

zijn invloed zou de huisarts moeten helpen bevorderen dat in de ziekenhuisgeneeskunde meer rekening wordt gehouden met de psychosociale problematiek van de patiënt. Ook daarvoor zal een goede communicatie tussen huisartsen en specialisten nodig zijn.

Mijns inziens ligt hier een duidelijke taak voor

de bijdrage van de docenten in de huisartsgeneeskunde aan het curriculum. Misschien kunnen de huisartsen op dit gebied zelfs een bijdrage leveren aan de nascholing van de specialisten. Waarom eigenlijk niet? De huisartsen worden immers zelf ook voor het grootste deel door specialisten nageschoold!

S. van der Kooij

De huisarts en de ziekenhuispatiënt

DOOR R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT*

Volgens het zogenaamde *Woudschotenrapport* van het Nederlands Huisartsen Genootschap dient de huisarts continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen te verlenen. Volgens deeltaak 7 kan hij „ad hoc” en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan.

Het is duidelijk dat, wil de huisarts aan deze taak voldoen, nauwe samenwerking met de behandelende specialist noodzakelijk is, zeker wanneer de patiënt in een ziekenhuis is opgenomen. Bovendien kan hij deze taak slechts uitvoeren indien hij de patiënt regelmatig zelf ziet, in dit geval doordat hij zijn patiënten in het ziekenhuis regelmatig gaat opzoeken. Hierbij dient hij zich niet te beperken tot een handdruk, maar moet hij zich van het verloop van de behandeling op de hoogte stellen en vooral de patiënt in het ziekenhuis begeleiden, dat wil zeggen naar zijn problemen luisteren, hem met zijn kennis terzijde staan en de patiënt helpen belangrijke beslissingen te nemen (bijvoorbeeld bij operatieve ingrepen en wat dies meer zij). Natuurlijk moet de huisarts bedenken, dat hij geen rechtstreekse verantwoordelijkheid heeft en dat hij zich dus, vooral wanneer hij niet precies van alle feiten op de hoogte is, op de vlakte dient te houden. Daarom is het dan ook van het grootste belang dat hij zo goed mogelijk is geïnformeerd, wil hij zich ook van deze taak kunnen kwijten.

Het is duidelijk dat op genoemde punten niet altijd een ideale situatie bestaat. Welke obstakels zijn er die een dergelijke ideale toestand in de weg staan?

1 Het contact met de behandelende specialist is vaak lang niet volmaakt. De huisarts is zeker bij zijn patiënten in het ziekenhuis niet altijd precies op de hoogte van het stadium waarin het proces van het stellen van de diagnose verkeert, van de

ingestelde therapie, eventueel opgetreden complicaties enzovoort. In kleine ziekenhuizen bestaat vaak wel contact met de specialist op de zogenaamde koffie-uurtjes, maar zelfs dan zal de specialist de huisarts veelvuldig moeten inlichten wil deze steeds „bij” zijn. Het ontvangen van een brief met informatie maanden na het ontslag, hetgeen vooral bij academische klinieken nog wel voorkomt, is natuurlijk gezien bovenstaande geheel onjuist.

Helaas zien nog steeds sommige specialisten niet in dat een snel, kort en zakelijk bericht van meer belang is voor patiënt en huisarts dan een uitgebreide ontslagbrief die pas na enige maanden wordt verzonden.

2 Lang niet alle huisartsen bezoeken wekelijks de patiënt in het ziekenhuis. Op het platteland speelt de afstand zeker een rol, maar ook in de steden waar deze problemen niet bestaan, bezoeken lang niet alle huisartsen regelmatig al hun patiënten. In de grote steden kan als bezwaar voor het bezoeken van de patiënt in het ziekenhuis worden aangemerkt, dat de patiënten vaak over verschillende ziekenhuizen zijn verdeeld.

3 De huisarts is vooral in wat grotere ziekenhuizen een „onbekende”. Hij past niet in de normale, efficiënte bedrijfsvoering, kortom hij heeft geen eigen plaats in het ziekenhuis. Natuurlijk, hij heeft ten alle tijde toegang en veel specialisten zullen deze bezoeken van de huisarts aan zijn patiënten waarderen, doch hij blijft een storend element die de verpleegster, net van plan de patiënt te gaan helpen, in de weg staat.

4 Vooral in oudere ziekenhuizen waar nog grote zalen bestaan, is een persoonlijk contact, een gesprek zonder dat anderen dit kunnen horen, vaak moeilijk.

Alvorens wij ons gaan afvragen hoe verbetering in deze situatie zou kunnen worden bereikt, lijkt het noodzakelijk na te gaan of de taak van de huisarts binnen het ziekenhuis inderdaad van be-

* Van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut. Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

lang is. Misschien is het boven geschetste ideale beeld, uitgaande van het *Woudschotenrapport*, slechts een hoogdravend idee van een aantal idealistisch ingestelde huisartsen of dient het slechts het belang van de huisarts in zijn neiging zijn patiënten zoveel mogelijk aan zich te binden? Hieronder zal aan de hand van een beschrijving van de situatie van de ziekenhuispatiënt, enige gegevens uit de literatuur en op grond van eigen ervaring met het bezoeken van patiënten in het ziekenhuis — het laatste verduidelijkt aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden — aannemelijk worden gemaakt, dat de rol van de huisarts binnen het ziekenhuis inderdaad van groot belang is.

Huisartsen die hun patiënten wekelijks in het ziekenhuis bezoeken zullen bemerken, hoezeer deze het bezoek van hun huisarts op hoge prijs stellen. Een ziekenhuispatiënt, bezocht op de wekelijkse rondgang, vertelt hoe hij elke week zit uit te kijken of de dokter al komt. „En vrijdagavond zat ik ook al uit te kijken en dan hou ik het gezicht meestal op de kamerdeur. Ik stel het op zeer hoge prijs dat u komt, ik vind het fijn”.

Het blijkt steeds weer en dit vooral in de grote ziekenhuizen met name de academische, dat de patiënt in een volkomen onzekere situatie is gekomen door de opname. Hij is aan het normale leven onttrokken, hij leeft in een aparte wereld, geïsoleerd van gezin, werk en maatschappij, omringd door een hem onbekende apparatuur, ziekenhuispersoneel, en wat dies meer zij. *Ellerbeck* wijst erop dat door de uitbreiding van de vele technische installaties waarop het ziekenhuis zo trots is, de vervreemding van het eigen lichaam dreigt toe te nemen. Genoemde auteur, evenals *Bremer* leggen de nadruk op het gevoel van onzekerheid dat de patiënt in het ziekenhuis krijgt; dit geldt trouwens niet alleen voor de patiënt, doch ook voor de bezoeker. „Wordt er ergens zoveel de weg gevraagd, ook als deze goed is aangegeven, als in het ziekenhuis, men durft de weg als het ware niet zelf te zoeken” (*Bremer*). Velen voelen zich in het ziekenhuis als het ware in een „fabriek”. Het gevoel van onzekerheid wordt in de hand gewerkt doordat de patiënt slecht op de hoogte is omtrent het verloop van zijn ziekte, niet weet wat hem te wachten staat, geen uitleg krijgt over wat met hem en rond hem gebeurt. Het volgende gesprekfragment van de huisarts met zijn patiënt opgenomen in een academisch ziekenhuis, geeft hiervan een goed voorbeeld.

„En ja, wat die dokters allemaal praten, dat kan ik toch niet volgen, dat weet ik niet. Maar nou zouden ze, volgens dat ik hoorde, nog een longonderzoek van foto's maken dat ik, nou heb ik met dat onderzoek een glas met een soort pap gehad en dat moest ik onderhand drinken en dan stil houden en ik meen dat ik in driemaal dat glas moest leegdrinken en dan kon de dokter denk ik zien hoe dat allemaal liep in de darmen, dat vermoed ik.”

„Waarom ik dat nou allemaal krijg meneer de dokter, dat weet ik ook niet.”

Het is uit dit fragment duidelijk dat de patiënt geen enkel idee heeft waarom dit onderzoek moest gebeuren en wat precies met hem gebeurde. *Ellerbeck* meent dat het „vertalen” van de resultaten van een onderzoek een belangrijke fase is in het contact met de patiënt. Voor de huisarts is dit al een moeilijke taak, voor de verantwoordelijke arts in het ziekenhuis is het nog ingewikkelder, omdat hij als functionaris van de grote ziekenhuisorganisatie bij iemand verschijnt die hij als medemens moet aanspreken. Het zal voor hem moeilijk zijn in deze omgeving met de patiënt uit te stijgen boven deze medische leefwereld. Enerzijds heeft de exacte geneeskunde de arts bevrijd van het magische, mystische aureool, anderzijds dreigt nu het risico dat het menselijke uit het oog wordt verloren.

De benadering van de patiënt door het ziekenhuispersoneel is zeker niet altijd persoonlijk en vooral oudere patiënten worden vaak laatdunkend tegemoet getreden: „Zo, vadertje, je krijgt even een prikje”. Hoe vaak hoort men niet dat een patiënt in het ziekenhuis wordt getutoeerd? De regressie die altijd optreedt bij de zieke mens, zoals vele auteurs onder anderen *Faber* opmerken, zeker in het ziekenhuis, zal door deze houding alleen maar worden versterkt. *Faber* wijst dan ook erop dat de zieke mens niet per se infantiel is, maar dat wel vele infantiliserende factoren op hem inwerken.

Barnes geeft een samenvatting van groepsbesprekingen van ziekenhuispersoneel in het kader van een internationale studie over psychologische problemen in algemene ziekenhuizen; door haar worden bovenstaande problemen duidelijk naar voren gebracht. Ook uit deze studie blijkt dat de patiënt, zeker in een ziekenhuis, een regressie ondergaat, hij leeft met kinderlijke angsten en fantasieën hij ziet hoog op tegen de arts en hij heeft het gevoel dat „ze je nooit wat vertellen”. Opmerkelijk was bij deze studiegroepen de geringe belangstelling van de kant van de artsen, blijkbaar hadden deze de minste interesse voor de menselijke problemen van de patiënten. De verantwoordelijkheid voor het geven van inlichtingen door de arts wordt via de verpleegster weggeschoven.

Tellegen constateert een discrepantie tussen de wens van velen om een betere communicatie met de patiënt te hebben en het weinige dat hiervan wordt gerealiseerd. Hij wijst op de resultaten van onderzoekingen waarbij het belang van goede communicatie met de patiënt wordt aangetoond. Ook *Barnes* wijst erop dat te vaak wordt gedacht dat de patiënt geen recht heeft te weten waarom het gaat en dat hierin duidelijk de angst van de arts zelf wordt weerspiegeld, niet wetend hoe hij iets ernstigs moet mededelen of op welke wijze hij zijn onzekerheid over de diagnose moet verbergen. *Bremer* vraagt zich af of een kwaad geweten

van de arts een rol speelt bij het verzwijgen van datgene waaraan men de patiënt onderwerpt. Of is de weetgierigheid van de patiënt groter dan de wijzen kunnen beantwoorden? Een citaat van een patiënt in een van bovengenoemde groepen besproken, zegt hier veel: „De heren hebben het altijd zo druk, ik kan niet van hen verwachten dat zij bij mij komen om naar mij te luisteren”.

Barnes meent dat de negatieve houding van de arts een gevolg is van zijn opleiding, waarin hij vooral in het begin alleen kennis moet verzamelen, losgemaakt van de patiënt. Bij confrontatie met patiënten wordt de student onzeker, hij kiest de gemakkelijkste weg en hij beschouwt de patiënt als „lichaam”. Het conflict bij de arts tussen de noodzaak om een objectieve houding te ontwikkelen, nodig om zijn taak te vervullen en anderzijds ontvankelijk te blijven voor het lijden van zijn patiënt, is voor de specialist moeilijker op te lossen dan voor de huisarts. *Barnes* signaleert een moeilijk contact tussen ziekenhuisarts en huisarts en zij bepleit een nauwe betrekking van de huisarts bij het werk in het ziekenhuis.

Ook uit eigen ervaring is het duidelijk dat de patiënten enerzijds een sterke behoefte hebben meer te weten over diagnose, noodzaak en doel van bepaalde onderzoeken, maar dat anderzijds de ziekenhuisarts hiervoor niet de tijd heeft of geeft of hiertoe anderszins niet in staat is. Evenals *Barnes* zou auteur dezes dan ook de rol van de huisarts binnen het ziekenhuis willen bepleiten.

De communicatie ziekenhuisarts-huisarts waarover *Barnes* spreekt, is vooral in academische ziekenhuizen zeer moeilijk. De patiënt weet vaak niet eens de naam van de behandelende arts, hetgeen natuurlijk blijk geeft van de onpersoonlijke relatie arts-patiënt. De communicatie van de huisarts met de behandelende ziekenhuisarts moet dan ook via de hoofdverpleegster lopen om tenminste aan de weet te komen wie de patiënt behandelt. Dat de huisarts bij zijn wekelijkse rondgang bij zijn patiënten in het ziekenhuis inderdaad goed kan functioneren en in deze rol belangrijk werk kan verrichten, moge uit een aantal voorbeelden duidelijk worden.

Een 50-jarige man, gehuwd zonder kinderen, is opgenomen in verband met het niet-reageren van een pneumonie op antibiotica. In zijn familie komt veel tuberculose voor. In een kort gesprek met zijn huisarts barst hij in tranen uit. Hij is bang dat het kanker is en wanneer dit niet het geval zou zijn, is hij bevreesd voor de reacties in zijn omgeving wanneer zou blijken dat hij tuberculose zou hebben. Een uitleg van de huisarts is voldoende om een groot deel van de ongerustheid weg te nemen en alleen al het feit dat deze problemen worden uitgesproken en de emoties loskomen, heeft een zichtbaar goede uitwerking.

Een 60-jarige man met emfyseem en galblaaslijden, al enige weken in het ziekenhuis opgenomen, vraagt de huisarts of de operatie gevaarlijk is en waarom deze noodzakelijk is. De uitgebreidheid van het onderzoek, begrijpelijk

voor de arts in verband met zijn emfyseem, heeft hem verontrust en bovendien heeft hij geen weet van de redenen waarom een galblaasoperatie bij redelijk goede longfuncties beter nu kan gebeuren dan later wanneer er eventuele complicaties zijn opgetreden. Ook hier geeft uitleg bij de patiënt gevoelens van opluchting.

Het komt zeker nog voor dat patiënten zelfs niet weten wat voor operatie is of zal worden verricht. Zo menen vele patiënten na een galblaasoperatie dat alleen de steentjes zijn verwijderd. Soms kan de huisarts door zich in de behandeling te verdiepen de specialist helpen, doordat hem feiten bekend zijn welke de specialist niet weet. Zelfs in de meest uitgebreide brief welke de huisarts mijns inziens de specialist dient te verschaffen bij zijn verwijzing, kan echter niet al de aan hem bekende informatie staan.

Een vrouw van 65 jaar, bekend met status na lobectomie in verband met longcarcinoom en metastasen in de long, is opgenomen in verband met een pneumonie die niet goed reageert op antibiotica. De specialist schreef prednison voor, onbekend met het feit dat patiënte zeer lang geleden verdacht was van een tuberculose.

Soms vertelt de patiënt de huisarts klachten welke hij de specialist of de verpleegster niet durfde te vertellen. De zaalvisite door de specialist gemaakt, geeft de patiënt ook niet veel mogelijkheden vragen te stellen of klachten te uiten. Dit laatste wil niet zeggen dat de specialist niet bereid is naar de patiënt te luisteren, maar de patiënt meent dat daarvoor geen tijd is (*Barnes*).

De huisarts kan door het regelmatig bezoeken van zijn patiënten het verblijf in het ziekenhuis bekorten. Hij is immers op de hoogte van het „thuisfront”, dat wil zeggen van de gezinsomstandigheden, de mogelijkheden die er zijn om de wijkverpleegster of gezinshulp in te schakelen enzovoort. De huisarts is beter in staat om de psychische en somatische belasting van het opgenomen zijn te beoordelen. Vaak kan de patiënt, na het leggen van contact met hoofdverpleegster of specialist, worden ontslagen. Hierbij sluit aan dat het voor de huisarts van het grootste belang is reeds voor het ontslag op de hoogte te zijn wanneer zijn patiënt weer zal thuiskomen, omdat hij dan in staat is de overgang van het ziekenhuis naar het thuisfront te vergemakkelijken. Vaak is deze overgang abrupt, waardoor de continuïteit van de behandeling wordt gestoord. Wij dienen te bedenken dat een groot aantal van de ziekenhuisopnemingen op sociale indicatie geschiedt.

In Engeland zou volgens *Davis* 30 procent van de patiënten niet om therapeutische of diagnostische redenen worden opgenomen. *Thomson* toonde bij een onderzoek van een ziekenhuisbevolking in Engeland aan dat het opnemen van 25 procent van de mannen en van bijna 50 procent van de vrouwen op andere dan medische redenen berustte.

* * *

Een zeer belangrijke taak van de huisarts is in

het bovenstaande nog niet naar voren gekomen, namelijk de voorbereiding van de patiënt op de opname in het ziekenhuis. *Ellerbeck* wijst erop, dat van een opname een deprimerende werking uitgaat. Door goede voorbereiding kan de huisarts hierin zeker veel verbeteren. Bovendien is het van belang de patiënt van tevoren zoveel mogelijk te vertellen waarom hij of zij moet worden opgenomen en welke onderzoeken waarschijnlijk zullen gebeuren. Verder moet hij vooral een en ander vertellen van structuur en werkwijze van het ziekenhuis. De bovengenoemde onzekerheid welke de patiënt in het ziekenhuis beleeft, kan mijns inziens voor een deel worden weggenomen door goede voorlichting vooraf, waardoor patiënt begrip krijgt voor de situatie in het ziekenhuis.

Men zou zich kunnen afvragen op grond van welke specifieke deskundigheid de huisarts een plaats toekomt binnen het ziekenhuis. Naar mijn mening is deze deskundigheid voornamelijk gelegen op het gebied van de emotionele problemen en stoornissen, vooral gezien in de relatie van deze problematiek met de gezins- en leefsituatie van de patiënt. Door zijn positie in het gezin zal de huisarts de patiënt beter kunnen begrijpen. Door de huidige ontwikkelingen in de maatschappij enerzijds en anderzijds de verregaande vertechnisering van de specialistische geneeskunde binnen het ziekenhuis, zal het duidelijk zijn dat de emotionele problemen bij patiënten in het ziekenhuis slechts zullen toenemen.

De vraag komt naar voren of mogelijk met het ziekenhuismaatschappelijke werk niet een groot aantal van de genoemde taken van de huisarts binnen het ziekenhuis zouden kunnen worden ondervangen. Hiervoor is zeker veel te zeggen. *Drogen-dijk* stelt dat het medisch maatschappelijke werk de antipode is van een autoritaire benadering van de patiënt. Zowel de arts als de verpleegster zullen vaak in het belang van de patiënt hun gezag moeten laten gelden, snelle beslissingen moeten nemen enzovoort. De patiënt blijft hier passief. De maatschappelijk werkster is geschoold in het hanteren van maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld gezinsverzorging, opvang financiële problemen, maar vooral in de gesprekmethoden, die de patiënt in staat stellen met zijn problemen naar voren te komen. Mijns inziens moet de maatschappelijk werker, zeker degene die een voortgezette opleiding heeft genoten (zogenaamde caseworker) een belangrijke plaats binnen het ziekenhuis hebben of krijgen. Het blijft echter een feit dat de situatie nu nog zo is, dat veelal van deze medewerkers weinig is te merken. Bovendien is de huisarts de enige vertrouwde figuur voor de patiënt in het ziekenhuis en is hij, als het goed is, ook in staat de patiënt niet-autoritair te benaderen (zie de specifieke deskundigheid van de huisarts in het hanteren van emotionele problemen).

Ook *Ellerbeck* meent dat de maatschappelijk

werker de huisarts niet zou kunnen vervangen in alle bovengenoemde zaken. Immers, al moet de huisarts zijn verantwoordelijkheid delen of zelfs geheel afstaan, de eerste roep om medische hulp is naar hem uitgegaan. Een functievermindering bij de huisarts is een in gevaar brengen van de humanisering van de geneeskunde. Hij is vrij gekozen door de patiënt en dit mag niet ongedaan worden gemaakt bij een opname, omdat de huisarts dan het contact verliest.

In concreto zal het naar mijn mening in feite weinig ertoe doen wie op een gegeven moment het contact tussen ziekenhuis enerzijds en patiënt en zijn gezin anderzijds zal leggen, indien dit maar gebeurt in nauw overleg met elkander.

Indien ervan wordt uitgegaan dat de huisarts bovengenoemde taken op zich moet nemen, dan zal het dus noodzakelijk zijn dat hij een erkende en vaste plaats in het ziekenhuis moet gaan innemen. Dit is geen gemakkelijke zaak, zeker niet in een groot ziekenhuis. Wanneer echter zowel specialist als huisarts het belang ervan inzien, moeten er zeker mogelijkheden zijn. Hieronder volgt een aantal voorwaarden waaraan zal moeten worden voldaan, wil verbetering van de huidige situatie tot stand komen.

- 1 Een goede voorbereiding door de huisarts bij opname van een van zijn patiënten in een ziekenhuis.
- 2 Het regelmatig bezoeken van zijn patiënten in het ziekenhuis.
- 3 Het op de hoogte houden van de huisarts door de specialist van de belangrijkste vorderingen in het diagnostische en therapeutische proces bij de patiënt, hetzij schriftelijk, hetzij mondeling.
- 4 Regelmatig contact huisarts-specialist om problemen te bespreken.
- 5 Het zo nodig kunnen beschikken door de huisarts over een ruimte om rustig een gesprek met de patiënt te kunnen voeren.
- 6 Het instrueren van medisch personeel in het ziekenhuis over de functie en plaats van de huisarts binnen het ziekenhuis, waardoor hem meer faciliteiten kunnen worden geboden en met zijn wensen tot contact met zijn patiënten rekening kan worden gehouden.
- 7 Het verdient zeker overweging in elk ziekenhuis en in een groot ziekenhuis op elke afdeling een huisarts in de staf op te nemen. Deze kan dan als coördinator voor de activiteiten van de verschillende huisartsen binnen de kliniek optreden, het contact huisarts-specialist bevorderen, mogelijk in sommige gevallen als plaatsvervangend „huisarts” fungeren bijvoorbeeld indien een patiënt ver

van zijn woonplaats is opgenomen of wanneer om andere reden de huisarts niet in staat is zijn patiënten regelmatig te komen bezoeken. Deze huisarts-coördinator zou een belangrijke rol kunnen spelen bij het bepalen van het juiste moment voor ontslag van de patiënt gezien zijn kennis van de mogelijkheden voor thuisverpleging, dit alles zeker in nauw overleg met de behandelende specialist van patiënt en de eigen huisarts. Door een intensief contact in de staf tussen specialist enerzijds en huisarts anderzijds zou een onderling begrip kunnen groeien, waardoor meer dan tot nu toe naar de adviezen van de huisarts zal kunnen worden geluisterd.

Dijkhuis bepleitte onlangs eveneens het opnemen van een huisarts in de ziekenhuisstaf. Op een colloquium over *de huisarts* werd ook door Vlaamse huisartsen gepleit voor een nauwere samenwerking tussen huisarts en ziekenhuisarts, omdat de huisarts door middel van de dialoog met de klinische specialist begeleider van zijn patiënt wil blijven.

* * *

Met nadruk wil ik stellen dat het niet mijn bedoeling is dat de huisarts als behandelend arts in het ziekenhuis zou gaan functioneren, dat wil zeggen dat hij dus eigen „bedden” zou krijgen. In Engeland bestaat bij sommige huisartsen wel dergelijk een dergelijk streven. Het is hierbij mijns inziens de vraag of het dan gaat om het belang van de patiënt of dat deze tendens bestaat om het belang van de huisarts zelf te dienen. *Smith* meent dat dit streven voornamelijk bij jonge huisartsen bestaat en dat het voortkomt uit de wens in een omgeving te werken die hun vertrouwd is uit de basisopleiding. *Oddie* suggereert de huisarts een taak te geven in de kliniek; hij zou kunnen worden geraadpleegd bijvoorbeeld op de interne chirurgische afdelingen. Zowel huisarts, specialist als patiënt zouden hiervan kunnen profiteren.

Hoe men hierover ook denkt, ook in andere landen blijkt duidelijk de wens te bestaan om het scherpe onderscheid dat tussen intra- en extramurale zorg bestaat, te laten verdwijnen door betere onderlinge samenwerking en beter begrip tussen huisarts en ziekenhuisarts.

Ik ben mij bewust met bovenstaande zeker niet dit vraagstuk te hebben opgelost. Integendeel, vele problemen werden slechts genoemd, maar het is immers mijn bedoeling „de knuppel in het hoenderhok te gooien”. Ik stel mij dan ook voor dit gebied nader te onderzoeken en hierop terug te komen. De tijd dringt zeker, want zoals boven reeds uiteengezet, de problemen zullen alleen maar toenemen en het is van belang grote aandacht voor deze zaken te hebben. Het is de hoogste tijd dat in plaats van ons blind te staren op de technische mogelijkheden in het ziekenhuis, wij ons het boven gestelde meer bewust gaan worden en ons gaan bezighouden met de patiënt zelf.

Literatuur

- Barnes, Elisabeth (1961) *People in hospital*. Mac Millan, London, 1961, In vertaling: *Mensen in het ziekenhuis*. Het Spectrum, Utrecht, 1967.
- Bremer, J. J. C. B. *De ziekenhuispatiënt*. Dekker & Van de Vegt, Utrecht-Nijmegen, 1963.
- Davis, H. J. roy. *Coll. of gen. Pract. Suppl. No. I. 20, 6.*
- De huisarts 1970*. Nationaal Colloquium Beerse. Acco, Leuven, 1970.
- Dijkhuis, H. J. P. M. (1970) *Medisch Contact* 25, 1420.
- Drogendijk, A. Č. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 902.
- Ellerbeck, J. P. W. *De wereld van de zieke mens, een psychologische benadering van het ziek zijn*. Uitgave de Tonos, Haarlem, 1961.
- Faber, H. *Problemen rond het ziekbed*. Van Gorcum en Comp, Assen, 1959.
- Oddie, J. A. (1963), *Lancet* II, 1219.
- Tellegen, E. (1970) *Medische sociologie*. W. Samson, Amsterdam.
- Thomson, W. A. R. (1962) *Ciba Symposion* 10, 162.
- Woudschotenrapport (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 372.
- Smith, A. (1970) *J.roy. Coll. gen. Pract. Suppl. No. I. 20, 12.*