

minder regeling vooraf gevegd dan verwacht. De echtgenoot hoeft minder visites te rijden en 's avonds is hij meer thuis gebleven dan bij het begin werd verwacht.

Ook uit de meningen van de echtgenoten komt naar voren, dat aspecten van het gezinsleven minder en zaken betreffende de praktijkvoering meer dan verwacht zijn uitgekomen. Hier en daar zijn er verschillen tussen de antwoorden van de huisartsen en die van hun vrouwen, doch deze zijn niet van dien aard dat er van een duidelijke discrepantie kan worden gesproken. Men zou wel, vooral bij de echtgenoten, kunnen zeggen dat de stelling opgaat dat geringe verwachtingen het eerst worden overtroffen en hoge verwachtingen vaker de kans lopen op teleurstelling. Als slotcon-

clusie mag echter gelden dat men erg positief denkt en is blijven denken over deze vorm van samenwerking.

*Summary. Investigations into a pseudo-group practice. II. The six general practitioners of the pseudo-group practice in Nijmegen received three identical questionnaires both at the start, in 1968, and two years later. Their wives were offered a single questionnaire at the same times. The questions concerned the activities of the practitioners, certain attitudes in relation to peer contacts, and expectations concerning family life. Substantial differences in response between the first and the second round have been the starting-point of this article. The results are to be viewed especially as illustrative of this form of collaboration.*

*— It is concluded from the differences observed that the individual sense of responsibility of the practitioners involved seems to have increased, and that*

*they are assuming more liberal attitudes concerning their professional practice. It is also concluded that the six general practitioners are willing to collaborate but nevertheless wish to retain a degree of personal independence. It is finally concluded that both the practitioners and their wives had expected more positive changes in family life than actually transpired, while on the other hand the positive changes in the professional activities exceeded expectations. On the whole, this form of collaboration is apparently experienced as felicitous.*

Gordon, L. V. Survey of Interpersonal Values (S.I.V.). Bewerking van het Research Instituut voor Toegepaste Psychologie, Amsterdam, 1963.

Heydendaal, P. H. J. M. (1969) huisarts en wetenschap, 12, 391.

Vlamings, H. L. A., Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker, Academisch proefschrift, Nijmegen, 1967.

## De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten

Het rapport Project „nazorg ziekenhuispatiënten” in de groepspraktijk te Rhenen, samengesteld door de stafafdeling epidemiologie en informatica van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en verschenen in april 1973, geeft aanleiding tot enkele beschouwingen.

Het Woudschoten-rapport (1963) geeft ten aanzien van deze nazorg onder de punten 7 en 8 een duidelijk beeld van de taak van de huisarts:

7 ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan;

8 in overleg met behandelende en adviserende specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering daarvan.

Verscheidene jaren na deze in het Woudschoten-rapport gegeven beschrijving van deze taak van de huisarts heeft men het ene na het andere nazorgexperiment ondernomen en een rapportage daarvan zien verschijnen. De benadering van de pro-

blematiek en de opzet van de experimenten verschilden helaas dermate, dat vergelijkingen hierdoor worden bemoeilijkt. Enkele van deze rapportages zijn hier in herinnering te brengen:

In april 1970 besloot de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland tot de instelling van een commissie, met als taak een onderzoek in te stellen naar de concrete behoefte aan nazorg in deze provincie. Door middel van een enquête werd de behoefte aan een georganiseerde nazorg gepeild bij de huisartsen en de wijkverpleegsters buiten Amsterdam. De commissie maakte hierbij gebruik van het rapport „Nazorg ontslagen ziekenhuispatiënten” van G. J. Heringa. Bij de overgrote meerderheid der wijkverpleegsters bleek behoefte te bestaan aan de instelling van een georganiseerde nazorg, waarvan de invoering bij het overgrote deel van de huisartsen niet op weerstanden zou stuiten, mits de huisartsen in het overleg van alle handelingen zouden worden betrokken.

Van de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen en de Nationale Ziekenhuisraad verscheen in maart 1971 een rapport over de verpleegkundige zorg in het contact ziekenhuis / verpleegtehuis-kruisverenigingen. De hierbij gekozen onderzoeksmethode was eveneens de enquête; deze werd echter gehouden, via hun organisaties, bij alle ziekenhuizen en verpleegtehuizen die in de Nationale Ziekenhuisraad zijn vertegenwoordigd.

In mei 1972 startte een nazorgexperiment in Hoogeveen, waaraan meewerkten de besturen en de wijkverpleegkundigen van de Hoogeveense kruisverenigingen en de vertegenwoordigers van het Bethesda ziekenhuis, in het kader van het Welzijnsplan Zuidwest-Drenthe. Een wijkzuster kwam gedurende een half jaar twee keer per week in het ziekenhuis om op aanwijzing van het afdelingshoofd en de specialist de nazorg te stroomlijnen van die patiënten, die daaraan volgens deze stafleden van het ziekenhuis behoefte hadden. Zij zond haar collega en de huisarts, die het aanging, een afschrift van het

ontslagformulier. Door een terugrapportage na zes weken kreeg het ziekenhuis inzicht in de situatie thuis van de patiënten.

In navolging van Amsterdam en Egmond functioneerde vanaf 1 februari 1973 een ziekenhuisnazorgdienst voor chirurgische patiënten van het Radboud-, Canisius- en het Wilhelminaziekenhuis te Nijmegen. Het initiatief ging hierbij uit van de Nijmeegse kruisverenigingen, de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en het Instituut voor Sociale Geneeskunde. De ziekenfondsen werkten mee als belanghebbenden in verband met een eventuele verkorting van de opnameduur.

Deze summiere en wellicht onvolledige opsomming van nazorgprojecten achten wij voldoende om de vraag, of de communicatielijn specialist-huisarts te kort is geschoten, perspectief te geven: zal of kan de oplossing van dit probleem worden gevonden in institutionalisering van de nazorg?

Nazorg wordt door Van Dale gezien als de controle op de zorg voor patiënten na ontslag uit het ziekenhuis of de inrichting. Men dient daarbij te bedenken dat de patiënt over het algemeen door een verwijzing van de huisarts ad hoc ziekenhuispatiënt werd. De huisarts heeft de taak na het ontslag de zorg en de verantwoordelijkheid weer op zich te nemen, respectievelijk te continueren, indien zijn zorg zich ook uitstreckte tot in het ziekenhuis. Onder zorg verstaan wij dan toewijding, het moeite doen een goede conditie in stand te houden (Van Dale).

Laten wij teruggaan naar het rapport van de groepspraktijk te Rheden. Gelukkig is hierbij niet gekozen voor de enquête maar voor een veldonderzoek, waarbij de informatie werd verkregen door het verzamelen van gegevens bij de ontslagen patiënten thuis, dus daar waar de nazorg begint. Hierbij werd uitgegaan van de hypothese dat de continuïteit in zorg bij de overgang van ziekenhuis naar huis alleen kan worden verbeterd via de specialist en de huisarts. Strikt genomen impliceert deze

hypothese een toetsend onderzoek met een experimentele groep en een controlegroep. Het onderzoek te Rhenen is evenwel uitgelopen op een beschrijving, met het doel een uitspraak te doen over de mate, waarin een verschijnsel voorkomt (*Vercruyse*). Dat er nog een tweede hypothese is ingeslopen, te weten „dat de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van geïntegreerde zorg primair bij de behandelende artsen ligt”, wekt verwarring en is, afgezien daarvan, het intrappen van een open deur.

Deze kritische opmerkingen over de opzet van het onderzoek, waarbij het evident is dat het aan de kennis en de inbreng van een socioloog heeft ontbroken, belet ons niet een cijfermatige opsomming van dit onderzoek te geven, waarbij het gaat om 860 (of 840?) patiënten die gedurende één jaar, op een totale praktijkomvang van 12.000 werden vervolgd. Hierbij bleek dat 5 procent van de ontslagen patiënten wijkverpleging nodig had en 17,4 procent enige vorm van maatschappelijke (gezondheids)zorg. Deze laatste vorm van zorg werd des te meer nodig geoordeeld wanneer de opname langer dan zes weken had geduurd. Bij 7 procent van de patiënten die maatschappelijke (gezondheids)zorg behoefde, werd door het ziekenhuis geen enkel initiatief genomen.

De informatie van het ziekenhuis aan de huisarts werd in 20 procent als inadequaats beschouwd, terwijl in 6 procent de instructie aan de patiënt onvoldoende was en in 1,5 procent geheel ontbrak. Een tweede contact of meer contacten met de huisarts bleek in 37,7 procent van de ontslagen patiënten geïndiceerd te zijn.

Hoewel het rapport nog meer informatie geeft, willen wij hiermee volstaan.

Welke zijn de conclusies?

Bij kortdurende opnamen acht de rapporteur het achterwege laten van een visite onjuist, hoewel hij het geheel verantwoord acht als de wijkverpleegster dit bezoek verricht.

Een nazorgdienst zou volgens de huisartsen in Rhenen geen fundamentele oplossing zijn van de bestaande

problematiek. Zij tekenen hierbij aan dat hun is gebleken dat de nazorg voornamelijk een medische zorg is en zij zien hierin een bevestiging van hun hypothese.

Tot slot een citaat uit de conclusies: „Het grote aantal patiënten (349) dat na ontslag hulp ontvangt van gezinsleden of dat boven de professionele hulpverlening van wijkverpleging of maatschappelijke dienstverlening ook nog geholpen wordt door zijn directe leefmilieu kan een waarschuwing zijn voor de toekomst om de behoefte aan hulp niet al te veel te professionaliseren”. Deze laatste conclusie nodigt de huisarts uit van het rapport „Georganiseerde Burenhulp” van het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek kennis te nemen. Het is een beschrijvende oriëntering van een der oudste en meest natuurlijke vormen van menselijke hulpverlening.

Dat over nazorg nog niet het laatste woord zal zijn gezegd ligt in de lijn der verwachtingen. Als de huisarts hierover onderzoek verricht zal dit in het veld en met medewerking van een socioloog moeten plaatsvinden.

Met belangstelling zien wij uit naar nieuwe gezichtspunten en een coördinatie van alle onderzoekingen op dit terrein. Iedere huisarts kan echter nu al zijn balans opmaken over de nazorg van zijn ontslagen patiënten.

K. Gill

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Rapport Project „nazorg ziekenhuispatiënten” in de groepspraktijk Rhenen 1973.

Nederlands Instituut voor maatschappelijk werk onderzoek. Georganiseerde burenhulp, 1969.

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland. De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland, 1972.

Vercruyse, E. V. W. Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek, 1966.

Ziekenhuis nazorgdienst. 1973. G.O.Z. documentatie 20, nummer 2.