

Patiëntenvoorlichting

Een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde

DR. H. LAMBERTS*

Wat patiëntenvoorlichting precies is, zal niet door elke huisarts gelijkluidend beantwoord worden. In ieder geval is patiëntenvoorlichting een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde, en niet hetzelfde als GVO en ook niet als preventie. Wél bestaat behoefte aan samenwerking met GVO-werkers op een aantal terreinen.

Dubbele bindingen

Gezondheid en gezondheidszorg in Nederland zijn gevangen in een dubbele binding: gezondheid is enerzijds een hoog gewaardeerd goed, anderzijds wordt gezondheidsgedrag vaak veronachtzaamd (*Harris and Guten*). *Lekker roken, lekker drinken, lekker eten* – een levensstijl die soms schadelijk is voor het individu – wordt alom geadverteerd en is praktisch aanvaard in onze maatschappij. Maar het individu heeft wel een goede kans verantwoordelijk gesteld te worden voor zijn eigen gezondheid, als die gezondheid eens te kort schiet. Op het moment dat hij patiënt wordt, levert hij vaak het bewijs van zijn gebrek aan gezondheidsgedrag.

Ook de hulpverleners in de gezondheidszorg worden belegerd door een dubbele binding. De groeiende weerstand tegen de medicalisering van onze samenleving staat niet op een lijn met de algemene roep om preventie en het controleren van ziekten. De merkwaardige connotatie met de transactionele analyse is een van de laatste voortbrengselen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) in Nederland – Nederland Oké – benadrukt dit. Het lijkt alsof Nederland alleen oké kan worden, wanneer de individuele burger zich buitengewone moeite getroost. Deze benaderingswijze staat haaks op wat met de transactionele analyse wordt bedoeld. Juist de huisarts heeft hier te maken met een dubbele binding: hij wil zijn patiënten beschermen tegen een overval van buitenaf, die hen het gevoel

geeft niet oké te zijn, terwijl hij zich tegelijkertijd niet graag een gelegenheid laat ontsnappen om preventief te werken en op die manier de „strelingen” van de publieke opinie en de gezondheidszorgpolitiek te verkrijgen. De gekruiste transacties zijn niet van de lucht.

De patiëntenrol in de vorm van ziektegedrag verdraagt zich slecht met allerlei professionele pogingen om zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid te bevorderen. Indertijd heb ik erop gewezen dat een meer op de subjectieve beleving gerichte definitie van gezondheid, in plaats van de naar mijn mening weinig bruikbare definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie, dit soort dubbele bindingen op zijn minst niet zal versterken (*Lamberts 1977*).

Het effect van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding – in de literatuur valt GVO niet helemaal samen met „health education” – blijkt niet zelden nauwelijks meetbaar. Overigens is er zonder twijfel in een aantal gevallen wel degelijk een verandering aan te tonen en af en toe ook een verandering in de gezondheidstoestand (*Tones; Levy et al.*). Een werkgroep van de WHO heeft erop gewezen dat het gebrek aan succes van GVO-programma's ten minste door twee factoren verklaard kan worden; kort samengevat komen die hierop neer (*Health education*):

– het gedrag van patiënten is vaak niet rationeel en vaak ook niet op rationele gronden beïnvloedbaar;

– er is vaak geen direct verband tussen iemands kennis en zijn gedrag.

Wat het tweede punt betreft, verdient naar mijn mening een vermeerdering van kennis zonder dat de gewenste ge-

dragsverandering optreedt, niet de „gehypertrofieerde” belangstelling die soms wordt verlangd.

Ook de gezondheidszorgpolitiek heeft een dubbele binding. Willen wij het gedrag van mensen veranderen of manipuleren, ongeacht de waarden en normen die onze samenleving kleur geven en die vaak niet overeenkomen met de veel beperkter normen en waarden van advertentie- en verkoopstrategieën? Of willen wij omstandigheden bieden waarin mensen beter verantwoordelijk voor zichzelf kunnen zijn en voor zichzelf kunnen beslissen (*Barofsky; Buck et al.*)? Op grond van wat voor argumenten is aannemelijk te maken dat het zinvol zou zijn een type-A persoon ertoe te brengen zich heel anders te gedragen, wanneer het juist zijn type-A gedrag is waarmee hij zijn geld verdient en zijn status in onze maatschappij verkreeg? Een type-B gedrag zou ten koste kunnen gaan van inkomen en status en wie weegt dat af tegen de vermeende gezondheidswinst?

In ieder geval zijn er voor huisartsen geen eenduidige redenen zich in te laten met GVO-technieken die niet strikt in overeenstemming zijn met de algemene huisartsgeneeskundige benadering. Daarom wil ik een aantal opmerkingen over patiëntenvoorlichting en -advies maken, zonder bij te dragen aan reeds bestaande of dreigende dubbele bindingen.

Patiëntenvoorlichting in de huisartsgeneeskunde is steeds persoonsgericht („person-oriented”) en niet gericht op de boodschap („message-oriented”). Er behoort geen verwijt in de richting van de persoon aan de orde te komen (*Shires and Hayward*) en als er al een schuldige moet worden aangewezen, laat het dan maar „het systeem” zijn. Het is onverstandig patiëntenvoorlichting te beschouwen als een nieuwe en veelbelovende mogelijkheid om de kloof tussen werkelijkheid en droom in de gezondheidszorg te overbruggen (*Cohen and Cohen*). Goede patiëntenvoorlichting kan een rol spelen bij het lossen van problemen voor patiënt en hulpverlener van hun dubbele bindingen, zonder een beroep te doen op de sociale controle van strikte rolvulling, zoals deze vaak in de gezondheidszorg bestaat (*Shuval*). Naar mijn mening kan er van patiëntenvoorlichting gesproken worden wanneer iemand die de patiëntenrol heeft geaccepteerd, voorlichting of advies krijgt van iemand die de rol van hulpverlener vervult, met de expliciete bedoeling het gedrag van de patiënt te veranderen. Het doel van deze verande-

*Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse G.G. en G.D.

ring is gespecificeerd in de zin van het beschermen of herstellen van de gezondheid van de patiënt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de patiënt anders zou hebben gedaan zonder deze poging tot voorlichting en advies.

Deze definitie van patiëntenvoorlichting legt een grens ten opzichte van GVO en ten opzichte van preventie. Uiteraard wordt die grens mede bepaald door de definities die men ten aanzien van GVO en preventie hanteert. Het ligt echter niet op mijn weg hier een definitie van GVO te geven, als daarover in een klein land als Nederland binnen GVO-kringen al geen duidelijkheid bestaat.

Patiëntenvoorlichting en GVO

Voor sommigen is gezondheidsvoorlichting en -opvoeding vooral een anonieme en epidemiologische benadering die gericht is op groepen en gebaseerd op algemeen aanvaarde waarden en normen (*Lauzon*). De Wereld Gezondheids Organisatie stelt in te algemene termen, dat het doel van alle vormen van GVO is, mensen te helpen bij het behouden of herkrijgen van hun gezondheid, door hun eigen acties en inspanningen. *Steuart* definieert een en ander wat verfijnder: „The essence of health education is its scientific concern with the role of human behaviour, individual and societal, in the natural history of health and disease considered from the special point of view of the determinants of change in such behaviour with an operational focus on those planned influence-attempts directed toward maintenance, reinforcement of modification of behaviour in the extent to which this may demonstrably affect curative, rehabilitative and disease preventive processes and the promotion of health”.

In deze definitie komt ook het individu aan de orde en daarmee vervalt de vraag of GVO zich wel steeds tot anonieme, in doelgroepen opgenomen mensen richt. *Schuurman en De Haes* hebben op grond hiervan terecht geprobeerd een brug tussen GVO en patiëntenvoorlichting door huisartsen te slaan. Zij stellen dat patiëntenvoorlichting in feite een onderdeel van GVO is. Afgezien van het feit dat in de eerste lijn patiëntenvoorlichting nooit anoniem is, zelden op groepen (en dan nog patiëntengroepen) is gericht en zich beperkt tot de patiënt-hulpverlener situatie, staan bij patiëntenvoorlichting de normen en waarden van de patiënt en zijn gezin voorop. De voorlichting is niet gericht op het

oplossen van een in medische termen gedefinieerd, algemeen gezondheidsprobleem dat binnen een populatie bestaat. Het gaat om het oplossen van een probleem dat door de patiënt in subjectieve termen wordt ervaren, een probleem dat betrekking heeft op zijn gezondheidstoestand. Zomin als huidafwijkingen in de huisartsgeneeskunde dermatologische afwijkingen zijn en mensen met probleemgedrag in de eerste lijn lijden aan een psychiatrische afwijking, zomin is patiëntenvoorlichting door de huisarts een onderdeel van een activiteit als gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, die nu eenmaal op een geheel ander referentiekader berust. Het verschil zit niet in de semantiek, het verschil zit hierin dat in de huisartsgeneeskundige situatie patiëntenvoorlichting en advies altijd ondergeschikt zijn en nooit doel op zichzelf, ook al is dit doel het bevorderen van de gezondheid.

Dit betekent niet, dat GVO de huisarts niets te bieden heeft. Wat dat dan precies is, blijft echter nog vaag en deze vaagheid kan slechts door de GVO omgezet worden in duidelijkheid. De huisarts kan daarbij behulpzaam zijn door zijn opvattingen en concrete behoeften in het geding te brengen.

Patiëntenvoorlichting en preventie

Het aantal niet-infectieuze, chronische ziekten waarvoor effectieve preventie bestaat, is zeer beperkt. Het ligt nogal voor de hand dat met name de zogenaamde leefstijlziekten de gezondheidszorg tot enige nederigheid en een bescheiden presentatie brengen (*Breslow*). Het is niet gerechtvaardigd te verwachten dat patiëntenvoorlichting een wezenlijke invloed op de preventie van leefstijlziekten kan hebben. Een dergelijke verwachting is niet alleen niet terecht, maar introduceert ook een extra dubbele binding in de huisarts-patiënt relatie. Patiëntenvoorlichting kan waarschijnlijk bijdragen aan de verschillende vormen van preventie – primair, secundair, tertiair – van leefstijlziekten, wanneer de praktische mogelijkheden van preventie ondbelzinnig zijn. De recente rapporten van de Royal College of General Practitioners gaan ook in deze richting (*Prevention of arterial disease; Prevention of psychiatric disorders*).

Als voorbeeld van de problemen waarom het gaat, mag de benadering van adipositas gelden. Het wordt duidelijk (*Berger*) dat alleen overmatige vetzucht – ten minste 30 à 35 procent zwaarder

dan het ideaalgewicht – leidt tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Dit neemt niet weg dat een minder uitgesproken vetzucht, in combinatie met risicofactoren als diabetes en hypertensie, eveneens van belang is. Bij afwezigheid van risicofactoren en bij een matig overgewicht (minder dan 30 – 35 procent boven het zogenaamde ideaal gewicht) zijn het geen medische, maar esthetische en sociale normen die iemand er toe kunnen brengen een vermageringsdieet te volgen. De huisarts is daarbij beslist geen onbevleete raadsman. Hij heeft immers de afgelopen jaren betrekkelijk onkritisch de algemene trend gevolgd en zijn patiënten van overgewicht beschuldigd en hen gewezen op de verwerpelijke gevolgen daarvan, zodoende de cirkelgang mede in stand houdend.

Een soortgelijke situatie doet zich naar mijn mening voor ten aanzien van het opsporen en behandelen van hypertensie. Het is boven iedere twijfel verheven dat een ernstig verhoogde diastolische bloeddruk riskant is en in feite een ziekte die behandeld dient te worden. De statistische samenhang tussen continue variabelen in een ingewikkeld multivariaat model – waarbij allerlei factoren die van invloed kunnen zijn op de geschatte grootheden, buitengewoon moeilijk te controleren zijn – kan de op anticiperende geneeskunde beluste huisarts echter al snel verleiden tot een strategie die onvoldoende is onderbouwd. Het ziet er naar uit, dat vooral de vetzucht en de hypercholesterolemie als risicofactoren voor een deel van hun statistische verdeling – zonder andere factoren mee te beschouwen – op hun retour zijn. Hypertensie in het marginale gebied dient slechts selectief een plaats te krijgen in het contact tussen huisarts en patiënt. Veel interessanter lijkt op dit moment het gedrag van de huisarts wanneer hij te maken heeft met patiënten die meer roken en meer alcohol drinken dan hijzelf.

Een nieuwe dubbele binding?

Ervaringen uit het monitoringproject

Na het voorafgaande enige praktische ervaringen: hoe vaak, bij welke problemen en bij welke patiënten geeft de huisarts patiëntenvoorlichting?

In het monitoringproject (*Lamberts* 1980) werken twaalf huisartsen – met 20.330 patiënten – samen. In het eerste registratiejaar kwamen gedurende 60.445 contacten 92.206 problemen aan de orde. Bij 12,8 procent van alle pro-

blemen was sprake van patiëntenvoorlichting en advies (tabel 1).

Er bestaan tussen de leden van de monitoringgroep belangrijke verschillen. De interdoktervariatie bij patiëntenvoorlichting en advisering loopt van een maximum van 22,3 procent van alle problemen tot een minimum van 6,1 procent. Het is duidelijk dat er veel patiëntenvoorlichting wordt gegeven; alleen daarom al is patiëntenvoorlichting een belangrijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Het is echter de vraag of „patiëntenvoorlichting” voor alle deelnemende huisartsen dezelfde betekenis heeft. Vóór de aanvang van het project is ten aanzien van de codering van de therapie afgesproken dat onder patiëntenvoorlichting en advisering verstaan wordt het expliciet en omschreven aan de patiënt aanbieden van een advies of van voorlichting over het probleem waarmee de patiënt naar de huisarts kwam. Behalve het geven van diëten en simpele adviezen als „ophouden met roken” of „minder drinken”, gaat het ook om meer samengestelde voorlichting, bijvoorbeeld over de anticoncep-

Tabel 1. Therapie bij 92.206 problemen.

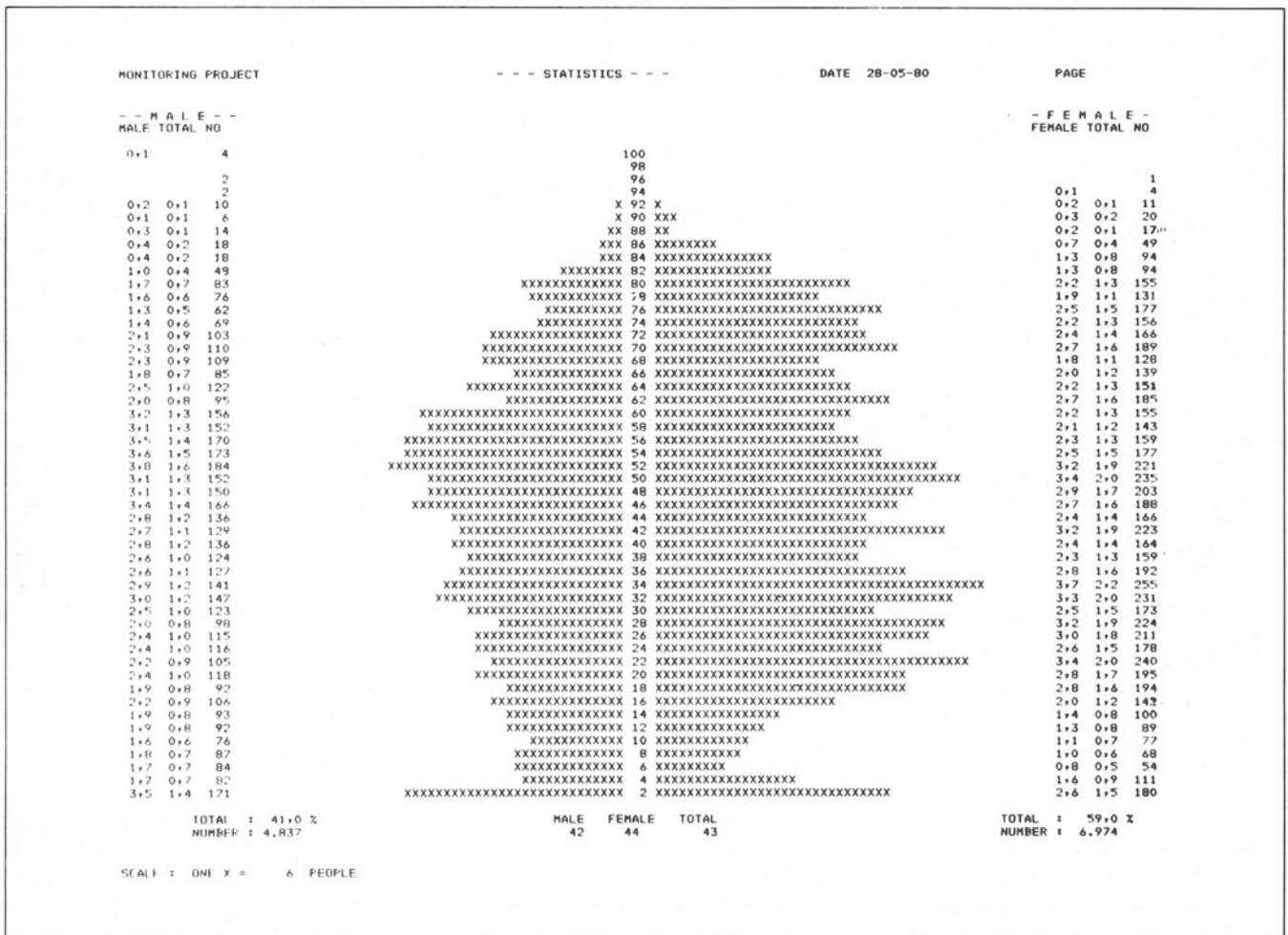
Therapie	Percentage	Aantal
Geen	39,5	36.407
Patiëntenvoorlichting en advies	12,8	11.811
Symptomatische en causale farmacotherapie	40,5	37.306
Psychofarmaca	4,1	3.787
Ingrepen en technische handelingen	3,2	2.968
Psychotherapie	4,4	4.126

tie, over een bepaalde ziekte of over een komende operatie of opname in een ziekenhuis. Uiteindelijk beslist de opvatting van de coderende huisarts. Zoals gebruikelijk is het onbekend of de patiënten voor wie tijdens het consult patiëntenvoorlichting is gecodeerd, dit zelf ook zo hebben ervaren.

In de figuur wordt de leeftijds/geslachtsverdeling gegeven van alle problemen waarvoor de huisartsen patiëntenvoorlichting en advies hebben gecodeerd. In vergelijking met de verdeling van de gehele praktijkpopulatie – zoals deze eerder in dit tijdschrift is gepubliceerd (Lamberts 1980) – valt de niet ongebrui-

kelijke oververtegenwoordiging van vrouwen en het relatief ontbreken van jongeren – met uitzondering van de 1- en 2-jarigen – op. Nader onderzoek leert dat de patiënt die voorlichting krijgt, vaker dan de gemiddelde patiënt een nieuw probleem aanbiedt (63 procent versus 57 procent). Zijn probleem leidt betrekkelijk zelden tijdens hetzelfde consult tot een diagnostische of therapeutische verwijzing in de eerste lijn (5,5 procent versus 11,5 procent) of tot een verwijzing naar een specialist (0,8 procent versus 3,9 procent). Bij 16,5 procent van alle problemen met voorlichting of advies wordt tevens een an-

Figuur. Leeftijds/geslachtsverdeling voor alle problemen met patiëntenvoorlichting



Tabel 2. Diagnosen (volgens de ICHPPC-2) waarvoor minstens honderd maal patiëntenvoorlichting is gegeven.

Diagnosen	Aantal	Interdokter variatie	Percentage vrouwen	Percentage eerste contact	Percentage alle contacten
1. Leefstijlproblemen					
050 - diabetes mellitus	212	++	51	11	19
055 - obesity	497	+	62	50	47
056 - lipid metabolism disorders	102	+	15	30	38
082 - tobacco abuse	122	+	27	48	50
119 - elevated blood pressure	208	++	60	54	49
120 - hypertension	589	+++	54	10	11
2. Probleemgedrag					
070 - anxiety disorder	102	++	76	65	10
071 - hypochondriac disorder	265	+	62	66	18
072 - depressive disorder	106	++	65	43	10
392 - surmenage, neurasthenic disorder	199	+++	61	63	12
358 - probl. person(s) with disease	119	+	73	75	14
376 - occupational problem	114	++	34	48	13
3. Bewegingsapparaat					
232 - shoulder syndromes	105	+	59	78	20
233 - other bursitis and synovitis	173	++	55	80	32
234 - other non articular rheumatism	320	++	55	87	18
235 - cervical spine syndromes	163	++	71	77	20
238 - back pain W/WO	351	+	55	72	17
239 - radiating symptoms					
317 - sprain/strain ankle	127	+	55	91	42
327 - bruise, contusion, crushing	188	++	51	87	29
4. Infectieziekten					
002 - presumed infectious intestinal disease	341	+	49	93	45
020 - viral infection NOS	142	++	51	85	14
133 - acute upper respiratory tract. inf.	293	+++	50	92	8
207 - boil, cellulitis, incl. finger and toe	107	+	58	67	16
5. Tractus gastro-intestinalis					
153 - other stomach and duodenal dis/disorders	135	++	49	71	24
159 - irritable bowel syndrome	239	+	72	67	23
6. Overige problemen					
347 - general contraceptive guidance	144	++	92	90	30
377 - adverse effects of medicins in proper dose	310	++	74	93	36

+ relatief matige variatie; het verschil tussen de huisartsen is absoluut niet groter dan een factor 3, waarbij een of twee uitschieters buiten beschouwing zijn gelaten.
++ verschil tussen de meest en de minst adviserende huisarts is groter dan een factor 3 en kleiner dan een factor 5.
+++ variatie groter dan een factor 5.

dere therapie gegeven. Meestal is de voorlichting dus de enige actie van de huisarts.

Met behulp van de diagnosen uit de ICHPPC-2 (International Classification

of Health Problems in Primary Care) is gekeken bij welke problemen betrekkelijk vaak patiëntenvoorlichting en advies zijn gecodeerd. Hier gaat het om alle diagnosen waarbij honderd keer of

vaker voorlichting is gegeven. Deze diagnosen zijn ondergebracht in zes hoofdgroepen (tabel 2). Met de zevenentwintig diagnosen in tabel 2 wordt bijna de helft van alle patiëntenvoorlichting en advisering bestreken. Bij deze grove schaal blijven de huisartsen die in het eerste registratiejaar minder dan 5000 problemen hebben geassocieerd buiten beschouwing.

In het hoofdstukje over leefstijlproblemen valt op dat er vooral bij hypertensie en obesitas geadviseerd wordt. Bij obesitas is de interdoktervariatie minder uitgesproken dan bij hypertensie. Bij obesitas wordt er in de helft van de gevallen al tijdens het eerste contact geadviseerd – het zal vaak om een dieet gaan –, terwijl bij hypertensie zelden tijdens het eerste contact een advies wordt gegeven. Er wordt maar weinig op tabaksmisbruik ingegaan, terwijl het gebruik van alcohol tot minder dan honderd adviezen heeft geleid. De hypercholesterolemie heeft het nog net gehaald, maar dan – net als voor tabaksmisbruik – speciaal voor mannen. Uit de laatste kolom blijkt dat bij obesitas, tabaksmisbruik en „verhoogde bloeddruk” het patiëntenadvies in een groot deel van de contacten voorkomt. In de laatste kolom is aangegeven in hoeveel procent van alle contacten voor een bepaald probleem patiëntenvoorlichting is gegeven. Het is duidelijk dat frequent voorkomende afwijkingen met veel contacten al snel meer dan honderd adviezen tonen, terwijl het percentage in de laatste kolom weinig van het gemiddelde percentage (12,8) verschilt.

In het hoofdstukje met de psychosociale problemen blijkt dat relatief veel vrouwen voorlichting of advies krijgen, en niet zelden tijdens het eerste contact. In ons geval is dit iets anders dan een expliciet gespreksmatige benadering van het probleem, die als „psychotherapie” (tabel 1) wordt aangemerkt. In het duister blijft wat er aan onze patiënten met hypochondrie verteld of geadviseerd is. Waarschijnlijk gaat het hier om uitleg over de normale variatiebreedte van het functioneren van het menselijk lichaam. Bij werkproblemen en bij problemen met iemand met een ziekte is er waarschijnlijk sprake van meer omschreven adviezen met betrekking tot het probleem.

Het bewegingsapparaat krijgt opvallend vaak een plaats in de patiëntenvoorlichting. De variatie tussen de huisartsen valt mee, het gaat vaak om een eerste contact en er is een matige overrepresentatie van vrouwen. Met name spierpijn – en dan vooral onder in de rug

– leidt absoluut tot veel uitleg en advisering, maar niet als percentage van alle contacten.

De laatste drie hoofdstukjes – infectieziekten, gastro-intestinale problemen en overige problemen – geven een gevarieerd beeld. Bij gastroenteritis zal het wel vooral om een carentiedieet gaan. Bij hoge luchtweginfecties geven sommige huisartsen heel weinig, en anderen heel vaak een advies. Bij steenpuisten en paronychia wordt het advies nogal eens gegeven tijdens een herhalingscontact. Bij anticonceptie lopen de activiteiten van de huisartsen uiteen, het betreft hier praktisch alleen vrouwen. Tenslotte wordt vaak geadviseerd over bijverschijnselen van geneesmiddelen. Het gaat daarbij om uitleg en het advies de medicatie die de bijverschijnselen geeft, te stoppen of te wijzigen.

Beschouwing

In de praktijken van de twaalf deelnemers aan het monitoringproject hebben zich talrijke, zeer uiteenlopende problemen voorgedaan, waarvoor frequent patiëntenvoorlichting en advies is gegeven. De wijze waarop deze problemen zijn vastgesteld, is arbitrair. Minder arbitrair is de constatering dat de betrokken huisartsen in ieder geval frequent – bij bijna 13 procent van alle problemen – patiëntenvoorlichting en advies gaven.

In dit artikel komt niet aan de orde of bij andere, minder vaak voorkomende problemen voldoende vaak voorlichting aan de orde kwam, noch of dit frequent genoeg is gebeurd bij de zevenentwintig naar voren gebrachte problemen, noch of de inhoud van het gebodene huisartsgeneeskundig juist was, noch of de zeer uitgesproken interdoktervariatie wel gerechtvaardigd is. Levensgroot blijft de vraag aanwezig bij welke problemen, op grond van welke overwegingen, bij welke patiënten en op welke wijze patiëntenvoorlichting en advies door de huisarts het meest is aangewezen. *Bryant en Swezey and Swezey* – in Nederland ook recent *Meuwissen en Van der Beek* – hebben gewezen op de zeer uiteenlopende technische hulpmiddelen: folders, audiovisuele middelen, cassette tapes, groepsbijeenkomsten, enzovoort. Met name het werken met groepen (*Van Weel* 1977, 1980; *Groen en Pelsler*) lijkt voor de eerste lijn een belangrijke mogelijkheid. Dit geldt des te sterker wanneer er samenwerkingsverbanden bestaan, zoals in gezondheidscentra (*Schachtschabel; Hilten*).

Welke doelen men ook met patiëntenvoorlichting wenst na te streven, in ieder geval is het belangrijk dat wat huisarts en patiënt elkaar te vertellen hebben, ook wederzijds wordt begrepen. In het vergelijkend onderzoek in Ommoord en Rochester (*Boom e.a.*) en recent in Seattle is aangetoond dat huisarts en patiënt lang niet altijd een helder beeld hebben van wat de ander nu eigenlijk bedoelt of zojuist heeft gezegd.

Daar komt bij, dat zich duidelijk een ontwikkeling voordoet op het gebied van de openheid van de medische informatie die over patiënten wordt verzameld. De tijd is niet meer zo ver, dat wij niet alleen een discussie voeren over een geautomatiseerd informatiesysteem versus een probleemgeoriënteerde gezinsregistratie, maar ook de mogelijkheid onder ogen gaan zien de patiënt zijn kaart mee te geven, zelf bij te laten houden en de informatieverzameling en weergave, die voor de huisartsgeneeskunde van essentieel belang is, af te stemmen op het feit dat de patiënt deze informatie beheert en participeert in het gebruik ervan.

De antwoorden op bijna alle hierboven gestelde vragen kunnen niet door huisartsen alleen gegeven worden. Juist de mensen die zich in Nederland actief bezighouden met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, zijn de eerst aangewezen om met huisartsen samen naar antwoorden te zoeken. Het gaat dan wel om antwoorden op huisartsgeneeskundige vragen. Het reeds eerder aangehaalde standpunt van *Schuurman en De Haes* kan ik dan volledig delen. Patiëntenvoorlichting door huisartsen heeft aspecten die ook in GVO aan de orde komen en die door de specifieke vaardigheden en inzichten vanuit de GVO ondersteund kunnen worden. Een complicatie bij deze samenwerking kan echter veroorzaakt worden door het feit dat niet volledig duidelijk is wie de GVO in Nederland nu is. Een actie als Nederland Oké maakt het voor huisartsen niet eenvoudiger om de weg naar de goede GVO-er te vinden. De vraag wie nu eigenlijk in de GVO de lakens uitdelen – de Nationale Kruisverenigingen, de GG & GD-en, de ambulante geestelijke gezondheidszorg? – vereenvoudigt de discussie niet. Wanneer *Schuurman en De Haes* stellen dat zij een poging willen wagen om de individuele arts terug te winnen voor GVO, dan wil ik graag een beroep doen op de GVO-ers zich open te stellen voor de benadering die typerend is voor de huisartsgeneeskunde.

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

Summary. Patient information. An ordinary aspect of general medicine. This paper points that patient, therapist and health politics are all caught in double binds. The importance of patient information in general medicine therefore requires critical evaluation. In any case, patient information is not the same as health information and education; nor is it the same as prevention. Patient information is an ordinary aspect of general medicine which, according to data supplied by the monitoring project, plays a role in 13 percent of all problems discussed between general practitioner and patient. The monitoring project also provides information on abnormalities on which information or advice is frequently given. It is finally argued that, despite the specific nature of patient information in general practice, there is a need for collaboration with health information and education workers within well-defined areas.

Bakker, F. R. Medische rubriek: goede plaats voor ontmedicalisering. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 214-216.

Barofsky, I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. (1978) *Soc. Science Med.* 12, 369-376.

Berger, M., P. Berchtold, F. A. Gries et al. Indications for the treatment of obesity. In: *Recent advances in obesity research. Libbey's, London*, 1981.

Boom, W. H., H. Lamberts, J. Froom e.a. Patiënt en huisarts – Rochester (V.S.) en

Ommoord met elkaar vergeleken. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 246-252.

Breslow, L. A positive strategy for the Nation's health. (1979) *J. Amer. med. Ass.* **237**, 2093-2095.

Bryant, W. H. Patient education in the doctor's office: a trial of audiovisual cassettes. (1980) *Canad. Fam. Physician* **26**, 419.

Buck, C., H. Simpson and M. Stewart. The potential value of a patient's manual for self-care. (1976) *Canad. Fam. Physician* **22**, 43-49.

Cohen, C. I. and E. J. Cohen. Health education: panacea, pernicious or pointless? (1978) *New Engl. J. Med.* **244**, 718-721.

Groen, J. J. en H. E. Pelser. Gespreks-groepen voor patiënten met diabetes mellitus. (1981) *Ned. T. Geneesk.* **125**, 257-264.

Harris, D. M. and S. Guten. Health-protective behaviour: an exploratory study. (1979) *J. Hlth soc. Behav.* **20**, 17-29.

Health and prevention in primary care. *Report of a working party appointed by the Council of the Royal College of General Practitioners*, 1981.

Health education with special reference to the primary care approach. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Suppl. (1978) *Int. J. Hlth Educ.* **21**.

Hilton, D. D. Health education in relation to health centre planning. (1981) *Publ. Hlth Kond.* **95**, 90-96.

Kent Smith, C. E. P. and R. R. Hadac. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. (1981) *J. Fam. Pract.* **12**, 283-288.

Lamberts, H. Het Parisoordeel. (1977) *huisarts en wetenschap* **20**, 11-14.

Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 293-304.

Lauzon, R. R. J. An epidemiological approach to health promotion. (1977) *Canad. J. Publ. Hlth* **68**, 311-317.

Levy, S. R., B. K. Iverson and H. J. Walberg. Nutrition-education research: an interdisciplinary evaluation and review. (1980) *Hlth Educ. Quart.* **7**, 107-126.

Meuwissen, J. H. J. M. en J. L. M. van der Beek. Audiovisuele hulp bij patiënteninformatie. (1981) *Medisch Contact* **36**, 403-406.

Prevention of arterial disease in general practice. *Report of a sub-committee of the Royal College of General Practitioners' working party on prevention*, 1981.

Prevention of psychiatric disorders in general practice. *Report of a sub-committee of the Royal Colle of General Practitioners' working party on prevention*, 1981.

Russell, M. A., C. Wilson, C. Taylor et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. (1979) *Brit med. J.* **II**, 231-235.

Schachtschabel, H. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het klein. Een verslag over de GVO-activiteiten van het Gezondheidscentrum Osdorp. (1980) *T. soc. Geneesk.* **58**, 693-696.

Schuurman, J. H. en W. F. M. de Haes. Ook patiëntenvoorlichting is GVO. (1979) *Medisch Contact* **34**, 727-731.

Shires, D. B. and W. Hayward. Prospecting in your practice. (1979) *Canad. Fam. Physician* **25**, 934-936.

Shuval, J. T. Primary care and social control. (1979) *Med. Care* **6**, 631-638.

Steuart, G. W. Health behavior and planned change. In: Health education monographs 20. *Public Health Educators, New York*, 1965.

Swezey, R. L. and A. M. Swezey. Educational theory as a basis for patient education. (1976) *J. chron. Dis.* **29**, 417-422.

Tones, B. K. Past achievement and future success. In: J. Sutherland (ed.). Health education. Perspectives and choices. *Allen & Unwin, London*, 1979.

Weel, C. van. Werken met groepen in het gezondheidscentrum Ommoord. (1977) *huisarts en wetenschap* **20**, 313-319.

Weel, C. van. Group-based care: does it change problem behaviour? (1980) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **30**, 665-670.

Nota bene

Uit respect voor de intimiteit van het innerlijk leven dient bij de behandeling van medisch-psychologische problemen niet dieper te worden geëxploreerd dan voor het bereiken van herstel noodzakelijk is. (Stelling bij: J. J. Rombach. Breast cancer screening. *Diss. Utrecht*, 1980.)

Een meer bedrijfsmatige aanpak van onderwijs en onderzoek aan de Nederlandse Universiteit zal in zowel kwantitatief als in kwalitatief opzicht een hoger rendement opleveren. (Stelling bij: J. Kingma. De ontwikkeling van kwantitatieve en rationele begrippen bij kinderen van 4-12 jaar *Diss. Groningen*, 1981.)

Beter 1 dokter in bed dan 10 er omheen. (Stelling bij: J. W. van Kleef. A clinical evaluation of bupivacaine (marcaine) 0.5% versus 0.75%. *Diss. Leiden*, 1981.)

Het verdient overweging aan de notitie van de afkortingen G (gravida), P (para), die van M (Mater) toe te voegen om het aantal levende kinderen van een vrouw te vermelden. Hierdoor kunnen ontactische of pijnlijke opmerkingen vermeden worden. (Stelling bij: G. C. M. Trimbos-Kemper. Tubachi-urgie. *Diss. Leiden*, 1981.)

Health care of the ageing

The American Academy of Family Physicians has approved a detailed position paper concerning the problems of ageing and the care of the aged. This paper, together with a feature article on health care of the aging, has been widely distributed - seeking critical reviews and also inviting its use as a resource document. It is commended to all those who are concerned with the care of the ageing.

It will be of especial interest to those involved in medical education; undergraduate, vocational and continuing, and to those concerned with the administration and delivery of health care to the aged.

Amongst other aspects, the statement reflects the Academy's opposition to the development of a new speciality or subspeciality in geriatrics. In support of this it says:

„While family doctors are actively providing care to the aged, we recognize that aging is a lifelong process and believe that the problems of aging cannot and should not be narrowly defined in terms of physical age. We believe that the highest quality and most cost effective health care if provided as a continuum throughout the patient's life, and that the family physician is in a unique position to contribute to the total care of the patient at any age. Our concept of total care includes the maintenance of health as well as care of the ill, while taking into account the psychological and socioeconomic aspect of aging.

„As family physicians, we agree with other experts who've pointed out that people do not suddenly transform into a different species at an arbitrarily predetermined age. Our practice philosophy of comprehensive, continuing care is based in part on the belief that health in later years is vitally affected by lifestyle and health care patterns established throughout life.”

Further details or copies of the Statement may be obtained by contacting: Mr William R. DeLay, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, U.S.A.

(Ontleend aan (1981) *WONCA NEWS* **7**, nr 1.)