

**PATIËNTENVOORLICHTING GEMETEN**

ontwikkeling en toepassing van een observatie-instrument

J.T. van Busschbach

observatoren: J.T. van Busschbach

C.J.B. Koopmans

J. Hoekstra

juli, 1986

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Busschbach, J.T. van

Patiëntenvoorlichting gemeten: ontwikkeling en toepassing van een observatie-instrument / analyse en rapportage: J.T. van Busschbach; observatoren: J.T. van Busschbach, C.J.B. Koopmans, J. Hoekstra.

-Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-026-9

SISO 601.6 UDC 364.444:616-52

Trefw.: gezondheidsvoorlichting ; patiënten.

Typewerk: Guusje Verweij

Drukwerk: Anton Leerentveld

Vormgeving: Mieke Cornelius

<b>1. PATIËNTENVOORLICHTING: EEN ALGEMENE INLEIDING</b>	5
1.1. Inleiding	5
1.2. Begripsomschrijving	7
1.3. Reeds verricht onderzoek	8
 <b>DEEL I. DE ONTWIKKELING VAN HET OBSERVATIE-INSTRUMENT</b>	 11
<b>2. KEUZE EN VERANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSMETHODE</b>	12
2.1. Inleiding	12
2.2. Verschillende onderzoeksmethoden	13
2.3. Observatie als onderzoeksmethode	15
 <b>3. OPERATIONALISATIE VAN DE OBSERVATIE-CATEGORIEËN</b>	 18
3.1. Inleiding	18
3.2. Patiënteninformatie	19
3.3. Patiënteninstructie	24
3.4. Patiënteneducatie	27
3.4.1. Adviezen over leefgewoonten	27
3.4.2. Algemene voorlichting over ziekte en gezondheid	30
3.5. Categorieën met betrekking tot de manier waarop voorlichting gegeven wordt	31
3.6. Inbreng van de patiënt	33
 <b>4. HET DEFINITIEVE OBSERVATIE-INSTRUMENT</b>	 37
4.1. Richtlijnen voor de observatie	37
4.2. Het observatieschema in gebruik	38
4.3. Betrouwbaarheid van de observatiecategorieën	41
4.4. Samenvatting en conclusies naar aanleiding van het observatie-instrument	45
 <b>DEEL II. HET OBSERVATIE-ONDERZOEK</b>	 47
<b>5. VRAAGSTELLING EN OPZET</b>	48
5.1. Vraagstelling van het onderzoek	48
5.2. Onderzoeksopzet en materiaal	49

<b>6. PATIËNTENINFORMATIE</b>	53
6.1. Voorlichting over het onderzoek, de diagnose, de oorzaak van de klachten, de prognose en het doel van de behandeling	53
6.2. De drie klachtgroepen	55
6.3. Duidelijkheid van de informatie	56
6.4. De inbreng van de patiënt	57
6.5. Verschillen tussen artsen	60
6.6. Gegeven informatie in relatie tot andere consult-kenmerken	61
<b>7. PATIËNTENINSTRUCTIE</b>	62
7.1. Inleiding	62
7.2. Medicijninstructie	62
7.3. Instructie rond huismiddelen en adviezen	64
7.4. Instructie rond een verwijzing	67
7.5. Instructie bij andersoortige behandeling	68
<b>8. PATIËNTENEDUCATIE</b>	70
8.1. Algemene voorlichting over ziekte en gezondheid	70
8.2. Adviezen over leefgewoonten	72
<b>9. SAMENVATTING EN CONCLUSIES NAAR AANLEIDING VAN HET OBSERVATIE-ONDERZOEK</b>	76
<b>GERAADPLEEGDE LITERATUUR</b>	81
<b>BIJLAGEN</b>	85

# 1. PATIËNTENVOORLICHTING: EEN ALGEMENE INLEIDING

## 1.1. Inleiding

Een wachtkamer vol folders en de patiënt vermanend toesprekende posters, patiënten die de arts het hemd van het lijf vragen, medische rubrieken in weekbladen en TV-programma's, reclamespotjes waarin als deskundigen verklede dames en heren ons aanzetten toch vooral hun "gezonde" produkten te gebruiken; dit alles wijst op een sterke belangstelling voor hetgeen met de eigen gezondheid te maken heeft. Er is een grote vraag naar informatie over medische en aanverwante zaken. De patiënt van nu is "mondiger" geworden; men wil weten wat er aan de hand is, wat er aan te doen valt en men wil mee kunnen beslissen.

Het medisch handelen is met het voortschrijden van de wetenschap steeds "technischer" geworden en is daarmee verder van de patiënt af komen te staan. Voor artsen ligt er de taak deze kloof te overbruggen, de patiënt te informeren, wegwijs te maken en zonodig te begeleiden. De medische wereld wordt zich ook meer bewust van de noodzaak van een goede voorlichting aan patiënten. We zien dit dan ook een steeds centralere plaats in het beleid krijgen. Sinds de WHO als centrale doelstelling "health for all in the year 2000" heeft aangenomen, is gezondheidsbevordering (in tegenstelling tot ziektebestrijding) een sleutelwoord. De uitwerking hiervan voor Nederland is te lezen in de Concept-Nota "Gezondheidszorg in het jaar 2000" (1985): zogenaamde welvaartsziekten doen een steeds groter wordende aanslag op de volksgezondheid en zijn tot voornaamste doodsoorzaak in de westerse wereld geworden; in de nota wordt dan ook gesteld dat preventie door middel van voorlichting over gezondere leefgewoonten een centrale plaats dient in te nemen naast diagnostiek en behandeling. Er komt hierdoor meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De arts verliest voor een deel zijn rol als "bezwerende" geneesheer en wordt tot voorlichter en begeleider.

In de nota Patiëntenbeleid (1981) neemt de toenmalige Minister van Volksgezondheid het voortouw bij de stimulering van patiëntenvoorlichting. Hij sluit hiermee aan op het "Deeladvies betreffende de juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht op informatie, en het toestemmingsvereiste" van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1980). Hieraan voorafgaande was reeds veel voorwerk ver-

richt. Dekkers publiceerde naast het proefschrift "De patiënt en het recht op informatie" (1979) een groot aantal artikelen (1980, 1981, 1982) waarin hij niet alleen de noodzaak van patiëntenvoorlichting op heldere wijze uiteenzet maar hieraan ook een theoretische achtergrond geeft. Vanuit de patiëntenbeweging die in de jaren 1970-1980 opkwam werd al vanaf het begin aangedrongen op een betere informatie-overdracht tussen arts en patiënt.

In de functie-omschrijving van de huisarts zoals de LHV die in 1981 aannam wordt ook aandacht besteedt aan de verantwoordelijkheden van de arts ten aanzien van voorlichting aan patiënten.

Staat het belang van patiëntenvoorlichting, in algemene zin geformuleerd, voor alle betrokkenen buiten kijf, de praktijk laat over het algemeen te wensen over, zo concluderen De Groot en Cuisinier (1984). Uit hun literatuuroverzicht valt op te maken dat patiëntenvoorlichting door huisartsen, door patiënten, en door de overheid van belang wordt geacht, waarbij een groot scala aan argumenten wordt opgevoerd. Desgevraagd uiten patiënten echter nogal wat klachten over de hoeveelheid en de kwaliteit van de informatie; andersom brengen artsen nogal wat kanttekeningen aan wanneer men nader doorvraagt over de voorwaarden waaronder ze voorlichting noodzakelijk achten (zie ook Spronk en Warmenhoven (1982)).

Gezien het feit dat deze klachten en kanttekeningen telkens weer in algemene, weinig gespecificeerde termen gesteld zijn, waarbij het onduidelijk is of voor één klager tien tevreden soortgenoten kunnen worden opgevoerd of dat er sprake is van een wijd verspreid euvel, is empirisch onderzoek naar het handelen van huisartsen en patiënten in concrete consultsituaties geen overbodige luxe. Dergelijk onderzoek presenteren we in dit rapport. In het onderzoek wordt op basis van observatiegegevens een beschrijving gegeven van patiëntenvoorlichting zoals die vorm krijgt in de huisartspraktijk. Het onderzoek bestaat uit twee delen; in het eerste deel van dit verslag wordt de ontwikkeling van het observatie-instrument beschreven, in het tweede deel worden de resultaten weergegeven van een beschrijvend onderzoek naar het vóórkomen van diverse aspecten van patiëntenvoorlichting in huisartspraktijken. Dit deel kan los van het eerste deel gelezen worden. In de laatste paragraaf van het eerste deel vindt u een korte beschrijving van het observatie-instrument en enkele gegevens over de betrouwbaarheid. In het vervolg van deze inleiding zal naast een omschrijving van het begrip patiëntenvoorlichting, kort worden ingegaan op de verwachte nuttige effecten van patiëntenvoorlich-

ting. Hiernaar is echter nog weinig, systematisch, onderzoek gedaan. Het ligt in de bedoeling om met behulp van het ontwikkelde observatie-instrument en de gegevens van het beschrijvende onderzoek een nieuw onderzoek op te zetten naar de invloed van voorlichting op het gedrag en de gezondheid van de patiënt.

## 1.2. Begripsomschrijving

Blijkens de nota Patiëntenbeleid (1981) is patiëntenvoorlichting er op gericht degene die een beroep doet op gezondheidszorg, in staat te stellen zijn situatie te overzien en de beslispunten te onderkennen. Het onderzoeksterrein is daarmee beperkt tot de hulpvragende patiënt. We willen buiten de discussie blijven of patiëntenvoorlichting daarmee wel of geen onderdeel van Gezondheid, Voorlichting en Opvoeding (GVO) uitmaakt (zie onder andere De Haes, 1983), maar benadrukken dat de onder GVO vallende preventieve activiteiten buiten het bereik van deze onderzoeksnota liggen.

Op de tweede plaats zullen we ons beperken tot patiëntenvoorlichting zoals die in het huisarts-patiënt contact tot stand komt, daarmee collectieve vormen van patiëntenvoorlichting buiten beschouwing latend.

Dekkers (1981) die een zeer ruime betekenis geeft aan het begrip patiëntenvoorlichting, namelijk het overdragen van informatie, gericht op hulp bij ziekte, onderscheidt vier deelfuncties:

1. Patiënteninformatie: (overdracht van) inzichten en gegevens die in samenhang met de hulpverleningsrelatie relevant en/of effectief zijn voor de patiënt. Hieronder wordt bijvoorbeeld informatie over de behandeling, alternatieven voor de behandeling en informatie over risico's van medicijngebruik verstaan; patiënteninformatie is die informatie die de patiënt nodig heeft om in overleg met zijn arts beslissingen te nemen ten aanzien van zijn genezing.
2. Patiënteninstructie: voorschriften aan de patiënt aangaande diens eigen functionele rol bij onderzoek en genezingsproces. Hieronder valt bijvoorbeeld de instructie rond medicijngebruik, geboden en verboden ter bevordering van het genezingsproces.
3. Patiënteneducatie: systematische doelgerichte inspanning om een patiënt in staat te stellen zich een bepaalde hoeveelheid informatie eigen te maken. Dit houdt bijvoorbeeld de voorlichting in die jonge ouders krijgen rond de geboorte van een kind of lessen

op de lagere school over het menselijk lichaam. Patiënteneducatie heeft een meer algemeen karakter dan patiënteninformatie en -instructie en is minder situatie- of klacht gebonden.

4. Patiëntenbegeleiding: steun verlenen aan de patiënt door middel van communicatie om de psychische belasting van de behandeling, de ziekte en de gevolgen daarvan zo goed mogelijk te verdragen. Dit begeleidingsaspect valt volgens Dekkers ook onder patiënten-voorlichting. De voorlichter dient zorg te dragen voor de opvang van degene op wie de informatie betrekking heeft. Het begeleiden- aspect van voorlichting komt niet zozeer tot uitdrukking in de inhoudelijke informatie die overgebracht wordt dan wel in de vorm van de communicatie. De houding van de arts, de toon, de hoeveelheid tijd die hij voor de patiënt neemt en dergelijke, zijn een maat voor patiëntenbegeleiding.

Deze vier soorten van voorlichting hangen nauw met elkaar samen en zijn lang niet altijd goed van elkaar te onderscheiden. We willen echter deze indeling hanteren om op overzichtelijke wijze aan te kunnen geven op welke aspecten van voorlichting dit onderzoek betrekking heeft en welke aspecten wij, om onderzoekstechnische redenen, buiten het onderzoek hebben moeten houden. Het risico bestaat immers dat ten aanzien van een nieuw en zo breed begrip als patiënten-voorlichting verschillende lezers/onderzoekers, vanuit een eigen invalshoek, hieronder steeds iets anders verstaan.

### **1.3. Reeds verricht onderzoek**

Patiëntenvoorlichting door huisartsen is in een aantal opzichten onderwerp van studie geweest. Vaak is het los van de concrete consult-situatie onderzocht: door patiënten naar ervaringen uit het verleden te vragen of door bij patiënten na te gaan welke behoefte aan informatie ze hebben. Bij huisartsen is onderzocht in welke mate ze patiëntenvoorlichting als een taak zagen, welke problemen ze hiermee hebben, welke type informatie ze noodzakelijk achten om te geven en wat ze overbodig vinden.

Uit dergelijk "algemeen evaluatief" onderzoek kan in grote lijnen worden afgeleid dat patiënten veel informatie wensen (ongeacht patiëntenachtergronden) en minder geïnformeerd worden dan ze zouden willen, terwijl huisartsen hierover terughoudender zijn: ze zullen wel informatie geven, maar de patiënt moet er om vragen. Zie voor literatuur De Groot en Cuisinier (1984) en Steenhamer en van Ven-rooij (1985).



Een tweede vorm van onderzoek betreft mogelijke effecten van patiëntenvoorlichting op compliance en tevredenheid. Wanneer aan het geven van informatie aandacht is besteed volgen patiënten instructies beter op en zijn ze tevreden met het contact (Smith, Polis en Hadac, 1981, Davis, 1968). In DiMatteo en DiNicola (1982) wordt onderzoek geïnventariseerd dat zich richt op de relatie tussen de arts-patiënt communicatie en compliance: artsen staan in hun omgang met de patiënt vaak niet stil bij mogelijke ontrouw aan de therapie, en als ze het vermoeden weten ze dit niet te hanteren. De omvang van non-compliance blijkt aanzienlijk te zijn (zie ook Ley, 1983). Als oorzaken van non-compliance wordt genoemd: onbegrip bij de patiënt, de sociale omgeving van de patiënt waarin de behandeling niet past, en het gedrag van de arts ten opzichte van de patiënt (dat te weinig patiëntgericht zou zijn). DiMatteo en DiNicola laten in hun literatuuroverzicht zien dat artsen lang niet altijd de benodigde informatie geven. Jammer genoeg specificeren ze niet de onderwerpen waarover wel of geen informatie gegeven wordt. Voorts benadrukken ze in hun overzicht de context waarbinnen informatie "goed zal vallen" bij de patiënt. De "Art of Care" die ze beschrijven heeft betrekking op de aandacht, de menselijke warmte en de bereidheid om zichzelf bloot te geven, van de arts; voorts op diens opmerkingsgave. Binnen een context waaraan aan dergelijke voorwaarden voldaan is, heeft informatie-overdracht betere kansen en zal er sprake zijn van meer tevredenheid en compliance.

Een aantal van deze zaken komen in een derde vorm van onderzoek terug, namelijk bij de wetenschappelijke ontwikkeling van het praktisch handelen van de huisarts, zoals deze onder andere door Steenhamer en Van Venrooij (1985) wordt beschreven.

Het betreft vragen als: hoe moet ik informatie overdragen, en welke factoren bevorderen dat de informatie ingeprent en onthouden wordt. Belangrijk communicatie-aspecten hierbij zijn:

- de uitgangssituatie: de arts moet aandacht tonen, en laten merken dat hij op de patiënt gericht is. Pas in zo'n situatie zal de patiënt gemotiveerd zijn informatie in zich op te nemen;
- de inhoud van de informatie: deze moet begrijpelijk zijn, en niet teveel informatie tegelijk bevatten. Het verdient aanbeveling de informatie heel uitdrukkelijk te noemen en niet "tussen de regels door" te laten beluisteren. Herhaling en samenvatting draagt bij tot een beter begrip. Adviezen horen specifiek te zijn. Het nut van dergelijke regels is in door Ley (1983) beschreven experimenten ook vastgesteld;

- de soort informatie: schriftelijke informatie is uitsluitend geschikt als toevoeging bij mondelinge.

Dan is er nog onderzoek waarin het voorkomen van voorlichtingsmomenten wordt geïnventariseerd. De eenheid van observatie wordt gevormd door uitingen die onder de categorie "informatie geven" geschaard kunnen worden (bijvoorbeeld Bain, 1976, 1977, 1979a en b, Ley, 1976, 1983, Pendleton en Bochner, 1982). Informatie, aldus gedefinieerd wordt vaker gevraagd door en gegeven aan vrouwen en patiënten uit de sociale bovenlagen. Dit type operationalisatie zegt echter nog niet zoveel over patiëntenvoorlichting, waarbij onmiddellijk vragen opkomen als: was de informatie zinvol, voldoende, juist getimed, en wat had ze om het lijf.

Aangezien onze doelstelling in het onderhavige onderzoek was, om het voorkomen van patiëntenvoorlichting in verschillende verschijningsvormen, op een gedifferentieerde wijze in de praktijk te onderzoeken, is in de eerste plaats de nodige energie gestoken in het ontwikkelen van een geschikt observatie-instrument. In het eerste deel van dit rapport, de hoofdstukken 2, 3 en 4 wordt hiervan verslag gedaan.

Met dit observatie-instrument is onderzoek gedaan naar de inhoud van de voorlichting die huisartsen hun patiënten geven tijdens (spreekuur)consulten. Dit gebeurde aan de hand van 550 op videoband opgenomen consulten van 52 verschillende huisartsen. Dit onderzoek vormt het tweede deel van dit rapport.

Eén aspect dat uit de besproken literatuur naar voren komt, blijft in deze publicatie buiten beschouwing. Dit betreft de hele sfeer rondom de voorlichtende activiteiten: de aandacht van de arts, de inbreng die hij aan de patiënt gunt, etc; die aspecten van voorlichting die in de vorige paragraaf als **patiëntenbegeleiding** werden omschreven. Dit is bewust gedaan, omdat dergelijke observatie-instrumenten reeds eerder binnen het NIVEL ontwikkeld waren en hierover zeer uitvoerig gerapporteerd is (Bensing en Verhaak 1980, 1982, Buys, Sluijs en Verhaak 1984, Bensing en Sluijs 1984, Verhaak, 1986). Omdat deze gegevens over de thans bestudeerde consulten in principe wel bekend zijn, zal over patiëntenvoorlichting in relatie tot de gehele atmosfeer van het consult in een aparte publicatie verslag gedaan worden.

## **Deel I. De ontwikkeling van het observatie-instrument**

## 2. KEUZE EN VERANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSMETHODE

### 2.1. Inleiding

Op het moment waarop wij gingen nadenken over de ontwikkeling van een meetinstrument waren er nauwelijks criteria op basis waarvan patiëntenvoorlichting gemeten kon worden. Er was geen eenduidigheid over de vraag bij welke problemen, op grond van welke overwegingen, bij welke patiënten en op welke wijze patiëntenvoorlichting en advies door de huisarts het meest was aangewezen (Lamberts 1981). Evenmin waren er duidelijke richtlijnen ten aanzien van inhoudelijke eisen waaraan patiëntenvoorlichting diende te voldoen.

Wanneer uitgegaan wordt van de rechten van de patiënt dan dient geconcludeerd te worden dat de patiënt over alle medische zaken waar hij direct bij betrokken is geïnformeerd dient te worden. Dit moet in dat geval een voortdurende vanzelfsprekendheid zijn, onafhankelijk van de vraag van de patiënt (Warmenhoven, 1985). Vanuit het oogpunt van goede medische zorg worden echter beperkingen aangebracht. Door de Landelijke Huisartsenvereniging wordt als richtlijn gegeven dat de arts "gevraagd - en in die gevallen waarin naar zijn inzicht daartoe aanleiding bestaat -" voorlichting dient te geven (LHV, 1981). Ook in literatuur die zich expliciet met inhoudelijke aspecten van patiëntenvoorlichting bezighoudt treffen we niet meer dan abstracte uitspraken of, op zijn zachtst gezegd, vage aanwijzingen ("informatie die relevant is voor de patiënt", "informatie die de patiënt moet kunnen begrijpen en accepteren": o.a. de Groot en Cuisinier, 1984).

In zijn boek "Huisarts en Toetsing" doet Grol (1984) een eerste aanzet tot het opstellen van gedetailleerde behandelingsprotocollen voor de huisarts waarbinnen ook patiëntenvoorlichting een plaats heeft. Ook een initiatief van de Stichting Nederlands Ontwikkeling en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg valt hier te noemen: binnen het project "Patiëntenvoorlichting in de huisartsenpraktijk" wordt getracht, met behulp van actieve participatie van een aantal huisartsen, modellen voor effectieve voorlichting te ontwikkelen.

Voor de ontwikkeling van een meetinstrument waren echter nog geen protocollen voorhanden. Bij de ontwikkeling van het instrument is gekozen voor zoveel mogelijk ideeën over patiëntenvoorlichting in

praktische en daarmee observeerbare termen te vertalen. Er is niet naar gestreefd om een instrument te ontwikkelen waarmee normatieve uitspraken gedaan kunnen worden over de noodzaak van voorlichting op verschillende momenten in een consult of over de kwaliteit van de behandeling waar de voorlichting een deel van uitmaakt.

## 2.2. Verschillende onderzoeksmethoden

Om de vraag naar het voorkomen van patiëntenvoorlichting in de huisartsenpraktijk te beantwoorden zijn er een aantal opties met betrekking tot de keuze voor een bepaalde onderzoeksmethode.

Gegevens kunnen verzameld worden door middel van enquêtes of interviews met betrokkenen dat wil zeggen artsen en patiënten, door middel van registratie door de arts of een derde persoon die tijdens het spreekuur aanwezig is of door middel van audio- of video-opnamen.

Onderzoeken waarbij wordt uitgegaan van de mening van de patiënt over de huidige voorlichtingspraktijk geven een indicatie over hoeveel voorlichting in het algemeen gegeven wordt (Spronk en Warmenhoven, 1982; Dekkers, 1982). Op basis van deze gegevens kunnen echter geen conclusies over het voorkomen van patiëntenvoorlichting getrokken worden. Niet duidelijk is of het overwegend negatieve beeld dat patiënten hebben in overeenstemming is met de werkelijkheid. Algemene uitspraken kunnen gebaseerd zijn op een incidenteel te kortschieten van een arts. Het zou ook zo kunnen zijn dat het beeld dat patiënten schetsen nog te rooskleurig is. Patiënten hebben, zo blijkt uit onderzoek naar de tevredenheid van patiënten over hun arts, de neiging uiterst positief over artsen te oordelen (Verhaak, 1986).

In het onderzoek van Spronk en Warmenhoven (1982) is tevens aan artsen zelf gevraagd welke voorlichting zij gaven en hoe frequent dit gebeurde. Artsen blijken, wanneer we afgaan op hun eigen schattingen hierin in sterke mate van elkaar te verschillen. Gegevens op deze manier verzameld geven echter ook geen reële indicatie. Taakopvatting ten aanzien van het geven van patiëntenvoorlichting zal het idee dat de arts heeft over zijn eigen voorlichtingsactiviteiten beïnvloeden. In sommige gevallen zal dit leiden tot overschatting hiervan. Artsen die het niet als hun expliciete taak zien hun patiënten voor te lichten zullen hun bijdrage daarentegen wellicht onderschatten.

Lamberts (1981) liet twaalf huisartsen onder andere registreren hoe vaak patiëntenvoorlichting deel uitmaakte van de behandeling. Hij stuitte echter op grote verschillen tussen de artsen waar op het eerste gezicht geen verklaring voor aanwezig was. Daarbij blijven tevens een aantal vragen onbeantwoord; onduidelijk is of voor verschillende artsen patiëntenvoorlichting dezelfde betekenis heeft en of de activiteiten die de arts als voorlichting codeerde door de patiënt ook als zodanig ervaren worden. Tevens blijft in het ongewisse wat de concrete inhoud van de voorlichting is geweest; bestond deze uit een uitgebreide uitleg over de functie van enkelbanden of uit een waarschuwing over de neveneffecten van een medicijn op het moment dat de patiënt de spreekkamer uitloopt ("en even de borrel laten staan zolang").

In het algemeen wordt, wanneer de eigen activiteiten worden geregistreerd, de frequentie en duur van bepaalde activiteiten overschat (Nelson e.a., 1975). Wanneer in plaats van zelfregistratie een niet-betrokkene noteert welke activiteiten de arts ontplooit zou wellicht een hogere betrouwbaarheid gerealiseerd kunnen worden. Bezwaar hierbij is echter dat de aanwezigheid van de registrant het gedrag van arts en patiënt op een niet controleerbare manier kan beïnvloeden. Zeker wanneer het een activiteit als patiëntenvoorlichting betreft waarbij de arts zelf het initiatief moet nemen en die buiten de strikt noodzakelijke handelingen in een consult valt, is de kans groot dat de resultaten een geringe validiteit zullen hebben. Boots (1983) liet alle activiteiten van de arts zowel gedurende het consult als gedurende visites en telefoongesprekken registreren. Patiëntenvoorlichting vormt in dit registratieschema echter slechts één categorie zodat niet duidelijk is welke vormen van voorlichting frequent en minder frequent voorkomen. Nadeel van de wijze waarop binnen dit onderzoek geregistreerd werd is tevens dat de resultaten niet controleerbaar zijn: de activiteiten zijn beoordeeld doch herbeoordeling is niet mogelijk. Dit probleem zou verholpen zijn wanneer de consulten op audio- of videoband waren opgenomen.

Niet in de laatste plaats omdat op het NIVEL een lange traditie is opgebouwd van onderzoek naar het handelen van de huisarts door middel van op videoband opgenomen consulten, hebben we ervoor gekozen om ook patiëntenvoorlichting te meten via observatie. Op deze manier kan een beeld verkregen worden van patiëntenvoorlichting zoals die in de werkelijkheid plaatsvindt, zonder dat we het risico lopen dat dit beeld te positief, gebaseerd op de gewenste situatie, of te ne-

gatief, gebaseerd op incidentele ervaringen wordt ingekleurd.

### **2.3. Observatie als onderzoeksmethode**

Observatie van op videoband opgenomen consulten heeft dus een aantal voordelen boven de zojuist beschreven onderzoeksmethoden. Er kleven ook een aantal nadelen aan, waar we kort op in zullen gaan. Tevens zullen we aandacht besteden aan de wijze waarop in de onderzoeksopzet getracht is hiervoor een zo goed mogelijke oplossing te vinden. Praktische bezwaren als het kostenaspect, problemen rond de opname-apparatuur en dergelijke zullen buiten beschouwing blijven.

- Registratie beïnvloedt de gewone gang van zaken in het consult. Hoewel een lijfelijk aanwezige registrant vermoedelijk van een grotere invloed zal zijn op het gedrag van arts en patiënt zal ook de aanwezigheid van een videocamera zeker zijn sporen achterlaten. Uit vorige onderzoeken van het NIVEL is gebleken dat bij opnamen door middel van een vaste camera die buiten de spreekkamer wordt bediend, het functioneren van de arts, na gewenning, nauwelijks meer beïnvloed wordt. Er is in dit onderzoek voor gekozen om gebruik te maken van videomateriaal dat reeds ten behoeve van andere onderzoeken is vervaardigd. Het voordeel hiervan is dat patiëntenvoorlichting bij deze onderzoeken geen expliciet onderzoeksobject was. Dit aspect van het handelen van de huisarts zal om deze reden niet vertekend zijn door de neiging van de arts sociaal-wenselijk of in dit geval onderzoektegemootkomend gedrag te vertonen.
- Bij observatie verkrijgt men alleen informatie over het geobserveerde gedrag. Het gedrag van arts en patiënt wordt beoordeeld binnen de nauwe context zoals die vastligt op de videoband. Hierbij zullen zaken die in het consult niet expliciet besproken worden of zichtbaar zijn, bijvoorbeeld de longitudinale aspecten van de arts-patiënt relatie, niet betrokken kunnen worden.
- Observatiegegevens worden beïnvloed door de persoon van de observator. Observatie door verschillende observatoren brengt altijd een zogenaamd observatoreffect met zich mee. Dit heeft invloed op zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de gegevens. Door een in-

tensieve training en terugkerende overleggronden gedurende de periode waarin geobserveerd werd, is getracht individuele verschillen tussen observatoren zo klein mogelijk te maken. Door de observatoren een aantal dezelfde consulten te laten observeren werd het mogelijk te bekijken hoe groot de individuele verschillen zijn. Tevens werd bekeken of de observatie consistent bleef gedurende langere tijd. In paragraaf 4.3 worden de resultaten van deze betrouwbaarheidsmetingen besproken.

Het was niet mogelijk om binnen het bestek van dit onderzoek aandacht te besteden aan toetsing van de validiteit van het instrument. Wanneer onderzoek hiermee verder doorgang zal vinden, dient hieraan zeker aandacht te worden besteed.

- Bij operationalisatie van observeerbare categorieën moet een middenweg gezocht worden tussen objectiviteit en relevantie van de te meten begrippen.

De Groot (1961) beschrijft de keuze die gemaakt moet worden tussen observatiecategorieën die met een grote mate van objectiviteit gemeten kunnen worden ("hond kwispelt met staart") en observatiecategorieën met een grote relevantie ("hond is agressief").

Ervaring leert dat het een keuze betreft tussen brede categorieën waarbij het oordeel van de observator een rol speelt en smalle categorieën waarbij het gedrag minitieus ontleed wordt in observeerbare segmentjes. Helaas is dit niet zelden een keuze tussen respectievelijk een zeer inzichtelijk en daarmee goed toepasbaar resultaat ("ongeveer de helft van de artsen geeft onduidelijke instructie bij medicijngebruik") dat niet altijd even betrouwbaar genoemd kan worden of zeer betrouwbare gegevens ("artsen besteden gemiddeld 18.6 woorden aan de instructie bij medicijngebruik.") waarvan de relevantie niet zo groot is.

Zoals uit hoofdstuk 3 zal blijken is er bij de operationalisatie van de observatiecategorieën voor gekozen om een aantal categorieën zo te definiëren dat een zekere mate van objectiviteit bereikt kan worden ("wat zegt hij") doch ter completering zijn categorieën opgenomen waarvoor de inhoud van de voorlichting beoordeeld dient te worden ("is de voorlichting inzichtelijk, duidelijk, etc.").

- Betrouwbare observatie is afhankelijk van o.a. de concentratie van de observator. Bij het ontwikkelen van een observatie-instrument moet rekening gehouden worden met de beperktheden van de observatoren. Er is bijvoorbeeld een limiet aan het aantal invalshoeken



van waaruit hij kan observeren en de hoeveelheid verschillende scoremogelijkheden binnen één categorie waartussen hij een goed overwogen keuze kan maken.

Er is gekozen voor een "strak" observatieschema, d.w.z. dat de verschillende aspecten van voorlichting steeds op dezelfde wijze worden beoordeeld. Daarnaast moesten een aantal in eerste instantie wel in het observatieschema opgenomen categorieën afvallen omdat deze het werk van de observator te gecompliceerd maakten. Bij een teveel aan categorieën worden immers alle categorieën onbetrouwbaarder gescoord, waardoor meer informatie verloren gaat dan gewonnen wordt door categorieën die slechts zelden gescoord konden worden op te nemen. Het bleek mogelijk om de observatie te beperken tot alleen die aspecten die direct met voorlichting te maken hebben. Uit vorig onderzoek waren observatiegegevens over dezelfde consulten beschikbaar met betrekking tot onder andere de klachten van de patiënt en de consultduur.

### 3. OPERATIONALISATIE VAN DE OBSERVATIE-CATEGORIEËN

#### 3.1. Inleiding

Bij de operationalisatie van de verschillende aspecten van voorlichting werd de indeling zoals in de inleiding beschreven, gevolgd. De indeling in patiënteninformatie -instructie en -educatie is ook de leidraad in het tweede deel van dit rapport.

Dekkers zelf schreef hierover dat dit meer een wetenschappelijke dan een praktische indeling is. De vier aspecten zullen in de consultsituatie door elkaar heenlopen en onderling ten nauwste verweven zijn. Teneinde tot een operationalisatie van relevante begrippen te komen is een dergelijke uiteenrafeling echter nuttig.

In de verschillende paragrafen van dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van de wijze waarop een groot aantal categorieën voor observatie geselecteerd en gedefinieerd werden. Naast operationalisatie van inhoudelijke categorieën werd ook aandacht geschonken aan het oordeel van de observator over de wijze waarop voorlichting gegeven wordt, bijvoorbeeld de duidelijkheid van de informatie. Een derde aspect betreft de invloed van de patiënt op de hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt hier op ingegaan.

Operationalisatie en ontwerp van het observatie-instrument lag in handen van een vijftal personen, twee onderzoekers en drie ervaren observatoren; gedurende een aantal maanden werd intensief geobserveerd en overlegd. In deze fase van het onderzoek werd driemaal een nieuw ontwerp voor een observatieschema gemaakt en bijgesteld. Een groot aantal mogelijke operationalisaties werd uitgeprobeerd, categorieën verdwenen helemaal of werden in een volgende versie in aangepaste vorm opgenomen.

In het begin werd het instrument getest op consulten die verbatim op schrift waren gesteld. Dit vergemakkelijkte het overleg en de aanscherping van de operationalisaties. Later werden op videoband opgenomen consulten beoordeeld, zoals dit ook in het beschrijvende onderzoek is gebeurd. Enkele observatoren maakten daarbij ook nog gebruik van audio-opnamen en maakten schriftelijke aantekeningen.

Het uiteindelijke observatieschema is in een volgende fase door de

drie observatoren uitgeprobeerd op een vijftigtal consulten. Aan de hand hiervan werd bekeken of de betrouwbaarheid tussen de observatoren aan de algemeen hiervoor geldende eisen kon voldoen. Definitieve richtlijnen en definities werden op schrift gesteld (zie bijlagen) en de lay-out werd aangepast aan de wensen van de observatoren.

### **3.2. Patiënteninformatie**

In het "Deeladvies betreffende de juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht van de patiënt op informatie, en het toestemmingsvereiste" van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1980) worden de volgende punten genoemd waarover informatie gegeven dient te worden:

- de diagnose en het daarvoor nodige onderzoek, de daaraan verbonden risico's en de alternatieve diagnosemogelijkheden;
- de keuze in de wijze van therapie, mede met het oog op de tijd, die daarmee naar schatting gemoeid zal zijn;
- de voordelen van deze therapie en de alternatieve mogelijkheden;
- de eventuele risico's, die aan de therapie verbonden zijn;
- de consequenties van behandelen of niet behandelen;
- het inschakelen van andere hulpverleners bij het onderzoek, of de behandeling;
- de werking (en de bijwerkingen!) van geneesmiddelen, alsmede de gevolgen van gecombineerd gebruik van geneesmiddelen;
- de prognose omtrent het verdere verloop (in in de tijd gezien), de te verwachten pijn en ongemak en de eventuele beperkingen, die de patiënt zal moeten verwerken.

De informatie rondom behandeling en onderzoek vormt het zogenaamde toestemmingsvereiste. Dit is de informatie waarover de patiënt dient te beschikken om, goed geïnformeerd, een beslissing te nemen ten aanzien van het al dan niet ondergaan van een onderzoek of een behandeling.

Spronk en Warmenhoven (1982) vonden dat er van de kant van de patiënten ook vragen om informatie bestaan ten aanzien van

- uitleg over de meer medisch-technische aspecten van de verzorging, verzorgingstechnieken en voeding
- medische uitleg over de ziekte, waaronder ook deels technische informatie

- voorlichting over de dagelijkse omgang met de aandoening.

De artsen die door Spronk en Warmenhoven geïnterviewd werden, nemen een nogal terughoudend standpunt in ten aanzien van patiënteninformatie. Het merendeel der artsen is van mening dat voorlichting gegeven dient te worden over de aard van de aandoening en over het te verwachten verloop. De noodzaak voor voorlichting over deze en andere zaken wordt echter als zéér situatiegebonden gezien. De arts dient telkens te overwegen welke voorlichting op een bepaald moment van (vooral medisch) belang is en gegeven kan worden zonder dat daardoor de patiënt "onnodig ongerust wordt". Men stelt zich daarbij afwachtend op, pas indien de patiënt erom vraagt wordt informatie gegeven.

Na de eerste observatierondes werd besloten een aantal zaken niet in het observatieschema op te nemen en een zekere systematiek in de overige categorieën aan te brengen.

Aspecten van patiënteninformatie die niet in het observatieschema worden opgenomen zijn:

- informatie over risico's van het onderzoek;
- informatie over de waarschijnlijkheid van de diagnose;
- informatie over alternatieve diagnose mogelijkheden ;
- informatie over de risico's van de voorgestelde behandeling;
- informatie over alternatieve behandelingsmogelijkheden;
- informatie over de consequenties van wel of niet behandelen.

De motivatie om deze onderwerpen weg te laten is de volgende. In de huisartspraktijk heeft het onderzoek en de behandeling zelden een erg ingrijpend karakter, veelal zijn hieraan weinig risico's verbonden. Het bleek dat slechts zeer zelden een gesprek plaatsvond over verschillende mogelijkheden van behandeling; discussie over andere dan de in eerste instantie gestelde diagnose kwamen de observatoren niet tegen. In die gevallen waarin een dergelijk gesprek wel plaatsvindt heeft dit zo'n individueel karakter dat het ons niet zinnig leek hiervoor verschillende categorieën in het observatieschema op te nemen. Kortom, deze aspecten hebben duidelijk betrekking op een ziekenhuissituatie.

Omdat deze aspecten in het observatieschema niet opgenomen zullen worden, vervalt hiermee de mogelijkheid het voorkomen van "toestemmingsinformatie" in de huisartsenpraktijk te meten.

In het observatieschema werden de volgende zaken uit het Deeladvies wel opgenomen:

- informatie over de diagnose;
- informatie over het hiervoor benodigde onderzoek;
- informatie over de prognose;
- informatie over inhoud en doel van de behandeling.

Hier werd aan toegevoegd, mede met het oog op de behoefte van patiënten aan méér informatie over de ziekte zelf:

- informatie over de vermoedelijke oorzaak van de klacht, de wijze waarop de klachten ontstaan zijn.

Voorlichting over meer medisch-technische aspecten van verzorging en omgang met de aandoening worden besproken in de paragraaf over patiënteninstructie.

Informatie-aspecten van de voorlichting rondom de medicatie, namelijk de naam het medicijn en de bijwerkingen, werden om het niet al te ingewikkeld te maken eveneens gekoppeld aan de instructie.

De categorieën werden gerangschikt aan de hand van de verschillende onderwerpen die in het onderzoek aan de orde komen; d.w.z. onderzoek, diagnose en oorzaak van de klacht, het te verwachten verloop en de inhoud van de behandeling. We noemen dit de **voorlichtingsmomenten**. Steeds is op dezelfde manier beoordeeld of de arts de patiënt hierover informeerde en op welke wijze dit gebeurde.

Extra aandacht is geschonken aan de **inzichtelijkheid** van de informatie. Het bleek de observatoren dat er grote verschillen zijn in de wijze waarop de arts informatie geeft. Belangrijkste verschil is de mate waarin hij een werkelijke uitleg geeft. Zo zegt de ene arts "'t zullen wel je klieren zijn" ter verklaring van ernstige keelklachten terwijl een andere arts de patiënt een uitleg geeft over klieren die wanneer ze ontstoken zijn, pijnlijk aan gaan voelen.

Om dit verschil tot zijn recht te laten komen werd elk onderwerp op tweeërlei wijze beoordeeld; ten eerste "wordt er informatie gegeven of niet" en ten tweede "zo ja, is dit inzichtelijke informatie". Voor de duidelijkheid "je oor is ontstoken" is informatie over de diagnose, "kijk, je oor ziet helemaal rood en voelt warm aan, dat doet denken aan een fikse ontsteking", is inzichtelijke informatie.

Patiënteninformatie wordt dus geobserveerd aan de hand van de volgende categorieën:

- wordt er gesproken over het **onderzoek**?

Nee: - Het lichamelijk onderzoek vindt plaats zonder dat de patiënt op de hoogte wordt gesteld van wat de arts onderzoekt en/of het doel van zijn handelingen. "Ga maar even naar de onderzoekskamer".

Ja: - De arts bevestigt of vertelt de patiënt vooraf of tijdens het onderzoek wat hij onderzoekt en/of het doel van zijn handelingen.

Informatief: "Zullen we maar even naar je longen luisteren"

Inzichtelijk: "Ik wil even in je oor kijken of het dicht zit".

- wordt er gesproken over de **diagnose**?

Nee: - De arts voegt niets toe aan de klachten zoals die door de patiënt geuit worden, hij bespreekt niet wat er aan de hand is noch wordt de diagnose door de patiënt geuit, door hem expliciet bevestigd.

Patiënt: "Last van mijn oor"

Arts: "We zullen eens kijken"

Arts: "Ik zal je er pillen voor geven"

Ja: - De arts spreekt zich uit over de diagnose of bevestigt expliciet de klachten of de diagnose van de patiënt.

Patiënt: "Last van mijn oor"

Informatief: Arts: "Het is ontstoken"

Inzichtelijk: Arts: "Ik zie dat het helemaal rood is, het lijkt wel ontstoken"

- wordt er gesproken over het **ontstaan** van de klacht?

Nee: - de arts geeft niet aan wat volgens hem de reden zou kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten.

"Je oor is verstopt, moet worden uitgespoten".

Ja: - de arts benoemt één of meerdere redenen voor het ontstaan van de klachten, bijvoorbeeld welke omstandigheden (leef-tijd, werkzaamheden, weer etc.) geleid hebben tot het optreden van de klacht.

Informatief: "Je oor is zo verstopt geraakt toen je zo verkouden was" of

Inzichtelijk: "Je oor is verstopt geraakt omdat het slijm tijdens je verkoudheid geproduceerd, zich in de buis van Eustachius heeft opgehoopt".

- wordt er gesproken over de **prognose**

Nee: - De arts doet geen uitspraak over wat de patiënt in de toekomst ten aanzien van zijn klachten mag verwachten. Dit is ook niet impliciet op te maken uit bijvoorbeeld hetgeen hij aan medicijnen voorschrijft of uit de afspraak rond het terugkomen.

"... en dan heb je hier wat pilletjes ervoor, veel sterkte".

Ja: - De arts doet een uitspraak over wat de patient ten aanzien van zijn klachten in de toekomst kan verwachten of dit valt op te maken uit de diagnose, uit hetgeen wordt voorgeschreven of uit de afspraak over het terugkomen.

Informatief: "Met deze pilletjes moet het overgaan, anders moet je terugkomen"

Inzichtelijk: "Zon'n griep duur nooit langer dan een week, ook zonder medicijnen ben je in een paar dagen de oude"

- wordt er gesproken over het doel van de **behandeling**

Nee: - Er wordt een behandeling ingesteld doch hierover vindt geen overleg plaats, aan de patiënt is niet duidelijk wat het doel is van de behandeling, hij krijgt slechts aanwijzingen van de arts over zijn rol in de behandeling. Bijv.: "Hier heb je een receptje".

Ja: - De patiënt wordt op de hoogte gebracht van de inhoud van de behandeling.

Informatief: "Ik wil je wat pillen geven om de koorts te dempen" of

Inzichtelijk: "Ik zal je oor uitspuiten, ik spoel dan als het ware de prop die je nu dat verstopte gevoel geeft eruit, al het vuil dat zich daar had opgehoopt."

In het algemeen staat:

een 1 voor "nee, er wordt geen informatie gegeven"

een 2 voor "ja, er wordt informatie aangereikt"

een 3 voor "ja, er wordt op een inzichtelijke wijze informatie aangereikt, de arts legt uit"

De scoringsmogelijkheden liggen "hierarchisch" ten opzichte van elkaar, dit houdt in dat een 1 gescoord wordt tenzij een 2 of 3 van toepassing zijn, een 2 gescoord wordt tenzij een 3 op zijn plaats zou zijn.

Belangrijk bij deze wijze van ordening was de overweging dat de vijf onderwerpen in elk consult belicht dienen te worden. Patiënteninformatie aan de hand van deze categorieën is, onafhankelijk van het type klacht, een essentieel onderdeel van voorlichting in de huisartspraktijk.

Een aparte vorm van patiënteninformatie is de mogelijkheid om van de inhoud van de verwijfsbrief kennis te nemen. De Centrale Raad voor de volksgezondheid schrijft hierover in een eerste deeladvies (1980):

"In het algemeen zal de patiënt bij verwijzing kennis moeten kunnen nemen van de informatie, die over hem aan de specialist wordt gegeven. Het meegeven van een brief in een gesloten enveloppe is te beschouwen als een procedure, die de eigen verantwoordelijkheid en het recht op informatie van de patiënt miskent (.....)."

Ongeveer de helft van de artsen geeft naar eigen zeggen de verwijfsbrief geopend aan de patiënt mee. Uit de ervaringen van de patiënten blijkt dat de andere artsen, ook al beweren deze afhankelijk van de situatie de brief open of gesloten mee te geven, deze meestal toch dichtplakken (Warmenhoven, 1985).

Op grond van observatie van een groot aantal consulten moest helaas besloten worden dat dit aspect niet in het observatieschema opgenomen kon worden. Het al dan niet dichtplakken van de brief bleek slechts zéér incidenteel binnen het bereik van de camera te vallen, veelal krijgt de patiënt de brief later van de assistente mee.

### **3.3. Patiënteninstructie**

Patiënteninstructie, volgens de definitie van Dekkers (1981) "voorschriften aan de patiënt aangaande diens eigen functionele rol bij onderzoek en genezingsproces", betreft vooral het medisch-instrumentele aspect van voorlichting. Dit aspect wordt door hulpverleners binnen de gezondheidszorg benadrukt wanneer het gaat om het verbeteren van voorlichting aan patiënten. In veel schriftelijk voorlichtingsmateriaal, vaak door hulpverleners zelf ontwikkeld, ligt het accent op adviezen over wat de patiënt moet doen en laten om zijn herstel te bevorderen. Ook in de onderzoeksliteratuur zoals beschreven in paragraaf 1.3 wordt veel aandacht besteed aan de wijze waarop instructies, bijvoorbeeld over medicijngebruik, gegeven moeten worden en de invloed hiervan op de therapietrouw van de patiënt, de zogenaamde compliance.



Een onderscheid valt te maken tussen instructies die direkt met de klacht verbonden zijn en instructies die meer de algemene gezondheid van de patiënt betreffen en een effect op de lange termijn beogen. In het eerste geval krijgt de patiënt aanwijzingen over hoe te handelen om van zijn klachten af te komen ("driemaal daags een tabletje en niet naar buiten toe"). Bij de tweede soort instructies gaat het vooral om adviezen ten aanzien van gezonde leefgewoonten en leefgewoonten die bepaalde gezondheidsbedreigende risico's met zich meebrengen ("ga eens wat fietsen en laat je sigaretten thuis"). Deze vorm van voorlichting zullen we in het kader van patiënteneducatie bespreken. Deze adviezen worden immers gegeven met het oogmerk de patiënt op te voeden tot gezond gedrag en hebben een preventief karakter.

We zullen ons in deze paragraaf beperken tot die instructies die betrekking hebben op de directe behandeling. Hieronder vallen aanwijzingen van de arts over wat de patiënt moet doen tijdens het consult en instructies ten aanzien van de behandeling.

Dekkers (1982) stelt dat de patiënt geïnstrueerd dient te worden over:

- zijn medewerking tijdens het onderzoek ("je moet hier dan nuchter verschijnen, dus niet ontbijten")
- zijn medewerking tijdens ingrepen ("even je hoofd stil houden")
- juiste inname van de medicijnen, dat wil zeggen de dosering, het aantal malen per dag dat het medicijn ingenomen dient te worden, het tijdstip waarop dit moet gebeuren, de wijze van inname en richtlijnen over hoelang de patiënt met het medicijn door moet gaan.
- afspraken met betrekking tot de verwijzing, dat wil zeggen waar men zich dient te vervoegen, hoe de afspraak gemaakt dient te worden en andere bijzonderheden.
- zelfzorg tijdens het genezingsproces, wat moet de patiënt doen of laten om zo snel mogelijk weer beter te worden.

Instructies ten aanzien van de medewerking van de patiënt tijdens onderzoek en handelingen gedurende het consult zijn niet in het observatieschema opgenomen.

Dergelijke instructies vormen in de huisartspraktijk (in tegenstelling tot het ziekenhuis) nauwelijks een wezenlijk onderdeel van de wijze waarop de patiënt wordt voorgelicht. Het belang hiervan is voor een groot deel onderzoeks- of behandelingstechnisch. Tevens is het voor de observator niet mogelijk te beoordelen of dergelijke in-

structies bij bepaald onderzoek wel of niet op hun plaats zijn. Om de instructies ten behoeve van zelfzorg en behandeling in kaart te brengen werden steeds twee zaken beoordeeld:

a. waaruit bestaat de voorgestelde behandeling:

- medicijnen;
- een verwijzing;
- zelfzorg door middel van een huismiddel (bijvoorbeeld "ga eens boven een stoombad hangen") of een direct op de genezing gericht advies;
- nader diagnostisch onderzoek na afloop van het consult.

b. Wordt er een instructie bij de voorgestelde behandeling gegeven.

Nee: - De arts geeft geen instructies bij zijn behandeling

"Je krijgt een receptje mee"

"Je moet maar eens naar de K.N.O.-arts."

Ja: - De arts geeft aanwijzingen over de behandeling, vertelt hoe de medicijnen te gebruiken, legt de procedure rond een verwijzing uit of vertelt de patiënt op welke wijze hij zelf zorg kan dragen voor zijn genezing.

Informatief: "Deze druppels nemen met je hoofd schuin"

Inzichtelijk: "Deze neusdruppels moeten in je gehoorgang terecht komen, je hoofd schuin houden dus"

In die gevallen waarin de arts een recept voor medicijnen uitschrijft dient tevens beoordeeld te worden welke instructie ten aanzien van dit medicijn gegeven worden:

- wordt de dosering aangegeven;
- wordt aangegeven hoeveel maal per dag het medicijn geslikt dient te worden;
- wordt het tijdstip van de dag waarop het medicijn geslikt dient te worden aangegeven;
- wordt aangegeven hoelang de patiënt de medicijnen door moet blijven slikken;
- wordt de naam van het medicijn vermeld;
- vertelt de arts de patiënt over mogelijke neveneffecten van het medicijn.

Bij een aantal medicijnen is het van belang dat de patiënt instructies krijgt over de exacte wijze van inname; men denke aan het gebruik van zetabletten, neus- en oordruppels. Bij de ontwikkeling van het observatieschema werd in eerste instantie ook deze categorie

apart beoordeeld. Omdat deze instructie echter zeer klacht- of eigenlijk medicijngebonden is, is later besloten om dit onder de algemene vraag naar de instructie te scoren. Het is immers lang niet altijd duidelijk of de arts die deze instructie niet geeft, echt in gebreke blijft.

Wanneer een verwijzing plaatsvond noteerde de observator het specialisme (zie Bijlage II).

Ook huismiddelen en adviezen werden genoteerd.

### **3.4. Patiënteneducatie**

Patiënteneducatie is die vorm van voorlichting waarbij getracht wordt door middel van systematische informatie-overdracht de patiënt gezondheidswijzer te maken. Dit wil zeggen dat kennis en inzichten worden aangereikt over ziekte en therapie en de patiënt wegwijz gemaakt wordt in de gezondheidszorg. Een tweede aspect vormen de adviezen gericht op preventie. Deze twee aspecten zullen apart van elkaar besproken worden. Een eerste paragraaf betreft de pogingen van de arts de patiënt te adviseren over gezonde leefgewoonten. In de tweede paragraaf worden de activiteiten van de huisarts besproken die tot doel hebben de patiënt enige basiskennis over ziekte en gezondheid bij te brengen.

#### **3.4.1. Adviezen over leefgewoonten**

Leven op een gezonde manier waarbij de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wordt vooral van overheidswege gestimuleerd. In de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen (1983) wordt aangedrongen op een goede voorlichting in deze en worden initiatieven met als doel de bevolking gezondheidsbewuster te maken, toegejuicht.

Een aantal leefgewoonten die directe invloed hebben op de gezondheid staan sterk in de belangstelling, namelijk:

- eet en drinkgewoonten;
- riskante leefgewoonten;
- sport en beweging;
- balans, activiteit/ontspanning.

Vanuit de gezondheidszorg wordt gepleit voor een **eetpatroon van goede voeding in beperkte hoeveelheden**. De patiënt, die immers ook consument is, wordt echter een overdaad aan voedsel geboden waarbij de kosten nauwelijks meer een beperkende factor zijn. In de reclame

voor voeding staat niet zozeer de gezondheid als wel de verhoging van het welbevinden centraal ("door kersenbonbons wordt je gelukkig", "zie je het niet meer zitten, neem een reep chocola").

De huisarts zou zijn patiënt algemene adviezen moeten geven over hoeveel en wat men moet eten, hij kan speciale diëetvoorschriften meegeven en informatie verstrekken over tijdstip en wijze van voedselopname.

Van een aantal leefgewoonten waaronder ook sommige bovengenoemde eet- en drinkgewoonten is bekend dat zij een **groot gevaar** vormen voor de gezondheid. Anders dan met activiteiten waarbij het leven direct op spel staat, worden deze gewoonten door grote groepen van de bevolking gebezigd. Bekendste hierbij zijn het roken van sigaretten of andere tabaksprodukten en het drinken van alcohol.

Het geven van voorlichting en het adviseren over deze en andere risikante leefgewoonten behoort, in het kader van de preventie, zeker tot de taken van de huisarts. Deze blijken dit soort voorlichting belangrijk te vinden, een deel van hen adviseert regelmatig zijn patiënten, ongeacht de gepresenteerde klachten, over het overmatig gebruik van alcohol (73 % van de artsen), roken (35 %) en het risico van overgewicht (39 %) (Boerma, 1985).

Een apart aspect vormt voorlichting over **(on)veiligheid**, de risico's die voortvloeien uit de situatie waarin men verkeert. Onveiligheid in huis, gezondheidsbedreigende aspecten van het beroep dat men uitoefent, het gebruik van giftige stoffen, de invloed van milieuvervuiling, over dergelijke zaken kan de huisarts de patiënt informeren en adviseren.

Mensen brengen tegenwoordig niet meer noodzakelijk een groot deel van hun dag **bewegend** door, integendeel: veel zwaar huishoudelijk werk is verdwenen en naarmate men ouder wordt, blijft men meer in zijn stoel zitten. De twintigste eeuwse westerling dient, in het kader van zijn gezondheid, aangezet te worden tot méér beweging. Een goede begeleiding is daarbij, zeker gezien de stijging van het aantal sportblessures in de laatste jaren, noodzakelijk.

Het is interessant om te bezien in hoeverre de huisarts tot meer beweging stimuleert en welke aanwijzingen hij hierbij geeft.

**"Doe het maar eens wat rustiger aan"**, een deel van de adviezen van de huisarts betreffen het op een lager pitje zetten of staken van bezigheden van de patiënt. De arts ziet zich in de spreekkamer vaak

te geven over voldoende rust, werkvermindering, omgaan met stressfactoren en door bijvoorbeeld manieren van ontspanning aan te leren.

Per consult werd bekeken of de arts dergelijke adviezen geeft en waarover dit gaat. De verschillende onderwerpen werden tot de volgende trefwoorden herleid:

- voeding;
- alcohol;
- roken;
- veiligheid;
- sport;
- rustiger aandoen (stress);
- overige.

Problemen deden zich echter op een aantal vlakken voor. We zullen ze hier kort beschrijven te zamen met de oplossing waartoe besloten werd.

- Het verschil tussen een specifiek advies dat gegeven wordt met als doel de genezing van een bepaalde kwaal en een advies ter verbetering van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt is vaak niet goed te onderscheiden. Het advies "doe maar eens wat kalmer aan" is hiervan een duidelijk voorbeeld. Afgesproken werd dat de observatoren wel steeds zullen trachten dit onderscheid te maken waarbij de nadruk ligt op de vraag "heeft het advies een preventief of een genezingsbevorderend karakter?". Wanneer een advies genezingsbevorderend bedoeld is, wordt dit als een huismiddel gescoord.
- Omdat aan de hand van de trefwoorden gescoord werd, was uit de observatiegegevens niet meer te achterhalen of een patiënt nu juist werd afgeraden alcohol te drinken of dat de arts in dat speciale geval de patiënt juist aanraadt een glas wijn te drinken tegen bijvoorbeeld bloedarmoede. Om dit onderscheid ook in de resultaten tot uitdrukking te laten komen werd een extra categorie aangebracht waarin aangegeven wordt of een genezende/gezondheidsbevorderende gewoonte wordt aangeraden ("je moet eens wat zemelen eten") of een risicovolle gewoonte wordt afgeraden ("je moet minder zout gaan eten").
- In sommige consulten brengt de arts een bepaalde leefgewoonte ter sprake, zonder dat hierop ook een advies volgt. Dit is onder andere vaak het geval bij rookgewoonten. Veelal routinematig vraagt de arts "Rookt U (veel)?"; naar gelang diens inschatting van het schadelijk effect van roken en het antwoord van de patiënt, wordt

al dan niet een advies gegeven.

Om toch in kaart te brengen dat de arts aandacht besteedt aan leefgewoonten, ook wanneer dit niet gevolgt wordt door een advies, is ook een aparte categorie in het observatieschema aangebracht "de arts brengt leefgewoonten ter sprake" met de specificatie door middel van de hiervoor genoemde trefwoorden.

- Wanneer de arts de patiënt verwijst naar deskundigen (bijvoorbeeld een diëtiste) kan dit ook worden aangegeven. Bij de adviezen rond leefgewoonten is in eerste instantie extra veel aandacht besteed aan het in kaart brengen van initiatieven van patiënten. In paragraaf 3.6 komen we hier op terug.

### **3.4.2. Algemene voorlichting over ziekte en gezondheid**

Wanneer de arts de patiënt informatie geeft over ziekte en gezondheid kan hij hiermee bereiken dat de patiënt niet alleen geïnformeerd raakt over wat hem op dat moment scheelt maar dat hij ook een zekere mate van inzicht verwerft dat hij op de langere termijn kan gebruiken.

Zo kan een arts een patiënt, bijvoorbeeld na een lichte hartaanval, uitleggen op welke wijze zijn hart (dys)functioneert, inzichtelijk maken wat de patiënt kan doen om een herhaling te voorkomen en hiermee tevens ongegronde angst en te grote voorzichtigheid weg nemen. Ook het plaatje dat de arts tekent om uit te leggen wat sterilisatie bij de man of bij de vrouw concreet inhoudt, en het betoog dat hij houdt over de voor- en nadelen van poliklinische dan wel klinische behandeling, vallen onder patiënteneducatie.

Dekkers (1981) schrijft dat iedere burger zou moeten beschikken over een zekere basiskennis omtrent de belangrijkste geneeskundige begrippen, veel voorkomende ziekten en mogelijkheden (en onmogelijkheden) van de gezondheidszorg. Aandacht voor gezondheid in het onderwijs en G.V.O.-activiteiten zouden verandering kunnen brengen in de huidige situatie waarin een arts als "een kruidenier die al zijn klanten nog het verschil tussen suiker en zout moet uitleggen" steeds de meest elementaire kennis aan zijn patiënten aan moet reiken.

Om een optimaal idee te krijgen op welke wijze patiënteneducatie in de huisartspraktijk plaatsvindt zouden meerdere consulten van eenzelfde patiënt geobserveerd dienen te worden. Toch is een poging gedaan dergelijke activiteiten van de arts in kaart te brengen en wel door de categorie "Brengt de arts basiskennis bij over ziekte/de klacht?" Bij beoordeling hiervan dient nadrukkelijk onderscheiden te worden of de arts alleen voorlichting geeft over zaken die sowieso

in het consult naar voren komen (patiënteninformatie) of dat hij zich inspant om voorlichting te geven van een meer algemeen karakter, met een educatief doel. Wanneer de arts hiervoor schriftelijk voorlichtingsmateriaal gebruikte, wordt dit genoteerd. Dit geldt ook voor verwijzingen naar deskundigen voor meer voorlichting.

### **3.5. Categorieën met betrekking tot de manier waarop voorlichting gegeven wordt**

Het is niet alleen belangrijk over welke onderwerpen voorlichting wordt gegeven; de kwaliteit van de gegeven voorlichting is ook in het geding. De volgende kwaliteitsaspecten zullen in deze inventarisatie besproken worden: duidelijkheid, uitgebreidheid, mate van specificiteit, expliciteit en vrijblijvendheid. De keuze voor deze aspecten werd ingegeven door literatuur met aanbevelingen over goede voorlichting (o.a. de Groot en Cuisinier, 1984).

#### **Duidelijk versus onduidelijk**

Voorlichting dient, dit staat buiten kijf, steeds goed verstaanbaar te zijn, éénduidig en begrijpelijk voor degene die de informatie ontvangt.

Overvloedig gebruik van medisch jargon en gebruik hiervan zonder passende uitleg maakt voorlichting onduidelijk. Het totaal vermijden van medische termen valt echter ook niet aan te raden omdat de patiënt hierdoor onnodig onwetend gehouden en in verwarring gebracht wordt ("De dokter zegt dat er iets met de botjes in mijn rug fout is, zou ik dan een hernia hebben?").

#### **Uitgebreid versus summier**

Mensen kunnen slechts een beperkte hoeveelheid informatie tot zich nemen. Delen van de informatie gaan verloren omdat ze gewoonweg niet opgemerkt en/of onthouden worden, waarbij ook zaken door elkaar gaan lopen (Ley, 1976; Smith, Polis en Hadac, 1981). Informatie die zeer summier is, kan echter nauwelijks als voorlichting worden opgevat.

#### **Globaal versus specifiek**

Informatie kan in algemene termen gegeven worden, de uitleg kan echter ook zeer gedetailleerd zijn en toegespitst op de situatie van degene voor wie de informatie bestemd is. Vooral in het geval van adviezen zal het uitmaken hoe specifiek de aanwijzingen gegeven worden, bij een in algemene termen gesteld advies is de kans groter

dat de patiënt zich hier niet aan zal (kunnen) houden.

### **Expliciet versus impliciet**

Voorlichting kan expliciet aan de orde komen, veel informatie zal echter ook tussen de regels door overgebracht worden. Zo kan de arts de patiënt direct vertellen dat er volgens hem niets aan de hand is, hij kan dit ook verhuld doen door bijvoorbeeld te suggereren dat hij verwacht dat het ook zonder behandeling wel over zal gaan.

### **Dwingend versus vrijblijvend**

Vooral wanneer het gaat om adviezen kan de arts meer gewicht geven aan zijn uitspraken door gebruik te maken van zijn positie als deskundige. Door de te wijzen op medische risico's, maar ook door zijn houding kan de arts trachten het opvolgen van adviezen af te dwingen.

In een eerste observatieschema verwerkten we deze observatiecategorïën samen met de inhoudelijke categorieën tot een drietal combinaties. Deze combinaties fungeerden als scoremogelijkheden op het observatieformulier.

Formuleringen werden dan als volgt:

Geeft de arts een mening over de aard van de klacht ?

- De arts geeft geen mening over de aard van de klacht en zegt niet welke hypothesen hij in zijn hoofd heeft.
- De arts geeft summier zijn ideeën over de aard van de klacht, maar doet dit op zodanige wijze dat het voor de patiënt onduidelijk blijft hoe de arts over zijn klacht denkt.
- De arts geeft duidelijk zijn mening over de aard van de klacht en/of vertelt expliciet aan welke hypothesen hij denkt.

Een dergelijke verwevenheid bleek echter voor de observatoren voortdurende bron van discussie ("hij zegt het duidelijk maar de informatie is wel erg summier").

Er werd in eerste instantie besloten dat elk te onderscheiden aspect van de informatieoverdracht apart beoordeeld zou worden aan de hand van de verschillende categorieën zoals die in de inventarisatie aan de orde kwamen. Met deze beslissing diende echter meteen een reductie aangebracht te worden in de hoeveelheid categorieën; het bleek niet zinvol om elke uitspraak van de arts te beoordelen op duidelijkheid, de mate waarin bedekte termen worden gebruikt, de uitgebreidheid, de specificatie etc. Een zekere mate van terughoudendheid bij de keuze van de categorieën werd vooral ingegeven op grond van



de ervaring dat een observator die veel moet beoordelen sneller fouten maakt.

In het uiteindelijke observatieschema is de nadruk komen te liggen op de **duidelijkheid** van de informatie. De observator beoordeelt of de gegeven voorlichting voor hem duidelijk is en heeft hierbij de beschikking over een driepuntsschaal (+/0/-). Voor het methodologische probleem dat het hier het oordeel van de observator betreft en niet dat van de patiënt, de werkelijke ontvanger van de informatie, hebben wij geen oplossing gevonden.

Alle voorlichting die in het consult gegeven wordt, wordt op duidelijkheid beoordeeld, dat wil zeggen

- voorlichting over het onderzoek;
- voorlichting over de diagnose;
- voorlichting over het ontstaan van de klachten;
- voorlichting over het doel van de behandeling;
- voorlichting over de instructie rond de behandeling;
- overdracht van basiskennis;
- adviezen over leefgewoonten.

Deze laatste categorie, adviezen over leefgewoonten en de adviezen die een direct gezegingsbevorderend doel hebben, worden daarnaast nog op twee andere kwaliteiten beoordeeld, namelijk of het advies

- in globale termen is gesteld of juist specifiek is;
- dwingend wordt aan- of afgeraden of juist een vrijblijvend karakter heeft.

Deze laatste twee beoordelingen zijn in het schema opgenomen omdat deze juist in het licht van de kans dat het advies opgevolgd wordt, van belang zijn.

In bijlage II vindt men een uitgebreidere definiëring van de verschillende begrippen.

### **3.6. Inbreng van de patiënt**

De voorlichting die de arts geeft, zal voor een deel afhankelijk zijn van de initiatieven die de patiënt hiertoe neemt, de vragen die hij stelt, de stiltes die hij laat vallen. Daarnaast zal de arts uit zichzelf uitleg en adviezen geven en hiermee ook het vraagedrag van de patiënt beïnvloeden. Het is interessant om te bekijken of artsen

inderdaad meer vertellen aan patiënten die veel vragen stellen, zoals geconcludeerd wordt in onderzoeken waarin de attitude van artsen ten aanzien van patiëntenvoorlichting gemeten is (Spronk en Warmenhoven, 1982; Roter, 1977). Daarbij dient onderzocht te worden of patiënten ook meer gaan vragen, wanneer hen veel verteld wordt en tevens wat het effect is op het vraaggedrag van de patiënt wanneer de gevraagde informatie niet gegeven wordt.

In een eerste poging om de invloed van de patiënt in beeld te brengen werd gescoord wie de initiatiefnemer voor het geven van voorlichting was. Al snel bleek echter dat in de enkele keren dat de patiënt als initiatiefnemer gezien zou kunnen worden, de observatoren het hierover alleen eens konden worden wanneer de patiënt een directe vraag stelde. Een initiatief van de patiënt dat impliciet blijft, blijkt niet betrouwbaar te scoren. Met de categorie "vraag patiënt" bleek een groot deel van het probleem opgelost.

Om de voorlichting over **leefgewoonten** in kaart te brengen was in eerste instantie een schema ontworpen waarin gescoord kon worden

- of de voorlichting informatief of adviserend van aard was;
- of er in dit kader naar andere hulpverleners verwezen werd (te denken valt aan de diëtiste, de bond voor anonieme alcoholisten of iets dergelijks);
- wie de initiatiefnemer tot de advisering was;
- of dit initiatief inhield dat informatie of een advies spontaan gegeven werd of dat hier juist een vraag over werd gesteld;
- hoe het verdere proces na dit initiatief verliep.

Schematisch zag dat er als volgt uit:

	informatief		advies		verwijzend		verwijzing naar
	V	G	V	G	V	G	
voeding							
alcohol							P
roken							
veiligheid							A
sport en beweging							
rustig aan doen							
overige							

V= vragend (informatie, advies of verwijzing vragend)

G= gevend (informatie, advies of verwijzing gevend)

De initiatiefnemer A(rts) of P(atiënt) wordt op de bovenste regel van de betreffende categorie gezet.

Aangegeven staat het voorbeeld:

"Denkt u dat ik maar helemaal moet stoppen met drinken?" - vraag om advies van patiënt.

"Om brokken in het verkeer te voorkomen zou ik u dat zeker aanraden" - advies gegeven door arts.

Op deze manier kan in principe elke combinatie gescoord worden, bijvoorbeeld een patiënt die om informatie vraagt, waarop de arts een advies geeft, of een arts die informatie vraagt waarop de patiënt vraagt om verwezen te worden.

Bij scoring bleek echter een vast patroon te herkennen, de arts vraagt om informatie ("sport u?"), de patiënt geeft deze informatie ("Nee, nauwelijks") waarop de arts een advies geeft ("u moet toch maar eens wat gaan fietsen"). Een enkele keer wordt de eerste stap overgeslagen en geeft de arts spontaan een advies of vraagt een patiënt zelf om informatie. Arts en patiënt staan steeds in een dergelijke

lijke relatie tegenover elkaar dat de informatie die de arts geeft de vorm heeft van een advies; de patiënt heeft voornamelijk een vragende rol. Alleen wanneer de arts hiertoe initiatief neemt, geeft de patiënt informatie.

De constatering van dit vaste patroon en de complexiteit van de scoring deden ons besluiten het procesmatige karakter uit de observatie te laten. In het uiteindelijke observatieschema wordt slechts gescoord

- of er informatief of adviserend gesproken wordt over leefgewoonten;
- of dit gebeurde naar aanleiding van een vraag van de patiënt.

## 4. HET DEFINITIEVE OBSERVATIE-INSTRUMENT

### 4.1. Richtlijnen voor de observatie

Om tot valide en betrouwbare observatie te komen diende een zekere selectie op het materiaal toegepast te worden en moesten richtlijnen ontwikkeld worden om de observatoren tijdens de observatie op eenzelfde spoor te houden.

Eerste en belangrijkste beslissing gold de onderzoekseenheid. Er is voor gekozen om de voorlichting te observeren niet per consult maar per klacht. Patiëntenvoorlichting heeft in de vorm waarin het in dit onderzoek geoperationaliseerd is, steeds betrekking op een specifieke klacht van de patiënt. Er is geen sprake van een eenduidig consultkenmerk, immers binnen één consult kan de arts uitwijden over de voor- en nadelen van de anticonceptiepil terwijl hij zonder uitleg of instructies een receptje voor slaappoeders uitschrijft. Tevens dient vermeden te worden dat de observatoren-oordelen betrekking hebben op verschillende klachten binnen één consult.

In dit onderzoek beperken we ons tot voorlichting die gegeven wordt naar aanleiding van klachten die als een, voor de patiënt belangrijke, reden van komst naar het spreekuur gezien kunnen worden. Zo wordt de vraag om een receptje voor iemand anders niet gezien als een zogenaamde primaire reden van komst. Voorlichting naar aanleiding van dergelijke vragen is veelal summier, binnen dit beschrijvende onderzoek leek het niet zinvol ook informatie hierover te verzamelen.

Tevens werd een selectie toegepast ten aanzien van reeds langer bij de arts bekende klachten. Wanneer reeds van een lange ziektegeschiedenis sprake is, is het moeilijk om te bepalen of bepaalde voorlichting niet al in een vorig consult heeft plaatsgevonden. Om hierdoor niet in moeilijkheden te geraken en om het mogelijk te maken de gevonden resultaten éénduidig te intrepeteren werd besloten alleen die consulten te observeren waarin sprake was van een nieuwe klacht, dat wil zeggen een eerste consult.

Andere richtlijnen voor de observatie zijn in de bijlagen te vinden. Belangrijk hierbij was de invoering van de scoremogelijkheid "niet

van toepassing", een categorie waarvan de scoring door definiëring scherp afgebakend is en die tot doel heeft tot zinnige resultaten te komen.

#### 4.2. Het observatieschema in gebruik

Het observatieschema bestaat uit vier delen, waarin verschillende aspecten van voorlichting aan de orde komen. De verschillende delen kunnen apart van elkaar geobserveerd en gescoord worden. Een volledig beeld van de voorlichting binnen een consult wordt echter alleen verkregen wanneer alle delen met elkaar in verband worden gebracht. Het totale observatieformulier vind u in de bijlagen.

In het onderstaande behandelen we achtereenvolgens de vier delen. Ieder deel is ingevuld en wordt gevolgd door het - fictieve - consultfragment waarop deze scoring is gebaseerd.

#### De voorlichtingsmomenten; patiënteninformatie

wordt er door de arts gesproken over:

	0	1	2	3*	duidelijk?	vraag patiënt?
het onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+/ <del>0</del> -	<input type="checkbox"/>
de diagnose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+/ <del>0</del> -	<input type="checkbox"/>
het ontstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+/ <del>0</del> -	<input checked="" type="checkbox"/>
de prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<del>+</del> / <del>0</del> -	<input type="checkbox"/>

\*: 0 - niet van toepassing

1 - er wordt géén informatie gegeven

2 - er wordt inforamtie gegeven

3 - er wordt inzichtelijk over gesproken, de arts geeft uitleg

Als voorbeeld een verkorte weergave van een consult.

Patiënt: Ik heb al dagen een rode plek op mijn hand.

Arts: Leg hem eens onder de lamp, dan bekijk ik het even goed.  
Tja, dat is niet zo mooi, daar doen we snel wat aan. Als je nu met dit receptje naar de apotheker gaat dan hebben ze daar een uitstekend zalfje, smeer dat er maar op, is het binnen een week weer over.

Patiënt: Zou ik het van waspoeder hebben gekregen.

Tja, een mens loopt altijd wel eens wat op, het zou kunnen, maar eigenlijk moet je het dan aan allebei je handen hebben, nee ik denk dat het meer komt van bijvoorbeeld die armband die je om hebt.

## De behandeling, de instructie

behandeling

I medicijnen/verwijzing/huismiddel/overig, nl. (code) .....

	0	1	2	3*	duidelijk	vraag patiënt?
doel behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+/0/-	<input type="checkbox"/>
instructie bij de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+/0/-	<input type="checkbox"/>
naam				<input type="checkbox"/>	dosering	<input checked="" type="checkbox"/>
neveneffect				<input checked="" type="checkbox"/>	malen	<input checked="" type="checkbox"/>
doorgaan				<input type="checkbox"/>	tijdstip	<input checked="" type="checkbox"/>

\*: 0 - niet van toepassing

1 - er wordt géén informatie gegeven

2 - er wordt informatie gegeven

3 - er wordt inzichtelijk over gesproken, de arts geeft uitleg

Ook hier een voorbeeld:

Arts: Ik geef je een receptje voor een zalfje tegen de allergie, dan irriteert het niet meer zo. Smeer er elke dag wat op, niet teveel hoor, want dan maak je het alleen maar erger. En voor je slapen gaat nóg een keertje, ook een héél klein beetje.

**De adviezen onder andere over leefgewoonten**

'zelfzorg' adviezen

voeding	roken	alcohol	veiligheid	sport	rust	overig lifestyle	overig advies	ter sprake	advies	verwezen	code
				X	X				X		

indien advies:

+/- globaal/specifiek    vrijblijvend    dwingend    onduidelijk/duidelijk

+		X	X				X
---	--	---	---	--	--	--	---

\* + = aangeraden

- = afgeraden

Ter verduidelijking:

Arts: "Verder zou ik zeggen, trek er nu eens lering uit en bedenk je dat je door altijd maar binnen te zitten en weinig te slapen natuurlijk nooit een goede weerstand opbouwt! Schrijf je eens in bij een sportvereniging of ga elk weekend wat buiten wandelen. U bent nu zestig, u heeft nog een heel leven voor u.



## Patiënteneducatie

---

arts brengt basiskennis bij over ziekte/klacht

duidelijkheid  0/-  vraag patiënt?

arts gebruikt:  schriftelijk voorlichtingsmateriaal

voorlichting door deskundigen

---

Een voorbeeld:

Patiënt: "Dit is al de tweede keer dat Jan-Willem zo'n oorontsteking heeft. Hoe komt dat nu dokter?"

Arts: "Nou, je moet het zo zien. Het oor zit als volgt in elkaar (grijpt een anatomische a.tlas en legt uit hoe een oorontsteking ontstaat)."

### 4.3. De betrouwbaarheid van de observatiecategorïën

Tijdens de trainingsfase zijn steekproefsgewijs betrouwbaarheidsmetingen gedaan aan de hand waarvan categorieën bijgesteld en definities aangescherpt werden. De "definitieve" betrouwbaarheid werd vastgesteld aan het eind van deze trainingsfase op basis van de scores van de drie observatoren die ook de observaties voor het beschrijvende onderzoek voor hun rekening namen.

De observatoren scoorden ieder, onafhankelijk van elkaar, 72 dezelfde consulten; op deze manier werd bepaald of verschillende observatoren eenzelfde consult ook op dezelfde manier beoordeelden. De tabellen 4.1 tot en met 4.3 geven een overzicht van de zogenaamde interbeoordelaars-betrouwbaarheid voor elk paar observatoren over de verschillende categorieën.

Om de betrouwbaarheid van de scoring in de tijd te bepalen scoorde één observator een dertigtal consulten twee maal, een eerste keer direct aan het einde van de trainingsfase, dat wil zeggen aan het begin van de observatie voor het beschrijvende onderzoek en een tweede keer aan het eind van deze observatieperiode. Tussen beide

scoringen ligt een periode van ongeveer zes maanden. De overeenkomst tussen beide scoringen, de zogenaamde intra-oordelaars-betrouwbaarheid is ook opgenomen in de tabellen 4.1 tot en met 4.3.

Het meten van de betrouwbaarheid van de scoring van enkele categorieën die slechts zelden in de consulten aan de orde komen is weinig zinvol. Om deze reden is voor de categorieën met betrekking tot patiënteneducatie de betrouwbaarheid niet berekend.

### De informatiecategorieën

Tabel 4.1.: inter- en intrabeoordelaars-betrouwbaarheid van de informatiecategorieën

categorie	interbeoordelaars- betrouwbaarheid*			totaal gemid- delde	intrabeoordelaars- betrouwbaarheid*
	paar 1	paar 2	paar 3		
onderzoek	0.63	0.64	0.58	0.62	0.75
diagnose	0.63	0.50	0.46	0.53	0.64
ontstaan	0.59	0.65	0.55	0.59	0.63
prognose	0.61	0.56	0.48	0.55	0.72
doel van de behandeling	0.74	0.55	0.55	0.62	0.55

\* Uitgedrukt in Cramer's V: correlatiemaat voor variabelen op ordinaal niveau.

De informatiecategorieën zijn evenals de meeste andere in het observatieschema opgenomen categorieën zogenaamde beoordelingsschalen. De observator scoort op basis van zijn eigen indruk over hetgeen zich afspeelt in het consult. De betrouwbaarheid van deze categorieën, variërend van 0.55 tot 0.75, is redelijk te noemen. Van Dorp (1977), vond voor dergelijke schalen betrouwbaarheden tussen 0.40 en 0.60. Dit is reden om de categorieën in deze vorm geschikt te bevinden voor onderzoeksdoeleinden.

Verdere aanscherping van de definities en een goede afstemming tussen de observatoren blijft echter noodzakelijk.

## De instructiecategorieën

Tabel 4.2.: inter- en intra-beoordelaars betrouwbaarheid van de instructiecategorieën

categorie <sup>2</sup>	interbeoordelaars- betrouwbaarheid <sup>1</sup>			totaal gemid- delde	intrabeoordelaars- betrouwbaarheid <sup>1</sup>
	paar 1	paar 2	paar 3		
instructie algemeen	0.63	0.71	0.61	0.67	0.74
dosering	0.61	0.76	0.61	0.66	0.94
aantal malen	0.70	0.83	0.87	0.80	0.81
tijdstip	0.82	0.80	0.73	0.78	0.84

<sup>1</sup> Zie noot tabel 4.1.

<sup>2</sup> De categorieën "naam van het medicijn", en "neveneffecten", zijn niet in de tabel opgenomen; zij konden slechts een enkele maal gescoord worden.

De betrouwbaarheid van deze categorieën is bevredigend.

## Enkele andere categorieën

Tabel 4.3.: inter- en intra-beoordelaars betrouwbaarheid van de categorieën begrijpelijkheid van de informatie, vraag van de patiënt, adviezen over leefgewoonten

categorie	interbeoordelaars- betrouwbaarheid <sup>1</sup>			totaal gemid- delde	intrabeoordelaars- betrouwbaarheid <sup>1</sup>
	paar 1	paar 2	paar 3		
begrijpe- lijkheid <sup>3</sup>	0.54	0.50	0.46	0.50	0.79
vraag patiënt <sup>3</sup>	0.47	0.55	0.54	0.52	0.49
adviezen <sup>3</sup>	- 2	- 2	0.81	0.81	1.00

<sup>1</sup> Zie noot tabel 4.1.

<sup>2</sup> Door één observator is deze categorie in de trainingsfase buiten beschouwing gelaten.

<sup>3</sup> Het gaat hier om het gemiddelde, de categorie komt namelijk meerdere malen in het observatieschema voor.

Hoewel de betrouwbaarheid van de eerste twee categorieën nog binnen de marges valt zoals Van Dorp die aangaf, valt wellicht te adviseren om in volgend onderzoek deze categorieën bij te schaven. Wellicht kan door middel van verandering van de driepuntsschaal voor begrijpelijkheid (-/0/+) in een tweepuntsschaal de betrouwbaarheid en ook de zeggingskracht van de categorie worden vergroot. Op dit moment wordt vaak de middencategorie gekozen.

Definiëring rond de beoordeling van initiatieven van de patiënt verdient zeker aandacht. Dit aspect is te belangrijk om verontachtzaam te worden.

Er is nog maar weinig bekend over de de daadwerkelijke invloed van de patiënt op hetgeen zich in de spreekkamer afspeelt. Met een heldere omschrijving van deze categorie zou wellicht een hoop onduidelijkheid hierover opgehelderd kunnen worden.

Hoopvol is het gegeven dat wanneer er geadviseerd wordt, dit ook door de observator als zodanig wordt opgemerkt. Dit zegt wellicht iets over de betrouwbare scoring van andere categorieën van eenzelf-

de aard, bijvoorbeeld "geeft de arts basiskennis door".

#### **4.4. Samenvatting en conclusies naar aanleiding van het observatie-instrument**

In het voorafgaande is beschreven op welke wijze een observatieschema voor het meten van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk tot stand is gekomen. Om een zo goed mogelijk overzicht te krijgen van alle activiteiten die onder de noemer patiëntenvoorlichting kunnen worden geschaard werd de indeling in vier soorten patiëntenvoorlichting, namelijk patiënteninformatie, patiënteninstructie, patiënteneducatie en patiëntenbegeleiding gehanteerd. Patiëntenbegeleiding werd, om onderzoekstechnische redenen, buiten het observatieschema gehouden.

De drie soorten voorlichting zijn vervolgens gedefinieerd in termen van activiteiten van de arts tijdens het consult. Patiënteninformatie wordt gemeten aan de hand van informatie die de arts geeft over het onderzoek, de diagnose, het ontstaan van de klachten, de prognose en het doel van de behandeling. Beoordeeld wordt of de arts informatie geeft en of deze informatie voor de patiënt inzichtelijk is (wordt hij er wijzer van?). Daarnaast wordt de duidelijkheid van de informatie beoordeeld en wordt aangegeven of de patiënt vragen stelde naar aanleiding van één van de onderwerpen. Patiënteninstructie is geconcentreerd rond de behandeling, bekeken werd wat de instructie rond medicijngebruik, verwijzing of bijvoorbeeld adviezen inhield.

Ook hier wordt beoordeeld of de instructie duidelijk is en of de patiënt vraagt om bepaalde instructies.

Rond adviezen wordt nader bekeken hoe specifiek ze gesteld zijn en of zij vrijblijvend of juist dwingend worden voorgeschreven. Adviezen die niet klachtgebonden zijn maar de leefgewoonten van de patiënt betreffen worden onder patiënteneducatie gescoord. Hieronder vallen ook de pogingen van de arts patiënten enige basiskennis over ziekte en gezondheid bij te brengen.

Met behulp van een uitgebreide definitielijst bleken deze categorieën redelijk betrouwbaar te scoren (betrouwbaarheid tussen de observatoren varieert van 0.50 tot 0.81). Aanscherping van de definities en een goede training voor de observatoren blijft echter noodzakelijk, zeker waar het categorieën betreft waar de observator een

kwaliteitsoordeel uit moet spreken (is het inzichtelijk?; is het duidelijk?).

Het observatieschema helpt méér duidelijkheid te verschaffen over wát er in een consult gebeurt. Door de wijze waarop het gestructureerd is, is het mogelijk het consult op nauwkeurige wijze te analyseren en precies aan te geven waar het accent van de voorlichting heeft gelegen. Het verschaft inzicht in de inbreng van patiënten en de wijze waarop artsen hierop reageren. Daarnaast kan het een licht werpen op verschillen tussen artsen en op verschillen in voorlichting rond bepaalde klachten. In het tweede deel van dit rapport zullen we het instrument dan ook op deze wijze gebruiken.

Bij het observatie-instrument dienen echter ook kanttekeningen geplaatst te worden.

De resultaten met het instrument verkregen vormen een weerslag van indrukken en oordelen van observatoren; welke voorlichting bij de patiënt is overgekomen is niet bekend.

Door slechts één consult per patiënt te observeren wordt aan het longitudinale karakter van voorlichting geen recht gedaan. Een derde bedenking komt voort uit het gebruik van videomateriaal: de groep artsen die toestemming geeft voor een dergelijke, toch wel ingrijpende wijze van registratie, is een groep die in zijn totaliteit enigszins afwijkt van de rest van de beroepsgroep (Verhaak, 1986). Het ligt in de bedoeling om naast het beschrijvende onderzoek het instrument te gebruiken in een studie naar de effecten van voorlichting op het gedrag van patiënten. In deze studie zal het instrument tijdens het consult gehanteerd worden; bekeken kan dan worden of de resultaten op basis van de video-opnamen representatief zijn.

## Deel II. HET OBSRVATIE-ONDERZOEK

## 5. VRAAGSTELLING EN OPZET

### 5.1. Vraagstelling van het onderzoek

Met behulp van het zojuist beschreven observatie-instrument is een onderzoek gedaan naar patiëntenvoorlichting zoals deze vorm krijgt tijdens het spreekuur van de huisarts. Getracht is een beeld te schetsen van de dagelijkse praktijk; welke voorlichting wordt frequent gegeven, onder welke omstandigheden komen andere aspecten van patiëntenvoorlichting aan de orde. Een groot aantal consulten stond ter beschikking; de hele videotheek bevat 2517 verschillende consulten. Er is voor gekozen om drie groepen consulten te selecteren op basis van de door de patiënt geuite klacht, namelijk consulten waarin de patiënt klaagt over **een algemene malaise** (hoesten, keelpijn, hoofdpijn, griepig, verkouden, e.d.), consulten over **oor-** en consulten over **huid** klachten.

Aangezien ieder type klacht zijn eigen specifieke informatie- en educatiemomenten met zich meebrengt, is het nuttig om bij analyse van verschillen tussen huisartsen in dit opzicht het klachtenaanbod enigszins constant te houden. De drie onderscheiden klachtengroepen komen frequent voor; de zogenaamde algemene malaiseklachten bieden nogal wat aangrijpingspunten voor adviezen op het gebied van zelfzorg. Therapie bij oorklachten en huidklachten stelt vrij duidelijk eisen aan de instructie.

Uit de literatuur is bekend dat verschillende patiënten verschillende voorlichting krijgen. Leeftijd, geslacht en sociale achtergrond van de patiënt lijken deels de hoeveelheid voorlichting die de arts geeft te bepalen (Bain, 1976, 1977, 1979; Pendleton en Bochner, 1980; Cassee, 1973). Over de sociale achtergrond van de patiënten in de videoconsulten is niets bekend, leeftijd en geslacht zijn wel geregistreerd. In dit onderzoek zal bekeken worden welke aspecten van voorlichting deze laatste twee kenmerken beïnvloed hebben.

Artsen geven zelf aan dat de hoeveelheid informatie die zij verstrekken afhankelijk is van de behoefte van de betrokken patiënt. Wanneer deze erom vraagt, wordt hij voorgelicht (De Groot en Cuisinier, 1984; Spronk en Warmenhoven, 1982). In het onderzoek zal dan ook aandacht worden geschonken aan de inbreng van de patiënt; hoeveel consulten er zijn waarin door patiënten vragen worden gesteld, de onderwerpen die dit betreft en de invloed die dit heeft op de



hoeveelheid informatie die de arts geeft. Nagegaan zal worden wanneer patiënten vragen stellen; komt dit voort uit aanwijsbare lacunes in de voorlichting òf stellen patiënten pas vragen wanneer de arts laat blijken wel informatie te willen verstrekken.

Een volgende overweging betreft de interdoktervariantie. Lamberts (1981) vond grote verschillen tussen artsen (variërend tussen artsen die in 22% van de gevallen voorlichting gaven tot artsen die dit slechts in 6% van de gevallen aangeven dit te doen) waarvoor hij geen verklaring kon geven. In dit onderzoek beschikken we over consulten van 52 artsen, per arts is echter gemiddeld slechts zo'n elf à twaalf consulten bruikbaar wanneer we de klachtindeling aanhouden. Hoewel het materiaal dus beperkt is zal getracht worden de variatie tussen de artsen in kaart te brengen.

De vraagstelling van het onderzoek wordt hiermee vierledig, namelijk:

- in welke mate komen de verschillende aspecten van patiëntenvoorlichting in de dagelijkse praktijk voor en op welke wijze gebeurt dit;
- in hoeverre is de hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt afhankelijk van het soort klachten en de kenmerken van de patiënt.
- bestaat er een verband tussen de hoeveelheid voorlichting en de vragen die patiënten stellen;
- in hoeverre verschillen artsen onderling in hun voorlichtingsactiviteiten.

In de conclusies zullen we ingaan op de vraag in hoeverre beweringen van artsen en patiënten ten aanzien van voorlichting overéén komen met de aldus geschetste praktijk.

## **5.2. Onderzoeksopzet en materiaal**

In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van video-opnamen die ten behoeve van ander onderzoek werden verzameld. Over de wijze waarop de opnamen plaatsvonden, de selectie van artsen die aan de verschillende onderzoeken deelnamen en de representativiteit van het totale aantal vastgelegde consulten is reeds uitvoerig gerapporteerd (Verhaak, 1986; Bensing en Verhaak, 1980; Den Hoed en Sluijs, 1982).

We willen op deze plaats volstaan met een aantal opmerkingen. Het feit dat tijdens het consult een vaste camera de opnamen maakt, heeft op de meerderheid van de patiënten, naar hun zeggen, weinig

tot geen invloed. Ook de arts blijft zich, naar het oordeel van patiënten natuurgetrouw gedragen. Er is echter een groep patiënten die vooraf geen toestemming geeft voor de opname, deze groep wijkt wat betreft leeftijd en geslacht echter niet sterk af van de totale populatie.

De representativiteit van de onderzoekspopulatie wordt hierdoor, tenminste op deze twee variabelen, niet aangetast. De groep artsen die zich bloot stelt aan videocamera's van onderzoekers is echter niet representatief voor de hele beroepsgroep. De video-artsen zijn over het algemeen jonger, zijn vaker in een bepaald samenwerkingsverband werkzaam, hebben meer nascholing gevolgd en zijn als groep meer zogenaamd huisartsgeneeskundig georiënteerd (Verhaak, 1986). Bij de beoordeling van de resultaten dient dit in beschouwing te worden genomen.

Aan de hand van al bekende gegevens werden een groot aantal consulten geselecteerd voor observatie. Om vergelijking mogelijk te maken beperkten we ons, zoals vermeld, tot drie verschillende groepen klachten. Alleen de zogenaamde nieuwe klachten werden bij de analyses betrokken en klachten die duidelijk triviaal bleken vielen af. Na deze selectie resteerden 550 klachten. Een even groot aantal consulten moest hiervoor bekeken worden. In consulten waarin ook andere klachten aan de orde kwamen werden die klachten niet bij de beoordeling betrokken.

Drie observatoren bekeken aan de hand van het formulier de voorlichting die naar aanleiding van 248 algemene ongesteldheidsklachten, 100 oorklachten en 202 huidklachten gegeven werd. De algemene ongesteldheidsklachten zijn voor een deel verkoudheidsklachten, verder klachten als moeheid, duizeligheid en hoofdpijn. Oorklachten hebben voornamelijk betrekking tot verstopte oren of pijn aan het oor. Gehoorklachten vormen één derde deel van deze klachten.

De meest frequent voorkomende huidklachten zijn een of andere vorm van uitslag; jeuk, pukkels en knobbeltjes, wratten en eczeem worden elk in gelijke mate genoemd.

In totaal waren in de geobserveerde consulten 52 artsen aan het werk te zien. Het was niet mogelijk om voor elke arts eenzelfde hoeveelheid klachten te selecteren, het totaal aan klachten per arts was daarvoor in veel gevallen niet toereikend. Getracht is per arts in ieder geval tussen de vijf en de vijftien klachten te observeren.

De geselecteerde consulten werden door één der drie observatoren geobserveerd, waarbij slechts aandacht geschonken werd aan de geselecteerde klacht. De observatoren hanteerden het observatieformulier dat in hoofdstuk 4 is beschreven. Aan het observeren ging een trainingsperiode vooraf. De resultaten van de interbeoordelaars betrouwbaarheden zijn ook in hoofdstuk 4 ook weergegeven.

In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de leeftijd van de betrokken patiënten. We vergelijken dit met de leeftijdsverdeling (per klacht) in het totale bestand.

Jonge patiënten zijn in dit onderzoek relatief oververtegenwoordigd. Vooral naar aanleiding van oorklachten komen relatief vaak kleine kinderen naar het spreekuur; voorlichting zal echter vooral aan de begeleider zijn gericht. In de onderzoeksconsulten zijn patiënten ouder dan 40 jaar ondervertegenwoordigd: aangezien de kans bestaat dat een minder mondige groep door de selectie van de klachten deels is buitengesloten, moeten we resultaten over voorlichting niet generaliseren naar alle patiënten, maar ons beperken tot patiënten met de betreffende klachten.

Tabel 5.1.: leeftijd van de drie onderzochte patiëntengroepen en van de patiënten uit de gehele videotheek

leeftijd	onderzoek patiëntenvoorlichting						videotheek	
	algemene onge-		oor		huid			
	steldheid							
	(N=244)		(N=100)		(N=200)		(N=4471)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 10	43	18%	27	27%	38	19%	336	8%
11-20	36	15%	12	12%	34	17%	432	10%
21-30	50	20%	20	20%	41	20%	867	19%
31-40	38	16%	12	12%	36	18%	778	17%
41-50	29	12%	10	10%	19	9%	704	16%
51-60	20	8%	4	4%	12	6%	595	13%
61-70	16	7%	11	11%	13	7%	434	10%
71+	12	5%	4	4%	7	3%	325	7%

Wanneer we op het geslacht van de patiënten letten, dan blijkt 54% van alle klachten door vrouwen gepresenteerd te worden. Dit is een

veel geringer overzicht van vrouwen dan in het totale bestand (66%) is aangetroffen.

De consulten duurden gemiddeld 7.2 minuten. In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van de duur van de consulten in dit onderzoek en in het totaal bestand.

Tabel 5.2.: duur van de consulten in drie onderzochte patiëntengroepen en in de gehele videotheek

duur	onderzoek patiëntenvoorlichting						gehele videotheek	
	algemene onge-		oor		huid		n	%
	steldheid		n	%	n	%		
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 min	28	11%	27	27%	36	18%	400	16%
4- 6 min	90	37%	35	35%	66	33%	776	31%
7- 9 min	58	24%	20	20%	46	23%	630	25%
10-12 min	37	15%	12	12%	31	15%	383	15%
≥ 12 min	31	13%	6	6%	21	11%	327	13%

Wanneer we deze gegevens vergelijken met het totale patiëntenaanbod in de videotheek, dan is er bij de geselecteerde klachten sprake van iets kortere consulten. De kortere duur van de consulten komt vooral voor rekening van de oorklachten.

## 6. PATIËNTENINFORMATIE

### 6.1. Voorlichting over het onderzoek, de diagnose, de oorzaak van de klachten, de prognose en het doel van de behandeling

In het algemeen wordt er in elk consult wel enige directe voorlichting gegeven. In tabel 6.1 is aangegeven in hoeveel consulten aandacht wordt besteed aan de verschillende onderwerpen en de wijze waarop dit gebeurt.

Tabel 6.1.: mate waarin artsen patiënten informatie geven naar aanleiding van onderzoek, diagnose, ontstaan van de klachten, prognose en doel van de behandeling

onderwerp	N*	% klachten waarover geen voor- lichting ge- geven wordt	% klachten waarover informatieve voorlichting gegeven wordt	% klachten waarover inzichtelij- ke voorlich- ting gegeven wordt
onderzoek	492	36%	62%	2%
diagnose	533	21%	63%	16%
ontstaan	528	55%	19%	16%
prognose	521	62%	34%	4%
doel van de behandeling	576	37%	44%	19%

\* Het totaal aantal klachten verschilt per onderwerp omdat het aantal klachten waarbij de observator van oordeel was dat voorlichting hier "niet van toepassing" was (bijvoorbeeld er vindt geen onderzoek plaats) niet voor alle onderwerpen hetzelfde is. Ook kunnen er meerdere behandelingen bij een klacht beoordeeld worden.

In meer dan 75% van de gevallen is de patiënt, wanneer hij de spreekkamer verlaat, geïnformeerd over de aard van zijn klachten. Hierbij ligt de nadruk op feitelijke informatie; de arts meldt wat er aan de hand is, arts: "het is middenoorontsteking".

Slechts in een klein aantal gevallen wordt aan de patiënt uitgelegd wat de diagnose inhoudt; arts: "je hebt een ontsteking achter je

oor, dus onder het trommelvlies, nu, daarbinnen is een infectie gekomen en dan gaat het ontsteken".

In minder dan de helft van de consulten, deelt de arts met de patiënt zijn ideeën over de manier waarop de klacht ontstaan is. Ook hier geldt dat wanneer dit gebeurt, de arts vooral feitelijke informatie over de oorzaak van de klacht aanreikt, zonder uitleg; arts: "dat komt door spanningen".

Zeer zelden wordt de patiënt op inzichtelijke wijze verteld wat hij ten aanzien van zijn klachten in de toekomst mag verwachten. In ongeveer 30% van de gevallen geeft de arts hierover wel een, summiere, indicatie: arts: "dan moet het binnen een week over zijn".

Al met al lijkt in het merendeel van de consulten maar weinig sprake van een bewust betrekken van de patiënt bij de gang van zaken in het consult. De patiënt wordt in 36% van de gevallen niet geïnformeerd over het onderzoek dat tijdens het consult plaatsvindt; wanneer dat wel gebeurt dan ontbreekt ook hier een uitleg. Uit de observaties blijkt dat de arts veelal kort zegt wat hij wil onderzoeken; de patiënt krijgt op een enkele uitzondering na, niet verklaard waarom dergelijk onderzoek noodzakelijk is.

Pogingen om de patiënt inzicht te verschaffen betreffen het frequentst het doel van de behandeling. In 19% van de consulten geeft de arts hierover een zekere uitleg opdat aan de patiënt duidelijk wordt wat er met de behandeling beoogd wordt en op welke wijze deze zal bijdragen tot genezing; arts: "Ik ben er nog niet helemaal zeker van, hoe je nu aan die uitslag gekomen bent. Deze tabletjes werken tegen allergische reacties, als dat nu helpt, als het daarmee wegtrekt, dan weet je dus dat het daardoor kwam en dan kun je die tabletjes steeds gebruiken als het weer opkomt. Als het nu niet helpt, dan moeten we kijken wat het dan wel is, kom daar dan even voor terug".

De arts geeft in 44% van de gevallen kort aan wat het doel is van de behandeling; arts: "ik zal je een hoestdrank voorschrijven en wat tabletjes zodat je niet 's nachts maar steeds ligt te hoesten".

Bij één op de drie behandelingen blijft de patiënt hierover echter in het ongewisse. Het feit dat de arts een bepaald medicijn voorschrijft geeft aanleiding om te concluderen dat er wel een zekere genezende invloed van uit zal gaan; de patiënt is echter aangewezen op zijn vertrouwen in het handelen van de arts en moet maar afwachten op welke wijze dit medicijn zal werken.

arts: "ik geef je wel een kuurtje van tien dagen mee".

## 6.2. De drie klachtgroepen

Aan de hand van de drie verschillende klachtgroepen is bekeken of de gegeven voorlichting verschilt naar gelang de aard van de klacht. In tabel 6.2 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van verschillende aspecten van patiëntenvoorlichting over de drie klachtgroepen.

Tabel 6.2.: patiënteninformatie per klachtgroep

onderwerp klacht	totaal* aantal klach- aantal klach- aantal klach- ten	aantal klach- ten waarbij géén voor- lichting ge- geven wordt		aantal klach- ten waarbij informa- tieve voor- lichting ge- geven wordt		aantal klach- ten waarbij inzichtelijke voorlichting gegeven wordt		
		n	n	%	n	%	n	%
onderzoek	alg.malaise :	218	103	(47%)	107	(49%)	8	( 4%)
	oorklachten :	99	22	(22%)	75	(76%)	2	
	huidklachten:	175	50	(29%)	125	(71%)	-	
diagnose	alg.malaise :	243	58	(24%)	142	(58%)	43	(47%)
	oorklachten :	99	7	( 7%)	72	(73%)	20	(20%)
	huidklachten:	191	49	(26%)	120	(63%)	22	(11%)
ontstaan	alg.malaise :	240	132	(55%)	71	(30%)	37	(15%)
	oorklachten :	98	58	(59%)	21	(22%)	19	(19%)
	huidklachten:	190	103	(54%)	32	(65%)	27	(14%)
prognose	alg.malaise :	234	157	(67%)	66	(28%)	11	( 5%)
	oorklachten :	97	60	(62%)	34	(35%)	3	( 3%)
	huidklachten:	190	106	(56%)	78	(41%)	6	( 3%)
doel van de behan- deling	alg.malaise :	254	92	(36%)	109	(43%)	53	(21%)
	oorklachten :	123	40	(32%)	52	(42%)	31	(25%)
	huidklachten:	199	75	(38%)	98	(49%)	26	(13%)

\* Zie noot bij tabel 6.1.

Opvallend is het verschil tussen de klachtgroepen in de wijze waarop patiënten worden voorgelicht over het te verrichten onderzoek ( $F=12.651$ ;  $P < 0.01$ ). Bij concrete klachten, de oor- en huidklachten, waar het de patiënt veelal toch wel duidelijk zal zijn wat de arts gaat onderzoeken en waarom hij dit doet, zegt de arts dit meestal

ook. Maar juist bij het onderzoek naar aanleiding van vage klachten, de algemene malaiseklachten, wordt de patiënt in de helft van de gevallen niet voorgelicht. De arts stuurt hem met een enkel woord de onderzoekskamer in of schijnt met een lichtje in de ogen van de patiënt zonder dit vooraf aan te kondigen of uit te leggen waarom dit gebeurt.

Wanneer het oorklachten betreft geeft de arts bijna zonder uitzondering enige en relatief vaak inzichtelijke voorlichting over de aard van de klacht. Dit verschilt van de voorlichting over de diagnose bij algemene malaise klachten en huidklachten, die in ongeveer een kwart van het aantal consulten achterwege blijft en waarbij de nadruk ligt op de feitelijke informatie-overdracht ( $F=2.084$ ;  $P < 0.05$ ).

Er is een klein verschil tussen de klachtgroepen waar het de mate van informatie-overdracht met betrekking tot de prognose betreft. Het meest frequent wordt informatie gegeven over het te verwachten genezingsproces bij huidklachten. Over de prognose bij vagere klachten wordt minder vaak een uitspraak gedaan, wanneer we dit vergelijken met de beide groepen concrete klachten ( $F=2.128$ ; niet significant over drie groepen/  $\chi^2=7.50876$ ;  $df=3$ ; wel significant over 2 groepen).

Er zijn geen significante verschillen tussen de drie klachtgroepen wanneer het de andere onderwerpen (doel van de behandeling, ontstaan van de klachten) betreft.

### **6.3. Duidelijkheid van de informatie**

De observatoren beoordeelden alle informatie-overdracht op duidelijkheid, tabel 6.3 geeft hiervan een overzicht. In het algemeen wordt er weinig tot zeer weinig onduidelijke informatie gegeven. Zeker wanneer de arts tracht de patiënt inzicht te verschaffen in een bepaald aspect van zijn klacht, gebeurt dit op begrijpelijke, verstaanbare en heldere wijze.

Onduidelijke informatie komt het meest frequent voor naar aanleiding van de prognose en het ontstaan van de klachten; bijna 30% van de informatieve voorlichting hierover wordt als onduidelijk beoordeeld; wanneer we ervan zouden uitgaan dat voorlichting pas voorlichting is wanneer aan het criterium van duidelijkheid is voldaan, dan houdt dit in dat in respectievelijk 63% en 72% van de consulten géén voorlichting over het ontstaan of de prognose gegeven werd.



Tabel 6.3.: de hoeveelheid duidelijke en onduidelijke informatie naar aanleiding van de verschillende voorlichtingsmomenten

onderwerp	aantal klachten waarbij informatieve voorlichting gegeven wordt				aantal klachten waarbij inzichtelijke voorlichting gegeven wordt			
	N	% on- duid. inf.	% rede- lijke inf.	% zeer duid. inf.	N	% on- duid. inf.	% rede- lijke inf.	% zeer duid. inf.
onderzoek	301	3%	87%	10%	10	-	30%	70%
diagnose	328	15%	63%	22%	85	2%	21%	77%
ontstaan	151	27%	60%	13%	83	2%	27%	71%
prognose	175	29%	60%	11%	20	-	5%	95%
doel van de behandeling*	247	10%	71%	19%	108	2%	22%	76%

\* Zie noot bij tabel 6.1.

#### 6.4. De inbreng van de patiënt

Wat is nu de rol van de patiënt bij patiënteninformatie? Verondersteld kan worden dat wanneer de patiënt niet die informatie krijgt die hij wil hebben, hij hiertoe vragen aan de arts stelt. In hoofdstuk 1 werd beschreven dat de arts zich veelal afwachtend opstelt en pas daar voorlichting geeft waar de patiënt erom vraagt. Er zou dus sprake moeten zijn van een positief verband tussen het feit dat de patiënt een vraag stelt en de hoeveelheid informatie die de arts geeft.

In de door ons geobserveerde consulten stellen de patiënten opvallend weinig vragen! In tabel 6.4 wordt hiervan een overzicht gegeven. Ongeveer één op de acht patiënten vraagt de arts naar de diagnose of de oorzaak van zijn klachten. Bijna alle patiënten ondergaan het lichamelijk onderzoek dat verricht moet worden lijdelijk. De patiënt verwacht dat de arts wel zal weten waar hij mee bezig is of neemt genoegen met een summiere toelichting van de arts.

Een enkeling vraagt de arts naar het doel van de behandeling of de prognose, dit zijn er echter zo weinig dat dit in menig ochtend-spreekuur geen enkele maal ter sprake zal komen.

Voorgaande uitspraken gelden voor alle patiënten ongeacht de klacht die zij presenteren. De drie klachtgroepen verschillen in deze nauwelijks, zoals ook uit tabel 6.4 is op te maken.

Tabel 6.4.: het aantal klachten waarbij de patiënt een vraag stelt

onderwerp	totaal aantal malen dat een patiënt een vraag stelt	aantal malen dat een patiënt een vraag stelt n.a.v. een <b>algemene malaise klacht</b>	aantal malen dat een patiënt een vraag stelt n.a.v. een <b>oorklacht</b>	aantal malen dat een patiënt een vraag stelt n.a.v. een <b>huidklacht</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
onderzoek	12 ( 2%)	5 ( 2%)	4 (4%)	3 ( 2%)
diagnose	64 (12%)	31 (13%)	7 (7%)	26 (14%)
ontstaan	63 (12%)	30 (13%)	6 (6%)	27 (14%)
prognose	23 ( 4%)	13 ( 5%)	2 (2%)	8 ( 4%)
doel van de behandeling*	27 ( 5%)	17 ( 7%)	3 (3%)	7 ( 4%)

\* Zie noot bij tabel 6.1.

In tabel 6.5 wordt nogmaals een overzicht gegeven van het aantal malen waarin door de patiënt een vraag wordt gesteld, maar nu gerelateerd aan de informatie die op hetzelfde onderwerp betrekking heeft. Ter vergelijking is aangegeven hoeveel informatie gegeven wordt in die gevallen waarin de patiënt geen vraag stelt. Er blijkt inderdaad een verband tussen het feit of een patiënt een vraag stelt over een bepaald onderwerp en de hoeveelheid informatie die de arts hierover geeft. Dit is met name het geval wanneer de patiënt een vraag stelt over de diagnose ( $\chi^2=15.25$ ;  $df=2$ ;  $p < .01$ ), de oorzaak van de klachten ( $\chi^2=49.33$ ;  $df=2$ ;  $p < .01$ ) en de prognose ( $\chi^2=30.67$ ;  $df=2$ ;  $p < .01$ ).

Uit de tabel blijkt echter dat het zeker niet zo is dat wanneer de patiënt een vraag stelt, hij verzekerd is van een antwoord op zijn vraag!

Tabel 6.5.: de hoeveelheid informatie die gegeven wordt op de voorlichtingsmomenten waarover de patiënt een vraag stelt vergeleken met de voorlichtingsmomenten waarin de arts spontaan informatie geeft

onderwerp	inbreng van de patiënt	totaal aantal klachten	aantal klachten waarbij géén voorlichting gegeven wordt	aantal klachten waarbij in-voorlichting gegeven wordt	aantal klachten waarbij in-zichtelijke informatie gegeven wordt
onderzoek	vraag patiënt	12	6	5	1
	géén vraag pat.	480	169	302	9
diagnose	vraag patiënt	64	2	47	15
	géén vraag pat.	469	112	287	70
ontstaan	vraag patiënt	63	9	34	20
	géén vraag pat.	465	284	118	63
prognose	vraag patiënt	23	2	20	11
	géén vraag pat.	498	321	158	9
doel van de	vraag patiënt	27	8	9	10
behandeling	géén vraag pat.	555	199	252	104

In tabel 6.6 is weergegeven hoe vaak de arts onduidelijke informatie geeft in het geval dat de patiënt een vraag stelt. Ter vergelijking is ook aangegeven hoe vaak dit gebeurt onafhankelijk van de vraag van de patiënt. Hier blijkt dat het slechts weinig uitmaakt voor de duidelijkheid van de informatie of de patiënt een vraag stelt of niet.

Er is geen significant verband tussen het vragen stellen van de patiënt en de duidelijkheid van de gegeven informatie!

Als kanttekening kan gesteld worden dat zich hier wellicht de beperkingen van het materiaal wreken. Het zou zo kunnen zijn dat twee verbanden elkaar hier neutraliseren; een positief verband: de vraag van de patiënt zet aan tot verduidelijking en een negatief verband: de vraag van de patiënt wijst juist op onduidelijke informatie. In sommige gevallen zal de patiënt door zijn vraag het eerste initiatief nemen tot voorlichting; soms zal zijn vraag ontlokt zijn

door een uitgebreide uitleg van de arts. Een derde mogelijkheid vormt de vraag die tot doel heeft onduidelijkheden op te helderen. Op basis van onze observatiegegevens is niet vast te stellen om welke redenen patiënten vragen stellen. Nader onderzoek zal dat moeten uitwijzen.

Tabel 6.6.: proportie onduidelijke informatie over alle voorlichtingsmomenten en de proportie onduidelijke informatie over die voorlichtingsmomenten waar de patiënt een vraag stelt

voorlichtingsmoment	totale hoeveelheid voorlichting		voorlichting op vraag van de patiënt	
	N	onduidelijke voorlichting n (%)	N	onduidelijke voorlichting n (%)
onderzoek	311	8 ( 2%)	6	1 ( - )
diagnose	413	52 (13%)	61	8 (13%)
ontstaan	234	43 (18%)	54	11 (20%)
prognose	195	20 (10%)	20	2 (10%)
doel van de behandeling*	338	26 ( 8%)	17	- ( - )

\* Zie noot tabel 6.1.

### 6.5. Verschillen tussen artsen

Onder de 52 artsen waarvan materiaal voor dit onderzoek beschikbaar was, bevinden zich 25 artsen van wie tien of meer consulten zijn geobserveerd. Aan de hand van de scores van deze consulten is bekeken of er significante verschillen tussen de artsen zijn in de mate waarin zij informatie geven over de verschillende onderwerpen. In de tabel is informatie over het onderzoek weggelaten. De hoeveelheid informatie die hierover wordt gegeven, wordt sterker beïnvloed door de gepresenteerde klacht dan door de persoon van de arts. Er is hier sprake van een zogenaamd interactie-effect tussen de gepresenteerde klacht en de mate waarin de arts gewoon is informatie te geven. Dit is niet het geval wanneer het informatie rond de andere onderwerpen betreft.

Tabel 6.7.: verschillen tussen artsen in de mate waarin informatie wordt gegeven

onderwerp		gemiddeld aantal consulten waarin informatie wordt gegeven van de laagst scorende arts	gemiddeld aantal consulten waarin informatie wordt gegeven van de hoogst scorende arts	F	P
diagnose	(N=384)	50%	100%	2.175	P < 0.01
ontstaan	(N=392)	7%	82%	2.141	P < 0.01
prognose	(N=385)	10%	75%	1.684	P < .05
doel van de behandeling	(N=273)	30%	100%	2.116	P < .01

De arts is een belangrijke bepalende factor. Er zijn grote verschillen per arts in de hoeveelheid informatie die ze de patiënt verstrekken.

Nadere analyse zal duidelijk moeten maken of het steeds dezelfde artsen zijn die veel of weinig informatie geven.

### 6.6. Gegeven informatie in relatie tot andere consultkenmerken

Wanneer we naar de afzonderlijke aspecten van het informatie geven kijken, dan is er sprake van een zwak negatief verband tussen de mate waarin informatie over diagnose en prognose wordt gegeven, en de leeftijd van de patiënt ( $r = -.10$ , respectievelijk  $-.14$ ). Patiënten krijgen naarmate ze ouder zijn, minder informatie. Er is een zwak positief verband tussen de duur van het consult en de informatie over ontstaan en doel van de behandeling ( $r = .09$ , respectievelijk  $.13$ ). Hoe langer het consult duurt, hoe groter de kans dat de patiënt hierover iets verteld wordt. Dit komt ook tot uiting in het verband tussen een berekende somscore over de vijf informatie-categorieën (betrouwbaarheidscoëfficiënt over deze vijf items was  $.54$  (N=382) en de consultkenmerken: leeftijd en informatie geven correleerden  $-.12$ , de duur van het consult en informatie geven  $.11$ . Er was geen verband tussen informatie geven en het geslacht van de patiënt of het aantal klachten.

## 7. PATIËNTENINSTRUCTIE

### 7.1. Inleiding

Naar aanleiding van de 550 geobserveerde klachten werd een totaal van 582 behandelingen voorgeschreven. In een aantal gevallen schreef de arts meer dan één behandeling voor, bijvoorbeeld twee zalfjes of druppeltjes te zamen met een verwijzing naar de oorarts.

In 86 consulten werd niet tot behandeling overgegaan; bij respectievelijk 13% van de vage klachten en 10% van de huid- en oorklachten stelde de arts voor om het nog maar even aan te zien.

Bij 58 klachten achtte de arts nadere **diagnostisch onderzoek** binnen de praktijk (6% van het totaal aantal behandelingen) of buiten de praktijk, bijvoorbeeld in het plaatselijk ziekenhuis, (5%) noodzakelijk. In 10% van de gevallen voerde de arts direct zelf een behandeling uit, dit wil zeggen dat hij tijdens het consult en injectie gaf of een oor uitspoot. 31 patiënten werden **doorverwezen** naar verschillende specialisten in de tweedelij (7) of andere hulpverleners in de eerstelij (24).

Het leeuwendeel van de behandelingen wordt gevormd door **medicatie** (70%). In dit hoofdstuk zal hier dan ook de nadruk op liggen.

De instructie rond elk der verschillende behandelingen zal in aparte paragrafen beschreven worden. Daarnaast zal aandacht besteed worden aan de instructie rond **huismiddeltjes** die de arts in een enkel geval voorschrijft (12%; dit is bijvoorbeeld een advies om te stomen). Deze adviezen, die een deel van de directe behandeling vormen worden in een aparte paragraaf besproken.

### 7.2. Medicijninstructie

In het totaal wordt 413 maal een medicijn voorgeschreven. Zoals al gesteld vormt dit meer dan tweederde deel van het totaal aantal behandelingen. De arts geeft bij 32% van het aantal uitgeschreven recepten totaal géén instructie.

arts: "hier is je recept".

Wanneer hij wel een instructie geeft, betreft dit slechts een enkele keer (8%) een werkelijke uitleg. In de meeste gevallen moet de patiënt de verschillende aanwijzingen opvolgen zonder te weten waarom dit zo moet gebeuren.

arts: "wel het hele kuurtje opmaken, hoor!".

In tabel 7.1 is een overzicht gegeven van de instructie die gegeven wordt bij het eerste (in vele gevallen het enige) medicijn. Er is nauwelijks een verschil tussen instructies gegeven naar aanleiding van de algemene malaise klachten of naar aanleiding van oor- of huidklachten.

Tabel 7.1.: aantal malen dat de arts een instructie geeft bij het door hem als eerste voorgeschreven medicijn

	aantal malen géén medicijn- dat een instructie nieuw recept als 1e behan- deling wordt voorgeschreven			informatieve medicijn- instructie		inzichte- lijke medicijn- instructie	
	n	n	(%)	n	(%)	n	(%)
algemene malaise klachten	131	45	(34%)	81	(62%)	5	(4%)
oorklachten	46	13	(28%)	27	(58%)	6	(13%)
huidklachten	111	27	(24%)	76	(68%)	8	(7%)

Slechts 5% van de gegeven instructies wordt door de observatoren als onduidelijk beoordeeld. Opvallend is dat deze onduidelijke instructies bijna steeds gegeven worden naar aanleiding van de algemene malaiseklachten. De aantallen zijn echter te klein om hier duidelijke uitspraken over te doen.

Elk medicijn vraagt een eigen instructie waarbij soms de nadruk zal liggen op de dosering soms op het tijdstip waarop het medicijn ingenomen dient te worden of andere aspecten van het gebruik. Nagegaan is hoe vaak verschillende aspecten in de instructies voorkwamen. Tabel 7.2 geeft hiervan een overzicht.

Er is geen verschil in instructie bij de drie verschillende soorten klachten.

Slechts in één consult gaat de arts niet in op een **vraag** van de patiënt naar aanleiding van de instructie. In totaal wordt naar aanleiding van 6% van de medicijnen door de patiënt één of meerdere vragen gesteld. Op basis van ons materiaal valt niet na te gaan op

welk aspect van de instructie de vragen van de patiënt zich richten.

Tabel 7.2.: inhoud van de medicijninstructie (N=412)

inhoud	n	%
de naam van het medicijn	113	27%
de neveneffecten	34	8%
de periode waarin het medicijn gebruikt dient te worden	127	31%
de dosering	163	40%
het aantal malen dat het medicijn per dag gebruikt moet worden	205	50%
het tijdstip waarop het medicijn gebruikt dient te worden	66	16%

Teneinde na te gaan in hoeverre artsen verschillen in hun medicijninstructie, en of het geven van dergelijke instructies samenhangt met geslacht of leeftijd van de patiënt, is per eerste voorgeschreven medicijn één score "instructie" berekend, door te tellen hoeveel van de zes aspecten voorkwamen. Deze somscore loopt dus van 0 tot 6. Variantie-analyse bij 22 artsen, waarbij in 8 gevallen of meer zo'n score berekend kan worden, leverde een significant artseffect op ( $F=2.0$ ,  $df=21$ ,  $P < .01$ ). Gemiddeld werden 2,67 instructie-aspecten genoemd; de hoogst scorende arts noemde er per geval gemiddeld 3.55, de laagst scorende arts gemiddeld een. Deze instructie-score vertoonde geen enkele relatie met leeftijd of geslacht van de patiënt. Er was wel een trend dat minder instructie-aspecten aan de orde kwamen, wanneer het aantal klachten in een consult toenam ( $r=-.11$ ,  $P < .05$ ).

### 7.3. Instructie rond huismiddelen en adviezen

Deze categorie was opgenomen toen bleek dat artsen in een niet onaanzienlijk deel van de consulten (12%) de patiënt geen recept voorschrijven maar aanraden bijvoorbeeld een aspirientje te slikken, dropdrankjes te drinken of tweemaal daags te stomen.

Relatief de meeste huismiddeltjes werden voorgeschreven naar aanlei-



leiding van oorklachten. De instructie rond de huismiddeltjes vertoont eenzelfde beeld als dat we zagen bij de medicijninstructie. In ongeveer 30% van de gevallen wordt geen nadere instructie gegeven; uitleg bij de instructie is niet gebruikelijk: in niet meer dan 15% van de voorkomende gevallen wordt dit gegeven. Drie patiënten stellen een vraag naar aanleiding van de instructie bij het hen voorgeschreven huismiddel. Voor één patiënt levert dit niets op; hij krijgt ondanks zijn vraag géén instructie.

De hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt naar aanleiding van huismiddelen is dus nagenoeg gelijk aan die naar aanleiding van medicijnen. We hadden hier andere resultaten verwacht op grond van twee tegenstrijdige veronderstellingen

- huismiddelen zijn goede bekenden voor patiënt en arts; dit wil zeggen dat bepaalde artsen ze vaak voorschrijven en ze veelal in het dagelijks leven van de patiënt zijn ingepast ("als ik keelpijn voel opkomen, dan spoel ik altijd eerst met jodium, meestal gaat het daarna wel"). Verwacht kan worden dat uitgebreide instructie om deze reden niet noodzakelijk is.
- wanneer de arts een huismiddel voorschrijft kan hij niet terugvallen op apotheek of bijsluiter waar het de instructies betreft. Op basis hiervan kun je verwachten dat de arts extra veel aandacht aan deze instructies zou besteden.

Een deel van de huismiddelen werd door de observatoren ook beoordeeld als een advies, dat wil zeggen gescoord aan de hand van de categorieën waarop adviezen over leefgewoonten en adviezen die direct betrekking hebben op de klacht, beoordeeld dienen te worden.

De verschillende artsen geven in het totaal naar aanleiding van 18% van de klachten een advies om de genezing te bespoedigen. Dit kan variëren van een algemene raad om zolang de koorts aanhoudt niet naar buiten te gaan tot concrete aanwijzingen over slaaphouding, het gebruik van bepaalde toiletmiddelen of oefeningen voor het versterken van bijvoorbeeld rugspieren.

Omdat de inhoud van de adviezen enorm verschilde is geen poging gewaagd tot inventarisatie. Wel is grofweg bekeken wat het advies inhield, namelijk of de patiënt werd aangeraden iets te doen ("dan ga je elke dag met die hand in sodawater zitten") of dat hem iets of juist werd afgeraden ("zolang die uitslag er zit, niet met je handen in water komen").

De wijze waarop het advies gegeven werd is beoordeeld aan de hand van drie categorieën, duidelijkheid, mate van specificiteit en de

mate van vrijblijvendheid. In tabel 7.3 wordt een overzicht gegeven van de hoeveelheid adviezen die naar aanleiding van een bepaalde klacht gegeven zijn en de wijze waarop dit gebeurde.

Tabel 7.3.: adviezen voor de behandeling van algemene malaise klachten, oorklachten en huidklachten

klacht	N	aantal adviezen n (%)	aant. duidel. adv.	aant. onduidel. adv.	aant. glob. adv.	aant. spec. adv.	aant. vrijbl. adv.	aant. dwingend adv.
algemene malaise	248	59 (25%)	53	6	30	29	38	21
oorklachten	100	16 (16%)	16	0	2	13	8	8
huidklachten	102	46 (45%)	45	1	9	37	14	32

Het overgrote deel van de adviezen wordt door de observator als duidelijk beoordeeld. De meeste adviezen zijn meer dan een globale richtlijn, zij worden vergezeld van gedetailleerde aanwijzingen (66%); ongeveer even veel adviezen hebben een vrijblijvend (49%) dan wel dwingend (51%) karakter. Er zijn in dit opzicht echter verschillen tussen de klachten. Relatief de meeste adviezen worden gegeven naar aanleiding van huidklachten. Bijna een op de twee behandelingen bestaat (mede) uit een advies. In één op de vier gevallen wordt naar aanleiding van algemene malaise klachten een advies gegeven, en nog minder vaak gebeurt dit naar aanleiding van oorklachten. Er is een significant verschil in de mate van specificiteit tussen de adviezen naar aanleiding van de verschillende klachten. Huidklachten en in nog sterkere mate oorklachten worden vooral aangepakt met specifieke adviezen. Naar aanleiding van algemene malaise klachten wordt echter even vaak een globaal als een specifiek advies gegeven ( $\chi^2=7.3048$ ;  $df=2$ ). Twee van de drie adviezen met betrekking tot deze klachten is vrijblijvend van aard. Rond oorklachten worden even vaak vrijblijvende als dwingende adviezen gegeven. Bij huidklachten staat de balans echter naar de andere kant door, deze adviezen zijn in tweederde van de gevallen dwingend van aard ( $\chi^2=13.729$ ;  $df=2$ ).

In het algemeen kunnen we concluderen dat bij concrete klachten uitgewerkte adviezen worden gegeven waarbij enige druk op de patiënt wordt uitgeoefend om dit advies op te volgen. Rond vage klachten worden dergelijke adviezen ook gegeven, bij een aanzienlijk deel van

de gevallen worden echter vrijblijvende suggesties gedaan en globale raad gegeven.

Wanneer we de inhoud van de adviezen nader bekijken blijkt een verband tussen de vrijblijvendheid van het advies en het feit of de arts iets aan- of afraadt. Wil de arts dat de patiënt zich ergens van onthoudt dan zet hij dit meer kracht bij dan in het geval waar hij de patiënt suggereert juist iets te doen ( $\chi^2=9.375$ ;  $df=1$ ).

Voor een deel verklaart dit verband het hiervoor geconstateerde verschil tussen de adviezen naar aanleiding van algemene malaise klachten en respectievelijk oor- en huidklachten. Adviezen naar aanleiding van de laatste twee groepen klachten zijn even vaak af- als aanraders; naar aanleiding van algemene malaise klachten wordt minder vaak iets afgeraden. Hier wordt juist vaker gesuggereerd activiteiten te ontplooiën ter behandeling van de klachten ( $\chi^2=7.304$ ;  $df=2$ ).

Wat zegt dit alles nu over patiëntenvoorlichting? Huisartsen geven veelal duidelijke instructies wanneer zij huismiddeltjes voorschrijven en ook als adviezen worden gegeven gebeurt dit veelal met duidelijke specificatie, aanwijzingen en een zekere aandrang. In beide gevallen draagt de arts door middel van informatie-overdracht ertoe bij dat de patiënt zijn voorschrift op kan volgen. Dit is met name het geval wanneer de patiënt met concrete klachten komt. Bij vage klachten blijft ook de arts vaag; de adviezen zijn in een aanzienlijk deel van de gevallen globaal en vrijblijvend. De instructie bij huismiddeltjes is bij geen van de drie klachtgroepen inzichtelijk, dit is echter bezwaarlijker waar het vage klachten betreft omdat de patiënt op het genezingsproces zelf geen controle uit kan oefenen en dus niet direct ziet of merkt dat het advies werkt.

#### **7.4. Instructie rond een verwijzing**

Verhandelingen over het verband tussen goede patiëntenvoorlichting en therapietrouw betreffen bijna zonder uitzondering het al dan niet opvolgen van medicijnvoorschriften. Aan voorlichting en instructie rond verwijzingen lijkt minder belang te worden gehecht. Wellicht wordt verondersteld dat de patiënt bij een verwijzing onverwijld de richtlijnen van de arts opvolgt. Vrije artskeuze, gecompliceerde (intake)procedures in de tweedelijns en de verschillende soorten werkwijzen en samenwerkingsverbanden in de eerstelijns maken echter duidelijke, inzichtelijke instructie rond een verwijzing noodzake-

lijk. De patiënt moet de kans krijgen om met de arts de keuze voor een bepaalde specialist of ziekenhuis te bespreken. Voorkomen moet worden dat de patiënt zich in het ziekenhuis als een kat in een vreemd pakhuis voelt. Tevens zou het goed zijn als de patiënt inzicht kreeg in de manier waarop zijn huisarts samenwerkt met andere hulpverleners in eerste- en tweedelij, op welke manier overleg wordt gepleegd en informatie doorgegeven.

Het voorgaande blijkt echter geheel theoretisch. In minder dan de helft van de gevallen (44%; N=31) krijgt de patiënt enige instructie omtrent de verwijzing. Meestal blijft deze dan nog beperkt tot de naam of het telefoonnummer van de persoon of instructie tot wie de patiënt zich moet wenden of een uitleg van de arts over de procedure inzake de verwijsbrief ("als je dan een afspraak gemaakt hebt, kun je hier de brief ophalen"). Slechts in één consult legt de arts op inzichtelijke wijze uit waarom de patiënt snel contact op moet nemen met de specialist.

Geconcludeerd kan worden dat het gebruikelijker is om een instructie te geven wanneer medicatie wordt uitgeschreven dan wanneer een verwijzing of andersoortige behandeling wordt voorgeschreven ( $\chi^2=112.75$ ;  $df=9$ ).

Dit verschil is des te opmerkelijker wanneer we daarbij de invloed van de patiënt betrekken. We zagen al dat rond medicijninstructie nagenoeg nooit vragen gesteld worden. In vier van de elf gevallen waarin de arts instructie geeft rondom een verwijzing gebeurt dit omdat de patiënt erom vroeg.

Wanneer een instructie gegeven wordt laat dit weinig te wensen over, alle instructies worden door de observatoren als duidelijk beoordeeld.

### **7.5. Instructie bij andersoortige behandeling**

In tabel 7.4 is gedetailleerd aangegeven hoeveel voorlichting de arts geeft wanneer hij de patiënt voorstelt binnen de eigen praktijk nog enig diagnostisch onderzoek te doen, of dit buiten de praktijk te laten doen en wanneer de patiënt direct behandeld wordt; dit is bijvoorbeeld het geval bij injecties en het uitspuiten van oren.

Tabel 7.4.: instructies bij overige behandelingen

behandeling	aantal malen dat behandeling wordt voorgesteld èn instructie noodzakelijk is n	aantal malen dat de arts geen instruc- tie geeft n	aantal malen dat de arts instructie geeft n
instrumentele behande- ling door de arts	39	30	9
diagnostisch onderzoek binnen de praktijk	17	12	5
diagnostisch onderzoek buiten de praktijk	17	8	9

Behandelingen waarbij van de patiënt géén actieve inbreng wordt verwacht zijn hier buiten beschouwing gelaten.

In het algemeen geven artsen weinig instructie aan hun patiënten wanneer de behandeling direct tijdens het consult plaatsvindt of wanneer het diagnostisch onderzoek onder eigen hoede gebeurt. Iets vaker, hoewel toch nog in nauwelijks meer dan de helft van de gevallen, geeft de arts instructies aan de patiënt die voor diagnostisch onderzoek naar de polikliniek van een ziekenhuis wordt gestuurd. Vanuit het observatiemateriaal valt echter niet op te maken of de patiënt reeds bekend is met procedures rond het diagnostisch onderzoek en of hij wellicht door een ander, de praktijkassistente bijvoorbeeld, hierover wordt geïnstrueerd.

## 8. PATIËNTENEDUCATIE

### 8.1. Algemene voorlichting over ziekte en gezondheid

In paragraaf 6.1 is reeds beschreven in welke mate reeds tijdens het onderzoek, het stellen van diagnose en het opmaken van een behandelingsplan de patiënt wordt voorgelicht over zijn of haar kwaal. Alleen in die gevallen waarin de arts een daadwerkelijke uitleg geeft en zich niet beperkt tot enkele feitelijkheden kan gesproken worden van patiënteneducatie. De patiënt is in dat geval in staat zijn klachten in een breder kader te plaatsen en heeft ook op lange termijn profijt van deze kennis.

In respectievelijk 16%, 16% en 4% van de consulten wordt inzichtelijke informatie gegeven over de diagnose van de klacht, de oorzaak en de prognose.(zie tabel 6.1)

Door de observatoren is echter ook beoordeeld of de arts een aparte plaats in het consult inruimt voor de voorlichting, die de klacht, die op dat moment gepresenteerd wordt, overstijgt. Dit blijkt in ongeveer 7% van de contacten tussen arts en patiënt het geval (in 38 van de geobserveerde consulten).

Dit percentage blijft hetzelfde wanneer we dit beoordelen over een grote hoeveelheid consulten waarin de gepresenteerde klachten een goede afspiegeling vormen van de dagelijkse praktijk in de spreekkamer. Verhaak (1986b) bekeek de mate waarin de arts voorlichting als zelfstandige activiteit ontplooidde aan de hand van 2517 consulten. In 8% van de consulten neemt de arts er de tijd voor om de patiënt uit te leggen wat er aan de hand is, in enkele gevallen ondersteund door schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Bij deze consulten bleken consulten naar aanleiding van klachten van het spijsverteringsstelsel, klachten rond de urinewegen en gynaecologische klachten oververtegenwoordigd te zijn; dit zijn klachten die in het in dit rapport beschreven onderzoek niet in beschouwing zijn genomen.

Tabel 8.1 geeft een overzicht van deze vorm van voorlichting zoals ze in ons onderzoek naar voren kwam: de mate waarin de arts zich naar aanleiding van de verschillende klachten met patiënteneducatie bezighoudt en de wijze waarop dit gebeurt. De duidelijkheid van deze vorm van voorlichting en de patiënt hierbij zijn weergegeven in tabel 8.2.

Tabel 8.1.: aantal klachten aan de hand waarvan de arts de patiënt basiskennis bijbrengt

klacht	aantal geobserv. klachten (N)	aantal malen dat de arts basiskennis bijbrengt (n:%)	aantal malen dat hij hierbij gebruik maakt van schriftelijk voorlichtingsmateriaal	aantal malen dat de arts verwijst naar andere hulpverlener voor voorlichting
algemene malaise	248	21 ( 8%)	2	-
oorklachten	100	10 (10%)	3	-
huidklachten	202	7 ( 3%)	-	-

Tabel 8.2.: duidelijkheid van de overgedragen basiskennis en de invloed van de patiënt hierop (n=38)

klacht	klachten waarbij de arts op eigen initiatief basiskennis over ziekte en gezondheid overdraagt			klachten waarbij de patiënt vragen stelt betreffende ziekte en gezondheid waarop de arts basiskennis overdraagt		
	-	0	+*	-	0	+*
algemene malaise-klachten (N=248)	-	10	9	-	1	1
oorklachten (N=100)	1	-	8	-	1	0
huidklachten (N=202)	-	-	2	1	2	2

\* - slechte uitleg  
 0 redelijke uitleg  
 + goede uitleg

Een blik op deze tabel leert ons dat algemene vragen door de patiënt nauwelijks gesteld worden. Artsen geven, op eigen initiatief, vooral goede voorlichting over oorklachten. Naar aanleiding van huidklach-

ten geven relatief veel patiënten blijk van hun interesse naar de achtergronden van de kwaal, de arts geeft hierover minder vaak op eigen initiatief uitleg.

Slechts naar aanleiding van vijf van de 550 klachten haalt de arts schriftelijk voorlichtingsmateriaal uit de kast ter ondersteuning van zijn uitleg. In bijna alle gevallen betreft dit een plaatje van een oor dat getoond wordt aan patiënten met oor- of verkoudheidsklachten. Van een systematisch gebruik van dergelijke hulpmiddelen is echter nauwelijks sprake.

Er is géén significant verband tussen patiënteneducatie in de vorm van overdracht van basiskennis en de hoeveelheid informatie die aan de patiënt wordt overgebracht gedurende onderzoek, het stellen van de diagnose en het maken van een behandelingsplan. Dit verband bestaat echter wel met de mate van inzichtelijkheid van deze informatie ( $\chi^2=39.71$ ;  $df=4$ ). Wanneer de arts algemene voorlichting geeft, geeft hij ook meestal een uitleg over het doel van de behandeling en dergelijke.

In die gevallen waarin de arts uitleg geeft over de aard van de klacht en de wijze waarop deze veroorzaakt wordt, wordt veel vaker expliciet aan patiënteneducatie gedaan ( $\chi^2=27.52$ , resp.  $\chi^2=39.16$ ;  $df=3$ ).

## **8.2. Adviezen over leefgewoonten**

Wanneer de patiënt contact opneemt met zijn huisarts kan de arts deze gelegenheid benutten om de patiënt, al dan niet naar aanleiding van zijn klachten, te attenderen op gezonde leefgewoonten en leefgewoonten die een bedreiging vormen voor de gezondheid van de patiënt. In de door ons geobserveerde consulten maakte in 15% van het aantal contacten de arts daadwerkelijk gebruik van deze mogelijkheid. Deze vorm van patiënteneducatie bleek echter sterk afhankelijk van de door de patiënt geuite klacht: naar aanleiding van huid- en oorklachten kwam in slechts 4% respectievelijk 7% van de consulten een bepaalde leefgewoonten van de patiënt ter sprake.

Naar aanleiding van algemene malaiseklachten werd hier over gesproken in één van elke vier consulten.

In tabel 8.3 wordt een overzicht gegeven van de verschillende leefgewoonten die aan de orde kwamen. In deze tabel wordt het incidente-



le karakter van educatie over gezonde leefgewoonten naar aanleiding van oor- of huidklachten nogmaals geïllustreerd. In de verdere bespreking van de resultaten zullen we ons dan ook beperken tot patiënteneducatie naar aanleiding van algemene malaiseklachten.

Tabel 8.3.: aantal klachten waarbij de leefgewoonten van de patiënt ter sprake worden gebracht (n=550)

leefgewoonte m.b.t.	aantal consulten waarin dit sprake komt		
	n.a.v. algemene malaiseklachten (n=248)	n.a.v. oor- klachten (n=100)	n.a.v. huid- klachten (n=202)
voeding	10	1	1
roken	17	1	1
alcohol	3	-	1
vettigheid	-	-	1
sport	7	1	1
rust	18	-	-
overige leefgewoonten	5	6	4

In tabel 8.4 is aangegeven of het gesprek over de leefgewoonte(n) van de patiënt uitmondde in een advies en wat dit inhield.

Lang niet altijd leidt een vraag of opmerking van arts of patiënt in deze tot een werkelijk gesprek over de risico's of de vermeende positieve werking op de gezondheid.

De houding van artsen ten opzichte van het roken van hun patiënten is hiervan een goed voorbeeld. Uit de tabel komt naar voren dat in bijna 7% van de consulten roken onderwerp van gesprek is, in het merendeel van deze consulten geeft de arts echter géén advies. Veelal wordt volstaan met de vraag "rookt u?" die, ook al wordt er door de patiënt bevestigend op geantwoord, verder niet wordt uitgewerkt. Het vermoeden rijst dat men erop vertrouwt dat er van de vraag zelf al een waarschuwend, adviserende werking uitgaat.

Wanneer het andere leefgewoonten betreft, met name eetgewoonten en de mate waarin de patiënt gewoon is om tijd te maken voor rust en ontspanning, neemt de arts wél een adviserende houding aan. Zo wordt een zwaar hijgende, immer vermoeide patiënt enigszins vaderlijk toe-

Tabel 8.4.: gesprekken en adviezen betreffen leefgewoonten van de patiënt naar aanleiding van algemene malaiseklachten (n=248)

leefgewoonten	aantal consulten	consulten met advies	kenmerken van adviezen			
			glo- baal	speci- fiek	dwin- gend	vrij- blijvend
voeding	10	9, 4 adviezen om bepaalde voeding aan het dieet toe te voegen 5 adviezen om het dieet te beperken	4 ;	5	8 ;	1
roken	17	3 adviezen om het roken te beperken	- ;	3	- ;	3
alcohol	3	1 advies om het drinken te beperken	- ;	1	- ;	1
veiligheid	-	-	- ;	-	- ;	-
sport en beweging	7	7 adviezen om meer te bewegen	4 ;	1	2 ;	3
rust en ontspanning	18	17, 7 adviezen om meer rust te nemen 10 adviezen om meer activiteiten te ontplooiën	11 ;	6	3 ;	14
overige leefgewoonten	5	3, 1 advies om iets tot een leefgewoonte te maken 2 adviezen om een leefgewoonte te veranderen	1 ;	2	- ;	3

gevoegd dat hij "het maar eens wat rustiger aan moet doen" of juist hoofdschuddend vertelt dat "er eerst maar eens wat kilo's af moeten".

Door de observatoren is opgemerkt dat in géén van de consulten de arts tijd uittrekt voor een echt gesprek over de leefgewoonten van de patiënt. Er wordt zelden besproken hoe bepaalde leefgewoonten zich hebben ontwikkeld ("waarom doe je niets aan sport", "vind je zelf ook dat je eigenlijk te veel eet en daardoor te dik bent?") en hoe de patiënt zijn leefgewoonten kan veranderen. Wanneer de arts hierover adviseert gebeurt dit veelal terloops. Kortom, het lijkt zeker gezien in het licht van de andere activiteiten die de arts ontplooit, of deze vorm van educatie slechts een marginaal deel uit-

maakt van de preventieve zorg in de huisartspraktijk.

Nadere beschouwing van tabel 8.4 leert ons dat het nauwelijks mogelijk is om meer gedetailleerde uitspraken te doen. Ons materiaal is zeer beperkt, de aantallen waarop conclusies gebaseerd worden erg klein. Toch enige opmerkingen om het beeld iets vollediger te maken. Aan duidelijkheid laten de adviezen weinig te wensen over; bijna alle adviezen kregen het predicaat "duidelijk" van de observatoren. Ongeveer de helft van de adviezen over leefgewoonten wordt als "globaal" beoordeeld. Vooral de adviezen met een wat vrijblijvender karakter worden zonder veel detailaanwijzingen aan de patiënt gepresenteerd ( $\chi^2=4.330$ ;  $df=1$ ).

In 85% van de gevallen oefent de arts bij het geven van een advies een zekere druk uit op de patiënt om het advies op te volgen. Dit is zeker zo wanneer de patiënt iets wordt afgeraden: bij adviezen waarin de patiënt iets wordt aangeraden wordt relatief vaker aan de patiënt zelf overgelaten of hij dit advies wil opvolgen of niet ( $\chi^2=4.330$ ;  $df=1$ ).

Het is interessant of te bezien of adviezen die direct betrekking hebben op de behandeling andere kenmerken hebben dan adviezen omtrent leefgewoonten. De laatste hebben immers meer een lange termijn effect en vergen meer inspanning van de patiënt.

Deze verschillen zijn niet groot doch geven wel een goed idee over het wezenlijk andere karakter van deze twee soorten adviezen.

Een advies dat deel uitmaakt van de directe behandeling bestaat meestal uit redelijk gedetailleerde aanwijzingen over wat de patiënt moet doen of laten. Een meer preventief gericht advies over gezondere leefgewoonten is, zoals al beschreven, in ongeveer de helft van de gevallen niet meer dan een globale aanwijzing ( $\chi^2=4.2034$ ;  $df=1$ ). Hoewel dan wellicht weinig specifiek, adviezen over leefgewoonten blijken vaker van een dwingender aard dan adviezen die tot de behandeling behoren ( $\chi^2=7.8024$ ;  $df=1$ ).

Vertaald in concrete voorbeelden komt het er op neer dat de arts vaak vrijblijvende, doch goed uitgewerkte suggesties doet rond hulp-middeltjes die de patiënt aan kan wenden om beter te worden. Bijvoorbeeld, "je zou eens kunnen proberen te gorgelen met jodium, neem dan zo'n 2 à 3 druppeltjes op een halve liter"). Slechts een enkele maal kaart de arts bij de patiënt zo gezonde en ongezonde leefgewoonten aan. Hij gaat hierbij duidelijk waarschuwend te werk zonder in veel details te treden ("Zo komen we er niet, u moet ècht wat meer gaan bewegen!").

## **9. SAMENVATTING EN CONCLUSIES NAAR AANLEIDING VAN HET OBSERVATIE- ONDERZOEK**

De vraagstelling van het onderzoek betrof de dagelijkse praktijk van patiëntenvoorlichting door de huisarts; over welke zaken wordt voorlichting gegeven, hoe frequent gebeurt dit, in hoeverre is het geven van voorlichting afhankelijk van de aard van de klacht, van de patiënt en van de arts?

In deze samenvatting willen wij gegevens die wij hierover verzamelden op basis van videomateriaal afzetten tegen bestaande opvattingen over voorlichting en meningen van artsen en patiënten hierover.

### **Patiënteninformatie**

In het inleidende hoofdstuk is gesteld, dat het geven van informatie in principe in ieder consult zou moeten geschieden. Wanneer we het deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid vergelijken met de door ons geobserveerde praktijk, dan blijkt het advies voornamelijk eerder een na te streven ideaal dan harde werkelijkheid.

Het geven van informatie over zaken die in een huisartsenconsult voorkomen gebeurt zelden op systematische wijze.

De patiënt krijgt, veelal summier, informatie over de diagnose (in 79% van de consulten). Over de oorzaak van de klacht hoort echter bijna de helft van de patiënten niets (in 45% van de consulten), datzelfde is het geval met de prognose, het te verwachten genezingsproces (in 38% van de consulten). In een aantal gevallen blijft voor de patiënt onduidelijk welk onderzoek de arts gaat doen (37%) of wat zijn bedoeling is met de behandeling (37%).

Wanneer informatie gegeven wordt is deze meestal wel duidelijk doch slechts in ongeveer één op de vijf consulten doet de arts moeite om één van deze zaken werkelijk aan de patiënt uit te leggen. Weinig van de gegeven voorlichting is inzichtelijk voor de patiënt, veelal blijft het bij losse opmerkingen.

De hoeveelheid voorlichting die gegeven wordt is nauwelijks afhankelijk van de soort klacht. Het is wel afhankelijk van de patiënt; jongere patiënten krijgen méér informatie en patiënten die vragen stellen krijgen in het algemeen meer informatie, hoewel dit niet altijd het geval is. Patiënten blijken echter slechts zelden om informatie te vragen. Het meest geïnteresseerd lijkt men in de diagnose en het ontstaan van de klachten; in ongeveer één van de acht consulten stelt een patiënt hierover een vraag.

We noemden reeds het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake het geven van informatie. Ook uit andere bronnen kunnen we afleiden dat de door ons geschetste stand van zaken niet als optimaal gekenschetst kan worden. Grol e.a. (1984) noemen het vermelden van diagnose en prognose als een element dat een verplicht onderdeel van de probleemdefinitie hoort uit te maken. In "Kenmerken van de huisarts" (Van Es, De Melker en Goosman (1983) wordt gesteld dat de huisarts in staat moet zijn informatie met betrekking tot de aard, ernst en prognose van ziekte, te geven. Ze gaan, gezien de opzet van het rapport dat algemene functie-eisen omschrijft, niet in op de specifieke situatie waarin deze kundigheden in de praktijk gebracht moeten worden.

We kunnen de door ons waargenomen praktijk, wat een aantal aspecten ervan betreft, ook afzetten tegen wat artsen **zeggen** te doen, en wat patiënten als wens en als ervaring uiten. Warmenhoven (1985) vroeg aan artsen in welke mate ze de patiënt informeren over diagnose, onderzoek en prognose, en vergeleek dit met gegevens van de consumentenbond die deze onderwerpen in een patiëntenenquête aan de orde stelde. 91% van de artsen zei altijd informatie over diagnose te geven (geobserveerd: 79% gaf een of andere vorm van informatie, 20% inzichtelijke informatie, 88% zei over onderzoek te informeren (geobserveerd: 64% respectievelijk 2%), en 50% noemde de prognose als een aspect waar ze altijd over informeerden (geobserveerd: 38% respectievelijk 4%).

Patiënten zeiden in 87% van de gevallen - ruim - voldoende over de diagnose geïnformeerd te worden; voor prognose is dit percentage 85%.

Artsen schatten hun activiteiten vrij goed in, wanneer we de ruime norm hanteren. Onderwerpen we het geven van informatie aan de norm dat deze informatie ook inzichtelijk hoort te zijn, dan overschatten de geënquêteerde huisartsen hun activiteiten schromelijk.

Patiënten blijken, zoals wel vaker, erg snel tevreden: slechts 15% uit kritiek op de mate waarin een activiteit als informeren over het verloop van de ziekte plaatsvindt, terwijl het er op lijkt dat dit vaker niet dan wel gebeurt.

Dat patiënten op dit punt niet zulke hoge eisen hebben, kunnen we overigens ook afleiden uit het feit dat er zo weinig vragen worden gesteld.

### **Patiënteninstructie**

Instructie met betrekking tot voorgeschreven medicijnen en huismid-

deltjes geschiedt in 70% van de voorkomende gevallen: meestal betreft het de frequentie en de dosering. Over mogelijke neveneffecten wordt maar zelden gepraat (7%). Ook hier geldt weer dat de instructie meestal niet met uitleg gepaard gaat.

30% van de door Warmenhoven geënquêteerde artsen **zeiden** altijd de bijwerking van geneesmiddelen ter sprake te brengen, 90% zei het "altijd" of "soms" te doen. Over de werking van geneesmiddelen in het algemeen zei 50% altijd te spreken.

85% van de patiënten voelde zich voldoende voorgelicht over medicijngebruik, 70% over bijwerkingen. De patiënt is in dit laatste opzicht relatief kritisch, maar hij blijft een onverbeterlijke optimist

Instructie rond andere behandelingen wordt weinig gegeven; aan meer dan de helft van de verwijzingen, instrumentele behandelingen en diagnostische onderzoeken, wordt geen woord gewijd; praat men er wel over dan is de informatie meestal uiterst summier.

Toch zegt ongeveer 75% van Warmenhoven's respondenten de patiënt **altijd** te informeren wanneer ze andere hulpverleners inschakelen. Het mededelen van dit feit op zich wordt hier blijkbaar als informeren opgevat.

### **Patiënteneducatie**

Wat is nu de bijdrage van de arts aan het vergroten van de kennis van de patiënt over zijn gezondheid? Uit het voorgaande bleek al dat, wanneer informatie gegeven wordt, dit meestal ad hoc gebeurt, het betreft de situatie op het moment en de inhoud is niet zodanig dat de patiënt hierdoor op de lange termijn iets meer over het functioneren van het eigen lichaam leert. Een aantal malen (7-8%) echter laten artsen zien hier wel aandacht aan te willen besteden. Vooral wanneer het concrete klachten als oorklachten betreft, wordt dan uitgebreide uitleg gegeven over functioneren en hetgeen er op dit moment mis is. Opvallend is dat slechts zeer zelden gebruik gemaakt wordt van schriftelijk voorlichtingsmateriaal.

Door overheid en anderen werkzaam in de gezondheidszorg wordt de huisarts meer en meer een nieuwe taak toegeschoven, namelijk een preventieve. De huisarts zou informatie moeten geven over risicovolle leefgewoonten en de patiënt motiveren tot een gezondere leefwijze.

In ongeveer één op de twaalf consulten gebeurt dit ook werkelijk. Naar aanleiding van vooral de zogenaamde algemene malaiseklachten

worden regelmatig leefgewoonten besproken: rust, roken en voeding zijn de meest behandelde onderwerpen.

In een aantal gevallen wordt dit door de arts slechts ter sprake gebracht: wanneer het voeding, beweging of rust betreft dan volgt meestal een advies. Opvallend is dat artsen hun deskundigheid vooral aanwenden om bij de patiënt aan te dringen op het afzien van bepaalde leefgewoonten (bijvoorbeeld minder eten). Het aanwenden van (nieuwe) gezondere leefgewoonten (bijvoorbeeld méér bewegen) wordt veelal nogal vrijblijvend gesuggereerd.

Welke conclusies kunnen we hieraan verbinden. Bij de presentatie van deze gegevens dient in ogenschouw genomen te worden dat het onderzoek betrekking had op slechts drie soorten klachten, algemene malaise klachten, oor- en huidklachten.

De noodzaak van voorlichting bij dit soort, veelal niet levensbedreigende kwalen, staat in dit onderzoek niet ter discussie. In hoeverre echter de gevonden resultaten beïnvloed zijn door selectie van klachten, zal nader onderzoek duidelijk moeten maken. Met enige terughoudendheid ten aanzien van de generaliseerbaarheid van de uitspraken willen wij het volgende concluderen: Informatie over ontstaan van klachten en prognose wordt, in welke vorm dan ook, minder gegeven dan wenselijk wordt geacht en dan artsen menen dat ze doen. Informatie over diagnose, onderzoek en doel van de behandeling wordt vaker gegeven. In kwalitatief opzicht valt hier echter veel aan te verbeteren; men kan niet volstaan met het noemen van de naam van de ziekte.

Ditzelfde geldt voor medicijninstructie: het voldoet in kwantitatieve termen, in die zin, dat er meestal op een of andere manier over wordt gesproken. De patiënt moet het ook hier zonder uitleg stellen. Een aspect dat schromelijk verwaarloosd wordt is de bespreking van mogelijke bijwerkingen. Het gebeurt zelden, veel minder dan artsen zeggen dat ze erover praten, en patiënten zijn er relatief kritisch over.

Wanneer over voorlichting gesproken wordt, gaat aandacht veelal uit naar speciaal ontworpen voorlichtingsmateriaal. De huisarts lijkt hier echter zelden gebruik van te maken. Een ander heet hangijzer, namelijk voorlichting over riskante leefgewoonten blijkt in de praktijk ook slechts een incidenteel karakter te hebben.

Omtrent de rol van de patiënt willen we opmerken dat dit veelal een

passieve is, ongeveer één van de acht patiënten toont zich "mondig", stelt een vraag om (meer) uitleg te krijgen; dit is des te meer van belang, omdat artsen juist aangeven patiëntenvoorlichting wel te willen bedrijven, als de patiënt er maar om vraagt (Spronk en Warmenhoven, 1982).

Een ander aspect van de patiëntenrol, dat we hier nogmaals willen noemen, is de discrepantie tussen de hoge mate van tevredenheid van patiënten aan de ene kant en de geringe mate waarin het artsengedrag voldoet aan de door ons gestelde normen, die toch ontleend zijn aan wat "men" officieel als eisen wil stellen.

Ten slotte enige suggesties voor verder onderzoek. Een eerste onderzoekslijn betreft de verdieping van de thans gevonden resultaten door te onderzoeken hoe consulten met "veel" voorlichting zich, wat communicatiestijl betreft, onderscheiden van consulten met "weinig" voorlichting.

Een tweede onderzoekslijn betreft een uitwerking in de breedte: tot nu toe hebben we het voorlichting geven als zodanig beschreven. Een logisch vervolg hierop is onderzoek, waarin wordt nagegaan in hoeverre deze voorlichting nu de heilzame effecten heeft, die het verondersteld wordt te hebben: begrijpen patiënten die goed voorgelicht zijn beter wat van hen verwacht wordt, handelen ze daar meer naar, en ten slotte, worden ze er beter van. Voorstellen op dit gebied worden thans uitgewerkt.



## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- BAIN, D.J.G. Doctor-patient communication in general practice consultations. *Medical Education* 10 (1976) p.125-131
- BAIN, D.J.G. Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. *Medical Education* 11 (1977), p.347-356
- BAIN, D.J.G. The content of physician/patient communication in family practice. *The Journal of Family Practice* 8 (1979) 4, p.745-753
- BAIN, D.J.G. The relationship between time and clinical management in family practice. *The Journal of Family Practice*, 8 (1979) 3, p.551-559
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK. Ruimte voor de patiënt. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 37 (1982) 1, p.9-33
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van een gesprekstraining voor huisartsen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 39 (1984) 5, p.265-280
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK. Konsultatieproject Eindhoven, eindevaluatie. Utrecht, NHI, 1980
- BOERBOOMS, M. Naar een verbeterde patiëntenvoorlichting. Utrecht, 1981
- BOERMA, W.G.M. Preventieve zorg in groepspraktijken en gezondheidscentra. Utrecht, NIVEL, 1985
- BOOTS, J.M.J. Het werk van de huisarts. Maastricht, 1983
- BUYS, R., E.M. SLUIJS, P.F.M. VERHAAK. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. *Social Science & Medicine* 9 (1984) 7, p.683-690
- CASSEE, E.TH. Probleempatiënten naar de dokter. Meppel, Boom, 1973
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Deeladvies betreffende de juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht op informatie en het toestemmingsvereiste. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1980
- DAVIS, M.S. Physiologic, psychological and demographic factors in patient compliance with doctors' orders. *Medical Care*, 1968 (march-april), 6 (1968) 2, p.115-122
- DEKKERS, F. De patiënt en het recht op informatie. Alphen aan de Rijn, 1979
- DEKKERS, F. Patiëntenvoorlichting 1: De informatieplicht van de arts. *Intermediair* 16 (1980) p.43
- DEKKERS, F. Patiëntenvoorlichting 2: Grenzen aan de informatieplicht. *Intermediair* 16 (1980) p.43

- DEKKERS, F. Patiëntenvoorlichting: de onmacht en de pijn. Baarn, 1981
- DEKKERS, F. Patiëntenrecht en patiëntenbeleid. Deventer, 1981
- DEKKERS, F. Huisartsen en patiënten over voorlichting. *Modern Medicine* 6 (1982) 8, p.1231-1235
- DEMLING, L., H. FLÜGEL. Wie steht der patiënt zur aufklärungs-plicht des artzes? *Deutsch Medizinische Wochenschrift* 100 (1975) 31 p.1587-1589
- DI MATTEO, M.R., D.D. DINICOLA, Achieving patient compliance. New York, Pergamon Press, 1982
- DORP, C. VAN. Luisteren naar patiënten, een analyse van het medisch interview, Lochem, 1977
- FRANCIS, V., B.M. KORSCH, M.J. MORRIS. Gaps in Doctor-Patient Communication: Patients' response to medical advice. *New England Journal of Medicine*, 280 (1969) 10 p.535
- GROL, R., P. MESKER. (red) Huisarts en toetsing. Nijmegen, NUHI, 1984
- GROOT, A.D. DE. Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Den Haag, Mouton, 1961
- GROOT, J.B. DE, M.C.J. CUISINIER. Patiëntenvoorlichting: enkele hoofdlijnen uit de literatuur. Utrecht, NHI, 1984
- HOED J. DEN, E. SLUYS. Het meten van methodisch werken. Utrecht, NHI, 1982
- LAMBERTS, H. Patiëntenvoorlichting; een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 24 (1981), p.263-268
- LEY, P., M.A. WHITHWORTH, C.E. SKILBECK, e.a. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 26 (1976) 171, p.720-724
- LEY, P. Patient's understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton, D. en J. Haster (eds). *Doctor-Patient communication*, London, Academic Press, 1983
- LHV. LHV functie-omschrijving van de huisarts. *Medisch Contact* 36 (1981) 48, 1974-1976
- MOERKERK, J.H. Huisarts en gezondheidsvoorlichting en - opvoeding. *Huisarts en Wetenschap* 24 (1981), p.258-262
- MOKKINK, H., A. SMITS, R. GROL. Prevara; een observatieinstrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 37 (1982) 1, p.35-50
- NELSEN, E. A study of the validity of the task inventory method of job analysis. *Medical Care* 13 (1975), p.104-113
- PATIËNTENBELEID. (Nota) Tweede kamer der Staten Generaal, zitting 1980-1981 Nr 16771 nrs. 1-2

- PENDLETON, D.A., S. BOCHNER. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Social Science & Medicine* 14a (1980), p.669-673
- ROTER, D.L. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monographs* 5 (1977) 4, p.281-315
- SMITH, C., E. POLIS, R.R. HADAC. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *The Journal of Family Practice*, 12 (1981) 2, p.285-288
- SPRONK, V., N. WARMENHOVEN. Patiëntenvoorlichting in de huisartsenpraktijk. Utrecht, NHI, 1982
- STEENKAMER, TH.A., M.H. VERNOOY. Patiëntenvoorlichting door de huisarts. Nijmegen, NUHI, 1985
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk, proefschrift. Utrecht, NIVEL, 1986
- VERHAAK, P.F.M. Bewerkelijkheid van consulten, uitgedrukt in tijd. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1986 (in druk)
- WARMENHOVEN, N.E. De redenen van de patiënt. Utrecht, NIVEL, 1985



**BIOLAGE 1**



**LEEFGEWOONTEN** - als onderdeel van het observatieformulier **PATIËNTEN-VOORLICHTING** (versie najaar 1984)

De onderwerpen in dit deel van het formulier worden gescoord indien er tijdens het consult gesproken wordt over leefgewoonten die zekere risico's ten aanzien van de gezondheid met zich meebrengen en andere leefgewoonten die 'gezondheidsbevorderende' kanten hebben.

Hierbij wordt er vanuit gegaan dat het tot de taak van de arts behoort om, wanneer de gelegenheid zich voordoet, de patiënt te informeren over deze risicofactoren en te adviseren omtrent 'gezondere' leefgewoonten.

Er wordt aan de hand van een zestal onderwerpen, die hier nader zullen worden uitgewerkt, gescoord naar aanleiding van de volgende categorieën:

1. in welk klachtencluster het onderwerp ter sprake komt (cluster-nummer);
2. wie het eerst het onderwerp expliciet naar voren brengt (initiatief);
3. in welke zin het onderwerp ter sprake is.

We onderscheiden hierbij

- + - er wordt benadrukt dat een bepaalde gewoonte genezend/gezondheidsbevorderend kan zijn, de gewoonte wordt aangeraden (bijvoorbeeld je moet eens wat zemelen eten);
- - er wordt benadrukt dat een bepaalde gewoonte risico's meebrengt voor de gezondheid, de gewoonte wordt afgeraden (bijvoorbeeld je moet echt wat minder zout gaan eten).

4. Op welke manier het onderwerp besproken wordt.

We onderscheiden hierbij:

**- komt ter sprake**

Er vindt tenminste één uitwisseling plaats rond het onderwerp en wel zodanig dat het duidelijk is dat de arts er beroepsmatig bij betrokken is. Wanneer slechts één van beide gesprekspartners een onderwerp aankaart en hierop wordt niet ingegaan, dan is er géén sprake van een uitwisseling.

**- verwezen naar**

De arts verwijst de patiënt naar deskundigen op het terrein van genoemde onderwerpen, om hem op deze manier de mogelijkheid te bieden aan méér informatie of gerichtere adviezen te komen.

- **advies**

De arts geeft de patiënt richtlijnen ten aanzien van de leefgewoonten met de bedoeling dat hier een genezende/gezondheidsbevorderende werking vanuit zal gaan.

Wanneer advies gescoord wordt, dient aangegeven te worden wie het initiatief nam tot dit advies, hoe specifiek het advies is, hoe dwingend en hoe duidelijk.

**globaal** is een advies wanneer de patiënt veel ruimte wordt gelaten over de manier waarop het advies opgevolgd dient te worden. Voorbeeld: "Zorg dat je wat meer beweging krijgt, lekker naar buiten of zo."

**specifiek** is een advies als de patiënt weinig ruimte krijgt, dat wil zeggen de arts geeft nauwkeurige, uitgewerkte richtlijnen. Voorbeeld: "Als je nu eens elke dag een uurtje gaat zwemmen, en als je daar genoeg van hebt wissel je het af met fietsen."

**vrijblijvend** is een advies waarbij de patiënt de vrijheid krijgt wel of niet het advies op te volgen. Voorbeeld: "Je zou bijvoorbeeld kunnen proberen te stoppen met roken."

**dwingend** is een advies wanneer de arts zijn deskundigheid en/of overtuigingskracht gebruikt om bij de patiënt aan te dringen het advies op te volgen. Voorbeeld: "Zo als het nu met je longen staat denk ik dat het echt noodzakelijk is dat je stopt met roken, anders .....

**duidelijkheid** hier wordt beoordeeld of het advies voor de observator helder en begrijpelijk is (+) of niet (-).

## **ONDERWERPEN**

- **voeding**

Hieronder wordt verstaan alle eet- en drinkgewoonten exclusief alcohol, zowel wat betreft kwantiteit ("minder snoepen"), kwaliteit ("Meer verse groenten") als het tijdstip en de wijze van voedselopname.

Dieetadviezen, vragen van de patiënt over risico's verbonden aan bepaald voedsel, informatie over véél of weinig eten worden hier gescoord.

Voeding wordt **niet** gescoord wanneer er slechts impliciet sprake is bijvoorbeeld bij gewichtsmeting, bij vragen over de ontlasting, etc.



- **roken**

Hieronder vallen alle opmerkingen rookgedrag van de patiënt betreffend, waarbij het gaat om het risico dat dit gedrag met zich meebrengt ten aanzien van de gezondheid.

- **alcohol**

Als bij roken, het gaat hier dus om ongezonde leefgewoonten, niet wanneer alcohol als "geneesmiddel" wordt aangewend. (Dit laatste als zogenaamd huismiddeltje.)

- **veiligheid**

Dit onderwerp betreft risico's die voortvloeien uit de situatie waarin de patiënt verkeert, gezondheidsbedreigende aspecten van zijn omgeving, het beroep dat hij uitoefent, etc. Onder andere uitspraken over giftige stoffen, verkeersdruk, milieuverontreiniging.

- **sport en beweging**

Dit onderwerp wordt gescoord indien er sprake is van lichamelijke inspanning op het recreatieve vlak. Het moet duidelijk zijn dat het gaat om leefgewoonten, niet om een incidentele gebeurtenis ("Ik stapte mis en zwikte door mijn enkel.") en dat het gaat om lichamelijke inspanning en niet één specifieke beweging ("Opassen met tillen").

- **rustiger aandoen (stress factoren)**

Dit onderwerp staat voor uitspraken en adviezen inzake het staken of op een lager pitje zetten van de gewone bezigheden van de patiënt, dat wil zeggen vermindering van fysieke en/of psychische belasting over een langere periode. Het betreft niet uitspraken als "maak je daar nu eens niet zo druk over", of "blijf maar eens een dagje in bed", maar er dient duidelijk sprake te zijn van concrete pogingen om spanning en overbelasting te vermijden.

- **overige leefgewoonten**

Deze restgroep wordt gescoord indien er sprake is van gezondheidsbedreigende en/of -bevorderende leefgewoonten die niet onder de hiervoor genoemde onderwerpen vallen. Bijvoorbeeld: "Hoe laat ga je elke dag slapen?" Hierbij wel specificeren!

**- overige adviezen**

Indien er gesproken wordt over gezondheidsbevorderende of -bedreigende activiteiten of factoren in de omgeving van de patiënt van incidentele aard (in tegenstelling tot leefgewoonten) wordt deze categorie gescoord. Hierbij wèl specificeren!

**BIJLAGE 2**



## Teelichting bij het OBSERVATIEFORMULIER PATIËNTENVOORLICHTING (versie najaar 1985)

Dit formulier richt zich op de overdracht door de huisarts van informatie die voor de patiënt relevant is in het kader van de door hem/haar geuite klachten.

Het formulier bestaat uit drie delen:

- een deel waarbinnen directe voorlichting over de klacht en de behandeling worden gescoord (deel A);
- een deel waar wordt gescoord welke pogingen de arts doet de patiënt tot gezondere leefgewoonten over te halen en welke (zelfzorg)adviezen hij aanreikt (deel B);
- een deel waar gescoord wordt òf en op welke wijze de arts basis-kennis over ziekte en klachten overbrengt (deel C).

Er wordt gescoord vanaf bestaand videomateriaal. De verschillende aspecten van voorlichting zoals die in een consult naar voren komen worden niet over het gehele consult maar per zogenaamd **klachtencluster gescoord**.

Dit wil zeggen dat wanneer de patiënt in een consult meerdere verschillende problemen aan de arts voorlegt, in principe over elk van deze problemen de voorlichting apart gescoord wordt.

Bij het beoordelen van de voorlichting per klachtencluster wordt uitgegaan van de primaire klacht. Voor de clusterindeling, benoeming van de klachten en dergelijke dient het videotheekformulier aangehouden te worden. Op deze manier is het mogelijk gegevens uit de videotheek en van het formulier patiëntenvoorlichting onderling uit te wisselen.

In onderstaande wordt een enkele keer gebruik gemaakt van begrippen en definities zoals die gehanteerd zijn binnen het onderzoek "Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek", de scoring zoals ten behoeve van dit laatste onderzoek heeft plaatsgevonden, dient aangehouden te worden.

Voor een goede verwerking dient aangegeven te worden:

- het artsnummer;
- het consultnummer;
- het ronde nummer, indien er geen verschillende ronden hebben plaatsgevonden, dit aangeven met een streepje, **niet** met ronde 1;

- het bandnummer;
- de observator;
- de datum;
- het clusternummer (NB, de videotheeknummerring aanhouden!);
- de RFE-code;
- de klacht in één of meerdere steekwoorden (bijvoorbeeld gescheurde enkelband, helemaal niet lekker, of iets dergelijks).

### **Deel A, Directe voorlichting rond klacht, onderzoek en behandeling**

Per klachtencluster worden een aantal aspecten beoordeeld namelijk voorlichting over het onderzoek dat zal plaatsvinden ten behoeve van de diagnose, voorlichting over de diagnose, het ontstaan van de klacht en de prognose. Daarnaast wordt ook beoordeeld de voorlichting over het doel van de behandeling, de instructie en hetgeen waaruit deze instructie bestaat.

Over elk van deze aspecten volgt hieronder een korte toelichting en poging tot definiëring.

Elk aspect wordt op drie wijzen beoordeeld:

- de **wijze waarop** de voorlichting gegeven wordt (0, 1, 2, 3).

Hier dient beoordeeld te worden of de arts informatie overdraagt en of hij dit slechts aanreikt of tracht dit voor de patiënt inzichtelijk te maken.

In het algemeen staat een

0 voor "niet van toepassing";

1 voor "er wordt geen informatie gegeven";

2 voor "er wordt informatie aangereikt";

3 voor "er wordt op een inzichtelijke wijze informatie aangereikt, de arts legt uit".

De scoringsmogelijkheden 2 en 3 duiden hierbij niet zozeer op een kwantitatief verschil (de ene arts vertelt meer dan de andere) maar verwijzen naar een kwalitatief verschil, bij "een 3" wordt de patiënt inzicht aangereikt, met "een 2" wordt aangegeven dat de arts informatie verstrekt zonder daarbij uitleg te geven.

De scoringsmogelijkheden liggen "hierarchisch" ten opzichte van elkaar, dit houdt in dat een 0 gescoord wordt, tenzij 1, 2 of 3 van toepassing zijn, een 1 gescoord wordt tenzij een 2 of een 3 op zijn plaats zouden zijn.

### - duidelijkheid

Hier wordt beoordeeld of de verstrekte informatie eenduidig en begrijpelijk is, dat wil zeggen een logisch geheel dat in één keer te snappen is, goed verstaanbaar en ook voor niet-medisch geschoolden te begrijpen.

Er zijn drie scoremogelijkheden:

- +, de arts legt goed en duidelijk uit
- 0, de informatie is niet erg onduidelijk maar ook niet erg duidelijk
- -, de informatie is onduidelijk, bijvoorbeeld er wordt gemompeld, het zijn losse, onsamenhangende opmerkingen, de arts spreekt zichzelf tegen of er wordt gebruik gemaakt van veel medische terminologie zonder dat hier een uitleg opvolgt.

### - initiatief van de patiënt

Hier wordt gescoord of het door de arts verstrekken van informatie geschiedt naar aanleiding van een vraag van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer deze vraagt "wat heb ik eigenlijk" "waar komt dat door" of iets dergelijks. Dit wordt ook gescoord indien de arts spontaan informatie geeft en de patiënt om (meer) verheldering vraagt.

NB. Wanneer de arts niet in gaat op de vraag van de patiënt wordt deze wèl hier aangegeven.

De volgende voorlichtingsmomenten worden beoordeeld:

### ONDERZOEK

- de uitleg bij het te verrichten lichamelijk onderzoek -
- 0 = Er vindt tijdens het consult geen lichamelijk onderzoek plaats, de klacht wordt niet of slechts verbaal onderzocht. Ook wanneer het onderzoek plaatsvindt op verzoek van de patiënt "wilt u nog even de bloeddruk meten" "kijkt u eens in mijn oor".
- 1 = Het lichamelijk onderzoek vindt plaats zonder dat de patiënt op de hoogte wordt gesteld van wat de arts onderzoekt en/of het doel van zijn handelingen. "Ga maar even naar de onderzoekskamer".
- 2 = De arts bevestigt of vertelt de patiënt vooraf of tijdens het onderzoek wat hij onderzoekt en of het doel van zijn handelingen. "Zullen we maar even naar je longen luisteren"  
" Ik wil even zien hoe je loopt".
- 3 = De arts bevestigt of vertelt de patiënt op inzichtelijke wijze wat hij onderzoekt. "Ik wil even in je oor kijken of het dicht

zit". "Kijkt als je die voet nog zo kunt bewegen denk ik niet dat hij gebroken is".

## DIAGNOSE

- de bevindingen van de arts -

0 = Er wordt niet ingegaan op de klachten van dit cluster, de aard van de klacht en/of de ziekte die ten grondslag ligt aan de gepresenteerde symptomen. Dit is onder andere het geval bij herhaalrecepten, contrôles, etc.

Er is geen probleemdefiniëeringsfase, dat wil zeggen op het Interdokterformulier is de probleemdefinitie "nee" gescoord.

Er is sprake van een vraag van/voor derden, niet aanwezig in het consult. Deze laatste twee criteria gelden tenzij 2 of 3 gescoord kunnen worden.

1 = Hoewel ingegaan wordt op de klachten van dit cluster, voegt de arts niets toe aan de klachten zoals die door de patiënt geuit worden, de diagnose van de patiënt wordt niet expliciet bevestigd.

Bijvoorbeeld: patiënt "ik heb last van mijn rug"

arts "we zullen eens kijken"

arts (na het onderzoek) "ik zal je er pillen voor geven"

2 = De arts spreekt zich uit over de diagnose, zijn bevindingen bij het lichamelijk onderzoek of bevestigt expliciet de klachten of de diagnose van de patiënt. Dit gebeurt op 'labelende' wijze, de klacht, bevinding of diagnose wordt alleen benoemd.

Bijvoorbeeld: patiënt "ik heb last van mijn rug"

arts (na onderzoek) "het zijn je spieren, denk ik"

3 = De arts geeft de patiënt inzicht in de door hem gestelde diagnose en/of in datgene dat aan de klachten ten grondslag ligt.

Bijvoorbeeld: patiënt "ik heb last van mijn rug"

arts "je spieren voelen erg hard aan, ze zijn denk ik steeds te strak aangespannen geweest, en dat is wat die zeurderige pijn geeft".

## ONTSTAAN

- waardoor zijn de klachten veroorzaakt -

0 = Zie de criteria onder diagnose

Wanneer uit de klacht het ontstaan duidelijk en éénduidig valt op te maken bijvoorbeeld in het geval van zwangerschap of brandwonden.



Wanneer de patiënt zelf al duidelijk het ontstaan van de klacht aangeeft, bijvoorbeeld in het geval van een trauma.

- 1 = Hoewel hij wel ingaat op de klachten geeft de arts niet aan wat volgens hem de reden zou kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten.

Bijvoorbeeld: "Je oor is verstopt, ik zal het even uitspuiten"

- 2 = De arts benoemt één of meerdere redenen voor het ontstaan van de klachten, bijvoorbeeld welke omstandigheden (leeftijd, werkzaamheden, de weersgesteldheid) geleid hebben tot het optreden van de kwaal.

Bijvoorbeeld: "Je oor is zo verstopt geraakt toen je die verkoudheid had opgelopen"

- 3 = De arts geeft de patiënt inzicht in het ontstaan van zijn klachten, hij legt uit waardoor de klachten veroorzaakt worden, vertelt op inzichtelijke wijze welke omstandigheden (zie bij 2) geleid zouden kunnen hebben tot het optreden van de kwaal.

Bijvoorbeeld: "Je oor is zo verstopt geraakt omdat het slijm dat tijdens die verkoudheid geproduceerd is zich in de buis van Eustachius heeft opgehoopt".

## PROGNOSE

- wat is het te verwachten verloop -

NB. Hoewel in sommige gevallen aan de hand van de instructie bij de medicatie of de toelichting bij de terugkomafsprak opgemaakt kan worden wat de patiënt van het verloop van zijn klachten kan verwachten ("je hoeft niet meer terug te komen" betekent in die zin dat de kwaal binnen afzienbare tijd over zal zijn), dient voor deze categorie nadrukkelijk alleen datgene gescoord te worden wat de arts hier expliciet over zegt.

- 0 = Zie diagnose.

Wanneer vanuit de diagnose op valt te maken dat een uitspraak over de prognosen niet zinnig is, bijvoorbeeld in het geval dat geen afwijkingen geconstateerd worden, er gewacht moet worden op de uitslag van onderzoek of bij een zwangerschapsconrôle.

- 1 = De arts doet geen uitspraken over wat de patiënt in de toekomst ten aanzien van zijn klachten mag verwachten. Dit is ook niet impliciet op te maken uit bijvoorbeeld: "... en dan heb je hier nog wat pilletjes, veel sterkte"

- 2 = De arts doet een uitspraak over wat de patiënt in de toekomst ten aanzien van zijn klachten mag verwachten of dit komt in de diagnose, de voorgeschreven medicatie of de terugkomafsprak tot uitdrukking.

- 3 = De arts legt op inzichtelijke wijze uit wat de patiënt ten aanzien van zijn klachten in de toekomst mag verwachten, of vertelt dit aan de hand van hetgeen hij als behandeling voorstelt.
- Bijvoorbeeld: "Dit is een helende zalfm daarmee trekt het snel weg. Als het nu weer terugkomt, die kans is groot want het is een soort eczeem, dan gebruik je gewoon dezelfde zalf weer".

### BEHANDELING/PLAN

- wat kan er aan gedaan worden -

Hier wordt op de eerste plaats ingevuld wélke behandeling wordt voorgesteld:

- medicijnen

- een verwijzing naar een andere hulpverlener + code

codering:

oogheelkunde	101	AMW	201	SPD	301
chirurgie/EHBO	102	wijkverpleegkundige	202	JPD	301
interne geneeskunde	103	vroedvrouw	203	MOB	302
interne geneeskunde	103	diëtist	204	LGV	303
gynaecologie	104	fysiotherapeut	205	CAD	304
KNO	105	overige eerstelijns	210	RIAGG	305
dermatologie	106			overige	
orthopedie	107			AGGZ	310
urologie	108				
psychiatrie	109				
neurologie	111				
cardiologie	112				
overige medische specialisten	110				

- een huismiddel, dit kan een medicijn zijn dat zonder recept verkregen kan worden (bijvoorbeeld aspirientjes) of een advies ter bespoediging van de genezing (bijvoorbeeld spoelen met zout water).
- overige behandelingen, hieronder valt onder andere verder diagnostisch onderzoek en behandelingen die tijdens het consult zelf plaatsvinden.

codering:

diagnostisch onderzoek

- buiten de praktijk aangevraagd 1
- vindt plaats tijdens het consult 2

daaraan toegevoegd:

urinetest	01	X-foto	11	allergie	21
bloedonderzoek	02	scan	12	EKG	31
uitstrijkje	03	echografie	13	endoscopie	41
ander klinisch- chemisch onderzoek	03	andere X-straal of ultrageluid	14	oogtest gehoortest bloeddrukmeting gewichtsmeting zwangersch.contr. overige	51 61 71 81 82 91

andere behandelingsprocedures	3
daaraan toegevoegd:	
kleine chirurgie/EHBO	01
injectie	02
oor uitspuiten	03
gynaecologische behandeling	04
overige	05

In tweede instantie wordt het **DOEL** van de behandeling gescoord:

- waarom de behandeling nù -

0 = Er wordt geen behandeling ingesteld.

Wanneer er sprake is van een herhaalverwijzing of een herhaal-recept.

Wanneer de patiënt zelf om de behandeling vraagt en hierbij ook het doel aangeeft, "heeft u wat pillen om te slapen".

1 = Er wordt een behandeling ingesteld doch hierover vindt geen overleg plaats. Aan de patiënt is niet duidelijk wat het doel van de behandeling is, wat de arts hiermee beoogt, hij is slechts op de hoogte van zijn eigen rol tijdens de behandeling. Bijvoorbeeld: "Ik geef je wel een receptje mee"

2 = De patiënt wordt op de hoogte gebracht van het doel van de behandeling.

Bijvoorbeeld: "Ik zal je wat pillen geven om de pijn te verzachten"

"Je moet maar naar de gynaecoloog, die kan u wat meer zekerheid verschaffen"

3 = Op inzichtelijke wijze wordt de patiënt uitgelegd wat het doel is van de behandeling, waarom deze behandeling nu wordt voorgesteld.

Bijvoorbeeld: "Ik zal je oor uitspuiten, ik spoel dan als het ware de prop die je nu dat verstopte gevoel geeft"

eruit, al dat vuil gaat met het water mee je oor uit".

#### **INSTRUCTIE** bij de behandeling

- wat moet de patiënt doen en waarom -

0 = Zie doel

Wanneer de patiënt geen actieve rol heeft in de behandeling, bijvoorbeeld bij inejcties, of indien de arts voorstelt het nog maar even op zijn beloop te laten.

1 = De arts stelt een behandeling in, maar zegt de patiënt niets over diens rol in de behandeling. Het is de patiënt niet duidelijk wat hij concreet moet doen.

Bijvoorbeeld: "Ik zal je wat medicijnen meegeven"

"Gaat u maar naar de gynaecoloog"

2 = De arts geeft instructies aan de patiënt over wat hij moet doen. "Slik deze pilletjes driemaal daags".

3 = De arts geeft instructies die een voor de patiënt inzichtelijk karakter heeft, dat wil zeggen dat deze kan begrijpen waarom hij de sintructie op de voorgeschreven manier moet opvolgen.

Bijvoorbeeld: "Deze pillen moet je nemen voor de maaltijd, dan krijg je geen last van je maag".

Indien er sprake is van het voorschrijven van **MEDICIJNEN** wordt de beoordeling van de instructie uitgebreid met het scoren van

- wordt de **NAAM** van het medicijn genoemd;
- wordt er gesproken over **NEVENEFFECTEN**;
- wordt aangegeven hoelang de patiënt met de medicijnen moet **DOOR-GAAN**;
- wordt de **DOSERING** aangegeven;
- wordt aangegeven hoeveel **MALEN PER DAG** de patiënt het medicijn moet innemen;
- wordt aangegeven op welk tijdstip van de dag de patiënt het medicijn moet innemen.

Voor het onderdeel **ADVIEZEN/LEEFGEWOONTEN** zijn in een aparte bijlage definities en scoringsregels geformuleerd.

#### **BASISKENNIS**

Hier wordt gescoord of de arts naast het afnemen van de anamnese, het doen van onderzoek en het bespreken van behandeling een aparte plaats binnen het consult inruimt om de patiënt voor te lichten over zijn ziekte of klachten in het algemeen. Dit houdt in dat hij de

klachten van de patiënt in een breder kader plaatst en de patiënt inzicht krijgt aangereikt over bijvoorbeeld de fysiologische achtergronden van zijn kwaal, de werking van bepaalde organen en wat de medische gevolgen zijn van verkeerde leefgewoonten.

Deze voorlichting dient duidelijk meer te zijn dan informatie die voor de patiënt direct noodzakelijk is om goed met zijn klachten om te gaan.

Aangegeven dient te worden:

- of de arts **BASISKENNIS** tracht over te brengen;
- hoe duidelijk dit gebeurt (+/0/-);
- of de arts gebruik maakt van **SCHRIFTELIJK VOORLICHTINGSMATERIAAL**;
- of de arts de patiënt wijst op de mogelijkheid om bij **DESKUNDIGEN** meer informatie te halen.



## BIJLAGE 3











