

# De begeleiding van ziekenhuispatiënten door een huisarts\*

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

In een vorig artikel werd een pleidooi gehouden voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts (*De Melker, 1971*). Nader onderzoek werd in het vooruitzicht gesteld, daar tot nu toe nauwelijks onderzoek was verricht over de eventuele taak van de huisarts ten opzichte van ziekenhuispatiënten en de relatie huisarts-specialist. Uit gehouden enquêtes is inmiddels gebleken dat, naar de mening van ziekenhuispatiënten, huisartsen en specialisten, de huisarts een belangrijke taak heeft te vervullen jegens zijn patiënten die zijn opgenomen (*De Melker, 1973*). Het blijkt dat deze taak voortvloeit uit het functioneren van de huisarts als gezinsarts. De huisarts kan in het ziekenhuis complementaire hulp verlenen aan de technische, specialistische hulp die in het ziekenhuis wordt geboden. Als bewaker van de gezondheid van patiënt en gezin kan een huisarts ook tijdens ziekenhuisopname persoonlijke, integrale en continue hulp verlenen; hij kan daardoor de bestaande kloof tussen de extramurale en de intramurale zorg overbruggen.

Uit dit onderzoek willen wij een facet naar voren brengen; voor het overige zij verwezen naar genoemde publikatie. Wij willen thans een huisarts volgen op zijn wekelijkse ronde door het ziekenhuis.

Gedurende een jaar werd door mij een aantal gegevens in de eigen duo-praktijk verzameld. Dit deel van mijn onderzoek tracht een antwoord te geven op de vraag: hoe kan een huisarts in de praktijk bij zijn ziekenhuispatiënten functioneren en hoe verloopt de communicatie met specialisten, respectievelijk met de ziekenhuispatiënt en zijn of haar gezin?

Naast een aantal persoonlijke gegevens (leeftijd, geslacht, sociale laag, enzovoort) werden gedurende het jaar van onderzoek gegevens verzameld omtrent de ziekenhuispatiënten uit de eigen praktijk (onder meer opnameduur, diagnose, behandelend specialist, berichtgeving, communicatie met specialist respectievelijk verpleegsters en het gezin van patiënt). Tenslotte werd de inhoud van onze ziekenhuisbezoeken zo nauwkeurig mogelijk vastgelegd.

*De praktijk van onderzoek.* De praktijk van on-

\* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

*Samenvatting.* In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van de wekelijkse ziekenhuisbezoeken van twee huisartsen aan de hand van de registratie hiervan in hun geassocieerde praktijk. Het blijkt dat een huisarts uitleg en adviezen aan zijn ziekenhuispatiënten kan geven, in kan gaan op belangrijke emoties en een brugfunctie kan vervullen tussen patiënt en gezin. Enkele praktijkvoorbeelden worden beschreven.

De opnameduur van de eigen patiënten bleek korter te zijn dan die welke als landelijk gemiddelde geldt. In de eigen praktijk was het aantal opgenomen patiënten nagenoeg de helft van het landelijk gemiddelde.

Wat betreft de communicatie met het ziekenhuis bleek het verpleegkundig hoofd een intermediaire functie te hebben. De berichtgeving van specialisten met betrekking tot de ontslagen patiënten liet echter veel te wensen over: over 40 procent van deze patiënten was één week na ontslag nog geen bericht ontvangen.

De huisarts blijkt door ziekenhuisbezoek inderdaad complementaire hulp aan de soms te eenzijdig technisch-specialistische hulpverlening in het ziekenhuis te kunnen leveren en aldus bij te dragen de kloof tussen intra-extramurale zorg te overbruggen.

derzoek betreft een voornamelijk plattelandspraktijk van 5 457 zielen, door twee huisartsen in associatief verband uitgeoefend. Beide partners zijn parttime aan het Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut verbonden, respectievelijk als hoogleraar en wetenschappelijk hoofdmedewerker. Iedere partner heeft zoveel mogelijk zijn eigen patiënten-kring, terwijl anderzijds wordt getracht de eenheid van de praktijk zoveel mogelijk te behouden, bijvoorbeeld door gebruik te maken van hetzelfde kaartstelsel en door dagelijkse patiëntenbesprekingen. Beider ziekenhuispatiënten worden wekelijks door een van ons bezocht; deze bezoeken worden steeds met elkaar besproken.

*Algemene gegevens betreffende onze ziekenhuispatiënten.* In het jaar van onderzoek werden 281 patiënten opgenomen, inclusief de in het ziekenhuis geboren baby's. Dit betekent een opnamepromillage van 51,5, nagenoeg de helft van het lan-

delijk gemiddelde (96,6, CBS 1972\*). Corrigeert men dit promillage voor leeftijd en geslacht, dat wil zeggen berekenen wij het aantal opnames als onze praktijk een samenstelling zou hebben gehad gelijk aan de Nederlandse bevolking, dan blijkt dit promillage 53,1 te zijn. Op dit overigens zeer belangrijke aspect zal in dit artikel niet nader worden ingegaan.

In tabel 1 is de ziekenhuisbevolking vergeleken met het totale praktijk bestand. Het hoge percentage 0-jarigen onder onze ziekenhuisbevolking wordt verklaard door het relatief grote aantal klinische bevallingen zonder medische indicatie in een academisch ziekenhuis. Bejaarden, die ongeveer 9 procent van het praktijkbestand uitmaken, worden relatief vaak opgenomen: zij vertegenwoordigen 14½ procent van onze ziekenhuisbevolking.

Uit tabel 2 kan men aflezen dat onze patiënten over drie ziekenhuizen waren verdeeld; bijna de helft lag in één der ziekenhuizen. Verder kan uit de tabel worden afgelezen dat 38 specialisten bij de behandeling van onze ziekenhuispatiënten waren betrokken. Het aantal behandelend artsen was nog veel groter, indien men bedenkt dat in twee ziekenhuizen ook assistenten werkzaam zijn. Het feit dat de helft van de patiënten over zes, en twee-derde over tien specialisten waren verdeeld, weerspiegelt een doelbewust beleid om onze patiënten naar een zo klein mogelijk aantal specialisten te verwijzen. Dit is mogelijk dankzij het feit dat de patiënt de keuze van de specialist vrijwel altijd aan ons over-

Tabel 1. De ziekenhuispatiënten van de eigen praktijk naar leeftijd en geslacht vergeleken met het praktijkbestand in procenten.

Leeftijd in jaren	Ziekenhuispatiënten			Praktijkbestand		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0	7,5	3,2	10,7	0,8	0,6	1,4
1-14	8,2	6,8	15,0	13,2	12,1	25,3
15-29	8,2	16,0	24,2	15,4	13,3	28,7
30-44	4,3	5,7	10,0	8,5	8,0	16,5
45-64	15,6	10,0	25,6	9,2	9,6	18,8
65-74	4,6	5,0	9,6	3,1	2,9	6,0
≥75	2,1	2,8	4,9	1,4	1,9	3,3
n =	142	139	281	2816	2641	5457
	50,5%	49,5%	100%	51,6%	48,4%	100,0%

\* Voorpublicatie van het overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland over 1970, verslagen en rapporten 1972, no. 3, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, verzorgd door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in samenwerking met Nationaal ziekenhuisinstituut, de Nationale Ziekenhuisraad en het CBS, Staatsuitgeverij 1972.

laat. Bovengenoemd beleid is weer van groot belang voor de praktische mogelijkheid ziekenhuispatiënten te begeleiden.

Uit de door ons gehouden enquêtes bij een representatieve groep Nederlandse huisartsen bleek namelijk dat bij verdeling van ziekenhuispatiënten over minder dan vier ziekenhuizen de kans toeneemt dat de huisarts zijn patiënten regelmatig bezoekt. Bovendien bleek dan de communicatie met de specialisten ook beter te zijn, zowel naar objectieve als subjectieve maatstaven. Op de verdeling van onze ziekenhuispatiënten naar diagnose — waarin men een afspiegeling kan zien van het verwijzingsbeleid — zullen wij hier niet nader ingaan; hiervoor zij naar de oorspronkelijke publicatie verwezen.

Tabel 2. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar ziekenhuis en behandelend specialist.

Verdeling patiënten per ziekenhuis

1. ziekenhuis X 47,0
2. ziekenhuis Y 18,1
3. ziekenhuis Z 33,8
4. elders 1,1

n = 281 = 100 procent

Verdeling patiënten naar behandelend specialist

- |                  |      |                |                |                |
|------------------|------|----------------|----------------|----------------|
| 1. specialist A  | 16,7 | } 55,1 procent | } 67,8 procent |                |
| 2. specialist B  | 11,0 |                |                |                |
| 3. specialist C  | 10,3 |                |                |                |
| 4. specialist D  | 8,5  |                |                |                |
| 5. specialist E  | 4,3  |                |                |                |
| 6. specialist F  | 4,3  |                |                |                |
| 7. specialist G  | 3,5  | } 12,7 procent |                | } 32,2 procent |
| 8. specialist H  | 3,2  |                |                |                |
| 9. specialist I  | 3,2  |                |                |                |
| 10. specialist J | 2,8  |                |                |                |

11. Overige 28 specialisten

n = 281 = 100 procent

Tabel 3. De opnameduur in dagen van de eigen ziekenhuispatiënten vergeleken met landelijke gegevens\*.

Aantal dagen	Praktijk	Landelijk
1 tot en met 7	33,1	28,8
8 tot en met 14	39,9	32,5
15 tot en met 28	16,0	22,2
≥ 29	11,0	16,5
	n = 281 100 procent	n = 498. 138 100 procent

\* Toets van Wilcoxon met een oneindig grote steekproef  $U = 4,91$   $p < 1/2$  procenten.

Uit tabel 3 blijkt dat driekwart van onze ziekenhuispatiënten niet langer dan twee weken was opgenomen.

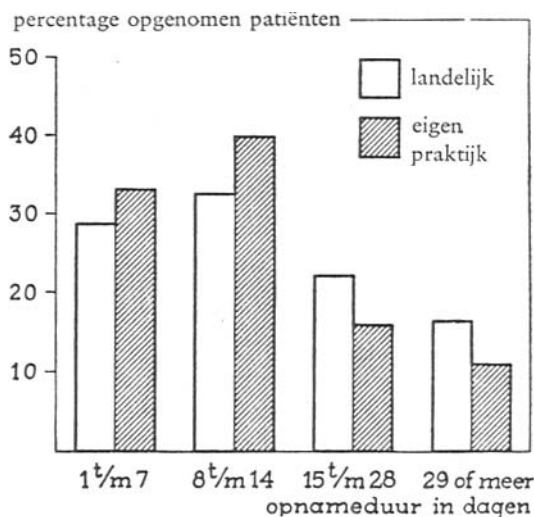
Bij toetsing met landelijke cijfers (CBS 1971\*) blijkt de opnameduur van onze patiënten significant korter dan landelijk. Uit tabel 3 en figuur 1 blijkt dat in onze praktijk relatief meer korte, relatief minder langdurige opnames voorkomen. Mogelijk wordt dit verklaard door een stringent verwijzings-, c.q. opnamebeleid, waarbij langdurige opnames van bijvoorbeeld probleempatiënten, respectievelijk patiënten met onduidelijke ziektebeelden, zoveel mogelijk worden vermeden. Anderzijds heeft de intensieve begeleiding van onze ziekenhuispatiënten soms geleid tot vervroegd ontslag.

Het is begrijpelijk dat ernstiger zieken en bejaarden langduriger waren opgenomen. Zo lag van de ernstige zieken ongeveer tweederde langer dan twee weken in het ziekenhuis, van de bejaarden ruim de helft, van ons totale ziekenhuisbestand slechts ruim een vierde. Het bleek, indien wij onze ziekenhuispatiënten niet wekelijks doch slechts éénmaal per maand zouden bezoeken, dat wij slechts 60 procent van de ernstig zieken en 55 procent van de bejaarden in het ziekenhuis zouden ontmoeten. Hieruit kan men concluderen dat men bij tijdgebrek niet de frequentie van de ziekenhuisbezoeken moet verlagen, doch moet trachten de patiënten selectief te bezoeken, wil men niet van juist de groepen, die bij uitstek een risico vormen, een belangrijk percentage bij het bezoek missen. De tijdsbesparing zal overigens vaak gering zijn daar de benodigde tijd van het bezoek aan de patiënt vaak geringer is dan die om het ziekenhuis te bereiken.

*Ziekenhuisbezoek van een huisarts.* Ondanks wekelijks bezoek, hetgeen ons ongeveer twee uur per week vergde, bleek een vierde van onze patiënten niet te zijn bezocht. Dit werd vrijwel altijd door een te korte opnameduur veroorzaakt. Bij de verdere beschrijving van de rondgang door de ziekenhuizen zullen wij uitgaan van deze groep bezochte 216 patiënten.

*Plaats en omstandigheid van het bezoek aan onze ziekenhuispatiënten.* Bij de enquêtes van ons landelijk onderzoek bij huisartsen en uit eigen ervaring blijkt dat betrekkelijk zelden een rustig gesprek aan het ziekbed kan worden gevoerd. Bij slechts 15 procent van de bezochte patiënten werd een of meer keer gedurende de opname de patiënt alleen gesproken. In deze fungeerden wassende en tempererende verpleegsters soms als een barrière, evenals

Figuur 1. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar opnameduur voor de eigen praktijk vergeleken met landelijke gegevens van het CBS\*.



te actieve zaalgenoten. De benadering van een huisarts door verpleegsters is zeer wisselend. Soms wordt een huisarts nauwelijks te woord gestaan en krijgt hij het gevoel een onwelkome vreemdeling te zijn. Soms is de houding van de verpleegster juist zeer positief en vindt overleg plaats aan de hand van de status, soms wordt koffie aangeboden, enzovoort. De onbekendheid met de taak en de functie van de huisarts vormt nu eenmaal een ernstige belemmering voor een positieve houding ten opzichte van de huisarts. Hoe actiever de huisarts zich echter opstelt, hoe positiever hij ook zal worden benaderd omdat de verpleegster méér begrip voor zijn taak ook tegenover de ziekenhuispatiënt zal krijgen.

#### De inhoud van onze bezoeken

*Het geven van uitleg en advies door de huisarts.* Het geven van voorlichting bleek bij landelijk onderzoek een belangrijke taak te zijn van de huisarts. De arts moet echter niet, zoals veelal gebeurt, vertellen wat hij zelf belangrijk vindt, maar luisteren naar datgene wat de patiënt wil weten (*Dumas en anderen*) Door ons werd overigens betrekkelijk zelden uitleg gegeven (15 procent van de bezochte patiënten een of meer keer gedurende de opname) en dan nog in de meeste gevallen bij ernstig zieken en ouderen. Dit wordt mijns inziens onder meer verklaard doordat de huisarts vaak onvoldoende op de hoogte is omtrent de onderzoek-, respectievelijk behandelingsprocedure. Toch kan de huisarts vaak met een zeer eenvoudige voorlichting veel onzekerheid wegnemen.

\* Diagnose statistiek ziekenhuizen 1966, 1967, 1968 C.B.S. 1971.

*Patiënt 1.* Een 60-jarige vrouw is met rectaal bloedverlies in het ziekenhuis opgenomen. Zij maakt zich zorgen en meent aan carcinoom te lijden. „Weet u dokter, ik durf het de specialist niet te vragen, de dokters hebben het altijd zo druk en zij vertellen je nooit iets.”

Bij navraag bij de hoofdverpleegster blijkt patiënte aan een proctitis te lijden. Als de huisarts haar de oorzaak van haar klachten uitlegt is zij kennelijk opgelucht; hij blijkt een bijdrage te kunnen leveren aan het wegnemen van haar angst voor carcinoom.

Adviezen werden nog minder vaak gegeven. Dit is begrijpelijk gezien het feit dat de huisarts bij de eigenlijke behandeling geen directe taak heeft te vervullen. Wel zal de huisarts al tijdens de opname op de begeleiding na het ontslag vooruit kunnen lopen. Zo zal de huisarts zeker een patiënt met bijvoorbeeld een myocardinfarct adviseren niet meer te roken.

*Het uiten van belangrijke emoties.* Deze taak sluit bij de vorige aan. Immers wil er sprake zijn van werkelijke communicatie met de patiënt, dat wil zeggen van zogenaamd therapeutisch gedrag (*Cassee*), dan zal de huisarts niet alleen uitleg geven over aard en ernst van de ziekte, maar vooral door een juiste attitude de patiënt aanmoedigen zijn zorgen en angstgevoelens te uiten. Uit experimenten blijkt dat het uiten van deze emoties, met name bij operatiepatiënten, de kans op complicaties doet afnemen (*Tellegen, Janis*).

Goede communicatie vormt dan ook een wezenlijke bijdrage aan het genezingsproces (*Brown, Uuskallio*). Het is bekend dat de arts geneigd is juist dit laatste niet te doen, onder meer omdat hij zelf bang is voor de daarbij opgeroepen eigen emoties. Therapeutisch gedrag is dan ook riskant gedrag (*Cassee*). De gangbare opvatting dat de patiënt zeker in het ziekenhuis flink en gehoorzaam moet zijn speelt hierbij een belangrijke rol.

Ruim 28 procent van de bezochte patiënten uitte een of meer keer gedurende de opname een belangrijke emotie. Het betreft hier uiteraard subjectieve gegevens die slechts als illustratie kunnen dienen. Oudere en ernstige zieken uitten veel vaker emoties: iets minder dan de helft van de bezochte patiënten. Dit wijst erop hoe belangrijk ziekenhuisbezoek voor deze categorie patiënten kan zijn! De naar voren gebrachte emoties kunnen het gevolg zijn van onzekerheid die de ziekenhuissituatie met zich brengt. Gevoelens van eenzaamheid, vaak versterkt door onzekere situaties en het gebrek aan voorlichting, kunnen tot onnodige ongerustheid leiden.

*Patiënt 2.* Een 51-jarige man met lage rugpijn ligt ter observatie op de neurologische afdeling. Bij het bezoek van de huisarts blijkt hij niet tegen de ziekenhuissituatie op te kunnen, onder meer door de confrontatie met andere zieken. Door zijn ziekte en deze confrontatie wordt hij in nog

sterkere mate op zijn eigen huwelijksproblematiek teruggedrongen.

Juist psychiatrische patiënten hebben dikwijls veel moeite zich aan de ziekenhuissituatie aan te passen.

*Patiënt 3.* Een 40-jarige man, opgenomen met ernstige depressie, voelt zich in het ziekenhuis niet thuis. „Je kunt hier met niemand praten. Ze bedoelen het wel goed, maar ze schrijven je zo de les voor. Wat weten ze hier nu van mij af dokter? De zaalvisite is een kwelling voor mij, hoe kan je nu met al die dokters om je bed heen over je problemen spreken?”

Het is niet moeilijk de gevoelens van deze patiënt te verstaan. De grote visite is immers voor veel patiënten een rem om zich uit te spreken. *Groen* wijst erop dat een groot deel van de bezwaren tegen deze zaalvisite kunnen worden weggenomen door ook de patiënt gelegenheid te geven vragen te stellen, hierop in te gaan en bovendien door het door de artsen gevoerde overleg in voor de patiënt begrijpelijke taal om te zetten. Anders gezegd: therapeutisch gedrag ten toon te spreiden. Het is mij bovendien duidelijk geworden dat door een verkeerde benadering van patiënten veel belangrijke aspecten van het ziek zijn, die ook voor de behandeling van somatische aandoeningen van groot belang zijn, verloren gaan. Er wordt over, niet mét de patiënt gepraat. Het belang van een goede communicatie met de patiënt heeft dus zeker niet alleen betrekking op de psychosociale facetten van het ziekzijn. Ook bij de stervensbegeleiding kan de huisarts in nauwe samenwerking met andere hulpverleners (pastor, maatschappelijk werker, specialist) een belangrijke bijdrage leveren, vooral omdat hij de enige medische hulpverlener is die tot het thuismilieu van de patiënt behoort en het gezin kent. Daarmee komen wij dan ook tot de volgende taak van de huisarts in het ziekenhuis.

*Het vervullen van een brugfunctie en de communicatie met het gezin.* Onder deze brugfunctie verstaan wij de schakelfunctie, welke de huisarts kan vervullen tussen de patiënt in het ziekenhuis en zijn gezin thuis. In concreto gaat het om het informeren van gezinsleden omtrent de toestand van de ziekenhuispatiënt, het begeleiden van gezinsleden in verband met problemen door opname ontstaan, de voorbereiding binnen het thuismilieu op het ontslag van de patiënt enzovoort. Deze functie vervulden wij bij een vierde van de ziekenhuispatiënten een of meer keer gedurende de opname, bij ernstige zieken veel vaker, te weten bij bijna de helft. Over 36 van de 216 bezochte patiënten werd met het gezin overleg gepleegd, weer in de meeste gevallen over ernstig zieken. Van groot belang is het dat de huisarts door zijn kennis van het thuismilieu en van de

mogelijkheden van de extramurale zorg, die plaatselijk sterk verschillen, een rol kan spelen bij het bepalen van het ontslagtijdstip. Dit kan tot verkorting van de opnameduur leiden. Dikwijls worden de mogelijkheden ten huize van de patiënt door de werkers in het ziekenhuismilieu onderschat hetgeen tot onnodige verlenging van de opname kan leiden.

*Patiënt 4.* Een 30-jarige vrouw, opgenomen voor klinische bevalling, blijkt niet te kunnen worden ontslagen in verband met een te laag hemoglobine-gehalte. Als de huisarts de verpleegster opmerkzaam maakt dat ook de wijkzuster de ijzerinjecties kan geven, blijkt het mogelijk de patiënte nog dezelfde dag te ontslaan.

Het blijkt dus zeker niet zo te zijn dat de huisarts alleen maar langs een aantal bedden moet hollen. Hij moet activiteit ontplooiën, soms zelfs lastig zijn. Vaak zal de huisarts het ontslag thuis al voorbereiden door gezamenlijk met de wijkverpleegkundige, verzorgingsmogelijkheden thuis te scheppen, voor gezinshulp te zorgen, fysiotherapie te regelen, enzovoort. Dit alles kost weinig tijd en spaart veel geld. Ook voor de begeleiding van gezinsleden is ziekenhuisbezoek onontbeerlijk (*Gieling en De Melker*). Deze functie is de meest specifieke taak van de huisarts binnen het ziekenhuis en kwantitatief en kwalitatief zeer belangrijk. Immers, het vereist medische kennis, kennis van het thuismilieu en bovendien een goede relatie met patiënt en gezin. Juist door het vervullen van deze taak kan de huisarts de afstand tussen de extra- en de intra-murale zorg overbruggen.

*De communicatie bij ziekenhuisbezoek.* Bij het verpleegkundig afdelingshoofd zal de huisarts niet alleen zijn zaalbezoek moeten aankondigen, maar ook vaak informatie kunnen uitwisselen. Bij ruim eenderde van de bezochte patiënten spraken wij een of meer keer gedurende de opname met de hoofdverpleegkundige, wat betreft ernstige zieken zelfs over meer dan de helft van de patiënten. Het bleek zeker niet altijd noodzakelijk met de specialist zelf te overleggen. Dit laatste gebeurde ook veel minder vaak (17 procent van de bezochte patiënten). De hoofdzuster heeft hier dus duidelijk een intermediaire functie. Bij een goede relatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige kan dan bovendien het contact tussen ziekenhuis en wijkverpleegkundige worden hersteld.

*De berichtgeving van specialisten.* Uit het landelijk onderzoek bleek dat de huisarts, ondanks zijn wens naar tussentijdse informatie, zelden een dergelijk bericht van specialisten ontvangt. Ook in onze situatie kwam tussentijds bericht sporadisch voor, te weten bij 1½ procent van onze opgenomen patiënten. Het meegeven van een voorlopig ont-

slagbericht, ook een gewenste procedure, kwam zelden voor: slechts voor 6 procent van de ontslagen patiënten ontvingen wij een dergelijk bericht. In *tabel 4* is een overzicht gegeven van de aan ons verstrekte informatie betreffende de ontslagen ziekenhuispatiënten. Uit deze tabel kan men aflezen dat wij één week na ontslag over 60 procent van de patiënten waren geïnformeerd en wel of door middel van een voorlopig bericht respectievelijk tijdens de opname ontvangen „ontslagbericht” of door middel van ontvangst van een definitief bericht. Over 25 procent van de patiënten ontvingen wij een tot drie weken na ontslag bericht, over 16 procent waren wij zelfs drie weken na ontslag nog niet geïnformeerd. Indien wij één week als uiterste tijdstip nemen, wil de huisarts de behandeling adequaat kunnen voortzetten (*rapport van het King Edward Hospital*), dan blijkt aan de berichtgeving nog zeer veel te ontbreken. Hier ontstaan vaak misverstanden omdat patiënt veronderstelt dat de huisarts van alles op de hoogte is. Men verwacht de huisarts op bezoek, belt tevergeefs om inlichtingen, enzovoort. Bij complicaties of intercurrente ziekte is de huisarts niet op de hoogte van de gegeven voorschriften en medicatie. Hij staat met de mond vol tanden, trachtend via de patiënt nog zoveel mogelijk aan de weet te komen: dit is de wereld op zijn kop. Het bleek bovendien dat tussen de zes specialisten, bij wie ongeveer de helft van onze patiënten was opgenomen, een groot onderling verschil in snelheid van berichtgeving bestond. Van drie specialisten ontvingen wij over vrijwel alle patiënten binnen één week bericht, van één waren wij drie weken na ontslag over ruim een kwart nog niet geïnformeerd. Deze zes specialisten bleken hun brieven gemiddeld echter niet sneller te sturen dan degenen, bij wie maar enkele van onze patiënten waren opgenomen. De communicatie met de specialisten, bijvoorbeeld telefonisch, buiten zieken-

*Tabel 4. Ontvangst van ontslagbericht, gerangschikt naar aantal dagen na ontslag, in procenten.*

Voorlopig bericht bij ontslag				
ontvangen of tijdens opname				
„ontslagbericht” ontvangen	10,0	} 59,4		
0-1 .....	12,4		} 49,4	
2-3 .....	16,4			
4 tot en met 7 .....	20,6			
8 tot en met 14 .....	13,9	} 24,6		
15 tot en met 21 .....	10,7			
22 tot en met 28 .....	5,0	} 16,0	} 40,6	
≥29 .....	5,3			
Ontslagbericht				
niet ontvangen .....	5,7			

n = 281 = 100 procent

huisbezoek om, kwam betrekkelijk zelden voor (10 procent van de bezochte patiënten). Soms ging het initiatief van de huisarts, soms van de specialist uit.

### *Beschouwing*

Bleek uit ons onderzoek door middel van enquêtes bij ziekenhuispatiënten, huisartsen en specialisten, dat de huisarts een taak te vervullen heeft jegens zijn ziekenhuispatiënten, dit deel van ons onderzoek leert ons dat deze taak ook reële inhoud heeft en praktisch uitvoerbaar is. Op de door de redactie van „huisarts en wetenschap” (*Redactioneel*), destijds opgeroepen vraag, namelijk of de taakomschrijving van de huisarts, geformuleerd bij de Woudschoten-conferentie, niet te idealistisch is, kan worden geantwoord dat verlenen van integrale en persoonlijke zorg aan de ziekenhuispatiënt zeker is te realiseren. Ten koste van ongeveer twee uur per week blijkt een huisarts een aantal belangrijke en specifieke taken te kunnen vervullen, met name van de brugfunctie en het fungeren als schakel tussen milieu en patiënt. Uiteraard zullen andere hulpverleners eveneens meer bij ziekenhuispatiënten moeten functioneren: pastor, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige, enzovoort. De huisarts heeft dan ook zeker geen monopoliepositie bij het uitoefenen van integrale geneeskunde.

De veelbesproken communicatiestoornis tussen huisarts en specialist komt bij ons onderzoek in harde cijfers naar voren: weinig tussentijdse berichtgeving en te langzame berichtgeving bij het ontslag. Het is van groot belang dat de hoofdverpleegkundige als intermediair tussen huisarts en specialist fungeert. Het gaat niet aan onze vinger bestraffend op te heffen tegen de specialist indien wij niet onze eigen deskundigheid en functie beseffen en er ook naar handelen. Men realiseer zich dat tussen ziekenhuisbezoek en de communicatie tussen specialist en huisarts een duidelijk verband bestaat: ziekenhuisbezoek kan tot een betere communicatie leiden en omgekeerd betekent een goede communicatie een stimulans om patiënten in het ziekenhuis te bezoeken. Het is dan ook geen tijdverdrijf voor enthousiaste huisartsen maar een wezenlijk, zinvol en voldoende gevend onderdeel van de taak van de huisarts. Thuisgekomen na een lange tocht door duistere gangen beseft de huisarts dat hij toch een essentiële bijdrage aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten kan geven.

### *Toekomstperspectieven*

Hoe kan dit alles nu in de praktijk worden gerealiseerd. Wat betreft de ziekenhuispatiënt, bij

een meer open arts-patiënt-relatie zal de mondige patiënt zijn problemen gemakkelijker uiten, ook zijn lichamelijke klachten. De huisarts zal zijn patiënten op de opname moeten voorbereiden en goed gedocumenteerd en met een gerichte vraagstelling naar de specialist moeten verwijzen. De continuïteit van de zorgverlening wordt bevorderd door zich te bepalen tot een beperkt aantal specialisten en ziekenhuizen, anderzijds door een nauwe samenwerking binnen het eerste échelon. Die huisarts, die door tijdgebrek niet alle patiënten kan bezoeken, moet zijn aandacht zeker richten op die groepen, die een hoger risico lopen, bejaarden, ernstig zieken en probleempatiënten. De specialist en andere ziekenhuisfunctionarissen zullen gedurende hun opleiding meer begrip moeten krijgen van de taak en functie van de huisarts. Men beseft te weinig hoe groot de invloed van milieu-factoren kan zijn op het ontstaan en verloop van ziekten. Uit het feit dat de huisarts nog altijd 85 procent van de aan hem gepresenteerde ziektebeelden zelfstandig behandelt blijkt bovendien de selectie van het patiëntenbestand in het ziekenhuis.

Goede administratieve faciliteiten van het ziekenhuis zijn van groot belang voor de begeleiding van ziekenhuispatiënten door de huisarts: tijdig bericht van opname, bij ontslag en bij overlijden en een kaartstelsel van opgenomen patiënten ten dienste van de huisarts. De huisarts verzuime niet ook hier actief op te treden indien bepaalde hiaten in deze kunnen worden geconstateerd.

Het zenden van tussentijds bericht kan zeer gemakkelijk geschieden door middel van voorgedrukte formulieren (bijlage 1). Niet alleen wordt dan gericht bezoek aan in het ziekenhuis opgenomen ernstige patiënten mogelijk, ook de voorlichtende taak wordt hierdoor vergemakkelijkt.

Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de ontslagen patiënt, eveneens door middel van een voorgedrukt formulier (bijlage 2) is zo'n simpele procedure voor de specialist en anderzijds zo essentieel voor een continue patiëntenzorg, dat het nalaten ervan eigenlijk als een kunstfout zou moeten worden aangemerkt. Ook hier blijkt dat goede patiëntenzorg staat en valt met de zorgvuldigheid van de arts. Dit geldt ook voor de huisarts: onvoldoende informatie aan de specialist en te laat insturen van patiënten berust niet zozeer op gebrek aan kennis dan wel op gebrek aan zorgvuldigheid.

Het definitief ontslagbericht moet de huisarts binnen een week bereiken. Dit bericht dient niet zozeer een voorbeeld te zijn van de kennis van de specialist van bijvoorbeeld de modernste laboratorium-technieken, alswel duidelijk en helder een verslag te geven van het diagnostisch- en behandelingsproces. Bij het lezen van sommige ontslagberichten bekruipt

de huisarts soms het gevoel dat de brief meer aan de specialist zelf dan aan hem is gericht. In het onderwijs aan de aanstaande specialist zou hier dan ook van de kant van de huisartsen zelf enige scholing kunnen worden gegeven.

Het aanstellen van een huisarts als coördinator binnen het ziekenhuis verdient op z'n minst overweging. Voor deze functionaris zie ik twee taken. Ten eerste het verlenen van hulp op het niveau van de huisarts. Blijkens onderzoek van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (publicatie in voorbereiding) bleek in twee grote ziekenhuizen de helft van de eerste-hulp-patiënten door de huisarts te kunnen worden behandeld. Ten tweede het onderhouden en stimuleren van contacten met huisartsen in de regio enerzijds en ziekenhuisstaf anderzijds.

Hier zij er de nadruk op gelegd dat deze functionaris nooit de eigen huisarts kan en mag vervangen. Wij menen wel dat een dergelijke werkwijze meer

perspectieven zou kunnen bieden dan het instellen van zogenaamde nazorgdiensten, die in feite alleen een symptoombestrijding betekenen en slechts een partiële oplossing bieden. Het gaat hierbij immers om de verpleegkundige zorg en dan nog slechts voor die patiënten, die door de nazorgzuster zijn geselecteerd. De discontinuïteit van de geneeskundige zorg blijft dan echter gehandhaafd. Wanneer echter, zoals in ons concept, de communicatie van de huisarts met zowel het ziekenhuis als met de wijkverpleegkundige zou worden verbeterd en bovendien de berichtgeving van specialisten sneller zou plaatsvinden, is continue zorg mogelijk.

Deze opvatting wordt door onderzoek bevestigd: huisartsen blijken bij snelle berichtgeving en wijkverpleegkundigen blijken bij goede samenwerking met huisartsen minder behoefte aan genoemde nazorgdiensten te hebben (*Rapport Provinciale Raad Volksgezondheid Noord-Holland*). Uiteraard zijn experimenten nodig om het bovenstaande in de

*Bijlage 1.*

*Tussentijds bericht ziekenhuispatiënten*

A. In te vullen door de *verpleegkundige*

datum

naam patiënt

adres

geboortedatum

ziekenhuis

afdeling

opnamedatum

naam specialist/assistent

bereikbaar toestel  
tijdstip

overleg wijkverpleegkundige met ziekenhuis: zeer gewenst -  
gewenst - niet direct noodzakelijk.

eventueel noodzakelijke voorbereidingen thuis:

B. in te vullen door *arts*

opname-indicatie:

belangrijke bevindingen:

belangrijkste programmapunten

van het onderzoek:

bezoek huisarts: zeer gewenst - gewenst - niet  
direct noodzakelijk

bezoek andere functionaris: zeer gewenst - gewenst - niet  
(maatschappelijk werker/  
pastor/wijkverpleegkundige) direct noodzakelijk

nader overleg huisarts: zeer gewenst - gewenst - niet direct  
noodzakelijk

ontslag volgt waarschijnlijk binnenkort: ja/nee.

*Bijlage 2.*

*Voorlopig ontslag ziekenhuispatiënten*

A. In te vullen door *verpleegkundige*

naam patiënt:

adres

geboortedatum

ziekenhuis:

afdeling:

opnamedatum:

ontslagdatum:

naam specialist/assistent:

advies verpleegkundige zorg:

ontslagdatum:

nader overleg met wijkverpleegkundige: zeer gewenst - ge-  
wenst - niet direct noodzakelijk

B. In te vullen door *de arts*

opname-indicatie:

voornaamste bevindingen:

ontslag diagnose:

gegeven adviezen aan patiënt:

gegeven therapie:

voort te zetten therapie:

medicamenten aan patiënt verstrekt voor . . . . . dagen:  
ja/nee

nader overleg met huisarts: zeer gewenst - gewenst - niet  
direct noodzakelijk

hercontrole met patiënt afgesproken op:

praktijk op bruikbaarheid te toetsen. De overheid blijkt bereid dergelijke experimenten te subsidiëren (*Stuyt*). De nodige gelden zullen beschikbaar kunnen komen door besparing op dure ziekenhuisbedden (*De Melker 1973*).

Het vorenstaande moge duidelijk maken dat de begeleiding van ziekenhuispatiënten begint in de spreekkamer van de huisarts, dat zij wordt geconcretiseerd door periodiek, liefst wekelijks ziekenhuisbezoek en pas eindigt bij de ontvangst van het ontslagbericht. Verbetering is mogelijk enerzijds door een betere opleiding van aanstaande specialisten en huisartsen, anderzijds door een actieve houding van de huisartsen zelf.

*Summary. Guidance of hospital patients by the family doctor.* This paper describes weekly hospital visits made by two general practitioners on the basis of relevant records in their associated practice. It is shown that a family doctor can give his hospital patients advice and explanation, deal with important emotions and serve as a bridge between patient and family. Some practical examples are presented.

— The stay in hospital of these practitioners' patients proved to be shorter than the accepted national average. The number of hospitalized patients in this practice was about one-half of the national average. The findings showed that matron has an intermediary function in the communication with the hospital.

— Communications from specialists concerning discharged patients left much to be desired; on 40 per cent of these patients, no report had been received one week after discharge from hospital.

— It is shown that hospital visits enable the family doctor to supplement the sometimes rather one-sided, technically specialized care extended in the hospital; in this manner the family doctor can help bridge the gap between intramural and extramural care.

Brown, E. L. Meeting patients psychosocial needs in the general hospital. In: J. K. Skipper & R. C. Leonard. *Social Interaction and patient care*. J. B. Lippincott, Philadelphia, 1965.

Cassee, E. Th. (1970) *T. v. Ziekenverpleging* 23, 524, 564 en 630.

Dumas, R. G., B. J. Anderson en R. C. Leonard. The importance of the expressive function in preoperative preparation. In: J. K. Skipper & R. C. Leonard. *Social Interaction and patient care*. J. B. Lippincott, Philadelphia, 1965.

Groen, J. J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1121.

Janis, I. L. *Psychosocial stress, psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. John Wiley and Sons, New York, 1958.

Melker, R. A. de (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 418.

Melker, R. A. de *Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin*. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.

Melker, R. A. de en J. Gieling (1972) *huisarts en wetenschap* 15, 122.

Rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland; de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland. Haarlem, 1972.

Redactioneel (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 417.

Report on communications and relationships between general practitioners and hospital medical staff. King Edward Hospital Fund, London, 1964.

Stuyt, L. B. J. (1972) *Medisch Contact* 27, 1179.

Tellegen, E. *Medische sociologie*. Samsom n.v., Alphen a/d Rijn, 1970.

Uuskallio, I. (1970) *World Hospital* VI, 19.