

VOORLICHTING OVER GEZONDHEID EN ZIEKTE

6

VERSLAG  
PROVINCIALE GEZONDHEIDSDAG  
1988



Dinsdag 26 april 1988  
De Tamboer te Hogeveen

Provinciale raad voor de volksgezondheid  
in de provincie Drenthe  
Ceresstraat 17  
9401 DP Assen  
Telefoon: 05920-15089

| INHOUD   | Pagina |
|--|--------|
| - <b>Opening</b><br>door de heer M.L.C.M. Schneemann, voorzitter van de Provinciale raad voor de volksgezondheid in Drenthe  | 5      |
| - <b>Planmatige gezondheidsvoorlichting</b><br>prof. dr. G.J. Kok, hoogleraar in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht | 6      |
| - <b>Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de Drentse praktijk</b><br>dr. S. Siero, coördinator Stichting Dienstverlening GVO-Drenthe, Assen                        | 9      |
| - <b>De voorlichting aan de patiënt in het ziekenhuis</b><br>drs. J.S. Dubbelboer, Nationaal ziekenhuis instituut, Utrecht   | 16     |
| - <b>Geneesmiddelenvoorlichting</b><br>drs. W. Hospes, apotheker Wilhelminaziekenhuis, Assen   | 24     |
| - <b>Voorlichting over alcohol- en drugsgebruik</b><br>ir. W.E. van Dalen, Consultatiebureau voor alcohol en drugs, Assen  | 37     |
| - <b>De mondige patiënt</b><br>R. Kremer, voorzitter Patiëntenplatform Drenthe, Assen  | 46     |
| - <b>Forumdiscussie</b><br>onder voorzitterschap van drs. G. den Duyn, beleidsmedewerker Provinciale Raad voor de volksgezondheid in Drenthe                           | 51     |
| - <b>Samenvatting</b><br>dr. P.Th. Smit, directeur-arts Provinciale raad voor de volksgezondheid in Drenthe  | 60     |
| - <b>Deelnemerslijst</b>   | 62     |



## OPENING

door dhr. M.L.C.M. Schneemann, voorzitter P.R.V.-Drenthe

Dames en heren,

Gaarne richt ik een bijzonder woord van welkom tot de aanwezige autoriteiten en de sprekers prof. Kok, de heer Siero, de heer Dubbelboer, de heer Hospes, de heer Van Dalen en de heer Kremer.

Welkom op onze 19e provinciale gezondheidsdag in Drenthe, die wij voor de variatie - vorig jaar waren we met de "Vergrijzing en volksgezondheid" in het provinciehuis in Assen - nu weer eens houden in De Tamboer in Hogeveen, één van de HEMA-steden in Drenthe, waar men graag wat onderneemt.

De onderneming die wij vandaag op touw gezet hebben, is het centraal stellen als thema van een betrekkelijk nieuwe loot aan de stam van de gezondheidszorg-wetenschappen, de g.v.o.: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; op de scholen gebruikt men het wat deftiger woord gezondheidseducatie, als ik goed ben ingelicht.

Deze wetenschap is nog zo jong, dat we in Nederland eigenlijk nog maar één pur-sang hoogleraar op dit gebied hebben en wel aan de Rijksuniversiteit Limburg: we zijn er dan ook een beetje trots op dat wij hem, prof. Kok, vandaag in ons midden hebben.

G.v.o.: wij lichten vandaag niet rechtstreeks voor, maar discussiëren over de wijze waarop je dient voor te lichten. Vandaar dat u, doelgroep in de zaal, dan ook voornamelijk bestaat uit beleidsmakers en "intermediairen", mensen die zelf g.v.o. zullen gaan hanteren, hetzij in de gezondheidszorg hetzij in het onderwijs.

Omdat we indruk hebben dat g.v.o. als nieuwe eend in de volksgezondheids-bijt wel eens wat geïsoleerd zou kunnen gaan rondzwemen, leek het ons goed het onderwerp te koppelen aan het thema patiëntenvoorlichting. Na de lezingen van de heren Kok en Siero, zullen de heren Dubbelboer, Hospes en Van Dalen dit programma-onderdeel voor hun rekening nemen in korte voordrachten.

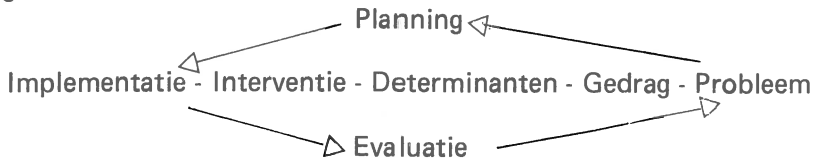
Vóór de forumbespreking heeft daarna de heer Kremer, namens het Patiënten Platform Drenthe het laatste woord.

Dames en heren, ik wens u namens het bestuur van de P.R.V. een geslaagde symposium-middag toe.

## PLANMATIGE PATIËNTENVOORLICHTING

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (g.v.o.) is een planmatige activiteit, bedoeld om het gedrag van mensen te beïnvloeden in een meer gezonde richting. G.v.o. kan alleen maar effectief zijn wanneer het zorgvuldig voorbereid en opgezet wordt. In figuur 1 geven we een model weer waarin dat zichtbaar wordt.

Figuur 1



Een voorbeeld over rookpreventie:

- Hoe ernstig is het probleem? Hart- en vaatziekten en kanker vormen de eerste twee doodsoorzaken.
- Welk gedrag is aan het probleem gekoppeld? Meerdere, maar de rol van roken is evident. Stoppen is moeilijk, dus preventie is zeer belangrijk.
- Wat zijn de determinanten van het gedrag? Jongeren beginnen vooral te roken als gevolg van sociale druk: leeftijdsgenoten, familie, reclame, massamedia.
- Hoe kunnen de determinanten en het gedrag beïnvloed worden? Voor een belangrijk deel door voorlichting; en dan vooral in het trainen van de vaardigheid om sociale druk te weerstaan.
- Hoe kan zo'n programma het beste geïmplementeerd worden? Via de scholen, die benaderd worden door lokale g.v.o.-consulenten.
- Is de implementatie gelukt? Gebruiken de scholen het programma?
- Is de interventie uitgevoerd zoals bedoeld? Hebben de leerlingen bijvoorbeeld de informatie begrepen?
- Zijn de beoogde determinanten veranderd? Kunnen leerlingen beter "nee" zeggen tegen de aangeboden sigaret?
- Is het gedrag veranderd? Roken er minder jongeren uit de groep die het programma heeft gehad dan uit de groep die het programma niet heeft gehad?
- Is het probleem opgelost of verminderd? Komen hart- en vaatziekten en kanker - over 30 jaar - minder vaak voor?

Dit voorbeeld is kort uitgewerkt. In de praktijk kost het veel meer tijd en moeite. Moet dat nu zo ingewikkeld? Het antwoord is "ja". Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van g.v.o. bepaald wordt door de kwaliteit van de planning (Jonkers e.a., 1988). De hier genoemde stappen kunnen niet naar keuze overgeslagen worden: elke stap is essentieel. Kijken we beter naar de determinanten en de interventie.

## Determinanten

We weten globaal de determinanten van gedrag: attitude, sociale normen en eigen effectiviteit. De attitude is de eigen opvattingen over het gedrag; een afweging van alle voor- en nadelen. De sociale normen zijn de gepercipieerde verwachtingen van anderen, gewogen door de mate waarin iemand zich daar iets van aantrekt. De eigen effectiviteit is de inschatting of iemand zich in staat acht om het gedrag uit te voeren. Als iemand wil stoppen met roken, dan dient de attitude positief te zijn: niet roken krijgt de voorkeur. Dan moet de sociale norm positief zijn: sociale steun voor niet-roken. Tenslotte moet de eigen effectiviteit positief zijn: dus iemand moet zichzelf in staat achten tot stoppen, eventueel met hulp.

## Gezondheidsbevordering

Als de determinanten bekend zijn dan komt de vraag naar de interventie. Dat kan voorlichting zijn, maar dat hoeft niet. In figuur 2 wordt een model gepresenteerd van gezondheidsbevordering.

Figuur 2

|               | Voorkomen van ziekte | Vroege opsporing | Patiënten-zorg |
|---------------|----------------------|------------------|----------------|
| Voorlichting  |                      |                  |                |
| Voorzieningen |                      |                  |                |
| Regulering    |                      |                  |                |

Horizontaal staan de drie doelen van gezondheidsbevordering. Rookpreventie of AIDS-preventie zijn pogingen om de ziekte te voorkomen. Borstkankerscreening of training van huisartsen in het opsporen van alcoholproblemen zijn voorbeelden van vroegtijdige opsporing,

om erger te voorkomen. Patiëntengroepen of kookkursussen voor diabeten zijn vormen van patiëntenzorg. De voorbeelden gaan weer vooral over voorlichting. Maar ook over meer: er moeten bijvoorbeeld wel goede screeningsvoorzieningen zijn. En ongelukken in het verkeer worden o.a. voorkomen door wetgeving met betrekking tot autogordels en motorhelmen.

In principe is er een wezenlijk verschil tussen voorlichting en regulering. Voorlichting gaat ervan uit dat mensen uit zichzelf tot ander gedrag te brengen zijn. Regulering gaat ervan uit dat mensen gedwongen moeten worden om ander gedrag te vertonen. Regulering werkt ook alleen maar met controle (denk aan de maximum snelheid). Voorlichting heeft heel weinig kans als de situatie een zogenaamd sociaal dilemma is, namelijk wanneer het eigenbelang van de persoon in strijd is met het kollektief belang. Belasting betalen is een mooi voorbeeld. We laten dat niet aan vrijwilligheid over. Anderzijds is voorlichting het enige middel wanneer het gedrag niet gecontroleerd kan worden, bijvoorbeeld kondoomgebruik als AIDS-preventie. De voorlichting over AIDS kan wel en moet ook aangevuld worden met voorzieningen en regulering, als beschikbaarheid van kondooms of schone spuiten, verplichting tot AIDS-voorlichting op scholen etc.

## Slot

G.v.o. kan gedrag in een gezonde richting beïnvloeden. Dat moet dan wel planmatig, zorgvuldig en doordacht. Voorlichting is niet de enige interventievorm. Voorzieningen en regulering zijn vaak nodig en soms beter. G.v.o. is niet eenvoudig, maar wel een uitdaging om te doen.

Prof. dr. G.J. Kok

## Literatuur

Jonkers, R., Liedekerken, P., De Haas, W., Kok, G.J. & Saen, H., 1988.

**Effektiviteit van GVO.** Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, Rijswijk.



## GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN -OPVOEDING IN DE DRENTSE PRAKTIJK

Mijnheer de voorzitter, dames en heren

Wanneer u de vraag zou worden voorgelegd of uw gezondheid voor u in het leven het allerbelangrijkste is dan is de kans groot dat u daar bevestigend op zou antwoorden. In 1981 althans, was 93% van de Nederlandse bevolking het met deze bewering eens. Vergeleken met andere zaken zoals werk, sociale zekerheid, inkomen e.d. blijkt men in Nederland aan gezondheid een meer positieve waarde toe te kennen.

Toch kan niet gesteld worden dat we ons overeenkomstig die waarde gedragen. Ik noem enkele voorbeelden (Figuur 1).

### Figuur 1

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Roken:                        | Percentage rokers is afgenomen (nu 40%).<br>Hoeveelheid gerookte sigaretten niet!             |
| Alcohol:                      | (Vanaf 15 jr.) gemiddeld $\pm$ 700 gld./jaar.<br>700.000 probleemdrinkers (7 of meer glazen). |
| Eten:                         | Teveel calorieën, vet, suiker, zout.  |
| Sporten:                      | 500.000 geregisteerde ongevallen.   |
| Slaap- en kalmeringsmiddelen: | In Drenthe enkele duizenden personen met problemen.   |
| Therapie-ontrouw:             | 30% tot 50% van de adviezen wordt niet opgevolgd.   |

- Hoewel het percentage rokers in Nederland de afgelopen twintig jaar sterk is gedaald en nog steeds daalt (op dit moment rookt 40% van de bevolking) geldt dat niet voor de hoeveelheid sigaretten die wordt geconsumeerd. We kunnen stellen dat steeds minder mensen steeds meer zijn gaan roken. Roken blijft doodsoorzaak nummer één.

- De gemiddelde Nederlander van 15 jaar en ouder geeft per jaar ongeveer 700 gulden uit aan alcoholische dranken. In ons land zijn er 700.000 probleemdrinkers die gemiddeld meer dan 7 glazen per dag consumeren. Vergeleken met 1960 wordt driemaal zoveel alcohol gedronken.
- Het voedingspatroon van de doorsnee-Nederlander kenmerkt zich door een teveel aan vet, calorieën, suiker en zout.
- Het aantal mensen dat zich op een of andere wijze met sport bezighoudt (georganiseerd of ongeorganiseerd) wordt geschat op zes miljoen. Hieraan is echter ook een keerzijde verbonden: het aantal sportongevallen is toegenomen tot circa 500.000 per jaar.
- Naar schatting zijn er in Drenthe enkele duizenden personen die ernstige problemen hebben met het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen.
- Tot slot wil ik ook nog wijzen op een ander verontrustend probleem: de therapie-ontrouw. Van de adviezen die door huisartsen worden gegeven over bijvoorbeeld het gebruik van geneesmiddelen, het volgen van een dieet en dergelijke, wordt naar schatting 30 tot 50 procent niet of onvoldoende opgevolgd.

Hoewel niet alles kommer en kwel is (ik wijs op bijvoorbeeld de afname van het aantal rokers, de toename van de sportbeoefening en dergelijke) kunnen we stellen dat ons gedrag ten aanzien van onze gezondheid over het algemeen te wensen overlaat.

Een afdoende verklaring hiervoor kan ik niet geven. Wel zijn een aantal factoren nader te benoemen die van belang zijn.

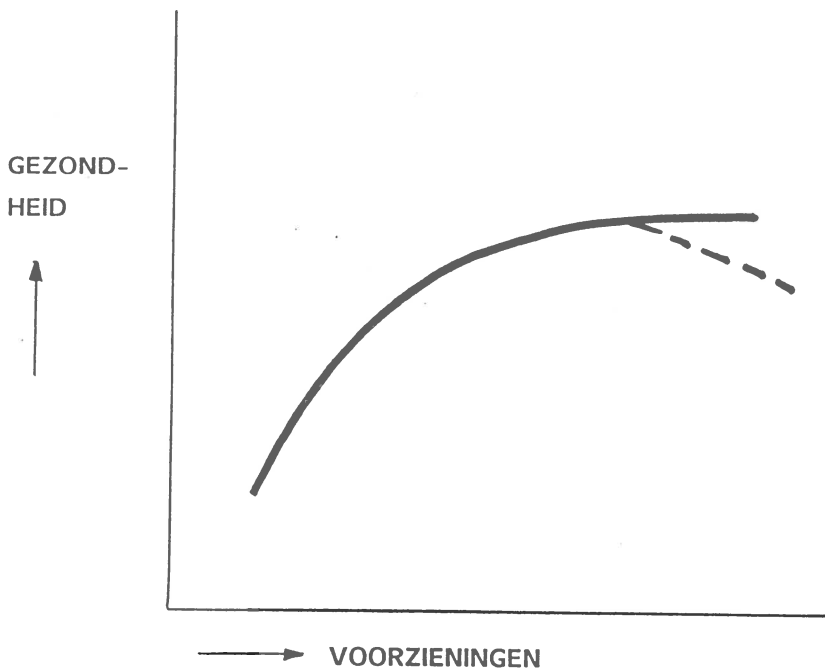
- Op de eerste plaats is "ongezond gedrag" soms prettig; de nadelen doen zich op korte termijn voelen: de voordelen echter op lange termijn.  
Bovendien bestaat het voordeel er vaak uit dat juist iets **niet** gebeurt, hetgeen als weinig belonend wordt ervaren.
- Op de tweede plaats is de relatie tussen gedrag en gezondheid soms ingewikkeld. Zo ontbreekt er nog steeds veel kennis over de preciese effecten van voeding op gezondheid. Een ingewikkelde relatie tussen gedrag en gezondheid maakt voorlichting daarover niet eenvoudig.
- Last but zeker not least moet genoemd worden het feit dat de omgeving van de persoon (hierbij denk ik aan gezinsleden,

vrienden, klasgenoten en kollega's) mede van invloed is op het gezonde danwel ongezonde gedrag. Ook de maatschappelijke omstandigheden bepalen mede het gedrag.

In 1986 deed de regering een beleidsnota verschijnen (de zogeheten Nota 2000) waarin zij pleitte voor een veranderde leefstijl van de bevolking. Gekonstateerd werd dat een toename van het aantal gezondheidszorgvoorzieningen niet heeft geleid tot een verbetering van die volksgezondheid.

De veronderstelling is zelfs geopperd dat door een toename van voorzieningen men zich minder verantwoordelijk voelt voor de eigen gezondheid hetgeen negatieve effecten kan hebben op die gezondheid (figuur 2, stippellijn).

Figuur 2

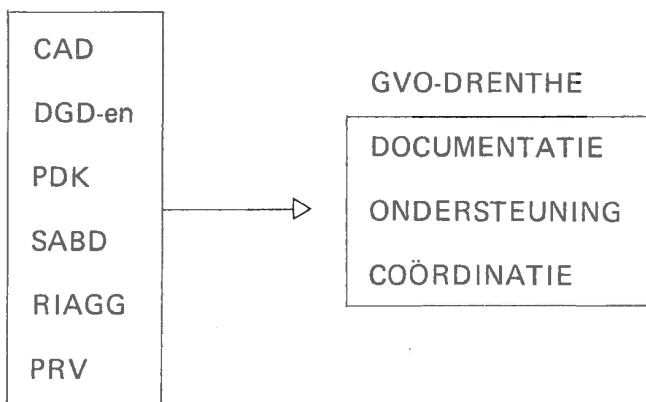


In de nota wordt het accent dan ook verlegd van professionele zorg naar mantelzorg en zelfzorg. Daarbij wordt een zware wissel getrokken op g.v.o./preventie.

De regeringsnota houdt overigens voor wat de visie op g.v.o. betreft geen beleidswijziging in.

De afgelopen tien jaren mocht g.v.o. zich steeds verheugen in een toenemende belangstelling. In Drenthe heeft dat geresulteerd in een groot aantal g.v.o.- en preventie-functionarissen werkzaam bij instellingen als de Provinciale Drentse kruisvereniging, het CAD, de RIAGG, de basisgezondheidsdiensten, de Schooladvies- en begeleidingsdienst en de Raad voor de Volksgezondheid (op dit moment ± 18 personen; figuur 3).

Figuur 3



In 1984 hebben deze instellingen de Stichting Dienstverlening GVO-Drenthe opgericht om te komen tot onderlinge afstemming van activiteiten. Om dit te realiseren vindt op verschillende niveaus in de stichting overleg plaats. Zo zijn de participerende instellingen vertegenwoordigd in:

het funktionarissenoverleg,  
het beleidsbepalend orgaan en  
het bestuur.

De belangrijkste taken van GVO-Drenthe zijn (figuur 3):

- |                   |   |
|-------------------|---|
| dokumentatie      | (een uitgebreide bibliotheek met literatuur over allerlei gezondheidsonderwerpen, audio-visueel materiaal, dia-series, wordt up-to-date gehouden)           |
| ondersteuning     | (GVO-Drenthe participeert in verschillende adviescommissies en werkgroepen, organiseert cursussen, verspreidt een informatiebulletin, GVO/Preventie Nieuws) |
| en<br>koördinatie | (in de stichting vindt regelmatig overleg plaats over afstemming van activiteiten; in werkgroepen worden gezamenlijke activiteiten ontwikkeld)              |

Het is belangrijk om in te gaan op de werkwijze bij GVO. De activiteiten van de funktionarissen zijn niet zozeer direkt gericht op de Drentse bevolking maar veel meer op de zogeheten intermediairen, zoals bijvoorbeeld onderwijsgevenden in het basis- en voorgezet onderwijs, artsen, verpleegkundigen, ouders, personen werkzaam in het sociaal-kultureel werk etc., etc. Zij zijn het die de inwoners van Drenthe moeten stimuleren om verantwoord om te gaan met hun gezondheid en die van anderen. Eigenlijk zijn deze intermediairen de echte voorlichters en zijn de g.v.o./preventiefunktionarissen degenen die hen daarbij ondersteuning bieden. Ik wil overigens met nadruk wijzen op het feit dat naast de in het schema genoemde instellingen er ook andere Drentse organisaties zijn die voorlichtingsactiviteiten initiëren en ondersteunen. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het Vrouwengezondheidscentrum, de Stichting Consument en Veiligheid, de koördinatoren patiëntenvoorlichting in de algemene ziekenhuizen, etc.

Om u een idee te geven welke g.v.o.-activiteiten zoal in Drenthe worden ontplooid, zal ik enkele voorbeelden noemen (figuur 4):

Figuur 4

## ENKELE VOORBEELDEN

1. WORKSHOPS VOOR HET BASISONDERWIJS
2. WINKELSPEL
3. CURSUS "MEDICIJNEN: GEBRUIK EN MISBRUIK"
4. CURSUS "ALCOHOL & DRUGS"
5. GESPREKSGROEPEN OVER OPVOEDING, DEMENTIE, SLAAPPROBLEMEN
6. CURSUS PSYCHO-SOCIALE LEERLINGBEGELEIDING

1. Sinds augustus '85 is bevorderen van gezond gedrag een verplicht vormingsgebied in het basisonderwijs. Door de SABD zijn in samenwerking met GVO-Drenthe workshops voor onderwijsgeven- den georganiseerd. Het doel daarvan was om hen te informeren over mogelijkheden om in de klas aandacht te besteden aan gezond gedrag.
2. Door GVO-Drenthe wordt in samenwerking met de g.v.o.-funk- tionarissen van de basisgezondheidsdiensten een zogeheten win- kelspel aan de basisscholen uitgeleend. Het is ontwikkeld door het Voorlichtingsbureau voor de Voeding en bestaat uit een nage- bootste winkel met allerlei namaakvoedingsartikelen. Met zo'n winkelspel kunnen allerlei voedingsprojecten in de klas worden uitgevoerd.
3. Door GVO-Drenthe wordt voor de gezinsverzorging en wijkver- pleging een cursus georganiseerd over het gebruik en misbruik van geneesmiddelen. Doel van deze cursus is het vergroten van kennis en vaardigheden om misbruik door cliënten of patiënten te signaleren en bespreekbaar te maken.
4. Het CAD organiseert voor docenten in het voortgezet onderwijs een cursus over alcohol en drugs. Het doel van deze cursus is eveneens het vergroten van kennis en vaardigheden, zodat docen- ten tijdens hun lessen aan deze problematiek gericht aandacht kunnen besteden.

5. De Provinciale Drentse kruisvereniging organiseert gespreksgroepen over bijvoorbeeld opvoedingsvraagstukken, over het omgaan met demente partners, gespreksgroepen voor hartpatiënten en partners, een cursus voor mensen met slaapproblemen, etc.
6. De RIAGG organiseert voor het voortgezet onderwijs een cursus psycho-sociale leerlingbegeleiding. Het doel van deze cursus is het aanleren van vaardigheden om problemen bij leerlingen te signaleren en te bespreken.

Mijnheer de voorzitter, dames en heren,

Dit zijn slechts enkele voorbeelden. Het grote aantal actieve organisaties maakt het onmogelijk om een compleet beeld te schetsen. Ik hoop dat ik daarmee duidelijk heb gemaakt dat in Drenthe ten aanzien van zeer uiteenlopende onderwerpen g.v.o.-ers ondersteuning kunnen bieden. Waar het uiteindelijk om gaat is dat intermediairen het bevorderen van bewuste keuzes ten aanzien van gezondheid zien als een onlosmakelijk onderdeel van hun werk. Dus niet als iets dat "mooi is meegenomen" maar als iets dat een integraal onderdeel is van hun taak. Dan pas is mijns inziens enige gedragsverandering te verwachten bij diegenen met wie zij als intermediair te maken hebben.

Het is de taak van GVO-Drenthe - en dus van de instellingen die daarin participeren - om hen daartoe te stimuleren en daarbij te ondersteunen. We zijn ons bewust - hoewel je soms anders zou willen - dat ook in Drenthe g.v.o. een zaak is van de lange adem.

Dr. S. Siero

## DE VOORLICHTING AAN DE PATIËNT IN HET ZIEKENHUIS

Patiëntenvoorlichting krijgt met de dag meer aandacht in ziekenhuizen. Het is een onderwerp dat duidelijk in de lift zit en heel veel ziekenhuizen maken op dit moment geld en menskracht vrij om een goede invulling aan de voorlichting te geven. Te midden van alle kommer en kwel rond de bezuinigingen mag dit wel eens duidelijk gezegd worden. Het "klantgerichte denken", zoals men dat tegenwoordig noemt, begint goed op gang te komen. Jammer dat meneer Dreesmann van V&D net op zo'n boeiend moment afgehaakt heeft.

"Goed en wel", zult u zeggen, "het onderwerp mag dan in de lift zitten, maar *wat ga ik er als patiënt van merken?*"

Daar wil ik direct een aantal voorbeelden van geven en tevens aangeven wat dit in ziekenhuizen aan *voorwaarden* veronderstelt.

Ik wil samen met u ook nog eens nagaan *waarom patiëntenvoorlichting* in ons land opeens zoveel aandacht krijgt.

En ik wil kort stilstaan bij enkele knelpunten die op dit moment rond de voorlichting optreden.

Tot slot zal ik iets vertellen over het *voorlichtingsproject van de ziekenhuizen in Drenthe en Groningen* en hoe geprobeerd wordt om in dit project op voorhand een aantal knelpunten minder knellend te maken.

### 1. Activiteiten

Wat gaat de patiënt merken van al die activiteiten op voorlichtingsgebied? In de eerste plaats zal het schriftelijk voorlichtingsmateriaal kwalitatief sterk verbeteren en over vele onderwerpen zal er goed materiaal beschikbaar zijn. Naar schatting is op dit moment ongeveer de helft van de Nederlandse ziekenhuizen druk bezig om hun papierwinkel van (slecht gekopieerde) briefjes, foldertjes en brochures onder te brengen in een uniforme, goed uitziende en goed leesbare reeks.

In de tweede plaats wordt er door artsen, verpleegkundigen en para-medici meer tijd uitgetrokken voor voorlichting. Men beseft hoe belangrijk voorlichting is om de patiënt gerust te stellen, om de patiënt duidelijk over een therapie te informeren, om de medewerking van de patiënt te krijgen of om de patiënt bijvoorbeeld te motiveren om aan zelfzorg te doen. De artsen spelen een cruciale rol bij de voorlichting en, in vergelijking met 5 jaar geleden, zijn ze nu veel beter op dit onderwerp aan te spreken. Een voorbeeld: steeds meer artsen doen moeilijke of slecht-nieuwsgesprekken niet meer af in de drukte van het spreekuur, maar nemen een



ander moment van de dag om rustig met de patiënt en eventueel de partner te kunnen praten.

In de derde plaats zullen hulpverleners en ziekenhuizen steeds vaker voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen gaan organiseren voor patiënten.

Er gaat op dit moment al geen middag of avond voorbij of in diverse ziekenhuizen in ons land zit een groep patiënten met een aantal hulpverleners bijeen om geïnformeerd te worden en om ervaringen uit te wisselen. Patiëntenorganisaties hebben hierbij in toenemende mate een belangrijke inbreng. Ziekenhuizen komen er steeds meer achter hoe constructief deze samenwerking kan zijn.

Een ontwikkeling waar men als patiënt ook iets van gaat merken, is de opkomst van patiëntenservice-bureau's of informatiecentra in de hal van het ziekenhuis. Ik schat dat zo'n 25 ziekenhuizen op dit moment zo iets hebben. Sommige daarvan functioneren heel goed, andere beduidend minder. Reden voor veel ziekenhuizen om - terecht - even de kat uit de boom te kijken.

Als patiënt zult u ook andere zaken gaan merken:

- u zult duidelijker op uw rechten (en plichten) gewezen worden
- u zult beter geïnformeerd worden over de hele klachtenbehandeling in het ziekenhuis
- men zal veel vaker expliciet uw toestemming vragen voor onderzoek en therapie
- en uw antwoord: "Daar wil ik graag nog 's goed over nadenken", zal steeds vaker positief gewaardeerd worden door de hulpverleners.

## 2. Voorwaarden

U begrijpt dat er heel wat komt kijken om het perspectief, dat ik u geschilderd heb, inderdaad ook waar te maken. Nu, daar wordt hard aan gewerkt en dat zal ik illustreren.

In de eerste plaats beschikken zo'n 75 ziekenhuizen nu over een zogenaamde coördinator patiëntenvoorlichting. De meesten hebben een part-time-functie en doen de voorlichting naast ander werk (bijvoorbeeld verpleegkundige, hoofd opname, medisch administrateur). De overheid is een aantal jaren geleden begonnen om vijf experimenten met voorlichtingscoördinatoren te subsidiëren. De functie was toen nog onbekend. Het NZI begeleidt en evalueert deze experimenten en de eerste rapportage is inmiddels verschenen. Ik verwacht dat deze - overigens bepaald niet gemak-

kelijke functie - er in steeds meer ziekenhuizen zal komen en dat het aantal beschikbare uren per coördinator zal toenemen. Naar schatting beschikt ook ruim de helft van de ziekenhuizen over een commissie patiëntenvoorlichting. Die zijn niet allemaal even actief. Vaak is er een drijvende kracht nodig (bijvoorbeeld een coördinator) om werkelijk iets van de grond te krijgen. Eveneens beschikken veel ziekenhuizen op dit moment over een beleidsnota met betrekking tot patiëntenvoorlichting. Vaak gaat het om een opsomming van wenselijkheden, waarvan vele nog uitgevoerd moeten worden. Maar het is in ieder geval een pluspunt dat er ook in beleidsmatige zin over de voorlichting nagedacht wordt.

Inmiddels zijn er ook ziekenhuizen die intern opleidingsactiviteiten voor medewerkers gaan opzetten, op het gebied van bejegening, patiëntvriendelijkheid en patiëntenvoorlichting. Soms worden hier adviesbureau's bij ingeschakeld.

In ons land zijn er ook steeds meer opleidingsinstituten die patiëntenvoorlichting in hun pakket opnemen. Ziekenhuizen kunnen medewerkers hier naar toe sturen voor bijscholing. Tot slot kunnen ziekenhuizen in toenemende mate gebruik maken van goed voorlichtingsmateriaal dat gemaakt wordt door patiëntenverenigingen, door organisaties als de Hartstichting en het Asthmafonds en door de industrie (bij voorbeeld fabrikanten van insuline). Er zijn ook diverse uitgeverij die uitgebreidere boekjes uitgeven over bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld asthma, hyperventilatie, dementie).

### **3. Waarom patiëntenvoorlichting?**

In vergelijking met 5 à 10 jaar geleden is patiëntenvoorlichting op dit moment een onderwerp dat bij velen bekend is en waar druk over geschreven wordt. Hoe komt dat?

Ik denk dat het in belangrijke mate te maken heeft met de toenemende mondigheid. We zien het in alle sectoren: onderwijs, kerk, overheidsbeleid. We willen meepraten en de zaken niet zo maar over ons heen laten komen. Nu is die mondigheid van de individuele patiënt vaak nog niet al te groot, maar we zien wel dat met name patiëntenorganisaties duidelijk opkomen voor een betere voorlichting. De patiënt zelf zal het meestal nog niet zo rechtstreeks zeggen tegen zijn hulpverlener, maar uit enquêtes en interviews blijkt dat de voorlichting altijd één van de belangrijkste kritiekpunten is.

Het streven naar betere voorlichting zal sterk gesteund worden door de "Wet op de Patiëntenrechten" die eerdaags van kracht zal worden. Twee belangrijke punten uit deze wet:

- Patiënten moeten voortaan formeel toestemming geven voor ieder onderzoek en iedere behandeling en ze moeten hier van tevoren behoorlijk over ingelicht zijn. In de U.S.A. noemt men dit de "informed consent".

Overigens gaan hulpverleners zelf vaak al over tot deze werkwijze, omdat er steeds meer onderzoeken en ingrepen komen waar men nadrukkelijk de toestemming van de patiënt voor wil hebben (bijvoorbeeld sterilisaties, AIDS-test, esthetische operaties).

- Patiënten kunnen van de hulpverlener verlangen dat de betreffende informatie op schrift wordt gezet.

In de herziene erkenningseisen van 1984 is reeds vastgelegd dat ziekenhuizen zorg moeten dragen voor een goede patiëntenvoorlichting. Als we de erkenningseisen heel letterlijk zouden nemen, zou aan diverse ziekenhuizen de erkenning ontnomen moeten worden (aldus een onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg). Tot slot zien we dat er tussen ziekenhuizen een zekere "concurrentie" ontstaat. Patiënten en huisartsen worden steeds kritischer bij het kiezen van een bepaald ziekenhuis en een bepaalde specialist. Bij die keuze weegt steeds sterker mee of er in het ziekenhuis aandacht wordt besteed aan voorlichting en of de patiënt op een plezierige manier ontvangen en geholpen wordt. Ziekenhuizen en hulpverleners die hun "klantgerichtheid" willen verbeteren, komen al heel snel terecht bij het onderwerp patiëntenvoorlichting.

#### 4. Knelpunten

Er gebeurt dus veel, zowel in uitvoerende als voorwaardenscheppende zin, en er is ook voldoende aanleiding om serieus met het onderwerp patiëntenvoorlichting aan de slag te gaan.

Toch komt het vaak nog moeilijk van de grond. Ziekenhuizen die ermee beginnen, ondervinden diverse knelpunten, waarvan ik enkele belangrijke wil noemen.

- Er is niemand die het geheel trekt. Er is bijvoorbeeld geen coördinator, of de coördinator die er is, mag maar een paar uurtjes per week aan de voorlichting besteden, naast andere drukke werkzaamheden.
- Er is geen beleid en er zijn alleen wat losse activiteiten gaande. De samenhang ontbreekt evenals een duidelijk voorlichtingsbudget. Soms ligt er wel een beleidsnotitie, maar is er vanuit de directie geen ondersteuning.

Onze ervaring is dat je beter kunt stoppen als de directie het niet actief steunt.

- De coördinator is onvoldoende in staat om de coördinatie op zich te nemen, omdat de deskundigheid ontbreekt of omdat hij of zij van niemand inhoudelijke steun krijgt in het ziekenhuis. Als dokter, verpleegkundige of fysiotherapeut heb je altijd collega's waar je mee kunt overleggen. Wij noemen de coördinator wel eens de eenzame fietser. Het is moeilijk werk en in bepaalde opzichten sta je er alleen voor.
- In de vierde plaats gaat in sommige ziekenhuizen de zaak fout omdat men uit is op snelle PR-successen. In vliegende haast wordt met behulp van een huisstijladviseur een aantal folders in elkaar gezet, er wordt in de hal een balie getimmerd en dan trommelt men alle persmensen op. Prima die publiciteit, maar patiëntenvoorlichting is voor bijna 100% zwoegen en "in stilte goed doen", zoals Ollie B. Bommel zegt, en maar af en toe heb je iets waarmee je de pers haalt. Als het ziekenhuis of de directie daar alleen op uit zijn, dan kun je het op langere termijn wel vergeten. Voorlichting is een zaak van lange adem.
- Een ander knelpunt is de zogenaamde "doe-cultuur" in ziekenhuizen. Die cultuur is prima als je met een stilstaand hart binnengereden wordt, maar niet zo goed als het gaat om de opzet van patiëntenvoorlichting. Patiëntenvoorlichting vraagt om een systematische opzet en om een goede verankering in de dagelijkse gang van zaken op het spreekuur en in de kliniek. Patiëntenvoorlichting is meer dan snel even een folder-tje maken. Vanuit het NZI pleiten we voor een methodische, projectmatige aanpak. Alleen dan wordt voorlichting een integraal onderdeel van het hulpverleningsproces.
- En dan kom ik bij het zesde knelpunt, en die zit al in het vorige besloten, namelijk dat veel voorlichtingsactiviteiten zich in de "buitenkant" van dat hulpverleningsproces afspeelen. Folders, video, patiëntenkranten, info-centra, men kan ze als ziekenhuis allemaal hebben, terwijl de voorlichting in de patiënt-hulpverlener relatie volstrekt niet anders of beter is dan 10 jaar geleden. Daarom moeten we naar de "binnenkant", naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt. Daar moet het anders gaan lopen op een gegeven moment.

## 5. Het VZGD-project

Als men al deze knelpunten ziet, zou men bijna ontmoedigd raken. Gelukkig zijn er ook genoeg voorbeelden waar men in staat gebleken is om knelpunten op te lossen of te voorkomen. Toen

de ziekenhuizen in Groningen en Drenthe (verenigd in de VZGD) in 1986 begonnen na te denken over een gezamenlijke aanpak van de patiëntenvoorlichting, is van meet af aan gezocht naar een structuur en een opzet, waarbinnen die knelpunten veel minder of niet zouden kunnen optreden. In de eerste plaats zouden alle directies van de 12 deelnemende ziekenhuizen zich achter het project moeten stellen.

In ieder ziekenhuis zou iemand benoemd worden voor de coördinatie van de patiëntenvoorlichting en de coördinator zou de kans geboden worden om de functie daadwerkelijk inhoud te geven en om zelf de nodige deskundigheid te verwerven.

In de derde plaats zou in ieder ziekenhuis een commissie of werkgroep patiëntenvoorlichting ingesteld worden, niet ter controle van de coördinator, maar om mee te denken, om beleid te ontwikkelen en om zaken mede tot uitvoering te brengen.

De ziekenhuizen zouden elkaar van hun activiteiten op de hoogte houden en binnen het VZGD-verband zou men er ook op toezien dat alle ziekenhuizen meegaan in de ontwikkeling.

Tot slot zou er één centrale coördinator moeten komen als steunpunt voor de ziekenhuiscoördinatoren. Deze coördinator zou zich met name moeten richten op beleidsontwikkeling, het systematisch opzetten van activiteiten en de deskundigheidsbevordering.

Dit waren de plannen en alle VZGD-ziekenhuizen verklaarden zich in 1986 bereid om hieraan mee te werken. Bij het Praeventiefonds werd een aanvraag ingediend ter subsidiëring van de centrale coördinator. Die aanvraag is gehonoreerd en per 1 september 1987 wordt die functie vervuld door mevrouw drs. E. Brand.

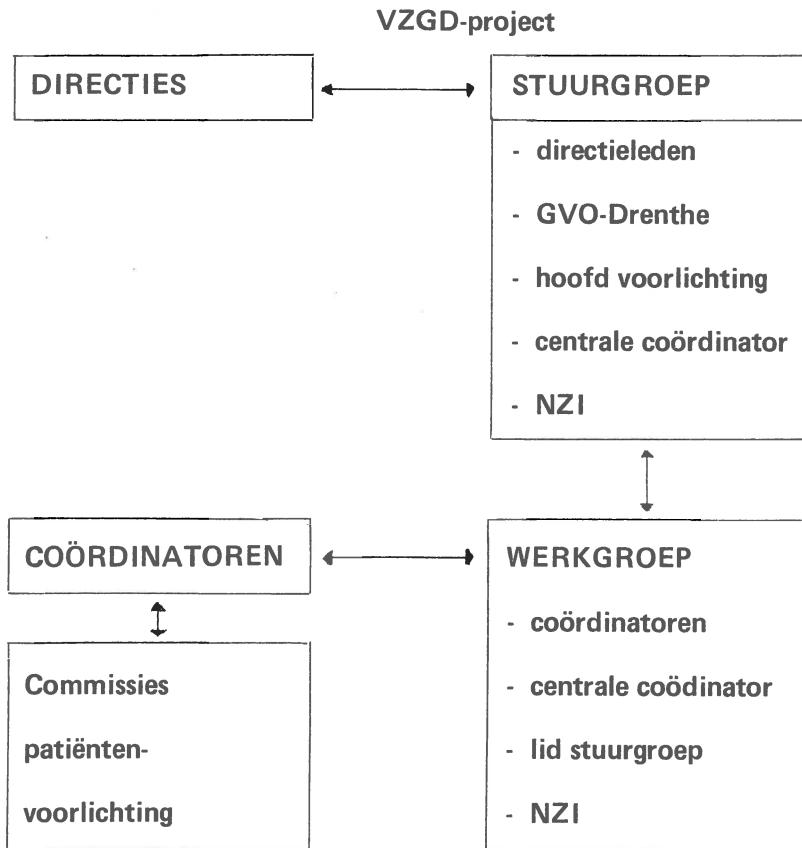
Reeds in 1986 is een stuurgroep in het leven geroepen. Daarin zitten nu: 3 directieleden van ziekenhuizen, een functionaris van GVO-Drenthe, een hoofd voorlichting van een ziekenhuis, de centrale coördinator en een medewerker van het NZI. Deze stuurgroep moet ervoor zorgen dat het hele project zich conform de gemaakte afspraken ontwikkelt. Dit zien we inderdaad gebeuren en we kunnen nu zeggen: "Het komt van de grond, het gaat zoals we het ons voorgenomen hadden".

Een enkel ziekenhuis heeft nog wat startproblemen, maar we verwachten dat die in de loop van 1988 opgelost zullen worden.

Er is ook een werkgroep, waarin alle coördinatoren zitten. Een directielid uit de stuurgroep zit de vergaderingen voor. Tevens is

een medewerker van het NZI bij de vergaderingen aanwezig. De centrale coördinator maakt natuurlijk ook deel uit van de werkgroep (figuur 1). Tevens onderhoudt ze contacten met de individuele ziekenhuizen.

Figuur 1



**CENTRALE  
COÖRDINATOR  
VZGD**

Een belangrijk agendapunt bij de werkgroepvergaderingen is het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde materialen, evenals het bespreken van problemen die men tegenkomt.

De deskundigheidsbevordering gaat een steeds belangrijker element worden in de werkgroep. Bijvoorbeeld: hoe zet je een project op? Hoe voorkóm je dat je meegezogen wordt in de doe-cultuur? Hoe bereik je dat er inderdaad beleid komt en dat je niet blijft steken in wat foldertjes en boekjes?

Kortom, het VZGD-project is erop gericht om de patiëntenvoorlichting in Groningen en Drenthe een belangrijke impuls te geven. Ik vind het zelf formidabel dat de ziekenhuizen elkaar op dit punt zo goed gevonden hebben en dat ze bereid zijn om open en eerlijk alles met elkaar uit te wisselen en te delen. Ik hoop, en daar zie ik ook aanzetten toe, dat dit enthousiasme zich uitbreidt naar de samenwerking met hulpverleners en organisaties in de eerste lijn en met patiëntenverenigingen.

Drs. J.S. Dubbelboer

## GENEESMIDDELENVOORLICHTING

Geachte voorzitter, dames en heren,

Over het geven van voorlichting over geneesmiddelen aan patiënten, maar ook aan huisartsen, specialisten en andere hulpverleners in de gezondheidszorg, valt veel meer te zeggen dan ik in ongeveer 20 minuten kwijt kan.

Iedere doelgroep vraagt een eigen benadering, die samenhangt met het kennisniveau, de specifieke behoefte aan informatie en het doel van de informatieverstrekking. Het geven van voorlichting aan patiënten is een zaak van artsen en apothekers. Vanmiddag wil ik me echter vooral beperken tot de huidige en mogelijk toekomstige positie hierin van de apotheker, in mijn ogen de geneesmiddelendeskundige bij uitstek.

Het spreekt voor zich, dat mensen behoefte hebben aan informatie over geneesmiddelen, die hun zijn voorgeschreven. Goede geneesmiddelenvoorlichting is dan ook niet alleen een belangrijk onderdeel van patiëntenvoorlichting, maar een recht van de patiënt. In dit kader kan gewezen worden op een uitspraak van Van der Wilk van het patiëntenplatform, dat het afleveren van geneesmiddelen zonder informatie een vorm is van kwakzalverij, of van Sanders, de voorzitter van Nefarma, dat medicijnen zonder informatie geen medicijnen zijn.

Geneesmiddelenvoorlichting dient meerdere doelen:

1. het verstrekken van informatie over de werking van het geneesmiddel
2. het verstrekken van informatie met betrekking tot de gevolgen van juist/onjuist gebruik, ter vergroting van de medicatiemotivatie
3. om de kennis te vergroten en daardoor de mondigheid van de patiënt. Hierdoor is deze beter in staat tot een waarde-oordeel en het maken van keuzes (zelfmedicatie)
4. het aankweken van een kritische houding ten aanzien van geneesmiddelengebruik - gedragsverandering
5. het begeleiden van geneesmiddelengebruik ter beoordeling van een grotere therapietrouw.

De eerste vier doelstellingen spreken voor zich, maar het begrip therapietrouw verdient wellicht toelichting. Therapietrouw (in het Engels "compliance") is het volgen van de therapie, zoals bedoeld door de voorschrijvende arts. Uit de literatuur blijkt, dat patiënten de voor-



schriften in 30-70% van de gevallen niet goed opvolgen: de patiënt is therapie-ontrouw, en dit zal het welslagen van de therapie in een aantal gevallen zeker negatief beïnvloeden. Er zijn echter nog meer nadelige aspecten aan therapie-ontrouw:

- a. slechte therapietrouw maakt het onmogelijk abnormaal ziekteverloop vast te stellen
- b. er ontstaat een minder goed beeld van de effectiviteit van een geneesmiddel bij een bepaalde aandoening
- c. therapie-ontrouw leidt tot verspilling: in Amerika tot 15 miljard dollar per jaar. Er zijn met betrekking tot Nederlandse situaties geen harde gegevens bekend, maar zeker is dat dit ook een ontrouw is met een hoge alimentatie.

Er is een groot aantal oorzaken voor verminderde therapietrouw. Deze zijn te vinden bij de arts, de apotheker, de patiënt zelf en het voorgeschreven geneesmiddel:

### Factoren van invloed op de therapietrouw:

#### 1. arts-afhankelijk:

- taalbarrière medisch, buitenlanders
- vertrouwensrelatie
- gekozen doseringsregime

#### 2. patiënt-afhankelijk:

- leeftijd bejaarden, kinderen
- sociale positie alleenstaanden
- gezondheidstoestand
- houding van patiënt ten opzichte van ziekte

geen invloed: sekse  
                  intelligentie  
                  sociale status  
                  opleiding

#### 3. apotheker-afhankelijk:

- gemaakte fouten, vertrouwen
- voorlichting
- patiëntvriendelijke benadering

#### 4. geneesmiddel-afhankelijk:

- bijwerkingen
- dosering
- behandelingsduur
- soort geneesmiddel (indicatie, vorm)

Het is duidelijk, dat therapie-ontrouw niet alleen op het conto komt van de patiënt zelf. Met een beschuldigende vinger wijzen naar de patiënt is niet alleen een te simpele, maar ook verkeerde voorstelling van zaken: arts en apotheker spelen eveneens een belangrijke rol.

De vraag die gesteld kan worden is, welke informatie minimaal gegeven moet worden en hoe deze adequaat overgedragen kan worden. Mijns inziens omvat goede informatie minimaal de volgende items:

1. ziektebeeld
2. ziekteverloop
3. rol van medicamenteuze therapie
4. naam van het geneesmiddel
5. wijze van toedienen
6. specifieke tijden van toediening
7. maximale hoeveelheid in te nemen per dag
8. hoe lang het geneesmiddel gebruikt moet/mag worden
9. bijwerkingen, die de patiënt kan herkennen/hanteren
10. bijwerkingen, waarvan de patiënt de arts direct op de hoogte moet stellen
11. voedsel, dranken, activiteiten, die de patiënt moet vermijden
12. juiste bewaarplaats/houdbaarheid
13. procedure met betrekking tot herhalingsrecepten.

Het zal duidelijk zijn, dat het op een begrijpelijke wijze overdragen van deze hoeveelheid gegevens geen kleinigheid is voor de arts of apotheker: niet alleen kost dit zeer veel tijd en moeite, voorlichting geven is meer dan informatie overdragen alléén, het vereist specifieke kennis en hierin zijn apothekers en artsen, maar ook andere hulpverleners over het algemeen slecht geschoold. Voorlichtingskunde is een relatief jonge wetenschap en een kunst.

In de zesjarige universitaire opleiding tot apotheker werd hieraan minimale aandacht geschonken. Door signalen uit de praktijk, het gegeven dat adequate voorlichting sterk bijdraagt aan de therapietrouw en daardoor aan het uiteindelijke resultaat, en versterkt door het besef

van recht op informatie van de patiënt, is hierin inmiddels verandering gekomen.

Sinds 1983 worden farmacie-studenten onderwezen in voorlichtingskunde. Aanvankelijk waren deze colleges facultatief, ze zijn nu verplicht. Mondelinge voorlichting aan de balie wordt getraind, alsmede het geven van lezingen, groeps- en diapresentaties en schriftelijke voorlichting ter verbetering van verbale en non-verbale communicatie.

Voor afgestudeerde, praktizerende apothekers zijn eveneens aan aantal mogelijkheden geschapen om zich in het voorlichten te bekwalmen:

- PAO-cursus "Geneesmiddelenvoorlichting aan de patiënt" (3 themadagen)
- apotheek-patiënt-communicatiecursus (Roche, 1 dag)
- cursus Farmacotherapiegesprekken KNMP en instituut voor toegepaste voorlichtingskunde te Wageningen.

Gezien het aantal deelnemers is het duidelijk, dat deze cursussen in een grote behoefte voorzien.

Het onthouden en verwerken van de stroom informatie door de patiënt is evenmin een sinecure. Er is onderzoek gedaan naar de wijze, waarop patiënten geneesmiddeleninstructies onthouden en interpreteren.

Hieruit blijkt, dat de patiënt zich over het algemeen weinig herinnert van hetgeen door de arts is verteld.

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Van de informatie m.b.t. de dosering | 40% |
| m.b.t. de gebruikperiode             | 30% |
| m.b.t. de innametijden               | 20% |

De patiënten moeten zich dus vooral op schriftelijke informatie van de apotheker verlaten (etiket, stickers, bijsluiters). Ook de apotheekinformatie wordt echter niet altijd goed geïnterpreteerd en soms is de achterliggende bedoeling van informatie niet duidelijk; met andere woorden de informatie wordt lang niet altijd adequaat overgedragen.

Het is interessant, welke informatiebronnen door patiënten worden geraadpleegd, als zij zich voor een probleem op het gebied van geneesmiddelengebruik geplaatst zien.

In 1985 is door de Nederlandse Hartstichting een enquête gehouden naar de geraadpleegde bronnen bij vragen met betrekking tot geneesmiddelengebruik:

- 16% noemde spontaan de arts
- 15% de kranten
- 14% de bijsluiter
- 10% de televisie
- 4% de apotheker.

Bij presentatie van mogelijke bronnen:

- 82% de bijsluiter
- 63% de televisie
- 61% de arts
- 30% brochures van de apotheek
- 25% de apotheker zelf.

Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van een onderzoek van de vakgroep Sociale Farmacie van de subfaculteit Farmacie te Utrecht.

Hoewel de apotheker als een belangrijke informatiebron wordt beschouwd, komen arts en bijsluiter toch voor velen eerder in aanmerking. Media als radio en TV, dames- en boulevardbladen, scoren in dit onderzoek minder goed (kwaliteit?).

De apotheker wordt als informatiebron vooral geaccepteerd door patiënten, die een positief beeld hebben van de apotheker met betrekking tot de voorlichting en goed bekend zijn met de apotheker. Aan de apotheker werd met name bij zelfmedicatiemiddelen een grotere rol toegekend dan bij geneesmiddelen op recept (tabellen 1 en 2). Deze resultaten mogen voor de goed opgeleide Nederlandse apotheker teleurstellend genoemd worden, zeker gezien de aandacht die de laatste jaren besteed is aan het geven van patiëntenvoorlichting met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen en het functioneren van de apotheker binnen de gezondheidszorg.

Ik wil in dit kader niet alleen refereren aan de al eerder genoemde vergrote aandacht tijdens de studie met betrekking tot dit aspect, maar ook aan het KNMP-scholenproject "De apotheker voor de klas", het uitbrengen van voor de patiënten begrijpelijke bijsluiters, voorlichtingsakties als "zorg voor kwaliteit" en "aandacht voor de medicijnkast".

Daarnaast worden publieksfolders over het werk in de apotheek, het gebruiken en bewaren van geneesmiddelen en de Apotkeekkrant, gepubliceerd en open dagen gehouden.

Tabel 1

## Keuze van informatiebron bij geneesmiddelen op recept (%)

| Apotheek:  | dan vraag ik, raadpleeg ik |    |    |    |           |    |   |   |            |   |    |   |          |  |
|--|----------------------------|----|----|----|-----------|----|---|---|------------|---|----|---|----------|--|
|  | Arts                       |    |    |    | Apotheker |    |   |   | Bijsluiter |   |    |   | Diversen |  |
|  | A                          | B  | A  | B  | A         | B  | A | B | A          | B | A  | B |          |  |
| A. Waarom ik het geneesmiddel moet gebruiken   | 85                         | 88 | 2  | 4  | 5         | 3  |   |   |            |   | 8  | 5 |          |  |
| B. Hoe ik het geneesmiddel moet gebruiken (hoeveel, wanneer, heel doorslikken of kauwen) | 40                         | 33 | 32 | 49 | 26        | 15 |   |   |            |   | 2  | 3 |          |  |
| C. Hoelang ik het geneesmiddel moet gebruiken  | 85                         | 82 | 3  | 9  | 11        | 5  |   |   |            |   | 1  | 4 |          |  |
| D. Of ik aan het verkeer kan deelnemen als ik het geneesmiddel gebruik                   | 28                         | 19 | 16 | 33 | 53        | 43 |   |   |            |   | 3  | 5 |          |  |
| E. Of ik alcohol mag gebruiken als ik het geneesmiddel gebruik                           | 29                         | 20 | 16 | 33 | 50        | 44 |   |   |            |   | 5  | 3 |          |  |
| F. Wat de bijwerkingen zijn  | 44                         | 38 | 7  | 18 | 38        | 38 |   |   |            |   | 11 | 6 |          |  |
| G. Hoe het geneesmiddel precies werkt  | 61                         | 61 | 9  | 19 | 18        | 12 |   |   |            |   | 12 | 8 |          |  |
| H. Of ik de kuur moet afmaken  | 74                         | 66 | 12 | 25 | 11        | 7  |   |   |            |   | 3  | 2 |          |  |
| I. Hoe en hoelang ik het geneesmiddel kan bewaren  | 20                         | 10 | 58 | 77 | 19        | 10 |   |   |            |   | 3  | 3 |          |  |
| J. Wat de risico's zijn als ik het geneesmiddel niet volgens voorschrift gebruik         | 68                         | 54 | 11 | 30 | 14        | 7  |   |   |            |   | 7  | 9 |          |  |
| K. Of ik het geneesmiddel tijdens de zwangerschap kan gebruiken                          | 84                         | 85 | 5  | 8  | 5         | 3  |   |   |            |   | 6  | 4 |          |  |

Tabel 2

## Keuze van informatiebron bij zelfmedicatiemiddelen (%)

| Als ik niet weet  | dan vraag ik, raadpleeg ik |    |           |    |            |    |          |    |  |
|---|----------------------------|----|-----------|----|------------|----|----------|----|--|
|   | Arts                       |    | Apotheker |    | Bijsluiter |    | Diversen |    |  |
|   | A                          | B  | A         | B  | A          | B  | A        | B  |  |
| Apotheek:   |                            |    |           |    |            |    |          |    |  |
| A. Hoe ik het geneesmiddel moet gebruiken (wanneer, hoeveel, heel doorslikken/kauwen) | 13                         | 9  | 25        | 34 | 43         | 48 | 19       | 9  |  |
| B. Hoelang ik het geneesmiddel moet gebruiken   | 18                         | 21 | 26        | 26 | 40         | 42 | 16       | 10 |  |
| C. Of het geneesmiddel geschikt is voor mijn klachten                                 | 23                         | 28 | 31        | 32 | 20         | 20 | 26       | 20 |  |
| D. Of ik aan het verkeer kan deelnemen als ik het geneesmiddel gebruik                | 10                         | 7  | 24        | 32 | 52         | 54 | 14       | 7  |  |
| E. Of ik alcohol mag gebruiken als ik het geneesmiddel gebruik                        | 10                         | 8  | 21        | 29 | 52         | 58 | 17       | 5  |  |
| F. Wat de bijwerkingen zijn   | 14                         | 10 | 20        | 24 | 48         | 57 | 18       | 9  |  |
| G. Hoe en hoelang ik het geneesmiddel kan bewaren                                     | 6                          | 5  | 3         | 54 | 27         | 26 | 24       | 15 |  |
| H. Wat de prijs is van het geneesmiddel   | 5                          | 4  | 43        | 57 | 4          | 4  | 48       | 35 |  |
| I. Of ik het geneesmiddel tijdens de zwangerschap kan gebruiken                       | 43                         | 50 | 25        | 26 | 17         | 15 | 15       | 9  |  |
| J. Hoe het geneesmiddel precies werkt   | 16                         | 26 | 26        | 33 | 33         | 28 | 28       | 13 |  |

Uit het gepubliceerde cijfermateriaal blijkt mijns inziens, dat het publiek de apotheker als informant onderwaardeert.

De belangrijkste reden hiervoor is waarschijnlijk, dat het functioneren van de apotheker, zijn taken en maatschappelijke verantwoordelijkheden bij het publiek en de media onvoldoende bekend zijn. De apotheker zal zich in dit kader minder afhankelijk en bescheiden moeten opstellen en zich nadrukkelijker moeten profileren als een betrouwbare professional, indien het de kennis van geneesmiddelen betreft.

De laatste jaren is er sprake geweest van een taakverschuiving. Van het bereiden van geneesmiddelen (industrie) naar patiëntenvoorlichting ten aanzien van op recept voorgeschreven geneesmiddelen en zelfmedicatie, medicatiebegeleiding en het onderhouden van beroepsmatige relaties met artsen.

Dit laatste betekent, dat met artsen op voet van gelijkwaardigheid onder meer wordt overlegd over medicatiebewaking, het maken van geneesmiddelenkeuze, het evalueren van geneesmiddelengebruik ter plaatse, het toetsen van het voorschrijfgedrag en kostenbewaking (Hooγεveen, Tilburg, Assen).

Er is sprake van een verschuiving van het centrale aandachtspunt van produkt naar cliënt. Ook hierover zal het publiek ingelicht moeten worden. De Nederlandse apotheker zal zich hiervoor persoonlijk moeten inzetten. Het is in dit verband voor apothekers goed om zich te realiseren, dat 50-70% van de bij een apotheek ingeschreven patiënten de apotheker niet eens kent: hij of zij zal zich letterlijk en figuurlijk meer moeten laten zien en beter voor de cliënt bereikbaar dienen te zijn. Het uitdragen van taakopvattingen alleen is niet voldoende.

Ook hier geldt: geen woorden, maar daden.

In de apotheek kan zowel mondeling als schriftelijk voorlichting gegeven worden. Mondelinge voorlichting kan plaatsvinden tijdens het baliegesprek. Enerzijds kan hierbij verstrekte schriftelijke informatie worden toegelicht, anderzijds kan ingegaan worden op door de patiënt gestelde vragen. Van belang hierbij is, dat het stellen van vragen gestimuleerd wordt door op iedere vraag serieus in te gaan en door vragen ook adequaat te beantwoorden; er is geen betere stimulans voor nieuwe vragen dan een goed, begrijpelijk antwoord. (De dooddoener, "Tja, de dokter heeft het voorgeschreven", dient in de toekomst mijns inziens als obsolete te worden beschouwd). Een stimulans is ook het scheppen van meer en betere gelegenheid tot het stellen van vragen door het bieden van een zekere vorm van privacy aan de patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan een telefonisch of mon-

deling geneesmiddelenpreekuur of het voorhanden hebben van een aparte afgesloten, geluidsdichte gespreksruimte.

Een eventueel toekomstig initiatief zou kunnen zijn, dat een apotheker-ombudsman aangesteld wordt ten behoeve van het beantwoorden van vragen met betrekking tot geneesmiddelengebruik en -verstrekking. Dit ligt in de lijn van de nu al in een aantal steden (Groningen, Amsterdam) actieve geneesmiddelenwinkels.

De genoemde vormen van mondelinge voorlichting geven meestal persoonlijke informatie. De apotheker kan daarnaast door middel van het geven van spreekbeurten bijdragen tot een grotere kennis omtrent geneesmiddelen en geneesmiddelengebruik.

Te denken valt hierbij aan spreekbeurten voor bejaarden- of kruisverenigingen, en het al eerder genoemde KNMP-scholenproject, dat een opvoedkundig karakter heeft.

Naast mondelinge voorlichting dient de patiënt voorzien te worden van schriftelijke informatie. Onder schriftelijke informatie kan worden verstaan: het etiket, stickers, patiënteninformatiefolders en bijsluiters. Schriftelijke informatie vervult met name een belangrijke rol op het moment, dat de patiënt het geneesmiddel gaat gebruiken. Vaak komen dan pas vragen bij de patiënt boven. Daarnaast kan geschreven informatie het geheugen van de gebruiker ondersteunen. Tenslotte dient te worden opgemerkt, dat in vele gevallen de medicijnen niet door de gebruiker zelf worden afgehaald, maar door een familielid of kennis.

Voor de op het etiket vermelde aanwijzingen geldt uiteraard, dat deze eenduidig zijn en geen ruimte laten tot vragen of misverstanden. Teksten als: "Gebruik bekend" of "3 x daags 1 tablet, capsule o.i.d." zonder nadere tijdsaanduiding zouden uit den boze moeten zijn. Uit door mij eerder genoemde cijfers is gebleken, dat de bijsluiter een zeer belangrijke en hoog gewaardeerde bron van informatie is. Patiënten zijn dan ook van mening, dat bij aflevering van elk geneesmiddel een bijsluiter zou moeten worden toegevoegd.

Ik kan dat onderschrijven: er is gebleken, dat de bijsluiter meestal goed gelezen wordt en een bijdrage levert tot de therapietrouw en het verstandig omgaan met geneesmiddelen.

Uiteraard dient deze wel in voor de leek begrijpelijke taal te zijn geschreven. In dat kader kan worden opgemerkt, dat de bijsluiter bezig is zich te ontwikkelen tot een zeer volwaardige vorm van schriftelijke informatie. Naast de klassieke bijsluiter met informatie voor professionele gebruikers als arts en apotheker zijn er nu ook speciaal voor



de patiënt geschreven bijsluiters, ook wel patiënteninformatiefolder genoemd. De professionele bijsluiter zal mogelijk verdwijnen, zodat de kleinverpakking alleen nog informatie voor de patiënt bevat.

In de toekomst zal de geautomatiseerde apotheker op grond van het gegeven, dat hij beschikt over alle gegevens omtrent de medicatie van de patiënt, en in sommige gevallen het ziektebeeld, als een gevolg van de medicatiebewaking, een op het lijf van de patiënt geschreven bijsluiter kunnen produceren. (Ro-accutane).

Behalve de patiëntenfolder en bijsluiter kan de apotheker zelf voorlichtingsmateriaal schrijven, bijvoorbeeld als tegenhanger van de onder het mom van gezondheidsrubriekjes in sommige krantjes verschijnende advertenties over voedingssupplementen en wat dies meer zij.

Naast het voorhanden hebben van schriftelijk voorlichtingsmateriaal moet aandacht besteed worden aan de verspreiding ervan, het alleen neerleggen van folders is niet voldoende. Effectiever is het meegeven van ter zake doende folders tijdens bijvoorbeeld het baliegesprek of het verstrekken van foldermateriaal aan de hand van een seizoensgebonden geneesmiddelen-tentoonstelling of een in de pers breed uitgemeten onderwerp.

Kernbegrippen in deze zijn: weinig, aantrekkelijk, gevarieerd en op het juiste moment.

Het behoeft geen betoog, dat de verstrekte informatie met betrekking tot op recept voorgeschreven medicatie en zelfmedicatie kwalitatief hoogwaardig moet zijn.

Goede informatieverschaffing is natuurlijk ook van belang, wanneer het gaat om geneesmiddelen, die patiënten op eigen initiatief kiezen en gebruiken.

In de ons omringende landen, Amerika en Canada, wordt op tamelijk grote schaal zelfmedicatie bedreven.

Ook in Nederland wordt jaarlijks voor een aardig bedrag omgezet in zelfmedicatie (tabel 3).

In Nederland houden, in tegenstelling tot het buitenland, niet alleen apothekers zich bezig met verkopen van zelfmedicatie. Ook drogisten en reformhouders doen dit.

Tachtig procent van de omzet in zelfmedicatie ligt nu nog bij de drogist. De drempel van de drogisterij is kennelijk lager dan die van de apotheek. Mogelijk speelt hierbij de grote inzet van de drogist zelf een rol.

Tabel 3

## ZELFMEDICATIE, KENGETALLEN

Marktaandelen (1984):

|                |       |
|----------------|-------|
| Zwitserland    | 32,8% |
| België         | 10,7% |
| West Duitsland | 17,7% |
| Engeland       | 21,6% |

Omzetcijfers zelfmedicatie Nederland:

| jaar | omzet<br>(x 10) | %- verandering<br>t.o.v. voorgaande jaar |
|------|-----------------|--|
| 1981 | 205             |  |
| 1982 | 202             | 1,5%                                     |
| 1983 | 213             | 5,4%                                     |
| 1984 | 226             | 6,1%                                     |
| 1985 | 257             | 13,7%                                    |
| 1986 | 267             | 3,9%                                     |
| 1990 | 300             | (prognose)                               |

Zelfmedicatie is een fenomeen, dat onder invloed van een aantal factoren in de toekomst ongetwijfeld zal toenemen.

In dit kader kunnen het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg en het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg worden genoemd.

Het is echter zeer de vraag of zelfmedicatie binnen de huidige vorm en mogelijkheden gestimuleerd of juist afgeremd moet worden. Zeker als in aanmerking wordt genomen, dat de educatie van de patiënt nog onvoldoende is en voorlichting in veel gevallen nog in de kinderschoenen staat.

Bovendien zullen ook reclame-mogelijkheden aan banden dienen te worden gelegd. In verband hiermee kan gewezen worden op de stukjes van twijfelachtig allure in boulevardbladen als Privé, Story etc.

Daarnaast is de samenstelling van het pakket aan een grondige herziening toe: enerzijds moeten preparaten, waarmee op rationele gronden geen goede therapie kan worden bedreven, verwijderd worden en zal een selectie op basis van prijs en kwaliteit gemaakt moeten worden, anderzijds kan het pakket wellicht uitgebreid worden met geneesmiddelen, die nu alléén in de apotheek verkrijgbaar zijn (voorbeelden: ibuprofen, loperamide, miconazol, sterker werkzame producten, waarvan de introductie goed moet worden voorbereid en begeleid).

Sommige preparaten moeten worden verpakt in een kinderveilige verpakking, ze moeten worden voorzien van goede patiënteninformatiefolders in het Nederlands èn talen als Turks, Arabisch etc.

Mogelijk kunnen pictogrammen worden gebruikt in de patiënteninformatiefolder.

Deze aanpassingen moeten mijns inziens op initiatief van en door apothekers ter hand worden genomen, in samenwerking met de farmaceutische industrie.

Ook met betrekking tot zelfmedicatie geldt, dat adequate voorlichting gegeven dient te worden, opdat de patiënt zelf zijn keuze op weloverwogen wijze en reële gronden kan maken.

Daarom ben ik van mening, dat geneesmiddelenadviezen door geneesmiddelenkundigen gegeven moeten worden en dus niet door reformhuishouders of drogisten, maar door apothekers: het zelfmedicatiepakket hoort mijns inziens thuis in de apotheek. Dit heeft als extra voordeel, dat zelfmedicatie desgewenst meegenomen kan worden in de medicatiebewaking van bij de apotheek ingeschreven patiënten.

Dames en heren,

Het belang van geneesmiddelenvoorlichting staat onomstotelijk vast. Het geven van deze voorlichting is niet alleen een taak van de apotheker. Ook artsen spelen hierbij een belangrijke rol. Het is noodzakelijk, dat de arts en apotheker hun activiteiten in onderling overleg goed op elkaar afstemmen.

De apotheker kan in het geven van voorlichting en het optimaliseren van de ingestelde therapie een belangrijke rol spelen op grond van zijn gedegen kennis van geneesmiddelen en farmacotherapie, zijn rol als medicatiebewaker en zijn positie als laatste afleverende schakel in de professionele hulp-keten.

De kwaliteit van de therapie en de kans op succes zal voor een belangrijk deel afhangen van de wijze, waarop de apotheker het geneesmiddel van toegevoegde waarde kan voorzien in de vorm van informatie en/of advies.

De apotheker zal zich serieus moeten voorbereiden op de overgang van geneesmiddelenmaker naar informatie-makelaar. Dit zal niet zonder moeite gaan, maar adequate voorlichting is een vorm van profilering.

De patiënt zal er zeker bij gebaat zijn.

Ik dank u voor uw aandacht.

Drs. W. Hospes

## VOORLICHTING OVER ALCOHOL- EN DRUGSGEBRUIK

In deze inleiding worden enkele opmerkingen geplaatst bij de huidige inspanningen met betrekking tot alcohol- en drugsvoorlichting in Nederland.

In het eerste deel wordt commentaar gegeven op de alcoholcampagne "Drank, maakt meer kapot dan je lief is". In het tweede deel wordt ingegaan op de voorlichting over drugs zoals deze nu in Nederland plaatsvindt.

**"Drank, maakt meer kapot dan je lief is".**

Vanaf 1986 is het Ministerie van W.V.C. gestart met een landelijke voorlichtingscampagne tegen alcoholmisbruik. In het bijzonder is deze campagne gericht op de frequente alcoholgebruikers tussen 15 en 40 jaar, met een alcoholgebruik van 15 tot 50 glazen gemiddeld per week. Het doel van de campagne is dan ook om het excessieve drankgebruik tegen te gaan. De campagne is niet bedoeld voor alcoholverslaafden.

De eerste fase van de campagne (najaar 1986) was erop gericht om t.v.-kijkend Nederland op indringende wijze te confronteren met de gevolgen van overmatig drankgebruik. Een huilende vrouw schaamde zich niet om voor de kamera haar tranen de vrije loop te laten. Haar man dronk teveel en zij zei letterlijk: "Wim, ik kan niet meer". De hoofdrolspeelster heeft haar korte act 17 keer moeten spelen voordat de laatste tranen over haar wangen gleden. Maar het resultaat was er ook naar. Kijkend Nederland heeft het gezien en goed onthouden, evenals het beeldmerk "Drank, maakt meer kapot dan je lief is". Toen na een paar maanden de spot van het t.v.-scherm verdween hebben veel Nederlanders de konklusie getrokken dat de campagne van W.V.C. voorbij was. Immers, de spotjes die daarna kwamen vielen minder op en deden een veel minder groot emotioneel appèl op de kijker. Weinig mensen herinneren zich de spot met de vallende glazen (symbolisch voor een vallende drankindustrie) of de spot met de tennis-yuppie die na flink drinken tegen zijn vrienden zegt: "Ik doe even niet mee".

De alcoholvoorlichtingscampagne gaat nog steeds onverminderd voort. Voor het najaar van 1988 zijn nieuwe spots in voorbereiding. Vanaf de start heeft de campagne meer omvat dan alleen maar t.v.-spots. Brochures, posters (zoals de spiegelposter "Eens kom je jezelf tegen") en nieuwsbrieven zijn in zeer grote oplages geproduceerd. Daarnaast zijn ook regionale instellingen betrokken bij de campagne. De campagne telt 18 zogenaamde regionale steunpunten die zelf

voorlichtingsprojecten uitvoeren en een bijdrage leveren aan het verspreiden van de voorlichtingsmaterialen. Het CAD-Drenthe is het steunpunt van de campagne voor de provincie Drenthe.

### **Reakties op de campagne van W.V.C.**

Het publiek heeft goed op de alcoholcampagne gereageerd. Er zijn vele honderdduizenden brochures aangevraagd, in de pers werd veel aandacht besteed aan de campagne en de indruk bestaat dat het aantal verzoeken om voorlichtingen voor scholen, verenigingen en dergelijke is gestegen. De campagne heeft, zoals deskundigen het uitdrukken, een agenda-setting-functie gehad.

Veel Nederlanders hebben over de campagne gepraat, kennen het beeldmerk, en zeggen dat ze het alcoholprobleem belangrijker zijn gaan vinden.

Een ander opmerkelijk gegeven is, dat parallel aan de campagne de zeer geleidelijke daling van het gemiddeld alcoholgebruik is doorgezet (met gemiddeld 5 à 6% per jaar).

Een aantal kommunikatie-deskundigen heeft, ondanks de ogenschijnlijk redelijke resultaten, weinig goede woorden over voor de campagne. Hun belangrijkste kritiek geldt het feit dat voorafgaande aan de campagne niet is onderzocht hoe het alcoholgebruik van de Nederlander beïnvloed kan worden. Met andere woorden: de campagne is gestart op een veel te smalle wetenschappelijke basis. Bovendien vindt men de inhoud van de campagne niet consistent, er worden te veel verschillende doelgroepen aangesproken, sommige onderdelen zijn te kortdurend om effect te sorteren enz. (1).

Deskundigen zeggen bovendien dat harde resultaten over de campagne niet bekend zijn. Cijfers over het aantal brochures dat is besteld en over de mate waarin de campagne bekend is zeggen hun weinig. Het is juist dat er geen onderzoek is gedaan naar de invloed van de campagne op het drinkgedrag van de doelgroep. Wel is er een aantal malen onderzoek gedaan naar de bekendheid bij de Nederlanders met de campagne en zijn allerlei opvattingen over alcoholgebruik onderzocht. Harde bewijzen over het succes van de campagne ontbreken echter vooral omdat een goede effectmeting technisch zeer moeilijk uitvoerbaar is en nu de campagne eenmaal is gestart, ook niet meer mogelijk is. Een dergelijk onderzoek moet immers voorafgaande aan de campagne starten en dat is niet gebeurd.

Op zichzelf is het niets bijzonders dat er geen onderzoek is gedaan naar de belangrijkste effecten van deze grote nationale media-campagne. Dit soort campagnes wordt namelijk zelden of nooit wetenschappelijk onderzocht, noch in Nederland, noch in het buitenland.

Ook zou het onwaarschijnlijk zijn dat de huidige alcoholcampagne er na zo korte tijd al in zou slagen het drinkgedrag overtuigend te beïnvloeden.

Tot nu toe zijn er namelijk weinig voorlichtingscampagnes die met succes het drinkgedrag van bepaalde doelgroepen hebben beïnvloed. Positieve uitzonderingen die in de literatuur genoemd worden zijn buitenlandse projecten die tot doel hebben het alcoholgebruik bij zwangere vrouwen te doen verminderen en Nederlandse projecten voor rijders inder invloed. (2).

### **Waarom een landelijke alcoholcampagne zonder effect-onderzoek?**

Mediadeskundige Van Woerkom noemt een aantal redenen waarom sommige grote voorlichtingscampagnes worden opgezet zonder dat er onderzoek wordt gedaan naar de resultaten. (1).

De eerste reden is dat onderzoek zou kunnen uitwijzen dat de campagne een tegenvallend of ronduit slecht resultaat heeft. In dat geval zal de financiering in moeilijkheden komen, sterker nog, instituten kunnen in bestaansnood geraken. Het kan dus voorkomen dat men onderzoek blokkeert uit angst voor een negatief resultaat.

Een tweede reden is dat men een campagne laat doorgaan om de schijn hoog te houden dat het onderhavige probleem daadkrachtig wordt bestreden. In de praktijk van alcoholpreventie bespeurt men een dergelijke opstelling wel bij gemeenten die als enige maatregel tegen alcoholmisbruik een aantal lesmaterialen uitdeelt aan scholen. Een derde reden is dat men voorlichtingscampagnes uitvoert ten behoeve van de totstandkoming van een bepaald beleid. Met andere woorden men probeert andere doelen te bereiken dan de doelen die ogenschijnlijk met de campagne zelf gemoeid zijn.

Zo zou de alcoholvoorlichtingscampagne van W.V.C. als doel kunnen hebben dat politici overtuigd taken van de noodzaak van een beleid tegen alcoholmisbruik.

Politici zien de campagne, ze worden gekonfronteerd met de vele krantenberichten over de schade die alcohol aanbrengt, komen op verjaardagen en partijtjes de reacties tegen op de t.v.-spotjes enz. Kortom ze voelen zich aangesproken met als resultaat dat ze voorstellen voor een alcoholmatigingsbeleid ondersteunen.

De alcoholcampagne van W.V.C. zou inderdaad beschouwd kunnen worden als een opportunistische poging om beleidsvoorstellen die het Ministerie van W.V.C. heeft geformuleerd in haar nota "Alkohol en Samenleving" in een vroeg stadium geloofwaardig en akseptabel te maken. (3).

Insiders zijn er namelijk van overtuigd dat het alcoholmisbruik alleen door middel van een krachtige structurele aanpak teruggedrongen kan worden; een dergelijke aanpak impliceert het nemen van impopulaire politieke maatregelen zoals het drastisch beperken van het aantal verkooppunten, een verbod op alcoholreclame op t.v. en het verhogen van de alcoholaccijns.

Deze maatregelen stuiten vooral op veel verzet bij andere Ministeries zoals het Ministerie van Economische Zaken, bij de producenten van alcoholhoudende dranken en in het verlengde daarvan ook bij bepaalde politieke partijen.

Een indringende campagne die overduidelijk aantoont dat alcohol een onakseptabele financiële en sociale schadepost is voor onze samenleving zou een dergelijk verzet kunnen breken. Althans, dat lijkt een waarschijnlijke optie van het Ministerie van W.V.C.

Indien dit de optie van W.V.C. is, dan is deze niet zonder risico's. Nu blijkt bijvoorbeeld al, dat een aantal structurele maatregelen zoals een verbod op alcoholreclame en het verhogen van de alcoholaccijns, nog steeds op zéér veel weerstand stuit.

Bovendien heeft de voorlichtingscampagne van W.V.C. tegenkrachten opgeroepen van de kant van de producenten.

Met slimme en goed betaalde P.R.-funktionarissen probeert de producent de campagne van W.V.C. subtiel te ondermijnen met eigen t.v.-spotjes en eigen voorlichtingsmateriaal.

Het risico is niet denkbeeldig dat na een aantal jaren campagne voeren W.V.C. het bijtje erbij neergooit. Immers de resultaten van de campagne zullen moeilijk zichtbaar te maken zijn, de noodzakelijke structurele maatregelen zullen zeer waarschijnlijk politiek afgeblazen worden en de financiering van de campagne zal dientengevolge opdrogen.

De campagne heeft in ander opzicht de wind nog steeds in de rug. Zo is het alcoholprobleem werkelijk een dramatisch probleem, en niet alleen vanuit de visie van volksgezondheid. Ook justitie zucht al jaren onder de last van kriminaliteit ten gevolge van alcoholgebruik. Niet gering is ook de schade die het bedrijfsleven oploopt door alcoholmisbruik van werknemers.

Indien de krachten goed gebundeld blijven, en er voortdurend onderzoek wordt gedaan naar de gevolgen van alcoholgebruik blijft er zeker hoop voor de campagnevoerders van W.V.C. Een andere goede mogelijkheid om de campagne te laten overleven is, om de campagne inhoudelijk en organisatorisch te verbeteren.



## Redmiddel voor de alcoholcampagne: accent op specifieke doelgroepen

Onderstaand wordt in het kort een alternatief geschetst voor de huidige alcoholcampagne. De ruimte is te beperkt om dit alternatief uitvoerig beargumenteerd te presenteren. Het geheel is dan ook slechts een aanzet.

Het behoeft geen betoog dat het alcoholgebruik in Nederland zeer geaksepteerd is en het een bijna onmogelijke opgave is het gebruik terug te dringen. Alcoholvoorlichting wordt door gebruikers vaak met anti-gevoelens tegemoet getreden en de boodschap is typisch een "afpak"-boodschap. Met andere woorden, alcoholvoorlichting lijkt vaak het onzalige doel na het streven mensen iets te ontftutselen waar ze plezier aan beleven.

Het is bepaald niet ondenkbaar dat de campagne van W.V.C. op de doelgroep een effect heeft in termen van: "We hebben het geweten, maar we hijsen het glas om het snel te vergeten".

Voorlichting heeft alleen zin als de doelgroep bij de boodschap een onmiskenbaar belang heeft. Bij alcoholvoorlichting zal men ook van dit principe uit moeten gaan. Alleen door het selekteren van doelgroepen die overduidelijk nadelen aan hun eigen alcoholgebruik beleven (afgezien van de ook aanwezige voordelen) zal men er in kunnen slagen om positieve effecten te bereiken. Het effect zal bovendien versterkt worden door deze voorlichting in groepsverband te laten plaatsvinden omdat er dan sprake kan zijn van konfrontatie met andermans gedrag, bespreking van de voorlichtingsboodschap en bevestiging van genoemd gedrag door anderen.

Voorbeelden van doelgroepen die via voorlichting benaderbaar zijn en die merkbare nadelen ondervinden van hun eigen of andermans alcoholgebruik zijn:

- rijdersonder invloed die aangehouden zijn en/of brokken hebben gemaakt
- zwangere vrouwen (alcohol kan schade aan de vrucht veroorzaken)
- kinderen en andere familieleden van mensen met alcoholproblemen
- werkgevers c.q. leidinggevenden die met alcoholproblemen van werknemers gekonfondeerd worden.

Onderzoekgegevens en praktijkervaring wijzen uit dat deze aanpak succesvol kan zijn en dat de beoogde effecten ook daadwerkelijk bereikt kunnen worden.

Een voorbeeld is het Alkohool Verkeer Projekt dat in Drenthe is gestart en nu wordt ingevoerd in geheel Nederland. Dit voorlichtingsprojekt is gericht op mensen die veroordeeld zijn wegens rijden onder invloed en een deel van hun straf kunnen inruilen tegen een tweedaagse voorlichtingskursus. Uit een uitvoerige opgezette evaluatie blijkt dat de cursus niet alleen het rijgedrag verbetert maar ook het drinkgedrag. (2).

In Nederland zijn ongeveer 40 mensen beroepshalve op regionaal nivo betrokken bij alcoholvoorlichting. De projekten waaraan men werkt zijn uiteenlopend en er wordt weinig onderzoek gedaan naar de resultaten.

Daarnaast is er de alcoholkampagne van W.V.C. die slechts in beperkte mate is afgestemd op de vele regionale voorlichtingsactiviteiten. Hoewel deze afstemming verbetert via de betrokkenheid van de steunpunten van de campagne is er voorlopig sprake van een duidelijk onderscheid tussen enerzijds de landelijke alcoholkampagne van W.V.C. en anderzijds de vele regionale en lokale voorlichtingsactiviteiten.

Het is sterk aan te bevelen dat deze inspanningen veel nadrukkelijker aan elkaar gekoppeld worden en daarbij prioriteit te leggen bij de uitvoering van projekten voor bovengenoemde doelgroepen. Bovendien dienen mijns inziens extra middelen die nu aan de landelijke massamediale campagne worden besteed, vrij te komen voor onderzoek naar de resultaten van voorlichtingsprojekten en onderzoek naar de gevolgen van alcoholmisbruik.

### **Drugsvoorlichting: 15 jaar hobby-isme**

Het gebruik van drugs zoals we dat nu kennen in Nederland dateert van de jaren zestig. In die tijd begonnen relatief grote groepen jongeren te experimenteren met het geruik van marihuana, hasj, LSD en in mindere mate met opium. Het aantal drugsverslaafden bleef beperkt hoewel er op kleine schaal bij sommige jongeren sprake was van ernstige vormen van misbruik met soms fatale gevolgen. In de media werd veel aandacht besteed aan dit toen nog onbekende probleem. De vele berichten over de dramatische gevolgen van druggebruik, vooral vanuit Amerika zaaiden schrik, verwarring en veel onzekerheid.

In het begin van de jaren zeventig nam het experimenteren met drugs door scholieren af en begon een lange periode van het gebruik van zware drugs (heroïne, amfetamine) door groepen kansarme jongeren en minderheden. Met dit probleem hebben we nog volop te maken,

met name in de grote steden. Al jarenlang wordt het aantal drugsver-  
slaafden in Nederland op ongeveer 20.000 geschat.

Zolang het drugsprobleem er is, is er drugsvoorlichting geweest.  
Vooral gedurende de eerste jaren was de roep om voorlichting sterk.  
De belangstelling voor voorlichting was daarom zo groot omdat zeer  
veel mensen zich grote zorgen maakten over de ontwikkeling van het  
druggebruik.

Er ontstond een ware voorlichtingsmarkt voor posters, brochures, les-  
boeken, films en daarbij allerlei mensen die voorlichting gaven zoals  
politiemensen, hulpverleners, ex-druggebruikers, enz.

De vraag naar voorlichting over drugs is altijd groter geweest dan de  
vraag naar voorlichting over andere psychotrope stoffen zoals alcohol  
en tabak.

Ook toen bleek dat het drugsprobleem voornamelijk betrekking had  
op een beperkte groep mensen, bleef de vraag naar voorlichting  
groot.

Gekonstateerd kan worden dat drugsvoorlichting in Nederland door  
de jaren heen zeer weinig wetenschappelijke belangstelling heeft ge-  
kend. Er is in de eerste plaats weinig onderzoek gedaan naar het ef-  
fekt van drugsvoorlichting en bovendien is nog steeds amper bekend  
welke voorlichtingsmethoden effectief zijn, op welke leeftijd men  
zich het beste kan richten, wie het beste voorlichting kan geven enz.  
In de eerste helft van de jaren zeventig is enig onderzoek verricht en  
dat wees uit dat drugsvoorlichting weinig effectief was. Zo werd op  
basis van een relatief eenvoudig onderzoeksmodel gekonstateerd dat  
drugsvoorlichting niet leidt tot vermindering van druggebruik. Inte-  
gendeel, bij sommige jongeren zou voorlichting over drugs de nieuwsg-  
ierigheid naar de beleving van de effecten juist kunnen oproepen.  
Voor insiders is het verbazingwekkend hoe vaak deze onderzoekskon-  
klusies zijn herhaald. Met tussenpozen van 1 of meer jaren dook  
steeds weer de stelling in de media op dat drugsvoorlichting averecht-  
se gevolgen kan hebben. En dat terwijl het oorspronkelijke onder-  
zoek dat in Rotterdam is uitgevoerd, een beperkte waarde had, en  
er nadien geen vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden. Het gebeuren  
is illustratief voor de verwaarlozing van een serieuze wetenschappelij-  
ke aanpak van de drugsvoorlichting in Nederland.

Ik durf de stelling aan dat er in Nederland vele jaren is voorgelicht  
over drugs, met name, in het onderwijs, op het nivo van goed bedoeld  
hobby-isme. Er zijn vele lessen geschreven over drugs zonder dat de  
auteurs konden beschikken over de juiste voorkennis. Bovendien zijn  
er veel individualisten bezig geweest, zoals de genoemde politie-

mensen, hulpverleners en anderen, zonder dat er zicht was op het resultaat van hun inspanningen.

### **Waar staan we nu?**

In de eerste plaats geniet het drugprobleem minder maatschappelijke belangstelling dan enkele jaren geleden. Nederland is tot op zekere hoogte, maar in ieder geval politiek, gewend aan het probleem; bovendien is één van de meest in het oog springende gevolgen, de kleine kriminaliteit, ten dele teruggedrongen doordat op grote schaal vervangende middelen (methadon) worden verstrekt aan de gebruikers van hard drugs.

Met deze afname van de aandacht voor het probleem is ook de vraag naar drugsvoorlichting verminderd. Bovendien is sinds een paar jaar de "konkurrentie" van de alcohol- en in mindere mate de tabaksvoorlichting, toegenomen.

Daarmee verdwijnt natuurlijk niet het belang van voorlichting over drugs. Het probleem is nog volop aanwezig; bovendien neemt het gebruik van hasj toe.

De voorwaarden om drugsvoorlichting op adekwate wijze uit te voeren zijn thans echter niet veel beter dan een tiental jaren geleden. Er is nog steeds geen duidelijk antwoord op vragen zoals wie het beste voorlichting kan geven, op welke manier, met welke hulpmiddelen, voor welke leeftijd en andere.

De neiging bestaat om de voorlichting over drugs voor jongeren geleidelijk aan af te bouwen omdat weinig mensen in het effect daarvan geloven.

Mij stelling is dat deze visie over drugsvoorlichting in algemene zin niet aanvaardbaar is. Voorlichting kan altijd een functie hebben als maar duidelijk wordt gemaakt wat de doelgroep is en welk effect men wil bereiken.

Het is zeker niet juist om drugsvoorlichting grootschalig op te zetten en op iedereen te richten, immers veel jonge mensen worden daarmee niet of nauwelijks geconfronteerd.

Drugsvoorlichting is zeker op z'n plaats als het jongeren betreft die grote kans lopen met druggebruik geconfronteerd te worden en/of jongeren die nu experimenteren met middelen als hasj.

De Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs die een taak hebben op dit terrein zijn reeds een aantal jaren bezig om drugsvoorlichting voor deze doelgroepen zo goed mogelijk uit te voeren.

Konkrete produkten die de CAD's hebben ontwikkeld zijn onder anderen kursussen voor docenten over drugsvoorlichting, kursussen voor groepsleiders van internaten, overzichten van lesmateriaal over drugs en enkele specifieke voorlichtingsfilms.

Ondanks de huidige en komende bezuinigingen is het van groot belang dat deze inspanningen van de CAD's door kunnen gaan. Van het drugprobleem zijn we immers nog bij lange na niet verlost.

Ir. W.E. van Dalen

1. Verslag Studiedag Alkohol Voorlichtingsplan; november 1987. Uitgave: Nederlandse Vereniging CAD's; Utrecht.
2. Evaluatie van het Alkohol Verkeer Projekt Drenthe; Ministerie van Justitie; 1987. Staatsuitgeverij; Den Haag.
3. "Alkohol en Samenleving"; nota over een samenhangend alcoholmatigheidsbeleid van het Ministerie van W.V.C.; 1986. Staatsuitgeverij; Den Haag.

## DE MONDIGE PATIËNT

Dames en heren, mijn bijdrage als spreker op dit symposium lever ik op grond van mijn voorzitterschap van het Patiënten Platform Drenthe, hoewel ik à titre personnel spreek.

Mag ik mij eerst even voorstellen, mijn naam is Rudy Kremer, ik ben 37 jaar, gehuwd en heb 3 kinderen. Ik ben werkzaam bij de vereniging Humanitas als maatschappelijk aktiveringswerker. Tevens ben ik dus voorzitter van het Patiënten Platform Drenthe. Ik ben daar zelfs onafhankelijk voorzitter! Los van de vraag of dat eigenlijk wel kàn - onafhankelijk zijn - kun je je de vraag stellen of dat nodig is: een onafhankelijk voorzitter.

Welnu, al was het alleen maar om mijn eigen gemoedsrust niet node-loos te frustreren: dat is nodig. Want het is namelijk een kruiwagen met kikers! Gaat u maar na. Waarom wordt iemand aktief in de patiëntenbeweging? Er zijn een heleboel motieven te bedenken. Een paar wil ik er noemen:

- a. algemene politieke uitgangspunten/belangen;
- b. individuele frustratie in de behandeling van jouw ziekte;
- c. slechte ervaringen bij het indienen van klachten;
- d. levensbeschouwelijke motieven;
- e. voor jouw ziektebeeld: specifieke belangenbehartiging;
- f. het behartigen van belangen van seksegenoten.

Al deze motieven komen we tegen. Ook in het Drentse platform. En u kunt zich voorstellen dat dan in het platform allerlei zaken wat door elkaar dreigen te lopen. Allerlei belangen/motieven zijn soms niet geheel duidelijk te onderscheiden.

Om het daarbij wat overzichtelijk te houden: er zijn ook nog concurrenten, allemaal dansend om de lege portemonnee van de subsidiënten. Al langer bestaande belangenbehartigingsorganisaties, steunfunctie-instituten etc. over en weer in en bij elkaar vertegenwoordigd. Maar waartoe? In wiens belang?

Ik kom daar straks op terug.

Door anderen is bedacht dat de titel van mijn verhaal luidt: "De mondige patiënt". Ik vind dat goed. Maar: wat bedoelen we dan?

- is dit een konstatering: de patiënt is mondig?
- is dit een wens: de patiënt zou mondig moeten kunnen zijn?
- is dit een opdracht: de patiënt moet mondig zijn?

Even een open deur intrappen: de patiënt bestaat niet. Dus de mondige patiënt ook niet. Zeker: er zijn mondige patiënten. En dat is mooi! Maar: de mondige patiënt als maatschappelijk verschijnsel bestaat niet!

Moet een patiënt mondig zijn? Sommigen zeggen: nee. Maar dat zullen er niet veel zijn. Dus: ja, de patiënt moet mondig zijn. Maar: van wie dan wel? En: waartoe?

Ik denk dat de beantwoording van deze vragen samenhangt met de vraag naar het type zorg dat je voor ogen staat. Ik zou 3 typen willen onderscheiden, drie concepten:

- a. het behandelingsconcept
- b. het mantelzorgconcept
- c. het begeleidingsconcept

a. **Het behandelingsconcept**

Dit gaat uit van de patiënt met zijn ziekteverschijnselen. De ziekte is de aanleiding voor de start van allerlei handelingen. De arts, de gezondheidszorg, het beleid richt zich op het behandelen van de ziekte, van het zieke orgaan. Dat er aan de ziekte ook nog een mens vast zit is hooguit lastig. Dat leidt maar af. Dit leidt dan tot die situaties waarin mensen verworden tot "de blinde darm op zaal 14". Het moge duidelijk zijn: vandaag de dag kan dit natuurlijk niet meer!

Wat echter niet wil zeggen dat het niet meer voorkomt. Niet zo expliciet als ik net omschreef wellicht, maar deze benadering komt nog wel degelijk voor.

In termen van mondigheid gesproken: hier moet nog heel wat gebeuren. Zowel met de patiënt als met de leveranciers van gezondheidszorg. De patiënt is in deze situatie niet mondig, maar is al monddood voor hij nog maar één stap over de zorg-drempel heeft gezet.

Het moge duidelijk zijn dat niet alleen op micro-nivo (de relatie arts-patiënt) iets moet gebeuren. Ook op meso-nivo, laten we zeggen de instelling (bijvoorbeeld het ziekenhuis) moet er iets veranderen. Nu zien we nog al te vaak dat de patiënt zich gedraagt naar de wensen van de arts. Met alle onnodige beperkingen en latere frustraties van dien.

b. **Het mantelzorgconcept**

Het andere uiterste is wellicht het mantelzorgconcept. En dan niet zoals door minister Brinkman bedacht, want dat is een

karikatuur van mantelzorg. Bij Brinkman denk ik aan mantels die ik hem wel eens zou willen uitvegen, om er daarna door Bert de Vries een mantel der liefde overheen te laten leggen.

Onder mantelzorg versta ik dat men uit het hele skala van voorzieningen dat volgt op de zelfhulp: de arts, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, het RIAGG, het ziekenhuis etc., zelf kan kiezen.

Een hele rij mantels die aan de kapstok van de gezondheidszorg hangen. En de - potentiële - patiënt kiest er één uit. Eén die hem of haar voor dat moment bevalt.

In de wereld van de patiëntenbelangenbehartiging zijn er die dit als ideaal voor ogen hebben. Pas dan, wordt er gezegd, is de patiënt echt mondig: dan denkt hij zelf, kiest hij zelf, draagt hij als mondig patiënt eigen verantwoordelijkheid.

Ik moet u zeggen, dat ik er niet zo zeker van ben dat dit de gewenste situatie is. In meen te weten dat er artsen zijn, die graag deze kant op willen, omdat ze op deze wijze de verantwoordelijkheid ook kunnen afschuiven/doorschuiven naar de patiënt, om de patiënten te konfronteren met hun eigen mondigheid.

### c. Het begeleidingskonsept

Ik zit meer te denken in de richting van het begeleidingskonsept. Daarin is de patiënt niet de ziekte maar de zieke. Hij/zij is een mens met een ziek en met een gezond deel. En beide delen zijn van belang. En beide delen krijgen ook aandacht.

Gegeven is dan, dat er sprake is van een patiënt die - als uiteindelijk punt bij paal komt - zelf kiest nadat hem/haar door de arts een aantal keuzen zijn voorgehouden. De arts adviseert, begeleidt de patiënt. Ieder met een eigen verantwoordelijkheid. Ieder met een eigen deskundigheid. De arts deskundig op het gebied van lichamen algemeen. De patiënt op het gebied van lichamen bijzonder: zijn eigen. In de kommunikatie tussen hen beide kan dan duidelijk worden of er behandeld moet worden en zo ja hoe dan. Hoewel patiëntenbelangenbehartigers wel eens anders willen doen voorkomen: de arts is echt op een aantal gebieden deskundig en deskundiger dan de patiënt. En dat is prima. Want daarvoor is hij/zij arts en wordt daarvoor betaald!

Maar evenzeer: de patiënt is verantwoordelijk voor wat er met zijn of haar lijf gebeuren moet/mag. (Als de omstandigheden het maken van een keus niet verhinderen).



De arts kan en mag niet in die verantwoordelijkheid treden. De arts moet/mag wijzen op alternatieven, op gevolgen etc. Maar uiteindelijk blijft de patiënt verantwoordelijk.

Wat moet er zoal gebeuren om deze door mij als gewenst omschreven situatie te verkrijgen? Ik wil proberen wat te zeggen over de voorwaarden en over bevorderende en belemmerende factoren.

Naar mijn mening dringt de tijd om hierover tot heldere afspraken te komen.

Wie de t.v.-uitzendingen "Beter dan God" heeft gevolgd, weet dat er in een waanzinnig tempo gigantische veranderingen mogelijk worden. Voor menig ingewijde niet of nauwelijks te volgen, laat staan te interpreteren. Over mondigheid van de patiënten gesproken!!

Het mag duidelijk zijn dat ik voorlopig niet zie, hoe op dat nivo - de mondiale wetenschap - en door patiënten en hun organisaties wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend.

Iets anders is, dat er op landelijk macro-beleidsnivo wel degelijk invloed mogelijk is en ook nodig is. Ik heb de indruk, om niet te zeggen de overtuiging, dat de wetenschap mondiaal zijn eigen procesgang volgt. Dat valt niet te stoppen. Ik weet ook niet, of dit gestopt moet worden. Ik kan dat niet overzien.

Dat t.v.-programma maakte wel duidelijk dat er op nationaal beleidsnivo iets te beïnvloeden valt. In het laatste programma dat de VPRO aan dit onderwerp wijdde,  $\pm$  5 weken geleden, liet de verantwoordelijke minister doorschemeren dat hij amper nog met het denken hierover was begonnen. En dat is iets dat moet veranderen. Wie moet dat beïnvloeden? De patiënt-gebruiker onder andere! Die moet daartoe mondig gemaakt worden als hij dat nog niet is.

Van lieverlee komen ook de lagere echelons met deze ontwikkelingen in aanraking. En ook daar dreigen ontwikkelingen autonoom hun eigen gang te gaan als we niet oppassen. Op dat meso-nivo kunnen - mondige - patiënten (vertegenwoordigers) direkt hun invloed uitoefenen.

Nou doet zich daar overigens wel een vervelend verschijnsel voor. In principe kan er inmiddels - als het gaat om de plek die er is voor patiënten - veel. Maar helemaal gelijkwaardig gaat dat niet, ik zal een voorbeeld noemen.

In de W.A.C's (=wettelijke advieskommissies) voor het vestigingsbeleid zijn tegenwoordig regionaal plaatsen gereserveerd voor patiëntenvertegenwoordigers. Dat lijkt mooi. Dat lijkt democratisch. En het geeft het wellicht wat luxe gevoel dat men ook daar al aan heeft

gedacht. (De patiëntenbeweging is óók een emancipatiebeweging. Let op de parallellen met onder andere vrouwenbeweging en ouderen. Statutair regelen we dat er van de bestuursleden minstens 1/3 vrouw/oudere moet zijn.)

Alsof daarmee ouderen/vrouwen serieus worden genomen!

Gelet op de gigantisch ingewikkelde problematiek: te gek voor woorden!

De verhoudingen liggen zodanig, dat het voorlopig nog niet veel voorstelt/voor kan stellen.

In zo'n W.A.C. (als voorbeeld) zitten 2 à 3 vertegenwoordigers van de artsen, zit 't ziekenfonds, zit ..... noem maar op. En dan zit er - pas op - hou je vast - één patiëntenvertegenwoordiger. En dan doen we met z'n allen alsof daarmee de gezondheidszorg ingrijpend gedemocratiseerd is.

De mondige patiënt dus! Gelet op het voorgaande zou je zeggen, er is nog een lange weg te gaan. Maar ..... uiteindelijk draait 't toch om die patiënt? Of ..... speelt er ook nog een heleboel onvermoeds dat niet genoemd mag/kan worden? Kortom: wie heeft er welk belang bij dat de patiënt mondig wordt?

Als we ons beperken tot de provincie Drenthe, dan kunnen we konstateren, dat de ontwikkelingen hier niet van het landelijke beeld afwijken. Ook hier: op papier: veel ruimte! Maar de facto: geen of amper enige financiële ruimte bijvoorbeeld. In dat gigantische bolwerk dat gezondheidszorg heet, moet het P.P.D. het doen met ± f. 15.000,- op 35 miljard!!

Ik denk dan (dus) maar: als ik nou eerst eens met mijn huisarts tot een goede relatie kom, dan schiet ik al aardig op. Maar hoevelen slagen dáár al niet in.

Ik kom bij mijn arts met een pijnlijke hand. Daar moet naar gekeken worden. De arts kijkt en denkt na en zegt: Snapping finger. Dat is toch bijzonder. Wie heeft dat, zo'n mooie kwaal? Maar wat moet je daar aan doen?

De arts pakt een boek (want hij weet 't ook niet precies) en laat mij meelesen. Wat is het? Wat kan er? Wat zullen we doen? Ik voel mij dan zeer mondig. Maar: als 't nou eens om een kwaadaardige afwijking ging? En ik was niet zo mondig als ik ben?

Ik wil maar zeggen: voorlichting is één, maar goede gezondheidszorg moet het vooral hebben van een goede relatie tussen arts en patiënt.

R. Kremer

## FORUMDISCUSSIE ONDER VOORZITTERSCHAP VAN DRS. G. DEN DUYN

### **Dhr. Slomp**

lid van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.

Door één van de sprekers werd gezegd dat men name wat het tabaksverbruik betreft, het misschien zinnig zou zijn om tot een regulering te komen. We hebben gezien hoe in landen als Amerika en Canada in het verleden, waar men bijvoorbeeld alcoholgebruik door drooglegging trachtte in te perken, bleek dat in realiteit het alcoholgebruik alleen maar toe nam.

Ik denk dat we door voorlichting aan de jeugd preventief een veel groter effect sorteren. In regulering voor dit soort zaken geloof ik persoonlijk beslist niet. Overigens hoe denkt de regering of de politiek tot een regulering te komen?

### **Prof. Kok**

Aan dit probleem zijn een aantal aspecten te onderscheiden. U zegt: drooglegging. Ik heb niet gezegd dat drooglegging het beste zou zijn. Ik ben het overigens niet met u eens dat door regulerende maatregelen het alcoholgebruik toeneemt. Voor zover ik dat weet leidt dat alleen tot een duidelijkere herkenbaarheid van de problematiek. Een voorbeeld is Skandinavië, waarvan veel Nederlanders denken dat het alcoholprobleem daar groter is. Dat komt omdat je veel meer mensen ziet die een alcoholprobleem hebben. In werkelijkheid is het alcoholgebruik veel lager en ook de alcoholproblematiek in Skandinavië is veel geringer dan in Nederland. Het valt alleen meer op. Het is daar een soort heroïneprobleem geworden, in plaats van zoals bij ons waar het een geaccepteerd gedrag is. Overigens ben ik het volstrekt met u eens dat de preventie van roken bij jongeren het belangrijkste is. Tegelijkertijd is het dan ook zinvol om bijvoorbeeld te reguleren dat leerkrachten niet mogen roken, om maar eens een simpel voorbeeld te nemen. Bij overheidsscholen is dat ook het geval, maar wij hebben een onderwijssituatie die ertoe leidt dat sommige maatregelen voor bepaalde scholen niet gelden. Vaak is daar wel een beleid voor, maar soms zonder verplichtingen; zelfs bij de universiteit is dat beleid er niet. Ik heb ook een paar collega's die met geen geweld van het roken af te brengen zijn.

Ik denk dat bovendien regulering allerlei verschillende vormen kan aannemen, die veel meer als een soort ontmoediging gezien moeten worden. Het heeft mijns inziens heel weinig zin om roken in het algemeen te verbieden. Ik denk ook dat dat niet controleerbaar is, om maar eens iets te noemen. Iets anders is dat roken ook schadelijk is

voor de niet-rokers, voor diegenen die in de omgeving van de rokers zitten. Dat betekent dat de overheid, ook volgens de Grondwet, de plicht heeft om de niet-roker te beschermen tegen de roker. Voor openbare gelegenheden, wachtkamers van ziekenhuizen, treinen, noem maar op, zouden dus verbodsbepalingen van kracht moeten zijn. De Tabakswet zoals die nu is, heeft een artikel waarin staat dat bij openbare gebouwen de conciërge maatregelen moet nemen om de niet-roker te beschermen tegen de roker. Destijds is in de Tweede Kamer gevraagd of het dan voldoende was als hij een raampje openzette. Het antwoord van de minister was dat dat inderdaad voldoende was! U zult het met mij eens zijn dat wij ons bij regulering wel iets meer kunnen voorstellen dan een raampje openzetten.

### **Dhr. Slomp**

Wat ik niet begrijp is dat in gezondheidszorginstellingen als ziekenhuizen, roken nog steeds toegestaan wordt. Juist in de ziekenhuizen zou je het mogen verwachten, dat men regulerend zou optreden. Er wordt zelfs gefluisterd dat in ziekenhuizen het roken en het alcoholgebruik hier en daar toeneemt.

### **Prof. Kok**

Daar wil ik graag nog even op reageren. De nieuwe Tabakswet in ons land krijgt ongeveer dezelfde strengheid als de wetgeving die in België ingevoerd is. Dat betekent dat in alle openbare gebouwen (ook in ziekenhuizen, die vallen nadrukkelijk onder die wet) in principe niet gerookt mag worden en dat er ruimten aangewezen moeten worden voor rokers. Ook in Nederland beginnen heel veel ziekenhuizen met een zogenaamd anti-rook beleid. Dat betekent dat op een beperkt aantal plaatsen in het ziekenhuis nog gerookt kan worden en in de rest van het ziekenhuis helemaal niet.

Maar er zijn geen ziekenhuizen die zeggen: laten we het roken helemaal verbieden. Daar zijn wel eens experimenten mee geweest, maar dan zie je dat in de plantenbakken en op de w.c.'s de peuken liggen. Dus toen werd er gezegd: laten we wel een paar ruimten aanwijzen waar gerookt kan worden. Ik denk dat over een jaar in alle ziekenhuizen in Nederland dit beleid verplicht zal zijn.

### **Anke Wemekamp**

stagiaire medische sociologie bij de Raad voor de Volksgezondheid. Ik heb een vraag aan de apotheker. Die had het over therapietrouw. Voor mijn gevoel was dat ook een voorbeeld van hoe daar vanuit de gezondheidszorg over gedacht wordt. Er wordt getracht om de therapietrouw te bevorderen, want het is toch heel nadelig dat de patiën-

ten zich niet houden aan de hen voorgeschreven medicijnen. Ik zou willen stellen dat een patiënt wel degelijk afweegt: wat is voordelig voor mij en wat is nadelig. Hij maakt voor zijn voorgeschreven medicijnen een afweging voor zichzelf, een strategie: wat zou voor mij in dit geval werkelijk nodig, nuttig zijn? Soms is dit helemaal niet een zeer irreëel gedrag, maar een zeer rationeel gedrag en goed voor hemzelf. Bijvoorbeeld als een vrouw zwanger is en zij krijgt medicijnen voorgeschreven, terwijl de arts nog niet weet dat zij in verwachting is. Zij kan dan zeggen: op dit moment lijkt mij dit medicijn niet zo verstandig voor mij. Zij is dan zeer therapie-ontrouw, maar zij is wel degelijk zeer gezond bezig. Ik kan nog meer voorbeelden noemen, maar ik bedoel dit te zeggen: therapie-ontrouw is niet altijd nadelig voor de patiënt.

### **Dhr. Hospes**

Ik denk dat het antwoord op zo'n vraag in feite voor de hand ligt. U heeft natuurlijk volkomen gelijk als het om dat soort zaken van therapie-ontrouw gaat. Ik heb ook eigenlijk niet daarop willen duiden toen ik de sheets liet zien met de oorzaken die verantwoordelijk zijn voor het gebrek aan therapietrouw. Vooropgesteld moet worden dat als een arts op een bepaald moment een geneesmiddel voorschrijft, dat ook verantwoord is. Patiënten kunnen natuurlijk op basis van informatie die hen bekend is - en hun arts niet - zo'n beslissing nemen als u aangaf. Maar in uw voorbeeld ontbreekt er mijns inziens een noodzakelijke communicatie tussen arts en patiënt.

### **Voorzitter**

We hebben hier ook nog een schriftelijke vraag binnengekregen. Prof. Kok stelde: daar nog geen behandeling van AIDS mogelijk is, is het zinloos om op AIDS te testen.

De vraag is nu: is het niet nuttig om te weten of je sero-positief bent. De sero-positieve kan dan maatregelen treffen om anderen niet te besmetten.

### **Prof. Kok**

Dat lijkt in de eerste instantie een vrij logische zaak. Ik denk niet dat het zo is. Om te beginnen is sero-positief zijn iets anders dan AIDS hebben. Op het ogenblik wordt geschat dat van de mensen die op de een of andere manier besmet worden en sero-positief zijn, 50% op den duur AIDS krijgen. En dat kan na een hele lange tijd zijn, zelfs na een jaar of tien. Dus dat wil zeggen dat we het hebben over een test, die in feite geen AIDS-test is, maar een test om aan te tonen dat je ooit in aanraking bent geweest met AIDS. Het betekent helemaal

niet dat je de ziekte krijgt en het is ook de vraag of het betekent dat je besmettelijk bent voor anderen. Dat is punt 1.

Punt 2 is: je krijgt niet zomaar AIDS. Daar ben je zelf bij. Je weet of je tot een groep behoort die risico's loopt met betrekking tot AIDS. De voorlichting daarover is heel goed geweest. Daar is ook evaluatie over en de kennis in Nederland over AIDS is vrij goed. Je ziet dat onder andere ook door de voorlichting die er vanuit de bloedbanken gegeven is en die zeer effectief is geweest in het selecteren van mensen die van zichzelf weten dat ze tot een bepaalde groep met risicogedrag behoren. Mensen die tot een groep met risicogedrag behoren, dienen zich te gedragen alsof ze besmet zijn. Sowieso, met of zonder test. Het is absurd - ook naar de persoon in kwestie toe - om te zeggen: kijk, er is een test waar ik negatief op scoor, dus ik kan rustig doorgaan met wat ik aan het doen ben. En anderen eventueel onder-tussen besmetten. Dat kan niet, want een test mag je zo niet hantieren. De juistheid van de test is bovendien erg discutabel en er is dus een zeer grote kans op een vals-positieve of vals-negatieve uitslag. Het zou dan ook volstrekt onjuist zijn om op basis van een negatieve test-uitslag te gaan handelen alsof je anderen niet zou kunnen besmetten, afgezien van het feit dat er een tijdspanne zit tussen het moment waarop je eventueel AIDS hebt en besmettelijk bent voor anderen en het moment waarop dat door de test aangetoond kan worden. Dat is minstens drie maanden. En dat betekent dus drie maanden waarin je in staat bent om iemand te besmetten. Deze test is daar in feite dus geen goede maat voor. Er zijn enkele uitzonderingen. En die uitzonderingen zijn bijvoorbeeld mensen die een belangrijke beslissing nemen om verder monogaam door het leven te gaan (of te gaan trouwen en kinderen te krijgen) en die dan ook weten dat ze dat al bijvoorbeeld een half jaar of een jaar zijn terwijl ze tevoren tot een risicogroep behoorden. In dat geval heeft het soms zin je eens te laten testen als je heel zorgvuldig wilt zijn en je zeker wilt zijn dat je je leven op die manier wilt inrichten en besmetting van anderen wilt uitsluiten. Maar dat zijn echt uitzonderingen en ik denk ook dat dat iets is wat je kunt bespreken met een huisarts bijvoorbeeld. Maar als algemene richtlijn is testen op sero-positiviteit zinloos.

### **John Hoenen**

Ik heb een vraag aan de heer Hospes. Ik hoorde hem kritische opmerkingen maken over voorlichting door de reformwinkel en Privé en Story. Die voorlichting zou inhoudelijk niet kloppen. Tegelijkertijd meen ik opgevangen te hebben dat voorlichting in samenwerking met de farmaceutische industrie ontwikkeld moest worden over geneesmiddelen. Daar ben ik enigszins verbaasd over, omdat ik denk dat dat

ook een sterke sturing van de inhoud van die voorlichting betekent. Ik denk dat de apotheker als geneesmiddelendeskundige bij uitstek zich daarmee **onafhankelijk** moet bezighouden.

### **Dhr. Hospes**

Waar ik gesproken heb over de farmaceutische industrie, daar bedoelde ik dat met name door de farmaceutische industrie gewerkt moet worden aan het schrijven van begrijpelijke en patiëntvriendelijke informatiefolders. De bijsluiter heeft tot nu toe een gigantische ontwikkeling door gemaakt. Prof. Kok heeft al gezegd dat die bijsluiter helemaal niet werkte. Ik ben benieuwd wanneer het onderzoek plaats heeft gevonden, waarop hij doelde. De laatste tijd wordt de bijsluiter veel meer gewaardeerd. In dit verband is het aardig om op te merken dat vóór 1975 de apotheker verplicht was om de bijsluiter van een geneesmiddel te verwijderen! Tegenwoordig wordt erover gesproken om verplicht een bijsluiter mee te leveren. Er is dus een hele ontwikkeling gaande met betrekking tot de bijsluiter en ook tot de informatie die in die bijsluiter gegeven moet worden. Uit heel recente onderzoeken - die ik kort heb besproken - is gebleken dat de bijsluiter toch hogelijk gewaardeerd wordt door de patiënt. Ik heb zelf niet zo gauw een dia voorhanden waarmee ik dat kan illustreren, maar de tekst is inderdaad de laatste jaren veel begrijpelijker geworden. In de jaren dat ik openbaar apotheker ben geweest, heb ik één of twee keer mee-gemaakt dat een patiënt op basis van de inhoud van de bijsluiter heeft geweigerd om het geneesmiddel te gebruiken. In het gedeelte **PATIËNTENINFORMATIE** van de bijsluiter wordt ook alleen maar informatie gegeven in begrijpelijke taal voor de patiënt. Allerlei ziekten die zeer zelden voorkomen en die in verband met produktaansprakelijkheid vermeld moeten worden, worden in de bijsluiter in het patiënteninformatiegedeelte niet meer vermeld. Ik hoop dat ik uw vraag zo voldoende heb beantwoord.

### **Mw. Trines**

lerares biologie.

Ik heb een vraag over folders. Hier op uw symposium liggen er hele stapels over allerlei onderwerpen niet alleen de gezondheidszorg betreffende. Ik heb het eens op school gepolst en het blijkt dat zowel kinderen als ouders ontzettend weinig folders lezen. Is daar ooit onderzoek naar gedaan? Hoeveel zin heeft het om stapels van die dingen uit te delen, die je heel vaak in prullebakken terugvindt? En een tweede opmerking: als je voorlichting geeft op school over welk onderwerp dan ook - en vooral als het met sociale druk te maken heeft - voor kinderen van 13 tot 18 jaar, kun je wel zeggen dat roken gewoon niet goed is, maar je moet eigenlijk een alternatief

gedrag aan kunnen geven. Je moet eigenlijk een voorbeeld kunnen geven van wat wel goed is. Als docent kun je dat heel moeilijk doen, omdat je dan je eigen oordeel aan hen oplegt. Ik weet niet of hier een antwoord op te geven is, maar misschien is het toch wel aardig als iemand daar een idee over geeft. En ten slotte wil ik nog zeggen dat ik het jammer vind dat er geen dame in dit forum zit.  
(APPLAUS.)

De **voorzitter** trekt namens de organisatoren van het symposium het boetekleed aan, echter zijn excuus dat er onvoldoende vrouwelijke forumkandidaten beschikbaar waren, vindt maar matig gehoor.

### **Dhr. Schneemann**

voorzitter van de PRV.

Ik herinner me dat vóór de zestiger-jaren het ontzettend stoer was om te drinken. Je werd volstrekt weggehoond als je in een café kwam en je dronk geen pils. In het begin van de jaren '70 was het in veel gevallen net andersom.

Het werd stoer gevonden als je als jongen na het hockeyen de kroeg in ging en je zei: "Geef mij maar een cola". Die golfbeweging schijnt nu weer omgeslagen te zijn. Over alternatief gedrag gesproken! Moet je dit verschijnsel als zodanig duiden? Of heeft hier regulering toch een voorbeeld-werking? Ik signaleer slechts, maar kan het niet duiden.

### **Voorzitter**

Dank u meneer Schneemann. Er waren dus twee vragen, één over de folders en één over het geven van alternatieven. Het woord is aan de heer Siero.

### **Dhr. Siero**

De eerste vraag was over het lezen van folders. Is daar onderzoek naar gedaan? Ik ken zo'n onderzoek niet. Over de bijsluiters bij geneesmiddelen - ik betwijfel of ze wel zo goed gelezen worden als de heer Hospes denkt - hebben we het al uitgebreid gehad. Wat het geven van folders in het algemeen betreft: een combinatie van bijvoorbeeld mondelinge informatie en schriftelijke informatie werkt goed. Alléén folders meegeven die op een stapel liggen, daar heb ik inderdaad zeer mijn twijfels over.

Punt twee, het geven van een alternatief voor roken. Nou, ik wou dat we dat hadden. Ik denk overigens dat het geven van een alternatief niet beslist nodig is als je er aandacht aan besteedt in de lessen over dit soort onderwerpen. Ik denk dat het dan belangrijk is om informa-



tie sec te geven, dus objectieve informatie over de gevolgen van roken, alcoholmisbruik en dergelijke.

En uiteindelijk is het dan natuurlijk aan - in dit geval - de leerlingen of ze wel of niet die keuze maken. Ik denk dat het verkeerd is om als gvo-er een gebodsbepaling te verkondigen, maar je moet wel duidelijk zijn: roken is slecht, maar men moet de vrijheid hebben om zijn keuze te maken.

### **Prof. Kok**

Je kunt geen algemene uitspraken doen over folders. Het antwoord moet gewoon zijn: het hangt ervan af. Het hangt ervan af wat voor folder of het is, aan wie het uitgedeeld wordt, wat erin staat, enz. Er is wel allerlei onderzoek gedaan naar folders. Gemiddeld komt van folders, die bij mensen in de bus gestopt worden maar 10% werkelijk in handen van mensen, wat nog niet inhoudt dat men ze leest, begrijpt enz. Er zijn een paar uitzonderingen. We hebben zelf onderzoek gedaan naar de folders die het Koningin Juliana Fonds één keer per jaar verspreidt. Daarvan bleek dat maar liefst 40% van de mensen hem gelezen had, wat relatief heel erg hoog is. Wel veel lager dan het KJF had gehoopt, overigens. Folders dienen inderdaad vaak als schriftelijk materiaal ter ondersteuning van mondelinge voorlichting. Een arts legt bijvoorbeeld iets uit, maar op dat moment is de patiënt niet zo gevoelig voor dat soort informatie. Bovendien is hij dat snel vergeten. Dan is het het beste als hij ook nog een papiertje krijgt waar helder en duidelijk een en ander op staat. De bijsluiters vormen een hoofdstuk apart. De bijsluiters leiden er ernstig onder dat er wettelijke voorschriften voor zijn. Daarin staat wat allemaal precies de bijverschijnselen zijn en men is verplicht om de meest zeldzame bijverschijnselen te noemen als ze ooit maar eens een keer voorgekomen zijn. Dat is voorlichtingstechnisch natuurlijk erg ongelukkig, want je zou als voorlichter een heel ander soort folder maken. Misschien moeten we er in de toekomst naar streven om één folder te maken, waarin aan de wettelijke eisen voldaan wordt en een andere folder waarin gewoon in begrijpelijke taal uitgelegd wordt wat de werking is en wat de bijverschijnselen zijn.

Ik denk dat de laatste tijd de folders en de bijsluiters trouwens al veel verbeterd zijn. Wat betreft het alternatieve gedrag: Ik ben toch iets minder puriteins dan mijn buurman-forumlid Siero. Ik merk op dat als sociale druk de belangrijkste reden voor mensen is om iets te doen, je als voorlichter dan ook de plicht hebt om daar concreet alternatieven tegenover te stellen.

Nou is dat op zichzelf ook weer niet zo vreselijk moeilijk. Nogmaals: het aantal rokende mensen in onze maatschappij is in de minderheid en zeker op die leeftijd. Overigens denken jongeren dat dat niet zo is. Dat is ook weer één van die misverstanden die rechtgezet moeten worden. Jongeren denken dat de meerderheid van de bevolking rookt en dat de meerderheid van hun leeftijdgenoten rookt. Wat stellig niet zo is. Wat wij gedaan hebben bij de voorbereiding van het anti-look programma is jongeren laten praten over roken en niet-roken en alternatieven, rollenspellen enz. Dat heeft een aantal nuttige dingen opgeleverd. Ook in het videofilmje, wat een onderdeel van het programma is, worden een aantal dingen getoond die je zou kunnen doen in plaats van roken. Bovendien heeft dit ook nog als voordeel dat je er in de taal over praat, die de leerlingen zelf gebruiken. Wat een heel belangrijk punt is. Overigens geldt dat niet alleen voor jongeren: ook de oudere mensen die stoppen met roken moeten een alternatief hebben. Medisch gezien is dat onzin, maar roken wordt door mensen gezien als een soort spanningsreductie. Bij stress-situaties op het werk, in relaties, dan moeten mensen roken, zeggen ze. Wat je in zo'n programma doet, is mensen op een andere manier met spanning om laten gaan. Dat blijkt één van de meest cruciale onderdelen te zijn van het wel of niet succes hebben van dat soort activiteiten. Er zijn zeker alternatieven te geven. En ik denk ook dat je als gvo-er de plicht hebt mensen daar een beetje bij te helpen.

### **Dhr. Dubbelboer**

Mag ik nog een toevoeging geven op de problematiek van de folders? Ik denk dat velen van u folders uitgeven op een gegeven moment. Wat wij gemerkt hebben, op basis van kleinschalig onderzoek in ziekenhuizen, is dat men zelf de folders niet leest die men uitgeeft. Door de farmaceutische industrie of de coördinator voorlichting worden folders gemaakt die worden neergelegd of uitgegeven. En waarom lezen hulpverleners zelf die folders niet? Zij redeneren: ik weet toch wat reuma is, in weet toch wat diabetes is! Maar daar gaat het niet om, het gaat erom dat je weet wat je aan de patiënten aan informatie verstrekt. Mijn advies is: de hulpverleners moeten zelf het materiaal dat ze verstrekken ook lezen. In de tweede plaats is het heel belangrijk dat de patiënt weet wat het doel is van die folder. En dat wordt er vaak niet bij gezegd. Het uitdelen van een folder is vaak een routine-gebaar. Maar het is heel belangrijk dat erbij gezegd wordt: dit en dat staat erin. We geven u dit materiaal zodat u weet waarom u nuchter moet komen de volgende keer, opdat u wat gerustgesteld wordt, door de informatie over het onderzoek etc. Dat is een aspect wat heel vaak achterwege blijft.

## **Voorzitter**

Mijnheer Van Dalen wat is uw mening als voorlichtingsdeskundige over folders en het bieden van alternatieven?

## **Dhr. Van Dalen**

Bij de mening over de folders kan ik me in grote lijnen aansluiten. Ik wil nog even ingaan op de vraag van de lerares over de moeilijkheid van het bieden van alternatief gedrag. Belangrijk is bij voorlichting over alcohol en drugs zo creatief mogelijk te zijn in de toe te passen methode of werkvormen.

Je kunt spelvormen toepassen die zo langzamerhand steeds meer op de markt komen.

Er zijn veel manieren om ook die sociale druk aan de orde te stellen. Het is niet alleen maar een kwestie van verbale benadering of de bekende discussiegroepjes. Wat ook belangrijk is: de sociale druk kun je ook in positieve zin gebruiken. Je kunt daar ook oefeningen in opzetten. Je kunt proberen elkaar te leren om niet te roken. Daar kun je sociale druk mee uitoefenen, als je dat zou willen. Ik vind het ook al heel wat als dat soort processen bij jongeren bespreekbaar is, als men die onderkent, als men die ook in andere zin kan toepassen, bijvoorbeeld sociale druk om niet onder invloed te gaan rijden. Want sociale druk is een mechanisme, dat er altijd zal blijven. Daar moeten we ook in positieve zin van proberen gebruik te maken.

## **Vragenstelster**

Mag ik nog even aandacht vragen voor een probleem dat hier vanmiddag nog niet aan de orde is geweest, namelijk de gokverslaving. Dit neemt steeds grotere vormen aan, een sluipend probleem waar nog (te) weinig aandacht aan wordt besteed.

## **Dhr. Van Dalen**

Inderdaad: in de V.S. schijnt al 1% van de bevolking hieraan verslaafd te zijn. Het aantal mensen dat te maken krijgt met verslavingsproblemen ten aanzien van gokken wordt steeds groter. Bij ons op het bureau verschijnt het vaak in relatie met alcoholverslaving. Ik moet u wel zeggen, dat wat betreft de voorlichting - ook landelijk gezien - hier nog heel weinig over is nagedacht. Het is nog een onontgonnen terrein, ook in onze provincie, waar beslist meer aandacht aan moet worden besteed.

## **Voorzitter**

De tijd stelt ons grenzen. Ons programma vermeldt om 5 uur: Samenvatting en sluiting door de directeur van de P.R.V.-Drenthe, dr. Smit. Aan hem het (slot)woord.

## SAMENVATTING

door dr. P.Th. Smit

Wat is de essentie van g.v.o.? Kort gezegd: mensen motiveren tot gezonder gedrag.

Prof. Kok heeft ons duidelijk voorgehouden dat dit planmatig moet gebeuren en ingewikkelder is dan men zo over het algemeen denkt. Aan de hand van een probleemanalyse bij de rookpreventie heeft hij ons een en ander duidelijk gemaakt.

We moeten eerst weten: hoe belangrijk is het gezondheidsprobleem dat we op het oog hebben, wat is de rol van het menselijk gedrag er bij? Welke zijn de gedragsdeterminanten: de oorzaken, de bepalende factoren? Hoe kunnen we het gedrag beïnvloeden door motivatie? Tenslotte: wat is het effect van onze beïnvloeding? G.v.o. is niet alleen zaligmakend: soms is het beter bepaalde voorzieningen te treffen en zijn overheidsmaatregelen (regulering) nodig.

Dr. Siero schetste de g.v.o.-status quo in Drenthe. Zijn provinciaal platform verzorgt de documentatie, ondersteuning en coördinatie voor een inmiddels verheugend groot aantal g.v.o.-activiteiten in onze provincie.

Op zeer overzichtelijke wijze gaf drs. Dubbelboer inzicht over patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen en de problemen die zich daarbij voordoen. Met enige trots kunnen wij het project van de V.Z.G.D. (Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe) noemen, dat door het Praeventiefonds wordt gesubsidieerd en waarvan mevrouw drs. E. Brand de coördinator is.

Drs. Hospes voorzag ons in kort bestek van een geweldig waardevolle informatie over geneesmiddelvoorlichting. Hij gaf een nieuwe visie op de rol die de apotheker - in samenwerking met de arts - bij de geneesmiddelenvoorlichting kan spelen: een scala van mogelijkheden. Door ir. Van Dalen werd de noodzaak van een samenhangend alcoholmatigingsbeleid bepleit. Overheden moeten niet denken dat voorlichting het treffen van maatregelen overbodig maakt: de verkrijgbaarheid van alcoholhoudende dranken moet worden teruggedrongen!

De heer Rudy Kremer heeft als patiënten-spreekbuis duidelijk gemaakt, dat we tenminste één welbespraakte mondige patiënt in Drenthe hebben; zijn originele betoog heeft indruk gemaakt: de hulpverlenener en de cliënt in partnerschap, de één de ander adviseerend en begeleidend, maar ieder met zijn eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid. Bij aanwezige alternatieven moet de mondige patiënt zelf zijn keuze bepalen.

Dames en heren.

Prof. Kok en dr. Siero (en dat is niet toevallig: de tweede promoveerde bij de eerste in januari jl. over een g.v.o.-onderwerp) hebben er ons op gewezen dat g.v.o. een fundamentele aangelegenheid moet zijn in onze maatschappij, een essentieel onderdeel van de gezondheidszorg, nodig voor de bevordering van de volksgezondheid, bevordering van gezond gedrag, om geneeskundige interventies zoveel mogelijk te voorkomen.

Mede namens de voorzitter van de P.R.V., de heer Schneemann, dank ik de sprekers/forumleden voor hun bijdrage en de forumvoorzitter voor zijn discussieleiding. Ik wens u welthuis; wat de "Gezondheidsdag", ons traditioneel symposium, betreft tot volgend jaar. Overigens ontmoeten wij elkaar stellig voordien nog meerdere malen in ons werk in de Drentse gezondheidszorg, preventief, voorlichtend dan wel curatief ons aandeel daarin leverend.

## DEELNEMERSLIJST

| Naam  | Instelling   |
|---|--|
| - M.H.P.J. Adema-v.d. Sande                 | P.O.G.-Drenthe   |
| - J. Bakker, opbouwwerker                   | C.O.C.-Drenthe   |
| - W.F.J. Bakker-v. Rutten,<br>statenlid     |  |
| - R.G. Blok-Bouma, verloskundige            |  |
| - A.R. Boesjes-v.d. Bel, adj.dir.           | Streekziekenhuis Coevorden/<br>Hardenberg              |
| - R.B. Bolte-van Dijk, verpleegk.           | Streekziekenhuis Coevorden/<br>Hardenberg              |
| - D.A. Bolkestein                           |  |
| - H. Bouma-Smit + 1 pers. hfd.<br>verz.     | Bejaardenverzorgingscentrum<br>De Bargerres, Emmen     |
| - A.M. Bours, vice-voorzitter               | A.N.B.O., gewest Drenthe                               |
| - E. Brand                                  | V.Z.G.D.   |
| - Van der Broek                             | Patiëntenvereniging                                    |
| - H.W.J. Broers, arts                       | Geneesk. Inspectie van de Volks-<br>gezondheid Gr./Dr. |
| - E. Broersma, directeur, bestuur<br>PRV    | I.Z.A. Groningen-Drenthe                               |
| - F.G. Brook, coördinator                   | Register Drenthe v.d. Geestel.<br>Volksgez.h.          |
| - J.J. Cramer-v.d. Graaf, bestuurs-<br>lid  | Patiënten Platform Drenthe                             |
| - J. v. Dalen-Moes, lid proj.gr.<br>pat.vl. | Bethesda ziekenhuis, Hoogeveen                         |
| - Ph. A. Deierkauf, hoofd                   | Centrale Post Ambulancevervoer<br>Drenthe              |
| - C.E.M. Dinkla, arts                       |  |
| - C.J. Drevijn, hfd. medische<br>dienst     | Ziekenfonds D.N.O.                                     |
| - G.J. Eerland, hfd. adf. M.O.V.G.          | Provinciehuis Drenthe                                  |
| - J.E. Eisenga, beleidsmedewerker           | Provinciehuis Drenthe                                  |
| - I. Ekker, adviserend genees-<br>kundige   | Regionaal Ziekenfonds Zwolle                           |
| - T. Erven                                  | St. Ondersteuning en Ontwikke-<br>ling, Utrecht        |
| - M. Euverman, projectmedewerk-<br>ster     | Landelijk Centrum G.V.O.                               |

- C. Francke, statenlid
  - B.W.A. Ganter, bestuurslid
  - B. Gelderman, arts
  - M. Gerards-v.d. Gijp, bestuurslid
  - L. Gort-Meppelink
  - L. Hartlief-Huizinga, voorzitter
  - B. van der Heijden, consulente
  - E.J. Hendriks, rector
  - G. Hendriks
  - R. Hendriks, bestuurslid
  - J.J. van Heukelum, directeur
  - C.J.W. Hirschler-Schutte, longarts
  - S. Hoegen Dijkhof
  - M. Hoekstra-de Goede, bestuurslid
  - J. Hoenen
  - L. Hofman, lid proj. gr. patiënt. voorl.
  - R. Hoogendoorn, voorzitter
  - H. v.d. Houwen, orthopaed. chirurg
  - A.H.D.L. Hueting, mondhygiëniste
  - R.F.C. Huijgen, huisarts
  - S. Huising, projectmedewerkster
  - H.J.M. Huisman, distr.hfd.zorgverl.
  - A. Hulshof, wethouder, bestuur PRV
  - J. Hummel, adj. directeur
  - F.J. Hutter, huisarts, bestuur PRV
  - J.W. Jacobze, directeur-arts
  - J.D. Jansen, apotheker
  - J. Jansens, docente
- Patiënten Platform Drenthe
  - D.G.D. Zuid-West Drenthe
  - Patiënten Platform Drenthe
  - Werkgroep Klankbord Ziekenhuis
  - Stichting Dienstverlening G.V.O.-Drenthe
  - Scholengemeensch. De Groene Driehoek, Hoogeveen
  - Ned. Patiënten Vereniging
  - Ned. Leverpatiënten Vereniging
  - Provinciale Drentse Kruisvereniging
  - Wilhelminaziekenhuis, Assen
  - V.S.N. regio Noord
  - St. Ondersteuning en Ontwikkeling, Utrecht
  - Bethesda ziekenhuis, Hoogeveen
  - Vrouwenraad Ruinen
  - Wilhelminaziekenhuis, Assen
  - D.G.D. Zuid-West Drenthe
  - Landelijk Centrum G.V.O. Prov. Drentse Kruisvereniging
  - Gemeente Assen
  - I.Z.A. Groningen/Drenthe
  - Provinciale Raad Volksgezondheid Overijssel

- C.W.M. Jongma-Roelants, statenlid
  - F. I. Jonkman-Broekema, apotheker
  - A.M. Kamminga, bestuurslid
  - J.M. Kamp, bestuur PRV
  - M.G. Kiestra-Sallé, secretaresse
  - Kilic-Faber
  - J.K. Klaassen, tandarts
  - W.A. Klaus, statenlid
  
  - R.W. Klein Nulent, staffunctionaris
  - B. van der Kolk, g.v.o.-funct.
  - E. Knol, mondhygiëniste
  - T. Koning-v.d. Staay, voorzitter
  - J.H.C. Kruijt
  - N.J.M. Kwaks, stafmedewerker
  
  - P. de Lange, directeur
  
  - M. Leemeijer, emancipatiewerkster
  - A.J. Levert, directeur
  - F.J. Lijdsman, stafmedewerker
  
  - M. van Loon-Buddingh
  - H.L. Luyckx, stafmedewerker
  
  - E. Mackenzie, coördinator
  
  - B.J.M. Magnus
  - R. Mantingh, oud geneesk. insp. volksgez.heid
  - S.G. Martijn, oud dir.arts PRV-Dr.
  - A. Mateboer-Visscher
  - G. Meekhof-Zwiers, sub.hfd. verpl.
  - L. Mees, stafmedewerker
  - G.A. Meijer, directeur-arts
- Patiënten Platform Drenthe
  
  - Vrouwenraad Zuidwolde
  - Ned. Patiënten Vereniging
  - voorzitter afd. Drenthe N.M.T.
  - dir. patiëntenzorg Diaconessen-
  - ziekenhuis Meppel
  - Intergemeentelijk Samenwer-
  - kingsverband
  - D.G.D. Noord-Drenthe, Assen
  - D.G.D. Noord-Drenthe, Assen
  - Vrouwenraad Assen
  
  - Provinciale Raad Volksgezond-
  - heid in Noord-Holland
  - Vereniging Ondersteuning Huis-
  - artsen, Assen
  - Drents Vrouwenbureau
  
  - Wilhelminaziekenhuis, Assen
  - Gelderse Raad voor de Volksge-
  - zondheid
  
  - Gelderse Raad voor de Volksge-
  - zondheid
  - G.V.O.-samenwerkingsverband
  - Groningen
  
  - Ned. Patiënten Vereniging
  - Nieuw Lindenoord, Wolvega
  
  - G.V.O.-samenwerkingsverband
  - Groningen
  - Prov. Raad Volksgezondheid
  - Groningen



- G. Mulder, stafmedewerker Prov. Raad Volksgezondheid  
Noord-Holland
- P.A.L. Mulder-van Dam, statenlid
- A. Nijenhuis-Kattenberg, statenlid
- B.S. Nijholt, beleidsmedewerker Provinciehuis Drenthe
- H. Nijman, hfd.wijkverpleegk. + 2 pers. Kruisvereniging
- A.J. Nijdam-Fluks, + 2 pers. Vrouwenraad Rolde
- H.Y. Oei, directeur Culsultatiebureau voor Alcohol en Drugs
- D. Okma-Sibinga, oud-best.lid PRV
- A. Onnes, beleidsmedewerker Prov. Drentse Kruisvereniging
- A. Osinga, inspecteur Veterinaire Inspectie
- J.K. Otten, statenlid
- I.P.R. Pijpers, apotheker
- P.F. Reddingius, advis. geneeskundige Regionaal Ziekenfonds Zwolle
- B.H.J.M. Reerink, statenlid
- C. Reimus, voorzitter Harry Bacon Club, regio Drenthe
- N. Reinders, bestuurslid Vrouwenraad Ruinen
- C. de Rhoter-den Daas, secretaresse St. Welzijn Ouderen, Rolde
- J.P. Rijkaart, advis. tandarts Ziekenfonds D.N.O.
- G.P. van Rooijen, direct.; bestuur PRV Steunfunctie Instituut Maatschappelijke Dienstverlening
- G.L. Roosch, arts Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
- M.L.C.M. Schneemann, burg. + voorzitter PRV Gemeente Schoonebeek
- A. Schoemakers-Brongers A.N.B.O.
- J. Schrijt, wijkverpleegk. + 2 pers. Kruisvereniging
- C. Schuurman, secretaresse Stichting Dienstverlening G.V.O.-Drenthe
- E. Slomp, wethouder Gemeente Ruinerwold
- R. Slomp, bestuur PRV
- A.F. Smallenbroek-Jager, administrat. Wilhelminaziekenhuis, Assen
- S.j. Smit-Schaap
- G.M. Specken, wijkverpleegk. + 1 pers. Kruisvereniging

- J.H. Strijk, tekstschrijver Psych. ziekenhuis Dennenoord,  
Zuidlaren
- H. Thierry
- T. Tjepel-v.d. Brank, statenlid
- H.J. Tjassing, directeur Provinciale Drentse Kruisvereni-  
ging
- A.L. Trines van Mierlo, lerares
- M.J. Uriot-van Eijk, bestuur PRV
- R. van der Velden, tandarts
- H.J.G.J. Vennik, verloskundige
- A. Verkerk-van Dijk
- M. Vierhout-Zwitsers, bestuur  
PRV
- G.A.J. Viskaal, directeur Stichting Beilerood
- J.C. Visser, directeur-arts D.G.D. Zuid-Oost Drenthe
- T. de Visser Register Drenthe v.d. Geestel.  
Volksgezondheid
- D. Visser-Koert, bestuurslid Vrouwenraad Zuidwolde
- J. Voetelink, ondersteunings-  
funct. Dr. Ondersteuningsplatform
- T. Voorwald-Ties, verlos-  
kundige Eerstel. gez.heidszorg  
Zuidwolde (Dr.)
- K. Vrieze, lid projektgr. patiën-  
tenvoorl. Bethesdaziekenhuis Hoogeveen
- L. van der Wal, coördinator Gezondheidscentrum Roden
- M.H. Waterman, stafmede-  
werker Stichting voor Sociale Gezond-  
heidszorg
- R.A. de Widt, bestuurslid PRV
- E.A. Wiersema, tandarts
- H.E. Wiese, coörd. gastvr.
- M. Wijbenga, adj. directeur Consultatiebureau voor Alcohol  
en Drugs, Assen
- J. Woldring, wijkverpleegkundige Gezondheidscentrum Roden