een overeenstemmingspercentage van 88 procent.

De overeenstemming over de indeling van het gehele consult was lager (56 procent), doordat dan ook de benoeming van de fasen en het aantal fasen gelijk moeten zijn.

Uit *tabel 1* blijkt dat bijna alle consulten de fasen I, III en IV bevatten. Fase II, *Opstellen van het consultplan*, komt slechts in zevenentwintig consulten voor. Vermoedelijk hebben of maken de meeste artsen wel een dergelijk plan, maar voeren zij dit uit zonder de patiënt hiervan expliciet op de hoogte te stellen. Ook bij fase V, die slechts in veertien consulten voorkomt, kan men een der-

gelijke verklaring aanvoeren. Overigens zou het een arts volgens deze gegevens gemiddeld slechts 30 seconden per consult kosten, wanneer hij ook de fasen II en V aan zijn consult zou toevoegen!

De fasevolgorde blijkt maar bij 52 procent van de consulten chronologisch te verlopen. Tijdens het observeren merken we al dat het vooral de consulten met psychosociale problemen zijn, die wat minder voorspelbaar verlopen. Vooral wanneer de arts wat dieper op dergelijke problemen ingaat, blijken er nogal eens geheel nieuwe aspecten op tafel te komen, waardoor zowel de klacht als de hulpvraag opnieuw geformuleerd moet worden. In dergelijke gevallen blijkt het vaak effectiever, een nieuwe vraagverheldering (fase I) te houden dan strikt vast te houden aan de chronologische fasevolgorde.

De arts-patiënt relatie

Tabel 2 bevat de gegevens die naar de arts-patiënt relatie verwijzen. Bij de beoordeling werd een 5-puntsschaal gebruikt met 1 als minimum en 5 als maximum.

De overeenstemming tussen de observatoren is niet erg groot bij deze variabelen en het is duidelijk dat subjectiviteit bij de beoordelingen een rol heeft gespeeld. Pogingen om deze subjectiviteit te verminderen door de variabelen meer te concretiseren zijn tot nu toe niet gelukt. Toch blijkt de arts-patiënt relatie een belangrijke variabele in veel onderzoeken. De aandacht die de arts toont, blijkt bijvoorbeeld hoog te correleren met de tevredenheid van de patiënt.⁶

Overigens blijkt in dit onderzoek dat de

Tabel 1. Het voorkomen van de vijf fasen in de drieënzestig geobserveerde consulten en de gemiddelde duur per fase.

Fasen	Consulten waarin de fase voorkomt		Gemiddelde duur in seconden
	n	%	
I Vraagverheldering	61	97	88
II Opstellen consultplan	27	43	12
III Diagnostisch handelen	58	92	201
IV Therapeutisch handelen	63	100	151
V Afronding consult	14	22	18

Tabel 2. Variabelen arts-patiënt relatie: gemiddelde scores en interbeoordelaars-betrouwbaarheid.

Variabelen	Gemiddelde scores	Overeenstemming (percentages)
Interesse c.q. betrokkenheid	3,5	68
Mate waarin arts patiënt aankijkt	3,5	57
Rust van arts in consult	3,7	52
Houding van arts	3,9	62

arts-patiënt relatie sterk samenhangt met de tweeëntwintig inhoudelijke categorieën van het consult (correlatiecoëfficiënt $\cdot 73$). Het zou interessant zijn, te onderzoeken of deze consultinhoud eveneens een belangrijke factor vormt in de tevredenheid van de patiënt, iets dat we op grond van de hierboven gevonden samenhang wel veronderstellen.

De inhoud van het consult

Op grond van de cijfers van *tabel 3* moeten we concluderen dat de consulten niet in alle opzichten „volgens de boekjes” verlopen. Vooral in de vraagverhelderingsfase zijn er veel aspecten die weinig aandacht krijgen.

Ook Byrne en Long vonden in hun onderzoek dat lang niet in alle consulten een goede vraagverheldering plaatsvond.⁷ In dit opzicht zijn hun onderzoeksresultaten interessant: zij vonden namelijk dat de „functionele” consulten zich onderscheidden van de „dysfunctionele” consulten door de tijd en de aandacht die aan de vraagverheldering werd besteed. Een dergelijk verschijnsel verdient zeker nader onderzoek.

Wat betreft de overige categorieën zijn het vooral de nummers 11 en 22 die weinig aandacht krijgen. Het gaat hierbij om de instemming en de verwachtingen van de patiënt. Al met al weerspiegelen deze gegevens een grote gerichtheid van de arts op wat de patiënt heeft en veel minder op wat de patiënt wil of verwacht.

De interbeoordelaars-betrouwbaarheid, die is uitgedrukt in een overeenstemmingspercentage, stemt tot tevredenheid. Er zijn maar vijf categorieën waarbij de overeenstemming lager is dan 70 procent. De enige categorie die we in deze vorm onbruikbaar achten, is categorie 8. Misschien kan een nauwkeuriger omschrijving van deze categorie de overeenstemming wat opvijzelen.

Validiteit

In een eerste poging tot validering en om te onderzoeken welke relatie er is tussen de theorie van Methodisch Werken en de manier waarop dat begrip in de praktijk vorm krijgt, hebben we twee externe deskundigen op het gebied van Methodisch Werken ingeschakeld. Zij beoordeelden respectievelijk veertien en twintig consulten uit de steekproef door op een 5-puntsschaal aan te geven in welke mate het consult verloopt volgens de richtlijnen van Methodisch Werken.

Om te onderzoeken hoe hun globale oordeel over het gehele consult samenhangt met alle door ons gemeten variabelen, is een rangorde-correlatiecoëfficiënt berekend tussen het oordeel van elke deskundige enerzijds en de gemiddelde score op elke observatiecategorie anderzijds. Deze procedure levert geen hoge correlaties op, maar geeft desondanks een indicatie van de relevantie die de deskundigen aan de verschillende aspecten toekennen (*tabel 4*).

Het eerste dat opvalt, is dat zowel het oordeel van deskundige A als dat van B significant samenhangt met de drie hoofdthema's van Methodisch Werken. Hun oordeel hangt echter niet met alle variabelen uit die thema's samen. De chronologische fase-volgorde bijvoorbeeld speelt geen rol in het oordeel van de deskundigen; ook wij beschreven al onze aarzelingen ten aanzien van een strikte handhaving van deze volgorde. Misschien heeft een variabele *Het markeren van de consultfasen*⁸ meer relevantie voor het begrip Methodisch Werken.

Het oordeel van beide deskundigen hangt wel sterk samen met het aantal fasen in het consult. Zowel in de cursus als in de gesprekken die wij met de deskundigen hadden, bleek ook dat zij met name het opstellen van het consultplan een essentieel onderdeel van Methodisch Werken vinden. Alleen het oordeel van deskundige B correleert daarnaast nog met de totale consulttijd. Ten aanzien hiervan kunnen we alleen vermelden dat in de langere consulten vaker psychosociale aspecten van klachten ter sprake kwamen. In hoeverre dat feit in het oordeel van B heeft meegeïmponeerd, is ons niet bekend.

Wat betreft de arts-patiënt relatie vinden de deskundigen de interesse en de mate van aankijken het meest relevant. De rust van de arts in het consult is duidelijk minder belangrijk. Wat de inhoud van het consult betreft, blijkt maar een beperkt aantal categorieën met het oordeel van de deskundigen samen te hangen. Het zijn de categorieën die verwijzen naar de brede aanpak van het probleem (ook wel integrale aanpak ge-

Tabel 3. Het voorkomen van de tweeëntwintig inhoudelijke categorieën in de drieëntwintig consulten en de interbeoordelaars-betrouwbaarheid.

De arts besteedt aandacht aan:	Percentage consulten waarin aan het aspect aandacht wordt besteed	Overeenstemming (percentages)
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	54	62
2. waarom de patiënt nu komt	37	73
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	48	83
4. wat de patiënt wil of verwacht	32	89
5. de praktische consequenties van het probleem	38	78
6. de emotionele beleving van het probleem	52	81
7. het toetsen van de (hulp)vraag	14	94
8. de arts behandelt verschillende klachten afzonderlijk ^a	95	45
9. de arts geeft zijn mening over de klacht	29	90
10. de arts verduidelijkt wat hij wil doen	62	84
11. de arts toetst of de patiënt instemt	11	95
12. de arts hanteert een brede aanpak	53	81
13. geeft ruimte voor de ideeën van de patiënt	82	60
14. de arts deelt de diagnose mee	76	89
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	56	76
16. uitleg over mogelijke maatregelen	79	69
17. ideeën patiënt omtrent therapie aan de orde	73	73
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	34	82
19. toetsen of patiënt met therapie instemt	44	82
20. duidelijke afspraken over de therapie	80	66
21. duidelijke afspraken over terugkomen	56	89
22. toetsen of voldaan is aan de vraag of de verwachting van de patiënt	6	95

^a N = 20; in de overige drieëntwintig consulten komt slechts één klacht ter sprake.

noemd), de mate waarin de arts duidelijk is en informatie en uitleg aan de patiënt geeft, en de aandacht die de arts heeft voor de ideeën van de patiënt. Overigens moet hierbij in acht worden genomen dat categorieën die nog nauwelijks in deze steekproef voorkomen, ook niet in de correlatieberekening kunnen worden betrokken.

Dat er ook verschillen tussen deskundige A en B te zien zijn, verwordt ons nauwelijks. Methodisch Werken is zo'n veelomvattend begrip, dat het leggen van eigen accenten bijna onvermijdelijk is. Juist deze selectiviteit vormt een interessant onderwerp voor verdere studie. Problematischer is het verschijnsel dat de categorieën 19, 20 en 21 een weliswaar lage, maar negatieve samenhang met het oordeel van de deskundigen laten zien. Misschien heeft dit te maken met het feit dat de consulten waarin over psychosociale problemen werd gesproken, nogal eens onduidelijk afliepen.

Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe „methodisch werkende” artsen met dit probleem omgaan.

Conclusie

Op grond van de gepresenteerde gegevens durven we de volgende conclusies te trekken:

- Na enige training blijkt het goed mogelijk te zijn om videoconsulten te beoordelen aan de hand van de observatiecategorien zoals die in dit artikel zijn beschreven. Gezien de redelijke interbeoordelaars-betrouwbaarheid is een dergelijk gebruik ook niet onverantwoord.

- In de drieënzestig onderzochte videoconsulten blijken sommige aspecten van Methodisch Werken (nog) nauwelijks voor te komen, onder andere het opstellen van het consultplan, het afronden van het consult en de aandacht voor wat de patiënt wil en verwacht. In dit

opzicht is het interessant om te onderzoeken of – theoretische – ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde op den duur ook daadwerkelijk in de consulten tot uiting komen. De videotheek van het NHI, met opnamen uit vele jaren, vormt een uitstekende bron om een dergelijke vraag mettertijd te beantwoorden.

- De gegevens indiceren een verschil tussen het algemene begrip Methodisch Werken, zoals dat in de literatuur wordt beschreven, en de manier waarop dat begrip door deskundigen uit de praktijk impliciet wordt gehanteerd bij het beoordelen van consulten. Hoewel hun oordeel met de drie hoofdthema's samenhangt – structuur van het consult, arts-patiënt relatie en inhoud van het consult – hangt het niet met alle variabelen van die thema's samen. Welke selectie verschillende deskundigen maken uit het veelomvattende begrip Methodisch Werken en welke gewichten aan de verschillende aspecten kunnen worden toegekend, is een interessante vraag voor verder onderzoek.

Tabel 4: Samenhang tussen het oordeel van de deskundigen en de observatiecategorien.

Observatiecategorien	Correlatie met	
	A	B
<i>De structuur van het consult</i>		
– het aantal fasen in het consult	.62 ^b	.56 ^b
– de chronologische fasevolgorde	-.18	-.08
– de totale consulttijd	.37	.43 ^b
<i>De arts-patiënt relatie</i>		
– de interesse c.q. betrokkenheid van de arts	.47 ^b	.41 ^b
– de mate van aankijken	.40	.42 ^b
– rust van de arts in het consult	.23	.05
– de houding van de arts	.34	.35
<i>De inhoud van het consult^a</i>		
1. aandacht voor wat de patiënt zelf heeft gedaan	.12	.06
2. waarom de patiënt nú komt	.15	.06
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	.16	.08
4. wat de patiënt wil of verwacht	.40	.37
5. de praktische consequenties van het probleem	.22	.20
6. de emotionele beleving van het probleem	.29	.12
8. verschillende klachten afzonderlijk behandelen	-.21	-.25
9. de arts geeft zijn mening over de klacht	.12	.21
10. de arts verduidelijkt wat hij wil doen	.35	.57 ^b
12. de arts hanteert een brede aanpak	.49 ^b	.31
13. ruimte voor de ideeën van de patiënt	.14	.24
14. de arts deelt de diagnose mee	.45 ^b	.38 ^b
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	.44 ^b	.23
16. uitleg over mogelijke maatregelen	-.06	.08
17. aandacht voor de (therapie) ideeën van de patiënt	.48 ^b	.38 ^b
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	.55 ^b	.28
19. toetsen of patiënt met de therapie instemt	-.37	-.20
20. duidelijke afspraken maken over de therapie	-.27	-.17
21. duidelijke afspraken maken over terugkomen	-.19	-.41 ^b

^a De categorieën 7, 11 en 22 zijn wegens gering voorkomen niet in de berekening betrokken. ^bp ≤ .10.

Beschouwing

De verdienste van het hier besproken onderzoek ligt vooral in het feit dat de vrij globale en abstracte richtlijnen van Methodisch Werken in concreet gedrag vertaald zijn. Hierdoor wordt het duidelijker wat er van een arts verwacht wordt – en dat is niet weinig! – wanneer hij deze richtlijnen wil hanteren. De concrete formulering van de aandachtspunten in Methodisch Werken vergemakkelijkt ook een verdere discussie over de relevantie van elk van die punten. Een dergelijke discussie is zeker aan te bevelen, omdat dit onderzoek accentverschillen laat zien tussen de manier waarop Methodisch Werken in de literatuur wordt beschreven, en de manier waarop dit begrip in de praktijk vorm krijgt.

Bovendien kunnen we ons goed voorstellen dat deskundigen onderling verschillen in het gewicht dat zij aan die aandachtspunten toekennen. Dit onderzoek biedt een goed houvast om dergelijke verschillen op te sporen en ter discussie te stellen, waardoor een bijdrage kan worden geleverd aan het nauwkeuriger definiëren van het begrip Methodisch Werken.

Een bezwaar van dit onderzoek is het feit dat niet alle doelstellingen van Methodisch Werken hierin vertegenwoordigd zijn, maar alleen die aspecten die in een eenmalig consult te observeren zijn. Met name ontbreken beoordelingscrite-

ria voor de bewaking van het hulpverleningsproces en voor samenwerking met andere disciplines. Deze aspecten vereisen een andere beoordelingswijze dan de door ons gekozen observatiemethode.

Tot slot de vraag, wie er wat aan deze onderzoeksgegevens heeft. Daarbij denken we in eerste instantie aan diegenen die een nascholingscursus Methodisch Werken verzorgen. Aan de hand van de beoordelingscriteria kan onderzocht worden wat de effecten van zo'n cursus zijn. Ook kan onderzocht worden of trainers verschillen in de accenten die zij in de cursus leggen en de mogelijke effecten daarvan op de deelnemers. Een terugkoppeling van dergelijke resultaten kan voor de trainers een hulpmiddel zijn bij de verdere ontwikkeling van deze cursussen.

In tweede instantie kunnen de gegevens gebruikt worden voor het onderzoeken van de meer fundamentele vraag, of Methodisch Werken ook voor de patiënt een verbetering van de hulpverlening betekent. Met Methodisch Werken wordt een grotere duidelijkheid en overzichtelijkheid van de hulpverlening beoogd, en het vergroten van de verantwoordelijkheid van de patiënt voor de eigen gezondheid. Wanneer we op patiëntniveau verschillen zullen vinden tussen artsen die wel en artsen die niet methodisch werken, kunnen uitspraken gedaan worden over het nut van deze hulpverleningsmethode voor patiënten. Maar zover is het nog niet: er is nog een lange weg te gaan voordat we kunnen aantonen dat de patiënt baat heeft bij Methodisch Werken.

Samenvatting. Methodisch Werken is een vrij nieuwe hulpverleningsmethode die als voornaamste doelen heeft:

- het overzichtelijker en duidelijker maken van het hulpverleningsproces, voor zowel arts als patiënt;
- het vergroten van de verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen gezondheid.

In het eerste artikel worden de belangrijkste kenmerken van Methodisch Werken beschreven, gegroepeerd rond een drietal thema's:

- de structuur van het consult;
- de arts-patiënt relatie;
- de inhoud van het consult.

Van deze kenmerken worden in totaal negentwintig observatiecategorïeën afgeleid, waarmee de werkwijze van de huisarts beoordeeld kan worden.

In het tweede artikel is de bruikbaarheid

van deze observatiecategorïeën onderzocht. Twee observatoren beoordeelden hiertoe, onafhankelijk van elkaar, drieëntwintig videoconsulten aan de hand van de observatieschema's. De overeenstemming tussen de observatoren bleek redelijk tot goed bij de vijfentwintig categorïeën die verwijzen naar de structuur van het consult en naar de inhoud van het consult. De overeenstemming was vrij laag bij de categorïeën die verwijzen naar de arts-patiënt relatie: subjectiviteit schijnt bij deze laatste categorïeën een grotere rol te spelen.

Tevens is de validiteit van de observatiecategorïeën onderzocht. Hiertoe hebben twee deskundigen uit de praktijk van Methodisch Werken eveneens een aantal videoconsulten beoordeeld, onafhankelijk van de observatoren. De wisselende samenhang tussen het oordeel van de deskundigen en de scores op de observatiecategorïeën laat zien dat er accentverschillen bestaan tussen het begrip Methodisch Werken zoals dat in de literatuur wordt beschreven, en de manier waarop dit begrip in de praktijk vorm krijgt. Een nader onderzoek naar deze accentverschillen wordt aanbevolen.

Tot slot van het artikel wordt opgemerkt dat de hier besproken onderzoeksgegevens gebruikt kunnen worden voor het meten van de effecten van nascholingscursussen Methodisch Werken en dat deze gegevens bovendien een hulpmiddel kunnen zijn bij een nauwkeuriger definiëring van het begrip Methodisch Werken.

Summary. Is Methodical Working measurable? 1. Methodical Working translated in terms of observable behaviour. 2. The effectiveness and validity of the observation categories.

Methodical Working is a fairly new method of providing care with, as main objectives:

- to make the care provision process more surveyable and more readily understandable, both for the doctor and for the patient;
- to increase the patient's responsibility for his/her own health.

The first article describes the principal characteristics of Methodical Working, as arranged under three headings:

- the structure of the encounter;
- the doctor-patient relationship;
- the content of the encounter.

From these characteristics a total of twenty-nine observation categories are derived which can be used to assess the general practitioner's procedure.

The second article studies the effectiveness of these observation categories. For

this purpose, two observers independently assessed sixty-three video-taped encounters on the basis of the observation protocols. Inter-observer agreement proved to be fair-to-good for the twenty-five categories referring to the structure and the content of the encounter. Agreement was rather low for the categories referring to the doctor-patient relationship: in the latter categories subjectivity appears to play a more important role. The validity of the observation categories was likewise studied. For this purpose two experts specialized in the practice of Methodical Working also assessed a number of video-taped encounters, independently of the observers. The varying correlation between the assessments of the experts and the scores on the observation categories shows that there are differences in accent between the concept of Methodical Working as described in the literature, and the form assumed by this concept in actual practice. Further investigation of these differences in accent is recommended.

The article concludes with the remark that the research data discussed here can be used to measure the effects of post-graduate courses in Methodical Working, and may also be an aid in attempts to give the concept of Methodical Working a more precise definition.

⁶ Ben Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. *J Health Soc Behav* 1976; 17: 3-11.

⁷ Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. London: Her Majesty's Stationary Office, 1976.

⁸ Grol R. Naar een beroepsopleiding „Nieuwe stijl". In: Grol R, red. *Huisarts en somatische fixatie*. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.