Patiëntenvoorlichting in de chronische psychiatrie

door T.F. van Wel, P.P.M. Stapels en M.G.C. de Leeuw

Samenvatting

De voorgestelde wijzigingen in structuur van de gezondheidszorg en het wetsontwerp inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst wijzen op het belang van patiëntenvoorlichting. In dit artikel wordt een definitie gegeven van patiëntenvoorlichting in de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt verslag gedaan van een oriënterend onderzoek naar de voorlichtingswensen van langdurig in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënten. Er zijn 82 patiënten en 21 medewerkers geïnterviewd. De patiënten (die zichzelf vooral als 'bewoners' zien) hechten het grootste belang aan onderwerpen die betrekking hebben op de dagelijkse gang van zaken. De medewerkers beschouwen hen echter evenzeer als 'patiënten' en benadrukken daarmee eveneens het belang van voorlichting over de problematiek en haar behandeling. Goede patiëntenvoorlichting is onlosmakelijk verbonden met een planmatige aanpak. Dit betekent dat expliciet dient te worden stilgestaan bij de inhoud, de methode en de organisatie van de voorlichting.

Inleiding

Hoewel voorlichting aan patiënten niet nieuw is in de (geestelijke) gezondheidszorg, is het als apart omschreven taak wel een vrij nieuw verschijnsel. In het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg ('Commissie-Dekker') uit 1987 wordt een herziening van de structuur van de gezondheidszorg voorgesteld. Dit zou moeten leiden tot kostenbeheersing met behulp van het marktwerkingsmechanisme. Binnen door de overheid gestelde kaders zullen drie partijen zich op de markt van vraag en aanbod begeven: aanbieders van zorg, financiers en gebruikers. Willen de gebruikers partij kunnen geven, dan is goede voorlichting onontbeerlijk. Dit gaat samen met het voorontwerp van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst waarin staat dat patiënten formeel toestemming moeten geven voor elke behandeling en elk onderzoek. Voor het nemen van zo'n beslissing is goede voorlichting onontbeerlijk. In overeenstemming hier-

mee zijn maatschappelijke ontwikkelingen zoals emancipatie, individualisering en democratisering, die in de nota Patiëntenbeleid (1988) worden gesignaleerd. Dezelfde nota geeft aan dat patiëntenvoorlichting dient te worden gestimuleerd. Overigens is sinds 1984 in de erkenningseisen van ziekenhuizen al vastgelegd dat ziekenhuizen aandacht aan patiëntenvoorlichting behoren te geven.

Bij de hulpverleners in de gezondheidszorg is sprake van een veranderende zorgvisie: het zorgconcept verschuift van een reparatiemodel via begeleidingsmodel naar een verantwoordelijkheidsmodel (Boekholdt 1988). De psychische en sociale aspecten gaan een steeds volwaardiger deel uitmaken van de zorg, en de patiënt wordt gezien als medeverantwoordelijk voor zijn herstel. De relatie tussen arts en patiënt verandert en voor een goede samenwerking neemt het belang van voorlichting toe.

Begripsbepaling

Een veel gehanteerde definitie van patiëntenvoorlichting is afkomstig van Damoiseaux (1988): '*een planmatig leer- en/of communicatieproces met een gericht doel dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zodanige veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden en gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden*' (p. 4). Dekkers (1981: 70-72) onderscheidt vier onderling sterk samenhangende deelfuncties van patiëntenvoorlichting:

1. Patiënteninformatie; hierbij gaat het om de overdracht van inzichten en gegevens die voor de patiënt relevant en/of effectief zijn.
2. Patiënteninstructie; dit betreft voorschriften over de rol van de patiënt bij onderzoek en genezing en heeft met name betrekking op therapeutische aanwijzingen en op voorschriften over medicatie, leefwijze, voeding en dergelijke.
3. Patiënteneducatie; dit omvat een leerproces om inzicht te krijgen in de ziekte, de behandeling en de actie die de patiënt kan ondernemen om herstel van en/of omgang met de ziekte te bevorderen.
4. Patiëntenbegeleiding; hiermee wordt gedoeld op het verlenen van steun aan de patiënt door middel van communicatie om de belasting van de behandeling, de ziekte en de gevolgen daarvan zo goed mogelijk te verdragen.

In de definitie van Damoiseaux ligt de nadruk op educatie. Hoewel de verschillende deelfuncties elkaar overlappen en er geen eenduidigheid bestaat over welke deelfuncties onder het begrip patiëntenvoorlichting vallen, stellen wij vast dat patiëntenvoorlichting meer omvat dan louter informeren. Daarnaast moet voorlichting planmatig worden opgezet.

De geestelijke gezondheidszorg

De definitie van Damoiseaux dient te worden bezien in het licht van de somatische gezondheidszorg. Zijn definitie vormt een reactie op het traditioneel medisch handelen, waarin het cartesiaanse denken (de scheiding tussen lichaam en geest) centraal staat en de medici het zieke lichaam dienen te genezen. Met de opkomst van de sociale wetenschappen groeit het besef dat houding en gedrag van de patiënt en diens sociale omgeving van grote invloed kunnen zijn op het genezingsproces. Volgens Damoiseaux' definitie richt patiëntenvoorlichting zich niet louter op de ondersteuning van het medisch handelen, maar eveneens op alle vormen van psychosociale hulpverlening, inclusief psychotherapie. Hosman en Gerards (1988) concluderen terecht dat hiermee het merendeel van het uitvoerende werk in de geestelijke gezondheidszorg onder de noemer patiëntenvoorlichting zou vallen. Zodoende is binnen de geestelijke gezondheidszorg deze definitie niet goed bruikbaar.

Definitie van patiëntenvoorlichting in de geestelijke gezondheidszorg

Naar onze mening dienen bij patiëntenvoorlichting in de geestelijke gezondheidszorg de volgende elementen aangetroffen te worden:

- Het omvat de functies informatie, instructie en educatie; wij laten de functie begeleiding achterwege aangezien wij dit voor de geestelijke gezondheidszorg als een vanzelfsprekende taak beschouwen.
- Het is doelgericht, namelijk op het herstel en/of behoud van gezondheid en daarmede op bevordering van de autonomie van de patiënt.
- Het is een planmatig communicatieproces; hiermee doelen wij op een systematische opzet waarin inhoud, methode en organisatie van de voorlichting moeten zijn uitgewerkt (zie Kanters en Jonkers 1988).
- De inhoud is gebaseerd op wat de patiënten willen weten en/of wat voor hen belangrijk is in het kader van verblijf en/of behandeling.
- De methode en de organisatie dient men zorgvuldig vorm te geven: begrijpelijk, respectvol en eventueel door verschilende personen op meerdere manieren en tijdstippen aangeboden.

Hiermee komen wij tot een definitie van het begrip patiëntenvoorlichting die is toegespitst op de geestelijke gezondheidszorg:

Patiëntenvoorlichting is het geven van informatie en/of instructie en/of educatie aan patiënten over onderwerpen die voor en volgens hen in het ka-

der van verblijf en/of behandeling relevant zijn, door middel van een planmatig communicatieproces met als doel de autonomie te versterken.

Met deze definitie wordt de verhouding van patiëntenvoorlichting tot psychotherapie duidelijker. Patiëntenvoorlichting bestrijkt niet alleen een breder, maar gedeeltelijk ook een ander terrein. Er wordt niet alleen tegemoet gekomen aan het recht op informatie, het doel is tevens de patiënt mondiger te maken en in staat te stellen om overwogen besluiten te nemen. Daarmee kan in bepaalde omstandigheden een met de psychotherapie strijdig doel worden nagestreefd, namelijk wanneer het vanuit het oogpunt van de behandeling niet zinvol zou zijn bepaalde informatie te verstrekken terwijl dit vanuit het voorlichtingsperspectief wel zo zal moeten zijn. Het is aan de professionals in de geestelijke gezondheidszorg om in zulke gevallen de (voorlichting over) behandeling aan deze gewijzigde omstandigheden aan te passen.

De praktijk

Aangezien patiëntenvoorlichting in de algemene gezondheidszorg een andere achtergrond heeft en men er ruimere ervaring mee heeft opgedaan dan in de geestelijke gezondheidszorg, komt de stand van zaken in deze sectoren afzonderlijk aan de orde.

Algemene gezondheidszorg

Binnen de algemene gezondheidszorg lijkt men van het belang van patiëntenvoorlichting al in redelijke mate doordrongen. Opvallend is de toename van het aantal folders over allerhande ziekten. Veel ziekenhuizen beschikken over een commissie patiëntenvoorlichting en over een coördinator patiëntenvoorlichting. Ook zijn patiënteninformatiebureaus en informatiecentra aanwezig. De literatuur over patiëntenvoorlichting geeft echter aan dat er binnen de algemene gezondheidszorg nog veel verbeterd kan worden.

Inhoudelijk: het is onduidelijk waarover patiënten voorlichting willen hebben. Daarnaast klagen patiënten dat zij niet de informatie krijgen waaraan ze behoefte hebben en dat de informatie die ze wel krijgen te beperkt en onduidelijk is.

Methodisch: er is vaak onvoldoende informatiemateriaal beschikbaar, vooral voor bijzondere groepen zoals buitenlanders en chronische patiënten. Tevens is het onduidelijk hoe de patiënten het beste kunnen worden voorgelicht zodat de voorlichting niet alleen voldoende is maar ook begrijpelijk en bruikbaar (Visser 1988; Wendte 1981).

Organisatorisch: door het ontbreken van een planmatige aanpak is het onduidelijk wie op welk moment welke voorlichting geeft. Naast het ontbreken van een gepaste structuur (er zijn geen afspraken, regels en procedures over de voorlichting), werkt ook de organisatiecultuur be-

lemmerend. Dubbelboer (1987) spreekt over een 'doe-cultuur' van het ziekenhuis. De aandacht gaat primair uit naar de behandeling; voorlichting is in dit kader slechts een bijprodukt en krijgt als zelfstandige activiteit weinig aandacht.

Geestelijke gezondheidszorg
Binnen de geestelijke gezondheidszorg staat patiëntenvoorlichting nog in de kinderschoenen. Hoewel de meeste instellingen wel over een algemeen informatieboekje beschikken, wordt slechts zelden een commissie patiëntenvoorlichting of een coördinator patiëntenvoorlichting aangetroffen. De enkele beschikbare publikaties betreffen – indien wij ons tot APZ'en beperken – afdelingen voor opname en behandeling (Geelen en Breemhaar, in druk; Strijk 1989, 1991).

Inhoudelijk: in het onderzoek van Strijk (1989) naar kortdurend opgenomen patiënten wordt een eerste aanzet gegeven. Opvallend is dat er een verschil blijkt te bestaan tussen wat patiënten willen weten en wat hulpverleners denken dat zij zouden willen weten. Uit de literatuur blijkt nergens wat specifiek voor de langverblijfpopulatie van belang is.

Methodisch: belangrijk is dat voorlichting toegankelijk, begrijpelijk en bruikbaar is voor de patiënt. In de geestelijke gezondheidszorg is vanwege de aard van de problematiek de patiënt niet altijd in staat op elk moment de informatie te verwerken. Daar komt bij dat de psychiatrische problematiek zelf vaak moeilijk is uit te leggen.

Organisatorisch: er is nagenoeg geen sprake van een planmatige aanpak. Strijk (1989) heeft bij patiënten en hulpverleners een antwoord gezocht op de vragen: wie licht voor, waarover, hoe en wanneer? Het blijkt dat de voorlichting veelal ongestructureerd wordt gegeven en dat er verschil bestaat tussen wat hulpverleners menen te doen en wat patiënten ervaren. Het blijkt ook dat voorlichting vaak verstopt is in de behandeling. Indien men ervan uitgaat dat voorlichting een vanzelfsprekend onderdeel vormt van de behandeling, is te verwachten dat men een planmatige aanpak van de voorlichting geen prioriteit geeft. Daarmee ontbreekt ook in de geestelijke gezondheidszorg een geschikte organisatiestructuur en -cultuur. Speciale aandacht dient te worden besteed aan het belangrijkste 'gereedschap' in de geestelijke gezondheidszorg: de persoon van de hulpverlener. Met name in de langverblijfafdelingen kan de persoonlijke band van de patiënt met de hulpverlener de drempel voor het vragen van voorlichting verlagen en kan het voor de hulpverlener gemakkelijker zijn de voorlichtingsbehoefte in te schatten. In bepaalde omstandigheden zou de onderlinge band echter ook een belemmering kunnen vormen, bij voorbeeld wanneer de patiënt zijn behoefte aan voorlichting terzijde schuift omdat hij vreest het vertrouwen in de hulpverlener te beschamen.

Patiëntenvoorlichting in de H.C. Rümke Groep
Binnen de H.C. Rümke Groep[1] vervult de Willem Arntsz Hoeve een voortrekkersrol. In 1989 is de Commissie Patiëntenvoorlichting geïnstalleerd. Hierin hebben, naast vertegenwoordigers van alle afdelingen, ook leden van de patiënten- en familieraad zitting. In haar eerste verslag stelt deze commissie dat: 1) de voorlichting niet planmatig plaatsvindt, 2) er een coördinator patiëntenvoorlichting dient te worden aangesteld, 3) voor de opname- en behandelafdelingen bij het opzetten van de patiëntenvoorlichting mogelijk gebruik gemaakt wordt van de resultaten van (de dan nog lopende) onderzoeken van Geelen en Breemhaar (in druk) en Strijk (1991), en 4) voor de langverblijfafdelingen eigen onderzoek noodzakelijk is. Dit laatste punt gaat uit van de veronderstelling dat voorlichting moet zijn afgestemd op de specifieke doelgroep. Begin 1991 is zodoende in twee langverblijfafdelingen een oriënterend onderzoek gestart (De Leeuw, Stapels en Van Wel 1993) met als doel tot aanbevelingen te komen over inhoud, methode en organisatie van de patiëntenvoorlichting in de langverblijfafdelingen van het APZ.

Methode van onderzoek

Het onderzoek is praktijkgericht en oriënterend van aard. Er is gebruik gemaakt van een combinatie van open en halfgestructureerde interviews met patiënten en medewerkers: elk interview is begonnen met een open vraag over de huidige voorlichting (opgesplitst naar inhoud, methode en organisatie), gevolgd door de vraag waarover (meer) voorlichting zou moeten worden gegeven. Pas wanneer de geïnterviewden zelf geen inbreng meer hadden, is de onderwerpenlijst[2] ter hand genomen. Daarnaast is verzocht de vier categorieën onderwerpen van deze lijst (1. *Dagelijkse gang van zaken*, 2. *Rechten en plichten*, 3. *Sociaal functioneren* en 4. *Problematiek en haar behandeling*) in volgorde van belangrijkheid te rangschikken. De medewerkers zijn individueel geïnterviewd; de patiënten zowel individueel als groepsgewijs.

Het onderzoek is in twee langverblijfafdelingen van de Willem Arntsz Hoeve uitgevoerd. *Korenveld* is een afdeling met 61 bedden, onderverdeeld in vijf wooneenheden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 75 jaar en bij 47% is de eerste diagnose schizofrenie. Van hen verblijft 85% langer dan 5 jaar in een APZ en 40% is inmiddels langer dan 25 jaar opgenomen. Van deze 61 personen zijn er 55 geïnterviewd. *Wonen* bestaat uit 17 wooneenheden met in totaal 162 bedden en is de grootste afdeling van de Willem Arntsz Hoeve. De patiënten zijn gemiddeld 55 jaar oud en 40% heeft schizofrenie als hoofddiagnose; 88% is langer dan 5 jaar en een kwart langer dan 25 jaar in een APZ opgenomen (Van Wel 1992). Er zijn 27 patiënten geïnterviewd.

Wanneer alle geïnterviewde patiënten (n=82) worden vergeleken met de andere langverblijfpatiënten van de Willem Arntsz Hoeve

(n=274), blijkt dat de geïnterviewden gemiddeld ouder zijn (69 versus 64 jaar) en minder soorten psychofarmaca gebruiken (1,9 versus 2,3 soorten). Er zijn geen psychiatrische hoofddiagnoses oververtegenwoordigd en er zijn evenmin belangrijke verschillen inzake geslacht, opleidingsniveau of opnametijd in een APZ. Er is een tendens die aangeeft dat er minder tekorten in het algehele functioneren zijn. Dit weerspiegelt zich met name in een betere zelfverzorging, minder lichamelijke hulpbehoevendheid en minder gevaarlijke gedragingen.

De groepsinterviews duurden gemiddeld 67 minuten, variërend van 45 tot 88 minuten. De sfeer tijdens de interviews was goed; patiënten stimuleerden in veel gevallen elkaar antwoord te geven. Soms was enige uitleg nodig (herformulering van de vraag en verduidelijking van enkele termen); de antwoorden waren over het algemeen duidelijk en relevant. De interviews zijn afgebroken op het moment dat de aandacht begon te verslappen. Hierdoor zijn niet alle onderwerpen van de onderwerpenlijst aan de orde gekomen. De individuele vraaggesprekken met de patiënten varieerden van 45 tot 100 minuten en namen gemiddeld 56 minuten in beslag. Het verloop van de interviews wisselde sterk. Sommige patiënten antwoordden direct op de gestelde vragen. Bij anderen was het vaak nodig verduidelijking te geven en het verloop van het interview te bewaken. Bij de individuele interviews zijn alle onderwerpen van de onderwerpenlijst aan de orde geweest.

De interviews met de medewerkers namen gemiddeld 87 minuten in beslag. Het kortste duurde een uur en het langste 2 1/2 uur. Bij elk interview zijn alle onderwerpen aan de orde gekomen.

Resultaten en aanbevelingen

De invulling van inhoud, methode en organisatie van de patiëntenvoorlichting hangt sterk af van de specifieke omstandigheden, zoals de reeds aanwezige voorlichtingspraktijk, de kennis van de medewerkers en van de in die context relevante onderwerpen. Aangezien dit onderzoek slechts twee afdelingen betreft, die qua voorlichtingspraktijk op meerdere aspecten van elkaar verschillen, moeten wij voorzichtigheid betrachten om algemeen passende adviezen te geven. Desalniettemin lijken de voorgestelde aanpak en de uitkomsten van het onderzoek op een breed scala van intramurale settings van toepassing. Hieronder komen de belangrijkste resultaten en aanbevelingen aan de orde. De gedetailleerde onderzoeksgegevens en aanbevelingen zijn elders gepubliceerd (De Leeuw, Stapels en Van Wel 1993).

Inhoud van de voorlichting

Nadat de huidige voorlichting is besproken, werd aan de geïnterviewden gevraagd waarover zij meer voorlichting zouden willen krijgen. Het blijkt dat men over de meeste onderwerpen meer voorlichting

wenst. De medewerkers willen echter dat over een groter aantal onderwerpen extra voorlichting gegeven wordt dan de patiënten wensen. Uit het prioriteren van de onderwerpen waarover men extra voorlichting wenst komt eenzelfde patroon: de patiënten wijzen 10 onderwerpen aan terwijl de medewerkers er 20 noemen. Van de vier categorieën uit de onderwerpenlijst wordt door alle geïnterviewden te zamen de hoogste prioriteit gelegd bij voorlichting over *Dagelijkse gang van zaken*.

Methode

Individuele, mondelinge voorlichting wordt door patiënten en medewerkers het meeste genoemd. Opvallend is dat veel patiënten extra schriftelijke informatie op prijs stellen. Naast individuele voorlichting wenst men bij meerdere onderwerpen een groepsgerichte aanpak (bij voorbeeld bij bepaalde trainingen of cursussen). Als aandachtspunten noemt men dat de voorlichting op meerdere wijzen en tijdstippen dient te worden aangeboden, dat deze geregeld herhaald moet worden en dat men dient na te gaan of deze daadwerkelijk is overgekomen.

Organisatie

De meeste geïnterviewden beschouwen de eerst-verantwoordelijke verpleegkundige als de aangewezen persoon om voorlichting te geven. Daarnaast zijn de andere disciplines verantwoordelijk voor de voorlichting over hun eigen werkzaamheden. De eerst-verantwoordelijke verpleegkundige heeft dan een coördinerende functie tussen patiënten en andere disciplines. Veel medewerkers vinden het belangrijk om regelmatig voorlichting te geven. Als vaste tijdstippen noemt men de introductie en de behandelbespreking. Patiënten klagen vaak dat zij te laat informatie krijgen terwijl medewerkers pas informatie willen geven wanneer er duidelijkheid is. Ten aanzien van de meeste onderwerpen vinden patiënten en medewerkers dat het initiatief bij de medewerkers moet liggen en men niet moet wachten op vragen van de patiënten. Bij enkele onderwerpen – met name die in de categorie *Rechten en plichten* – menen sommige medewerkers dat er pas voorlichting gegeven moet worden als de patiënt daar direct belang bij heeft. Anderen zijn de mening toegedaan dat ook informatie die slechts indirect van toepassing is, gegeven moet worden. Wij zijn van mening dat het riskant is om te veel informatie te geven. Relevante informatie kan dan worden ondergesneeuwd. Toch willen wij waarschuwen. Patiënten geven namelijk aan wel degelijk geïnteresseerd te zijn in informatie die slechts indirect op hen van toepassing is. Tevens vinden patiënten dat zij thans niet op tijd worden geïnformeerd en dat hun voorlichtingsbehoefte wordt onderschat. Hiermee lijkt de weg die men met de toekomstige voorlichting in moet slaan duidelijk: er dient méér te worden voorgelicht, ook over onderwerpen die medewerkers niet direct van belang achten. Hoewel een

zekere selectie hierbij onontbeerlijk is, dient men in geval van twijfel voorlichting te geven.

Diversen

De patiënten blijken zichzelf vooral als *bewoners* te zien en niet zozeer als patiënten die een behandeling ondergaan. Zij hebben een woonplek die zich in hun ogen min of meer toevallig in een psychiatrisch ziekenhuis bevindt. Medewerkers beschouwen hen weliswaar ook als bewoners, maar daarnaast evenzeer als *patiënten,* waarbij men streeft naar versterking van de autonomie. Hiermee in overeenstemming is dat patiënten de hoogste prioriteit bij de categorie *Dagelijkse gang van zaken* leggen, terwijl medewerkers een even hoge prioriteit geven aan *Problematiek en haar behandeling.*

Over een aantal onderwerpen zeggen meerdere medewerkers zelf onvoldoende te weten. Deze hebben voornamelijk betrekking op de categorie *Rechten en plichten.* Een belangrijke voorwaarde is zodoende scholing van de medewerkers. Zij dienen over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken. Dit betekent niet dat zij zelf van alle onderwerpen even goed op de hoogte dienen te zijn, maar zij moeten wel weten naar wie zij kunnen doorverwijzen.

Uit de vraaggesprekken blijkt dat de houding van de medewerkers ten aanzien van patiëntenvoorlichting positief is. Men hecht een grote waarde aan het verder tot ontwikkeling brengen van patiëntenvoorlichting. Daarnaast blijkt dit uit de wens van de medewerkers dat ten aanzien van de meeste onderwerpen de voorlichting dient te worden verbeterd.

Er blijkt geen sprake te zijn van een planmatige aanpak van de patiëntenvoorlichting. Veelal wordt de voorlichting op informele wijze gegeven en is ze verborgen in de behandeling en de begeleiding. Hierdoor weten medewerkers niet van elkaar wie welke voorlichting geeft. Zowel patiënten als medewerkers wensen hierover meer duidelijkheid. Goede patiëntenvoorlichting is onlosmakelijk verbonden met een planmatige aanpak. Dit betekent dat expliciet dient te worden stilgestaan bij de inhoud, de methode en de organisatie van de voorlichting. Binnen een planmatige aanpak past een evaluatiemoment. Op microniveau betekent dit dat moet worden nagegaan of de informatie daadwerkelijk bij de doelgroep is overgekomen. Op macroniveau wordt de patiëntenvoorlichting zelf geëvalueerd; men controleert of de gestelde voorlichtingsdoelen zijn gehaald.

Patiënten dienen bij de inhoud, de methode en de organisatie van de voorlichting te worden betrokken. Hun adviezen moeten een permanent karakter hebben. Men kan denken aan het oprichten van een adviescommissie die bij elke stap van de invoering betrokken zal worden. Dit hangt nauw samen met de attitude die hulpverleners dienen te hebben naar de patiënten. Ons inziens probeert men nog veel te veel voor de patiënten te denken en meent men te weten wat goed voor hen is. Uit

ons onderzoek blijkt dat patiënten zelf heel goed weten waarover zij op welke manier voorlichting willen krijgen. Dit betekent dat voorlichting tijdig dient te worden gegeven, men niet de vragen van patiënten moet afwachten en dat men patiënten bij alle aspecten van het voorlichtingsproces moet betrekken.

Noten

1. De H.C. Rümke Groep is een constellatie van psychiatrische instellingen in de regio midden-westelijk Utrecht die op 1 januari 1992 is opgericht. In deze stichting participeren het Christelijk Sanatorium te Zeist, het Willem Arntsz Huis te Utrecht, de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder, het Instituut voor Psychiatrische Dagbehandeling te Utrecht, het voormalig psychiatrisch verpleeghuis De Windehof te Bilthoven en de herstellingsoorden van Herwonnen Levenskracht.

2. De onderwerpenlijst is samengesteld op basis van de literatuur, de verslagen van wekelijkse groepsbesprekingen met patiënten, een enquête onder 16 APZ'en, en het commentaar van deskundigen. De lijst telt 29 onderwerpen die in vier categorieën zijn onderverdeeld (zie De Leeuw, Stapels en Van Wel 1993: 111).

Literatuur

Boekholdt, M.G. (1988), Management of patient-care: challenge to innovation. In: P.C. Berman (red.), *Management of patient-care: professionals and managers in search of new alliences*. NZi/European Healthcare Management Association, Utrecht, p. 1-16.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987), *Bereidheid tot verandering*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk.

Damoiseaux, V. (1988), Patiëntenvoorlichting, een nadere begripsbepaling. In: V. Damoiseaux en A.Ph. Visser (red.), *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, p. 3-25.

Dekkers, F. (1981), *Patiëntenvoorlichting. De onmacht en de pijn*. Ambo, Baarn.

Dubbelboer, J.S. (1987), Hoe organiseer je voorlichting? In: L. Boon en H. Vergeer (red.), *Patiënt, zorg en management. Dilemma's bij de selectie van patiënten, technologie en zorg, voorlichting aan patiënten, kwaliteitsbeleid*. Stichting Sympoz, Amstelveen.

Geelen, K., en B. Breemhaar (in druk), *Voorlichting aan patiënten en familieleden in de psychiatrie*. IVA, Tilburg.

Hosman, C., en F. Gerards (1988), Patiëntenvoorlichting in de geestelijke gezondheidszorg. In: V. Damoiseaux en A.Ph. Visser (red.), *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, p. 329-347.

Kanters, H., en R. Jonkers (1988), Ontwikkeling en implementatie van modellen van patiëntenvoorlichting: Een verkennende analyse. In: V. Damoiseaux en A.Ph. Visser (red.), *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, p. 118-132.

Leeuw, M.G.C. de, P.P.M. Stapels en T.F. van Wel (1993), *Het lichtend pad. Patiëntenvoorlichting in de chronische psychiatrie*. H.C. Rümke Groep/Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder.

Patiëntenbeleid, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1987-1988, 16771, nr. 31.

Strijk, J. (1989), *Rapportage voorlichtingsproject Dennenoord.* Psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord, Zuidlaren.

Strijk, J. (1991), *Eindrapportage patiëntenvoorlichtingsproject van psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord.* Psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord, Zuidlaren.

Visser, A.Ph. (1988), Tevredenheid van ziekenhuizen met de voorlichting. In: V. Damoiseaux en A.Ph. Visser (red.), *Patiëntenvoorlichting, een interdisciplinaire benadering.* Van Gorcum, Assen/Maastricht, p. 267-281.

Wel, T.F. van (1992), *Chroniciteit in beweging. Een longitudinaal onderzoek naar het functioneringsniveau van bewoners van verblijfafdelingen.* Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder.

Wendte, J.F. (1981), Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen. II: Start project 'Patiëntenvoorlichting in het algemene ziekenhuis'. *Medisch Contact,* 36, 315-318.

Summary: Patient education in chronic psychiatry

The structural changes that are due to be effected in Dutch health care, together with new laws regarding medical treatment, underscore the importance of patient information. This article provides a definition of patient information in mental health care. It also presents the results of an exploratory investigation of the nature of desirable information for long-term patients in general psychiatric hospitals. Interviews with 82 patients and 21 hospital staff members were conducted. The patients, who regarded themselves primarily as 'residents', attached the greatest importance to topics of relevance to daily life. The staff members, who viewed the recipients of long-term care both as residents and patients, considered information about the nature of psychiatric problems and their treatment to be equally as important as information about topics of daily life. The authors argue that good patient information requires a systematic approach, which means that its content, method and organization need to be given explicit consideration.

Auteurs zijn respectievelijk als socioloog/psycholoog, socioloog en socioloog/verpleegkundige verbonden aan de H.C. Rümke Groep. Correspondentieadres: T.F. van Wel, H.C. Rümke Groep/locatie Willem Arntsz Hoeve, Het Stafbureau, Dolderseweg 164, 3734 BN Den Dolder.