Richtlijnen voor patiëntenvoorlichting door de huisarts

Consensus tussen huisartsen, patiënten en deskundigen

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

Waarover moet een huisarts minimaal voorlichting geven aan de patiënt op zijn spreekuur? De bestaande literatuur geeft hierop geen voldoende eenduidig antwoord. Daarom werden in een consensusprocedure door huisartsen, patiënten en deskundigen in drie ronden prioriteiten en wenselijkheden vastgesteld op het gebied van patiëntenvoorlichting. Inwinnen van informatie over ideeën en verwachtingen bij de patiënt, uitleg over lichamelijk onderzoek en de resultaten daarvan en uitleg over medicatie kwamen onder andere als prioriteiten naar voren. Deze voorlichting lijkt zowel voor de huisarts als voor de patiënt relevant en haalbaar. De uitkomsten van de procedure betekenen een aanvulling en nadere detaillering van de bestaande benaderingen van voorlichting aan patiënten tijdens het consult. Ze onderstrepen ook het feit dat voorlichting aan patiënten moeilijk los kan worden gezien van de wijze waarop aan het consult vorm wordt gegeven.

Van Beurden W, Binkhorst T, Grol R, Toemen T. Richtlijnen voor patiëntenvoorlichting door de huisarts. Consensus tussen huisartsen, patiënten en deskundigen. Huisarts Wet 1990; 33(7): 273-7, 292.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg.
W. van Beurden, arts; T. Binkhorst, GVO-deskundige; Dr. R. Grol, psycholoog; mw. T. Toemen, arts.
Correspondentie: W. van Beurden, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

Het vorige kabinet is medio 1989 akkoord gegaan met het ontwerp Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Centraal daarin staat dat een arts zijn patiënt steeds terdege, en desgewenst ook schriftelijk, moet informeren over de behandeling.[1] Niet alleen de overheid, maar ook patiënten en artsen verwachten een verbetering van de geneeskundige zorg door een goede voorlichting.

Ook in beleidsplannen neemt bewaking van de kwaliteit van de zorg een centrale plaats in. De ontwikkeling van 'standaarden' en richtlijnen voor de hulpverlening is hiertoe een noodzakelijke voorwaarde.[2] De voorkeur gaat daarbij uit naar het formuleren van standaarden op basis van wetenschappelijke inzichten. Dit is evenwel niet altijd te verwezenlijken. Op sommige terreinen is weinig onderzoek verricht en in een aantal gevallen is de kwaliteit meer afhankelijk van heersende normen en waarden dan van gebleken effecten op de gezondheid van de patiënt.[3]

Binnen de huisartsgeneeskunde omvat 'zorg' niet zonder meer de toepassing van technologieën, maar ook de begeleiding en ondersteuning van patiënten. Voorlichting speelt daarbij een belangrijke rol. Uit onderzoek is gebleken dat goede voorlichting kan leiden tot angstreductie, een grotere therapietrouw of een beter inzicht in de ziektesituatie.[4 6] Deze onderzoeksresultaten hebben tot nu toe echter nog weinig weerslag gevonden in de dagelijkse consultvoering. Het is niet duidelijk welke inhoud deze voorlichting precies zou moeten hebben. Ook is weinig bekend over de verhouding tussen wenselijkheid en haalbaarheid in de dagelijkse praktijk van de huisarts.

Verschillende belanghebbenden brengen verschillende opvattingen over 'goede voorlichting' naar voren omdat zij verschillende uitgangspunten hebben. *Donabedian* onderscheidt respectievelijk een sociale, een professionele en een geïndividualiseerde definitie van kwaliteit.[7] Vertaald naar patiëntenvoorlichting zien deze definities er als volgt uit:

- *Sociale definitie* ('de samenleving'): overheid, financiers en beleidmakers zullen – als vertegenwoordigers van de samenleving – vooral waarde hechten aan voorlichting als middel bij optimalisering van de zorg en als recht van patiënten.
- *Professionele definitie* ('de huisarts'): voor de huisarts betekent adequate voorlichting die voorlichting die zowel effectief is, dat wil zeggen bijdraagt aan herstel of preventie van ziekten, als haalbaar in de praktijk.
- *Geïndividualiseerde definitie* ('de patiënt'): voor de patiënt zal essentieel zijn dat de arts belangstelling heeft voor zijn problemen en goede, bij de eigen situatie passende, uitleg geeft over de ziekte en het beleid.

Vanwege dit onderscheid in uitgangspunten achtten wij het van belang tot consensus te komen met betrekking tot de vraag: welke voorlichting dient de huisarts in elk geval aan de patiënt te geven? Daarbij hebben wij ons beperkt tot richtlijnen die voor élk consult van belang zijn, ongeacht de klacht of aandoening.

Methoden

Voor het oplossen van problemen in de geneeskunde en de gezondheidszorg worden steeds vaker consensusmethoden gebruikt, zoals in Nederland onder andere door het CBO en het NHG. Deze methoden zijn erop gericht om de verschillende aspecten van een probleem zo goed mogelijk naar voren te brengen en overeenstemming te bereiken over controversiële onderwerpen.

Wij peilden de opvattingen van deskundigen, huisartsen en patiënten over voorlichting met de Delphi-methode.[7-9] Hiermee kunnen de kennis, ervaring en meningen van een groep mensen (het panel) op systematische wijze worden gebundeld. Het panel wordt schriftelijk benaderd, men weet meestal niet wie de andere leden zijn. Er vinden enkele commentaarronden plaats, waarbij de meningen en argumenten van alle leden zo goed mogelijk worden verwerkt en teruggerapporteerd. In een 'slotverklaring' worden de gemeenschappelijke en controversiële punten weergegeven.

Panel
Het panel dient te bestaan uit mensen die het probleemveld kunnen overzien en representatief zijn voor de betrokken groeperingen. De literatuur geeft geen exacte aanwijzingen voor de grootte van het panel en de subpanels. De panels variëren veelal van 25 tot 50 personen, de subpanels zijn meestal niet groter dan 10-12 personen.

Om zoveel mogelijk recht te doen aan de drie beschreven 'definities' zijn in ons panel opgenomen: patiënten (n=16), op voordracht van het Landelijk Patiënten-Consumenten Platform; huisartsen (n=16): opinieleiders, verbonden aan beroepsverenigingen, huisartseninstituten of vakbladen; deskundigen (n=16): deskundigen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, beleidmakers op politiek niveau en vertegenwoordigers van andere eerstelijns organisaties.

Richtlijnen
Een literatuurstudie en een inventarisatie van bestaande richtlijnen voor voorlichting vormden het uitgangspunt. Als definitie van patiëntenvoorlichting werd gehanteerd: het doelgericht en systematisch geven van informatie aan patiënten over de gezondheidsproblemen waarmee ze kampen'.[10] Tijdens de inventarisatie bleek echter dat het moeilijk is het begrip voorlichting te beperken tot het louter geven van uitleg: patiëntenvoorlichting is in het gehele consult verweven en kan niet worden losgekoppeld van het overige handelen. Zo vraagt bijvoorbeeld het doelgericht geven van uitleg om een goede verheldering van vragen van de patiënt in het begin van het consult. Om hieraan voldoende recht te doen werd de opbouw van een consult gebruikt als basis voor de inventarisatie.[11]

De gevonden richtlijnen werden gegroepeerd naar fasen in het consult: beginfase, onderzoek, bevindingen en diagnose, prognose, beleid algemeen, medicatie, verwijzing en terugkomen. Dit leverde 80 richtlijnen op, waarmee de consensusprocedure werd gestart.

Consensusronden
De eerste set richtlijnen werd aan het panel voorgelegd met de vraag of men een richtlijn 'altijd', 'meestal', 'meestal niet' of 'nooit' noodzakelijk vond. Per richtlijn werd gevraagd de doorslaggevende argumenten voor de eigen mening te vermelden. Ook kon men richtlijnen toevoegen. In drie consensusronden werd toegewerkt naar overeenstemming over de richtlijnen.

In de literatuur worden geen duidelijke criteria gegeven bij welke mate van overeenstemming de grens voor consensus gelegd moet worden. Daarom werd – betrekkelijk arbitrair – besloten dat minimaal 85 procent van het gehele panel én 75 procent van elke subgroep van mening moest zijn dat werken volgens de richtlijn altijd of meestal noodzakelijk is. Bij minder dan 50 procent overeenstemming over de waarde van een richtlijn zou deze vervallen.

Naast de mate van overeenstemming werden ook de argumenten voor of tegen elke richtlijn zorgvuldig bestudeerd. Op basis van met name tegenargumenten en toegevoegde richtlijnen werd een richtlijn aangepast. Daarbij lieten de onderzoekers hun eigen opinie zoveel mogelijk buiten beschouwing. Richtlijnen waarover in de eerste ronde niet voldoende overeenstemming bestond, werden, voorzien van voor- en tegenargumenten en eventueel opnieuw geformuleerd, in de tweede ronde wederom aan de orde gesteld.

In de derde ronde zijn tenslotte alle richtlijnen waarover in de voorafgaande twee ronden consensus was bereikt, opnieuw aan het panel voorgelegd. Hierbij werd een accoordverklaring voor het accepteren van de richtlijn in het uiteindelijke voorlichtingsmodel gevraagd. Het panel werd tevens verzocht prioriteiten in de richtlijnen aan te geven, door deze in te delen naar de mate waarin ze in een doorsnee-consult aan de orde zouden moeten komen. De antwoordmogelijkheden waren 'absoluut', 'indien mogelijk' en 'niet per se'. Als criteria voor het indelen van een richtlijn bij de prioriteiten gold – opnieuw betrekkelijk arbitrair – dat minstens de helft van het gehele panel én minstens de helft van iedere subgroep in de categorie 'absoluut' gescoord moest hebben.

Resultaten

Van de 48 panelleden moesten 2 patiëntenvertegenwoordigers in de eerste ronde van medewerking afzien (wegens ziekte). In de tweede en derde ronde werden van alle 46 overgebleven leden adequaat ingevulde en bruikbare lijsten ontvangen.

Het invullen van de vragenlijsten bleek in de opeenvolgende ronden steeds minder tijd te vergen (gemiddeld respectievelijk 1 uur 50 minuten, 1 uur 16 minuten en 45 minuten). Het invullen van de vragenlijsten werd in de opeenvolgende ronden steeds positiever beoordeeld.

In de eerste ronde voldeden 33 van de 80 geformuleerde richtlijnen aan de criteria voor consensus. Eén richtlijn haalde wel de grens van 75 procent voor elk van de subgroepen maar net niet van 85 procent voor het totale panel. Huisartsen bereikten aanzienlijk minder vaak consensus over de noodzaak van een bepaalde voorlichtingsactiviteit dan patiënten en deskundigen (*tabel 1*). Over 10 richtlijnen bestond bij minder dan 50 procent van de leden overeenstemming. Bij 4 hiervan werden voldoende zwaarwegende argumenten gegeven om deze opnieuw te formuleren, de overige 6 zijn vervallen.

Er werden 67 aanvullende richtlijnen gegeven (*tabel 2*). Huisartsen voelden zich het meest geroepen om richtlijnen toe te voegen voor de beginfase van het consult en de onderzoeksfase. Zij gaven geen enkele aanvulling voor de fase van bevindingen, terwijl patiënten juist hiervoor veel aanvullingen gaven. Verreweg de meeste van deze aanvullingen konden worden verwerkt bij het herformuleren van de richtlijnen. Uiteindelijk werden 5 nieuwe richtlijnen in de tweede ronde opgenomen.

Er bestonden duidelijke verschillen tussen de argumenten van de drie subgroepen in de eerste ronde; de procedure bracht een aantal basale normen en waarden van betrokkenen aan het licht.[12] Voor de deskundigen, als vertegenwoordigers van de samenleving, stonden onder meer het recht en de correcte behandeling van de patiënt, alsmede het gevaar van betutteling en paternalisme centraal. Voor patiënten was vooral belangrijk dat de voorlichting wordt afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt. Ook hechten zij eraan dat de voorlichting de patiënt motiveert tot medewerking aan en een

Tabel 1 *Percentage richtlijnen waarover consensus werd bereikt; n = aantal voorgelegde richtlijnen.*

	Eerste ronde (n=80)	Tweede ronde (n=48)	Derde ronde (n=50)
Huisartsen	46	52	88
Patiënten	73	79	92
Deskundigen	76	83	98
Hele panel	41	37	70

Tabel 2 *Aantallen aanvullende richtlijnen in de eerste consensusronde.*

	Beginfase	Onderzoek	Bevindingen	Beleid	Totaal
Patiënten	3	4	9	2	18
Huisartsen	13	9	–	6	28
Deskundigen	8	1	4	8	21
Totaal	24	14	13	16	67

Tabel 3 *Voorbeeld van de ontwikkeling van richtlijnen. Percentages bereikte consensus.*

	Tot. n=46	H.A. n=16	Pat. n=14	Desk. n=16
Eerste ronde				
Richtlijn 'De huisarts bespreekt eventuele bijwerkingen en neveneffecten van medicatie.'	78	63	93	81
Argumenten voor:				
Bereidt patiënten voor op bijwerkingen.				
Bevordert therapietrouw.				
Bevordert tijdig stoppen, indien nodig.				
Is een recht van de patiënt.				
Argumenten tegen:				
Kennis van bijwerkingen leidt tot bijwerkingen.				
Alleen nodig als de kans op bijwerkingen groot is.				
Tweede ronde				
Aangepaste richtlijn: 'Indien de kans op bijwerkingen groot is en/of de bijwerkingen ernstige gevolgen voor de patiënt kunnen hebben, bespreekt de huisarts welke bijwerkingen de patiënt zelf kan herkennen en hanteren en bij welke bijwerkingen deze de arts moet waarschuwen.'	93	88	93	100
Derde ronde				
Definitieve richtlijn: 'Indien de kans op bijwerkingen groot is en/of de bijwerkingen ernstige gevolgen voor de patiënt kunnen hebben, bespreekt de huisarts welke bijwerkingen de patiënt zelf kan herkennen en hanteren en bij welke bijwerkingen deze de arts moet raadplegen.'	96	100	93	94
Absolute prioriteit	78	81	86	69

eigen verantwoordelijkheid voor het herstel. Voor de huisartsen lag het accent op een goede begeleiding van de patiënt: aansluiten bij diens verwachtingen en vragen, inzicht vergroten en duidelijke instructie geven. Anderzijds werd door hen gepleit voor een flexibele benadering: bij de ene patiënt wel uitleg, bij de andere niet, afhankelijk van de aard van de ziekte en de aard van het beleid. Deze benadering sluit aan bij de werksituatie van de huisarts, die veelal pragmatisch te werk moet gaan in de tien minuten die hij gemiddeld voor een patiënt beschikbaar heeft.

In de tweede ronde werden de richtlijnen voorzien van de belangrijkste tegenargumenten die in de eerste ronde naar voren waren gebracht (zie voor een voorbeeld *tabel 3*). Aanpassing van de formulering op basis van de gegeven argumenten en toegevoegde richtlijnen betekende vaak dat de richtlijn alleen in bepaalde omschreven gevallen (conditioneel) van toepassing zou zijn.

Van de 48 voorgelegde richtlijnen bleken er nu 18 aan de consensuscriteria te voldoen. Vier richtlijnen behaalden de grens van 75 procent bij elk van de subgroepen wel, maar niet de instemming van 85 procent van het totale panel. Evenals in de eerste ronde bereikten de huisartsen minder vaak consensus dan de patiënten en deskundigen (*tabel 1*). Eveneens overeenkomstig de eerste ronde was dit verschil het meest opvallend bij de richtlijnen voor de beleidsfase.

Geen van de door het panel in de eerste ronde zelf ingebrachte richtlijnen voldeed aan de criteria.

In de derde en laatste ronde kwamen alle 50 richtlijnen terug, waarover in de eerste twee ronden consensus was bereikt. Een aantal hiervan was op details opnieuw geformuleerd. De panelleden konden nu per richtlijn hun uiteindelijke akkoordverklaring geven. Vijfendertig van de vijftig richtlijnen voldeden in deze ronde wederom aan de consensuscriteria (*pag. 276*). Over vijf richtlijnen bestond wél in elke subgroep voldoende overeenstemming, maar niet in het hele panel.

Opvallend was dat de panelleden het nu

binnen de subgroepen over de meeste richtlijnen eens waren: huisartsen over 44, patiënten over 46 en deskundigen zelfs over 49 van de 50 richtlijnen (*tabel 1*).

In de loop van de tijd werd steeds duidelijker dat er te veel richtlijnen over zouden blijven om in één consult aan de orde te stellen. Diverse malen vermeldden de panelleden dit ook als commentaar. Het was dus van belang om in de laatste ronde ook na te gaan welke richtlijnen volgens het panel prioriteit hadden. Van de 35 overgebleven richtlijnen kwamen er 17 als prioriteit naar voren (*kader*). Deze betreffen onder andere het inwinnen van informatie over ideeën en verwachtingen bij de patiënt, uitleg over lichamelijk onderzoek en de resultaten daarvan en uitleg over medicatie.

Beschouwing

Delphi-methode

De Delphi-methode is goed bruikbaar voor het ontwikkelen van richtlijnen, wanneer men niet beschikt over onderzoeksgegevens die het handelen van de huisarts kunnen onderbouwen. In drie consensusronden zijn normen, waarden, visies en ervaringen van verschillende betrokkenen gebundeld. Hiermee is een breed draagvlak voor de richtlijnen voor patiëntenvoorlichting ontstaan, zowel in huisartsgeneeskundig-inhoudelijk als in maatschappelijk opzicht.

Een nadeel van de methode is dat men slechts een beperkt aantal mensen in het panel kan opnemen, omdat de verwerking van de commentaren anders niet meer uitvoerbaar is. Hoewel dit panel verhoudingsgewijs groot was, blijft de behoefte bestaan de ontwikkelde richtlijnen op grotere schaal onder huisartsen te testen.

Een ander mogelijk nadeel is, dat de onderzoeker zich moeilijk afstandelijk en volledig objectief kan opstellen ten aanzien van het ingebrachte materiaal. Interpretatie van meningen is immers nodig bij het weergeven van de talrijke argumenten en het herformuleren van de richtlijnen.

Door het vaststellen van criteria voor het wel of niet accepteren van de richtlijnen is enige objectiviteit ingebouwd. Deze criteria zijn echter betrekkelijk willekeurig omdat hiervoor geen 'standaard' bestaat. De criteria waren evenwel streng, zodat er waarschijnlijk geen richtlijnen ten onrechte zijn geaccepteerd. De mogelijkheid bestaat wel dat bepaalde richtlijnen ten onrechte zijn vervallen. Gezien de haalbaarheid voor de dagelijkse praktijk is dit niet zo'n probleem. Het uiteindelijke pakket richtlijnen lijkt van zodanige omvang dat het geschikt is voor een 10-minuten consult.

Voorlichting door de huisarts in elk consult

Algemeen

1 Expliciet opvattingen en overtuigingen van patiënt nagaan.
2 Expliciet nagaan wat patiënt zelf al gedaan heeft.
3 Expliciet behoeften en verwachtingen bij patiënt inventariseren.
4 Samen met patiënt hulpvraag formuleren.
5 Uitleg wat er verder gaat gebeuren in dit consult (tweesporenbeleid).
6 Eerste voorlopige conclusie geven naar aanleiding van onderzoek.
7 Bevindingen onderzoek bespreken.
8 Ingeval van (complexe) lichamelijke klachten: behoefte aan nadere uitleg peilen en zonodig deze uitleg geven.
9 Mogelijke aard van aandoening/probleem bespreken.
10 Mogelijke verklaringen, oorzaken, achtergronden bespreken.
11 Ernst bespreken.
12 Te verwachten beloop bespreken.
13 Ingeval van moeilijke problematiek en/of twijfel over goed begrip: begrip van uitleg nagaan.
14 Belang of noodzaak van het beleid weergeven.
15 Ingeval van ingewikkeld beleid en/of grote invloed op de dagelijkse routines: uitvoerbaarheid nagaan.

In geval van vervolgcontacten

16 Effect van lopende behandeling/afspraken navragen.
17 Indien adviezen/afspraken niet opgevolgd zijn of er geen effect van behandeling is: problemen met opvolgen ervan bespreken.
18 Ingeval van vermoeden van moeite/twijfel/weerstand: bespreken of patiënt beleid nog onderschrijft.

In geval van lichamelijk onderzoek

19 Uitleg wat voor soort onderzoek.
20 Informeren naar eerdere ervaringen; bij ingrijpend/onaangenaam onderzoek: uitleg wat patiënt kan ervaren.
21 Uitleg wat van patiënt verwacht wordt.
22 Ingeval van onbegrip/weerstand: vragen of patiënt accoord gaat met het onderzoek.

In geval van psychosociale problemen

23 Bespreken over welke aspecten hiervan doorgepraat wordt.

In geval van zelfzorgmogelijkheden

24 Bespreken wat patiënt zelf kan doen voor het herstel.

In geval van medicatie

25 Bespreken welk medicament.
26 Uitleg hoe vaak per dag te gebruiken.
27 Indien van belang: uitleg tijdstippen waarop medicament gebruikt moet worden.
28 Ingeval van speciale toedieningsvormen: uitleg/demonstratie hoe te gebruiken.
29 Bespreken wanneer effect verwacht kan worden en hoe lang ermee door te gaan.
30 Ingeval van ernstige bijwerkingen of grote kans op bijwerkingen: bespreken welke bijwerkingen zelf te herkennen en te hanteren en wanneer arts raadplegen.
31 Ingeval van nadelige gevolgen van te veel of te weinig nemen/vergeten: consequenties hiervan bespreken.

In geval van verwijzing

32 Bespreken voor- en nadelen van eventuele verwijzing.
33 Voorkeur patiënt ten aanzien van verwijzing bespreken.
34 Voor zover bekend: patiënt voorbereiden op onderzoek of behandeling elders.
35 Inhoud van verwijsbrief bespreken, brief geopend meegeven.

NB De nummers van richtlijnen met prioriteit zijn vet gedrukt.

Wat betreft de prioriteiten geldt voor de huisarts dat slechts 4 richtlijnen algemeen van toepassing zijn, de andere 13 zijn conditioneel. Voor de patiënt geldt dat slechts enkele richtlijnen uitleg bevatten die onthouden moeten worden. Het merendeel van de richtlijnen heeft betrekking op bijvoorbeeld het inwinnen van informatie bij de patiënt of het geven van uitleg aan de patiënt over wat er gaat gebeuren.

De gehanteerde, schriftelijke, methode heeft daarnaast als duidelijk voordeel, dat de betrokkenen onafhankelijk van elkaar in de consensusontwikkeling kunnen worden betrokken. Niet-artsen komen ook aan het woord en een deel van de bezwaren die aan mondelinge groepsconsensusmethoden zijn verbonden (zoals dominante leden die de uitkomst sterk sturen of ongestructureerde discussies) blijft beperkt.[7 12] Men kan elkaar niet rechtstreeks beïnvloeden en men kan geleidelijk, zonder druk, de eigen mening vormen, mede op basis van geleverde argumentatie.

Uitkomsten

De resultaten tonen dat de geraadpleegde huisartsen, patiënten en deskundigen in de loop van het onderzoek steeds meer overeenstemming bereikten over talrijke aspecten van het geven van voorlichting. Gold voor huisartsen – de (toekomstige) uitvoerders van deze richtlijnen – in de eerste en tweede ronde nog, dat ze het over aanmerkelijk minder richtlijnen eens waren dan patiënten en deskundigen, in de derde ronde was dit verschil grotendeels verdwenen. Van de 35 geaccepteerde richtlijnen kan gezegd worden dat zij tot tweemaal toe voldaan hebben aan de (strenge) criteria voor consensus.

De uitkomsten van het onderzoek betekenen een aanvulling en nadere detaillering van de bestaande benaderingen van patiëntenvoorlichting in de consultvoering.[13-15] Dit onderstreept nog eens dat voorlichting een integraal deel uitmaakt van het consult. Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat sommige richtlijnen die in de consultvoering een belangrijke plaats innemen (bijvoorbeeld terugkombeleid), in dit onderzoek niet als zodanig zijn geaccepteerd.

Van de in gangbare voorlichtingsliteratuur genoemde criteria voor goede voorlichting werd een deel door het panel geaccepteerd, maar er werden ook afwijkende zienswijzen geregistreerd. Zo bleek uit de argumenten in de eerste ronde dat het panel vele richtlijnen alleen onder bepaalde voorwaarden noodzakelijk vond (bijvoorbeeld 'als dit ernstige gevolgen voor de patiënt heeft'). Dit sluit aan bij de in de huisartsgeneeskunde vigerende selectieve aanpak.

Bijna alle richtlijnen voor voorlichting tijdens de beginfase van het consult, het lichamelijk onderzoek en het weergeven van de bevindingen zijn geaccepteerd. Wat betreft de overige fasen van het consult kan de huisarts zich volgens het panel vaak tot een minimum beperken. Een aantal richtlijnen vond het panel minder belangrijk, zoals:

- het voorleggen van beleidsalternatieven aan de patiënt (de huisarts kan zich beperken tot uitleg over belang en noodzaak van het beleid).
- het expliciet nagaan van de mogelijkheden van de patiënt om het beleid ook uit te voeren.
- de uitleg over de dosering van de medicatie.
- de uitleg over effecten van het beleid.
- het afchecken van het begrip bij de patiënt.
- het motiveren van de patiënt tot zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid.
- de uitleg over in welk geval de patiënt dient terug te komen.

Het panel vond dit soort richtlijnen vaak overdreven, gekunsteld of schoolmeesterachtig. Tijdens het consult zou vanzelf wel blijken of de patiënt uitleg nodig heeft. De huisarts moet bijvoorbeeld wel vertellen wat de patiënt aan zelfzorg kan doen, maar als de patiënt meer wil weten, moet hij er zelf om vragen. De voorlichting over medicatie werd door veel leden een taak van de apotheker geacht, of men meende dat deze in de bijsluiter moet staan.

Meer in het algemeen valt enige ambivalentie in de keuzen van het panel op. Enerzijds hecht men veel waarde aan de inbreng van de patiënt in het consult en de medewerking aan de behandeling, anderzijds werden veel richtlijnen die dat mogelijk moeten maken, afgewezen. Voortdurend lijkt hierbij een sleutelvraag naar boven te komen: hoe ver dienen de voorlichtingsactiviteiten van de huisarts te reiken, waar houdt zijn bemoeienis op en waar begint de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt?

De uitkomsten van dit onderzoek bieden de huisarts een pakket aan prioriteiten en wenselijkheden op het gebied van voorlichting aan patiënten. De resultaten kunnen worden gebruikt bij de deskundigheidsbevordering (als voorlopig instrument bij opleiding, nascholing en toetsing) van huisartsen, en als basis voor een eventueel te formuleren 'standaard' op dit gebied. Daarnaast kunnen ze uitgangspunt zijn voor verder onderzoek naar voorlichting door de huisarts. De bruikbaarheid en toepasbaarheid van deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk zal echter in dat kader ook verder onderzocht dienen te worden.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat door de inperking van het onderzoek tot richtlijnen voor patiëntenvoorlichting in élk consult, ongeacht de klacht of aandoening, de geformuleerde richtlijnen een algemeen, globaal karakter hebben. Concrete invulling zal juist vaak wél afhankelijk zijn van de klacht of aandoening die centraal staat in het consult. Daarom wordt thans een consensusonderzoek uitgevoerd waarin drie verschillende panels van huisartsen concrete richtlijnen opstellen bij een aantal veel voorkomende klachten en aandoeningen (luchtweginfecties, klachten van het bewegingsapparaat, diabetes en hypertensie). Hierover hopen wij in de naaste toekomst te rapporteren.

Literatuur

1. Wetsontwerp 'Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst'. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1989.
2. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage: Staatsuitegeverij, 1987.
3. Lamberts H. Protocollen, normen en waarden. Huisarts Wet 1983; 26: 122-4.
4. Ley P, Whitworth M, Skilbeck C, et al. Improving doctor-patient communication in general practice. J R Coll Gen Pract 1976; 26: 720-4.

Vervolg op pag. 292.

en infectieziekten blijft nog laag. Het vaardighedenonderwijs voor de start van de beroepsopleiding lijkt redelijk wat betreft het zien doen en matig tot slecht ten aanzien van het zelf doen. Met name de rubrieken oog, KNO en urogenitaal apparaat van man en vrouw scoorden zeer laag. Gedurende de beroepsopleiding wordt dit in het algemeen tot een redelijk niveau gebracht, zij het dat er onvoldoende aanbod bleef in de rubrieken urogenitaal apparaat van man en vrouw.

Dit gedegen promotie-onderzoek over een moeilijk onderwerp munt ook uit in de beschrijving van de methodologie. Bovenal bevat het veel relevante informatie voor de betrokken onderwijsmakers en -gevers. En dat zijn er velen: de staven van de instituten, een kwart van alle praktizerende huisartsen en het grote aantal docenten van de basisopleiding. Een wens zou nog kunnen zijn, dat voor hen de onderzoeksresultaten in een beknopte, toegankelijker vorm beschikbaar zouden komen. Dit verhoogt de kans dat de gesignaleerde tekorten zullen worden meegenomen in de verdere vormgeving van de basisopleiding en de – inmiddels ingevoerde – meerjarige beroepsopleiding.

M.P. Springer

Skin manifestations of AIDS *Penneys NS. London: Martin Dunitz, 1990; 210 bladzijden, prijs GBP 39.95. ISBN 1-85317-013-5.*

De symptomen van Hiv-infecties zullen door de meeste huisartsen voorlopig slechts incidenteel worden waargenomen. Een klein aantal huisartsen krijgt wel al regelmatig met Hiv geïnfecteerde patiënten te maken. Voor hen is het van belang kennis te hebben van het uiteenlopende spectrum van huidaandoeningen die kunnen samenhangen met een Hiv-infectie. Aan de huid kunnen immers relatief vaak bij Hiv-geïnfecteerden afwijkingen worden vastgesteld, juist ook in de vroege stadia van de infectie. Bovendien is de huid voor de huisarts gemakkelijk toegankelijk voor diagnostiek. Tenslotte vormen de huidverschijnselen voor veel patiënten een belangrijke bron van last, verontrusting of schaamte.

Enige kennis van zaken zal de huisarts kunnen helpen te differentiëren tussen de vele huidsymptomen en al dan niet een therapie of verwijzing kunnen doen overwegen. Deze goed verzorgde kleurenatlas met 267 illustraties en overzichtelijke tekst kan daarbij goede diensten bewijzen. Overigens illustreren de afbeeldingen beter dan laboratoriumuitslagen en incidentiecijfers de dramatische vormen die een Hiv-infectie kan aannemen.

Frans J. Meijman

O&O

Werkboek beleid maken voor de werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH) *Willink AE, Van Herrewegen-van Kimmenade MPS. 1989; 40 pagina's, prijs NLG 7,50. ISBN 90-5218-008-3.*

Thuiszorg, een inventarisatie *Duijn J. 1989; 75 pagina's, prijs NLG 19,90. ISBN 90-5218-012-1.*

Werkboek voor Farmacotherapie-overleg Samenwerking Huisarts-Apotheker *Terra R, Vermuë R, De Kroon A, Kolker L. 1989; 155 pagina's, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5054-053-8.*

Basisboek: Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut *Smit G, Lubbers MAI. 1989; 31 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-052-X.*

Werkboek basale organisatie van de samenwerking. Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut *Smit G, Lubbers MAI. 1989; 72 pagina's, prijs NLG 17,50. ISBN 90-5054-054-6.*

Starten van Samenwerking. Samenwerking Huisarts-Specialist *Ten Have JJIM, Buwalda JD. 1989; 35 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-051-1.*

Ontwikkelen van ouderenbeleid in eerstelijns samenwerkingsverbanden *Van Weerden AB, Van Bokhoven RFM, Dekker C, Koenis H. 1989; prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-018-0.*

Werkafspraken in de ouderenzorg. Werkboek voor begeleiders *Dekker C, Van Bokhoven RFM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 54 pagina's, prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-020-2*

Werkafspraken in de ouderenzorg. Cursusboek voor deelnemers *Dekker C, Van Bokhoven FRM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 32 pagina's prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-019-9.*

Te bestellen bij: O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Amsterdam VU

AIDS-voorlichting. *Deynum G, Van het Leven M. 40 pagina's, prijs NLG 10,–.*
Verslag van een schriftelijke enquête onder 287 huisartsen.

Huisarts en hemangioom *[Scriptie]. Brans R. 24 pagina's, prijs NLG 5,–.*
Literatuuronderzoek.

Richtlijnen voor patiëntenvoorlichting door de huisarts

Vervolg van pag. 277

5 Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communications. London: Academic Press, 1983.
6 Hall J, Roter D, Katz N. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-75.
7 Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring I. The definition of quality and approaches to its assessment. An Arbor: Health Administration Press, 1980.
8 Fink A, et al. Consensus methods. Characteristics and guidelines for use. Am J Publ Health 1984; 74: 979-83.
9 Turoff M. The Policy Delphi. In: Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. Boston (Ma): Addison-Wesley, 1975.
10 Van Eijk J. Patiëntenvoorlichting en eigen verantwoordelijkheid. In: Van Eijk J, Cuisinier M, Grol R, Jonkers R, red. Patiëntenvoorlichting in de eerst lijn. Rijswijk, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1989.
11 Toemen T, Grol R. Patiëntenvoorlichting door de huisarts: ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor het handelen van de huisarts op het gebied van patiëntenvoorlichting [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987.
12 Grol R, Van Beurden W, Binkhorst T, Toemen T. Standaard en consensus. Hoe informeert de huisarts zijn patiënten? Med Contact 1989; 44: 435-7.
13 Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.
14 Van Dalen J, Kraan H, Crijnen A. MAAS: Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst. Scoringshandleiding vaardigheidstoetsversie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
15 Van Aalderen H, e.a. Methodisch werken. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1981.

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 286
1 juist; 2 onjuist; 3 onjuist; 4 juist; 5 onjuist; 6 onjuist; 7 onjuist; 8 onjuist; 9 juist; 10 juist; 11 juist; 12 juist; 13 onjuist; 14 juist; 15 juist; 16 juist.