

METHODE VAN HULPVERLENING

Inleiding.

Om een vak in de praktijk te kunnen toepassen is het niet alleen noodzakelijk om voldoende kennis over dat vak te hebben. De toepassing van deze kennis moet ook volgens een bepaalde methode verlopen.

Dat geldt ook voor de toepassing van de geneeskunde.

Kennis over ziektebeelden en symptomen is onvoldoende. De praktiserende arts moet kennis en vaardigheid hebben wat betreft anamnese, onderzoek, diagnose en therapie om de geneeskundige kennis in praktijk te kunnen brengen.

De a.s. arts leert in de medische opleiding hoe hij de geneeskundige methode moet toepassen. Dat leert hij via de ko-assistentenschappen in de verschillende deelspecialismen. Een andere dan de geneeskundige methode komt in de opleiding niet ter sprake.

Voor de huisarts is dit onvoldoende. De plaats, die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt, maakt, dat het tevoren niet bekend is of het probleem, dat de patiënt aanbiedt, wel moet worden opgelost via de geneeskundige methode. Bovendien krijgt de huisarts veel niet-geneeskundige problemen aangeboden. In feite lost hij deze nu op door hetzij ook daarbij de geneeskundige methode toe te passen, hetzij door alle niet-geneeskundige problemen via "trial and error" met zijn gezonde verstand aan te pakken.

Een huisarts is geen specialist, maar een generalist. Dat betekent dat de problemen, waarvoor hij gesteld wordt, boven één vakgebied uitreiken. Hij kan zich daarom niet beperken tot een methode van werken, die ontleend is aan één vakgebied. Vandaar, dat hij zijn methode moet trachten te ontleen aan de plaats, die hij inneemt in de gezondheidszorg.

Alvorens in te gaan op de methode van werken, is het goed om eerst stil te staan bij die plaats, die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt.

A

De plaats van de huisarts in de gezondheidszorg.

Eén van de kenmerken van de huisarts is, dat hij de enige arts is, die behoort tot de eerstelijnsfunktionarissen en dat hij de enige eerstelijnsfunktionaris is, die arts is.

Deze konstatering roept drie vragen op:

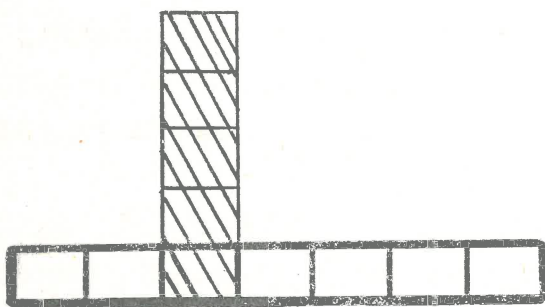
- 1) Wat is het gemeenschappelijke kenmerk van alle eerstelijnsfunktionarissen
- 2) Wat onderscheidt de huisarts van de andere medici praktici, doordat hij in de eerstelijnsgezondheidszorg opereert
- 3) Wat onderscheidt de huisarts van de andere eerstelijnsfunktionarissen, vanwege het feit dat hij arts is (zie figuur)

- 1) het gemeenschappelijke voor alle eerstelijnswerkers?



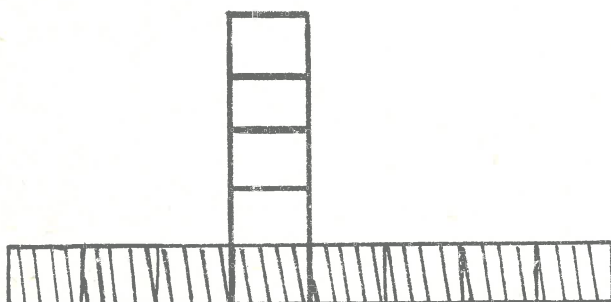
- 2) de huisarts behoort tot de medische discipline.
wat onderscheidt hem daarom van medische specialisten?

med. discipline



- 3) de huisarts behoort tot de eerstelijnswerkers.
wat onderscheidt hem daarom van andere eerstelijnswerkers?

med. discipline



Ad 1: Het kenmerk van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland is, dat iedere burger zonder tussenkomst van derden in principe met iedere klacht of vraag zich tot iedere eerstelijnswerker kan wenden. De eerste lijn heeft dus een lage drempel, doordat men rechtstreeks tegen geen of lage kosten zich tot iemand uit de eerstelijns kan wenden en dat men tevoren zijn vraag niet hoeft te differentiëren.

Natuurlijk maakt de hulpvrager zelf wel keuze met welke vraag hij naar welke hulpverlener toegaat. Een hulpvrager zal met een lichamelijke klacht bij voorkeur niet naar een maatschappelijk werker gaan. Evenmin zal hij met een financieel probleem bij voorkeur naar een huisarts gaan.

Toch hangt zijn keuze niet alleen af van het soort vraag dat hij heeft. De emotionele en sociale drempel is niet voor alle eerstelijns hulpverleners hetzelfde. Over het algemeen gaat men gemakkelijker naar een huisarts dan naar een maatschappelijk werker. De huisarts is sociaal geaksepteerd, terwijl het maatschappelijk werk toch altijd nog iets van het imago van de vroegere armenzorg heeft overgehouden.

Het gevolg hiervan is, dat velen bij de huisarts hulp komen vragen voor problemen, die in feite thuis horen bij andere hulpverleners. Vaak zien huisartsen dan ook mensen met problemen die o.a. om deze reden met een lichamelijke klacht zijn aangekleed.

Patiënten spelen bij de inkleding van hun vraag in op wat zij denken dat de verwachting van de hulpverlener is. De functie van de arts is om ziekte te genezen. Daarom is de patiënt geneigd om het lichamelijk aspect van de vraag bij de huisarts sterk te benadrukken.

Daarnaast worden veel "problemen" door mensen lijfelijk ervaren. Angst, onvermogen, in de knoop zitten, onderliggen worden dikwijls door patiënten als lijfelijk onaangename sensaties beleefd.

Patiënten kiezen dus niet alleen de lichamelijke ingang omdat ze naar de huisarts gaan, maar hebben lichamelijke onlustgevoelens voor problemen, die hun doorgaans niet helder voor ogen staan.

Toch doet dit alles niets af aan het principe dat eerstelijnsfunktionarissen rechtstreeks en via een lage drempel te bereiken zijn.

Ad 2: De taak van een geneeskundige deelspecialist is om na te gaan of er voor de klachten van de patiënt op zijn gebied een verklaring te vinden is.

Afhankelijk van de ernst van de klachten, de persoon van de specialist en zijn plaats in de gezondheidszorg (perifeer of academisch ziekenhuis) zal zijn onderzoek meer of minder uitgebreid zijn. Toch zal er een moment komen, dat de specialist zegt: "op mijn gebied zijn geen afwijkingen te konstateren". Weer afhankelijk van een aantal factoren zal hij dan proberen

- de patiënt gerust te stellen al of niet gepaard met een medikament
- erachter te komen of de patiënt met problemen of moeilijkheden zit
- de patiënt te verwijzen naar een ander specialisme
- de patiënt terug te verwijzen naar de huisarts

Dit betekent in ieder geval dat de specialist als eerste taak heeft om een lichamelijke afwijking op zijn speciale terrein op te sporen of uit te sluiten. Bovendien betekent dit, dat de specialist in staat is om t.a.v. een patient te zeggen: "Mijn taak is afgelopen, U moet verder naar mijn kollega (specialist of huisarts)".

Een huisarts gaat anders te werk. Bij iedere vraag of klacht van een patiënt oriënteert hij zich tegelijkertijd over somatische en andere aspecten van de complexe vraag, die de patient hem voorlegt. N.a.v. deze oriëntatie stelt hij zijn prioriteiten.

In het ene geval geven de klachten aanleiding tot een uitvoerig lichamelijk onderzoek, al of niet door een specialist; in het andere geval geven de klachten aanleiding tot een globaal lichamelijk onderzoek ter uitsluiting van een enkele ernstige, maar onwaarschijnlijke lichamelijke afwijking, maar ligt de prioriteit bij een sociale maatregel of een probleemgeoriënteerde aanpak.

Daarbij komt dat binnen het geneeskundig veld de huisarts een patiënt weliswaar kan verwijzen naar een specialist voor nader onderzoek of behandeling, maar dat daarmee zijn bemoeienis met de patiënt niet is afgesloten. Vindt de specialist niets op zijn terrein dan komt de patiënt weer met zijn klachten bij hem terug. Vindt de specialist wel iets dan heeft de huisarts doorgaans bemoeienis met de konsekwenties van deze vondst voor de patiënt (en zijn relaties).

Samenvattend kan dus gesteld worden, dat in tegenstelling tot de specialist, de huisarts t.a.v. de klacht van een patiënt zich in eerste instantie niet alleen oriënteert over de somatische aspecten van de klacht, maar evenzeer over de andere aspecten.

Daarnaast is de huisarts binnen de geneeskundige discipline wel in staat om de patient te verwijzen, maar niet in staat om deze "weg te wijzen".

Ad 3: Temidden van de verschillende disciplines die in de eerstelijns hulp verlenen is de huisarts de enige, die bij zijn hulpverlening gebruik maakt van een objectiverende methode. De geneeskundige methode van anamnese, onderzoek, diagnose en therapie is erop gericht om de specifieke klachten van de patiënt terug te voeren op konstateerbare afwijkingen, die algemeen geldend zijn en waar algemene maatregelen voor genomen kunnen worden, die gebaseerd zijn op objectieve criteria.

In principe is de geneeskundige behandeling mogelijk zonder actieve medewerking van de patiënt zelf. Het duidelijkste voorbeeld hiervan is dat de geneeskundige methode de arts in staat stelt om hulp te verlenen aan een bewusteloze patient. Geen enkele andere hulpverlener in de eerste lijn hanteert een dergelijke methode.

Daarnaast is er nog een andere belangrijke factor, die het funktioneren van de huisarts onderscheidt van het funktioneren van andere eerstelijnswerkers. De geneeskundige deskundigheid brengt met zich mee, dat de arts onderzoeken verricht, konklusies trekt en beslissingen neemt (samen met de patient), die betrekking hebben op lichamelijke ziekten en als zodanig te maken hebben met zaken van leven en dood.

Het niet onderkennen van bepaalde symptomen of het geven van verkeerde geneesmiddelen kan in het ergste geval de dood van de patiënt tot gevolg hebben. Het op tijd herkennen van een bepaalde ziekte, het verichten van de juiste handeling in een kritieke situatie kan in bepaalde gevallen levensreddend zijn.

Het feit dat dit tot de taak van de huisarts behoort, bekleedt hem met macht; een andere macht dan welke andere eerstelijnswerker ook heeft. In een tijd, dat de medische macht op de tocht staat, wordt dit wel eens te weinig benadrukt. Het gaat erom, dat deze macht, die nu eenmaal bij een dergelijke funktie hoort, onderkend wordt. Pas dan kan men erover nadenken en pas dan kan men er voor waken, dat van deze macht geen oneigenlijk gebruik wordt gemaakt. nòch ten opzichte van de patiënt nòch ten opzichte van de andere eerstelijnswerkers.

B

De grenzen van de klinische geneeskunde.

Zoals gezegd wordt de klinische geneeskunde beoefend met behulp van een speciale methode. Deze methode houdt in, dat de arts zich via de anamnese een beeld vormt over de klachten van de patiënt en vervolgens in het kennisgebied van de ziekteleer rondgaat om te kijken of daar binnen een verklaring voor de klachten is te vinden.

Over het algemeen kan het resultaat van deze rondgang drieërlei zijn:

- 1) de arts vindt binnen de klinische geneeskunde inderdaad een verklaring voor de klachten.
- 2) de arts vindt eigenlijk geen verklaring, maar wringt zo aan de klachten, dat er schijnbaar toch een verklaring is (b.v. rugpijn, iets versmalde discus L₄-L₅-, verklaring hernia nucleï pulposi, want de pijn wijst toch eigenlijk op een ischiadicusprikkeling, alhoewel dit niet zo duidelijk is). Ook de symptoomdiagnose kan een pseudo-oplossing binnen het systeem zijn, waar oneigenlijke konsekwenties uit getrokken worden (b.v. spastisch colon).
- 3) de arts komt tot de konklusie, dat er binnen de grenzen van de klinische geneeskunde geen verklaring kan worden gegeven voor de klachten van de patiënt. Vooral de huisarts zit dan met problemen, omdat de patiënt van hem dan toch een oplossing verwacht. Hij gaat dan pogen een verklaring op andere terreinen te vinden. Zijn er geen problemen? Is de belasting van de patiënt niet te groot? Is de klager wel de patiënt; moet de oorzaak niet gezocht worden in zijn leefmilieu (gezin)?

De huisarts heeft hierover in zijn opleiding weinig geleerd en wat hij geleerd heeft is meestal een soort aankleding geweest van zijn opleiding, die in hoofdzaak op de klinische geneeskunde was gericht. Eenmaal in de praktijk merkt hij, dat er veel gevallen niet via de geneeskundige weg zijn op te lossen. Hij staat voor de keuze daar zijn ogen voor te sluiten of te proberen zich een aantal dingen aan te leren. In de praktijk ziet men dan ook dat de ene huisarts zich heeft toegelegd op "het praten met patienten", de ander op vaardigheid in relationele therapie, de derde op samenwerken met andere disciplines en de vierde op akupunctuur.

Een methode echter, waarmee de huisarts kan bepalen welke weg het beste gevolgd kan worden bezit hij niet.

Zijn aanpak buiten de klinische geneeskunde is onsystematisch en ook de vraag, wanneer de geneeskundige methode wel of niet moet worden toegepast, wordt niet methodisch beantwoord.

Wat de huisarts mist is een methode van werken, waarbinnen hij kan bepalen samen met de patient langs welke weg de klacht of de vraag van de patient het beste kan worden aangepakt.

In de volgende bladzijden zal een methode worden behandeld, die de huisarts zou kunnen gebruiken om op systematische wijze de vragen en klachten van de patiënt tegemoet te treden.

- . -

METHODE VAN HULPVERLENING

Het doel.

Een methode is een vaste, weldoordachte manier van handelen om een bepaald doel te bereiken.

De methode van de geneeskunde heeft als doel om de oorzaak van het ziektebeeld op te sporen, dat ten grondslag ligt aan de klachten, die de patiënt heeft. Deze methode is ontleend aan een bepaald kennisgebied en kan daarom uitsluitend binnen dit kennisgebied worden toegepast.

De huisarts en alle eerstelijns hulpverleners worden echter geconfronteerd met vragen, waarbij het niet op het eerste gezicht duidelijk is, welk kennisgebied de meeste kans biedt op een optimale hulp voor de patiënt.

Uitsluitend werken volgens een methode, die ontleend is aan een bepaald kennisgebied, is daarom in de eerste lijn niet mogelijk.

De methode van werken in de eerste lijn zal gericht moeten zijn op de vraag van de patiënt, waarbij deze vraag van de patiënt in contact moet worden gebracht met één van de kennisgebieden, dat kans op een optimale hulpverlening voor dit geval biedt. Pas als dit contact tot stand is gebracht komt de methode van werken van dit kennisgebied aan de orde.

Het doel dat wordt beoogd met een methode van hulpverlening is dus het komen tot een optimale hulpverlening t.a.v. de vraag van de patiënt.

De methode.

Om tot een optimale hulpverlening te kunnen komen is het zinnig om het hulpverleningsproces volgens een bepaalde methode te laten verlopen.

Daardoor wordt het mogelijk om niet alleen systematisch in te gaan op de inhoud van de vraag, maar om ook het proces, dat zich afspeelt tijdens de hulpverlening systematisch te laten verlopen.

Aan de methode, waarvoor hier wordt gekozen en waarvan de begrippen ontleend zijn aan het "social casework" vallen drie hoofdstadia te onderscheiden nl.:

I Intake: dit is het stadium, waarin hulpvrager en hulpverlener stilstaan bij de vraag of de klacht van de hulpvrager, met de bedoeling om een zo helder mogelijk beeld te krijgen over de vragen:

- wat komt de hulpvrager vragen
- waarom komt hij nu
- waarom komt hij bij deze hulpverlener

In deze fase wordt nog niet gedacht of gesproken over mogelijke oorzaken of mogelijke oplossingen. Ook worden er nog geen plannen gemaakt in welke richting dan ook. Op basis van het inzicht over de vraag van de hulpvrager, wordt deze fase afgesloten met het formuleren van het handelingsplan.

Dan volgt het volgende stadium:

II Uitvoering van het handelingsplan: Dit is de fase, waarin de huisarts vooral gebruik zal maken van zijn medische deskundigheid. Daarbij zal hij volgens de geneeskundige methode te werk gaan en o.a. t.a.v. de vraag of de klacht een nauwkeurige anamnese opnemen. Daarnaast zal het vaak relevant zijn om in deze fase andere dan alleen medische handelingsplannen uit te voeren.

III Procesbewaking: Tijdens de intake, maar vooral tijdens het handelingsplan is het zaak om het hulpverleningsproces in de gaten te houden. De fase van de procesbewaking loopt eigenlijk door beide vorige fasen heen. Procesbewaking dient ertoe om tijdens het proces van de hulpverlening antwoord te kunnen geven op vragen als:

" Zijn we op de goede weg"; "Lukt het om langs deze weg resultaat te boeken?"; "Was de intake eigenlijk wel voldoende?"; "Geeft de nieuwe informatie, die is verkregen geen reden om het handelingsplan te wijzigen?" e.d.

Het hulpverleningsproces.

Voordat op de onderdelen van de drie hoofdstadia van de hulpverleningsmethode wordt ingegaan is het goed om eerst stil te staan bij het hulpverleningsproces zelf. Hulpverlenen is niet iets, dat aan een bepaalde persoon gebeurt zonder dat deze persoon zelf verandert. Het is een proces in de tijd en het moet dit ook zijn om de hulpvrager gelegenheid te geven om veranderingen door te maken. Zelfs als het over zaken gaat, die "aan de patiënt" gebeuren, dan nog heeft hij tijd nodig dit te verwerken. We zien dan ook vaak bij patiënten die een spoedoperatie moeten ondergaan, dat zij naderhand een emotionele inzinking krijgen, omdat zij geen gelegenheid hebben gehad om in de situatie te groeien.

Men name in de huisartsenpraktijk wordt nogal eens aan deze procesmatige kant van de hulpverlening voorbijgegaan. De gedachte, dat in een konsult - of dit nu drie dan wel vijf-en-veertig minuten duurt - zowel de vraag van de patiënt helder op tafel komt als een onderzoek plaats vindt, dat afgerond wordt met een advies of een medikatie, is wijdverbreid. Zowel bij de huisartsen zelf, als bij de patiënten leeft dit idee ("Even naar de dokter").

Methodisch gezien zou het goed zijn, wanneer de huisarts zich na een konsult van 7 minuten zou realiseren. dat hij de intake nog niet heeft afgerond; dat hij eventueel een noodadvies of medikament voor enige dagen heeft gegeven, maar dat hij bij het volgende konsult de draad van de intake weer moet opnemen. De patient heeft gelegenheid om in de tussenliggende dagen verder te kauwen op datgene wat in het eerste konsult ter sprake is geweest. Het tweede konsult zou dan ook op het thema van het eerste gesprek moeten aansluiten. Dat is nu doorgaans in de praktijk - niet het geval. De dokter wacht - ook in het 2e konsult - op wat de patient ditmaal te berde brengt en laat zich daardoor leiden zonder een duidelijk methodisch verband te leggen met het eerste konsult.

De faktor tijd wordt dan ook niet meer zo dwingend. En dat is maar goed ook, want het is ten enenmale onmogelijk om bij het grootste gedeelte van de patiënten in een konsult van vijf minuten intake en handelingsplan keurig methodisch af te werken. Om methodisch te kunnen hulpverlenen is het van belang om als hulpverlener niet alleen bewust bezig te zijn met de inhoud van de klacht van de hulpvrager, maar ook met het proces van de hulpverlening zelf.

In de volgende bladzijden zullen we uitvoeriger op de drie fasen van het hulpverleningsproces in de eerste lijn ingaan.

I Intake

Niet iedereen, die besluit om een hulpverlener te raadplegen heeft een duidelijk beeld over wat hij precies komt vragen. Wanneer iemand in één of ander lichaamsdeel pijnklachten heeft is het hem lang niet altijd duidelijk of hij naar de dokter gaat, omdat hij van de pijn af wil, of dat het veel meer is: dat de pijn hem verontrust en dat hij deze ongerustheid wil laten wegnemen. Ook kan de pijn een uiting zijn van een veel algemener onbehagen, dat hij zich vaag realiseert, maar dat hij niet precies weet te plaatsen. Vandaar dat het van groot belang is om de eigenlijke hulpverlening te laten voorafgaan door een fase waarin uitvoerig wordt stilgestaan bij de vraag zelf.

Voordat een patiënt (hulpvrager) naar de huisarts (hulpverlener) toe gaat is in feite het hulpverleningsproces al op gang gekomen. Voordat de patiënt over de drempel van de spreekkamer stapt heeft hij al verwachtingen over wat er gaat gebeuren.

De verwachtingen van de patiënt kunnen onderscheiden worden:

- a Naar de rol van de dokter: de patiënt heeft een beeld over de rol, die de dokter vervult in de gezondheidszorg. Zijn verwachtingen worden mede hierdoor bepaald.
- b Naar de persoon van de dokter: de patiënt kent doorgaans zijn dokter. Hij zal zijn wijze van vragen daarop afstemmen.

("Mijn dokter is een man van weinig woorden, daar moet je niet met lange kletsverhalen aankomen").

c Naar de opvatting, die de patiënt heeft over zijn klacht. Iedere patiënt denkt iets over zijn klacht. Hij denkt dat het zal zijn; hij vreest, dat het zal zijn; hij heeft maar één angst, nl. dat het zal zijn.

d Naar het doel dat de patiënt wil bereiken. Veel patiënten hopen geholpen te worden, zonder zich daarbij een duidelijk beeld te maken over de wijze waarop dat zal gebeuren. Anderen hopen op een bepaald soort pillen, een bepaald soort onderzoek, het wegnemen van bepaalde angsten of het aantonen van bepaalde afwijkingen.

Bij het voeren van een intake gesprek zal de arts rekening moeten houden met al deze kanten van de verwachting, die bij de patiënt leeft.

Aan een dergelijk intake gesprek is een aantal facetten te onderscheiden die weliswaar in het gesprek door elkaar heen lopen, maar die de hulpverlener moet trachten te onderscheiden.

a Het Klimaat: hoe onbekender en onduidelijker een situatie is, hoe meer mensen geneigd zijn om hun onderlinge gesprek een objektief karakter te geven. Om achterliggende persoonlijke gevoelens over een bepaald onderwerp te kunnen inbrengen, moet er een sfeer van veiligheid bestaan. Een hulpvrager zal des te gemakkelijker geneigd zijn iets van zijn eigen gevoelens te laten zien, naarmate hij meer het gevoel krijgt niet beoordeeld (of veroordeeld) te worden en vrij te zijn in het al of niet aanvaarden van aangeboden adviezen of therapieën.

De hulpverlener zal erop bedacht moeten zijn, tijdens het intake gesprek een zodanig klimaat te scheppen dat dit faciliterend is voor het uiten van gevoelens.

b Vraagverheldering: zoals gezegd dient het intake gesprek ertoe, dat hulpvrager en hulpverlener een zo duidelijk mogelijk beeld krijgen over datgene, waarmee de hulpvrager komt.

Hiertoe is het o.a. van belang om zich af te vragen met welk soort vraag de hulpvrager komt.

Artsen (en andere hulpverleners) zijn geneigd om het min of meer vanzelfsprekend te vinden, dat een patiënt met een hulpvraag komt. Toch is dat lang niet altijd het geval. Een patiënt, die lichamelijke klachten heeft en zich daar ernstig ongerust over maakt, kan van mening zijn, dat een uitgebreid specialistisch onderzoek de enige manier is om achter de oorzaak van zijn klachten te komen.

Hij komt dan niet zozeer bij de huisarts hulp vragen, maar hij komt met het doel om een verwijskaart voor de specialist te krijgen. Een dergelijke vraag is niet zozeer een hulpvraag maar een doelvraag.

Dergelijke doelvragen komen vrij vaak voor. Wanneer een patiënt slaapstoornissen heeft kan het zijn, dat het doel van zijn bezoek het verkrijgen van slaaptabletten is. Eventueel is hij bereid daarvoor tegemoet te komen aan de behoefte van de arts om hulp te bieden. Iedere huisarts kent wel zo'n patiënt, die slaaptabletten komt vragen en vervolgens bereid is om te praten over zijn dukke werkzaamheden of over enige andere zorgen. De arts krijgt dan het gevoel, dat hij op weg is naar probleemverheldering bij de patiënt tot hij uit de droom geholpen wordt door de slotvraag van de patiënt: "Ja dokter, maar ik zou toch graag wat tabletten van u willen hebben, zodat ik weer eens goed kan slapen".

Ook is het mogelijk dat patiënten zich bij de dokter een alibi komen verschaffen; een alibi, dat de dokter hen vanwege zijn plaats in de gezondheidszorg of op grond van het aan hem toegekende gezag kan bieden. Wanneer een patiënt vreest, dat een kontrollerende instantie hem vroegtijdig aan het werk zal sturen, komt hij niet bij de dokter om genezen te worden, maar om bevestigd te krijgen, dat hij nu ziek is.

Een gezinslid, dat geen oplossing meer weet voor de relatieproblemen in het gezin krijgt allerlei klachten, die hem/haar in staat stellen om zich aan moeilijke situaties te onttrekken. Wanneer de andere gezinsleden over dit gedrag geïrriteerd raken of hun twijfel uiten over de ernst van de klachten, moet de dokter als autoriteit dienen, die de klachten als serieus erkent.

Er kan een scheve situatie ontstaan, wanneer de dokter maar probeert om de klachten te verhelpen, terwijl dat het laatste is waarvoor de patiënt komt. Het enige wat deze dan nog kan doen is telkens nieuwe klachten produceren.

Het is dus van belang om in de intake fase onderscheid te maken tussen een hulpvraag, een doelvraag en een alibivraag.

De geneeskundige methode heeft ons geleerd om zo nauwkeurig mogelijk geïnformeerd te raken over de inhoud van de klacht. In de intake fase is het juist de bedoeling om de inhoud van de vraag of van de klacht nog te laten rusten. Gaan de gesprekspartners al op de inhoud van een klacht in, dan gaan zij er in feite al vanuit, dat deze klacht de reden van de komst is en dat het voor beiden al duidelijk is wat er met die klacht moet gebeuren.

In de intake is dit nu juist niet het geval. De intake is bedoeld om erachter te komen, wat de patiënt nu eigenlijk vandaag bij mij met deze klacht komt doen. In het intake-gesprek kunnen daartoe de volgende vragen aan de orde worden gesteld:

- Wat is precies de vraag waar het nu om gaat?

Patiënten hebben nogal eens de neiging om een konsult te beginnen met: "Dokter, ik kom eens bij u met mijn keel". De dokter begaat dan soms de vergissing om deze konstatering als een vraag op te vatten. (d.w.z. hij maakt er zelf een vraag van). Beter zou het zijn, wanneer hij na het in ontvangst nemen van deze konstatering de patiënt uitnodigt om zijn/haar vraag te stellen.

- Wat zijn de motieven om met deze vraag op dit moment hier te komen?

Veel patiënten (hulpvragers) lopen maanden met vragen of klachten rond. Een bijkomende faktor (t.v.uitzending, dood van een vriend, problemen op het werk) of een verandering van de klacht zelf doet hem/haar besluiten vandaag te gaan.

- Welke ideeën en gevoelens heeft de patiënt over zijn klachten en welke hulp verwacht (hoopt, vreest) hij?

Verheldering over deze vragen is niet eenvoudig te krijgen. Patiënten zijn snel geneigd zich tevoren al afhankelijk op te stellen en geven het stereotype antwoord: "Ik weet het niet, u bent dokter". Met dit antwoord suggereert de patiënt, dat hij als een onbeschreven blad naar de dokter is toegegaan. Natuurlijk is dat niet zo (zie blz.13). Iedereen denkt, hoopt, vreest of verwacht wel iets aangaande zijn klachten. Vooral tegenover een deskundige is dit blijkbaar moeilijk te uiten. Patiënten zijn bang uitgelachen te worden of te horen te krijgen: "Dat zal ik wel bepalen wat u mankeert". Een veilig gespreksklimaat maakt het voor de patiënt gemakkelijker zich over deze vragen te uiten.

Voor het opstellen van een handelingsplan is het wel zaak om achter de ideeën en de verwachtingen van patiënten te komen. Leken hebben dikwijls heel andere voorstellingen over hun eigen lijf dan deskundigen. Wanneer je vanuit je deskundigheid dan hart en longen gaat nakijken kan het zijn dat de patiënt juist een nierziekte vreest, zonder dat dit ter tafel komt.

Een dokter is gauw geneigd te veronderstellen, dat een patiënt (natuurlijk) komt om van zijn klacht te worden afgeholpen. Daarom staat hij snel klaar met een tablet of een advies. Een zorgvuldige intake leert echter, dat veel patiënten helemaal geen medikament verwachten, maar uitsluitend om geruststelling komen.

Wanneer de dokter de verwachting van de patient niet kent, handelt hij vanuit zijn veronderstelling over deze verwachting of uitsluitend vanuit zijn deskundigheid. Dit geeft nogal eens aanleiding tot misverstanden, die maanden (soms jaren) kunnen duren.

Het bovenstaande kan de suggestie wekken, dat de patiënt wel met een duidelijk omschreven beeld over wat hij wil naar de dokter gaat, maar hij er alleen niet toe komt om dit te uiten. Helaas is het niet zo eenvoudig. De meeste patiënten zijn zich maar ten dele bewust, wat ze eigenlijk komen vragen; ook al omdat het zich bewust worden van een vraag achter de vraag meteen betekent, dat men zich zijn situatie meer bewust wordt. Veel klachten komen juist voort uit het feit, dat dit bewustworden zo krampachtig door de patiënt wordt afgehouden.

Voor een 1e-lijns hulpverlener is altijd de moeilijkheid dat hij zich enerzijds zo moet opstellen, dat de hulpvrager een optimale kans krijgt om voor zichzelf de vraag wat helderder en bewuster te krijgen, maar anderzijds aan de hulpvrager de gelegenheid moet geven om te kunnen zeggen tot hier en niet verder.

Bij de praktische oefeningen over de intake zal deze vraag voortdurend aan de orde komen. Hier kan in het algemeen worden gesteld, dat naarmate de hulpverlener in staat is meer te reageren vanuit het referentiekader van de patiënt dan vanuit zijn eigen referentiekader, de hulpvrager meer mogelijkheid heeft zijn eigen keuze te maken.

- c Het formuleren van de hulpvraag: Tijdens de fase van vraagverheldering is het de dokter (hopelijk) duidelijk geworden waar de patiënt voor komt. Maar niet alleen de dokter moet dit duidelijk geworden zijn. Ook bij de patiënt kan de oorspronkelijk wat vage vraag helderder geworden zijn. Het is daarom goed om als afsluiting van de verheldering de dan duidelijk geworden vraag nog eens te formuleren. De patiënt heeft dan bovendien de mogelijkheid nog een korrektie aan te brengen. Zo kan het b.v. voorkomen, dat de ongerustheid over bepaalde klachten in het gesprek een sterk aksent heeft gekregen. Wanneer de dokter de vraag dan nog eens samenvat b.v. in een zin als: "Ik begrijp, dat u al enkele weken pijn heeft onder in uw rug, maar dat deze pijn op zich voor u niet zo'n probleem is, maar dat u zich vooral afvraagt of uw nieren wel in orde zijn", biedt hij de patiënt gelegenheid om dit te corrigeren.

Een antwoord van de patiënt zou b.v. kunnen zijn:

"Ja inderdaad, ik maak me ongerust over mijn nieren, want nierziekten komen zoveel in mijn familie voor, maar aan de andere kant heb ik er ook erg last van. Soms lig ik er 's nachts tijden van wakker". Het wordt dan duidelijk, dat ongerustheid één aspect van de vraag is, maar dat de patiënt wel degelijk door de pijn wordt gehinderd.

Het formuleren van de vraag vormt de overgang naar de laatste fase van de intake:

d Het opstellen van een handelingsplan: In deze fase doet de dokter aan de patiënt voorstellen over de weg waarlangs mogelijke oplossingen voor de vraag van de patiënt kunnen worden gevonden. Hierbij gaat de deskundigheid van de dokter een belangrijke rol spelen. De dokter zal zich daarbij twee dingen afvragen:

- Welke deskundigheid staat mij (of anderen) ter beschikking, waardoor de vraag van de patiënt kan worden beantwoord?
- Geven de vragen of klachten van de patiënt mij aanleiding om buiten de vraag van de patiënt om voorstellen te doen over bepaalde onderzoeken.

Wat de eerste vraag betreft gaat het erom te bepalen of en zo ja welke medische onderzoeken de patiënt verder kunnen helpen. Daarnaast zal de dokter dienen na te gaan of medisch onderzoek wel de weg (of de enige weg) is, die tot een oplossing leidt. Het kan zijn, dat zowel medisch onderzoek, als een aantal gesprekken over b.v. relationele problemen van belang kunnen zijn. Beide wegen kunnen dan tegelijk in het plan worden opgenomen.

Wat de tweede vraag betreft gaat het erom, dat de dokter vanuit zijn deskundigheid onderzoeken van belang acht, die buiten de vraag van de patiënt liggen. Zo kan b.v. een vrouw van 55 jaar op het spreekuur komen vanwege seksuele problemen en in het voorbijgaan vertellen, dat zij van tijd tot tijd bloed per vaginam verliest. Zij zelf schrijft dit toe aan de coïtus problemen en verwacht een oplossing in die richting.

De dokter weet echter dat bloedverlies in de menopauze een verdacht symptoom is voor een neoplasma. Vanuit zijn deskundigheid zal hij daarom een uitvoerig gynaecologisch onderzoek voorstellen, alhoewel de vrouw daar vanuit haar eigen probleem niet om heeft gevraagd.

Het opstellen en bespreken van een handelingsplan heeft methodisch twee voordelen.

In de eerste plaats krijgt de patiënt een beeld van wat er precies gaat gebeuren. Het waarom van allerlei vragen (anamnese) en onderzoeken wordt duidelijk. Ook kan al iets gezegd worden over wat er wel of niet kan worden gevonden c.q. uitgesloten. Ook kan tegelijk duidelijk worden gemaakt, dat een medisch onderzoek gewenst is, maar b.v. een gesprek over relationele problemen evenzeer. Daarmee voorkom je, dat een negatief uitgevallen medisch onderzoek ongeveer hetzelfde is als de veroordeling van een patiënt tot een "zenuwlijder".

In de tweede plaats is het opstellen van een handelingsplan nuttig voor de dokter. In de volgende konsulten kan hij zich dan aan deze lijn houden. Verschillende dingen lopen dan niet door elkaar heen door onverwachte gebeurtenissen. Zonder handelingsplan kan het gebeuren dat de onverwachte vondst van een galsteen de bestaande relationele problemen op de achtergrond dringt of omgekeerd, dat het inbrengen van allerlei problematiek door de patiënt in volgende konsulten de aandacht afleidt van een zorgvuldig medisch onderzoeksplan. Een geformuleerd handelingsplan kan daarnaast ook de beoordeling van de resultaten en een goede feedback, waarop verderop wordt ingegaan, vergemakkelijken.

II Handelingsplan

Een handelingsplan kan globaal in vijf verschillende richtingen gaan:

- a De patiënt beëindigt na de vraagverheldering de hulpverlening. Wanneer een intake-gesprek als resultaat heeft gehad, dat de oorspronkelijke vraag van de patiënt voor hem veel duidelijker geworden is, kan het zijn dat hij daarna geen hulp meer nodig heeft.

Het kan zijn, dat hij begrijpt dat de dokter nu eenmaal geen antwoord kan geven op deze vraag en dat hijzelf dit antwoord zal moeten geven.

Ook kan het zijn, dat het hem/haar duidelijk geworden is, dat het in feite gaat om emotionele- of levens-(keuze) vragen, die hij/zij niet met de dokter wil behandelen, maar waarvoor de patiënt zijn eigen weg en gesprekspartners wil zoeken (b.v. huwelijkspartner of vrienden).

b Onderzoek via de geneeskundige methode.

Dit plan zal het veelvuldigste voorkomen vanwege de specifieke deskundigheid van de dokter op dit gebied.

Pas in deze fase komt de geneeskundige methode aan bod. Via anamnese, onderzoek, diff. diagnose, diagnose en therapie zal de dokter - al of niet met behulp van een specialist - trachten antwoord te geven op de vraag van de patiënt.

c Gesprek over aanvaarding van ander soort hulp.

Het kan zijn, dat het bij de intake duidelijk is geworden, dat de patiënt niet geholpen kan worden binnen de geneeskundige methode. Voor veel patiënten vraagt dit om een omschakeling.

De algemene verwachting van patiënten is nog altijd, dat er hulp aan hen wordt verleend. Een patiënt is gewend zichzelf als het ware in te leveren. "Kijk eens naar me en zeg me wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren". Dit is niet alleen een algemeen verwachtingspatroon, maar ook één van de redenen van de problemen van patiënten. Voor veel mensen met problemen is juist de moeilijkheid om zich anders tegenover de problemen te gaan opstellen. Men hoopt voortdurend, dat de situatie verandert en dat daardoor de problemen zullen verdwijnen.

Dit gegeven maakt het voeren van gesprekken die erop gericht zijn om patiënten ertoe te brengen zelf met hun problemen aan de gang te gaan of verwijzingen naar psychiaters, psychologen of maatschappelijk werkers dikwijls zo zinloos.

De patiënt hoopt maar al te vaak een pil, een advies of een leefregel te krijgen, waardoor de problemen zullen verdwijnen. (Een moeder, die met haar kind naar het M.O.B. wordt verwezen hoopt op een opvoedingsadvies en verwacht geen gesprek over haarzelf of over de gezinsrelaties).

Doorgaans zijn patiënten niet gemotiveerd tot gesprekken waarbij het belangrijkste aandeel door henzelf moet worden geleverd.

Wanneer de dokter dan ook van mening is dat de patiënt het beste gediend is met een psychotherapeutische of relationeel therapeutische hulp, zal hij de patiënt eerst moeten motiveren tot het aanvaarden van een dergelijk soort hulp.

Dit vraagt een speciale deskundigheid. Vaak zal het nodig zijn om hiertoe een aantal gesprekken met de patiënt te voeren.

d Het verlenen van andere hulp bij voldoende motivatie.

Bij die patiënten, die wel een helder beeld over en een voldoende motivatie tot een andere dan medische hulp hebben, is het mogelijk om deze hulp direkt te starten.

Afhankelijk van de deskundigheid van de dokter kan deze hulp door hemzelf worden gegeven, al of niet met consultatie van een deskundige of de patiënt kan door de dokter worden verwezen.

Wanneer de dokter in een samenwerkingsverband werkzaam is, hoeft deze verwijzing niet plaats te vinden naar een 'instituut'. Voor de patiënt is dit niet zo schrikwekkend en de dokter kan als konsulent betrokken blijven bij het vervolg van het hulpverleningsproces.

e Begeleiding van de patiënt.

Er zullen ook nogal wat patiënten zijn, die nòch via het medische model kunnen worden geholpen, nòch voldoende gemotiveerd zijn om andersoortige hulp te aanvaarden. Toch zullen deze patiënten behoefte hebben aan steun.

Voor deze patiënten zal het nodig zijn, een soort ondersteunende begeleiding te geven. De dokter zelf zal hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. In een samenwerkingsverband is het mogelijk, dat deze begeleiding (tijdelijk) wordt overgenomen door de wijkverpleegkundige of de maatschappelijk werker.

f Afwijzen van oneigenlijke hulpvragen.

In een aantal gevallen is het duidelijk, dat de huisarts het soort hulp, dat gevraagd wordt niet kan geven en dan is het in het belang van patiënt en dokter, dat de dokter een dergelijke vraag duidelijk afwijst.

Sommige patiënten hebben zo'n binding aan hun huisarts, dat zij zelfs met b.v. financiële hulpvragen (b.v. belastingen) bij hun dokter aankloppen. Het is duidelijk, dat de inhoudelijke kant van deze vraag door de dokter beter kan worden afgewezen, hoeveel verstand hij toevallig dan ook van belastingvraagstukken kan hebben.

Moeilijker is het, wanneer iemand bij de dokter komt om hem af te sturen op een familielid, dat zo nodig doktershulp moet hebben, maar dit zelf niet wil.

("Dokter, kunt u nu niet eens met mijn zoon praten en zeggen, dat hij")

III Procesbewaking

Om een methode goed te kunnen hanteren is het nodig om het hele verloop van de methode te bewaken. Daartoe is in de eerste plaats nodig dat het proces van de hulpverlening goed wordt vastgelegd.

Registratie: De geneeskundige methode kent een uitstekend registratiesysteem. Iedere ziekenhuisstatus kent statusformulieren, waarin anamnese, onderzoek, diagnose, therapie en follow-up apart -eventueel met onderverdelingen- voorkomen.

In de huisartsenpraktijken is dat nooit zo goed gelukt. Enige registratie is pas goed op gang gekomen na de oprichting van het NHG, maar ook dat is geen groot succes geworden.

Eén van de redenen hiervan is, dat huisartsen alleen maar de geneeskundige methode kennen en dat zij altijd het gevoel hebben, dat registratie uitsluitend binnen deze methode nèt niet vastlegt waar ze mee bezig zijn. Wanneer huisartsen volgens de hulpverleningsmethode zouden gaan werken, zouden ze hun registratie daar ook op kunnen inrichten.

Denkbaar zou zijn een registratie, die verdeeld is in de volgende onderdelen:

- beginvraag
- verhelderde vraag
- handelingsplan
- uitvoering
- follow up

Onder het hoofd uitvoering zouden dan o.a. de gegevens komen, die thans vaak de enige gegevens zijn, die genoteerd worden.

Feedback: Een tweede belangrijk onderdeel van de procesbewaking is het bewust hanteren van een regelmatige feedback op het proces tot nu toe, naar aanleiding van de huidige toestand van de patiënt.

Al of niet bewust past iedere arts in zijn dagelijks werk het feed-back mechanisme toe. Wanneer een patiënt met rugklachten na een onderzoek van de rug, dat leidde tot de diagnose myalgie, en de therapie warmte en smeersel, na enige dagen terugkomt met de mededeling, dat de klachten niet zijn verbeterd en de pijn nog voortduurt, kiest de arts dikwijls uit twee mogelijkheden: òf hij schrijft een analgeticum voor òf hij onderzoekt de patiënt nogmaals om b.v. een neuralgie of een hernia uit te sluiten.

In het eerste geval gaat zijn feed-back terug tot aan de therapiefase, daarbij implisiet of eksplisiet ervan uitgaande, dat zijn diagnose juist was.

In het tweede geval trekt hij na of zijn aanvankelijke diagnose wel juist is geweest.

Wanneer een feed-back niet bewust en op geleide van enige criteria wordt toegepast kan men vaak zgn. 'feed-back automatismen' zien verschijnen. Zo ziet men nogaleens op universiteitspoliklinieken, dat patiënten na een aanvankelijk uitvoerig onderzoek gedurende maanden met wisselende therapieën worden behandeld. Dan volgt een periode van hernieuwd onderzoek in een nieuwe richting, het formuleren van een nieuwe (waarschijnlijkheids) diagnose waarop wederom een periode met wisselende therapie volgt. Wanneer men bij een patiënt éénmaal in dit automatisme is vervallen komt het voor, dat er geen feed-back wordt toegepast naar de voorvraag: "Hoort deze patiënt hier wel thuis".

Feed-back binnen de hulpverleningsmethode houdt in, dat bij het niet verkrijgen van het verwachte resultaat systematisch wordt nagegaan of de intake dan wel bepaalde onderdelen van het handelingsplan moeten worden herzien.

Wanneer huisartsen zouden besluiten om via de methode van hulpverlening te gaan werken zou het aanbeveling verdienen, dat zij hun registratiesysteem daarop zouden gaan afstemmen.

Amsterdam, maart 1976.

H.J. van Aalderen.