

Patiëntenvoorlichting

Dit proefschrift gaat over een notoir moeilijk te onderzoeken terrein van medisch handelen: het effect van voorlichting aan patiënten op kennis van de ziekte, op gedrag en op de gezondheidstoestand. Het accent van het onderzoek ligt op de evaluatie van een groepsvoorlichtingsprogramma voor patiënten met reumatoïde artritis (RA).

In het eerste hoofdstuk worden psychosociale aspecten van reumatische ziekten in het algemeen (waaronder RA) onderverdeeld in vier categorieën:

- psychosociale factoren bij het ontstaan en het verdere beloop;
- psychosociale gevolgen van het hebben van een reumatische aandoening;
- indirecte beïnvloeding van de ernst van de ziekte;
- psychosociale vormen van behandeling: patiëntenvoorlichting of psychotherapie (over het laatste zwijgt het boek verder).

Taal concludeert uit de literatuur dat vooral de mate waarin een patiënt meent controle te hebben over de ziekte, bepalend is voor zijn ziektegedrag. Patiëntenvoorlichting moet uitgaan van een nauwkeurige omschrijving van het probleem en een al even nauwkeurige planning van het voorlichten. Dit geldt zowel voor individuele als voor groepsvoorlichting.

Hoofdstuk 2 bespreekt de basistermen van het later te omschrijven voorlichtingsprogramma, waarbij de nadruk ligt op de termen 'self-efficacy' en 'self-management', vertaald met de lelijke neologismen 'zelf-effectiviteit' en 'zelf-management'. Zelf-effectiviteit wordt gedefinieerd als de mate waarin een individu in staat is om een activiteit (bijvoorbeeld een oefening) zelf uit te voeren. Zelf-management betekent dat de patiënt zelf in belangrijke mate de behandeling van zijn ziekte bepaalt. Een positieve zelf-effectiviteitsverwachting is een voorwaarde voor het slagen van zelfzorg. De relatie van het begrip zelf-effectiviteitsverwachting met begrippen als 'inschatting van de eigen competentie', 'zelfwaardering' en dergelijke wordt zeer kort (te kort) besproken. Zelf-effectiviteit duidt dan specifiek het succes van een ziektegebonden handeling aan.

Hetzelfde hoofdstuk bevat zeven criteria voor voorlichtingsprogramma's, die zijn afgeleid uit de literatuur. Belangrijke elementen zijn een grondige probleemanalyse, hantering van een theoretisch model (het belang daarvan wordt niet erg verduidelijkt) en het betrekken van mensen uit de directe omgeving van de patiënt bij het voorlichtingsprogramma.

Ook het derde hoofdstuk bevat een literatuuroverzicht, waarin specifiek wordt gekeken naar resultaten van groepsvoorlichting. Uit de via Medline gezochte literatuur uit 1980-1994 werden 31 studies geselecteerd, waarvan 12 ook andere reumatische ziekten dan RA betroffen. Bijna alle evaluatiestudies meldden positieve effecten op ziektekennis en op gedrag. Met name de studies die specifiek patiënten met RA betroffen, konden echter meestal geen effect op de ziekte aantonen. Studies met alleen RA-patiënten betroffen gemiddeld veel kleinere groepen dan gemengde studies: 24 versus 121. Lange-termijneffecten waren vrijwel steeds laag of niet gemeten. Het effect op psychosociale klachten zoals angst en depressie bleek vrijwel steeds nihil.

Het vierde hoofdstuk bevat het oudste artikel: een in 1989 gepubliceerd testverslag van de Nederlandse versie van de Arthritis Impact Measurement Scales, een instrument om lichamelijke, psychische en sociale aspecten van artritis te meten. Het hoofdstuk past niet duidelijk in het betoog van het boek en wordt hier verder niet besproken.

De eigenlijke empirische onderdelen van het onderzoek staan in de laatste twee hoofdstukken. Eerst wordt in het vijfde hoofdstuk een interview/enquête-onderzoek onder 100 RA-patiënten gerapporteerd, waarin is nagegaan wat zij als de voornaamste problemen noemen. Dat hoofdstuk is te beschouwen als de probleemanalyse die Taal als essentieel beschouwt voor het voorlichtingsprogramma, dat in het zesde hoofdstuk wordt geëvalueerd. RA-patiënten kregen eerst de gelegenheid om spontaan de drie belangrijkste problemen te noemen, en vervolgens moesten ze van een lijstje problemen aangeven welk het meest frequent was. Opvallend is het ontbreken van seksuele problemen als categorie (en dus als antwoord). Voornaamste problemen waren de beperkingen en afhankelijkheid; enigszins verrassend kwam pijn pas op de derde plaats. In het onderzoek werden ook zelf-effectiviteit en mate van sociale steun gemeten middels gestructureerde interviews. Er bleek een positieve relatie tussen zelf-effectiviteit en subjectief gevoel van gezondheid; voorts meldden patiënten met een hoge zelf-effectiviteitsverwachting problemen met het opvolgen van adviezen (dat lijkt een tautologie).

Het zesde hoofdstuk, tenslotte, bevat een evaluatief onderzoek van een vijf weken durend groepsprogramma, waarin 6-8 patiënten per groep twee uur per week de volgende onderdelen kregen aangeboden: contracten maken, informatie, zelfzorg, pijnbestrijding en

ontspanning, het omgaan met depressie. Opvallend genoeg lijkt er geen relatie te bestaan tussen de bevindingen uit hoofdstuk 5 en de inhoud van de patiëntencursus. Daarnaast kregen de deelnemers fysiotherapie. Aanvankelijk waren uit een landelijk registratiesysteem 140 patiënten geselecteerd, van wie er 75 meededen (geen analyse van weigeraars). De deelnemers hadden in grote meerderheid een functionele classificatie II (matige beperkingen, voldoende functie voor normale activiteiten). Deze 75 werden at random toebedeeld aan de experimentele of de controlegroep. De controlegroep kreeg wel fysiotherapie, maar geen groepsbijeenkomsten.

Effecten werden na 6 weken, 4 maanden en 14 maanden gemeten met een vragenlijst, klinisch onderzoek en laboratoriumonderzoek. Na 6 weken waren er positieve effecten op de parameters gezondheidstoestand, functionele beperkingen, gedrag, en zelf-effectiviteitsverwachtingen, maar hoe groot de verbetering was, wordt niet duidelijk. Na 4 maanden was het effect op enkele parameters verdwenen, en na 14 maanden was er nog meetbaar effect op kennis, zelf-effectiviteit en het doen van oefeningen. De auteur schrijft in zijn beschouwing dat de groepsscholing alleen duidelijk effect had op dat gedrag, waarvoor patiënten toch al een grote zelf-effectiviteitsverwachting hadden. Er waren geen substantiële veranderingen in de gezondheidstoestand.

Commentaar

Elementen uit dit proefschrift kunnen voor de huisarts van belang zijn, voor zover ze bruikbaar zijn bij de voorlichting aan mensen met andere chronische ziekten: maak met de patiënt een goed en toetsbaar voorlichtingsplan op basis van een probleemanalyse, betrek de naasten bij de voorlichting en leg de nadruk op praktische vaardigheden. Groepsvoorlichting is wellicht een optie voor frequente chronische ziekten zoals Cara, maar niet voor de ongeveer 10 patiënten met RA (in verschillende gradaties van ernst) in de gemiddelde huisartspraktijk.

De resultaten van het onderzoek zijn niet erg verrassend. Het lijkt nogal voor de hand liggend dat een hoge mate van zelf-effectiviteit gepaard gaat met betere compliantie en een misschien met een betere gezondheidstoestand. Het experimentele onderzoek naar het effect van groepsbijeenkomsten is niet sterk, omdat de controlegroep geen enkele vorm van extra aandacht kreeg. Mogelijk zijn de gunstige effecten in de eerste maanden na het programma simpelweg te verklaren uit de hoeveelheid tijd en aandacht. Het is mijns inziens de vraag of

het onderzoek dat Taal geprobeerd heeft te doen ooit echt 'rond' te krijgen is met experimenteel epidemiologische methoden. Misschien is daarvoor het aantal patiënten zelfs in de specialistische setting te klein en het aantal variabelen te groot.

Opvallend is het gebrek aan reflectie over de gebruikte begrippen en resultaten. Zo vraagt Taal zich niet af hoe het zou kunnen dat het effect van voorlichting zo kort aanhoudt, maar begint hij meteen te denken over 'booster'-strategieën om daar iets aan te doen. Ook iets meer reflectie op het centrale begrip zelf-effectiviteit zou het proefschrift interessanter hebben gemaakt. Zo wordt bijvoorbeeld de voor de hand liggende vraag naar een relatie tussen zelf-effectiviteitsverwachting en sociale achtergrond niet gesteld. Het lijkt mij waarschijnlijk dat de zelf-effectiviteitsverwachting van patiënten samenhangt met de mate waarin zij werkelijk controle over hun bestaan hebben, en dat verander je niet in een groeps cursus.

Taal E. Self-efficacy, self-management and patient education in rheumatoid arthritis [Dissertatie Universiteit Twente]. Delft: Eburon, 1995; 127 bladzijden, prijs NLG 39,50. ISBN 90-5166-450-8.

Dick Willems

Kwaliteit

Dat het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg niet alleen een Nederlandse aangelegenheid is, wordt na lezing van dit interessante werk snel duidelijk.¹ In Duitsland zijn dezelfde belangengroepen als in Nederland in dit onderwerp geïnteresseerd: de artsen, de patiënten (verenigingen), de ziektekostenverzekeraars en de overheid. En ook in Duitsland bestaan er sinds kort wetten op dat gebied, wetten waarvan de consequenties nog niet goed zijn te overzien. Ook wat dat betreft lijken de twee landen op elkaar.

Ook de verschillen tussen beide landen komen in deze studie duidelijk aan het licht. Duitsland is een statenbond – met verschillen tussen de 'Länder', waardoor de problemen er niet eenvoudiger op worden – terwijl Nederland op dit gebied meer een eenheid vormt met overal identieke structuren en regels. Bovendien is het begrip huisarts in Duitsland minder goed te omschrijven dan bij ons.

Deze studie is het verslag van een goed doordachte enquête, gehouden onder een aselechte steekproef geïnteresseerde huisartsen over hun mening over het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg en over het invoeren van

maatregelen om deze kwaliteit op een of andere manier te garanderen. Het boek is een publicatie van de afdeling huisartsgeneeskunde van de Medizinische Hochschule Hannover.

Na een inleiding, waarin de begrippen duidelijk omschreven worden, komt het resultaat van het onderzoek aan bod. In de inleiding wordt ook veel aandacht besteed aan de situatie in het buitenland, waarbij Nederland veel lof oogst. De auteurs hebben zich goed georiënteerd, totaal 183 literatuuropgaven waarvan 28 procent Engelstalig.

Hoewel ik niet weet welke resultaten een dergelijke enquête in Nederland zou hebben, krijg ik wel de indruk dat men in Duitsland op dit punt meer ter discussie wil stellen dan bij ons – bijvoorbeeld de structuur van de gezondheidszorg – en dat ook de kwaliteit van bijvoorbeeld bepaalde apparatuur ter sprake gebracht zou moeten worden. Bovendien wijzen de Duitse artsen naar mijn gevoel meer op de juridische risico's van het invoeren van kwaliteits-eisen voor artsen, juridische risico's vooral wat betreft de aansprakelijkheid. Omgekeerd bestaan er in Duitsland, voor zover ik weet, geen standaarden zoals het NHG die bij ons heeft ontwikkeld.

De begrippen en de terminologie op dit ingewikkelde gebied zijn allerminst eenvoudig. Om mij voor deze boekbespreking beter te oriënteren, heb ik een bijdrage van onze Nederlandse kwaliteitsprofessor nog eens goed gelezen,² waardoor de zaak er echter voor mij niet duidelijker op werd. Ik las over vijftien begrippen waarvan de term kwaliteit de eerste drie lettergrepen vormt – van kwaliteitssystemen tot kwaliteitsconsulententeams – en leerde dat een kwaliteitsrichtlijn eigenlijk hetzelfde is als een standaard. De term Qualitätssicherung in de titel van dit boek zou ik willen vertalen met kwaliteitsgarantie, een begrip dat in het stuk van Grol niet eens voorkomt. Kortom erg moeilijk allemaal.

De vraag waarom het gaat, is uiteraard een oude vraag: hoe kan een beroepsgroep tot beter werken worden gebracht. Daar zijn vele mensen – wat de huisartsen betreft – al langer mee bezig. Zelf heb ik het gevoel dat de invoering van de beroepsopleiding in Nederland – waardoor de huisartsopleiders hun handelen ter discussie stelden – een grote stap voorwaarts is geweest. Dat wil ook zeggen dat de studie in de geneeskunde, de beroepsopleiding, de nascholing, de collegiale verhoudingen en nog meer zaken met deze kwaliteitsgarantie te maken hebben. Wat wil zeggen dat het onderwerp eigenlijk alleen binnen een veel groter kader dan in dit boek besproken moet worden. Maar

dan wordt het waarschijnlijk nog moeilijker dan het al is.

Samenvattend: een interessant boek dat veel te denken geeft over een moeilijk onderwerp.

Gerlach FM, Bahrs O. Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1994; prijs DM 58.–. ISBN 3-86126-081-6.

2 Grol R. Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? Huisarts Wet 1993; 36: 106-12.

G.J. Bremer.

Toetsing

In dit occasional paper wordt een nieuwe methode van intercollegiale toetsing geïntroduceerd en vergeleken met de intercollegiale toetsing, zoals wij die ook kennen in Nederland.¹ Zijn het in gewone toetsgroepen meestal algemene onderwerpen die besproken worden, bij deze nieuwe vorm van toetsen lijkt het erop dat de discussie gevoerd wordt rond één casus. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling van deze '1 incident (significant event)'-toetsing, dat alleen over gebeurtenissen wordt gepraat waar iets fout gegaan is; ook casus waar alles goed liep, kunnen natuurlijk leerzaam zijn.

Pringle *et al.* deden een studie waarbij twintig praktijken met in totaal 78 huisartsen betrokken werden. De helft deed een jaar lang aan de gebruikelijke manier van intercollegiale toetsing, de rest van de praktijken volgde de nieuwe manier van toetsen. Daarbij werd gekeken of de nieuwe vorm van toetsing te implementeren was, welke de sterke en zwakke punten ervan waren, wat de reacties van de deelnemende huisartsen waren, en of de kwaliteit van handelen in positieve zin werd beïnvloed. Om de twee vormen van toetsen goed te kunnen vergelijken was afgesproken dat voor beide groepen diabetes mellitus en bereikbaarheid de belangrijkste toetsonderwerpen zouden zijn.

Aan de hand van interviews vóór en na de onderzoeksperiode en door vergelijking van positieve veranderingen van enkele parameters die belangrijk zijn voor de diabeteszorg, werd geprobeerd antwoord te krijgen op bovenstaande vragen. Heel duidelijke conclusies kunnen niet getrokken worden. Voor de '1 incident'-toetsing lijkt onderling vertrouwen binnen de huisartsgroep een belangrijker voorwaarde dan bij de gebruikelijke toetsvorm. De nieuwe vorm vergt duidelijk minder voorbereiding, maar heeft ook sneller de neiging te verzanden

in oppervlakkigheid. Toch kan ook deze vorm van toetsing de kwaliteit van het handelen verbeteren, doordat vaker emotionele casuïstiek naar voren werd gebracht en duidelijk werd dat men door de emotie die het onderwerp met zich mee bracht, eerder geneigd was het eigen handelen te veranderen. De onderwerpen binnen deze toetsing waren ook duidelijker praktijkgericht en relevant.

De onderzoekers zien wel een plaats voor de nieuwe manier van toetsen, maar meer in de zin van aanvullend dan als alternatief. Mogelijk zou een bepaald toetsonderwerp kunnen starten aan de hand van '1-incident'-besprekingen om van daaruit vragen en discussiepunten te destilleren en verder te gaan met de gebruikelijke toetsing.

In dit tijdschrift werd al eerder gepubliceerd over deze vorm van toetsing door een toetsgroep die als onderwerp fouten had gekozen.² Conradi toonde aan dat Groningse huisartsen behoefte hadden aan toetsing over hun fouten.³ Dat lijkt mij meer een aanwinst voor de Nederlandse huisarts dan de vorm van toetsen die Pringle heeft onderzocht.

1 Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, et al. Significant event auditing [Occasional Paper 70]. London: Royal College of General Practitioners, 1995; 71 pagina's, prijs GBP 16.–. ISBN 0-85084-208-5.

2 Van Pelt-Termeer AMM, Van den Berg FA. Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. Huisarts Wet 1995; 38: 7-9.

3 Conradi MH. Fouten van huisartsen. Amsterdam, Meppel: Boom, 1995.

W. Verstappen

Formularium

Dit geneesmiddelenformularium is gebaseerd op gebruik, ervaring en voorschrijfgedrag van een aantal huisartsen die verbonden zijn aan de universiteit van Newcastle upon Tyne. Uitgangspunten zijn:

- 90 procent van de aandoeningen die voor farmacotherapie in aanmerking komen, wordt beschreven met richtlijnen voor rationele therapie;
- de voorstellen moeten acceptabel zijn voor een grote groep huisartsen uit verschillende regio's;
- er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van generieke namen, en de kosten van therapie spelen een belangrijke maar niet beslissende rol bij de keuze van de geneesmiddelen;

- alleen nieuwe geneesmiddelen die onmiskenbaar bewezen voordelen hebben boven de oudere, worden opgenomen;
- het formularium moet geschikt zijn voor scholing en moet een basis vormen voor toetsen van voorschrijfgedrag;
- het formularium moet worden aangepast door huisartsen voor huisartsen.

Op basis van deze uitgangspunten worden in alfabetische volgorde de belangrijkste indicaties voor farmacotherapie in de huisartspraktijk behandeld. Per indicatie of klacht wordt een voorstel voor therapie gedaan, bestaande uit een preparaat met de dosering voor volwassenen en kinderen. Vervolgens worden uiteenlopende belangrijke zaken vermeld, variërend van opmerkingen over het adequaat stellen van de indicatie voor farmacotherapie, tot controles die moeten worden verricht. Belangrijke bijwerkingen en interacties worden altijd besproken, evenals informatie die aan de patiënt gegeven moet worden. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de prijs van het voorschrift op basis van 100 tabletten of een omschreven hoeveelheid van een andere farmaceutische vorm.

De redactie van dit formularium heeft zich mijns inziens goed aan haar prijzenswaardige uitgangspunten gehouden. De bespreking van de farmacotherapie geeft de gebruiker snel informatie over de voor te schrijven preparaten en is behulpzaam bij voorlichting aan de patiënt. In tegenstelling tot veel andere formularia is de tekst prettig te lezen. Helaas ontbreekt een onderbouwing van de gemaakte keuzen. Voor praktisch gebruik behoeft dat echter geen bezwaar te vormen.

Voor gebruik in de Nederlandse huisartspraktijk is het boekje slechts ten dele geschikt, omdat sommige preparaten in ons land niet beschikbaar zijn of niet aansluiten bij het voorschrijfgedrag van de Nederlandse huisarts. Voor wie op zoek is naar praktische informatie rond farmacotherapie en het geen bezwaar vindt bij een aantal indicaties zelf naar het 'Nederlandse' alternatief te moeten zoeken, is dit formularium zeer de moeite waard. Voor degenen die zich bezighouden met het maken van een formularium, is dit boek een niet te missen ideeënbus.

Grant GB, Gregory DA, Edwards C. A basic formulary for general practice [Practical Guides for General Practice]. 3rd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1994; 90 pagina's, prijs GBP 12,50. ISBN 0-19-262492-X.

Karel Rosmalen