

E. RUNIA

Methodisch werken: pro en contra

Het Basistakenpakket heeft Methodisch Werken de status gegeven van dé manier van werken, die alle huisartsen zouden moeten beheersen. In de loop van de tijd zijn echter nogal wat varianten ontstaan, zodat er in feite minder overeenstemming is dan soms het geval lijkt. Veel van wat onder de vlag van Methodisch Werken de huisartsgeneeskunde binnenkwam, is er niet meer uit weg te denken. Aan de andere kant is het zaak om kritisch te blijven en het model niet te laten prevaleren boven de realiteit. Dit is des te belangrijker, omdat het model de realiteit kan beïnvloeden, misschien zelfs kan bepalen. Het is belangrijker artsen te leren de realiteit van consult en patiënten juist waar te nemen, dan hen te trainen in het gebruik van een model en de daarbij behorende vaardigheden.

Inleiding

In 1978 publiceerde een werkgroep onder leiding van de Amsterdamse hoogleraar in de huisartsgeneeskunde Van Aalderen een artikel waarin werd uiteengezet hoe een huisartsgeneeskundig consult er uit zou moeten zien.¹ De benadering die de werkgroep voorstond, kreeg bekendheid onder de naam Methodisch Werken en vond, in ieder geval aan de universiteiten, al spoedig grote bijval. Praktiserende huisartsen waren over het algemeen wat terughoudender, maar binnen vrij korte tijd werd de Methode toch ook aanvaard door de beroepsgroep als geheel. Opbouw en inhoud van het rapport *Basistakenpakket van de huisarts* van de Landelijke Huisartsen Vereniging ademen onmiskenbaar de geest van Methodisch Werken.

Met het verschijnen van het *Basistakenpakket* kreeg Methodisch Werken de status van een manier van werken die alle huisartsen zouden moeten beheersen: Methodisch Werken werd dé methode om een consult te voeren. In de loop van de tijd verschenen echter nogal

wat varianten op de markt, zodat er in feite minder overeenstemming is dan soms het geval lijkt. Daarnaast dook Methodisch Werken, soms onder een andere naam, op in een aantal spraakmakende projecten. In het toetsingsproject van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut bijvoorbeeld, in zekere zin het vervolg op wat in het kader van 'Preventie van Somatische Fixatie' was bereikt, probeerde men Methodisch Werken in te passen in een allesomvattende conceptualisering van het huisartsgeneeskundige consult. Men ging 'gericht en systematisch werken' onderscheiden van het 'hanteren van de huisarts-patiënt relatie', 'psychosociaal handelen' en 'somatisch handelen'.² Het kader werd breder en de invulling meer gedetailleerd, maar de werkwijze bleef naar letter en geest 'methodisch'.

Wat is Methodisch Werken en wat zijn de voor- en nadelen van deze methode?

Methodisch Werken

Methodisch Werken geeft aan hoe een huisartsgeneeskundig consult er zou moeten uitzien. Het is, ten eerste, een visie op de fasering van het consult; het geeft, ten tweede, aan wat er in een consult aan de orde zou moeten komen; en tenslotte spreekt de methode zich uit over hoe de arts-patiënt relatie er zou moeten uitzien.^{3 4}

Structuur

Volgens de werkgroep zou een consult moeten bestaan uit drie fasen: intake, handelingsplan en afsluiting. Er zijn ook versies waarin vier⁵ of vijf fasen worden onderscheiden. Deze fasen dienen in de juiste volgorde te worden afgewerkt. Het meest compleet is het overzicht van *Sluijs*:

1. Vraagverheldering: wat is de reden van de komst van de patiënt?
2. Opstellen van het consultplan: samen met de patiënt de stappen bespreken die in het consult genomen (zullen/kunnen) worden.
3. Diagnostisch handelen: nader uitziepen van het probleem en – eventueel

– anamnese, lichamelijk onderzoek en het stellen van een diagnose.

4. Therapeutisch handelen: het bespreken van de therapie, het geven van advies of het voorleggen van andere te nemen maatregelen.

5. Afronding van het consult: het beëindigen van het consult met een korte evaluatie van het besprokene.³

Inhoud

Sluijs onderscheidt 22 onderwerpen waarover in een methodisch gevoerd consult gesproken zou kunnen worden. Niet al deze onderwerpen zijn even kenmerkend voor Methodisch Werken, maar men is het er grosso modo over eens dat de huisarts die volgens deze methode werkt, aandacht zal besteden aan:

- waarom de patiënt nu bij de dokter komt;
- welke andere vragen of problemen een rol spelen;
- wat de patiënt wil en verwacht van de dokter;
- wat de praktische consequenties van het probleem zijn voor de patiënt en (eventueel) voor zijn naaste omgeving;
- hoe de patiënt zijn probleem emotioneel beleeft;
- de mate waarin huisarts en patiënt het eens zijn over wat nu eigenlijk het probleem is (het 'toetsen van de hulpvraag') en waarop onderzoek en behandeling zich zullen richten;
- het informeren van de patiënt over wat er tijdens het consult plaats vindt;
- het betrekken van de patiënt bij de beslissing over wat er moet gebeuren;
- het checken van de gemaakte afspraken;
- het nagaan of het consult naar tevredenheid van de patiënt verlopen is.³

Arts-patiënt relatie

Volgens Methodisch Werken moeten arts en patiënt aan elkaar duidelijk maken wat zij willen, hun doelstellingen op elkaar afstemmen en gezamenlijk een plan opstellen. De methodisch werkende huisarts gaat ervan uit dat hulpvrager en hulpverlener gelijkwaardig zijn en dat de patiënt hoe dan ook zelf verantwoordelijk is voor eigen leven en gezondheid. Methodisch Werken veronderstelt mondige patiënten en artsen met goede 'relationele vaardigheden'. De wederzijdse competentie op relationeel gebied laat onverlet dat de huisarts betrokken dient te zijn bij de patiënt.

E. Runia, historicus en psycholoog, werkzaam aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

Hij moet bovendien in staat zijn deze betrokkenheid over te laten komen bij de patiënt. Tijdens het consult moet de dokter zich in verschillende rollen kunnen verplaatsen, al naar gelang de omstandigheden en de fase van het consult. De methodisch werkende dokter is niet autoritair en neemt geen verantwoordelijkheden over van zijn patiënt.

Pro

Methodisch Werken heeft een aantal verdiensten. In de eerste plaats hebben de ontwerpers van deze benaderingswijze consequenties getrokken uit de veranderingen die zich in gezondheidszorg en maatschappij hebben voorgedaan; zij hebben de aandacht gericht op een aantal kenmerken van huisartsgeneeskundige consulten die voorheen onderbelicht waren gebleven:

- de huisarts is de toegang tot bijna alle faciliteiten van de gezondheidszorg; patiënten presenteren daarom vaak een 'medische' klacht terwijl ze in feite iets anders willen dan een medische behandeling;

- huisartsgeneeskunde is meer gezondheidsbevorderend geworden dan ziektebestrijdend; veel ziektebestrijding is hooggespecialiseerd (ziekenhuizen), routinematig (antibiotica) of geminimaliseerd (door vroege opsporing en snel ingrijpen). Er heeft een verschuiving plaats gevonden van *cure* naar *care*.

Methodisch Werken komt aan deze veranderingen tegemoet doordat het meer een algemene dan een specifiek medische hulpverleningsmethode is. Dit biedt de mogelijkheid om medicalisering en somatische fixatie tegen te gaan.

Methodisch Werken benadrukt dat het verstandig is niet over te gaan tot anamnese, onderzoek, diagnose en behandeling voordat duidelijk is waarvoor de patiënt komt. Daarbij wordt onderkend dat een consult, hoe kort het ook duurt, een eigen dynamiek heeft; het consult bestaat uit een aantal fasen en deze fasen beïnvloeden elkaar. Net zoals bij kinderen groeistoornissen kunnen optreden als ontwikkelingsfasen frustrerend verlopen of worden overgeslagen, kan een huisartsgeneeskundig consult onbevredigend en weinig rendabel blijven als de huisarts de logische fasering van het consult met voeten treedt.

In het Methodisch Werken wordt de inbreng van de patiënt in het consult niet langer verwaarloosd, maar beschouwd als iets wezenlijks, waaraan systematisch aandacht geschonken moet worden.

Ook het belang van de niet-medische vaardigheden van de dokter wordt naar voren gehaald. Volgens Methodisch Werken heeft het vermogen om verschillende relaties aan te gaan en om binnen een relatie van rol te wisselen, een positieve uitwerking op de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. Relationele vaardigheden vallen bovendien, zo was de teneur, te leren.

Verder wordt benadrukt dat het van belang is dat de dokter de patiënt enigszins op de hoogte stelt van wat hij denkt en doet. Gebeurt dit, dan neemt de compliantie toe, de patiënten behouden meer de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en blijven actiever in het zelf verzinnen van oplossingen voor hun problemen.

Tenslotte biedt Methodisch Werken een aanzet tot het toetsen van de niet-medische vaardigheden van huisartsen.

Contra

Bezwaren die tegen Methodisch Werken aangevoerd kunnen worden, zijn er echter ook. Zo wordt gesuggereerd dat artsen die zich niet tot Methodisch Werken bekeerd hebben, niet methodisch werken. Dit hoeft niet het geval te zijn. Waarom zouden artsen die een andere methode gebruiken onmethodisch werken?

Verder is Methodisch Werken kunstmatig en ingewikkeld en heeft het de neiging om 'huisarts-vreemd' te blijven. Anderzijds bestaat de tendens dat Methodisch Werken normatief wordt; in feite is Methodisch Werken al – door de LHV – tot norm verheven.

Methodisch Werken lijkt vooral bij moeilijke gevallen, vage klachten en psychosociale problemen uit de kast te worden gehaald. Gebeurt dit, dan weet de patiënt – die heel goed merkt dat de dokter het ineens over een andere boeg gooit – dat er iets raars met hem aan de hand is: dat de dokter hem een klier, een zeur of een querulant vindt. De methode werkt dan averechts: de bedoeling was om ruimte te scheppen en de relatie open te houden, het resultaat is dat men verstrikt raakt in wederzijdse vooroordelen en vastloopt (nu niet in een soma-

tische maar in een relationele fixatie).

Methodisch Werken schept verwarring over de vraag wanneer de dokter voor welke rol moet kiezen. Wanneer moet hij directief en wanneer moet hij non-directief zijn en hoe moet hij omschakelen? Ook leidt de methode er soms toe dat 'vraagverheldering' ont-aardt in 'antwoordontfutseling': 'En hoe is het met uw werk?', 'En hoe staat het met uw huwelijk?'

Methodisch Werken verdoezelt het feit dat de dokter op een aantal punten de autoriteit is en dit naar verwachting ook zal blijven. Er wordt weinig recht gedaan aan het gebruik dat de dokter van zijn autoriteit kan maken. In het verlengde daarvan ligt de veronderstelling dat het consult een onderhandelings-situatie is. Het mag dan zo zijn dat de maatschappelijke trend zich beweegt van de 'bevelshuishouding' naar de 'onderhandelingshuishouding', toch hebben vele patiënten allermindst de behoefte om in het consult met de dokter te onderhandelen over wat nu de hulpvraag is en wat het 'behandelingscontract' zal zijn. Kinderen, bejaarden, ernstig zieke mensen en buitenlanders zijn vaak niet gewend of in staat om zich verantwoordelijk te voelen voor de eigen gezondheid. De gelijkheid tussen hulpvrager en hulpverlener die door het Methodisch Werken wordt verondersteld (of als wenselijk geproclameerd) is in die gevallen een hersenschim. Methodisch Werken richt zich vooral op patiënten die 'onderhandelingsbekwaam' zijn.

Methodisch Werken dringt de patiënt een rol op die hij misschien helemaal niet wil spelen, met dus het risico dat de arts-patiënt relatie er niet helderder op wordt. Daarbij wordt uitgegaan van een discutabel wereldbeeld. *Van Aalderen e.a.* stellen dat 'ieder mens zelf verantwoordelijk is voor zijn lijf en leven, voor zijn gezondheid en voor de keuzen die hij maakt'.¹ Juist in een tijd van massale afhankelijkheid (van sociale uitkeringen, van huisvestingsinstanties, van overheidsbeschikkingen, van de arbeidsmarkt, van economische ups en downs, van allerlei verdovende en stimulerende middelen) is het nogal kras om iedereen persoonlijk verantwoordelijk te stellen voor de situatie waarin men zich bevindt.

Tenslotte leidt Methodisch Werken tot branchevervaging tussen de verschillende hulpverleningsdisciplines.

Beschouwing

Veel van wat onder de vlag van Methodisch Werken de huisartsgeneeskunde binnenkwam, is er niet meer uit weg te denken – en dat is maar goed ook. Wie durft bijvoorbeeld nog te ontkennen dat de dokter, vóór er van enig medisch handelen sprake kan zijn, allereerst te weten dient te komen wat de klacht is van de patiënt en wat deze van hem wil?

Aan de andere kant: aan heilige koeien heeft niemand iets. Het is dus zaak om kritisch te blijven en het model niet te laten prevaleren boven de realiteit. Dit is des te belangrijker omdat het model de realiteit kan beïnvloeden, misschien zelfs kan bepalen. De dokter die ervan uitgaat dat het consult een onderhandelingsituatie is en die zich daarvoor gedraagt, schept een onderhandelingsituatie.

Het is dan ook belangrijker om artsen te leren de realiteit van consult en patiënten juist waar te nemen, dan om hen te trainen in het gebruik van een model en de daarbij behorende vaardigheden. Hiervoor is vooral nodig: het vermogen om onbevooroordeeld te kunnen luisteren. Methodisch Werken, of een ander al of niet ingewikkeld model, kan hier slechts een beperkte bijdrage aan leveren.

- ¹ Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen HJ, et al. Methodisch werken. Huisarts Wet 1978; 21: 322-35.
- ² Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.
- ³ Sluijs E. Is Methodisch Werken meetbaar? Huisarts Wet 1983; 26: 290-6.
- ⁴ Van Aalderen H, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus Methodisch Werken. 2e dr. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1982.
- ⁵ Schouwstra CP. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. Huisarts Wet 1981; 24: 442-7.

Nota bene

De arts in opleiding tot specialist zou tijdens deze periode een stage huisartsgeneeskunde dienen te lopen. Stelling bij: Oostenbroek RJ. Acute liver ischemia [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

M. A. M. F. EYCK EN J. G. REY

Huisarts en computer: argumentatie en verwachtingen

In het kader van het NUT-project wordt in vier huisartspraktijken onderzocht, hoe het proces van automatisering van de praktijkvoering zich voltrekt. In deze bijdrage wordt ingegaan op de overwegingen die een rol spelen bij de besluitvorming. Verbetering van de doelmatigheid is de meest gehoorde wens, met name op het gebied van administratie en/of beheer. Ook op het gebied van het huisartsgeneeskundig (be)handelen worden allerlei voordelen genoemd. Het niet beschikbaar zijn van de medische gegevens tijdens de visites is een nadeel, evenals de mogelijke beïnvloeding van de arts-patiënt relatie in de spreekkamer. Verder ziet men op tegen de wellicht hoge aanloopkosten. Besparing op loonkosten zal niet of nauwelijks optreden in een solopraktijk, mogelijk wel in een groepspraktijk. Bij het gebruik van een grootboekmodule kan waarschijnlijk op de accountantskosten worden bespaard. Verder kan de declaratieperiode verschuiven van één keer per kwartaal naar één keer per maand.

Inleiding

In 1984 publiceerden *Van den Hoogen en Brasse* de uitkomsten van een onderzoek waaruit bleek dat slechts 0,6 procent van de Nederlandse huisartsen gebruik maakte van de computer.¹ Uit twee latere enquêtes blijkt echter dat een meerderheid van de respondenten automatisering ziet als een verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Zowel nu als in de toekomst wenst men de computer in eerste instantie te gebruiken voor de administratie. Men verwacht veel van de medische toepassingen (patiëntenregistratie, geneesmiddelenregistratie en -bewaking, onderzoek) en zelfs zeer veel van de communicatiemogelijkheden.^{2 3}

In ieder geval blijkt dat een deel van de Nederlandse huisartsen de computer gebruikt voor diverse doeleinden, te beginnen bij de financiële administratie,

in tegenstelling tot de Engelse huisartsen, die de voorkeur gaven aan het samenstellen van een leeftijd- en geslachtregister en het registreren van herhalingsrecepten, immunisatie en screening.

In het kader van het NUT-project wordt in vier huisartspraktijken onderzocht, hoe het proces van automatisering van de praktijkvoering zich voltrekt.⁴ In deze tweede bijdrage wordt ingegaan op de overwegingen die een rol spelen bij de besluitvorming door de huisartsen in de vier eerder beschreven praktijken. Tevens worden de voor- en nadelen die de huisartsen verwachten, onderworpen aan een nadere beschouwing.

De vier praktijken

Praktijk *Rivierdorp* is een apotheekhoudende solopraktijk, met een bij overname onbruikbare patiëntenregistratie (gegevens op de achterkant van specialistenbrieven). De nieuwe huisarts wil een nieuwe registratie opzetten volgens het SOEP-systeem. Goede verzameling en codering van gegevens zullen het mogelijk moeten maken het medisch handelen te evalueren, en niet vast te lopen in de dagelijkse routine. Ook lijkt automatiseren een zinvolle keuze met het oog op de eisen van het ziekenfonds en de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

Praktijk *Schoeneveld*, gelokaliseerd op het verstedelijkt platteland, is een associatiepraktijk van twee huisartsen. Zij verwachten van automatisering goede ondersteuning bij de praktijkvoering en een positieve invloed op de kwaliteit van hun medisch handelen. Zij denken wel dat automatiseren in het begin veel tijd kost. Verder kunnen zij nog niet alle voor- en nadelen overzien.

Praktijk *Bij de stad* is als 'researchpraktijk' geschikt gemaakt voor eerstelijns onderzoek. In het kader van dat onderzoek zou aanvankelijk ook de praktijkadministratie worden geautomatiseerd. Wanneer het geplande onderzoek geen doorgang vindt, besluiten huisarts en assistente op eigen gelegen-

Werkgroep Implementatie, NUT-project, Nederlands Huisartsen Genootschap, Burgemeester Reigerstraat 87, 3581 KP Utrecht. M.A.M.F. Eyck, huisarts; J.G. Rey, huisarts.
Correspondentie: M.A.M.F. Eyck.