

# Methodisch werken: de ontwikkelingen sinds 1976

E. M. SLUIJS EN J. VAN DER LEDEN

---

In dit artikel wordt beschreven wat 'methodisch werken' – een algemene hulpverleningsmethode voor huisartsen – heeft betekend voor de huisartsgeneeskunde. Ten eerste wordt onderzocht wat de verschillen zijn tussen methodisch werken en werken volgens het geneeskundig model. Ten tweede wordt beschreven welke aspecten van methodisch werken ingang hebben gevonden in de huisartsgeneeskunde, en welke niet. Uit de literatuur blijkt dat aandacht voor de vraag van de patiënt en het systematisch markeren van de fasen in het consult de belangrijkste veranderingen zijn ten opzichte van het geneeskundig model. Deze aspecten lijken inmiddels algemeen geaccepteerd te zijn in de huisartsgeneeskunde; het oorspronkelijke uitgangspunt, 'de patiënt beslist' is dat niet. Over effecten van methodisch werken zijn nog geen harde gegevens bekend.

---

## Inleiding

Het ontwikkelen van methodisch werken was een van de pogingen die in de jaren zeventig werden gedaan om de functie en werkwijze van huisartsen aan te passen aan veranderende omstandigheden en veranderende zienswijzen.<sup>1,2</sup> Als veranderende omstandigheden werden genoemd: de snel groeiende specialistische geneeskunde en de toenemende samenwerking van eerstelijnsgezondheidszorg. Veranderende zienswijzen hadden te maken met het steeds toenemende besef dat somatische en niet-somatische problemen in veel gevallen nauw met elkaar zijn verweven. Men zag dan ook in de gezondheidszorg een aantal accentverschuivingen optreden, bijvoorbeeld van *disease* naar *illness*, van *cure* naar *care* en van genezen naar opsporen, voorkómen, voorlichten en adviseren.<sup>1</sup> Een laatste ontwikkelingspunt kan men kortweg aanduiden met de democratiseringstendens, waardoor aandacht ontstond voor de rechten van de patiënt: het recht op informatie, het zelfbeslissingsrecht en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Deze ontwikkelingen leidden tot di-

verse vernieuwingen in de huisartsgeneeskunde, waarvan methodisch werken er één is.

Methodisch werken werd in 1975 geïntroduceerd als een algemene hulpverleningsmethode voor huisartsen in het NHG-rapport 'Hoe helpt de dokter'.<sup>3</sup> In opdracht van het NHG werd de methode verder uitgewerkt, zodat in 1978 een uitgebreide en gedetailleerde beschrijving van methodisch werken in rapporten en artikelvorm verscheen.<sup>4,6</sup> Deze documenten vormen als het ware de basis voor dit artikel, omdat daarin de meest complete beschrijving van methodisch werken is te vinden.

Methodisch werken ontstond vanuit de behoefte om zichtbaar te maken dat in de huisartspraktijk een geheel eigen werkwijze wordt gevolgd, vergeleken met de werkwijze in de specialistische geneeskunde. De basis van methodisch werken bestond uit een concrete beschrijving van de stappen en beslissingen die de huisarts doorgaans (onbewust) in elk consult neemt.<sup>3</sup> Vervolgens werd aan de hand daarvan beschreven hoe een ideale werkwijze van huisartsen er zou kunnen uitzien.

Hiermee kreeg methodisch werken, naast een beschrijvend, ook een normatief karakter, wat tot uiting komt in de volgende twee globale doelstellingen:

- het bevorderen van een efficiënte en doelgerichte werkwijze om de hulpverlening te optimaliseren, te evalueren en te bewaken;
- het stimuleren van een patiëntgerichte werkwijze waarbij de patiënt de mogelijkheid krijgt om zelf beslissingen te nemen en verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen gezondheid.<sup>6,7</sup>

Deze twee doelstellingen zijn van een wezenlijk verschillende orde. In feite gaat het bij de eerste doelstelling om de *techniek* van de werkwijze en bij de tweede om een patiëntgerichte *attitude*. *Hollenbeek Brouwer* waarschuwt voor een te eenzijdig gebruik van het techniek-aspect als een 'handig hulpmiddel' voor de huisarts. Het recht van de patiënt om zelf te kiezen en beslissingen te

nemen, moet evenzeer worden gerealiseerd.<sup>9</sup> In recente publikaties lijkt echter de techniek wat meer de nadruk te krijgen.<sup>10</sup>

In het eerste deel van dit artikel beschrijven we vanuit welke tekorten methodisch werken is ontstaan en wat de verschillen zijn met de tot dan toe gevolgde werkwijze. In het tweede deel wordt besproken, wat methodisch werken voor de huisartsgeneeskunde heeft betekend.

Voor het beantwoorden van deze vragen hebben wij *Huisarts en Wetenschap*, *Medisch Contact* en *Huisarts Nu* (vanaf 1975) en handboeken en dissertaties over de werkwijze van huisartsen geraadpleegd. Verder is nagegaan in welke mate methodisch werken is opgenomen in de onderwijsprogramma's van de beroepsopleiding.

Het onderzoek is voornamelijk gericht op de Nederlandstalige literatuur, omdat er geen aanwijzingen zijn dat methodisch werken grensoverschrijdende invloed heeft gehad, met uitzondering dan van België. Wel worden aan methodisch werken verwante ontwikkelingen in het buitenland bij de discussie betrokken.<sup>11-13</sup>

## Verschillen met de medische methode?

Het introduceren van vernieuwingen gaat vaak gepaard met 'zich afzetten tegen' of wijzen naar tekorten in de oude situatie. Zo ook werd de introductie van methodisch werken beargumenteerd vanuit (vermeende) tekortkomingen van de medische methode. Het uitsluitend werken volgens deze methode zou geen recht doen aan de complexe realiteit in de huisartsgeneeskunde.

Hierbij zijn twee kanttekeningen te maken. Ten eerste verwijst men bij de medische methode naar het geneeskundig model, dat wil zeggen: klachten zijn symptomen van ziekten die via anamnese, onderzoek en diagnose opgespoord en behandeld kunnen worden. Dat is echter een beperkte opvatting van de medische methode die niet door iedereen gedeeld werd en wordt. Een algemeen geaccepteerde definitie van de medische methode is echter niet voorhanden, waardoor een vergelijking met methodisch werken discutabel blijft. In de tweede plaats is het zeer de vraag of huisartsen in de zeventiger jaren uitsluitend volgens de medische methode te werk gingen.

Desondanks geven we een opsomming van de argumenten die verschil-

lende auteurs vóór methodisch werken hebben aangevoerd om een beeld te schetsen van de wijze van denken in de zeventiger jaren.<sup>3 5-7 9 14-16</sup>

### Argumenten vóór

- In het geneeskundig model wordt ervan uitgegaan dat de klacht of het symptoom identiek is aan de hulpvraag van de patiënt. Dit blijkt in de praktijk niet op te gaan: patiënten presenteren vaak een medische klacht, terwijl ze iets anders willen dan een medische behandeling.<sup>17</sup> Er is dus behoefte aan een methode die niet uitgaat van de gepresenteerde klacht, maar van de hulpvraag van de patiënt. Voorkómen moet worden dat de hulp niet aansluit bij de hulpvraag van de patiënt en dus ondoelmatig is.

- Voor veel somatische klachten waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, is geen verklaring in geneeskundige termen te vinden. Daarnaast zijn er klachten waar de geneeskunde wel een (gedeeltelijke) verklaring maar geen adequate behandeling voor kent. Het toepassen van de geneeskundige methode, als men niet werkelijk met een geneeskundig probleem te maken heeft, leidt tot schijnoplossingen en somatische fixatie en zelfs tot paradoxaal handelen.<sup>18 19</sup> De medische methode moet dus selectief worden toegepast.

- Somatische problemen zijn vaak op een onduidelijke manier verweven met psychische of sociale problemen. Het eenzijdig aanpakken van alleen de medische kant van het probleem vormt dan vaak geen adequate oplossing en werkt medicalisering in de hand. Aandacht voor psychosociale aspecten is dan ook noodzakelijk.

- Het geneeskundig model besteedt niet expliciet aandacht aan de mening en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Een nieuwe methode moet hierin voorzien.

- Het geneeskundig model kan in de huisartspraktijk niet consequent worden afgewerkt, omdat vaak geen definitieve diagnoses gesteld kunnen worden. Door de diffuse problematiek en de beperkte gegevens moet de huisarts regelmatig met voorlopige diagnoses of werkhypothesen werken, waarbij voortdurende toetsing en zo nodig bijstelling van de hypothesen nodig is. Een nieuwe methode moet derhalve meer worden toegesneden op de situatie in de huisartspraktijk.

- Het geneeskundig model is niet doelmatig in gevallen van multidisciplinaire samenwerking, omdat het geen ruimte biedt voor andere dan geneeskundige

oplossingen. Een nieuwe methode moet betrekking hebben op een totaal beleid, zodat deskundigheden van andere disciplines daarin kunnen worden opgenomen. Daarnaast maakt samenwerking het noodzakelijk de werkwijzen op elkaar af te stemmen.

De visie die uit deze argumenten spreekt, is ongetwijfeld ook nu nog van waarde voor de huisartsgeneeskunde. Het is echter de vraag of het hier om een werkelijke of om een schijntegenstelling gaat. Men kan zich voorstellen dat veel van de hier opgesomde wenselijkheden impliciet al een plaats hadden gevonden in de werkwijze van huisartsen en dus niet echt onverenigbaar waren met het geneeskundig model c.q. de medische methode.

Dat blijkt ook als men de uitwerking van methodisch werken kritisch beschouwt. In feite gaat het dan om toevoegingen aan de medische methode die te maken hebben met de structurering van het consult, de bewaking van het hulpverleningsproces en de functionele arts-patiënt relatie. We lichten deze drie aspecten kort toe.

### Structurering consult

Met de structurering van het consult wordt bedoeld dat het consult op een systematische wijze gefaseerd wordt, waarbij de fasen in logische volgorde worden afgewerkt en duidelijk van elkaar worden onderscheiden. Methodisch werken ging uit van drie fasen:

- intake: vraagverheldering, vraagformulering en opstellen van het handlingsplan;
- uitvoering van het handlingsplan: bij somatische problemen volgens de medische methode, bij niet-somatische problemen via andere methoden;
- afronding van het consult: evaluatie van de hulpverlening.

Het is de bedoeling dat de fasen worden gemarkeerd, zodat de hulpverlening ook voor de patiënt overzichtelijker wordt. Dit betekent dat de arts de bevindingen van elke fase met de patiënt bespreekt en toetst of men elkaar goed begrepen heeft.

Het verschil met de medische methode zit niet in de systematische werkwijze; ook de medische methode kent een strakke systematiek waarbij de fasen in logische volgorde worden afgewerkt, en is eigenlijk een methodische werkwijze bij uitstek.<sup>7</sup> De naam methodisch werken is dan ook ongelukkig gekozen en roept (terecht) irritaties op.<sup>10</sup> Methodisch werken benadrukt al-

leen dat ook bij niet-somatische problemen doelgericht en systematisch kan worden gewerkt. Het belangrijkste verschil is de toevoeging van een extra fase aan het begin van het consult om de reden van de komst en de hulpvraag van de patiënt te ontdekken. In methodisch werken is dát het uitgangspunt van de hulpverlening; in de medische methode is het de klacht van de patiënt.

Een tweede verschil is de markering van de fasen, waarbij de arts de bevindingen van elke fase met de patiënt bespreekt en toetst of hij de patiënt goed heeft begrepen en of de patiënt de arts goed heeft begrepen. Markeringspunten zijn als het ware toetsingsmomenten in het consult.

Een derde aspect is de afrondingsfase aan het einde van het consult. In de medische methode gaat men na wat het effect van de behandeling is, bij methodisch werken gaat men daarnaast na of de behandeling (nog steeds) aansluit bij de vraag van de patiënt.

### Bewaking hulpverleningsproces

Een tweede kenmerk van methodisch werken is de bewaking van het hulpverleningsproces. Deze bewaking geldt zowel de gang van zaken in het consult als de totale hulpverlening in de loop van de tijd. Aspecten die voor bewaking in aanmerking komen zijn:

- de inhoud van de hulpverlening: leidt deze tot het gewenste doel?
- de werkwijze: is de werkwijze op de juiste manier toegepast?
- de relatie: werkt de relatie niet bemerkerend op de hulpverlening?

De huisarts zou zich een procesmatige manier van kijken eigen moeten maken om het totale beleid ten aanzien van een patiënt in de loop van de tijd te overzien en zo nodig planmatig bij te stellen. Hulpmiddelen bij de procesbewaking zijn een aangepaste registratie en onderlinge toetsing en samenwerking.

Het is moeilijk om hier het essentiële verschil met de medische methode aan te geven. Ook daarin zijn bewaking van inhoud, werkwijze en relatie normale onderdelen. Het eigene van methodisch werken is vooral het overzien en planmatig bijstellen van het totale beleid in de loop van de tijd. Dit longitudinale aspect is ook het kenmerkende van de huisartsgeneeskundige benadering.

Overigens geeft methodisch werken geen richtlijnen voor een werkwijze ten aanzien van de procesbewaking. In die zin is er dus geen sprake van een methode, maar van een model, een term die tegenwoordig ook geschikter wordt geacht.<sup>10 22</sup>

### Functionele arts-patiënt relatie

Het derde kenmerk van methodisch werken is de functionele arts-patiënt relatie: een werkbare relatie die de hulpverlening bevordert en niet belemmert. Als dit laatste het geval is, kunnen stappen worden genomen om de relatie te verbeteren. In zo'n geval is het goed zich rekenschap te geven van de vier aspecten die een functionele relatie kenmerken:

- een bepaalde mate van acceptatie en vertrouwen;
- het openlijk uitwisselen van informatie, meningen en gevoelens;
- het op elkaar afstemmen van eigen doelstellingen;
- het samen opstellen van regels en afspraken.

Deze vier aspecten vormen een bepaalde hiërarchie, die simpel gezegd hierop neerkomt: pas als er sprake is van enige acceptatie en vertrouwen, is openlijke informatie-uitwisseling mogelijk; pas bij openlijke informatie-uitwisseling worden wederzijdse doelen duidelijk; pas als de doelen duidelijk zijn, kan men deze op elkaar afstemmen en gezamenlijk tot afspraken komen.

Het is moeilijk om aan te geven wat hier precies het verschil is met de arts-patiënt relatie in de medische methode. Ook daarin wordt een goede relatie bevorderlijk geacht voor bijvoorbeeld therapietrouw en tevredenheid van patiënten. Het accent ligt daarbij vaak op de affectieve, emotionele component van de relatie. In methodisch werken ligt het accent op de openheid en de duidelijkheid in de relatie. Het is de bedoeling dat de arts duidelijk is over zijn ideeën en bedoelingen, maar ook dat ideeën en wensen van de patiënt serieus genomen worden en dat de patiënt gestimuleerd wordt om deze te uiten.

In de oorspronkelijke versie van methodisch werken was het uitgangspunt dat de patiënt uiteindelijk zelf zou beslissen; in nieuwere versies is dit punt afgezwakt. We komen daarop terug.

### Reductie

Voordat we de balans opmaken, wijzen we erop dat in de hiervoor gedane analyse geen recht gedaan is aan alle facetten van methodisch werken. Er is een reductie toegepast om het eigene van methodisch werken zichtbaar te maken. Vergeleken met de medische methode zijn dat de volgende aspecten:

- het verduidelijken van de reden van komst van de patiënt in de intakefase en het terugkoppelen van de hulpver-

lening naar deze reden van komst in de afrondingsfase;

- het markeren van de fasen door middel van toetsingsmomenten;
- het bewaken van de totale hulpverlening in de loop van de tijd en het creëren van een open en duidelijke relatie met de patiënt waarbij uiteindelijk de patiënt beslist.

### Betekenis

Wat methodisch werken voor de huisartsgeneeskunde heeft betekend, valt af te leiden uit de mate waarin de besproken aspecten zijn geïntegreerd in opleiding en nascholing, en uit de mate waarin deze aspecten tot uiting komen in de kwaliteitsnormen die gelden voor de werkwijze van de huisarts. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat die aspecten uitsluitend zijn overgenomen van methodisch werken. Nieuwe inzichten ontstaan vaak op verschillende plaatsen tegelijk en de oorsprong daarvan is niet altijd even duidelijk.

Alle universitaire huisartseninstituten hebben sinds het eind van de zeventiger jaren aspecten van methodisch werken in de beroepsopleiding verwerkt, wat niet wil zeggen dat iedereen zich in het totale 'methodisch-werkenpakket' kon vinden. De meest complete uitwerking vindt men aan de Vrije Universiteit, hetgeen voor de hand ligt, omdat methodisch werken daar zijn oorsprong heeft.<sup>4</sup> Andere opleidingen hanteren bewust andere termen, zoals 'systematisch werken', 'gericht en systematisch werken' en 'consultvoering' om uit te drukken dat een selectie uit methodisch werken is gemaakt.<sup>21 22</sup>

Het meest geaccepteerde onderdeel is de intake of vraagverheldering en ook wordt vrijwel overal aandacht besteed aan een systematische, gefaseerde manier van werken. De arts-patiënt relatie wordt eveneens als een belangrijk aspect van de hulpverlening beschouwd. In hoeverre dat in de zin van methodisch werken gebeurt, is niet duidelijk. De procesbewaking van de hulpverlening komt het minst uit de verf. Voor de toekomstige ontwikkelingen is het belangrijk om te kijken naar het recent verschenen curriculum voor de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts dat voor alle opleidingen is bedoeld.<sup>23</sup> In dit curriculum zijn diverse vernieuwingen verwerkt waarvan de volgende aspecten – ook terug te vinden in de buitenlandse literatuur<sup>12 13 24</sup> – relevant zijn voor dit artikel:

- aandacht voor de vraagverheldering;
- systematisch werken met na elke fase

een verduidelijking van de bevindingen aan de patiënt;

- consultevaluatie en bewaking van het totale beleid ten aanzien van een patiënt in de tijd;
- overleg met de patiënt over de keuze van het beleid.

Wat betreft de arts-patiënt relatie wordt dus niet uitgegaan van het principe dat de patiënt beslist, maar van overleg met de patiënt.

De doorwerking van methodisch werken via nascholing is op dit moment nihil, doordat de cursus nog slechts zeer incidenteel wordt aangeboden. In de jaren 1980-1983 werd de cursus (een gezamenlijk project van NHG en NHI) frequent gegeven, aanvankelijk in zeer uitgebreide vorm, later in een verkorte versie en de laatste jaren ook als 'methodisch werken voor samenwerkingsverbanden', een variant die veel belangstelling ondervond. In totaal werden ongeveer 600 praktiserende huisartsen bereikt, dat is ongeveer 10 procent van de beroepsgroep.<sup>20</sup> Het was de bedoeling dat de cursus na 1983 overgenomen zou worden door reguliere nascholingsinstanties, maar dit is niet van de grond gekomen.

Het is moeilijk om uit deze gang van zaken harde conclusies te trekken met betrekking tot de acceptatie van methodisch werken door de zittende huisartsen. Een feit is dat de belangstelling van de individuele huisartsen in de loop der jaren afnam. De organisatoren wijten dat onder andere aan de opkomst van toetsing, het grote aanbod aan nascholing en de zware tijdsbelasting van de cursus. In hoeverre methodisch werken een te grote omschakeling voor praktiserende huisartsen betekende, is niet bekend.<sup>25</sup> Wel bleek tijdens de cursussen dat het principe 'de patiënt beslist' in de praktijk niet werkte. Binnen de cursus verschoof dan ook het accent naar overleggen en onderhandelen met de patiënt.

In de kwaliteitsnormen met betrekking tot de werkwijze van de huisarts zijn aspecten van methodisch werken terug te vinden. Men vindt dergelijke normen of aanbevelingen in handboeken,<sup>26 27</sup> in het Basistakenpakket,<sup>28</sup> in protocolontwikkeling en toetsing<sup>29 30</sup> en in de 'meetinstrumenten' waarmee de werkwijze van huisartsen wordt beoordeeld.<sup>22 31 32</sup> Vaak wordt het Basistakenpakket daarbij als uitgangspunt genomen.

Het Basistakenpakket schetst een ideale werkwijze, die er als volgt uitziet: 'een methodische aanpak van het hulpverleningsproces, waarin op geïnte-

greerde wijze aandacht wordt besteed aan zowel de somatische als de psychosociale aspecten van de klacht in een open relatie tussen arts en patiënt waarin beiden de eigen verantwoordelijkheid dragen.<sup>33</sup> In concrete termen zijn alle specifieke aspecten van methodisch werken hierin terug te vinden met de volgende – realistische – bijstellingen: als uit het probleem van de patiënt volstrekt duidelijk is om welke hulpvraag het gaat, is een intake overbodig (bijvoorbeeld bij een cardiale shock); ook wordt nadrukkelijk gesteld dat de huisarts zijn eigen (professionele) verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de hulpverlening.

In grote lijnen wijzen de literatuurgegevens in dezelfde richting. Methodisch werken is in zijn totaliteit niet overgenomen. Twee aspecten ervan zijn dat wel, de vraagverheldering en de systematische werkwijze, waarbij de bevindingen met de patiënt worden besproken. De procesbewaking van de hulpverlening wordt wel belangrijk geacht, maar is nog nauwelijks concreet uitgewerkt. Wellicht kunnen ontwikkelingen op het gebied van de probleemgeoriënteerde registratie hier een bijdrage leveren.

Het oorspronkelijke uitgangspunt van methodisch werken – of, zo men wil, de ideologie – lijkt niet meer van deze tijd: het idee dat de patiënt uiteindelijk zelf zou moeten beslissen is verlaten. Arts en patiënt beslissen in gezamenlijk overleg, beiden met eigen verantwoordelijkheden.

## Effecten

Effecten van methodisch werken zijn nog nauwelijks bekend. Onderzoek waarin methodisch werken gerelateerd wordt aan relevante *outcome*-maten, is ons niet bekend. Er zijn wel meetinstrumenten ontwikkeld waarin de hiervoor genoemde aspecten een plaats hebben,<sup>22 31 32 34</sup> maar nog geen meetinstrumenten om de verwachte effecten te beoordelen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat deze ook niet duidelijk bij de introductie van methodisch werken zijn geformuleerd. De doelen zijn in globale termen gesteld en bovendien moeilijk meetbaar te maken ('betere afstemming van hulpverlening op hulpvraag', 'efficiëntere werkwijze', 'betere samenwerking met andere disciplines', 'grotere zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de patiënt', etc.). Indicaties van effecten van methodisch werken kunnen op dit moment alleen worden afgeleid uit algemeen onderzoek naar werkwijzen van huisartsen.

Uit de onderzoeken van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut blijkt dat het gericht en systematisch werken duidelijk samenhangt met een adequate behandeling van zowel somatische als psychosociale problemen.<sup>35</sup> Dat geldt met name voor het expliciteren van eigen handelen en het openstaan voor de meningen en wensen van de patiënt. Vooral dit laatste hangt samen met adequaat psychosociaal handelen, wat overeenkomt met eerdere bevindingen.<sup>33 36</sup> Het zijn vooral de jongere artsen die op een dergelijke wijze werken.<sup>33</sup> Wellicht heeft dit te maken met de integratie van methodisch werken in de opleiding.

Een tweede aanwijzing voor effecten vindt men in artikelen waarin huisartsen ervaringen met aspecten van methodisch werken beschrijven.<sup>10 15 16 25 37 40</sup> De auteurs vermelden dat een dergelijke werkwijze leidt tot een meer adequate hulpverlening, betere kwaliteit, meer efficiëntie en op den duur tijdsbesparing. Ook wordt de kans kleiner dat men langs elkaar heen werkt of een 'dovemansgesprek' voert.<sup>41</sup> De werkwijze bevordert therapietrouw en werkt desomatiserend. Dergelijke positieve effecten worden onder andere toegeschreven aan het verhelderen van de vraag van de patiënt, gefaseerd werken waarbij regelmatig wordt getoetst of arts en patiënt elkaar goed begrepen hebben, en aan een open relatie met de patiënt.

Wat we hieruit mogen concluderen is in elk geval dat aspecten van methodisch werken in de praktijk uitvoerbaar zijn en dat degenen die zich een dergelijke werkwijze hebben eigen gemaakt, daar positieve effecten van ontdekken.

Uit buitenlands onderzoek zijn geen effecten van methodisch werken af te leiden, omdat methodisch werken daar niet in deze vorm bekend is. Effecten van aan methodisch werken verwante ontwikkelingen zijn nog niet bekend.<sup>12 13 23</sup> Aspecten die wel regelmatig worden gebruikt in buitenlands effectonderzoek, zijn de relatie tussen arts en patiënt en de informatie die de arts over diagnose en therapie verstrekt (in termen van methodisch werken zou men dit kunnen vertalen in: de bevindingen van elke fase met de patiënt bespreken, checken of men elkaar wederzijds goed begrepen heeft en overleggen over de voorgestelde behandeling). Uit een groot aantal onderzoekingen blijkt een dergelijke werkwijze zowel de tevredenheid als de therapietrouw van patiënten te vergroten.<sup>42 43</sup> Wat betreft de relatie tussen

arts en patiënt hanteren *Roter et al.* een definitie die verwant is aan de functionele relatie in methodisch werken. Zij vinden in hun onderzoek dat de tevredenheid van de patiënten meer beïnvloed wordt door de functionele dan door de emotionele aspecten van de relatie.<sup>44</sup>

We moeten constateren dat over de effecten van methodisch werken in z'n geheel nog niets te zeggen valt. Aspecten ervan lijken positieve effecten te hebben op de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in z'n algemeenheid en op tevredenheid en therapietrouw van patiënten. De relatie tussen deze effecten en de oorspronkelijke doelen van methodisch werken is tamelijk indirect en niet erg duidelijk.

## Beschouwing

Typierend voor methodisch werken zijn de volgende toevoegingen:

- de vraagverheldering om de reden van komst van de patiënt te achterhalen;
- een systematische manier van werken waarbij de fasen in het consult gemarkeerd worden door de bevindingen van elke fase met de patiënt te bespreken en te checken of men elkaar wederzijds goed begrepen heeft;
- aandacht voor de procesbewaking van het totale beleid ten aanzien van de patiënt in de loop van de tijd;
- een open en duidelijke relatie met de patiënt onderhouden met keuzevrijheid voor de patiënt.

De eerste twee vernieuwingen lijken algemeen geaccepteerd te zijn. De vraagverheldering en het systematisch werken zijn in alle opleidingen geïntegreerd en worden als standaardwerkwijze voor huisartsen beschouwd.

De oorspronkelijke ideologie moet als achterhaald worden beschouwd. Het is niet de patiënt die uiteindelijk beslist; de arts behoudt zijn professionele verantwoordelijkheid. Dit betekent overigens niet dat er niets veranderd is in de machtsverhouding tussen arts en patiënt. Als men het huidige uitgangspunt – overleggen met de patiënt – serieus neemt, betekent dat meer inspraak en meer verantwoordelijkheid voor de patiënt.

De vraag wat methodisch werken uiteindelijk voor de huisartsgeneeskunde heeft betekend, is moeilijker te beantwoorden. Het feit dat de hiervoor genoemde aspecten op dit moment geïntegreerd zijn in de professionele werkwijze van huisartsen, is nog geen bewijs voor de effectiviteit ervan, en de ge-

tuigenissen van individuele huisartsen zijn dat evenmin. Niettemin ligt een aantal effecten ook zonder bewijzen voor de hand: als men regelmatig checkt of men elkaar goed heeft begrepen, wordt de kans dat men langs elkaar heenwerkt kleiner; als men het in onderling overleg eens wordt over de behandeling, wordt de kans groter dat de patiënt eraan meewerkt; als men de patiënt regelmatig uitleg geeft over de diagnose, therapie en andere bevindingen, krijgt de patiënt meer inzicht in de hulpverlening en in ziekte en gezondheid. Dit laatste sluit goed aan bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg op het gebied van patiënten-voorlichting en GVO.

Wil men vernieuwingen in de huisartsgeneeskunde op zijn waarde kunnen beoordelen, dan moet men vooraf de beoogde effecten zo concreet mogelijk expliciteren. Pas dan is het mogelijk om de zinvolheid van een nieuwe werkwijze te onderzoeken en kan men onderzoeken of deze werkwijze de beste is om het beoogde doel te bereiken.

<sup>1</sup> Spreeuwenberg C. De toekomst van de huisartseneeskunde. *Med Contact* 1978; 33: 1205-8.

<sup>2</sup> Everwijn SEM, De Melker RA, Spreeuwenberg C. Huisartseneeskunde naar volwassenheid. *Med Contact*, 1983; 38: 245-51.

<sup>3</sup> Anoniem. Hoe helpt de dokter? Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.

<sup>4</sup> Van Aalderen H. Methode van hulpverlening in de eerste lijn [Syllabus]. Amsterdam: Huisartsen Instituut VU, 1976.

<sup>5</sup> Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen H, e.a. Methodisch werken. Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1978; 21: 322-35.

<sup>6</sup> Van Aalderen H, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus Methodisch werken. 2e dr. Amsterdam: Huisartsen Instituut VU, 1982.

<sup>7</sup> Van Aalderen H. Waarom methodisch werken? *Huisarts Wet* 1976; 19: 366-7.

<sup>8</sup> Schouwstra CP. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. *Huisarts Wet* 1981; 24: 442-7.

<sup>9</sup> Hollenbeek Brouwer J. Methodisch werken voor huisartsen, een doorbraak naar een nieuwe ontwikkeling? In: Hollenbeek Brouwer J, Knottnerus JA, red. *Vertrek-*

punten in de gezondheidszorg. Amsterdam: VU uitgeverij, 1982.

<sup>10</sup> Proost H. Methodisch werken in 1986. *Huisarts Nu* 1986; 15: 151-4.

<sup>11</sup> Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: Her Majesty's Stationary Office, 1976.

<sup>12</sup> Anonymous. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1985.

<sup>13</sup> Pendleton D. Consultation analysis. Update 1987; 34: 803-7.

<sup>14</sup> Den Hoed FE, Sluijs EM. Het meten van methodisch werken. De ontwikkeling van een meetinstrument om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

<sup>15</sup> Desmet R. Methodisch werken. *Huisarts Nu* 1980; 9: 279-83.

<sup>16</sup> Post D. Methodisch werken aan de klacht hoofdpijn. *Huisarts Nu* 1982; 10: 22-4.

<sup>17</sup> Runia E. Methodisch werken: pro en contra. *Huisarts Wet* 1987; 30: 152-4.

<sup>18</sup> Grol R, Van Eijk J, Huygen F, e.a. Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>19</sup> Van der Werf GTh. Geneeskundige oordeelsvorming. Onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts. [Dissertatie]. Groningen: Universiteit van Groningen, 1984.

<sup>20</sup> Kluver R, De Groot JB. 'Werken aan methodisch werken'. Verslag van de implementatiefase van het project 'Methodisch Werken' (1983-1986). Utrecht: O&O/NHG, 1986.

<sup>21</sup> De Groot B, Van Zalinge EAB. Systematisch werken in de huisartspraktijk geïllustreerd aan de consultvoering. *Bijblijven*, 1987; 3: 14-22.

<sup>22</sup> Smits A, Mookink H, Mesker P. Preventie van somatische fixatie. 4. Prevara: een meetinstrument voor het handelen van de huisarts tijdens het spreekuur. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.

<sup>23</sup> Grol R, Polleman M, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts II. Structuurplan en onderwijsdoelen. *Med Contact* 1986; 41: 539-44.

<sup>24</sup> Schofield T. The application of the study of communication skills to training for general practice. In: Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.

<sup>25</sup> Van der Vliet S. Methodisch werken: geneeskunde op maat. *Huisarts Nu* 1986; 15: 389-93.

<sup>26</sup> Schouten JAM. Anamnese en advies. Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen aan de Rijn: Samsom, 1983.

<sup>27</sup> Van Es JC, De Melker RA, Goosmann FCL. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

<sup>28</sup> Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

<sup>29</sup> Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Methoden, normen, protocollen. Utrecht: Bunge, 1986.

<sup>30</sup> Kluver RIM, Vermuë MJ, Van de Rijdt van de Ven AHJ, Touw AM. Onderlinge toetsing voor huisartsen. Utrecht: O&O, 1986.

<sup>31</sup> Pieters HM, Jacobs HM. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. Een gedetailleerde consultobservatie. *Med Contact* 1983; 38: 1539-42.

<sup>32</sup> Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht historytaking and advice checklist: studies of instrumental utility [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.

<sup>33</sup> Tielens VCL. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

<sup>34</sup> Sluijs EM. Is methodisch werken meetbaar? *Huisarts Wet* 1983; 26: 290-6.

<sup>35</sup> Smits A, Mookink H, Grol R, e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. De samenhang tussen de medisch-technische en de psychosociale aspecten. *Huisarts Wet* 1985; 28: 121-5.

<sup>36</sup> Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986.

<sup>37</sup> Moors JPC. Wat kan de huisarts doen met seksuele problemen? *Huisarts Wet* 1978; 21: 21-3.

<sup>38</sup> Post D. Het gebruik van benzodiazepines in de huisartspraktijk. 1. Een onderzoek in eigen huis. *Med Contact* 1982; 37: 896-9.

<sup>39</sup> Thomassen JFM, De Nood D. Communicatie en compliantie. Een mini-experiment in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1983; 26: 376-80.

<sup>40</sup> Moors JPC. Dokter en patiënt, ze hebben wat met elkaar. *Huisarts Wet* 1981; 24: 448-53.

<sup>41</sup> Thomassen JFM. Konsultanalyse. Communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk. Amsterdam: VU-uitgeverij, 1986.

<sup>42</sup> DiMatteo MR, DiNicola DD, eds. Achieving patient compliance. The psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press, 1982.

<sup>43</sup> Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.

<sup>44</sup> Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relation between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Med Care* 1987; 25: 437-51.