



Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 telefoon 030 319946
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

patientenvoorlichting in de huisartspraktijk

een eerste inventarisatie van
meningen van huisartsen

vera spronk
nicolette warmenhoven

april 1982

LIJST VAN MEDEWERKERS EN ADVISEURS

Onderzoekers

Ir. V.R.A. Spronk	Nederlands Huisartsen Instituut
Ir. N.E. Warnenhoven	Nederlands Huisartsen Instituut

Projectcoördinator

Drs. H.J.F.M. Berkvens	Nederlands Huisartsen Instituut
------------------------	---------------------------------

Adviesgroep

Dr. F. Dekkers	Excerpta Medica; adviseur Min. van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
Drs. C.H.M. Krug	GVO-consulente Kennemerland
Drs. P.F. Verhaak	Nederlands Huisartsen Instituut
Dr. C. van Weel	Huisarts

Wij zijn de Adviesgroep veel dank verschuldigd voor de steeds weer waardevolle en deskundige suggesties en adviezen.

Secretariële ondersteuning

R. Tieleman

Technische ondersteuning

J. Cappetti
R. Breteler
M.J.I. Lichtenberg

Lay out

R. Tieleman

Druk

A. Leerentveld

inhoud	<u>pagina</u>
Lijst van medewerkers en adviseurs	i
Inhoud	1
1. Inleiding	3
2. Patiëntenvoorlichting	5
3. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk	9
3.1. Voorlichtingstaken van de huisarts	9
3.2. Vragen en problemen	12
3.2.1. Houding tegenover patiëntenvoorlichting	12
3.2.2. Vaardigheden	14
3.2.3. Praktijkomstandigheden	14
3.3. Samenvatting	16
4. Patiëntenvoorlichting, GVO en Methodisch Werken	19
4.1. Patiëntenvoorlichting en GVO	19
4.2. Patiëntenvoorlichting en Methodisch Werken	20
5. Projectkeuzes, doel en opzet	21
5.1. De reden en het doel van het project	21
5.2. Patiëntenoriëntatie	21
5.3. Onderzoek onder huisartsen	22
6. Patiënten over voorlichting door de huisarts	25
6.1. Inleiding	25
6.2. Bevindingen van patiënten	25
6.2.1. Oordelen over voorlichting door de huisarts	25
6.2.2. Vragen stellen aan de huisarts	26
6.3. Reacties van patiëntenorganisaties	28
6.3.1. Behoeftte aan uitleg en informatie bij patiënten	28
6.3.2. Aard van de vragen van patiënten	29
6.3.3. Voorlichting als taak van de huisarts	30
7. Huisartsen over aspecten van patiëntenvoorlichting	31
7.1. Waarover vindt de huisarts uitleg en informatie nodig?	31
7.2. Redenen om uitleg en informatie te geven	34
7.3. Redenen om geen informatie te geven	37
7.3.1. Moeilijkheden bij het geven van informatie	37
7.3.2. Bepaalde informatie is niet nodig	38
7.3.3. Informatie geven is minder wenselijk	39
7.3.4. Het vermijden van ongerustheid	39
7.4. De ene patiënt is de andere niet	43
7.5. Vragen stellen door de patiënt	46
7.6. Conclusies	48

	<u>pagina</u>
8. Huisartsen over hun taak t.a.v. patiëntenvoorlichting	51
8.1. Hoe belangrijk vindt de huisarts patiëntenvoorlichting?	51
8.2. Verantwoordelijkheid van de huisarts voor patiëntenvoorlichting	52
8.3. Overleg met andere hulpverleners	54
8.4. Conclusies	55
9. Huisartsen over systematische patiëntenvoorlichting	57
9.1. Moet patiëntenvoorlichting meer aandacht krijgen?	57
9.2. Voorlichtingsmethodieken	57
9.3. Plaats van patiëntenvoorlichting in het consult	59
9.4. Conclusies	60
10. Huisartsen over diverse mogelijkheden voor patiëntenvoorlichting	61
10.1. Schriftelijk materiaal	61
10.2. Patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en patiëntenboeken	62
10.3. Voorlichting door de huisarts buiten het consult	64
10.4. Een informatiecentrum voor de patiënt	66
10.5. Voorlichting over de (taak)opvatting van de huisarts	67
10.6. Conclusies	69
11. Huisartsen over beperkingen van patiëntenvoorlichting	71
11.1. Moeilijkheden van huisartsen met patiëntenvoorlichting	71
11.2. Beperkingen van de individuele huisarts en zijn werksituatie	73
11.3. Structurele beperkingen	74
11.4. Conclusies	77
12. Activiteiten van huisartsen	79
13. Verschillen tussen huisartscategorieën	82
14. Conclusies en nabeschuwing	83
14.1. Conclusies	83
14.2. Vragen en beperkingen	89
14.3. Perspectieven voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk	90
Geraadpleegde literatuur	91
Bijlage A: Verantwoording	95
Bijlage B: Oriënterende gesprekken	101
Bijlage C: Vragen aan patiëntenorganisaties	103
Bijlage D: Patiëntenorganisaties die reageerden	105
Bijlage E: Enquête Nederland Oké	107
Bijlage F: Vragenlijst huisartsen	109

hoofdstuk 1

inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek onder huisartsen over het onderwerp 'patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk'. Met dit project wordt enerzijds beoogd om de mogelijkheden en beperkingen die de huisartspraktijk voor patiëntenvoorlichting biedt in kaart te brengen. Anderzijds wordt getracht om concrete ideeën te ontwikkelen over hoe in de praktijk met patiëntenvoorlichting gewerkt kan worden.

In dit rapport wordt weergegeven hoe huisartsen denken over een verscheidenheid aan onderwerpen betreffende patiëntenvoorlichting. De gegevens zijn verkregen uit vraaggesprekken met 52 praktizerende huisartsen. Hiernaast bevat het enige indrukken van ervaringen van patiënten.

Het verslag is als volgt opgebouwd:

Allereerst wordt ingegaan op het verschijnsel patiëntenvoorlichting. Enkele invalshoeken worden belicht (hoofdstuk 2). Daarna wordt een algemene probleemschets gegeven van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk (hoofdstuk 3). Kort komt aan de orde welke verschillen aangegeven kunnen worden met aangrenzende werkvelden, te weten GVO en Methodisch Werken (hoofdstuk 4). Vanuit de probleemschets volgen de vraagstellingen die aan het gehele project ten grondslag liggen en de vragen die bij dit onderzoek centraal stonden. De gevolgde onderzoeksmethode wordt daarbij kort beschreven (hoofdstuk 5). In de bijlage wordt uitgebreider op de verantwoording ingegaan. Hierop volgend wordt een klein uitstapje gemaakt naar enkele ervaringen van patiënten en patiëntenorganisaties met voorlichting door de huisarts, vragen stellen aan de huisarts en enkele globale indrukken van de informatie-behoefte bij patiënten (hoofdstuk 6).

In de daarop volgende hoofdstukken (hoofdstuk 7 t/m 13) staan de bevindingen van het onderzoek onder huisartsen.

Er wordt ingegaan op de aard van de informatie en uitleg die de huisarts wil geven en de redenen die daarmee samenhangen (hoofdstuk 7).

Daarna de opvattingen over het belang van patiëntenvoorlichting en welke taak huisartsen voor zichzelf zien weggelegd (hoofdstuk 8).

Besproken wordt of meer aandacht voor patiëntenvoorlichting door huisartsen nodig wordt gevonden en hoe huisartsen staan tegenover systematisch werken met voorlichting in de praktijk (hoofdstuk 9).

Bezwaren tegen en voorkeuren voor diverse mogelijkheden van patiëntenvoorlichting worden beschreven. Zowel t.a.v. mogelijkheden in het consult als t.a.v. mogelijkheden buiten het consult (hoofdstuk 10).

Aan de orde komen ook de moeilijkheden die huisartsen ervaren rond het geven van uitleg en informatie en de belemmeringen die zij zien voor patiëntenvoorlichting in de praktijk (hoofdstuk 11).

Kort worden een paar initiatieven die huisartsen hebben ondernomen op een aantal aspecten van patiëntenvoorlichting beschreven (hoofdstuk 12).

Tot slot wordt kort ingegaan op de vraag of tussen diverse categorieën huisartsen verschillen in opvattingen over patiëntenvoorlichting bestaan. (hoofdstuk 13).

Het rapport wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies. Tevens wordt aangegeven welke beperkingen het onderzoek heeft en welke vragen naar voren komen. Daarnaast worden enkele verwachtingen uitgesproken over de perspectieven voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. (hoofdstuk 14).

Het deel van het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan, is uitgevoerd in de periode april 1981 t/m april 1982.

hoofdstuk 2

patiëntenvoorlichting

"Wat heeft hij gezegd?".

Dit zinnetje zal veel mensen bekend in de oren klinken. Na een bezoek aan een arts is het veelal het eerste dat er gevraagd wordt door de naaste omgeving. Met deze paar woorden, die dagelijks klinken, komt een van de belangrijkste kanten van de gezondheidszorg naar voren.

Praten, luisteren, vragen en antwoorden zijn niet weg te denken in de contacten tussen hulpverleners in de gezondheidszorg en haar gebruikers.

Onderzoek zou uit kunnen wijzen dat de meeste tijd hiermee gevuld wordt. Natuurlijk gaat het daarbij niet om zomaar wat praten. Patiënten raadplegen hulpverleners. De dingen die gezegd worden en waarnaar geluisterd wordt, hebben een reden, zijn ergens op gericht, er moet iets mee gedaan worden. De term 'patiëntenvoorlichting' verwijst naar een doelgerichte communicatie tussen hulpverleners en patiënten. Patiëntenvoorlichting geeft een naam aan een belangrijk aspect van de gezondheidszorg, dat speciale aandacht verdient.

Wie artikelen en boeken over de gezondheidszorg van de afgelopen decennia raadpleegt, zal tot zijn verbazing merken dat het begrip patiëntenvoorlichting pas opduikt in de tweede helft van de jaren '70. (o.a. Buma, H&W, 1981).

Alleen voor één aspect van patiëntenvoorlichting bestaat expliciet al langer aandacht. Dit betreft het vraagstuk van de therapietrouw; het probleem dat patiënten veelal niet het advies van de arts opvolgen. Het begrip patiëntenvoorlichting wordt hierbij overigens nog niet gebruikt.

Om aan te geven waarom de laatste jaren belangstelling voor patiëntenvoorlichting is ontstaan, wordt hieronder een aantal invalshoeken van patiëntenvoorlichting weergegeven.

Medisch technisch

Goede voorlichting aan de patiënt is bevorderlijk of zelfs onmisbaar voor een positief resultaat van de geneeskundige behandeling. De patiënt kan pas goed meewerken aan zijn behandeling als hij het belang ervan inziet. Bekend is dat voorgeschreven medicijnen door veel patiënten niet, onvoldoende of verkeerd worden ingenomen. Inzicht bij de patiënt ten aanzien van nut, werking en aard van de medicijnen kan tot een verantwoord gebruik van die medicijnen leiden. (zie o.a. de Graaff, 1981).

Psychosociaal

Voor een goede relatie tussen de medisch hulpverlener en de patiënt is bereidheid en bekwaamheid om voorlichting te geven een vereiste. Een relatie blijft vruchteloos indien twee mensen die met elkaar in contact komen niet bereid zijn wederzijds open te communiceren en als de één informatie, die voor de ander van belang is, achterhoudt.

Psychologisch

Onnodige onzekerheid en spanning kan weggenomen worden door informatie en uitleg. Niet weten wat er aan de hand is, niet weten wat je te wachten staat kan vaak bedreigend zijn voor patiënten. Het verschaffen van (meer) duidelijkheid biedt meer houvast voor de patiënt en kan de onrust verminderen of, indien deze op verkeerde veronderstellingen was gebouwd, wegnemen.

Er zijn aanwijzingen dat patiënten ingrijpende gebeurtenissen beter verwerken, wanneer zij daar door voorlichting op voorbereid zijn (zie b.v. Dekkers, 1981 b).

Economisch

Er zijn aanwijzingen en goede gronden om aan te nemen dat goede voorlichting kostenbesparend kan werken in de gezondheidszorg. Indien mensen, doordat zij voldoende inzicht hebben verkregen, zelfstandiger met hun aandoening of behandeling kunnen omgaan, zullen artsen minder geconsulteerd hoeven te worden. Voorlichting is ook van belang bij het verminderen van onnodig medicijngebruik of van de overconsumptie van de specialistische hulp (doorverwijzing).

Indien gebruik van medicijnen of verwijzing naar de tweedelijns zorg in feite niet nodig is, zal dat aan de patiënt op een goede manier moeten worden uitgelegd.

Ethisch

Patiënten zijn geen objecten van behandeling en mogen ook niet als zodanig beschouwd worden. Behandelen zonder dat de patiënt zelf daarin een beslissende stem heeft, onthouden van informatie die voor de patiënt van belang is om een beslissing te kunnen nemen, zijn heden ten dage niet meer aanvaardbaar. Tevens moet er een zekere garantie zijn dat een patiënt tijdens het hulpverleningsproces die informatie krijgt, die voor hem relevant is, teneinde als mondig partner aan dat proces te kunnen deelnemen' (Nota Patiëntenbeleid, 1981).

Recht op informatie

Medici zijn door de gemeenschap in staat gesteld kennis te vergaren ten behoeve van de gemeenschap. Het is niet acceptabel indien deze kennis wordt vastgehouden en alleen beschikbaar is voor een kleine groep uit de samenleving. Daarmee zouden medici een oncontroleerbare macht vormen. De arts heeft een plicht tot informeren. De patiënt heeft recht op voor hem belangrijke informatie.

Dit recht op informatie bestaat uit twee delen. De patiënt heeft het recht om ongevraagd informatie te krijgen over hetgeen op hem van toepassing is. Voorts heeft de patiënt het recht om antwoord te krijgen op zijn vragen en daarmee recht op de waarheid. (o.a. Leenen, 1978).

Dat patiëntenvoorlichting geen makkelijk te isoleren onderwerp is, zal met het weergeven van bovenstaande reeks invalshoeken duidelijk zijn. Bij elkaar zijn er verschillende redenen waarom patiëntenvoorlichting in de belangstelling staat.

Elke invalshoek zou een veel grondiger analyse en behandeling verdienen. Dit rapport beoogt echter niet een diepgaande beschouwing te geven over de oorsprong van elke invalshoek. In de eerste plaats is dit elders op voortreffelijke wijze gedaan (Dekkers, 1981 a). In de tweede plaats willen

wij ons concentreren op de betekenis van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. In de loop van het rapport komen op een meer op de praktijk toegesneden wijze, de verschillende optieken van patiëntenvoorlichting terug.

Patiëntenvoorlichting kan het beste omschreven worden als een verzamelterm voor allerlei vormen van bewuste en systematisch toegepaste communicatie gericht op het vergroten van kennis, inzicht, motivatie, handelings- en besluitvormingsmogelijkheden van de patiënt (of diens directe omgeving) om het omgaan met of het herstel van de ziekte te bevorderen (ontlend aan Krug, 1980).

Voorlichting aan patiënten raakt de laatste jaren steeds meer in de belangstelling. In ziekenhuizen wordt op verschillende wijzen getracht uitleg en informatie aan patiënten op een geïntegreerde manier op te zetten. Het Ministerie van Volksgezondheid heeft in haar nota Patiëntenbeleid een groot accent gelegd op patiëntenvoorlichting als belangrijk onderdeel van het werk in de gezondheidszorg. Ook ziekenfondsen tonen steeds meer aandacht voor patiëntenvoorlichting. Er kan ook gewezen worden op de groeiende belangstelling voor de kant van de 'gebruiker'. Het aantal patiëntenverenigingen en -groepen stijgt.

Aandacht voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk valt dan ook duidelijk in een bredere beweging binnen de gezondheidszorg.

hoofdstuk 3

patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe in algemene zin tegen patiëntenvoorlichting kan worden aangekeken, m.n. gezien de specifieke taken, positie en kenmerken van huisartsen, en gezien het belang van de contacten met de huisarts voor de patiënt.

Er worden een aantal algemene eisen geformuleerd t.a.v. de taken die de huisarts toegekend kunnen worden op het gebied van patiëntenvoorlichting. Daarna wordt ingegaan op een aantal vragen en problemen die hiermee samenhangen gezien de positie en functie van de huisarts op dit moment.

3.1. Voorlichtingstaken van de huisarts

Het grootste deel van het dagelijks werk van de huisarts bestaat uit het houden van consulten. In deze consulten ontmoeten de huisarts en zijn patiënten elkaar in een individueel contact. Voor beide partijen is dit contact verschillend in veel opzichten. Zo ziet de huisarts enkele tientallen patiënten per dag. Voor de patiënt is het gaan naar de huisarts echter geenszins een dagelijkse gebeurtenis.

De patiënt raadpleegt op een bepaald moment tijdens het verloop van de ziekte of klacht de huisarts. Hij raadpleegt deze in de veronderstelling en verwachting dat de huisarts meer weet.

De grotere kennis van de huisarts op het gebied van gezondheid, ziekte en behandelingsmogelijkheden kan gezien worden als de primaire reden waarom de patiënt bij hem te rade gaat. Er wordt een beroep gedaan op de medische kennis die de huisarts in zijn opleiding heeft opgedaan en die hij door middel van zijn praktijk ten dienste stelt aan anderen.

De kennis van de huisarts over de ziekte of klacht van de patiënt op dat moment, is voor de patiënt op het tijdstip van consultatie, relevant.

Welke kennis van de huisarts voor de patiënt belangrijk is, kan geïllustreerd worden aan de hand van een schematisch overzicht van de fases die in een consult doorlopen worden of doorlopen kunnen worden (gebaseerd op Byrne & Long).

- Fase 1. Huisarts en patiënt treden met elkaar in contact.
- Fase 2. De arts tracht de reden van het bezoek te ontdekken.
In deze fase van het consult moet de patiënt informatie verschaffen aan de huisarts.
- Fase 3. Onderzoek door de arts. Het afnemen van de anamnese (mondeling onderzoek door gerichte vragen te stellen aan de patiënt) en/of lichamelijk onderzoek.
Tijdens deze consultfase komen twee voorlichtingsmomenten naar voren :
 - bij onderzoek moet de patiënt duidelijk zijn waarom onderzoek plaats vindt.
 - bij lichamelijk onderzoek kan instructie nodig zijn opdat de patiënt mee kan werken.
- Fase 4. De arts en de patiënt bespreken de situatie.
Hierbij moet vooral door de huisarts informatie en uitleg gege-

ven worden over de aard van de aandoening of klacht en de consequenties daarvan voor de patiënt.

Fase 5. Bespreking van behandeling of verder onderzoek.

Hierbij kunnen verschillende voorlichtingsmomenten aan de orde komen:

- de patiënt moet weten wat de zin en de aard van de behandeling is.
- de patiënt moet weten wat de directe effecten zijn van een ingreep of behandeling.
- de patiënt moet weten wat de vooruitzichten zijn van een behandeling.
- rond medicijngebruik moet de patiënt duidelijk zijn in welke hoeveelheden, met welke frequentie en hoe lang ze gebruikt moeten worden.
- de patiënt moet weten welke bijwerkingen hij kan verwachten en op welke hij moet reageren.
- de patiënt moet informatie krijgen rond de omgang met zijn klacht of behandeling in het dagelijkse leven (zelfzorg).
- de patiënt moet weten op welke wijze hij nadelige effecten kan vermijden.
- informatie is nodig over het wel of niet voortzetten van het consult. Wanneer dat gewenst is en wanneer niet.

Fase 6. Afsluiting van het consult.

Bovenstaand overzicht is niet volledig. Het gaat nog vooral uit van het klassieke patroon waarbij de huisarts de patiënt onderzoekt en een behandeling voorschrijft die de patiënt opvolgt. Ook binnen dit klassieke patroon moet de huisarts op verschillende punten de patiënt informatie en uitleg geven omdat het voor het succes van de behandeling zelfs noodzakelijk is dat de patiënt ervan op de hoogte is. Daarvoor is inzicht nodig over de te verwachten gevolgen van zijn aandoening en de mogelijkheden die er zijn om daar wat aan te doen. Inclusief de voor- en nadelen.

Het is een onvolledig overzicht omdat nog geheel buiten beschouwing blijft wat voor informatie en uitleg vereist is indien uitgegaan wordt van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en van de wenselijkheid dat de patiënt zelf kan beslissen over de ingrepen die worden gedaan.

Zelf beslissen is niet zomaar een modieus verschijnsel. Niet alleen is het een grondrecht van de individuele burger; er zijn ook meer sociaal-medische redenen waarom het belangrijk is dat de patiënt zelf beslist. Wanneer de patiënt zelf kiest voor een behandeling zal de motivatie om deze ook daadwerkelijk toe te passen groter zijn dan wanneer de patiënt er geen eigen oordeel over kan geven en geen afweging heeft kunnen maken. Bovendien weet de patiënt beter dan de huisarts of en in hoeverre mogelijke ingrepen in zijn leefsituatie toepasbaar en haalbaar zijn en welke problemen zich kunnen voordoen.

Hiernaast moet ook gewezen worden op een ongewenste afhankelijkheid van de patiënt van de huisarts indien deze laatste beslissingen neemt die de patiënt aangaan.

Om recht te doen aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt moet de patiënt informatie hebben over de verschillende behandelingsalternatieven. Dit betekent dat de patiënt informatie moet krijgen over de aard van de behandelingsmogelijkheden en over de perspectieven, risico's, tijdsduur en belasting of ongemakken die ermee gepaard kunnen gaan. Met deze informatie

kan de patiënt voor zichzelf afwegen welke nadelen en risico's rond een behandeling voor hem acceptabel zijn.

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat de huisarts veel informatie heeft die voor de patiënt van belang is en waarvan de patiënt, aan het eind van het consult, op de hoogte moet zijn.

Bij patiëntenvoorlichting gaat het echter niet alleen om de aard van de informatie en uitleg die voor de patiënt van belang zijn. Patiëntenvoorlichting betekent ook systematisch werken bij de overdracht van informatie en het geven van uitleg.

Het overdragen van kennis en inzichten moeten gerichte activiteiten zijn en vereisen een aantal vaardigheden. Het zou naïef zijn te veronderstellen dat dit alles in het contact tussen huisarts en patiënt vanzelf gaat. Het zou een ontkenning inhouden van de sociale afstand die gepaard gaat aan de sterke specialisering en differentiëring in onze samenleving.

Als hulpverlener heeft de huisarts de taak dit proces goed te laten verlopen. De huisarts zal daarbij bewust en systematisch te werk moeten gaan. De huisarts zal o.a. duidelijk voor ogen moeten hebben welke kennis en inzichten hij over moet dragen. De kans is anders immers groot, dat voor de patiënt relevante informatie niet aan de orde komt omdat de huisarts het simpelweg vergeet.

Vaak zal het gaan om informatie en inzichten waar de patiënt niet naar vraagt of niet naar kan vragen. De patiënt raadpleegt de huisarts omdat hij/zij te weinig inzicht heeft in de klacht en niet goed weet wat voor hem/haar belangrijk kan zijn. De huisarts zal daarom de aandacht van de patiënt moeten vragen voor hetgeen hij de patiënt aan kennis en inzichten te bieden heeft. Daarnaast kan ook de eis gesteld worden dat de huisarts duidelijk is, opdat de patiënt begrijpt wat hij bedoelt.

In het voorgaande is vooral de nadruk gelegd op de informatie en uitleg die de huisarts moet verstrekken, gelet op de aard van de ziekte of klacht van de patiënt.

Daarmee is voorbijgegaan aan een ander belangrijk aspect van patiëntenvoorlichting nl. het stellen van vragen door de patiënt en het beantwoorden van de vragen door de huisarts. Indien de patiënt de huisarts raadpleegt, zal hij in veel gevallen weinig kennis hebben om zelfstandig zijn probleem op te lossen. Dit wilt echter niet zeggen dat hij geen eigen ideeën heeft. Voor de patiënt kan het belangrijk zijn om eigen twijfels, ervaringen en inzichten voor te leggen aan iemand die er meer over weet. Aandacht voor de vragen die de patiënt heeft, betekent een erkenning van de ander als een volwaardige gesprekspartner.

Van de huisarts mag verlangd worden dat hij zich voor de vragen van de patiënt open stelt en naar vermogen en waarheid daarop antwoordt.

Bij elkaar kunnen nu drie gebieden van patiëntenvoorlichting in het consult onderscheiden worden die tot het taakgebied van de huisarts gerekend kunnen worden.

- A. De huisarts heeft kennis en inzichten vanuit zijn vakgebied die voor de patiënt van belang zijn en die hij aan de patiënt moet overdragen.
- B. De patiënt moet zijn vragen aan de huisarts kunnen stellen.
- C. De huisarts moet naar waarheid en vermogen antwoord geven op vragen van de patiënt.

Daarbij moet de voorlichting systematisch en overzichtelijk blijven wil

de patiënt werkelijk met meer inzicht en kennis van zaken de spreekkamer verlaten.

3.2. Vragen en problemen

Tegelijk met het aangeven van wensen en taken op het gebied van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, rijst een aantal vragen en problemen t.a.v. de haalbaarheid om patiëntenvoorlichting tot zijn recht te laten komen. Hieronder worden deze aangegeven.

3.2.1. Houding tegenover patiëntenvoorlichting

Hoe belangrijk vinden huisartsen voorlichting in hun praktijk? Deze vraag wordt niet zonder reden gesteld.

De geschiedenis van de medische wetenschap en de gezondheidszorg leert dat de meeste aandacht uitgegaan is naar het effectief behandelen en genezen van de zieke patiënt. In de opleiding van de huisarts lag zeker in het verleden alle aandacht op het leren onderkennen van aandoeningen en het kennen van de medische behandelingsmogelijkheden. Van hieruit is de traditie gegroeid dat de huisarts diagnosticeert en behandelt. Aandacht voor de sociale kanten van de geneeskunst is pas van recenter datum.

Voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk is een eerste vereiste dat de huisarts positief staat tegenover het informeren van zijn patiënten, dat hij bereid is de patiënt deelgenoot te maken van zijn eigen inzichten en kennis en dat hij openstaat voor vragen die de patiënt heeft en bereid is daarop te antwoorden.

Dit betekent in wezen een bereidheid afstand te doen van de traditionele rol van de deskundige die over het hoofd van de betrokkene heen beslist en handelt. De huisarts moet bereid zijn 'af te dalen' naar de patiënt en op gelijke voet met deze te communiceren, daarbij erkennend dat de patiënt eigen kennis, inzichten en ervaringen heeft. Of deze houding bij de Nederlandse huisarts gemeengoed is, is een belangrijke vraag.

Een belangrijk probleem bij het geven van informatie en uitleg is dat de huisarts daarbij stuit op de betrekkelijkheid van veel medische inzichten. Veel zaken zijn niet zeker in de medische wetenschap. Naar waarheid informatie geven, betekent dan óók het deelgenoot maken van de patiënt van de medische onzekerheden. Het is een belangrijke vraag hoe huisartsen tegenover dit vraagstuk staan.

De houding van patiënten tegenover de medische wetenschap en ook de huisarts mag hierbij niet onbelicht blijven. M.b.t. beter worden is het een illusie er zonder meer van uit te gaan dat mensen daarin een actieve houding aannemen. Veeleer lijkt een passieve opstelling te overheersen. Men heeft niet geleerd zich actief en zelfstandig op te stellen indien zich klachten met de gezondheid voordoen.

Zelf beslissingen willen nemen op dit gebied lijkt nog geenszins gemeengoed. Met name de laatste jaren wordt door meerdere schrijvers gesteld dat ook de gezondheidszorg en haar werkers deze passieve, afhankelijke opstelling van patiënten t.o.v. artsen hebben gestimuleerd en hun afhankelijkheid hebben vergroot (o.a. Leenen, Freidson, Zola).

Het is voorspelbaar dat huisartsen die uit willen gaan van een gelijkwaardiger relatie met de patiënt, op onbegrip stuiten. Men verwacht een

dergelijke opstelling niet en is er niet mee vertrouwd; men weet wellicht niet hoe daar mee om te gaan en er op te reageren.

T.a.v. patiëntenvoorlichting kan dit stuiten op onwennigheid als de huisarts probeert de patiënt bij de besluitvorming over de behandeling of over verder onderzoek te betrekken. De patiënt kan dit afweren en trachten de verantwoordelijkheid weer 'terug te geven' aan de huisarts.

Het idee dat voorlichting niet gewenst is en bij de patiënt niet leeft, kan leiden tot een negatieve opstelling van de huisarts tegenover patiëntenvoorlichting. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat patiënten in het algemeen meer tevreden zijn naarmate de huisarts informatiever is (Cassee, 1973; Roter, 1977).

Uitleg en informatie kunnen om verschillende redenen gegeven worden (zie o.a. de invalshoeken in hoofdstuk 2).

Zij kan gericht zijn op :

- het bevorderen van de therapietrouw van de patiënt.
- het geven van inzicht aan de patiënt in zijn aandoening of behandeling.
- het in staat stellen van een patiënt tot het nemen van een overwogen beslissing.
- het verduidelijken van standpunten.

Al deze redenen zijn voor de huisartspraktijk van belang. Het is echter niet bekend of huisartsen deze redenen onderschrijven.

Aan de huisarts kan een belangrijke taak worden toegekend op het gebied van patiëntenvoorlichting. Het is echter niet duidelijk welke zwaarte huisartsen aan patiëntenvoorlichting toekennen en wat wel of niet meer tot hun taak gerekend kan worden.

In november 1981 heeft de LHV een algemene functie-omschrijving voor de huisarts aangenomen. Over voorlichting wordt daarin gezegd : 'De huisarts geeft gevraagd - en in die gevallen waarin naar zijn inzicht daartoe aanleiding bestaat - voorlichting aan individuen en gezinnen; hij stimuleert het eigen verantwoordelijkheidsbesef van zijn patiënten en in het kader daarvan de zelfzorg ' (punt 7 van de functie-omschrijving).

Met deze zinsnede wordt patiëntenvoorlichting als onderdeel van het takenpakket van de huisarts erkend. Geen duidelijkheid echter geeft de functie-omschrijving over de grenzen aan de voorlichting door de huisarts in vergelijking tot andere disciplines.

Een probleem wat tot dusver buiten beschouwing is gebleven, is dat de huisarts met een allegaartje aan klachten en aandoeningen te maken heeft. Dit is niet expliciet aan de orde gekomen omdat er hier vanuit gegaan wordt dat patiëntenvoorlichting niet expliciet verbonden is met een bepaalde klacht of behandeling. In principe is patiëntenvoorlichting voor elke klacht en voor elke patiënt van belang. Zowel voor iemand die een onschuldige griep als voor iemand die suikerziekte heeft.

Het is niet bekend of de huisarts in specifieke gevallen voorlichting juist wel of juist niet van belang acht. Anders gezegd, of de bereidheid voorlichting te geven sterk gebonden is aan bepaalde typen klachten of aandoeningen.

Het is een bekend gegeven dat tussen huisartsen grote verschillen kunnen bestaan in taakopvatting. Om een paar voorbeelden te noemen : verschillen in opvattingen over medicijngebruik, alternatieve geneeswijzen, doorverwijzing naar de tweedelijns zorg, voorbehoedsmiddelen, hulpverlening bij psychische

problemen. Hiermee komt een nieuw aspect van de patiëntenvoorlichting in zicht. De verwachtingen die patiënten van de huisarts hebben zijn niet altijd of vaak niet in overeenstemming met de taakopvatting van de huisarts. Voor beide partijen kan dit leiden tot teleurstellingen of verspilde moeite. Voorlichting over het takenpakket van de huisarts en zijn taakopvatting kan hier verhelderend werken. Het toch wat gesloten karakter van de huisartspraktijk, waarin nagenoeg alles zich afspeelt in de spreekkamer, kan daarmee doorbroken worden. Voor patiënten die voor de keuze van een nieuwe huisarts staan, kan het meer houvast geven voor een gegronde huisartsenkeuze. Of huisartsen voorlichting over hun takenpakket en taakopvatting wenselijk achten is niet bekend.

3.2.2. Vaardigheden

Noch in de basisopleiding van de arts, noch in de beroepsopleiding tot huisarts wordt veel aandacht aan patiëntenvoorlichting geschonken. Uit een literatuuronderzoekje van de handboeken voor de huisartsgeneeskunde blijkt dat hierin geen of slechts beperkte aandacht aan patiëntenvoorlichting wordt besteed (T.Postma, NHI, 1982, interne rapportage).

Over vragen als : hoe vergroot ik het inzicht bij leken t.a.v. ziekte- en behandelingsmogelijkheden?, van welke vormen van overdracht kan ik gebruik maken?, op welke manieren?, worden aan de huisarts geen eisen gesteld. Vaardigheden en inzichten in voorlichtingsproblemen kunnen deels geleerd worden indien de bereidheid daartoe aanwezig is. Dit betekent echter een investering van tijd en energie.

Het is de vraag of patiëntenvoorlichting die kosten waard gevonden wordt. Hiernaast kan ook de vraag gesteld worden of elke huisarts qua persoon altijd de meest geschikte persoon is om zijn patiënten voor te lichten.

3.2.3. Praktijkomstandigheden

Gemiddeld duurt een consult ongeveer 7 minuten. Al kunnen deze paar minuten zeer efficiënt gebruikt worden, de duur is beperkt en daarmee ook de mogelijkheden om voorlichting te geven.

Voorlichting geven kost tijd en er moet ruimte voor zijn.

Weliswaar zijn er eenvoudige klachten waar de voorlichting niet veel problemen hoeft op te leveren omdat veel al duidelijk is en geen verdere uitleg nodig is.

Voor veel aspecten van patiëntenvoorlichting is werken onder tijdsdruk een slechte werkomstandigheid. Het wordt moeilijker om na te gaan of de patiënt en huisarts elkaar begrepen hebben en om na te gaan of alles wat aan de orde moest komen ook aan de orde is geweest. Om op een overwogen wijze die informatie en uitleg te kunnen geven die de patiënt nodig heeft om zelf te kunnen beslissen over wel of niet behandelen en welke stap genomen zal moeten worden, zal tijd beschikbaar moeten zijn. Niet alleen de huisarts staat onder tijdsdruk. Ook de patiënt zal minder snel geneigd zijn om vragen te stellen.

De neiging om geen nieuwe zaken aan de orde te stellen omdat je niet weet tot welke uitwijdingen dat aanleiding kan geven, kan psychologisch remmend werken op een vrije en rustige uitwisseling van ideeën en ervaringen. Het gegeven van niet meer dan een paar minuten per patiënt roept de vraag op of onder deze omstandigheden de rust en ruimte die nodig is voor een goede voorlichting, in de praktijk steeds aanwezig is.

Het beeld van een drukke huisarts die moet woekeren met zijn tijd is wijd-
verbreid en zeker niet zonder realiteit.

De praktijkgrootte heeft hier direct mee te maken. Hoe groter de praktijk
des te meer patiënten die dagelijks op de stoep staan en hoe minder tijd
per patiënt. De vraag is of er dan nog voldoende mogelijkheden zijn om
aandacht aan patiëntenvoorlichting in het consult te schenken. De kans
is groot dat de huisarts patiëntenvoorlichting naar het tweede plan schuift.

Of het consult voor de patient voldoende mogelijkheden biedt om allerlei
nieuwe informatie te verwerken is een ander aspect. Er kunnen voor een pa-
tiënt in een consult veel nieuwe zaken aan de orde komen, of zaken die hij
niet had verwacht. Het kost tijd om dat te verwerken. Daarmee wordt het
consult niet de beste omstandigheid om nieuwe informatie en uitleg op te
nemen. Ley heeft eens aangegeven, dat met het toenemen van het aantal
nieuwe informatie-eenheden, de kans dat de patiënt alles onthoudt kleiner
wordt (zgn. forgetting-curve, Ley, 1977).

Het zich afhankelijk voelen van de huisarts bevordert evenmin een rustig
overdenken. Het is aannemelijk dat hierdoor ná het consult nog allerlei
vragen bij de patiënt naar voren kunnen komen. Welke wegen er zijn om
daarop een antwoord te krijgen, is niet duidelijk. Weer een nieuwe af-
spraak te maken om 'enkel' wat vragen te stellen lijkt een nogal moeiza-
me weg.

De mondelinge overdracht van informatie en inzichten in het consult is
één voorlichtingsmethode. Het heeft eigen mogelijkheden en beperkingen.
De mogelijkheid uitleg en informatie af te stemmen op de persoon is een
van haar grote voordelen. Anderzijds kan het afhankelijk zijn van één per-
soon een groot nadeel zijn.

Niet voor niets verschijnen de laatste jaren steeds meer artikelen en
boeken waarin gewezen wordt op andere mogelijkheden voor patiënten om
ervaringen uit te wisselen en informatie te verkrijgen. Het leren van
elkaar krijgt daarbij veel aandacht. Niet alleen omdat de medische hulp-
verlener bepaalde informatie en ervaringen niet heeft (m.n. rond de dage-
lijkse omgang met aandoeningen en de verwerking ervan), maar ook omdat
patiënten onderling niet in een afhankelijkheidsrelatie tot elkaar staan
in tegenstelling tot de relatie patiënt-hulpverlener. Het zelf verant-
woordelijkheid dragen kan daardoor ondersteund en gestimuleerd worden.
Patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen kunnen m.n. voor patiënten met
een langdurige of ernstige aandoening een belangrijke aanvulling vormen
op de uitleg, informatie en begeleiding van medische hulpverleners.
De huisarts kan een belangrijke verwijsfunctie hebben naar dergelijke
organisaties. Patiënten die met een ingrijpende aandoening worden gecon-
fronteerd zijn, naar verondersteld mag worden, niet direct op de hoogte
van het bestaan van deze mogelijkheden.

Iets dergelijks geldt ook voor het wijzen op schriftelijk materiaal
voor de patiënt, zoals brochures en boekjes over diverse aandoeningen.
Zonder direct een oordeel te willen uitspreken over de kwaliteit hiervan
(voor de commercie is dit ook een aantrekkelijk gebied) kunnen dergelij-
ke boekjes en brochures voor de patiënt een aanvulling zijn op wat de
arts hen kan uitleggen en vertellen.

Voorwaarde is dat de huisarts dergelijke alternatieve informatiebron-
nen voor de patiënt erkent en daarvan op de hoogte is.

Twee derde van de huisartsen werkt geheel zelfstandig (bron: NHI, 1979). Deze omstandigheid betekent dat de huisarts moeilijk terug kan vallen op anderen. Dit betekent dat alles wat van de huisartspraktijk verlangd kan worden, uitgevoerd moet worden door één persoon, hooguit bijgestaan door een assistente. Aan wat één persoon vermag zijn grenzen. Men mag niet verwachten dat de huisarts een supermens is. Door de sleutelpositie van de huisarts in de gezondheidszorg is zijn takenpakket de laatste decennia al sterk verzwaaard. Zodra iets nieuws aan de orde is, wordt door de centrale positie van de huisarts al snel de huisartspraktijk aangewezen als de plaats waarnieuwe taken opgevangen moeten worden. Duidelijk is dat gebeurd o.a. waar het gaat om de psycho-sociale hulpverlening. Patiëntenvoorlichting stelt weer nieuwe eisen. Het is voorspelbaar, dat de tamelijk geïsoleerde en zelfstandige praktijkvoering eigen grenzen stelt aan de mogelijkheden voor huisartsen om daadwerkelijk patiëntenvoorlichting te geven. Het ontwikkelen van methoden en het zelfstandig invoeren en ontwikkelen ervan is een zware belasting voor een solowerker. Bovendien is het zeer wenselijk bij voorlichting niet alleen af te gaan op eigen indrukken, maar ook om reacties te krijgen over hoe men het aanpakt en dat men gewezen wordt op eigen tekorten en mogelijkheden.

Overleg met collega's en andere eerstelijns werkers kan deze te verwachten problemen deels ondervangen. Overleg met eerstelijns werkers biedt bovendien de gelegenheid met elkaar te bezien welke mogelijkheden andere disciplines en personen in de eerste lijn hebben op het gebied van patiëntenvoorlichting. Welkemogelijkheid een apotheek heeft bijvoorbeeld, of de wijkverpleging. Het gevaar dat er stilzwijgend wordt uitgegaan dat een ander het wel doet, wordt daarmee ook voorkomen. Gezien de beperkingen van het consult als voorlichtingsmoment, biedt overleg met eerstelijns werkers ook perspectieven voor andere voorlichtingsactiviteiten. Bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten rond bepaalde onderwerpen. Voor een huisarts kan het bovendien een prima gelegenheid zijn eens buiten zijn eigen praktijk te komen. Voor patiënten kan het een gelegenheid zijn de huisarts mee te maken in een andere omgeving en situatie.

Hoe groot de perspectieven voor dergelijke ontwikkelingen zijn is op dit moment niet te zeggen. De huisarts, en ook andere hulpverleners, moeten bereid zijn tot overleg en de praktische bezwaren die samenwerking met zich mee brengen zien te overwinnen.

3.3. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een aantal algemene eisen aan de orde gekomen die aan patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk gesteld kan worden:

- de huisarts bezit voor de patiënt belangrijke kennis en inzichten die hij aan de patiënt moet overdragen (kenmerken van de aandoening, van behandelingsmogelijkheden, onderzoek, medicijnen en zelfzorg). De uitleg en informatie kan gegeven worden om de therapietrouw van de patiënt te bevorderen, de patiënt inzicht te geven in zijn/haar aandoening en/of behandeling, de patiënt zelf in staat te stellen een beslissing te nemen en/of om standpunten te verduidelijken.
- de patiënt moet met zijn vragen bij de huisarts terecht kunnen en de huisarts moet naar vermogen en waarheid een antwoord geven.
- de voorlichting behoeft een systematische aanpak opdat de huisarts duidelijk is en niets vergeet, de patiënt begrijpt waar het om gaat, zijn

vragen kan stellen en zelf beslissingen kan nemen.

Vervolgens zijn problemen en vragen aangesneden die rond patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk kunnen spelen.

Deze spelen rond:

- de houding van de huisarts tegenover de diverse kanten van patiëntenvoorlichting (t.o. onderwerpen van voorlichting, redenen van voorlichting, vragen stellen door patiënten en het bespreken van medische onzekerheden) en zijn taakopvatting t.a.v. patiëntenvoorlichting.
- de vaardigheden van de huisarts om voorlichting te geven.
- de praktijkomstandigheden (duur van het consult, praktijkgrootte, zelfstandige werksfeer).
- de houding van de huisarts tegenover overleg met andere disciplines over patiëntenvoorlichting, andere informatiebronnen voor de patiënt en andere voorlichtingsactiviteiten door de huisarts buiten het consult.

hoofdstuk 4

patiëntenvoorlichting, gvo en methodisch werken

Patiëntenvoorlichting kan gezien worden als een vrij nieuw aspect van de huisartspraktijk. Omdat het om een nog vrij nieuwe term gaat, treedt nog wel eens verwarring op met twee andere verschijnselen, nl. met Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding en met Methodisch Werken.

In dit hoofdstuk wordt kort aangegeven welke verschillen zijn aan te geven tussen patiëntenvoorlichting, GVO en Methodisch Werken.

4. 1. Patiëntenvoorlichting en GVO

Verwarring van patiëntenvoorlichting met Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding ligt voor de hand, omdat beide voorlichting in de gezondheids-sfeer betreffen. Bovendien is vooral de laatste jaren een discussie ontstaan over de mogelijkheden voor GVO in de huisartspraktijk (zie o.a. NHI 1976; KNMG, 1979; Schuurman en de Haas, 1979; Schachtschabel, 1980; v.d. Does, 1981; Lamberts, 1981).

Patiëntenvoorlichting en GVO hebben een aantal duidelijke raakvlakken, maar leggen toch ook verschillende accenten. Door de afdeling GVO van de GG en GD Utrecht wordt GVO als volgt omschreven:

Doel : GVO levert in onderlinge samenhang met andere componenten van de gezondheidszorg, t.w. de maatregelen, wetten, voorschriften en de voorzieningen, een bijdrage aan de bevordering en de handhaving van de gezondheid van mensen.

Werksoort : GVO is een opzettelijke en systematische activiteit 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.

(GVO Utrecht, 1979).

In de beginjaren van het bestaan van GVO lag de nadruk duidelijk op de primaire preventie: gezondheidsvoorlichting als middel ter voorkoming van ziekte of ter bevordering van 'gezond gedrag'. De laatste jaren wordt ook meer benadrukt dat GVO eraan bijdraagt dat mensen een bewuste keuze maken voor gezond (of ongezond) gedrag. Toch staat gezondheid en gezond gedrag nog vrij centraal, vooral bij de praktische activiteiten die in het kader van GVO worden uitgevoerd.

Huisartsen kunnen beschouwd worden als intermediairen voor de uitvoering van GVO-activiteiten. Of de huisarts algemene gezondheidsvoorlichting in zijn takenpakket moet opnemen, is echter nog duidelijk onderwerp van discussie (KNMG, 1979; Schuurman en de Haas, 1979; Lamberts, 1981).

Bovendien blijkt dat de samenwerking tussen GVO-consulenten en huisartsen in de praktijk nogal gering is.

Kenmerkende verschillen tussen patiëntenvoorlichting en GVO zijn :

- patiëntenvoorlichting is gericht op de patiënt; GVO richt zich ook op gezonde mensen.
- patiëntenvoorlichting betreft uitleg en informatie over ziekten en be-

handelingen; GVO betreft voornamelijk algemene voorlichting over gezond gedrag.

- t.a.v. algemene Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding is de taak van de huisarts nog zeer discutabel, terwijl patiëntenvoorlichting nauwelijks van de grond kan komen zonder de huisarts.

4.2. Patiëntenvoorlichting en Methodisch Werken

Zowel patiëntenvoorlichting als Methodisch Werken hebben betrekking op het consultgesprek tussen huisarts en patiënt. Beide gaan over de communicatie.

Sedert enkele jaren organiseren het NHG en het NHI nascholingscursussen 'Methodisch Werken' voor huisartsen.

Aan Methodisch Werken kunnen twee aspecten worden onderscheiden (Holten-Vriesema e.a., 1978) :

1. werken volgens een methode (d.w.z. doelgericht en systematisch).
2. bewust werken aan de relatie met de patiënt om deze verhouding ten volle te benutten voor de hulpverlening.

Men gaat uit van een ruime doelstelling van de huisartsgeneeskunde, waarbij men ook hulp wil verlenen bij niet-somatische klachten.

Volgens Methodische Werken bestaat het hulpverleningsproces uit 3 fasen (of het zou uit deze fasen moeten bestaan).

- 1e intake (vraagverheldering en opstellen van het handelingsplan).
- 2e uitvoeren van het handelingsplan.
- 3e afsluiten van de hulpverlening.

Het doel van Methodisch Werken is om de hulpverlening door de huisarts zo goed mogelijk af te stemmen op de hulpvraag van de patiënt. De oorsprong van Methodisch Werken ligt in de toename van klachten met een psycho-sociale kant in de huisartspraktijk.

De relatie tussen de arts en zijn patiënt, en de communicatie tussen hen, worden bij Methodisch Werken duidelijk centraal gesteld.

Er zijn aan deze methode van werken zeker aspecten van patiëntenvoorlichting verbonden. Bij het 'opstellen van het handelingsplan' wordt bijvoorbeeld expliciet genoemd (in eerder vermeld artikel) dat het van belang is dat de patiënt weet waar hij aan toe is.

Men zou kunnen stellen dat patiëntenvoorlichting noodzakelijk is om echt methodisch te kunnen werken. De methode geeft echter niet aan, op welke momenten in het hulpverleningsproces patiëntenvoorlichting van belang is en welke informatie en uitleg deze voorlichting moet omvatten.

Omgekeerd kan Methodisch Werken ook gezien worden als voorwaarde voor patiëntenvoorlichting, omdat uitleg en informatie over een verkeerd opgevatte hulpvraag zijn doel voorbijschiet.

Verschillen tussen Methodisch Werken en patiëntenvoorlichting zijn::

- patiëntenvoorlichting betreft de uitleg en informatie over ziekte en behandeling; Methodisch Werken betreft de relatie met de patiënt en het zo goed mogelijk afstemmen van de hulpverlening op de hulpvraag van de patiënt.
- Methodisch Werken besteedt geen aparte aandacht aan de informatie-overdracht en de systematiek die daarbij gevolgd kan worden.
- Methodisch Werken beperkt zich tot het directe consultgesprek, terwijl patiëntenvoorlichting ook betrekking heeft op voorlichtingsactiviteiten buiten het consult.

hoofdstuk 5

projectkeuzes, doel en opzet

5.1. De reden en het doel van het project

De toenemende belangstelling voor gezondheidsvoorlichting en ook patiëntenvoorlichting vormde de achtergrond voor het onderzoeksproject 'patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk' (zie ook hoofdstuk 2 en 3).

Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk is een nog vrijwel onbekend onderzoeksterrein. De belangstelling voor dit onderwerp is nog vrij jong. Systematisch onderzoek is nog nauwelijks voorhanden. Wat de belangrijkste knelpunten zijn, is alleen nog maar theoretisch aan te geven, evenals mogelijke oplossingen.

Om achter de belangrijkste knelpunten rond patiëntenvoorlichting te komen en een beeld te krijgen van toepasbare oplossingen, moet meer inzicht verkregen worden ten aanzien van de volgende onderwerpen.

- A. De houding van huisartsen tegenover patiëntenvoorlichting en hun taakopvatting op dit gebied.
- B. De wensen van patiënten op het gebied van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk en de problemen die zij op dit gebied ervaren.
- C. De verschillen tussen enerzijds de huisarts en anderzijds de patiënt.
- D. De toepasbaarheid van mogelijke oplossingen voor de belangrijkste knelpunten.

Voor het onderzoek naar bovenstaande onderwerpen is een plan gemaakt voor een project voor vier jaar.

Doelen voor het gehele vierjarig project zijn :

- aangeven van de mogelijkheden, grenzen en beperkingen van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk;
- de huisarts bruikbare suggesties en aanbevelingen c.q. adviezen geven op welke wijze hij in zijn praktijk met patiëntenvoorlichting kan werken.

Dit rapport omvat het verslag van het eerste projectjaar.

In dit jaar is hoofdzakelijk onderzoek gedaan naar de opvattingen van huisartsen over patiëntenvoorlichting in hun praktijk.

De keus om eerst aandacht te besteden aan de huisarts kwam voort uit de overweging dat de huisarts en zijn praktijkomstandigheden goeddeels bepalend zijn voor wat mogelijk is.

Het doel van het eerste jaar was om een inventarisatie te maken van:

- opvattingen van huisartsen over de diverse aspecten van patiëntenvoorlichting,
- mogelijkheden die huisartsen zien voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk.

5.2. Patiëntenoriëntatie

Ter voorbereiding op het onderzoek onder huisartsen is een korte oriëntatie gehouden onder patiënten. Het ging hierbij om de volgende onderzoeks-onderwerpen:

- a. Hoe ervaren patiënten de voorlichting door de huisarts, het stellen van vragen aan de huisarts en de antwoorden daarop.
- b. Wat voor vragen hebben mensen zoal met betrekking tot hun aandoening?

Hiertoe werden drie verschillende onderzoekjes gedaan :

- een korte enquête onder 80 bezoekers aan de gezondheidsbeurs Nederland Oké
- vier groepsgesprekken met in totaal 25 vrouwen
- schriftelijke vragen aan 25 categorale patiëntenorganisaties. 16 organisaties hebben gereageerd.

Zie voor een beschrijving van deze onderzoekjes de verantwoording in Bijlage A.

De bevindingen staan in hoofdstuk 6.

5.3. Onderzoek onder huisartsen

Ten aanzien van huisartsen hebben de volgende onderzoeksonderwerpen centraal gestaan :

- A. Wat zijn de opvattingen van huisartsen over de verschillende aspecten van patiëntenvoorlichting?
Welke onderwerpen van voorlichting vindt de huisarts van belang en welke redenen om voorlichting te geven?
Hoe staat de huisarts tegenover het stellen van vragen door de patiënt en het antwoorden daarop ?
- B. Welke taakopvatting heeft de huisarts t.a.v. patiëntenvoorlichting?
Wat rekenen huisartsen wel en niet tot hun taak?
Welk belang wordt gehecht aan patiëntenvoorlichting?
Wat wordt tot taak van anderen gerekend?
- C. Hoe staan huisartsen tegenover systematische patiëntenvoorlichting?
Is de huisarts van mening dat aan patiëntenvoorlichting apart aandacht geschonken moet worden en op welke wijze ?
- D. Welke beperkingen ervaart de huisarts en/of voorziet hij m.b.t. patiëntenvoorlichting?
- E. Hoe belangrijk vinden huisartsen het dat naar nieuwe mogelijkheden van patiëntenvoorlichting wordt gezocht en welke zien zij zelf?
Hoe staan huisartsen tegenover voorlichtingsactiviteiten buiten het consult, tegenover overleg met andere disciplines, andere informatiebronnen voor de patiënt en voorlichting over de taakopvatting en taken van de huisarts?

Als onderzoeksmethode is gekozen voor het interview. Er is gebruik gemaakt van een vaste vragenlijst waarop vrij geantwoord kon worden (zie voor de vragenlijst Bijlage F).

110 huisartsen werden aangeschreven met het verzoek mee te werken aan het interview over patiëntenvoorlichting.

De aangeschreven huisartsen waren gelijkkelijk verdeeld over de volgende categorieën :

- wonend in de provincie Overijssel, Noord-Brabant of Zuid-Holland.
- gevestigd in een gemeente met meer dan 50.000 inwoners (stad) of in een gemeente met minder dan 50.000 inwoners ('dorp').
- afgestudeerd vóór 1965 of na 1965.

58 huisartsen vielen af, omdat zij op het ons bekende adres onbereikbaar waren (29), geen huisarts (meer) waren (11) of niet bereid waren tot een gesprek (18).

Met 52 huisartsen is uiteindelijk een gesprek gevoerd.

Verdeling geïnterviewde huisartsen naar provincie, grootte vestigingsplaats en jaar van afstuderen :

<u>Provincie</u>	<u>Grootte vestigingsplaats</u>	<u>Jaar van afstuderen</u>
Overijssel : 21	Stad: 24	vóór 1965 : 15
Zuid-Holland : 14	Dorp: 28	na 1965 : 37
Noord-Brabant: 17		
52	52	52

Zie voor de verdere verantwoording Bijlage A.

De bevindingen staan in de hoofdstukken 7 t/m 12.

hoofdstuk 6

patiënten over voorlichting door de huisarts

6.1. Inleiding

De keuze het eerste projectjaar vooral te besteden aan onderzoek onder huisartsen betekende dat systematisch onderzoek naar patiënten onmogelijk was. Het is belangrijk bij het lezen van onderstaande gegevens in gedachten te houden wat de reden voor dit korte patiëntenonderzoek was, nl. ter voorbereiding van het onderzoek onder huisartsen.

In de literatuur zijn nauwelijks gegevens voorhanden over opvattingen en ervaringen van patiënten m.b.t. patiëntenvoorlichting.

Het summiere karakter van het patiëntenonderzoek betekent dat onderstaande bevindingen slechts aanwijzingen geven. Harde conclusies kunnen er niet aan verbonden worden. Representativiteit is niet nagestreefd.

6.2. Bevindingen van patiënten

6.2.1. Oordelen over voorlichting door de huisarts

Uit de gehouden enquête blijkt dat de meeste mensen hun huisarts positief beoordelen. Slechts een minderheid heeft over het algemeen een negatief beeld van zijn/haar huisarts. Deze positieve beoordeling strekt zich ook uit tot de algemene beoordeling van het voorlichtingsgedrag van de huisarts. De meeste mensen hebben de indruk dat hun huisarts het belangrijk vindt hen uitleg en informatie te geven.

In de groepsgesprekken is nader ingegaan op een aantal onderwerpen van voorlichting door de huisarts. Uit de reacties blijkt dat sommige huisartsen wel de naam van een aandoening noemen, maar daar verder geen uitleg bij geven; sommige huisartsen zeggen helemaal niet wat er is. Over behandelingsmogelijkheden wordt met de respondenten nauwelijks gesproken. De meesten hebben de ervaring dat de huisarts een behandeling voorschrijft: *"Ik zal u een tabletje geven, zegt hij"*.

Medicijnenvoorlichting blijkt sterk in de belangstelling te staan. Een aantal respondenten maakt zich zorgen over de 'pillensmijterij' door hun huisarts en over het feit dat men na een telefoontje naar de assistente gewoon een receptje kan afhalen. Slechts 1 van de 25 vrouwen zei dat haar huisarts uitleg geeft over waarom hij dat medicijn geeft en hoe dat werkt. In het algemeen krijgt men dat niet te horen. Informatie en uitleg over de bijwerkingen van medicijnen wordt over het algemeen nauwelijks gegeven. Er wordt wel uitleg gegeven door de huisarts hoe de medicijnen gebruikt moeten worden.

Voorlichting door de huisarts bij verwijzing naar de tweede lijn wordt nogal eens onvoldoende gevonden. Er kwamen voorbeelden naar voren dat men van tevoren niet wist dat het betreffende onderzoek zoveel tijd in beslag zou nemen of dat het lichamelijk nogal ingrijpend was.

Verwijsbrieven worden vrijwel altijd gesloten meegegeven. Slechts een enkeling hoort van de huisarts wat hij erin schrijft.

Er kwamen weinig klachten naar voren over onbegrijpelijke uitleg door de huisarts. Zowel door de gespreksdeelneemsters als door respondenten op de enquête werd daarbij direct opgemerkt dat zij dan om verduidelijking vragen.

De deelneemsters aan de gespreksgroepen vonden vrijwel allemaal dat hun huisarts uit zichzelf niet zoveel uitlegt. Als je iets te weten wilt komen, moet je er naar vragen.

"In het algemeen moet je er wel zelf om vragen".

"Ik moet het echt uit hem trekken".

Dat dit nodig is wordt overigens door de meesten een heel gewone zaak gevonden. Men verwacht niet anders. De opvatting dat het aan jezelf ligt als je onvoldoende te weten komt, lijkt te overheersen.

"Je moet het wel vragen, hij heeft het te druk om het uit zichzelf te doen".

"De arts die ik nu heb bevalt me goed. Je moet wel naar dingen vragen, anders wordt er niet voorgelicht. Als je het vraagt, vindt hij het ook wel leuk".

"Het ligt aan mezelf. Ik vraag het gewoon niet. Als ik dan weer buiten sta, vind ik het stom van mezelf".

Op een aantal onderwerpen kwam duidelijk naar voren dat informatie en uitleg bijzonder op prijs wordt gesteld. Met name over medicijnen en onderzoek in het ziekenhuis. Bijsluiters worden door de deelneemsters in het algemeen doorgelezen. Men vindt het plezierig dat die er zijn, maar sommige bijwerkingen zijn wel afschrikwekkend.

"De arts zou iets over de bijwerkingen moeten uitleggen, dan begrijp je het beter. Er staan nare dingen in de bijsluiters die je helemaal niet hoeft te krijgen".

Vrijwel iedereen was van mening dat de huisarts van tevoren zou moeten uitleggen wat er met je gaat gebeuren in het ziekenhuis. Daarbij woog het nadeel dat je je dan misschien ongerust zou maken, minder zwaar dan het voordeel dat je voorbereid bent op wat er gaat gebeuren.

Openheid over wat de huisarts in de verwijsbrief schrijft, wordt in het algemeen ook gewenst. Ook als daar veronderstellingen van de huisarts in staan.

"Die moet je dan toch ook weten".

"Die arts kan toch uitleggen waarom hij het niet zeker weet".

Een enkeling had slechte ervaringen met de berichtgevingen door de huisarts aan de specialist, omdat er negatief over haar geschreven was.

Waar dit ter sprake kwam, werd het positief gevonden als de huisarts toegaf dat hij iets niet wist of het niet zeker wist.

6.2.2. Vragen stellen aan de huisarts

De meeste respondenten hebben als zij naar hun huisarts gaan, vragen die

zij willen stellen. Daadwerkelijk de vragen stellen levert echter de nodige problemen op. Het wordt door een deel van de mensen moeilijk gevonden. Vragen stellen aan de huisarts wordt nogal eens geassocieerd met 'lastig zijn', 'zeuren', 'zich aanstellen'. De sfeer bij de huisarts blijkt een belangrijke factor te zijn. Gehaast zijn of een niet uitnodigende houding van de arts maken het moeilijk om met vragen naar voren te komen.

"Ik neem me wel voor om vragen te stellen, maar ik doe het toch niet. Misschien lacht hij me wel uit of denkt: wat een zeurpiet. Dus dan durf ik het niet. Achteraf vind ik dat weer zo stom".

"Waarom je het niet vraagt? Eerst zit je in zo'n wachtkamer. Dan zit hij achter zo'n bureau. Je vraagt je af: heeft hij wel tijd om tien vragen te beantwoorden. Het is zo'n afstand. Ik probeer toch zo'n beetje snel klaar te zijn. De vragen die het eerst bij je opkomen stel je dan en thuis denk je: goh, ik heb dit of dat niet gevraagd".

Verschillende vrouwen bereiden zich voor op het bezoek aan de arts. Vragen worden op schrift gesteld of men zit in de wachtkamer te repeteren. Anderen weten echter niet goed hoe ze vragen aan de huisarts moeten stellen.

"Ik ben allang blij dat ik weg ben".

De ervaring nog vragen te hebben nadat men is weggegaan bij de huisarts herkennen veel mensen. Voor een deel is dat omdat men eigen vragen toch niet durft te stellen of omdat men ze vergeet. Anderzijds durft men niet altijd goed door te vragen als de huisarts iets onduidelijk zegt of men is te verast over wat hij zei.

"Dat komt omdat je het niet goed snapt of het antwoord niet had verwacht. Dan ben je verbaasd en vergeet het verder te vragen".

"Hij zei dat het bobbeltje in mijn borst een 'kyste' was. Maar ja, wat is dat. Dat heb ik niet durven vragen. Hij vindt het misschien wel dom dat ik het niet weet".

Als vragen gesteld worden, wordt er naar de ervaring van de meesten door de huisarts op een bevredigende manier op gereageerd. Er zijn echter ook verhalen waarin de huisarts geprikkeld reageert als iemand met vragen komt.

Indien men met vragen blijft zitten na het bezoek aan de huisarts, of als er nadien vragen rijzen, belt men daarvoor alleen op naar de huisarts als het dringend is. In andere gevallen zoekt men zelf een antwoord in medische boeken, bewaart ze voor een volgende keer of 'laat ze maar zitten'. Voor meerdere deelneemsters aan de gespreksgroepen leek het een vreemd idee de huisarts gewoon op te bellen als men vragen had.

Iedereen uit de groepsgesprekken leest wel eens iets over medische zaken of kijkt naar een programma daarover. Verschillende mensen zoeken zelf medische informatie, bijvoorbeeld in een medische encyclopedie, boekjes over medicijnen e.d.

Door een paar mensen werd expliciet aangegeven dat zij informatie zoeken om een tekort aan voorlichting door de huisarts te compenseren. Anderen doen het juist om meer gerichte vragen aan de huisarts te kunnen stellen.

Lang niet altijd brengt men bij de huisarts naar voren wat men zelf aan ideeën en informatie heeft. Hierbij worden dezelfde barrières ervaren als bij het stellen van vragen.

Er zijn vrij uiteenlopende ervaringen met reacties van huisartsen als de patiënt zelf iets inbrengt. Dit varieert van serieuze aandacht bij de huisarts of een geamuseerd reageren tot blijk geven van twijfel over de juistheid en het belang van hetgeen de patiënt zei. Verschillende vrouwen hadden het gevoel dat hun ideeën irritatie wekken.

"Als ik aan de huisarts iets vertel wat ik gelezen heb, zegt hij : oh, heb je weer iets gelezen".

Een enkeling vertelde dat haar huisarts, als zij zelf suggesties of ideeën had, daar lijnrecht tegenin ging.

Het wel of niet vragen stellen lijkt ook afhankelijk te zijn van hoe de patiënt zich voelt of met welke klacht hij komt. Het lijkt moeilijker te zijn als hij met een vagere klacht komt.

6.3. Reacties van patiëntenorganisaties

Om een indruk te krijgen wat voor vragen patiënten hebben en hoe belangrijk informatie en uitleg is voor patiënten, zijn aangeschreven. Hierbij is uitgegaan van de veronderstelling dat deze, door hun ervaring, vrij gemakkelijk een overzicht en indruk konden geven. Hieronder staan de reacties van de 16 organisaties die reageerden. De gegevens hebben betrekking op patiënten met een ernstige en/of langdurige aandoening.

6.3.1. Behoefte aan informatie en uitleg bij patiënten

Bij de patiëntenorganisaties bestaat geen twijfel of er behoefte is aan uitleg en informatie bij patiënten met de betreffende aandoening/handicap. Sommigen benadrukken de enorme behoefte, bijvoorbeeld geïllustreerd met de hoeveelheid vragen die op door hen georganiseerde informatie-avonden naar voren wordt gebracht.

Eén patiëntenorganisatie geeft aan dat er wel een individueel verschil is in de mate waarin mensen geïnformeerd willen worden.

Er worden verschillende redenen genoemd waarom die behoefte niet altijd duidelijk bij de huisarts of behandelende arts naar voren komt: Het idee dat de arts weinig tijd heeft (druk spreekuur), het moeilijk kunnen verwoorden van ongerustheid doordat men de medische termen niet kent, schroom of angst om vragen te stellen, mede door de onzekerheid waarin men verkeert als gevolg van de ziekte, of juist omdat de ziekte zelf het communiceren bemoeilijkt.

Dit zijn t.a.v. de patiënt veel genoemde redenen.

Anderzijds worden als belangrijke redenen genoemd waarom (huis)artsen te weinig merken van de behoefte aan uitleg en informatie bij de patiënt: Het niet tonen van belangstelling door de arts, niet voldoende tijd nemen, te weinig belang hechten aan informeren en uitleggen, het niet stimuleren van de patiënt om over de 'drempel te komen', te weinig op de hoogte te zijn van de problemen rond de aandoening (soms bagatelliseren) en ook de

status van de arts.

Door een van de organisaties wordt benadrukt dat het moeten maken van een nieuwe afspraak voor informatie en uitleg remmend werkt. Bovendien vindt zo'n gesprek plaats buiten de eigen vertrouwde sfeer.

Het ligt voor de hand dat veel vragen vooral thuis naar voren komen.

Er wordt geen twijfel geuit over het belang van informatie en uitleg voor de patient. Sommige organisaties benadrukken dat het vanzelfsprekend moet zijn dat de patient alle informatie en uitleg krijgt.

Het belang hiervan wordt onderstreept door er op te wijzen dat de patiënt dan de problemen die een aandoening met zich meebrengt beter kan verwerken, dat het gunstig werkt op het proces van acceptatie, de patient de voor-schriften beter op kan volgen en meer verantwoordelijkheid t.a.v. zijn/haar eigen gezondheidstoestand kan ontwikkelen. Een patiëntenorganisatie gaf het als volgt weer :

"Zolang hulpverleners denken of wordt geleerd dat het hun plicht is niet nodeloos ongerust te maken en teleurstellingen te besparen, wordt de juiste menselijke relatie niet bereikt en blijft men betuttelen met oneerlijkheid en wildgroei van 'hulp' als gevolg".

Door verschillende organisaties wordt ook gewezen op de behoefte bij familieleden of de directe omgeving van de patiënt aan informatie en uitleg. Een niet te verwaarlozen terrein.

6.3.2. Aard van de vragen van patiënten

Veel patiëntenorganisaties gaven geen uitputtende lijst van vragen, maar slechts globale aanduiding daarvan. De genoemde vragen zijn onder een aantal algemene noemers samengebracht.

Hierdoor ontstaat een globaal beeld op welke gebieden patiënten bij de verschillende organisaties de meeste vragen hebben. Tussen haakjes staat het aantal patiëntenorganisaties dat de betreffende categorie noemt (bij elkaar reageerden 16 patiëntenorganisaties).

Deze zijn:

- informatie over medicijnen en hun bijwerkingen (12)
- voorlichting over het verloop van de ziekte en de vooruitzichten van de patiënt (12)
- informatie, uitleg over de meer medische kant van de verzorging, verzorgingstechnieken en voeding (11)
- voorlichting over de behandeling, de waarde ervan en kansen op beter-schap (11)
Hieronder vallen ook vragen naar behandelingsmogelijkheden bij alternatieve geneeswijzen.
- medische uitleg over de ziekte, waaronder ook deels technische informatie (10)
- voorlichting over de dagelijkse omgang met de aandoening of behandeling, o.a. de invloed van de aandoening of behandeling op werk, vrije tijd, sex, gezin (10)

Hiernaast worden door patiëntenorganisaties vragen rond de psycho-sociale kanten van de aandoening en de verwerking van de ziekte genoemd (7). We vermoeden dat meerdere organisaties het niet noodzakelijk vonden deze kant te noemen in het kader van de beantwoording van de vragen.

'n Enkele organisatie noemt vragen over de kosten die patienten moeten

maken en over vergoedingenregelingen of over voor die specifieke behandeling of aandoening speciaal bijkomende zaken.

N.B. Het is duidelijk dat niet elke categorie vragen voor elke ziekte/handicap even relevant is.

6.3.3. Voorlichting als taak van de huisarts

De meeste patiëntenorganisaties (12) zijn van mening dat voorlichting een duidelijke taak van de huisarts is. 'n Enkele organisatie stelt dat t.a.v. die speciale ziekte de huisarts geen grote rol speelt(eerder specialisten).

De redenen die worden aangegeven waarom de huisarts voorlichting moet geven verschillen enigszins (overigens geeft niet elke patiëntenorganisatie expliciete redenen op).

Er wordt door sommige gewezen op de vertrouwensrelatie die er tussen huisarts en patiënt dient te bestaan. Inzicht verschaffen, open staan voor vragen van de patiënt is daarvan een essentieel element. Daarnaast wordt benadrukt dat mensen niet in staat zijn zelf verantwoorde beslissingen te nemen als die voorlichting achterwege blijft.

Eén organisatie stelt dat voorlichting wel een plicht van de huisarts kan zijn, maar dat een patiënt aan plichtmatig verstrekken van informatie niet veel heeft.

Een aantal organisaties geeft aan dat de huisarts de patiënt goed moet inlichten en alles moet vertellen. Door verschillende patiëntenorganisaties (6 á 7) wordt aangegeven dat huisartsen vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de ziekte of handicap en wat daarmee samenhangt.

Dit is een belangrijke handicap als door de huisarts toch voorlichting gegeven moet worden. Enkele merken dan ook op dat het ook niet doenlijk is voor een huisarts om van alles te weten. Het verbaast dan ook niet dat vrij veel patiëntenorganisaties (9 á 10) vooral de verwijzingsfunctie van de huisarts benadrukken: hij dient op de hoogte te zijn van de organisaties en eventuele personen die wel over de vereiste kennis en informatie beschikken ; hij kan of moet eventuele folders aan patiënten ter beschikking stellen.

"Omdat voor verscheidene patiënten wel degelijk de noodzaak aanwezig is om meer en uitputtend te weten wat er met hen aan de hand is om er mee te kunnen leven (en sterven) zou het vanzelfsprekend en normaal moeten worden, dat artsen deze taak laten verzorgen door een ander".

Er wordt ook op gewezen dat de huisarts het tegen de patiënt moet zeggen als hij iets niet weet.

Het belang van een groepsgewijze aanpak, het kunnen uitwisselen van informatie en ervaringen tussen lotgenoten wordt door een aantal patiëntenorganisaties onderstreept.

hoofdstuk 7

huisartsen over aspecten van patiëntenvoorlichting

In dit hoofdstuk komt allereerst aan de orde van welke onderwerpen de huisarts vindt dat hij de patiënt uitleg en informatie moet geven. Daarna wordt ingegaan op de verschillende redenen om voorlichting te geven en op de redenen om bepaalde informatie en uitleg niet te geven. Tot slot wordt weergegeven hoe huisartsen tegen de patiënt en zijn vragen aankijken.

7.1 Waarover vindt de huisarts uitleg en informatie nodig?

Van een aantal onderwerpen is in de interviews met huisartsen gevraagd of de huisarts vindt dat de patiënt daarover geïnformeerd moet zijn als de patiënt de spreekkamer verlaat.

a. Voorlichting over wat de patiënt mankeert

Iets meer dan de helft van de huisartsen vindt dat de patiënt wel iets moet of mag weten over de aard van de kwaal of aandoening. Door sommige van deze huisartsen wordt wel enig voorbehoud gemaakt. De diagnose moet duidelijk zijn, of men geeft aan onrust te willen vermijden.

3 huisartsen vinden het in het algemeen niet nodig om aan de patiënt te vertellen wat hij/zij mankeert.

De overige huisartsen, bijna de helft, zijn van mening dat dergelijk voorlichting alleen onder bepaalde voorwaarden moet worden gegeven : alleen als de patiënt er om vraagt, alleen als de diagnose zeker is of alleen als men denkt dat de patiënt het aan kan.

Een aantal huisartsen geeft niet aan onder welke voorwaarden zij voorlichting over de aard van de kwaal nodig vindt, maar zegt dat zij deze voorlichting soms wel, soms niet geeft.

b. Voorlichting over de te verwachten duur van de aandoening

Tweederde van de huisartsen vindt dat de patiënt in principe wel moet weten hoe lang een klacht kan aanhouden. Soms wordt de moeilijkheid genoemd dat niet altijd te zeggen is hoe lang iets zal gaan duren.

Als achtergrond voor het geven van dit soort informatie wordt door sommigen opgemerkt dat de huisarts op deze manier een bepaalde controle inbouwt. Anderen willen voorkomen dat de patiënt na een paar dagen alweer 'op de stoep staat' omdat de klacht nog niet over is.

Eén huisarts vindt het in het algemeen beter om géén uitspraak te doen over de duur van de aandoening.

"Daar laat ik mij niet zo over uit, want ik ben geen toekomstvoorspeller en geen helderziende. Als ze er naar vragen, krijg ik ze mijn mening".

De overige huisartsen, ruim eenderde, lieten zich niet duidelijk uit vóór of tegen voorlichting over de duur van de aandoening. Als problemen worden genoemd : de onzekerheid waarmee gewerkt moet worden en de ongerustheid die bij de patiënt kan ontstaan ten gevolge van dit soort informatie.

"Je moet niet proberen profeet te zijn. Ik zeg eerder lang of kort. Dat je van een griepje, dat self-limiting is, in principe wel in een week af bent, kan een nuttige mededeling zijn. Aan de andere kant, als je weet dat iemand er een paar maanden mooi mee is dan is het onverstandig om dat direct al zachtjes aan het verstand te brengen".

c. Voorlichting over de gevolgen van de aandoening

Uitleg en informatie over de gevolgen van een aandoening ligt duidelijk moeilijker dan de onderwerpen besproken onder a. en b.

Slechts 16 van de 52 huisartsen vinden dat de patiënt moet weten wat de gevolgen van de aandoening kunnen zijn. 6 huisartsen vinden niet dat zij hierover informatie moeten geven.

"De complicaties moet je, dacht ik, niet verwoorden omdat je nooit weet wat er gaat gebeuren. Omdat je toch heel vaak ziet dat het anders verloopt dan je denkt".

De resterende huisartsen, bijna tweederde, vinden dat zij soms iets over de gevolgen van een bepaalde klacht moeten vertellen. De angst om bij de patiënt ongerustheid te wekken speelt hierbij sterk. Bij de beantwoording van deze vraag speelde duidelijk een rol, dat sommige respondenten 'gevolgen' opvatten als het te verwachten verloop van de ziekte, terwijl andere meer dachten aan (zeldzame) complicaties.

d. Voorlichting over verschillende behandelingsmogelijkheden

35 respondenten vinden dat zij uitleg en informatie moeten geven over behandelingsmogelijkheden.

Hieronder wordt in elk geval voorlichting begrepen over de behandeling die de huisarts voorstaat.

9 van de 35 huisartsen zeggen expliciet dat zij vinden dat de patiënt ook informatie en uitleg over de verschillende behandelingsmogelijkheden moet krijgen.

De overige huisartsen, eenderde, vinden dat de patiënt soms iets moet weten over de behandeling. Een paar huisartsen doet dit als er om gevraagd wordt, maar geeft aan dat zij een dergelijk vraag wel beschouwt als teken van gebrek aan vertrouwen bij de patiënt.

e. Voorlichting over de eventuele bijwerkingen van medicijnen

Een kwart van de huisartsen vindt dat zij voorlichting moet geven over de mogelijke bijwerkingen van de medicijnen die zij voorschrijft. Een iets groter deel vindt dat de patiënt alleen van de meest voorkomende bijwerkingen op de hoogte moet worden gesteld.

Anderen stellen het geven van dit soort informatie afhankelijk van de aard van de patiënt.

"Sommige mensen reageren angstneurotisch als je ze alle bijwerkingen vertelt".

Genoemde problemen zijn, dat mensen medicijnen niet meer durven te slikken als ze alle bijwerkingen kennen en dat mensen de bijwerkingen die genoemd zijn ook inderdaad krijgen.

Een klein aantal huisartsen vertelde, dat men om deze redenen de bijwerkingen maar liever helemaal niet noemt.

Bij de bespreking van dit onderwerp kwam een aantal bezwaren naar voren tegen bijsluiters bij medicijnen. Het grootste bezwaar is wel, dat in een bijsluiter alle bijwerkingen van het medicijn staan, ongeacht de frequentie van voorkomen. Hierdoor krijgt de patiënt de indruk dat het medicijn erg schadelijk is.

f. Voorlichting over de zelfzorg die de patiënt moet plegen

Slechts aan 28 respondenten is gevraagd, of men vindt dat de patiënt moet weten welke zelfzorg hij/zij moet plegen. Voor sommige huisartsen bleek dit nogal een 'open deur' vraag. Wanneer de interviewer vermoedde dat de vraag wrevel zou opwekken, liet zij de vraag achterwege. Bijna alle huisartsen aan wie deze vraag is gesteld, vinden inderdaad dat zij voorlichting over de benodigde zelfzorg moeten geven.

"Daar kun je niet onderuit. Dat is een evidente zaak en dat moet je altijd doen. Het is een zaak die logisch voortvloeit uit de vraag 'Wat moet ik doen?'.

Ze komen niet om medicijnen maar ze komen om iets te doen. We zijn geen pillenvoorschrijvers".

g. Voorlichting over onderzoek in de tweedelij

De helft van de huisartsen vindt dat zij de patiënt uitleg en informatie moet geven over onderzoek in de tweedelij als de patiënt door de huisarts daarnaar verwezen wordt. Er wordt echter bij opgemerkt dat dit problematisch kan zijn, omdat de huisarts niet altijd precies weet welke onderzoeken zullen plaatsvinden en wat deze onderzoeken inhouden.

7 huisartsen zijn van mening dat niet zij de patiënt moeten inlichten, maar dat dat een taak van het ziekenhuis of de betreffende specialist is. De anderen, ongeveer eenderde, vinden dat deze uitleg en informatie soms door hen gegeven moet worden; o.a. alleen als de patiënt er naar vraagt of alleen bij bepaalde onderzoeken. De kans dat de patiënt afgeschrikt wordt door bepaalde informatie speelt ook een rol.

Uit de antwoorden blijkt, dat eenderde van de huisartsen het niet nodig vindt dat de patiënt over voorgenoemde onderwerpen informatie en uitleg krijgt. Daarbij gaat het vooral om voorlichting over de gevolgen van de aandoening en over bijwerkingen van medicijnen.

Over de andere onderwerpen zijn de meeste huisartsen bereid de patiënt informatie te geven. Echter slechts een kleine minderheid, ongeveer een kwart, is van mening dat de patiënt er over geïnformeerd moet worden. Door veel huisartsen wordt t.a.v. verschillende onderwerpen een aantal voorbehouden gemaakt of uit het antwoord blijkt dat men zich nogal vrijblijvend opstelt.

"Als dat mogelijk is en te overzien is, heeft hij daar recht op en dan die ik dat meestal ook".

"De patiënt moet het niet weten. Hij mag het natuurlijk wel weten".

Een concreet voorbeeld : voorlichting over urethritis

De huisartsen is een concreet voorbeeld voorgelegd, nl. urethritis en gevraagd wat de patiënt in zo'n geval moet weten als hij/zij de spreekkamer verlaat.

Op deze vraag wordt door nogal wat huisartsen (12) geantwoord door de gang van zaken bij een dergelijk consult te schetsen. Er wordt aangegeven wat de huisarts doet, niet wat de patiënt verteld moet worden.

"Dan heb ik dat in de urine onderzocht, dan geef ik het medicijn en dan moeten ze bij klachten terugkomen. Maar ze leveren in elk geval wel, 2 dagen na de kuur, de urine in. En dan kunnen ze even opbellen op de afgesproken tijd of het goed was of niet".

Door de andere huisartsen worden de volgende voorlichtingsonderwerpen genoemd :

- voorlichting over de aard van de aandoening (28 maal).
- voorlichting over het innemen van de medicijnen (19 maal).
- voorlichting over de behandeling (17 maal).
- voorlichting over nacontrôle (17 maal).
- voorlichting over de nodige zelfzorg (15 maal).
- voorlichting over de duur van de klacht (12 maal).
- geruststelling t.a.v. de ernst van de kwaal (8 maal).
- voorlichting over onderzoek (7 maal).
- voorlichting over mogelijke gevolgen (4 maal).

Er blijkt een samenhang te bestaan tussen de antwoorden op de vragen of de patiënt moet weten wat hij/zij mankeert, hoe lang het kan gaan duren enz. en de antwoorden op bovenstaande vraag over urethritis. De huisartsen die van veel onderwerpen vinden dat de patiënt er informatie over moet krijgen, noemen gemiddeld méér voorlichtingselementen bij het concrete voorbeeld.

Het is opvallend dat over het geheel genomen maar weinig voorlichtingselementen genoemd worden. De helft van de huisartsen noemde 1 of 2 van de bovengenoemde 9 voorlichtingselementen. Slechts 14 respondenten noemden er 4 of meer.

Het is mogelijk dat artsen in de praktijk méér voorlichting geven dan uit de antwoorden op deze vraag kan worden opgemaakt.

Duidelijk blijkt echter wel, dat de huisartsen de informatie en uitleg, die rond een bepaalde aandoening gegeven moet worden, niet paraat hebben. De meeste huisartsen hebben niet duidelijk voor ogen wat de patiënt moet weten rond een bepaalde aandoening.

Voorts blijkt dat veel huisartsen vinden dat zij niet altijd of slechts in bepaalde gevallen uit zichzelf informatie en uitleg moeten geven over de voorgenoemde onderwerpen. Veelvuldig wordt gesteld dat het afhankelijk is van de aard van de aandoening of van de patiënt; vooral of de patiënt om die uitleg en informatie vraagt.

7.2 Redenen om informatie en uitleg te geven

In de interviews is bij een aantal onderwerpen expliciet gevraagd naar de motivatie van de huisarts om informatie en uitleg te geven.

Soms werden de argumenten voor het geven van uitleg en informatie ongevraagd door de respondenten naar voren gebracht.

Hieronder staan de verschillende redenen naar de frequentie waarin ze genoemd zijn.

a. Medische noodzaak

Voor een vrij grote groep huisartsen is het medisch-technisch belang van bepaalde voorlichting de enige reden waarom zij uit zichzelf informatie en uitleg geven, d.w.z. zonder dat de patiënt er om vraagt.

"Als het belangrijk is dan geef ik het wel. Als je dus bepaalde ziektes heb, bij wijze van spreken een diabetes of een hypertensie, dan is het erg gewenst om daar in elk geval wat uitleg bij te geven".

"Je geeft die informatie die van belang is, b.v. bij het innemen van tabletten voor kinderen, of wanneer ze je moeten waarschuwen als je iets gemeens geeft. Dat zijn natuurlijk wel belangrijke dingen".

Ook door andere huisartsen wordt het 'bevorderen van de therapietrouw' een belangrijke reden genoemd.

"Van het gebruik van medicijnen, volgen van leefregels komt toch geen pest terecht als ik niet voldoende heb uitgelegd. Ze moeten in ieder geval weten waar het om gaat".

b. Voorlichtingsbehoefte en vragen stellen

Een veel genoemde reden voor het geven van voorlichting is de voorlichtingsbehoefte van de patiënt, al of niet manifest in de vorm van vragen. Andersom is het zo, dat een aantal huisartsen het niet nodig vindt uitleg en informatie te geven als mensen daar niet duidelijk behoefte aan hebben.

"Als ze er om vragen, krijgen ze informatie".

"Ik leg vooral uit bij mensen die daarnaar vragen".

"Ik ga niet ongevraagd informatie zitten te verstrekken".

Soms schat de huisarts de behoefte aan informatie in.

"De mate van informatie hangt primair af van hetgeen ik denk waar de mensen behoefte aan hebben".

In totaal geeft de helft van de huisartsen aan dat zij het geven van uitleg en informatie afhankelijk stellen van de voorlichtingsbehoefte van de patiënt.

c. Bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten

Ongeveer eenderde van de huisartsen vindt voorlichting belangrijk voor het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Soms ligt hier een visie aan ten grondslag in de zin van ontmedicalisering; soms is het een meer praktische overweging.

"Het heeft te maken met dingen als ontmythologiseren, een stuk verantwoordelijkheid teruggeven. Informatie is daarvoor eigenlijk het sleutelwoord".

"Het voorkomt allerlei keren terugkomen met de weer verpakte vraag. Het is gewoon een heel goede investering om daar tijd in te stoppen".

d. Voorbereiden van de patiënt

Sommige huisartsen vinden dat het hun taak is om patiënten voor te bereiden op wat hen te wachten staat.

"Ik vind het vervelend als ik merk dat patiënten bij een onderzoek

in het ziekenhuis geschrokken zijn omdat de voorlichting ontbroken heeft".

e. Het recht van de patiënt op inzicht

Slechts een klein aantal huisartsen noemt het 'recht van de patiënt' op inzicht in zijn eigen ziekte of behandeling als reden of achtergrond voor het geven van informatie.

"Het is de ziekte van de patiënt en dan moet hij weten wat".

"Ik vind dat mensen dat moeten weten omdat het over hun lijf gaat".

Het recht van de patiënt is dus niet vaak een reden voor de huisarts om bepaalde dingen uit zichzelf te vertellen. Wel vindt men vaak dat de patiënt recht heeft op informatie als hij/zij daarom vraagt.

f. Relatie met de patiënt

Enkele huisartsen wijzen er op dat de relatie met de patiënt een reden is om voorlichting te geven.

"Het wekt vertrouwen als je dat uitlegt. Het verbetert de relatie".

g. Beslissingsrecht van de patiënt

Een enkele maal wordt opgemerkt, dat voorlichting van belang is om de patiënt in staat te stellen zelf beslissingen te nemen.

"Ik vind voorlichting eigenlijk het belangrijkste wat ik doe. Juist omdat de patiënt mee moet beslissen over wat er verder gaat gebeuren, dus als je dan geen informatie geeft, dan kan hij dat niet".

Het is niet zo verwonderlijk dat het beslissingsrecht van de patiënt niet zo zwaar meetelt bij het geven van voorlichting.

Uit vragen naar de mening van de huisarts over wie moet beslissen over behandeling en onderzoek blijkt, dat verreweg de meeste huisartsen vinden dat zij zelf de beslissing moeten nemen en er verantwoordelijk voor zijn (45 van de 52).

Hierbij wordt wel vaak opgemerkt dat de patiënt natuurlijk kan weigeren een bepaald advies op te volgen.

Als redenen voor het feit dat de huisarts de beslissing neemt, worden genoemd :

- de patiënt komt ervoor; hij verwacht niet anders dan dat de huisarts een behandeling voorschrijft.

"Als de patiënt bij de huisarts komt, is dat al een appél op hulp. Wij geven dan de adequate hulp".

- de patiënt kan nooit een dergelijke beslissing nemen; hij kent de consequenties niet.

Bij de bepaling wie moet beslissen, speelt ook de ernst van de aandoening een rol. Wanneer het weinig uitmaakt welke behandeling wordt toegepast, zal de huisarts soms keuzemogelijkheden aangeven (fysiotherapie of medicijnen bij rugklachten). Als het van groot belang wordt geacht dat de patiënt een bepaalde behandeling krijgt, zal de huisarts meer druk uitoefenen.

Bovengenoemde redenen moeten gezien worden als overwegingen die op de achtergrond kunnen meespelen. Er zijn maar weinig huisartsen die een duidelijk omschreven motivatie geven voor het geven van uitleg en informatie, waarbij de motivatie ook leidt tot een keuze voor bepaalde voorlichting.

Door het meestal ontbreken van bewuste argumenten vóór uitleg en informatie geven, spelen redenen tégen een belangrijke rol.

7.3. Redenen om geen informatie te geven

Bij de bespreking van verschillende onderwerpen van uitleg en informatie komt een aantal overwegingen naar voren tegen het geven van uitleg en informatie.

Deze overwegingen kunnen als volgt gegroepeerd worden:

- de huisarts ervaart moeilijkheden bij het geven van informatie.
- de huisarts vindt bepaalde informatie niet nodig.
- de huisarts vindt informatie geven minder wenselijk.

7.3.1. Moeilijkheden bij het geven van informatie

Om een aantal redenen vindt een deel van de huisartsen het moeilijk om de patiënt over alle onderwerpen informatie en uitleg te geven.

- de huisarts weet niet altijd wat er aan de hand, hoe lang iets kan duren, wat de gevolgen zijn e.d.

"Ik weet vaak niet wat ze mankeren".

"In veel gevallen is het überhaupt moeilijk om een voorspelling te doen".

Voor een aantal huisartsen is dit niet weten een reden om dan geen voorlichting te geven.

"Voor zover wij het weten, vind ik dat de patiënt het moet weten".

"Dat weet ik zelf niet, dus dat zal ik niet graag zeggen".

"Als er een prognose is op te maken, vind ik wel dat je die mee moet geven. Als er geen prognose op te maken is, dan hoed ik mij daarvoor".

Andere huisartsen zeggen dat ze in het geval dat ze het zelf niet weten, dit aan de patiënt vertellen.

"Als ik het nog niet weet, dan zeg ik dat ook. Ik laat ze altijd de deur uitgaan met de informatie die ik tot op dat moment heb opgebouwd".

- sommige huisartsen geven aan dat zij het bezwaarlijk vinden om alle informatie en uitleg tegelijk te geven.

"Niet alles past in de 10 minuten voor de patiënt, dus je maakt een keuze. Hij zal het wel allemaal moeten weten, maar of dat de eerste keer komt of de tweede of de derde keer.

Ik ben het er mee eens dat het een keer aan de orde moet komen".

Met name bij ernstige en/of chronische aandoeningen komt dit aspect naar voren. Verschillende huisartsen vinden het dan beter de informatie te spreiden over meerdere consulten, zodat de patiënt niet

alles ineens te verwerken krijgt. Ook speelt hierbij mee dat de huisarts zelf moeite heeft met bepaalde berichten en daarvoor meer tijd nodig heeft.

"Ik geloof dat er een maximum is aan de hoeveelheid informatie die iemand kan verwerken. Ik geloof dat de mensen in het algemeen meer hebben aan een vaker en korter consult, dan aan een lang consult".

"Als het erg ingrijpende veranderingen teweeg brengt bij de patiënt, dan zeg ik het niet direct. Dan moet ik het haast eerst zelf verwerken.

7.3.2. Bepaalde informatie is niet nodig

Er zijn verschillende situaties en voorbeelden genoemd waaruit blijkt dat huisartsen bepaalde informatie en uitleg niet nodig vinden.

- meermalen wordt door huisartsen aangegeven dat de informatie en uitleg slechts globaal gegeven hoeft te worden en dat op diverse onderwerpen niet uitgebreid hoeft te worden ingegaan.

"Uitleggen wat er aan de hand is, hoe je vindt dat het zit, dat hoeft misschien niet zo heel exact".

"De diagnose hoeft hij niet te weten. Als hij maar een beetje uitleg heeft gekregen over wat ik denk dat er aan de hand is, zodat hij er in ieder geval iets van weet".

"In grote lijnen moet je de gevolgen wel vertellen".

*"Je kunt in hoofdlijnen wel wat aanduiden, maar je hoeft het niet exact te vertellen, want een hele hoop patiënten zijn daar abso-
luut niet mee gebaat".*

- nogal wat huisartsen geven aan dat zij het niet nodig vinden om over allerlei onschuldige klachten uitgebreid voorlichting te geven.

"Ik ga niet een heel exposé houden over griep, als iemand hier komt met temperatuur en het is na twee dagen over. Dat doe ik natuurlijk niet".

"Bij wat minder belangrijke zaken vind ik voorlichting niet zo belangrijk. Zaken waarbij het er strikt genomen niet zoveel toe doet wat nou precies de diagnose is, wat toch wel vanzelf overgaat".

Hierbij speelt een rol dat een aantal huisartsen van dit soort simpele dingen aanneemt dat de patiënt er wel voldoende over weet. Ook is de voorlichting, medisch gezien, minder belangrijk omdat de aandoeningen toch wel overgaan.

Andere artsen vinden niet dat bij eenvoudige klachten of aandoeningen minder voorlichting nodig is.

"Als iemand met een niet ernstige ziekte zich daar heel erge zorgen over maakt, dan denk ik dat een goede voorlichting wel heel belangrijk is".

"Juist die eenvoudige dingen, neem alleen maar een neus druppelen, dat moet dan wel goed gebeuren. Dan neem ik daar wel de tijd voor om het even goed uit te leggen. Want dat is nou juist iets waar een heleboel narigheid van kan komen".

- voorlichting over niet frequent optredende bijwerkingen van medicijnen

of over complicaties die zelden voorkomen, vinden vele huisartsen niet nodig. Uit een aantal voorbeelden blijkt wel dat verschillend gedacht wordt over wat zeldzaam is en wat niet.

"Als 1 promille daardoor een bloedafwijking krijgt, dan zal ik ze het niet vertellen".

"Als ik, noem maar, ampicilline voorschrijf, zeg ik niet :de kans dat je exantheem krijgt is één op acht of één op vijftien".

"Ik vertel niet alle complicaties van een oorontsteking aan een moeder, omdat het haar erg zal verontrusten. Maar de hoofdpijnen moeten wel bekend zijn".

7.3.3. Informatie geven is minder wenselijk

Vrij vaak geven huisartsen aan dat het niet of minder wenselijk is om uitleg en informatie te geven.

- een enkele huisarts wijst er op dat m.n. bijwerkingen en gevolgen van een aandoening de patiënt beter niet verteld kunnen worden, omdat deze ze dan ook krijgt of omdat de patiënt de medicijnen dan niet inneemt.

"Ik zeg nooit dat patiënten door medicijnen diarree kunnen krijgen. Anders krijgen ze dat ook direct. Bij mij in de praktijk hebben ze dat ook nauwelijks".

"Als ik tegen de mensen ga vertellen : 'ik geef u een medicament en daar kunt u uitslag van krijgen en u kunt er maagpijn van krijgen en u kunt er duizeling van worden', dan is er allicht één van deze dingen bij die ze krijgen".

"Als je teveel bijwerkingen gaat noemen, dan durven ze de tabletten niet in te nemen".

- verreweg de belangrijkste reden om informatie en uitleg niet te geven, is gelegen in het vermoeden van de huisarts dat de patiënt daardoor ongerust en bezorgd wordt.

Op deze reden wordt apart ingegaan op de volgende paragraaf.

7.3.4. Het vermijden van ongerustheid

Volgens de meerderheid van de huisartsen moet met de kans op ongerustheid bij de patiënt terdege rekening worden gehouden. Het is een veelvuldig genoemde reden om voorzichtig te zijn met het verstrekken van informatie en uitleg.

Voor een belangrijk deel berust dit op het idee dat patiënten vaak verkeerd met de gegeven informatie en uitleg omgaan. Zeker eenderde van de geïnterviewde huisartsen is van mening dat patiënten geneigd zijn om informatie die zij te horen krijgen in negatieve zin te interpreteren.

"Patiënten denken al zo vaak dat zij dat ook hebben".

"De patiënt is in een bepaalde gemoedstoestand om het negatieve te denken".

Dit wantrouwen ten aanzien van wat de patiënt aankan, hoe de patiënt met informatie omgaat, wordt ook teruggevonden bij de antwoorden die gegeven zijn op de vraag hoe de huisarts het ervaart als de patiënt vragen stelt naar aanleiding van wat hij gelezen of gezien heeft in de media.

Door meerdere huisartsen wordt erop gewezen dat patiënten verkeerde con-

clusies verbinden aan wat zij gezien of gelezen hebben, of daarop te emotioneel reageren.

"Het brengt veel onrust".

"Ze missen een hele hoop kennis om deze gegevens te relateren aan andere mogelijkheden. Het komt altijd slecht over".

Door een paar huisartsen wordt geen nadere toelichting gegeven op deze mening. Zij geldt meer als een soort vaststaand gegeven. Anderen geven echter nader aan op welke onderwerpen van voorlichting dit incalculeren van de negatieve omgang door patiënten met informatie betrekking heeft. Uit de voorbeelden die genoemd zijn, blijkt het vooral te gaan om voorlichting rond mogelijke gevolgen van aandoeningen, complicaties die op kunnen treden en rond datgene wat de patiënt te wachten kan staan. Hierbij gaat het niet om de optimistische verwachtingen en kanten, maar om de minder prettige berichten. Het zijn met name deze kanten van voorlichting die de grote moeilijkheid vormen en waarbij de kans dat de huisarts informatie achterhoudt het grootst is.

Een deel van de huisartsen blijkt de patiënt een optimistischer beeld te geven over wat er aan de hand is of over wat de patiënt te wachten kan staan.

"Een leugentje om bestwil is mogelijk".

Vaak gaan de voorbeelden wat dit betreft over fatale ziektes, m.n. kanker.

"Het is niet zinvol om iemand met kanker te vertellen hoe ellendig het kan verlopen".

"Over kanker moet je je toch wat op de vlakte houden, maar ook geen al te onwaarsachtige dingen vertellen. Je kunt ongerustheid beter voorkomen".

Echter ook rond minder ernstige aandoeningen worden voorbeelden genoemd, zoals het niet vertellen dat iets lang kan gaan duren, of dat rekening gehouden moet worden met bepaalde bijwerkingen van medicijnen.

"Als je verlenging aankondigt, interpreteert de patiënt dat als een verergering. Ik ga niet zeggen dat ze er geen drie weken mee bezig is maar maanden. Ik denk dat dat onrust zaait".

Bij inderal kan extreme moeheid en decompensatie-verschijnselen voorkomen. Dat zal ik nooit tegen een patiënt zeggen".

Informatie en uitleg wordt ook eerder achterwege gelaten als de diagnose nog niet door de huisarts is gesteld, evenals informatie en uitleg over mogelijke gevolgen, kansen op bijwerkingen en de kans dat een behandeling wel of niet slaagt.

Het gaat hierbij om een zeer belangrijk en dagelijks kenmerk van het werk van de huisarts. Veel zaken zijn nu eenmaal niet zeker. De huisarts werkt over het algemeen met waarschijnlijkheidsdiagnoses, waarbij pas na verschillende stappen duidelijker is wat er aan de hand is. Hetzelfde geldt voor behandelingen. Het is lang niet altijd zeker dat een behandeling ook het gewenste effect zal hebben.

De huisartsen is gevraagd of zij vinden dat zij onzekerheden rond diagnose en resultaat van behandelingsmogelijkheden met de patiënt moeten bepraten.

Als antwoord op deze vraag geeft bijna de helft (23) aan dat zij hier weinig voor voelt of er zeer voorzichtig mee is.

Bij deze categorie vinden we vaak dezelfde huisartsen terug die sterk betwifelen of de patiënt goed met dergelijke informatie overweg kan.

"Dat wekt alleen maar onzekerheid. Je moet je eigen twijfels niet uitdragen. Je gaat problemen opwekken die niet begrepen kunnen worden".

"Ik vind dat een huisarts over het algemeen wel wat mag overdrijven".

Totaal afwijzend t.o.v. het bespreken van onzekerheden staat echter maar een klein aantal huisartsen. Groter is het aantal huisartsen dat het niet verstandig vindt om vooruit te lopen op mogelijke ontwikkelingen. Dit lijkt vooral vaak het geval te zijn wanneer de huisarts een ernstige aandoening vermoedt.

Meerdere huisartsen achten het niet gewenst de patiënt 'te belasten' met vermoedens. Zelfs als de arts er al vrij zeker van is, blijft het informatie die niet snel aan de patiënt zal worden meegedeeld.

"Als er bepaalde verdenkingen zijn op ernstige toestanden, hoeft de patiënt het niet te weten".

"Ik houd er niet te van te praten over dingen die mogelijk zijn. Het gevaar driegt dat men op hol slaat".

"Ook als je 80% zeker bent dat iemand kanker heeft, vind ik niet dat je dat moet zeggen".

Met het mededelen van dergelijk informatie lijkt vaak zolang mogelijk gewacht te worden, totdat het moment komt waarop het niet langer uitgesteld kan worden.

Tegenover de vrij grote groep huisartsen die in meer of mindere mate ongerustheid een reden vinden om bepaalde informatie niet te geven, staat een minderheid (17) die een zwaarder accent legt op het gunstige effect van voorlichting op de patiënt. Door deze artsen wordt er vooral op gewezen dat de onzekerheid bij de patiënt juist vermindert of wordt weggenomen als informatie en uitleg gegeven wordt.

Er had verwacht kunnen worden dat hierbij op andere soorten voorlichting of andere voorlichtingsonderwerpen gedoeld wordt dan op de hiervoor genoemde. Hiervan is echter geen sprake. Door deze huisartsen wordt eerder benadrukt dat het goed is om over onzekerheden rond diagnoses en behandelingen met de patiënt te praten. Een belangrijke reden daarbij is dat de patiënt dan beter voorbereid is en in mindere mate voor verrassingen komt te staan.

Dat de huisarts geen zekerheid kan geven en er ongewisheden zijn, wordt eerder als een gegeven beschouwd. Patiënten moeten hier maar mee leren leven. Deze huisartsen vinden dat niet verwacht moet worden dat zij een garantie kunnen geven of 100% zekerheid kunnen bieden.

"Je probeert door informatie het inzicht te verruimen. Daar bestrijd je, hoop ik, ook onrust mee. Het is een grote bron van angst als er weinig verteld wordt".

"Je kunt er niet genoeg over uitleggen. Het kan best zijn dat de patiënt er ongerust van wordt. Maar dan is óf het beeld bij de patiënt niet zuiver óf het beeld is wel goed maar dan hoort hij ongerust te zijn. Er wordt niet teveel uitgelegd".

Voor veel huisartsen blijkt het moeilijk om in algemene zin te spreken over voorlichting rond onzekerheden en het vooruitlopen op mogelijk negatieve ontwikkelingen in het ziektebeeld.

Het antwoord of rond deze zaken wel of geen uitleg en informatie gegeven moet worden, wordt door veel huisartsen afhankelijk gesteld van de patiënt die zij tegenover zich hebben.

Tussen patiënten wordt onderscheid gemaakt naar patiënten die het wel aankunnen en patiënten die het niet aankunnen.

"Bepaalde informatie kun je aan sommige mensen beter niet geven. Dan worden ze verward, of weer ongerust daarover".

(Zie ook par. 7.4.).

Uit zichzelf zal een belangrijke categorie huisartsen geen of slechts summier informatie en uitleg geven over onzekerheden rond de diagnose, de kans van slagen van een behandeling en over de vooruitzichten.

Of deze onderwerpen in het consult aan de orde komen, is vaak erg afhankelijk van de patiënt. De huisarts zal er pas over willen beginnen als de patiënt er naar vraagt. Indien geen vragen gesteld worden, houdt de huisarts de informatie voor zich.

Aan de huisartsen is expliciet de vraag voorgelegd of zij van mening zijn dat zij de patiënt moeten vertellen wat de huisarts op dat moment weet, indien de patiënt met zijn/haar vragen vooruitloopt op mogelijke ontwikkelingen (b.v. wat er aan de hand kan zijn als een onderzoek niets oplevert of wat er moet gebeuren als een voorgestelde behandeling niet helpt). De antwoorden die op deze vraag gegeven zijn, verdienen hier uitgebreider aandacht. Het gaat om de situatie dat de patiënt expliciet met vragen komt en blijkt geeft behoefte te hebben aan inzicht en informatie over de vooruitzichten op termijn. Daarbij raakt het duidelijk het terrein waarop met minder zekerheid uitspraken te geven zijn.

De antwoorden geven duidelijker aan hoe de huisarts staat tegenover het naar vermogen en waarheid antwoorden op vragen van de patiënt én tegenover het bespreken van medische onzekerheden met de patiënt.

Deze vraag is zeer verschillend beantwoord. Een meerderheid van de huisartsen (32) reageert afwerend op dergelijke vragen.

"Ik vind dat je de patiënt toch duidelijk moet maken dat hij niet te ver vooruit moet lopen. Je kunt wel aan het gissen blijven. Ik zeg dan ook wel, het is weinig zinvol, dat zien we wel verder".

"Dat kap ik af, want dan kom je in enorme theoretische toestanden".

"Dan zeg ik: 'u stelt een hele goede vraag, maar die valt wat te vroeg, ik kan er nog geen antwoord op geven'".

"Ik probeer wel uitgebreid informatie te geven over wat ik ga bekijken, maar ik ga geen hypotheses houden over mogelijkheden. Ik probeer voor de patiënt duidelijk te maken dat hetgeen ik doe verstandig is en ook voor hemzelf verstandig is".

"Als hij zo is, komt hij al met een of ander agressief gevoel. Dan is er primair iets mis in de relatie".

"Dan zeg ik : nou mevrouw, een beetje vertrouwen in de zaak, dat kan een heleboel goed doen".

Anderzijds wordt door een andere groep huisartsen (20) dergelijke vragen

legitiem gevonden en is zij van oordeel dergelijk vragen te moeten honoreren met een eerlijk antwoord.

"Dan zeg ik gewoon wat ik ervan denk. Ik beschouw dit soort dingen als een positief meedenken van de patiënt".

"Dat willen ze graag weten, en daar hebben ze ook recht op, vind ik. Ik vind het niet juist om mensen lang aan het lijntje te houden. Ik vind niet dat ik de wetenschap moet pachten".

"Ik heb voor mezelf ook een bepaald plannetje. Je denkt in een bepaalde richting en je hebt bepaalde mogelijkheden waar je op in wilt gaan. Als iemand zegt, stel dat er niks uit dat bloedonderzoek komt, dan heb ik voor mezelf een aantal mogelijkheden. Dan vind ik ook dat ik dat moet zeggen. Het is ook stimulerend, want dan merk je dat je niet altijd een overzicht hebt".

"Heel in het algemeen geloof ik dat je als huisarts min of meer ingehuurd wordt door de patiënt, om op dit soort vragen een antwoord te geven".

"Ik vind dat iemand die er om vraagt, het recht heeft op een zo uitputtend mogelijke informatie".

"Meestal kun je het antwoord ook niet helemaal duidelijk geven als ze vragen over een prognose of een termijn. Maar ik vind wel dat ze recht hebben op een antwoord, en niet een schouderklopje van : 't komt allemaal best in orde, vertrouw maar op mij".

7.4. De ene patiënt is de andere niet

Een aantal maal is in het voorgaande al even aangestipt dat huisartsen rond het geven van uitleg en informatie onderscheid maken tussen patiënten.

Bij het beantwoorden van diverse vragen werd door meerdere huisartsen aangegeven, dat zij aan een beperkt aantal patiënten duidelijk minder informatie en uitleg geven omdat deze patiënten daar zeer ongerust van worden. Het is een groep patiënten die wordt aangeduid met 'klagers' of 'onrustpiepers'.

De ervaringen op dit gebied lopen echter niet parallel. Zo verschillen de ervaringen sterk wat betreft de frequentie waarmee huisartsen te maken hebben met patiënten die naar aanleiding van een televisieprogramma of artikel ongerust op het spreekuur verschijnen. Volgens de ene huisarts gebeurt dit vaak. Anderen stellen echter dat het erg meevalt en dat het om een zeer klein aantal gevallen gaat.

Al eerder (par. 7.2.) is ook naar voren gekomen dat de inschatting door de huisarts van wat de patiënt 'aan kan', van grote invloed is op de informatie die de huisarts verstrekt.

Hoe de patiënt met zijn aandoening omgaat, lijkt duidelijk invloed te hebben op hetgeen de huisarts met de patiënt bespreekt.

Welke kenmerken en gedragingen van de patiënt aanleiding geven om behoedzaam op te treden en er minder snel op te vertrouwen dat de patiënt 'mans' genoeg is om de informatie en uitleg te verwerken, is niet precies te achterhalen.

Door veel huisartsen zijn echter wel uitspraken gedaan over verschillen

die zij zien tussen groepen patiënten.

In belangrijke mate ervaren huisartsen een verschil tussen patiënten met hogere en patiënten met lagere opleidingen.

Ook wordt, door zeker de helft van de geïnterviewde huisartsen, de groep ouderen onderscheiden van andere leeftijdsgroepen.

Door resp. 18 en 16 huisartsen wordt gesteld dat patiënten met een lagere opleiding en oudere patiënten zich anders opstellen, meer afwachtend zijn, minder vragen stellen of minder willen weten.

"Het lagere niveau vraagt veel minder uitleg dan het hogere niveau. Dat maakt een heel groot verschil".

"De aard van de informatie die je aan eenvoudige mensen moet geven is toch wel heel anders dan de informatie die je aan ontwikkelde mensen moet geven. Bovendien is het zo dat intelligente mensen meer informatie eisen".

"Mensen die een opleiding gehad hebben of die iets met de gezondheidszorg te maken hebben, geef je gevoelsmatig meer uitleg".

M.b.t. de oudere leeftijdsgroep gaat het hierbij m.n. over het minder gewend zijn aan voorlichting.

"Ze zijn gewoon gewend medicatie te krijgen en dan verder de kous af".

"Ouderen hoef je niets te vertellen".

Ook speelt volgens een enkele huisarts mee dat oudere patiënten minder snel tijd van hem durven te vragen.

Over een kritischer opstelling wordt vaker gesproken als het om patiënten met een wat hogere opleiding gaat of als het jongere mensen betreft. Een enkele huisarts maakt melding van de groep 'semi-intellectuelen' of mensen die 'wat meer ontwikkeld zijn'. Deze worden door de betreffende huisarts lastig gevonden omdat ze soms 'betweterig' zijn, overbodige vragen stellen of garranties vragen die er niet zijn.

Voor de groep patiënten met lagere opleidingen geldt echter sterker dat zij door een aantal huisartsen niet of minder in staat geacht worden om met bepaalde informatie om te gaan. Door 7 huisartsen wordt expliciet gezegd dat zij andere informatie geven aan mensen met minder opleiding. Dit varieert van : *"bij wat eenvoudiger mensen stel je de dingen erg schematisch voor"* tot *"daar geef ik gewoon een zekere diagnose, omdat het makkelijker is"*.

Een enkele huisarts is van oordeel dat mensen met lagere opleidingen minder bewust leven en slechter om kunnen gaan met onzekerheden en minder in staat zijn tot relativieren.

"Hoger opgeleiden zijn zich veel meer van de onzekerheden bewust, terwijl je bij de eenvoudige mensen die zekerheden niet hebt. Het wordt meer vanzelfsprekend geaccepteerd dat bepaalde dingen gebeuren".

"Het hangt van het ontwikkelingsniveau af. Als ze problemen kunnen relativieren, kun je ook makkelijker je eigen twijfels laten blijken".

Met het gegeven dat veel huisartsen het van de vragen en van de actievere opstelling van de patiënt af laten hangen wat zij vertellen, kan de conclusie

getrokken worden dat in meerdere huisartspraktijken patiënten met een lagere opleiding minder informatie krijgen dan patiënten in diezelfde praktijk met een hogere opleiding.

Buiten dit verschil in opstelling, vormt de directe communicatie voor een belangrijk deel van de huisartsen een probleem. In dit verband wordt veelal gesproken over patiënten met een lager intelligentieniveau.

14 huisartsen geven expliciet aan dat zij meer moeite hebben met het begrijpelijk zijn voor de patiënt met minder opleiding.

Er moet vaker worden uitgelegd, de vragen uit deze groep worden minder snel begrepen of de huisarts stelt dat hij merkt dat 'men het gewoon niet snapt'.

"Er zijn mensen met een laag IQ die het gewoon niet snappen".

"Ik denk dat je bij de intellectuele middenklasse wat beter uit de voeten komt met je kennisoverdracht".

Er is verschil in taalgebruik en verschillende huisartsen ervaren een taalbarrière (8).

Uitleg geven aan mensen met een hogere opleiding wordt door meerdere huisartsen makkelijker gevonden dan aan mensen met een lagere opleiding. Met patiënten met meer opleiding communiceert men makkelijker.

Er zijn gerede vermoedens dat ook hierdoor minder uitleg en informatie aan patiënten met een lagere opleiding wordt gegeven of aan patiënten die door de huisarts als 'minder intelligent' worden ingeschat.

Voor 7 huisartsen vormt opleiding geen duidelijk onderscheidingscriterium.

"Ik dacht niet dat het verschil maakt".

"Opleiding maakt niets uit, dat is een misverstand".

"Als je het onbegrip ziet bij meer ontwikkelde mensen over hun eigen lichaam, maakt het niet zoveel uit".

Dat de huisarts meer moeite zal moeten doen om zelf begrepen te worden en om vragen van patiënten uit een lagere sociale groep te begrijpen, is een al langer bekend gegeven.

In hoofdstuk 11 wordt op deze problematiek teruggekomen.

Een klein aantal huisartsen maakt onderscheid tussen 'stadsmensen' en boeren of autochtone bevolking in kleine gemeentes op het platteland. Enerzijds gaat het hierbij ook om een verschil in opstelling, het volgzamer zijn van boeren/autochtonen of het meer vertrouwen hebben in de huisarts. Anderzijds wordt door drie huisartsen min of meer met een zucht van weemoed opgemerkt dat de boeren of autochtonen in hun omgeving meer ziekte-inzicht hebben, *"die begrijpen van het ziek zijn en van het leven makkelijker iets, heb ik de indruk".*

Hierbij wordt voornamelijk bedoeld op het minder snel voor een 'wissewasje' naar de dokter gaan.

In dit onderzoek is niet speciaal ingegaan op de specifieke problemen die rond patiëntenvoorlichting aan buitenlanders naar voren komen.

Dat deze groep aparte aandacht verdient is evident, maar valt buiten het bestek van dit onderzoek. De taalbarrière met buitenlandse patiënten, maar ook culturele verschillen in omgang met ziektes of zieken, worden door de

huisartsen die buitenlandse patiënten in hun praktijk hebben, als een groot probleem ervaren.

7.5. Vragen stellen door de patiënt

Vrijwel zonder uitzonderingen vinden de huisartsen dat de patiënt met vragen over ziekte en behandeling bij hem terecht moet kunnen.

Uit het voorgaande is ook naar voren gekomen dat veel huisartsen het geven van uitleg en informatie af laten hangen van het al of niet daarnaar vragen van de patiënt.

Veelvuldig wordt benadrukt dat het voor de patiënt belangrijk is een antwoord op zijn vragen te krijgen, m.n. omdat de patiënt er anders over blijft piekeren.

"Ze kunnen dikwijls over iets onnozels zitten piekeren".

"Ik denk niet dat ik graag wil dat mensen hier vandaan gaan met het gevoel van: ik kwam voor iets en ik ben er niet aan toe gekomen om een antwoord te krijgen".

"Het is hun goed recht om vragen te stellen. Daar heb ik helemaal geen problemen mee".

Deze algemene positieve houding tegenover het vragen stellen door de patiënt betekent echter niet dat alle huisartsen ook alle vragen van de patiënt van belang vinden. In par. 7.3.4. is aangegeven dat ruim de helft van de huisartsen niet graag ingaat op vragen van patiënten waarmee vooruitgelopen wordt op mogelijke ontwikkelingen

In andere antwoorden wordt door een tiental huisartsen aangegeven dat zij soms twijfelen aan de zin van vragen van patiënten.

"Ze moeten geen vragen gaan verzinnen om mij aan het werk te houden".

"De vragen moeten niet uitwiden naar allerlei richtingen die met het ziektebeeld in feite weinig of niets te maken hebben".

"Ik word wel kriegel als het telkens, heel onegeneerd, allerlei lijsten zijn".

"De vragen moeten wel verband houden met het consult".

Het wordt ook niet door elke huisarts evenzeer op prijs gesteld als patiënten met vragen bij hen komen naar aanleiding van zaken die zij uit de media hebben overgenomen. In dit verband wordt soms gesproken over quasi-kennis bij de patiënt of een zekere eigenwijsheid.

"Mijn eerste reactie is altijd: 'er zal wel weer wat op de televisie geweest zijn'. Meestal komen de mensen als het helemaal niet van toepassing is".

Ongeveer eenderde van de huisartsen zegt dan wat geïrriteerd te raken. Vooral als patiënten met zaken aankomen waarvan de huisarts niet op de hoogte is, als de huisarts vindt dat er eenzijdige informatie is gegeven en/of als de patiënt de informatie teveel op zichzelf heeft betrokken.

De huisartsen is gevraagd of zij het idee hebben dat patiënten vragen hebben maar deze toch niet stellen.

Vrijwel elke huisarts denkt dat dit nogal vaak voorkomt of waarschijnlijk nogal eens gebeurt. Enkel merken op dat zij dat niet goed kunnen

beoordelen.

"Ik denk dat dat bij elke patiënt zo is. Ik denk in bijna 100% van de gevallen".

"Dat komt zeker voor".

"Vast wel. Ik heb het ze nooit gevraagd, maar ik denk het wel. Ik weet het niet, dat zou ik dan van de patiënten moeten horen".

"Ik denk dat dat wel voorkomt. Maar dat is een vraag die ik eigenlijk niet kan beoordelen".

"Dat merk ik niet zo vlug moet ik zeggen. Maar ik weet zeker dat het zo is".

Voor dit verschijnsel worden verschillende verklaringen gegeven. De helft van de huisartsen denkt dat vragen o.a. vaak niet gesteld worden uit angst voor het antwoord.

"Vooral omdat ze bang zijn voor het antwoord".

"Door angsten denk ik. Voor het doorbreken van het geheel. Ze zitten wel met het probleem, ze zijn er wel bang voor maar horen het liever niet".

"Misschien omdat ze bepaalde dingen liever niet horen".

Sommige huisartsen brengen dit bang zijn voor het antwoord vooral in verband met moeilijk bespreekbare onderwerpen (sexualiteit b.v.) of met psychosociale problemen.

Een groot deel van de huisartsen (meer dan de helft) wijst er ook op dat vragen achterwege kunnen blijven omdat er een drempel is, een afstand tussen huisarts en patiënt, of omdat de huisarts zelf niet altijd toegankelijk is voor de vragen van de patiënt.

"Dat is een soort drempelvrees, denk ik".

"Door de afstand. Als je hoort wat ze aan de apothekersassistente vragen. Daar komt de rest van de anamnese op tafel. Dát is op gelijk niveau met elkaar. Ik zou dat zelf ook graag willen, maar dat gebeurt niet".

"Ik dank ook dat de sfeer van dat moment niet zodanig is dat ze die vraag durven stellen".

"Die afstand is toch voor sommigen te groot. Daar kun je niets aan doen".

"Het hangt denk ik ook van mijn stemming op die dag af en hoe druk het is".

"Ik denk dat dat voor de meeste huisartsen geldt; wij zijn toch wel bazige types. Hoewel je braaf met het voornemen zit om te luisteren, ben je in feite toch zo'n 'draufgänger', dat je binnen de kortste keren je mond opendoet en de boel ondersneeuwt. Het hoort bij het beroep. Hoewel je een heel belangrijke luisterfunctie hebt, moet je ook kunnen beslissen. En dat botst nog wel eens".

Verschillende huisartsen menen ook dat vragen niet gesteld worden omdat de patiënten het idee hebben dat de huisarts het te druk heeft of omdat zij

bang zijn lastig gevonden te worden.

In wat mindere mate wordt er op gewezen dat patiënten misschien soms het idee hebben dat de huisarts hun vraag kinderachting zal vinden of dat de patiënt op dat moment zijn vraag vergeet te stellen.

Ongeveer de helft van de huisartsen is van oordeel dat hij de patiënt moet stimuleren met zijn vragen naar voren te komen. Vooral door een open gespreksklimaat proberen te creëren of soms door er naar te vragen.

De andere huisartsen staan meer op het standpunt dat je als huisarts niet te veel moet trekken aan de patiënt en het aan de patiënt zelf over moet laten of hij/zij met zijn vragen naar voren komt.

Als patiënten ná het consult nog met vragen zitten of als dan nieuwe vragen opkomen, vindt vrijwel elke huisarts dat de patiënt op een of andere manier weer met hem contact op moet nemen. De meesten zeggen dat de patiënt dan het beste even kan opbellen en/of een nieuwe afspraak moet maken.

"Dan kunnen ze nog altijd opbellen natuurlijk. Of eventueel nog een keer langs komen".

"Dan kunnen ze het beste opnieuw een bezoek brengen".

"Er is altijd de gelegenheid om op te bellen".

Enkele huisartsen vinden dat de patiënt zijn vraag ook kan bewaren voor de volgende keer.

"Het blijkt inderdaad dat er naderhand nog wel vragen komen. Die zouden ze moeten onthouden voor het volgende consult".

"Het onthouden en noteren op een papiertje. En dan bij een volgend bezoek er mee komen. Verder kunnen ze altijd bellen".

Eén huisarts vindt dat de patiënt het beste zelf op zoek kan gaan naar het antwoord.

"Het beste is: opschrijven en er zelf proberen achter te komen. In een medische encyclopedie bijvoorbeeld. Dat zal niet voor alles kunnen, maar er zijn heel veel vragen die je op kunt zoeken".

7.6. Conclusies

- De meeste huisartsen zijn wel bereid informatie en uitleg te geven, maar vinden het niet altijd nodig dat de patiënt op de hoogte moet zijn.
- Uit zichzelf geven huisartsen over het algemeen minder snel of geen informatie en uitleg:
 - . wanneer de huisarts nog geen diagnose heeft gesteld
 - . over de onzekerheden rond gestelde diagnoses
 - . over de kansen op complicaties
 - . over negatieve verwachtingen over het verloop van de aandoening
 - . over prognoses op langere termijn
 - . over verschillende mogelijkheden tot behandeling
 - . over bijwerkingen van medicijnen
- Of informatie en uitleg gegeven wordt, hangt in het algemeen sterk af van het vraaggedrag van de patiënt.

- De huisarts geeft eerder informatie en uitleg als:
 - . dit medisch gezien noodzakelijk is
 - . de patiënt blijk geeft informatie te willen hebben
- Het recht op informatie van de patiënt en het recht om zelf te beslissen leeft slechts bij een klein deel van de huisartsen.

hoofdstuk 8

huisartsen over hun taak t.a.v. patiëntenvoorlichting

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag of huisartsen patiëntenvoorlichting tot hun taak rekenen en toe hoever zij vinden daarvoor verantwoordelijk te zijn.

Eerst komt aan de orde hoe belangrijk huisartsen patiëntenvoorlichting vinden in vergelijking tot andere taken.

Vervolgens komt de taakafbakening ter sprake met andere werkers in de gezondheidszorg en de samenwerking daarmee.

8.1. Hoe belangrijk vindt de huisarts patiëntenvoorlichting?

Op de vraag hoe belangrijk voorlichting gevonden wordt in vergelijking met de andere taken van de huisartsen, wordt door het grootste deel van de huisartsen aangegeven dat zij patiëntenvoorlichting een heel belangrijk onderdeel van hun werk vinden. Slecht een enkeling stelt voorlichting op de derde plaats, ná onderzoek en behandelen.

"Ik vind het onderzoek het belangrijkste, dan de therapie en de voorlichting als derde".

De meeste huisartsen vinden patiëntenvoorlichting even belangrijk als diagnosticeren en behandelen. Men vindt het een integraal onderdeel van het werk.

"Het hoort erbij, het is niet los van elkaar te zien".

"Ik geloof inderdaad dat diagnostiek, therapie en een stuk voorlichting, dat dat bij elkaar hoort".

Daarbij wordt op alle verschillende redenen voor voorlichting in de huisartspraktijk gewezen.

"Ik denk dat ik een ondergrond of achtergrond geef, om de mensen toch zo therapietrouw te maken".

"Het onderzoek is net zo belangrijk, maar ja, als iemand komt en die krijgt geen antwoord, dan schiet je natuurlijk tekort".

"Ik vind het erg belangrijk. Als ik zie wat er gebeurt met medicamenten die worden voorgeschreven en met onderzoek waar mensen zich aan onttrekken. Dat gebeurt allemaal omdat die voorlichting niet gegeven wordt. Wij denken als artsen teveel dat als je het maar goed doet, komt het wel. Maar dat komt niet goed".

"Ik denk dat het een stuk ongerustheid kan wegnemen en daarvoor vind ik het wel belangrijk".

"Ik vind het een wezenlijk onderdeel van mijn werk, dat de patiënt weet wat er met hem gebeurt. Het kan hem helpen in zijn ziekte-inzicht, en dat is al een heel stuk van de genezing".

Verschillende huisartsen geven aan dat dit niet betekent dat in de praktijk ook een groot accent op patiëntenvoorlichting wordt gelegd.

"Ik moet eerlijk zeggen dat ik het voor mezelf misschien wel belangrijker zou moeten vinden dan ik het eigenlijk vind. Als ik eerlijk ben".

"Als ik er nu 'cerebraal' over zit te praten, vind ik het wel belangrijk. Maar in het dagelijkse werk is het maar een heel klein facetje. Het is wel belangrijk, maar het zit er niet in. Ik ben me er overdag niet van bewust dat ik het belangrijk vind".

"Ik denk dat het nog veel belangrijker is dan wij, de medische stand, denken. Ook in mijn praktijk denk ik dat het nog best beter zou kunnen, want het is moeilijk voor ons".

Een klein aantal huisartsen stelt dat patiëntenvoorlichting eigenlijk het belangrijkste is in hun werk. Door deze huisartsen wordt m.n. benadrukt dat de patiënt betrokken moet worden bij beslissingen die hem aangaan.

"Ik vind het eigenlijk het belangrijkste. Juist omdat ik vind dat de patiënt mee moet beslissen over wat er verder gaat gebeuren. Als je dan geen informatie geeft dan kan hij dat niet".

"Ik geloof dat het stuk voorlichting of uitleg geven omtrent ziekzijn, medicijngebruik, behandeling, gevaren van behandeling het belangrijkste onderdeel van je werk is. Die voorlichting en uitleg kan in wezen uitmonden in een behandeling. Ik denk dat het de basis van je werk is. Ik vind de huisarts een veredelde EHBO'er, ombudsman tussen de mensen die niet op een dergelijke manier een stuk kennis van een bepaald gebied hebben en de mensen die daar een zeer gespecialiseerde kennis over hebben. Hij hangt er ergens tussenin. Dus de belangrijkste taak ligt op het terrein van uitleg, voorlichten, differentiëren. En dan in contact met de patiënt waarbij die begrijpt wat er aan de hand is.

8.2. Verantwoordelijkheid van de huisarts voor patiëntenvoorlichting

Daarnaar gevraagd geeft de overgrote meerderheid van de huisartsen aan van oordeel te zijn dat de huisarts er als behandelend arts verantwoordelijk voor is dat de patiënt de nodige uitleg en informatie krijgt over zijn ziekte en behandeling. 43 van de 52 stellen dat de huisarts in ieder geval de eerste verantwoordelijke is of een belangrijke figuur daarin is.

Hierbij wordt vooral gewezen op de centrale positie van de huisarts in de hele gezondheidszorg. De huisarts is veelal degene die het eerst wordt geraadpleegd.

"Voor zijn patiënten is hij de eerst verantwoordelijke".

"Ik zou niet weten wie het anders zou moeten zijn in eerste instantie".

"Met name het beantwoorden van vragen en zorgen dat daar een antwoord op kan komen, dus voorlichting en uitleg of hoe je het wilt noemen. Ik vind dat de huisarts bij uitstek daarvoor geschikt is of dat zou moeten zijn".

"Ik ben verantwoordelijk voor de uitleg en informatie aan de patiënten die bij mij onder behandeling zijn".

5 huisartsen zien voor zichzelf geen specifieke verantwoordelijkheid bij uitleg en informatie over ziekte en behandeling. Deze huisartsen vinden dat dat een taak is voor de gehele eerstelijns gezondheidszorg.

"Het geven van uitleg en informatie in de curatieve sector hoort

tot de eerstelijns. Dat hoeft niet persé de huisarts te zijn".

"Dat mag ook een ander doen. Ik denk dat de patiënt wel daar vraagt, aan wie hij denkt dat hij het kan vragen".

Er mag verondersteld worden dat de huisarts zijn taak m.b.t. voorlichting wil begrenzen. In de interviews is dan ook gevraagd of de huisarts bepaalde grenzen stelt t.a.v. aspecten waarvoor hij geen verantwoordelijkheid wil of kan dragen en ten aanzien waarvan men vindt dat voorlichting geven tot de taak van anderen behoort.

Hiermee bleek een moeilijk terrein te worden aangesneden. Omdat patiëntenvoorlichting als taakgebied van de huisarts tot dusver nog vrij onbesproken is gebleven, mag het geen grote verbazing wekken dat veel huisartsen geen of geen duidelijk grenzen kunnen aangeven. Het probleem dat het gehele taakgebied van de huisarts onduidelijk is afgebakend heeft hier ook rechtstreeks mee te maken.

Een aantal algemene uitspraken wijst op een zekere grensstelling.

Vrij veel huisartsen rekenen voorlichting in elk geval tot hun taak voor de patiënten die bij hen onder behandeling zijn. Daarbij denkt men aan het directe contact met de individuele patiënt, die hem raadpleegt. Zij sluiten daarmee voorlichting aan 'gezonde patiënten' impliciet uit.

"Wanneer bij gezonde mensen een vraag over gezondheid opkomt, moet dat niet een reden zijn voor consultatie bij een huisarts".

Verschillende huisartsen benadrukken dat zij niet in alle gevallen de enig verantwoordelijken zijn. Met name voor patiënten die onderzocht worden of in behandeling zijn bij artsen in de tweedelijns gezondheidszorg vinden deze huisartsen dat zij niet verantwoordelijk zijn voor de uitleg en informatie. Dat is dan de taak van de behandelende arts.

Dit neemt niet weg dat een ruime meerderheid van de huisartsen vindt, dat zij wel moeten proberen antwoord te geven op vragen over de behandeling door specialisten. In dit verband wordt nogal eens opgemerkt dat de huisarts daartoe min of meer gedwongen wordt omdat de patiënt zijn vragen juist aan de huisarts stelt of omdat in het ziekenhuis onvoldoende uitleg en informatie wordt gegeven.

Een klein aantal vindt het niet juist om de lacunes van het ziekenhuis of specialisten op dit gebied op te vullen.

Als probleem wordt af en toe genoemd dat de huisarts niet altijd op de hoogte is van de behandeling of dat hij niet kan zorgen voor zeer specialistische informatie.

Onduidelijk is de afbakening waar het gaat over onderwerpen die tot de randgebieden van de huisartsgeneeskunde behoren. Door verschillende ontwikkelingen wordt de huisarts in hoge mate geconfronteerd met psychosociale problemen en levensvragen (echtscheiding, opvoeding, werk, huisvesting o.a.). De meeste huisartsen (41) geven aan dat zij ergens een grens willen trekken. Waar deze moet liggen is echter vaak moeilijk te zeggen. 9 huisartsen vinden psychosociale problemen geen terrein van de huisarts.

"Ik ben geen psychiater of psycho-therapeut. Ik zie mezelf toch meer als deskundige om mensen met medische klachten en kwalen te helpen".

Anderen noemen incidenteel voorbeelden waarbij zij vinden geen antwoord te moeten geven. Zoals op vragen rond huisvesting, juridische aangelegenheden, opvoedingsvragen, huwelijksproblemen, politiek, religie of arbeidsonge-

schiktheid.

Dit betekent geenszins dat deze huisartsen de betreffende hulpvraag negeren. Er wordt op gewezen dat patiënten vaak moeilijk met dergelijke vragen bij anderen terecht kunnen omdat ze de weg niet weten of omdat de drempel te hoog is.

Het wordt daarmee moeilijker om een grens te trekken waar de huisarts wel of niet antwoord op geeft. Ook omdat veel klachten en hulpvragen geen strikt medische aangelegenheden zijn.

Huisartsen kunnen niet aangemerkt worden als speciale deskundigen op alle mogelijke gebieden. Dit wordt door een deel van de huisartsen ook onderkend. Ongeveer de helft is van mening dat hij de betreffende patiënt moet zeggen dat hij niet deskundig is op deze gebieden en derhalve niet als huisarts spreekt.

"Die vragen kan ik alleen als medeburger beantwoorden".

Een ander deel van de huisartsen (ongeveer een kwart) is van mening dat men zoveel mogelijk moet ingaan op dergelijke vragen en moet proberen om zelf aan een oplossing mee te werken. Indien dat niet lukt kan worden doorverwezen. Onder deze huisartsen bevinden zich ook degenen die het niet nodig vinden een grens te stellen aan het soort vragen dat zij willen beantwoorden (9 in getal).

"Als mensen komen met een probleem op maatschappelijk gebied, durf ik daar wel dingen op te zeggen".

8.3. Overleg met andere hulpverleners

De huisarts en zijn voorlichting hebben, behalve met de tweedelijns zorg, ook raakvlakken met het werk van andere disciplines in de eerste lijn. De huisarts heeft sommige kennis niet en verwijst dan door naar andere hulpverleners. Hiermee wordt verwacht dat anderen de vraag van de patiënt kunnen en willen beantwoorden.

Uit de gesprekken blijkt dat huisartsen er soms zonder meer vanuit gaan dat andere disciplines de benodigde informatie en uitleg zullen geven, b.v. de apotheker over het omgaan met medicijnen.

Voor een verwijzing naar de juiste persoon of instantie voor bepaalde voorlichting, is inzicht nodig in ieders taakopvatting rond patiënten-voorlichting.

De huisartsen is gevraagd of zij overleg nodig vinden met andere eerstelijns werkers over wat een ieder doet op het gebied van patiëntenvoorlichting. Hiermee wordt een probleemveld aangeroerd dat ook in haar algemeenheid bestaat. Ongeveer de helft van de huisartsen heeft geen geregeld overleg met andere werkers in de eerstelijns gezondheidszorg. Een aantal van hen heeft soms wel contact met een individuele hulpverlener, meestal de apotheker.

Er wordt nogal eens gewezen op het slecht functioneren van het maatschappelijk werk of dat op een overleg met andere hulpverleners oeverloos gepraat wordt zonder resultaat. In dit licht is overleg over ieders voorlichtingsgebied zeker niet aanlokkelijk voor veel huisartsen.

Overleg wordt door een kwart van de huisartsen echter ook niet zo noodzakelijk gevonden. Zij zien daarvan de noodzaak niet in omdat er naar hun idee weinig problemen zijn. Ieder moet gewoon voorlichting geven

over de dingen waar hij mee geconfronteerd wordt. Overleg over individuele patiënten kan soms zinvol zijn.

"Nee dat zie ik niet zitten. Ik denk dat je in concrete gevallen met elkaar overlegt".

"Informatie staat eigenlijk nooit op de agenda. Ik heb ook niet de indruk dat dat als een probleem ervaren wordt".

"Als diegene die het probleem krijgt het maar doet. En als hij het niet weet, dan mag hij best terugverwijzen".

Enkele huisartsen konden er geen oordeel over uitspreken omdat het een geheel nieuw gezichtspunt was. Zij zeiden er nog nooit over te hebben nagedacht.

Door iets meer dan de helft van de huisartsen wordt overleg over voorlichting wel nodig gevonden. Daarbij gaat het er niet alleen om om op de hoogte te zijn van elkaars gebied en aanpak. Door meerdere huisartsen wordt vooral benadrukt dat daardoor voorkomen kan worden dat patiënten tegengestelde informatie krijgen.

Ook door deze huisartsen worden de geringe perspectieven voor goed overleg met andere eerstelijns werkers benadrukt. Enerzijds wordt weer gewezen op het mislukken van overlegvormen in de eerstelijns en het vaak onwerkzame karakter daarvan, of op het probleem dat er veel tijd mee heen gaat terwijl er weinig uit zo'n overleg komt. De geografisch moeilijk te begrenzen werkvelden in de grote steden wordt door sommigen als een probleem gezien om tot overleg te komen. Anderzijds wordt ook gesteld dat een dergelijk overleg een niet al te zwaar accent moet krijgen en dat het niet teveel tijd mag kosten.

Slechts een handjevol huisartsen heeft overleg met andere eerstelijns werkers, waarin ook af en toe over voorlichting gesproken wordt.

Over het algemeen wordt het niet wenselijk geacht tot een taakafbakening te komen met andere eerstelijns werkers op het gebied van voorlichting. Er bestaat weerstand om tot vaste afspraken te komen over wat ieders taak is op het gebied van patiëntenvoorlichting en over wat daar onder valt. Men verwacht dan eerder problemen en conflicten over de verschillende verantwoordelijkheden.

"Dan krijg je toestanden van: jij gaat over je grenzen. Of men gaat zich aan verantwoordelijkheden onttrekken".

"Ik vind niet tot zo'n overleg behoren dat je zegt: ik ga zóver met die voorlichting en jij doet de rest maar".

"Om nou steeds een beleid of een lijn daarvoor uit te stippelen, dat wordt ook zo mechanisch".

8.4. Conclusies

- Patiëntenvoorlichting wordt gerekend tot een van de belangrijkste taken van de huisarts.
- Er worden geen duidelijke grenzen gesteld aan deze taak.
- Er bestaat slechts bij een klein aantal huisartsen behoefte om tot een

duidelijkere taakafbakening te komen met andere eerstelijns werkers.

- Overleg met andere eerstelijns werkers over patiëntenvoorlichting wordt door een deel wel gewenst geacht maar ook zeer moeilijk te realiseren.

hoofdstuk 9

huisartsen over systematische patiëntenvoorlichting

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de vraag of huisartsen meer aandacht aan patiëntenvoorlichting willen besteden. Vervolgens komt aan de orde of huisartsen het nodig vinden meer inzicht te krijgen in voorlichtingmethoden en tenslotte hoe in het consult voorlichting geplaatst kan worden.

9.1. Moet patiëntenvoorlichting meer aandacht krijgen?

De huisartsen is gevraagd of zij meer aandacht zouden willen besteden aan patiëntenvoorlichting dan nu het geval is.

Ongeveer eenderde van de huisartsen zegt dat hij meer aandacht aan de voorlichting zou willen besteden.

Bij doorvragen bleek dat in veel gevallen 'meer aandacht' bedoeld werd in de zin van 'meer tijd': men zou graag de tijd willen hebben om rustig de nodige uitleg en informatie te kunnen geven.

Een even groot deel van de huisartsen vindt het niet nodig om meer aandacht aan patiëntenvoorlichting te besteden. Deze huisartsen hebben het idee dat zij er nu al goed en voldoende mee uit de voeten kunnen en zien geen aanleiding tot verandering.

De andere huisartsen (eenderde) twijfelen. Misschien zou het goed zijn om aan het geven van informatie en uitleg in de praktijk extra aandacht te besteden, maar men heeft toch ook niet duidelijk het idee dat dit erg noodzakelijk is.

Deze twijfel lijkt sterk verband te houden met het enerzijds niet goed weten of de huisarts op dit moment voldoende en naar tevredenheid werkt op het gebied van informeren en uitleggen en anderzijds met een onduidelijkheid hoe op een goede manier aan patiëntenvoorlichting gewerkt kan worden.

Overigens gaat de meeste belangstelling van de huisartsen uit naar verbetering van de voorlichting in het consult. Slechts een klein aantal huisartsen zegt meer aandacht te willen schenken aan andere vormen van voorlichting, zoals groepsmethoden.

9.2. Voorlichtingsmethodieken

Patiëntenvoorlichting vereist systematisch bezig zijn. Het gaat allemaal niet vanzelf. Zonder uit te spreken op welke wijze huisartsen systematisch met patiëntenvoorlichting in hun praktijk om kunnen gaan, is de huisartsen gevraagd of zij van mening zijn dat ze inzicht moeten hebben in voorlichtingsmethodieken, b.v. inzicht in hoe je het beste iets over kunt brengen of de patiënt kunt betrekken bij het consult en te nemen beslissingen.

Door verscheidene huisartsen is bij de beantwoording opgemerkt dat zij geen idee hebben wat dergelijke methodieken te bieden hebben voor de huisartspraktijk. Enige begrijpelijke scepsis komt naar voren tegen het gebruiken van allerlei technieken. Een kunstmatig optreden stemt niet overeen met de aard van het huisartswerk. Verondersteld wordt dat als men methodisch te werk gaat bij patiëntenvoorlichting dat haaks kan staan op de menselijke relatie tussen huisarts en patiënt. Ook is de vrees geuit dat dan geen

ruimte blijft voor gewone gesprekken over koetjes en kalfjes, wat belangrijk gevonden wordt in het contact met de patiënt

"Aandacht voor het intermenselijk contact is veel belangrijker dan een stuk techniek wat je overbrengt".

"Ik denk dat het belangrijk is voor een huisarts om aan de basis te blijven, een beetje amateuristisch misschien. Dat is misschien het sterkste punt van een huisarts".

Een enkele huisarts brengt ook als bezwaar naar voren dat hij niet zo gesteld is op methodieken, daar niet zo goed mee om kan gaan of zich er niet prettig in zou voelen. Er wordt bezwaar gemaakt tegen een eventueel voorgeschreven gedragslijn op het gebied van patiëntenvoorlichting.

"Als iemand mij bepaalde methoden gaat opleggen, zou ik mij misschien helemaal niet happy voelen in dat keurslijf".

Deze bezwaren gelden voor ongeveer de helft van de huisartsen.

Iets meer dan de helft van de huisartsen geeft aan dat het erg nuttig kan zijn om meer inzicht te hebben in voorlichtingsprocessen, zonder daarbij direct te denken aan allerlei methodieken.

"Ik denk dat we het niet hebben" (inzicht in voorlichtingsproblematiek).

"Ik kan niet zeggen dat ik het heb, het is een volkomen onbekend terrein".

"Ik redeneer denk ik nu toch teveel vanuit mezelf. Dat gevoel heb ik. Maar ik zou niet weten hoe ik het anders zou moeten doen".

Door enkele huisartsen wordt expliciet gesteld dat patiëntenvoorlichting een lacune in de opleiding is en dat zij graag iets meer op dit gebied zouden willen weten, b.v. door een cursus of artikel. Een huisarts wijst in dit verband op de GVO.

"Er is geen opleiding toe en ik vind dat de GVO-mensen te weinig aanbieden aan huisartsen en nascholingsclubs. Ik denk dat we de GVO moeten uitdagen om de patiëntenvoorlichting met ons te gaan bekijken".

Verschillende huisartsen geven echter ook aan dat zij weinig veranderingen verwachten door bijvoorbeeld nascholingscursussen.

"Je persoonlijk functioneren ga je alleen wat stroomlijnen, dat is haalbaar, de rest niet".

"Ik zou er geen cursus voor gaan volgen".

"Ik ben wat voorzichtig geworden in het aanpakken van allerlei dingen. Ik heb gemerkt dat het veel tijd en energie kost en dat het soms erg ondankbaar is".

"Misschien dat je van een beperkt stukje iets af zou moeten weten".

Er wordt ook een vraagteken gezet of iedereen het wel zou kunnen leren en 'dat als je het niet hebt, je het ook niet kunt leren'.

Een minderheid (12) is van mening dat meer inzicht in voorlichtingsprocessen allemaal niet zo nodig is. Zij ervaren geen problemen op het gebied van voorlichting of zijn van oordeel dat het iets is waar je niet zo lang

bij stil moet staan. Het gaat onbewust, zonder erbij na te denken, vinden zij.

Door enkele huisartsen wordt een bepaald onderwerp genoemd waarover zij meer zouden willen weten. Deze zijn:

- meer inzicht in hoe men functioneert en bij de patiënten overkomt.
- wat is het nut van folders.
- hoe kun je beoordelen of folders die je krijgt toegestuurd (vaak van de industrie) bruikbaar zijn.
- medicijnenvoorlichting.
- voorlichting bij chronische klachten.
- hoe je voorlichtingsactiviteiten op kunt zetten.
- de rol van de assistente bij patiëntenvoorlichting.
- het nut van wachtkamermateriaal.
- voorlichting bij psycho-somatische klachten.
- preventieve voorlichting.

9.3. Plaats van patiëntenvoorlichting in het consult

Het geven van uitleg en informatie over de aandoening, het bespreken van de behandelingsmogelijkheden en het aandacht schenken aan de vragen van de patiënt moet in het consult ingebouwd worden.

De huisartsen is gevraagd op welke manier zij dit alles als systematische activiteit in het consult een plaats zouden willen geven.

Er is daarbij vooral ingegaan op de vraag of uitleg en informatie geven een activiteit is die door het gehele consult heenloopt of dat het geconcentreerd moet worden in een bepaalde fase van het consult.

20 huisartsen geven aan dat zij voorlichting een activiteit vinden die door het hele consult heenloopt.

22 huisartsen leggen het accent op voorlichting als afsluitend gedeelte van het consult.

8 huisartsen maken geen duidelijk keus.

Voorlichting door het consult heenlopend

Om twee hoofdredenen vindt een deel van de huisartsen dat voorlichting een activiteit is die door het hele consult heenloopt.

In de eerste plaats zien deze huisartsen verschillende momenten waarop voorlichting, uitleg en informatie van belang zijn.

Er kan al uitleg aan de orde komen bij het opnemen van de ziektegeschiedenis. Patiënten kunnen bijvoorbeeld ook binnenkomen met drie vragen die dan eerst beantwoord moeten worden. Ook rond het onderzoek is uitleg nodig over waarom het gebeurt, wat er gebeurt e.d. Hetzelfde geldt voor het opstellen van het behandelingsplan.

In de tweede plaats is als reden aangevoerd dat de voorlichting afhankelijk is van hetgeen aan de orde komt. Er zou geen vaste regel voor te geven zijn. De opmerkingen die in deze zin gemaakt zijn, wijzen uit dat de betreffende huisarts voorlichting meer ziet als iets wat pratenderwijs gebeurt:

"Het hele consult is voorlichting".

In het verlengde hiervan liggen de argumenten tegen voorlichting als apart blok aan het einde van het consult. Dit wordt door verscheidene huisartsen ervaren als een te kunstmatige opdeling van het consult.

"Het krijgt dan denk ik iets onmenselijks, iets onpersoonlijks".

"Als je dan weer zo planmatig doet, voelen de patiënten zich ergens weer zo puntsgewijs behandeld. De spontaniteit en de openheid van de contacten gaat er dan natuurlijk kapot aan".

Voorlichting aan het eind van het consult

Als reden voor voorlichting als apart onderdeel van het consult wordt vooral genoemd dat er eerst aandacht besteed moet worden aan anamnese en onderzoek. De huisarts moet eerst zelf tot een idee komen, wil hij iets uit kunnen leggen.

Ook wordt als argument genoemd dat het eind van het consult het beste tijdstip is waarop rustig uitleg en informatie gegeven kan worden en waarop kan worden nagegaan of de patiënt alles begrepen heeft of eventueel nog met vragen zit.

Als tijdstippen worden genoemd:

- als de patiënt weer is gaan zitten ná eventueel lichamelijk onderzoek.
- vóór het uitschrijven van een recept.
- tijdens het bespreken van het behandelingsplan.
- tijdens het geven van een therapie.

Deze huisartsen sluiten niet direct uit dat ook op andere momenten uitleg gegeven moet worden. Als een term uitgelegd moet worden of als duidelijk gemaakt moet worden waarom onderzoek nodig is, kan dat eerder gebeuren. Maar als voordeel van aparte aandacht aan het eind van het consult wordt genoemd dat de aandacht geconcentreerd kan zijn op een volledige afronding van het gesprek.

"Aan het eind van het consult wordt een beleid vastgesteld. Dat kun je niet op een ander moment doen".

"Je moet een vast stukje voorlichting hebben aan het eind van het consult." Ik probeer het zo methodisch te doen dat ik aan het eind van het consult met de mensen bespreek wat ze hebben, opdat daar geen misverstanden over zijn".

Eén huisarts merkte op dat de informatie die verspreid over het consult-gesprek wordt gegeven, niet door de patiënt als zodanig wordt gehoord.

Bij de huisartsen die geen duidelijk uitspraak doen, speelt in de overwegingen met name mee dat er geen algemene gedragslijn te geven is omdat het van geval tot geval verschilt. Hoe het consult verloopt is niet goed te voorspellen. Benadrukt wordt dat alles sterk afhankelijk is van de patiënt en dat het noodzakelijk is te individualiseren.

Een huisarts stelde dat je bij sommige ernstige aandoeningen wel apart gaat zitten praten, maar bij een klein ongerief al recepten-uitdelend de 'kleine informatie' kan geven.

9.4. Conclusies

- Slechts een beperkt deel van de huisartsen acht het nodig meer aandacht aan patiëntenvoorlichting te geven.
- Meer huisartsen zouden het wel nuttig vinden wat meer inzicht te krijgen in voorlichtingsprocessen.
- Veel huisartsen staan afwijzend of afwerend tegenover voorlichtingsmethoden; gevreesd wordt voor een te kunstmatige relatie met de patiënt.

hoofdstuk 10

huisartsen over diverse mogelijkheden voor patiëntenvoorlichting

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe huisartsen denken over het werken met of aan aan verschillende mogelijkheden voor voorlichting over ziekte en behandeling. Eerst komt aan de orde het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal in het consult. Daarna wordt bekeken of huisartsen het nodig vinden patiënten te wijzen op patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en patiëntenboeken.

Vervolgens worden de opvattingen over voorlichtingsactiviteiten door de huisarts buiten het consult belicht en hoe zij staan tegenover een mogelijke vestiging van een informatiecentrum waar de patiënt met vragen heen kan. Tot slot wordt ingegaan op de vraag of over de huisarts en zijn taak (opvatting) meer voorlichting gegeven moet worden.

10.1 Schriftelijk materiaal

Een kleine helft van de huisartsen staat positief tegenover het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal in het consult en zegt daar in meer of mindere mate graag gebruik van te maken. Als reden wordt soms genoemd dat de patiënt op deze manier thuis nog eens een keer wat door kan kijken.

"Ik geef het altijd mee. Ik zeg altijd: 'lees het maar thuis door, want bij mij snap je het toch niet'. Ik denk dat ze het thuis veel beter tot zich laten doordringen dan wanneer ze hier zijn".

De meesten zien het als een aanvulling op de mondelinge informatie die de huisarts geeft. Enkele van deze huisartsen plaatsen wel enkele kanttekeningen over de kwaliteit van het materiaal waarover zij beschikken. Soms zijn folders verouderd of ze zijn wel erg simpel gesteld. Een huisarts merkte op dat de folders ook weer niet al te diep moeten graven.

Een klein aantal huisartsen staat negatief tegenover het gebruik van schriftelijk materiaal. De belangrijkste redenen daarvoor zijn dat schriftelijk materiaal te onpersoonlijk is of dat het een vervanging wordt van de mondelinge informatie, dat het niet goed overkomt bij de patiënt omdat deze het toch verkeerd begrijpt of omdat men de kwaliteit slecht vindt.

"Ik vind het eigenlijk ondingen. Een enkele keer kan het wel eens gunstig zijn, maar over het algemeen is het toch een gebrek van de informant zelf. Je behoort er in het persoonlijke contact een eigen kleurtje aan te geven."

"Het komt niet over naar mijn idee."

"Er is weinig goed spul. Het is niet goed geschreven of ze zijn te moeilijk geschreven. Bovendien betwijfel ik of het zin heeft en óf men er iets aan zou hebben."

De andere huisartsen staan wat twijfelachtig tegenover het gebruik van folders e.d. Door deze huisartsen worden bovenstaande redenen ook genoemd. Daarnaast wordt er ook op gewezen dat het wellicht maar voor een kleine beperkte groep patiënten of slechts in bepaalde gevallen zin heeft (bijv. dieetbriefjes, folder over hyperventilatie, informatie over de anti-conceptie pil).

Enkelen vinden het eigenlijk vaak dubbelop, omdat de patiënt toch ook mondeling informatie van de huisarts wil of naar aanleiding van folders vragen gaat stellen.

"Ik sta er sceptisch tegenover. Ik geloof dat maar een beperkte groep er gebruik van maakt. Ik heb het gevoel dat het het gros koud laat."

"Ik geef niet zoveel dingen mee. De dingen die door anderen geschreven zijn, zou je bijna uit je hoofd moeten kennen om het goed over te brengen, want ze vragen toch altijd mondelinge toelichting. Dat is vaak omdat op hele kleine punten toch weer even afgeweken wordt van zoals jij het brengt en benadert."

Onder deze huisartsen was er een aantal dat zei steeds te vergeten eraan te denken dat ze veel folders in huis hebben.

"Ik sta er toch wel redelijk positief tegenover. Ik verzamel ze en ik leg ze hier ook wel neer, maar het blijkt dat als de patiënt weer weg is, dat ik vergeten ben ze mee te geven."

Enkelen zeggen geen gebruik te willen maken van ongevraagd toegezonden voorlichtingsmateriaal.

10.2 Patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en patiëntenboeken

Aan de huisartsen is gevraagd of zij vinden dat zij op de hoogte zouden moeten zijn van het bestaan van patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en patiëntenliteratuur en een taak hebben om patiënten daarop te wijzen. Immers voor patiënten vormt het een onoverzichtelijk en wellicht onbekend terrein, waarbij alleen in uitzonderingsgevallen de weg naar deze mogelijkheden gevonden wordt.

Een derde van de geïnterviewde huisartsen is van oordeel dat zij inderdaad op de hoogte zou moeten zijn van het bestaan van zowel patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen in de omgeving als van boekjes voor patiënten.

"Ja, dat spreekt voor zich."

"Je moet dat hele circuit eigenlijk weten."

"Het zou erg stom zijn als je daar niet op lette. Dat is erg onnozel."

Door de andere huisartsen wordt een vraagteken gezet achter een of meer van deze alternatieve mogelijkheden voor de patiënt.

Het minst afwijzend wordt gereageerd op de patiëntenverenigingen. De meeste huisartsen (tweederde) vinden het noodzakelijk om van het bestaan van patiëntenverenigingen op de hoogte te zijn.

Voor patiëntenverenigingen heeft een deel van de huisartsen zeker waardering en wordt hun bestaansrecht erkend.

"Dat is een bijzonder belangrijke hulp, een nevengebied aan informatie. Ze hebben wel eens wat herrie gemaakt, maar ze zijn toch in staat om lacunes die door routinematig handelen kunnen ontstaan, op te vullen."

De huisartsen die niet vinden dat zij ervan op de hoogte moeten zijn of daar twijfelachtig tegenover staan, wijzen op negatieve aspecten van dergelijke verenigingen.

"Dat is natuurlijk een cultuurverschijnsel. Elke ziekte heeft het liefst een of twee elkaar beconcurrerende patiëntenverenigingen. Het loopt de spuigaten uit."

"Je kunt je als huisarts moeilijk laten leiden door wat er in die patiëntenverenigingen leeft. Het is een bedilligerige voorhoede die dat soort dingen leidt."

Veel huisartsen vinden het een bezwaar en daarmee ook een belemmering dat er geen systematisch overzicht van patiëntenverenigingen is. Er wordt gesproken over een troep aan foldertjes en het kwijt raken van adressen die overigens nauwelijks up-to-date zijn.

Enkele huisartsen zeggen echter wel te beschikken over een overzicht (bijvoorbeeld het boekje 'Wie helpt wie?')

Het verschijnsel 'zelfhulpgroep' is een enkele huisarts niet bekend. Van de andere huisartsen vindt de helft dat zij van het bestaan van zelfhulpgroepen in de omgeving op de hoogte zouden moeten zijn.

De andere helft oordeelt negatief over het werk van zelfhulpgroepen.

"Voor zover ze er zijn, zijn ze primitief opgezet. Het maatschappelijk werk heeft het idee dat er maar zelfhulpgroepen moeten worden opgericht met vrouwen in de overgang en mannen met dit en mensen met dat. Het is zo'n chaotisch warrelend geheel. Degenen die persé behoefte heeft, die vinden het toch wel."

"Ik twijfel aan het nut ervan, omdat je weer kans hebt op fixatie. En wie geeft een beetje leiding aan die groepen, dat is een zeer discutabel punt."

"Die dingen leggen de nadruk op de kwaal. Dan gaat het een te grote betekenis krijgen in het leven ben ik bang. Maar ik weet niet in hoeverre ik dat verkeerd beoordeel."

Deze negatieve beoordeling van zelfhulpgroepen is veelal ook de reden waarom de huisarts het niet nodig vindt om op de hoogte te zijn van het bestaan ervan en om patiënten erop te attenderen.

Een enkele huisarts volgt een wat merkwaardige redenering. Men vindt het niet nodig om van zelfhulpgroepen op de hoogte te zijn, maar is wel van oordeel dat de huisarts de patiënt de weg ernaar moet wijzen, indien de patiënt erom vraagt.

De meeste huisartsen zijn niet op de hoogte van het bestaan van dit soort groepen in de omgeving. Ook hierbij doet zich de moeilijkheid voor dat er geen duidelijke overzichten zijn en bovendien dat de adressen en het bestaan van de groepen vrij sterk kunnen wisselen.

Ook over patiëntenboeken, welke in toenemende mate op de markt verschijnen, wordt zeer uiteenlopend gedacht. Ongeveer de helft van de huisartsen acht het nodig of handig van het bestaan op de hoogte te zijn. De andere helft vindt dit niet nodig of slechts in zeer geringe mate.

Verscheidene huisartsen wijzen op de vraag van patiënten naar boekjes of ander schriftelijk materiaal over hun aandoening.

"Daar vragen ze toch om. Dan moet je toch weten wat er is. Het is onze taak daarin de weg te wijzen."

"Een bevriende huisarts van mij heeft een patiëntenbibliotheek waar je kunt lenen. Dat loopt goed heb ik begrepen."

Een aantal huisartsen wil wel eerst weten wat dergelijke patiëntenboeken inhouden en er kennis van genomen hebben voordat zij de patiënt erop wijzen.

"Je moet wel weten wat je meegeeft."

"Ik wil wel als eis stellen dat je het eerst zelf gelezen hebt, want patiënten nemen meteen aan, als je iets aanbeveelt, dat het jouw mening erover is. En dat is natuurlijk niet altijd waar."

Een handjevol huisartsen heeft plannen om een keer een soort bibliotheekje voor patiënten op te zetten. Door gebrek aan tijd of weer naar het tweede plan schuiven komt het er meestal niet van.

"Het is eigenlijk iets dat al jarenlang op de achterste bladzijde van mijn voornemenboek staat."

Ook bij dit onderwerp wordt geklaagd over de onoverzichtelijkheid. Er zijn geen goede overzichten van wat er op de markt is.

De andere huisartsen vinden het hele verschijnsel patiëntenboeken van niet zoveel belang of men is van mening dat de huisarts daar niets mee van doen heeft.

"Ik denk dat het niet essentieel is. Als je er interesse in hebt, dan weet je er wel meer van."

"Iedereen die daarin een beetje geïnteresseerd is, gaat naar de boekhandel. Ieder kan toch het beste zelf een boek uitzoeken wat hem het beste ligt."

Een enkeling zegt niet onder de indruk te zijn van de kwaliteit van de patiëntenboeken. Bij elkaar vindt ongeveer de helft van de huisartsen dat het tot hun taak behoort patiënten bij geval te wijzen op patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en/of patiëntenboeken. De schaal waarop dat gebeurt moet volgens een deel wel beperkt blijven tot patiënten met een chronische of ernstige aandoening, omdat de huisarts hierover de specifieke kennis vaak niet heeft.

Een paar huisartsen vinden het ook minder wenselijk uit eigener beweging op deze mogelijkheden van de patiënt te wijzen. Een overzicht van verenigingen, zelfhulpgroepen en/of boeken is alleen handig voor het geval de patiënt ernaar vraagt.

10.3 Voorlichting door de huisarts buiten het consult

Wanneer huisartsen van mening zijn dat zij een van de belangrijkste figuren zijn in de eerstelijns gezondheidszorg om uitleg en informatie te geven over ziekte en behandeling, is het de overweging waard ook uit te zien naar mogelijkheden om ook buiten de consultsituatie hun patiënten die uitleg en informatie te bieden. Zonder in te willen gaan op de kenmerken, de voor- en nadelen van verschillende methoden, kunnen als voorbeelden genoemd worden: het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, samenwerken met andere eerstelijns werkers aan voorlichtingsactiviteiten, schrijven van artikelen in de lokale pers en het helpen oprichten van patiëntengroepen.

Aan de huisartsen is gevraagd of zij vinden dat dergelijke activiteiten tot het terrein van de huisarts behoren.

Uit de antwoorden blijkt dat maar weinig huisartsen bereid zijn om buiten het consult voorlichtingsactiviteiten te ondernemen. Hooguit is de huisarts bereid ergens aan mee te werken indien incidenteel om zijn medewerking wordt gevraagd. Voor de meeste huisartsen zijn het zeer ondergeschikte activiteiten die zich meerendeels in de vrije tijd afspelen. Het overgrote deel van de huisartsen (43 van de 52) rekent het niet tot de taak van de huisarts ook naast het individuele contact met de patiënt in het consult, met voorlichting bezig te zijn.

De redenen die genoemd worden zijn van verschillende aard. Een deel ziet weinig perspectieven in dergelijke activiteiten, ook niet in het algemeen. Het levert naar hun inzicht weinig rendement op.

"Het gaat toch vaak de mist in. Je merkt op een gegeven moment dat ze het niet begrepen hebben. Je merkt dat het weinig effect heeft, aan de vragen die ze stellen tijdens zo'n bijeenkomst."

Een deel van de huisartsen vreest ook dat patiënten door dergelijke activiteiten in verwarring zullen raken. Hierbij wordt erop gewezen dat huisartsen individueel toch vaak een eigen werkwijze hebben. Als een patiënt dan door bijvoorbeeld een voorlichtingsavond waar een andere huisarts uitleg en informatie geeft, geconfronteerd wordt met een andere mening, zal hij/zij in verwarring komen.

"Je bent toch allemaal een beetje werkzaam als individu en je hebt ook allemaal je eigen werkwijze."

"Dan ga ik dingen vertellen die mijn collega's misschien onzinnig vinden."

Een ander bezwaar is dat voorlichtingsactiviteiten door huisartsen in de eigen omgeving de schijn van reclame heeft.

"Er komen patiënten luisteren van andere huisartsen. Dan is het een verkapte reclame. Dat komt over alsof jij een hele goede huisarts bent die iedereen wel zal helpen."

"Als je dat lokaal doet, krijg je al gauw scheve gezichten."

Door huisartsen die niet direct bezwaar hebben tegen dit soort voorlichtingsactiviteiten wordt vaak gesteld dat het aan de huisarts zelf overgelaten moet worden of hij dergelijke activiteiten onderneemt.

"Het mag wel."

"Als er een huisarts is die een prima motivatie heeft om dat te doen, dan is het prima."

"Het is meer de interesse; de een heeft dat meer dan de ander."

"Wanneer je daar lol of plezier in hebt, dan is dat nuttig."

Er is weerstand niet-individuele patiëntenvoorlichting tot het terrein van de huisarts te rekenen. Een dergelijke soort 'verplichting' strookt niet met de taakopvatting van de meeste huisartsen.

Verder is als bezwaar genoemd dat niet alle huisartsen of wellicht zelfs de meesten, niet de capaciteiten hebben om groepsvoorlichting te geven, stukjes te schrijven of groepen te ondersteunen.

Dit argument staat haaks op de opvatting van andere huisartsen die zeggen dat juist huisartsen beter geschikt zijn in vergelijking tot anderen. De achtergrond hiervan is echter meer dat daardoor voorkomen wordt dat niet-medici zich uitlaten over medische aangelegenheden.

Er zijn 8 huisartsen die wel op een of andere manier vinden dat het tot het terrein van de huisartspraktijk behoort ook bezig te zijn met voorlichtingsactiviteiten buiten het consult.

Door deze huisartsen wordt nadrukkelijk gesteld dat dergelijke activiteiten in de eerstelijns gezondheidszorg erg belangrijk zijn. Als huisarts heb je daar dan een bijdrage aan te leveren. Overigens zonder dat het de individuele hulpverlening mag gaan overheersen.

Het helpen oprichten van patiëntengroepen of het in contact brengen met elkaar van patiënten met een zelfde aandoening, wordt daarbij het vaakst genoemd als activiteit waar de huisarts initiatief toe kan nemen.

"De individuele hulpverlening is maar één vorm van hulpverlening. De groepsgerichte is een andere. In de praktijk zal het er natuurlijk op neer komen dat je vooral bezig bent met individuele hulpverlening. Maar dat wil niet zeggen dat je dat andere niet moet proberen te laten ontstaan. Zolang het niet gebeurt, kan de huisarts een voortrekker zijn."

10.4 Een informatiecentrum voor de patiënt

Sommige hulpverleners en instanties hebben ideeën om tot de oprichting van informatiecentra te komen waar mensen terecht kunnen met vragen over gezondheid, ziekte en behandeling. Op beperkte schaal zijn al enkele initiatieven daartoe genomen^x.

Aan de huisartsen is gevraagd wat zij van een dergelijk centrum in hun vestigingsplaats zouden vinden.

De antwoorden daarop zijn over het algemeen duidelijk. Een ruime meerderheid van de huisartsen staat hier gematigd tot sterk afwijzend tegenover. Slechts weinige huisartsen zien voor zo'n informatiecentrum een goede functie weggelegd.

Door deze huisartsen wordt o.a. gewezen op de drempel bij veel hulpverleners in de gezondheidszorg, inclusief de huisarts. Ook wordt op de mogelijkheid gewezen dat mensen wat zij bij de (huis)arts hebben gehoord nog eens van een andere kant willen horen.

Er wordt wel als voorwaarden aan een informatiecentrum gesteld, dat deze in opzet en werkwijze niet mag bijdragen aan een verdere medicalisering, dat er bonafide mensen moeten werken en/of dat de huisarts moet weten welke informatie en uitleg er gegeven wordt zodat hij op de hoogte blijft.

De belangrijkste kritiek van de negatief reagerende huisartsen heeft direct met zijn taakopvatting te maken. Een dergelijk centrum moet overbodig zijn omdat het een taak is van de hulpverleners zelf.

"Laten ze dan eerst de hand in eigen boezem steken en zeggen waarom wij dat zogenaamd verkeerd doen."

^xEr draaien enkele gezondheidswinkels in Nederland en GVO-Utrecht bijvoorbeeld is bezig met het opzetten van een zogenaamd publieksgericht informatiecentrum.

"Ik zou dat als een persoonlijke afgang ervaren. Dat is een teken dat ik het niet goed doe."

"Ik geloof dat het niet goed is. De huisarts moet toch in mijn ogen functioneren als de coördinerende figuur in het wel en wee rond de patiënt."

"Als het er komt is het omdat het tussen huisarts en de patiënt niet goed functioneert."

Daarbij is het voor verschillende huisartsen ook geen aantrekkelijk idee dat patiënten in zo'n informatiecentrum iets anders te horen kunnen krijgen dan wat hij heeft verteld.

"Ik ben er huiverig voor. Dan komt er eentje die zegt: 'huisarts, u heeft me dit en dat gegeven en ik ben bij de medische winkel geweest en daar zeggen ze het heel anders'. Dan krijg je van die discussies."

"Het advies dat ze daar dan krijgen zou exact hetzelfde moeten zijn als dat van mij. Anders geeft het alleen maar verwarring."

Hiermee in verband staat de kritiek dat alleen de huisarts de patiënt goed kent en dat daarom zo'n informatiecentrum gevaarlijke kanten kan hebben. Een informatiecentrum betekent dan een verstoring van de relatie huisarts-patiënt.

Een paar huisartsen wijzen erop dat door zo'n informatiecentrum meer vragen opgeroepen zullen worden dan beantwoord kunnen worden.

Het gevaar bestaat ook dat de informatie teveel de aandacht richt op ziekte en gezondheid, waardoor je misschien meer ziekte schept.

Emotioneel stuit het idee een paar huisartsen tegen de borst vanwege het 'sfeertje' en het type mensen dat met dergelijke ontwikkelingen bezig is: 'linkse lui', 'Amsterdamse denkbeelden', 'zo'n raar sfeertje'.

Tegenover de angst dat het bestaan van een dergelijk centrum teveel vragen zal oproepen wordt ook de vrees naar voren gebracht dat een informatiecentrum de huisarts concurrentie zal aandoen.

"Dat is natuurlijk concurrentie."

"Daar ben ik niet voor. Waarom zouden ze naar zo'n informatiecentrum moeten? Dan komen ze niet meer bij mij voor die informatie. Ze moeten bij mij komen. Mijn situatie is van dien aard dat ik met mijn patiënten-aantal geen concurrentie kan gebruiken."

10.5 Voorlichting over de (taak)opvatting van de huisarts

In de voorgaande paragrafen en hoofdstukken is een aantal duidelijke verschillen tussen huisartsen naar voren gekomen in opvattingen over patiëntenvoorlichting.

Ook op ander vlak bestaan veelal grote verschillen tussen huisartsen, bijvoorbeeld in opstelling tegenover alternatieve geneeswijzen, diverse vormen van geboortenregelingen of medicijngebruik.

Hiernaast kan erop gewezen worden dat veel huisartsen de ervaring hebben dat patiënten bij hen terecht komen met vragen en klachten die zij eigenlijk niet tot hun werkgebied vinden behoren.

Dit alles roept de vraag op of over de taken van de huisarts en zijn eigen opvattingen voorlichting gegeven moet worden opdat patiënten beter weten waarvoor zij huisartsen wel of niet kunnen raadplegen en wat zij van hun huisarts kunnen verwachten.

De huisartsen is enerzijds gevraagd of zij het nodig achten dat over de taak van de huisarts in de hele gezondheidszorg voorlichting gegeven wordt en anderzijds of zij vinden dat de huisarts zelf meer naar buiten moet brengen over zijn taakopvatting.

Algemene voorlichting over het taakgebied van de huisarts vinden de meeste huisartsen niet wenselijk. Als een van de belangrijkste overwegingen daartegen komt naar voren dat juist omdat patiënten heel verschillende verwachtingen van hun huisartsen hebben, niet bij voorbaat aangegeven moet worden of de huisarts daar wel of niet aan kan voldoen. Het wordt beter gevonden indien dat op het consult zelf blijkt. De deur moet bij wijze van spreken open staan.

Eenerzijds om te vermijden dat de patiënten belangrijke zaken voor de huisarts gaan verzwijgen, m.n. die zaken die een psycho-sociale kant hebben. Anderzijds wordt gewezen op de pastorale functie van de huisarts. De huisarts ziet zichzelf als de vertrouwensfiguur voor zijn patiënten en daarbij past niet het bij voorbaat de deur wijzen.

Een ander tegenargument is dat er geen alternatieven zijn voor de patiënt. Voorlichting over het takenpakket van de huisarts heeft pas zin als ook gewezen kan worden op aanvaardbare alternatieve mogelijkheden voor de patiënt om met zijn problemen terecht te kunnen. Het ontbreken van een duidelijk omschreven takenpakket wordt ook als argument genoemd^x.

Daarbij wordt ook opgemerkt dat de verschillen in de taakopvatting die tussen huisartsen bestaan, gerespecteerd moeten worden. Het wordt acceptabel gevonden dat huisartsen hun taak individueel inkleuren.

"Ik denk dat iedere huisarts zijn stokpaardjes heeft en dat hij best wel eens zit te zweten om te kijken of hij een relatieproblematiek op kan lossen, terwijl een ander zegt: daar heb ik geen snars verstand van, ga maar naar het maatschappelijk werk of de psychiater. In zijn algemeenheid denk ik dat het niet goed is daar voorlichting over te geven. Een huisarts is ook maar iemand die iets kan, dat wisselt per huisarts."

"Een algemene folder 'wat kunt u van de huisarts verwachten' lijkt mij niet zinlijk. Want dé huisarts bestaat niet."

^xDe interviews werden gehouden in de periode waarin de LHV tot een uitspraak kwam over het takenpakket van de huisarts. Het is niet bekend of daarmee dit argument tegen voorlichting over de taak van de huisarts nog onderschreven wordt.

Met deze constatering is een klein aantal huisartsen wel van mening dat voorlichting over de individuele taakopvattingen van huisartsen wenselijk is.

"De huisarts zou als persoon meer naar buiten moeten brengen hoe zijn visie is, opdat die meer zichtbaar wordt voor de patiënten."

"De laatste tijd zit ik wel eens te denken dat het helemaal niet goed is. Ze weten eigenlijk helemaal niet wat we denken en wat we zelf van dingen vinden."

Echter voor de meerderheid van de huisartsen is dit een verwerpelijke gedachte. Openheid naar buiten van individuele huisartsen zou erg negatief uitwerken op de onderlinge samenwerking tussen huisartsen. Door meerderen wordt het opgevat als reclame maken.

"Je moet wel collegiaal blijven en geen reclame maken, want er zit wel een stukje commercie aan."

Vele huisartsen zien ook geen reden om naar buiten te brengen hoe zij over hun taakopvatting denken. Verondersteld wordt enerzijds dat patiënten dat van elkaar wel vernemen, anderzijds vinden de meeste huisartsen dat de patiënt het in het verloop van de tijd wel merkt hoe hij over diverse zaken denkt. Het wordt niet nodig gevonden de patiënt daar 'voortijdig' van op de hoogte te stellen.

"Ik denk dat de mensen het gewoon moeten ondervinden."

"Je kunt het individueel wel laten blijken wat een patiënt van je kan verwachten en wat hij niet kan verwachten."

Ook bij dit onderwerp speelt mee dat huisartsen onderscheid maken tussen patiënten. Wat voor de behandeling van de ene patiënt geldt, hoeft niet voor de andere patiënt te gelden.

Het hele onderwerp was voor verschillende huisartsen overigens nieuw. Daardoor was het moeilijk zich voor te stellen op welke manier een dergelijke voorlichting gegeven zou kunnen worden, en wat ze zou kunnen bevatten. In hoofdstuk 12 wordt beschreven op welke wijze een aantal huisartsen voorlichting over zijn taakopvatting geeft of wil geven.

10.6 Conclusies

- De meeste huisartsen staan niet afwijzend tegenover het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal in hun praktijk. Er worden echter veel kanttekeningen van praktische en meer algemene aard bij geplaatst.
- De helft van de huisartsen vindt het niet nodig patiënten bij geval te wijzen op het bestaan van informatiebronnen buiten de huisartspraktijk.
- Nogal wat huisartsen staan negatief tegenover het werk van patiëntenverenigingen en vooral tegenover zelfhulpgroepen.
- Voorlichtingsactiviteiten buiten het consult worden door het overgrote deel van de huisartsen niet tot het werkterrein van de huisarts gerekend.

- Vrijwel elke huisarts ziet niets in een algemeen informatiecentrum voor patiënten: vragen beantwoorden is hún taak.
- In het algemeen vreest een flink aantal huisartsen dat patiënten in verwarring zullen raken als zij met andere informatie of opvattingen dan die van de eigen huisarts worden geconfronteerd.
- De meeste huisartsen zien geen reden voor of vrezen de effecten van voorlichting over de taak van de huisarts en van voorlichting over de taakopvattingen van de individuele huisarts.

hoofdstuk 11

huisartsen over beperkingen van patiëntenvoorlichting

In het onderzoek lag het zwaartse accent op de redenen die huisartsen hebben voor en tegen patiëntenvoorlichting en de opvattingen over hun taak op dit gebied.

In dit hoofdstuk komen de problemen en de beperkingen die huisartsen bij het geven van patiëntenvoorlichting ondervinden aan de orde.

Eerst wordt ingegaan op de directe problemen die huisartsen hierbij ervaren in de dagelijkse praktijk. Daarna wordt ingegaan op wat verder liggende problemen die samenhangen met de opleiding en werkomstandigheden van de huisarts. Tenslotte wordt ingegaan op meer structurele omstandigheden die van invloed zijn op de mogelijkheden van patiëntenvoorlichting in de praktijk.

11.1. Moelijkheden van huisartsen met patiëntenvoorlichting

Door 41 huisartsen zijn in de loop van het gesprek opmerkingen gemaakt over problemen die zij ervaren bij het geven van voorlichting in het directe contact met patiënten.

Het vertalen van medische begrippen in de taal van de patiënt wordt veelvuldig als een probleem genoemd. Verschillende huisartsen vinden dat zij te moeilijke woorden gebruiken en geneigd zijn om teveel vaktermen te gebruiken. Tegelijkertijd beseft men dat deze termen voor de patiënt niet begrijpelijk zijn. Het wordt echter moeilijk gevonden om voor vaktermen andere woorden of een goede omschrijving te vinden.

"Het moeilijke vind ik dat je verbaal tekort schiet. Voor ons zijn het heel eenvoudige begrippen, die strooi je er tussendoor. Je grijpt duidelijk naar vaktermen. Dan weet ik niet zo snel hoe je dat in goed Nederlandse taal naar de mensen moet overbrengen".

"Ik gebruik te moeilijke woorden, dat is beslist een feit. Je zit nogal gauw over medische begrippen te praten. Je ziet ook de ogen van de mensen groot worden als je mis schiet".

Bij het vinden van gewoon Nederlands en het vertalen van vaktermen moet de huisarts ook rekening houden met de interpretatie van zijn woorden door de patiënt. Het gevaar dat de patiënt woorden verkeerd opvat moet vermeden worden.

"Als je het woord middenrifbreuk zegt, begint de patiënt al met een breuk, hoewel dat helemaal niet waar is".

Niet weten hoe in andere bewoordingen of omschrijvingen vaktermen te vertalen kan leiden tot vage aanduidingen.

"Sommige dingen zijn zo moeilijk te vertalen. Dan zeg je al gauw: het is een ziekte van het bloed, of het zit in de botten of het zit in de gewrichten. Zonder al te uitgebreid erop in te gaan wat het is".

"Het gevaar bestaat dat je het zó eenvoudig vertelt, dat het niet meer waar is".

Een tweede belangrijke probleemcategorie is het omgaan met de inzichten en

kennis die de patiënt heeft. De voorstelling die patiënten hebben van het menselijke lichaam en de werking ervan verschilt van die van de huisarts. Er wordt o.a. geklaagd over het geringe besef van fysiologische processen en het ontbreken van enige kennis van het menselijk lichaam. Uitleggen hoe bijvoorbeeld de pil werkt, wordt dan erg moeilijk.

"Je kunt over tafels en stoelen praten, maar als je niet weet wat een tafel en wat een stoel is, dan wordt het natuurlijk moeilijk".

"Alles wat je zegt gaat de mist in. Het is gewoon een teveel bekend veronderstellen bij de mensen".

Deze moeilijkheid wordt sterker ervaren naarmate de werelden van de huisarts en de patiënt meer van elkaar verschillen. Uitleg en informatie geven aan mensen uit lagere sociale milieu's of aan buitenlanders wordt door veel huisartsen extra moeilijk gevonden.

Naast het probleem dat patiënten te weinig weten, wordt er ook op gewezen dat patiënten veel 'halve informatie' hebben en denken dat zij het beter weten. In dit verband wordt veelvuldig gewezen op de berichtgevingen en 'voorlichting' in de media. Veel huisartsen zijn allerm minst gelukkig met de kwaliteit daarvan. Er wordt gesproken over suggestieve voorlichting, misleidende informatie, reclame voor geneesmiddelen via artikelen in kranten en weekbladen en sensatie-berichtgeving. Voor de huisarts betekent dit dat hij nogal eens corrigerend moet optreden.

"Het probleem is dat men wat geschreven staat, voor waar aanneemt".

"Het is heel moeilijk om iets wat in de krant staat uit iemands hoofd te praten".

"Ze lezen de volgende dag weer dat er iets verzonnen is".

Het wordt ervaren als een doorkruising van de eigen werkwijze. Patiënten komen met behandelingsmogelijkheden aan die de huisarts niet voorstaat, of zelfs nog niet bekend zijn omdat sommige nieuwtjes eerder in de publieksmedia verschijnen dan in de vakbladen. In de onderzoeksperiode werd veelvuldig als voorbeeld genoemd de berichtgeving rond een nieuwe anticonceptie-pil.

Nogal wat berichtgevingen ademen de sfeer van 'er is weer een redder', aldus een aantal huisartsen. Dit doorkruist hun pogingen om patiënten te laten inzien dat veel behandelingsmogelijkheden betrekkelijk zijn.

Een geheel ander probleem is dat huisartsen vaak onvoldoende reacties van hun patiënten krijgen. De huisarts weet daardoor niet of hij wel duidelijk geweest is, of hij voldoende heeft verteld en die dingen heeft uitgelegd die de patiënt wil weten en/of de patiënt zijn vragen wel gesteld heeft.

Zeker 20% van de huisartsen ervaart dit als een groot probleem. Men tast in het duister hoe de patiënt zijn uitleg en informatie ervaart en of de patiënt er verder mee komt.

"Het is moeilijk te weten of mensen hun vragen hebben gesteld".

"Ik weet niet of ik er wel of niet in slaag goed voorlichting te geven. Hoe moet je beoordelen of je wel voldoende functineert"

"Je hebt weinig meetinstrumenten om te kijken of de patiënt zijn vragen gesteld heeft. Eigenlijk geen meetinstrumenten om te kijken of je

door moet gaan bij weinig of geen vragen. Ik zou graag willen weten wat mensen over iets willen weten, wat voor vragen ze hebben".

"Ik heb geen idee wat men wil weten van de huisarts. Ik heb geen enkel idee. We werken wel de hele dag met vraag en antwoordspelletjes, maar ik weet niet wat de vraag is".

Bepaalde ziektebeelden of klachtentypen geven meer problemen dan de andere. Met name voorlichting rond vage klachten wordt als speciale moeilijkheid genoemd. Bijvoorbeeld menstruatieklachten, vage buikkoliken, klachten zonder aanwijsbare oorzaak of klachten waarin de patiënt niets aantoonbaars mankeert maar toch last heeft.

Een handicap daarbij is dat de huisarts dan zelf ook niet precies weet wat er aan de hand is.

De vier bovengenoemde problemen lijken de belangrijkste te zijn. Ze worden alle door zeker 10 huisartsen genoemd. Hieronder worden kort de moeilijkheden genoemd die slechts door één of twee huisartsen naar voren zijn gebracht.

- voorlichting gericht op ingrijpende gedragsaanpassingen van de patiënt. Als voorbeelden zijn hierbij genoemd: dieetvoorlichting, motiveren voor een langdurige therapie (medicijnen tegen hoge bloeddruk) of motiveren om te stoppen met roken of drinken.
- de huisarts moet vaak hetzelfde uitleggen, soms verschillende keren per dag. Het is dan moeilijk steeds geconcentreerd te blijven en ervoor te zorgen dat het verhaal niet steeds korter en minder duidelijk wordt.
- voorlichting geven over de telefoon brengt eigen problemen met zich mee. De huisarts kan dan moeilijk signaleren hoe de patiënt reageert op zijn informatie en uitleg.
- het kiezen van een behandeling geschiedt vaak op onduidelijke gronden. *"Mijn keuzes zijn niet rationeel, dus slecht uit te leggen".*

11.2. Beperkingen van de individuele huisarts en zijn werksituatie

Incidenteel wordt door huisartsen naar voren gebracht dat hetzij zijzelf, hetzij de situatie waarin zij werken grenzen stellen aan de mogelijkheden voor patiëntenvoorlichting.

Er is in de interviews niet expliciet naar gevraagd. Het is derhalve niet bekend of de genoemde beperkingen voor veel of weinig huisartsen gelden.

Verschillende malen merken huisartsen op dat zij een aantal vaardigheden missen die met patiëntenvoorlichting te maken hebben.

Enkele huisartsen ervaren het als een gemis in de opleiding dat zij nooit geleerd hebben om te gaan met het geven van informatie en uitleg of met de vragen van de patiënt. Zij missen de vaardigheden of weten niet waar zij op moeten letten.

Een deel van de huisartsen wil wel gebruik maken van schriftelijk materiaal, maar sommigen geven duidelijk te kennen dat zij het niet in weten te bouwen in het consult.

"Ik heb er geen systeem voor. Het bureau is te vol, dus staan die folders ergens anders. Toen ik ze kreeg dacht ik: 'dat is mooi'. Maar ik vergeet ze steeds te gebruiken".

Enkele huisartsen geven aan dat zij voor bepaalde vormen van patiëntenvoorlichting niet de persoonlijke eigenschappen hebben.

Zo worden genoemd:

- het niet zo makkelijk praten.
- niet zo geschikt zijn om systematisch te werken.
- niet geschikt zijn voor een groep te staan.
- geen organisatorische eigenschappen hebben.

Andere huisartsen zeggen specifieke voorkeuren te hebben:

- liever persoonlijk met mensen te werken.
- erg visueel ingesteld zijn waardoor er een voorkeur is om met plaatjes te werken.
- graag tekeningetjes maken: *"Dat die ik de hele dag door"*.

Over de beperkingen die de werksituatie stelt is het volgende opgemerkt:

- een aantal huisartsen geeft aan dat het consult voor de patiënt geen ontspannen situatie is en dat daardoor de opname-mogelijkheden voor informatie en uitleg beperkt zijn.
- een behoorlijk aantal huisartsen (20) merkt ook op dat tussen huisarts en patiënt een sociale afstand bestaat die moeilijk te overbruggen is.
- t.a.v. patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen, patiëntenboeken en schriftelijk materiaal wordt soms gesteld dat het voor een individu niet meer bij te houden is.

Hierbij speelt echter ook het ontbreken van duidelijke systemen. Voor de huisarts is het vaak een onoverzichtelijk terrein.

- enkele huisartsen die in een samenwerkingsverband werken, noemen daarvan voordelen in vergelijking met solowerkers. Er wordt gezegd dat ze soms wat meer reactie van anderen krijgen op hun voorlichtingsgedrag of makkelijker tot extra voorlichtingsactiviteiten komen.

Door solowerkers worden geen beperkingen in deze genoemd.

11.3. Structurele beperkingen

De overgrote meerderheid van de huisartsen (38 van de 52) geeft tijdens het interview aan dat het geven van voorlichting tijd kost en/of dat uitleg en informatie er weleens bij inschieten als er weinig tijd is, omdat het spreekuur toch al uitloopt.

"Je kunt wel stimuleren tot vragen stellen, maar dan moet je ook weer de tijd en de mogelijkheid hebben om al die vragen te beantwoorden".

"Ik zou wel meer aandacht aan voorlichting willen besteden maar het is altijd een concurrentie met de tijd, alhoewel ik toch niet overtuigd ben dat meer tijd aan een patiënt besteden altijd even goed zou zijn.

Maar als ik het idee heb dat ik achterloop met mijn spreekuur dan heeft mij dat altijd erg opgejaagd".

"Ik denk soms dat mensen hun vragen niet stellen omdat de tijd te kort is".

Expliciet gevraagd naar de invloed van tijd op het geven van voorlichting geeft echter maar een deel van de huisartsen (17) aan dat méér tijd het geven van uitleg en informatie gunstig zou beïnvloeden.

Door deze huisartsen worden een aantal redenen genoemd waarom meer tijd de voorlichting ten goede komt.

Sommigen stellen dat het het hele consult ten goede zou komen als er meer tijd was.

Anderen veronderstellen dat de patiënt makkelijker zijn/haar vragen stelt

als hij/zij het gevoel heeft dat er voldoende tijd voor is.

Een paar huisartsen zijn van oordeel dat zij begrijpelijker zouden kunnen uitleggen als zij daar de rust voor hadden.

Ook bekennen sommigen dat zij bij weinig tijd de neiging hebben autoritair te gaan optreden, in de trant van: *"Neemt u dit nou maar netjes in en dan gaat het echt wel over"*.

Een paar huisartsen zouden wel meer tijd aan voorlichting willen besteden, maar niet aansluitend; liever gespreid over wat meer consulten.

Eenderde van de huisartsen is niet van mening dat voor patiëntenvoorlichting meer tijd nodig is dan nu beschikbaar is. Zij vinden dat zij daaraan al voldoende tijd en aandacht besteden of dat het niet om de hoeveelheid tijd gaat c.q. praktijkgrootte.

"Ik dacht dat de tijd die ik nodig heb, dat ik die wel nam".

"Ik heb een hekel aan dat geroep om kleinere praktijken. Alsof grotere praktijken minder goede kwaliteit zouden geven. Daar ben ik het volstrekt mee oneens. Ik heb een grote praktijk en dat maakt niets uit wat betreft goed voorlichten of niet. Het gaat om het contact wat je met die lui kunt leggen".

De overige huisartsen (ongeveer eenderde) zijn niet zondermeer van mening dat meer tijd gunstig is voor patiëntenvoorlichting of zij betwijfelen dat. Sommigen hebben het idee dat dan ook gauw teveel informatie gegeven kan worden.

Anderen menen dat meer tijd zal resulteren in meer 'sociaal gebabbel' of dat de patiënt dan sneller met minder belangrijke vragen zal komen.

"Ik denk wel dat er dan meer gepraat wordt, maar over andere zaken dan waarover het gaat. Ik geloof dat er dan vaak gesprekken volgen die op een gegeven moment dan weer onduidelijkheid geven".

"Als je meer tijd hebt ga je ook wat meer babbelen. Dan kunnen er ook wat meer vragen komen. De vraag is alleen of dat nou voor de geneeskunde in het algemeen een voordeel is. En je moet natuurlijk de functie van de arts niet gaan zien als een gezelligheidspraatpaal".

Naar de invloed van de praktijkgrootte op het voldoende tijd en aandacht kunnen besteden aan patiëntenvoorlichting is niet expliciet gevraagd. Hieronder wordt de verdeling weergegeven van de gemiddelde consultduur naar praktijkgrootte (beide gegevens zijn door de huisartsen verstrekt).

Gemiddelde consultduur naar praktijkgrootte.

gemiddelde consultduur	praktijkgrootte			
	minder dan 2600	2600 - 3000	meer dan 3000	totaal
minder dan 7 minuten	-	1	4	5
7 á 8 minuten	7	9	8	24
meer dan 8 minuten	9	6	6	21
onbekend	2	-	-	2
totaal	18	16	18	52

Uit dit overzicht blijkt dat er een licht maar zeker geen duidelijk verband is tussen praktijkgrootte en de gemiddelde duur van een consult. Sommige huisartsen zeggen de mogelijkheid te creëren voor langere gesprekken met patiënten, b.v. 's middags. Hierbij lijkt het vooral te gaan om patiënten met een ernstige aandoening of patiënten met klachten van psycho-sociale aard.

Huisartsen worden betaald per patiënt per jaar of, in het geval van particuliere patiënten, per consult of per visite. Extra tijd die wordt besteed aan patiëntenvoorlichting, binnen het consult of in aparte voorlichtingsactiviteiten, wordt niet betaald.

Aan huisartsen die duidelijk meer zouden willen doen aan patiëntenvoorlichting is gevraagd of zij het huidige financieringsstelsel een belemmering vinden (bij elkaar 19).

De helft van deze huisartsen ziet geen belemmering door het financieringsstelsel; vooral omdat zij vinden dat extra voorlichtingsactiviteiten een bijkomstigheid zijn of omdat het maar de vraag is of de tijd die vrij zou komen wel aan voorlichting besteed zal worden.

"Het is eerder afhankelijk van je werkwijze en van je opstelling. Niet van de betaling. Het is volkomen afhankelijk van de arts op zich. Er zijn collega's die in die tijd gaan tennissen of weet ik wat doen".

"Als je het doet doe je het voor je genoeg (voorlichting buiten het consult). Ik denk dat als het betaald wordt, het niet extra stimuleert".

Enkele huisartsen merken in dit verband ook op het abonnementssysteem voor ziekenfondspatiënten prettig te vinden. Afgezien van de papieren rompslomp die particuliere patiënten geven, kent het abonnementssysteem niet het vraagstuk of meer in rekening gebracht moet worden als er veel uitleg en informatie gegeven wordt.

De andere huisartsen vinden het huidige financieringsstelsel wel een belemmering.

"Mijn inkomen is niet van dien aard dat ik mij veel moeilijkheden kan veroorloven. Daarom staan de idealen van het huisartseninstituut haaks op de realiteit. Het is leuk voor een arts die zijn schaapjes op het droge heeft en die best f10.000,- in het jaar kan missen. Maar het is niet voor iemand die moet zorgen dat het geld er komt".

"Ik denk dat er naar gestreefd moet worden om de praktijken wat kleiner te maken door honorering toe te voegen, zodat je daar wat mee zou kunnen doen".

"Als het abonnementhonorarium verdubbeld zou worden en de praktijk zou worden teruggebracht tot de helft, dan zou ik het (meer aandacht voor voorlichting) misschien wel doen. Maar bij een 50 à 60-urige werkweek is er eigenlijk geen onderdziel van je werk, waarvan je zegt, 'daar ga ik eens meer aan doen'. Dat kan gewoon niet".

Door een enkele huisarts die in een wijkcentrum werkt, wordt opgemerkt dat extra voorlichtingsactiviteiten (m.n. groepswork) die worden opgezet veel moeite hebben te overleven door het huidige financieringssysteem.

11.4. Conclusies

- Veel huisartsen ervaren moeilijkheden rond het geven van uitleg en informatie. Deze liggen voornamelijk op het vlak van het aansluiten bij de kennis en inzichten van de patiënt en het ontbreken van enige reactie op hun voorlichting.
- Uit een aantal opmerkingen blijkt dat huisartsen zich persoonlijk niet altijd geschikt achten voor bepaalde vormen van voorlichting of daartoe de vaardigheden missen.
- Het consultgesprek wordt door een deel van de huisartsen eigenlijk gekenmerkt als minder ideaal moment om rustig uitleg en informatie te geven.
- De sociale afstand tussen huisarts en patiënt vindt bijna de helft moeilijk te overbruggen.
- Enkele huisartsen geven aan dat het voor een solowerker niet goed mogelijk is om van alles op de hoogte te blijven.
- Eenderde van de huisartsen is van mening dat het het geven van uitleg en informatie ten goede zou komen als er meer tijd beschikbaar voor zou zijn.
- Anderen zijn van mening dat zij er al voldoende tijd aan besteden of dat meer tijd leidt tot minder zinvolle uitwijdingen.
- Een klein aantal huisartsen vindt het huidige financieringsstelsel een belemmering voor het meer aandacht kunnen besteden aan patiëntenvoorlichting in hun praktijk.

hoofdstuk 12

activiteiten van huisartsen

In dit hoofdstuk wordt speciaal ingegaan op een aantal oplossingen die huisartsen zien voor verschillende voorlichtingsproblemen in de praktijk. Ook wordt beschreven welke bijzondere activiteiten een aantal huisartsen ontplooit op het gebied van patiëntenvoorlichting.

Een beoordeling van de activiteiten en oplossingen blijft hier achterwege. Er zijn op het gebied van patiëntenvoorlichting nog maar weinig systematische beschrijvingen en onderzoeken die houvast bieden voor evaluerende opmerkingen.

Stimuleren dat patiënten vragen stellen

Veel huisartsen kennen het probleem dat patiënten hun vragen niet stellen. Door een aantal huisartsen wordt aangegeven hoe zij dit probleem proberen op te lossen. Er wordt op gewezen dat je als huisarts moet zorgen voor een open gespreksklimaat. Dit kan o.a. door aandacht te besteden aan de inrichting van de spreekkamer.

Vaker wordt gewezen op gespreksvaardigheden. Sommige huisartsen hebben daar cursussen voor gevolgd of boekjes over gelezen. Men tracht zichzelf te dwingen goed te luisteren, mensen op hun gemak te stellen en tijdig signalen van onrust op te vangen. Een open sfeer en een meer gelijkwaardige relatie wordt bevorderd door zelf informatief te zijn en uitleg te geven. Dit prikkelt de patiënt tot vragen stellen, aldus een huisarts. Door zelf over iets te beginnen, bijvoorbeeld vragen of de patiënt bang is dat hij het aan zijn hart heeft, wordt getracht de patiënt over de brug te helpen.

Om na te gaan of de patiënt zijn vragen gesteld heeft, vragen enkele huisartsen telkens of de patiënt nog vragen heeft, bijvoorbeeld aan het eind van het consult.

Als laatste mogelijkheid wordt genoemd de patiënt vragen, die hij wil stellen, op te laten schrijven. Dit in het besef dat de patiënt daaraan houvast kan hebben tijdens het consult. Een huisarts vertelde dat patiënten bij hem af en toe briefjes met vragen in de brievenbus deponeren. Een voordeel van opschrijven wordt ook gevonden dat patiënten daardoor meer gerichte vragen stellen.

Begrijpelijk zijn

Er zijn twee manieren genoemd waarop huisartsen nagaan of de patiënt begrepen heeft wat is uitgelegd. De meest simpele is dat de huisarts geregeld vraagt of hij duidelijk is.

Ook kan de huisarts aan de patiënt vragen om te herhalen wat hij heeft verteld. Door de betreffende huisartsen wordt dit zelf een wat schoolse methode gevonden. Hij krijgt echter wel te horen wat de patiënt wel heeft opgenomen en wat niet.

Voorlichting over de taakopvatting

Een enkele huisarts heeft met nieuwe patiënten een kennismakingsgesprek.

De patiënt kan dan beter beoordelen of hij deze huisarts wil. Een andere manier is het schrijven van een folder. In dit geval betreft het een folder van een wijkgezondheidscentrum waarin alle disciplines aan de orde komen.

Een van de huisartsen heeft het plan een schrift te maken voor de wachtkamer met onderwerpen op alfabet.

"Ik weet niet of het mij lukt om zo te zeggen hoe je tegenover verschillende dingen staat. Ik vind wel dat het moet, dat ik minder abstract overkom".

Overbruggen sociale afstand

Door twee huisartsen wordt naar voren gebracht dat de assistente bij voorlichting een belangrijke rol kan spelen. In zijn apotheekhoudende praktijk heeft een huisarts de ervaring, dat patiënten aan de assistente veel makkelijker vragen stellen of nog eens navragen wat de dokter gezegd heeft. De ander benadrukt eveneens dat hij de assistente een veel geschiktere persoon vindt om voorlichting te geven dan de huisarts.

Vergroten vaardigheden en inzicht in voorlichting

Op verschillende manieren kunnen huisartsen mogelijkheden worden aange-reikt om hun inzicht in voorlichtingsproblemen en -methoden te vergroten of om vaardigheden te leren.

Genoemd zijn: aandacht voor voorlichting in de opleiding, nascholings-trainingen, uitwisseling van ervaringen tussen artsen en vaardigheids-trainingen door GVO'ers.

Bijzondere voorlichtingsactiviteiten

Enkele huisartsen brengen af en toe patiënten met dezelfde klachten met elkaar in contact. Patiënten kunnen op deze manier veel van elkaar leren en ervaringen uitwisselen; bijvoorbeeld patiënten na een bortsamputatie.

Werken met groepen kan ook op een andere manier. Een huisarts ziet een belangrijke voorwaardenscheppende taak voor huisartsen door ervoor te zorgen dat groepen kunnen ontstaan en kunnen draaien; bijvoorbeeld een kookgroep voor patiënten in het gezondheidscentrum. Een van de initiatieven is ook geweest vrijwilligers bejaarden te laten bezoeken.

"Daar gebeurde een hoop dingen. Vragen, uitleg en oude pillen verzamelen".

In dezelfde praktijk werd een patiëntenkrant uitgegeven. De organisatie is in handen van gebruikers van het gezondheidscentrum. De huisarts schrijft alleen op verzoek artikelen in het blaadje.

In verschillende huisartspraktijken bestaan plannen om een patiënten-bibliotheekje in te richten. Verscheidene huisartsen beschikken over diverse boeken voor de leek. Deze worden uitgeleend.

Vergelijkbaar hiermee is het meegeven van een diaserie aan patiënten. Een huisarts heeft een diaserie over geslachtsziekte die hij bij geval aan de patiënt te leen meegeeft.

hoofdstuk 13

verschillen tussen huisartscategorieën

Er is gekeken of naar een aantal variabelen opvallende verschillen tussen de huisartsen naar voren komen.

Hiervoor is gekeken naar verschillen in:

- leeftijd (afgestudeerd vóór 1965 of afgestudeerd ná 1965).
- grootte van de plaats van vestiging (minder dan 50.000 inwoners of meer dan 50.000 inwoners).
- de grootte van de praktijk (minder dan 2600 patiënten, 2600 tot 3000 patiënten en meer dan 3000 patiënten).

Gezien het aantal huisartsen waarmee een gesprek gevoerd is, is het slechts mogelijk op basis van de verkregen overzichten van voorlopige trends te spreken. Sterke uitsplitsing naar mogelijke antwoordcategorieën is, gezien het kleine aantal, niet mogelijk.

De berekeningen zijn uitgevoerd over een beperkt aantal vragen.

De antwoordcategorieën zijn teruggebracht tot dichotome variabelen (slechts twee antwoordcategorieën), meestal 'ja' en 'nee'. Het aantal huisartsen dat geen antwoord gaf of twijfelde, is gelijkelijk verdeeld over de ja- en nee-categorieën.

De resultaten staan op de volgende bladzijde.

Voor alle drie variabelen (leeftijd, grootte vestigingsplaats en praktijkgrootte) valt op dat voor vrijwel alle antwoorden geen duidelijke verschillen naar voren komen. Er is geen duidelijk verschil tussen jongere en oudere huisartsen, tussen huisartsen in een kleinere gemeente en huisartsen in een grotere gemeente en evenmin tussen huisartsen met grotere en kleinere praktijken.

Er is slechts sprake van een kleine trend waar het gaat om de huisartsen met een wat kleinere praktijk. In deze categorie zitten steeds wat meer huisartsen die positief tegenover patiëntenvoorlichting staan, daar wat meer aandacht aan willen besteden, de patiënt eerder zelf de beslissingen wil laten nemen en eerder bereid zijn met de patiënt over onzekerheden in diagnose of resultaten van behandelingsmogelijkheden te spreken.

Naar grootte van de vestigingsplaats valt alleen op dat in de grotere plaatsen wat meer huisartsen te vinden zijn die meer aan patiëntenvoorlichting willen doen en van mening zijn dat zij meer inzicht in voorlichtingsmethodieken behoeven.

Tussen oudere en jongere huisartsen zijn helemaal geen kenmerkende verschillen te bespeuren. Bij de ene vraag antwoorden oudere huisartsen positiever over patiëntenvoorlichting, bij de andere vraag zijn dat de jongere huisartsen.

ENKELE VERGELIJKINGEN IN ANTWOORDEN VAN HUISARTSEN NAAR LEEFTIJD, GROOTTE VESTIGINGSPLAATS EN PRAKTIJKGROOTTE

	AFSTUDEERJAAR			VESTIGINGSPLAATS			PRAKTIJKGROOTTE			
	vóór '65	na '65	tot.	klein	groot	tot.	2600-3000	3000	tot.	
Moet de huisarts de patiënt stimuleren vragen te stellen?	JA 18	NEE 19	5 10	23 29			9 9	7 9	7 11	23 29
Behoeft de huisarts inzicht in voorlichtingsmethodieken?	JA 21	NEE 16	9 6	30 22	12 16	18 6	30 22			
Is groepsvoorlichting een taak van de huisarts?	JA 7	NEE 30	1 14	8 44	4 24	4 20	8 44	5 13	2 14	1 17
Geeft de huisarts antwoord als de patiënt vooruitloopt?	JA 17	NEE 20	10 5	27 25	14 14	13 11	27 25	10 8	9 7	8 10
Wil de huisarts meer aan voorlichting doen?	JA 20	NEE 17	6 9	26 26	12 16	14 10	26 26	11 7	7 9	8 10
Bespreekt de huisarts onzekerheden in diagnose e.d.?	JA 21	NEE 16	10 5	31 21	17 11	14 10	31 21	12 6	9 7	10 8
Totaal	37	15	52	28	24	52	18	16	18	52

hoofdstuk 14

conclusies en nabeschouwing

14.1. Conclusies

In dit onderzoek stonden vijf onderwerpen centraal (zie hoofdstuk 5). Hieronder staan de conclusies die per onderwerp getrokken kunnen worden.

A. Opvattingen over aspecten van patiëntenvoorlichting

- De aard en hoeveelheid informatie die huisartsen op eigen initiatief willen verstrekken is beperkt. De meerderheid is niet zondermeer van mening dat de patiënt informatie en uitleg móet krijgen over:
 - . wat hij mankeert.
 - . hoe lang het kan duren.
 - . wat de gevolgen zijn.
 - . welke behandelingsmogelijkheden er zijn.
 - . wat de bijwerkingen van medicijnen zijn.
 - . wat de patiënt er zelf aan kan doen.
 - . wat de patiënt te wachten staat als hij wordt doorverwezen voor onderzoek in de tweedelij.

Vooraf uitleg en informatie geven over mogelijke gevolgen van een aandoening en over bijwerkingen van medicijnen vinden veel huisartsen niet zondermeer noodzakelijk of zelfs niet nodig.

Dit betekent niet dat de meeste huisartsen in het geheel niet bereid zijn om uitleg en informatie te geven over verschillende onderwerpen. Dit geldt slechts voor een klein aantal. Velen laten het afhangen van de vragen van de patiënt of op diverse onderwerpen zal worden ingegaan.

- Verreweg de meeste huisartsen vinden dat zij zelf een beslissing moeten nemen inzake de behandeling. Daarom is er weinig reden om patiënten informatie en uitleg te geven over verschillende behandelingsalternatieven. Hierbij speelt ook een rol dat veel informatie die hiervoor nodig zou zijn, te bedreigend wordt gevonden voor de patiënt.
- Een minderheid van de huisartsen vindt dat de patiënt over alle onderwerpen uitleg en informatie moet krijgen. Deze huisartsen zijn vaker van oordeel dat de patiënt in staat gesteld moet worden zelf een beslissing te nemen inzake behandeling of verder onderzoek.
- In het algemeen blijken huisartsen geen duidelijk idee te hebben welke informatie en uitleg bij een bepaalde aandoening gegeven moet worden.
- Veel huisartsen vinden voorlichting vooral van belang voor het verstrekken van medisch noodzakelijke informatie. Het wordt belangrijk gevonden dat deze informatie 'overkomt' en dat adviezen worden opgevolgd. Een tweede belangrijke reden om uitleg te geven is het stellen van vragen door patiënten. Een deel van de huisartsen benadrukt vooral het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt als motief om uitleg en infor-

matie te geven.

In veel mindere mate worden als redenen aangegeven:

- . voorlichting geven om de patiënt voor te bereiden op de behandeling of het verloop van de klacht.
- . voorlichting geven omdat de patiënt récht heeft op informatie en inzicht.
- . voorlichting geven in het kader van het eigen beslissingsrecht van de patiënt.

- De meeste huisartsen blijken op het standpunt te staan dat de patiënt zich actief moet opstellen als hij/zij meer te weten wil komen over zijn situatie en de verwachtingen daaromtrent.
Dit stemt overeen met de ervaringen van de patiënten; dat je zelf moet vragen omdat de huisarts uit zichzelf niet veel vertelt.
- Redenen vóór voorlichting lijken in het algemeen minder nadruk te krijgen dan de redenen om géén uitleg en informatie te geven; een minderheid van de huisartsen vormt hierop een uitzondering.
- Over een aantal onderwerpen wordt door huisartsen bij voorkeur geen voorlichting gegeven. Deze zijn:
 - . bijwerkingen van medicijnen, m.n. de minder frequent voorkomende.
 - . mogelijk negatieve gevolgen van een aandoening.
 - . over minder ernstige aandoeningen die vanzelf overgaan.
 - . wat er aan de hand kan zijn als er geen duidelijke diagnose is.Meer in het algemeen geldt dat veel huisartsen het verstandiger vinden om informatie over negatieve aspecten van de aandoening en/of klacht niet te geven.
Hetzelfde geldt voor de onzekerheden rond diagnose en behandeling. De meeste huisartsen praten hier liever niet met de patiënt over.
- De kans op ongerustheid bij de patiënt is de belangrijkste reden waarom informatie en uitleg achterwege blijven. Patiënten worden door nogal wat huisartsen slecht in staat geacht op een juiste wijze om te gaan met informatie en uitleg.
Dit geldt in sterkere mate voor de groep bejaarden en patiënten met lagere opleidingen. Er wordt ook verondersteld dat deze groepen minder behoefte hebben aan informatie.
- De vrees bij de huisarts dat de patiënt door informatie ongerust wordt, lijkt ook samen te hangen met de opvatting dat de patiënt eerst blijk moet geven informatie en uitleg te willen hebben. Hierdoor wordt het hele onderwerp patiëntenvoorlichting wat ongrijpbaar en vrijblijvend. Het staat een ontwikkeling in de weg naar duidelijke normen voor het geven van uitleg en informatie, omdat ongerustheid of het 'niet willen weten door de patiënt' voortdurend kan rechtvaardigen dat informatie en uitleg niet gegeven worden.
- Vrij duidelijk tekent zich een verschil af in primaire opstelling tegenover voorlichting. Een deel van de huisartsen denkt in eerste instantie in meer negatieve zin over patiëntenvoorlichting. Men wijst eerder op de nadelen en het slecht kunnen omgaan met informatie door de patiënt. Een ander deel staat in eerste reactie vrij positief tegenover 'open kaartspelen' tegenover de patiënt en het hem zoveel mogelijk informeren.

Deze huisartsen wijzen eerder en meer op de positieve effecten voor de patiënt en op de noodzaak van voorlichting.

Met name is dit verschil sterk waar het gaat om die onderwerpen van patiëntenvoorlichting waarbij het medisch gezien niet strikt noodzakelijk is dat de patiënt bepaalde informatie krijgt. Het betreft vooral die informatie die verder reikt en die vooral betrekking heeft op het inzicht verkrijgen bij de patiënt in zijn ziekteproces en perspectieven met alle ongewisheden vandien.

- Vrijwel alle huisartsen vinden dat patiënten met hun vragen rond ziekte en behandeling bij de huisarts terecht moeten kunnen.
Dit betekent niet automatisch dat de patiënt ook altijd antwoord zal krijgen of dat de huisarts voor alle vragen van de patiënt openstaat. Vragen naar andere behandelingen dan die de huisarts voor wil schrijven of over mogelijke ontwikkelingen weert een deel van de huisartsen af. Dit soort vragen wordt door sommige huisartsen beschouwd als blijk van wantrouwen. Men vindt dat de patiënt er toch vertrouwen in moet hebben dat de huisarts 'het beste' doet.
Vragen die in de ogen van de huisarts niets met de klacht van de patiënt te maken hebben, b.v. naar aanleiding van iets dat de patiënt gehoord of gelezen heeft, kunnen irritatie geven.
- Dat de patiënt niet altijd even makkelijk tot vragen stellen komt, wordt door de meeste huisartsen onderkend. Slechts de helft van de huisartsen is echter bereid de patiënt te stimuleren en te bevorderen dat de patiënt zijn vragen wel stelt. De andere huisartsen zijn van mening dat zij niet tot taak hebben te stimuleren dat de patiënt zijn vragen stelt. Dat het voor de patiënt niet direct voor de hand hoeft te liggen om met zijn vragen naar de huisarts te gaan, daarvoor op te bellen of een nieuwe afspraak te maken, lijken veel huisartsen niet te beseffen.

B. De taak van de huisarts t.a.v. patiëntenvoorlichting

- Patiëntenvoorlichting wordt, voor zover het gaat om uitleg en informatie over ziekte en behandeling, duidelijk tot de taak van de huisarts gerekend.
Vrijwel alle huisartsen vinden patiëntenvoorlichting een belangrijke taak.
- Dit geldt vooral voor de uitleg en informatie aan de individuele patiënt die de huisarts consulteert.
Het werken aan voorlichtingsactiviteiten buiten de directe consultsituatie valt volgens de meeste huisartsen buiten de taakopvatting.
- Er zijn geen duidelijke criteria voor wat wel en wat niet tot de taak van de huisarts behoort. Veeleer overheerst de opvatting dat de huisarts als hulpverlener zoveel mogelijk tegemoet moet komen aan de vragen van de patiënt.
Alleen t.a.v. de tweedelijns wordt door een deel van de huisartsen een wat scherpere lijn getrokken en aangegeven dat men in het ziekenhuis zelf verantwoordelijk is voor uitleg en informatie over de onderzoeken en behandeling aldaar.
- De meeste huisartsen achten het niet zinvol of zelfs verkeerd om met

andere eerstelijns werkers in overleg te treden over elkaars taakopvatting rond patiëntenvoorlichting.

Van de huisartsen die overleg wel zinvol achten, twijfelt een vrij groot deel sterk aan de mogelijkheden om tot vruchtbaar overleg te komen.

C. Opvattingen over systematische voorlichting

- Hoewel patiëntenvoorlichting een belangrijke taak van de huisarts wordt gevonden, betekent dit niet dat alle huisartsen ook van mening zijn dat zij meer inzicht behoeven in voorlichtingsmethodieken. Sommigen zien weinig aanleiding om in de huidige situatie verandering aan te brengen, anderen voelen weinig voor een meer systematische aanpak rond uitleg en informatie. De wisselvallige aard van de klachten waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, het per patiënt bekijken wat gedaan moet worden en waar deze behoefte aan heeft, maar ook het niet willen vervallen in 'automatisch' handelen, maken een meer systematisch omgaan met patiëntenvoorlichting onaantrekkelijk.
- Ongeveer de helft van de huisartsen zou het wel nuttig vinden om meer inzicht te krijgen in voorlichtingsprocessen of in speciale onderwerpen.

D. Opvattingen over diverse mogelijkheden voor patiëntenvoorlichting

- De meeste huisartsen staan niet afwijzend tegenover het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal in hun praktijk. Een deel maakt er echter maar in beperkte mate gebruik van omdat zij het slecht in bepaalde gevallen nodig vindt en omdat men twijfels heeft over het nut van schriftelijk materiaal voor de patiënt. Bovendien geven vele huisartsen de voorkeur aan het persoonlijk geven van uitleg en informatie. Het gebruik van schriftelijk materiaal blijkt, in elk geval voor een deel van de huisartsen, moeilijk in te bouwen in het dagelijks handelen; men komt er niet toe en/of vergeet het.
- De meeste huisartsen vinden het nodig om op de hoogte te zijn van het bestaan van de verschillende patiëntenverenigingen. In mindere mate geldt dit voor zelfhulpgroepen in de omgeving en patiëntenboeken. Het kan handig zijn om m.n. patiënten met een chronische of ernstige aandoening op het bestaan ervan te wijzen of om aan een eventuele vraag van de patiënt tegemoet te komen. De helft van de huisartsen vindt dat dit 'wijzen op' niet tot het terrein van de huisarts behoort. Deze opstelling hangt duidelijk samen met een vrij negatieve beoordeling van het werk van patiëntenverenigingen en/of zelfhulpgroepen.
- Het ontbreken of het niet op de hoogte zijn van overzichten van patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en patiëntenboeken wordt een praktische belemmering gevonden.
- Slechts een beperkt aantal huisartsen vindt het belangrijk en rekent het tot de taak van de huisarts ook bezig te zijn met voorlichting buiten het consult. Enkelen brengen dit ook in praktijk. Dergelijke voorlichtingsactiviteiten worden door de meeste huisartsen niet als taak van de huisarts gezien. Voor zover men ze zinvol vindt, worden ze gekenschetst als vrijwilligerswerk en als extra activiteiten

die de huisarts in zijn vrije tijd onderneemt. Er dient geen verplichting aan vast te zitten. Dit betekent dat een structurele samenwerking met andere eerstelijns werkers op het gebied van patiëntenvoorlichting niet makkelijk tot stand zal komen.

- Uitleg en informatie aan patiënten wordt door het overgrote deel van de huisartsen beperkt tot voorlichting in de directe consultsituatie. Er lijkt sprake van een vrij optimistische verwachting dat het consultgesprek voldoende is om de patiënt de nodige uitleg en informatie te geven en aan zijn vragen tegemoet te komen.
- Het overgrote deel van de huisartsen staat afwijzend tegenover het oprichten van informatiecentra voor vragen over ziekte, gezondheid en behandeling. De meesten zijn van oordeel dat de patiënt met zijn vragen bij de huisarts terecht moet kunnen. Dit lijkt verband te houden met het beeld van de centrale en laagdrempelige figuur van de huisarts in de gezondheidszorg en met de opvatting dat daardoor vermeden wordt dat de patiënt met tegenstrijdige informatie wordt geconfronteerd.
- In het algemeen blijken huisartsen het nogal moeilijk of storend te vinden dat de patiënt ook buiten zijn spreekkamer met informatie in aanraking kan komen.
Er wordt nogal eens op gewezen dat de patiënt hierdoor met informatie kan worden geconfronteerd die afwijkt van het standpunt of de informatie van de huisarts. Dit kan tot verwarring leiden.
Anderzijds betekent het meer werk voor de huisarts als de patiënt naar aanleiding van dergelijke informatie vragen aan de huisarts stelt.
Er is een duidelijke tendens bij een flink deel van de huisartsen om patiëntenvoorlichting in eigen hand te houden.
- Het overgrote deel van de huisartsen acht het niet nodig of niet wenselijk om meer bekendheid te geven over hoe hij zijn taak opvat en hoe hij over bepaalde onderwerpen denkt.
Behalve het argument dat de patiënt dat wel merkt in het contact met de huisarts, speelt ook mee dat het niet bevorderlijk gevonden wordt voor de onderlinge samenwerking. Het kan al snel de schijn van reclame maken krijgen.

E. Opvattingen over de beperkingen van patiëntenvoorlichting

- De meeste huisartsen ervaren op het gebied van uitleg en informatie geven problemen in de praktijk. De belangrijkste zijn:
 - . het vinden van begrijpelijk Nederlands.
 - . het aansluiten bij de kennis en inzichten van de patiënt.
 - . het ontbreken van positieve of negatieve reacties van de patiënt op zijn voorlichting.
- Sommige huisartsen geven aan dat zij bepaalde vaardigheden missen of persoonlijk niet goed om kunnen gaan met verschillende vormen van voorlichting.
Dit wijst er in elk geval op dat de persoonlijke mogelijkheden van de huisarts grenzen stellen aan wat hij kan op het gebied van patiëntenvoorlichting. Het is opvallend dat bij het aangeven van persoonlijke beperkingen van de huisarts geen opmerkingen worden gemaakt hoe deze on-

dervangen zouden kunnen worden.

- Er zijn verscheidene opmerkingen gemaakt waaruit blijkt dat de omstandigheden waaronder de huisarts werkt niet altijd even gunstig gevonden worden voor het geven van uitleg en informatie.
Omdat patiënten vaak gespannen zijn is de 'opname-capaciteit' geringer. De sociale afstand tussen patiënt en huisarts wordt door nogal wat huisartsen als probleem aangegeven.
Ook aan het signaleren van deze beperkingen worden nauwelijks conclusies verbonden. Slechts enkele huisartsen zeggen dat zij wellicht niet de meest geschikte figuur zijn om uitleg en informatie te geven, maar eerder bijvoorbeeld de assistente.
- De meeste huisartsen zijn niet van mening dat er onvoldoende tijd beschikbaar is voor het geven van (de nodige) uitleg en informatie.
Dit is wat in tegenspraak met het gegeven dat het overgrote deel bij diverse onderwerpen opmerkt dat het geven van uitleg en informatie of het voldoende aandacht schenken aan de vragen van de patiënt, er nogal eens bij inschieten door gebrek aan tijd en het uitlopen van het spreekuur. Dit speelt in de argumentatie echter geen rol. Veeleer is men van mening dat men er de tijd wel voor neemt als dat nodig is. Men verwacht ook dat meer tijd voor voorlichting aanleiding zal geven tot 'minder zinvolle' uitwijdingen.
Deze opvatting lijkt samen te hangen met de mening dat patiëntenvoorlichting geen onderdeel van het werk is dat systematische aandacht behoeft.
Ook speelt bij meerdere huisartsen mee dat de hoeveelheid informatie en uitleg die de patiënt volgens hen nodig heeft, in de meeste gevallen vrij beperkt qua omvang is.
- Eenderde van de huisartsen ervaart wel dat de tijd en de rust vaak ontbreken rond het geven van uitleg en informatie en het ruimte bieden aan de patiënt om zijn vragen te stellen.
- Het huidige financieringstelsel vindt een klein aantal huisartsen een duidelijke belemmering. Het maakt het moeilijk om tot kleinere praktijken over te gaan en daardoor tijd te scheppen om aan patiëntenvoorlichting meer aandacht te gaan besteden of nieuwe initiatieven te ontplooiën zoals voorlichtingsactiviteiten buiten het consult.
Een aantal andere huisartsen is van mening dat het financieringsstelsel geen belemmering voor patiëntenvoorlichting vormt.
Enerzijds ziet men meer aandacht voor patiëntenvoorlichting als bijkomstigheid. Anderzijds verwacht men niet direct dat de extra speelruimte die de huisarts eventueel krijgt, gebruikt zal worden voor het verbeteren van patiëntenvoorlichting omdat dit meer afhankelijk is van de instelling van de huisarts.
- Er zijn geen duidelijke verschillen geconstateerd tussen de opvattingen van huisartsen in de verschillende provincies, tussen huisartsen in grotere en kleinere gemeentes en tussen de oudere en jongere huisartsen. Er is hooguit een licht verschil te bespeuren tussen huisartsen met een grotere en huisartsen met een kleinere praktijk, waarbij huisartsen met een kleinere praktijk in het algemeen iets positiever staan tegenover het informeren aan patiënten dan de huisartsen met een grotere

praktijk.

14.2. Vragen en beperkingen

Hieronder wordt ingegaan op een aantal beperkingen van het onderzoek en op een aantal vragen die naar voren komen.

- Het onderzoek was gericht op het verkrijgen van inzicht in de meningen van huisartsen t.a.v. patiëntenvoorlichting.
Er is niet ingegaan op de vraag wat op dit moment daadwerkelijk gebeurt in de huisartspraktijk m.b.t. informeren en uitleg geven. Over wat huisartsen op dit gebied doen en hoe zij dat doen, kunnen op grond van de nu beschikbare gegevens nauwelijks uitspraken worden gedaan.
- De gegevens van het onderzoek hebben betrekking op een beperkt aantal huisartsen. Representativiteit is niet nagestreefd.
Op basis van dit onderzoek kan derhalve geen uitspraak gedaan worden over de verdeling van de verschillende meningen over de gehele huisartsenpopulatie. Zij geeft slechts een indicatie hoe deze uiteenlopen.
- Verondersteld wordt dat de beslissing om mee te werken aan het onderzoek enigermate samenhangt met de belangstelling voor het onderwerp.
Uitgaande van deze veronderstelling kan de verwachting worden uitgesproken dat de naar voren gekomen meningen eerder een te positief dan een te negatief beeld geven van de opstelling van de huisartsen tegenover patiëntenvoorlichting. Wellicht geldt dit, gezien de relatief geringe respons, in sterkere mate voor de categorie oudere huisartsen.
- Veel huisartsen merkten voor of na het interview op dat het hele onderwerp voor hen vrij nieuw was en dat zij er nog nooit echt over hadden nagedacht.
We hebben dus zeker niet te maken met uitgekristalliseerde meningen.
- Zowel voor de huisartsen als in het algemeen is het niet duidelijk hoe patiëntenvoorlichting er in de praktijk uit kan of moet zien.
Een en ander heeft sterk te maken met het ontbreken van voldoende zicht op de wensen van patiënten en hun ervaringen met informatie en uitleg in de huisartspraktijk.
Huisartsen verschillen in opvatting over wat de patiënten wel en wat niet uitgelegd en verteld moet worden. Er wordt ook zeer verschillend geoordeeld over de behoefte daaraan bij patiënten.
- De onderzoeksgegevens leveren een aantal duidelijke vragen op waar nog geen antwoord op te geven is:
 - . het is niet bekend of patiënten over alle onderwerpen uitleg en informatie willen hebben en welke onderwerpen daarbij vooral van belang worden gevonden.
 - . het is niet bekend hoe globaal of gedetailleerd de informatie en uitleg moet zijn, wil de patiënt er wijzer van worden.
 - . het is niet duidelijk of er verschillen zijn wat dit betreft naar aard en/of ernst van de aandoening.
 - . het is onduidelijk hoe patiënten staan tegenover het geïnformeerd worden over onzekerheden en negatieve kanten van een aandoening en behandeling.

- . het is onduidelijk om welke redenen patiënten informatie en uitleg willen hebben.
 - . het is niet bekend of ook de patiënten de huisarts en het consultgesprek zien als belangrijkste informatiebron als het gaat om uitleg en informatie over ziektes en behandelingen en wat zij aan vragen hebben.
 - . er is niet voldoende bekend wanneer en welke problemen patiënten ervaren met het stellen van vragen aan de huisarts.
- Mede hierdoor is het moeilijk om aan te geven of de praktijkomstandigheden waaronder de huisartsen nu werken, voldoende mogelijkheden bieden voor patiëntenvoorlichting in de praktijk.
- Evenmin is duidelijk welke praktische problemen de huisarts kan tegenkomen bij het werken met patiëntenvoorlichting en op welke manieren onder de huidige praktijkomstandigheden aan patiëntenvoorlichting gewerkt kan worden.

Rond bovenstaande vragen is een opzet gemaakt voor het vervolg van het project. De uitvoering daarvan is afhankelijk van het beschikbaar komen van de financiële middelen.

14.3. Perspectieven voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk.

Afgezien van de vele onduidelijkheden rond de eisen die gesteld kunnen worden aan patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, kan wel iets gezegd worden over de perspectieven voor verandering.

Hoewel de algemene houding tegenover het verstrekken van informatie niet overwegend negatief is en de huisartsen patiëntenvoorlichting een belangrijke taak vinden, zijn de perspectieven voor veranderingen op grote schaal twijfelachtig.

Een flink deel van de huisartsen is er niet van overtuigd dat patiëntenvoorlichting speciale aandacht verdient.

Het is voorts opvallend hoe gering de neiging is om op enigerlei wijze consequenties te verbinden aan de toch niet geringe taakopvatting van de huisarts t.a.v. patiëntenvoorlichting.

De bereidheid tot b.v. nascholing lijkt niet bijzonder groot.

Naar verwachting is slechts een minderheid van de huisartsen bereid zich meer te verdiepen in de problemen en vragen die samenhangen met patiëntenvoorlichting in de praktijk en te pogen daarin verbetering te brengen. Ook voor meer samenwerking of overleg in deze met andere hulpverleners, zijn de perspectieven gering.

In feite kan niet direct verwacht worden dat op dit moment huisartsen zich sterk gaan oriënteren op het vraagstuk patiëntenvoorlichting. Daarvoor is het hele onderwerp nog te weinig uitgekristalliseerd. Bovendien is het in het algemeen moeilijk als individueel werker met een volle dagtaak de tijd daarvoor te vinden en zelfstandig tot eventuele verbeteringen te komen.

Op dit moment wordt verwacht dat voor een aantal meer specifieke kanten van patiëntenvoorlichting bij een beperkt deel van de huisartsen belangstelling bestaat en de bereidheid aanwezig is daaraan in de praktijk te gaan werken (o.a. het opzetten van een patiëntenbibliotheek, werken met schriftelijk materiaal, het 'vertalen' van medische begrippen, werken aan voorlichtingsactiviteiten buiten het consult).

geraadpleegde literatuur

- BAIN, D.J.G. Patient Knowledge and the Content of the Consultation in General Practice; Medical Education, 1977, no.11, 347-350.
- BARTLETT, E.E. The Contribution of Consumer Health Education to Primary Care Practice: a Review; Medical Care, XVII (1980), 8, 862-871.
- BAYENS, J. Preventie en Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding door de huisarts; Huisarts Nu, 8(1979), 36-40.
- BECKER, M.H. en L.A. MAIMAN Strategies for Enhancing Patient Compliance; Journal of Community Health, Vol.6, no.2.
- BEUGEN, M. van (red) e.a. Hulpverleners in de eerste lijn; Assen, van Gorcum, 1979.
- BOERBOOMS, M. Ideeënboek: patiëntenvoorlichting in de eerste lijn; Utrecht, GG&GD, 1981.
- BOOM, W.H. e.a. Patiënt en huisarts: Rochester (VS) en Ommoord met elkaar vergeleken; Huisarts en Wetenschap, 21(1978), 246-252.
- BREMER SCHULTE, M. (red) Samen beter worden; Nieuwe samenwerkingsvormen tussen patiënt en hulpverlener; Alphen a/d Rijn, Samsom, 1980.
- BROEREN, G. en J. BERGSMA Wat zegt u me daar nou? Het gebruik van medisch-technische terminologie door de huisarts en de kennis daarvan bij zijn patiënten; Huisarts en Wetenschap, 23(1980), 187-188.
- BUMA, J.T. Opvattingen over huisartsgeneeskunde in Huisarts en Wetenschap; Huisarts en Wetenschap, 24(1981), 9, 332-335.
- BYRNE, P.S. en B.E.L. LONG Doctors talking to Patients; A Study of the verbal Behaviour of General Practitioners consulting in their Surgeries; London, Dep. of Health and Social Security, 1976.
- CASSEE, E.TH Naar de dokter; Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg; Leiden, Wolters-Noordhof, 1973.
- DEKKERS, F. Waarom voorlichting van patiënten zo belangrijk is; MGZ, 8(1980), 10, 22-24.
- DEKKERS, F. Aspecten van patiëntenvoorlichting; MGZ, 8(1980), 12, 14-17.
- DEKKERS, F. Waar gaat het om bij voorlichting van patiënten!; MGZ, 9(1981), 2, 4-7.
- DEKKERS, F. Patiëntenvoorlichting; de onmacht en de pijn; Baarn, Ambo, 1981a.

- DEKKERS, F. Een kwestie van vertrouwen. Lezing t.g.v. het eerste nederlandse GVO-congres op 18-19 november 1981; Maastricht, Rijksuniversiteit, 1981b.
- DOES, E. van der De arts als gezondheidsvoorlichter; Medisch Contact, 1981, 9, 239-242.
- DOUMA, A. Informed Patients and Physician Satisfaction; JAMA, 243(1980), 21, 2168-2170.
- DIJK, P. van Gezondheidswinkels, preventieve geneeskunde in de praktijk; Intermediair, 14(1978), no.30.
- ES, J.C. van Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar; Medisch Contact, 1976, 31, 1357-1363, (Handelingen van het 28e ledencongres der KNMG II).
- ES, J.C. van Patiënt en huisarts; Een leerboek huisartsgeneeskunde, Utrecht, Bohn, 1980 (2e druk).
- GEYMAN, J.P. How Effective is Patient Education?; The Journal of Family Practice, 10(1980), 6, 973-974.
- GRAAFF, W.J. de Het tranquillizer-projekt Sassenheim. Lezing t.g.v. het eerste nederlandse GVO-congres op 18-19 november 1981; Maastricht, Rijksuniversiteit.
- GROENEWEGEN, P. De opbouw van de beroepsgroep huisartsen 1979-1979; Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
- GROL, R. (red) e.a. Huisarts en somatische fixatie, theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie; Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
- GVO-UTRECHT Als ons voortbestaan u lief is....; Een evaluatie van de activiteiten en de organisatiestructuur van GVO-Utrecht, Utrecht, mei 1979.
- HAES, W.F.M. de Literatuuronderzoek effecten van GVO; Rijswijk, Kommissie Nationaal Plan GVO, 1978.
- HARTE, J.D. The Role of the General Practitioner in Health Education; Community Health, 7(1976), 3, 144-148.
- HENNINK, M.P. en M.J.A. de JONGE Effecten van voorlichting over zelfonderzoek van borsten; Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 125(1981), 8, 323-325.
- HOLTEN-VRIESEMA, J. e.a. Methodisch Werken; Over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk; Huisarts en Wetenschap, 21(1978), 322-335.
- JONGH, T.O.H. de Werken met patiënten. Ervaringen met een patiëntenraad; Huisarts en Wetenschap, 23(1980), nr.10.
- KNMG Rapport van de Studiecommissie Gezondheidsbevordering; Medisch Contact, 34(1979), 6, 188-194.
- KRUG, C.H.M. Informatie- en dokumentatiemap Tranquillizer-projekt Sassenheim; Lisse, GVO-Samenwerkingsverband Bollenstreek, 1979.

- KRUG, C.H.M. Patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis. Diskussie-nota van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland; Haarlem, ROGK, 1981.
- LAMBERTS, H. Patiëntenvoorlichting: een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde; Huisarts en Wetenschap, 24 (1981). 236-268.
- LHV LHV functie-omschrijving van de huisarts; Medisch Contact, 36(1981), 48, 1474-1476.
- LEENEN, H.J.J. Structuur en functioneren van de gezondheidszorg; Alphen a/d Rijn, Samsom, 1979.
- LEY, P. e.a. Improving Doctor-Patient Communication in General Practice; Journal of the Royal College of General Practitioners, 1976, 26, 720-724.
- LEY, P. Psychological Studies of Doctor-Patient Communication. In: Rochman, S.J. (red), Contribution to Medical Psychology 1, Oxford, Pergamon Press, 1977.
- MOORE, S.M. e.a. Effect of a Self-care Book on Physician Visits; A Randomized Trial; The J. of the Medical American Association, 243(1980), 22, 2317-2320.
- NEDERLANDS HUIS-ARTSEN INSTITUUT De huisarts als voorlichter; Huisarts en Wetenschap, 19(1976), 119-121.
- PATIËNTENRECHT Deeladvies Centrale Raad voor de Volksgezondheid; Medisch Contact, 8(1980), 36, 1087-1088.
- PATIËNTENBELEID (Nota) Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1980-1981, Nr. 16771.
- ROTER, D.L. Patient Participation in the Patient-provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance; Health Education Monographs, Winter 1977, 281-315.
- ROUWENHORST, W. Leren gezond te zijn? Over de plaats en mogelijkheden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de zorg voor de gezondheid; Alphen a/d Rijn, Samsom, 1977.
- SAAN, J.A.M. Die Praxis ärztlicher Gesundheitsberatung in den Niederlanden. Hfdst. 5.2. in: Troschke, J. v. en U. Stössel, Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg, Gesomed, 1981.
- SCHACHTSCHABEL, H. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het klein; een verslag over de GVO-activiteiten van het Gezondheidscentrum Osdorp; Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 58(1980), 19, 693-696.
- SCHUURMAN, J.H. en W.F.M. de HAES Ook patiëntenvoorlichting is GVO; Medisch Contact, 34 (1979), 23, 727-731. (Reactie op het KNMG-rapport)
- SNOECKX, M. Betekenis van de huisartspraktijk voor zelfhulpgroepen/risikogroepen en vice versa: Huisarts Nu, 9(1980), 87-89.

- STOLTE, J.B. Zichzelf helpen bij klachten op het gebied van de gezondheid: maatschappelijke achtergronden; Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 125(1981), 33, 1340-1348.
- WEBB, P.A. Effectiveness of Patient Education and Psychosocial Counseling in Promoting Compliance and Control Among Hypertensive Patients; Journal of Family Practice, 10(1980), 6, 1047-1055.
- WOLFFERS, I. Het medisch jargon; Serie van 9 artikelen; Medisch Contact, 1981, nrs.30-38.
- ZAPKA, J. en
B.W. AVERILL Self Care for Colds; a Cost-Effective Alternative to Upper Respiratory Infection Management; American J. of Public Health, 69(1979), 8, 814-816.
- ZOLA, I.K. De medische macht; De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij; Meppel, Boom, 1973.

bijlage A

Verantwoording

Keuze projectdoelen

Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk is een nog vrijwel onbekend onderzoeksterrein. De belangstelling voor dit onderwerp is nog vrij jong. Systematisch onderzoek is nauwelijks voorhanden. Wat de belangrijkste knelpunten zijn, is alleen nog maar theoretisch aan te geven, evenals mogelijke oplossingen.

Daarom is voor dit onderzoeksproject gekozen voor een inventariserend karakter. Het onderzoek is gericht op het in kwalitatieve zin verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk.

Er is uitgegaan van een vrij brede opvatting van patiëntenvoorlichting. Een keuze van een van haar aspecten zou in de stadium nog vrij arbitrair zijn. Bovendien zou met een stringente beperking van het begrip voorbij zijn gegaan aan de praktijk, waarin de verschillende kanten van patiëntenvoorlichting zich moeilijk van elkaar laten onderscheiden.

In het begin van het project moest gekozen worden tussen een oriëntatie op huisartsen of op patiënten. Beiden zijn belangrijk voor een goed begrip van en inzicht in patiëntenvoorlichting.

De meeste nadruk in dit project is gevallen op onderzoek onder huisartsen. De reden hierachter is dat de huisarts degene is die een taak toegedacht wordt t.a.v. patiëntenvoorlichting. Bovendien bepaalt de huisarts en zijn praktijk goeddeels wat mogelijk is.

Belangrijke vragen die hierbij rijzen zijn welke taak de huisarts zichzelf toedenkt op het gebied van patiëntenvoorlichting, wat hij belangrijk vindt en waartoe hij bereid is en waartoe niet.

Daarom is gekozen voor onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over patiëntenvoorlichting in hun praktijk en de mogelijkheden en beperkingen die zij zien.

Onderzoekopzet

A. Oriënterende gesprekken

Ter oriëntatie zijn met een 15-tal personen en instanties gesprekken gevoerd over patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. De lijst met namen staat in Bijlage B.

B. Literatuuronderzoek

In de eerste fase van het project is een literatuuroriëntatie gehouden. Hiervoor zijn jaargangen van met name sociaal-medische tijdschriften geraadpleegd. De bestanden van bibliotheken van enkele instituten op het gebied van gezondheidszorg zijn geraadpleegd.

Omdat door GVO-Utrecht zeer recentelijk een uitdraai was laten maken van publicaties over patiëntenvoorlichting, is dit niet herhaald.

Verder is dankbaar gebruik gemaakt van tips voor literatuur van diverse personen waarmee contact is gelegd.

Een belangrijke handicap bij literatuuronderzoek naar patiëntenvoorlich-

ting is, dat deze term nog vrijwel niet toegankelijk is gemaakt.

C. Patiëntenoriëntatie

Ter voorbereiding van het onderzoek onder huisartsen is gepoogd zoveel mogelijk gegevens over de ervaringen van patiënten met patiëntenvoorlichting door de huisarts te verzamelen.

Er is gekozen voor de meest voor de hand liggende en snelst uitvoerbare methoden.

Er is eerder pragmatisch te werk gegaan dan dat gestreefd is naar volledigheid.

- Patiëntenorganisaties

Patiëntenverenigingen hebben ervaring met het geven van voorlichting aan patiënten. Deze organisaties worden geconfronteerd met vragen van patiënten. Als zodanig hebben zij een gebundelde ervaring met de behoefte aan informatie en uitleg bij patiënten.

Daarom is een 25-tal patiëntenverenigingen benaderd. Omdat er vanuit is gegaan dat patiëntenverenigingen niet zullen beschikken over systematisch bijgehouden en verwerkte overzichten van de soorten vragen waarmee zij worden geconfronteerd, is besloten aan de organisaties enkele vragen voor te leggen. De vragen zijn schriftelijk gesteld (zie bijlage C).

Uiteraard zeggen de antwoorden van de patiëntenverenigingen alleen iets over patiënten met een vrij ernstige of langdurige aandoening.

Voor de selectie van aan te schrijven patiëntenverenigingen is gebruik gemaakt van de volgende overzichten :

- aangesloten organisaties bij de Gehandicaptenraad.
- adressen van patiëntenverenigingen in het boek Werkboek Zelfhulp van de landelijke Stichting Werkwinkel, Bussum, 1979.
- adresoverzicht van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie (oorsprong van dit overzicht is niet te achterhalen).

Uit deze lijsten zijn die patiëntenverenigingen geselecteerd waarvan aangenomen kan worden, dat ook de huisarts in aanraking komt met die aandoeningen waarop die patiëntenorganisaties zijn gericht.

Van de 25 aangeschreven patiëntenorganisaties hebben uiteindelijk 16 gereageerd. Zie voor een overzicht van deze organisaties bijlage D. Van één reactie is de oorsprong niet bekend. Bij de andere patiëntenorganisaties is geen navraag gedaan waarom geen reactie is gegeven.

De antwoorden van de patiëntenorganisaties zijn bijeen gevoegd. Het wordt in dit stadium niet zinvol geacht een onderscheid te maken tussen de diverse aandoeningen, hoewel deze wel specifieke kenmerken hebben.

De aard van de antwoorden varieert van vrij globaal tot zeer uitgewerkt.

- Groepsgesprekken met patiënten

Om een globaal beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten met patiëntenvoorlichting door hun huisarts is gekozen voor het houden van een aantal groepsgesprekken.

Een handicap bij groepsgesprekken over een onderwerp dat de gezondheid betreft, is dat aan de voorwaarde voldaan moet worden dat de deelnemers enigszins vertrouwd zijn met elkaar. Daarom is gezocht naar bestaande groepen, waarin men gewend is over meer persoonlijke aangelegenheden te

spreken. Teneinde te voorkomen dat een speciale categorie geselecteerd zou worden, is gezocht naar groepen die niet bijeen kwamen rond een onderwerp dat de gezondheidszorg betrof.

Het voordeel van groeps gesprekken is dat in relatief korte tijd van meerdere personen gegevens naar voren komen. Bovendien kunnen deelnemers zich meer beschermd voelen indien zij zich uitspreken in een groep.

Uiteindelijk is contact gelegd met 4 groepen :

- 2 gespreksgroepen van een kruisvereniging rond het onderwerp 'opvoeding van kinderen'.
- 1 groep vrouwen die een VOS-cursus volgden.
- 1 groep vrouwen die hadden deelgenomen aan een Vido-groep.

Hoewel de gespreksgroepen van de kruisvereniging ook openstonden voor mannen, bleken hieraan alleen vrouwen deel te nemen.

Gezien het feit dat vrouwen de huisarts vaker raadplegen dan mannen en dat van het bezoek aan de huisarts tweederde vrouw is, is aan deze eenzijdige samenstelling naar sexe in dit stadium geen groot bezwaar gehecht.

Een beperking van deze groepen is wel dat we mogelijk erwijs te maken hebben met meer actieve mensen.

De deelnemers aan de vier gespreksgroepen varieerden in leeftijd van ongeveer 25 tot 65 jaar. Op een enkele uitzondering na waren allen huisvrouw.

De groeps gesprekken duurden ongeveer 2 tot 2,5 uur. Door de gespreksleidster, een van de onderzoekers, werden verschillende gespreksonderwerpen voorgelegd. Deze onderwerpen waren :

- de algemene ervaring met voorlichting door de huisarts.
- voorlichting rond diverse onderwerpen (wat je hebt, medicijnen, behandelingsmogelijkheden, onderzoek).
- hoeveel vertelt de huisarts uit zichzelf.
- ervaringen met vragen stellen aan de huisarts.
- zelf zoeken van informatie.
- omgang met vragen ná het bezoek aan de huisarts.
- bekendheid met de taak van de huisarts en zijn opvattingen.

Op deze onderwerpen kon vrij gereageerd worden. Op bepaalde momenten tijdens de gesprekken werd nagegaan of er verschil was tussen de ervaringen van de deelnemers.

Van de gesprekken zijn schriftelijke verslagen gemaakt. Van elk groeps gesprek is een verslag naar de deelnemers gestuurd met het verzoek te reageren indien men er niet mee instemde. Hierop is geen reactie meer gekomen.

Vermeld kan worden dat in de groepen geanimeerd gepraat is. De gespreksleidster waarborgde zoveel mogelijk, dat afwijkende meningen naar voren konden komen.

- Enquête Nederland Oké

De gezondheidsbeurs, die eind augustus en begin september van 1981 in de Ahoy-hal in Rotterdam werd gehouden, is aangegrepen als gelegenheid om onder bezoekers een korte enquête te houden over patiëntenvoorlichting. Op deze manier kon een oppervlakkige indruk verkregen worden van de ervaringen van een groter aantal mensen met patiëntenvoorlichting door de huisarts.

Het onderwerp van de enquête spitste zich toe op de onderwerpen 'vragen stellen aan de huisarts' en 'het oordeel over het voorlichtingsgedrag van de huisarts'.

Uitgesloten van de enquête werden bezoekers die nauwelijks ervaring hadden met hun huisarts (daar al sinds lang niet meer geweest waren of maar een heel enkele keer).

Bezoekers aan de beurs werden gevraagd of zij wilden deelnemen. Bij de selectie werd rekening gehouden met het geslacht en de geschatte leeftijd van de bezoeker. Er is naar gestreefd om in elke categorie een ongeveer even groot aantal respondenten te krijgen.

De enquête duurde ongeveer 5 minuten en werd mondeling afgenomen aan 80 bezoekers, met name aan degenen die de hal net betraden. De antwoorden werden direct genoteerd door de interviewer.

De respondenten waren als volgt verdeeld naar geslacht en leeftijd:

	totaal	jonger dan 25	25 - 50	ouder dan 50
mannen	35	9	18	8
vrouwen	45	12	16	17
totaal	80	21	34	25

Onder de respondenten waren er 18 die de beurs bezochten uit hoofde van hun beroep in de gezondheidszorg.

Er waren nauwelijks weigeringen : 2 mensen hadden haast en 3 mensen kwamen nooit bij de huisarts.

Zie voor de vragenlijst Bijlage E.

In de rapportage zijn de bevindingen uit deze enquête gecombineerd met de bevindingen uit de gespreksgroepen.

D. Onderzoek onder huisartsen

Voor het onderzoek onder huisartsen is gekozen voor de interviewmethode. Gezien het nog vrij nieuwe karakter van het onderwerp patiëntenvoorlichting werd dit de meest zinvolle methode gevonden.

Er is gewerkt met gestandaardiseerde vragen. Dit heeft enerzijds het voordeel dat alle onderwerpen bij elke huisarts aan de orde komen. Anderzijds moest gestandaardiseerd worden om de tijdsduur van het gesprek te bekorten. In het algemeen is het moeilijk langdurige gesprekken te voeren met huisartsen. Er is vanuit gegaan dat een gesprek niet langer mocht duren dan één uur.

De vragenlijst is van tevoren getest onder vier huisartsen in Utrecht. Hierdoor kon meer zekerheid verkregen worden over de duidelijkheid van de vragen en over de vraag of een voldoende duidelijke uitspraak door de huisartsen gedaan konden worden.

In opzet werd gestreefd naar interviews met 60 praktizerende huisartsen. Dit aantal is voldoende groot om te achterhalen hoe diverse meningen liggen. Het aantal is te klein om tot representatieve bevindingen te komen. Verondersteld is dat belangrijke variabelen tussen huisartsen konden zijn :

- de leeftijd
- vestiging in grotere of kleinere gemeente

- regio
- praktijkgrootte

Op de eerste drie variabelen konden huisartsen van tevoren worden geselecteerd.

Naar de praktijkgrootte werd in de interviews gevraagd, waardoor het mogelijk was achteraf hiernaar te vergelijken.

Er zijn 110 huisartsen aangeschreven met het verzoek een gesprek te mogen voeren over patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Op basis van ervaringen van andere onderzoekers werd verwacht dat de respons hierop ongeveer 50% zou zijn.

Bij de selectie van de huisartsen is in de eerste plaats uitgegaan van de verspreiding naar regio. Om redenen van bereikbaarheid is gekozen voor een evenredige vertegenwoordiging uit drie provincies, t.w. Overijssel, Noord-Brabant en Zuid-Holland. Met deze drie provincies zijn typische verschillen tussen regio's in Nederland goeddeels vertegenwoordigd. Per provincie zijn grotere en kleinere gemeentes als onderzoeksgebied uitgekozen. Om praktische vervoersredenen is de keus gevallen op plaatsen die aan het spoorwegennet liggen. Gelukkig doet de NS nog vele kleine gemeentes aan.

Onder kleinere gemeentes vallen die plaatsen met minder dan 50.000 inwoners; onder grotere, de plaatsen met meer dan 50.000 inwoners.

Met behulp van het geneeskundig adressenboek kon voorts tot een verdeling gekomen worden naar leeftijd. Als aanwijzing hiervoor is genomen het jaar van afstuderen met als keerpunt het afgestudeerjaar 1965 (Huisartsen die in 1965 afstudeerden zijn nu ongeveer 45 jaar).

Verdeling van de 110 aangeschreven huisartsen naar provincie, grootte vestigingsplaats en jaar van afstuderen.

	Overijssel		Zuid-Holland		Noord-Brabant		totaal
	Stad ^x	Dorp ^x	Stad	Dorp	Stad	Dorp	
afgestudeerd vóór '65	9	9	9	9	9	9	54
afgestudeerd ná '65	9	9	10	9	9	10	56
	18	18	19	18	18	19	Stad:55 Dorp:55
totaal	36		37		37		110

x stad : gemeentes met meer dan 50.000 inwoners

x dorp : gemeentes met minder dan 50.000 inwoners

Artsen die niet uit zichzelf reageerden op het schriftelijke verzoek zijn naderhand telefonisch benaderd.

Bij elkaar vielen 58 huisartsen af. De redenen daarvoor waren:

- geen huisarts (meer) (11)
- onbereikbaar of verhuisd (29)

- niet bereid (18)

Onder de 18 huisartsen die niet bereid waren tot een gesprek waren 14 huisartsen, die afgestudeerd waren vóór 1965.

Er kon met de resterende 52 huisartsen een afspraak gemaakt worden. Bij al deze huisartsen is het gesprek ook afgenomen.

Verdeling van de 52 respondenten naar provincie, grootte vestigingsplaats en jaar van afstuderen.

	Overijssel		Zuid-Holland		Noord-Brabant		totaal
	Stad	Dorp	Stad	Dorp	Stad	Dorp	
afgestudeerd vóór '65	4	3	2	2	0	4	15
afgestudeerd ná '65	6	8	5	5	7	6	37
	10	11	7	7	7	10	Stad:24 Dorp:28
totaal	21		14		17		52

Op één huisarts na betreft het hier mannelijke huisartsen.

Het meest opvallende verschil tussen de aangeschreven en de uiteindelijk geïnterviewde groep huisartsen is het veel kleiner aantal huisartsen dat afgestudeerd is vóór 1965.

Omdat van de 18 huisartsen die niet bereid waren tot een gesprek 14 uit de wat oudere leeftijdsgroep komen, wordt verondersteld dat over het algemeen de wat oudere huisartsen minder belang hechten aan het onderwerp patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk dan hun jongere collega's.

Zie voor de gebruikte vragenlijst Bijlage F

De vragen zijn mondeling en in de weergegeven volgorde aan de huisartsen voorgelegd. Slechts een enkele keer is om gespreksredenen afgeweken van deze volgorde.

De duur van de gesprekken varieerde van 30 minuten tot meer dan 1,5 uur. In de meeste gevallen duurden ze toch ongeveer 60 minuten. Slechts in 4 gevallen moest om tijdsredenen het gesprek eerder afgebroken worden en konden niet alle vragen aan de orde komen.

De gesprekken werden op de band opgenomen. Opname van het gesprek werd door niemand geweigerd, met dien verstande dat het gebruik ervan beperkt bleef tot dit onderzoek.

Eén bandopname is om technische redenen mislukt. De antwoorden van deze huisarts zijn direct na het gesprek aan de hand van de gemaakte notities uitgewerkt.

De uitgetypte vraaggesprekken zijn kwalitatief verwerkt. De antwoorden zijn per vraag of onderwerp bijeen gevoegd en vervolgens geanalyseerd naar verschillen.

T.a.v. verschillende onderwerpen is in tweede instantie nagegaan of er samenhang bestond tussen antwoordcategorieën.

bijlage B

Oriënterende gesprekken

- Algemene Vereniging ter Behartiging van Patiëntenbelangen (AVP) afdeling Limburg.
- F. Dekkers, schrijver van het boek 'patiëntenvoorlichting, de onmacht en de pijn'.
- Gezondheidswinkel Oudwijk te Utrecht.
- A. Gisolf (arts), medewerker aan het NOS-programma Artsenij.
- GVO-Utrecht.
- J. van Hameren, directeur van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO te Bunnik.
- R. Hilders, medewerker NHI voor trainingen Methodisch Werken.
- J. Huige, GVO-consulent Zuid-Limburg.
- T. de Jongh, huisarts te Gouda.
- N. Krug, GVO-consulente Kennemerland
- Patiëntengespreksgroep in de praktijk van R. Jonquièrre te Hengelo (O).
- H. Saan, medewerker van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht.
- P. Verhaak, medewerker NHI, afdeling Psycho-sociale Hulpverlening.
- Ch. van Weel, huisarts Gezondheidscentrum Ommoord te Rotterdam.
- Werkgroep 2000, Stichting Gezondheidsvoorlichting te Amersfoort.

bijlage C

Vragen aan patiëntenorganisaties

1. Bij sommige artsen bestaat de indruk dat mensen nauwelijks behoefte hebben aan informatie en uitleg over hun kwaal of aandoening.
Wat is de ervaring van uw vereniging/bond/stichting met betrekking tot de behoefte van patiënten of hun omgeving aan voorlichting (informatie, uitleg, inzicht)?
2. Kunt u een idee geven van de aard van de vragen die mensen zoal hebben met betrekking tot hun aandoening?
(Wij realiseren ons dat de vragen van patiënten waarschijnlijk zeer uiteenlopend zijn. Wij vragen toch uw reactie, omdat het zeer goed mogelijk lijkt dat mensen vaak heel andere dingen willen weten dan artsen meestal vertellen).
3. Patiëntenvoorlichting wordt niet expliciet gerekend tot de taken van de huisarts.
Wat is, gezien de ervaringen van uw vereniging/bond/stichting, uw mening over de taak van de huisarts met betrekking tot voorlichting (in de zin van: informatie geven, inzicht verschaffen, ingaan op vragen e.d.)?

bijlage D

Lijst van patiëntenorganisaties die reageerden

1. Nederlandse Vereniging van Stoma-patiënten, "Harry Bacon Club"
2. Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden
3. Afasievereniging Nederland
4. Bond van Motorisch Gehandicapten
5. Crohn Vereniging Nederland
6. Diabetes Vereniging Nederland
7. Nederlandse Bond van Reuma-Patiëntenverenigingen
8. Nederlandse Cystic Fibrosisstichting
9. Nederlandse Vereniging van Blinden en Slechtzienden
10. Parkinson Patiënten Vereniging
11. Vereniging van mensen met een dwarslaesie
12. Stichting Integratie Buitenbeentjes
13. Landelijke Vereniging voor Dialyserenden
14. Nederlandse Bond van Psoriasis-Patiëntenverenigingen
15. Bloeddrukgroep Overvecht

bijlage E

Enquête Nederland Oké

1. Hoe vaak heeft u dit jaar een bezoek aan uw huisarts gebracht?
(Indien geen: vragen of dat het moeilijk maakt vragen over de huisarts te beantwoorden. Zo ja, stoppen).
2. Wanneer u bij uw huisarts bent, is er dan meestal wel iets wat u hem zou willen vragen?
Ja 0
Nee 0
3. Vindt u het makkelijk/niet zo makkelijk/moeilijk om uw huisarts een vraag te stellen?
4. Je hoort nog wel eens dat mensen een vraag willen stellen aan hun huisarts, maar na het bezoek is het er toch niet van gekomen.
Herkent u deze ervaring?
Ja 0 - - - - - Waar ligt dat volgens u aan?
Nee 0
5. Ik wil u graag enkele uitspraken voorleggen^x. Wilt u die kaartjes opzij leggen waar u iets in herkent?
6. Heeft u het idee dat uw huisarts het belangrijk vindt aan u uit te leggen wat er met u aan de hand is en wat er gedaan kan worden?
Ja 0
Nee 0
7. Vindt u uw huisarts altijd voldoende duidelijk in zijn antwoorden en uitleg?
Ja 0
Nee 0
8. Vindt u dat uw huisarts voldoende tijd neemt om u informatie en uitleg te geven?
Ja 0
Nee 0
9. Overkomt het u nogal eens dat er later, nadat u bij de huisarts bent geweest, vragen bij u opkomen?
Ja 0 - - - - - Wat doet u dan?
nee 0
10. De laatste vraag.
Is er een speciale reden dat u naar deze gezondheidsbeurs bent gekomen?
Ja 0 nl. - - -
Nee 0

^xzie volgende bladzijde

leeftijd

geslacht

0 jonger dan 25
0 25 tot 50
0 ouder dan 50

0 man
0 vrouw

x : uitspraken van vraag 5

- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, toont hij daar veel belangstelling voor.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, reageert hij verbaasd.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, neemt hij de tijd om daar antwoord op te geven.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, heb ik het idee dat hij dat leuk vindt.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, krijg ik vaak een onduidelijk antwoord.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, krijg ik het gevoel dat hij dat lastig vindt.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, krijg ik het gevoel dat hij daar niet zo goed raad mee weet.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, doet hij moeite mij een duidelijk antwoord te geven.
- als ik aan mijn huisarts een vraag stel, krijg ik het gevoel dat hij er liever geen antwoord op geeft.

bijlage F

Vragenlijst huisartsen

1. - Een van de opvallendste gegevens uit veel onderzoek is dat patiënten veelal een groot deel van de informatie die een huisarts verstrekt, vergeten.
Herkent u dit?
- Waardoor komt dat naar uw idee?
2. - Ervaart u moeilijkheden rond het geven van begrijpelijke informatie aan uw patiënten?
- Welke? / Kunt u daar iets meer over zeggen?
3. In uw praktijk heeft u met zeer verschillende mensen te maken. Maakt dit iets uit wat betreft het geven van begrijpelijke uitleg?
(o.a. naar leeftijd, opleiding)
4. Bent u geneigd meer uitleg of informatie te geven aan patiënten met een ernstige aandoening dan aan patiënten met een minder ernstige?
Indien Ja: Gebeurt dat omdat u vindt dat patiënten met een ernstige aandoening meer uitleg nodig hebben?
5. Stel dat u meer tijd per patiënt zou kunnen besteden, zou dat dan het geven van uitleg en het beantwoorden van vragen gunstig beïnvloeden?
6. Bent u van mening dat de patiënt, als hij/zij uw spreekkamer verlaat, moet weten
 - wat hij/zij mankeert.
 - hoe lang het kan gaan duren.
 - wat de gevolgen kunnen zijn.
 - wat de behandelingsmogelijkheden zijn.
 - welke bijwerkingen evt. medicijnen hebben.
 - welke zelfzorg de patiënt moet plegen.
7. - Vindt u dat u deze informatie altijd moet geven of alleen als de patiënt erom vraagt?
- Kunt u aangeven waarom?
8. - Om het iets concreter te maken: wat vindt u dat een patiënt die bij u komt voor een urethritis, moet weten als hij of zij uw spreekkamer verlaat?
- Heeft u dit als vast lijstje in uw hoofd?
9. Bij urethritis kan een behandeling nodig zijn.
Vindt u dat het uw taak is een beslissing te nemen of is dit de verantwoordelijkheid van de patiënt?
10. Geldt dit alleen voor urethritis of ook in het algemeen?

11. - Bent u van mening dat het geven van informatie en uitleg beperkt moet worden om grotere ongerustheid, bezorgdheid bij de patiënt te vermijden?
 - Gaat het hierbij om uitzonderingen of geldt dit als regel?
 - Kunt u een voorbeeld geven? (een gewoon voorbeeld, bijvoorbeeld rond bijwerkingen of risico op complicaties)
12. De patiënt kan met zijn/haar vragen vooruitlopen op mogelijke ontwikkelingen. Bijvoorbeeld wat er aan de hand kan zijn als een onderzoek niets zal opleveren, of wat er moet gebeuren als de medicijnen niet zullen helpen.
Als de patiënt een dergelijke vraag stelt, vindt u dat u dan moet zeggen wat u ervan weet?
13. - Komt het naar uw idee voor dat patiënten vragen hebben, maar ze niet aan u stellen?
 - Waardoor komt dit naar uw idee?
14. - Vindt u dat u mensen moet stimuleren om hun vragen te stellen?
 - Vindt u dat u hieraan aparte aandacht moet besteden?
 - Waarom? / Kunt u aangeven waarom?
15. - Wat zouden patiënten volgens u het beste kunnen doen met vragen die bij hen opkomen nadat ze bij u op het spreekuur zijn geweest?
 - 0 nieuwe afspraak maken
 - 0 er is telefonisch spreekuur
 - 0 zelf opbellen
 - 0 bewaren voor de volgende keer
 - 0 anders, nl.
 - Geldt dit voor alle soorten vragen die patiënten kunnen hebben?
16. Vindt u dat een huisarts inzicht moet hebben in methodieken van voorlichting?
D.w.z. systematisch bezig zijn: hoe breng je iets het beste over? hoe betrek je de patiënt erbij?
17. In een consult moet een heleboel gebeuren: onderzoek, diagnose stellen, bepalen juiste behandeling, vastleggen gegevens e.d.
Op welke manier moet voorlichting als systematische activiteit daarbinnen een plaats krijgen?
18. Wanneer u het geven van voorlichting vergelijkt met uw andere bezigheden, vindt u het dan relatief belangrijk?
19. - Zoudt u meer aandacht aan voorlichting willen besteden dan u nu doet?
 - Zo ja: wat is de belangrijkste belemmering daarvoor?
20. - Vindt u dat in principe de huisarts vragen over de behandeling in de tweedelijns gezondheidszorg moet beantwoorden?
 - Zijn er in de praktijk redenen om dat niet te doen?

21. - Bent u van mening dat u in principe alle vragen van uw patiënten moet beantwoorden, of zijn er vragen waarvan u vindt dat ze buiten uw taakgebied vallen?
(bijvoorbeeld vragen over relaties, huisvesting, werk, kinderen opvoeden, leefwijze, behandeling in de tweedelijns gezondheidszorg).
- Waarom?
22. - Veel zaken zijn niet zeker in de medische wetenschap. In veel gevallen is geen 100% garantie te geven. Vindt u dat u de onzekerheden die er zijn rond de diagnose of het resultaat van de voorgestelde behandeling e.d. moet bepraten?
(in welke mate / wanneer wel of niet / voorbeeld?)
- Kunt u aangeven waarom?
23. - Elke arts ontwikkelt in de loop van de tijd voorkeuren wat betreft behandeling, medicijnen e.d.
Vindt u het gewenst / niet gewenst om met uw patiënten hierover te praten?
- Kunt u uitleggen waarom niet?
24. - Vindt u in het algemeen dat de patiënt moet beslissen of wel of geen onderzoek in het ziekenhuis zal plaatsvinden?
- Waarom?
25. - Moet informatie over wat de patiënt te wachten staat met het onderzoek, van tevoren door u gegeven worden?
- Zitten daar praktische bezwaren aan?
26. Vindt u dat een patiënt moet weten wat er in een verwijsbrief aan de specialist staat?
27. Hoe staat u tegenover het gebruik van schriftelijk voorlichtingsmateriaal over verschillende aandoeningen?
28. In de media, kranten, radio, televisie, tijdschriften wordt vrij veel aandacht besteed aan ziekte, oorzaken daarvan en behandelingsmogelijkheden. Hoe ervaart u het als patiënten met dergelijke informatie bij u komen?
29. - Is het volgens u noodzakelijk dat een huisarts beschikt over informatie van en over patiëntenverenigingen?
- Is het volgens u noodzakelijk dat een huisarts beschikt over informatie van en over zelfhulpgroepen in de omgeving?
- Is het volgens u noodzakelijk dat een huisarts beschikt over informatie van en over patiëntenliteratuur?
30. Moet een huisarts zijn patiënten zo mogelijk op dit soort dingen wijzen?
31. - Vindt u het noodzakelijk om met andere eerstelijns werkers in deze gemeente te overleggen wat een ieder doet op het gebied van patiëntenvoorlichting? Toelichting: taakafbakening tussen bijvoorbeeld apotheker, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige.
- Waarom niet?
Waarom wel?

32. Hoe zou u het vinden wanneer hier in de stad (dorp) een soort informatiecentrum zou komen, dus een centrum waar mensen terecht kunnen met vragen over ziekte, voeding, behandeling, medicijnen?
33. Vindt u dat bij uitstek de huisarts verantwoordelijk is voor het geven van uitleg en informatie aan de patiënt rond ziekte en behandeling?
34. Patiënten komen nogal eens met verkeerde verwachtingen bij de huisarts. Over het algemeen schijnt niet duidelijk te zijn wat patiënten van hun huisarts kunnen verwachten. Vindt u dat hierover meer voorlichting moet worden gegeven?
35. Lijkt het u wenselijk dat de huisarts zelf naar buiten brengt hoe hij zijn taak ziet en wat patiënten van hem kunnen verwachten?
36. Er zijn verschillende manieren voor de huisarts om buiten het consult iets aan voorlichting te doen.
- Vindt u dat het houden van voorlichtingsbijeenkomsten op het terrein van de huisarts ligt?
Waarom niet?
 - Vindt u dat het meewerken aan medische rubrieken (bijvoorbeeld in lokale krant) op het terrein van de huisarts ligt?
Waarom niet?
 - Vindt u dat het helpen oprichten van patiëntengroepen op het terrein van de huisarts ligt? Waarom niet?
 - Vindt u dat het samenwerken met andere eerstelijns werkers aan voorlichtingsactiviteiten op het terrein van de huisarts ligt?
Waarom niet?
- Indien op een of meer ja:
- Vindt u het belangrijk dat een huisarts dit soort activiteiten onderneemt?
37. (Indien huisarts meer buiten consult zou willen)
De betaling van de huisarts geschiedt nu per consult of, in het geval van ziekenfondspatiënten, op basis van een jaarabonnement. Zou een andere wijze van honoreren, bijvoorbeeld naar werktijd, het makkelijker voor u maken om tot voorlichtingsactiviteiten buiten het consult te komen?
38. Zijn er nog onderwerpen die naar uw idee en ervaring nog niet aan bod zijn gekomen?
39. Tot slot:
- Hoe groot is uw praktijk ongeveer?
 - Heeft u relatief veel patiënten uit een speciale bevolkingsgroep of -groepen? (bijvoorbeeld bejaarden, jonge gezinnen, buitenlanders, oude wijken)
 - Met welk afspraaksysteem werkt u?
 - Hoeveel minuten trekt u per consult uit?