

INHOUDSOPGAVE



NIVEL

Nederlandsche Vereniging voor
Postbus 25
Marliahoeek

bibliotheek

drieharingstraat 26

postbus 1568

3500 bn utrecht

telefoon: 030 319946

	pag.
VOORWOORD	
INLEIDING	1
I. HET ONTSTAAN VAN METHODISCH WERKEN	2
1.1. De medische methode	2
1.2. Het ontstaan van methodisch werken	3
II. WAT IS METHODISCH WERKEN	6
2.1. De fasering van het hulpverleningsproces	6
2.2. Het opbouwen van een functionele arts-patient relatie	9
2.3. Bewaking van het hulpverleningsproces	11
2.4. Samenvatting	13
III. DOELSTELLINGEN VAN METHODISCH WERKEN	15
3.1. Inventarisering van de doelstellingen	15
3.2. Operationalisering van de doelstellingen	18
IV. HET MEETINSTRUMENT	20
4.1. Observatieschema 1 en 2	21
4.2. Toelichting bij observatieschema 1	23
4.3. Toelichting bij observatieschema 2	27
V. TOETSING VAN HET MEETINSTRUMENT	41
5.1. Procedurebeschrijving	41
VI. MATERIAALBESCHRIJVING	43
6.1. De 22 inhoudelijke categorieën	43
6.2. Het affectieve gedrag van de arts	45
6.3. De fasering van het consult	46
6.4. Het voorkomen van de categorieën in de fasen	49
6.5. Patientinitiatieven	51
VII. BETROUWBAARHEID VAN HET MEETINSTRUMENT	54
7.1. Procedurebeschrijving	54
7.2. Inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid	54
VIII. SAMENHANG VAN HET MEETINSTRUMENT	61
8.1. Samenhang van de 22 inhoudelijke categorieën	61
8.2. Samenhang van alle variabelen van het meetinstrument	63
IX. VALIDITEIT VAN HET MEETINSTRUMENT	68
9.1. Inleiding	68
9.2. Validiteitsvragenlijst	69
9.3. Toetsing van de validiteit van het meetinstrument	76
X. SAMENVATTING EN CONCLUSIE	81
LITERATUURLIJST	87
BIJLAGEN	

VOORWOORD

Voor u ligt het verslag van een onderzoek wat wij het afgelopen jaar hebben verricht in het kader van onze na-kandidaatsstudie klinische psychologie aan de Rijks Universiteit Utrecht. Doel van het onderzoek is het ontwikkelen van een meetinstrument dat de mate aangeeft waarin artsen 'methodisch werken'. 'Methodisch werken' is een recent ontwikkelde hulpverleningsmethode die gericht is op verbetering van de hulpverlening en onder andere een betere aanpak beoogt van de psychosociale aspecten die bij veel klachten van patiënten een rol spelen. De Afdeling Nascholing en Training van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) houdt zich onder andere bezig met ontwikkelen en verzorgen van een nascholingskursus methodisch werken en in het kader van deze ontwikkeling bestond bij deze afdeling de wens naar onderzoek op dit gebied.

Onze motivatie om een dergelijk onderzoek te gaan doen zullen we in het kort verduidelijken. Voorop staat onze belangstelling voor de eerstelijns gezondheidszorg, waarin de huisartsgeneeskunde een centrale rol speelt. We merken beiden in ons werd (Ineke als fysiotherapeute en Emmy als onderzoeksassistente op het NHI) dat het werk van de huisarts veel problemen oplevert, die onder andere te maken hebben met het brede scala van probleemaanbod in de huisartspraktijk. De cursus methodisch werken probeert een houvast te bieden bij deze problemen. Bovendien sluiten de uitgangspunten van methodisch werken nauw aan bij onze visie op hulpverlening. Een hulpverlening die gericht moet zijn op het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënt en die zo min mogelijk afhankelijk maakt. Uitgangspunt is de verantwoordelijkheid van de patiënt voor diens eigen gezondheid hetgeen onder andere bevorderd kan worden door de patiënt meer informatie en medezeggenschap te geven in het hulpverleningsproces. Belangrijk is voor ons ook dat we op deze manier bezig konden zijn met een vraag uit de praktijk. Wij zouden graag zien dat wetenschappelijk onderzoek zoveel mogelijk gericht is op het oplossen van concrete vragen uit het praktijkveld waar het betrekking op heeft. Dit om de bestaande kloof tussen wetenschap en praktijk zo klein mogelijk te maken. Ons inziens is dat te realiseren door uit te gaan van praktijkproblemen in de hoop dat onderzoek gegevens oplevert die direct in de praktijk bruikbaar zullen zijn. Door uit te gaan van het praktijkveld kom je bovendien in aanraking met alle obstakels en belemmeringen die in zo'n veld meespelen. Door ook die problemen in je onderzoek te betrekken is het gevaar minder groot dat je met theoretische ideaaloplossingen uit de bus komt. Een laatste overweging die tot onze keuze geleid heeft is het feit dat we in dit project leren zèlf een onderzoek op te zetten. Het opzetten van een onderzoek dus het zelf bedenken wat je wilt gaan onderzoeken en op welke manier lijkt ons de moeilijkste fase in een onderzoek. Een fase die vaak al achter de rug is wanneer je in een bestaand onderzoek gaat meedraaien. Door middel van dit onderzoek hopen we zicht te krijgen op het gehele proces van opzet en uitvoering van onderzoek en op de factoren die zo'n proces beïnvloeden. Toen dan ook bleek dat wij ons op het NHI met dit onderzoek bezig konden gaan houden paste dit geheel in onze belangstelling

Bovendien werden ons door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI de nodige faciliteiten toegezegd zoals gebruik van onderzoeksruimte en onderzoeksmateriaal en begeleiding. Peter Verhaak nam de begeleiding op zich. Hij is wetenschappelijk medewerker bij de afdeling WO. Vanuit de Universiteit was Rob Kluver bereid dit onderzoek te superviseren. Rob is wetenschappelijk medewerker bij de Vakgroep Klinische Psychologie, Psychotherapie en Preventie.

Tot slot willen wij iedereen bedanken die aan dit onderzoek heeft meegewerkt en van wie wij dit jaar veel geleerd hebben, te weten, Marleen Duister, voor de bijdrage die zij leverde aan het verwerken van de onderzoeksgegevens;

Rob Hilders en Karel Blanken, voor hun medewerking en informatie en voor het feit dat wij mochten deelnemen aan de nascholingscursus Methodisch Werken;

Rob Kluver, voor zijn stimulerende houding en voor de manier waarop hij de planning en de structuur van het onderzoek bewaakte;

Peter Verhaak voor adviezen aangaande de inhoud en medewerking aan de resultatenanalyse en voor de manier waarop hij ons uit de put haalde wanneer de problemen zich opstapelden.

Tenslotte hopen we dat de resultaten van dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan de evaluatie van het werk van de huisarts.

INLEIDING

Enige jaren geleden werd in de huisartsgeneeskunde voor het eerst het begrip 'Methodisch Werken' geïntroduceerd onder andere in een syllabus van de Vrije Universiteit, in een Workshop van het NHI en VU (1976) en in een themanummer van Huisarts en Wetenschap (1978). Ook op het Nederlands Huisartsen Instituut is dit begrip sindsdien verder uitgewerkt en heeft meer gestalte gekregen in de vorm van een nascholingscursus 'Methodisch Werken' die aan huisartsen wordt gegeven. In deze cursus wordt artsen geleerd wat deze nieuwe hulpverleningsmethode inhoudt en hoe zij die in de omgang met hun patiënten kunnen gebruiken. Aandachtspunten in deze cursus zijn globaal de systematisch aanpak van de hulpverlening en de arts-patiëntrelatie. Bij de systematiek ligt de nadruk op het aanleren van een algemene methode van hulpverlening, waarbij het bewust hanteren van de structuur van een consult belangrijk is. Bij de arts-patiëntrelatie ligt de nadruk vooral op het functionele van de relatie, dat wil zeggen dat deze relatie een instrument kan zijn ten dienste van het hulpverleningsproces.

Of deze nieuwe hulpverleningsmethode aangeleerd kan worden en welke de effecten daarvan zijn op zowel arts als patiënt is tot nu toe nauwelijks onderzocht. De belangrijkste vraag is natuurlijk of deze nieuwe hulpverleningsmethode de beoogde invloed op patiënten heeft en een verbetering van de hulpverlening betekent. Voordat men deze effecten kan gaan onderzoeken dient echter eerst vastgesteld te worden in hoeverre artsen zich het methodisch werken eigen kunnen maken. Hiertoe zal een meetinstrument ontwikkeld moeten worden dat de mate van methodisch werken aan geeft.

Doel van dit onderzoek is dan ook de ontwikkeling van een meetinstrument dat discrimineert tussen meer en minder methodisch verlopende consulten.

De manier waarop dit meetinstrument is ontwikkeld en vervolgens is getoetst wordt in de volgende hoofdstukken behandeld. In hoofdstuk I en II wordt besproken hoe methodisch werken is ontstaan en wat de kenmerken van deze nieuwe hulpverleningsmethode zijn. In hoofdstuk III worden de doelstellingen van methodisch werken nader uitgewerkt en geoperationaliseerd en dit mondt uit in het meetinstrument met de toelichting in hoofdstuk V. De hoofdstukken VI tot en met IX handelen over de toetsing van het meetinstrument waarbij achtereenvolgens aan de orde komen: de materieaalbeschrijving, de betrouwbaarheid, de samenhang en de validiteit van het instrument. In hoofdstuk X worden de resultaten van dit onderzoek samengevat en worden conclusies getrokken omtrent de bruikbaarheid van het meetinstrument.

HOOFDSTUK I: HET ONTSTAAN VAN METHODISCH WERKEN

In dit hoofdstuk willen we proberen uiteen te zetten van waaruit methodische werken is ontstaan en wat deze methode precies inhoudt. Hierbij gaan we uit van een beschrijving van de 'medische methode', hoe deze eruit zien, wat de voor- en de nadelen ervan zijn, en tenslotte de beperkingen van waaruit een behoefte is ontstaan naar een andere manier van werken.

1.1. De medische methode

Methodisch werken, de naam van een hulpverleningsmethode en van een nascholingscursus die op het NHI aan huisartsen gegeven wordt, suggereert misschien dat huisartsen tot nu toe zonder methode zouden werken.

Dit is zeker niet het geval. De werkwijze, die huisartsen tot nu toe voornamelijk hanteren en waarin ze ook opgeleid zijn, kan worden samengevat in het begrip 'medische methode'. In het kort kan deze methode als volgt beschreven worden: Anamnese - Onderzoek - Diagnose - Therapie.

"Deze methode heeft als doel om de oorzaak van het ziektebeeld op te sporen, dat ten grondslag ligt aan de klachten die de patiënt heeft" (Van Aalderen, 1976).

Men gaat hierbij uit van een aantal vooronderstellingen

- "- Het uiten van een lichamelijke klacht betekent dat er een probleem bestaat met een lichamelijke dimensie, zodat de patiënt een vraag om hulp in medische richting stelt.
- Voor een individueel probleem bestaan objectieve oplossingen, als het overeenkomsten vertoont met een algemeen probleem, waarvoor oplossingen bekend zijn.
- Als het probleem niet meteen kan worden opgelost, is verder onderzoek of behandeling beter dan geen onderzoek of behandeling. "

Het is een methode die bij elke lichamelijke klacht ook een lichamelijke oorzaak vooronderstelt en daardoor voornamelijk somatisch gericht is. Bij bestaan van ziekte zou de hulpvraag duidelijk zijn. Het loutere feit dat iemand ziek is, wordt beschouwd als identiek aan de hulpvraag.

Deze methode beperkt zich systematisch veelal door gesloten vragen (hoe lang, waar, wanneer?) en gericht lichamelijk onderzoek om zo snel mogelijk achter de (somatische) oorzaak van de klachten te komen en een adequate therapie in te stellen. Het kan een efficiënte manier van handelen zijn wanneer het inderdaad om duidelijke lichamelijke klachten gaat. Het is dan ook niet de bedoeling om deze methode als zodanig aan te vallen. Het gaat vooral om de plaats en de nadruk die deze methode krijgt binnen het handelen van de huisarts, in aanmerking genomen zijn speciale rol en taak in de eerstelijns hulpverlening.

Bij het strikt hanteren van deze methode doet zich een aantal problemen voor. Dit geldt met name voor de huisartspraktijk, het kruispunt van de eerstelijns hulpverlening en het medische systeem.

Binnen de eerste lijn is de drempel bij de huisarts het laagst, zodat de patiënten hier met uiteenlopende problemen binnenstappen. De medische methode schiet dan vaak te kort.

Aangezien de psychosociale moeilijkheden toenemen en de vragen daardoor steeds onduidelijker worden is de kans groot dat de antwoorden steeds minder betrekking hebben op de wezenlijke vraag. Het steeds maar weer vanuit de medische gezichtshoed beschouwen van klachten houden het risico in dat de klacht in het door de arts gewenste schema geperst wordt, met veronachtzaming van de persoon van de patiënt.

De arts-patiëntrelatie berust mede op de wederzijdse rolverwachting. De patiënt beperkt zich veelal tot medisch-somatische vragen en krijgt dienovereenkomstig antwoord.

De patiënt verwacht een antwoord van de arts, waardoor deze moeilijk kan weigeren een oplossing aan te dragen. De patiënt stelt zich in deze relatie veelal afhankelijk op, waardoor hij bijdraagt aan de machtspositie van de arts.

De klachten waarmee de patiënt komt worden veelal als van zelfsprekend geaccepteerd en met eenzelfde van zelfsprekendheid wordt hier een medische oplossing voor gezocht. Dit alles kan leiden tot schijnoplossingen, het afhankelijk worden van de patiënt van de pillen die hij keer op keer voorgeschreven krijgt en het uitvoeren van eindeloze onderzoeken en/of verwijzingen. Ook argumenten als tijdsinvestering en financiële consequenties spelen hierbij een rol, omdat het nut van deze investeringen soms onduidelijk of twijfelachtig is. Door deze werkwijze wordt er ook te weinig beroep gedaan op het eigen vermogen en verantwoordelijkheid van de patiënt om met problemen om te gaan.

Bovengenoemde factoren spelen een belangrijke rol bij het proces van somatische fixatie. Somatische fixatie betekent, dat mensen door een voortdurende eenzijdige nadruk op de somatische kant van hun ziekte, klachten of problemen, steeds meer gaan vastlopen in en afhankelijk worden van het medische systeem. Deze eenzijdige nadruk kan uitgaan van de persoon met de klachten zelf, van anderen in zijn omgeving en van vertegenwoordigers in de gezondheidszorg, en kan ervoor zorgen, dat voor geheel of gedeeltelijke niet somatische problemen toch uitsluitend een oplossing wordt gezocht in de medisch-somatische hoek. (Huisarts en somatische fixatie, Nijmegen, 1981).

1.2. Het ontstaan van methodisch werken

In de afgelopen 50 jaren heeft zich in de huisartsgeneeskunde een aantal ontwikkelingen voorgedaan. De maatschappelijke positie van de huisarts is de laatste jaren aan veranderingen onderhevig geweest. Een aantal redenen zijn hiervoor aan te geven.

Door de vele specialisaties is de nadruk meer op de ziekenhuisgeneeskunde komen te liggen, waardoor er sprake is van een zekere desoriëntatie van de positie van de huisarts. (Hattinga, Verschure, 1971). Dit wordt mede veroorzaakt door de verandering in problematiek en de toenemende kritiek waaraan hij onderhevig is.

De plaats van de huisarts binnen de hulpverlening maakt een meer integrale benadering van de problematiek van de patiënt noodzakelijk.

De traditionele medische methode schiet hierin te kort.

Het is niet zo dat huisartsen geen oog hebben voor bovenbeschreven problematiek. Ieder voor zich heeft al dan niet een manier gevonden om hiermee door te gaan (Byrne en Long 1976).

In de opleiding is er echter tot voor kort weinig of geen aandacht aan besteed.

Bovenstaande maakt hopelijk iets duidelijk over de achtergronden van waaruit de vraag naar een andere werkwijze en een duidelijker taakomschrijving van de huisarts is ontstaan.

Binnen de huisartsengeneeskunde is er dan ook een emancipatiebeweging op gang gekomen, die 25 jaar geleden vorm kreeg in de oprichting van het Nederlands Huisartsengenootschap, Het NHG werd opgericht door huisartsen uit een duidelijke behoefte aan beweging, verandering en heroriëntatie.

In het jubileumnummer van het NHG (1981) wordt uitvoerig aandacht besteed aan de nieuwe ontwikkelingen.

Het globale doel van het NHG was en is de huisartsengeneeskunde op een hoger niveau te brengen.

Ook de toenemende invloed van de sociale wetenschap heeft de afgelopen jaren een duidelijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunde.

Uit de gevoelens van onvrede en onrust in de huisartsenpraktijk is een behoefte ontstaan naar een andere wijze van aanpak, die in de tekortkomingen van de traditionele medische methode voorziet. Uitgangspunt hierbij is het verlenen van een continue integrale en persoonlijke zorg voor de patiënt en zijn omgeving, een formulering over de functie van de huisarts die tot stand kwam op een in 1959 door het NHG gehouden conferentie. (Woudschotenrapport 1959).

Een voorbeeld van een andere manier van aanpak is de "probleemgerichte methode van Weed" (v. Es, 1974). Een werkwijze waarbij de nadruk verschuift van het probleem oplossen naar het probleem verhelderen.

Dit betekent, niet direkt met oplossingen komen aandragen, maar eerst zorgen dat de reden van de komst van de patiënt, m.a.w. wat de patiënt nu precies wil of verwacht, voldoende duidelijk is.

Pas wanneer de vraag of het probleem van de patiënt boven tafel is, wordt overgegaan naar het probleem verhelderen. Hieronder wordt verstaan het uitdiepen van het probleem, en het opsporen van factoren, die hierbij een rol spelen. M.a.w. hoe zit het probleem van de patiënt precies in elkaar.

Het verhelderen van de hulpvraag is een noodzakelijke voorwaarde om de hulpverlening af te kunnen stemmen op de werkelijke vraag van de patiënt.

Nauw verwant hieraan is de meer recent ontwikkelde theorie van methodisch werken.

Methodisch werken is ontleend aan de algemene methode van hulpverlening m.n. social case work, waarbij de hoofddoelen zijn: een systematische aanpak van de hulpverlening en het opbouwen van een functionele relatie tussen hulpvrager en hulpverlener.

Een van de uitgangspunten van methodisch werken is het mede-verantwoordelijk stellen van de patiënt voor diens eigen gezondheid. Door het probleem te verhelderen en door de patiënt voldoende informatie te verschaffen verkrijgt de patiënt meer inzicht in het hulpverleningsproces, waardoor zijn inbreng hierin groter wordt en hij hierover beter kan meebeslissen.

Dit kan ertoe leiden dat zowel arts als patiënt meer aandacht krijgen voor de achterliggende oorzaken, die bij veel gezondheidsproblemen een rol spelen.

Hierdoor is een integrale benadering (Querido) van gezondheidsproblemen beter gewaarborgd. Het kan mede bevorderen dat het proces van somatische fixatie voorkomen wordt

"Methodisch werken" wil anders omgaan met de ongelijke machtsverhoudingen die een vertrouwensrelatie vaak in de weg staan en een hulpverleningsproces belemmeren. Het hulpverleningsproces dient plaats te vinden op basis van gelijkwaardigheid.

Methodisch werken gaat uit van het idee dat de arts-patiënt relatie functioneel dient te zijn voor het hulpverleningsproces. Wanneer er in deze relatie sprake is van wederzijds respect en vertrouwen zal de patiënt meer meewerken aan de gewenste behandeling (compliance).

Wanneer de arts aandacht besteedt aan de vraagverheldering, waarin duidelijk dient te worden wat de patiënt eigenlijk van de arts wil of verwacht, zal het waarschijnlijk minder vaak voorkomen, dat de arts therapie-maatregelen voorschrijft, die niet aansluiten bij de eigenlijke wensen van de patiënt. Dit kan wederzijdse frustratie en teleurstelling voorkomen.

Al met al is methodisch werken gericht op grotere duidelijkheid voor zowel arts als patiënt waarbij de verwachting is dat dit de effectiviteit van de hulpverlening bevordert.

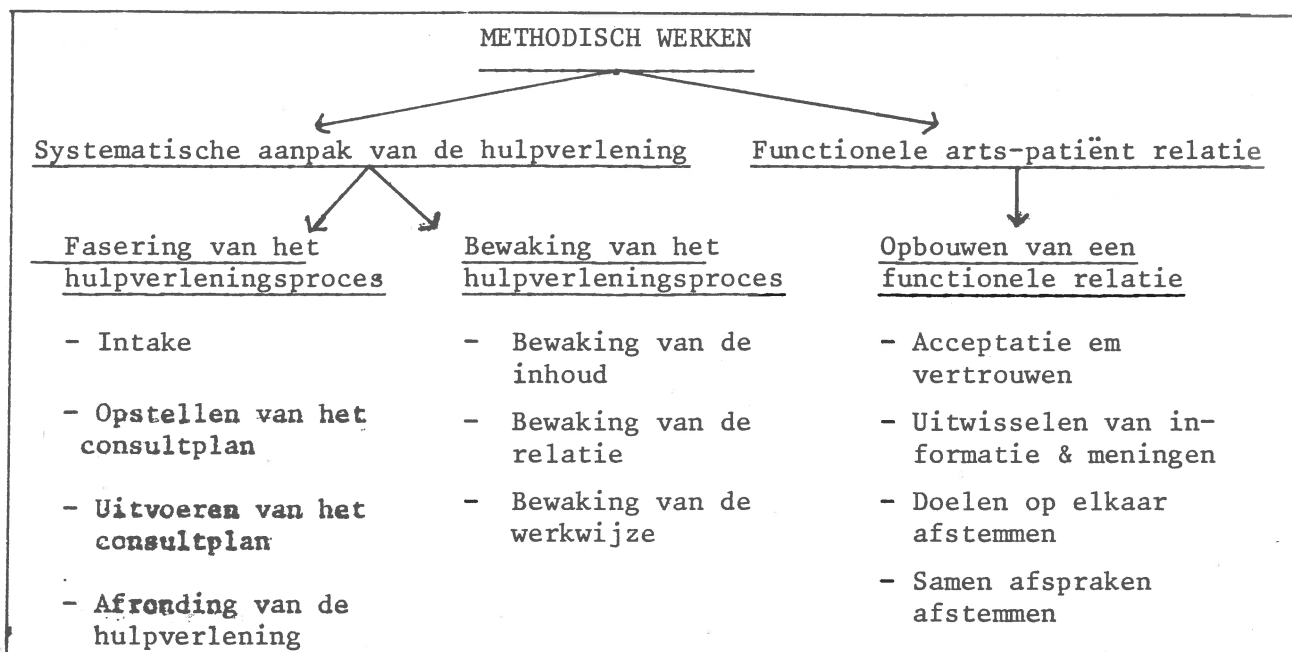
In het voorafgaande hebben we geprobeerd iets duidelijk te maken over de verschillen tussen de meer traditionele medische methode en "methodisch werken".

Tot slot van dit hoofdstuk willen we het begrip methodisch werken samenvatten in de zes centrale doelstellingen: (methodisch werken 1978)

1. Het hulpverleningsproces overzichtelijker en duidelijker maken voor zowel arts als patiënt.
2. Openstaan voor alle vragen om hulp. Dit betekent niet à priori aannemen dat de hulpvraag medisch van aard is, maar ook aandacht hebben voor de eventuele psychosociale aspecten die aan de klacht verbonden zijn of achter de hulpvraag verborgen liggen.
3. De patiënt (mede)verantwoordelijk stellen voor eigen gezondheid. Dit door de patiënt inspraak in en kennis omtrent de behandeling te geven.
4. Het opbouwen van een functionele relatie, d.w.z. een zodanige relatie met de patiënt opbouwen dat deze als instrument in de hulpverlening kan dienen en in ieder geval de hulpverlening niet belemmert.
5. Een continue bewaking van de hulpverlening d.w.z. dat de arts zich regelmatig dient af te vragen of hij op de goede weg is om de gestelde doelen te bereiken en of de relatie niet belemmerend werkt.
6. het bevorderen van een goede samenwerking met andere disciplines.

HOOFDSTUK II: WAT IS METHODISCH WERKEN.

In het voorgaande werd uitgegaan van de medische methode, het ontstaan van methodisch werken geschetst. We zullen nu wat dieper en gedetailleerder op de inhoud van methodisch werken ingaan waarbij onderstaand schema het uitgangspunt vormt. (methodisch werken 1978)



2.1. Fasering van het hulpverleningsproces

De systematische aanpak van de hulpverlening krijgt vooral gestalte in de fasering van het hulpverleningsproces. Het consult is in 4 fasen ontleed om de arts ervan bewust te maken dat in elke fase een ander doel wordt nastreeft. Wanneer men deze doelen in het oog houdt blijkt ook dat bepaalde gesprekstechnieken voor het ene doel relevanter zijn dan voor een ander doel. Bovendien is een theoretisch uitgangspunt in methodisch werken de chronologische volgorde van deze fasen. Deze volgorde kan een hulpmiddel zijn voor de volledigheid en de systematiek in een consult. In het bovenstaande wat te concretiseren worden hierna de fasen afzonderlijk besproken waarbij het doel van elke fase zal worden toegelicht.

De intakefase

In de intakefase ligt het accent op de vraagverheldering d.w.z. wat is precies de reden van de komst van de patiënt. Dit is een van de moeilijkste opgaven uit het hulpverleningsproces. Het is namelijk goed mogelijk dat de klacht die in eerste instantie door de patiënt wordt geuit niet identiek is aan de vraag om hulp. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een patiënt komt omdat hij angst heeft voor bepaalde verschijnselen maar slechts over deze verschijnselen spreekt en niet over zijn angst. Hij komt dan in feite alleen om gerustgesteld te worden en hij komt dan niet voor medicijnen of behandeling zoals vaak impliciet door de arts wordt aangenomen.

Ook meent de patiënt vaak dat hij bij de arts alleen met lichamelijke klachten kan aankomen en niet met problemen. Hij praat dan over hoofdpijn terwijl het in wezen gaat over problemen met de kinderen of iets dergelijks.

Het is in deze fase belangrijk dat de arts te weten komt op welke hoedanigheid hij wordt aangesproken. Is er wel sprake van een hulpvraag waarbij de arts wordt aangesproken op zijn deskundigheid of is er bijv.

sprake van een doel- of alibivraag waarbij de patiënt de arts als middel nodig heeft om iets te bereiken. Bijvoorbeeld, de patiënt wil een specialistisch onderzoek zonder de arts daarin te betrekken (doelvraag). Of de patiënt zoekt bij de huisarts een alibi ten behoeve van de controlerende instanties van de ziektewet (alibivraag).

Het boven tafel krijgen van dit soort vragen levert soms problemen op omdat patiënten dit als bedreigend ervaren en liever niet geconfronteerd worden met de eigenlijke bedoeling van hun vraag. Hoewel het 'ontmaskeren' van dit soort vragen niet altijd probleemloos verloopt is dit voor de duidelijkheid van de hulpverlening wel noodzakelijk. De patiënt dient zich te realiseren met welke vraag hij eigenlijk komt en de arts dient te weten op welke hoedanigheid hij wordt aangesproken.

Uitgangspunt in deze fase is dus de vraag: "waarom komt de patiënt nu bij de huisarts". Het gaat om het bewust maken van de verwachtingen van de patiënt en van de arts t.a.v. de hulpverlening. Indien deze verwachtingen niet duidelijk worden bestaat het gevaar dat consultgesprek en behandeling afgestemd worden op iets waar het in wezen niet om gaat.

Wanneer de reden van de komst van de patiënt duidelijk is d.w.z. 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 heeft de patiënt de mogelijkheid nog correcties aan te brengen. Dit kan bovendien voor de patiënt verhelderend werken omdat een patiënt vaak klachten komt uiten zonder dat het hemzelf duidelijk is voor welk probleem hij eigenlijk komt. Zodra beiden het eens zijn over de vraag kan overgegaan worden tot het opstellen van een handelingsplan.

Opstellen van het conculptplan

Wanneer de reden van de komst van de patiënt duidelijk is wordt in deze fase besproken wat er verder gedaan kan of dient te worden. Het gaat erom dat arts en patiënt overeenstemming bereiken over de vraag wat de beste werkwijze is om deze vraag aan te pakken.

Indien maar één aanpak mogelijk is zal de arts aan de patiënt uiteenzetten welke die aanpak is en welke werkwijze daarbij gevolgd kan worden. Indien er meerdere mogelijkheden bestaan proberen arts en patiënt in gezamenlijk overleg tot overeenstemming te komen.

In deze fase speelt de specifieke deskundigheid van de arts een belangrijke rol. Hij zal zich namelijk twee dingen afvragen:

- ten eerste, welke deskundigheid staat mij of anderen ter beschikking waardoor de vraag van de patiënt kan worden opgelost. Het gaat er hier dus om te bepalen of en zo ja welke medische onderzoeken nodig zijn. Daarnaast zal hij nagaan of een medisch onderzoek de enige weg is die tot een oplossing leidt.
- ten tweede, zijn er aanleidingen om buiten de vraag van de patiënt om voorstellen te doen over bepaalde onderzoeken. Het kan zijn dat de dokter vanuit zijn specifieke deskundigheid bepaalde onderzoeken van belang acht die buiten de vraag van de patiënt liggen.

Het opstellen en samen de patiënt bespreken van de handelingsmogelijkheden biedt twee voordelen. In de eerste plaats krijgt de patiënt een beeld van wat er precies gaat gebeuren en waarom. De arts begint dus niet direct met de gerichte vragen als hoelang, waar en wanneer of met de opmerking "kleedt u zich maar uit" maar maakt eerst aan de patiënt duidelijk met welk doel de vragen worden gesteld of het onderzoek wordt verricht. Op deze manier wordt de patiënt in het hulpverleningsproces be-

trokken en daardoor beter in staat gesteld hierover mee te denken. Hij krijgt dan ook meer inzicht in het doen en laten van de arts waardoor zijn medewerking effectiever kan zijn.

Ook in deze fase kan het nuttig zijn dat de arts toetst of de patiënt de aanpak begrepen heeft en hiermee instemt. Door deze toetsing wordt voorkomen dat de arts onderzoeken of andere handelingen gaat verrichten die de patiënt eigenlijk niet wil of waarvan het doel voor hem onduidelijk blijft.

Een tweede voordeel van het opstellen van dit consultplan heeft betrekking op de arts zelf. Hij verschaft zichzelf met dit plan richtlijnen voor zijn handelen zodat hij zich in dit contact en eventueel volgende contacten aan de geplande lijn kan houden. Een dergelijke werkwijze biedt de arts beter houvast voor het beoordelen van de resultaten van een bepaalde handelwijze dan wanneer hij steeds weer ad hoc te werk zou gaan.

Uitvoeren van het consultplan

De uitvoering van dit consultplan bestaat uit 2 delen t.w. het diagnostisch handelen en het therapeutisch handelen.

Het diagnostisch handelen wordt ook wel probleemverhelderen genoemd. Niet te verwarren met vraagverhelderen (waarbij het erom gaat duidelijkheid te krijgen omtrent de vraag van de patiënt). Bij het probleemverhelderen gaat het erom het probleem nader te analyseren en uit te diepen. 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 d.m.v. een probleemverhelderend 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 bijv. ook niet-somatische informatie door de arts wordt gesignaleerd en zonodig in het gesprek wordt betrokken. De arts kan hierbij letten op de beleving van het probleem en op de functie en de gevolgen die een dergelijk probleem voor de patiënt kan hebben bijv. ongemak, pijn, angst etc.

Dit gedeelte wordt afgerond met een diagnose, hypothese of conclusie die de arts expliciet aan de patiënt mededeelt tenzij bijzondere omstandigheden dit niet toelaten. Zonodig geeft de arts uitleg over deze diagnose of conclusie zodat de patiënt meer inzicht in het probleem verkrijgt of weet waar hij aan toe is.

Een bijzonder geval betreft de situatie waarin de arts nog niet weet wat de patiënt precies mankeert omdat het klachtenpatroon geen duidelijke indicatie oplevert. Hoewel de meeste artsen hiervoor terugdeinzen is het heel goed mogelijk om ook dit aan de patiënt te vertellen. Dit bevordert de duidelijkheid in de communicatie en kan frustraties bij zowel arts als patiënt voorkomen.

Nadat de conclusie uit dit diagnostische deel met de patiënt is besproken kan overgegaan worden tot het therapeutisch gedeelte. 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 zoveel mogelijk in gezamenlijk overleg met de patiënt te gebeuren. Methodisch werken heeft als uitgangspunt dat de patiënt (mede)verantwoordelijk is voor eigen gezondheid en medezeggenschap heeft in de hulpverlening. De arts moet hem tot deze medezeggenschap in staat stellen door hem voldoende informatie en uitleg omtrent mogelijk maatregelen te geven. Ook zal de arts

aan de patiënt meedelen welke maatregel 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.

Wanneer een patiënt weerstanden tegen bepaalde maatregelen heeft zullen die tijdens dit proces aan het licht komen. Dit kan vooral voorkomen bij niet-medische maatregelen, omdat veel patiënten hopen op een pil of een advies waardoor de problemen vanzelf zullen verdwijnen. Maar al te vaak is de patiënt gewend zichzelf 'in te leveren' en afstand te doen van eigen verantwoordelijkheid. Wanneer dan ook andere maatregelen genomen moeten worden bijv. in de vorm van een of meerdere gesprekken waarbij het belangrijkste aandeel van de patiënt zelf moet komen is de patiënt hiertoe vaak niet gemotiveerd. In zo'n geval zal de arts de patiënt eerst tot dergelijke maatregelen moeten motiveren.

Motiveren betekent niet een besluit aan de patiënt 'aanprijzen' of 'verkopen' maar de patiënt inzicht geven in het hoe en waarom van een bepaalde maatregel. Dus ook hier weer ligt het accent op informatie en verduidelijking waarbij rekening gehouden wordt met de gevoelens van de patiënt.

Wanneer men met doel- of alibivragen te maken heeft is in feite slechts een ja- of nee-antwoord mogelijk. Een "ja" antwoord levert voor de patiënt geen problemen op. Bij een "nee" antwoord kan de arts vertellen op grond van welke argumenten hij deze beslissing neemt zodat het vertrouwen in de arts niet wordt geschaad.

Wanneer een beslissing over te nemen maatregelen is genomen en de implicaties hiervan voor de patiënt voldoende duidelijk zijn kan overgegaan worden naar de laatste fase: de afronding van het consult.

De afronding van het consult

In methodisch werken wordt een bewuste afronding van het consult bepleit, een soort consultevaluatie zou men kunnen zeggen.

In deze fase stellen arts en patiënt samen vast of de hulpvraag is afgerond of niet 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 beide tevreden zijn met de gang van zaken. Een dergelijke afronding of consult-evaluatie bevordert de overzichtelijkheid van de hulpverlening. Wel moet men hierbij in het oog houden dat afronding niet betekent afsluiting van de hulpverlening. De arts-patiënt relatie is namelijk een continue relatie die ook bij deze afronding niet ophoudt te bestaan.

2.2. Het opbouwen van een functionele arts-patiënt relatie

Zoals al eerder opgemerkt is een van de uitgangspunten van methodisch werken dat de patiënt medeverantwoordelijk is voor eigen lijf en leden. Dit kan in de hulpverlening tot uitdrukking worden gebracht door te bevorderen dat besluiten niet door de arts alleen worden genomen maar gezamenlijk met de patiënt tot stand komen. Dit vereist bijzondere aandacht voor de relatie met de patiënt omdat deze relatie kan worden aangewend als een instrument ten behoeve van de hulpverlening.

Wel dient men bij het bovenstaande in het oog te houden dat veel patiënten (nog) niet gewend zijn aan medezeggenschap in de hulpverlening en zelfs weerstand kunnen hebben tegen de beoogde eigen verantwoordelijkheid. Methodisch werken betekent niet dat de arts de patiënt hiertoe

dwingt of overhaalt. Wel kan het voor de voortgang van de hulpverlening belangrijk zijn dat de arts zijn visie in deze aan de patiënt meedeelt. Dit kan frustraties bij de arts voorkomen en de patiënt meer duidelijkheid verschaffen.

De ontmoeting tussen huisarts en patiënt leidt niet bij voorbaat tot overeenstemming over de hulpverlening. Voor het bereiken van die overeenstemming werd in het voorgaande een methode beschreven. Hoe de relatie tussen patiënt en huisarts daarbij functioneel kan worden gemaakt wordt hieronder verduidelijkt.

Onder functionele relatie verstaan we in dit verband een relatie tussen hulpvrager en hulpverlener die als doel heeft de hulpverlening optimaal te effectueren. Wil men de relatie op deze manier gebruiken dan moet het mogelijk zijn:

a "dat men elkaar accepteert en vertrouwt;

b dat men niet alleen informatie uitwisselt maar ook meningen en gevoelens;

c dat men de eigen doelstellingen op elkaar afstemt;

d dat men samen tot afspraken komt die leiden tot gezamenlijke actie".

Deze volgorde is niet willekeurig maar vormt een hiërarchisch geheel. Aan het begin staat een bepaalde mate van acceptatie en vertrouwen in elkaar. Het openlijk uitwisselen van informatie en meningen is namelijk nauwelijks mogelijk wanneer dit vertrouwen ontbreekt. Hierna komt het op elkaar afstemmen van doelstellingen waarvoor het weer nodig is dat men de informatie openlijk heeft uitgewisseld. Tot slot is het komen tot gezamenlijke afspraken alleen mogelijk indien men de doelen op elkaar heeft afgestemd.

Natuurlijk zijn deze stadia niet zo helder afgebakend als hier wordt gesuggereerd: zij zullen elkaar vaak overlappen of in elkaar overvloeien. Het zijn als het ware kwaliteiten van de relatie waarbij we ook opmerken dat de kwaliteit van zo'n relatie heel stabiel kan zijn; er is dus niet in elk consultgesprek sprake van deze 4 stadia.

Toch heeft het voordelen om van zo'n theoretisch model uit te gaan omdat dit aanknopingspunten biedt voor verbetering van de relatie. Dit model biedt een handvat voor het opmerken van specifieke knelpunten in de relatie die dan door een gerichte aanpak kunnen worden opgeheven. Het is dus voor de arts van belang te beseffen in welk stadium de relatie zich bevindt. Alleen dan kan hij doelgericht en systematisch met deze relatie omgaan. In dit opzicht vormt het opbouwen van een functionele relatie een essentieel onderdeel van methodisch werken. Bovendien is het goed te beseffen dat de relationele kant in bepaalde stadia van het hulpverleningsproces bijzondere aandacht verdient. We zullen dit verduidelijken bij het bespreken van de vier relationele stadia.

ad. a. Acceptatie en vertrouwen bij de arts-patiënt relatie

Vanzelfsprekend is het belangrijk dat de patiënt vertrouwen heeft in zijn arts. Wezenlijk is echter ook dat de arts de patiënt accepteert en vertrouwt of anders gezegd dat hij hem aux sérieux neemt. Wederzijds respect is het uitgangspunt bij de arts-patiënt ontmoeting. Zodra de arts merkt óf aan de patiënt óf aan zijn eigen irritaties dat dit respect ontbreekt dan is het aan te raden dit bespreekbaar te maken. Zo'n bespreking zal zeker niet altijd tot een oplossing leiden maar kan wel leiden tot meer wederzijds begrip en vooral tot meer duidelijkheid in de relatie. Aandacht voor dit aspect van de relatie is gedurende het gehele hulpverleningsproces belangrijk omdat dit de basis vormt voor de overige aspecten

van de functionele relatie.

ad. b. Het openlijk uitwisselen van informatie maar ook van meningen en gevoelens

Vooraf in de intakefase is deze informatieuitwisseling van het grootste belang. De vraag van de patiënt kan niet worden verhelderd wanneer niet alle informatie beschikbaar is. Het gaat hierbij niet alleen om objectieve informatie omtrent de klacht, de arts heeft ook aandacht voor de manier waarop de patiënt dit probleem beleeft. Met andere woorden welke ideeën heeft de patiënt zelf over zijn klacht en hoe voelt hij zich daarbij. Een waarschuwing is hierbij op zijn plaats. Het is niet de bedoeling dat de huisarts de patiënt over een drempel heensleurt of gaat wroeten in problemen die er mogelijk wel zijn, maar waarover de patiënt op dit ogenblik niet met zijn huisarts wil praten. Respect betekent in dit opzicht ook respecteren wat de patiënt nu met zijn huisarts wenst te bespreken. Respect betekent ook niet dat de arts niet in mag grijpen wanneer de patiënt afdwaalt naar allerlei onbelangrijke details. De arts zal het doel van de informatieuitwisseling in het oog moeten houden maar binnen dat doel voldoende ruimte aan de patiënt geven.

ad. c. Het op elkaar afstemmen van de eigen doelstellingen

Voor het op elkaar afstemmen van doelen moet men openlijk te kennen geven waar men naar toe wil. Dit betekent niet dat de arts altijd de doelstelling van de patiënt kritiekloos behoeft over te nemen. De arts is medeverantwoordelijk voor de gezondheid van de patiënt en zal vanuit zijn deskundigheid soms andere doelen belangrijk vinden dan de patiënt. In zo'n geval is het nodig dat de arts zijn doelstellingen zoveel mogelijk verduidelijkt zodat de patiënt inzicht krijgt in de beweegredenen van de arts waardoor hij beter in staat gesteld wordt mee te beslissen. Vooral bij het opstellen van het consultplan en bij het vaststellen van te nemen maatregelen is duidelijkheid omtrent elkaars bedoelingen noodzakelijk.

ad. d. Het samen opstellen van regels en afspraken en het naleven daarvan

Alleen wanneer het duidelijk is welk doel men nastreeft kunnen afspraken gemaakt worden over de behandeling. Wil de arts er zeker van zijn dat de patiënt zich aan bepaalde afspraken houdt dan is het nodig dat de patiënt het hoe en waarom van de behandeling weet en vooral ook dat hij het eens is met deze behandeling. Het heeft bijvoorbeeld weinig zin medicijnen voor te schrijven wanneer de patiënt daar weerstand tegen heeft en de kans dus groot is dat hij deze toch niet in zal nemen. Hetzelfde geldt voor leefregels, doorverwijzingen etc. etc. Inspraak van de patiënt in de behandeling is dus een voorwaarde voor de effectiviteit van de behandeling maar deze inspraak is alleen zinvol als de patiënt zelf zicht heeft op het hoe en waarom van deze behandeling.

2.3. Bewaking van het hulpverleningsproces

Aan hulpverlening zijn 3 aspecten te onderscheiden die in aanmerking komen voor bewaking:

- a. de inhoud van de vraag (wordt het gestelde doel bereikt)?
- b. de relatie hulpvrager-hulpverlener (is dit een functionele relatie?)
- c. de werkwijze van de huisarts (is de methode op de juiste wijze toegepast?)

ad. a. De inhoud van de vraag van de patiënt

Met dit aspect van bewaking zijn de meeste huisartsen het meest vertrouwd. Wat was de vraag, wat de diagnose of de conclusie, welke therapie werd ingesteld of welke maatregelen werden genomen en wat is het uiteindelijke resultaat. In methodisch werken krijgt deze bewaking van de inhoud een extra accent door het maken van het "consultplan". In het consultplan wordt vastgesteld op welke manier arts en patiënt te werk gaan nadat de vraag van de patiënt bekend is. Dit plan verschaft de arts ook richtlijnen voor evt. volgende contacten met deze patiënt. Hij kan zich hierdoor beter aan de geplande werkwijze houden waardoor het ook duidelijker wordt welke werkwijze welk resultaat oplevert.

Bewaking van deze werkwijze vindt plaats middels een registratiesysteem. Omdat niet alle - voor methodisch werken relevante - informatie in het huidige registratiesysteem kan worden ondergebracht, wordt momenteel gewerkt aan een voor dit doel aangepast registratiesysteem.

ad. b. Bewaking van de relatie hulpvrager-hulpverlener

Hierbij gaat het om de vraag: werkt bij de hulpverlening de relatie van arts en patiënt bevorderend of belemmerend. De hulpverlening wordt bijvoorbeeld belemmerd wanneer de patiënt zich niet veilig voelt en daardoor belangrijke informatie achterhoudt.

De 4 stadia van de relatie kunnen in zo'n geval een hulpmiddel zijn om knelpunten in de relatie duidelijk te maken.

Bij deze bewaking gaat het erom zich te realiseren dat de arts-patiënt relatie een continue proces is wat voortdurend in ontwikkeling is. Door zo nu en dan van een afstand naar dat proces te kijken kan de arts ongewenste ontwikkelingen signaleren en hopelijk veranderen.

ad. c. Bewaking van de werkwijze van de huisarts

Hierbij gaat het om de vraag of methodisch juist is gehandeld: zijn de goede stappen op het juiste moment genomen.

Idealiter verloopt een consult chronologisch in de volgende fasen: intake, uitvoering van de behandeling en afsluiting. Hierbij is de intake verdeeld in vraagverheldering en toetsing van de hulpvraag, waarna het opstellen van het consultplan volgt.

Het is niet zo dat het handhaven van deze volgorde altijd een "must" is voor een goed consult. Wel is het goed je bewust te zijn van fasewisselingen zodat je als het ware steeds beseft: "nu ben ik bezig met vraagverheldering, nu met therapie bedrijven" of "nu ga ik terug naar de informatiefase want ik heb nog meer gegevens nodig", etc. Het kan bijvoorbeeld zijn dat te vroeg tot uitvoering van het consultplan is besloten omdat achteraf blijkt dat de vraag van de patiënt nog onvoldoende verhelderd was. Of dat bijv. pas bij het weggaan van de patiënt blijkt dat de patiënt nog meer vragen had, etc. etc. Wanneer de arts de logische fasering van het consult in de gaten houdt krijgt hij meer zicht op zijn eigen handelen wat hem in staat stelt gericht en systematisch te werken.

De bewaking van bovengenoemde aspecten dient zoveel mogelijk samen met de patiënt te gebeuren. Verwachtingen van patiënt en huisarts kunnen dikwijls ver uiteenlopen ook al lijkt dit aanvankelijk niet zo. Van tijd tot tijd met de patiënt bespreken waarmee men bezig is kan hierbij een hulpmiddel zijn.

2.4. Samenvatting

Methodisch werken is een hulpverleningsmethode waarbij 3 hoofdpunten van belang zijn, een systematische werkwijze, bewaking van het hulpverleningsproces en de functionele arts-patiënt relatie.

Ten behoeve van de systematische werkwijze is het consult in 5 logische fasen ingedeeld die in het ideale geval in chronologische volgorde optreden. Nu is het niet zo dat een arts die methodisch werkt voortaan het consult in 5 afgeronde moten moet hakken. Dit zou onmogelijk zijn omdat hulpverlening een continue proces is en bovendien dermate ingewikkeld dat een simpele indeling ontoereikend is. In de praktijk zullen consulten meestal minder systematisch verlopen dan in de theorie van methodisch werken wordt beschreven.

Desondanks heeft het vele voordelen om van zo'n theoretisch model uit te gaan. Men leert hierdoor op een procesmatige wijze naar de hulpverlening te kijken waardoor men meer zicht krijgt op de componenten waaruit de hulpverlening is opgebouwd. Iedere fase in het consult heeft een bepaald doel en wanneer hij zich deze doelen bewust wordt krijgt de arts meer zicht op eigen handelen. Bijvoorbeeld wordt men zich dan bewust van het feit dat een gesprekstechniek in een bepaalde fase van het consult zeer functioneel kan zijn maar in een andere fase dysfunctioneel: het bekende "echoën" kan in de intake fase helpen om veel informatie op tafel te krijgen; ditzelfde echoën kan echter het maken van afspraken in fase 4 of 5 belemmeren.

Ook voor de indeling van de arts-patiëntrelatie in 4 stadia gelden dezelfde argumenten als boven genoemd. Natuurlijk kan men een relatie niet in 4 stukken verdelen. Men kan zich er echter wel van bewust worden dat een arts-patiënt relatie verschillende elementen bevat. Wanneer men dan op een dergelijke manier naar de relatie kijkt zullen knelpunten in deze relatie eerder zichtbaar worden.

Bovendien, en dat is nog belangrijker, heeft men dan aangrijpingspunten om erachter te komen welk relationeel aspect dit knelpunt kan veroorzaken. Dit alles geeft meer zicht op de arts-patiënt relatie en maakt een gerichte aanpak van dergelijke knelpunten beter mogelijk.

Hoewel methodisch werken wel degelijk aangrijpingspunten biedt voor verbetering is het zeker geen wondermiddel voor alle kwalen. Een hulpverleningsmethode bevindt zich niet in een vacuum en we willen dan ook kort ingaan op een aantal factoren die het realiseren van methodisch werken kunnen beïnvloeden.

Allereerst is daar de structuur van de huisartsenpraktijk waarin bewaking van het tijdschema hoge prioriteit heeft. Het is de vraag in hoeverre zo'n strak tijdschema het methodisch werken kan belemmeren en of artsen van dit schema durven afwijken. Het is niet zo dat methodisch werken so wie so meer tijd kost maar er kan incidenteel wel meer tijd nodig zijn bijvoorbeeld voor het verhelderen van de vraag van de patiënt. Dit is echter een tijdsinvestering waarvan het rendement pas in latere kontakten zichtbaar kan worden.

Ook de wederzijdse rolverwachting van arts en patiënt kunnen het realiseren van methodisch werken beïnvloeden. Zowel bij de rol van de arts als bij de rol van de patiënt spelen allerlei gewoontes en conventies een rol die niet zonder inspanning veranderd kunnen worden. Bovendien blijken patiënten in de praktijk nogal eens weerstand te hebben tegen een nieuwe aanpak of tegen het dragen van meer verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid. Misschien moet ook de patiënt wel geleerd

worden "methodisch te werken" en wacht de arts dus een dubbele taak wanneer hij methodisch werken in praktijk wil brengen.

Tot slot merken we op dat een methodische werkwijze ook niet los gezien kan worden van de eigen stijl van iedere arts.

"Methodisch werken" zal geïntegreerd dienen te worden in de eigen stijl en werkwijze van de individuele arts.

Een positieve invloed vormt misschien de huidige trend in de richting van een mondiger en assertiever optreden van patiënten in de gezondheidszorg. Ons inziens sluit methodisch werken goed bij deze ontwikkeling aan, mede omdat in methodisch werken een accent ligt op het informatie en uitleg geven aan de patiënt. Wat dat betreft kan methodisch werken de voorwaarden scheppen om patiënten meer kennis en voorlichting te geven.

In hoeverre genoemde factoren en nog onbekende invloeden het realiseren van methodisch werken in de praktijk belemmeren of misschien vergemakkelijken zal in de komende jaren duidelijk worden.

III. DOELSTELLINGEN VAN METHODISCH WERKEN

3.1. Inventarisering van de doelstellingen

In het voorgaande is duidelijk geworden wat methodisch werken inhoudt en welke globale doelstellingen hiermee worden beoogd. Nu is het zaak deze globale doelstellingen nader te specificeren en zoveel mogelijk in concreet gedrag te vertalen. Vervolgens kunnen dan operationalisering tot een meetinstrument leiden.

De literatuur van methodisch werken geeft geen uitputtende opsomming van subdoelstellingen of werkdoelen zodat we hiervoor ook andere bronnen hebben geraadpleegd. Het eenvoudigst zou zijn wanneer het draaiboek van de cursus M.W. een dergelijke opsomming zou geven. Helaas is dit niet te realiteit. Het draaiboek van de cursus is nog in ontwikkeling en staat derhalve niet tot onze beschikking. We hopen zelfs dat deze studie kan bijdragen tot verdere ontwikkeling van het draaiboek.

Om zicht te krijgen op de subdoelen hebben we naast het raadplegen van literatuur gesprekken gevoerd met Rob Hilders, docent bij de training methodisch werken (zie bijlagen). Bovendien hebben we beiden de cursus zelf gevolgd als deelnemer en observator, Ineke bij Karel Blanken en Emmy bij Rob Hilders (zie bijlagen 1 en 2).

Omdat de doelstellingen mede aan deze cursusdeelname ontleed zijn is het natuurlijk van belang om te weten in hoeverre dezelfde doelstellingen in iedere cursus gestalte krijgen. Met andere woorden heeft een trainer geen of nauwelijks invloed op de cursus of heeft hij alle vrijheid om een eigen invulling aan het begrip methodisch werken te geven of eigen accenten te leggen. Dit is bovendien belangrijk om te weten omdat het oordeel van een aantal trainers zal worden gebruikt als extern criterium bij de toetsing van de validiteit van het meetinstrument. Omdat de geïnteresseerde lezer de cursusverslagen van Ineke en Emmy kan vergelijken beperken we ons hier tot enkele opmerkingen.

In gesprekken met de docenten van methodisch werken werd opgemerkt dat docenten de mogelijkheid hebben verschillende accenten te leggen in hun training, afhankelijk van hun persoonlijke visie en mogelijkheden. In principe wordt er gewerkt aan de hand van een draaiboek maar de definitieve versie hiervan is nog in de maak. "Het blijft echter mogelijk dat een karakteristiek optreden van de betreffende docent een bepaald stempel op de cursus drukt, los van de inhoud van het draaiboek" (Rob Hilders). Een trainer kan als een soort model functioneren; zijn houding en attitude kan door de cursisten overgenomen worden. In beide cursussen wordt wel uitgegaan van een bepaalde opvatting over de rol van de huisarts in de eerstelijns hulpverlening. Expliciet wordt het belang benadrukt voor de integrale benadering van de klacht van de patiënt en van de medezeggenschap en medeverantwoordelijkheid van de patiënt in de hulpverlening. Er worden in de trainingen geen uitspraken gedaan over de fundamentele eisen waaraan een huisarts zou moeten voldoen; daar kunnen zowel trainers als cursisten hun eigen invulling aan geven.

Wat betreft onze eigen ervaring met de verschillende trainingen merken we op dat de globale uitgangspunten gelijk zijn maar dat er inderdaad sprake was van accentverschillen. In de ene cursus lag meer accent op het aanleren van vaardigheden terwijl in de andere cursus de gehele hulpverlening meer in een theoretisch kader werd geplaatst. Het is erg moeilijk te beoordelen in hoeverre dergelijke verschillen in aanpak in de inhoud van de cursus wezenlijk beïnvloeden. De verschillen hadden ons inziens meer te maken met de zeer persoonlijke

manier van doceren van de trainers. In hoeverre zij van mening verschillen over de inhoud van methodisch werken is ons niet duidelijk geworden. Evenmin weten we of dergelijke accentverschillen geleid hebben tot het realiseren van verschillende doelstellingen in beide cursussen.

In ieder geval hebben we veel gemeenschappelijke elementen in de cursussen kunnen ontdekken, elementen die ook in de literatuur terug te vinden zijn. De door ons geformuleerde subdoelstellingen vormen de grootste gemene deler tussen de theorie en de cursusinhoud. Deze subdoelen zijn vervolgens in zo concreet mogelijk gedrag vertaald waarbij het methodisch werken schema op pag. 6 het kader vormt. Deze geconcretiseerde subdoelen worden in het volgende overzicht gepresenteerd en vervolgens worden de hieruit afgeleide operationalisaties besproken.

Overzicht van subdoelstellingen en mogelijke concretisering

Fasering van het hulpverleningsproces

a. Intake

Duidelijk beeld krijgen van de vragen waarmee de patiënt nu komt. Aandacht hebben voor de volgende vragen:

- waarom komt de patiënt nu
- welke klachten of er problemen zijn er

Open vragen stellen.

Goed luisteren, niet interpreterend luisteren.

Niet te snel met eigen oordeel of mening komen.

Signaleren van verbale en van non-verbale informatie

Registreren (om er eventueel later op terug te komen)

Rekening houden met de mening en het gevoel van de patiënt over zijn klacht.

Aandacht hebben voor, wat verwacht de patiënt:

- geruststelling
- alibivraag
- doelvraag bijvoorbeeld medicijnen of verwijzing.

Letten op of vragen naar de subjectieve beleving van het probleem en de objectieve informatie nog even weg laten.

De patiënt gelegenheid geven zich te uiten.

Laten uitpraten, niet te snel afkappen.

Checken van de hulpvraag.

Samenvatten van de bevindingen in termen van de patiënt.

De patiënt de gelegenheid geven tot correctie.

Overeenstemming zoeken met de patiënt.

Komen tot een gezamenlijke probleemformulering.

b. Opstellen en uitvoeren van het consultplan.

Rekening houden met de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Overleg met de patiënt; keuzemogelijkheden aanbieden.

Uitleg geven: voor- en nadelen bespreken.

Indien nodig de patiënt motiveren.

checken of de patient het eens is met het consultplan.

Ideeen van de patiënt zoeken.

In eerste instantie vragen wat de patiënt er zelf aan dacht te doen.

Klachten scheiden: alle klachten zoveel mogelijk afzonderlijk afwerken.

- c. Afronding van het consult In overleg met de patiënt besluiten of de behandeling van een bepaald probleem is afgerond. Nagaan of voldaan is aan de vraag en de verwachting van de patiënt dienaangaande.

Bewaking van het hulpverleningsproces.

- a. Bewaking van de inhoud Aandacht besteden aan: wat is de klacht, wat de behandeling en wat het resultaat. Regelmatig controleren of de behandeling op de vraag aansluit en of het resultaat het verwachte resultaat is.
- b. Bewaking van de relatie Nagaan of bij moeizame voortgang de relatie belemmerend werkt. Zo ja, proberen hier iets aan te veranderen:
- eigen houding veranderen
- bespreekbaar maken van de relatie.
- c. Bewaking van de werkwijze Zich afvragen of de juiste stappen op het juiste moment zijn genomen. Eventueel op voorgaande stappen terugkomen indien dit nodig lijkt. Doelmatige gesprekken houden.

Opbouwen van een functionele relatie

- a. Acceptatie en vertrouwen Uitgaan van wat de patiënt zegt en niet je eigen interpretatie eraan geven. Klachten van de patiënt niet bagatelliseren. Empathie tonen o.a. door:
- uitspraken die wijzen op meevoelen
- belangstelling tonen
- een geïnteresseerde houding
- begrip tonen
- b. Uitwisselen van informatie, meningen en gevoelens Niet alleen vragen naar objectieve informatie maar ook aandacht besteden aan de beleving van de patiënt. Reflecteren van meningen en gevoelens, ook reageren op non-verbale informatie. Problemen in onderlinge relatie bespreken indien deze de voortgang belemmeren. Zeggen hoe de zaken ervoor staan (confrontatie) Specifiek en concreet zijn dus niet te abstract over dingen praten, zoveel mogelijk uitleg geven.
- c. Doelstellingen op elkaar afstemmen Doelstellingen verduidelijken. Openlijk te kennen geven wat de bedoeling is. Bij het opstellen van het consultplan rekening houden met de ideeën en verwachtingen van de patiënt. De patiënt stimuleren tot het oplossen van eigen problemen en tot medeverantwoordelijkheid. Vooral bij verschil in opvatting uitleg geven en zonodig motiveren. Regelmatig nagaan of de doelstellingen nog overeenkomen.

d. Samen afspraken
maken en naleven

Samen vaststellen welk doel men nastreeft.
Bij het consultplan nagaan of de patiënt het ermee eens is.
Uitleg geven van het hoe en waarom van behandelingen.
Bij weerstand van de patiënt deze proberen te motiveren (anders heeft behandeling vaak geen effect).

3.2. Operationalisering van de doelstellingen

Omdat de volgende stap in dit onderzoek het operationaliseren van de specifieke doelen is zullen we eerst aangeven welke meetmethode wij willen gebruiken.

Bij het ontwikkelen van meetinstrumenten kan men overwegen welke van de gangbare meetmethodieken voor dit doel het meest bruikbaar zijn. Hierbij valt te denken aan de vragenlijst methode, de interview methode, observatie etc.

Om de mate van methodisch werken van een arts te bepalen vinden wij de vragenlijst- en interview methode minder geschikt. Een arts kan wel zeggen dat hij methodisch werkt of dat zijn houding t.o.v. de hulpverlening veranderd is, maar uit zo'n bewering mag men niet afleiden dat een dergelijke houding in alle opzichten in zijn gedrag tot uiting komt. In veel sociaal-psychologisch onderzoek is aangetoond dat er vaak een discrepantie bestaat tussen attitude en gedrag; met andere woorden dat men niet altijd doet wat men zegt te doen (Fishbein 1967). Bovendien is methodisch werken niet in eerste instantie gericht op attitudeverandering maar gaat het vooral om het toepassen van een methode van hulpverlening. Om te beoordelen of deze methode ook werkelijk toegepast wordt is een nauwkeurige observatie van een werkwijze de meest geschikte vorm. Wij kiezen dan ook voor de observatiemethode omdat dit de minste vertekening zal opleveren (Bensing *)

Ook moet bij de keuze van de meetinstrumenten rekening worden gehouden met de manier waarop deze instrumenten getoetst kunnen worden. De beste manier om dit te doen lijkt ons observatie van artsen die de cursus MW gevolgd hebben om deze dan te vergelijken met een controlegroep artsen die de cursus niet gevolgd heeft. Een dergelijke onderzoeksopzet kan echter nooit in de voor ons studie-onderdeel beschikbare tijd verwezenlijkt worden. Als o.i. beste alternatief voor deze toetsing hebben we tenslotte gekozen voor het observeren van een aantal op videoband opgenomen consulten uit het videobestand van het NHI. Een nadeel van dit onderzoeksmateriaal is wel dat de specifieke kenmerken van MW in deze videoconsulten minder veelvuldig optreden omdat de betreffende artsen nog niet op de hoogte zijn van het begrip M.W. Het discriminatievermogen van het meetinstrument zal hierdoor minder goed tot uiting komen.

Aanvankelijk zochten we in de literatuur naar bestaande meetinstrumenten die voor dit doel gebruikt konden worden. De belangrijkste bron werd hierbij gevormd door de onderzoeksverslagen van het NHI omdat daar de laatste jaren veel onderzoek aan de hand van video-observaties is verricht (Bensing, Verhaak 1980; Cassee 1974).

Toch bleken slechts enkele aspecten uit deze observatielijsten voor ons bruikbaar te zijn omdat methodisch werken specifieke en nieuwe kenmerken heeft waar deze onderzoeken niet op gericht waren. Tenslotte hebben we via het operationaliseren van de specifieke doelen zelf 2 observatielijsten geconstrueerd zoveel mogelijk gericht op het kenmerkende van methodisch werken.

*) nog niet gepubliceerd artikel.

Bij het operationaliseren van de doelen gaat het erom deze doelen in waarneembare gedragingen te vertalen. Hierbij bepaalt de ondubbelzinnigheid van de omschrijvingen voor een belangrijk deel de waarde van de operationalisatie.

Van Dorp (1977) merkt hierover op dat specifieke of operationele doelstellingen zelf nog geen meetinstrumenten zijn, wel kunnen er vrij direct meetinstrumenten van worden afgeleid. Hij noemt drie eisen, waaraan de operationalisaties daartoe moeten voldoen:

1. De prestatie moet in waarneembaar gedrag zijn omschreven
2. De condities moeten worden gespecificeerd waaronder de prestatie geleverd zal kunnen worden
3. Er moet een criterium zijn aangegeven.

Bij het operationaliseren van de doelstellingen gaan we uit van een concreet waarneembaar gedrag. Aan de hand van video-observaties van consultants is steeds globaal beoordeeld of het mogelijk is de verschillende in de operationalisaties geformuleerde aspecten te onderscheiden. Hierbij is met name ook gelet op ondubbelzinnigheid in de formulering.

De condities en het criterium van de verschillende operationalisaties zullen uitvoerig worden besproken in hoofdstuk IV bij de toelichting van het meetinstrument.

De Groot (1961) noemt in zijn boek over methodologie twee belangrijke eisen, die aan operationele doelstellingen gesteld worden: Relevantie en Objectiviteit.

Objectiviteit is een technische aangelegenheid. Bij de technische vervolmaking van het meetinstrument bestaat het risico, dat dit ten koste gaat van de relevantie: d.w.z. ten koste van de redelijke dekking van het bedoelde. Hij stelt dat als men geen water in de objectiviteitswijn wil doen, men vaak genoegen moet nemen met qua relevantie vrij zwakke operationele definities. Men staat dus voor de keus tussen belangrijke maar niet objectief realiseerbare begrippen, en objectief realiseerbare, die niet relevant zijn.

Objectiviteit van een begrip komt m.n. tot uitdrukking in de betrouwbaarheid van de validiteit van de meting van een bepaald aspect. Hoe objectiever, hoe betrouwbaarder een aspect gemeten kan worden. Een hogere betrouwbaarheid geeft weer een grotere kans op validiteit.

In een aantal gevallen zal men genoegen moeten nemen met een lagere betrouwbaarheid, wanneer het inderdaad om een relevant begrip gaat. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan de arts-patiënt relatie die in methodisch werken zeer relevant is maar toch moeilijk objectief meetbaar te maken. In het hoofdstuk over de betrouwbaarheid van het meetinstrument wordt hierop nader ingegaan. De validiteit komt uitgebreid aan de orde in het betreffende hoofdstuk.

De relevantie van de door ons gekozen variabelen wordt uitgebreid besproken in paragraaf 4.2 en 4.3. Daar wordt van iedere variabele aangegeven waarom deze is gekozen en naar welk begrip deze verwijst. We zullen nu eerst het meetinstrument presenteren met de daarbij behorende toelichting.

IV. HET MEETINSTRUMENT

Na operationalisering van de specifieke doelstellingen zochten we naar een geschikte en logische indeling van het meetinstrument. Aanvankelijk wilden we de theoretische indeling van de doelstellingen aanhouden zoals weergegeven in het schema op pag. 6 , waarbij aspecten van fasering, van de functionele relatie en bewaking aan de orde komen. Deze indeling blijkt echter voor observaties niet functioneel, omdat genoemde drie aspecten steeds met elkaar verweven zijn en moeilijk los van elkaar gemeten kunnen worden. Wanneer je bijvoorbeeld wilt meten de mate waarin de arts informatie en uitleg geeft, is dat een gedragskenmerk wat in bepaalde fasen van het consult belangrijk is. Tegelijkertijd vormt het ook een relationeel aspect, aangezien het bijdraagt aan het wederzijdse begrip tussen arts en patiënt en het op elkaar afstemmen van doelen. Uiteindelijk hebben we gekozen voor de volgende indeling van het meetinstrument,

Observatieschema I: structurele aspecten van een consult. Hieronder verstaan we begrippen als fasewisseling, fasevolgorde etc. Globaal zijn deze begrippen indicaties voor de systematische manier van werken van de arts en voor de volledigheid c.q. onvolledigheid van een consult.

Observatieschema II: inhoudelijke aspecten van een consult. Uitgaande van de verschillende consultfasen, worden per fase verschillende gedragsaspecten onderscheiden die hierbij van belang zijn, uitgaande van de richtlijnen van methodisch werken.

De inhoudelijke aspecten die hierbij aan de orde komen, kunnen globaal worden samengevat in de volgende punten:

- integrale aanpak
- inbreng van de patiënt
- duidelijk optreden van de arts
- toetsing.

Aspecten van de arts-patiënt relatie komen in beide schema's aan de orde: op observatieschema I wordt het affectieve gedrag van de arts beoordeeld en op observatieschema II komen aspecten van deze relatie meer indirect aan de orde bij een aantal inhoudelijke categorieën.

Zie de beide observatieschema's op de volgende pagina's.

OBSERVATIESCHEMA II: inhoudelijke consultaspecten

In de tabel aangeven hoeveel aandacht de arts heeft voor de genoemde consultaspecten:

1 = geen aandacht, 2 = enige aandacht, 3 = ruime aandacht

Het initiatief van de patiënt hiertoe aangeven met een "p".

Het betreffende fasenummer vermelden indien nodig (zie toelichting).

I. Vraagverheldering

Besteedt de arts aandacht aan:	1 - 2 - 3
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	1 - 2 - 3
2. waarom de patiënt nu komt	1 - 2 - 3
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	1 - 2 - 3
4. wat de patiënt wil of verwacht	1 - 2 - 3
5. de praktische consequenties van het probleem	1 - 2 - 3
6. de emotionele beleving v.h. probleem	1 - 2 - 3
7. het toetsen van de (hulp)vraag	1 - 2 - 3

II. Opstellen van het consultplan

8. de arts behandelt meerdere klachten afzonderlijk	1 - 2 - 3
9. de arts geeft zijn mening over de klacht	1 - 2 - 3
10. de arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen	1 - 2 - 3
11. de arts toetst of de patiënt instemt	1 - 2 - 3

III. Diagnostisch handelen (probleemverheldering)

12. de arts hanteert een brede aanpak van het probleem	1 - 2 - 3
13. de arts geeft ruimte voor de ideeën v.d. patiënt	1 - 2 - 3
14. de arts deelt de diagnose mede	1 - 2 - 3
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	1 - 2 - 3

IV. Therapeutisch handelen

16. de arts geeft uitleg over mogelijke maatregelen	1 - 2 - 3
17. ideeën v.d. patiënt omtrent de therapie komen aan de orde	1 - 2 - 3
18. de arts besteedt aandacht aan de motivatie van de patiënt	1 - 2 - 3
19. de arts toetst of de patiënt instemt met de therapie	1 - 2 - 3
20. de arts maakt duidelijke afspraken over de therapie	1 - 2 - 3

V. Afronding van het consult

21. de arts maakt duidelijke afspraken over het al dan niet terugkomen	1 - 2 - 3
22. de arts toetst of voldaan is aan de verwachting van de patiënt	1 - 2 - 3

Toelichting bij het meetinstrument

In dit deel worden de variabelen van respectievelijk observatieschema 1 en 2 nader toegelicht. Dit is ook de volgorde waarin het meetinstrument moet worden gehanteerd. Eerst worden de meer globale oordelen over het gehele consult op observatieformulier I ingevuld en daarna pas worden de meer concrete gedragingen gescoord op observatieformulier II. Dit om te voorkomen dat de observatoren hun globale oordeel baseren op de gegeven scores van de concrete categorieën.

De toelichting bestaat steeds uit 2 delen:

1. een gebruiksaanwijzing bij het observatieformulier d.w.z. wat zijn de criteria en wat zijn de scoringsmogelijkheden met hun betekenis.
2. waarom meten we deze variabele en welk aspect van methodisch werken wordt hierin uitgedrukt.

4.2. Toelichting bij observatieformulier I

Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan de orde de fasering van het consult, het affectieve gedrag en 'overige variabelen'.

De fasering van het consult

Op observatieformulier I wordt aangetekend uit welke fasen het consult is opgebouwd en hoe deze fasen elkaar opvolgen. In hoofdstuk II wordt uitgebreid op het nut van deze fasering ingegaan. We zullen ons hier beperken tot het verduidelijken van het begrip fase en aangeven op welke manier de fasen van elkaar onderscheiden kunnen worden. Een fase is een consultgedeelte wat zich kenmerkt door het doel waarmee dat gespreksgedeelte gevoerd wordt. Zo zijn er volgens methodisch werken 5 doelen in een consultgesprek te onderscheiden namelijk:

- het verhelderen van de vraag van de patiënt (fase I)
- het opstellen van het consultplan (fase II)
- het diagnosticeren of nader definiëren van het probleem (fase III)
- het instellen van therapie of het nemen van maatregelen (fase IV)
- het afronden van het consultgesprek (fase V)

Is nu het gesprek gericht op het verhelderen van de vraag van de patiënt dan wordt dit gespreksdeel fase I genoemd. Dit wordt op het observatieformulier genoteerd door de beginzin van de fase op te schrijven. Deze fase duurt dan totdat een andere beginzin het begin van een andere fase aangeeft. In methodisch werken wordt de arts aangeraden deze consultfase terwille van de duidelijkheid te markeren. Wanneer de arts dit doet zijn de fasen eenduidig van elkaar te onderscheiden. Wanneer de arts dit markeren niet doet kunnen per fase de volgende aanwijzingen houvast bieden.

Vraagverhelderingsfase: fase I

De bedoeling van deze fase is dat de arts er achter komt wat de reden van de komst van de patiënt is en wat diens verwachtingen t.a.v. de arts zijn. Het meest duidelijk is dit wanneer de arts expliciet vraagt: "wat is de reden van uw komst". Meer indirecte vragen kunnen bijvoorbeeld zijn: "waarom de patiënt nu pas of al komt"; "wat hij van de arts verwacht"; "wil de patiënt van het ongemak afgeholpen worden of komt hij ter geruststelling" etc. Het gaat in deze fase dus nog niet om het diagnosticeren van de klacht maar om de reden van de komst van de patiënt.

Opstellen van het consultplan: fase II

Dit gespreksgedeelte is erop gericht dat arts en patiënt overeenstemming bereiken over te nemen stappen in het consult nadat de reden van de

komst van de patiënt bekend is. In deze fase wordt a.h.w. de consult-procedure besproken. Voorbeeld: "om uw vraag te beantwoorden wil ik eerst graag wat meer details van u weten" of "zal ik u eerst even moeten onderzoeken" of "zullen we eerst de bloeddruk meten en daarna even verder praten" etc. In deze fase wordt dus besproken wat de arts kan gaan doen of gaat doen om het probleem van de patiënt nader te definiëren of te diagnosticeren.

Diagnostisch handelen: fase III.

Deze fase is gericht op het diagnosticeren of nader definiëren van het probleem of de klacht. Hiertoe behoort bijvoorbeeld ook het medisch onderzoek en de medische anamnese. Wanneer er sprake is van een niet-medisch probleem zal fase III doorgaans bestaan uit een gesprek waarin de arts samen met de patiënt analyseert hoe het probleem precies in elkaar zit.

Vuistregel is: probeert de arts erachter te komen waarvoor de patiënt nu precies komt (fase I) of is men bezig het probleem nader uit de diepen (fase III).

Therapeutisch handelen: fase IV

In dit consultgedeelte wordt besproken welke maatregelen kunnen worden genomen. Hieronder valt niet alleen het voorschrijven van medicijnen maar ook het bespreken van andere maatregelen die naar aanleiding van de klacht genomen kunnen worden bijvoorbeeld verwijzen, adviezen omtrent leefregels etc. N.B.: wanneer men beslist om niets te doen en het nog even aan te zien of wanneer de arts geen medicijnen voorschrijft maar de patiënt geruststelt zijn ook dit activiteiten die in deze fase IV thuishoren.

Afronding van het consult: fase V

In deze fase vindt als het ware een (beknopte) consultevaluatie plaats alvorens het gesprek wordt beëindigd. Alleen wanneer dergelijke evaluatieve aspecten worden besproken spreekt men van fase V. Bijvoorbeeld: "zijn alle problemen aan bod gekomen" of "is de patiënt tevreden met de gang van zaken" etc. Wanneer dergelijke evaluatieve aspecten niet aan de orde komen maar arts en patiënt na de therapiefase afscheid nemen is er dus geen sprake van fase V.

Tijdmeting van de fases

Met een stopwatch wordt de tijdsduur van elke fase opgenomen en achter de betreffende fase genoteerd. Als aanvang geldt de genoteerde beginzin van de fase en als eindpunt geldt de beginzin van de volgende fase. Per fase wordt zowel de spreektijd van de arts als de spreektijd van de patiënt opgenomen en eveneens achter de betreffende fase genoteerd.

Waarom wordt de fasering van het consult gemeten

Zoals in hoofdstuk II is beschreven wordt het consult volgens methodisch werken in de 5 genoemde fasen ontleed om de arts bewust te maken van de structurele opbouw van het hulpverleningsproces. Deze consultstructuur kan een hulpmiddel zijn om het hulpverleningsproces overzichtelijker en duidelijker te laten verlopen voor zowel arts als patiënt. Wanneer wij nu deze fasering van het consult meten levert dat gegevens op omtrent de volgende aspecten van methodisch werken:

- hoeveel fasen bevat het consult en welke fasen ontbreken. Dit is een indicatie voor de volledigheid van het consult. Met name fase II (opstellen van het consultplan) en fase V (afronding van het consultgesprek) zijn kenmerkend voor methodisch werken. Wanneer dan behalve fase I, III en IV ook fase II en V voorkomen is er sprake van een meer methodische aanpak.
- de genoteerde fase-indeling laat ook zien op welke manier de fasen elkaar opvolgen. Deze volgorde kan chronologisch zijn (b.v. I, II, III, IV, V) maar het kan ook zijn dat de arts vaak teruggaat naar een eerdere fase (bijv. I, III, IV, I, IV). Wanneer dit laatste gebeurt verloopt het consult minder gestructureerd hetgeen ten koste kan gaan van de duidelijkheid in het consult. Overigens is deze chronologische volgorde geen strikte vereiste voor methodisch werken, maar meer een hulpmiddel. In sommige gevallen kan het zelfs noodzakelijk zijn dat de arts teruggaat naar een vorige fase bijvoorbeeld wanneer in de therapiefase geheel nieuwe informatie op tafel komt zal de arts soms een tweede intake moeten houden.
- De tijd die aan de verschillende fasen besteed wordt. Methodisch werken geeft geen richtlijnen voor de relatieve tijdsduur van elke fase omdat dit natuurlijk afhankelijk is van de aard van de klacht. We hebben deze tijd dan ook voornamelijk gemeten om te onderzoeken hoeveel tijd aan de vraagverheldering (fase I) wordt besteed. Het verhelderen van de vraag van de patiënt is een essentieel onderdeel van methodisch werken en de tijdsduur van deze fase kan dus een indicatie zijn voor de mate waarin dit aspect aan bod komt in het consult. Bij het bespreken van observatieformulier II zal blijken dat naast deze tijdsduur ook de inhoud van het gesprek wordt gescoord.
- De spreektijdverhoudingen van arts en patiënt per fase. Methodisch werken geeft geen richtlijnen voor de spreektijdverhoudingen tussen arts en patiënt. Wel wordt opgemerkt dat in iedere consultfase bepaalde gesprekstechnieken en gesprekstijlen het meest effectief kunnen zijn. Zo kan bijvoorbeeld in de vraagverhelderingsfase aanmoedigen, luisteren en non-directiviteit op z'n plaats zijn. Dergelijke verschillende gesprekstijlen per fase geven aanleiding te verwachten dat dit ook in de spreektijdverhoudingen arts-patiënt tot uiting komt. In de literatuur vinden we geen onderzoeken naar de tijdsduur van deze consultgedeelten. Wel worden er onderzoeken aangetroffen die de totale tijdsduur van het consult betreffen. Zo vermelden Kent-Smith e.a. (1981) dat in langere consulten de arts meer informatie geeft en i.h.a. "aardiger" is. Raynes en Cairns (1980) vermelden dat consulten langer duren naarmate:
 - er meer klachten besproken worden
 - er een psychische diagnose gesteld wordt
 - er zowel arts als patiënt hun aandacht richten op psychosociale zaken (niet alleen het presenteren van symptomen door de patiënt, maar m.n. het doorpraten hiervan).

Het affectieve gedrag van de arts

Op observatieformulier I wordt een globaal oordeel gegeven over het totale gedrag van de arts in het consult op de volgende 4 aspecten:

- hoeveel interesse toont de arts in het consult
- in welke mate kijkt de arts de patiënt aan
- komt de arts rustig over
- is de houding van de arts positiever of negatiever

We zullen de scoremogelijkheden voor één variabele omschrijven omdat deze omschrijvingen ook voor de overige variabelen gelden.

de arts toont geen interesse	score 1
de arts toont weinig interesse	score 2
de arts toont een redelijke mate van interesse (neutraal)	score 3
de arts toont veel interesse	score 4
de arts toont zeer veel interesse	score 5

Op deze manier wordt voor elke variabele een score op de 5-puntschaal gegeven.

Waarom wordt het affectieve gedrag beoordeeld

Twee aspecten van methodisch werken zijn het creëren van een functionele arts-patiënt en het bewaken van deze functionele relatie. De bedoeling is dat deze relatie zodanig is dat de hulpverlening en de informatie uitwisseling niet belemmert. De 4 bovengenoemde variabelen kunnen een indicatie zijn voor de kwaliteit van deze relatie of kunnen een indicatie zijn voor de pogingen die de arts doet om deze relatie te optimaliseren. De bijdrage die de arts hieraan levert komt o.a. tot uiting in de interesse die de arts voor de patiënt toont, zijn positieve houding, het al of niet aankijken van de patiënt en de rust waarmee het consultgesprek wordt gevoerd.

In de literatuur worden regelmatig onderzoeken aangetroffen over het affectief gedrag van de arts, waaruit o.a. blijkt dat het affectieve gedrag hoog correleert met tevredenheid van de patiënt m.n. de aandacht die de arts toont (Ben-Sira, 1976).

Overige consultvariabelen

Bij patiënt/klacht variabelen wordt door de observatoren beoordeeld in hoeverre het klachtenaanbod van de patiënt puur somatisch is of in hoeverre daarbij ook psychosociale aspecten een rol spelen. Op de vijfpuntschaal hebben de cijfers de volgende betekenis:

- 1 = de klacht wordt als puur somatisch beoordeeld
- 2 = psychosociale aspecten kunnen een rol spelen maar de klacht is overwegend somatisch van aard
- 3 = somatische en psychosociale aspecten kunnen in gelijke mate belangrijk zijn bij deze klacht
- 4 = in het klachtenpatroon spelen psychosociale aspecten een belangrijke rol
- 5 = de klacht is geheel psychosociaal van karakter.

N.B. Bij de beoordeling gaat het er niet om hoe de arts op deze klachten reageert maar wordt alleen gekeken naar het klachtenaanbod van de patiënt.

Spraakzaamheid van de patiënt. Op een 5-puntschaal wordt aangegeven of de patiënt zeer zwijgzaam is (score 1) of zeer spraakzaam (score 5). De tussenliggende waarden vertegenwoordigen de tussen deze 2 uitersten liggende mogelijkheden.

Bij de aard van het consult wordt aangetekend of dit al dan niet een herhaalkontakt betreft, hoeveel klachten in het consult worden gepresenteerd en wat de aard van het consultgesprek is. Wanneer het consultgesprek louter over somatische zaken gaat is de aard van het consultgesprek 'somatisch', wanneer over psychosociale aspecten wordt gesproken is de aard van het consultgesprek 'psychosociaal'; een combinatie van beide is natuurlijk ook mogelijk. Het gaat hier dus niet om het klachtenaanbod van de patiënt maar om de manier waarop de arts de klachten bespreekt.

Bovengenoemde patiënt/klacht variabelen en aard van het consult worden beoordeeld om deelanalyses op de resultaten te kunnen uitvoeren bijv. om te zien of de aard van de klacht samenhangt met de mate van methodisch werken etc.

4.3. Toelichting bij het observatieformulier II, het meten van de inhoudelijke aspecten van het consult.

In deze tabel wordt uitgedrukt in hoeverre de arts actief aandacht besteedt aan de genoemde consultaspecten. De score drukt uit welke bijdrage de arts levert aan het bespreken van de genoemde aspecten. Er zijn steeds drie scoringsmogelijkheden t.w. 1, 2 en 3 met de volgende betekenis:

- 1 : De arts besteedt geen aandacht aan dit aspect
Hij doet zelf geen pogingen dit onderwerp ter sprake te brengen of negeert pogingen van de patiënt om dit onderwerp te bespreken.
- 2 : De arts besteedt enige aandacht aan dit aspect
Hij brengt dit onderwerp zelf ter sprake of gaat in op het initiatief van de patiënt hiertoe. De bespreking van dit onderwerp gebeurt echter oppervlakkig of terloops of zodanig dat er onduidelijkheden blijven bestaan.
- 3 : De arts besteedt ruime aandacht aan dit aspect
Hij doet expliciete pogingen om dit onderwerp te bespreken of gaat uitgebreid in op initiatieven van de patiënt hiertoe.

Wanneer een dergelijk onderwerp door de patiënt geïnitieerd wordt, wordt dit vermeld door achter de score een 'P' (patiënt) te plaatsen. Onder initiatieven van de patiënt vallen niet alleen expliciete pogingen om een onderwerp ter sprake te brengen maar ook de meer impliciete pogingen hiertoe wanneer de patiënt duidelijke signalen geeft. Verder gelden dan dezelfde scoringsmogelijkheden als boven genoemd t.w. 1, 2 of 3 om uit te drukken dat de arts aan dit initiatief van de patiënt respectievelijk geen aandacht, enige aandacht of ruime aandacht kan besteden. Het gaat hier dus ook om de actieve aandacht van de arts. Wanneer bij de score geen 'P' is vermeld betekent dat dat het initiatief van de arts is uitgegaan.

Tot slot is er de mogelijkheid dat het onderwerp in een andere consultfase ter sprake komt dan in het schema is vermeld. In dat geval wordt het nummer van de betreffende fase achter de score vermeld. Bijvoorbeeld wanneer de vraag "of er nog meer problemen zijn" niet wordt besproken in de vraagverhelderingsfase (fase I) maar in de therapiefase (fase IV) wordt dit vermeld door achter de score 1 - 2 - 3 een '4' te plaatsen. Wanneer geen nummer is vermeld werd dit onderwerp behandeld in de in het schema genoemde fase.

Hieronder volgt een voorbeeld van 7 scoringsmogelijkheden bij de vraag:
"Besteedt de arts aandacht aan het feit of er nog meer problemen zijn".

- ① - 2 - 3 de arts vraagt niet of er nog meer problemen zijn
- ① - 2 - 3 ..P.. de patiënt zegt dat er nog meer problemen zijn maar de arts gaat hier niet op in
- 1 - ② - 3 de arts vraagt terloops of er nog meer problemen zijn maar dit gebeurt oppervlakkig zodat onduidelijkheid blijft bestaan
- 1 - ② - 3 ..P.. de patiënt zegt of laat duidelijk blijken dat hij meer problemen heeft en de arts gaat hier wel even op in maar doet dit terloops of oppervlakkig zodat onduidelijkheid blijft bestaan
- 1 - 2 - ③ de arts vraagt expliciet of er nog meer problemen zijn en besteedt aandacht aan de reactie hierop van de patiënt.
- 1 - 2 - ③ ..P.. de patiënt zegt of laat duidelijk blijken dat hij meer problemen heeft en de arts gaat hier uitgebreid en duidelijk op in
- 1 - 2 - ③ ..4.. de arts vraagt expliciet of er nog meer problemen zijn en hij stelt deze vraag in de therapiefase (=fase IV) en niet in de vraagverhelderingsfase.

1. Besteedt de arts aandacht aan wat de patiënt zelf heeft gedaan

Het komt vaak voor dat patiënten zelf al aan hun klacht hebben gedokterd alvorens naar de dokter te gaan. Zij hebben bijvoorbeeld een hoestdrank genomen; de rode lamp geprobeerd; dieet gehouden of 'kalmpjes aan' gedaan. In hoeverre de arts aandacht schenkt aan wat de patiënt inmiddels zelf aan zijn klacht heeft gedaan wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts vraagt niet wat de patiënt zelf heeft gedaan of negeert dit wanneer de patiënt er zelf mee komt.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt wat de patiënt zelf heeft gedaan of gaat in op het initiatief van de patiënt hiertoe. Hij doet dit echter oppervlakkig of terloops zodat onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt nadrukkelijk wat de patiënt zelf heeft gedaan of gaat uitgebreid in op initiatieven van de patiënt hiertoe.

2. Besteedt de arts aandacht aan de vraag waarom de patiënt nu komt

Er kunnen velerlei redenen zijn waarom de patiënt op dit moment bij de huisarts komt. De kwaal kan bijvoorbeeld plotseling vergerd zijn; men is ongerust geworden door een of andere gebeurtenis; men is gestuurd door moeder of partner; het was vereist door de controlerend geneesheer etc. In hoeverre de arts aandacht heeft voor dergelijke aspecten wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts vraagt niet waarom de patiënt nu al of pas komt of negeert pogingen van de patiënt dit te vertellen.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt waarom de patiënt nu komt of gaat in op pogingen van de patiënt dit te vertellen. De arts gaat hier echter niet diep op in zodat onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt nadrukkelijk waarom de patiënt nu komt of gaat uitgebreid in op initiatieven van de patiënt om dit te vertellen.

3. Besteedt de arts aandacht aan de vraag of er nog meer problemen zijn.

Het kan zijn dat patiënten al hun klachten direct aan de arts presenteren maar het komt ook voor dat zij met een tweede klacht aankomen wanneer de eerste is afgehandeld. Ook komt het voor dat zij een klacht als 'alibi' gebruiken om met de arts over andere problemen te praten. In hoeverre de arts checkt of er één of meerdere problemen zijn komt tot uitdrukking in deze score.

- ① - 2 - 3 De arts vraagt niet of er nog meer problemen zijn of negeert pogingen van de patiënt dit te bespreken.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt of er nog meer problemen zijn of gaat in op initiatieven van de patiënt hiertoe. De arts doet dit echter terloops of oppervlakkig zodat onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet of er nog meer problemen zijn of gaat hier uitgebreid op in wanneer de patiënt daar zelf mee komt.

4. Besteedt de arts aandacht aan wat de patiënt wil of verwacht.

Patiënten kunnen met uiteenlopende verwachtingen of wensen bij de arts komen. Men kan bijvoorbeeld alleen komen om gerustgesteld te worden; men kan een alibi nodig hebben om het werk te verzuimen; men kan een verwijsbrief voor de specialist wensen etc. De arts kan al dan niet proberen om achter de wensen of verwachtingen van de patiënt te komen. De mate waarin hij dat doet wordt uitgedrukt in deze score.

- ① - 2 - 3 De arts vraagt niet wat de bedoelingen van de patiënt zijn. Hij negeert wensen van de patiënt of diens pogingen zijn bedoelingen te bespreken.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt wel naar de verwachtingen of de wensen van de patiënt of gaat in op initiatieven van de patiënt hiertoe maar hij doet dit oppervlakkig of terloops zodat onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt nadrukkelijk naar de wensen of verwachtingen van de patiënt of gaat uitgebreid in op pogingen van de patiënt om zijn bedoelingen te verduidelijken.

5. Besteedt de arts aandacht aan de praktische consequenties van het probleem.

Het is mogelijk dat de last of het ongemak wat door de klacht wordt veroorzaakt een belangrijke rol speelt voor de patiënt. Ook bij lichte of onschuldige aandoeningen kan dit het geval zijn. Bijkomende consequen-

ties van een klacht kunnen bijvoorbeeld zijn: dat men niet kan sporten en/of niet kan werken; dat het huishouden door moet draaien ook als de moeder niet fit is, etc.

De arts kan deze lasten of ongemakken in meerdere of mindere mate in het consultgesprek betrekken. In hoeverre hij dit doet wordt uitgedrukt in deze score.

- ① - 2 - 3 De arts besteedt geen aandacht aan de last of het ongemak van de klacht en negeert de opmerkingen die de patiënt hierover maakt.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt min of meer terloops naar de consequenties van de klacht of gaat oppervlakkig in op de opmerkingen die de patiënt hierover maakt.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet naar de consequenties van de klacht of besteedt ruime aandacht aan de opmerkingen die de patiënt hierover maakt.

6. Besteedt de arts aandacht aan de emotionele beleving van het probleem.

Dezelfde klachten kunnen door patiënten op verschillende manieren beleefd of ervaren worden. Bovendien speelt deze beleving bij veel patiënten een belangrijke rol. Onder emotionele beleving verstaan we in dit verband o.a. angst, spanning, ongerustheid, schaamte etc. Voorbeelden hiervan zijn: angst voor ernstige ziekten zoals kanker of hartafwijkingen; onzekerheid over de prognose; schaamte over aandoeningen tegenover arts en/of omgeving; spanningen die door de klacht veroorzaakt worden bij de patiënt of diens omgeving etc. De arts kan deze emotionele aspecten in het geheel niet in het gesprek betrekken, hij kan als praatpaal fungeren of snel adviezen geven of hij kan uitgebreid op deze belevingsaspecten ingaan. In hoeverre de arts bijdraagt aan de bespreking van deze emotionele beleving wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen pogingen om de beleving van de klacht ter sprake te brengen of negeert dergelijke signalen van de patiënt.
- 1 - ② - 3 De beleving komt wel ter sprake maar oppervlakkig of op een neutrale wijze. Er wordt niet diep en/of niet duidelijk op deze aspecten ingegaan.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet door naar belevingsaspecten van de klacht of stimuleert de patiënt hier over door te praten wanneer deze er zelf mee komt.

7. Besteedt de arts aandacht aan het toetsen van de hulpvraag.

De bedoeling hiervan is dat de arts het probleem formuleert in termen van de patiënt om zodoende te checken of hij de vraag goed begrepen heeft en om de patiënt op die manier alsnog de gelegenheid te geven correcties aan te brengen. Het gaat er dus om in hoeverre de arts toetst of dit nu met probleem is waar de patiënt voor komt. De arts kan dit expliciet aan de patiënt vragen; hij kan aan de patiënt laten merken dat hij hem begrepen heeft door bijv. te zeggen "u heeft dus een griepje" waarbij hij het antwoord van de patiënt al dan niet kan afwachten; de arts kan deze toetsing ook geheel achterwege laten. De mate van toetsing wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen pogingen om de hulpvraag te toetsen.
- 1 - ② - 3 De arts laat merken dat hij de vraag van de patiënt begrepen heeft maar wacht diens opmerkingen niet af en let ook niet op diens reacties.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet of dit het probleem is waar de patiënt voor komt en geeft hem de kans correcties aan te brengen en/of zijn instemming te betuigen.

8. Behandelt de arts meerdere klachten afzonderlijk.

Wanneer een patiënt met meerdere klachten komt die duidelijk verschillend zijn kan de arts deze één voor één afwerken of tegelijkertijd met beide bezig zijn. Het gaat hier niet om verschillende aspecten van één klacht maar om klachten die niet met elkaar in verband lijken te staan. Het gaat er dan niet alleen om dat de arts deze klachten afzonderlijk bekijkt maar ook dat hij aan de patiënt verduidelijkt dat hij dat doet zodat de patiënt zijn werkwijze kan volgen. De arts kan bijvoorbeeld zeggen: "we zullen eerst even de pilcontrole doen en daarna over uw verkoudheid praten" of "we zullen ons eerst even tot de maagklachten beperken en daarna uw knie bekijken". In hoeverre de arts de klachten afzonderlijk behandelt en dit indien nodig ook aan de patiënt mededeelt, komt in deze score tot uiting.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen pogingen de klachten afzonderlijk te behandelen.
- 1 - ② - 3 De arts doet pogingen de klachten afzonderlijk te behandelen maar dit blijft voor de patiënt min of meer onduidelijk.
- 1 - 2 - ③ De klachten worden duidelijk afzonderlijk afgewerkt door de arts en hij deelt dit znodig nadrukkelijk aan de patiënt mee.

9. De arts geeft zijn mening over de klacht.

De arts kan aan de patiënt vertellen welk idee hij op dit moment van de klacht heeft. Hij kan bijvoorbeeld vertellen aan welke oorzaak hij denkt of welke hypothese(n) hij in zijn hoofd heeft. Bij een hoofdpijnklacht kan hij bijvoorbeeld zeggen in eerste instantie aan hoge bloeddruk te denken maar dat spanningshoofdpijn ook mogelijk is. Ook kan de arts aan de patiënt duidelijk maken dat het klachtenpatroon voor hem alsnog geen duidelijk beeld oplevert. In hoeverre de arts zijn mening of idee omtrent de klacht geeft wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts geeft geen mening over de klacht en zegt niet welke hypothese(n) hij in het hoofd heeft.
- 1 - ② - 3 De arts geeft summier zijn idee(ën) omtrent de klacht maar doet dit zodanig dat het voor de patiënt onduidelijk blijft hoe de arts over zijn klacht denkt.
- 1 - 2 - ③ De arts geeft duidelijk zijn mening over de klacht of deelt expliciet mee aan welke hypothese(n) hij denkt.

10. De arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen.

De arts kan al dan niet aan de patiënt vertellen welke stappen hij wil gaan nemen om tot een diagnose of tot een duidelijker beeld van de klachten te komen. Hij kan bijvoorbeeld niets tegen de patiënt vertellen en tegen de patiënt zeggen "kleeft u zich maar uit" zonder dat de patiënt weet wat de arts gaat doen. Hij kan ook wél zeggen wat hij wil gaan doen bijvoorbeeld "ik wil eerst even de bloeddruk opnemen en daarna de longen beluisteren". Daarbij kan hij nog uitleggen waarom hij dat doet. In hoeverre de arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts zegt niets over zijn bedoelingen maar gaat zonder meer tot handelen over.
- 1 - ② - 3 De arts kondigt aan wat hij wil gaan doen maar hij doet dit zeer beknopt en geeft geen uitleg.
- 1 - 2 - ③ De arts zegt duidelijk wat hij wil gaan doen en legt zo mogelijk uit waarom hij dat doet.

11. De arts toetst of de patiënt instemt.

Wanneer het de patiënt duidelijk is welke stappen ondernomen moeten worden om tot een diagnose te komen kan de arts checken of de patiënt de bedoeling begrepen heeft en hiermee instemt. Hij kan dit o.a. doen door een vragend 'oké?' tot de patiënt richten of door expliciet te vragen of de patiënt het er mee eens is. De arts kan bijvoorbeeld vragen of de patiënt het ermee eens is om nu een uitstrijkje te maken of om nu bloed te prikken; hij kan bijv. ook voorstellen over diens relatieproblemen te gaan praten etc. In hoeverre de arts toetst of de patiënt het eens is met de stappen die de arts wil nemen om tot een diagnose te komen wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts toetst niet of de patiënt zijn bedoelingen begrepen heeft en daarmee instemt.
- 1 - ② - 3 De arts vraagt terloops 'ja?' of 'oké?' aan de patiënt naar het niet op diens reactie en geeft de patiënt nauwelijks of geen gelegenheid tot antwoorden.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet of de patiënt met zijn bedoelingen instemt. Wanneer de arts d.m.v. een 'ja?' of 'oké?' toetst let hij op de reacties van de patiënt en geeft hem gelegenheid tot antwoorden.

12. De arts hanteert een brede aanpak van het probleem.

De arts kan bij het diagnostisch handelen puur klachtgericht te werk gaan d.w.z. dat hij zich strikt tot de genoemde klacht beperkt. Hij kan echter ook een bredere aanpak hanteren d.w.z. duidelijk rekening houden met achterliggende aspecten die voor de patiënt een rol zouden kunnen spelen. Bijvoorbeeld bij iemand met hoofdpijnklachten kan de arts zich beperken tot medische anamnese en lichamelijk onderzoek maar hij kan ook dieper ingaan op de leefgewoonten en leefomstandigheden van de patiënt. Bij iemand die met 'spanningen' komt kan de arts zich beperken tot vragen over hoe de patiënt zich voelt en hoe de klachten zich uiten, hij kan echter ook pogingen doen om meer te weten te komen over de achtergronden van de patiënt zoals diens thuis- en werksituatie zodat een breder beeld over de klacht ontstaat. In hoeverre de arts een brede aanpak van de klacht hanteert wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts beperkt zich strikt tot de klacht zonder achtergrondinformatie te vragen of hij negeert de opmerkingen die de patiënt hierover maakt.
- 1 - ② - 3 De arts doet enige pogingen om achtergrondinformatie te verkrijgen of gaat daar even op in wanneer de patiënt daar mee komt, maar dit gebeurt te oppervlakkig en/of onduidelijk.
- 1 - 2 - ③ De arts doet nadrukkelijk pogingen om een zo breed mogelijk beeld van de klacht te krijgen of geeft de patiënt voldoende ruimte om zijn klacht uitgebreid toe te lichten.

13. De arts geeft ruimte voor de ideeën van de patient.

Vaak hebben patiënten zelf ideeën over de klacht of over de oorzaak van de klacht waardoor deze in een breder perspectief kan worden geplaatst. Patiënten kunnen bijvoorbeeld hun klacht wijten aan het feit dat ze de laatste tijd een streng vermageringsdieet hebben gevolgd, of dat zij de laatste weken erg druk zijn geweest of dat zij vroeger bijvoorbeeld een ongeluk hebben gehad.. In een aantal gevallen zal de patiënt voor zichzelf al een juiste diagnose hebben gesteld. In deze score wordt uitgedrukt in hoeverre de arts zelf vraagt naar de ideeën van de patiënt omtrent diens klacht of in hoeverre hij aandacht voor deze ideeën heeft wanneer de patiënt er zelf mee komt.

- ① - 2 - 3 De arts besteedt geen aandacht aan de ideeën van de patiënt, noch door er actief naar te vragen, noch door er op in te gaan wanneer de patiënt er zelf mee komt.
- 1 - ② - 3 De arts neemt wel notitie van de ideeën van de patiënt maar gaat er oppervlakkig op in, vraagt er niet op door of schuift ze snel terzijde.
- 1 - 2 - ③ De arts besteedt duidelijk aandacht aan de ideeën van de patiënt door er expliciet naar te vragen of door er duidelijk op in te gaan wanneer de patiënt er mee komt.

14. De arts deelt de diagnose mee.

Door middel van het diagnostisch handelen vormt de arts zich doorgaans een duidelijker beeld van de klacht of komt hij tot een diagnose. Zijn bevindingen kan hij duidelijk, onduidelijk of in het geheel niet aan de patiënt meedelen. Bijvoorbeeld na het onderzoek kan de arts tegen de patiënt zeggen dat de bloeddruk 150 over 105 is en dat vooral de onderdruk te hoog is. De arts kan ook zeggen dat hij nog niet weet waardoor de klachten worden veroorzaakt maar dat hij zelf aan een maagzweer denkt. Ook kan hij de patiënt duidelijk maken dat er voor hem aanleiding is te denken dat de klachten vooral met de problemen in de thuissituatie te maken hebben. De arts kan echter ook niets zeggen over zijn bevindingen en direct tot de therapiefase overgaan. In hoeverre de arts de diagnose of zijn vermoedens hieromtrent duidelijk aan de patiënt meedeelt wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts deelt zijn bevindingen niet mede maar gaat gelijk tot de volgende fase over.
- 1 - ② - 3 De arts deelt zijn bevindingen te beknopt of vaag mede zodat er voor de patiënt nog grote onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts deelt zijn bevindingen expliciet aan de patiënt mee in termen die voor de patiënt duidelijk en begrijpelijk zijn.

15. De arts geeft uitleg over zijn bevindingen.(diagnose)

Bij het noemen van de 'diagnose' kan een nadere uitleg hieromtrent gegeven worden. Bijvoorbeeld wat deze klacht betekent en hoe een dergelijke klacht doorgaans ontstaat, hoe het verloop kan zijn en welke verschijnselen daarbij kunnen optreden. Bij hoge bloeddruk kan de arts bijvoorbeeld uitleggen dat deze ontstaan kan zijn door lichamelijke aandoeningen of door psychische spanningen; wat deze bloeddrukwaarden voor deze leeftijd betekenen en waarom vooral de onderdruk van belang is. Bij gastritis kan hij uitleggen dat dit een irritatie van het maagslijmvlies is die eventueel ook door spanningen kan worden veroorzaakt etc.

In deze score komt tot uiting in welke mate de arts duidelijk en in termen van de patiënt uitlegt wat een bepaalde diagnose inhoudt.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen enkele poging om de patient uit te leggen wat een bepaalde diagnose of klacht inhoudt.
- 1 - ② - 3 De arts legt enigszins uit wat een bepaalde diagnose inhoudt maar doet dit zodanig dat er nog grote onduidelijkheid voor de patiënt blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts geeft informatie omtrent de diagnose of omtrent zijn bevindingen op een zodanige wijze dat dit een duidelijk beeld voor de patiënt oplevert.

16. De arts geeft uitleg over de mogelijke therapieën en/of maatregelen

Over het algemeen zijn er verschillende mogelijkheden om een klacht therapeutisch te benaderen. Gedacht kan worden aan medicijnen voorschrijven, bepaalde leefregels adviseren, doorverwijzen, geruststellen, niets doen en 'het nog een tijdje aankijken' etc. De arts kan zonder meer een bepaalde therapie waaraan hijzelf de voorkeur geeft aan de patiënt voorleggen zonder op eventuele andere mogelijkheden in te gaan. Hij kan ook uitleg geven over de verschillende therapiemogelijkheden zodat de patiënt hierover kan meedenken. Bijvoorbeeld bij klachten die mede op psychische spanningen berusten kan de arts zonder meer medicijnen voorschrijven maar hij kan ook andere mogelijkheden bespreken zoals het wat kalmer aan gaan doen, andersoortige hulpverlening inschakelen of terugkomen om er nog eens uitvoeriger over te praten. Wanneer bij een klacht maar één therapie juist of mogelijk is gaat het erom in hoeverre de arts hieromtrent duidelijke uitleg geeft. In deze score komt dus tot uitdrukking in hoeverre de arts duidelijke uitleg geeft over therapie of therapiemogelijkheden d.w.z. op zodanige wijze dat de patiënt voldoende inzicht krijgt om hierover mee te denken.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen enkele poging om de therapie(mogelijkheden) uit te leggen.
- 1 - ② - 3 De arts geeft wel enige uitleg of noemt verschillende mogelijkheden zonder dat dit de patiënt voldoende duidelijkheid verschaft om hierover mee te denken.
- 1 - 2 - ③ De arts geeft duidelijk inhoudelijke uitleg over de therapie of de maatregelen die genomen kunnen worden.

17. De ideeën van de patient omtrent de therapie komen aan de orde.

Bij het vaststellen van de te nemen maatregelen kan de arts geheel autonoom te werk gaan, zonder rekening te houden met de ideeën of wensen

die de patiënt zelf aangaande de therapie heeft. Met deze ideeën van de patiënt wordt ook bedoeld hoe de patiënt denkt over de praktische consequenties die voor hem aan een therapie verbonden zijn. Ook gaat het erom of de arts oog heeft voor weerstanden die een patiënt tegen bepaalde maatregelen kan hebben. De arts kan bijvoorbeeld vragen wat de patiënt er zelf aan denkt of wenst te doen. Wanneer de arts een bepaalde therapie voorstelt, bijvoorbeeld bedrust houden, kan de arts al dan niet rekening houden met de praktische consequenties die hier voor de patiënt aan verbonden zijn. Dit geldt ook voor het voorschrijven van medicijnen, bij doorverwijzen etc. In hoeverre de arts rekening houdt met de ideeën van de patiënt omtrent de therapie en de consequenties van de therapie wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts houdt in het geheel geen rekening met de ideeën van de patiënt.
- 1 - ② - 3 De ideeën van de patiënt komen wel aan de orde maar de arts gaat er nauwelijks op in en/of houdt er onvoldoende rekening mee bij het vaststellen van de therapie.
- 1 - 2 - ③ De arts vraagt expliciet naar de ideeën van de patiënt of gaat hier serieus op in wanneer de patiënt ermee komt en bij het vaststellen van de therapie wordt zo mogelijk duidelijk rekening gehouden met deze ideeën.

18. De arts besteedt aandacht aan de motivatie van de patiënt.

Bij het bespreken van de therapie kan de arts op weerstanden of bezwaren stuiten die de patiënt tegen bepaalde maatregelen heeft. De arts kan deze bezwaren negeren maar hij kan ook pogingen ondernemen om de patiënt te motiveren tot het nemen van bepaalde maatregelen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de patiënt bezwaren heeft tegen het innemen van medicijnen. Door aan de patiënt uit te leggen waarom dit toch in zijn geval van belang is, kan de patiënt zelf het nut hiervan gaan inzien en is de kans kleiner dat de medicijnen niet of onzorgvuldig worden ingenomen. Bij verwijzing naar andersoortige hulpverlening zoals maatschappelijk werk of psychotherapie is voor veel patienten een drempel aanwezig. De arts kan proberen deze drempel te verlagen door daar serieus aandacht aan te besteden en door meer informatie en uitleg te geven. Pogingen van de arts om zijn therapie nadrukkelijk aan de patiënt te 'verkopen' worden met een 2 gehonoreerd omdat de arts dan probeert de bezwaren van de patiënt weg te praten hetgeen volgens ons een minder effectieve manier van motiveren is.

In deze score komt tot uiting in hoeverre de arts pogingen doet om de patiënt op een effectieve manier te motiveren wanneer de patiënt bezwaren tegen bepaalde maatregelen heeft.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen pogingen de patiënt voor bepaalde maatregelen te motiveren en negeert diens bezwaren.
- 1 - ② - 3 De arts gaat wel in op bezwaren of weerstanden van de patiënt maar besteedt hier onvoldoende aandacht aan of doet dit niet effectief.
- 1 - 2 - ③ De arts doet uitgebreide en effectieve pogingen de patiënt voor bepaalde therapie/maatregelen te motiveren.

19. De arts toetst of de patiënt met de therapie/maatregelen instemt.

Bij het bespreken van een therapie kan de arts al dan niet checken of de patiënt met de behandeling instemt. De arts kan een therapie voorschrijven zonder op de reacties van de patiënt te letten of zonder naar diens instemming te vragen. Hij kan echter ook expliciet aan de patiënt vragen of deze het ermee eens is. In dit laatste geval is er meer sprake van voorstellen dan van voorschrijven door de arts. Een tussenweg is ook mogelijk bijvoorbeeld wanneer de arts zegt: "Ik zal u een penicillinekuur voor twee weken meegeven, oké?", hij kan hierbij al dan niet letten op de reacties van de patiënt.

In deze score wordt dus uitgedrukt de mate waarin de arts toetst of de patiënt met de voorgestelde behandeling instemt.

- ① - 2 - 3 De arts doet geen enkele poging om na te gaan of de patiënt instemt met de therapie.
- 1 - ② - 3 Er wordt enige toetsing door de arts verricht maar dit gebeurt oppervlakkig of terloops waarbij de arts onvoldoende let op de reacties van de patiënt.
- 1 - 2 - ③ De arts doet duidelijk pogingen om na te gaan of de patiënt met de therapie instemt. Hij kan expliciet naar deze instemming vragen en/of besteedt duidelijk aandacht aan de reacties van de patiënt dienaangaande.

20. De arts maakt duidelijke afspraken over de therapie.

Het gaat hier om de vraag hoe duidelijk en concreet de afspraken zijn die de arts over de therapie maakt. Zegt de arts bijvoorbeeld duidelijk op welk tijdstip medicijnen ingenomen moeten worden of hoelang een dieet moet worden gevolgd. Wanneer de patiënt dergelijke zaken zelf mag beoordelen is de arts daar dan ook duidelijk over. Indien de patiënt verschillende medicijnen krijgt zegt de arts dan welk medicijn voor welke kwaal is. Als de arts adviseert om het 'rustig aan te doen' verduidelijkt hij dan ook wat hij daaronder verstaat etc. etc. In hoeverre de arts duidelijk en concreet is omtrent de therapie-afspraken wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts maakt geen afspraken over de therapie of doet dit zeer vaag en onduidelijk.
- 1 - ② - 3 De arts maakt wel therapie-afspraken maar doet dit onvolledig zodat er voor de patiënt onduidelijkheid blijft bestaan.
- 1 - 2 - ③ De arts maakt duidelijke en concrete afspraken over alle aspecten van de therapie zodat de patiënt precies weet waar hij aan toe is.

21. De arts maakt duidelijke afspraken over het al dan niet terugkomen.

Aan het einde van een consult worden doorgaans afspraken gemaakt over het al dan niet terugkomen van de patient. De arts kan hierover zeer vaag zijn of juist volkomen duidelijk. Duidelijk is hij wanneer hij precies zegt wanneer de patiënt moet terugkomen, voor welke klacht hij moet terugkomen en of dit terugkomen noodzakelijk of minder belangrijk is. Duidelijk is ook wanneer de arts zegt dat er voor hem geen aanleiding is de patiënt terug te bestellen maar dat de patient zelf mag beoordelen of hij dat nodig vindt. Onduidelijker zijn afspraken waarbij de arts niet zegt

hoe gewenst hij zelf dit terugkomen vindt of waarbij hij de terugkomtermijn in het midden laat. Bijvoorbeeld wanneer de arts zegt: "laat dit nog maar eens zien" of "daar praten we nog wel eens over" etc. Ook wanneer de patiënt zelf mag beoordelen of terugkomen nodig is kan de arts duidelijk zeggen op welke verschijnselen de patiënt dan moet letten of kan hij onduidelijk zijn en daar niets over vertellen. Wanneer de patiënt wordt doorverwezen kan het voor de patiënt onduidelijk zijn of terugkomen bij de huisarts gewenst is of dat deze klacht verder geheel door de specialist wordt afgehandeld. De arts kan hieromtrent echter ook duidelijke informatie geven of afspraken maken. In deze score wordt dus uitgedrukt in hoeverre de arts ervoor zorgt dat de afspraken over het al dan niet terugkomen voor de patiënt voldoende duidelijk zijn.

- ① - 2 - 3 De arts is volstrekt onduidelijk over het al dan niet terugkomen.
- 1 - ② - 3 Er worden wel afspraken gemaakt over het al dan niet terugkomen maar deze zijn onvolledig of voor de patiënt onduidelijk.
- 1 - 2 - ③ Er worden duidelijke afspraken over het al dan niet terugkomen gemaakt, zodanig dat de patiënt precies weet waar hij aan toe is.

22. De arts toetst of voldaan is aan de vraag en/of verwachting van de patiënt.

Een consult kan zonder meer worden afgerond wanneer de arts of de patiënt het initiatief hiertoe neemt maar de arts kan bij de beëindiging van het consult ook checken of aan de vraag of de verwachting van de patiënt is voldaan. Hij kan bijvoorbeeld expliciet vragen of de patiënt vindt dat er voldoende aandacht aan het probleem is besteed of hij kan checken of alle door de patiënt gepresenteerde klachten besproken zijn. Ook wanneer besloten wordt om een volgende keer nog nader op de klachten in te gaan kan de arts checken of de patiënt tevreden is met de gang van zaken tot nu toe. Dit toetsen kan ook minder expliciet gebeuren bijvoorbeeld wanneer de arts zegt: "zijn we er zo?" of "oké zo?" waarbij het dan van belang is hoeveel ruimte de patiënt krijgt om hierop te antwoorden of hoeveel aandacht de arts heeft voor de reactie van de patiënt hierop. In hoeverre de arts toetst of er voldaan is aan de vraag of de verwachting van de patiënt wordt in deze score uitgedrukt.

- ① - 2 - 3 De arts toetst in het geheel niet of aan de vraag of verwachting van de patiënt is voldaan.
- 1 - ② - 3 De arts checkt oppervlakkig of terloops of voldaan is aan de vraag of verwachting van de patiënt maar besteedt nauwelijks aandacht aan de reactie van de patiënt hierop.
- 1 - 2 - ③ De arts toetst duidelijk of er voldaan is aan de vraag of verwachting van de patiënt door daar expliciet naar te vragen en voldoende aandacht te hebben voor de reactie van de patiënt hierop.

Waarom worden de 22 inhoudelijke categorieën gemeten.

Hoewel de structuur van het consult en de functionele arts-patiënt relatie relatief belangrijke aspecten zijn van methodisch werken draait alles uiteindelijk toch om de inhoud van het consultgesprek. Daarom wordt de inhoud van het consultgesprek zo concreet mogelijk in de 22 categorieën vastgelegd. We zullen hier niet het belang van iedere categorie afzonderlijk bespreken omdat dit al tot uiting komt in de hiervoor besproken toelichting bij de categorieën en bovendien aan de orde kwam in hoofdstuk II "Wat is methodisch werken". Wel bespreken we in het kort welke globale aspecten van methodisch werken in deze 22 categorieën tot uiting komen.

In de categorieën 1 t/m 6 van fase I komt tot uiting hoeveel aandacht de arts besteedt aan de vraagverheldering en op welke wijze hij dit doet. Hierin komt tevens tot uiting in hoeverre de arts de levenssituatie van de patiënt in het gesprek betreft hetgeen een indicatie is voor de integrale aanpak van de hulpverlening. Deze integrale aanpak komt bovendien nog in andere fasen aan de orde zoals categorie 12 bij het diagnostisch handelen: "hanteert de arts een brede aanpak van het probleem".

Een ander aspect van methodisch werken betreft de duidelijkheid van de arts tegenover de patiënt en de informatie en de uitleg die de arts aan de patiënt geeft. Gedurende het gehele consult zijn deze aspecten belangrijk en de hiernaar verwijzende categorieën komen dan ook in elke fase voor.

Een volgend aspect betreft de inbreng die de patiënt in het consult krijgt. Deze inbreng van de patiënt kan tot uiting komen in de vraagverhelderingsfase maar bovendien wordt in de diagnostische fase en de therapiefase nog eens expliciet genoteerd in hoeverre de arts aandacht heeft voor en rekening houdt met de ideeën van de patiënt.

Tenslotte is een belangrijk en nieuw aspect in methodisch werken het toetsen van onder andere hulpvraag, instemming van de patiënt etc. Met deze toetsingen checkt de arts of hij de patiënt goed begrepen heeft, of de patiënt hem begrepen heeft en of de patiënt met de gang van zaken instemt. Deze toetsingsvragen vormen bovendien markeringspunten in het consult en zijn dus als het ware op twee niveau's belangrijk namelijk voor de structuur van het consult en voor de inhoud van het consult.

In het bovenstaande is al duidelijk geworden dat eenzelfde categorie naar meerdere aspecten kan verwijzen. Of er categorieën zijn die duidelijk clusteren zal aan de hand van de scoringsresultaten worden onderzocht.

Tot slot iets over de indeling van observatieschema II. Bij elke consultfase (I t/m V) zijn een aantal categorieën gegroepeerd die op theoretische gronden kenmerkend zijn voor die fase. Wanneer een categorie nu niet in 'zijn eigen fase' voorkomt maar in een andere fase van het consult wordt dit op het observatieformulier aangegeven. Deze notering wordt gedaan om te checken of de indeling van observatieschema II een zinvolle en bruikbare indeling is. Wanneer dit zo blijkt te zijn dan maakt dit observatieschema een fasegewijze evaluatie van een consult mogelijk.

Als samenvatting geven we hier nog even aan hoe een ideaal verlopend methodisch consult er volgens dit meetinstrument komt uit te zien. Naarmate 'hoger' wordt gescoord op onderstaande variabelen van het meetinstrument wordt het consult als meer methodisch beschouwd:

- het consult is volledig indien alle vijf fasen voorkomen
- het consult is overzichtelijk door een chronologische fasevolgorde
- de vraagverheldering (fase I) krijgt ruime aandacht en tijd
- het affectieve gedrag van de arts is positief
- de arts hanteert een integrale aanpak van het probleem
- de arts houdt rekening met de ideeën en wensen van de patiënt
- de arts geeft ruime uitleg en informatie aan de patiënt
- de arts is duidelijk in zijn optreden voor de patiënt
- de arts toetst of de patiënt hem begrepen heeft en met de gang van zaken instemt.

Wat we niet meten en waarom niet

Tot slot van dit hoofdstuk zullen we in het kort beschrijven welke aspecten van methodisch werken we niet in het meetinstrument hebben opgenomen en waarom niet.

Zoals al eerder opgemerkt zijn de drie hoofdpunten van methodisch werken de systematische aanpak van de hulpverlening, de functionele arts-patiënt relatie en de bewaking van het hulpverleningsproces. Uit het meetinstrument blijkt dat het accent ligt op de systematische aanpak en op de inhoud van het consult. De functionele relatie en de bewakingsaspecten komen minder expliciet tot uiting in het meetinstrument waarbij de volgende overwegingen een rol spelen.

- De functionele arts-patiënt relatie.
Ten eerste is dit een zeer moeilijk operationaliseerbaar begrip en ten tweede speelt bij het opbouwen van een functionele arts-patiënt relatie de continuïteit van deze relatie een belangrijke rol. (Balint, 1957; Van Lith de Jeude, 1971). In een eenmalig consult kan men geen zicht krijgen op het ontstaan en de historie van deze relatie. Om hier uitspraken over te kunnen doen zouden we een reeks consulten van eenzelfde patiënt met de arts moeten observeren, iets wat onderzoekstechnisch nauwelijks mogelijk is.
Bovendien is het niet zo dat in elk consult gewerkt moet worden aan deze relatie. Wanneer deze relatie goed is en dus geen belemmering vormt voor de hulpverlening zal deze relatie geen bijzondere aandacht vereisen. Alleen wanneer deze relatie belemmerend werkt zal de arts daar expliciete aandacht aan besteden en relationele aspecten in het consultgesprek betrekken.
Op grond van bovengenoemde argumenten hebben we alleen het affectieve gedrag in het meetinstrument opgenomen en wordt niet gemeten hoe de arts omgaat met eventuele knelpunten in deze relatie.
- De bewakingsaspecten komen ook niet expliciet tot uiting in het meetinstrument.
Deze bewaking valt uiteen in drie delen te weten: het bewaken van de relatie, het bewaken van de inhoud en het bewaken van de werkwijze. In onze meting richten wij ons voornamelijk op dit laatste aspect de bewaking van de werkwijze.
Voor het bewaken van de functionele relatie gelden dezelfde bezwaren als hierboven genoemd namelijk dat de continuïteit van de relatie niet in een consult tot uiting komt.
Voor het bewaken van de inhoud van de hulpverlening gelden andere argumenten. Onder het bewaken van de inhoud van de hulpverlening verstaat

men een evaluatie van de hulpverlening namelijk is de ingestelde behandeling de juiste bij deze klacht, en wat is het effect van deze behandeling.

Hieronder valt dus ook beoordeling van de juistheid van het medisch technisch handelen. Hoewel de juistheid en het effect van de behandeling natuurlijk cruciale aspecten zijn van de hulpverlening doet methodisch werken hier geen uitspraken over, dit is onder meer een zaak van medische 'toetsing'.

Het gaat er in methodisch werken wel om dat de arts de hulpverlening systematisch evalueert dat wil zeggen, wat was de hulpvraag, wat de ingestelde behandeling en wat is het resultaat van deze behandeling. Een dergelijke bewaking is niet in het meetinstrument opgenomen omdat dit proces zich over meerdere consulten afspeelt en derhalve niet in één consult te observeren valt.

Bij het derde bewakingsaspect gaat het om de structurele werkwijze van de arts. Hiertoe wordt op observatieformulier I gemeten hoe gestructureerd het consult verloopt.

In het volgende hoofdstuk wordt besproken op welke wijze het meetinstrument is getoetst en welke procedure daarbij is gevolgd.

V. TOETSING VAN HET MEETINSTRUMENT

5.1. Procedurebeschrijving.

Bij deze toetsing gaat het om de vraag in hoeverre het meetinstrument discrimineert tussen consulten die minder methodisch verlopen en consulten die meer methodisch verlopen.

Het eerste wat van een dergelijk meetinstrument getoetst dient te worden is de betrouwbaarheid van de observaties met andere woorden is de beoordeling aan de hand van dit meetinstrument dermate eenduidig dat gebruik van het meetinstrument verantwoord is.

De tweede vorm van toetsing is gericht op de validiteit van het meetinstrument dat wil zeggen, meet het instrument wat het geacht wordt te meten namelijk de mate van methodisch werken. In de betreffende hoofdstukken (VII en IX) wordt op beide begrippen nader ingegaan.

Om de toetsing te kunnen uitvoeren is door ons de volgende procedure gevolgd. Aan de hand van de twee observatieschema's worden een aantal video-opnames van huisartsconsulten bekeken. Deze videoconsulten zijn niet speciaal voor dit doel gemaakt maar zijn afkomstig uit de videotheek van het N.H.I. Het betreffen hier dus geen consulten van artsen die een cursus methodisch werken gevolgd hebben omdat daarvan nog geen video-opnamen beschikbaar zijn. Uit deze videotheek is een steekproef van 64 consulten samengesteld waarbij de volgende stappen zijn genomen.

Allereerst wordt aan de hand van geregistreeerde gegevens van deze consulten een selectie van ongeveer 250 consulten gemaakt die aan de volgende criteria voldoet:

- Er moet in het consult sprake zijn van een eerste contact met de arts over een bepaalde klacht. De meer routinematige herhalingscontacten worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten zoals bijvoorbeeld pilkontrole, maandelijks bloeddrukkontrolle etc. Een belangrijke reden om dit soort consulten buiten dit onderzoek te laten is het vermoeden dat aspecten van methodisch werken bij herhaalcontacten minder goed zichtbaar zullen zijn. De kans bestaat dat bijvoorbeeld uitgebreide vraagverheldering in vorige contacten heeft plaatsgehad en dat men zich in dit (herhaal)contact stilzwijgend aan de gemaakte afspraken houdt. In dergelijke gevallen missen de observatoren dus een stuk informatie waardoor een vertekend beeld kan ontstaan.
- Een tweede beperking is het voorkomen van niet meer dan twee verschillende klachten of problemen in het consult. Wel kan het zijn dat patienten meerdere symptomen presenteren wanneer dit aspecten zijn van maar een of twee klachten. In dat laatste geval wordt het consult wel in de selectie opgenomen.. Consulten met 3 of meer klachten worden buiten beschouwing gelaten.

Deze selectiecriteria zijn bedoeld om de consulten zo vergelijkbaar mogelijk te maken en om de verwerking van de scoringsgegevens te vereenvoudigen.

Vervolgens wordt deze selectie van 250 consulten op video bekeken waarbij ze door ons globaal zijn ingedeeld op de volgende punten:

- a. Om te zorgen dat er een zeker contrast aanwezig is voor wat betreft de mate van methodisch werken is er aan de hand van een globaal oordeel op het eerste gezicht een onderscheid gemaakt tussen meer- en minder methodisch verlopende consulten. Met andere woorden op grond van face validity zijn er twee contrastgroepen samengesteld; dit om te garanderen dat

er voldoende variatie binnen de steekproef aanwezig is.

- b. Voor elk van de 250 consulten wordt op een vijfpuntsschaal aangegeven de mate waarin de klacht van de patient somatisch dan wel psychosociaal van aard is. Aan de hand van de scores worden de consulten in twee groepen verdeeld:
- Consulten met de score 1 en 2 waarbij de gepresenteerde klachten overwegend somatisch van aard zijn, voortaan de A-consulten genoemd;
 - Consulten met de score 3, 4 en 5, waarbij psychosociale aspecten een belangrijke rol bij de klacht spelen, voortaan B-consulten genoemd.

Vervolgens is er een random steekproef van 64 consulten samengesteld, gematched op bovengenoemde kenmerken.

Bovendien is er voor de uiteindelijke steekproef van de 64 consulten die gespreid zijn over 10 verschillende artsen, zoveel mogelijk voor gezorgd dat van iedere arts zowel consulten met meer somatische klachten (A) als ook consulten met meer psychosociale klachten (B) aan bod komen. Zo ook dat er van iedere arts meer- en minder methodisch verlopende consulten in de steekproef zijn opgenomen. Dit laatste is gedaan om zoveel mogelijk te voorkomen dat kenmerken van methodisch werken verward kunnen worden met kenmerken van bepaalde artsen. De mogelijke verschillen tussen artsen worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat er te weinig consulten per arts in de steekproef zitten om daar uitspraken over te kunnen doen. De aldus samengestelde steekproef wordt in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1. Steekproefverdeling: aantal consulten per arts.

	minder methodisch			meer methodisch			totaal
	som.	psych.soc.	totaal	som.	psych.soc.	totaal	
arts 1	3	1	4	3	2	5	9
arts 2	2	1	3	1	2	3	6
arts 3	2	1	3	1	3	4	7
arts 4	1	3	4	2	-	2	6
arts 5	2	2	4	3	1	4	8
arts 6	2	2	4	2	2	4	8
arts 7	2	1	3	1	3	4	7
arts 8	2	3	5	3	1	4	9
arts 9	-	1	1	-	1	1	2
arts 10	-	1	1	-	1	1	2
	16	16	32	16	16	32	64

In de nu volgende hoofdstukken over de resultaten van het onderzoek zullen achtereenvolgens de volgende punten aan de orde komen:

- materiaalbeschrijving en frekwentieverdelingen van de scores
- betrouwbaarheid van de observatieschema's
- samenhang van de variabelen van het meetinstrument
- de validiteit van het meetinstrument.

VI. MATERIAALBESCHRIJVING

In dit deel presenteren we de gegevens die verkregen zijn door het scoren van de 64 consulten aan de hand van het meetinstrument. We bespreken hier nog niet de verschillen tussen de meer- en minder methodisch verlopende consulten maar kijken eerst naar de frekwentieverdelingen bij iedere variabele. De consulten zijn bij deze materiaalbeschrijving gesplitst in 2 groepen conform de steekproefsamenstelling. Groep A bestaat uit 33 consulten waarbij de klacht overwegend somatisch van aard is en groep B bestaat uit 30 consulten waarbij psychosociale aspecten een belangrijke rol bij de klacht spelen. (één consult bleek bij de scoring onbruikbaar).

De indeling in groep A en B consulten is gemaakt om te zien of bepaalde aspecten van methodisch werken specifiek zijn voor bepaalde klachten of dat de aard van de klacht in dit opzicht geen verschil maakt.

Achtereenvolgens zullen de volgende variabelen van het meetinstrument aan de orde komen:

- de 22 inhoudelijke categorieën
- het affectieve gedrag van de arts
- de fasering van het consult met de tijdsduur per fase en de spreektijden van arts en patient per fase
- de mate waarin de categorieën in de 'gewenste' fase voorkomen
- de mate waarin de patient het initiatief neemt tot elk van de 22 categorieën .

6.1. De 22 inhoudelijke categorieën

In tabel 2 wordt de frekwentieverdeling weergegeven van de scores op de 22 inhoudelijke categorieën. De scores van de twee beoordelaars zijn gemiddeld. De frekwenties zijn uitgedrukt in percentages. Zie tabel 2 op de volgende pagina.

Het eerste wat in deze tabel opvalt is de zeer schve verdeling bij de categorieën 7, 11 en 22. Deze categorieën bestaan uit respectievelijk "het toetsen van de hulpvraag"(7), "de arts toetst of de patient met het consultplan instemt"(11) en "de arts toetst of voldaan is aan de verwachting van de patiënt"(22). Als we dit kortweg de dimensie 'toetsing' noemen dan blijkt uit dit overzicht dat dit toetsen in + 90% van alle consulten met een 1 is gescoord dat wil zeggen dat de arts geen aandacht aan deze toetsing besteedt.

De volgende verklaring lijkt ons het meest aannemelijk voor dit verschijnsel. Het toetsen van hulpvraag, instemming en verwachting van de patiënt is tot nu toe geen gangbare procedure in de huisartsenpraktijk. In de nascholingscursus methodisch werken wordt dit als een lacune gezien en wordt getracht op dit punt een verandering te bewerkstelligen. Uit het feit dat in 90% van de huidige consulten dit toetsingsaspect niet voorkomt mag geconcludeerd worden dat de door de auteurs van methodisch werken opgemerkte lacune realiteit is. Het ontbreken van dit toetsingsaspect is verklaarbaar omdat de betreffende artsen nog geen nascholingscursus methodisch werken gevolgd hebben. Onze verwachting is dat dit toetsingsaspect meer zal voorkomen bij artsen die deze cursus wel gevolgd hebben of anderszins bekend zijn geraakt met het begrip methodisch werken. Deze veronderstelling zal in nieuwe onderzoek geverifieerd moeten worden.

	GROEP A (n=30)			GROEP B (n=30)			TOTAAL (n=60)			
	1	1.5	2	2.5	3	1	1.5	2	2.5	3
Besteedt de arts aandacht aan:										
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	48	24	18	6	3	43	27	13	13	3
2. waarom de patiënt nu komt	64	9	3	15	9	63	20	10	7	-
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	82	6	3	-	9	20	20	27	10	23
4. wat de patiënt wil of verwacht	76	3	6	6	3	60	10	20	3	7
5. de praktische konsekwenties van het probleem	70	18	6	-	6	53	13	17	10	7
6. de emotionele beleving van het probleem	67	12	15	3	3	27	3	30	20	20
7. het toetsen van de (hulp)vraag.	85	6	6	-	3	87	3	7	3	-
8. de arts behandelt meerdere klachten afzonderl.	-	14	-	57	29 (n=7)	8	8	31	38	15 (n=13)
9. de arts geeft zijn mening over de klacht	79	3	15	3	-	63	7	10	3	17
10. de arts verduidelijkt wat hij wil doen	33	15	39	9	3	43	7	33	-	17
11. de arts toetst of de patiënt instemt	94	-	3	3	-	83	7	7	-	3
12. de arts hanteert een brede aanpak	66	19	6	-	9	27	13	10	7	43
13. geeft ruimte voor de ideeën v. d. patiënt	25	16	25	22	13	10	13	20	30	27
14. de arts deelt de diagnose mede	33	3	9	6	16	14	3	21	10	52
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	48	3	15	9	24	38	14	7	24	17
16. uitleg over mogelijke maatregelen	30	9	18	15	27	10	17	28	21	24
17. ideeën pt. omtrent therapie komen a.d. orde	33	15	21	12	18	21	10	34	17	17
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	85	6	3	6	-	45	14	28	10	3
19. toetsen of patiënt met therapie instemt	58	18	18	-	6	55	17	14	-	14
20. duidelijke afspraken over de therapie	3	12	21	24	39	17	10	31	21	21
21. duidelijke afspraken over terugkomen	45	3	9	15	27	41	3	24	-	31
22. toetsen of voldaan is aan de vraag of de verwachting van de patiënt.	100	-	-	-	-	87	3	-	7	3

Ook bij andere categorieën is vaker een 1 gescoord dan een 2 of een 3. Hier-voor geldt eveneens de verklaring dat de betreffende artsen nog niet bekend waren met het begrip methodisch werken. Een tweede verklaring ligt in de manier waarop de categorieën geoperationaliseerd zijn. Er is steeds een 1 gescoord wanneer de arts geen aandacht aan de categorie besteedde. In sommige situaties kan men zich echter afvragen of de betreffende categorie in dat consult wel van toepassing was. Het al dan niet van toepassing zijn van een categorie is echter bewust niet in het meetinstrument opgenomen om te voorkomen dat de observatoren zich uit moeten spreken over wat de arts wel of niet had moeten doen hetgeen de score veel subjectiever zou maken. Het bovenstaande kan enigszins geïllustreerd worden aan de hand van de gegevens in tabel 3 wanneer we kijken naar het verschil in frekwentieverdeling bij de groep A en bij de groep B consulten.

Tabel 3.: Percentage consulten waarin aandacht aan de categorie wordt besteed.

	Groep A	Groep B
3. De vraag of er nog meer problemen zijn	18%	80%
6. De emotionele beleving van het probleem	33%	73%
18. Aandacht besteden aan de motivatie	15%	55%

Uit deze frekwentieverdeling blijkt dat bovengenoemde 3 categorieën minder aandacht krijgen bij somatische klachten en meer aandacht krijgen bij meer psychosociale klachten. Toch kan het juist bij als somatisch gepresenteerde klachten van belang zijn dat de arts checkt of er geen andere aspecten een rol spelen. Wanneer de arts bijvoorbeeld in de intake duidelijk vraagt "of er nog meer problemen zijn" (3) zal het bekende "deurknopfenomeen" minder voorkomen. Wanneer de arts checkt of de "emotionele beleving van het probleem" (6) een rol speelt, bijvoorbeeld angst voor een ernstige kwaal, kan de hulpverlening beter afgestemd worden op de eigenlijke hulpvraag wanneer dat in zo'n geval de angst zou blijken te zijn. Wanneer een patiënt weerstand heeft tegen het innemen van medicijnen heeft het voorschrijven hiervan geen zin wanneer de arts geen "aandacht besteedt aan de motivatie van de patiënt" (18) omdat de patiënt de medicijnen anders hoogstwaarschijnlijk toch niet zal innemen.

Konkluderend: hoewel bepaalde categorieën minder voorkomen bij somatische klachten achten we die categorieën ook bij deze klachten zeker relevant omdat zij een indicatie zijn voor de in methodisch werken beoogde integrale aanpak van de hulpverlening.

6.2. Het affectieve gedrag van de arts.

In tabel 4 worden de gemiddelde scores van het affectieve gedrag van de arts weergegeven. In de oorspronkelijke 5-puntschaal komen nu ook halve waarden voor omdat de scores van de 2 observatoren gemiddeld zijn. Ook hier is weer een onderscheid gemaakt tussen de groep A consulten met overwegend somatische problemen en groep B consulten met belangrijke psychosociale aspecten bij de klacht. De frekwenties zijn weergegeven in percentages van de N.

Tabel 4.: Affectief gedrag: gemiddelde scores in percentages

Interesse	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	gem.
Groep A (n=33)	-	3	3	6	48	9	24	6	-	3,3
Groep B (n=30)	-	-	3	-	23	27	30	10	7	3,7
Totaal (N=63)	-	2	3	3	37	17	27	8	3	3,5
Aankijken	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	gem.
Groep A	-	3	-	12	30	30	8	-	-	3,3
Groep B	-	-	3	3	10	20	40	17	7	3,8
Totaal	-	2	2	8	21	25	32	8	3	3,5
Rust	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	gem.
Groep A	-	-	3	6	21	33	27	9	-	3,5
Groep B	-	-	-	7	17	17	37	17	7	3,8
Totaal	-	-	2	6	19	25	32	13	3	3,7
Houding	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	gem.
Groep A	-	3	-	-	6	33	48	6	3	3,8
Groep B	-	-	-	-	13	7	47	27	7	4,0
Totaal	-	2	-	-	10	21	48	16	5	3,9

Wanneer men deze tabel bekijkt valt op dat aan het affectieve gedrag van de arts zelden de minimale scores 1 of 2 worden toegekend. Dit betekent dat de algehele houding van de arts overwegend als neutraal of als meer positief wordt gewaardeerd. Ook de maximale score van 5 wordt weinig toegekend. Er is een klein verschil te zien tussen de gemiddelde scores bij de somatische klachten (groep A) vergeleken met de meer psychosociale klachten (groep B). Deze laatste gemiddelden liggen allen iets hoger, maar we kunnen niet spreken van een significant verschil. Wel is dit verschil in overeenstemming met andere onderzoeken op dit gebied waarin weergegeven wordt dat de arts "aardiger" is in langere consulten (Kent-Smith 1981) en dat de langere consulten in het algemeen de consulten zijn met psychosociale klachten (Westcott, 1977; Raynes en Cairns, 1980).

6.3. Fasering van het consult.

In tabel 5 is per fase weergegeven in hoeveel consulten de betreffende fase voorkomt en is de gemiddelde tijdsduur vermeld die aan iedere fase wordt besteed. De gegevens zijn weer gesplitst in groep A consulten (meer somatisch) en groep B consulten (meer psychosociaal van aard).

Tabel 5.: Voorkomen van de fasen in een consult met de gemiddelde tijdsduur

	Groep A (n=33)		gem. tijd sec.	Groep B (n=30)		gem. tijd sec.	Totaal N=63)		gem. tijd sec.
	Aantal consulten waarin de fase voorkomt			Aantal consulten waarin de fase voorkomt			Aantal consulten waarin de fase voorkomt		
Fase I	31	94%	41,1	30	100%	135,5	61	97%	87,5
Fase II	12	36%	9,6	15	50%	13,9	27	43%	12
Fase III	31	94%	169,1	27	90%	237,6	58	92%	201
Fase IV	33	100%	130,3	30	100%	174,2	63	100%	151,2
Fase V	4	12%	12	10	33%	20,1	14	22%	17,8

Uit deze gegevens blijkt dat bijna alle consulten fase I, III en IV bevatten (het standaard medisch gesprek). Fase II komt slechts in 27 consulten voor en fase V komt in niet meer dan 14 consulten voor. Uit dit geringe voorkomen van fase II in een consult kan men konkluderen dat artsen niet de gewoonte hebben om het consultplan aan de patiënten mee te delen. 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 nog minder vaak voorkomt kan men een dergelijke verklaring aanvoeren. De meeste artsen sluiten het consult af wanneer het consult volgens hen afgelopen is maar zij checken niet of dit voor de patiënt een bevredigend of afgerond consult is geweest.

De aspecten die in fase II en V aan de orde kunnen komen vormen aandachtspunten in de nascholingscursus methodisch werken. Derhalve is het geringe voorkomen ervan in onze steekproef niet erg verwonderlijk omdat de betreffende artsen nog geen bekendheid met dit begrip methodisch werken hadden opgedaan.

Wat betreft het verschil tussen de A- en de B-consulten valt op dat zowel fase II als fase V meer voorkomen in de B-consulten. Bij deze psychosociale klachten krijgt het consultplan en de afronding van het consult dus relatief meer de aandacht.

Een opvallender verschil tussen beide groepen vormt de tijdsduur van elke fase: elke fase duurt gemiddeld langer bij de psychosociale klachten. Dit is niet verwonderlijk omdat klachten met belangrijke psychosociale aspecten over het algemeen onduidelijker van aard zijn dan alleen somatische klachten. Ook Bain (1979) vermeldt als resultaat van onderzoek dat consulten waarin "psychiatric illness" and "ill-defined conditions" aan de orde komen, langer duurden en het proces niet logisch maar onvoorspelbaar verliep. Het grootste tijdsverschil zit volgens ons onderzoek in het verhelderen en diagnosticeren van de klacht (fase I t/m III). Dit verhelderen en diagnosticeren duurt bij de A-consulten gemiddeld 3,7 minuten en bij de B-consulten gemiddeld 6,5 minuten dat wil zeggen bijna het dubbele. Dit tijdsverschil krijgt nog meer betekenis wanneer we naar de spreektijden van arts en patiënt kijken in de verschillende fasen. Deze spreektijden worden in tabel 6 weergegeven weer gesplitst in groep A en B consulten.

Tabel 6.: Gemiddelde spreektijd van arts en patiënt in seconden.

	Groep A (n=33)		Groep B (n=30)		Totaal N=63	
	arts	patiënt	arts	patiënt	arts	patiënt
Fase I	5,8	27,1	21,7	103,0	13,6	64,4
Fase II	6,7	2,1	8,3	1,8	7,6	1,9
Fase III	30,7	43,1	56,4	75,9	42,7	58,4
Fase IV	55,7	25,8	85,2	55,9	69,7	40,1
Fase V	5,3	5,8	10,0	5,3	8,6	5,4
			Totaal :		142,2	170,2

Uit deze gegevens blijkt dat de patiënt in fase I gemiddeld bijna 5 x zo lang aan het woord is dan de arts. Wanneer we nu praten over de tijdsduur van fase I betekent dat dat hoe langer deze fase duurt hoe meer tijd de patiënt krijgt om zijn vraag te verhelderen en informatie hieromtrent te verschaffen. Kijken we nu nogmaals naar de tijdsduur van fase I die bij de A-consulten gemiddeld 41 seconden duurt en bij de B-consulten gemiddeld 136 seconden dan blijkt dat de patiënt veel meer gelegenheid krijgt informatie te verschaffen over klachten met belangrijke psychosociale aspecten dan over puur somatische klachten.

Ook in fase III en IV zijn betekenisvolle verschillen in de spreektijden van arts en patiënt te zien. In Fase III, de diagnostische fase, is de ratio van de spreektijd arts/patiënt 2:3 en in fase IV, de therapeutische fase is deze ratio omgedraaid namelijk 3:2.

Deze gegevens zijn niet verwonderlijk. De patiënt is in de diagnostische fase meer aan het woord omdat de arts in deze fase informatie van de patiënt nodig heeft; de arts is in de therapiefase meer aan het woord omdat hij dan informatie verstrekt omtrent behandeling, medicijnen etc. etc.

Deze resultaten zijn in overeenstemming met de bevindingen van Bain (1976) die vermeldt dat dokters de meeste tijd besteden aan het probleemoplossen en het geven van instructies en dat door de patiënt de meeste tijd wordt besteed aan het presenteren van symptomen (vergelijk fase I in ons onderzoek). Wanneer we naar de spreektijd van het gehele consult kijken zien we het volgende: hoewel Bain (1976) vermeldt dat dokters meer dan hun patiënten praten omdat zij uiteindelijk verantwoordelijk zijn, levert ons onderzoek andere gegevens op. De totale spreektijd van de patiënt ligt in ons onderzoek gemiddeld iets hoger dan die van de arts. In het Konsultatieproject Eindhoven (1980) bleken arts en patiënt ongeveer even lang aan het woord te zijn. Ook Vrolijk (1971) spreekt van een 1 op 1 ratio bij het medisch-diagnostisch interview. Vrolijk vermeldt echter ook dat bij het vrije attitude interview de geïnterviewde ongeveer 2 x zo lang aan het woord is dan de interviewer; deze laatste situatie vertoont gelijkenissen met de spreek-tijdverhouding van arts en patiënt in fase I van het consult.

Conclusie

Wil men iets kunnen zeggen over de inbreng van of de ruimte voor de patiënt dan krijgt men meer informatie wanneer men naar de tijdsduur van de afzonderlijke fasen kijkt dan wanneer men naar de tijdsduur van het gehele consult kijkt. Vooral de tijdsduur van fase I is een indicatie voor de ruimte (in de vorm van spreektijd) die de patiënt in een consult krijgt. Ook bij het theoretisch begrip "ruimte voor de patiënt" zoals onderzocht door Bensing en Verhaak (1982) speelt de tijdsduur van een consult overigens een belangrijke rol.

6.4. Voorkomen van de categorieën in de verschillende fasen

Voor het beoordelen van de inhoudelijke aspecten van een consult is de lijst van 22 categorieën samengesteld, observatieschema II.

Bij elke consultfase (I t/m V) zijn een aantal categorieën gegroepeerd die op theoretische gronden kenmerkend zijn voor die bepaalde fase. Een fase op zich wordt gekenmerkt door het doel van dat gespreksgedeelte van het consult (zie hoofdstuk IV).

Tijdens het observeren van de consulten wordt per categorie aangegeven wanneer deze niet in zijn 'eigen' fase voorkomt maar in een ander deel van het consult aan de orde komt. Wanneer bijvoorbeeld in fase IV aan de orde komt dat de patiënt nog meer problemen heeft (categorie 3) maar de arts hier niet op ingaat met een nieuwe vraagverhelderingsfase (fase I), wordt categorie 3 met een 1 gescoord en wordt achter deze categorie fase IV vermeld om aan te geven dat dit aspect niet in fase I maar in fase IV aan de orde kwam. Deze notering wordt gedaan om te checken of de indeling van observatieschema II een zinvolle en bruikbare indeling is. Met andere woorden is het mogelijk bepaalde categorieën in bepaalde fasen te onderscheiden en zijn deze categorieën derhalve op zinvolle wijze in de betreffende fasen ingedeeld. Wanneer dit zo blijkt te zijn maakt dit observatieschema een fasegewijze consultevaluatie mogelijk.

In tabel 7 op de volgende pagina wordt een overzicht gegeven van het aantal maal dat een bepaalde categorie in de verschillende fasen aan bod komt. Alleen wanneer een bepaalde categorie ook inderdaad aan de orde komt (dat wil zeggen wanneer de score groter is dan 1) wordt aangegeven in welke fase de categorie voorkomt. Hiermee wordt voorkomen dat bij een score 1 (wanneer de arts dus geen aandacht aan dat aspect besteedt) de categorie automatisch in de 'eigen' fase wordt genoteerd waardoor een vertekend (en geflatteerd) beeld zou ontstaan. (Zie tabel 7 op de volgende pagina.

Uit dit overzicht valt af te lezen dat de categorieën overwegend in de betreffende 'eigen' fase genoteerd zijn. Hoewel ze niet uitsluitend in deze fase voorkomen mogen we ons inziens concluderen dat het mogelijk is de categorieën te onderscheiden in de fasen waaronder ze volgens de theorie van methodisch werken gegroepeerd zijn.

Voor de meeste categorieën geldt dat ze, weliswaar in mindere mate, ook in andere fasen aan de orde kunnen komen. Algemeen kunnen we hier het volgende over zeggen.

1. Het betreft artsen die niet getraind zijn in methodisch werken, wat de kans groter maakt dat de verschillende categorieën meer verspreid over de fasen voorkomen. Met name de categorieën van fase II (categorie 8 t/m 11) komen het meest verspreid over de verschillende fasen voor. Dit is niet verwonderlijk als we bedenken dat fase II "opstellen van het consultplan" specifiek is voor methodisch werken. en in de traditionele medische werkwijze ook veel minder voor zal komen.. We verwachten echter dat bij artsen die wel getraind zijn in methodisch werken deze fase met de bijbehorende categorieën beter uit de verf zal komen. Nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen..
2. Vooral bij klachten van meer psychosociale aard bleek het soms moeilijk de fasen I en III van elkaar te onderscheiden. Ook tussen de categorieën van fase I (categorie 1 t/m 7) en die van fase III (categorie 12

Tabel 7.: Frekwentietabel: voorkomen van de categorieën in de verschillende fasen. (aandachtscore groter dan 1)

	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4	fase 5
<u>I. Vraagverhelderingsfase</u>					
Besteedt de arts aandacht aan:					
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	26		7	1	
2. waarom de patiënt nu komt	22		1		
3. de vraag of er nog meer problemen	22		5	3	
4. wat de patiënt wil of verwacht	18		2		
5. de praktische konsekventies	18		6		
6. de emotionele beleving	19		10	3	1
7. toetsen van de (hulp)vraag	8		1		
<u>II Opstellen van het consultplan</u>					
8. klachten afzonderlijk behandelen	3	9	1	6	
9. arts geeft zijn mening over klacht	3	10	4	1	
10. arts verduidelijkt wat hij wil doen		27	9	2	
11. toetsen of de patiënt instemt		8			
<u>III Diagnostisch handelen</u>					
12. arts hanteert een brede aanpak	9	1	24		
13. ruimte voor ideeën van patiënt	7		45	2	
14. arts deelt diagnose mede	1		41	6	
15. arts geeft uitleg over diagnose	1		26	9	
<u>IV. Therapeutisch handelen</u>					
16. uitleg over mogelijke maatregelen				50	
17. ideeën patiënt komen aan de orde				46	
18. aandacht voor de motivatie van pt.				22	
19. toetsen of patiënt instemt met ther.				26	1
20. duidelijke afspraken over therapie				56	1
<u>V. Afronding van het consult</u>					
21. duidelijke afspraken over terugkomen				16	14
22. toetsen van vraag/verwachting van pt.				1	3

t/m 15) wordt veel overlap aangetroffen. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het moeilijke onderscheid tussen fase I en III in sommige gevallen. Zeker wanneer er geen sprake is van een duidelijke markering door de arts (bijv. toetsen van de hulpvraag of opstellen van het consultplan) is het bij psychosociale klachten moeilijk de vraagverheldering van het diagnostisch handelen (probleemverheldering) te onderscheiden.

3. Het is belangrijk zich te realiseren dat, hoewel methodisch werken richtlijnen verschaft voor de inhoud en verloop van een consult, deze richtlijnen niet voor alle categorieën even strikt gehanteerd behoeven te worden. Het dient derhalve niet in alle gevallen als 'fout' beoordeeld te worden wanneer een categorie in een andere fase aan de orde komt. Het behoeft ons inziens geen betoog dat er voor elke categorie uitzonderingen te bedenken zijn. Voor het belang van de verschillende categorieën in de verschillende fasen verwijzen we naar hoofdstuk IV waarin de omschrijvingen (operationalisaties) uitvoerig aan de orde komen.

Onze conclusie is dat de theoretische indeling van de categorieën in fasen goed hanteerbaar is voor de evaluatie van een consult of consultfase. Het geeft een goed houvast om aan de hand van de verschillende aspecten te bekijken wat er al dan niet aan de orde komt en op welk moment.

6.5. Patientinitiatieven

Bij observatieschema II, waarop de 22 inhoudelijke consultaspecten gescoord worden, is achter de score ruimte open gelaten om aan te geven door middel van een "P" wanneer een bepaald onderwerp door de patiënt geïnitieerd wordt. Onder het initiatief van de patiënt vallen niet alleen de expliciete pogingen om een bepaald onderwerp ter sprake te brengen maar ook de meer impliciete pogingen hiertoe, wanneer de patiënt duidelijke signalen geeft. Om een indruk te krijgen over de mate waarin een bepaald aspect door de arts of door de patiënt naar voren wordt gebracht is per categorie bekeken hoe vaak de arts en hoe vaak de patiënt hiertoe het initiatief neemt. Het gaat hierbij om de vraag of bepaalde aspecten relatief meer door de patiënt naar voren worden gebracht of dat dit voor de verschillende aspecten min of meer gelijk is.

In tabel 8 wordt per categorie weergegeven de frekwentie van de patiëntinitiatieven en de frekwentie van de artsinitiatieven. Tevens wordt in een aparte kolom weergegeven het aantal malen dat de arts in het geheel niet op het initiatief van de patiënt ingaat.

(zie tabel 8 op de volgende pagina)

Uit deze tabel valt het volgende af te lezen.

In de door ons bekeken 63 consulten neemt de arts in het algemeen vaker het initiatief tot het bespreken van een bepaald aspect dan de patiënt. Hierop zijn 2 uitzonderingen namelijk categorie 1 en categorie 4. Categorie 1 "wat de patient zelf heeft gedaan" en categorie 4 "wat de patient wil of verwacht" zijn categorieën die vaker door de patiënt naar voren worden gebracht.

Tabel 8.: Initiatieven van de patiënt en van de arts

<u>I. Vraagverhelderingsfase</u>	Initiatief patient	Initiatief arts	Arts ne- geert.
Besteedt de arts aandacht aan:			
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	19	17	3
2. waarom de patiënt nu komt	12	12	2
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	11	19	
4. wat de patiënt wil of verwacht	13	9	2
5. de praktische konsekwenties v.h. probleem	10	15	3
6. de emotionele beleving v.h. probleem	18	18	4
7. toetsen van de (hulp)vraag		9	
<u>II. Opstellen van het consultplan</u>			
8. klachten worden afzonderlijk behandeld	5	14	
9. arts geeft zijn mening over de klacht	1	17	
10. arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen		31	
11. toetsen of de patiënt instemt		8	
<u>III. Diagnostisch handelen</u>			
12. de arts hanteert een brede aanpak	4	31	1
13. ruimte voor de ideeën van de patiënt	16	36	
14. de arts deelt de diagnose mede	2	46	
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	2	33	
<u>IV. Therapeutisch handelen</u>			
16. uitleg over mogelijke maatregelen	2	47	
17. ideeën van de patiënt komen aan de orde	21	25	1
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	2	19	
19. toetsen of de patiënt instemt met therapie	6	21	
20. duidelijke afspraken maken over therapie		57	
<u>V. Afronding van het consult</u>			
21. duidelijke afspraken over terugkomen	3	32	
22. toetsen van vraag/verwachting van patiënt.		4	

Wanneer we naar de overige patiëntinitiatieven kijken valt op dat bij een aantal categorieën de patiënt vaker het initiatief neemt in vergelijking met andere categorieën. Dit geldt met name voor de categorieën 1 t/m 6 uit de vraagverhelderingsfase en voor de categorieën 13 en 17 die te maken hebben met de ideeën van de patient omtrent respectievelijk het diagnostisch en het therapeutisch handelen. Wanneer we naar de inhoud van deze 8 categorieën kijken zien we dat het in alle gevallen aspecten betreft waarbij ideeën, verwachtingen en beleving van de patient een rol spelen. Met name voor de categorieën van de intake (1 t/m 6) zien we dat artsen hier relatief minder het initiatief toe nemen dan bij de andere meer traditionele categorieën zoals bijvoorbeeld 14, 15, 16 en 20.

Bij de categorieën 1, 2, 4, 5, 6 en 17 komt het ook een aantal malen voor dat de arts een initiatief van de patiënt hiertoe negeert.

Als mogelijke verklaring voor het relatief hoge aantal patiëntinitiatieven bij genoemde categorieën kan het volgende worden aangevoerd.

- Een aantal categorieën lenen zich er kwa inhoud meer toe dan anderen, dat de patiënt het initiatief hiertoe neemt (met name categorieën waar het informatie van de patiënt betreft).
- Artsen zijn blijkbaar minder gewoon om ideeën, verwachtingen en beleving van de patiënt in het consultgesprek te betrekken aangezien ze hiertoe relatief minder het initiatief nemen en het ook voorkomt dat niet op de initiatieven van de patiënt wordt ingegaan. Desondanks hebben patiënten kennelijk de behoefte met de huisarts hierover te praten en nemen zij dus zelf het initiatief hiertoe.

We merken bovendien op dat de aandacht die de arts besteedt aan de betreffende aspecten (1 t/m 6, 13 en 17) in veel gevallen bestaat uit ruimte geven aan de patiënt om bepaalde dingen te vertellen, maar dat de arts in de meeste gevallen daar niet dieper op ingaat. (zie hiervoor de gemiddelde scores op de 22 categorieën in tabel 2, waaruit blijkt dat vaker een 2 dan een 3 wordt gescoord, ook in vergelijking met andere categorieën zoals 14, 15, 16 en 20).

Dat artsen in onze steekproef aan een aantal categorieën minder aandacht in het consult besteden is ook niet zo verwonderlijk wanneer we bedenken dat ook deze categorieën in belangrijke mate het verschil uitmaken tussen de meer traditionele medische werkwijze en de meer methodische aanpak in een consult.

VII. BETROUWBAARHEID VAN HET MEETINSTRUMENT.

7.1. Procedurebeschrijving.

In dit deel richten we ons op de bruikbaarheid van het meetinstrument. Een van de belangrijkste eisen ten aanzien van deze bruikbaarheid is een redelijke mate van betrouwbaarheid van het meetinstrument.

Het gaat hierbij om de vraag hoe nauwkeurig verricht het instrument de meting, met andere woorden hoeveel overeenstemming bestaat er tussen verschillende metingen.

Bij het onderzoeken van de betrouwbaarheid maken we onderscheid tussen de mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en de mate van overeenstemming tussen een eerste en een tweede meting, gedaan op een later tijdstip, door dezelfde beoordelaar (de test-retest betrouwbaarheid).

Uit praktische overwegingen (onder andere de grootte van de steekproef en de arbeidsintensiviteit) is er in ons onderzoek steeds sprake van twee beoordelaars. Dit in tegenstelling tot verschillende andere onderzoeken waar vaak met meerdere beoordelaars gewerkt wordt die dan paarsgewijze worden vergeleken. Bijvoorbeeld Van Dorp (1977) maakte gebruik van 10 beoordelaars bij een onderzoek naar het gespreksgedrag van huisartsen. Ook bij Prevara (1982) wordt voor de ontwikkeling van een observatie instrument voor het handelen van de huisarts met meerdere beoordelaars gewerkt.

Onze gegevens zijn gebaseerd op twee beoordelaars die onafhankelijk van elkaar de 63 consulten hebben gescoord. Aan de hand hiervan is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend en uitgedrukt in een Pearson product moment correlatiecoëfficiënt. Deze statistiek vereist variabelen op metrisch niveau. Strikt genomen zijn onze metingen van ordinaal niveau maar nemen we aan dat er van gelijke afstanden tussen de schaalwaarden sprake is.

Behalve de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben we ook de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid getoetst door middel van de test-retest procedure. Het gaat hierbij om de vergelijking van een beoordelaar met zichzelf. Hiertoe is een random steekproef van 16 consulten uit de oorspronkelijke steekproef van 63 consulten getrokken. Deze 16 consulten zijn na 3 maanden door dezelfde beoordelaar opnieuw gescoord. Omdat beide beoordelaars dezelfde procedure hebben gevolgd zijn er dus $16+16=32$ consulten beschikbaar om een eerste en een tweede beoordeling op een later tijdstip met elkaar te vergelijken.

7.2. Inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid.

In de tabellen 9 en 10 op de volgende pagina's wordt de beoordelaarsbetrouwbaarheid van beide observatieschema's gepresenteerd, uitgedrukt in een Pearson product moment correlatiecoëfficiënt. Daarna volgt een discussie over de gevonden betrouwbaarheden en vervolgens wordt de fase-indeling van het consult besproken.

Tabel 9.: Beoordelaarsbetrouwbaarheid observatieschema II

	Interbeoorde- laarsbetrouw- baarheid.	Intrabeoorde- laarsbetrouw- baarheid
<u>I. Vraagverhelderingsfase</u>		
Besteedt de arst aandacht aan:		
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	.47	.71
2. waarom de patiënt nu komt	.66	.65
3. de vraag of er nog meer problemen zijn	.87	.82
4. wat de patiënt wil of verwacht	.88	.81
5. de praktische konsekwenties van het probleem	.69	.62
6. de emotionele beleving van het probleem	.83	.89
7. toetsen van de (hulp)vraag	.83	.69
<u>II. Opstellen van het consultplan</u>		
8. klachten worden afzonderlijk behandeld	.53	.68
9. arts geeft zijn mening over de klacht	.85	.41
10. arts verduidelijkt wat hij wil gaan doen	.84	.79
11. toetsen of de patiënt instemt	.85	.85
<u>III. Diagnostisch handelen</u>		
12. de arts hanteert een brede aanpak	.88	.89
13. ruimte voor de ideeën van de patiënt	.68	.46
14. de arts deelt de diagnose mede	.92	.62
15. de arts geeft uitleg over de diagnose	.83	.61
<u>IV. Therapeutisch handelen</u>		
16. uitleg over mogelijke maatregelen	.75	.36
17. ideeën van de patiënt komen aan de orde	.78	.74
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	.75	.84
19. toetsen of de patiënt instemt met therapie	.80	.68
20. duidelijke afspraken maken over therapie	.67	.68
<u>V. Afronding van het consult</u>		
21. duidelijke afspraken over terugkomen	.93	.95
22. toetsen van vraag/verwachting van patiënt.	.84	n.v.t.
	(N=63)	(N=32)

Tabel 10.: Beoordelaarsbetrouwbaarheid observatieschema I

	Interbeoorde- laarsbetrouw- baarheid	Intrabeoorde- laarsbetrouw- baarheid.
<u>Affectieve gedrag van de arts:</u> Interesse	.68	.48
Aankijken	.64	.40
Rust	.48	.26
Houding	.48	.34
Aard van de klachten (som. vs. psych.sociaal)	.90	.95
Spraakzaamheid van de patiënt	.71	.87
	(N=63)	(N=32)

Wanneer we beginnen met tabel 9 observatieschema II dan blijkt dat het merendeel der categorieën een betrouwbaarheid rond de .80 heeft. Er zijn slechts 4 categorieën met een lage betrouwbaarheidscoëfficiënt t.w.:

1. wat de patiënt zelf heeft gedaan
9. de arts geeft zijn mening over de klacht
13. de arts geeft ruimte voor de ideeën van de patiënt
16. de arts geeft uitleg over mogelijke therapieën.

Tijdens het beoordelen bleken soms al problemen te rijzen over de interpretatie van sommige categorieën. De arts vraagt bijvoorbeeld zelden expliciet aan de patiënt wat deze tot nu toe aan zijn klacht heeft gedaan (categorie 1), maar hij geeft de patiënt wel vaak ruimte om te vertellen hoeveel last en ongemak of pijn deze van zijn kwaal heeft gehad. In zo'n geval is het onduidelijk wat er nu precies gescoord moet worden bij categorie 1. Op grond van de aantekeningen die we tijdens het scoren hebben gemaakt zijn onduidelijke operationalisaties al zoveel mogelijk bijgesteld waardoor voor enkele categorieën mogelijk een hogere betrouwbaarheid kan worden bereikt.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten van het affectieve gedrag van de arts in tabel 10 vallen beduidend lager uit. Dit is niet zo verwonderlijk wanneer we bedenken dat het bij variabelen als interesse, houding etc. gaat om vrij vage omschrijvingen waarbij bovendien het subjectieve oordeel van de beoordelaar een grote rol kan spelen. Het nauwkeuriger omschrijven of operationaliseren van deze variabelen is zeker aan te bevelen hoewel dit geen eenvoudige taak zal zijn en een grote mate van subjectiviteit bij dergelijke variabelen onvermijdelijk zal blijven.

Voor de 22 inhoudelijke categorieën geldt deze subjectiviteit in veel mindere mate omdat men bij deze categorieën als het ware kan checken of het gedrag al dan niet voorkomt.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de aard van de klachten (somatisch versus psychosociaal) valt heel bevredigend uit, ruim .90. Wanneer we de scores 1 en 2 als meer somatische klachten beschouwen en de scores 3, 4 en 5 als meer psychosociale klachten komen de scores bovendien nauwkeurig over-

een met de oorspronkelijke indeling van de steekproef. Hiermee wordt aange-
toond dat de steekproef op verantwoorde wijze voor dit criterium is samen-
gesteld.

Tot slot merken we op dat de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de retest-
procedure niet hoger uitvallen dan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Om-
dat beide steekproeven echter anders van samenstelling zijn kunnen we hier
geen conclusies aan verbinden. De resultaten geven echter geen aanleiding
te veronderstellen dat herinnering een rol speelde bij de tweede beoorde-
ling die 3 maanden later plaatsvond.

De betrouwbaarheid vergeleken met andere onderzoeken

Wanneer we in het algemeen iets over betrouwbaarheid willen zeggen is het
zinnig om zich nogmaals te realiseren om wat voor soort observaties het gaat
en om de verkregen betrouwbaarheden te vergelijken met andere onderzoeken op
dit gebied zoals door ons gevonden zijn in onder andere Van Dorp (1977),
Mokkink (1982), Evaluatie Speech (1979) en Konsultatieprojekt Eindhoven
(1980).

Voor alle variabelen geldt dat de beoordeling hiervan in meer of mindere
mate berust op een subjectief oordeel, wat de betrouwbaarheid altijd nadelig
beïnvloedt. Zoals al eerder aangegeven is de subjectiviteit het grootst
voor de items van het affectieve gedrag, wat ook uit de resultaten blijkt.
Het speelt in mindere mate een rol bij de 22 inhoudelijke categorieën.
Wanneer we op zoek gaan naar vergelijkingsmateriaal vinden we de volgende
gegevens. Van Dorp (1977) die een uitvoerig literatuuronderzoek naar be-
trouwbaarheden deed, vermeldt betrouwbaarheidscoëfficiënten tussen de .71
en .90 wanneer het om checklistbetrouwbaarheden gaat (scores over het al
dan niet voorkomen van gedrag; tellen van een aantal malen dat iets voorkomt
etc.). Voor beoordelingsschalen waarop de observator zijn indruk weergeeft
komen de betrouwbaarheden regelmatig rond de .40 uit en overschrijden maar
zelden de .60.

In zijn eigen onderzoek over gespreksgedrag van huisartsen geeft van Dorp
betrouwbaarheden weer tussen de .40 en .98 wanneer het, evenals in ons on-
derzoek, beoordelingsschalen betreft.

In Prevara (Mokkink e.a., 1982) waarin een observatie instrument voor het
handelen van de huisarts wordt beschreven komen betrouwbaarheden voor tus-
sen de .45 en .96. Het betreft hier 5-puntsbeoordelingsschalen. Het gaat
in dit geval ook om nieuwe klachten van de patiënt evenals in ons onderzoek.
Bij controleconsulten vielen de betrouwbaarheden veel lager uit (tussen de
.25 en .80). Enkele voorbeelden uit het onderzoek van Prevara:

- voor de vaardigheid gericht en systematisch werken vallen de betrouwbaar-
heden van een aantal aspecten uit tussen .58 en .69.
- het hanteren van de arts-patiënt relatie: .38 en .45
- de mate van somatisch handelen: rond de .90

Ook hier valt op dat wanneer het over de arts-patiënt relatie gaat, onder an-
dere vergelijkbaar met onze items van het affectieve gedrag, de betrouwbaar-
heden een stuk lager uitvallen. In Prevara wordt ook melding gemaakt van
het verschil in de mate van subjectiviteit bij de verschillende beoordeling-
en.

In het onderzoek in Capelle gedaan door het N.H.I.: Evaluatie Speech (1979)
worden voor de variabelen houding en interesse betrouwbaarheden weergegeven
rond de .70. Vergeleken met deze waarden zijn de door ons gevonden waar-
den van het affectief gedrag zeer laag.

Conclusie.

Naar aanleiding van de gevonden gegevens en de vergelijking met andere onderzoeken beschouwen betrouwbaarheden onder .60 als laag tot zeer laag; boven de .60 als acceptabel tot redelijk en boven .80 als goed.

De in ons onderzoek gevonden betrouwbaarheden steken niet ongunstig af bij andere onderzoeken, alleen de betrouwbaarheden van het affectieve gedrag komen nogal slecht uit de verf, waarden van .26 tot .68.

Echter de betrouwbaarheden van de aard van de klacht en de spraakzaamheid van de patient vallen heel redelijk uit tussen .70 en .95.

Van de 22 inhoudelijke categorieën (die ons inziens het meest relevant zijn voor methodisch werken) zijn er enkele uitzonderingen waarvan de betrouwbaarheden tussen .36 en .60 vallen. Het merendeel der categorieën heeft echter een betrouwbaarheid tussen .60 en .95 wat ons inziens, ook in vergelijking met andere onderzoeken, een redelijke mate van betrouwbaarheid is.

Betrouwbaarheid van de fase-indeling van het consult

In hoeverre het mogelijk is een consult betrouwbaar in de vijf fasen in te delen wordt los van het voorgaande besproken omdat hierbij een andere beoordelingsprocedure is gevolgd. Het betreft hier een vergelijking van de 16 consulten die tweemaal beoordeeld zijn en waarbij de tweede beoordeling 3 maanden later plaatsvond.

De fase-indeling is beide keren verkregen op grond van het gezamenlijke oordeel van de twee observatoren. Van deze fase-indeling kan dus alleen de test-retestbetrouwbaarheid worden bekeken maar is er geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bekend.

In tabel 11 wordt van elk consult weergegeven de fase-indeling bij de eerste beoordeling en de fase-indeling bij de tweede beoordeling.. De verschillen tussen beide beoordelingen worden op de volgende manier aangegeven:

- de betreffende fase is onderstreept wanneer de fase wel op dezelfde beginzin is ingedeeld maar de fase als zodanig anders wordt benoemd
- de fase staat tussen haakjes wanneer de fase-indeling niet hetzelfde is
- fasen zonder nadere aanduiding zijn in beide gevallen op dezelfde manier ingedeeld.

Zie tabel 11 op de volgende pagina.

Uit de gegevens van tabel 11 blijkt dat bij beide beoordelingen 9 van de 16 consulten op geheel identieke wijze zijn ingedeeld. Bovendien blijkt dat er voor alle 16 consulten grote overeenstemming bestaat tussen het punt van fasewisseling, dat wil zeggen dat bij eenzelfde beginzin de overgang naar een andere fase plaatsvindt: van de 75 fasewisselingen zijn er 66 wisselingen hetzelfde en 9 verschillend benoemd. In consult 1 bijvoorbeeld is wel dezelfde beginzin als fasewisseling genomen maar werd deze fase bij de eerste beoordeling fase 1 genoemd en bij de tweede beoordeling fase 3. In consult 2 is het omgekeerde het geval en werd fase 3 bij de tweede beoordeling fase 1 genoemd. Het betreft in beide gevallen groep B-consulten dat wil zeggen klachten met belangrijke psychosociale aspecten. Het bleek voor de beoordelaars soms moeilijk om bij deze klachten een onderscheid te maken tussen de intake (het vraagverhelderen) en het diagnostisch handelen (probleemverhelderen).

Bij de 4 overige consulten (6,9,15 en 16) is de fase-indeling bij de tweede beoordeling uitgebreider dan bij de eerste beoordeling. Men vindt hier

Tabel 11.: Overzicht van de indeling in fasen bij de eerste en tweede beoordeling.

Consultnr.	1ste beoordeling	2de beoordeling	A - B*)
1	1 3 4 <u>1</u> 4	1 3 4 <u>3</u> 4	B
2	1 2 3 4 <u>3</u> 4	1 2 3 4 <u>1</u> 4	B
3	1 3 4 3 4	1 3 4 3 4	B
4	1 3 4	1 3 4	B
5	1 3 4	1 3 4	A
6	1 2 3 4 3 4	1 ←(3 1) 2 3 4 3 4	B
7	1 3 4	1 3 4	A
8	1 2 3 4	1 2 3 4	A
9	1 2 3 4 5	1 2 3 4 ←(3 4) 5 ←(4 5)	B
10	1 2 3 4	1 2 3 4	B
11	1 3 4	1 3 4	A
12	1 3 4	1 3 4	A
13	1 3 1 2 3 4	1 3 1 2 3 4	A
14	1 3 4 1 4 ←(5)	1 3 4 1 4	B
15	1 3 4	1 <u>(2)</u> → 3 4	A
16	1 3 4	1 <u>(2)</u> → 3 4	A

x) A = de aard van de klacht is overwegend somatisch.
 B = de klacht heeft belangrijke psychosociale aspecten

Betekenis van de fasen: 1 = vraagverheldering
 2 = opstellen consultplan
 3 = diagnostisch handelen
 4 = therapeutisch handelen
 5 = afronding van het consult

wel dezelfde fasen terug maar bij de tweede beoordeling is steeds een fase opgedeeld in meerdere fasen (zie de richting van het pijltje). Bijvoorbeeld in consult 6 is fase 1 bij de tweede beoordeling opgesplitst in fase 1, 3 en 1 wat betekent dat een kort diagnostisch gespreksfragment deze keer apart is benoemd als fase 3.

In consult 9 en 14 is er een verschil tussen fase 4 en 5 te zien. In consult 15 en 16 is bij de tweede beoordeling fase 2 tussengevoegd. Zowel het criterium voor fase 2 als het criterium voor fase 5 was soms moeilijk te hanteren omdat in onze steekproef deze fasen nauwelijks voorkwamen. En zelfs wanneer ze voorkwamen was dit niet precies op de wijze zoals in de theorie van methodisch werken wordt beschreven. De arts zei bijvoorbeeld wel eens: "wilt u naar de onderzoekskamer gaan zodat ik uw knie kan onderzoeken", maar dit is een zwakke afspiegeling van wat bedoeld wordt met fase 2 "opstellen van het consultplan". Evenzo zei de arts bij het

afscheid nemen wel eens: "is alles naar wens zo", maar ook dit is niet een volledige afronding van het consult zodat het twijfelachtig was of we dit wel als fase 5 zouden benoemen.

Concluderend: het is ons inziens wel mogelijk een consult redelijk betrouwbaar in 5 fasen in te delen indien men duidelijke afspraken maakt over hoe grof of hoe fijn men deze indeling wil hanteren. De indeling is bij psychosociale klachten wat moeilijker dan bij somatische klachten wat vooral veroorzaakt wordt door het soms moeilijke onderscheid tussen de vraagverheldering en de probleemverheldering bij de psychosociale klachten. De fasen 2 en 5 tenslotte zullen bij methodisch getrainde artsen ongetwijfeld beter uit de verf komen.

VIII SAMENHANG VAN HET MEETINSTRUMENT

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de samenhang van de verschillende variabelen van het meetinstrument. Bij de ontwikkeling van het meetinstrument kwam al ter sprake dat er aan methodisch werken verschillende meetbare aspecten te onderscheiden zijn; hoe deze met elkaar samenhangen wordt in dit hoofdstuk beschreven. We zullen eerst de onderlinge samenhang van de 22 inhoudelijke categorieën beschrijven (observatieschema 2) en vervolgens onderzoeken hoe de overige variabelen van observatieschema 1 met deze consultinhoud samenhangt.

8.1. Samenhang van de 22 inhoudelijke categorieën.

Bij de toelichting op deze 22 inhoudelijke categorieën (hoofdstuk 4.3) kwam al ter sprake dat hierin verschillende aspecten van methodisch werken verwerkt zijn. Dit gegeven maakt het interessant om door middel van een factoranalyse te onderzoeken of deze categorieën naar een kleiner aantal dimensies verwijzen wat de interpretatie van dit schema eenvoudiger en duidelijker zou maken.

Alvorens deze factoranalyse te presenteren noemen we enkele problemen bij het toepassen van een factoranalyse op dit materiaal.

Voor een factoranalyse zijn gegevens op intervalniveau vereist. Onze gegevens voldoen niet strikt aan deze eis maar omdat de gegevens in een 5-puntschaal uitgedrukt zijn nemen we aan dat er bij benadering van een intervalniveau sprake is. Twee andere problemen betreffen de scheve verdeling van een aantal categorieën en het feit dat de steekproefgrootte (N=63) niet voldoet aan de vuistregel van 5 maal het aantal variabelen.

Bovenstaande betekent dat de gegevens uit de factoranalyse met de nodige voorzichtigheid bekeken dienen te worden.

In tabel 12 worden de gegevens van de factoranalyse gepresenteerd. Categorie 8: "de arts behandelt meerdere klachten afzonderlijk" is wegens te lage N buiten beschouwing gelaten.

Zie tabel 12 factoranalyse.

De factoranalyse levert 5 factoren op met een eigenwaarde groter dan 1. De interpretatie van deze factoren is niet eenvoudig omdat de factorladingen in het algemeen niet bijzonder hoog zijn en omdat er categorieën zijn die op meerdere factoren een matige lading hebben. We zullen de verschillende factoren in het kort bespreken en aangeven in hoeverre betekenisvolle naamgeving mogelijk is.

Factor 1 wordt gevormd door de volgende categorieën:

3. of er nog meer problemen zijn	.86
5. de praktische konsekventies van het probleem	.55
6. de emotionele beleving van het probleem	.60
12. de arts hanteert een brede aanpak van het probleem	.90

We kunnen dit de 'integrale aanpak' door de arts noemen omdat de hoge ladingen van categorie 3 en 12 sterk in deze richting wijzen.

Factor 2: de volgende categorieën laden op factor 2:

2. waarom de patiënt nu komt	.69
4. wat de patiënt wil of verwacht	.53
5. de praktische konsekventies van het probleem	.44
16. arts geeft uitleg omtrent mogelijke maatregelen	.48

Tabel 12.: Factoranalyse op de 22 inhoudelijke categorieën

Besteedt de arts aandacht aan:	factoren				
	1	2	3	4	5
1. wat de patiënt zelf heeft gedaan	.10	.13	.57	-.10	.11
2. waarom de patient nu komt	-.07	.69	.21	.02	.07
3. of er nog meer problemen zijn	.86	-.09	.05	-.02	.09
4. wat de patiënt wil of verwacht	.08	.53	.08	.21	-.14
5. de praktische konsekwenties	.55	.44	.34	-.05	.52
6. de emotionele beleving v.h. probleem	.60	.24	.29	.06	-.02
7. toetsen van de (hulp)vraag	.14	.08	.07	-.09	.15
9. de arts geeft zijn mening over de klacht	.23	.13	.26	-.04	.30
10. arts verduidelijkt wat hij gaat doen	.13	.13	-.03	-.15	.08
11. de arts toetst of de patiënt instemt	-.09	-.03	.07	.13	-.14
12. arts hanteert een brede aanpak	.90	.02	.20	.05	.07
13. ruimte voor de ideeën van de patiënt	.27	-.05	.67	.25	.00
14. de arts deelt de diagnose mede	-.00	.02	.06	.78	.01
15. arts geeft uitleg omtrent de diagnose	.00	.12	-.04	.76	-.03
16. uitleg geven omtrent mogelijke maatregelen	.22	.48	-.04	.40	.16
17. ideeën van de patiënt omtrent de therapie	.08	.37	.40	.21	-.28
18. aandacht voor de motivatie van de patiënt	.20	.34	.33	.22	-.16
19. de arts toetst of pt. met therapie instemt	.15	.39	.53	-.09	.28
20. duidelijke afspraken omtrent de therapie	.02	.13	.03	-.11	.68
21. duidelijke afspraken omtrent terugkomen	.08	-.13	.10	.19	.71
22. toetsen van vraag/ verwachting van patiënt	.16	-.00	-.03	.17	-.05
Eigenwaarde	4.64	1.99	1.61	1.36	1.12
Percentage verklaarde variantie	36,3%	15,5%	12,6%	10,6%	8,8%

De interpretatie van deze factor is niet eenvoudig. Categorie 2, 4 en 5 verwijzen naar de vraagverheldering. De positie van categorie 5 is echter onduidelijk omdat deze categorie ook op factor 1 en op factor 5 een matige lading heeft. De mogelijke samenhang van categorie 16 met de vraagverheldering is moeilijk te interpreteren. Zodat we moeten concluderen dat factor 2 geen voor ons duidelijke dimensie vertegenwoordigt.

Factor 3: categorieën die op factor 3 laden zijn:

- 1. wat de patiënt zelf heeft gedaan .57
- 13. de arts geeft ruimte voor ideeën van de patiënt .67
- 17. ideeën patiënt omtrent therapie komen aan de orde .40
- 19. arts toetst of de patiënt met de therapie instemt .53

Deze categorieën verwijzen alle naar de mate waarin de ideeën van de patient aan bod komen in het consult. We kunnen deze dimensie dan ook 'inbreng van de patient' noemen.

Factor 4: categorieën die op factor 4 laden zijn:

- | | |
|--|-----|
| 14. de arts deelt de diagnose mede | .78 |
| 15. de arts geeft uitleg omtrent de diagnose | .76 |
| 16. arts geeft uitleg omtrent mogelijke therapieën | .40 |

Deze categorieën verwijzen naar de informatie en de uitleg die de arts aan de patiënt geeft. Hoewel categorie ook een lading van .48 heeft op factor 2 past deze categorie op logische gronden toch meer bij deze factor 'uitleg geven'.

Factor 5: categorieën die op factor 5 laden zijn:

- | | |
|---|-----|
| 5. aandacht voor praktische konsekventies v.h. probleem | .52 |
| 20. de arts maakt duidelijke afspraken omtrent therapie | .68 |
| 21. arts maakt duidelijke afspraken omtrent terugkomen | .71 |

Het voornaamste kenmerk van deze factor is de duidelijkheid van de afspraken die de arts maakt. Waarom categorie 5 ook weer op deze factor laadt is niet duidelijk.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de volgende aspecten meer of minder duidelijk in de factoren tot uiting komen:

- de integrale aanpak van het probleem
- vraagverhelderingsactiviteiten
- inbreng van de patiënt
- informatie en uitleg geven door de arts
- het maken van duidelijke afspraken door de arts.

Aspecten die niet in de factoren tot uiting komen hebben te maken met het opstellen van het consultplan (categorie 9 en 10) en met het toetsen door de arts (categorie 7 en 11). Deze aspecten zijn kenmerkend voor methodisch werken maar dit zijn tegelijkertijd ook vrij nieuwe elementen in het consultgesprek. Misschien heeft het ontbreken van deze dimensies in de factoranalyse te maken met het feit dat de steekproefartsen niet getraind waren in methodisch werken. Het is interessant om te onderzoeken of andere factorpatronen ontstaan wanneer men een factoranalyse uitvoert op consulten van artsen die wel in methodisch werken getraind zijn. Helaas zijn daar nog geen video-opnamen van gemaakt.

Concluderend zijn wij van mening dat het de voorkeur verdient om met de somscore op alle categorieën te werken bij de hierna uit te voeren analyse op alle variabelen van het meetinstrument. Er gaat ons inziens teveel informatie verloren wanneer we alleen met de 5 factoren werken en bovendien zijn de hieruit af te leiden dimensies niet volstrekt eenduidig van elkaar te onderscheiden.

We zullen nu beschrijven hoe de overige variabelen van het meetinstrument met de consultinhoud samenhangen.

8.2. Samenhang van alle variabelen van het meetinstrument,

Het gaat er in dit deel om hoe de overige variabelen van observatieschema 1 samenhangen met de consultinhoud van observatieschema 2. De vraag hierbij is of consulten die 'hoog' scoren op de consultinhoud ook hoog scoren op het gestructureerd werken, het affectieve gedrag etc. Niet alle variabelen worden in deze analyse betrokken. Voor de overzichtelijkheid hebben we de hierna te noemen 4 variabelen geselecteerd welke we als beste criteria voor de verschillende aspecten beschouwen:

- het affectieve gedrag van de arts
- de tijd die aan de vraagverheldering wordt besteed (fase 1)
- het al dan niet opstellen van een consultplan door de arts (fase 2)
- de chronologische fasevolgorde van het consult.

Van elke variabele wordt besproken waarom deze is gekozen en welke score hierop als meer en welke als minder methodisch wordt beschouwd. In tabel 13 is de samenhang tussen de variabelen in een Spearman rank correlatie-coëfficiënt uitgedrukt.

Tabel 13.: Samenhang alle variabelen van het meetinstrument

	inhoud van het consult	affectieve gedrag	tijdsduur.van fase 1	opstellen consultplan	chronologische fasevolgorde
Inhoud consult (somscore 21 cat.)	-	.73	.72	.24	.19
Affectieve gedrag van de arts		-	.65	.21	.08
Tijdsduur vraagverheldering			-	.21	.33
opstellen consultplan (fase 2)				-	-.01
chronologische fasevolgorde					-

Het affectieve gedrag van de arts

Het affectieve gedrag bestaat uit de somscore op de variabelen interesse, houding, rust en aankijken. Dit affectieve gedrag correleert .73 met de somscore op de 21 inhoudelijke categorieën. Dit betekent dat in consulten met een meer methodische consultinhoud het affectieve gedrag ook hoger is beoordeeld. Hoewel deze samenhang niet verwonderlijk is is zij ook weer niet vanzelfsprekend. Theoretisch is het namelijk goed mogelijk dat de arts een rustige geïnteresseerde houding tegenover de patiënt heeft maar toch voorbij gaat aan diens verwachtingen, wensen etc. etc. Blijkbaar gebeurt dit laatste toch minder vaak gezien de samenhang. Het is jammer dat geen oorzakelijke verbanden aan deze cijfers mogen worden toegekend. Het lijkt ons namelijk goed mogelijk dat een geïnteresseerde houding van de arts de patiënt aanmoedigt meer te vertellen waardoor de kans ook groter wordt dat ook diens ideeën en verwachtingen op tafel komen. Dit laatste is echter nog geen garantie dat de arts ook rekening houdt met deze ideeën. We moeten dan ook volstaan met de constatering dat een meer methodische consultinhoud vaak samengaat met een als hoger beoordeeld affectief gedrag van de arts.

De totale tijd die aan fase 1 wordt besteed.

Hoewel de tijdsduur van alle fasen is gemeten achten we de tijd die aan de vraagverheldering (fase 1) besteed wordt het meest relevant voor methodisch werken. De tijd die bijvoorbeeld aan diagnose en aan therapie wordt besteed is ons inziens meer dan fase 1 afhankelijk van de aard van de klacht, maar zegt minder over het al dan niet methodisch verloop van een consult.

De tijd die aan fase 1 wordt besteed is met name belangrijk omdat blijkt dat in deze vraagverhelderingsfase de patiënt veel meer aan het woord is dan de arts (spreektijdverhouding 5 : 1). Dit is een indicatie voor de hoeveelheid (gespreks)ruimte die de patiënt krijgt om aan de arts te vertellen wat hij kwijt wil en waarvoor hij eigenlijk komt. Dat het geven van gespreksruimte inderdaad vaak samengaat met de hoeveelheid aandacht die de arts aan de vraagverheldering besteedt blijkt uit de correlatie van .74 tussen de tijdsduur van fase 1 en de somscore op de vraagverhelderingscategorieën 1 t/m 6.

Bekijken we nu de correlatie tussen de tijdsduur van fase 1 en de somscore op alle 21 categorieën dan zien we ook hier een vrij hoge samenhang van .72. Dit betekent dat in inhoudelijk meer methodisch verlopende consulten doorgaans ook meer tijd aan de vraagverheldering wordt besteed.

Opstellen van het consultplan (fase 2)

Hoewel we van alle consultfasen hebben genoteerd of en hoe vaak deze in een consult voorkomen vertonen de meeste consulten weinig variatie in het voorkomen van fase 1, 3 en 4. Dat wil zeggen dat in bijna alle consulten de vraagverheldering (fase 1), diagnose (fase 3) en therapie (fase 4) voorkomen. Het voorkomen van deze fasen is geen specifiek kenmerk van methodisch werken maar meer een kenmerk van het doorsnee consult. Anders is dit voor het opstellen van het consultplan (fase 2) en voor de afronding van het consult (fase 5) die wel kenmerkend zijn voor methodisch werken. Fase 5 kwam te weinig voor om in deze analyse te betrekken zodat alleen het voorkomen van fase 2 in deze analyse is gebruikt. We herhalen nog even dat het er in fase 2 om gaat dat de arts het consultplan met de patiënt bespreekt zodat de patiënt weet waar hij aan toe is en zonodig kan meebeslissen.

De correlatie tussen de inhoud van het consult en het voorkomen van fase 2 bedraagt .24. Deze zeer lage (maar wel significante) samenhang betekent dat het opstellen van een consultplan in het algemeen niet gekoppeld is aan een meer methodische consultinhoud. Ook is de correlatie van fase 2 met de vraagverheldering en met het affectieve gedrag zeer laag (.21). Dit gegeven onderschrijft het idee dat bij methodisch werken meerdere aspecten een rol spelen die min of meer los van elkaar kunnen variëren.

De chronologische fasevolgorde

Theoretisch uitgangspunt bij methodisch werken is de chronologische volgorde waarin de 5 fasen in een consult voorkomen. Deze chronologische volgorde kan voor de arts een hulpmiddel zijn voor de systematische aanpak en de volledigheid van een consult en kan daartoe bijdragen aan meer overzichtelijkheid en duidelijkheid in het hulpverleningsproces voor zowel arts als patiënt. Het 'meten' van deze systematiek in het consult was een van de moeilijkste opgaven bij de constructie van het meetinstrument. Uiteindelijk kozen we als criterium het aantal malen dat de arts teruggaat naar een vorige fase. Een lage score op deze variabele betekent dat de arts niet

of niet vaak teruggaat naar een vorige fase en het consult dus chronologisch verloopt; een hoge score betekent een minder chronologisch verloop.

De correlatie tussen de inhoudelijke categorieën en deze chronologische fasevolgorde is niet significant en bedraagt .19. Ook hangt deze chronologische volgorde niet samen met de overige variabelen: met affectief gedrag .08, met opstellen van het consultplan -.01 en is er een geringe samenhang van .33 met de vraagverheldering.

Deze chronologische volgorde vormt kennelijk eveneens een apart aspect van methodisch werken, we zullen hier bij de conclusie nader op in gaan.

Samenvatting en conclusie

Uit het meetinstrument hebben we 5 variabelen geselecteerd die elk een bepaald aspect van methodisch werken vertegenwoordigen. Door middel van een Spearman rank correlatiecoëfficiënt is onderzocht in hoeverre deze aspecten met elkaar samenhangen of los van elkaar variëren. Hieruit blijkt dat 3 variabelen een sterke samenhang vertonen te weten: de inhoud van het consult-gesprek, het affectieve gedrag van de arts en de tijd die aan de vraagverheldering wordt besteed.

Wat betreft de betekenis van deze samenhang herinneren we eraan dat het aantal klachten in de steekproefconsulten constant is gehouden en bovendien, dat het affectieve gedrag van de arts werd beoordeeld vóórdat de consultinhoud werd gescoord; er is dus zoveel mogelijk voor dergelijke artefacten gecorrigeerd.

De overige twee variabelen, het opstellen van het consultplan en de chronologische fasevolgorde hangen noch met elkaar noch met bovengenoemde aspecten samen. Het meten van deze twee variabelen voegt dus extra informatie toe omdat het hier kennelijk om aparte dimensies van methodisch werken gaat. We zullen hier kort ingaan op de relevantie van deze dimensies voor methodisch werken.

Voor wat betreft het opstellen van het consultplan zijn wij van mening dat het meten van deze variabele belangrijke extra informatie oplevert. Het opstellen van het consultplan geeft de patiënt meer zicht op de werkwijze van de arts waardoor hij beter in staat gesteld wordt mee te denken en zo mogelijk mee te beslissen.

Wat betreft het meten van de chronologische fasevolgorde hebben we onze aarzelingen ten aanzien van de relevantie van deze variabele voor methodisch werken. Hoewel deze chronologie een theoretisch uitgangspunt is methodisch werken is, zijn er in de praktijk ook situaties denkbaar waarin het, ook vanuit het oogpunt van methodisch werken, wenselijk of noodzakelijk is om in het verloop van het consult naar een vorige fase terug te keren, bijvoorbeeld wanneer de patiënt onverwacht geheel nieuwe informatie geeft.

Bovendien is deze chronologische volgorde op zich geen vereiste voor methodisch werken maar wordt beschouwd als een hulpmiddel om het consult overzichtelijker en duidelijker te laten verlopen voor zowel arts als patiënt. Misschien is deze overzichtelijkheid op een andere manier beter te meten dan door middel van de door ons gekozen fasevolgorde. In Prevara (1982) gebruikt men bijvoorbeeld de variabele "markeert de arts de verschillende fasen in het consult".

Een nader onderzoek naar de beste operationalisatie om de overzichtelijkheid in het hulpverleningsproces uit te drukken lijkt ons gewenst.

Concluderend:

Om de mate van methodisch werken uit te drukken achten wij observatieschema 2 het meest relevant omdat hierin de inhoud van het consult vrij concreet wordt omschreven én omdat bovendien de vraagverheldering en het affectieve gedrag een sterke samenhang met deze consultinhoud vertonen.

Het opstellen van het consultplan voegt hier belangrijke extra informatie aan toe maar voor wat betreft de chronologische fasevolgorde is dat nog niet geheel duidelijk. Overigens kan men natuurlijk ook delen van het meetinstrument gebruiken, afhankelijk van de specifieke aspecten die men wil onderzoeken of evalueren.

IX. VALIDITEIT

9.1. Inleiding

Bij het ontwikkelen van het meetinstrument voor methodisch werken zijn we nu bij de validiteitsvraag aangeland d.w.z. meet het instrument wel wat het geacht wordt te meten. Voordat deze vraag wordt beantwoord zullen we eerst het begrip validiteit proberen te verduidelijken aan de hand van gevonden literatuur hieromtrent.

Bij het ontwikkelen van een meetinstrument gaat het om de uiteindelijke 'utiliteit' van het instrument hetgeen betekent dat dit instrument aan een aantal eisen moet voldoen (De Groot, 1971):

1. De resulterende variabele geldt als een aanvaardbare adequate representant van het begrip zoals bedoeld (validiteit).
2. Het instrument verricht de meting redelijk nauwkeurig (precisie of betrouwbaarheid).
3. Het instrument is efficiënt ingericht, wat o.a. wil zeggen dat er geen overbodige of niet passende onderdelen in voorkomen.

De eisen 2 en 3 zijn al ter sprake gekomen in de hoofdstukken over de betrouwbaarheid en over de samenhang.

De eerste eis, die van de validiteit of geldigheid van de variabele dekt voor een groot deel de utiliteitsvraag.

Een goede betrouwbaarheid is wel noodzakelijk maar niet voldoende voor een goede validiteit. Een hogere betrouwbaarheid geeft wel een hogere kans op validiteit. De efficiëntie kan groot of klein zijn bij gelijkblijvende validiteit.

Het begrip validiteit kan verschillende inhouden hebben afhankelijk van het doel waarvoor het wordt gebruikt, bijv. moet de variabele als voorspeller dienen of als een te meten grootheid. In ons geval betreft het een te meten grootheid namelijk de mate van methodisch werken. Dat betekent dat de validiteitsbepaling antwoord moet geven op de vraag: Meet het instrument wat het bedoelt te meten? We spreken dan van concurrent-validiteit: "de meting van de criteriumvariabele is beschikbaar op hetzelfde moment als de testresultaten verkregen worden" (Magnusson, 1966).

Essentieel is in deze fase dus het bepalen van het 'ware criterium' d.w.z. los van het meetinstrument moet iemand (of iets) bepalen hoe methodisch elk consult verloopt omdat alleen aan dat gegeven de validiteit van het meetinstrument getoetst kan worden. De moeilijkheid is dat hoogst zelden een meting van het ware criterium voorhanden is. Ook voor methodisch werken bestaat geen meting van dit ware criterium. Het begrip methodisch werken is nog in ontwikkeling en deze studie beoogt bovendien bij te dragen aan een verduidelijking van het begrip methodisch werken. Dit betekent dat het mogelijk is dat ook de deskundigen op dit gebied het niet in alle opzichten eens zijn over wat methodisch werken nu precies is.

Hoewel dit de validiteitsbepaling bemoeilijkt vormt dit geen onoverkomelijk bezwaar bij deze bepaling.

De Groot (1971) schrijft over dit probleem dat in het algemeen het grootste probleem bij die criterium variabel is, de vaagheid en of meerduidigheid van het begrip waar het om gaat (in dit geval dus methodisch werken). Steeds wordt dan ook aangeraden aan een validiteitsonderzoek een operationeel gerichte maar diepgaande doelanalyse te laten voorafgaan.

Ook zijn wij bij het construeren van de validiteitsvragen uitgegaan van een analyse van de doelstellingen van methodisch werken en hebben op grond van deze analyse de doelstellingen geoperationaliseerd. De relatie tussen doelstellingen en operationalisaties wordt verduidelijkt bij het bespreken van de validiteitsvragenlijst (hoofdstuk 9.2).

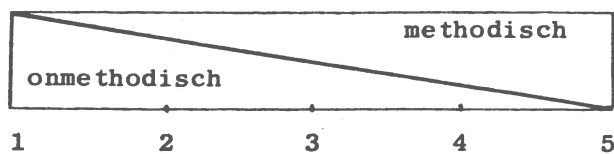
Tot slot bespreekt De Groot (1971) de meerdimensionaliteit van een begrip dat wil zeggen dat een te meten grootte uit meerdere dimensies kan bestaan. In hoeverre deze meerdimensionaliteit bij methodisch werken aan de orde is kwam al enigszins tot uiting bij het bespreken van de samenhang van het meetinstrument (hoofdstuk VIII). Daaruit blijkt dat 3 aspecten van methodisch werken sterk samenhangen maar dat het opstellen van het consultplan en de chronologische fasevolgorde aparte dimensies vormen. In een dergelijk geval is het volgens De Groot mogelijk meerdere validiteiten naast elkaar te bepalen of kan men de dimensies volgens een passende formule combineren. Bij de validiteitstoetsing zullen we beide procedures hantieren dat wil zeggen dat we niet alleen naar de validiteit over het geheel kijken maar ook validiteitstoetsingen per onderdeel of per dimensie zullen uitvoeren.

9.2 Validiteitsvragenlijst

We zullen nu eerst de validiteitsvragenlijst bespreken en vervolgens aangeven welke procedure bij de validiteitsmeting is gevolgd.

Beoordelingslijst voor de steekproefkonsulten

- A. Kunt u op de 5-puntschaal aangeven in welke mate dit konsult verloopt volgens de richtlijnen van Methodisch Werken.
Het gaat om een globale eerste indruk van het gehele konsult.
De waarden van de 5-puntschaal zijn in onderstaand tekeningetje uitgedrukt.



- B. Ruimte voor eventuele opmerkingen.

C. Kunt u voor elke vraag aangeven welk cijfer van de 5-puntschaal u het meest van toepassing vindt voor dit konsult (omcirkelen).

1. Vindt u de algehele houding van de arts meer positief (bijv. open, stimulerend) of meer negatief (bijv. afhoudend, remmend).

negatief 1 2 3 4 5 positief

2. In welke mate verloopt dit konsult planmatig?

niet planmatig 1 2 3 4 5 wel planmatig

3. In welke mate besteedt de arts aandacht aan de intake c.q. vraagverheldering? (waarvoor komt de patient nu precies)

weinig aandacht 1 2 3 4 5 veel aandacht

4. In welke mate hanteert de arts een brede aanpak van het probleem? (of beperkt de arts zich bijv. louter tot het medisch technische)

aanpak niet breed 1 2 3 4 5 aanpak wel breed

5. In welke mate geeft de arts uitleg aan de patient?

geen uitleg 1 2 3 4 5 veel uitleg

6. In welke mate krijgt de patient ruimte om zijn/haar ideeën aan bod te laten komen?

geen ruimte 1 2 3 4 5 veel ruimte

7. Lijkt het optreden van de arts voldoende duidelijk voor de patient?

onduidelijk 1 2 3 4 5 duidelijk

In vraag A wordt gevraagd naar een algemene indruk van het consult in termen van methodisch werken. Uiteindelijk is dit de meest cruciale vraag in het validiteitsonderzoek omdat we willen weten hoe methodisch elk consult verloopt. Deze vraag is met opzet zeer globaal geformuleerd zodat beoordelaars niet gehinderd worden door onze richtlijnen maar op grond van hun eigen ideeën omtrent methodisch werken een oordeel kunnen geven. Het is dus heel goed mogelijk dat de ene beoordelaar bepaalde aspecten van methodisch werken zwaarder laat wegen in zijn oordeel dan een andere beoordelaar. In hoeverre dat gebeurt zal blijken uit de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de deskundigen waaruit dan tevens afgeleid kan worden in hoeverre de deskundigen het eens zijn over de betekenis van het begrip methodisch werken.

Bij punt B. is op de vragenlijst ruimte opengelaten voor opmerkingen zodat beoordelaars kunnen aangeven op grond van welke overwegingen zij hun oordeel hebben gegeven.

Op de 2e pagina van de lijst staan onder C een 7-tal vragen genoemd die pas ingevuld worden nadat het globale oordeel op vraag A is gegeven. Deze 7 vragen betreffen aspecten van methodisch werken en zijn afgeleid van de 6 centrale doelstellingen van methodisch werken. Hieronder worden de globale doelstellingen in het kort genoemd, waarbij aangegeven wordt welke vragen hiervan afgeleid zijn.

Doelstelling 1. Het hulpverleningsproces overzichtelijker en duidelijker maken voor zowel arts als patiënt.

Hiervan afgeleid zijn:

Vraag 2. In welke mate verloopt dit consult planmatig?

Vraag 5. In welke mate geeft de arts uitleg aan de patiënt?

Vraag 7. Lijkt het optreden van de arts voldoende duidelijk voor de patiënt?

Doelstelling 2. Openstaan voor alle vragen om hulp.

Hiervan afgeleid zijn:

Vraag 3. In welke mate besteed de arts aandacht aan de intake c.q. vraagverheldering (waarvoor komt de patiënt nu precies?).

Vraag 4. In welke mate hanteert de arts een brede aanpak van het probleem? (Of beperkt de arts zich bijvoorbeeld louter tot het medisch technische?)

Doelstelling 3. De patiënt mede verantwoordelijk stellen voor eigen gezondheid.

Hiervan afgeleid zijn:

Vraag 6. In welke mate krijgt de patiënt ruimte om zijn/haar ideeën aan bod te laten komen.

Doelstelling 4. Het opbouwen van een functionele relatie.

Een moeilijk te operationaliseren begrip. Om er toch iets over te weten te komen hebben we gekozen voor de volgende vraag:

Vraag 1. Vindt u de algemene houding van de arts meer positief (bijv. open en stimulerend) of meer negatief (Bijv. afhoudend, remmend).

Doelstelling 5. Bewaking van het hulpverleningsproces.

Het is niet mogelijk deze doelstelling in een of twee vragen te operationaliseren omdat deze bewaking ook het medisch technisch handelen betreft en bovendien betrekking heeft op de hulpverlening verspreid over een aantal herhaalkontakten. Overige bewakingsaspecten betreffende de arts-patiënt relatie en de systematische werkwijze komen enigszins tot uiting in vraag 1, 2 en 3.

Doelstelling 6. Samenwerking met andere disciplines.

Deze doelstelling is niet in de vragenlijst opgenomen omdat deze samenwerking niet uit een consultgesprek is af te leiden.

Procedurebeschrijving.

Voor het bepalen van de validiteit maken we gebruik van het oordeel van een aantal deskundigen.

De deskundigen zijn docenten van de nascholingstraining methodisch werken, zoals die vanuit het NHI gegeven wordt.

Wanneer we besluiten het oordeel van deze deskundigen als criterium voor de validiteitsbepaling te gebruiken, gaan we uit van de veronderstelling dat zij hetzelfde theoretisch referentie-kader hebben over methodisch werken, als waarvan wij zijn uitgegaan bij het ontwikkelen van het meetinstrument. Dit mogen we verwachten, aangezien de door ons geoperationaliseerde doelstellingen mede naar aanleiding van de inhoud van de cursus methodisch werken zijn opgesteld (zie cursusverslagen, bijlage 1). Bovendien verwachten we dat in de tussenliggende tijd (tussen cursus en validiteitsmeting) de inzichten over methodisch werken niet aanzienlijk veranderd zijn.

Aan deze deskundigen is gevraagd 20 consulten te beoordelen aan de hand van de eerder besproken validiteitsvragenlijst. Deze 20 consulten vormen een random steekproef uit de door ons gescoorde 63 consulten. Vanzelfsprekend zijn deze deskundigen niet bekend met onze meetinstrument scores zodat van een onafhankelijke beoordeling sprake is.

Van deze 20 consulten zijn 6 consulten beoordeeld door 5 beoordelaars en zijn de overige 14 consulten beoordeeld door 2 beoordelaars. Ook deze beoordelaars hebben onafhankelijk van elkaar gewerkt. De beoordelaars zagen het videoconsult één maal en vulden daarna de validiteitsvragenlijst in, eerst steeds de globale vraag A en vervolgens de 7 meer concrete vragen op de 2e pagina van het formulier.

De resultaten van deze beoordeling worden in het volgende deel besproken waarbij we in het kort zullen ingaan op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en uitgebreider de samenhang van deze beoordelingsschaal zullen bespreken.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Omdat de validiteitsvragenlijst gebruikt wordt als extern criterium is het belangrijk te weten in hoeverre de deskundigen het onderling eens zijn wat betreft hun oordeel. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in dit geval een te pretentief woord omdat een correlatie coëfficiënt moet worden berekend over een steekproef van 6 consulten (gezien door 5 beoordelaars) en over 14 consulten (gezien door 2 beoordelaars). Toch hebben we deze coëfficiënten berekend om in ieder geval een indicatie te hebben omtrent deze overeenstemming; men mag aan deze cijfers echter niet teveel waarde hechten.

In tabel 14 is de Pearson betrouwbaarheidscoëfficiënt per vraag weergegeven. De letters A t/m F staan voor de 6 beoordelaars.

Overeenstemming tussen beoordelaars (deskundigen)

Vragen A ₁	Hoe methodisch is het consult	met										N = 6	N = 14
		B	B	B	B	C	C	C	D	D	E		
C ₁	Positieve houding van de arts	.61	.97	.74	.71	.48	.77	.56	.61	.75	.30	.16	
C ₂	Planmatigheid van het consult	.79	.69	.29	.75	.46	.48	.89	.69	.70	.75	.39	
C ₃	Aandacht voor vraagverheldering	.54	.84	.54	.73	.77	.70	.45	.58	.58	.0	.69	
C ₄	Brede aanpak van het probleem	.31	.75	.79	.77	.79	.70	-.07	.95	.33	.56	.20	
C ₅	Uitleg geven aan patiënt	.57	.60	.57	.57	.29	1.00	.65	.29	.73	.65	.47	
C ₆	Ruimte ideeën patiënt	.77	.63	.95	.72	.35	.75	.93	.71	.57	.79	.65	
C ₇	Duidelijk optreden van de arts	-.29	.28	-.52	.75	.19	.23	.20	.11	.09	-.70	-.42	
												N = 6	N = 14

TABEL 14.

Zoals te verwachten was vallen uit deze cijfers geen simpele conclusies te trekken. De correlatie coëfficiënten vertonen grote wisselingen waarbij we wel moeten bedenken dat het om een kleine steekproef gaat.

We beginnen met de kernvraag in deze lijst vraag A₁, 'hoe methodisch vindt u dit consult'?. De beoordelaars A en B zijn het over de consulten die zij gezien hebben aardig eens gezien hun onderlinge correlatie van .75. De overige 5 beoordelaars verschillen nogal eens van mening over de 6 consulten die zij gezien hebben; naast correlaties van .71 komt hier ook correlatie voor van 0 en zelfs van -.22.

Wanneer we nu naar de meer concrete vragen C₁ t/m C₆ kijken - C₇ wordt apart besproken - verwachten we hier meer overeenstemming omdat naarmate een vraag concreter is er minder ruimte overblijft voor subjectieve interpretaties. Dit blijkt in het algemeen ook wel te kloppen; de correlatiecoëfficiënten tussen de 5 beoordelaars liggen grotendeels boven de .65 hoewel bij iedere vraag ook wel zeer lage uitschieters te vinden zijn. Bij de beoordelaars A en B is het niet zo dat concretere vragen tot meer overeenstemming hebben geleid: we vinden daar een correlatie van .16 bij vraag C₁ en .20 bij vraag C₄. Kennelijk hebben deze beoordelaars een verschillend idee over welke houding van de arts nu positiever of negatiever is en wat een brede aanpak van een probleem is.

Wat betreft vraag C₇ waarbij volstrekt onduidelijke correlaties te zien zijn is er wat anders aan de hand. Alle scores die op deze vraag gegeven zijn schommelen rond de 3. Kennelijk achten de beoordelaars het optreden van de arts altijd matig duidelijk voor de patiënt. Omdat deze vraag dus geen variatie in scores te zien geeft kunnen ook geen zinvolle correlatiecoëfficiënten verwacht worden.

Wat kunnen we nu zeggen over deze wisselende mate van overeenstemming tussen de verschillende deskundigen. Ten eerste dat het voor dit onderzoek een vrij problematisch gegeven is dat deskundigen geen eenduidig oordeel hebben over wat nu precies een methodisch verlopend consult is. Wel merken we op dat deze wisselende mate van overeenstemming nauwelijks een verrassing voor ons was. Gedurende dit onderzoek en ook tijdens de trainingen bleek steeds duidelijker hoezeer het begrip methodisch werken nog in ontwikkeling is. Hierdoor kunnen trainers (deskundigen) eigen accenten leggen op aspecten die zij relatief belangrijker vinden of vaardigheden benadrukken waar zij als trainer goed in zijn. Een illustratie van verschil in accent kan men vinden in de cursusverslagen die als bijlage in dit verslag zijn opgenomen. Hieruit kan men afleiden dat Rob Hilders onder andere een accent legt op de duidelijkheid in de communicatie van de arts en bijvoorbeeld ook de nadruk legt op het persoonlijk functioneren van de arts in het consult. Karel Blanken richt zich wat minder op concrete vaardigheden maar plaatst het gehele hulpverleningsproces meer in een theoretisch kader.

Overigens zijn deze accentverschillen soms zeer subtiel en is vaak niet duidelijk aan te wijzen waar mogelijke verschillen nu precies uit bestaan. Een nadere analyse van overeenkomsten en verschillen tussen de beoordelaars is aan de hand van ons onderzoeksmateriaal zeker mogelijk.

Te denken valt bijvoorbeeld aan tweede bijeenkomst met de beoordelaars waarin zij de consulten nogmaals bekijken en daarna discussieren over de criteria op grond waarvan zij hun scores hebben toegekend.

Een tweede mogelijkheid voor het opsporen van overeenkomsten en verschillen biedt het door ons ontwikkelde meetinstrument.

Aan een pannel van deskundigen kan men een lijst voorleggen van alle in dit meetinstrument voorkomende aspecten waarbij de pannellleden gevraagd wordt te beoordelen in welke mate de aspecten relevant zijn voor methodisch werken. Een dergelijke analyse zal in deze scriptie niet meer worden opgenomen, enerzijds wegens tijdgebrek maar voornamelijk omdat dit probleem niet het hoofddoel van dit onderzoek vormt. Wel kan het verduidelijken van deze verschillen een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van methodisch werken.

Al met al betekent het bovenstaande enerzijds dat deze toetsing uit het oogpunt van validiteit minder solide uitvalt dan gewenst zou zijn, aangezien het criterium niet vaststaat. Anderzijds kan deze toetsing een belangrijke bijdrage leveren aan wat methodisch werken is of moet zijn.

Samenhang van de validiteitsvragenlijst.

Welke aspecten de deskundigen belangrijk vinden voor methodisch werken komt enigszins tot uiting in de nu volgende analyse naar de interne consistentie van de validiteitsvragenlijst. In deze analyse onderzoeken we in hoeverre de meer concrete vragen C₁ t/m C₇ samenhangen met het algemene oordeel over methodisch werken wat in vraag A is gegeven. Wanneer deze samenhang tot uiting komt in de correlatiecoëfficiënten is dat een indicatie van de interne consistentie van de vragenlijst en tevens een aanwijzing voor het feit dat de in vraag C₁ t/m C₇ genoemde aspecten een rol spelen bij methodisch werken. In onderstaande matrix (tabel 15) zijn de onderlinge correlaties van de validiteitsvragen weergegeven waarbij voor alle vragen is uitgegaan van de gemiddelde score per consult.

TABEL 15: Validiteitsvragenlijst: onderlinge correlaties tussen alle vragen

N = 20	A ₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
A ₁ Methodisch verloop	-	.85	-.56	.93	.80	.67	.69	.27
C ₁ houding van de arts		-	-.55	.82	.83	.66	.76	.32
C ₂ planmatigheid			-	-.59	-.60	-.49	-.54	-.26
C ₃ vraagverheldering				-	.81	.68	.61	.36
C ₄ brede aanpak					-	.63	.73	.29
C ₅ uitleg geven						-	.47	.58
C ₆ ruimte ideeën patiënt							-	.17
C ₇ duidelijkheid van de arts								-

Wanneer we als uitgangspunt vraag A nemen " hoe methodisch of onmethodisch vindt u dit consult" dan blijkt dat de vragen 1 en 3 t/m 6 een hoge samenhang met dit globale oordeel vertonen. Dit betekent dat wanneer de deskundigen een consult als meer methodisch beoordelen zij ook een hogere score toekennen aan de houding van de arts, de aandacht voor de vraagverheldering, de brede aanpak van het probleem, de uitleg aan de patiënt en de ruimte voor de ideeën van de patiënt. Hieruit kunnen we concluderen dat deze 5 aspecten een rol spelen bij het beoordelen van methodisch verloop van een consult.

Geheel anders ligt dit voor de vragen C₂ en C₇. Het duidelijk optreden van de arts (C₇) blijkt niet te discrimineren tussen consulten en wordt op grond daarvan uit de vragenlijst verwijderd. Bij vraag C₂: "in welke mate verloopt dit consult planmatig" zien we een negatieve correlatie van .56 met het methodisch verloop van het consult. Dit betekent dat minder methodische consulten vaak meer planmatig verlopen en andersom.

Toen wij dit opvallende verschijnsel probeerden te analyseren op grond van de opmerkingen die de deskundigen op hun vragenlijst gemaakt hadden bleek al spoedig dat men deze vraag anders geïnterpreteerd heeft dan onze bedoeling was. Bij het opstellen van deze vraag hanteerden wij het begrip planmatig zoals bedoeld in methodisch werken, namelijk dat de arts gestructureerd te werk gaat, een consultplan opstelt en aan de patiënt duidelijk maakt welke stappen bij in het consult neemt en waarom. De deskundigen merkten echter op dat zij de traditionele medische aanpak ook zeer planmatig vinden, zij het dan op een andere manier dan bedoeld in methodisch werken.

We moeten hieruit concluderen dat we deze vraag te onduidelijk hebben geformuleerd en zullen deze vraag dan ook op grond van deze onduidelijkheid uit de vragenlijst verwijderen.

Als extern criterium voor de toetsing van het meetinstrument hebben wij nu dus het globale oordeel over methodisch werken en de hiermee consistente vragenlijst van de vragen C₁ en C₃ t/m C₆.

9.3. Toetsing van de validiteit van het meetinstrument.

Meet het door ons ontwikkelde meetinstrument de mate van methodisch werken, is de centrale vraag bij deze toetsing. Bij het bespreken van de samenhang van het meetinstrument bleek dat in het meetinstrument 3 dimensies van methodisch werken te onderscheiden zijn:

1. de inhoud van het consult uitgedrukt in de somscore op de 21 categorieën. (het affectieve gedrag en de vraagverheldering vertoonden een hoge samenhang met deze consultinhoud zodat deze 2 variabelen niet als aparte dimensies in deze analyse worden opgenomen).
2. het opstellen van een consultplan.
3. de chronologische fasevolgorde.

We hebben al eerder opgemerkt dat we de eerste dimensie (de consultinhoud) het meest relevant achten voor methodisch werken en we onderzoeken dan ook eerst hoe de scores op deze consultinhoud overeenstemmen met het globale oordeel wat door de deskundigen is gegeven (vraag A).

Omdat beide gegevens in zeer verschillende grootheden zijn uitgedrukt hebben we voor de vergelijking tot de volgende procedure besloten.

Van de 20 consulten is zowel bij het meetinstrument als bij de validiteitsvragenlijst per consult berekend of de score onder het gemiddelde (aangegeven met een "-") of boven het gemiddelde valt (aangegeven met een "+"). De consulten onder het gemiddelde zijn de minder methodische consulten, die boven het gemiddelde de meer methodische consulten. Gekeken wordt nu of de minder methodische consulten volgens het meetinstrument dezelfde consulten zijn die door de deskundigen als minder methodisch werden beoordeeld.

Andersom geldt dit natuurlijk ook voor de meer methodische consulten.

Omdat sommige consulten door 5 beoordelaars zijn gescoord en andere consulten door 2 beoordelaars geven we in tabel 16 een volledig overzicht van deze gegevens zodat de lezer zelf kan interpreteren en de door ons gedane analyse goed kan volgen.

TABEL 16. Overeenstemming tussen validiteitsvragenlijst en meetinstrument

Validiteitsvragenlijst Score van alle deskundigen op vraag A: hoe methodisch verloopt dit consult"								Meetinstrument Gemiddelde score op de 21 inhoudelijke cate- gorieën		
Nr.	A	B	C	D	E	F	GEM	+/-	GEM, SCORE	+/-
1	-	1	1	1	1	1	1	-	1.11	-
2	-	2	3	2	2	2	2.2	+	1.93	+
3	-	2	1	2	1	2	1.6	-	1.50	-
4	-	3	2	1	2	2	2.0	+	1.59	-
5	-	4	1	4	2	2	2.6	+	1.50	-
6	-	2	1	2	1	2	1.6	-	1.64	-
7	1	1					1	-	2.46	+
8	1	1					1	-	1.26	-
9	2	2					2	+	1.59	-
10	1	1					1	-	1.81	+
11	1	1					1	-	1.26	-
12	1	2					1.5	-	2.38	+
13	2	4					3	+	1.88	+
14	2	4					3	+	1.81	+
15	1	2					1.5	-	1.36	-
16	4	4					4	+	1.79	+
17	3	4					3.5	+	2.07	+
18	1	1					1	-	1.60	-
19	1	2					1.5	-	1.55	-
20	4	3					3.5	+	1.93	+
GEM. = 2								GEM. = 1.70		
- = < 2 = minder methodisch								- = < 1.70		
+ = ≥ 2 = meer methodisch								+ = ≤ 1.70		

Uit deze vergelijking blijkt dat er van de 20 consulten 6 zijn waarbij de resultaten van de deskundigen niet overeenstemmen met het meetinstrument en dat er 14 consulten zijn waarbij wel overeenstemming is hetgeen neerkomt op 70%. Omdat de deskundigen erg van mening verschillen over de consulten 5, 13 en 14 hebben we dezelfde berekeningen uitgevoerd waarbij we deze 3 consulten niet meer lieten tellen. Deze analyse liet echter ook een overeenstemming van + 70% zien zodat dit geen verschil opleverde. Tenslotte hebben we een 3e berekening gemaakt waarbij we alleen de scores van beoordelaar B hebben gebruikt omdat deze beoordelaar alle 20 consulten heeft gezien. Ook dit leverde 14 overeenkomsten en 6 verschillen op zodat we kunnen concluderen dat de verschillende manieren van analyseren dezelfde uitkomsten laten zien.

Alvorens op de betekenis van deze cijfers in te gaan vermelden we de samenhang van het globale oordeel van de deskundigen met de 2 overige dimensies van het meetinstrument.

De samenhang tussen dit oordeel en dimensie 2 t.w. het opstellen van het consultplan kevert een correlatie op van .54 en de derde dimensie, de chronologische volgorde correleert in het geheel niet met het globale oordeel van de deskundigen.

Het feit dat de chronologische consultvolgorde niet samenhangt met het globale oordeel van de deskundigen ondersteunt ons vermoeden dat de chronologische volgorde op zich minder relevant is voor methodisch werken en dat gezocht moet worden naar nieuwe operationalisaties om de ons inziens wel relevante duidelijkheid en overzichtelijkheid van een consult meetbaar te maken.

De overeenstemming tussen het globale oordeel van de deskundigen enerzijds en de consultinhoud en het opstellen van het consultplan anderzijds kan ons inziens als volgt geïnterpreteerd worden.

Er bestaat een redelijke mate van overeenstemming die echter niet genoeg is om te concluderen dat het meetinstrument precies hetzelfde uitdrukt als de deskundigen in hun oordeel. Omdat de deskundigen het onderling echter niet volstrekt eens zijn over hoe het begrip methodisch werken nu precies ingevuld moet worden kan er ook geen volstrekt eenduidige uitspraak gedaan worden over de relatie tussen het meetinstrument en methodisch werken. Er is echter wel voldoende overeenstemming om te concluderen dat een aantal aspecten uit het meetinstrument zeker een grote rol spelen in het begrip methodisch werken. Welke van deze aspecten het meest valide zijn zal in de hierna uit te voeren deelttoetsingen worden onderzocht.

Deelttoetsing

Uitgangspunt bij deze deelttoetsen vormen de meer concrete vragen uit de validiteitsvragenlijst C₁ en C₃ t/m C₆. Deze vragen vertoonden een vrij hoge samenhang met het globale oordeel van de deskundigen zodat we hier van relevante aspecten kunnen spreken.

In deze analyse gaat het erom hoe deze aspecten samenhangen met de overeenkomstige aspecten uit het meetinstrument. Voor een uitgebreide berekening van deze aspecten verwijzen we naar het hoofdstuk waar de samenhang van het meetinstrument wordt besproken. In tabel 17 worden deze aspecten van het meetinstrument kort aangeduid en wordt hun samenhang met de validiteitsvragenlijst uitgedrukt in een Spearman rank correlatiecoëfficiënt.

Bij de validiteitsvragen is uitgegaan van de gemiddelde scores van de beoordelaars.

<u>Validiteitsvragen</u>	<u>Meetinstrument</u>	<u>Corr. *</u>
C1 Positieve versus negatieve houding	- Affectieve gedrag van de arts	.63
C3 Aandacht voor de vraagverheldering	- Tijdsduur van vraagverheldering (fase 1)	.43
C3 Aandacht voor de vraagverheldering	- Somscore categorieën 1 t/m 6 van de vraagverhelderingsfase	.48
C4 Een brede aanpak van het probleem	- Integrale aanpak van het probleem somscore 1 t/m 6 + 12	.63
C5 Uitleg geven aan de patiënt	- categorie 12: brede aanpak	.70
C6 Inbreng van de patiënt	- Uitleg aan de patiënt geven somscore categorie 14 t/m 16	.59
	- Inbreng van de patiënt somscore categorie 1, 13 en 17	.47
	- somscore categorie 13 en 17	.56

*) Alle correlaties significant $p < 0,05$.

De correlaties tussen de deelaspecten van het meetinstrument en de validiteitsvragen zijn alle significant en laten een redelijke mate van samenhang zien. Dit betekent dat de aspecten van het meetinstrument overeenstemming vertonen met de validiteitsvragen. Dit gegeven krijgt extra betekenis wanneer we bedenken dat deze 5 validiteitsvragen een hoge samenhang vertonen met het globale oordeel van de deskundigen over het al dan niet methodisch verloop van een consult.

M.n. voor de volgende aspecten bestaat er een redelijke overeenstemming over de relevantie voor methodisch werken:

- het affectief gedrag (algehele houding van de arts)
- integrale aanpak, waaronder ook de vraagverheldering valt
- informatie en uitleg geven
- inbreng van de patiënt.

Samenvatting

Wanneer we nu tot slot de bevindingen van de validiteitstoetsing samenvatten leidt dit tot de volgende conclusies.

Er is een redelijke mate van samenhang te zien tussen het oordeel van de deskundigen en de resultaten van het meetinstrument. Dit geldt zowel voor het globale oordeel over het gehele consult als voor de diverse aspecten van methodisch werken die in het meetinstrument tot uiting komen.

De enige uitzondering hierop vormt de chronologische fasevolgorde in het consult die geen enkele samenhang met het oordeel van de deskundigen vertoont.

De overige samenhangen zijn echter niet dermate hoog dat we van een volstrekt valide meetinstrument durven spreken. Dit heeft vooral te maken met het feit dat het externe criterium voor methodisch werken niet eenduidig is omdat de deskundigen het niet volstrekt eens zijn over dit begrip.

Dat de vele aspecten die in het meetinstrument tot uiting komen een rol spelen in methodisch werken is wel duidelijk; nader onderzoek zal moeten uitwijzen wat het relatieve belang van al deze aspecten voor het begrip methodisch werken is.

X. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit verslag wordt besproken hoe een meetinstrument wordt ontwikkeld om te beoordelen in welke mate huisartsen 'methodisch werken'. Het meetinstrument bestaat uit twee observatieschema's waarvan de betrouwbaarheid en de validiteit getoetst is op een steekproef van 63 consulten uit de videotheek van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Alvorens op de resultaten van deze toetsing in te gaan zullen we in het kort iets zeggen over het begrip 'methodisch werken'. Methodisch werken is een nieuwe hulpverleningsmethode - vooral gericht op de huisartsenpraktijk - waarin een gestructureerde werkwijze en de arts-patient relatie belangrijke aandachtspunten zijn. Deze methode wordt nog steeds bijgeschaafd en verbeterd zodat we methodisch werken niet als een statisch begrip kunnen beschouwen. Ook op dit moment is men in een Kadergroep van het N.H.I. en N.H.G. bezig aan de verdere ontwikkeling van methodisch werken evenals op verschillende andere plaatsen in het land.

Enerzijds levert zo'n doorgaande ontwikkeling problemen op bij het door ons gedane onderzoek omdat aspecten van methodisch werken aan verandering onderhevig kunnen zijn; anderzijds kan onderzoek ook een bijdrage leveren aan een dergelijke ontwikkeling.

Voordat wij aan het onderzoek begonnen wisten wij dat methodisch werken nog niet uitputtend gedefinieerd was. De uitgangspunten van methodisch werken spraken ons echter genoeg aan om een dergelijk onderzoek toch te willen doen. Bovendien is het verbeteren van hulpverleningsmethoden ons inziens een continu proces zodat men met onderzoek niet kan wachten tot de 'beste' methode gevonden is.

We zullen straks ingaan op de ontstane onderzoeksproblemen en ook bespreken op elke manier de resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan de verdere ontwikkeling van methodisch werken.

Eerst richten we ons op de inhoud en de bruikbaarheid van het meetinstrument.

Aan de hand van de uitgangspunten van methodisch werken hebben we twee observatieschema's ontwikkeld waarin de belangrijkste doelstellingen van methodisch werken geoperationaliseerd zijn. In observatieschema 1 worden aspecten beoordeeld van de systematische werkwijze van de arts en van de structuur van het consultgesprek. In observatieschema 2 wordt de inhoud van het consult in 22 categorieën vastgelegd. Deze 22 categorieën verwijzen op concreet niveau naar aandachtspunten die in een methodisch verloopend consult van belang zijn.

Wanneer we beginnen met de bruikbaarheid van het meetinstrument dan kunnen we concluderen dat de beoordelaarsbetrouwbaarheid van de metingen voldoende is voor een verantwoord gebruik ervan. Een uitzondering hierop vormen de variabelen van het affectieve gedrag van de arts waarbij subjectiviteit een grote rol speelt in het oordeel. Een meer concrete operationalisatie van het affectieve gedrag zou gewenst zijn.

Welke gegevens verkrijgt men nu over de consulten die aan de hand van het meetinstrument beoordeeld zijn en welke daarvan zijn relevant voor methodisch werken.

a. De structuur van een consult (observatieschema 1)

Onze resultaten wijzen uit dat in een consult 5 verschillende fasen te onderscheiden zijn waarbij elke fase wordt gekenmerkt doordat een ander doel wordt nagestreefd:

1. vraagverheldering: de arts probeert erachter te komen wat de eigenlijke (hulp)vraag van de patient is
2. opstellen van het consultplan: waarin de te volgen werkwijze met de patient wordt besproken
3. diagnostisch handelen: waarin het probleem nader wordt uitgediept of gediagnosticeerd
4. therapeutisch handelen: waarin maatregelen of therapieën worden besproken
5. afronding van het consult: waarin een (korte) consultevaluatie of consultafronding plaatsvindt.

Een dergelijke fase-indeling geeft duidelijk zicht op de volledigheid c.q. onvolledigheid van het consult. Vooral het voorkomen van fase 2 en fase 5 in een consult is kenmerkend voor methodisch werken waardoor vooral deze fasen geschikt zijn als te meten variabelen voor dit begrip. We merken op dat fase 2 en fase 5 in onze steekproef nog relatief weinig voorkomen. Een verklaarbaar resultaat omdat de betreffende artsen nog geen bekendheid hadden met het bergip methodisch werken. Behalve als indicatie voor de volledigheid van een consult biedt deze fase-indeling ook houvast bij de inhoudelijke beoordeling van een consult. Per fase afzonderlijk kunnen aandachtspunten beoordeeld worden die speciaal voor die fase van belang zijn. Dit maakt een fasegewijze consultevaluatie mogelijk hetgeen we straks zullen bespreken bij de inhoud van het consult.

De volgorde van deze fasen in een consult gebruikten we in dit onderzoek als een indicatie voor de overzichtelijkheid en duidelijkheid van het consult. Op grond van de resultaten vragen we ons echter af of de fasevolgorde wel de goede operationalisatie is van de overzichtelijkheid in een consult. Omdat de overzichtelijkheid en de duidelijkheid in een consult kenmerkend zijn voor methodisch werken is het belangrijk de meetbaarheid hiervan nader te onderzoeken. Wel geeft de fasevolgorde aan in welke mate een consult op systematische wijze verloopt. Dit kan een indicatie zijn voor de mate waarin de arts deze fasering bewust gebruikt.

Er bleken in deze fasevolgorde verschillen te bestaan tussen consulten met meer somatische klachten en consulten met meer psychosociale klachten. De consulten met psychosociale klachten vertonen over het algemeen meer fasewisselingen en een minder chronologisch verloop van de fasen. Iets dergelijks werd ook gevonden door Bain (1979). Hij schrijft dat in dergelijke consulten het proces niet logisch maar onvoorspelbaar verloopt.

Een opvallend resultaat verkregen we door de tijdsduur van de afzonderlijke fasen te meten en per fase naar de spreektijdverhoudingen van arts en patient te kijken. Vooral de vraagverhelderingsfase (fase 1) is in dit opzicht interessant omdat de tijdsduur van deze fase

laat zien hoeveel tijd de arts besteedt aan het verhelderen van de vraag van de patient. Bovendien krijgt deze tijdsduur extra betekenis wanneer we naar de spreektijdverhoudingen van arts en patient kijken. De patient is alleen in fase 1 gemiddeld 5 maal zo lang aan het woord dan de arts. Dit betekent dat de arts in deze fase in het algemeen een 'luisterfunctie' vervult en de patient ruim de gelegenheid krijgt zijn verhaal te vertellen. De absolute tijdsduur van fase 1 is dus door dit gegeven een duidelijke indicatie voor de gespreksruimte die de patient krijgt.

In de overige consultfasen geven de spreektijdverhoudingen minder spectaculaire verschillen te zien. In de diagnostische fase (fase 3) is de patient meer aan het woord (verhouding arts/patient: 2/3) en in de therapeutische fase (fase 4) is de arts meer aan het woord (verhouding arts/patient: 3/2). Een alleszins verklaarbaar verschil omdat de patient in fase 3 meer informatie aan de arts moet vertellen en de arts in fase 4 mededelingen doet omtrent therapieën, maatregelen etc.

Wanneer men nu bedenkt dat in methodisch werken vraagverheldering en inbreng van de patient belangrijke aspecten zijn dan is het meten van de tijdsduur van vooral fase 1 een belangrijke indicatie voor deze aspecten.

Tot slot vermelden we nog dat ook hier een verschil te zien is tussen somatische klachten en psychosociale klachten: iedere fase duurde langer bij de psychosociale klachten. Dit komt overeen met het gegeven uit de literatuur dat consulten met psychosociale klachten in het algemeen langer duren. De door ons gebruikte 5-fasen indeling geeft bovendien een beter zicht op dit verschil omdat blijkt dat het grootste verschil te vinden is in de fasen 1 t/m 3. Dit betekent dat bij psychosociale klachten relatief meer tijd besteed wordt aan het verhelderen van de vraag en het probleem van de patient en relatief minder tijd wordt besteed aan het bespreken van therapiemaatregelen. Dit komt overeen met het gegeven dat psychosociale problemen vaak onduidelijker en gecompliceerder van karakter zijn dan veel somatische aandoeningen waardoor een langere intake nodig kan zijn.

Tot slot blijkt in onze steekproef de totale spreektijd van de patient iets hoger te liggen dan de spreektijd van de arts terwijl in andere onderzoeken meestal van een één op één ratio sprake is. We vermoeden dat dit te maken kan hebben met de steekproefsamenstelling omdat we de herhaalcontacten buiten beschouwing hebben gelaten. Het zal interessant zijn om te onderzoeken of juist bij herhaalcontacten de arts meer aan het woord is omdat verhelderingsactiviteiten in vorige contacten plaatsgevonden kunnen hebben.

b. De inhoud van het consult (observatieschema 2)

Op het tweede observatieschema zijn 22 vrij concrete consultaspecten beschreven waaraan een arts al dan niet aandacht kan besteden in het consult. Deze aspecten zijn ontleend aan de theorie van methodisch werken en naarmate meer aspecten de aandacht krijgen wordt het consult ook als methodischer beschouwd.

De categorieën zijn gegroepeerd per fase zodat men in iedere fase slechts een beperkt aantal gedragingen behoeft te beoordelen wat het observatieschema vrij makkelijk te hanteren maakt. Bovendien wordt het

op deze manier mogelijk een consult per fase te evalueren hetgeen bijvoorbeeld ook bij nascholing of toetsing gebruikt kan worden. Wel bleek uit onze toetsingsresultaten dat categorieën niet alleen maar uitsluitend in hun 'eigen' fase voorkomen maar soms ook op een andere plaats in het consult de aandacht krijgen. Hoewel de door ons gehanteerde indeling een goed houvast biedt voor deze fasegewijze beoordeling van een consult moeten we toch waarschuwen voor een al te rigide gebruik van deze indeling omdat dan informatie verloren zou kunnen gaan.

We zullen de 22 categorieën niet afzonderlijk bespreken maar ons richten op de dimensies die deze categorieën vertegenwoordigen. Wanneer men een consult aan de hand van deze categorieën beoordeelt geeft dat een indicatie van de aandacht die de arts besteedt aan de volgende dimensies:

1. de aandacht die de arts besteedt aan het verhelderen van de vraag van de patient
2. de integrale aanpak van het probleem
3. rekening houden met de inbreng van de patient
4. informatie en uitleg aan de patient geven
5. het maken van duidelijke afspraken
6. het consultplan met de patient bespreken
7. het toetsen van (hulp)vraag, verwachting en instemming van de patient.

Niet al deze dimensies zijn nieuwe aspecten van de hulpverlening. Het maken van duidelijke afspraken bijvoorbeeld (5) is bij elke hulpverleningsmethode van belang en zo dus ook bij methodisch werken. Meer specifiek voor methodisch werken is het bespreken van het consultplan (6) en het toetsen (7). Dit bleek ook uit onze steekproefresultaten waarbij deze aspecten nog nauwelijks voorkwamen in de consulten. Ook in de factoranalyse blijken deze twee dimensies niet in de factoren terug te vinden te zijn wat wegens het geringe voorkomen ervan niet verwonderlijk is. Desondanks zijn deze categorieën in het observatieschema gehandhaafd omdat het essentiële kenmerken van methodisch werken zijn. Er zal eerst een tweede onderzoek plaats moeten vinden op consulten van methodisch geschoolde artsen om wat meer te kunnen zeggen over de positie van deze dimensies in het geheel.

De dimensies 1 tot en met 4 zijn - hoewel iets minder nieuw - eveneens essentieel voor methodisch werken. De scores op deze variabelen laten wel een redelijke spreiding zien in onze steekproef en ook in de factoranalyse blijken factoren naar deze dimensies te verwijzen. Deze dimensies vertonen bovendien een duidelijke samenhang met de validiteitsvragenlijst zodat de relevantie hiervan voor methodisch werken mag worden aangenomen.

Een interessant gegeven is de hoge samenhang tussen de vraagverhelderingscategorieën, de tijd die aan de vraagverheldering wordt besteed en het affectieve gedrag van de arts. Men mag hieruit afleiden dat de tijdsduur die aan fase 1 wordt besteed niet alleen een indicatie is voor de gespreksruimte die de patient krijgt maar dat in die fase ook de inhoudelijke vraagverhelderingscategorieën de aandacht krijgen. In

dergelijke gevallen is de arts ook geïnteresseerder, rustiger etc. wat blijkt uit de samenhang met het affectieve gedrag. Helaas levert het onderzoek geen gegevens op omtrent eventuele oorzakelijke verbanden tussen deze 3 variabelen.

c. Meet het instrument de mate van methodisch werken

Globaal kunnen we zeggen dat het meetinstrument een belangrijke indicatie geeft voor de mate van methodisch werken maar er bestaat geen volstrekte duidelijkheid over deze validiteitskwestie. Hier stuiten we op het al aangekondigde onderzoeksprobleem wat te maken heeft met het feit dat het begrip methodisch werken nog in ontwikkeling is.

Voor de validiteitstoetsing hebben een 6-tal deskundigen op het gebied van methodisch werken een steekproef van 20 consulten beoordeeld om te zien of hun oordeel overeenkomt met de resultaten van ons meetinstrument. Hierbij blijkt echter dat de beoordelaarsbetrouwbaarheid van hun scores erg laag is hetgeen betekent dat zij het lang niet altijd eens zijn over de mate waarin een consult methodisch verloopt. Omdat hun oordeel het externe criterium voor methodisch werken vormt heeft de validiteitstoetsing geen volstrekt eenduidige resultaten opgeleverd omdat dit criterium niet eenduidig is.

Wel levert deze toetsing genoeg gegevens op over deelaspecten van methodisch werken om uitspraken over de validiteit van deze deelaspecten te kunnen doen. Het betreft de volgende aspecten waarbij een redelijke mate van samenhang te zien is tussen het oordeel van de deskundigen en het meetinstrument:

1. de houding van de arts in het consult
2. de aandacht die aan de vraagverheldering besteed wordt
3. de integrale of brede aanpak van het probleem
4. de uitleg die de arts aan de patient geeft
5. de inbreng die de patient in het consult krijgt.

Bovendien blijken deze 5 aspecten een hoge samenhang te vertonen met de mate waarin de deskundigen het gehele consult als meer of minder methodisch beoordelen. Dit betekent dat in ieder geval deze 5 aspecten ook voor de deskundigen relevante kenmerken van methodisch werken zijn.

In hoeverre echter ook andere aspecten relevant zijn voor methodisch werken is in onze toetsing niet duidelijk geworden. Om hier zicht op te krijgen en zodoende het begrip methodisch werken nader te analyseren kan bijvoorbeeld de volgende procedure gevolgd worden.

Aan de hand van een overzicht van alle aspecten die in het meetinstrument zijn opgenomen kunnen een aantal deskundigen aangeven in hoeverre men elk aspect relevant vindt voor methodisch werken en in welke mate. Op grond van die gegevens kan de discussie over de betekenis van methodisch werken op een zeer concreet niveau gevoerd worden. De overeenkomsten zullen duidelijk worden en de verschilpunten kunnen dan nader worden geanalyseerd. De resultaten van deze discussie kunnen teruggekoppeld worden naar de gebruikers van het meetinstrument.

Concluderend kunnen we zeggen dat het meetinstrument relevante informatie oplevert voor een aantal aspecten van methodisch werken. Bovendien kan het meetinstrument gebruikt worden voor het onderzoeken van andere interessante consultaspecten zoals het verschil tussen somatische en psychosociale klachten in een consult, de structuur van een consult etc. De 22 concrete categorieën lenen zich daarnaast uitstekend voor evaluatie of toetsingsdoeleinden evenals de validiteitsvragenlijst.

And last but not least, het begrip methodisch werken kan met behulp van dit onderzoek verder worden geanalyseerd.

LITERATUURLIJST

- Aalderen, H.J. van: Methode van hulpverlening in de eerste lijn. Syllabus Huisartsen Instituut V.U. Amsterdam, 1976
- Bain, D.J.G.: Doctor-patient communication in general practice consultations. Medical Education, 1976, vol.10, p. 125-131
- Bain, D.J.G.: The relationship between time and clinical management in family practice. The Journal of family practice, 1979, vol. 8, no. 3, p. 551-559
- Balint, M.: The doctor, the patient and the illness. Pitman Medical, Surrey, 1957
- Ben Sira, Z: The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. Journal of the health and social behavior 1976, vol 17, p.3-11
- Bensing, J.: Kijken naar dokters (observatieonderzoek binnen het N.H.I.) N.H.I.-rapport, Utrecht, (binnenkort te publiceren)
- Bensing, J., R. Kluver, H. Schut en P. Verhaak: Konsultatieproject Eindhoven, eindexamen. N.H.I.-rapport, Utrecht, 1980.
- Bensing, J. en P. Verhaak: Ruimte voor de patient. Nederlands tijdschrift voor de psychologie, 1982, vol.37, p.19-33.
- Byrne, P.S. en B.E.L. Long: Doctors talking to patients. A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. Her Majesty's Stationary Office, London, 1976
- Cassee, E.: Naar de dokter. Boom, Meppel, 1974
- Dorp, C. van: Luisteren naar patiënten, een analyse van het medisch interview. De Tijdstroom, Lochem, 1977
- Es, J.C. van: Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Oosthoek's Uitg. B.V., Utrecht, 1974
- Fishbein, M.: Readings in attitude, Theory and Measurement. John Wiley & Sons, New York, 1967
- Grol, R. (red.): Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. N.U.H.I., Nijmegen, 1981
- Groot, A.D. de: Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Mouton & Co, Den Haag, 1961
- Hattinga **V**orschure, J.C.M.: Patiënt, Ziekenhuis, Gezondheidszorg, op weg naar 2000. Agon Elsevier, Amsterdam, 1971
- Hoe helpt de dokter. Rapport Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1975

- Jubileumnummer Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en Wetenschap, november, 1981
- Kent Smith, C., E. Polis en R.R. Hadac: Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. Journal of family practice , 1981, vol.12,no.2,p.283-288
- Lith de Jeude, A.H. van: De huisarts in de maalstroom der emoties. "De ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen." H.E. Stenfert-Kroese N.V., Leiden. 1971
- Methodisch Werken. Huisarts en Wetenschap, 1978. nr.21,p.319-335
- Mokkink, H., A. Smits en R. Grol: PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van somatische fixatie. Nederlands Tijdschrift voor de psychologie, 1982. nr37,p.35-50
- Raynes, N.V. en V. Cairns: Factors contributing to the length of general consultation. Journal of the Royal College of General practitioners, 1980, no.30, p.496-498
- Vrolijk, A.: Gespreksmodellen, een geprogrammeerde instructie. Samson, Alphen aan de Rijn, 1971
- Westcott, R.: The length of consultation in general practice. Journal of the Royal College of General practitioners, 1977, no.27, p.552-555
- Woudschotenrapport. Commissie wetenschappelijk onderzoek (red. N.H. Vroege) Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1959

Overige geraadpleegde Literatuur

- Aalderen, H. van en H. Hollenbeek Brouwer: Syllabus Methodisch werken. Huisartsen Instituut V.U., Amsterdam, mei 1981
- Boerma, W en A. Steinman: Gezondheidsbeleving en gezondheidsgedrag. I.K.P.P. skriptie, R.U. Utrecht, 1980
- Bradford, L.P., J.R. Gibb en K.D. Benne: T-group theory and laboratory method innovation in re-education. John Wiley & Sons, New York, 1964
- Brand-Koolen, M.J.M.: Factoranalyse in het sociologisch onderzoek. H.E. Stenfert Kroese N.V., Leiden, 1972
- Bremer, G.J., J.C. van Es en A. Hofmans (red.): Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Deel 1. H.E. Stenfert Kroese N.V., Leiden , 1974
- Brouwer, W. en J.H. Dijkhuis: Praten met patiënten. Bijleveld, Utrecht, 1967
- Drenth, P.J.D.: De psychologische test. Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1968
- Eijk, J.Th.M. van: levensgebeurtenissen en ziekten. Dissertatie. Katholieke Universiteit, Nijmegen, 1979.

- Hays, W.L.: Statistics for the social sciences. Holt, Rinehart and Winston inc. , London, 1973
- Herwerden, H. van: Trainers "en profil" en Trainers "en face". N.H.I.-rapport, Utrecht, 1977
- Magnussen, D.: Test-Theory. Addison-Wesley, Reading Massachusetts, 1967
- Matarazzo, J.D. en A.N. Wiens: The interview. Research on its anatomy and structure. Aldine - Atherton, Chicago, 1972
- Orman, J.: Moeite met leven of een moeilijk leven. Konstapel, Groningen, 1980
- Pierloot, R.A.: De medische relatie. Stafleu, Leiden , 1974
- Floeg, H.M. van der: Persoonlijkheid en consumptie: een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsen-bezoek. Swets en Zeitlingen, Lisse, 1980
- Sander, J.G.: Beschrijving en effectonderzoek van een cursus in gespreks-vaardigheden voor huisartsen. Faculteit geneeskunde, R.U. Groningen, 1978
- Schut, H. en P. Verhaak: Huisarts en patiënt. Een kritische evaluatie van onderzoek op het gebied van de arts-patiënt relatie. N.H.I., Utrecht, 1975
- Siegel , S.: Nonparametric Statistics (for the behavioral sciences). McGraw-Hill Book Compagny inc., New York, 1956
- Verhaak, P.: Psychische problemen in de huisartsen praktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, jan. 1981
- Winkler Prins, J.: Huisarts en patient. Een empirisch-sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts. Boom, Meppel, 1966

Kursusverslag Ineke den HoedKort verslag over de eerste 5 dagen van de cursus methodisch werken.Algemeen over de cursus.

Dit is een verslag over de cursus methodisch werken, zoals die wordt gegeven door Karel Blanken (socioloog) en Jaap van der Leden (huisarts). De cursus beslaat totaal 6 dagen. De eerste twee dagen (8 april en 13 mei) vormen een aanloop tot het blok van drie dagen (17, 18, 19 juni), waar het zwaartepunt van de cursus ligt.

Daarna is er nog een terugkomdag, om de ervaringen die de huisartsen in de praktijk met methodisch werken opdoen, te bespreken.

In vorige cursussen was er sprake van meer terugkomdagen. Deze bleken echter niet goed te functioneren, zodat besloten is te volstaan met één terugkomdag.

Er is een ruime spreiding tussen de dagen om de artsen gelegenheid te geven met methodisch werken in de praktijk te oefenen, zodat een volgende keer op eigen ervaringen kan worden ingegaan.

Een korte theoretische inleiding wordt gegeven, waar in de loop van de cursus steeds weer op teruggekomen wordt.

Er wordt geen discussie over literatuur ingelast, omdat gebleken is dat daar meestal geen behoefte aan bestaat.

Verder wordt er voornamelijk gewerkt met rollenspelen, waarvan regelmatig video-opnamen gemaakt worden. Dit gebeurt meestal in subgroepen.

Er wordt hierbij met name uitgegaan van uitgeschreven patientenrollen, aan de hand waarvan spreekuurconsulten worden gespeeld. Ook consultsituaties die door de huisartsen zelf aangedragen worden komen aan bod.

Het doel hiervan is het zich bewust worden van waar men mee bezig is, en wat er gebeurt in de arts-patient relatie tijdens het consult.

De ervaringen tijdens rollenspelen opgedaan worden in de (sub)groep besproken en er wordt gekeken hoe het ook anders kan.

Eventueel worden bepaalde spelen overgespeeld door dezelfde of anderen.

Ook wordt er gewerkt met audiobandjes, die door de huisartsen zelf tijdens eigen spreekuur zijn opgenomen.

Aan de hand van door de artsen meegenomen registratiekaarten wordt gekeken hoe de attitude van de arts en de patient veranderde in de loop van een serieconsulten.

Dit alles ook om zich bewust te worden van wat er binnen een relatie gebeurt, en van de invloed die men zelf op dit proces uitoefent.

Inhoudelijk over de cursus.

Het artikel over methodisch werken uit 'Huisarts en wetenschap', dat door een aantal gelezen is, wordt door Karel te evangelisch genoemd.

Hoewel hij er zelf aan meegewerkt heeft, geeft hij aan dat het geen wetenschappelijk stuk is en dat hij er zelf kritiek op heeft.

Het sluit niet helemaal aan op wat we gaan doen in de cursus.

Het doel van de cursus is het aanreiken van mogelijkheden, met name op dingen die zoveel mogelijk aansluiten op wat je al doet.

Het kan een verassing zijn wat ieder eruit pikt.

Het zal neerkomen op een geleidelijk uitproberen van mogelijkheden en het beginnen te herkennen van bepaalde aspecten van het hulpverleningsproces.

Drie essentiële punten komen naar voren, van waaruit gewerkt wordt.

I. Helpen is een proces. Het zich bewust worden dat helpen geen patroon is van zich herhalende gebeurtenissen, maar een proces dat afhankelijk is van meerdere factoren zoals: de patient, de situatie, de eigen instelling van de arts etc.

II. Het leren bewust te zijn van waar je mee bezig bent, zowel technisch als persoonlijk.

III. Het realiseren dat de hulpverlening niet van de dokter is, of van de patient, maar dat dit iets is van beiden samen.

Doe je dit niet, dan maak je geen volledig gebruik van de mogelijkheden om mensen te helpen.

Het volgende theoretische schema wordt gegeven van 'Methodisch werken':

<u>TECHNISCH</u>	<u>PERSOONLIJK.</u>
INTAKE -vraagverheldering	VERTROUWEN - respect
- toetsen van de hulpvraag	- acceptatie
- opstellen van handelingsplan gezamenlijk.	COMMUNICATIE - verbaal/non- verbaal
	- vrije wederzijdse informatie- stroom
UITVOERINGSPLAN - anamnese	DOELEN OP ELKAAR AFSTEMMEN
- onderzoek	
- evaluatie	AFSPRAKEN MAKEN
- therapie	
AFSLUITING v.contact /of hulp	

In het hulpverleningsproces kan je intervenieren op technisch of persoonlijk niveau. Dit is een belangrijke keuze.

Het moment van keuze heeft te maken met bewustwording van welk spoor je neemt.

Bovendien is het belangrijk je te realiseren door wie die keuze bepaald wordt; is het je eigen keuze of wordt deze keuze geleid door de patient?

Het begrip ruimte voor de patient.

Binnen het hulpverleningsproces zal er steeds een spanning blijven bestaan tussen de ruimte voor de patient en wat je zelf wilt.

De arts zal zich steeds moeten afvragen wat er achter de hulpvragen zit. Het gaat erom: hoe kom je achter de essentie!

Door laten praten is geen kunst, maar dit zal niet altijd voldoende informatie opleveren.

Een bepaalde mate van directief optreden of ingrijpen zal dan ook vaak onontbeerlijk zijn.

De moeilijkheid is echter hoe je dit doet. Het wordt vaak een meedrijven op wat mensen zeggen, de arts wordt gebruikt als praatpaal.

Hierbij kan de patient dan wel maximale ruimte krijgen, maar dit is dan niet functioneel voor het hulpverleningsproces.

Het gaat er met name niet om gelijk oplossingen aan te dragen, maar juist om het probleem te verhelderen. Dit zowel voor de arts zelf alsook voor de patient.

Het is goed om het verschil of omslag te zien van de ene naar de andere gedragsstijl: van oplossingsaandragend naar vraagverhelderend.

Een geheel open houding zal vaak niet tot het gewenste doel leiden.

Bij een methodische aanpak zal er geleidelijk van een open houding overgestapt worden naar een houding waar deskundigheid een grotere rol speelt.

FASERING

De fasen , zoals die onder het kopje 'technisch' in het schema zijn opgenomen, zijn in werkelijkheid niet altijd evengoed te onderscheiden. Als de fasen echter teveel door elkaar gaan lopen loopje de kans dat je dingen mist. Wanneer men zich niet bewust is van enige fasering kan het een hopeloze warboel worden.

De fasen zijn niet los te zien van wat er in het persoonlijke vlak plaatsvindt.

Bij de vorming van een functionele relatie gaat het om andere zaken dan probleemoplossen.

Per fase wil ik een aantal punten opnoemen ,die vanuit methodisch werken van belang zijn. (aan de hand van aantekeningen die door mij in de loop van de cursus gemaakt zijn).

INTAKE.

- Een van de belangrijkste verschillen met de oorspronkelijke medische methode. Hierbij werd uitgegaan van de vooronderstelling dat er al een probleem is, en dat dit ook met name een medisch probleem is. Met name in de huisartsen praktijk is dit onzeker (patienten komen bij de huisarts met velerlei vragen/problemen) en het is ook de vraag wat de patient eigenlijk wil.

In dit verband wordt ook het begrip 'somatische fixatie' genoemd, dat door een strikt medische methode versterkt zou kunnen worden. Bij het haneren van een goede intake , is de kans hierop mogelijk geringer.

Bij methodisch werken wordt er niet bij voorbaat uitgegaan van een medisch probleem.

- De nadruk ligt niet op : "wat heeft de patient", maar op : "wat wil de patient!"
 - Wat verwacht hij ?
 - Waarom komt hij nu ?
 - Wat zit er achter ?
 - Heeft er nog meer mee te maken ?
 - Zijn er nog meer klachten ?

Hierbij oppassen dat er niet te snel of te sterk van één hypothese uitgegaan wordt. (Bijv. 'er zal wel niets zijn'). Aanvankelijk moet dit nog zoveel mogelijk open gehouden worden.

- Het is van belang dat deze fase nooit overgeslagen wordt. Wel zal er afhankelijk van de situatie de ene keer dieper op ingegaan worden dan dan de andere keer.
- Bij de intake behoort ook het inventariseren van de klachten. Hierbij moet men zich echter realiseren dat als je helemaal open bent je soms het tegendeel van je bedoelingen terugkrijgt. Ben je helemaal gesloten, dan sluit je de weg ook af. Er moet voorkomen worden dat het een oeverloos gesprek wordt of een eindeloze zoektocht. Het kan dan ook heel goed zijn om bepaalde dingen af te checken
Het kan soms goed zijn om te anticiperen op verdere klachtenformulering, bijvoorbeeld: "Heb je daar ook last van" of "Gaat het goed op je werk?" (dus meegaan in het verbaliseren van klachten.).
- Ook bij een herhaalkontakt is het goed om te beginnen met een korte intake. Daarna pas de eventuele uitslag meedelen of doorgaan op vorige punten. Zo voorkom je dat je te snel weer gaat etiketteren, en dat daardoor misschien bepaalde zaken blijven liggen.
- Aan het eind van de intakefase vindt er een gezamenlijk opstellen van een handelingsplan plaats. De nadruk ligt hier op het 'gezamenlijk' waardoor ook de wensen en ideeën van de patient aan bod komen. Zoals gezegd zijn de technische en persoonlijke kanten van methodisch werken niet los van elkaar te zien. Bijvoorbeeld bij het opstellen van het handelingsplan is de communicatie zeer belangrijk, zodat er optimaal informatie kan worden uitgewisseld.

UITVOERING VAN HET HANDELINGSPLAN.

- Hieronder vallen ook het stellen van de diagnose en de therapie. Deze fase komt inhoudelijk het meest overeen met de oorspronkelijke medische methode.
- Het kenbaar maken van hypothesen maakt bepaalde handelingen vaak duidelijker voor de patient.
- Ook het uitleggen van waarom bepaalde vragen worden gesteld (bijv. bij de anamnese) kan verarring voorkomen.
- Bij onverwachte gebeurtenissen (bijv. een bepaalde laboratorium uitslag) niet gelijk het plan veranderen. De doelen kunnen hetzelfde blijven, zonet weer opnieuw tot overeenstemming komen.

→ Het is van belang om voldoende informatie over de therapie te verschaffen ,zodat de patient hierover kan meebeslissen.

AFSLUITING.

- Dit kan zowel de afsluiting van het consult als van de hulpvraag betreffen.
- In het eerste geval is het van belang of het voldoende duidelijk is wanneer en waarom de patient weer terug zal komen.
- Bij de afsluiting behoort de hulpvraag geëvalueerd te worden.
- Als er nieuwe vragen blijken te zijn, begin je eigenlijk opnieuw met een nieuwe hulpverlening. Dat wil zeggen opnieuw intake, handlingsplan etc.

RELATIEKANT

DE aspecten die onder 'persoonlijk' beschreven zijn, staan in een duidelijke hiërarchische relatie tot elkaar.

Bijvoorbeeld wat betreft de "patient compliance", houdt de patient zich wel/niet aan afspraken.

Wordt er niet aan de afspraken gehouden ,dan moet er een stapje hoger gekeken worden: Zijn de afspraken duidelijk en zijn de doelen genoeg op elkaar afgestemd? Dat wil zeggen ; hebben de arts en de patient hetzelfde doel binnen dit hulpverleningsproces?

Als het niet mogelijk blijkt de doelen op elkaar af te stemmen en de communicatie hierover moeizaam verloopt, is het zinvol zich af te vragen of er voldoende wederzijds vertrouwen is.

Men zal dus steeds een stapje terug moeten kijken als het hulpverleningsproces niet soepel verloopt.

Ook wat betreft de inhoud van de klacht kan men zich afvragen of er nog zaken zijn blijven liggen. Zonodig kan men weer even terug gaan naar de intakefase.

DOELEN OP ELKAAR AFSTEMMEN.

- Het afstemmen van doelen bleek steeds weer een belangrijk ,maar vaak ook moeilijk aspect te zijn.
- Wanneer er tegengestelde belangen zijn , is het belangrijk om een bepaald plan te motiveren door o.a. goed uitleg te geven.
Bijvoorbeeld wanneer de patient een verwijzing wil, moet dit niet zondermeer gebeuren. Eerst is het belangrijk om informatie uit te wisselen over doelen , waarom etc.,.
Als dit niet door de patient geaccepteerd wordt ,kan het nodig zijn om de vertrouwensrelatie te bespreken. Hierdoor kan een machtsstrijd voorkomen worden.
- Het is dan van belang om duidelijk te zijn over eigen standpunt.
- Hoewel de patient in principe een evenredig aandeel in het hulpverleningsproces heeft, en er vanuitgegaan moet worden van wat de patient wíl (en niet van wat hij heeft) is het toch niet altijd mogelijk om een verzoek te honoreren.
Soms is het functioneel bepaalde bezwaren kenbaar te maken, soms ook helemaal niet.
- De nadruk ligt ook bij de persoonlijke aspecten steeds op de effectiviteit, de arts-patient relatie moet functioneel zijn voor het hulpverleningsproces.
- Bij het verwijzen is het van belang om dit methodisch aan te pakken. Dat wil zeggen duidelijk maken wat de vraag is aan de specialist en uitgebreid informatie verschaffen aan de specialist, zodat zomogelijk voorkomen kan worden dat de patient in de molen terecht komt en het een hele tijd kan duren voor de arts de patient weer terugziet.

Een voorbeeld hoe de technische en persoonlijke kant met elkaar kunnen samenhangen:

Bij de uitspraak van de patient: "Ik ben bang dat/ik kanker heb,"
zijn twee boodschappen te onderscheiden. ↖ 1 2 ↗

Het tweede te ontzenuwen door bijvoorbeeld onderzoeksbevindingen mee te delen helpt vaak niet. Het kan belangrijk zijn om ook op de emotionele beleving in te gaan, door de angst te accepteren en te begrijpen, en hier aandacht aan te besteden.

Ineke den Hoed.

Kursusverslag Emmy Sluijs

Mijn ervaringen betreffende de eerste 5 kursusedagen van Methodisch Werken.

Werkwijze in de cursus

De cursus omvat totaal 8 dagen verspreid over ongeveer 3/4 jaar. Tot nu toe waren er bijeenkomsten op 27/11, 13/1 en 25 t/m 27 febr. j.l. De volgende bijeenkomst is op 15 april en daarna volgen nog 2 dagen. De spreiding is bedoeld om ervoor te zorgen dat de artsen datgene wat ze die dag op de cursus geleerd hebben enige tijd thuis in de praktijk kunnen oefenen. Op de resultaten van dat oefenen kan dan de volgende keer worden ingegaan. (Volgens mij komt van dat oefenen minder terecht dan de bedoeling is).

Deze training wordt door Rob Hilders alleen gegeven terwijl bij de meeste andere trainingen 2 trainers voor begeleiding zorgen.

Er wordt in de cursus nu en dan een korte theoretische uitleg gegeven over methodisch werken, gevolgd door discussie. De rest van de tijd - ik schat dat op 80% - wordt besteed aan rollenspelen en oefeningen. Deze rollenspelen worden gedaan of door de hele groep opgesplitst in tweetallen (of drietallen waarbij een persoon observator is) of als demonstratie door twee personen waarbij de rest van de groep kijkt. Er worden regelmatig video-opnamen gemaakt die dan worden teruggedraaid en besproken. De spelers in een rollenspel zijn altijd een arts en een of twee patienten. Het onderwerp is altijd een spreekuurkonsult waarbij afwisselend somatische, gemengde of psychosociale aspecten aan de orde komen. Het gaat dus zeker niet alleen om psychosociale problematiek. Na ieder spel wordt altijd eerst aan de spelers gevraagd wat hun ervaring was. Vervolgens geeft de groep en geeft Rob commentaar. Vragen die vooral aan de orde kwamen waren: "hoe voelde je je in dit gesprek", "voelde je je vrij of juist bedreigd", "welke richting ging de interactie uit" etc. etc. Vervolgens werd dan geanalyseerd door welk gedrag bepaalde gevoelens veroorzaakt werden en hoe het anders zou kunnen. Vaak werd daarna een gedeelte van het spel door dezelfde spelers of door anderen opnieuw gespeeld.

Inhoud van de cursus

Er werd elke bijeenkomst gewerkt aan de hand van het volgende schema uit methodisch werken. Dit stond altijd op het bord en we moesten dit ook herhaaldelijk zelf opschrijven en oefenen. Belangrijk zijn de verbindingslijnen die lopen tussen de verschillende fases in het konsult en de relationele fases. Hierop kom ik later terug.

SCHEMAI. Fasering van het konsult

- a. Intake, t.w.
 - vraagverheldering
 - toetsing van de hulpvraag
 - opstellen behandelingsplan
- b. Uitvoeren van de behandeling
- c. Afsluiting

II. Funktionele relatie

- a. vertrouwen en respekt
- b. vrije effectieve informatie-
stroom
- c. doelen op elkaar afstemmen
- d. afspraken maken en nakomen.

III. Begeleiding van het proces

- a. proces observatie
- b. proces beschrijving
- c. proces interventie.

Algemene opmerkingen

Er worden in de cursus veel gesprekstechnieken geleerd. Deze gesprekstechnieken zijn als het ware instrumenten om methodisch te kunnen werken. Deze technieken zijn niet 'goed' als zodanig maar kunnen in sommige konsultfases functioneel zijn maar in andere fases dysfunctioneel. Het gaat er dus om je bewust te worden van een fasegewijze opbouw van een konsult en van faseringen in de relatie. Vervolgens kun je dan gaan zien welke gesprekstechnieken het beste passen in een bepaalde fase. Aanvankelijk worden dus twee zaken geleerd: het herkennen van faseringen en effecten van gesprekstechnieken. De uiteindelijke bedoeling is een koppeling van deze twee zaken. Het is natuurlijk niet zo dat een bepaalde gesprekstechniek alleen maar geoorloofd is in een bepaalde fase. Dat is mede afhankelijk van de situatie en de betreffende patient. Wanneer je echter weet welk effect een bepaalde gesprekstechniek heeft kun je deze techniek bewuster hanteren. Een voorbeeld: het bekende "echoën" kan in de vraagverhelderingsfase heel geschikt zijn om alle informatie op tafel te krijgen; dit zelfde echoën kan het maken van afspraken belemmeren of bij de afsluiting van een konsult voor een stroom van irrelevante informatie zorgen. Wanneer je als arts zicht krijgt op deze processen kun je vervolgens proberen deze te manipuleren. Je kunt met deze kennis bijvoorbeeld je eigen banden afluisteren om je eigen gedrag en de interactie op deze manier te analyseren.

Ik zal hieronder wat konkrete oefeningen beschrijven en aanbevelingen die in de cursus zijn gedaan. De volgorde en de groepering is voor mijn rekening, ik heb geprobeerd de kursusinhoud van de eerste 5 dagen zoveel mogelijk te groeperen en te ordenen terwille van de overzichtelijkheid.

I. Fasering van een konsult

Idealiter verloopt een konsult chronologisch in de volgende fasen: intake, uitvoering van de behandeling en afsluiting. Hierbij is de intake verdeeld in vraagverheldering, toetsing van de hulpvraag en opstellen van behandelingsplan. Het is niet zo dat het handhaven van deze volgorde een "must" is voor een goed konsult. Wel is het goed je bewust te zijn van fasewisselingen zodat je als het ware steeds beseft: "nu ben ik bezig met vraagverheldering, nu met therapie bedrijven" etc. "nu ga ik terug naar de informatiefase want ik heb nog meer gegevens nodig". etc. Deze processen (van fasewisselingen) werden in de cursus ook steeds duidelijk gemaakt zodat iedereen ze leerde herkennen. (Soms kon je aan de toon van de stem horen wanneer de arts overschakelde van vraagverheldering op het voorstellen van behandelingen).

a. Intakefase.

In het schema is een verbinding gelegd tussen vraagverheldering enerzijds en respect, vertrouwen en vrije effectieve informatiestroom anderzijds. Deze verbinding moet als volgt worden begrepen: om de vraag van de patient te verhelderen is het nodig dat de patient alle relevante informatie aan de arts vertelt. De patient zal dit wel doen als hij een goede relatie met de arts heeft d.w.z. als er sprake is van vertrouwen en respect. Wanneer de patient informatie achterhoudt kan dat betekenen dat dit vertrouwen ontbreekt. De vertrouwenskwestie zal dan de aandacht moeten krijgen en zonodig besproken moeten worden omdat daar dan de schoen wringt. (Dit is in de cursus herhaaldelijk uitgeprobeerd en ook ik was verbaasd over de verrassende en goede resultaten van zo'n gesprek).

Nog iets over het respect voor de patient tijdens de vraagverheldering. Respect betekent ook aux serieux nemen wat de patient zegt maar ook, niet wroeten in zaken waar de patient op dit moment niet over wil praten d.w.z. respekteren dat de patient over bepaalde dingen wel en over andere dingen niet met de arts wil praten. (Een aantal patienten vond het bedreigend

en irritant als de arts ging vissen naar moeilijkheden die er misschien wel waren (of soms ook helemaal niet waren) maar waarover de patient niet met de arts wilde spreken).

Konkrete gespreksoefeningen die o.a. ten behoeve van deze fase werden gedaan waren:

- echoën of reflektieren: dit kan de patient stimuleren om verder te praten of kan laten zien dat je de patient begrijpt. Er is een verschil tussen reflektieren van de inhoud en de feiten en reflektieren van gevoel, beleving en emoties. Het gebruik is afhankelijk van de situatie. Reflektieren kan ook dysfunktioneel zijn in de intakefase of zelfs irriteren bijvoorbeeld wanneer de patient een vraag stelt en die dan teruggespeeld krijgt terwijl hij duidelijk om een antwoord vroeg. Bij het opstellen van een behandelingsplan heeft echoën weinig zin omdat dan ook de mening van de arts op tafel moet komen.
- E-in en E-ex vragen: je kunt vragen stellen die het gedachtenspoor van de patient volgen of je kunt vragen stellen die het gesprek een andere richting uitsturen. Het effect van een E-in vraag is dus heel anders dan van een E-ex vraag, grofweg resp. meegaan of sturen.
- Gebruik van stilte: als oefening moesten artsen zo lang mogelijk stil zijn tijdens het verhaal van een patient om te zien welk effect dit had. Soms maakte de patient hiervan gebruik om rustig verder te praten maar soms duurde dit stilzijn te lang en gaf dan een onbehaaglijk gevoel bij de patient.
- Geïnteresseerd luisteren: d.w.z. aankijken, knikken, hummen etc. Over het algemeen stimuleerde dit de patient om verder te praten.
- Niet luisteren: d.w.z. niet aankijken, schrijven etc. De patient voelde zich dan afgewezen en hield snel op met praten.
- Nog iets over reflektieren: wanneer de patient zeer geemotioneerd een verhaal vertelt en de arts geeft alleen de feitelijke inhoud terug kan de patient zich onbegrepen voelen en zelfs geïrriteerd. Het reflektieren van de inhoud kan wel dienen om verwarde verhalen wat te structureren. Let dus op wat je wilt: de patient tonen dat je met hem meevoelt, tonen dat je hem begrijpt of duidelijkheid in het verhaal scheppen.

In de intakefase ligt de nadruk op de vrije effectieve informatiestroom. Dit betekent niet dat je als arts alles maar moet aanhoren wat de patient kwijt wil. Effectief betekent dat er informatie uitgewisseld wordt met

een bepaald doel. Dit doel kan zijn de vraagverheldering of kan betrekking hebben op de arts-patient relatie. Houd dus in de gaten welk doel de informatie dient.

Tot slot: bij een intakegesprek met twee patienten kan de volgende structuur houvast bieden: verhelder eerst de hulpvraag van de een, vervolgens de hulpvraag van de ander en kijk tenslotte of er sprake is van een gezamenlijke hulpvraag.

Toetsen van de hulpvraag

Wanneer het de arts duidelijk was waarvoor de patient bij hem was, was de volgende fase het toetsen van de hulpvraag. Artsen werden gestimuleerd om hun gedachten hierover zoveel mogelijk hardop uit te spreken in de trant van: "als ik u goed begrepen heb komt u nu alleen voor een herhaalrecept", etc. etc. Het toetsen van de hulpvraag leidde soms tot een nieuw stuk intake wanneer bleek dat de patient toch iets anders bedoelde.

Opstellen van het behandelingsplan

In het schema staat een verbandslijn tussen de konsultfase 'opstellen van het behandelingsplan' en de relationele fase 'doelen op elkaar afstemmen'. Dit betekent dat je pas een behandelingsplan kunt opstellen als je weet welk doel met dat plan moet worden nagestreefd. Daartoe dienen dus zowel de bedoelingen van de arts als die van de patient duidelijk te zijn. De relationele kant van deze fase is dus dat zowel patient als arts openhartig zijn over hun bedoelingen. Wanneer blijkt dat deze doelen niet met elkaar overeenstemmen heeft touwtrekken weinig zin maar kunnen de volgende mogelijkheden overwogen worden:

- de informatiefase is te snel afgerond waardoor niet alle informatie van de patient op tafel is gekomen. Dit kan betekenen doelbewust terug naar de informatiefase.
- de patient heeft informatie achtergehouden omdat er iets schort aan de vertrouwensrelatie met de arts. In dat geval kan er eerst aan de vertrouwensrelatie worden gewerkt.
- de arts heeft informatie achtergehouden: het kan zijn dat hij zijn eigen mening onvoldoende verduidelijkt heeft of misschien heeft hij medische informatie achtergehouden waardoor de patient zijn beweegredenen niet begrijpt. In dit geval is het aan de arts om meer informatie te verstrekken. (sommige artsen bleken niet gewend medische in-

formatie te verstrekken of waren hier huiverig voor. Toch bleek dit verzwijgen van informatie soms wel de kommunikatie te verstoren).

In deze fase is het dus zaak dat ook de mening, informatie en bedoeling van de arts duidelijk op tafel komt. In deze fase zal reflekteren of echoën minder effectief zijn omdat men nu in een soort onderhandelingsfase is aangeland waarbij de grootst mogelijke duidelijkheid van de twee partijen gewenst is. Deze fase is dus anders van karakter dan de vraagverhelderingsfase.

Konkrete opmerkingen die min of meer bij deze fase pasten:

- het 'doelen op elkaar afstemmen' betekent niet: "doen wat de patient wil". Het betekent wel dat beider bedoelingen duidelijk worden en dat geprobeerd wordt overeenstemming te bereiken. Soms heeft een arts goede redenen om niet te doen wat de patient wil, het is dan wel zaak dat hij die redenen zoveel mogelijk bekend maakt.
- machtstrijd: in rollenspelen werd bijvoorbeeld een machtstrijd zichtbaar gemaakt wanneer een patient doorverwezen wilde worden en de arts dit niet wilde. Vaak bleek dat aan deze strijd een vertrouwenskwestie ten grondslag lag. Het bespreken van deze vertrouwenskwestie bracht soms verduidelijking en had voor de arts ook de functie dat deze niet met opgekropte irritaties bleef zitten (die ongetwijfeld het volgende konsult met deze patient zouden beïnvloeden).
- Informatie geven door de arts: regelmatig werd erop gewezen dat artsen veel van wat ze dachten in het gesprek achterhielden. Waarschijnlijk een kwestie van gewoonte, het gebeurde onbewust. Steeds weer werd in rollenspelen benadrukt: "zeg nu maar hardop wat je denkt". Wanneer dit ook gedaan werd kreeg het gesprek vaak een verrassende en effectieve wending.
- Fasering: gewezen werd op het feit dat geruststelling of advisering door de arts een daad is van behandeling of van therapie bedrijven. In principe horen dergelijke adviezen dus niet thuis in de vraagverhelderingsfase maar zijn zij onderdeel van de behandelingsfase.
- Bij het opstellen van behandelingsplannen is het wel zaak dat de arts toetst of de patient het hiermee eens is. Dus geen retorische vragen stellen maar wanneer je zegt: "zullen we dat maar doen" de patient aankijken en letten op diens reactie en in ieder geval de tijd geven voor een antwoord. Veiliger is nog om te vragen: "Hoe denkt u hierover". Samen afspraken maken betekent dus voorstellen en niet voorschrijven.

b. Uitvoeren van het behandelingsplan.

In de fase 'uitvoeren van het behandelingsplan' staat aan de relationele kant 'het maken en naleven van afspraken'. Over deze fase is weinig gesproken (misschien komt dit nog in de rest van de cursus). Wel is erop gewezen dat deze fase van een andere orde is als de fase 'opstellen van behandelingsplannen'. Bij de uitvoering van het behandelingsplan worden vaak 'derden' betrokken bijv. specialisten, laboratoria etc. (de buitenwereld wordt erbij betrokken).

Wel is het zaak erop te letten of er überhaupt afspraken gemaakt zijn en of deze voor beide partijen duidelijk zijn. Bijvoorbeeld "kom nog maar eens langs" of "laat het nog maar eens zien" is een onduidelijke afspraak voor beide partijen.

c. Afsluiting van het konsult.

Advies: let hierbij vooral ook op je gevoel. Heb je het gevoel dat alles rond is of niet? Zo niet, wat is er dan nog niet rond en moet dit soms besproken worden? Een hulpmiddel kan zijn om je voor te stellen hoe het volgende konsult met deze patient eruit zal zien.

II. De funktionele relatie.

Nog een paar opmerkingen over de relatie in het algemeen.

- Regelmatig werd gewezen op de hiërarchische fasering van de funktionele relatie en wel door in gedachten te houden: als we geen afspraken kunnen maken zijn onze bedoelingen dan wel duidelijk? als onze bedoelingen niet duidelijk zijn hebben we dan wel genoeg informatie uitgewisseld? als we te weinig informatie uitgewisseld hebben mankeert er dan soms iets aan onze vertrouwensrelatie?
- Regelmatig werd in rollenspelen uitgeprobeerd welk effect het had wanneer de arts wat openhartiger was over zijn gevoelens oftewel hardop uitsprak wat hij dacht. Bijv.: "wilt u eens even stoppen, ik kan u niet meer bijhouden" of "ik begrijp echt niet goed wat u bedoelt" of "ik heb het gevoel dat ons gesprek niet zo lekker loopt, hoe zou dat komen" of "ik voel me wel teleurgesteld" etc. etc. Dit soort uitspraken verhelderden vaak het gesprek of droegen bij tot wederzijdse opluchting.
- Ook werd uitgeprobeerd hoe het was om te zeggen: "ik weet echt niet wat ik hieraan zou kunnen doen" of "ik voel me in dit geval vrij machteloos" etc. etc. Het effect van dit soort uitspraken was vaak dat de verwachtingen van de patient duidelijker werden voor de arts en dat

de patient meer zicht kreeg op de beperkingen van de geneeskunst of van de arts.

- Als arts heb je soms een bepaalde strategie in het hoofd. Geprobeerd werd deze strategie gewoon te vertellen en niet in het achterhoofd verborgen te houden. Bijvoorbeeld: "ik wil eerst met uw man praten en dan praat ik over uw probleem" of "om deze vraag van u te kunnen beantwoorden moet ik eerst nog een paar dingen van u weten" etc. etc.

III. Procesbegeleiding

Er is een onderscheid tussen het begeleiden van het proces en het bewaken van de procedure. Het bewaken van de procedure betekent in de gaten houden in welke fase het konsult zich bevindt en je bewust zijn van fasewisselingen. Procesbegeleiding betekent het begeleiden van de interactie, als het ware vanuit een hoger niveau naar het gesprek kijken. Niet zozeer letten op de inhoud van het gesprek maar kijken naar de informatiekkanalen, bijv. wie is er steeds aan het woord, welke richting gaat het gesprek uit etc. etc. Om op een procesmatige manier naar de ontwikkeling van een arts-patient relatie te kijken werd bijvoorbeeld de volgende oefening gedaan:

De arts schrijft aan de hand van de kaart een aantal gegevens op van ± de laatste vijf konsulten. Per konsult schrijft hij op:

- welke stap heeft hij in dat konsult genomen
- hoe reageerde de patient hierop
- wat dacht de arts zelf van deze stappen
- wat was de attitude van de arts tegenover deze patient per konsult
- wat dacht volgens hem de patient over de behandeling en over de arts.

Door nu naar de wisselingen in attitudes te kijken en deze zo mogelijk te koppelen aan konkrete konsultgebeurtenissen krijg je er zicht op hoe een relatie zich ontwikkelt en welke konkrete gebeurtenissen daar invloed op uitoefenen. Door zo te kijken kun je misschien een ongewenste ontwikkeling in de relatie stoppen of een andere richting opsturen.

Tot slot twee algemene opmerkingen:

- Op basis van gelijkwaardigheid handelen betekent niet: doen wat de patient zegt. (dat aksent ligt volgens Rob teveel in het artikel)
- Wanneer je als arts een lang gesprek houdt probeer je dan te realiseren of je dat doet om therapie te bedrijven of terwille van de relatie. Dat is een wezenlijk verschil.

Verslag van het gesprek tussen Rob Hilders en Ineke den Hoed en Emmy Sluys
over de doelstellingen van de training Methodisch Werken op 24-2-1981.

Algemeen

De training Methodisch Werken wordt behalve door Rob Hilders ook gegeven door Hans Hollebeek(s?) van het H.I.V.U. en Karel Blanken van het N.H.G. Er wordt gewerkt aan de hand van een draaiboek; dit draaiboek is over ongeveer drie weken gereed en wij zullen het dan ook mogen inzien. Wel is het mogelijk dat trainers verschillende accenten leggen in hun training afhankelijk van hun persoonlijke visie. Ook is het mogelijk dat een karakteristiek optreden van de betreffende trainer een bepaald stempel op de training drukt, los van de inhoud van het draaiboek. Een trainer kan als een soort model functioneren wiens houding en attitude door kursisten kan worden overgenomen. Rob is zelf wel erg benieuwd naar dergelijke effecten. Of het zin heeft om ook andere trainers over de doelstellingen van methodisch werken te interviewen is nog niet helemaal duidelijk, we zullen daar later op terugkomen. In principe is dit niet onmogelijk hoewel ook beide andere trainers een zeer drukke agenda hebben. Misschien is het mogelijk een gezamenlijke trainersbespreking over methodisch werken te organiseren wanneer wij de doelstellingen van methodisch werken wat concreter geformuleerd hebben.

De cursus vs. de literatuur over methodisch werken

In het artikel lopen de verschillende niveau's van denken nogal door elkaar: afwisselend wordt gesproken over ethiek, theorie en soms over concreet gedrag. Het artikel richt zich meer op wat er gedaan moet worden; de cursus probeert aan te geven hoe dat dan gedaan moet worden.

Rob is het globaal wel eens met de doelstellingen die in het artikel over methodisch werken worden genoemd. Die doelstellingen vormen dus ook het uitgangspunt van de cursus. Wel heeft Rob bedenkingen tegen wat in het artikel wordt genoemd: "procesbewaking door de arts". Deze term is voor tweeërlei uitleg vatbaar. Het kan betekenen 'bewaking van de procedure' of 'bewaking van het interactieproces'. Rob spreekt liever van 'procesbegeleiding'. Als je bij proces denkt aan interactieproces is dit niet iets wat door één maar door twee personen wordt gevormd. Als je in een gesprek

handelt op basis van gelijkwaardigheid is het in tegenspraak om te stellen dat één partij de interactie bewaakt. Een relatie is in principe tweezijdig: "de produktiviteit van de relatie wordt door beide partijen bepaald" (uit Gibb en Berne).

Een tweede mogelijkheid om 'procesbewaking' te interpreteren is 'bewaking van de procedure'. Het is Rob (en ook ons) niet helemaal duidelijk welke interpretatie in het artikel wordt bedoeld.

Wat verwacht Rob van de artsen die de training gevolgd hebben

Aanvankelijk was de gedachte dat artsen na het volgen van deze training 'methodisch' zouden werken. Dit bleek onhaalbaar o.a. omdat een training van 8 dagen voor een dergelijk resultaat veel te kort is. Het belangrijkste leerdoel is nu artsen bewust te maken van hun eigen handelen. Anders gezegd: artsen laten zien hoe zij op een procesmatige manier naar hun handelen kunnen kijken. In eerste instantie is de cursus dus gericht op het herkennen van processen en na deze herkenning kan gewerkt worden aan het manipuleren van deze processen. Dit manipuleren van processen is echter iets wat grotendeels na de cursus in de praktijk uitgeprobeerd en geleerd moet worden. Een aantal jaren intervisie zou bijvoorbeeld erg geschikt zijn om daar mee verder te komen.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat je als kursist zicht krijgt op hoe je als arts als procesbegeleider kunt functioneren zodat je dat kunt gebruiken wanneer je dat verkiest of wanneer je dat nodig vindt. Methodisch werken is dus geen 'heilige missie' die voorschrijft wat je wel en niet mag doen!

Aanvankelijk (?) was de bedoeling dat artsen in de cursus ook zouden reflecteren op eigen bezig zijn om van daaruit tot nieuwe handelingspatronen te komen. De verwachting en ook de wens van veel artsen is echter het aanleren van vaardigheden, het krijgen van instructies over hoe wel en hoe niet te handelen. In de cursus worden dan ook een aantal vaardigheden geleerd hoofdzakelijk op het gebied van gesprekstechnieken. Deze gesprekstechnieken worden echter niet an sich of in een vacuüm geleerd. De bedoeling is dat men leert zien dat een bepaalde gesprekstechniek in een bepaalde fase van het konsult zeer functioneel kan zijn maar dat eenzelfde techniek in een andere fase dysfunctioneel kan zijn. Bijvoorbeeld: het bekende "echoën" kan in de intakefase helpen om veel informatie op tafel te krijgen; ditzelfde echoën kan echter het maken van afspraken belemmeren wanneer men in de fase: "uitvoeren van de behandeling" is aangeland.

Nog ingewikkelder wordt het wanneer eenzelfde soort uiting verschillende functies kan hebben in verschillende fases van het konsult. Bijvoorbeeld het samenvatten van wat de patient zegt kan in de fase 'vraagverheldering' dienen ter verduidelijking en kan de patient stimuleren om verder te praten; ook kan een samenvatting heel sturend zijn en kan door de arts bewust als zodanig worden gebruikt; aan het eind van de intakefase kan een samenvatting de functie hebben de intake af te sluiten of de hulpvraag te checken. De bedoeling is te laten zien welke effekten gesprekstechnieken kunnen hebben zodat verschillende gesprekstechnieken gekoppeld kunnen worden aan bepaalde konsultfases.

In het meest ideale geval zou het zo zijn dat artsen na deze cursus alle gesprekstechnieken zouden beheersen en daaruit een keuze konden maken, afhankelijk van de specifieke situatie of de konsultfase waarin men verkeerde. Natuurlijk is dit in een dergelijke korte tijd niet te realiseren. Wel hoopt Rob dat kursisten na afloop 4 à 5 details van handelen beheersen en dat men al werkende nieuwe gedragsmogelijkheden zal ontdekken.

Het is belangrijk om op te merken dat een bepaalde gesprekstechniek op zich niet methodisch werken is. Methodisch werken staat voor procesmatig denken en handelen waarin gesprekstechnieken een functie kunnen vervullen. Ditzelfde geldt ook voor andere aanbevelingen in het artikel bijv. 'inspraak van de patient'. Methodisch werken betekent niet dat de patient beslist wat er gebeurt. Soms willen patienten helemaal niet kiezen maar hebben behoefte aan adviezen of willen ze zelfs dat de arts een keuze voor hen maakt. Methodisch werken betekent wel dat een dergelijke vraag van de patient tijdens de intake duidelijk wordt, een vraag die de arts al dan niet kan honoreren, afhankelijk van de situatie, een bewuste keuze dus.

Samenvattend: methodisch werken is een introduktiekursus die erop gericht is processen zichtbaar te maken. Dit zichtbaar maken geschiedt door de fasegewijze opbouw te tonen van zowel een konsult als van een functionele relatie. Door deze fases te leren herkennen wordt de arts zich meer bewust van zijn eigen handelen. Gesprekstechnieken zijn in dit opzicht instrumenten om methodisch te kunnen werken; zij worden zoveel mogelijk gekoppeld aan bepaalde fases in het konsult en in de relatie.

Tot slot wat algemene opmerkingen

- Vraag van Rob: houden jullie ook rekening met onbedoelde veranderingen zowel positief als negatief die door de cursus kunnen optreden?
- Een mogelijkheid kan zijn bij artsen te kijken naar bepaalde konsulten die zij methodisch besluiten te doen in vergelijking met andere konsulten die zij op hun eigen routinemanier doen.
- Het is niet zinvol voor dit projekt om naar verwachtingen van artsen te vragen. Misschien kan wel aan artsen die de cursus gevolgd hebben gevraagd worden wat zij nu anders doen dan voor de cursus. Rob wil eventueel wel vragen of er artsen bereid zijn tot een dergelijk gesprek.

Utrecht, 5 - 3 - 1981

Ineke den Hoed
Emmy Sluys

Verslag van het gesprek tussen Rob Hilders en Ineke den Hoed en Emmy Sijs
d.d. 14- 4- 1981 .

In dit gesprek is met name aan de orde gekomen het scoreformulier over de consultaspecten. Rob had hier een aantal opmerkingen over.

Ad 1. Vraagverheldering.

- Onduidelijke vraag concretiseren.

Bedoelen we met deze vraag de hulpvraag?

Door wie wordt de vraag geconcretiseerd, door de patient of de arts?

Slaat het op een activiteit van de arts of van de patient?

Wat betreft de formulering: Zijn het veronderstellingen over wat er gaande is of feitelijke meldingen?

- Speelt angst een rol ?

Erg specifiek in vergelijking met de andere aspecten.

Misschien beter : speelt beleving een rol

Komt beleving aan de orde

wordt er aandacht besteedt aan beleving

Ad 2. Opstellen van handelingsplan.

Rob vraagt zich af of er geen andere mogelijkheden zijn om te handelen bij het opstellen van het handelingsplan.

Hij merkt op dat hij zelf nogal globaal in de cursus bezig is, zodat verschillende variaties aan de orde kunnen komen.

- alternatieven worden overwogen.

Dit is soms het voorleggen van een valse of onmogelijke keuze.

- Emmy en Ineke stellen dat in M.W. uitleg en informatie geven belangrijk is. Dit wordt wel door Rob beaamt.

Ad 5. Afsluiting van het consult.

Rob waarschuwt dat deze afsluiting iets heel anders is dan de afsluiting zoals die in M.W. genoemd wordt.

In M.W. is het duidelijk de afsluiting van een klacht of probleem, vaak pas na een aantal consulten.

Wel is er tijdens een consult zowel van de kant van de arts als van de patient de wens vaak aanwezig om iets af te sluiten. Dit is echter niet altijd positief, het kan belangrijk zijn meer tijd(consulten) aan bepaalde problemen te besteden.

Het is de vraag of we fase 5 moeten weglaten of anders hanteren.

Ad 3 en 4. Diagnose en therapie.

Rob merkt op dat de diagnose hier anamnese moet zijn.

(of diagnostisch handelen, (Ineke)).

Een probleem is nog steeds waar de omslag tussen het diagnostisch en het therapeutisch handelen ligt. (dit valt trouwens buiten M.W.).

Rob noemt in dit verband de differentiele diagnose-

Tijdens het consult worden waarschijnlijkshypothesen gesteld, waarvan ~~■~~ in de loop van het onderzoek een aan tal verworpen kunnen worden.

Wanneer de arts na onderzoek duidelijk stelt dat de patient iets bepaalds "heeft" kan dit zijn :- afsluiting van de anamnese of

- begin van de therapie.

Wij zijn er voor dit op te nemen in de therapiefase.

Dit mede naar aanleiding van het feit dat we veronderstellen dat op dit moment ook gesprekstechnisch een andere interactie gevoerd wordt.

(anamnese volgens Rob te vergelijken met bloedafname, geen duidelijke interactie. Bij de therapie is er weer meer interactie.)

Rob vraagt zich af of we in ons onderzoek ook kijken naar een eventuele correlatie tussen gesprekstechnische scores en de fasering.

En naar het overschakelen van de ene fase naar de andere fase , wordt dit duidelijk of niet ?

Het eerste daar willen we naar kijken. Over het tweede valt misschien iets te zeggen aan de hand van de begin en/of eindzinnen van een bepaalde fase.

Rob vraagt zich af in hoeverre artsen dit overstappen naar een volgende (andere) fase toch al doen.

Bijvoorbeeld " Okay" : is dit het ondertekenen van een kontrakt ?

Is er zo'n soort handeling herkenbaar ?

Rob waarschuwt nog om niet zo te scoren dat het overzichtelijker lijkt, maar toch minder informatie geeft.

Bepaalde interventies /reacties horen bij het het opstellen van het handelingsplan. Hoe vaak zal de patient deze handeling verrichten, hoe vaak de arts ?

Als je alleen binnen een fase scoort gaat dit verloren.

Tot slot vroegen wij aan Rob of hij essentiële zaken miste in onze meet-instrumenten en of hij zelf nog ideeën had over andere metingen.

Op beide vragen was het antwoord "neen", maar wel met verwijzing naar de opmerkingen die hij eerder in het gesprek had gemaakt.

Op onze vraag of hij aanmerkingen had op de notulen van ons vorige gesprek d.d. 24-2-1981 en op Emmy'sverslag van de cursus antwoordde Rob ontkennend. Wel voegde hij hier aan toe dat ieder natuurlijk zijn eigen beleving van van zo'n cursus heeft en een dergelijk verslag in dat opzicht dus een subjectieve weergave van de cursus is.

Maar gezien in het licht van van methodisch werken staan er geen verkeerde interpretaties in.

Op de vraag of het draaiboek al gereed en voor ons ter inzage was, was het antwoord dat het bestaat uit een stapel papieren die voor ons onleesbaar zijn. Bovendien dacht hij dat voor Ineke de aardigheid van de cursus af zou zijn als zij eerst het draaiboek zou lezen.

Omdat deze laatste opmerkingen in de deuropening plaatsvonden realiseerden we ons pas achteraf dat het voor ons toch het belangrijkste is om op dit moment zoveel mogelijk informatie over de cursus te krijgen.

Rotterdam, 4-5-'81

Ineke

NT.0100.PV/MvL
Utrecht, 12 oktober 1981

Aan de leden van de Kadergroep Methodisch
Werken.



nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-31 99 46

Geachte kaderleden,

Graag geven wij u hierbij wat meer informatie over ons onderzoek met betrekking tot Methodisch Werken waarvoor wij aan u, via Rob Hilders, medewerking hebben gevraagd.

Dit onderzoek wordt gedaan binnen de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek (W.O.) van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) in samenwerking met de afdeling Nascholing en Training van het NHI.

De kernvraag van het onderzoek komt in het kort hier op neer: kunnen wij een instrument ontwikkelen waarmee aangegeven wordt of konsulenten meer of minder methodisch verlopen. Daartoe hebben we het afgelopen jaar via literatuurstudie, gesprekken met Rob Hilders en Karel Blanken, deelname aan de cursus methodisch werken en observatie van videomateriaal 2 observatielijsten gemaakt die o.i. een aantal kenmerken van methodisch werken bevatten. Met behulp van deze observatielijsten zijn 64 konsulten uit het videobestand op het NHI geanalyseerd en gescoord. Deze 64 konsulten geven volgens onze meting een spreiding te zien van minder methodisch verlopende konsulten naar meer methodisch verlopende konsulten.

Een belangrijke vraag is nu de validiteitsvraag: meet dit instrument wel wat het geacht wordt te meten namelijk de mate waarin methodisch wordt gewerkt in konsulten. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig dat deskundigen op het gebied van methodisch werken een aantal konsulten opnieuw bekijken en hun mening over deze konsulten geven d.w.z. vinden zij een konsult meer of minder methodisch verlopen.

Indien de mening van de deskundigen redelijk overeenkomt met de resultaten van het meetinstrument kan men zeggen dat het meetinstrument aspecten van methodisch werken meet. Wanneer er nauwelijks een correlatie tussen de mening van de deskundigen en de resultaten van het meetinstrument valt te ontdekken meet het instrument kennelijk niet de mate van methodisch werken en zal verder onderzoek nodig zijn.

Konkreet vragen wij dus uw medewerking om de validiteitsvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden. Daartoe zullen wij op de bijeenkomst van 4 november a.s. een tiental konsulten aan u laten zien met het verzoek van elk konsult op een lijstje in te vullen of naar uw mening dit konsult meer of minder methodisch verloopt. Wij denken dat de gehele procedure ongeveer 5 kwartier in beslag zal nemen.

Alle gegevens betreffende dit onderzoek zullen wij daarna graag aan u geven. We vermoeden dat deze tot menig discussie omtrent het begrip methodisch werken aanleiding zullen geven.

De bedoeling van dit gehele onderzoek is uiteindelijk een manier te kunnen vinden om de effecten van de nascholingskursus methodisch werken te kunnen aantonen. Effecten die er naar onze mening zeker zijn maar waarbij het nog de vraag is of dit meetbare effecten zijn.

Bovendien verwachten wij dat dit onderzoek gegevens oplevert die bruikbaar kunnen zijn bij in de toekomst te geven trainingen op het gebied van methodisch werken.

Wij hopen dat bovenstaande uitleg de bedoeling van ons onderzoek enigszins heeft kunnen verduidelijken en geven graag meer toelichting als u daar behoefte aan heeft.

Als u uw medewerking hieraan wilt verlenen zouden we daar erg blij mee zijn.

Met vriendelijke groeten,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
Ineke den Hoed, Emmy Sluijs

Peter Verhaak,
Sectie Psychosociale Hulpverlening
van de afdeling W.O. van het NHI.