

Praktijkafspraken gebundeld in een brochure: een pilot-onderzoek

E. F. A. MAES

ACHTERGROND Vanuit maatschappelijke, juridische en therapeutische overwegingen moeten artsen hun patiënten steeds grondiger informeren. In verband met de moeilijkheden bij het verstrekken en het opnemen van alle noodzakelijke informatie tijdens een eerste gesprek werd een brochure ontwikkeld die 27 items omvat.

DOEL Het laten evalueren van de brochure om uit te maken of deze als middel om informatie te verstrekken beantwoordt aan de maatstaven en verwachtingen van collega-professionals én patiënten.

METHODE Vijfenvijftig professionals en 80 patiënten werden gevraagd naar hun mening omtrent zowel de brochure in het algemeen als haar opzet. Professionals werden tevens bevraagd over hun eigen methodiek.

RESULTATEN Uit antwoorden van 26 professionals en 46 patiënten bleek dat slechts 1 op de 4 professionals zijn patiënten systematisch informeert en dat slechts 1 op de 8 hierbij gebruikmaakt van een folder, hoewel zij allen verschillende items als essentieel beschouwden. Bovendien toonden zowel patiënten als professionals een grote appreciatie voor de brochure als voorlichtingsinstrument, zeker voor medisch-juridisch belangrijke items als rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de (Belgische) Wet op de patiëntenrechten.

CONCLUSIE De voorgestelde brochure wordt beschouwd als een geschikt hulpmiddel bij het voorlichten van patiënten omtrent verschillende belangrijke onderwerpen. Naast de stimulerende effecten op het therapeutische proces biedt ze een houvast voor beide partijen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)9, 583-592]

TREFWOORDEN aansprakelijkheid, informatie, psychotherapie

De afgelopen decennia brokkelde de paternalistische kijk op patiënten binnen de geneeskunde af. Ook in ons vakgebied zag men een maatschappelijke trend naar meer voorlichting en inspraak. Hoewel de psychiatrie zich via brede voorlichtingscampagnes trachtte te ontdoen van het stigma van instituten, dwangbuizen en elektroshocks, groeide tevens het belang van specifieke voorlichting vanuit therapeutische, juridische en deontologische hoek.

Vanuit therapeutisch oogpunt werden psy-

chiatrische ziektebeelden allereerst ontdaan van jargon en in verscheidene media vertaald met het oog op brede voorlichting of voor individuele psycho-educatie. Uitstekende brochures werden op internet beschikbaar gesteld, zoals op de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Zelfs tijdschriften (onder meer *Psychopraxis*) en handboeken publiceerden kant-en-klare voorlichtingsteksten (Keijsers e.a. 1997).

Ten tweede groeide binnen verscheidene psychotherapierichtingen het besef dat expliciete

‘spelregels’ (Vandereycken & van Deth 2003) omtrent de randvoorwaarden van het therapeutische proces belangrijk zijn voor het behandelverloop. Overigens staan deze randvoorwaarden los van de aard van de aandoening en het psychotherapeutische referentiekader.

Ten derde groeide de juridisering omtrent inspraak en voorlichting. Gelukkig neemt het niet zo’n vaart als in de VS, waar informatiebrochures bol staan van financiële richtlijnen en indekking-clausules (Wiger 1999). Toch kenden we in België de invoering van een Koninklijk Besluit betreffende het rijbewijs (KB 23.03.1998) en de Wet op de patiëntenrechten (Belgisch Staatsblad 26-9-2002), die een belangrijke informatieplicht leggen bij de behandelaar. Het Hof van Beroep (Gent, 1ste Kamer, 22-5-2003) stelde reeds een arts aansprakelijk voor een verkeersongeval van een patiënte op basis van gebrekkige informatieverstrekking.

Vanuit deze achtergronden groeide binnen

onze psychiatrie- en psychotherapiepraktijk het idee om deze praktische afspraken te bundelen in een brochure.

DE PRAKTIJKBROCHURE¹

Het informeren van patiënten omtrent algemene spelregels voor het ‘samen-therapie-doen’ is dé doelstelling van de brochure. Buiten verwijzingen naar websites en patiëntenverenigingen bevat zij géén informatie over aandoeningen.

De brochure bespreekt 27 onderwerpen (zie ook tabel 3) in een tutoyerende schrijfstijl zonder bijkomende rubricering om gelijkenis met een reglement te vermijden. Als illustratie worden in tabel 1 enkele afspraken weergegeven.

Men kan de afspraken in drie groepen verdelen. De eerste groep afspraken, waaronder de stopregel, agenda-setting en richtlijnen voor huiswerk, moet het psychotherapeutische behandel-

TABEL 1 Enkele voorbeelden van afspraken over ‘samen-therapie-doen’ in de praktijkbrochure

Stopregel	Tijdens de therapie sessies heb jij altijd de volledige controle over het gesprek en hetgeen er gezegd wordt. Als je een bepaalde vraag of een bepaald onderwerp liever niet beantwoordt/bespreekt, of wanneer je dit liever eerst (thuis) overdenkt, dan mag je altijd de ‘stopregel’ invoeren. Dan wordt het gesprek op iets anders gebracht of eventueel een pauze ingelast. Je hoeft je nooit of te nimmer verplicht voelen om te praten. Ook hier heb je altijd recht op privacy. Kortom, je mag nooit het gevoel hebben dat je méér verteld hebt dan je eigenlijk wou.
Agenda-setting	In het begin van de sessie spreken we steeds een kleine ‘agenda’ af, waarin we samen de te bespreken onderwerpen opsommen en selecteren. Dit heeft verschillende voordelen: zo wordt bijvoorbeeld vermeden dat kostbare tijd verloren gaat aan lange inleidingen in het begin van een sessie of dat één van ons een onderwerp aanpakt, terwijl de andere persoon het eigenlijk over iets anders wilde hebben ... Hierdoor wordt opnieuw het belang van jouw inbreng en controle beklemtoond.
Huiswerk	Om een betere kijk te krijgen op jezelf en jouw situatie is het vaak noodzakelijk om ook thuis op dingen te letten en om later bepaalde dingen thuis uit te proberen. Omgekeerd is het soms nuttig om thuis de therapie sessie voor te bereiden, zodat we kostbare tijd winnen. Bij dit soort van huiswerk worden er geen punten gegeven en wordt er niet gelet op taalfouten, orde of netheid ... Wel is het van belang dat je voldoende tijd neemt en dat het echt jouw huiswerk is. Even snel iets op papier zetten in de wachtzaal of je huiswerk samen met iemand maken, geeft een vertekend beeld. Als het eens niet lukte, als je het maar niks vond of als je er geen tijd voor had, zeg je dit beter. Vraag bovendien bij de opgave van het huiswerk steeds voldoende uitleg, zodat je geen tijd verliest met piekeren over de wijze waarop de huiswerkopdracht uitgevoerd moest worden.
Beroepsgeheim en privacy	Artikel 458 uit het strafwetboek en artikel 55 en volgende uit de code voor geneeskundige plichtenleer leggen artsen een strikte zwijgplicht op. Alles wat je zegt of vertelt, blijft dan ook steeds vertrouwelijk. Enkel op die manier kan er het volste vertrouwen groeien tussen jou en jouw therapeut. Zelfs directe familieleden kunnen niet zonder jouw toelating informatie verkrijgen. Als je zelf wilt dat er toch iemand ingelicht wordt, moet je hiervoor expliciet je toestemming geven en stellen we het op prijs dat je zelf tijdens deze gesprekken aanwezig bent, zodat je zelf ziet dat er niks achter jouw rug gebeurt.

verloop in goede banen leiden en een veilige sfeer creëren. De tweede groep afspraken vloeit voort uit juridische verplichtingen tot informatieverstrekking, zoals het inzagerecht van het dossier, de regeling omtrent continuïteit van zorg en de risico's bij autorijden. De laatste groep afspraken stamt zowel uit anekdotische misverstanden als uit weerkerende wrevel omtrent 'onhebbelijkheden' van patiënten. Iemand die pas bij het afscheid durft te vragen om gebruik te mogen maken van het toilet geldt als anekdote. Anderen komen vaak te laat, ontvreemden dingen, roken, of vragen recepten voor familieleden, enzovoorts.

Achterin de brochure bevindt zich een uitneembaar ontvangstbewijs, waarop patiënten de kennisname van belangrijke medisch-juridische aanbevelingen, de weigering van informatieverstrekking aan de huisarts en de weigering van postuum inzagerecht kunnen bekrachtigen. Zo krijgt de brochure tevens een juridische grond.

De brochure dient desondanks echter niet als vervanging van het doornemen door behandelaar en patiënt van de afspraken: voor het opbouwen van een samenwerkingsrelatie blijft deze bespreking belangrijk.

VAKLITERATUUR

Methode

Via PubMed werd gezocht naar relevante literatuur uit de periode 1980-2005 met de volgende trefwoorden: 'booklets', 'pamphlets', 'leaflets', 'patient information'. 'Psychiatry' en 'psychotherapy' werden geïnccludeerd. De beperkte zoekresultaten noopten tot het opnemen van de literatuurreferenties uit de gevonden publicaties. Ook andere auteurs kenden deze moeilijkheden (Dixon-Woods 2001; Moulton e.a. 2004).

Resultaten

Men kan de publicaties in 3 groepen onderbrengen. De grootste groep bestudeert psychoeducatieve brochures voor verschillende somati-

sche en psychiatrische aandoeningen – van hooikoorts (White e.a. 2004) tot angststoornissen (Baillie & Rapee 2004). Een belangrijke subgroep gaat over medicatievoorlichting, de zogenaamde Prescription Information Leaflets of PIL's (Gibbs e.a. 1989; Zwaenepoel & Laekeman 2003).

De tweede groep van publicaties bespreekt onderzoeken naar de leesbaarheid en vorm van patiëntenbrochures en de laatste groep bevat praktijkgerichte publicaties omtrent het opstellen van patiëntenbrochures.

Behoeft De behoefte aan patiëntenbrochures groeide door de toenemende vraag om informatie door patiënten, de gebrekkige verstrekking daarvan door hulpverleners en de onmogelijkheid om deze op te slaan tijdens een doktersconsult (Kitching 1990). Daarnaast wijst Wong (1992) op de wettelijke en ethische plicht om begrijpelijke informatie te verstrekken. Als patiënten mee keuzes moeten maken, is het noodzakelijk om hen goed in te lichten (Coulter 1999).

Inhoud Een uitvoerige bespreking van brochures past niet binnen het kader van dit beperkte literatuuronderzoek. Daarenboven benadert alleen de brochure die door Moore (1991) beschreven is onze eigen praktijkbrochure. In het algemeen kan men stellen dat elke patiëntenbrochure wetenschappelijk accuraat moet zijn, vrij van belangenvermenging, en voldoende begrijpelijk en ter zake (Krass e.a. 2002). Brochures dienen overigens uitdrukkelijk te vermelden dat zij niet volledig zijn en te verwijzen naar andere bronnen (Kitching 1990).

Voordelen Negentig procent van de patiënten beschouwt het krijgen van geschreven informatie als positief, 75% leest die ook (Kitching 1990; Visser 1980). Geïnformeerde patiënten zijn ook significant beter op de hoogte én meer tevreden (Gibbs e.a. 1989). Een opsomming van bijwerkingen veroorzaakt geen therapieontrouw, ongerustheid of meer bijwerkingen (George e.a. 1983; Kitching 1990).

Volgens Weinman (1990) vergroot geschreven informatie zelfs de therapietrouw en bestaat er geen negatief effect op de arts-patiëntrelatie. Thorn e.a. (1996) evalueerden 2 informatiebrochures omtrent 'psychologie' en de 'therapeut-cliëntrelatie'. Alle respondenten reageerden gunstig op deze brochures en hadden deze informatie liever eerder gekregen. Fawdry (1994) ziet heil in een brochure mét 'consentform'.

Leesbaarheid en vorm Veel auteurs onderzochten meetinstrumenten voor de leesbaarheid van patiëntenbrochures (Baker 1997; Basara & Juergens 1994; Kirkpatrick & Mohler 1999). Geautomatiseerde formules kunnen een leesbaarheidindex berekenen op basis van zinslengte, aantal lettergrepen en aantal courante woorden (Davis e.a. 1993; Flesh 1948). Hoewel er wel 100

dergelijke formules bestaan, is hun nut beperkt bij het evalueren van medische teksten, omdat ze geen rekening houden met jargon, woordvolgorde of zinswendingen (Basara & Juergens 1994; Wright 2003). Zo gaan patiëntenbrochures in de VS uit van een leesniveau ('8th grade') dat slechts 30% van de bevolking heeft (Mallet & Spruill 1988). Vele Amerikaanse patiëntenbrochures veronderstellen zelfs een universitair leesniveau (Mumford 1997).

Ook op het gebied van design en lay-out bestaan er meetinstrumenten die variabelen als afdruk grootte, illustraties, kleurendruk, hoeveelheid witruimte en papierkwaliteit incalculeren, maar validatie ontbreekt vooralsnog (Baker 1997; Basara & Juergens 1994; Kirkpatrick & Mohler 1999; Krass e.a. 2002).

TABEL 2 *Stijl en lay-out bij het maken van patiëntenbrochures**

Stijl	<p>Een heldere en beknopte titel maakt de lezer wegwijs en helpt onthouden</p> <p>Titels en subtitels met aangepaste witruimte, links uitgelijnd, verhogen de leesbaarheid</p> <p>Het plaatsen van vragen voor de bijhorende tekst moedigt lezers aan om op zoek te gaan naar relevante informatie</p> <p>Gebruik in tegenstelling tot wetenschappelijke vakliteratuur actieve werkwoordsvormen in plaats van de passieve tijd</p> <p>Zet oude, bekende informatie steeds in het begin van een zin en vermeld daarna de nieuwe informatie</p> <p>De volgorde van vermelden (in een opsomming) moet overeenstemmen met het optreden ervan in de tijd</p> <p>Gebruik hoofdzakelijk korte zinnen</p> <p>Schrijf in bevestigende zin. Gebruik negatieve zinnen alleen, wanneer je wil benadrukken dat iets vermeden moet worden</p> <p>'Één idee, één zin': verwerk nooit meer dan twee ideeën in één zin. Vermijd anderzijds een aaneenschakeling van slagzinnen</p> <p>Gebruik 'omdat' of 'als' in het begin van een zin</p> <p>Vermijd 'tenzij', 'uitgezonderd' en een teveel aan bijzinnen</p> <p>Concrete woorden zijn beter dan abstracte termen</p> <p>Vermijd jargon en ga in een tekst snel over naar een afkorting</p>
Typografie	<p>Gebruik lijnen van 50 - 90 mm (2 kolommen op A4)</p> <p>Lijn de tekst links uit (niet uitvullen)</p> <p>Gebruik een Univers lettertype minimaal 10-punts</p> <p>Inspringen van de eerste lijn van een alinea verhoogt de leessnelheid</p> <p>Cursieve tekst vertraagt het leerproces</p> <p>Zet subtitels in een ander lettertype of gescheiden van de tekst</p> <p>Romeinse cijfers lezen minder snel dan Arabische cijfers</p> <p>Schrijf getallen in cijfers</p> <p>Het benadrukken van woorden in de tekst door kleur of 'vet' helpt niet</p>
Illustraties	<p>'Één illustratie is niet altijd beter dan duizend woorden'</p> <p>Cartoons leiden lezers soms af</p> <p>Illustraties mogen de tekstdoorloop niet verstoren</p>

* Naar Wright 2003 en Kitching 1990

Praktische richtlijnen Tabel 2 bevat aanbevelingen voor stijl, typografie en illustraties. Voor een uitgebreide bespreking wordt verwezen naar de originele publicaties (Kitching 1990; Turnbull 2003; Wright 2003). Bijkomend adviseren Coulter e.a. (1998) een geruststellende en niet-alarmerende toon door negatieve woorden als 'niet', 'geen', 'niets', 'maar', 'ondanks', 'nochtans' en de prefixen 'on-', 'in-' te mijden. Anderzijds werkt overdreven geruststelling, bijvoorbeeld het veelvuldig gebruik van 'maar een beetje' paradoxaal (Turnbull 2003). Op afwerkingniveau gaat zelf printen boven drukwerk wegens de kostprijs, de leveringstermijn, het voorraadbeheer en de snelle aanpasbaarheid (Fawdry 1994). Ten slotte nemen patiënten makkelijker brochures mee uit de consultatieruimte dan uit de wachtzaal (Craven e.a. 2005).

ONDERZOEKMETHODE

Personen

Gezien het ontbreken van relevant vergelijkingsmateriaal in de vakliteratuur, werd een enquêteonderzoek georganiseerd bij zowel professionals (n = 55) als patiënten (n = 80).

Aan professionals werd allereerst gevraagd op welke wijze zij patiënten voorlichten over de vier belangrijke onderwerpen (rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten). Ten tweede werd gevraagd om de brochure te vergelijken met de door hen gehanteerde afspraken. Ten derde werd gevraagd om aan te geven welke afspraken zij belangrijk, onvolledig of overbodig vonden. Ten slotte werd verzocht om een algemene evaluatie van de brochure met betrekking tot het doel, de inhoud en de schrijfstijl.

Aan de patiëntengroep werd allereerst de vraag gesteld of zij zich vóór het lezen van de brochure voldoende op de hoogte achtten van de vier belangrijke onderwerpen. Ten tweede werd gevraagd om aan te geven welke afspraken uit de brochure zij als patiënt belangrijk, onvolledig of overbodig vonden. Ten derde dienden zij aan te

geven of zij zich na het lezen van de brochure voldoende op de hoogte achtten van de vier belangrijke onderwerpen. En ten slotte werd er gepeild naar hun mening omtrent het postuum inzage-recht.

De patiëntengroep werd overigens verdeeld in twee groepen. Enerzijds werd de brochure voorgelegd aan patiënten (n = 60) die reeds enige tijd consulteerden. Zij werden beschouwd als kenners van de praktijk. Vragen omtrent hun voorlichtingsgraad (vóór het bestaan van de brochure) vertelt iets over bestaande voorlichtingsstrategieën. Ten slotte werd gevraagd of zij deze brochure graag eerder hadden gekregen en of andere patiënten deze alsnog moesten krijgen.

Anderzijds werd de brochure meegegeven aan nieuwe patiënten (n = 20) na het intakegesprek – wat het eigenlijke gebruiksdoel is van de brochure.

RESULTATEN

Professionals Uit de groep van 55 professionals werd het enquêteformulier teruggezonden door 26 personen (47%), waaronder 8 psychiaters, 4 psychologen, 1 psychotherapeut, 8 verpleegkundigen, 2 maatschappelijk werkers en 3 onbekende personen.

Het merendeel van de professionals licht cliënten omtrent rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten alleen voor op een indien-nodig-basis (respectievelijk 73, 58, 58 en 24%), terwijl een minderheid dit systematisch (respectievelijk 12, 23, 31 en 16%) doet. Hooguit 3 professionals (12%) overhandigen hierbij documenten.

Een vergelijking tussen de items die professionals als belangrijk bestempelen en de items die zij zelf toelichten (zie tabel 3), levert vooreerst een discrepantie op: niet alle belangrijke afspraken worden ook aan de patiënt overgebracht. Wel komen beroepsgeheim, suïcidepreventie, rijvaardigheid en de stopregel, alle items in de top 5 van belangrijkheid, ook terug in de top 5 van de graad van eigen toepassing. Financiële uitleg wordt wel

belangrijk geacht, maar veel minder verschaft (85 versus 47%). Ten slotte worden ook de situatiegebonden items (toiletbezoek, koffie en drankje, en wachtzaalafspraken) toch nog door een kwart van de professionals als belangrijk bestempeld.

Met betrekking tot het doel (92%), de inhoud (100%) en de schrijfstijl (100%) kreeg de brochure ten minste het predikaat goed. Het gros van de professionals (88%) vindt de brochure nuttig bij de start van een behandeling. Bovendien vinden zij het een goed instrument bij de voorlichting over rijvaardigheid (100%), suïcidepreventie (89%), continuïteit van zorg (93%) en de Wet op de patiëntenrechten (93%).

Reeds consulterende patiënten Het gaat hier om patiënten die ten tijde van deze enquête nog consulteerden en voor het eerst in behandeling kwamen in de voorafgaande periode van 5 jaar. Zestig patiënten kregen de praktijkbrochure toegezonden. Eenendertig patiënten stuurden het enquêteformulier terug. Van hen achtte respectievelijk 93, 48, 61 en 26% zich vóór het lezen van de brochure voldoende op de hoogte van de richtlijnen omtrent rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten.

De inschatting van de belangrijkheid van de afspraken staat in tabel 3. Naast informatie over beroepsgeheim, de stopregel en de Wet op de patiëntenrechten, stellen deze patiënten vooral informatie over de bereikbaarheid van de therapeut en over medicatievoorschriften op prijs.

Met betrekking tot het doel (96%), de inhoud (100%) en de schrijfstijl (96%) kreeg de brochure als algemene beoordeling het predikaat goed. Achtentachtig procent van de patiënten had de brochure graag reeds bij de start van de behandeling gekregen en 83% vond het wenselijk dat ook andere patiënten – die reeds langer consulteren – deze brochure alsnog aangeboden kregen. Ná het lezen van de brochure achtte respectievelijk 100, 93, 100 en 93% zich voldoende op de hoogte van de richtlijnen omtrent rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten.

Ten slotte tekende 52% van de patiënten geen verzet aan tegen het postuum inzagerecht, terwijl 26% dit wel deed.

Nieuwe patiënten Twintig nieuwe patiënten kregen de praktijkbrochure bij het intakegesprek. Om leereffecten te vermijden, kregen zij geen bijkomende uitleg. Vijftien van hen zonden het enquêteformulier terug. Respectievelijk 40, 20, 27 en 7% van deze patiënten achtte zich vóór het lezen van de brochure voldoende op de hoogte omtrent rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten.

De inschatting van belangrijkheid van de afspraken staat in tabel 3. In tegenstelling tot de andere onderzoeksgroepen bestempelen deze patiënten andere afspraken als belangrijk, zoals de richtlijnen omtrent huiswerk, agenda-setting, de regels over medicatievoorschriften en informatieverstrekking aan partner of familie.

Met betrekking tot het doel (100%), de inhoud (100%) en de schrijfstijl (93%) kreeg de brochure als algemene beoordeling het predikaat goed. Meer dan 93% vond het krijgen van de brochure nuttig en 87% was van mening dat ook de andere patiënten – die reeds langer consulteren – deze brochure alsnog dienden te krijgen. Ná het lezen vond respectievelijk 100, 100, 87 en 93% zich voldoende ingelicht omtrent rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten.

Ten slotte tekende 86% van de patiënten geen verzet aan tegen het postuum inzagerecht, terwijl 13% dit wel deed.

BESPREKING ONDERZOEK

Voorlichting door andere professionals Uit bovenvermelde gegevens blijkt dat professionals diverse afspraken belangrijk achten, maar deze niet altijd met de patiënten bespreken. Zelfs medisch-juridisch belangrijke items, zoals rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten, worden niet syste-

TABEL 3 Resultaten van de enquête naar de mening van professionals en patiënten over de ontwikkelde patiëntenbrochure en de daarin genoemde praktijkafspraken

Praktijkafspraken*	Professionals		Patiënten	
	Lichten deze ook toe in eigen praktijk (%)	Vinden dit een belangrijke afspraak (%)	Reeds consulterend (%)	Nieuw (%)
Stopregel	58	81	61	73
Agenda-setting	39	73	55	60
Huiswerk	35	58	35	73
Raadplegingen en therapie sessies	43	77	55	40
Financieel	47	85	39	33
Briefwisseling	39	77	23	27
Beroepsgeheim en privacy	81	93	77	47
Partner of naaste familie	58	73	48	53
Abstinence violation effect	20	58	29	33
Bereikbaarheid	54	81	64	33
Spoedgevallen & continuïteit van zorg	43	70	48	27
Rijvaardigheid	66	85	52	33
Andere therapeuten	50	58	26	13
Zelfmoordgedachten	70	85	58	33
Medicijnen	62	81	64	53
Medicatievoorschriften	27	54	42	60
Medicatiestalen/monsters	12	27	3	7
Ziekteattesten	35	70	23	20
Wet op de patiëntenrechten en inzage recht	35	77	64	40
Toiletbezoek	4	23	16	0
Koffie & drankje	8	23	10	13
Wachten en wachtzaal	12	35	29	13
Nuchterheid	47	66	26	27
Wetenschappelijk onderzoek	12	35	23	13
Doorverwijzingen - samenwerking	43	70	45	40
Bijkomende informatie	20	50	39	27
Opmerkingen en suggesties	8	27	10	13
Modeldocument	4	35	13	20

* In volgorde van de brochure

matisch en slechts zelden schriftelijk toegelicht. Dit staat in schril contrast met de verschuivende bewijslast naar de behandelaar en het feit dat patiënten zich na een doktersconsult vaak niet veel meer herinneren (Kessels 2003).

De brochure als voorlichtingsdocument Zowel de professionals (88%) als de patiëntengroepen (88 respectievelijk 93%) vonden de brochure als voorlichtingsdocument nuttig bij de start van de behandeling en beide patiëntengroepen vonden dat ook de andere consulterende patiënten deze brochure alsnog moesten krijgen.

De vier onderwerpen Het hoge cijfer voor 'rijvaardigheid' bij de reeds consulterende patiëntengroep vóór het doornemen van de brochure weerspiegelt de reeds voordien bestaande voorlichting (mondelijke informatieverstrekking, affichering in de wachtzaal, afstempelen van recepten). Anderzijds is de kennis van de Wet op de patiëntenrechten waarschijnlijk nog zo laag omdat deze pas recent is ingevoerd. Sommige patiënten startten hun behandeling daarvoor.

Bij de nieuwe patiënten viel vóór het doornemen van de brochure een lage score te verwachten, omdat ze tijdens hun eerste gesprek juist geen bij-

komende inlichtingen kregen.

De scores qua voorlichtingsgraad omtrent deze 4 items verbeterden bij de 'oude' en nieuwe patiëntengroepen ná het doornemen van de brochure tot respectievelijk 100, 93, 100 en 93%, en 100, 100, 87 en 93%. Ook de professionals vonden de brochure een goed voorlichtingsinstrument voor deze items (100, 89, 93 en 93%).

De andere onderwerpen Het is moeilijk om eenduidige conclusies te trekken omtrent de andere onderwerpen. Bij professionals ligt vooral de nadruk op de onderwerpen met een medisch-juridische inslag en de afspraken omtrent de financiële kant van een behandeling.

Reeds consulterende patiënten verkiezen afspraken omtrent beroepsgeheim, bereikbaarheid van de therapeut en medicijnen. Nieuwe patiënten schuiven afspraken over de stopregel, huiswerk, agenda-setting, medicatievoorschriften en partner/naaste familie naar voren, vermoedelijk omdat deze laatste afspraken vooral in het begin van een behandeling aan de orde zijn. Slechts een derde van de patiënten vindt financiële informatie belangrijk.

Postuum inzagerecht van dossiers In de marge van de enquête werden patiënten gevraagd naar hun mening over het postuum inzagerecht, zoals voorzien in de Wet op de patiëntenrechten. Hierbij tekende 52% van de reeds consulterende en 86% van de nieuwe patiënten geen verzet aan. Dit komt wellicht omdat reeds consulterende patiënten vermoedelijk ook meer intieme informatie hadden onthuld. Desalniettemin blijkt slechts een minderheid van patiënten zich te verzetten, wat ongetwijfeld implicaties heeft voor de dossiervorming.

Terugkoppeling naar de vakliteratuur De positieve feedback komt overeen met bevindingen uit de vakliteratuur. Ook bij Thorn e.a. (1996) vonden de proefpersonen dat andere patiënten de brochure moesten krijgen en Fawdry (1994) propageert een 'consent form'. Ten slotte deelt

Weinman (1990) onze visie dat geschreven informatie slechts een hulpmiddel is bij, en geen substituuft van, mondelinge informatieverstrekking.

Beperkingen Ten eerste zijn er vraagtekens te plaatsen bij de respons. Dit onderzoek had een antwoordpercentage van 47% voor professionals, 52% voor reeds consulterende patiënten en 75% voor nieuwe patiënten. Voor professionals en bekende patiënten was het doornemen van de brochure van 30 pagina's vermoedelijk een zwaardere opdracht dan voor nieuwe patiënten die nog wilden kennismaken. Desalniettemin kan geen uitspraak gedaan worden over de mening van non-responders en dient men de conclusies te relativeren.

Ten tweede is er weinig literatuur beschikbaar omtrent onderzoek naar Nederlandstalige brochures. De vermelde bevindingen uit de Engelstalige vakliteratuur moeten voor ons taalgebied nog verder onderzocht.

Ten slotte ging het hier om een pilot-onderzoek bij personen die ambulante consulteren in een middelgrote stad. Wellicht zijn de resultaten hierdoor ook beïnvloed en gelden zij niet voor opgenomen patiënten, ouderen of personen met een andere moedertaal. Hiervoor wordt ook in de vakliteratuur gewaarschuwd (Moult 2004).

CONCLUSIE

De inspanning om een aantal afspraken omtrent de randvoorwaarden voor een psychotherapeutische/psychiatrische behandeling te bundelen in een brochure werd in dit kleinschalig onderzoek zowel door professionals als patiënten positief geëvalueerd. Meer in het bijzonder achtten men het een goed hulpmiddel bij systematische voorlichting over medisch-juridisch belangrijke onderwerpen, zoals rijvaardigheid, suïcidepreventie, continuïteit van zorg en de Wet op de patiëntenrechten. Zeker bij de toenemende verschuiving van de bewijslast omtrent voorlichting naar de behandelaar en gezien het feit dat patiënten zich

na een eerste gesprek slechts een fractie van de verstrekte informatie kunnen herinneren, biedt een geschreven versie een belangrijk houvast voor beide partijen. Toch benadrukken wij zowel het medisch-juridische als het psychotherapeutische belang van de mondelinge toelichting van deze afspraken, en waarschuwen we voor het louter meegeven van de brochure.

NOOT

1. De brochure werd door de Provinciale Raad van de (Belgische) Orde der Geneesheren beoordeeld en goedgekeurd. De volledige brochure kan worden opgevraagd bij de auteur.

✍ Met dank aan mevrouw Hilde Huysmans en de leden van de Hage-LOK voor hun ondersteuning en feedback.

LITERATUUR

- Baillie, A.J., & Rapee, R.M. (2004). Predicting who benefits from psychoeducation and self help for panic attitude. *Behaviour Research Therapy*, 42, 513-527.
- Baker, S.J. (1997). Who can read consumer product information? *Australian Journal of Hospital Pharmacy*, 27, 126-131.
- Basara, L.R., & Juergens, J.P. (1994). Patient package insert readability and design. *American Pharmacy*, NS34, 48-53.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up – and there's no going back. *British Medical Journal*, 319, 719-720.
- Coulter, A., Entwistle, V.A., & Gilbert, D. (1998). *Informing patients: an assessment of the Quality of Patient Information Materials*. London: King's Fund.
- Craven, M.A., Nikaolaou, L., Allen, C.J., e.a. (2005). Patient education materials for mental health problems in family practice: does location matter? *Patient Education and Counseling*, 56, 192-196.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., e.a. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.
- Dixon-Woods, M. (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine*, 52, 1417-1432.
- Fawdry, R. (1994). Prescribing the leaflets. *British Journal of Hospital Medicine*, 51, 551-553.
- Flesh, R.E. (1948). A new readability yardstick. *Journal of Applied Psychology*, 32, 221-233.
- George, C.F., Waters, W.E., & Nicholas, J.A. (1983). Prescription information leaflets: a pilot study in general practice. *British Medical Journal*, 287, 1193-1196.
- Gibbs, S., Waters, W.E., & George, C.F. (1989). The benefits of prescription information leaflets (2). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 27, 345-351.
- Keijsers, G.P.J., van Minnen, A., & Hoogduin, C.A.L. (Red.). (1997). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kessels, R.P. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 219-222.
- Kirkpatrick, M.F., & Mohler, B.S. (1999). Using the readability assessment instrument to evaluate patient medication leaflets. *Drug Information Journal*, 33, 557-563.
- Kitching, J.B. (1990). Patient information leaflets -- the state of the art. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 298-300.
- Krass, I., Svarstad, B.L., & Bultman, D. (2002). Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Education and Counseling*, 47, 29-35.
- Mallet, M., & Spruill, W.J. (1988). Readability evaluation of nine patient drug education sources. *American Pharmacy*, 28, 33-36.
- Moore, R. (1991). Practice information leaflets. *The Practitioner*, 235, 500-504.
- Moult, B., Franck, L.S., & Brady, H. (2004). Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expectations*, 7, 165-175.
- Mumford, M.E. (1997). A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 985-991.
- Thorn, B.E., Rubin, N.J., Holderby, A.J., e.a. (1996). Client-therapist intimacy: responses of psychotherapy clients to a consumer-oriented brochure. *Ethics & Behavior*, 6, 17-28.
- Turnbull, A. (2003). How nurses can develop good patient information leaflets. *Nursing Times*, 99, 26-27.
- Vandereycken, W., & van Deth, R. (2003). In *Psychotherapie. Van theorie tot praktijk* (25-27). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Visser, A.P. (1980). Effects of an information booklet on the well-being of hospital patients. *Patient counseling and Health Education*, 2, 51-64.
- Weinman, J. (1990). Providing written information for patients: psychological considerations. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 303-305.

- White, P., Smith, H., Webley, F., e.a. (2004). A survey of the quality of information leaflets on hayfever available from general practices and community pharmacies. *Clinical and Experimental Allergy*, 34, 1438-1443.
- Wiger, D.E. (1999). *The clinical documentation sourcebook*. New York: John Wiley & Sons.
- Wong, M. (1992). Self care instructions: do patients understand educational materials? *Focus on Critical Care*, 19, 47-49.
- Wright, P. (2003). Criteria and ingredients for successful patient information. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 26, 6-10.
- Zwaenepoel, L., & Laekeman, G. (2003). Drug information in psychiatric hospitals in Flanders: a study of patient-oriented leaflets. *Pharmacy World & Science*, 25, 247-250.

AUTEUR

E.F.A. MAES is psychiater-psychotherapeut en werkzaam in de psychiatrische kliniek Broeders Alexianen te Tienen (België).
Correspondentieadres: dr. Emmanuel Maes BVBA, Dokter Jozef Geensstraat 18, B-3300 Tienen, België.
E-mail: praktijk.emmanuel.maes@skynet.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-3-2005.

SUMMARY

An informative brochure for patients on their first visit to a therapist: a pilot study – E.F.A. Maes –

BACKGROUND There are many social, legal and therapeutic reasons why therapists should give their patients more detailed information. A brochure containing 27 items has been created because of the difficulty that the therapist has in giving all the necessary information during a first consultation.

AIM To let the brochure be evaluated and thus find out whether the information it provides meets the standards/expectations of both fellow-professionals and patients.

METHOD Fifty-five professionals and 80 patients were asked for their views on the brochure in general and on its lay-out. The professionals were also asked about the methods they use to provide patients with information.

RESULTS The responses of 26 professionals and 46 patients showed that only 1 in 4 professionals informs patients systematically and that only 1 in 8 uses a hand-out, although they all regarded many items as essential. Patients and professionals greatly appreciated our brochure as a tool for giving patients detailed information, particularly about medico-legal matters such as driving ability, suicide prevention, continuity of care and the (Belgian) Law on Patients' Rights.

CONCLUSION The proposed brochure was considered to be a helpful tool for informing patients about several important topics. Not only does it have a stimulating effect on the therapeutic process, it also gives both parties something useful to hold on to.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)9, 583-592]

KEY WORDS information disclosure, legal, liability, psychotherapy