

Bibliografie nr. 36

Leefstijl en eerstelijnsgezondheidszorg:

de rol van de eerstelijnsdisciplines in het bevorderen van een gezonde leefstijl.

 NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Samenstelling: A.K. de Leeuw

februari 1991

De bibliografie 'Leefstijl en eerstelijnsgezondheidszorg' is deel 36 uit de serie 'NIVEL-bibliografieën' van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon: 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag: 9.00-17.00

Cip-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag
A.K. de Leeuw

Leefstijl en eerstelijnsgezondheidszorg / A.K. de Leeuw. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Afdeling Bibliotheek en Documentatie : nr. 36)

Met reg.

ISBN 90-6905-137-0

trefw.: leefstijlen en eerstelijnsgezondheidszorg ; bibliografieën

Inhoud

Inleiding	v
Verantwoording	ix
Indeling van de bibliografie	x
Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie	xi
1. Algemeen	1
2. Gvo in de eerstelijnsgezondheidszorg	
2.1. Gvo door eerstelijns hulpverleners	15
2.2. Gvo door de huisarts	25
3. Technieken en strategieën	45
4. Effecten	55
5. Leefstijl van gezondheidspersoneel	65
6. Attitude en voorbeeldfunctie	71
7. Patiënten	79
Auteursregister	87
Trefwoordenregister	91
Adressen	94
De Nivel-bibliografieën	95

Inleiding

Algemeen

In deze zesendertigste bibliografie in de NIVEL-reeks wordt literatuur beschreven over de rol die eerstelijns hulpverleners, met name huisartsen, kunnen spelen in het bewerkstelligen van veranderingen in de leefstijl. Tevens wordt aandacht besteed aan hun eigen leefstijl en de visie van de patiënt op de rol die hulpverleners zouden kunnen spelen met betrekking tot leefstijlverandering. In de bibliografie is naast literatuur over de huisarts ook literatuur over de (wijk)verpleegkundige, de tandarts en andere eerstelijns hulpverleners opgenomen. In het aanbod van literatuur was echter de meeste aandacht gericht op de rol van de huisarts, zodat ik mij in de inleiding beperk tot deze literatuur.

Leefstijl, preventie en gvo

Leefstijl, preventie en gvo, het zijn begrippen die vaak voorkomen in deze bibliografie. Het zijn ook begrippen die in de context van deze bibliografie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Leefstijl wordt in het kader van deze bibliografie begrepen als een aantal gedragspatronen met betrekking tot de (eigen) gezondheid. Met name gaat het in deze bibliografie om gezondheids-schadend gedrag, en het tegendeel daarvan, gezondheidsbevorderend gedrag: gewoonten m.b.t. tabak- en alcoholgebruik, voedingsgewoonten, gedragspatronen m.b.t. drug- en medicijngebruik, lichaamsbeweging en gedrag in het verkeer¹.

Centraal in de bibliografie staan de eerstelijns hulpverleners en hun rol op het gebied van leefstijl: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (gvo). Het is vooral de primaire en secundaire preventie waarover in dit verband geschreven wordt: respectievelijk 'maatregelen om te voorkomen dat ziekten ontstaan en het vroegtijdig opsporen van ziekten in een vroeg, presymptomatisch stadium'² of zoals Van der Zee en Verhaak het kortweg samenvatten: 'ongevraagd advies geven over rook-, drink- en eetgewoonten, systematisch opsporen van hoge bloeddruk en dergelijke'³.

Een voor deze bibliografie bruikbare definitie van gvo is die van het LCD-GVO (Utrecht): 'een opzettelijke en systematische activiteit om mensen zodanig te beïnvloeden, dat deze in staat zijn zo zelfstandig en bewust mogelijk over zaken met betrekking tot hun gezondheid en/of die van anderen, beslissingen te nemen en die in hun handelen te integreren'. Doel van gvo is 'het in onderlinge samenhang met andere componenten van de gezondheidszorg, t.w. de maatregelen, wetten, voorschriften en de voorzieningen, een bijdrage te leveren

¹ Koeter-Kemmerling, L.G., Dijk, J.P. van, Middel, L.J. Determinanten van gezondheid: inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren. Groningen: Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken, 1987. p. 6

² Verhaak, P.F.M., Vries, P.J. de. Meninge over preventie: ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag. Utrecht: NIVEL, 1987. p. 6.

³ Zee, J. van der, Verhaak, P.F.M. Preventie: een kwestie van routine? Medisch Contact; 44, 1989, no. 3, p. 75.

aan de bevordering en de handhaving van de gezondheid van mensen⁴.

Is het tij gekeerd?

Leefstijl is een begrip dat zowel in de brede betekenis (gedrag patronen verbonden aan een bepaalde cultuur) als in de engere betekenis van het woord bij brede lagen van de bevolking ingang heeft gevonden; de interesse voor leefstijl beperkt zich niet louter en alleen tot de midden- en hogere sociale lagen van de bevolking⁵. Het is, met name in de Verenigde Staten een 'beweging'⁶ geworden met een eigen industrie en een eigen klantenkring. Maar ook in Nederland is er een omslag te onderkennen: van een 'rookcultuur' naar een cultuur waarin de roker niet langer zonder meer onbevangen een sigaret opsteekt tijdens bijvoorbeeld een vergadering. Op het gebied van de sportbeoefening concludeert het Sociaal en Cultureel Planbureau zelfs dat 'sport op zo'n uitgebreide schaal wordt beoefend, dat het aantal deelnemers al enige jaren een verzadigingspunt lijkt te hebben bereikt⁷.

Mede ook in het licht van steeds toenemende investeringen in de gezondheidszorg, is de Nederlandse overheid zich de laatste tien jaar sterk bewust geworden van de mogelijkheden van gvo om belangrijke ziekten die samenhangen met de individuele leefwijze de bestrijden. Grote gezondheidswinst zou bijvoorbeeld op het gebied van kanker behaald kunnen worden als het roken zou verdwijnen. Met name in de 'Nota 2000'⁸ wordt in 1986 het overheidsbeleid duidelijk verlegd van gezondheidszorg naar gezondheid, hetgeen in concreto betekende dat bij beleidsvoorbereiding en -uitvoering meer aandacht zou gaan naar onder meer de bevordering van gezonde leefwijzen. Campagnes tegen roken, overmatig alcoholgebruik en voorlichting over voedingsgewoonten zijn de laatste drie jaar een normaal verschijnsel geworden en ook in de beleidsnota's op het gebied van de gezondheidszorg van na 1986 wordt niet aflatend gewezen op het belang van een gezonde leefwijze⁹.

⁴ GVO-Utrecht. Als ons voortbestaan u lief is....: een evaluatie van de activiteiten en de organisatiestructuur van GVO-Utrecht. Utrecht: GVO-Utrecht, 1979.

⁵ Coulter, A. Lifestyles and social class: implications for primary care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 37, 1987, no. 305, p. 533-536.

⁶ Crawford, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*; 10, 1980, no. 3, p. 365-388.
Paine, T.F. Patients - past and future. *The Practitioner*; 228, 1984, no. 1398, p. 1113-1117.

⁷ Centraal Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1990. Rijswijk: SCP, 1990. p. 237.

⁸ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Leidschendam: Ministerie van WVC, 1986. (Kamerstuk 19500, nr. 1.)

⁹ Een kleine greep uit rapporten en beleidsnota's van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, waarin leefstijl/preventie aan de orde komt:

- Onderzoek Ontomart ton aan: invoering rookverbod in openbare gebouwen verloopt tot nu toe succesvol. *Nederlandse Staatscourant*; 1990, no. 84, p. 3
- Werken aan zorgvernieuwing. 1990

Eigen verantwoordelijkheid¹⁰ en 'Blaming the victim'¹¹

Het begrip leefstijl in de betekenis zoals in deze bibliografie gebruikt, heeft problematische aspecten: het individuele gedrag wordt gezien als de basis van ziekte en gezondheid. Uitgangspunt is dat het individu de mogelijkheid heeft om te kiezen en derhalve zelf verantwoordelijk is voor eigen gezondheid. Het is echter de vraag of het individu volledig vrij is. Iedere individuele beslissing moet gezien worden binnen de context waarin men leeft: familie, vrienden, werk, reclame etc.¹².

In veel literatuur wordt gebalanceerd tussen twee uitersten: een sociaal-economisch probleem bestrijden door verandering van gedrag van individuen ('blaming-the-victim') of verandering van het systeem waarbinnen het probleem bestaat. Gaat men uit van het model van 'blaming the victim' dan kan dat grote consequenties hebben voor het ziektekostenverzekeringsstelsel en voor bijvoorbeeld de selectie bij schaarse middelen van personen voor een dure medische behandeling. Hoe ver reikt de solidariteit? In het andere uiterste wordt afgezien van elke beïnvloeding van het individuele gedrag.

De rol van de huisarts

Juist deze beïnvloeding van gezondheidsgedrag wordt gezien als een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de eerstelijns-hulpverlener. Met name de huisarts krijgt hierin een centrale rol toebedeeld¹³, immers een groot deel van de bevolking gaat één of meerdere keren per jaar naar de huisarts. De huisarts wordt vertrouwd en heeft de nodige kennis.

Merkwaardig is echter dat alhoewel een grote meerderheid van de artsen het eens is met de stelling dat gvo belangrijk is, het in de dagelijkse praktijk geen structureel onderdeel van de activiteiten vormt. Het vergroten van de kennis van de patiënt vindt maar op beperkte schaal plaats, registratie van gezondheidsgedrag gebeurt onsystematisch. Niet probleemgerichte gvo wordt eigenlijk maar sporadisch uitgevoerd; huiverig is de arts in dit verband vooral op gebied van advisering over alcoholgebruik. De beleden interesse wordt niet omgezet in daadwerkelijke handelingen. Eén van de redenen is dat een groot deel van de

-
- Veroudering en preventie. 1989
 - Basisdocument bij het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid. 1989
 - Kankerbestrijding: een aanzet tot beleid op middellange termijn. 1989
 - Preventie hart- en vaatziekten. 1987

¹⁰ Blaxter, M. Health and lifestyles. London/New York: Tavistock/Routledge, 1989. x, 268 p. 204 lit. opgn.

¹¹ Ryan, W. Blaming the victim. New York: Random House, 1971.

¹² Bauer, K.G. Improving the changes for health: lifestyle change and health evaluation. San Francisco: National Centre for Health Education, s.a.

¹³ Calnan, N., Boulton, M., Williams, A. Health education and general practice. In: Rodmell, S., Watt, A. (eds.) The politics of health education. London: Routledge & Kegan Paul, 1987. p. 183-203.

artsen van mening is dat de huisarts vooral klachtgericht moet werken¹⁴; veel huisartsen vinden zichzelf ook te duur voor gvo¹⁵.

Oplossingen worden gezocht op het terrein van o.a. de communicatievaardigheden van de arts, aangepaste honorering, organisatiestructuur van de praktijk, personeelsuitbreiding, delegeren van taken, opleiding en nascholing e.d. Erg bemoedigend zijn de resultaten van onderzoek overigens niet.

De patiënt

Enkele redenen die de artsen aanreiken voor het achterwege laten van gvo zijn: gvo helpt niet als de patiënt niet gemotiveerd is en de patiënt is zelf verantwoordelijk en heeft weinig behoefte aan inmenging in zijn privéleven. Ook daar is onderzoek naar verricht. Het blijkt dat de meeste patiënten het juist zouden appreciëren als hun arts meer zou vragen naar hun risicogedrag en aan zou bieden om hen te helpen van dat gedrag af te komen¹⁶. Weinig patiënten gaven aan in het geval van bemoeienis van de arts van arts te willen veranderen. Voor de meeste mensen is het moeilijk om op eigen houtje de leefstijl te veranderen. Stott en Pill vonden een opvallende overeenkomst tussen het menselijk antwoord(rouwproces) op verlies van een dierbaar persoon en het gedrag bij verandering van leefstijl¹⁷.

De leefstijl van hulpverleners

De leefstijl van de hulpverleners is uitgebreid onderzocht als zijnde één van de factoren die van invloed zou kunnen zijn op de gvo-activiteiten in de praktijk. De gedachte hierbij is dat de hulpverlener een voorbeeldfunctie heeft voor zijn patiënt. Opvallend is, dat nog maar kort geleden huisartsen in Nederland meer rookten dan de gemiddelde bevolking. Uit de 'Nationale Studie' van het NIVEL en ander onderzoek blijkt dat een groot aantal inmiddels gestopt is met roken¹⁸. Deze daling bij de huisartsen heeft echter (nog?) geen invloed gehad op de dagelijks gvo-activiteiten.

¹⁴ Kerkhoff, A.H.M., Does, E. van der, Schachtschabel, J.W. Primaire preventie: de rolverdeling tussen huisartsen en overheid. *Patient Care*; 13, 1986, no. 7, p. 5-8
Lamberts, H. Patiëntenvoorlichting: een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*; 24, 1981, no. 7, p. 263-268.

¹⁵ Witte, L. de, Adriaanse, H. en Rouwenhorst, W. GVO in de eerste lijn: de stand van zaken nu. In: Cate, R.S. ten, Dijk, J.P.A. van, Gillissen, J., Togt-de Ruijt, M.A.M. van der. *Eerstelijnszorg*. Alphen a/d Rijn enz.: Samson Stafleu, 1985. p. 2020-8.

¹⁶ Slama, K.J., Redman, S., Cockburn, J., Sanson-Fisher, R.W. Community views about the role of general practitioners in disease prevention. *FamilyPractice*; 6, 1989, no. 3, p. 203-209.

¹⁷ Stott, N.C.H., Pill, R.M. Health promotion and the human response to loss: clinical implication of a decade of primary health care research. *FamilyPractice*; 4, 1987, no. 4, p. 278-286.

¹⁸ Spanjer, M. De huisarts onderzocht: de nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1990.
Adriaanse, H., Reek, J. van, Rabier, J.R. Rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1983-1988. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 134, 1990, no. 31, p. 1502-1505.

Verantwoording

In eerste instantie zou deze bibliografie 'Leefstijl en gezondheidszorg' tot onderwerp hebben. De hoeveelheid literatuur was echter zo overweldigend dat een selectie noodzakelijk was. Een voor de hand liggende keuze was toen om de literatuur te beperken tot het werkkterrein van het NIVEL: 'Leefstijl en de eerstelijnsgezondheidszorg'. Daarnaast werd gekozen voor literatuur uitgekomen in de periode na 1980.

Een volgend probleem werd gevormd door de verstrengeling van de begrippen leefstijl, preventie, voorlichting en gvo. Uiteindelijk wordt in deze bibliografie alleen die literatuur beschreven die gericht is op leefstijl, zowel van de patiënt als van de hulpverlener en de beïnvloeding daarvan (gvo). Echter ook het begrip leefstijl zelf gaf de nodige problemen: gekozen is voor een smalle definitie zoals deze in de inleiding verwoord staat. Literatuur over medische consumptie, geneesmiddelengebruik, ziekteverzuim e.d. zijn derhalve niet opgenomen. Er is wel aandacht besteed aan de effecten van gvo, maar voor een uitgebreid overzicht van onderzoek naar compliantie verwijs ik naar de bibliografie van Van Campen en Sluijs, nummer 21 uit de NIVEL-reeks.

Echter ook onder bovengenoemde condities bleek het onmogelijk om een volledig overzicht van de stand van zaken te geven. Het doel van deze bibliografie is wat bescheidener: een zo goed mogelijk beeld te geven van het onderwerp over de periode 1980-1990.

Publicaties zijn verzameld door literatuursearces in de eigen NIVEL-catalogus en het bestand van Medline (Datastar-Zwisterland). Trefwoorden die bij deze searches zijn gebruikt waren: Leefstijl, gezondheidsgedrag, voorlichting, preventie, gvo gekruist met de verschillende eerstelijnsberoepsgroepen. In het algemeen is gekozen voor onderzoeksverslagen. Ook met behulp van de zogenaamde 'sneeuwbalmethode', via literatuurreferenties, werd relevant materiaal gevonden.

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn opgesteld volgens de richtlijnen die binnen het NIVEL worden gehanteerd. De referaten zijn op verschillende manieren tot stand gekomen. In een aantal gevallen is het referaat integraal overgenomen van de auteur; dit wordt aangegeven door de afkorting 'aut. ref.' (auteursreferaat) aan het eind van het referaat. In een groot aantal gevallen is het referaat een vertaling van het oorspronkelijke (veelal engelstalige) auteursreferaat; dit wordt aangegeven met de afkorting 'vert. aut. ref.' Bij gedeeltelijke overname van het auteursreferaat staat de aanduiding 'ged. aut. ref.' De meeste referaten zijn echter door de bibliograaf samengesteld uit kernzinnen uit de inleidingen, conclusies e.d. en tot een geheel gesmeed; bij deze referaten staat geen vermelding onder het referaat.

Indeling van de bibliografie

De bibliografie is onderverdeeld in zeven hoofdstukken:

Het eerste hoofdstuk beschrijft meer algemene literatuur over leefstijl: definities, ontwikkelingen en dergelijke. In het volgende hoofdstuk staan de eerstelijns hulpverleners centraal, waarbij in de eerste paragraaf literatuur is opgenomen over gvo en eerstelijns hulpverleners in het algemeen en in de tweede, literatuur over gvo en de huisarts. In hoofdstuk 2.2. 'Gvo en de huisarts' is een uitgebreid referaat opgenomen van een artikel van Calnan, Boulton en Williams. De reden is dat het artikel een uitstekend overzicht geeft van de stand van zaken. Het derde hoofdstuk handelt over gvo-technieken en -strategieën en aansluitend daarop in hoofdstuk vier, het effect van gvo. Hoofdstuk vijf heeft het gezondheidsgedrag van gezondheidspersoneel tot onderwerp. Veel aandacht in de literatuur ging uit naar de attitude van hulpverleners ten aanzien van gvo en hun voorbeeldfunctie. Dit wordt besproken in hoofdstuk zes. De bibliografie wordt afgesloten met literatuur waarin de patiënt centraal staat.

Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie

De publicaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk dan wel paragraaf geordend op naam van de eerste auteur. Wanneer in een hoofdstuk meer publicaties van één auteur zijn opgenomen, zijn deze publicaties chronologisch op jaar van uitgave geordend.

Het onderbrengen van bepaalde publicaties in het strenge keurslijf van een hoofdstukindeling is niet makkelijk en de keuze is wel eens arbitrair. Om aan deze problemen tegemoet te komen is de bibliografie naast een auteursindex, ook voorzien van een trefwoordenindex. In deze registers wordt verwezen naar de pagina's waarop de afzonderlijke publicaties staan afgedrukt.

In de titelbeschrijvingen is een vermelding opgenomen van het aantal literatuuropgaven dat in de beschreven publicatie wordt gegeven. De gebruiker kan daaruit afleiden hoe nuttig die publicatie is wanneer hij op zoek wil naar meer literatuur. In verband hiermee wordt in de trefwoordenindex met de term 'reviews' verwezen naar overzichtsartikelen.

Op een enkele publicatie na is alle in de bibliografie opgenomen literatuur aanwezig in de bibliotheek van het NIVEL. In het enkele geval dat dat niet zo is, staat het adres op pagina 94 van deze bibliografie. Het plaatsnummer van de publicaties die aanwezig zijn in de NIVEL-bibliotheek staat onder de titelbeschrijving vermeld met een B(boek)-, R(rapport)-, of een C(copie)-nummer.

Boeken en rapporten worden uitgeleend; kopieën van artikelen kunnen bij de bibliotheek aangevraagd worden.

1. Algemeen

ABRAMSON, J.H.

Prevention of cardiovascular disease in the elderly.

Public Health Review; 13, 1985, p. 165-233, 254 lit. opgn.

nivel (C 2943)

Overzichtsartikel waarin aandacht wordt besteed aan de preventie van hart- en vaatziekten die op latere leeftijd veel leed kunnen veroorzaken en de belangrijkste doodsoorzaak zijn bij ouderen. Preventie van deze ziekten zou al op jonge leeftijd moeten beginnen. Preventieve maatregelen hebben echter ook op latere leeftijd nog enig effect. Met name is dit bewezen op het gebied van gewichtsbepierking, sport, rookgedrag en het cholesterolgehalte. Er wordt aandacht besteed aan twee modellen: het medische model (concentratie op mensen met een verhoogd risico) en het volksgezondheidsmodel (reduceren van risico's in de bevolking als geheel). Een combinatie van deze twee modellen, het CHAD-programma (Community syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes) wordt toegepast in de eerstelijngesondheidszorg te Jeruzalem. In een aparte paragraaf wordt ingegaan op de rol die eerstelijnsartsen kunnen spelen t.a.v. deze preventieve maatregelen.

Preventie van hart- en vaatziekten kan niet alleen afhankelijk zijn van gezondheidsvoorlichting en andere activiteiten op het niveau van groepen of van een bevolking. Aandacht dient ook gericht te zijn op het individu. Belangrijke risicofactoren zijn een verhoogde bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte. De eerstelijns arts kan een belangrijke rol spelen bij opsporing en interventie. Zelfs als er onderzoek wordt gepleegd op bevolkingsniveau dan nog zal de behandeling en begeleiding plaats moeten vinden op individueel niveau. De eerstelijns arts heeft alle mogelijkheden om mensen met een verhoogd risico op te sporen en de arts kan in overleg met patiënt richting geven aan de leefstijl van de patiënt.

De auteur betreurt het dat niet alle artsen deze kans aangrijpen. Eén van de redenen zou kunnen zijn dat artsen menen dat preventie niet binnen het takenpakket valt. Dit geldt met name voor de primaire preventie. De meeste artsen zijn van mening dat hun taak voornamelijk van curatieve aard is en het verwachtingspatroon van de meeste patiënten sluit hierbij aan.

BAUER, K.G.

Improving the changes for health: lifestyle change and health evaluation.

San Francisco: National Centre for Health Education, s.a. 187 p. 116 lit. opgn.

en voetnoten.

nivel (R 2137)

Het rapport is een inventarisatie van de vele aspecten van (het stimuleren van) gezondheidsgedrag en is bedoeld als ondersteuning van overheidsbeleid. De lezer wordt geïntroduceerd in nieuwe benaderingen van het item in de USA en Canada, en geeft een 'state-of-the-art' van het gezondheidszorgonderzoek op dit terrein. Het uitgangspunt van het rapport is die van de individuele leefstijl. Daarbij wordt echter aangemerkt dat dit maar een klein

deel van het geheel is: luchtvervuiling, blootstelling aan giftige chemische stoffen, invloeden van de sociale omgeving e.d. worden niet besproken. Bovendien stelt de auteur nadrukkelijk dat het individu maar zelden geheel vrij is. Iedere individuele beslissing moet gezien worden binnen de context waarin men leeft: familie, vrienden, werk, reclame, cultuur. Betreft men dit laatste aspect niet bij overwegingen, onderzoek en dergelijke, dan valt men al snel in de valkuil van 'blaming the victim'. Wordt echter uitsluitend uitgegaan van het sociale dan valt men in het andere uiterste: het individu kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor zijn daden.

Het rapport bestaat uit drie delen.

Deel 1 behandelt het reduceren van risico's door het veranderen van de leefstijl. In dit deel worden de risicofactoren besproken, issues binnen het onderzoek dien aangaande, de rol van massamedia, hoe mensen al dan niet zijn te motiveren, de vraag van de verantwoordelijkheid en o.a. de rol van artsen bij het stimuleren van gedragsverandering en methoden om dat gedrag te veranderen. Het eerste deel wordt afgesloten met een beschrijving van enkele grootschalige projecten en de specifieke rol van verschillende instituties als de huisarts, de academische medische centra, de verzekeringswereld e.d.

In deel twee gaat de aandacht uit naar het contact tussen mensen en gezondheidszorgvoorzieningen, met name wordt aandacht besteed aan screening.

In het derde deel wordt de 'state-of-the-art' beschreven van onderzoek op het gebied van gezondheidsgedrag.

BREMER, J.J.C.B., BOELEN, J.L.A.

Verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 23, p. 728-730.

nivel

In gezondheidsprogramma's en beleidsnota's wordt herhaaldelijk gewezen op het belang van de verantwoordelijkheid van het individu voor de eigen gezondheid zonder dat dit begrip nader wordt uitgelegd of omschreven. In de literatuur over de geestelijke gezondheidszorg, met name die op het gebied van de psychotherapie, wordt de rol van het verantwoordelijkheidsbesef en het vermogen tot dragen van verantwoordelijkheid veel duidelijker onderkend dan in de vakliteratuur over de somatische geneeskunde. In het algemeen lijkt het besef van de leden van onze samenleving van hun verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor anderen af te zwakken. Waarschijnlijk wordt dit mede in de hand gewerkt door de bevoogding door de overheid en door ons complexe stelsel van sociale wetgeving, waardoor de noodzaak tot het dragen van verantwoordelijkheid is afgenomen. In de gezondheidszorg speelt hierbij bovendien de professionalisering van de zorgverlening een negatieve rol.

Overheid en medische en overige gezondheidsverzorgende professies dienen te bevorderen dat de leden van de samenleving in staat worden gesteld een optimale verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid op zich te nemen. Indien de huidige situatie blijft bestaan en het beleid op dit punt van bevordering van de individuele verantwoordelijkheid niet wordt gewijzigd,

kan worden verwacht dat het verantwoordelijkheidsbesef voor de eigen gezondheid eerder zal afnemen dan gelijk blijven, laat staan toenemen. (aut. ref.)

CLEMENTS, C.D., SIDER, R.C.

Medical caring for the smoker: ethical responsibility works both ways.

Chest; 91, 1987, no. 2, p. 156-158, 4 lit. opgn.

nivel (C 2760)

Artikel over de ethische aspecten van leefstijl. Moet iemand die er een ongezonde leefstijl op na houdt geholpen worden op basis van collectieve verzekeringen? De auteurs menen van wel. De streep is moeilijk te trekken en eenduidig oorzaken van ziekten zijn niet altijd aan te wijzen. Wat te doen met bijvoorbeeld ouders die al tijdens de zwangerschap weten dat de baby een genetische ziekte heeft, mensen die longkanker hebben en weigeren te stoppen met roken? Menselijke beslissingen worden genomen in een complexe biopsychosociale context en zijn niet los te denken van de cultuur waarin men leeft. Alle verantwoordelijkheid op het individu toespitsen is het in stand houden van een mythe.

Wetenschappelijk gezien is er geen duidelijk antwoord op de vraag en in vele gevallen speelt leefstijl een marginale rol. Sommige mensen zijn erfelijk meer vatbaar dan anderen en de wereld is vervuild. Artsen kunnen niet simpelweg medische behandeling vervangen door gvo. Het betoog eindigt met de mening dat voorlichting en advisering op het gebied van leefstijl belangrijk is, maar dat we geen van allen heiligen zijn. Financiële sancties zijn uit den boze.

CRAWFORD, R.

Healthism and the medicalization of everyday life.

International Journal of Health Services; 10, 1980, no. 3, p. 365-388, 73 lit.

opgn.

nivel (C 2926)

Een overzichtsartikel over de ontwikkelingen en de implicaties van het 'nieuwe gezondheidsbewustzijn', het holisme en de zelfzorgbeweging van de jaren zeventig. 'Healthisme' is een andere kijk op gezondheid en kan het best begrepen worden als een vorm van medicalisering. Ook bij 'healthisme' wordt uitgegaan van het individu, zowel wat betreft de oorzaak van ziekte en gezondheid als de oplossing. Gezondheid is een markt geworden en is een favoriet onderwerp bij gesprekken. De leefstijl beweging wordt voornamelijk gedragen door de middelste laag van de bevolking met name waar het de holistische benadering en de zelfzorg aspecten betreft. Holistisch gerichte hulpverleners vragen naar voedingsgewoonten, rookgedrag, hoe de relatie met anderen is, hoe het werk bevalt. Zij helpen de patiënt niet alleen bij het voorkomen van ziekten maar ook bij beter welbevinden. Het is een 'manier van zijn'. Gezocht wordt naar een balans tussen lichaam en geest, georiënteerd op 'super-gezondheid' of de 'vreugde van het leven'. De voorstanders zijn veelal religieus ingesteld en vragen actieve participatie van

de cliënten en een gevoel van eigen verantwoordelijkheid. Er worden ook alternatieve geneeswijzen aangewend (stress-vermindering).

Zelfzorg en zelfhulp hebben minder de neiging om naar alternatieve methoden te grijpen. Zij willen minder afhankelijk zijn van de arts en richten daartoe zelfhulpgroepen op voor bijvoorbeeld hulp bij psychosociale problemen bij chronische ziekten, stellen van een diagnose en het toepassen van preventieve maatregelen.

Crawford zet vele kanttekeningen bij deze beweging. De benadering bergt het gevaar in zich van 'victim-blaming', een moreel oordeel over iemands ziekte. Het gevaar bestaat dat de sociale, collectieve aspecten worden overschaduwd, waardoor vooral de onderste lagen van de bevolking gedupeerd worden. De auteur wijst ook op het één-dimensionale aspect van de trend: 'welfare is fun, romantic and hip-sexy and free'. In het 'healthisme', wordt gezond gedrag verheven tot goed leven. Gezondheid wordt dan een model waaraan allerlei waarden aangehangen worden, waarnaar geleefd moet worden en van waar uit geoordeeld wordt. Goed leven wordt gereduceerd tot een gezondheidsprobleem. De hulpverleners van de gezondheidszorg worden in deze benadering de bewakers van welzijn en geluk.

Dat deze individuele benadering er is, is volgens de auteur niet verwonderlijk. Het is een dilemma: wachten op overheidsmaatregelen heeft weinig zin. Milieuorganisaties en groepen die zich bewegen op het vlak van arbeidsomstandigheden krijgen weinig handen op elkaar. Dus degenen die zich dat kunnen veroorloven, de middenklassen, gaan hun eigen weg.

DAVIES, C.

General practitioners and the pull of prevention.

Sociology of Health and Illness; 6, 1984, p. 267-289, 36 noten, lit. opgn.

nivel

Als basis voor het eerste deel van het artikel dient een serie rapporten van het Royal College of General Practitioners (RCGP) over preventie door de huisarts. Dit eerste deel is geschreven vanuit sociologische optiek. De auteur gaat met name in op preventieve gezondheidszorg voor kinderen.

De 'leefstijl'-rapporten van het RCGP hebben een individualistische benadering, waardoor het gevaar van 'victim-blaming' levensgroot aanwezig is (bij kinderen wordt al snel met de vinger naar de moeder gewezen). Economische en politieke oorzaken van ziekte en gezondheid worden in een dergelijke visie genegeerd.

De auteur beschrijft in het tweede deel van het artikel, geschreven vanuit een historische en sociaal politicologische optiek, de ontwikkeling in de loop der jaren van preventief werk voor jongeren kinderen. Een pleidooi voor het slechten van de muren tussen verschillende (onderzoeks)disciplines binnen de sociologie van ziekte en gezondheid besluit het artikel.

DOES, E. VAN DER

De (huis)arts als gezondheidsvoorlichter en de betekenis van de epidemiologie.

Patient Care; 13, 1986, no. 7, p. 9-12

nivel

Voorlichting in het kader van de gezondheidszorg is erop gericht om mensen te informeren over maatregelen die zij kunnen nemen om hun gezondheid te bevorderen of reeds opgelopen schade te beperken. Het vertelt wat over ziekten, de oorzaken, de behandeling en de (kans op) genezing. Het laat mensen vrij om te kiezen. Gezondheidsopvoeding is bedoeld om bij individuen of groepen mensen een bepaald gezondheidsgedrag te bevorderen. De betekenis van epidemiologisch onderzoek is het ontdekken van risicofactoren en het aantonen dat beïnvloeding daarvan leidt tot afname van de prevalentie. De resultaten moeten door klinici vertaald worden naar de patiënt.

ELFORD, R.W., YEO, M.A., HOUGESEN, B., TODD, V.

Lifestyle change: a critical look.

Canadian Family Physician; 35, 1989, p. 1873-1879, 26 lit. opgn.

nivel

Het verband tussen gedrag en ziekte wordt door bijna iedereen onderkend. Door gvo kan de hulpverlener de patiënt helpen zijn of haar ongezonde gedragspatronen te veranderen. De eerstelijns lijkt een ideale positie in de gezondheidszorg in te nemen om strategieën uit te zetten voor deze gedragsveranderingen, maar uit onderzoek blijkt dat artsen risicovolle gewoonten van hun patiënten maar sporadisch weten op te sporen en hun patiënten niet vaak raad geven op dat gebied. Artsen missen veelal de nodige kennis en vaardigheden op het gebied van gvo. In het artikel wordt ingegaan op theorieën op het gebied van leefstijlverandering en wordt een beschrijving gegeven van individuele interventies, en groepsgerichte programma's. (vert. aut. ref.)

GROOT, M. DE

Inleiding tot de gezondheidskunde.

Baarn: Nelissen 1983. 157 p., afbn., index.

nivel (B 1017)

Dit handboek geeft een overzicht van de vele aspecten van gvo en is bedoeld voor het gezondheids(zorg)onderwijs, en voor gebruik in de gezondheidszorg en welzijnszorg zelf. In het eerste deel van het boek wordt toegewerkt naar een model dat recht doet aan alle factoren die van invloed zijn op het succes van een gezondheidskundige interventie. Daarbij maakt het niet uit of die in schoolverband plaatsvindt, dan wel in het kader van de gezondheidszorg- en welzijnszorg.

In het tweede deel worden de belangrijkste factoren uitgebreid behandeld, zoals de cliënt-, omgevings- en probleemgebied variabelen. In het laatste hoofdstuk komen de variabelen aan de orde die van beslissende invloed zijn op de beoogde veranderingen van gezondheidsgedragingen en -attitudes.

HART, J.T., STILWELL, B., GRAY, J.A.M.

Prevention of coronary heart disease and stroke: a work for primary care teams.
Londen: Faber and Faber 1988. xii, 244 p., adressen, fign.
niveau (B 2049)

Elk jaar sterven 80.000 mensen in het Verenigde Koninkrijk aan hart- en vaatziekten. In veel gevallen was dit te voorkomen. In dit handboek pleiten de auteurs voor screening op hypertensie, obesitas, diabetes en een hoog cholesterolgehalte door de eerstelijns, met name door de huisarts, waarbij veel van het werk gedelegeerd kan worden aan praktijkassistenten.

In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het probleem van vroegtijdige sterfte door hart- en vaatziekten. In hoofdstuk twee worden patiëntenkenmerken, leefstijl en verschillende risicofactoren besproken. In het derde en vierde hoofdstuk komen respectievelijk de relatie arts-patiënt, preventie en opleiding aan de orde. Het boek eindigt met enige nuttige adressen.

LAASE, U., SENAULT, R., VIEFHUES, H. (eds.)

Primary health care in the making.

Berlin, enz.: Springer-Verlag, 1983, xxvi, 545 p., indexen, lit. opg.

niveau (B 1412)

Het boek is gebaseerd op de proceedings van het Xth Congress of Preventive and Social Medicine en geeft de ontwikkelingen weer die op betreffende terreinen hebben plaats gevonden sinds de conferentie in Alma Ata in 1978. Het boek bestaat uit zeer veel korte bijdragen samengebracht onder 4 hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bestaat uit bijdragen over de aanbodzijde: de arts en primary health care. Het tweede hoofdstuk gaat over specifieke groepen en aandachtspunten zoals zwangere vrouwen, kinderen, bedrijfsgezondheidszorg, milieuhygiëne, migranten. Het derde hoofdstuk wordt gevuld met artikelen over de vele aspecten van gvo in de eerstelijnszorg en het boek eindigt met een hoofdstuk over preventieve programma's in het algemeen en in de eerste lijn in het bijzonder.

LEEuw, E. DE.

Health promotion: een integrale beleidsvisie op gezondheid.

GVO/Preventie; 8, 1987, no. 1, p. 18-26, 19 lit. opg.

niveau (C 772)

In het begin van de jaren zeventig tekende de crisis in de gezondheidszorg zich steeds scherper af, niet alleen in de eerste, maar ook in de tweede en derde wereld. In de geïndustrialiseerde landen bleek dat meer geld pompen in gezondheidszorgvoorzieningen een steeds geringere meerwaarde opleverde. In Nederland was het resultaat van dit streven de Structuurnota in 1974; in Canada het Lalonde-rapport in datzelfde jaar. Dit laatste rapport heeft veel invloed uitgeoefend op het denken over gezondheid en gezondheidsbeleid. In het rapport wordt gesteld dat er vier subsystemen zijn die belangrijk zijn voor de menselijke gezondheid: humane biologie, leefwijze, fysieke omgeving en organisatie van de gezondheidszorg. De auteur

bespreekt in het artikel verschillende definities van gvo en de consequenties die de verschillende benaderingen hebben. Vervolgens worden verschillende internationale voorbeelden gegeven van de 'health-promotion-benadering', waaronder ook de Nederlandse 'Nota 2000'. Onder het kopje 'Werkmodellen' bespreekt de auteur een werkmodel voor internationaal vergelijkend onderzoek. De auteur stelt dat er gewerkt moet worden aan concretisering van 'health-promotion' en voorts pleit hij voor de bestudering van een 'goede mix tussen de verschillende gezondheidsbevorderende activiteiten'.

MCKENNA, R.J.

Applied cancer prevention and the primary caregiver: a challenge to community.

Cancer; 61, 1988, no. 11 supplement, p. 2365-2371, 15 lit. opgn.
niveau (C 2930)

In het artikel wordt ingegaan op de oorzaken van kanker, o.a. tabakgebruik, voedingsgewoonten, bestraling, virussen. In het vervolg daarvan wordt een omschrijving gegeven van de verschillende vormen van preventie, worden begrippen gedefinieerd en ook de leidraad van de American Cancer Society (ACS) voor screening komt aan de orde. Uitgebreid wordt ingegaan op de houding van artsen en publiek t.o.v. de ACS richtlijnen. Het is o.a. een taak van eerstelijns hulpverleners om het publiek voor te lichten over kankerpreventie. De bevolking zal in het onderwijs onderricht moeten worden in een gezonde leefstijl. In de gezondheidszorgopleiding zal meer nadruk gelegd moeten worden op preventie.

MCLEROY, K.R., GOTTLIEB, N.H., BURDINE, J.N.

The business of health promotion: ethical issues and professional responsibilities.

Health Education Quarterly; 14, 1987, no. 1, p. 91-109, 69 lit. opgn.
niveau (C 2923)

In dit overzichtsartikel wordt uitgebreid aandacht besteed aan de ontwikkelingen van de laatste jaren binnen het gvo-denken en de ethische aspecten die aan dergelijke benaderingen kleven. Een groot aantal onderzoekers en denkers die zich over de problematiek hebben gebogen wordt aangehaald. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- 'blaming the victim': het concept van de persoonlijke verantwoordelijkheid (zie Wikler p. 11), de vermindering van overheidsinmenging bij gezondheidszorgprogramma's, de selectie van de risicofactoren (waarom wordt bijvoorbeeld roken als speerpunt gekozen i.p.v. armoede).
- Commercialisering van gvo: wat wordt er verkocht, hoe verkoopt men de boodschap en aan wie verkoopt men gvo?
- Aan wiens zijde staan we: gvo ook in bedrijven, gevaar van medicalisering van risicofactoren, gezonde mensen brengen meer op etc.

Het artikel eindigt met aanbevelingen.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Advies preventie hart- en vaatziekten; uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Zoetermeer: NRV, 1988. 20 p., bijln.
niveau (R 3492)

Een commentaar door de NRV op de beleidsnota Preventie hart- en vaatziekten (HVZ) van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

In het kader van deze bibliografie wordt in dit referaat alleen ingegaan op aanbevelingen van de Raad die gaan over leefstijl (en eerstelijnsgezondheidszorg).

- De Raad pleit voor een nadere uitwerking in de nota Preventie hart- en vaatziekten van de visie van de Nota 2000 en een analyse van het probleem van hart- en vaatziekten aan de hand van het gezondheidsbeleidmodel en het interventiemodel leefwijzen.
- Het ontwikkelen van een preventiebeleid ter voorkoming van hart- en vaatziekten zal in een breed perspectief geplaatst moeten worden en gebaseerd moeten zijn op een leefstijlbenadering met de nadruk op gezondheidsbevorderende maatregelen.

De voornaamste kenmerken van een leefstijlbenadering zullen moeten zijn:

- een geïntegreerd leefstijlbeleid waarin de verschillende risico-indicatoren voor HVZ zoals roken, voeding, lichaamsbeweging en stress, zoveel mogelijk in combinatie en niet afzonderlijk worden gezien;
 - een leefstijlbeleid dat ook tot sectoren buiten de volksgezondheid doordringt (...);
 - een leefstijlbeleid dat ook op Europees niveau ondersteuning vindt door multilaterale samenwerking en afstemming ten aanzien van wet en regelgeving
- De Raad benadrukt het belang dat aan algemene preventie dient te worden toegekend. De strategie van preventie zal met name gericht moeten zijn op het bereiken van een grote gezondheidswinst door kleine verschuivingen in leefgewoonten teweeg te brengen bij een groot deel van de bevolking.
 - De Raad onderstreept de wenselijkheid van een niet-medicamenteuze benadering van het probleem hoge bloeddruk. Hij is van mening dat de specifieke preventie via het huisartsproject zal moeten worden ondersteund door:
 - opnemen van preventie-onderdeel in het curriculum huisartsopleiding en het bijscholen van huisartsen ten aanzien van het niet medicamenteus behandelen van hoge bloeddruk;
 - het treffen van voorzieningen om personen met een te hoge bloeddruk te kunnen begeleiden bij het doorvoeren van een verandering in leefwijzen; dit kan door middel van individuele voorlichting en begeleiding (bijvoorbeeld via huisarts, doktersassistente, diëtist) en/of door groepsvoorlichting en begeleiding (bijvoorbeeld via kruisorganisatie, basisgezondheidsdienst).
 - De beleidsvoornemens ten aanzien van de preventie van hart- en vaatziekten mogen niet op het niveau van het beïnvloeden van het individuele gedragspatroon blijven steken, maar dienen daarboven uit te stijgen en tevens omgevingsfactoren te beïnvloeden.

- Een gezonde leefstijl moet zoveel mogelijk een makkelijk te kiezen leefstijl worden. Wetgeving dient er niet alleen op gericht te zijn keuzes voor gezond gedrag mogelijk te maken, maar tevens de keuze voor ongezond gedrag moeilijk te maken, zodat extra inspanning vereist is voor ongezond gedrag in plaats van voor gezond gedrag.
- In het kader van gvo zal een nadere uitwerking moeten plaatsvinden van de specifieke bijdragen van de (individuele) leefstijlfactoren. ten aanzien van de uitwerking van de leefstijl- c.q. gedragsfactoren zullen determinanten van gedrag verder moeten worden onderzocht. Waarom eten mensen wel/niet teveel zout en teveel vet, waarom roken mensen wel/niet en doen ze wel/niet aan lichaamsbeweging. Ook is meer inzicht gewenst in factoren, die kunnen voorkomen dat mensen na verloop van tijd weer terugvallen in de oude leefstijl.

PAINE, T.F.

Patients - past and future.

The Practitioner; 228, 1984, no. 1398, p. 1113-1117, 15 lit. opgn.

nivel

Het artikel begint met een overzicht van de veranderingen binnen de gebruikerskring van gezondheidszorgvoorzieningen in het Verenigde Koninkrijk: toename van ouderen, een toenemend aantal en in omvang groeiende aantal etnische groepen, veranderende patronen in de arts-patiënt relatie; in de jaren zestig toenemende kritiek op de gezondheidszorg, toenemende aandacht voor de kwaliteit van de zorg. In een tweede deel van het artikel gaat de auteur in op ontwikkelingen binnen het onderzoek naar waarden en normen. Hij doet dit aan de hand van de beschrijving van enige theoretische modellen op het gebied van waarden en normen, zoals het 'Health Belief Model', de behoeftenladder van Maslow; theorieën omtrent verantwoordelijkheid voor gezondheid e.d. In de samenleving is er een 'leefstijl-beweging' opgekomen; een groeiend aantal mensen gaat over naar alternatieve geneeswijzen; de zelfhulpgroepen zijn ontstaan. Onderzoek is gedaan naar effectiviteit van gvo, naar patiëntensatisfactie.

De auteur is van mening dat de huisarts zich bewust moet zijn van deze trends en zich hiervoor moet open stellen.

STOECKLE, J.D.

The role of academician as a teacher of patient care.

Bulletin of the New York Academy of Medicine; 61, 1985, no. 2, p. 144-154, 14 lit. opgn.

nivel (C 2927)

Verslag van een toespraak uitgesproken op de 'Conference on the Role of Academic Medicine in Patient Education (1983). Stoeckle constateert dat advisering 'uit' is en gvo 'in' is. Dat is ook begrijpelijk als in ogenschouw wordt genomen hoe weinig mensen zich aan die adviezen houden, zelfs als de arts uitlegt waarom bijvoorbeeld iets wordt voorgeschreven.

In de massa-media wordt 24 uur per dag aandacht besteed aan een gezon-

de leefstijl en er is een enorme gezondheidsmarkt ontstaan. Zelfzorg neemt een belangrijke plaats in in de gezonde-leefstijl-trend. Als een patiënt nu bij zijn arts komt, komt hij niet meer alleen met een klacht, maar met een eigen diagnostiek, met een eigen kijk op de oorzaak en met een voorstel voor behandeling.

De auteur constateert dat we midden in een golf van preventie-ideologie zitten, waarbij individueel gedrag als basis wordt gezien van ziekte en gezondheid. Doel o.a. is om de kosten van de gezondheidszorg te reduceren door individuen te onderrichten op het gebied van een gezonde leefstijl. Probleem is dat er geen overeenstemming bestaat wat het publiek nu wel moet weten en wat men niet moet weten en welke richtlijnen patiënten moeten volgen.

Het is belangrijk dat alle betreffende hulpverleners in de gezondheidszorg worden betrokken bij gvo-activiteiten. Er moet dan echter duidelijkheid bestaan over wat goed is en wat niet goed is voor patiënt (en bevolking).

Voorts zal de patiënt meer betrokken moeten worden bij de behandeling. Het blijkt dat de kijk op oorzaak en gevolg van de patiënt nogal eens verschilt met die van de arts. Wil men het gezondheidsgedrag van de patiënt veranderen dan zullen arts en patiënt met elkaar in overeenstemming moeten komen over de te volgen gedragslijn. Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden naar de dynamiek die ten grondslag ligt aan gedrag van patiënten n.a.v. gvo. Gezondheidspersoneel zou meer training moeten krijgen in gvo-technieken, het herkennen van behoeften en het perspectief van de patiënt en training in gvo voor specifieke patiënten.

TULLOCH, J.W., HEALY, C.C.

Changing lifestyles: a wellness approach.

Occupational Health Nursing; 1982, juni, p. 13-21, 45, ca. 60 lit. opgn. niveau (C 2940)

Het artikel begint met een pleidooi voor een prominente rol van verpleegkundigen op alle niveaus van preventie: primaire, secundaire en tertiaire preventie. Na een historisch overzicht van de ontwikkelingen in de belangrijkste doodsoorzaken van de laatste twee eeuwen, wordt ingegaan op het begrip leefstijl. Onder leefstijl wordt verstaan: 'alle gedragingen waarover we controle hebben, inclusief die handelingen die invloed hebben op onze gezondheidsrisico's'. Onder deze handelingen wordt onder meer verstaan: het aantal uren slaap, regelmatige sportbeoefening, drie maaltijden zonder gesnoep ertussen door, vermijden van roken en gemiddeld of zwaar drinken. Belloc en Breslow rekenen daaronder ook beslissingen die men moet nemen op het gebied van sociale behoeften (stress) en omgevingsinvloeden zoals geluid en vervuiling. Karakteristiek voor het leefstijl concept zijn de begrippen 'eigen verantwoordelijkheid' en 'zelfzorg'.

In het artikel wordt voorts aandacht besteed aan het begrip 'welbevinden'. Het welbevinden omvat de vijf dimensies van een mens: de fysieke, intellectuele, sociale, emotionele en spirituele. Welbevinden is geen statisch begrip zoals het begrip gezondheid. Het is niet alleen het vermijden van ziekten maar ook het ten volle genieten van het leven en het streven naar een optimale zelfontplooiing. Volgens Ardell(1979) omvatten de vijf dimensies

tevens een goede lichamelijke conditie, een welbewust voedingspatroon, het om kunnen gaan met stress, het bewust omgaan met het milieu en zelfbewustzijn/eigen verantwoordelijkheidsgevoel.

Met het besef dat de bevolking er een gezondere leefstijl op na zou moeten houden als men de morbiditeits- en mortaliteitscijfers omlaag zou willen krijgen, werden overheden, scholen en dergelijke betrokken bij het bevorderen van het welbevinden. Sindsdien is er een enorme 'leefstijlindustrie': kook- en dieetboeken, relaxprogramma's, aerobic, exercise books, sportclubs, weight watchers etc. etc. Ook het bedrijf heeft zich meester gemaakt van leefstijl in termen van ziekteverzuim, arbeidsmotivatie en dergelijke. De massa media hebben bij de verspreiding van het idee van een gezonde leefstijl een belangrijke rol gespeeld. In dit kader is in de gezondheidszorg het holisme een belangrijke stroming. Het holistische perspectief is een manier van kijken: het individu wordt gezien als een geheel binnen de context van de eigen fysieke en sociale omgeving.

De auteurs bespreken in het kader van bovenstaande methoden, (vragenlijsten) om potentiële risicofactoren op te sporen en om de effectiviteit te meten van veranderd gedrag. Als belangrijkste punten van aandacht worden genoemd: omgaan met stress, de lichamelijke conditie, milieu(omgevings)bewustzijn, voedingsgewoonten en zelfzorg/individuele gewoonten. Deze items staan niet los van elkaar maar zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Het artikel eindigt met de rol die verpleegkundigen kunnen spelen aangevuld met een kleine 'handleiding'.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION

Health education intervention: an annotated bibliography.

Parijs: UNESCO, 1986. 103 p.

Nutrition Education Series, 13

nivel (R 3876)

Een 'state of the art' van onderzoek op het gebied van gvo, waarbij een groot scala aan onderwerpen aan de orde komt: buikloop, immuniteit, alcohol-en drugsmisbruik, roken, hart- en vaatziekten, kankerpreventie, preventie van ongevallen. Drieenzeventig verslagen van onderzoeken worden in de bibliografie beschreven volgens een vast schema: Auteur(s), titel, bron, beschrijving van het onderwerp, doelgroep, communicatienetwerk, financieringsbron, periode, onderzoeksmethoden, resultaten en aanbevelingen. Het rapport is voorzien van een uitgebreide onderwerpsindex.

WIKLER, D.

Who should be blamed for being sick?

Health Education Quarterly; 14, 1987, no. 1, p. 11-25, 15 lit. opg.

nivel (C 2924)

Persoonlijke verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid is een gemeenplaats geworden binnen gvo en gezondheidszorgbeleid. Toch is het niet duidelijk wat de slogan betekent, of het waar is en wat de consequenties zijn of

zouden moeten zijn als het waar is. De auteur gaat kritisch in op de inhoud van het begrip 'verantwoordelijkheid' en op de filosofische en ethische aspecten van de benadering van de gezondheid vanuit de individuele verantwoordelijkheid.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

New approaches to health education in primary health care: report of a WHO Expert Committee.

Geneve: WHO, 1983. 44 p., 8 lit. opgn.

Technical Reports Series, 690.

nivel (R 1543)

Preventie wordt aangemerkt als een essentiële taak van de eerstelijnsgezondheidszorg. De patiënt speelt zelf een belangrijke rol bij het bewaren en beschermen van de gezondheid. Hulp moet ook zodanig zijn dat de patiënt/consument wat dit betreft op eigen benen kan staan. Hulp dient gericht te zijn op begeleiding en ondersteuning. Om één en ander te bereiken dient de opleiding van eerstelijnszorgverleners op bovenstaande gericht te zijn. Het gaat bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding niet om afzonderlijke gewoonten maar om een gezonde leefstijl, die beïnvloed wordt door vele factoren (cultuur e.d.). Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding binnen de eerstelijnsgezondheidszorg dient gericht te zijn op het aanmoedigen van mensen om gezond te **willen** zijn, om aan te geven **hoe** men gezond kan blijven en om hen aan te moedigen om hulp te zoeken als dat nodig is.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

The role of primary health care in changing lifestyles: report on an WHO working group, Rovigo, Italy, 13-16 June 1989.

Copenhagen: WHO, 1989. 18 p.

nivel (R 4545)

De taak van de werkgroep was om na te gaan welke rol de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners zouden kunnen spelen op het gebied van gvo. Op basis van deze bevindingen werden aanbevelingen gedaan voor opleiding en voor overheidsbeleid. Onderwerp van bespiegelingen waren de rol van de huisarts, de wijkverpleegkundige en de verloskundige. In eerste instantie werd een inventarisatie gemaakt van de praktijkvormen in verschillende Europese landen (solopraktijken, dan wel samenwerkingsverbanden e.d.). Voor leefstijl werd de definitie van Nutbeam aangehouden: 'the term lifestyle is taken to mean a general way of living based on the interplay between living conditions in the wide sense, and individual patterns of behaviour as determined by sociocultural factors and personal characteristics'. Onderscheid wordt gemaakt tussen deze meeromvattende betekenis van leefstijl en het engere begrip gezondheidsgedrag (individueel), dat veelal gehanteerd wordt. De huisarts zou ook verder moeten kijken dan alleen de arts-patiënt relatie binnen het consult. Voorbeelden worden gegeven. De werkgroep pleit voorts voor interdisciplinaire samenwerking en gaat in op ethische aspecten van gvo en op de opleiding van eerstelijnszorgverleners.

Tot slot worden enige aanbevelingen gegeven.

2. Gvo in de eerstelijnsgezondheidszorg

2.1. Gvo door eerstelijns hulpverleners

AYER, W.A.

Dental providers and oral health behavior.

Journal of Behavioral Medicine; 4, 1981, no. 3, p. 273-282.

nivel (C 71)

Dit overzichtartikel demonstreert dat de mogelijkheden voor tandartsen om invloed uit te oefenen op het gedrag ten aanzien van mondverzorging groot zijn. Enkele onderzoeken hebben aangetoond dat als men eenmaal gebruik maakt van het tandheelkundige zorgsysteem, er een verbetering optreedt op het gebied van de mondverzorging. Of dit het gevolg is van reeds aanwezige waarden, invloed van de tandarts, of een combinatie van beide is nog onduidelijk. Er zijn nog te weinig gegevens voorhanden om een antwoord te kunnen geven. Aan de hand van literatuur stelt Ayer de volgende vragen:

- Welke rol kan de tandarts spelen bij drempelverlaging van de tandheelkundige zorg?
- Welke rol kan de tandarts spelen bij het continueren van tandheelkundige zorg? Er is verondersteld dat patiënten die tot dezelfde sociale klasse behoren als de tandarts, langer in behandeling blijven.
- Welke aspecten van gedragsveranderingstechnieken kunnen aangewend en aangepast worden voor de tandheelkundige zorg?

Onderzoek moet ook gedaan worden naar de invloed van de familie op het gezondheidsgedrag van de patiënt en hoe de tandarts deze invloed kan versterken of veranderen. Als laatste stelt de auteur dat er een kritische toetsing plaats zou moeten vinden van de arts-patiënt relatie om te komen tot nieuwe inzichten.

BANTA, H.D., HOUD, S.

Health education by professionals during pregnancy: assessing needs and effectiveness.

International Journal of Technology Assessment; 1, 1985, no. 4, p. 855-862, 34

lit. opgn.

nivel

Een literatuuronderzoek over gvo door gezondheidspersoneel bij zwangerschap. De auteur gaat in op de veranderde omschrijving van het begrip 'health education', waarbij meer en meer de nadruk wordt gelegd bij het beslissingsvermogen van de patiënt. De gezondheidszorg krijgt een onvoldoende op dit punt van de auteur: in Denemarken duurt een consult voor de zwangere vrouw 7 tot 10 minuten waarvan 5 tot 7 minuten vooral opgaat aan klinische activiteiten. In Latijns Amerika worden cijfers gevonden die nog lager liggen. Tijd voor het geven van informatie wordt nauwelijks uitgetrokken. De auteur gaat in het verloop van het artikel vooral in op onderzoek op het gebied van roken en de invloed die dat kan hebben op de gezondheid. Daarna wordt aandacht geschonken aan literatuur over compliantie. De

auteur pleit voor meer betrokkenheid van gezondheidspersoneel, voor meer aandacht voor de situatie waarin de zwangere vrouw leeft. Het gezondheidspersoneel zou zich moeten vergewissen van de eigenlijke behoefte van de zwangere vrouw. Daarvoor moet tijd worden uitgetrokken, men moet leren luisteren.

BOERMA, W.G.W.

Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken.

Utrecht: Nivel, 1985. 102 p., 54 lit. opgn., bijln.

nivel (R 3958(8))

Het onderzoek gaat over de werkwijze en opvattingen van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in gezondheidscentra en groepspraktijken met betrekking tot een aantal aspecten van preventieve zorg.

Enige conclusies:

- Preventie op grote schaal door de eerste lijn, in de zin van systematische vroege opsporing, vindt nog weinig bijval (m.u.v. baarmoederhalskanker).
- Er bestaat een discrepantie tussen wat men als taak ziet en wat men feitelijk doet. De opvattingen over preventieve taken in het algemeen, alsmede ten aanzien van enkele concrete aspecten van preventieve zorg, zijn doorgaans meer omvattend dan de taakuitoefening.
- Een 'out-reaching' benadering, in de zin van oproepen of herinneren van nalatige patiënten en het geven van preventieve adviezen, wordt zeer weinig aangetroffen. Een dergelijke werkwijze vindt men ook niet tot de taak behoren.
- Buiten de bekende preventieve taken van de wijkverpleging, zoals de jeugdgezondheidszorg, lijkt deze discipline weinig betrokken bij de vroege opsporing en begeleiding zoals door de onderzoekers bestudeerd. Vooral bij diabetes, ouderen, adviseren met betrekking tot leefgewoonten en het aanleren van zelfonderzoek van de borsten, zou de wijkverpleging een grotere rol kunnen spelen dan nu (1985) het geval is.
- De betrokkenheid van het maatschappelijk werk bij de in het onderzoek gekozen thema's is gering en voornamelijk indirect.
- Een preventieve werkwijze van huisartsen bij het opsporen van risicofactoren, het registreren van gegevens of het adviseren bij leefgewoonten lijkt zich niet te beperken tot één onderwerp. Huisartsen die bijvoorbeeld preventief adviseren bij roken, doen dat vaker ook bij overgewicht; zij die systematisch opsporen, doen dat vaker bij meer dan één risicogroep.
- In de patiëntenadministratie van de meeste huisartsen zijn risicogroepen niet direct herkenbaar; ook worden leefgewoonten (vooral roken) niet altijd op de patiëntenkaart genoteerd.
- Als er in de opleiding de laatste jaren meer aandacht is voor preventieve zorg dan vroeger, dan blijkt uit de gegevens uit het onderzoek niet dat dit ook resulteert in een meer systematisch preventieve werkwijze.
- Hoewel verondersteld wordt dat gezondheidscentra in een gunstiger positie verkeren om preventief te werken, blijkt dat niet uit een meer systematisch preventieve benadering van de onderzochte thema's. Huisartsen in gezondheidscentra leggen waarschijnlijk wat meer nadruk op de

eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Zij zijn wat minder geneigd preventieve adviezen te geven. (ged. aut. ref.)

BUNNIK, S., ESSEN, J. VAN

Preventie en gezond zijn: een onderzoek naar mogelijkheden om als diëtist preventief te werken.

Amsterdam: Prof. Kohnstamm Akademie, 1984, 111 p., 65 lit. opgn.

Noordhollandse Scholengemeenschap

De probleemstelling van deze scriptie luidt: in hoeverre kan een diëtist binnen een bestaande organisatie in de extramurale gezondheidszorg op effectieve wijze preventief werken. De definitie van preventie is zo gekozen dat hier vooral de primaire preventie, het bevorderen van gezondheidsgedrag, onder valt. Er wordt aandacht besteed aan voedingsstoffen en aspecten van de leefstijl die een risico vormen voor het ontstaan van diverse welvaartsziekten. Tevens worden er aanbevelingen gedaan die er op gericht zijn deze ziekten te voorkomen. In dat kader worden factoren besproken die invloed hebben op gedrag alsmede weerstanden tegen gedragsverandering. Aan de hand van ervaringen van de auteurs bij de Twentse Kruisvereniging wordt ingegaan op preventief werken in de praktijk, en worden aanbevelingen gedaan de mogelijkheden daarvoor uit te breiden, vooral door middel van een wijk- en groepsgerichte aanpak.

Algemene conclusie is dat effectief preventief werken mogelijk is, maar dat het in grote mate afhankelijk is van persoonlijke inzet en ondersteuning vanuit de desbetreffende organisatie.

EIJKMAN, M.A.J.

A dental ombudsman: a mediator between Dutch dental patients and dental practitioners.

Patient Education and Counseling; 9, 1987, no. 1, p. 65-72, 11 lit. opgn
niveau

In september 1980 werd binnen een Nederlands ziekenfonds een gvo-project gestart met als doel:

- a. inzicht verkrijgen in de informatiebehoefte van de patiënt;
- b. het zo spoedig mogelijk helpen van mensen met tandheelkundige problemen.

Tussen september 1980 en januari 1983 kwamen per maand gemiddeld ca. 25 brieven en telefonische vragen binnen. Vanaf januari 1983 tot januari 1986 werden dat gemiddeld 30 telefoontjes per maand en ca 50 brieven per jaar. Bijna 95% van de vragen kwam van mensen boven de 25 jaar; 70% van hen was vrouw en het percentage boven de 65 jaar was bijna 40%.

Er werden weinig vragen gesteld over preventieve maatregelen met inbegrip van vragen over voeding, mondhygiëne en het gebruik van fluoride. De meeste vragen gingen over tandheelkundige behandelingen en tandheelkundige gezondheidszorgvoorzieningen: in de periode september 1980-januari 1982 37,7%, in 1984 75,9% en in 1985 73,6%. Opvallend veel telefonische vragen kwamen van mensen met serieuze problemen op tandheelkundig

gebied.

Conclusie van het onderzoek is dat een tandheelkundige ombudsman goed kan functioneren als een soort "poort" voor tandheelkundige patiënten en als zodanig drempels kan verlagen voor het gebruik van tandheelkundige gezondheidszorgvoorzieningen.

MUSKENS, G.J.

Wijkverpleging en GVO: inventarisatie en actie inzake gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in acht basiseenheden.

Tilburg: IVA, 1984, 66 p., bijln., lit. opgn.

niveau (R 2555)

+

MUSKENS, G.J.

Vernieuwing door gvo?: een onderzoek in de wijkverpleging

In: Boerma, W.G.W., Hingstman, L. (reds.)

De eerste lijn onderzocht.

Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 128-134.

niveau (B 1220)

Verslag van een inventariserend onderzoek. Doel van het onderzoek was:

1. Het verkrijgen van een eerste inzicht in de specifieke gvo-activiteiten die door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden uitgevoerd en de wijze waarop dit gebeurt;
2. Het nagaan van hindernissen of belemmeringen die de uitvoering van gvo-activiteiten door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de weg staan;
3. Het verkennen van de mogelijkheden die er zijn om aan deze aspecten van het werk de gewenste aandacht te kunnen besteden en het verkrijgen van inzicht in de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

Het rapport opent met een algemene beschouwing over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de (historische) plaats van het kruiswerk in de eerste-lijngezondheidszorg en de wijkverpleging. In hoofdstuk twee worden de concrete onderzoeksvragen beschreven. De resultaten en een uitgebreide samenvatting van het onderzoek staan in respectievelijk hoofdstuk drie en vier.

Enkele uitkomsten:

- De gvo die in de wijkverpleging op intensieve wijze wordt gerealiseerd, is zeer sterk betrokken op de gezondheid en de persoon van patiënten, cliënten of hun kinderen.
- De mate waarin men streeft en kan streven naar een optimalisering van de communicatie met patiënten en cliënten lijkt afhankelijk van beleidsontwikkelingen in de teams en de provinciale kruisverenigingen.
- Het geloof in de positieve effecten van (ingebouwde) gvo voor het behoud van de gezondheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënten en cliënten is groot.
- In alle acht teams die meewerkten aan het onderzoek is de afspraak gemaakt om in onderling overleg en met steun van de provinciale gvo-consulenten het gvo-element in het werk te verduidelijken en te versterken.

NADER, PH.R., TARAS, H.L., SALLIS, J.F., PATTERSON, TH.L.

Adult heart disease prevention in childhood: a national survey of pediatricians' practices and attitudes.

Pediatrics; 79, 1987, no. 6, p. 843-850, 47 lit. opgn.

nivel (C 2753)

Er heerst nog steeds een controverse over de rol die hulpverleners zouden kunnen spelen bij het verminderen van risicofactoren bij jongeren voor het krijgen van hart- en vaatziekten op latere leeftijd. Het artikel doet verslag van een nationale schriftelijke enquête onder 2000 kinderartsen (USA) over houding, praktische gang van zaken en kennis aangaande deze risicofactoren. Zestig procent reageerde (779 eerstelijns kinderartsen). Uit de antwoorden blijkt dat de meerderheid van de kinderartsen notie neemt van de geschiedenis van het gezin wat betreft hart- en vaatziekten, de bloeddruk meet en schoolgaande kinderen lichaamsbeweging adviseert en patiënten en ouders aanraadt niet te roken. Maar een paar kinderartsen zeiden vertrouwen te hebben in eigen kunnen om de leefstijl te veranderen. Een relatief laag percentage gaf advies op het terrein van de voeding en de meeste kinderartsen namen het serum-cholesterolgehalte niet op, met uitzondering van die van de oudere kinderen met een hoog risico. Een substantiële minderheid ging geen discussie aan met adolescenten over het roken. De praktijk en de houding van de artsen varieerden met de leeftijd van de patiënten. Op het gebied van obesitas werd nog de meeste voorlichting gegeven. Oudere artsen waren het meest geneigd zowel qua houding als in de praktische uitvoering iets te doen aan de vermindering van risicofactoren. Andere factoren die van invloed waren op houding/praktijk van de arts waren: sekse, plaats van vestiging en etnische samenstelling van de praktijk. (vert. aut. ref.)

NETTLETON, S.

Dentists and dental health education: a study of the perceptions of 28 community dentists.

Community Dental Health; 6, 1989, no. 1, p. 47-60, 31 lit. opgn.

nivel (C 2929)

Doel van het onderzoek is om de problemen te beschrijven die 28 onderzochte tandartsen ondervonden bij hun gvo-activiteiten. In het artikel wordt de perceptie van de tandartsen op gvo besproken en de implicaties die dat heeft op preventie en gvo.

De auteur beschrijft in het artikel eerst de toenemende nadruk die in de literatuur wordt gelegd op de behoefte om meer en meer aan gvo te doen binnen de tandheeskundige zorg en gaat daarna in op de gevolgde kwalitatieve methode van haar onderzoek. Tot slot worden de bevindingen besproken. Tweeëntwintig van de 28 tandartsen zeiden aan gvo te doen. De 6 overige tandartsen vonden een dergelijke taak niet op hun weg liggen. Als grootste obstakels noemden de tandartsen: het vervelende karakter van het gvo-werk en hun gebrek aan communicatievaardigheid. De artsen hadden veelal het gevoel dat hun boodschap bij de patiënt het ene oor in ging en het andere weer uit. De patiënten waren weinig geneigd om de adviezen op

te volgen, zo meenden de artsen, waarbij de schuld veelal op het bordje van de patiënt werd gelegd. Vooral het niet compliante gedrag van de patiënt beïnvloedde de arbeidssatisfactie ten nadele. Succes werd vertaald in een compliante houding van de patiënt.

Binnen de sociologische literatuur bestaan twee benaderingen van gvo: de leefstijl/individualistische, en de socio-culturele benadering. De tandartsen waren van mening dat gvo zich vooral zou moeten concentreren op het beïnvloeden van de individuele leefstijl. Deze houding wordt in ander onderzoek (Nutbeam) onder 'community physicians' en in onderzoek naar compliantie (Zola) bevestigd. Eén en ander wordt nog versterkt door het benadrukken van het belang van advisering en het geven van informatie, er vanuit gaande dat de mens de mogelijkheid heeft om keuzes te maken.

Auteur pleit tot slot voor een combinatie van de twee benadering. Bij individuele benadering moet de socio-culturele achtergrond van de patiënt betrokken worden.

SANDERS, D.J., STONE, V., FOWLER, G., MARZILLIER, J.

Practice nurses and antismoking education.

British Medical Journal; 292, 1986, no. 6517, p. 381-383, 16 lit. opg.

niveau

Een enquête over de werkzaamheden van practice-nurses op het gebied van anti-rook gvo werd naar 369 practice-nurses gestuurd. De respons was 80%. Alhoewel de meeste verpleegkundigen patiënten wel eens adviseerden over roken, vormde het geen structureel onderdeel van het werk. Maar een paar verwezen rokers naar andere hulpverleners of maakten gebruik van anti-rook literatuur. Alhoewel de verpleegkundigen van mening waren dat zij een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij hulp om te stoppen met roken, waren zij maar weinig overtuigd van de effectiviteit. Zij dachten wat dat betreft de huisarts een effectievere rol toe en bovendien waren ze van mening dat vooral de motivatie van de persoon zelf van belang was. De verpleegkundigen hadden behoefte aan training op dit terrein. Zeven en zeventig procent was geïnteresseerd in seminars, in informatie over roken, stoppen-met-roken-technieken en communicatietechnieken. Als de practice-nurses meer gebruik zouden maken van hun mogelijkheden om binnen de eerstelijns rokers te helpen met het stoppen met roken dan zou het zeker op zijn plaats zijn om deze verpleegkundigen cursussen aan te bieden om de effectiviteit van hun werkzaamheden te verhogen. (vert. aut. ref.)

SLATER, J.

Health for all.

Journal of Districts Nursing; 6, 1987, no. 4, p. 18-20, 22, 9 lit. opg.

niveau (C 2013)

Dit is het eerste artikel in een serie van drie waarin verslag wordt gedaan van onderzoek naar de wijze waarop de wijkverpleegkundige kan bijdragen aan gvo. Uit onderzoek blijkt dat de wijkverpleegkundige weinig tijd besteed aan gvo. Uitgaande van de doelstellingen van gezondheidszorg zoals gefor-

muleerd door de World Health Organisation in 'Health for all 2000' zouden diverse gezondheidszorgdisciplines hieraan meer aandacht moeten besteden. De auteur beschrijft een onderzoek in Central Nottinghamshire Health Authority (CNHA) naar gezondheidsbevorderende taken. Aan alle 135 wijkverpleegkundigen in het district is een enquête gestuurd met de volgende items:

- in hoeverre wijkverpleegkundigen problemen hebben bij voorlichting; vaardigheden missen;
- gebieden waarin de respondenten nadere scholing behoeven;
- de mate waarin de ideeën van wijkverpleegkundigen over gvo overeenkomen met de huidige trends;
- de leerstijl van de onderzoeksgroep;

De verschillende items van de enquête worden besproken. De verzamelde gegevens zullen worden aangewend voor het ontwikkelen van bijscholingsactiviteiten.

SLATER, J.

Data on health education.

Journal of District Nursing; 6, 1987, no. 5, p. 5,7,8,10

nivel (C 2012)

In dit artikel worden de resultaten van een enquête besproken die in bovenstaand artikel staat beschreven. De wijkverpleegkundigen blijken problemen te ervaren bij het werken met groepen, het werken met audiovisuele middelen en het evalueren van gvo-programma's. Voorts konden de wijkverpleegkundigen (86%) geen andere gvo-vaardigheden bedenken die zij eventueel nodig zouden hebben in hun werk dan die reeds in de enquête vernoemd, met uitzondering van advisering bij rouw. Van de wijkverpleegkundigen noemde 65,7% specifieke onderwerpen op het gebied van de gezondheid op, waar ze meer van zouden willen weten; in totaal 93 onderwerpen. Van deze onderwerpen viel 60,2% onder de categorie gvo. Vooral onderwerpen als rouw, geestelijke gezondheidszorg kwamen vaak voor, respectievelijk 48,3% en 23,3%. Hun visie op gezondheid blijkt vooral een holistische visie te zijn. In tegenstelling tot deze visie is de perceptie van de wijkverpleegkundigen op het gebied van gvo niet holistisch: nadruk wordt vooral gelegd op gedragsverandering gericht op lichamelijke gezondheid. Uit het item over leerstijlen blijkt dat de wijkverpleegkundigen eigenlijk niet bijzonder geïnteresseerd zijn in het onderwerp. Uit het onderzoek blijkt dat bij training niet alleen aan het aanleren van vaardigheden moet worden gedacht, maar dat ook aandacht moet worden geschonken aan verschillende benaderingen van het onderwerp.

SUTTON, A., WILKINSON, P.

You the teacher.

Journal of District Nursing; 5, 1986, no. 6, p. 21, 22, 24, 10 lit. opgn.

nivel (C 2015)

In dit artikel staat de rol van de wijkverpleegkundige als gezondheidsvoorlichter en -opvoeder centraal. De groei van aan gedrag gerelateerde ziekten

heeft de behoefte aan gvo vergroot, maar de nadruk binnen de wijkverpleging ligt nog steeds op praktische verpleegprocedures. Het concept van preventieve geneeskunde wordt niet voldoende benadrukt in de basisopleiding terwijl recent gequalificeerden het als een attractief aspect van hun werk beschouwen. Gebruikmakend van het verpleegkundig proces zouden wijkverpleegkundigen een meer interactieve rol moeten spelen. Men zou voor uitgebreide gvo samen moeten werken met health visitors en ook de leden van het basisgezondheidsteam zouden moeten leren wat de aard is van hun rol.

VALENTE, C.M., SOBAL, J., MUNCIE, H.L., LEVINE, D.M., ANTLITZ, A.M.
Health promotion: physicians' beliefs, attitudes, and practices.
American Journal of Preventive Medicine; 2, 1986, no. 2, p. 82-88, ca. 30 lit.
opgn.
niveau (C 2915)

Een onderzoek naar de attitude t.o.v. gvo, de (door de artsen zelf gerapporteerde) uitwerking hiervan in de praktijk, en naar het succes dat men denkt te hebben. Het onderzoek werd gevoerd onder huisartsen, internisten, verloskundigen en gynaecologen. 33% van de respondenten was huisarts, 46% internist en 21% was verloskundige en/of gynaecoloog. De artsen rapporten dat 35-79% van hun patiënten niet regelmatig aan sport deed, 21-75% onder stress leefde, 18-68% regelmatig alcohol gebruikte, 23-61% rookte, 21-59% aan overgewicht leed, 10-56% emotionele problemen had en 0-15% drugs gebruikte. 75% van de respondenten meende dat de arts zeker wat aan het gedrag van de patiënten moest doen om de risico's te verminderen. Bij de vraag welk gedrag vooral in aanmerking kwam om te veranderen, kwam roken als winnaar uit de bus bij 100% van de respondenten. Ook de andere items scoorden hoog: 98% vermijden van te veel calorieën, 97% uitgebalan-ceerde voeding, 92% kennis over geneesmiddelen, 91% verminderde zoutconsumptie, 90% vermijden van stress, 83% overmatige alcoholconsumptie vermijden, 72% regelmatige lichaamsbeweging, 63% minimalisering van suikerconsumptie. De artsen zeiden altijd, of bijna altijd, te vragen of de aandoening in de familie voorkwam (achtergrondsvragen)(93%), te informeren naar het rookgedrag (92%), werk (90%), alcoholgebruik (87%). Suikerconsumptie en andere voedingsgewoonten scoorden minder hoog resp. 36% en 37%. De vragen die men aan de patiënt stelde verschilden van specialisme tot specialisme, ook waren er verschillen aan te merken bij artsen die in verschillende jaren waren afgestudeerd (de jongsten vroegen naar rookgedrag, alcoholgebruik, geneesmiddelen en familieachtergronden, de ouderen vroegen meer naar voedingsgewoonten). Huisartsen en internisten rapporteerden goed geprepareerd te zijn op het geven van adviezen terwijl dat bij verloskundigen/gynaecologen heel wat minder was. Wat betreft het succes dat men dacht te hebben: 85% van de artsen was redelijk tevreden over hun hulp aan de patiënten bij reductie van zoutconsumptie. Het minst tevreden was men over het verminderen van stress. Ook dit verschild weer van specialisme tot specialisme. In het algemeen was maar 3% à 18% van de artsen zeer succesvol bij gedragsverandering van de patiënt. Negentig procent van alle artsen vonden dat zij de aangewezen persoon waren voor het geven van

gvo, 2% vond dat het de taak was van verpleegkundigen, 2% meende dat het de taak was van de 'nurse practitioner'. Meer dan helft van de artsen voelde wel voor bijscholing op het terrein van gvo. In deze cursus zou aandacht besteed moeten worden aan risicovermindering van kanker (71%), vermindering van stress (68%), voeding (68%), gedragsverandering (63%), lichaamsbeweging en lichamelijke conditie (62%), technieken om op te houden met roken (59%), geneesmiddelenmisbruik (54%) en communicatievaardigheden (52%). Vooral de huisartsen gaven aan op alle terrein een min of meer permanente educatie te willen.

Alhoewel de artsen aangaven weinig succesvol te zijn bij hun poging het gedrag van patiënten te veranderen was men wel positief over de verdere mogelijkheden. Door onder meer cursussen zouden de gvo-vaardigheden van de artsen verbeterd kunnen worden en waarschijnlijk ook het resultaat van gvo-activiteiten.

VISSER, A. PH., EIJKMAN, M.A.J.

Patientenvoorlichting en tandarts.

Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1987, 249 p., 346 lit. opgn., index.
niveau (B 1800)

Vrijwel nergens binnen de gezondheidszorg hebben mensen zoveel invloed op eigen gezondheid en welbevinden als in de tandheelkundige zorgverlening. Voorlichting, gvo, speelt hierbij een belangrijke rol. Dit begrip werd in de jaren zestig en zeventig nog synoniem geacht met preventie. (Tandheelkundige) gvo zagen velen als 'praat-preventie' met als doel de bevolking ertoe aan te zetten zich beter te gedragen op het gebied van voeding en mondhygiëne. Tegenwoordig wordt meer de nadruk gelegd op informatieverstrekking aan tandheelkundige patiënten en bewuste hulp bij menings- en besluitvorming over gebitsproblemen die voor de patiënt relevant zijn. Deze aspecten van patientenvoorlichting krijgen in dit studieboek de meeste aandacht. Gekozen is voor een opzet waarin brieven, ervaringen en vragen van (potentiële) tandheelkundige patiënten gebruikt worden om theorie en praktijk van patientenvoorlichting aan elkaar te koppelen.

In negen hoofdstukken komen onder meer aan de orde: een introductie in de begrippen voorlichting en (t)gvo; patientenvoorlichting, onderverdeeld in informatie, instructie en begeleiding; organisaties en tgvo-activiteiten; massacommunicatie en tandheelkundige kennis; hulpmiddelen in de patientenvoorlichting; tenslotte enkele kanttekeningen over voorlichting en ethiek. (aut. ref.)

WITTE, L. DE, ADRIAANSE, H., ROUWENHORST, W.

GVO in de eerste lijn: de stand van zaken nu.

In: Cate, R.S. ten, Dijk, J.P.A. van, Gillissen, J., Togg-de Ruijt, M.A.M. van der (reds.).

Eerstelijnszorg.

Alphen a/d Rijn, enz.: Samson Stafleu, 1985. p. 2020-1 - 2020-15, 25 lit.
opgn.

niveau (B 1199)

In het artikel constateren de auteurs dat er de laatste jaren belangrijke verschuivingen zijn opgetreden binnen de gezondheidszorg: van curatieve zorg naar meer preventieve zorg. In het artikel wordt op basis van beschikbare literatuur en eigen onderzoek (zie ook paragraaf 6) een globaal overzicht gegeven van de stand van zaken met betrekking tot gvo in de eerste lijn. De auteurs beperken zich daarbij tot het werk van wijkverpleegkundigen en huisartsen.

In het artikel staan de volgende vragen centraal:

- Hoe denken huisartsen en wijkverpleegkundigen over gvo en de taakverdeling op dit gebied?
- Welke gvo-activiteiten voeren beide beroepsgroepen uit?
- Met wie werken zij samen op dit gebied?

2.2. Gvo door de huisarts

ATTARIAN, L., BARRON, P., FLEMING, D.M., STRECHER, V.

A comparison of health promotion, practices of general practitioners and residency trained family physicians.

Journal of Community Health; 12, 1987, no. 1, p. 31-39, 6 lit. opgn.

nivel

Huisartsen zijn in de gelegenheid om een belangrijke rol te spelen bij de begeleiding van patiënten die hun leefstijl willen veranderen. Er werd een onderzoek gehouden onder 'general practitioners' en 'family physicians' over de mate waarin zij gvo in de praktijk brachten en in hoeverre zij optimistisch waren over het effect, hun vertrouwen in eigen kunnen op dat gebied en houding t.o.v. gerichte training. Daarnaast werd gekeken naar de verschillen tussen de beide soorten artsen. 195 artsen stuurden de enquête ingevuld terug; een response van 68%. Er werden weinig verschillen tussen general practitioners en family physicians ontdekt. Als grootste drempels om gvo in praktijk te brengen werden genoemd: gebrek aan tijd, gebrek aan motivatie bij patiënten, geen goed vergoedingssysteem. In het algemeen besteedden de artsen 10 à 20% van de tijd van het consult aan gvo en ongeveer een vierde rapporteerde meer dan 20% van de tijd te besteden aan gvo. De artsen twijfelden aan hun mogelijkheden om het gedrag van patiënten te veranderen. Dit gold in sterke mate voor de alcoholconsumptie. Rookgedrag meenden ze beter te kunnen beïnvloeden. Ondersteuning wilden de artsen op het gebied van training en het beloningssysteem.

Het meest opvallende van dit onderzoek is de constatering dat er weinig verschillen zijn tussen de twee verschillende soorten arts. Verwacht werd dat de family physicians door hun opleiding (universitaire graad) een betere score zouden behalen dan de general practitioner (geen gezinsgeneeskunde).

BOEKEMA, A.G.

Kankerpreventie: de behoefte aan nieuwe interventieprogramma's in de huisartspraktijk, gericht op roken.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 23, p. 68-69, 17 lit. opgn.

nivel

Overzichtsartikel. Er bestaat een, statistisch gezien, significante samenhang tussen roken en kanker. De laatste jaren is er een stagnatie opgetreden in de daling van het percentage rokers. De enige manier om de incidentie van longkanker als gevolg van roken effectief te verlagen is het beïnvloeden van het rookgedrag. Ingrijpende maatregelen zijn noodzakelijk. Op kleine schaal en veelal weinig systematisch doen huisartsen -en soms ook assistenten- reeds pogingen door middel van gvo het rookgedrag van patiënten te beïnvloeden: in 4% van alle consulten wordt in één of andere vorm aandacht besteed aan het roken. Opvallend is dat de Nederlandse huisarts in vergelijking met andere gvo-activiteiten het onderwerp relatief weinig ter sprake brengt alsook weinig tijd hieraan besteedt. In de literatuur wordt vermeld dat

interventie in de huisartspraktijk tot resultaat leidt, ofschoon de percentages met roken gestopte patiënten veelal gering zijn en grote verschillen laten zien per huisartspraktijk (0-25%).

Factoren die het succes van de interventie significant blijken te beïnvloeden zijn:

1. de interventiestrategie (het afspreken van een datum waarop met roken wordt gestopt en het maken van een nieuwe afspraak om de effecten van de afspraak te evalueren en om zonodig nieuwe afspraken te maken);
2. de aan het roken gerelateerde conditie van de patiënt;
3. het rookgedrag van de huisarts.

Wat betreft het rookgedrag geeft de huisarts in Nederland (in tegenstelling tot artsen in bijna alle andere onderzochte landen) het slechte voorbeeld. Het percentage rokende huisartsen (58%) steekt ongunstig af bij het percentage rokende patiënten (36%).

Er blijkt bij huisartsen een duidelijke behoefte te bestaan aan deskundigheidsbevordering op het terrein van gvo. De meest voorkomende tekorten in de voorlichting door de huisarts zijn:

- a. specifieke doelen voor de voorlichting ontbreken
- b. systematische aanpak ontbreekt
- c. het informatieverwerkingsproces wordt onvoldoende begeleid
- d. beperkt handelingsrepertoire.

CALNAN, N., BOULTON, M., WILLIAMS, A.

Health education and general practitioners.

In: Rodmell, S., Watt, A.(eds.) The politics of health education. Londen: Routledge & Kegan Paul, [1987]. p. 183-203, 42 lit. opgn.
niveau (C 2759)

Overzichtsartikel. In 1950 werd door de British Medical Association de huisarts beschreven als dé specialist op het gebied van continue zorg, de preventieve geneeskunde en gvo. Dat vond in de loop van de jaren veel bijval.

In het artikel wordt ingegaan op de assumptie dat huisartsen meer betrokken zouden moeten zijn bij gvo en ook wordt besproken of deze rol wel effectief is. Het eerste deel van het artikel bestaat uit een beschouwing aan de hand van onderzoek over de preventieve taak van de huisarts en in het tweede deel wordt aan de hand van eigen onderzoek gekeken naar de attitude van zowel huisarts als patiënt t.o.v. gvo, waarna de praktijk van alledag aan de orde komt.

In Engeland heeft vooral de Royal College of General Practitioners een voortrekkersrol gespeeld bij het onderkennen van preventie en gvo als belangrijke onderdelen van het takenpakket van de huisarts. Naast bijval was er ook kritiek: met deze bemoeienis wordt de leefstijl van mensen gemedicaliseerd en met deze kruistocht zou de Royal College de eigen identiteit af willen schermen van de intramurale gezondheidszorg. Anderen hadden kritiek op het individuele karakter dat inherent is aan deze benadering. De rol van de huisarts beperkt zich tot het voorlichten van patiënt en gezin over individueel gezondheidsgedrag en het motiveren tot ander gedrag als dat van toepassing is. Impliciet aan deze benadering, welke benadering geldt voor het hele

gezondheidsbeleid in Groot-Brittannië, zijn twee assumpties:

1. Het medische model domineert: nadruk op individuele leefstijl of leefstijl van gezin waarin men leeft.
2. De individuen worden geacht controle uit te kunnen oefenen op hun eigen leefstijl, waardoor men invloed heeft op eigen gezondheid.

Met deze benadering wordt echter 'victim-blaming' in de hand gewerkt. Invloed van cultuurpatronen op leefstijl wordt genegeerd, evenals de invloed van arbeidsomstandigheden, huisvesting, milieu en er wordt voorbijgegaan aan stressfactoren.

Uit onderzoek blijkt dat niet iedereen in staat is om gedrag patronen te veranderen. Roken en drinken is bijvoorbeeld soms een manier om het hoofd te bieden aan spanning.

Een ander punt van kritiek is dat voor een dergelijke individuele benadering er een persoonlijke band moet bestaan tussen arts en patiënt. Op het eerste gezicht lijkt dat juist het karakter te zijn van de huisartsgeneeskunde, maar het beleid in Groot-Brittannië is gericht op het organiseren van groepspraktijken, gezondheidscentra en waarneemdiensden, waardoor de relatie tussen arts en patiënt tendeert naar het onpersoonlijke. Dit zou niet zo erg zijn als alle hulpverleners zich zouden richten op gvo, maar niets wijst nog in die richting.

Een ander probleem is dat het hulpvraagpatroon sterk varieert en dat ook de kwaliteit van de aangeboden zorg aan deze verschillende groepen wisselvallig is. Vrouwen bezoeken de huisarts meer dan mannen, maar gelet de risicofactoren zou de aandacht weer meer gericht moeten worden op mannen. Evenzo is er een probleem waar het etnische minderheidsgroepen betreft: barrières om naar de arts te gaan en het gebrek aan kennis bij de arts wat betreft de cultuur van de groepen. Voorts is het zo dat in de sociale klassen IV en V relatief ongezonder wordt geleefd, terwijl voorlichting vooral wordt gegeven aan de (hogere) midden-klassen. De auteur is van mening dat gvo toegankelijk moet zijn voor alle lagen van de bevolking.

Alvorens in te gaan op alternatieven wordt aandacht besteed aan de attitude van arts en patiënt en de praktijk van alle dag.

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen gvo en preventie belangrijk vinden. Degenen die er het meest gereserveerd tegenover stonden vonden het meer een taak van 'health visitors' en 'practice nurses' binnen de praktijk. De artsen met minder reserves zagen wel een taak voor zichzelf weggelegd. Een helder beeld over de inhoud van gvo en preventie was er echter niet. Gvo en preventie werd gezien als een variatie binnen de medische praktijk. Een kwart van de artsen beschouwde gvo als een nieuwe technische service die geïntegreerd moest worden in de praktijkvoering. Zij legden de nadruk op hun rol bij leefstijlveranderingen van de individuele patiënt. Deze groep onderkende in het algemeen ook weinig problemen: het was een kwestie van organisatie, een goede motivatie en training van de medewerkers. Een andere groep, ook ongeveer een kwart van de artsen, stond haaks tegenover deze mening. Zij zagen gvo en ingrijpen in leefstijl als opdringerig en moralistisch. Deze groep benadrukte ook meer het belang van sociale factoren als oorzaak van ziekte en gezondheid. Een derde groep, ongeveer een vijfde, voelde meer voor een geïntegreerde aanpak. Deze artsen wilden dit bereiken door teamwork en de toepassing van nieuwe communicatietechnieken. De laatste groep, ca. een derde van de groep, zag gvo als een

onderdeel van de dagelijkse praktijk: probleemgerichte interventie bij roken, overgewicht en soms overmatige alcoholconsumptie. Deze groep wilde zich veelal niet mengen in zaken buiten het klachtenaanbod. Doel van uitleg werd vooral gezien in termen van het bereiken van compliant gedrag. Volgens hen zou gvo een slechte uitwerking hebben op de arts-patiënt relatie en bovendien meende deze groep dat patiënten daar niet in geïnteresseerd waren en een gebrek aan medische kennis hadden om één en ander te begrijpen, waardoor gvo-activiteiten gedoemd waren te mislukken. Dit laatste wordt tegengesproken door resultaten van onderzoek. Zestig procent van de onderzochte vrouwen waren van mening dat het de plicht was van de arts een rol te spelen gezondheidsbevorderende activiteiten. Van de vrouwen die vonden dat er een rol voor de huisartsen was weggelegd, zei 36% dat hun arts dat in het geheel niet deed. Als mogelijke redenen noemden de vrouwen de attitude van de arts, gebrek aan tijd en het feit dat ze alleen naar de arts gingen als ze ziek waren. Acht procent zei dat iemand anders van het eerstelijns team verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de taak. Negentig procent meende dat ook de overheid een rol zou moeten spelen bij gezondheidsbevorderende maatregelen. De praktijk van alle dag blijkt niet altijd in overeenstemming met bovenstaande. Het vergroten van de kennis van de patiënt vond maar op beperkte schaal, en onsystematisch plaats.

Wat betreft de leefstijl issues: eerst werd gekeken naar de mogelijkheden om aan gvo te doen (weer verdeeld in probleemgerichte en niet-probleemgerichte gvo) en het daadwerkelijke handelen van de huisarts. Uit onderzoek blijkt dat het bij de meeste consulten mogelijk is om in te haken op probleemgerichte gvo, vooral waar het het rookgedrag betreft. Maar in 20% van de gevallen werd daar door de arts gebruik van gemaakt. Niet-probleemgerichte gvo werd eigenlijk nooit uitgevoerd. De beleden interesse wordt niet omgezet in daadwerkelijke handelingen. Ook uit ander onderzoek blijkt dat gvo niet de eerste prioriteit heeft van de meeste artsen.

Eén van de mogelijke oorzaken zou gelegen kunnen zijn in de arts-patiënt relatie. Oplossingen worden gevonden in de sfeer van vergroten van de communicatievaardigheden van huisartsen. Anderen menen dat het probleem gelegen is in de status, macht en autoriteit van de arts. Op korte termijn zijn er in deze geen veranderingen te verwachten. Toch verwachten de auteurs dat er veranderingen zullen plaatsvinden door de tendens van verschuiving van curatieve naar preventieve gezondheidszorg. Veel zal afhankelijk zijn van de geneigdheid van arts en patiënt om de 'ziektegerichte oriëntatie' vaarwel te zeggen.

CATFORD, J.C., NUTBEAM, D.

Prevention in practice: what Wessex general practitioners are doing.
British Medical Journal; 288, 1984, p. 832-834, no. 6420, 18 lit. opgn.
niveau

Via een schriftelijke enquête onder 214 huisartsen uit de streek Wessex werd gevraagd naar de preventieve activiteiten van de huisartsen in hun praktijk. Negentig procent van de aangeschreven huisartsen reageerde. De enquête geeft inzicht in de attitude en het gedrag van de huisarts op het gebied van preventie van ongelukken, bevordering van lichaamsbeweging,

hypertensie- en gewichtscontrole. De resultaten waren in het algemeen bemoedigend. De meeste huisartsen waren het er mee eens dat ze een sleutelpositie vervulden ten aanzien van gvo en dat ze met andere beroepen een gedeelde verantwoordelijkheid hadden op dat terrein. Velen deden aan advisering op het gebied van rookgewoonten, bloeddruk- en gewichtscontrole. Bevordering van lichaamsbeweging en ongelukpreventie zou nog verbeterd kunnen worden. In de patiëntenstatussen ontbrak veelal de informatie om probleempatiënten op te sporen.

De onderzoekers concluderen dat verdere voortgang kan worden bereikt door een betere training van huisartsen en door het ontwikkelen van informatiesystemen die georiënteerd zijn op de bevordering van de gezondheid. Het teamwork binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zou versterkt moeten worden, met name de rol van de 'health-visitor' en praktijkverpleegkundige. Er zou gedacht moeten worden over methodes om gvo in de eerstelijnsgezondheidszorg aan te moedigen. (vert. aut. ref.)

FLEMING, D.M., LAWRENCE, M.S.T.A.

An evaluation of recorded information about preventive measures in 38 practices.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 31, 1981, no. 231, p. 615-620, 11 lit. opgn.

nivel

Verslag van de resultaten van een onderzoek naar patiëntendossiers met betrekking tot informatie over verschillende preventieve maatregelen. Er zijn 8500 dossiers afkomstig uit 38 praktijken onderzocht. Bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van een "Practice Activity Analysis' gegevens-formulier. De uitkomsten worden op een zodanige wijze gepresenteerd dat de resultaten van ander onderzoek met de resultaten van dit onderzoek vergeleken kunnen worden.

Enige conclusies:

1. Er worden veel minder uitstrijkjes gemaakt bij vrouwen van boven de vijftig dan bij vrouwen tussen de 30 en 40. Bij 45% van de vrouwen van boven de vijftig is nooit een uitstrijkje gemaakt.
2. Van slechts 35% van de meisjes tussen de 15 en 19 jaar is bekend dat zij immuun zijn tegen rode hond.
3. Slechts 14% van de volwassenen tussen 20 en 40 jaar zijn geïmmuniseerd tegen polio.
4. Van de mannelijke veertigers was van 47% geen dossier over het al dan niet opnemen van de bloeddruk gedurende de laatste 10 jaar.
5. Informatie over rookgedrag was in 23% van de dossiers voor handen. (vert. aut. ref.)

GEMSON, D.H., ELINSON, J., MESSERI, P.

Differences in physician prevention practice patterns for white and minority patients.

Journal of Community Health; 13, 1988, no. 1, p. 53-64, 13 lit. opgn.

nivel

Resultaten van een in 1984 afgerond onderzoek onder 120 huisartsen in New York City naar hun gvo-activiteiten en zorg in de preventieve sfeer. De antwoorden van artsen met 50% of meer kleurlingen in hun praktijk werden vergeleken met die van artsen met 50% of meer blanken in hun praktijk. De eerste categorie bleek richtlijnen van nationale organisaties op het gebied van preventieve zorg minder te volgen, alhoewel ze wel het belang van deze maatregelen inzagen. Een voorbeeld: artsen met voornamelijk kleurlingen dringen minder vaak aan op mammografie (7% versus 23%) en influenza vaccinatie voor ouderen (48% versus 74%) vergeleken met artsen met voornamelijk blanke patiënten. Verschillen in de kwaliteit van preventieve zorg kunnen een additionele factor zijn in het verschil in gezondheidsstatus van blanken en kleurlingen in Amerika.

HAMERS, R.T.J., BOERMA, W.G.W., GROENEWEGEN, P.P.

Het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en andere praktijkvormen: de uitoefening van verloskunde, jeugdgezondheidszorg en aspecten van preventieve zorg vergeleken.

Gezondheid en Samenleving; 7, 1986, no. 4, p. 237-243, 7 lit. opgn.

nivel

+

HAMERS, R.T.J., BOERMA, W.G.W.

Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen.

Utrecht: NIVEL, 1985. 114 p., bijln., 47 lit. opgn.

nivel (R 3958(9))

In dit onderzoek staan twee vragen centraal:

- Zijn er verschillen in de uitvoering van verloskunde, jeugdgezondheid en aspecten van preventieve zorg tussen huisartsen in gezondheidscentra en hun collega's in andere praktijkvormen?
- In hoeverre blijven deze verschillen bestaan als rekening wordt gehouden met enkele "structurele" factoren?

Enige conclusies:

- Hypertensie wordt nog zeker niet op grote schaal systematisch opgespoord door de huisarts; in gezondheidscentra doen de huisartsen daar (nog) minder vaak aan dan in andere praktijkvormen.
- Recent afgestudeerden scoren lager dan de reeds langer afgestudeerden bij systematische opsporing van hypertensie.
- Het systematisch preventief adviseren (dit wil zeggen zonder dat klachten daartoe aanleiding geven) met betrekking tot roken, veel drinken en overgewicht is nog bepaald geen gebruik in de huisartspraktijk. Gezondheidscentra zijn daarop zeker geen uitzondering.
- Huisartsen met relatief grotere praktijken geven vaker aan preventief te adviseren dan hun collega's met kleinere praktijken.

Wat betreft de preventieve taken zou het zo kunnen zijn dat in gezondheidscentra meer nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, op ontmedicalisering en het voorkomen van somatische fixatie; een beleid dat op gespannen voet kan staan met te veel preventieve 'bemoeizucht'.

KERKHOFF, A.H.M., DOES, E. VAN DER, SCHACHTSCHABEL, J.W.

Primaire preventie (voorkomen dat ziekten ontstaan, voorlichting): de rolverdeling tussen huisartsen en overheid.

Patient Care; 13, 1986, no. 7, p. 5-8, 12 lit. opgn.

nivel

Het artikel begint met een beschrijving van de geschiedenis van gvo en de wijzigingen die de definitie in de loop van de tijd heeft ondergaan. Aanvankelijk zagen geneeskundigen voor zich zelf amper een taak op het terrein van gvo weggelegd. Het zou vooral gaan om volgens plan uitgevoerde projecten, gericht op de grote massa en uitgevoerd door epidemiologen en gamma-wetenschappers. Aangetoond werd echter dat gvo ook op individueel niveau met succes kan worden beoefend, namelijk in de vorm van patiëntenvoorlichting. Een belangrijk deel van de Nederlandse huisartsen rekent deze vorm van gvo tot zijn taak. Ruim 60% van alle huisartsen geeft n.a.v. klachten adviezen inzake het roken en overgewicht, terwijl bijna 40% in deze altijd adviseert. Inzake overmatig alcoholgebruik bleken de huisartsen een nog actievere houding in te nemen. Ongeveer 25% adviseerde zijn patiënten alleen naar aanleiding van klachten, de rest gaf systematisch adviezen aan alle patiënten met een verhoogd risico. De overheid wil de huisarts echter ook meer en meer gaan betrekken bij vraagstukken die een collectieve aanpak behoeven: huisartsen zouden een centrale rol krijgen bij het bestrijden van hypertensie, hart- en vaatziekten, screening op baarmoederhalskanker. Tot zekere hoogte kan de huisarts ook op collectief niveau werken, maar de auteur pleit voor een scheiding van taken: de overheid (basisgezondheidsdiensten) heeft een collectieve taak en de huisarts werkt op individueel niveau. De huisarts dient niet uit te gaan van het algemeen belang maar van het belang van de patiënt. Tegen deze achtergrond kan de huisarts als tegenspeler een belangrijke complementaire rol t.a.v. de overheid spelen.

KLIGMAN, E.W., LEVIN, T., SENF, J., MAGILL, M.

Risk reduction: attitudes and behavior of family practice residents.

Family Medicine; 20, 1988, no. 2, p. 108-111, 19 lit. opgn.

nivel (C 2934)

De mortaliteit in de USA zou met 50 % teruggebracht kunnen worden als de bevolking er een gezondere leefstijl op na zou houden. Artsen zouden hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Het blijkt echter dat weinig artsen aandacht schenken aan preventieve gezondheidszorg. 80% van de ondervraagde patiënten zei dat de arts nooit iets had gezegd over lichaamsbeweging. Het ontbreken van een financiële prikkel en de lage status van preventieve gezondheidszorg zou hieraan debet kunnen zijn.

Doel van het onderzoek was om gegevens te verzamelen op basis waarvan een trainingsprogramma voor artsen opgezet zou kunnen worden op het terrein van de preventieve geneeskunde. In het onderzoek werd nagegaan hoe vaak patiënten door huisartsen werden gescreend op verschillende risicofactoren in hun leefstijl. De artsen screenden vooral op rookgedrag (75.7%) en alcoholmisbruik (64.1%). Op stress, een zittend leven, slechte voedingsgewoonten en overgewicht werd minder gescreend (ca. 33%).

Advisering en begeleiding bleef echter vaak achterwege, zelfs als de risico's werden onderkend. Advies werd vooral gegeven op het terrein van overgewicht (27.3%), rookgedrag (20.6%) en stress (19.0%). Van de mensen die een zittend leven leidden werd 5% geadviseerd meer aan lichaamsbeweging te doen. Uit het onderzoek blijkt dat er een direct verband bestaat tussen de houding van de arts (hoe belangrijk worden bepaalde risicofactoren geacht bij het veroorzaken van chronische ziekten) en de bereidheid om te screenen. Geen verband bestaat er tussen houding en de bereidheid om over te gaan tot advisering en begeleiding.

Bij screening werd in het algemeen wel geregistreerd waar het roken en alcoholmisbruik betrof. Het advies werd echter veelal niet opgetekend.

Meer dan 90% van de artsen waren het er over eens dat ze meer training op het gebied van preventieve gezondheidszorg zouden moeten krijgen.

LAMBERTS, H.

Patiëntenvoorlichting: een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap; 24, 1981, no. 7, p. 263-268, 31 lit. opgn. niveau

In dit artikel wordt erop gewezen, dat zowel de patiënt als de hulpverlener, alsook de gezondheidspolitiek gevangen zijn in dubbele bindingen. De betekenis van patiëntenvoorlichting in de huisartsgeneeskunde moet daarom kritisch beoordeeld worden. In ieder geval is patiëntenvoorlichting niet hetzelfde als gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en ook niet hetzelfde als preventie. Patiëntenvoorlichting is een gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde, dat blijkens gegevens van het monitoringproject aan de orde komt bij 13% van alle problemen die huisarts en patiënt met elkaar hebben. Ook over afwijkingen waarbij vaak voorlichting of advies wordt gegeven, geeft het monitoringproject informatie. Tenslotte wordt betoogd dat, ondanks het eigene van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, behoefte bestaat aan samenwerking op welomschreven terreinen met gvo-werkers. (aut. ref.)

LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

Basistakenpakket van de huisarts.

LHV-Vademecum; 1987, p. III-1 - III-94, 6 lit. opgn. niveau (R 3809)

De Commissie Takenpakket heeft op basis van de aanvaarde functieomschrijving van de huisarts het takenpakket puntsgewijs beschreven. Bij elke taakomschrijving wordt een toelichting gegeven.

Bij hoofdstuk E, Preventieve taken, worden de volgende taken genoemd:

- Het is de taak van de huisarts bij zijn hulpverlening aan de patiënt te overwegen welke individuele preventieve maatregelen zinvol zijn en deze te effectueren (voor zover de huisartsenpraktijk hiervoor de mogelijkheden biedt).
- Het is de taak van de huisarts aandacht te geven aan persoonsgerichte preventieve aspecten in het arts-patiënt contact, ook zonder dat de betrokkene daar expliciet om vraagt.

- Het is de taak van de huisarts om onnodige medicalisering van zijn patiënten te voorkomen.
- Het is de taak van de huisarts gestructureerde preventieve zorgverlening aan te bieden aan daarvoor in aanmerking komende patiënten categorieën.
- Het is de taak van de huisarts bij patiënten die tot een omschreven risicogroep behoren door eenvoudige onderzoeken vroegtijdige diagnostiek te bevorderen.
- Het is de taak van de huisarts ontwikkelingen te signaleren die de gezondheid van bepaalde groepen (fabriek, wijk, school) beïnvloeden.

MAIBACH, E.W., SCUTCHFIELD, F.D., HOVELL, M.F.

A survey of primary care physicians preventive services: implications for smoking-cessation counseling.

Patient Education and Counseling; 6, 1984, no. 3, p. 113-115, 10 lit. opgn. niveau

Uit onderzoek blijkt dat 70% à 76% van de rokers zouden proberen te stoppen met roken als hun arts hen dat zou adviseren. Zevenenzestig à 80% van de patiënten zei echter dat de arts nooit met hen had gesproken over roken en de risico's van roken en nooit had geadviseerd om te stoppen met roken. Het artikel is een verslag van een onderzoek dat naar aanleiding van bovenstaande is gehouden onder 40 eerstelijnsartsen. Zeventig procent van de artsen voerde de meeste van de preventieve activiteiten uit die in het onderzoek genoemd werden (niet alle leefstijl-items). Vijfenzeventig procent zei iets te doen aan advisering op het gebied van rookgedrag. De artsen gaven wel te kennen behoefte te hebben aan training of een andere vorm van ondersteuning.

MULLEN, P.D., GOTTLIEB, N.H., BIDDLE, A.K., MCCUAN, R.A., MCALISTER, A.L.

Predictors of safety belt initiative by primary care physicians: a social learning theory perspective.

Medical Care; 26, 1988, no. 4, p. 373-382, 34 lit. opgn. niveau

Verslag van een onderzoek onder huisartsen in Texas op basis van 'social learning' theorieën. Bezien wordt in welke mate huisartsen actie ondernemen om bij hun patiënten het dragen van veiligheidsgordels te bevorderen. Het onderzoek richt zich in de eerste plaats op de frequentie van deze activiteiten, op de tweede plaats op de factoren die een aanwijzing zouden kunnen vormen voor de mate waarin huisartsen actief zijn op dit gebied en ten derde op programma's die de kwaliteit van de interventie zouden kunnen verbeteren. Daarbij wordt gezien wat het belang is van de variabelen van de 'social learning' theorieën. Geconcludeerd wordt dat de activiteiten van de huisartsen op dit terrein op een laag pitje staan, waarbij wordt ingegaan op mogelijkheden ter verbetering van deze situatie.

ORLEANS, C.T., GEORGE, L.K., HOUP, J.L., BRODIE, K.H.
Health promotion in primary care: a survey of US family practitioners.
Preventive Medicine; 14, 1985, no. 5, p. 636-647, 38 lit. opgn.
niveau (C 2919)

Verslag van een onderzoek onder huisartsen over behandeling van en verwijzing bij drie soorten risicovol gezondheidsgedrag: het roken van sigaretten, voedingsgewoonten (overgewicht) en onvoldoende beweging. Daarnaast werd gevraagd naar de problemen die artsen ervaren bij advisering en begeleiding van hun patiënten op het gebied van gezondheidsgedrag. De meeste van de respondenten rapporteerden regelmatig gezondheidsvoorlichting te geven. Zij behandelde of verwezen de patiënten die rookten (40%), leden aan overgewicht (40%), weinig aan beweging deden (70%) maar zelden. Het onderzoek bevestigt de indruk dat (a) eerstelijnsartsen terughoudend zijn om dergelijke problemen te behandelen, (b) teveel gebruik maken van verkeerde strategieën, (c) te weinig gebruik maken van gedragstherapieën (d) ook niet verwijzen naar specialisten.

Belangrijkste factoren die bovenstaande in de hand werken zijn het pessimisme van artsen ten aanzien van de mogelijkheid van de patiënt om de leefstijl te veranderen, een gebrek aan vertrouwen in eigen en andermans behandeling, en de weigering van patiënten verwezen te worden naar een zelfhulp-groep of een specialist. Een kwart van de respondenten vond 'Lifestyle a matter of personal choice'. Van invloed zijn ook de financiële en organisatorische obstakels, gebrek aan tijd en opleiding. Het artikel eindigt met enige aanbevelingen.

PILL, R.M., JONES-ELWYN, G., STOTT, N.C.H.
Opportunistic health promotion: quantity or quality?
The Journal of the Royal College of General Practitioners; 39, 1989, no. 322,
p. 196-200, 13 lit. opgn.
niveau

Honderddertig moeders uit de werkende klasse werden in een onderzoek vijf jaar gevolgd om na te gaan in hoeverre hun problemen op het gebied van leefstijl door de huisarts werden geregistreerd en in hoeverre zij advies kregen op dat terrein. Gegevens werden verzameld aan de hand van medische dossiers en interviews met de vrouwen. Van 59% van de vrouwen werd één of meer aspecten van hun leefstijl geregistreerd. Dat was meestal de rookgewoonte. Alcoholgebruik en gebrek aan lichaamsbeweging werden echter minder goed geregistreerd. Op basis van de gegevens van de medische dossiers blijkt 40% van de vrouwen advies gehad te hebben. Op basis van de interviews komt echter een getal van 48% naar boven. Op basis van zowel de dossiers als de interviews blijkt meer dan drie kwart van degenen die advies hebben gekregen, zich dit advies ook nog te herinneren. Het eerstelijnssteam gaf vooral advies op het gebied van roken en overgewicht. Aan de hand van de resultaten worden de implicaties besproken voor de medische registratie van leefstijlaspecten in de huisartspraktijk.

PROOSDIJ, C. VAN, COSTER, A. DE, POST, D.

Rookt uw patiënt?

Patient Care; 12, 1985, no. 2, p. 23-24, 26-28, 30, 9 lit. opgn.

nivel

Artikel aan de hand van enkele vragen van Patient Care. Van Proosdij gaat er van uit dat verbieden niet aan de arts is. Een huisarts kan alleen op basis van een goede vertrouwensrelatie met de patiënt adviezen geven en hem of haar begeleiden als deze wil stoppen met roken. De huisarts zal zich bewust moeten zijn van de situatie waarin de patiënt leeft. Zeker bij ernstige risico's (bijv. zwangerschap) dient het roken 'met klem en kracht van argumenten' ontraden te worden.

Het artikel eindigt met strategieën die gevolgd kunnen worden, hetgeen afhankelijk is van de persoon van de patiënt.

REE, J.W. VAN.

Systematische opsporing en behandeling van de risicofactoren in de huisartspraktijk.

Hart Bulletin; 12, 1981, p. 69-77, 6 lit. opgn.

nivel (C 3173)

Gezien de centrale plaats die de huisarts in de Nederlandse samenleving inneemt, is in het Nijmeegse Interventieproject nagegaan, of een screenings- en interventieprogramma gericht op preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk uitvoerbaar is en wat het effect is van de in dat kader uitgevoerde interventie. De praktijkassistenten speelden in dit onderzoek een kernrol. Onder supervisie van de huisarts verrichtten zij niet alleen de basis- en herscreening na een jaar, maar voerden zij ook vrijwel alle controleconsulten zelfstandig uit. Tussen de zes betrokken huisartspraktijken (vier studie- en twee controlepraktijken) bleken bij aanvang van het onderzoek grote verschillen te bestaan in kennis omtrent de aanwezigheid van risicofactoren bij de patiënten en in behandeling daarvan. De uiteindelijk (bevredigende) interventieresultaten waren echter in alle studiepraktijken praktisch gelijk; de betrokken huisartsen waren dus op één lijn gekomen. Op grond van bevindingen van huisartsen, assistentes en patiënten wordt geconcludeerd, dat een dergelijk systematisch programma op grotere schaal uitvoerbaar is. Een geleidelijk in te voeren algemene toepassing wordt aanbevolen. Voorwaarden daarvoor zijn o.m. structurele verbetering in de huisartspraktijken, bij- en herscholing van de artsen en speciale training en instructie van doktersassistenten. Het onderzoek heeft niet aangetoond, dat een dergelijk programma de angstgevoelens van de betrokkenen bevordert of de medische consumptie doet toenemen. (aut. ref.)

REE, J.W. VAN

Het Nijmeegs Interventie Project.

Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981. 2 dln. Proefschrift.

nivel (R 831)

Na een globaal overzicht van de betekenis van de hart- en vaatziekten voor de bevolking, de betekenis van de risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten en de mogelijkheden en beperkingen die behandeling van deze risicofactoren heeft voor de preventie van hart- en vaatziekten, wordt ingegaan op de problemen die zich bij het uitvoeren van preventieve programma's voordoen en waarvoor tot nu toe nog geen afdoende oplossingen zijn gevonden.

In de Nederlandse situatie zou de huisarts in samenwerking met zijn assistente een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de oplossing hiervan, vanwege zijn unieke positie binnen de gezondheidszorg.

In hoofdstuk I worden de doelstellingen als volgt geformuleerd:

- Bestudering van de uitvoerbaarheid in huisartspraktijken van een screenings- en interventieprogramma ten aanzien van risicofactoren van hart- en vaatziekten.
- Bestudering van het interventie-effect op de risicofactoren.

Hoofdstuk II handelt over de onderzoeksresultaten van de basisscreening. Het blijkt dat het al of niet aanwezig zijn van de risicofactoren hypertensie, adipositas en diabetes mellitus het vaakst bekend is bij de huisarts. Over de aanwezigheid van hypercholesterolaemie, roken en familiale belasting kunnen de huisartsen, alhoewel hierbij verschillen per praktijk bestaan, vaak tot zeer vaak geen uitspraak doen. De risicofactoren zijn het minst bekend bij jonge mannen (20-29 jaar), het meest bekend bij vrouwen.

In hoofdstuk III worden de interventieresultaten weergegeven. In de interventiegroep komt verwijzing naar een specialist sporadisch voor (1%). Bij 20% vindt verwijzing plaats naar een diëtiste. In het algemeen werd er een goed resultaat geboekt. Aanbevelingen worden gedaan over de wijze waarop een opsporings- en behandelingsprogramma algemeen in de huisartspraktijk zou kunnen worden ingevoerd. Daarnaast moet doelgerichte en goed afgestemde voorlichting en nascholing van huisartsen plaatsvinden.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS

Health en prevention in primary care: report of a working party appointed by the Council of the Royall College of General Practitioners.

London: RCGP, 1981. 24 p., 68 lit. opgn.

nivel (R 3945(18))

De Royal College is van mening dat anticiperende gezondheidszorg het belangrijkste aspect van de toekomstige eerstelijnsvoorzieningen zou moeten zijn. Anticiperende gezondheidszorg behelst de 'union of prevention with care and cure', waarbij bij het begrip preventie zowel aan gvo als aan preventie van ziekten gedacht wordt. In de alledaagse praktijk wordt echter nog weinig gedaan aan gvo. In hoofdstuk drie worden de gebieden aangegeven waar de aandacht vooral naar uit zou moeten gaan. Ontmoedigen van rookgewoonten van de patiënt is één van de items die het College noemt.

Het Royal College constateert dat voor zowel de arts als de patiënt er barrières bestaan. Wat betreft de arts: gvo kost veel tijd. Daar staat tegenover dat een gedeelte van het werk gedelegeerd kan worden worden. Ook zullen maatregelen in de honorerings- en personeels sfeer getroffen moeten worden; interesse en motivatie aan de zijde van de artsen zijn echter even

belangrijke factoren. Barrières voor de patiënt liggen voornamelijk op het terrein van kennis en oriëntatie op gezondheid en ziekte; onderzoek op dit terrein is noodzakelijk.

In hoofdstuk vijf, zes en zeven worden respectievelijk opleiding, onderzoek en de relatie huisarts, media en overheid op het terrein van preventie en gvo besproken.

SCHRAVEN, D.L.M., REE, J.W. VAN, HOOGEN, H.J.M. VAN DEN, GERWEN, W.H.E.M.

Het RIFOH-huisartsenproject nader beschouwd: evaluatie van een methode ter opsporing en beïnvloeding van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in huisartspraktijken.

Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Faculteit de geneeskunden en Tandheelkunde, 1986. 152 p., 22 lit. opgn.

nivel (R 2981)

+

SCHRAVEN, D.L.M., REE, J.W. VAN

Preventie van hart- en vaatziekten: in de huisartspraktijk?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 38, p. 1159-1162.

nivel

+

SCHRAVEN, D.L.M., REE, J.W. VAN

Invoering van een eerstelijnsprogramma ter preventie van hart- en vaatziekten.

In: Boerma, W.G.W., Hingstman, L. (reds.)

De eerste lijn onderzocht.

Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 112-119, 8 lit. opgn.

nivel (B 1220)

Naar aanleiding van de aanbeveling van de Gezondheidsraad aan de regering om de huisarts een sleutelrol te laten spelen in de opsporing en begeleiding van risicopatiënten voor hart- en vaatziekten is een onderzoek gedaan naar de mogelijkheid in een doorsnee-huisartspraktijk systematisch preventief werk te verrichten op het gebied van hart- en vaatziekten. De onderzochte risicofactoren waren o.a. het cholesterolgehalte, roken en gewicht. Vooral de organisatorische aspecten komen aan bod in dit onderzoek. Op pagina 20 wordt kort ingegaan op de meningen over preventie. Tachtig procent van de huisartsen beaamt dat preventie van hart- en vaatziekten een taak is van de huisarts. Advisering aangaande voeding en rookgewoonten rekent ruim twee derde van de huisartsen tot zijn taak. Een derde ziet hierin een taak voor de assistente.

Algemene conclusie is dat er in huisartspraktijken goede mogelijkheden liggen voor preventie van hart- en vaatziekten, maar dat de realisering ervan niet vanzelf gaat. Naast een duidelijk beleid, gericht op stimulering van de preventieve activiteiten in de huisartspraktijk, zijn belangrijke concrete voorwaarden: ondersteuning van buitenaf (in ieder geval aanvankelijk), voldoende (goed geoefende) assistentie, beschikbaarheid van voldoende ruimte en een goede patiëntenadministratie. (...) De preventieve benadering vraagt om verandering van werkwijzen in de huisartspraktijk. Algemene realisering hiervan kan slechts stapsgewijs plaatsvinden.

SKINNER, H.A., HOLT, S.

Early intervention for alcohol problems.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 33, 1983, no. 257, p. 787-791, 60 lit. opgn.

nivel

Ondanks de kennis die men heeft over afwijkingen die worden veroorzaakt door alcoholmisbruik worden drankproblemen in de praktijk weinig onderkend. Uit onderzoek blijkt dat deze problemen met succes behandeld kunnen worden. De huisarts is in een zodanig positie dat hij deze patiënten kan identificeren en in een vroeg stadium kan helpen. In het artikel wordt een praktische en direct toepasbare strategie beschreven voor diagnostiek en interventie. (vert. aut. ref.)

SPANJER, M.

De huisarts onderzocht: de nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1990. 35 p.

nivel (R 4500)

Beknopte bespiegeling over en de eerste resultaten van de 'Nationale Studie'; een onderzoek van het NIVEL naar de ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Wat betreft preventie duiden de gegevens van de studie erop dat huisartsen niet actief bezig zijn met preventie. Vrijwel geen huisarts gaat systematisch en consequent op zoek naar bepaalde risicogroepen binnen de praktijk. In minder dan 5% van de contacten worden mensen die tot een risicogroep behoren preventief gescreend.

Wanneer de voorbeeldfunctie onder de loep wordt genomen, dan is er 'goed' nieuws omdat veel artsen met roken zijn gestopt (het percentage rokende huisartsen daalde tussen '83 en '87 met 56% naar 36%). Het is voorts opmerkelijk dat de arts bepaalde preventieactiviteiten blijft doen - zoals bloeddruk meten - ook al lijkt dit meer routinematig werk geschikt om aan de assistente te delegeren. Ook verricht men nog de pilcontrole die niet meer als actieve preventiemaatregel wordt geadviseerd. (aut. ref.)

STUMPE, H., SCHACK, J., PREISING, R.

Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda als Bestandteile und Qualitätskriterien.

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung; 81, 1987, p. 185-187, 6 lit. opgn.

nivel (C 2756)

Uitgangspunt van de schrijvers is dat gvo een vast bestanddeel hoort te zijn van het takenpakket van de huisarts. In hun onderzoek werden aan 862 patiënten die regelmatig de huisarts bezochten drie vragen voorgelegd.

De eerste vraag was of de arts een gezondere leefstijl had geadviseerd. Tweederde van de patiënten meenden dat hun arts dat zelden of nooit aan

de orde had gesteld. Ondanks dat men voorzichtig moet zijn met het trekken van conclusies, menen de auteurs dat het duidelijk is de gvo-activiteiten van de huisartsen voor verbetering vatbaar zijn. Temeer daar zij in de positie verkeren om invloed uit te kunnen oefenen op de leefstijl van hun patiënten. De tweede vraag ging over de inhoud van de gvo-activiteiten van huisartsen. 51.8% van de patiënten zei dat er over geen enkel probleem werd gesproken en 32% zei dat alle problemen aan de orde waren gekomen, 7.2% ging over voedingsgewoonten en 4.2% over de schadelijke gevolgen van roken. Via de derde vraag werd onderzocht welke middelen de artsen het best vonden voor het uitvoeren van gvo. De massamedia scoorden 72.3%, de arts 13.2%, 12.6% de familie en vrienden en 1.9% de overheid e.d. Auteurs eindigen met aanbevelingen op het gebied van opleiding, kwaliteitscriteria, gezondheidszorgonderzoek en de voorbeeldfunctie van gezondheidspersoneel.

TAYLOR, K.B.

Preventive medicine in general practice.

British Medical Journal; 284, 1982, no. 6320, p. 921-922, 5 lit. opgn.

nivel

Huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners moeten in de toekomst het merendeel van de preventieve geneeskunde voor hun rekening nemen. De samenwerking met basisartsen wordt hierbij belangrijker omdat ook zij een steeds uitgebreider takenpakket krijgen. Daarnaast neemt het belang van gvo toe. Ondanks het gegeven dat steeds meer huisartsen preventie als een noodzakelijke taak beschouwen, ziet een aantal huisartsen met verwijzing naar hun werkbelasting van preventieve taken af, waarbij de mogelijkheden die de huisartspraktijk biedt onbenut blijven. De eerste barrière is van psychologische aard: de huisarts moet bij samenwerking een deel van zijn autonomie op geven. Daarnaast zal de opleiding afgestemd moeten worden; veel artsen hebben weinig kennis van geestelijke gezondheidszorg, weten weinig van leefstijl. Preventie vereist daarnaast een attitudeverandering in de arts-patiënt relatie: waar eerst het ziek-zijn het contact tussen arts en patiënt legitimeert, dient in de toekomst het contact vanuit een anticiperende houding gerechtvaardigd te worden. Vanuit de gebleken geringe waarde van verschillende screeningsmethoden, dienen nieuwe methoden ontwikkeld en geëvalueerd te worden. Voor de huisarts liggen kansen voor het geven van gezondheidsadviezen en de opsporing van kwalen bij oudere en chronische patiënten, die normaal onvermeld zouden blijven. Samenwerking en nascholing zijn hierbij de voorwaarden, die door de overheid duidelijk ondersteund moeten worden.

VERHAAK, P.F.M.

Dokters in beeld: een beschrijving van 2690 huisconsulten aan de hand van observatie van klachten en verrichtingen.

Utrecht: Nivel, 1987.84 p., 16 lit. opgn.

nivel (R 3175)

In dit rapport zijn 2690 consulten van 59 huisartsen beschreven aan de hand van 'video-onderzoek'; observatie van huisartsconsulten m.b.v. video-apparaatuur.

In de verschillende hoofdstukken wordt ingegaan op de onderzoeksmethode, de beschrijving van het onderzoeksmateriaal, de patiënten, het klachtaanbod, de verrichtingen van de huisarts, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de duur van de consulten. Wat betreft de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding worden in het rapport de uitkomsten van het onderhavige onderzoek vergeleken met resultaten uit ander onderzoek: Veel ziekten zijn multi-causaal bepaald en kunnen slechts bestreden worden wanneer mensen hun levensstijl daarbij aan willen passen. In dit opzicht worden gezondere voeding, meer beweging, minder stress, niet roken en een vermindering van de alcoholconsumptie genoemd. Artsen rapporteren over hun routine met betrekking tot het informeren naar rook- en drinkgewoontes als volgt: 32% respectievelijk 15% doet dat meestal of altijd, ongeacht de klacht; wanneer klachten hiertoe aanleiding geven zeggen ze echter allemaal dit meestal of altijd te doen. De eerste cijfers lijken nog aan de optimistische kant: maar bij 2% en 4% van de consulten uit het video-onderzoek komen respectievelijk alcoholconsumptie en rookgewoonten ter sprake, waarvan het grootste deel klaarblijkelijk naar aanleiding van klachten geschiedde. Alhoewel een vergelijking van onderzoek niet goed mogelijk is gezien de verschillen in aggregatieniveau is toch meer één conclusie mogelijk: de huisarts licht de patiënt tijdens het consult zeker niet systematisch voor over riskante en gezonde leefgewoonten.

VERHAAK, P.F.M., VRIES, P.J. DE

Meningen over preventie: ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag.

Utrecht: NIVEL, 1987. 102 lit. opgn., 30 lit. opgn., bijln.

nivel (R 3173)

In het onderzoek staan vier vragen centraal:

1. In hoeverre zijn huisartsen gemotiveerd om preventieve activiteiten te ondernemen op het gebied van:
 - opsporen van hypertensie;
 - opsporen van cervixcarcinoom;
 - opsporen van mamma carcinoom;
 - opsporen van alcoholgebruik, roken en overgewicht.
2. Hoe groot is de discrepantie tussen het feitelijk gedrag op bovengenoemde gebieden en het ideaal.
3. Is er een samenhang tussen de wens om op bepaalde gebieden al dan niet preventieve activiteiten te ondernemen en:
 - meningen over verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid, zinnigheid, uitvoerbaarheid;
 - gezondheidsgedrag van de arts zelf (met betrekking tot roken, drinken en gewicht).
4. Is er een samenhang tussen de mate waarin men thans al dan niet preventieve activiteiten onderneemt en de onder 3 genoemde meningen, praktische randvoorwaarden en het gezondheidsgedrag.

Uit het onderzoek blijkt dat onder ideale omstandigheden de huisartsen veel meer energie zouden willen steken in het opsporen van ernstige aandoeningen en riskante leefgewoonten. Feitelijk doet men daar thans nog niet veel aan. Huisartsen willen wel maar kunnen niet preventief te werk gaan. Een meerderheid vindt dat preventieve activiteiten tot het takenpakket van de huisarts behoort en acht deze aanvaardbaar voor de patiënt. De huisartsen zijn echter somber gestemd over de haalbaarheid: de gegevens ontbreken voor de huisarts, de praktijk is er niet op toegesneden en de arts mist therapeutische mogelijkheden voor de follow-up, bijvoorbeeld bij een 'opgespoorde' alcoholist. De huisartsen gaan in het algemeen niet systematisch te werk; dit geldt zowel voor het vroegtijdig opsporen van ziekte als voor de bemoeienis van de huisarts met de manier van leven van de patiënt. Dit laatste is echter moeilijk te verklaren door praktische belemmeringen: het is niet zozeer een kwestie van tijd of assistentie dat artsen in het algemeen niet iedere willekeurige patiënt over rook-drink- of eetgewoonten onderhouden. Wat betreft het effect van de persoonlijke kenmerken van de arts op hun beroepsuitoefening wordt het volgende opgemerkt:

Artsen hebben een relatief ongezonde leefstijl (Adriaanse, Lens). Uit onderhavig onderzoek blijkt echter dat de leefstijl van de huisarts weinig invloed heeft op de uitoefening van zijn beroep. Alcoholgebruik door de huisarts hield geen verband met zijn activiteiten inzake preventie van alcoholgebruik, overgewicht niet met het geven van vermageringsadviezen. Belangwekkend is het feit dat sigaretten rokende artsen minder vaak naar rookgewoonten blijken te informeren. Maar ook voor deze verbanden geldt dat de resultaten niet de indruk wekken dat het gegeven dat men zelf niet rookt of drinkt leidt tot meer preventieve activiteiten in dat opzicht.

De onderzoekers komen tot de slotsom dat de meeste huisartsen in de onderzochte groep vinden dat preventie wel moet en ook mag, maar dat er in de praktijk niet veel van terecht komt, zelfs al heeft een arts genoeg assistentie, tijd en middelen daartoe. Blijkbaar ontbreekt bij de meerderheid een extra, dat 'bezieling' genoemd kan worden, dat maakt dat wat een minderheid klaarspeelt, voor de meerderheid onder de categorie 'vrome wensen' blijft vallen.

WECHSLER, H., LEVINE, S., IDELSON, R.K., ROHMAN, M., TAYLOR, J.O.

The physician's role in health promotion: a survey of primary care practitioners. New England Journal of Medicine; 308, 1983, no. 2, p. 97-100, 4 lit. opgn.

nivel

Een onderzoek naar de gvo-oriëntatie, de attitude en het handelen in de praktijk van huisartsen op het gebied van gvo. Data werden verzameld via een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst werd in juni 1981 naar 839 eerstelijnsartsen gestuurd in Massachusetts (ca. 25% van alle eerstelijnsartsen). 433 vragenlijsten bleken geschikt voor analyse. De lijst bestond uit multiple choice items. De volgende vragen stonden centraal:

- Wat vindt men van gvo?
- Wat weet men van de patiënt en wat doet men voor hen op dat gebied?
- Zien de artsen gvo als een onderdeel van hun taak?
- Wat denken zij van de effectiviteit van gedragsverandering van hun pati-

enten?

- Welke behoefte bestaat er onder artsen op het gebied van informatie en diensten?
- Hoe schatten zij hun kans op succes in?

De meeste artsen stemmen in met de aanbevelingen die zij krijgen bij gvo van de 'Surgeon General' met betrekking tot het verminderen van roken, verminderen van de inname van calorieën, en het gebruik van veiligheids-gordels.

Veel minder overeenstemming was er tussen de artsen waar het aerobic-oefeningen, alcoholgebruik en voeding betrof. De auteurs gaan puntsgewijs in op de items en zijn van mening dat het aantal artsen dat gvo belangrijk vindt, zeer bemoedigend is. Zij eindigen met enige aanbevelingen op o.a. het gebied van scholing van artsen.

WELLS, K.B., WARE, J.E., LEWIS, C.E.

Do physicians preach what they practice?: a study of physicians' health habits and counseling practices.

Journal of the American Medical Association; 252, 1984, no. 20, p. 2846-2848, 17 lit. opgn.

+

WELLS, K.B., WARE, J.E., LEWIS, C.E.

Physicians' practice in counseling patients about health habits.

Medical Care; 22, 1984, no. 3, p. 240-246, 16 lit. opgn.

nivel

Twee verslagen van een onderzoek. De auteurs ontwikkelden en testten een tweedimensionaal model betreffende het gedrag van artsen bij het adviseren van hun patiënten over hun gezondheidsgedrag (roken, gewicht, alcoholconsumptie, lichaamsbeweging). De twee dimensies bestonden uit de indicaties voor routine counseling en de mate van agressiviteit van de counselingstijl. Een vragenlijst werd gestuurd naar leden van een Western County Medical Society in 1978. De respons was 76%. Betrouwbaarheid en validiteit van het model bleken uitstekend te voldoen. Artsen gaven op het gebied van roken en gewichtscontrole meer adviezen dan op het gebied van alcoholconsumptie en lichaamsbeweging. De auteurs concluderen dat het model geschikt is voor verder onderzoek op het terrein van counselinggedrag van artsen. (vert. aut. ref.)

ZEE, J. VAN DER, VERHAAK, P.F.M.

Preventie: een kwestie van routine?

Medisch Contact; 44, 1989, no. 3, p. 75-78, 21 lit. opgn.

nivel

Preventie, opgevat als de actieve, vroegtijdige, populatiegerichte opsporing van bepaalde ziekten of het zonder 'aanleiding' informeren naar bepaalde leefwijzen, zal niet zomaar onderdeel van het werk van de huisarts worden, alle intenties en goede bedoelingen ten spijt. Dit is één van de conclusies die getrokken kan worden uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtin-

gen in de huisartspraktijk.

In het kader van deze studie is o.a. gevraagd naar de mening van de artsen over preventie binnen de huisartspraktijk. Onder ideale omstandigheden staan de artsen zeer positief tegenover primaire en secundaire preventie. de preventieve handeling die de artsen het meest verrichten is het uitstrijkje (tijdens het consult). Activiteiten waar ook onder ideale omstandigheden de meeste terughoudendheid over lijkt te bestaan, zijn het informeren naar drinkgewoonten als de klacht daar geen aanleiding toe geeft en het systematisch noteren van het gewicht van alle normale patiënten. De grootste discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid vindt men bij het systematisch oproepen van vrouwen (die niet voor pil- of zwangerschapscontrole komen) voor het opsporen van baarmoederhalskanker. Bij roken bestaat de minste discrepantie. Alcohol is duidelijk minder geaccepteerd als risicofactor dan roken. In de Nationale Studie is ook aandacht besteed aan de leefstijl van de artsen zelf. Opvallend is een dalende tendens. Rokende huisartsen vormen een minderheid, tweederde rookt niet of niet meer, overgewicht komt weinig voor, en ook alcoholgebruik lijkt gematigd.

De overall conclusie luidt: huisartsen zijn slechts bij uitzondering actief op het gebied van ongevraagd en niet aan de klacht gebonden preventie. De auteurs gaan in het vervolg van het artikel in op resultaten van ander onderzoek en eindigen met het bespreken van en antwoorden op de volgende vragen:

- Is het echt zo matig gesteld met de populatiegericht preventie?
- Zo ja, wat dan nog, is dat nu zo erg?
- Hoe komt dat nu? Is er wat aan te doen?

3. Technieken en strategieën

ADRIAANSE, M., LAAN, B. VAN DER

Extramurale gezondheidszorg: functie en taken van de wijkverpleegkundige.
Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989. p. 550-575, 29 lit. opgn.
niveau (B 2218)

Hoofdstuk 28 van dit leerboek is gewijd aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding door wijkverpleegkundigen. Voor het begrip gvo wordt gebruik gemaakt van de definitie van de WHO: 'GVO is het volgens verantwoorde methoden geven van voorlichting, het bijbrengen van vaardigheden en het aankweken van attitudes met de bedoeling bij te dragen tot die verbreiding van gedragspatronen en levenswijze die geacht worden rechtstreeks bevorderlijk te zijn voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de mensen, de veiligheid en het juiste gebruik van beschikbare medische en sociaal-geneeskundige voorzieningen'. Het gvo-proces wordt in drie fasen onderscheiden:

1. de probleemanalyse: hoe vaak komt het probleem voor, hoe ernstig is het probleem en welke gedragingen beïnvloeden het probleem?
2. gedragsdeterminanten: waarom handelt men zoals men handelt: aandacht voor het Health Belief Model en het model van Ajzen en Fishbein
3. gedragsbeïnvloeding: verschillende methoden en technieken en
4. evaluatie: effect en rendement.

BAAN, B.

Strategieën ter bevordering van het niet-roken.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 25, p. 1132-1139, 30 lit. opgn.
niveau

De auteur gaat in op ontwikkelingen in het tabakgebruik en de houding ten opzichte van tabaksgebruik. De situatie in 1986 wordt beschreven en de rol en beïnvloedingsmiddelen van de tabaksindustrie. Een aparte paragraaf wordt gewijd aan het ontmoedigingsbeleid van nationale overheden en de aanbevelingen welke zijn gedaan door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Wat betreft de Nederlandse situatie wordt het beleid van de Stichting Volksgezondheid en Roken beschreven en de strategie van deze stichting. De gezondheidszorg neemt binnen dit geheel een aparte positie in: Nederlandse huisartsen blijken weinig waarde te hechten aan de voorbeeldfunctie op het terrein van gezondheidsgedrag, in het bijzonder van hun rookgewoonten. Uit onderzoek blijkt dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij het stoppen met roken. Een rokende huisarts zal minder invloed hebben op het rookgedrag van een patiënt dan een niet-rokende huisarts.

BAKKER, J.T.C., HOEVENAARS, J.A.M., JONG, C.A.J. DE.

Huisarts en roken: is ontmoediging van het roken en hulp bieden bij het stoppen met roken een taak van de huisarts?

Medisch Contact; 43, 1988, no. 31/32, p. 915-917.

nivel

De aanleiding van het artikel is de spontane actie van één van de auteurs om patiënten uit zijn praktijk te helpen bij het stoppen met roken en het positieve effect van deze actie.

Roken is een bekende risicofactor: 40% van de personen die twintig of meer sigaretten per dag roken overlijden voor het 65ste levensjaar. De huisarts zou een voortrekkersrol moeten hebben bij gezondheidsbevorderend voorlichten. Uit een eigen onderzoek(je) blijkt dat de niet-rokende huisarts kritischer tegen over rokende patiënten staat dan zijn rokende collega. De eerste is van mening dat een actief beleid, gericht op het stoppen met roken, effectief kan zijn. In de contacten met patiënten wijst hij op de nadelige effecten van het roken. Een rokende huisarts is vaak toegevend tegenover de rokende patiënt en hij wijst minder vaak op nadelige effecten van roken. De groep rokende huisartsen is voorts van mening dat de activiteiten beperkt moeten blijven tot het huidige niveau. Soms is er sprake van fatalisme ten aanzien van de effecten van anti-rookactiviteiten. Een enkeling meent dat advisering betutteling is. De niet-rokers willen iets meer doen.

In tegenstelling tot de huidige werkwijze zou van elke patiënt het rookgedrag moeten worden geregistreerd. Dit, om op de hoogte te zijn van het rookgedrag en om te kunnen beschikken over gegevens met betrekking tot risicofactoren. Elke rokende patiënt zou geadviseerd moeten worden met roken te stoppen. Naast dit advies zou de arts ook steun moeten bieden. Het advies van de auteurs luidt: bied de patiëntenpopulatie voorlichtingsmateriaal aan in de wachtkamer, maar schrijf stukjes in de plaatselijke krant en organiseer cursussen om te stoppen met roken.

De opzet van de cursus die door de huisarts was opgezet wordt uitgebreid beschreven. Het resultaat was bemoedigend. Van de praktijkpopulatie van ruim 2.000 zielen bleken bij de telefonische enquête 300 mensen meer dan vijftien sigaretten per dag te roken. Van deze mensen kwamen er 90 op de informatieavond. Uiteindelijk schreven zich 42 mensen in voor de cursus. gedurende de cursus haakten er 12 af; 30 mensen hebben de cursus tot het einde gevolgd. Van deze groep bleken na zes maanden 16 nog niet te roken: een succespercentage van 38%.

BENGEL, J., KOCH, U., BRÜHNE-SCHARLAU, CHR. (reds.)

Gesundheitsberatung durch Ärzte: ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz.

Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1988. 544 p., 320 lit. opgn., tabn.

Wissenschaftliche Reihe, 32.

nivel (B 2098)

Het project 'Gesundheitsberatung durch Ärzte' in Hamburg en de Pfalz begon in 1982 en werd in 1984 afgesloten. In dit project werden 72.545 verzekerden tussen de 30 en 50 jaar door de 6 participerende ziekenfond-

sen voor vrijwillig verzekerden uitgenodigd voor een gesprek over gezondheid(sgedrag). Met ca. 18% van de respondenten werd tenminste 1 gesprek gevoerd. In totaal namen 171 huisartsen en internisten deel aan het onderzoek. Voor deze artsen was een gericht programma ontwikkeld voor bijscholing. Zij werden voor hun deelname betaald.

Doel van het project was om voor de gezondheid schadelijke leefgewoonten te veranderen. Het project was vooral gericht op de motivatie van betrokkenen om zelf initiatieven dien aangaande te ontplooien. Aan de respondenten werden alternatieve leefgewoonten voorgehouden.

Het boek is een verslag van de evaluatie van dit project. Aan de orde komen o.a.:

- Organisatie van het project;
- De scholing van de deelnemende artsen;
- Aspecten van preventieve geneeskunde; risicofactoren, de rol van de arts;
- Onderzoeksmethoden, dataverzameling;
- De risicofactoren: roken, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging, stress, hypertensie;
- De gedragsveranderingen
- De methodiek die de artsen hebben toegepast: opbouw van het gesprek: begroeting, communicatie(technieken), begeleiding e.d.

Het boek wordt afgesloten met een zeer uitgebreide literatuurlijst, gebruikte formulieren en tabellen.

BEURDEN, W. VAN, GROL, R., TOEMEN, T., BINKHORST, T.

Patiëntenvoorlichting door de huisarts: een consensusstudie.

Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde, 1990. 95 p., 76 lit. opgn.

nivel (R 4535)

Doel van het consensusonderzoek was het opstellen van normen en richtlijnen voor adequate voorlichting door de huisarts die:

- gebaseerd zijn op onderzoeksresultaten
- haalbaar zijn in de dagelijkse praktijk van de huisarts
- aansluiten bij opvattingen van consumenten over de zorg
- bruikbaar zijn voor onderwijs en onderlinge toetsing.

Het gaat derhalve om het opstellen van kwaliteitseisen op het gebied van patiëntenvoorlichting, die aan de wensen van de betrokkenen tegemoet komen.

De vraagstelling van het consensusonderzoek luidde: 'Welke voorlichting dient de huisarts in elk geval te geven aan de patiënt tijdens het consult?'

Het onderzoek was opgesplitst in vier onderdelen: een algemeen deel over voorlichting die in elk consult van belang is, ongeacht de klacht of aandoening, en drie onderdelen over klacht- of aandoeningsspecifieke voorlichting. In het onderzoek stond de inhoud van de voorlichting centraal: dus **wat** moet de huisarts vertellen en niet zozeer **hoe** moet de huisarts iets vertellen. (aut. ref.)

BLACK, G.C., ASHTON, A.L.

Health risk appraisal in primary care.

Primary Care; 12, 1985, no. 3, p. 557-571, 30 lit. opgn.

nivel (C 2937)

Doel van het artikel is om in hoofdlijnen (strategieën, vragenlijsten) aan te geven hoe men voor het uitvoeren van de preventieve geneeskunde gebruik kan maken van een geautomatiseerd systeem om risico's, die een bepaalde leefstijl voor de gezondheid oplevert, in te schatten. Het gaat hierbij om de Health Risk Appraisal (HRA) van de National Centers for Disease Control. Filosofie van de HRA is gebaseerd op de premisse dat mensen probleemoplossende wezens zijn en zelf verantwoorde keuzes kunnen maken t.a.v. hun leefstijl en ook daarnaar kunnen leven. De mens is een uniek en complex wezen en moet gezien worden in al zijn facetten. Uitgaande van deze holistische benadering moeten artsen in hun behandeling risico-reductie, 'health promotion' en 'health maintenance' integreren.

In het artikel wordt tevens aandacht besteed aan de opkomst van de leefstijl-gedachte.

BLUM, A.

The family physician and health promotion: do-gooding or really doing well?

Canadian Family Physician; 28, 1982, no. september, p. 1613-1614, 1616, 1618, 1620, 13 lit. opgn.

nivel

Bij conventionele gvo-programma's, zowel uitgevoerd door de huisarts als door instellingen, ontbreekt het aan creativiteit, continuïteit en kennis van de principes van effectieve gvo. Het verschil tussen goede bedoelingen en werkelijk goede gvo bestaat uit het zorgvuldig opsporen en analyseren van groepen die tegengesteld gedrag stimuleren (zoals de adverteerders voor sigaretten), het bestuderen van het succes van hun campagnes en het neutraliseren, op individueel en nationaal niveau, van de invloeden van deze campagnes door het investeren van tijd en geld in op het individu gerichte gezondheidsbevorderende strategieën. Ook buiten de praktijk zou de arts zich met gvo bezig kunnen houden. Voorbeelden worden gegeven, zoals school, politiek e.d. Problemen zijn: het honoreringssysteem, gvo heeft geen 'glamor', scepsis van de artsen en de opleiding.

CLARK, W.D.

The medical interview: focus on alcohol problems.

Hospital Practice; 20, 1985, 59, 62, 65, 10 lit. opgn.

nivel (C 3174)

Van artsen wordt verwacht dat ze meer doen voor hun alcoholische patiënten. Er is een groot aantal alcoholisten. Paradoxaal genoeg wordt echter nog minder dan 1% bij het consult als zodanig herkend door de arts. In het artikel wordt aan de hand van regels aandacht besteed aan een methode om alcoholisme op te sporen d.m.v. de CAGE test. Daarnaast wordt er ruimte ingeruimd voor de begeleiding van alcoholistische patiënten.

Regel 1: Een alcoholist voelt zich veelal schuldig, is angstig en heeft geen hoge eigendunk. Stel daarom geen vragen over de hoeveelheid alcohol die de patiënt drinkt. Vragen die bijvoorbeeld wel gesteld moeten worden zijn: 'heb je wel eens de behoefte gevoeld om met drinken op te houden', 'heb je je ooit schuldig gevoeld over je drankgebruik' e.d.

Regel 2: Gebruik laboratoriumtests zelden

Regel 3: Bereid vervolgvragen voor (auteur geeft weer voorbeelden).

Het artikel eindigt met aandachtspunten voor het vervolg: de hulp die de arts kan geven. Uitgangspunt hierbij is een respectvolle, niet veroordelende houding.

EVERAERD, W.

Stoppen met roken.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, no. 31, p. 1484-1485, 3 lit. opgn.

nivel

Aangezien er nog steeds 'verboden-te-roken-bordjes' geplaatst worden op plaatsen waar niet gerookt mag worden, is de auteur van mening dat roken (nog steeds) de norm is. Sigaretten kunnen nog steeds overal gekocht worden, elke situatie wordt aangerepen om roken te stimuleren en de tabaksindustrie probeert sinds een aantal jaren de sociale norm over roken te beïnvloeden. Ophouden met roken is in Nederland niet makkelijk constateert de auteur. Stoppen met roken is een moeizaam proces. Uit in het artikel aangehaald onderzoek blijkt dat met sommige strategieën wel succes behaald wordt, maar dat er vaak sprake is van terugval in oude gewoonten. Vooral in situaties waarin negatieve emoties zich voordoen, zoals stress, depressie en angst. Sociale steun lijkt een aangewezen middel om hulp te bieden bij deze problemen. Begrip voor de emotionele problemen en ondersteuning van de patiënt lijken daarbij effectief. De meeste artsen vinden dat zij een rol moeten spelen in preventie en het verminderen van roken. De auteur constateert echter dat er op dit moment geen eenvoudig toepasbaar en onmiddellijk effectief middel is om mensen daarbij te helpen. Artsen kunnen helpen door te informeren en intolerant te zijn ten aanzien van roken.

FIELD FASS, M., VAHLDIECK, L.M., MEYER, D.L.

Teaching patient education skills: a curriculum for residents.

Washington: University of Wisconsin 1983. xi, 199 p., bijln., 100 lit.opgn.

nivel (R 3007)

Een zeer gedetailleerd curriculum onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

- communicatie en basisvaardigheden op het gebied van gvo
- psychosociale factoren
- strategieën op het gebied van gvo: korte termijn
- gvo: helpen bij gedragsverandering bij afwezigheid van klachten
- strategieën op het gebied van gvo: lange termijn: chronische aandoeningen

- incorporeren van gvo in de praktijkvoering

FREEMAN, S.H.

Health promotion talk in family practice encounters.

Social Science and Medicine; 25, 1987, no. 8, p. 961-966, 13 lit. opgn.

nivel

Het huisartsgeneeskundig model gaat uit van de patiënt als psychosociaal wezen en benadrukt het belang van preventie om de gezondheid te bewaren. Gegeven dit uitgangspunt zou verwacht kunnen worden dat tijdens gesprekken tussen arts en patiënt vaak gezondheidsgedrag aan de orde zou komen. Niets is minder waar: er wordt veelal niet over betreffende onderwerpen gesproken. Waar dat wel gebeurt ervaren zowel de arts als de patiënt dat als problematisch en worden allerlei conversatie-strategieën gebruikt om de leefstijl topics in het verdere verloop van het gesprek te omzeilen. Over dit laatste wordt aan de hand van cases in dit artikel verslag gedaan.

FREIDIN, R.B.

Primary care multidimensional model: a framework for formulating health problems in a primary care setting.

General Hospital Psychiatry; 2, 1980, p. 10-19, 43 lit. opgn.

nivel (C 2942)

De auteur constateert dat er voor het behandelen van gezondheidsproblemen grote behoefte bestaat aan een systematische methode om lichamelijke, emotionele, persoonlijke en omgevingsgegevens van de leefstijl van de patiënt te integreren. The Primary Care Multidimensional Model (PCMM) is een dergelijk methode die is toegepast op 276 klachten. Vijfenzeventig procent van de klachten was van primair lichamelijke aard, 14% van psychische en 9% van sociale aard. Bij 67% van de 'biologische' klachten speelden emotionele, persoonlijke en sociale factoren een rol. Ook de psychische en sociale klachten waren multidimensionaal. Eerstelijnsartsen staan als lange termijn hulpverleners dicht bij de mensen, waardoor ze een vinger aan de pols kunnen houden. Zij zouden veel baat kunnen hebben van dit biopsychosociale model.

HOLLAND, W.W., BREEZE, E.

Good life-styles for good health.

World Health Forum; 7, 1986, no. 4, p. 380-386, 16 lit. opgn.

nivel (C 598)

Ondanks de enorme ontwikkelingen binnen de geneeskunde is er maar een bescheiden winst gemaakt bij de bestrijding van chronische ziekten en de kosten van de gezondheidszorg zijn enorm hoog geworden. Het is daarom niet verwonderlijk dat de aandacht momenteel meer uitgaat naar preventie en met name leefstijl staat in het centrum van de belangstelling nu het verband tussen een bepaalde leefstijl en bepaalde chronische ziekten vast

staat. In het verloop van het artikel worden verschillende aandachtspunten en strategieën genoemd. Primaire preventie zou zich vooral moeten richten op de bevolking in het algemeen, maar ook het opsporen van risicogroepen is belangrijk. Gvo moet geschieden in alle openbare gelegenheden, scholen en op de werkplek. Ouders, popsterren, populaire sportmensen moeten zich bewust worden van hun verantwoordelijkheid (voorbeeldfunctie). Een belangrijke rol is tevens weggelegd voor de eerstelijnsgezondheidszorg als contactpunt tussen patiënt en gezondheidszorg. De auteur noemt de kraamzorg, screening en het opsporen van risicogroepen. De eerstelijnszorg zou geherstructureerd moeten worden in die zin dat ze een bredere verantwoordelijkheid zouden krijgen voor preventie.

De overheid zou wettelijke maatregelen moeten treffen en zou een (inter)nationale strategie moeten ontwikkelen. Onderzoek en evaluatie, opleiding en training worden door de schrijvers als belangrijk aangemerkt.

KNIBBE, J.J.

Fysiotherapie en secundaire preventie van lage rugklachten: literatuurstudie naar mogelijkheden en beperkingen.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 97, 1987, no. 7/8, p. 175-18385 lit. opgn.

nivel

Secundaire preventie van lage rugklachten door de fysiotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg is hard nodig in verband met het grote aantal recidieven. De theoretische mogelijkheden voor de fysiotherapie zijn goed te noemen. Voor een ontwikkeling van deze zijde van de fysiotherapie kan o.a. geput worden uit ervaringen en ontwikkelingen in het buitenland. Essentieel is dat men werkt vanuit een holistisch gezondheidgeoriënteerd model, en niet uitsluitend vanuit een medisch ziektemodel. De auteur beschrijft het model 'belasting/belastbaarheid' en constateert dat de meeste invloedsfactoren te maken hebben met levensstijl en levensomstandigheden in brede zin. Voor het in stand houden van een optimaal en min of meer stabiel evenwicht belasting/belastbaarheid is veelal een bepaald gedrag van de hulpvrager vereist (oefenschema's, dieet, sport, juiste tiltechniek e.d.).

Er zijn echter ook belangrijke beperkingen, die remmend werken en maken dat men, wil men secundaire preventie in de werkwijze integreren, tegen allerlei weerstanden in moet werken. De bottle-neck lijkt te liggen bij de financieringsstructuur, maar een aangepaste opleiding, effectieve interdisciplinaire samenwerking en vooral ook verbeterde registratie lijken evenzeer van belang.

MANT, A., CRIPPS, A.L., BREDEN, M., LAWSON, J.G.

Health promotion in general practice: new themes in traditional settings.

Social Science and Medicine; 19, 1984, no. 4, p. 467-469 van, en controle op rookgewoonten

Roken en overgewicht moeten gezien worden als opzichzelf staande problemen.

Eén en ander heeft consequenties in de personele sfeer maar ook op het

gebied van de honorering. Daarnaast zal de attitude t.a.v. de beroepsuitoefening een verandering moeten ondergaan.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS

Prevention of psychiatric disorders in general practice: report of a sub-committee of the Royal College of General Practitioners Working Party of Prevention. London: RCGP, 1981. 17 p., 38 lit. opgn.
niveau (R 3945(20))

Het rapport is bedoeld als een praktisch handvat voor de preventie van psychiatrische klachten. Huisartsen worden vaak geconsulteerd voor psychische en psychosomatische klachten als er zich in het leven van de patiënt belangrijke veranderingen voordoen, zoals zwangerschap, bevalling, verlies van een naaste, ernstige ziekte en dergelijke. De rol van de huisarts kan in deze zeer belangrijk zijn. De preventie bestaat voornamelijk uit anticiperende begeleiding, ondersteuning tijdens en na de gebeurtenis, vroege behandeling bij pathologische reacties, en wanneer noodzakelijk, verwijzing naar een specialist. In het vervolg van het rapport worden specifieke klachten en hun behandeling besproken. Eén van die problemen is alcoholgebruik. Het rapport eindigt met aanbevelingen over o.a. opleiding, verder onderzoek en samenwerking tussen de betreffende disciplines. De Royal College pleit voor een meer positieve houding ten aanzien van zelf-hulpgroepen

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS

Alcohol: a balanced view.
London: RCGP, 1986. 57 p., 186 lit. opgn.
niveau (R 3945(24))

Een uitgebreid rapport over alcoholmisbruik en de rol die de huisarts kan spelen bij preventie en behandeling. In hoofdstuk 1 komen de drinkers zelf aan de orde: kenmerken en de mate waarin men drinkt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het waarom van het drinken, het waarom van het steeds meer gaan drinken, maar ook de redenen om het drinken te reduceren. De gevaren en de risico's komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Het rapport staat verder in het teken van de huisarts: opsporing, vragenlijsten, registratie, methoden en strategieën, communicatietechnieken e.d. Tenslotte gaan de auteurs in op specifieke problemen binnen bepaalde bevolkingsgroepen.

SCHACHTSCHABEL, J.W.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding in het klein.
Patient Care; 13, 1986, no. 7, p. 12-14
niveau

De voorlichting in de huisartspraktijk: door een kennismakingsgesprek wordt een aantal vooroordelen en onduidelijkheden opgeruimd. Op het spreekuur, via de patiëntenkrant met artikelen van teamleden en patiënten ter vergroting van de kennis en ter versterking van het vertrouwen in natuurlijke processen,

via gespreksgroepen, waarin intensievere voorlichting en motivatie tot gedragsverandering worden gegeven en via de patiëntenvereniging kan de huisarts (of het gezondheidscentrum) de patiënt op het gebied van voorlichting goede diensten bewijzen. (aut. ref.)

SMERDON, G., PATON, A.

ABC of alcohol: detection of general practice.

British Medical Journal ; 284, 1982, no. 6311, p. 255-257, 2 lit. opgn.

nivel

Risicogroepen worden zeer concreet beschreven: teenagers, huisvrouwen, ouderen, de 'respected', kinderen en de leden van de familie van de alcoholist. De auteur gaat daarna in op de symptomen, die veelal vaag zijn en op de strategie om informatie van de patiënt te krijgen. De arts moet achter de achterliggende beweegredenen zien te komen, moet kunnen luisteren. Belangrijk hulpmiddelen vormen de medische dossiers die nauwkeurig bijgehouden moeten worden.

WERKGROEP PREVENTIE

Huisarts en preventie: advies van de Werkgroep Preventie aan het DB van het NHG.

Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 4, p. 155-156.

nivel

In aansluiting op het aan preventie gewijde wetenschappelijke congres droeg het Ledencongres 1986 het NHG-bestuur op, nadere voorstellen te doen over de te volgen gedragslijn. Op verzoek van het Bestuur heeft de Werkgroep Preventie zich over deze problematiek gebogen. Groepen van aandoeningen die alleen al door hun frequentie relevant zijn, dienen zich als eerste aan voor zinnige preventieve activiteiten. Hiertoe behoren de twee meest voorkomende: hart- en vaatziekten en kwaadaardige gezwellen. Uit de eerste groep koos de Werkgroep preventief handelen ten opzichte van cardiovasculair risico, in de vorm van adequate risico-registratie, opsporing en behandeling van verhoogde bloeddruk en beïnvloeding van rookgedrag. Uit de tweede groep is een keuze gemaakt voor door de huisarts te ondernemen preventieve activiteiten ten opzichte van mamma- en cervixcarcinoom, terwijl ook hier het rookgedrag zou kunnen worden opgevoerd. (aut. ref.).

De Werkgroep doet drie voorstellen:

1. De Werkgroep adviseert het Bestuur te bevorderen dat binnen een bepaalde periode de huisarts beschikt over registratiemogelijkheden waarin gegevens van belang voor primaire en secundaire preventie eenduidig zijn terug te vinden (waaronder ook rookgedrag).
2. De Werkgroep adviseert het bestuur zodanige maatregelen te nemen dat elke huisarts actief zal deelnemen aan maatregelen, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze bijdragen aan een vroege opsporing en een werkelijke verbetering van de prognose (secundaire preventie) van cardiovasculaire aandoeningen en kwaadaardige tumoren.
3. De Werkgroep adviseert het Dagelijks Bestuur te bevorderen dat huisart-

sen actief interveniëren op geleide van de aanwezige positieve risico-indicatoren.
Het advies eindigt met een reactie van het NHG-Bestuur.

WILSON, D.

Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument.

Canadian Family Physician; 30, 1984, p. 1863-1866.

nivel

Een meetinstrument voor hulpverleners om risicogroepen op te sporen op het gebied van gezondheidsgedrag. Het instrument behoeft nog enige bewerking.

4. Effecten

COHEN, S.J., CHRISTEN, A.G., DROOK, C.A., KATZ, B.P, DAVIS, B.J., SMITH, D.M., STOOKEY, G.K.

Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: impact of nicotine gum and chart reminders.

American Journal of Public Health; 77, 1987, no. 3, p. 313-316, 17 lit. opgn. niveau

In dit onderzoek zijn methodes voor verbetering en uitbreiding van counseling van rokers door artsen en tandartsen onderzocht. Bij het onderzoek waren 112 artsen en 50 tandartsen betrokken. De controlegroep of 'advies-alleen'-groep kreeg een lezing van een uur over de consequenties van en het omgaan met roken en een folder met de beschrijving van een vier-stappen-protocol voor het counselen van patiënten over roken. Drie andere groepen ontvingen respectievelijk protocol-herinneringsstickers om op de patiëntenkaarten te plakken; nicotinekauwgum voor de patiënten; zowel stickers als kauwgum.

Uit interviews met 1091 patiënten van de artsen en 647 patiënten van de tandartsen bleek dat door de aanwezigheid van de herinneringsstickers en/of beschikbaarheid van nicotinekauwgum er meer tijd dan voorheen werd besteed aan counseling over roken. Ook veranderde, zowel bij de artsen als de tandartsen, de aard van het counselen. (vert. aut. ref.)

CUMMINGS, K.M., GIOVINO, G., EMONT, S.L., SCIANDRA, R., KOENIGSBERG, M.

Factors influencing success in counseling patients to stop smoking.

Patient Education and Counseling; 8, 1986, no. 2, p. 189-200, 14 lit. opgn. niveau

In het onderzoek werden de resultaten gemeten van anti-rook adviezen van een groep huisartsen. De onderzochte populatie bestond uit 238 sigarettenrokende patiënten uit 28 huisartspraktijken. De patiënten werden drie maanden gevolgd om na te gaan of er veranderingen in het rookgedrag waren opgetreden. Twee metingen werden gedaan om het succes van de adviezen te bepalen:

1. het percentage patiënten dat probeerde te stoppen met roken;
2. het percentage patiënten dat er in slaagde te stoppen met roken.

Het blijkt dat er onder de verschillende artsen een grote variatie is in het percentage patiënten dat probeerde te stoppen met roken (variërende tussen 20% en 77%) en het percentage dat hierin slaagde (0-25%). De studie geeft aan dat het succes van anti-rook counseling gerelateerd is aan de wijze waarop dit is uitgevoerd. In 2 huisartspraktijken werd de patiënt geadviseerd een datum vast te leggen waarop gestopt zou worden met roken en een schema te maken voor follow-up bezoeken aan de huisarts waarin de voortgang zou worden geëvalueerd. In deze 2 praktijken werd een structuur aangebracht in de poging met roken te stoppen, tevens was de patiënt gebonden aan een follow-up. Beide aspecten blijken de sleutel te zijn tot

succesvol counselen van patiënten.

FULLARD, E., FOWLER, G., GRAY, M.

Promoting prevention in primary care: controlled trial of low technology, low cost approach.

British Medical Journal; 294, 1987, no. 6579, p. 1080-1082, 13 lit. opgn.
niveau

In het onderzoek worden drie huisartspraktijken beschreven waarin met ondersteuning van een 'facilitator'(gezondheidsvoorlichter) een screeningsprogramma voor risicofactoren bij cardiovasculaire afwijkingen werd opgezet. Het programma was goedkoop en behoeftte maar eenvoudige technische ondersteuning.

Tijdens het consult werden patiënten gewezen op de mogelijkheid om een afspraak te maken met de praktijkverpleegkundige voor een gezondheidscontrole. De resultaten hiervan werden vergeleken met de gebruikelijke consultatie in de controlegroep. Uit de gegevens van de controlegroep bleek dat er tijdens het onderzoek een toename optrad in bloeddrukmeting, vragen naar de rookgewoonten en het gewicht van de patiënten. Door de participatie van een gezondheidsvoorlichter en de gezondheidscontrole was er echter sprake van een nog grotere toename: de toename in bloeddrukmeting verdubbelde, de toename in onderzoek naar rookgewoonten verviervoudigde en bij gewichtsmetingen vond er een verviervoudiging van de toename plaats.

Dit model kan ook toegepast worden bij preventie op andere gebieden dan de onderzochte.

HAAN, W. DE, HOOGLSTRATEN, J., HORST, G. TER

Het stimuleren van de vraag naar tandheelkundige hulp: een toepassing van Ajzen en Fishbein's theory of reasoned action.

Gezondheid en Samenleving; 6, 1985, no. 2, p. 99-112, 18 lit. opgn.
niveau

In dit artikel wordt verslag gedaan van een poging het gebruik van tandheelkundige diensten door ongesaneerde ziekenfondsverzekerden daadwerkelijk te bevorderen. Theoretisch uitgangspunt daarbij is Ajzen en Fishbein's 'Theory of Reasoned Action'. Het Ajzen en Fishbein model wordt vergeleken met het health-belief-model. De resultaten van dit veldexperiment laten een positieve conclusie toe m.b.t. de bruikbaarheid van Ajzen en Fishbein's theorie voor het verklaren en voorspellen van de vraag naar tandheelkundige hulp. Ajzen en Fishbein's pretentie dat een op hun theoretische inzichten gebaseerde boodschap te prefereren is boven meer traditionele benaderingen wordt door de resultaten niet ondersteund. In praktische zin kan worden geconcludeerd dat beïnvloeding van het gebruik van tandheelkundige diensten alleszins mogelijk is gebleken. Opmerkelijk is dat de onderscheiden boodschappen geen verschil in effectiviteit te zien geven en dat niet zozeer de voorlichting als wel het gebruikte aanmeldingsformulier verantwoordelijk is voor de respons. Stelt men zich tot doel ongesaneerden te bewegen tot

(regelmatig) tandartsbezoek, dan lijkt een meer uitgebreide voorlichting in eerste instantie achterwege te kunnen worden gelaten. Een aanmeldingsformulier, vergezeld van een kort begeleidend schrijven, is minstens even doeltreffend.

HESZEN-KLEMENS, I., LAPINSKA, E.

Doctor-patient interaction, patients' behavior and effects of treatment.

Social Science and Medicine; 19, 1984, no. 1, p. 9-18, 28 lit. opgn.

nivel

Het meeste onderzoek naar effect van communicatie tussen arts en patiënt beperkt zich tot het bepalen van de mate van compliantie van de patiënt. Veel patiënten ondernemen echter naast de adviezen of in plaats van de adviezen van de arts activiteiten voor het eigen welbevinden. Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in het gezondheidsgedrag van patiënten, het eventuele verband tussen de arts-patiënt relatie en het resultaat van behandeling. Ook het directe effect van de arts-patiënt relatie op het behandelingsresultaat werd gemeten. De onderzoeksgroep bestond uit 62 patiënten. Per patiënt werden twee consulten op taperecorder opgenomen en geanalyseerd. Voor het verzamelen van gegevens over het gezondheidsgedrag van de patiënten werden twee interviews per patiënt afgenomen. Het behandelingsresultaat werd met de arts geëvalueerd. Het bleek dat bepaalde aspecten van de arts-patiënt interactie invloed hadden op het gezondheidsgedrag van de patiënt, met name: hoe vaak en in welke mate wordt door de arts informatie gegeven, de emotionele attitude van de arts t.o.v. de patiënt en de mate van participatie van de patiënt.

HOTCH, D.F., SHERIN, K.M., HARDING, P.N., ZITTER, R.E.

Use of the self-administered Michigan alcoholism screening test in a family practice center.

Journal of Family Practice; 17, 1983, no. 6, p. 1021-1026, 10 lit. opgn.

nivel

Een onderzoek naar de bruikbaarheid van de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) in een gezondheidscentrum. Enige verbeteringen worden aanbevolen.

JACK, L.W.

The educational impact of course about addiction.

Journal of Nursing Education; 28, 1989, no. 1, p. 22-28, 10 lit. opgn.

nivel (C 2928)

Het onderzoek had tot doel het effect van een cursus over verslaving te meten op de houding van de verpleegkundigen t.a.v. verslaving en hun eigen leefstijl. De cursus richtte zich vooral op twee aspecten:

- leren zorgen voor verslaafde patiënten
- kennis over en waardering van een (eigen) gezonde leefstijl, als een

strategie voor primaire preventie binnen de verpleging.

Het resultaat wordt door de onderzoekers positief gewaardeerd. Wel zal meer aandacht besteed moeten worden aan het - door verpleegkundigen - hantelen van stress en moet verder onderzoek uitwijzen of ook op de lange termijn positief resultaat behaald wordt met dergelijke cursussen.

JAMROZIK, K., VESSEY, M., FOWLER, G., WALD, N., PARKER, G., VUNAKIS, H. VAN.

Controlled trial of three different anti-smoking interventions in general practice. British Medical Journal; 288, 1984, no. 6429, p. 1499-1503, 15 lit. opgn.
niveau

Van 6052 volwassen patiënten uit 6 praktijken in Oxfordshire die hun arts tussen oktober 1980 en februari 1981 consulteerden, waren er 2110 (35%) die rookten. Er werden vier onderzoeksgroepen samengesteld. Deze groepen bestonden uit een controlegroep (geen interventie), een groep die zowel mondelinge als schriftelijke anti-rookadviezen kreeg van de huisarts, een groep die advies en een demonstratie kreeg over de geïnhaleerde carbon monoxide en een groep die advies kreeg en bovendien gebruik kon maken van de ondersteuning van een health visitor.

Na een jaar vulde 72% van de rokers een per post gestuurde vragenlijst in. Elf procent van de controlegroep zeiden gestopt te zijn met roken vergeleken met 15% van de groep die alleen advies had ontvangen, 17% van de 'carbon monoxide'-groep en 13% van de 'health visitor'-groep. Uit een urine-onderzoek bleek 24% tot 40% van de groep onjuist verslag te hebben gedaan van hun gedrag. Deze percentages waren gelijkmatig verdeeld over de vier groepen. De auteurs concluderen dat advies gecombineerd met het gebruik van een CO-oximeter effectief kan zijn. Dit geldt vooral voor lagere sociaal-economische groepen. (vert. aut. ref.)

REE, J.W. VAN, GERWEN, W. VAN, HOOGEN, H. VAN DEN

Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas en roken. Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 1, p. 21-24, 7 lit. opgn.
niveau

Verslag van de resultaten van het Nijmeegs Interventie Project, een op de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten gericht opsporings- en interventieprogramma, dat is uitgevoerd in de jaren 1976-1979. Uit dit deel van het onderzoek (evaluatie na 3-5 jaar) blijkt dat de meerderheid van de onderzoeksgroep, met uitzondering van de sigarettenrokers, na afloop van het programma zijn ongezonde levensgewoonten weer heeft opgevat. Alle sigaretten-rokers kregen in het interventieproject het advies om met roken te stoppen. Het percentage dat dit advies heeft opgevolgd is ook na langere tijd gelijk gebleven. In de controlegroep is het aantal niet-rokers echter eveneens gestegen, met als resultaat dat het oorspronkelijke verschil tussen de interventiegroep en de twee andere groepen verdwenen is. Uiteindelijk bleek ongeveer 60% van degenen die gestopt waren met roken, dit ook op

langere termijn vol te houden.

REE, J.W. VAN, GERWEN, W. VAN, HOOGEN, H. VAN DEN
Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (2): resultaten op
langere termijn bij de behandeling van hypertensie.
Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 2, p. 53-58, lit. opgn.
niveau

Uit dit evaluatie-onderzoek blijkt dat de door het Nijmeegs Interventie Project bereikte resultaten bij de behandeling van hypertensie na enkele jaren voor een belangrijk deel weer verdwenen zijn. Daarbij zijn duidelijke verschillen tussen de praktijken te constateren: terwijl de resultaten in de ene praktijk nog zijn verbeterd, is in een andere praktijk het aanvankelijke effect zelfs geheel verloren gegaan. De praktijkvoering lijkt een grote invloed te hebben op het uiteindelijke resultaat van de behandeling: bij een stringent beleid, gericht op het systematisch onder controle houden van hypertensiepatiënten, worden op alle fronten betere resultaten geboekt. In de desbetreffende praktijk werd vaker een medicamenteuze behandeling toegepast. In de andere praktijken blijkt een medicamenteuze behandeling echter in het geheel geen garantie te zijn voor systematische controle en een adequate behandeling. De belangrijkste redenen die worden opgegeven voor het ontbreken van een vast omschreven systeem zijn: tevredenheid met de bestaande werkwijze en de opvatting dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het al dan niet nakomen van afspraken. (aut. ref.)

RICHMOND, R.L., AUSTIN, A., WEBSTER, I.W.
Three years evaluation of a programme by general practitioners to help patients
to stop smoking.
British Medical Journal; 292, 1986, no. 6523, p. 803-806, 27 lit. opgn.
niveau

Verslag van een onderzoek naar de effectiviteit van een intensief programma dat door huisartsen gebruikt werd om patiënten te helpen te stoppen met roken. Tweehonderd sigarettenrokers werden verdeeld in twee groepen van honderd: een groep die begeleid werd door de huisarts en een controlegroep zonder interventie. Het programma bestond hieruit, dat na een eerste kennismakingsconsult intensieve voorlichting werd gegeven waarna vier follow-up consulten volgden. Na zes maanden en na drie jaar werd weer naar het rookgedrag van de twee onderzoeksgroepen gekeken. Vijfendertig patiënten uit de interventiegroep rookten na drie jaar niet meer, vergeleken met acht van de controlegroep. Vierenzestig patiënten waren naar het eerste consult gegaan en de eerste follow-up; van deze patiënten rookten er vijfenveertig niet meer bij de eerste follow-up, dertig rookten gedurende zes maanden niet, en 22 rookten na drie maanden niet meer. Onder de 37 patiënten die het hele programma volgden rookte 57% na drie jaar niet meer. Het resultaat van dit onderzoek suggereert dat huisartsen patiënten kunnen helpen met het stoppen met roken. (vert. aut. ref.)

ROBITAILLE, Y., KRAMER, M.S.

Does participation in prenatal courses lead to heavier babies?

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 10, p. 1186-1189, 24 lit. opgn.
niveau

Gedurende acht maanden werd een onderzoek gehouden onder 1676 van het eerste kind zwangere vrouwen. Onderzoek werd gedaan naar de impact van een prenatale cursus op geboortegewicht, het gewicht van de moeder en rookgedrag van de moeder. Vrouwen die de cursus volgden waren in het algemeen ouder en behoorden tot een hogere sociaal-economische groep, ook waren er minder rokers onder deze vrouwen.

Uit de resultaten blijkt dat een dergelijke cursus weinig invloed heeft op het hierboven gestelde. Wellicht heeft het wel andere positieve gevolgen: het verbeteren van het psychologisch welbevinden van de vrouwen en een snellere en beter verlopende bevalling.

ROST, K., ROTER, D.

Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients.

Gerontologist; 27, 1987, no. 4, p. 510-515
niveau (C 2758)

Verslag van een onderzoek, dat voornamelijk gericht was op al dan niet compliant gedrag van ouderen met name waar het gaat op geneesmiddelen-gebruik en het volgen van adviezen op het gebied van leefstijl. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 83 oudere patiënten van een eerstelijnskliniek die specifiek gericht was op ouderenzorg. Van de 42 patiënten die adviezen hadden gekregen op het gebied van leefstijl kon 52% van deze groep zich de adviezen niet meer voor de geest halen na het consult. Communicatiepatronen bleken meer van invloed te zijn op deze uitkomst dan de affectieve staat of het cognitieve functioneren van de patiënt.

ROWE, I., BOSS, P., BAXTER, R.

Evaluation of automated health testing and the Shepherd Foundation: lifestyle changes three months and two years after testing.

Australian Family Physician; 13, 1984, no. 13, p. 742-746, 12 lit. opgn.
niveau

Na een gezondheidstest per computer werd na drie maanden en na twee jaar een follow up gehouden. Na drie maanden en na twee jaar bleek 39,5% de veranderde leefgewoonten vol te hebben gehouden. 28,4% Rapporteerde na twee jaar een verandering ten goede, maar niet bij het na drie maanden gehouden interview. 10,7% Rapporteerde veranderingen na drie maanden. Zij hadden het echter niet na twee jaar volgehouden. Na twee jaar scoorden dieet (41,2%), lichaamsbeweging (27,2%), consumptie van koffie en thee (21,0%) en verminderen van stress (19,3%) het hoogst.

SCHUURMAN, J.H., REELICK, N.F., HOF, M. VAN 'T, HAES, W.F.M. DE, BAUSCH-GOLDBOHM, R.A., STURMANS, F.

De Kaunas Rotterdam Intervention Study (KRIS) VIII: veranderingen in rookgewoonten bij de deelnemers aan het 5-jarig behandelingsprogramma.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 2, p. 47-54, 8 lit. opgn. niveau

In het KRIS-project werden gedurende vijf jaar anti-rookadviezen gegeven aan personen met matig verhoogde risicofactoren voor hart- en vaatziekten die deelnamen aan een behandelingsprogramma ter verlaging van deze risicofactoren. Na vijf jaar bleek het rookgedrag in deze groep nauwelijks sterker veranderd te zijn dan in een vergelijkingsgroep van personen met normale waarden op de risicofactoren voor hart- en vaatziekten, die niet aan een behandelingsprogramma hadden deelgenomen en veel minder frequent anti-rookadviezen hadden ontvangen. De omvang van de veranderingen in het rookgedrag was bovendien beperkt. Geconcludeerd wordt dat het geven van persoonlijke anti-rookadviezen in het kader van screening c.q. in het kader van een interventieprogramma zoals de KRIS weinig invloed heeft op het rookgedrag van de deelnemers. (aut. ref.)

SCHUURMAN, J.H., REELICK, N.F., HAES, W.F.M. DE.

De effectiviteit van anti-rookadviezen gegeven in het kader van screeningsprogramma's op risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 3, p. 94-104, 32 lit. opgn. niveau

Screeningsprogramma's op risicofactoren voor hart- en vaatziekten worden nog vaak beschouwd als een geschikt kader voor het geven van antirookadviezen. In dit artikel wordt ingegaan op de effectiviteit van persoonlijke anti-rookadviezen in een aantal screeningsprogramma's. Geconcludeerd wordt dat alleen bij een zeer intensieve advisering en begeleiding een redelijk percentage rokers met roken stopt. Bij het wegvallen van deze begeleiding blijkt het moeilijk het stoppen vol te houden. Het betrekken van de sociale omgeving bij de 'therapie' lijkt van groot belang. Verder lijkt het wenselijk dat wordt gezocht naar nieuwe methoden om rokers van het roken af te helpen buiten het kader van screeningprogramma's. (aut. ref)

STEWART, M.

Factors affecting patient's compliance with doctor's advice.

Canadian Family Physician; 28, 1982, september, p. 1519-1520, 1522, 1524, 1526, 21 lit. opgn.

niveau

In welke mate en hoe succesvol kunnen huisartsen patiënten adviseren met betrekking tot eetgewoonten, lichaamsbeweging en rookgedrag. Een onderzoek onder 24 huisartsen en 66 patiënten met cardiovasculaire klachten toont aan dat tweederde van de patiënten advies heeft gekregen tijdens een met audio-visuele middelen geregistreerd consult. Van diegenen die advies

hebben gekregen zegt 29%, tijdens een thuis afgenomen interview 10 dagen na het consult, zich het advies te herinneren. Het gedrag van de arts tijdens de interactie blijkt hierop van invloed. Het opvolgen van advies blijkt uitsluiten bepaald te worden door attitude van de patiënten en door de ernst van de problemen. (vert. aut. ref.)

THOMPSON, R.S., MICHNICH, M.E., FRIEDLANDER, L., GILSON, B., GROTHAUS, L.C., STORER, B.

Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice.

Medical Care; 26, 1988, no. 1, p. 62-76, 46 lit. opgn.

nivel

In het onderzoek werden drie interventiemethoden voor het stoppen met roken getest: advisering en begeleiding door de arts, toegezonden brieven en voorlichtingsmateriaal ontworpen door het National Cancer Institute en verwijzing naar stop-met-roken-groepen. Aan het onderzoek deden 37 artsen mee en 95% van hun patiënten. Bij de follow-up was dat nog 92% van de patiënten. Geen van de methoden of een combinatie van die methoden had na 8 tot 9 maanden een in het ooglopend effect. Wel was het zo dat advisering en begeleiding door de arts gecombineerd met het toezenden van voorlichtingsmateriaal als gevolg had dat de patiënten vaker probeerden te stoppen met roken, terwijl verwijzing naar stop-met-roken-groepen zeer ineffectief bleek te zijn.

TOEMEN, T., GROL, R., BEURDEN, W. VAN.

Patiëntenvoorlichting door de huisarts: feitelijk handelen in de praktijk en effecten op patiënten.

Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde, 1990. 183 p., 13 lit. opgn.

nivel (R 4535)

Onderdeel van het onderzoeksproject 'Patiëntenvoorlichting door de huisarts: normering en protocollering'. Dit verslag betreft het effectonderzoek: een onderzoek naar het feitelijke handelen van de huisarts op het gebied van patiëntenvoorlichting en naar de samenhang tussen het geven van voorlichting en de opvattingen en het gedrag van patiënten ten aanzien van ziekte en hulp van de huisarts.

VISSER, A.P.H., FIJEN, A., VAART, P.J.M. VAN DER, JONKERS, J.R., MENGES, L.J., WESTERMAN, F., DAMOISEAUX, V.

Het bloed kruipt waar het niet gaan mag: lessen uit voorlichting aan patiënten met te hoge bloeddruk.

Nederlands Tijdschrift voor Diëten; 42, 1987, no. 4, p. 91-95, 10 lit. opgn.

nivel

Bij patiënten met te hoge bloeddruk is de therapietrouw vaak laag. Voorlichting is een middel om patiënten meer te motiveren tot een gezonde leefwijze. In een polikliniek is een voorlichtingsprogramma experimenteel ingevoerd. Het programma bestond uit het vertonen van een videofilm, het uitreiken van een folder en mondelinge informatie door de doktersassistente. Uit de resultaten blijkt dat het voorlichtingsprogramma niet leidde tot een toename van de kennis over hoge bloeddruk, een gezonde gedragwijze, een grote tevredenheid met de ontvangen voorlichting en een daling van de bloeddruk. Zowel bij de controle- als de extra voorgelichte groep daalde de natriumuitscheiding in de urine, hetgeen kan worden toegeschreven aan de gewijzigde supervisie van de patiënten. In de bespreking wordt de nadruk gelegd op het belang van een analyse van de specifieke kennis- en gedragsproblemen van de voor te lichten groep, een specifieke informatieverstrekking over hoge bloeddruk en het inruimen van tijd voor mondelinge voorlichting. Aanbevelingen worden gegeven voor de verbetering van de voorlichting aan patiënten met te hoge bloeddruk. (aut. ref.)

WILSON, D., WOOD, G., JOHNSTON, N.E.A.

Randomized clinical trial of supportive followup for cigarette smokers in a family practice.

The Journal of the American Medical Association; 260, 1988, no. 11, p. 1570-1574, 17 lit. opgn.

nivel

In dit artikel wordt verslag gedaan van enkele resultaten van begeleidingsmethoden bij het stoppen met roken. Er waren drie onderzoeksgroepen: rokers die de gebruikelijke behandeling kregen, een groep rokers waarbij de arts over stoppen met roken begon en die vervolgens nicotine-kauwgum kregen aangeboden en een groep rokers waarbij de arts speciale training had gekregen voor het begeleiden bij stoppen met roken. Het stoppen met roken werd na een jaar gemeten. Criterium was: op z'n minst 3 maanden gestopt met roken. Van de rokers van de getrainde artsen was 8,8% gestopt met roken, vergeleken met respectievelijk 4,4% en 6,1% van de groep met de gebruikelijke behandeling en de kauwgum-groep.

5. Leefstijl van gezondheidspersoneel

ADRIAANSE, H., REEK, J. VAN, METSEMAKERS, J.

Het rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1977-1983.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 129, 1985, no. 50, p. 2414-2418, 28 lit. opgn.

nivel

In de periode 1977-1983 rookte ruim de helft van de Nederlandse huisartsen; het percentage rokers was dalende, zowel onder huisartsen als onder de algemene bevolking in Nederland. Het percentage rokers onder huisartsen was hoger dan onder mannen en aanzienlijk hoger dan dat onder mannen in de hoogste welstandsklasse.

De dagelijkse sigaretten- en shagconsumptie per roker was lager en de dagelijkse sigarenconsumptie was hoger onder huisartsen. In de meeste landen blijken artsen voor te lopen op de ontwikkeling van het rookgedrag onder de algemene bevolking. In Nederland echter loopt het percentage rokers onder huisartsen ca. 5 jaar achter bij dat in de bevolking. De Nederlandse huisartsen blijken weinig waarde te hechten aan de voorbeeldfunctie op het terrein van gezondheidsgedrag en in het bijzonder met betrekking tot hun eigen rookgewoonte. (aut. ref.)

ADRIAANSE, H., REEK, J. VAN, ZUTPHEN, W.M. VAN

Rookgewoonten van artsen wereldwijd: een overzicht van rookonderzoekingen naar tabaksgebruik onder artsen in 31 landen in de periode 1951-1985.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 130, 1986, no. 49, p. 2224-2229, 119 lit. opgn.

nivel

Om inzicht te verkrijgen in de rookgewoonten van artsen ten opzichte van die van de algemene bevolking werd de betreffende literatuur aan een vergelijkend onderzoek onderworpen voor wat betreft de rookprevalenties. Definiëring van de rookgewoonte bleek niet steeds gelijklopend in alle landen. Toch bleek het mogelijk enkele trends in de ontwikkeling van het rookgedrag te onderkennen.

Uit ruim 100 onderzoeken over roken van artsen in 31 landen in de periode 1951-1985 blijkt dat artsen minder roken dan de algemene bevolking in die landen. Uitzondering hierop vormen de mannelijke artsen in Portugal, Frankrijk en Nederland, en de vrouwelijke artsen in Finland, Rusland, Japan, Portugal en Spanje. De rookprevalentie neemt vrijwel overal af. Grootschalige onderzoeken in de Verenigde Staten van Amerika, Engeland, en in Scandinavië in de vijftiger jaren leidden mede tot daling van rookprevalenties onder artsen in die landen in de zestiger jaren. In oudere geïndustrialiseerde landen in Europa en in de recente geïndustrialiseerde landen in de Pacific-regio is de daling van het aantal rokers, onder artsen later ingetreden. In mediterrane landen ontstond pas kort geleden een dergelijk verschijnsel. In ontwikkelingslanden werden hoge rookprevalenties onder mannelijke artsen

gevonden.

Er wordt een pleidooi gehouden voor internationale coördinatie van onderzoek en activiteiten op het terrein van de bestrijding van het roken. (aut. ref.)

ADRIAANSE, H., REEK, J. VAN, J.R. RABIER

Rookgedrag van Nederlandse huisartsen in de periode 1983-1988.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, no. 31, p. 1502-1505, 16

lit. opgn.

nivel

Het rookgedrag van huisartsen in Nederland wordt beschreven aan de hand van gegevens uit rapporten en overzichten, verzameld in de periode 1983-1988. Tot 1983 rookte een ruime meerderheid van de Nederlandse huisartsen (1957: 82%; 1983: 56%) en was het percentage rokers onder de huisartsen hoger dan onder de mannelijke bevolking. Sindsdien is een trendbreuk opgetreden.

Uit drie enquêtes blijkt dat in 1988 onder de mannelijke huisartsen minder rokers voorkwamen dan onder de mannelijke bevolking, respectievelijk 29% en 37%. Meer dan in de overige EG-landen bleken in Nederland huisartsen met roken gestopt te zijn (43%). Steeds meer jonge artsen zijn nooit-rokers. (aut. ref.)

BECKER, D.M., HALL MYERS, A., SACCI, M., WEIDA, S., SWANK, R., LEVINE, D.M., PEARSON, T.A.

Smoking behavior and attitudes toward smoking among hospital nurses.

American Journal of Public Health; 76, 1986, no. 12, p. 1449-1451, 11 lit. opgn.

nivel

Verslag van een onderzoek naar het percentage rokers onder verpleegkundigen van een groot academisch ziekenhuis, hun rookgedrag en hun houding ten aanzien van roken in het ziekenhuis. Geconcludeerd wordt dat 22% van de ondervraagde personen rookte, hetgeen een kleiner percentage is dan de rokers onder de gehele bevolking en andere gezondheidsberoepen. Deze conclusie is in strijd met de resultaten van eerder onderzoek. Deze laatste onderzoeken hadden een response van 50% à 60%, terwijl onderhavig onderzoek een response had van 80%.

De houding ten opzichte van roken wordt sterk beïnvloed door eigen rookgedrag. Rokende verpleegkundige hadden een minder positieve houding ten aanzien van hun rol bij activiteiten gericht op verandering van rookgedrag van patiënten. Zij waren ook meer geneigd dan de niet-rokende verpleegkundigen de rokende patiënt het recht te gunnen (boven dat van niet-rokers) te kunnen roken binnen het ziekenhuis. Deze resultaten suggereren dat medische kennis en socialisatie minder invloed hebben op de attitude dan de eigen leefstijl. Zou roken verboden worden in ziekenhuizen (hetgeen nog niet op grote schaal geschiedt) dan nóg zal het eigen (onzichtbare) rookgedrag van de verpleegkundigen van invloed zijn op hun attitude ten aanzien van hun rol bij advisering over roken. Interventieprogramma's moeten

hier met name op gericht zijn.

BREWSTER, J.M.

Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians.

Journal of the American Medical Association; 255, 1986, no. 14, p. 1913-1920, 95 lit. opgn.

nivel

Een overzichtsartikel. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat extreme uitspraken over het hoge alcohol- en druggebruik onder artsen veelal niet gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. De beschikbare gegevens op basis waarvan uitspraken gedaan worden, kunnen als volgt gerangschikt worden:

- licentie- en tuchtmaatregelen;
- bekende of geregistreerde verslaving;
- sterftcijfers;
- ziekenhuisopnames;
- behandelde populaties;
- onderzoek onder geselecteerde groepen artsen.

De verschillende data zijn moeilijk eenduidig te interpreteren, zodat ten aanzien van het druggebruik onder artsen alleen geconcludeerd kan worden dat daar niets over bekend is. Uit een niet gepubliceerd onderzoek uit Ontario is gebleken dat het aantal artsen dat behandeld is voor misbruik van alcohol en/of andere verslavende middelen niet groter is dan dat bij de gemiddelde bevolking. De auteur doet tot slot aanbevelingen voor verder onderzoek en pleit voor gestandaardiseerde meetmethodes.

CHAMBERS, J.S., BOWEN, F.E.

Exercise and health: participation and promotion by general practitioners.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, no. 273, p. 189-191, 20 lit. opgn.

nivel

Verslag van een schriftelijke enquête onder 2599 huisartsen. Er is gevraagd in hoeverre zij zelf aan lichaamsbeweging doen en wat hun houding is ten aanzien van het stimuleren van lichaamsbeweging en gezondheid bij hun patiënten. Ook is gevraagd naar hun mogelijkheden om gezondheidstests uit te voeren. Het merendeel (62%) doet zelf aan enigerlei vorm van beweging en 96% vindt het gezond en belangrijk genoeg om mensen van middelbare leeftijd daartoe te stimuleren. Tachtig procent vindt het belangrijk bij bepaalde ziekten, maar twee derde is niet in staat om voldoende tests uit te voeren. De auteurs pleiten voor meer overheidssteun voor nascholing van huisartsen op het gebied van bewegingsleer en praktische methoden voor gezondheidstests.

DEKKER, H.M., DILL, A.M.S., LOOMAN, C.W.N., ADRIAANSE, H.P.
Rookgedrag van huisartsen, specialisten en studenten in Rotterdam, 1989.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, no. 31, p. 1495-1498, 9 lit.
opgn.
niveau

Uit een onderzoek naar de rookgewoonten en de attitude ten aanzien van roken onder huisartsen in Rotterdam en omgeving, specialisten verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, studenten geneeskunde en studenten Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam blijkt dat 30% van deze populatie tot de groep rokers behoort. Het percentage rokers onder mannelijke huisartsen en studenten BMG is hoger dan dat onder mannen in de algemene bevolking. Het percentage rokers onder de vrouwelijke artsen en studenten is lager dan dat onder de mannelijke; het is ook lager dan dat gevonden onder vrouwen in de algemene bevolking. De kennis van artsen omtrent rookontwenningmethoden en het verband tussen roken en ziekten laat te wensen over. Studenten geneeskunde zijn weinig geneigd met roken te starten. Dit zal in de toekomst de reeds ingezette dalende tendens in het percentage artsen dat rookt verder versterken. (aut. ref.)

LENS, P.
Zieke dokters: ziekte- en gezondheidsgedrag van huisartsen en hun gezinsleden.
Utrecht: Wetenschappelijk Uitgeverij Bunge 1984. 159 p., 122 lit. opgn.
niveau (B 944)

In dit proefschrift wordt beschreven hoe huisartsen en hun naaste familieleden met eigen gezondheid en ziekte omgaan. Centraal staat de vraag of huisartsen en hun naaste familieleden, als ze ziek worden, zich anders gedragen dan 'normale' patiënten, en daarnaast of artsen die de zorg hebben over zieke collega's, anders handelen dan ze gewend zijn. In het eerste deel van de studie wordt beschreven wat over de relatie en over het gedrag van zieke artsen in de literatuur te vinden is.

In het tweede deel wordt verslag gedaan over een eigen onderzoek onder Nederlandse huisartsen. Via een schriftelijke enquête werden gegevens verzameld over ziekte- en gezondheidsgedrag van huisartsen en gezinsleden. De gegevens werden vergeleken met de bevindingen bij een even grote groep tandartsen. In het onderzoek werd ook gekeken of er verschil in attitude is tussen huisartsen en tandartsen ten opzichte van ziekte, dood en het vertrouwen in medische mogelijkheden. En zo ja, of dit verschil het verschil in ziekte- en gezondheidsgedrag verandert als men zelf ziek is. Wat betreft het gezondheidsgedrag rekenen huisartsen het tot hun taak patiënten te adviseren over een gezonde leefwijze. Of de huisartsen echter zelf ongezond dan wel gezond leven werd onderzocht aan de hand van enkele parameters. Te hoog lichaamsgewicht, te veel drinken, te weinig lichaamsbeweging en roken werden als 'zonden' aangerekend. Op deze wijze werd een score toegekend voor 'gezond' leven (hoogstens één zonde), 'ongezond' leven (hoogstens één deugd) en een restgroep met twee zonden. De score

tussen huisartsen en tandartsen blijkt hetzelfde. De helft (54%) in beide groepen leeft gezond, 10% leeft ongezond en 36% bezit evenveel deugden als zonden.

SOEKEN, D.L., BAUSELL, R.B., WINKLESTEIN, M., CARSON, V.J.
Preventive behaviour: attitudes and compliance of nursing students.
Journal of Advanced Nursing; 14, 1989, no. 12, p. 1026-1033, 28 lit. opgn
niveau

Als professional zouden verpleegkundigen wat betreft gezondheidsgedrag een voorbeeld moeten zijn voor hun patiënten. In dit onderzoek wordt nagegaan welke factoren leiden tot gezondheidsbevorderend gedrag bij verpleegkundige studenten. Het gaat hierbij niet om enkele afzonderlijke gedragingen, maar om leefstijl als een geheel. Vrouwelijke studenten uit de laatste studiejaar werden vergeleken met vrouwen van dezelfde leeftijd uit de nationale bevolking. Verpleegkundige studenten blijken wat compliantie betreft minder goed te scoren dan de bevolking in het algemeen, waaruit de conclusie wordt getrokken dat ze eigenlijk geen goed voorbeeld zijn voor hun patiënten. Aan de hand van het Health Belief Model wordt één en ander verklaard.

TIERNEY, J.T., WATERS, W.J.
Cigarette smoking behavior among Rhode Island physicians, 1963-1983.
American Journal of Public Health; 76, 1986, no. 3, p. 285-286, 8 lit. opgn.
niveau

2,238 Artsen kregen een enquêteformulier toegestuurd over het roken van sigaretten. 1,837 Artsen stuurden het formulier ingevuld terug. Het rookgedrag van de artsen betreft alleen het roken van sigaretten. In 1983 rookte 8,3% van de artsen, hetgeen een daling betekent ten opzichte van de cijfers uit een onderzoek in 1963. Onder de 30 jaar rookt nog maar 4,5%. Dit zou betekenen dat in het jaar 2000 het percentage zou kunnen dalen onder de 3%. In het onderzoek wordt een verdeling gemaakt naar medische specialisatie. Obstetici en gynaecologen scoren daarbij het hoogst (14,4%) en huisartsen komen dicht bij het gemiddelde (8,4%).

WAALKENS, H.J., COHEN-SCHOTANUS, J., ADRIAANSE, H., KNOL, K.
Rookgedrag van medische studenten, arts-assistenten en specialisten in Groningen.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, no. 31, p. 1499-1502, 13 lit. opgn.
niveau

Rookgewoonten en attitudes ten aanzien van roken van medische studenten, arts-assistenten en specialisten werkzaam in het Academisch Ziekenhuis in Groningen werden door middel van een WHO-enquête in 1989 onderzocht. De totale respons was 84%. Van de medische studenten rookte 27%, van de

arts-assistenten 28% en van de specialisten 34%. Het percentage medische studenten en arts-assistenten dat rookte was lager dan dat onder de bevolking in Nederland, terwijl specialisten in vergelijkbare mate rookten. Vergeleken met 1983, toen 56% van de Nederlandse huisartsen bleek te roken, daalde het percentage rokers onder artsen opmerkelijk. Onder artsen bestond een grote behoefte aan kennis en vaardigheden ten aanzien van het geven van hulp aan mensen die willen stoppen met roken. (aut. ref.)

6. Attitude en voorbeeldfunctie

ADRIAANSE, H., DROP, M.J., MEY, K. DE

Gezondheidsopvattingen en beroepsuitoefening: beknopt verslag van een onderzoek naar de gezondheidsopvattingen, het gezondheidsgedrag en de GVO-aspecten van het professionele handelen van leerkrachten, wijkverpleegkundigen en huisartsen.

Maastricht: Rijksuniversiteit van Leiden, 1984. 56 p., tabn.

nivel (R 1251)

+

ADRIAANSE, H.P.

Health, profession and behavior: an investigation into the health educational aspects of the work of elementary schoolteachers, community nurses and general practitioners in the Netherlands.

Maastricht: Rijksuniversiteit van Leiden, 1988. 198 p. Proefschrift Rijksuniversiteit van Limburg.

nivel (B 1839)

+

ADRIAANSE, H., MEY, K. DE, VERBOOM, W., DROP, M.J., WITTE, L. DE

Gezondheid en beroep: beknopt verslag van een onderzoek naar de gezondheidsopvattingen, het gezondheidsgedrag en de GVO-aspecten van het professionele handelen van leerkrachten, wijkverpleegkundigen en huisartsen.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983-1984. 2 dln.

nivel (R 2389)

De analyse richt zich op de vraag waardoor gezondheidseducatieve aspecten van het professionele handelen van leerkrachten, wijkverpleegkundigen en huisartsen worden bepaald.

De volgende vragen staan centraal:

- Welke verbanden zijn er met typen van gezondheidsopvattingen en met gezondheidsgedrag;
- Welke visie hebben beoefenaren van deze beroepen op educatieve aspecten van hun taak;
- Door middel van welke activiteiten geven zij daar inhoud aan;
- Op welke wijze willen zij eventuele veranderingen in hun actuele taakvervulling aanbrengen;
- In hoeverre vinden zij dat de specifieke verantwoordelijkheid van hun beroep inhoudt dat ze een voorbeeldfunctie hebben te vervullen ten opzichte van de personen die aan hen worden toevertrouwd?

De wijkverpleegkundigen hebben de neiging een accent te leggen op de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid (i.p.v. gezondheidszorg). De huisartsen waren hiervan minder overtuigd. 96% Van de wijkverpleegkundigen en 80% van de huisartsen was van mening dat ze gezond leefden en het aantal klachten over de gezondheid was gering: gemiddeld 2,6 per individuele wijkverpleegkundige; huisartsen 1,8 en algemene bevolking 3,7. In het onderzoek is naar de volgende gezondheidsgedragingen gekeken: eetgewoonten, preventie en hygiëne, veiligheid (autogordels), slaap en ontspanning, roken, alcoholgebruik, geneesmiddelengebruik.

Wat betreft hun opvattingen inzake gvo: tweederde van de wijkverpleegkundi-

gen vat gvo op als een primair op gezondheid gerichte activiteit; bij de huisartsen is dat 52%. De wijkverpleegkundigen schatten hun mogelijkheden om gezondheidsbevorderend te werken hoog in. Een ruime meerderheid (82%) zegt daar in (zeer) sterke mate toe in de gelegenheid te zijn. Meer dan helft van de wijkverpleegkundigen geeft aan een voorbeeldrol te hebben. Ook huisartsen zijn optimistisch: 52% zegt in sterke mate in de gelegenheid te zijn gvo uit te voeren en 11% in zeer sterke mate. Hun invloed op het gezondheidsgedrag wordt eveneens hoog ingeschat: alleen aan gezinsleden, gewoonten en arbeidsomstandigheden wordt een grotere rol toegekend. Een voorbeeldrol vinden zij niet essentieel voor gvo-activiteiten (77%). De advisering over voedingsgewoonten, de gevaren van roken, drugs en alcohol, lichaamshygiëne, en gebitsverzorging vindt 94% à 98% van de wijkverpleegkundigen tot hun taak behoren. Concrete gvo-activiteiten lagen voornamelijk op het terrein van zwangerschaps- en kinderopvoedingsvoorlichting; uitleg over bijsluiters en mogelijke bijwerkingen en interactie-effecten van geneesmiddelen worden ook betrekkelijk vaak genoemd.

De huisartsen vinden het tot hun taak behoren om adviezen te geven over de bijwerking van geneesmiddelen, het omgaan met stress, de gevaren van bewegingsarmoede, de gevolgen van ouder worden en over seksualiteit. Ook het adviseren over de gevaren van alcohol, drugs en over voedingsgewoonten vindt 95% tot zijn of haar taak behoren. De meest genoemde activiteit in de praktijk was uitleg over interactie-effecten van geneesmiddelen en uitleg over bijsluiters.

ADRIAANSE, H.

Arts en roken: rollen van de huisarts in het ontmoedigingsbeleid.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 23, p. 724

niveau

In nogal wat westerse landen neemt het percentage rokers de laatste jaren af. In Nederland vindt die daling wat later plaats dan in de Angelsaksische en Scandinavische landen. Nederlandse huisartsen bleken in de periode 1977-1983 voor een aanzienlijk deel te roken; onder hen bevonden zich meer rokers dan onder vergelijkbare groepen in de algemene bevolking. In andere landen roken relatief minder artsen, met name in Amerika, Engeland en Scandinavië. Er zijn condities waaronder artsen een effectieve bijdrage aan het stoppen met roken van hun patiënten en/of de algemene bevolking kunnen hebben.

De op het bevorderen van niet-roken gerichte activiteit van artsen kan breed opgevat worden, doch start evenwel altijd in het directe patiëntencontact. Er zijn aanwijzingen dat het sociale klimaat ten aanzien van het roken in Nederland zich aan het wijzigen is. Groepen medici beginnen een duidelijke stellingname te nemen tegen het roken. Ook bij de rokende artsen is er overwegend instemming met vrij verstrekkende anti-rookmaatregelen. (aut. ref.)

FINCHAM, J.E., SMITH, M.C.

Pharmacists' view about health promotion practices.

Journal of Community Health; 13, 1988, no. 2, p. 115-123, 5 lit. opgn.

nivel

Het artikel doet verslag van een onderzoek onder 1115 apothekers in Mississippi. De apothekers kregen 25 items onder ogen die zij moesten beoordelen naar belangrijkheid voor de gezondheid. De beoordeling geschiedde aan de hand van de Likert-schaal. Het item "alle alcohol vermijden" werd aangemerkt als onbelangrijk. Zeer belangrijk vond men het precies volgen van de voorschriften bij geneesmiddelengebruik. Ten opzichte van rookgedrag en voeding waren paradoxaal genoeg de meningen verdeeld. De auteurs zijn van mening dat apothekers in de positie zijn om de persoonlijke gezondheid van patiënten te beïnvloeden, gezien de vele contacten met patiënten. Apothekers zouden hierin gestimuleerd moeten worden.

FINK, D.J., SHEEHAN, H.E.

Cancer prevention and detection: an overview of variables influencing adoption and practice.

Cancer; 61, 1988, no. 11 supplement, p. 2391-2395, 14 lit. opgn.

nivel (C 2931)

In het artikel wordt een overzicht gegeven van risicofactoren, attitudes en ideeën die invloed kunnen hebben op het accepteren van kankerpreventie en opsporingsstrategieën door zowel burgers als hulpverleners.

Er bestaat overeenstemming over de volgende aanbevelingen t.a.v. kankerpreventie:

1. Vermijden van tabaksgebruik
2. Voedingsgedrag volgens de handleiding van de American Cancer Society
3. Voorzichtigheid met zonnebaden
4. Matigen van alcoholgebruik
5. Kennis van risicofactoren voor kanker
6. Gebruik maken van medische controles in overeenstemming met leeftijd en geslacht
7. Kennis van waarschuwingssignalen voor kanker.

Er is echter pas de laatste jaren sprake van een kentering in de oriëntatie van artsen ten gunste van preventieve geneeskunde. Ook in de opleiding van eerstelijnsartsen zal de komende jaren benadrukt worden dat preventie en vroege opsporing van kanker de beste manier is om complicaties en voortijdige sterfte te voorkomen. Van invloed op de oriëntatie zijn o.a sociale en culturele invloeden: wie draagt verantwoordelijkheid voor gezondheid.

Naast maatregelen van bijvoorbeeld de overheid kan de eerstelijnsarts een belangrijke rol spelen. In één enkel jaar gaat 70% van de bevolking wel eens naar de huisarts. Het is daarom noodzakelijke de barrières (tijd, geld, opleiding) die er zijn te onderkennen en op te heffen. Van belang is dat er consistente richtlijnen worden opgesteld binnen de gezondheidszorgorganisaties.

FORD, A.S., FORD, W.S.

Health education and the primary care physician: the practitioner's perspective. *Social Science and Medicine*; 17, 1983, no. 20, p. 1505-1512, 4 lit. opgn. niveau

In het onderzoek staat de attitude van eerstelijnsartsen t.a.v. preventie centraal. In het algemeen onderschrijven de eerstelijnsartsen dat gvo een vast onderdeel is van de gezondheidszorg. Zij zijn het er mee eens dat een gezonde leefstijl belangrijk is. Zij hebben de neiging om het falen van gvo toe te schrijven aan "het systeem" (geen competente medewerkers, honorering) en aan de apathische houding van de meeste mensen t.o.v. verandering van leefstijl (blame the system, blame the victim). De huisartsen nemen veelal het standpunt in dat de patiënt zelf kiest voor een bepaalde leefstijl en dat gezondheid in het algemeen maar laag scoort op de waarden- en normenschaal van de meeste mensen. Een probleem is, dat alhoewel iedereen het er over eens is dat leefstijl een belangrijk component is binnen gvo, er geen overeenstemming bestaat over de beste manier waarop gvo moet worden uitgevoerd. Om effectief te zijn moet er op allerlei fronten aan gewerkt worden: publieksprogramma's, via school, andere disciplines bij gvo betrekken en de individuele aanpak van de eerstelijnsarts. Binnen geneeskundige opleidingen zou meer aandacht aan leefstijl besteed moeten worden.

FORTMANN, S.P., SALLIS, J.F., MAGNUS, P.M., FARQUHAR, J.W.

Attitudes and practices of physicians regarding hypertension and smoking: the Stanford Five City Project. *Preventive Medicine*; 14, 1985, p. 70-80, 13 lit. opgn. niveau (C 2918)

Onderzoek naar houding en handelwijze van (huis)artsen t.a.v. hoge bloeddruk en het roken van sigaretten. Tweeëntwintig procent van de respondenten stuurde de vragenlijsten terug. Acht procent van de respondenten was roker, 5% was vrouw en 34% van de artsen was werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Oudere artsen en artsen werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg waren minder agressief in hun behandeling van hoge bloeddruk, maar geen van de onderzochte attitudes hield significant verband met de praktische handelwijze van de artsen. Maar de helft van de respondenten adviseerde hun patiënten te stoppen met roken. Artsen die twijfelden aan het effect van hun advies en artsen die niet wisten hoe ze de boodschap over moesten brengen aan hun rokende patiënt waren minder geneigd advies in die richting te geven. De meeste artsen waren van mening dat de patiënten te weinig gemotiveerd zijn om op te houden met roken. Programma's die gericht zijn op artsen om hen over te halen meer te doen aan 'stop-met-roken-activiteiten' binnen hun praktijk, zouden zich vooral moeten richten op de genoemde attitudes. (vert. aut. ref.)

GLAZER-WALDMAN, H.R., HART, J.P., LEVEAU, B.F.
Health beliefs and health behaviors of physical therapists.
Physical Therapy; 69, 1989, no. 3, p. 204-210, 15 lit. opgn.
niveau (C 2920)

Het onderzoek was gericht op de gezondheidsoriëntatie en het gezondheidsgedrag van fysiotherapeuten. Een vragenlijst werd at random naar 10% van de in Texas geregistreerde fysiotherapeuten gestuurd. 234 (69%) Vragenlijsten werden gebruikt voor het onderzoek. De respondenten tenderden naar een positieve oriëntatie op gezondheid en een gezonde leefstijl. Deze houding kan fungeren als een voorbeeldfunctie voor patiënten en positieve invloed hebben op de leefstijl van patiënten.

LICHTENSTEIN, M.J., ELWOOD, P.C., THOMAS, H.F., SWEETNAM, P.M.
Doctors' opinions on the prevention of myocardial infarction.
Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, no. 280, p. 516-519, 33 lit. opgn.
niveau

In 1979, 1981 en 1983 is een steekproef gedaan onder 200 huisartsen, 200 leden van de Royal College of General Practitioners en 200 ziekenhuisartsen. Hen werd gevraagd om een lijst van preventieve maatregelen samen te stellen geordend naar de mate van effectiviteit die zij aan de maatregelen toekenden. De respons was 67% en van deze respons was 77% geschikt voor analyse.

Er bestond een hoge mate van overeenstemming tussen de keuze van de artsen. Maatregelen die met gedrag te maken hadden, zoals dieet, gewichtscntrole, lichaamsbeweging en ophouden met roken werden geprefereerd boven geneesmiddelen therapieën. In het algemeen was er relatief weinig verschil te bespeuren tussen 1979 en 1983 in de opinies over het nut van verschillende maatregelen.

MAHEUX, B., PINEAULT, R., BELAND, F.
Factors influencing physicians' orientation toward prevention.
American Journal of Preventive Medicine; 3, 1987, no. 1, p. 12-18, 20 lit. opgn.
niveau (C 2921)

Onderzoek naar de invloed van verschillende achtergrondgegevens en variabelen als eigen gezondheidsgedrag, keuze van specialisme en politieke oriëntatie op attitudes van medische studenten t.o.v. de rol van artsen in de preventie. Het onderzoek was onderdeel van een in 1979 gehouden onderzoek in drie geneeskundige opleidingsinstituten in de USA. Het blijkt dat studenten die veel belang hechten aan de preventieve taken van de arts, in het algemeen gekozen hebben voor huisartsgeneeskunde, een meer liberale oriëntatie hebben en veelal uit artsenfamilies komen. Deze studenten geloven ook meer in de voorbeeldfunctie van een arts dan de andere studenten. Wat betreft hun eigen gezondheidsgedrag was er weinig verschil te bespeuren. De aankomende huisartsen waren een betere conditie en hadden minder

problemen met hun gewicht, maar de mate van alcohol- en tabakconsumptie was nagenoeg hetzelfde. De verschillen in de opleidingsprogramma's van de instituten kunnen ook van invloed geweest zijn op de oriëntatie van de studenten. Het onderzoek kan hier geen uitsluitsel over geven.

NUTBEAM, D.

Health education and the NHS: the differing perceptions of community physicians and health education officers.

Health Education Journal; 43, 1984, p. 115-119, 5 lit. opgn.

nivel

De National Health Service (NHS) draagt een grote verantwoordelijkheid op het gebied van gvo. Binnen de NHS zijn het de 'community physicians' en de 'health education officers' (HEOs) die toegesneden zijn op een dergelijke taak. In het onderzoek wordt nagegaan in hoeverre er overeenstemming bestaat tussen de beide beroepsgroepen over aanpak, de doelstellingen van gvo en de te hanteren methoden. Uit dit onderzoek blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen de twee beroepsgroepen. HEOs leggen meer nadruk op de invloed van sociaal-economische en milieukundige factoren op de gezondheid en minder op individueel gedrag (leefstijl). Zij gaven in meerderheid de voorkeur aan een niet-autoritaire aanpak. Preventie zou zich echter op beide niveaus moeten richten. Over de aanpak verschillen de meningen binnen de beroepsgroepen. De HEOs neigen echter in het algemeen naar utilitaristische aanpak. De community physicians waren van mening dat socio-economische en milieufactoren uiterst belangrijk zijn voor de gezondheid, maar zagen hierin geen gvo-taak voor hun weggelegd. Zij legden de nadruk op het individuele gedrag. Een kleine meerderheid was voor een autoritaire aanpak. De artsen wilden ook meer dan de HEOs meetbaar resultaat zien en zaten minder dan de HEOs in over ethische problemen.

REEK, J. VAN, ADRIAANSE, H., ZUTPHEN, W. VAN

Arts en roken.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 9, p. 265-267, 21 lit. opgn.

nivel

Het ligt voor de hand te verwachten dat artsen zelf beantwoorden aan de gezondheidsnormen die zij bij hun patiënten aanleggen. Hoe denken zij daar zelf over als het gaat over roken en gedragen zij zich daarnaar? De auteur legden gegevens uit landen over de hele wereld naast en elkaar en concluderen dat de Nederlandse arts niet zo voorbeeldig is. In het buitenland wordt de voorbeeldrol van de arts belangrijk gevonden. In Nederland onderkent slechts een minderheid van de huisartsen een voorbeeldrol; van de 56% die in 1983 rookten meent 82% dat het eigen rookgedrag er niet toe doet.

In de meeste landen wordt onder mannelijke artsen minder gerookt ten opzichte van de bevolking, met uitzondering van Frankrijk en Nederland: daar zijn de percentages rokers eerder afgenomen onder de bevolking dan onder de ondervraagde artsen. De resultaten met betrekking tot de vrouwelijke artsen zijn minder eenduidig, omdat roken onder vrouwen sterk wordt

beïnvloed door emancipatie en stress veroorzaakt door dubbele belasting, waarmee vrouwen die betaalde arbeid verrichten veel te maken hebben.

SCOTT, G.S., NEIGHBOUR, W.E.

Preventive care attitudes of medical students.

Social Science and Medicine; 21, 1985, no. 3, p. 299-305, 14 lit. opgn.
niveau

De houding van toekomstige artsen ten opzichte van preventie is zowel in positieve als in negatieve zin van invloed op het opnemen van preventieve geneeskunde in de opleiding. Daarnaast zijn attitudes ten aanzien van preventie van belang voor de wijze waarop deze studenten in de toekomst preventieve zorg in hun praktijk uitvoeren. Het is daarom belangrijk om te onderzoeken hoe deze attitude zich ontwikkelt. Als dit bekend is dan wordt het ook mogelijk om een gewenste attitude aan te leren, waardoor de uitvoering van preventieve geneeskunde doelmatiger wordt.

In dit onderzoek zijn beginnende en 3e jaars studenten met behulp van een uit 100 items bestaande vragenlijst geïnterviewd. Attitudes zijn gemeten met betrekking tot: het belang dat men hecht aan een twintigtal preventieve taken; de mate waarin de opleiding voorbereidt op het uitvoeren van preventieve zorg. Van de 3e-jaars studenten is tevens het vertrouwen gemeten dat zij hebben in de mogelijkheden van huisartsen deze preventieve taken uit te voeren. De studenten hadden vooral vertrouwen in de volgende vaardigheden: immunisatie, screening op fysieke gezondheid, bloeddrukcontrole, gvo, gezinsplanning, vroegtijdige onderkenning van kanker, het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen. Minder vertrouwen had men in de invloed van artsen op het rookgedrag, voedingsgewoonten en het beperken van overgewicht. Weinig overeenstemming bestaat er tussen de studenten over: het veranderen van de leefstijl, gvo met betrekking tot beroep en algemene veiligheid, de analyse van risicofactoren, genetische advisering en fitness-gedrag.

Het blijkt dat er in het algemeen een positieve houding bestaat ten opzichte van preventieve zorg. De belangrijkste aandachtspunten vond men: gvo, stoppen met roken, immunisatie, opleiding in opsporing van kanker en bloeddrukcontrole. De studenten waren niet tevreden met de aangeboden leerstof over preventieve geneeskunde in de opleiding. (vert. aut. ref.)

SOBAL, J., VALENTE, C.M., MUNCIE, H.L., LEVINE, D.M., DEFORGE, B.R.

Physicians' beliefs about the importance of 25 health promoting behaviors.

American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 12, p. 1427-1428, 10 lit. opgn.
niveau

Via een schriftelijke enquête werden 1040 eerstelijnsartsen gevraagd hun mening te geven over het belang van een twaalfstal leefgewoonten in verband met gezondheid. De meeste van de aangegeven gewoonten vonden de artsen belangrijk voor een goede gezondheid. Niet roken was zeer belangrijk (94%), goede bescherming als men met gevaarlijke stoffen werkte (82%), vermijden van excessieve calorieëninname (73%) en uitgebalanceerde

voeding (68%). Onbelangrijk vond 34% het eten van extra vitaminen, 33% een jaarlijkse conditie test, 32% alcohol-geheelonthouding.

WERF, G.TH. VAN DER

'Lifestyle diseases' en de huisarts: des keizers hemd.

Huisarts en Praktijk; Supplement bij Huisarts en, Wetenschap 1988 no. 11 'De kleren van de keizer'; 31, 1988, no. 12, p. 19-24, 96 lit. opgn.

nivel

Een literatuuronderzoek. De huisarts is niet de eerst aangewezen persoon om leefstijlen van de bevolking te beïnvloeden; daar zijn andere, efficiëntere en effectievere wegen voor: wetgeving, voorlichting en onderwijs. De huisarts moet problemen die mensen hem voorleggen, beoordelen: analyseren of een bepaalde wijze van leven de oplossing van de problemen misschien in de weg staat, en dan nagaan wat het voor de patiënt betekent, in positieve en in negatieve zin. Daartegenover stelt de huisarts zijn kennis en zijn kunde: welke geneeskundige risico's spelen een rol en welke mogelijkheden zijn er om de risico's te verminderen? Van geval tot geval moet de huisarts beoordelen of een gericht advies over de leefwijze gewenst is voor bepaalde (groepen) patiënten die naar zijn oordeel een risico lopen, en of hij gewoonten en ontwikkelingen die de gezondheid kunnen beïnvloeden, moet signaleren. (aut. ref.)

WITTE, L. DE, ADRIAANSE, H.

De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt?

In: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (eds.)

De eerstelijns onderzocht.

Utrecht: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 120-127, 19 lit. opgn.

nivel (B 1220)

In deze bijdrage wordt ingegaan op de opvattingen van Nederlandse huisartsen over hun voorbeeldfunctie ten aanzien van het gezondheidsgedrag. De gebruikte gegevens zijn verkregen in een landelijke survey in 1983 onder honderd huisartsen. De conclusie luidt dat het met de, in het licht van de in de literatuur zo vaak bepleite voorbeeldfunctie van de huisarts, bedroevend gesteld. Slechts een beperkt aantal huisartsen ziet voor zichzelf een voorbeeldfunctie ten aanzien van gezondheidsgedrag weggelegd. Dit geldt zelfs voor specifieke aspecten als alcoholgebruik en roken.

Uit gegevens over het gezondheidsgedrag van de huisartsen zelf, blijkt dat de huisartsen ook met het feitelijk gedrag in weinig opzichten het goede voorbeeld geven. Zij roken eerder meer dan minder dan de gemiddelde Nederlander tussen 21 en 64 jaar. Alleen wat betreft de gebitsverzorging gedragen zij zich significant gezonder dan de algemene bevolking.

7. Patiënten

ANDA, R.F., REMINGTON, P.L., SIENKO, D.G., DAVIS, R.M.

Are physicians advising smokers to quit?: the patient's perspective.

Journal of American Medical Association; 257, 1987, no. 14, p. 1916-1919, 19 lit. opgn.

nivel

Artsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het stoppen met roken van hun patiënten, omdat zij veel in contact komen met rokers en omdat de meeste rokers vertrouwen hebben in het advies van hun arts. Om de attitude van rokers ten opzichte van de betrokken artsen te meten, werd een onderzoek uitgevoerd onder 5875 volwassenen uit Michigan. Van de rokers die het afgelopen jaar een arts bezocht hadden rapporteerde slechts 44% dat de arts altijd adviseerde te stoppen met roken. Jonge mannelijke rokers kregen het minste advies daaromtrent (30%). Rokers met hypertensie, obesitas, diabetes, een zittende leefstijl of gebruikers van orale contraceptie werden niet vaker geadviseerd te stoppen met roken dan rokers zonder deze risicofactoren. Echter rokers die een hartaanval of hartinfarct hadden overleefd werden vaker geadviseerd te stoppen met roken dan rokers zonder deze gezondheidsproblemen (73% tegen 43%). Volgens de meeste rokers voelde de arts zich niet betrokken bij hun pogingen te stoppen met roken. Artsen zouden rokers meer moeten adviseren te stoppen met roken voordat aan het roken gerelateerde klachten ontstaan, speciaal voor die rokers met een verhoogd risico voor cardiovasculaire afwijkingen.

COULTER, A.

Lifestyles and social class: implications for primary care.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 37, 1987, no. 305, p. 533-536, 15 lit. opgn.

nivel

Binnen sociale lagen blijken gezondheidsverschillen te bestaan. Deels kan dit verklaard worden door een ongezonde leefstijl. Er zijn theorieën ontwikkeld die deze variatie in leefstijl proberen te verklaren.

- a. Voorlichters zouden een te moeilijk taalgebruik bezigen; niet aansluitend op het taalgebruik van de onderste lagen.
- b. De werkende klasse zou conservatief zijn en minder geneigd eigen gedrag te veranderen; een kwestie van culturele verschillen. Arbeiders worden gezien als fatalistisch, en pessimistisch over eigen mogelijkheden het gedrag te veranderen.
- c. Cultural lag-theorie. De werkende klasse zou na enige tijd trends binnen de midden klasse gaan volgen.

Op basis van gegevens van de 'Oxford Health Life Survey' is onderzoek verricht naar verschillen binnen sociale lagen. De respondenten werd gevraagd welke factoren zij het belangrijkste vonden in verband met gezondheid, of ze bereid waren hun (ongezonde) leefstijl te veranderen en

hoe ze voorlichting door eerstelijns-hulpverleners op het gebied van leefstijl hadden ervaren.

Alle sociale lagen waren het er over eens dat leefstijl van invloed is op gezondheid. De sociale lagen 1 en 2 benadrukten het belang van niet-roken, gezonde voedingsgewoonten en lichaamsbeweging, terwijl de sociale lagen 4 en 5 meer dan de hogere en middelste lagen geneigd waren de nadruk te leggen bij effecten van sociaal-economische invloeden, zoals werkloosheid, inkomen, vervuiling en huisvesting. Alle groepen nemen min of meer aan dat psychosociale invloeden bijzonder belangrijk zijn voor de gezondheid.

Binnen alle sociale lagen werd door dikke mensen te kennen gegeven af te willen vallen. Rokers gaven aan minder te willen roken, mensen met weinig lichaamsbeweging gaven aan meer te willen sporten. Toch was er minder interesse voor het verminderen van de alcoholconsumptie en het volgen van een dieet.

Een derde van de rokers en van de te dikke mensen was door eerstelijns-hulpverleners geadviseerd om een gezondere leefstijl te volgen: 13,3% wat betreft roken, 13,2% gewichtsvermindering, 8,4% dieet, 5,9% lichaamsbeweging en 3,8% op het gebied van de alcoholconsumptie. Minder dan 10% van deze groep volgde dit advies daadwerkelijk op. Wel was er een algemene vraag (44%) naar advies over een gezondere leefstijl: dus niet alleen bij 'gezondheidsfreaks' uit de midden klassen.

DAVID, A.K., BOLDT, J.S.

A study of preventive health attitudes and behaviors in a family practice setting. *Journal of Family Practice*; 11, 1980, no. 1, p. 77-84, 18 lit. opgn
niveau

Preventieve gezondheidszorg wordt gezien als een essentiële taak van de huisarts. Het vermogen van de huisarts het gezondheidsgedrag van een patiënt en zijn of haar gezin significant te beïnvloeden is voornamelijk afhankelijk van de houding van de patiënt ten aanzien van preventie en gezondheidsgedrag. In dit vooronderzoek worden enkele attitudes ten aanzien van preventie en het gezondheidsgedrag opgespoord. De onderzoekers tonen in hun onderzoek aan dat er een significant verband bestaat tussen de sociaal-economische positie en de vastgestelde gezondheidstoestand, attitude ten aanzien van preventief gedrag en attitude met betrekking tot de preventieve taken van de huisarts. Terwijl de meerderheid van de onderzochte populatie bereid blijkt te zijn tijd te investeren in het verkrijgen van op preventie gerichte zorg, blijkt tevens dat slechts de helft van de populatie daarbij bereid is te betalen voor dergelijke diensten. De huisarts wordt hierbij door de respondenten gezien als de belangrijkste informatiebron. (vert. aut. ref.)

LEVENKRON, J.C., GREENLAND, P.

Patient priorities for behavioral change: selecting from multiple coronary disease risk factors. *Journal General Internal Medicine*; 3, 1988, no. 3, p. 224-229, 20 lit. opgn.
niveau (C 2935)

Als een arts een patiënt aanraadt om in verband met het risico voor de gezondheid er een andere leefstijl op na te houden, dan zal de arts geneigd zijn de meest bedreigende risicofactor selecteren waaraan door de patiënt gewerkt moet worden.

Doel van het onderzoek was om na te gaan of een dergelijke statistische benadering van prioriteiten in conflict komt met de prioriteiten die de patiënt zelf stelt, ook als de patiënt volledig is ingelicht.

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van de RISKO schaal (meetinstrument om gezondheidsrisico's in te schatten). 241 Patiënten van een polikliniek, gespecialiseerd in preventie van hart- en vaatziekten, werden ondervraagd. Met gebruik van de RISKO schaal werd de patiënten verteld welke factor in hun leefstijl het meest bedreigend was voor de gezondheid. Daarna werd hen gevraagd wat ze zelf bij voorkeur zouden willen veranderen aan hun leefstijl. In het algemeen (alle risicofactoren, alle patiënten) was er 63% overeenstemming tussen de door de schaal geselecteerde en de patiënten geselecteerde risicofactoren. Als gewichtsverlies wordt gezien als een remedie om hypertensie tegen te gaan loopt dat op tot 70%.

Artsen dienen er rekening mee te houden dat de benadering van patiënt en die arts niet altijd overeenkomen. Verandering in de leefstijl van de patiënt kan alleen maar succesvol verlopen als de arts en de patiënt samen overeengekomen zijn welke weg gevolgd moet worden.

PEDERSON, L., VANDERHEYDEN, D.

Cigaret smoking and life-style modification: patients' views on physicians' roles. Canadian Family Physician; 32, 1986, no. mei, p. 1100-1106, 16 lit. opgn.

nivel

628 Patiënten vulden een Health Habits Questionnaire in. De vragen gingen over leefstijl, hoe gezondheidsgedrag te verbeteren en wat de huisarts zou kunnen doen om hierbij te helpen. De meeste rokers waren van mening dat ze eigenlijk wel zouden moeten stoppen met roken en sommigen dachten dat de huisarts hen daarbij zou kunnen helpen. Artsen moeten aandacht schenken aan gvo en patiënten stimuleren te stoppen met roken. Meer onderzoek is nodig naar het langere termijn effect.

PILL, R., STOTT, N., HARDING, K., FRENCH, J.

Invitation to attend a health check in a general practice comparison of attenders and non-attenders.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 38, 1988, no. 307, p. 53-56, 29 lit. opgn.

nivel

Een groep van 1570 mannen en vrouwen in de leeftijd van 20-45 jaar, werd de mogelijkheid geboden een gezondheidsonderzoek te ondergaan bij hun huisarts. In het onderzoek werden de demografische factoren, attitudes, leefstijl en eerdere contacten met de huisarts van een groep van 216 patiënten die aan de oproep gehoor gaven vergeleken met die van een non-response-groep van 259 personen. De respondenten bleken beter geschoold

en beter gemotiveerd om aandacht te schenken aan het bewaren van de eigen gezondheid. Zij hadden regelmatig contact met de huisarts en accepteerden belangstelling van hun arts voor hun leefstijl. Het zijn echter ook de patiënten met een laag risico. Gezocht moet worden naar een systeem waarmee patiënten met een hoog risico gescreend kunnen worden.

SKINNER, H.A.

Lifestyle assessment: just makes a difference.

British Medical Journal; 290, 1985, no. 6463, p. 214-216, 20 lit. opgn.

nivel

180 Huisarts-patiënten werden gedurende 10 minuten ondervraagd over hun leefgewoonten. Elf procent gaf aan problemen te hebben met drinken, 20% met het roken van sigaretten, 36% met de consumptie van koffie of thee en 3% met drugs, terwijl 11% hun geneesmiddelengebruik wilde bespreken. Het blijkt dat als patiënten vragen worden gesteld over hun leefstijl er twee of drie maal zoveel patiënten aangeven dergelijke problemen te willen bespreken met hun arts. Bij ongeveer 40% van de patiënten die aangaven een probleem te hebben was de arts dit probleem niet op het spoor gekomen. Deze patiënten waren in het algemeen jong, goed opgeleid, hadden een goede baan en waren voor hun eerste consult bij de arts. (vert. aut. ref.)

SKINNER, H.A., ALLEN, B.A., MCINTOSH, M.C., PALMER, W.H.

Lifestyle assessment: applying microcomputers in family practice.

British Medical Journal; 290, 1985, no. 6463, p. 212-214, 20 lit. opgn.

nivel

Computers kunnen bijzonder nuttig zijn om de huisarts te ontlasten. Het artikel beschrijft een onderzoek naar de toepasbaarheid van de computer bij het vaststellen van leefgewoonten van patiënten. Doel was voornamelijk om na te gaan of patiënten het gebruik van computers accepteerden. Daarnaast wordt door ander onderzoek gesuggereerd dat mensen gevoelige problemen makkelijker vertellen aan een anonieme computer. Gebruik van alcohol, tabak en drugs zijn van die gevoelige onderwerpen. 86% Van de patiënten gebruikte alcohol, 35% rookte sigaretten, 87% gebruikten koffie en thee en 20% rapporteerde gebruik van drugs. Voordat de leefstijl evaluatie begon werd aan de onderzoeksgroep gevraagd waaraan ze de voorkeur zouden geven: aan een 'gesprek' met de computer of met de arts. De meesten gaven de voorkeur aan een arts, een vijfde gaf de voorkeur aan een zelf in te vullen vragenlijst en een minderheid gaf de voorkeur aan de computer. Na de evaluatie sprak een groot percentage zich uit voor het gebruik van de computer (van 13% naar 43%). Ongeveer 8,5% bleef gekant tegen het gebruik van computers voor dergelijke doeleinden.

SLAMA, K.J., REDMAN, S., COCKBURN, J., SANSON-FISHER, R.W.
Community views about the role of general practitioners in disease prevention.
Family Practice; 6, 1989, no. 3, p. 203-209, 25 lit. opgn.
niveau

Het belang van preventieve gezondheidszorg bij het verminderen van mortaliteit en morbiditeit is alom onderkend. Alhoewel huisartsen in een zeer goede positie verkeren om preventieve zorg te bieden, blijken zij in het algemeen niet in staat doorsnee risicogedrag te ontdekken en hierop in te spelen. Eén van de redenen zou kunnen zijn dat de artsen er van uitgaan dat patiënten een dergelijke rol van hun arts niet verwachten. Via een schriftelijke enquête onder 309 mensen hebben de onderzoekers gepoogd hier achter te komen. Het ging hierbij vooral om de rol van de huisarts op het gebied van rookgedrag, alcoholmisbruik, emotionele problemen en hypertensie. 264 Van de enquêtes waren bruikbaar voor analyse. De meeste respondenten zouden een dergelijke rol van hun arts accepteren en zouden het appreciëren als hun arts zou vragen naar risicogedrag. Zij zouden het ook appreciëren als de arts zou helpen om van risicogedrag af te komen. Weinig patiënten gaven te kennen in dat geval van arts te veranderen. (vert. aut. ref.)

STOTT, N.C.H., PILL, R.M.
Health promotion and the human response to loss: clinical implication of a decade of primary health care research.
Family Practice; 4, 1987, no. 4, p. 278-286, 62 lit. opgn.
niveau

Het artikel geeft de resultaten weer van de 'Cardiff-studies'. Het onderzoek ging voornamelijk om de vraag waarom mensen kiezen voor een bepaald gedrag terwijl men weet dat het slecht is voor de gezondheid. Daarnaast hield men zich bezig met het ontwikkelen van meetinstrumenten voor het meten van trends in de samenleving ten aanzien van 'positieve gezondheidsmotivatie'. In het artikel worden drie stadia van het onderzoek beschreven en het resultaat is, naar de mening van de auteur, een fascinerend geheel van menselijke attitudes, gedragingen en oriëntaties. Zorg om de gezondheid is niet algemeen geldend en evenmin bestaat er zoiets als een algemene preventieve oriëntatie op de gezondheid. Er bestaan discrepanties tussen gedrag en attitude. Opvallend is de overeenkomst tussen het menselijk antwoord op verlies van een dierbaar persoon en het gedrag bij verandering van leefstijl. Het artikel sluit af met de implicaties die deze kennis heeft voor hulpverleners in de eerste lijn. Steeds weer zal uitgegaan moeten worden van het individu, stereotypie moet vermeden worden. De auteurs pleiten voor een empathische houding bij hulpverlening aan mensen die hun leefstijl willen veranderen.

WALLACE, P.G., HAINES, A.P.
General practitioners and health promotion: what patients think.
British Medical Journal: 289, 1984, no. 6444, p. 534-536, 10 lit. opgn.
niveau

Alhoewel er een groeiende interesse is in de participatie van huisartsen in gvo, is er weinig bekend over de attitude van hun patiënten. Om meer gegevens hierover te verkrijgen werd 3452 patiënten in de leeftijd van 17-70 jaar uit twee Londense huisartspraktijken een vragenlijst toegestuurd. De vragen gingen over de perceptie en de attitude van patiënten ten aanzien van de interesse van hun huisarts in zaken als gewicht, rookgedrag, alcoholgebruik en lichaamsbeweging van de patiënten.

De respons was 72%. 72% Van de respondenten was van mening dat de arts zich zou moeten interesseren in de lichamelijke conditie en 83% had deze mening op het gebied van gewicht. Echter maar 38% dacht dat de arts inderdaad geïnteresseerd was in hun lichamelijke conditie tegen 48% wat betreft gewicht.

Eénveertig procent van de respondenten meende problemen te hebben met de lichamelijke conditie, 42% met het lichaamsgewicht, en 59% van de rokers had problemen met hun eigen rookgedrag. Vier procent van de respondenten zei een alcoholprobleem te hebben. Van degenen die aangeven een probleem te hebben zei 43% dat de arts interesse toonde in hun problemen met betrekking tot de lichamelijke conditie en dat gold ook voor 69% van de rokers.

De conclusie van de auteurs is dat een grotere mate van participatie van de huisarts door de patiënten gewaardeerd zal worden.

WALLACE, P.G., BRENNAN, P.J., HAINES, A.P.

Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle?: findings of the medical research council's general practice research framework study on lifestyle and health.

British Medical Journal; 294, 1987, no. 6577, p. 940-942, 10 lit. opg.
niveau

Verlag van een onderzoek naar leefstijl en gezondheid met behulp van 'The Health Survey Questionnaire'. Vragen werden gesteld over roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging, eetgewoonten en gewicht. Vragenlijsten werden ingevuld door 25.496 mannen en 36.657 vrouwen uit 47 groepspraktijken in Engeland en Schotland.

Eén tot 34% van de respondenten gaf aan een probleem te hebben met de leefgewoonte: 1% van de vrouwen gaf aan een probleem te hebben met drinken en 34% van de vrouwen gaf aan een probleem te hebben met het gewicht. Tussen de 49% (vrouwen met drankprobleem) en 67% (mannen en vrouwen met een gewichtsprobleem) dachten dat hun huisarts wel geïnteresseerd zou zijn in hun leefstijl. Twee (vrouwen met drankprobleem) tot 24% (vrouwen met gewichtsprobleem) konden zich herinneren een relevant advies van hun arts gehad te hebben op het betreffende terrein. Veertig procent van de vrouwen en 39% van de mannen die rookten hadden een advies gehad op dat terrein. Maar 10% van de vrouwen en 17% van de mannen met een buitenmatig drankprobleem konden zich een advies van de arts herinneren op het gebied van alcoholconsumptie.

De consistentie van de antwoorden van mensen uit verschillende leeftijdsgroepen duidt er op dat men leefstijl van belang acht en dat men het op prijs zou stellen om goed geadviseerd te worden op dit gebied. Het is

daarom zaak dat artsen meer aandacht gaan besteden aan voorlichting en preventie. Met name de voorlichting over alcoholgebruik bleek te wensen over te laten.

Auteursregister

A

Abramson, J.H. 1
Adriaanse, H.P. viii, 23, 67, 68, 70,
71, 73, 74, 78, 80
Adriaanse, M. 45
Allen, B.A. 84
Anda, R.F. 81
Antlitz, A.M. 22
Ashton, A.L. 48
Attarian, I. 25
Austin, A. 61
Ayer, W.A.

B

Baan, B. 45
Bakker, J.T.C. 46
Banta, H.D. 15
Barron, P. 25
Bauer, K.G. 1
Bausch-Goldbohm, R.A. 63
Bausell, R.B. 71
Baxter, R. 62
Becker, D.M. 68
Beland, F. 77
Bengel, J. 46
Beurden, W. van 47, 64
Biddle, A.K. 33
Binkhorst, T. 47
Black, G.C. 48
Blaxter, M. vii
Blum, A. 48
Boekema, A.G. 25
Boelen, J.L.A. 2
Boerma, W.G.W. 16, 18, 30, 37
Boldt, J.S. 82
Boss, P. 62
Boulton, M. vii, 26
Bowen, F.E. 69
Breden, M. 51
Breeze, E. 50
Bremer, J.J.C.B. 2
Brennan, P.J. 86
Brewster, J.M. 69
Brodie, K.H. 34
Brühne-Scharlau, Chr. 46
Bunnik, S. 17
Burdine, J.N. 7

C

Calnan, N. vii, 26
Carson, V.J. 71
Cate, R.S. 23
Catford, J.C. 28
Centraal Cultureel Planbureau vi
Chambers, J.S. 69
Christen, A.G. 57
Clark, W.D. 48
Clements, C.D. 3
Cockburn, J. viii, 85
Cohen, S.J. 57
Cohen-Schotanus, J. 71
Coster, A. de 35
Coulter, A. vi, 81
Crawford, R. vi, 3
Cripps, A.L. 51
Cummings, K.M. 57

D

Damoiseaux, V. 62
David, A.K. 82
Davies, C. 4
Davis, B.J. 57
Davis, R.M. 81
Deforge, B.R. 79
Dekker, H.M. 70
Dijk, J.P.A. van v, 23
Dill, A.M.S. 70
Does, E. van der viii, 4, 31
Drook, C.A. 57
Drop, M.J. 73

E

Eijkman, M.A.J. 17, 23
Elford, R.W. 5
Elinson, J. 29
Elwood, P.C. 77
Emont, S.L. 57
Essen, J. van 17
Everaerd, W. 49

F

Farquhar, J.W. 76
Field Fass, M. 49
Fijen, A. 64
Fincham, J.E. 75

Fink, D.J. 75
Fleming, D.M. 29
Fleming, M. 25
Ford, A.S. 76
Ford, W.S. 76
Fortmann, S.P. 76
Fowler, G. 20, 58, 60
Freeman, S.H. 50
Freidin, R.B. 50
French, J. 83
Friedlander, L. 64
Fullard, E. 58

G

Gemson, D.H. 29
George, L.K. 34
Gerwen, W. van 60, 61
Gillissen, J. 23
Gilson, B. 64
Giovino, G. 57
Glazer-Waldman, H.R. 77
Gottlieb, N.H. 7, 33
Gray, J.A.M. 6
Gray, M. 58
Greenland, P. 82
Griffin, R. 52
Groenwegen, P.P. 30
Grol, R. 47, 64
Groot, M. de 5
Grothaus, L.C. 64

H

Haan, W. de 58
Haes, W.F.M. De 63
Haines, A.P. 85, 86
Hall Myers, A. 68
Hamers, R.T.J. 30
Harding, K. 83
Harding, P.N. 59
Hart, J.P. 77
Hart, J.T. 6
Healy, C.C. 10
Heszen-Klemens, I. 59
Hingstman, L. 18, 37
Hoevenaars, J.A.M. 46
Hof, M. van 't 63
Holland, W.W. 50
Holt, S. 38
Hoogen, H. van den 60, 61
Hoogstraten, J. 58

Horst, G. ter 58
Hotch, D.F. 59
Houd, S. 15
Hougesen, B. 5
Haupt, J.L. 34
Hovell, M.F. 33

I

Idelson, R.K. 41

J

Jack, L.W. 59
Jamrozik, K. 60
Johnston, N.E.A. 65
Jones-Elwyn, G. 34
Jong, C.A.J. de 46
Jonkers, J.R. 64

K

Katz, B.P. 57
Kerkhoff, A.H.M. viii, 31
Kligman, E.W. 31
Knibbe, J.J. 51
Knol, K. 71
Koch, U. 46
Koenigsberg, M. 57
Koeter-Kemmerling, L.G. v
Kramer, M.S. 62

L

Laan, B. van der 45
Laase, U. 6
Lamberts, H. viii, 32
Landelijke Huisartsen Vereniging 32
Lapinska, E. 59
Lawrence, M.S.T.A. 29
Lawson, J.G. 51
Leeuw, E. de. 6
Lens, P. 70
Leveau, B.F. 77
Levenkron, J.C. 82
Levin, T. 31
Levine, D.M. 22, 68, 79
Levine, S. 41
Lewis, C.E. 42
Lichtenstein, M.J. 77
Looman, C.W.N. 70

M

Magill, M. 31
 Magnus, P.M. 76
 Maheux, B. 77
 Maibach, E.W. 33
 Mant, A. 51
 Marzillier, J. 20
 McAlister, A.L. 33
 McCuan, R.A. 33
 McIntosh, M.C. 84
 McKenna, R.J. 7
 McLeroy, K.R. 7
 Menges, L.J. 64
 Messeri, P. 29
 Metsemakers, J. 67
 Mey, K. de 73
 Meyer, D.L. 49
 Michnich, M.E. 64
 Middel, L.J. v
 Ministerie van Welzijn, Volksgezond-
 heid en Cultuur vi
 Mulder, J.A. 52
 Mullen, P.D. 33
 Muncie, H.L. 22, 79
 Muskens, G.J. 18

N

Nader, Ph.R. 19
 Nationale Raad voor de Volksge-
 zondheid 8
 Neighbour, W.E. 79
 Nettleton, S. 19
 Newman, I.M. 52
 Nutbeam, D. 28, 78

O

Orleans, C.T. 34, 53

P

Paine, T.F. vi, 9
 Palmer, W.H. 84
 Parker, G. 60
 Paton, A. 55
 Patterson, Th.L. 19
 Pearson, T.A. 68
 Pederson, L. 83
 Pill, R.M. viii, 34, 83, 85
 Pineault, R. 77
 Popkess-Vawter, R.N. 53
 Post, D. 35

Postma, A. 53
 Preising, R. 38
 Proosdij, C. van 35

R

Rabier, J.R. viii, 68
 Redman, S. viii, 85
 Ree, J.W. van 35, 37, 60, 61
 Reek, J. van viii, 67, 68, 78
 Reelick, N.F. 63
 Remington, P.L. 81
 Richmond, R.L. 61
 Robbins, J.A. 54
 Robitaille, Y. 62
 Rodmell, S. 26
 Rohman, M. 41
 Rost, K. 62
 Roter, D. 62
 Rouwenhorst, W. 23
 Rowe, I. 62
 Royal College of General Practitio-
 ners 36, 54, 55

S

Sacci, M. 68
 Sallis, J.F. 19, 76
 Sanders, D.J. 20
 Sanson-Fisher, R.W. viii, 85
 Schachtschabel, J.J. viii
 Schachtschabel, J.W. 31, 55
 Schack, J. 38
 Schraven, D.L.M. 37
 Schuurman, J.H. 63
 Sciandra, R. 57
 Scott, G.S. 79
 Scutchfield, F.D. 33
 Senault, R. 6
 Senf, J. 31
 Sheehan, H.E. 75
 Sherin, K.M. 59
 Sider, R.C. 3
 Sienko, D.G. 81
 Skinner, H.A. 38, 84
 Slama, K.J. viii, 85
 Slater, J. 20, 21
 Smerdon, G. 55
 Smith, D.M. 57
 Smith, M.C. 75
 Sobal, J. 22, 79
 Soeken, D.L. 71

Spanjer, M. viii, 38
Stewart, M. 64
Stilwell, B. 6
Stoeckle, J.D. 9
Stone, V. 20
Stokey, G.K. 57
Storer, B. 64
Stott, N.C.H. viii, 34, 83, 85
Strecher, V. 25
Stumpe, H. 38
Sturmans, F. 63
Sutton, A. 21
Swank, R. 68
Sweetnam, P.M. 77

T

Taras, H.L. 19
Taylor, J.O. 41
Taylor, K.B. 39
Thomas, H.F. 77
Thompson, R.S. 64
Tierney, J.T. 71
Todd, V. 5
Toemen, T. 47, 64
Togt-de Ruijt, M.A.M. van der 23
Tulloch, J.W. 10

U

UNESCO 11

V

Vaart, P.J.M. van der 64
Vahldieck, L.M. 49
Valente, C.M. 22, 79
Vanderheyden, D. 83
Verhaak, P.F.M. v, 39, 40, 42
Vessey, M. 60
Viefhues, H. 6
Visser, A. Ph. 23, 64
Vries, P.J. de v, 40
Vunakis, H. Van. 60

W

Waalkens, H.J. 71
Wald, N. 60
Wallace, P.G. 85, 86
Ware, J.E. 42
Waters, W.J. 71
Watt, A. 26
Webster, I.W. 61

Wechsler, H. 41
Weida, S. 68
Wells, K.B. 42
Werf, G.Th. van der 80
Werkgroep Preventie 56
Westerman, F. 64
Wikler, D. 11
Wilkinson, P. 21
Williams, A. vii, 26
Wilson, D. 56, 65
Winklestein, M. 71
Witte, L. de 23, 73
Wood, G. 65
WHO 12

Y

Yeo, M.A. 5

Z

Zee, J. van der v, 42
Zitter, R.E. 59
Zutphen, W.M. van 67, 78

Trefwoordenregister

A

- arbeidsatisfactie 19
- arts-patiënt relatie 6, 9, 26, 35, 39, 52, 59, 62
- attitude apothekers 75
- attitude arts-assistenten 71
- attitude eerstelijnsartsen 7, 41, 76, 78, 79
- attitude fysiotherapeuten 77
- attitude gezondheidspersoneel 15
- attitude gezondheidsvoorlichters 78
- attitude gynaecologen 22
- attitude huisartsen 1, 16, 22, 23, 26, 28, 31, 32, 37, 39, 40, 42, 45, 46, 48, 61, 69, 70, 73, 74, 75-77, 80, 82
- attitude medische studenten 70, 77, 79
- attitude patiënten 7, 64, 81, 82, 83, 85, 86
- attitude specialisten 70
- attitude tandartsen 19, 70
- attitude verloskundigen 22
- attitude verpleegkundigen 68
- attitude wijkverpleegkundigen 21, 23, 73
- autogordels 33, 73
- automatisering 48, 62, 84

B

- bibliografieën 11
- biopsychosociale modellen 50
- blaming the victim 1, 3, 4, 7, 11

C

- communicatievaardigheden 46, 48-50, 52
- compliantie 59, 60, 62-64, 71, 81
- cultuurpatronen 75

D

- definiëring 6, 10, 12, 80
- diagnostiek 38, 48, 55, 56, 84
- diëtisten 17

E

- effectmeting 10, 35, 41, 58-64
- empathie 85
- epidemiologie 4
- ethiek 3, 7, 11, 12, 23
- etnische minderheidsgroepen 29

F

- filosofische aspecten 11
- financiële aspecten 1, 3, 9, 50

G

- geboortegewicht 62
- geneesmiddelengebruik 62, 73
- gezondheidsverschillen 29, 81
- gezondheidszorgonderzoek 1
- gvo algemeen 6
- gvo door artsen 1, 5, 42, 46, 48, 49, 57
- gvo door dokters-assistenten 20, 35
- gvo door eerstelijnsartsen 33, 41, 76
- gvo door fysiotherapeuten 51
- gvo door gynaecologen 22
- gvo door huisartsen 4, 12, 16, 22, 23, 25, 26, 28-31, 33-40, 42, 46, 47-51, 53-57, 60-65, 69, 73, 76, 81, 83-86
- gvo door kinderartsen 19
- gvo door tandartsen 15, 19, 23, 57
- gvo door verloskundigen 12, 22
- gvo door verpleegkundigen 10
- gvo door wijkverpleegkundigen 12, 18, 20, 21, 23, 45, 73, 53
- gvo en verzorgenden 53
- gvotechnieken en -strategieën 1, 5, 6, 10, 23, 34-35, 38, 42, 45, 46, 48-58, 60-64, 65, 78, 84-85

H

- hart- en vaatziekten 1, 8, 35, 37, 54
- holisme 3, 10, 48, 51, 53
- hulpvraag 17

- I**
immunisatie 29
informatiebehoefte patiënten 17
- interdoktervariantie 25, 29, 30, 76-78
- inventarisatie leefstijl-onderzoek v
- J**
jongeren 4, 19
- K**
– knelpunten bij praktijk van gvo 18-20, 25, 31, 34, 35, 39, 48, 51, 75, 76
kritiek op leefstijloriëntatie 4
- L**
leefstijl algemeen vii, 6, 9, 11
leefstijl arts-assistenten 71
leefstijl artsen 67, 69, 71
leefstijl fysiotherapeuten 77
leefstijl huisartsen 25, 38, 40, 45-46, 67-69, 70, 73, 74, 78, 80
leefstijl medische studenten 70, 77
leefstijl specialisten 70, 71
leefstijl wijkverpleegkundigen 73
leefstijl verpleegkundigen 59, 68, 71
leefstijlbeweging 1, 3, 4, 9, 10, 48
- M**
massacommunicatie 23
medische consumptie 9, 58, 70, 83
meetinstrumenten vii, 42, 56, 63, 85
milieu 1
- O**
ombudsman 17
onderzoeksmodellen 6
opleiding 6, 7, 12, 20-22, 31, 39, 46, 49, 53-55, 59, 75, 77, 79
ouderen 1, 62
overheidsbeleid vii, 1, 2, 6, 8, 31, 45, 50
overzichtsartikelen. zie: reviews
- P**
patiëntenparticipatie 59
- patiëntenvoorlichting 31, 32, 47, 64
praktijkorganisatie 37
preventie 4, 6, 12, 36, 77
psychiatrische aandoeningen 54
psychotherapie 2
- R**
registratie 28, 29, 34, 46, 51, 55-56
relatie hulpverlener-hulpvrager 53
revalidatie 52
reviews 1, 3, 7, 10, 11, 15, 23, 25, 26, 51, 67, 80
rouw 85
rugklachten 51
- S**
samenwerking 23, 39
schoolgezondheidszorg 1
– screening en vroege opsporing 6, 7, 31, 35, 54-55, 59, 63, 83
slaapgedrag 73
sociaal-economische status 5, 60, 62, 81-83
sociologische en psychologische theorieën 1, 5, 9, 19, 23, 33, 45, 52, 58, 81, 85
standaarden en protocollen 37, 48, 52, 56, 64
stress 59, 73
- T**
taakafbakening huisarts-overheid 31
taalgebruik 81
tabaksindustrie 45
takenpakket huisarts 32
tandheerkunde 15, 17, 23, 58
trends in gvo 7, 23, 31
- U**
uitstrijkjes 29
- V**
verantwoordelijkheid vii, 1-3, 7, 9-11, 23, 48, 61, 73, 76
verzekeringen 1, 3
voorbeeldfunctie 25, 38, 40, 45, 50, 67, 73, 74, 77, 78, 80
- W**
wapengebruik 54

welbevinden 10
werkbelasting 39

Z

zelfhulp 3
ziekenhuizen 68
zwangerschap 15, 54, 62

Adressen

Noordhollandse Scholengemeenschap
Prof. Kohnstamm Akademie
Naaldwijkstraat 45
1059 GJ Amsterdam
Tel.: 020-171550

Nivel-bibliografieën

- WILLEMSEN, R. Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, nr. 1
LEEUW, A.K. DE. Ouderen (I, II). 1986, nr. 2 en 3
WILLEMSEN, R. Relatie eerste en tweede lijn. 1986, nr. 4
LEEUW, A.K. DE. De apotheker. 1986, nr. 5
VELDE, A. VAN DER. Alternatieve geneeswijzen. 1986, nr. 6
KUIJLEN, H. Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, nr. 7
LEEUW, A.K. DE, A. VOS. Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, nr. 8
WIEMAN, F. Zelfzorg en mantelzorg. 1986, nr. 9
KUIJLEN, H. Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, nr. 10.
DIJKHUIS, K. De fysiotherapeut. 1986, nr. 11
LEEUW, A.K. DE. De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, nr. 12
HEIJDEN, P. VAN DER. Technology assessment. 1987, nr. 13
WIEMAN, F. Live events. 1987, nr. 14
DIJKHUIS, K. De diëtist. 1987, nr. 15
HEIJDEN, P. VAN DER. Logopedisten. 1987, nr. 16
WIEMAN, F. Verzekeringssstelsel en medische consumptie. 1988, nr. 17
HEIJDEN, P. VAN DER. Patiëntenrechten. 1988, nr. 18
WIEMAN, F. Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, nr. 19
DIJKHUIS, K. Wijkverpleging in het buitenland. 1988, nr. 20
CAMPEN, C. VAN, E.M. SLUIJS. Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, nr. 21
RENGELINK-VAN DER LEE, J.H., A. DE MOL-VAN DER VELDE. Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, nr. 22
SCHRIJNEMAEEKERS, V. De psychologie en de eerstelijns. 1989, nr. 23
GOOSSENS, J.M.A.W. Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, nr. 24.
LEEUW, A.K. DE. Algemeen maatschappelijk werk. 1990, nr. 25
HEIJDEN, P. VAN DER. Sociaal-economische status en gezondheid. 1990, nr. 26
CAMPEN, C. VAN. Evaluatie thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, nr. 27
HOOGEN, H. VAN DEN, T. DE MAAGT, J.H. RENGELINK-VAN DER LEE. Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, 28
CAMPEN, C. VAN. Community nursing. 1989, nr. 29
KUIJLEN, J.A.J., F.G. SCHELLEVIS. De zorg voor chronisch zieken, 1990, nr. 30
KRUIHOF, W.H. Psychogeriatric en eerstelijnszorg. 1990, nr. 31
HEIJDEN, P. VAN DER, M. VAN LOO. Ouderen III. 1991, nr. 32
KUIJLEN, J.A.J., L. STOKX. De relatie tussen huisarts en specialist: een zaak beloning. 1990, nr. 33
LEEUW, A.K. DE. Leefstijl en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1991, nr. 36

