

# „Weer thuis” – Een onderzoek\* bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten\*\*

## INLEIDING

In een bejaardenwoning woont het echtpaar De Jong. Meneer De Jong, 73 jaar, is vier dagen geleden ontslagen uit het ziekenhuis. De dokter komt op bezoek. Mevrouw De Jong, niet meer zo goed ter been, haast zich naar de deur en laat de dokter binnen. Meneer De Jong zit, nog wat bleekjes, in een gemakkelijke stoel. Naast hem op een tafeltje een cyclaam met een kaartje. Van zijn zoon uit Amsterdam. In een vaas, op het buffet, een bos dahlia's van de burens.

De dokter begroet meneer De Jong opgewekt. Hij klopt hem op de schouder en zegt dat hij er goed uitziet. Meneer De Jong voelt zich ook goed, zegt hij. Nu ja, wat moe natuurlijk, maar dat is geen wonder na zo'n operatie. Het is eigenlijk nog meegevallen. Hij slaapt nu ook weer goed, gelukkig.

Meneer De Jong laat de dokter een paar papiertjes zien. Zijn dat geen recepten, vraagt hij. Het zijn recepten. Meneer De Jong heeft drie recepten meegekregen. Eén recept voor slaaptabletten, maar die heeft hij niet nodig: „Nu ik thuis ben slaap ik als een roos”. Eén recept voor digitalis-tabletten: „Dat zijn dezelfde tabletten als ik al had, geloof ik”. Mevrouw De Jong gaat zoeken. Inderdaad, er is nog een flesje vol met die tabletten. Een recept voor een laxerend middel: „Ja, dat is wel fijn; met de poeprij gaat het altijd wat moeilijk”.

De dokter is apotheekhoudend. Hij steekt de drie recepten in zijn visiteboekje. Thuis zal hij er twee verscheuren en weggooiden. De slaapmiddelen zijn niet nodig, digitalis heeft meneer De Jong al.

\* Hethier beschreven onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (bijlage III).

\*\* Redactionele bewerking van een door de studiegroep Alphen aan den Rijn van het N.H.G. uitgebracht rapport (rapporteur dr. G. J. Bremer) over een onderzoek naar de behoefte aan nazorg van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. De aan de studiegroep deelnemende huisartsen waren: dr. G. J. Bremer, Nieuwkoop; H. J. W. Brinkman, Nieuwkoop; A. M. van Dongen, Nieuwveen; P. K. van der Ent Braat, Aarlanderveen; G. C. A. Essens, Noorden; dr. K. Gill, Zwammerdam; J. Nooter, Woubrugge en M. Sanders, Nieuwkoop.



Meneer De Jong vraagt of hij naar buiten mag. Dat mag van de dokter. Meneer De Jong vraagt of hij alles mag eten. Hij mag alles eten. Ook een borrel? Ook een borrel. „Jonge, jonge”, zegt meneer De Jong, „je ziet anders wat een ellende in zo'n ziekenhuis. Naast mij lag een man, beide benen gebroken. Onder een auto. En 's nachts is er nog een man overleden”. Meneer De Jong vertelt over alles wat hij heeft meegemaakt. Hij heeft

voor het eerst in een ziekenhuis gelegen. Hij is bijna nooit ziek geweest.

Zijn vrouw laat de dokter een kaart zien. Meneer De Jong moet over een maand terugkomen in het ziekenhuis. Moet hij dan met de bus? Of zou het ziekenfonds een taxi geven?

„Ja”, zegt mevrouw De Jong, „gelukkig dat hij weer thuis is. Ik ben alle dagen op bezoek geweest. Alle dagen. Het was wel vermoeiend. Ik ben ook 72 jaar. De

**Samenvatting.** Verslag wordt uitgebracht van een door acht huisartsen (studiegroep van het N.H.G.) verricht onderzoek naar behoefte aan nazorg bij recent uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Uit de literatuur blijkt dat het bezoeken van deze patiënten waarschijnlijk zinvol is en in een behoefte voorziet. Uitvoerig wordt eerst ingegaan op de problematiek die zich bij het ontwerpen en uitvoeren van het onderzoek voordeed. Deze problematiek kon effectiever worden opgelost nadat de huisartsen korte tijd in groepjes van twee bijeenkwamen. Vooral de formulering van de juiste vraagstelling leverde veel moeilijkheden op. Het onderzoek heeft bijna zes jaren gevergd: 36 maanden voor het opzetten van het onderzoek; vijftien maanden voor het uitvoeren van het onderzoek; twaalf maanden voor de verwerking van de gegevens en acht maanden voor de rapportage. De bezwaren tegen de gevolgde onderzoekprocedure worden geformuleerd.

Ieder van de deelnemende huisartsen nam zo snel mogelijk na het ontslag contact op met iedere patiënt uit zijn praktijk die opgenomen was geweest. Bij elk contact hetzij visite dan wel consult werd een formulier ingevuld. Van de 1209 ingevulde formulieren konden er 1168 worden bewerkt; deze hadden betrekking op 1079 personen. Totaal 62 mensen werden gedurende de onderzoeksperiode meer dan eenmaal opgenomen.

Toen het onderzoek enige tijd liep, werd besloten ook het sterk divergente optreden van de deelnemende huisartsen als onderzoeksobject te nemen; het zogenaamde parallel-onderzoek.

Enkele resultaten van het onderzoek zijn:  
– 90 procent van de patiënten werd thuis bezocht;  
– in ruim de helft van de gevallen ontving de

huisarts binnen een week bericht van de specialist;  
– ruim de helft van de patiënten werd door de huisarts lichamelijk onderzocht;  
– 40 procent van de patiënten kreeg medicamenten voorgeschreven;  
– bejaarden kregen meer voorgeschreven dan volwassenen, volwassenen meer dan kinderen.

In het verslag wordt een verdeling aangebracht in de huisarts-patiënt-contacten naar intensiteit. Wanneer een huisarts veel had gedaan bij een patiënt, werd dit een intensief contact genoemd. Er waren 44 van dergelijke contacten. Deed hij weinig of niets, dan werd dit een oppervlakkig contact genoemd; hiervan waren er 127. Of een contact al dan niet intensief moest zijn, werd niet uitsluitend bepaald door de ernst van de gestelde diagnose. Ook of een oppervlakkig contact voldoende was, werd niet uitsluitend door de diagnose bepaald. Bij het bezoeken van zojuist ontslagen ziekenhuispatiënten is, wanneer men slechts afgaat op de ontslag-diagnose, tevoren niet te voorspellen welke nazorg de patiënt behoeft.

Tijdens de contacten met ontslagen ziekenhuispatiënten

- neemt de huisarts vaker een heteroanamnese op;
- adviseert hij vaker over dagelijkse activiteiten;
- verbiedt hij vaker bepaalde zaken;
- geeft hij vaker uitleg over ziekte en behandeling;
- komt de woonsituatie vaker ter sprake, dan tijdens zijn dagelijkse werkcontacten met andere patiënten. Er bestaat bij de ontslagen ziekenhuispatiënten een sterke behoefte aan voorlichting betreffende hun ziekte en de mogelijke consequenties daarvan.

In de helft van de contacten achtte de huisarts meer dan één contact nodig. Naarmate de opname langer had geduurd, waren vaker meer contacten nodig. Patiënten van de niet-snijdende specialisten vergden meer contacten dan de andere patiënten. Bij 12 procent van de contacten was de hulp van de wijkverpleegkundige nodig, bij 1 procent de hulp van het maatschappelijk werk, bij bijna 5 procent moest de hulp van de gezinszorg worden ingeschakeld, bij ruim 3 procent de hulp van de fysiotherapeut.

Bij het hulp inroepen van anderen is er nauwelijks sprake van samenwerking tussen huisarts en specialist. Slechts in 11 procent van de gevallen waar hulp van anderen nodig is, vindt dit expliciet plaats op verzoek van de specialist. In 5 procent van de contacten was er sprake van een communicatiestoornis tussen de hulpverleners onderling.

Ten aanzien van ontslagen ziekenhuispatiënten is er nauwelijks sprake van enige samenwerking tussen specialist en huisarts, hetgeen in de correspondentie tussen huisarts en specialist bevestiging vindt. Ruim 70 procent van de ontslagen patiënten werd door de specialist terugbesteld; vrijwel nooit gebeurde dit in overleg met de huisarts. Vijftien maanden nadat het onderzoek was afgesloten bleek  
– 71 procent van de mensen „afgehandeld”, dat wil zeggen niet meer onder specialistische behandeling;  
– 11 procent overleden;  
– 17 procent nog onder geneeskundige behandeling; 4 procent alleen bij de huisarts en 13 procent bij specialist en huisarts samen.

De huisarts doet er waarschijnlijk verstandig aan de patiënt niet onmiddellijk na zijn thuiskomst te bezoeken, maar pas twee of drie dagen later.

buren hebben weleens gereden. En onze zoon heeft mij weleens meegenomen. Maar die heeft ook een eigen gezin. Een drukke zaak aan huis. Ja, ja, iedereen is erg lief geweest”.

Wil de dokter het litteken eens zien? Het ziet er mooi uit, heeft de dokter gezegd. Mevrouw De Jong doet de gordijnen een beetje dicht en de dokter kijkt naar het litteken. Inderdaad, het ziet er mooi uit. De dokter doet de pleister eraf. Dat kan nu wel na vier dagen.

De dokter heeft nog geen brief uit het ziekenhuis gekregen. Wel een kort berichtje dat meneer De Jong thuis was.

„Is er nou een stuk darm weggenomen?” vraagt meneer De Jong. „Ja”, legt de dokter uit, „er is een heel stuk van de darm weggenomen. Er tussen uit. En de eindjes zijn weer aan elkaar gezet. Dat kon gelukkig. Er zat een ontsteking, waardoor het eten er niet meer door kon. Dat is nu gelukkig gerepareerd”.

Hij kon wel honderd jaar worden, heeft de dokter in het ziekenhuis gezegd, vertelt meneer De Jong. Nou ja, honderd hoeft nou ook weer niet. Maar nog een paar jaar blijven, wil hij nog wel. Wil de dokter een kopje koffie misschien? Maar de dokter zal wel geen tijd hebben.

\*

\*\*

Per jaar worden meer dan een miljoen Nederlanders in een ziekenhuis opgenomen. De meesten gaan, evenals meneer De Jong, na een tijdje weer naar huis. In al deze gevallen gaat het om mensen als meneer De Jong. Mensen, waarmee dokters dagelijks te maken hebben, vol onzekerheden en angsten.

In dit rapport komen de problemen van meneer De Jong maar zeer ten dele ter sprake.

In maart 1970 besloot de studiegroep Alphen aan den Rijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) een

onderzoek te doen bij patiënten die recent uit een ziekenhuis waren ontslagen. De leden van de studiegroep waren van oordeel dat er bij deze patiënten een duidelijke behoefte bestond aan nazorg. Tevens waren zij van oordeel dat deze nazorg behoorde tot het werk van de huisarts.

De discussie over dit onderwerp was op gang gekomen naar aanleiding van een opmerking van een huisarts – geen lid van de studiegroep – die beweerde, dat hij aan dergelijke patiënten niets deed: de specialist was verantwoordelijk, niet de huisarts.

#### LITERATUURSTUDIE

Bij de literatuurstudie is kennis genomen van de in het ziekenhuis toegepaste klinische behandelingen, hetgeen leidde tot de conclusie dat de resultaten daarvan – zelfs bij een uitgesproken gunstige

prognose – slechter zijn dan werd verwacht. Alleen al om deze reden moet er behoefte bestaan aan een zekere nazorg.

De belangrijkste gegevens uit de te dezer zake geraadpleegde literatuur (*Bork; Barnard en anderen; J. J. C. B. Bremer; Calman en Murdoch; Brook en anderen; Van den Ende en Merens-Riedstra; De Levita; Meinsma; De Melker; Van der Meulen; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland; Querido; Smits*) hebben wij in de volgende stellingen samengevat:

De resultaten van de behandeling van patiënten in een ziekenhuis zijn vaak slechter dan men zou verwachten.

Om verschillende redenen blijkt dat er behoefte bestaat aan nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten.

Hoewel nazorg vooral „medische zorg” betekent, hebben veel patiënten behoefte aan zorg op niet strikt medisch gebied. Ontslagen ziekenhuispatiënten blijken vaak slecht op de hoogte te zijn van wat er met hen in het ziekenhuis is gebeurd. De samenwerking tussen de intramuraal en extramuraal werkende zorgverleners verloopt soms slecht.

#### PROBLEMEN BIJ HET OPZETTEN VAN HET ONDERZOEK

*Huygen* onderscheidt tien stadia die een wetenschappelijk onderzoek moet doorlopen, wil dat onderzoek tenslotte worden afgesloten met een leesbaar verslag. Theoretisch mogen deze stadia misschien kunnen worden onderscheiden, in ons geval lag de zaak niet zo duidelijk. Het grootste probleem vormde bij ons de vraagstelling. Wat wilden wij precies weten? De definitieve formulering van de vraagstelling kwam bij ons pas na anderhalf jaar op tafel.

Gedurende de eerste anderhalf jaar heerste er tijdens de bijeenkomsten zo nu en dan een Babylonische spraakverwarring en men verloor zich in theoretische bespiegelingen. Gedurende de periode van maart 1970 tot maart 1973 werden zeven onderzoekformulieren getest. Tenslotte bleek ook het zevende formulier niet ideaal te zijn. Toen in maart 1970 werd besloten een onderzoek te doen bij ontslagen ziekenhuispatiënten, achtte de groep het eerst noodzakelijk eens een aantal patiënten te bezoeken – hetgeen wij altijd reeds deden – om op te schrijven wat ons van belang leek. Gedurende meer dan een jaar hebben wij dit gedaan, waarbij het opviel dat het aantal

te registreren gegevens bijzonder groot zou kunnen zijn. Twee onzer ontwierpen tenslotte na enkele maanden een formulier waarop al heel wat kon worden ingevuld. Bij nadere beschouwing van dit formulier bleek al dat wij waren geïnteresseerd in het moment waarop het bezoek plaatsvond, in het tijdstip waarop wij bericht van de specialist hadden ontvangen, in het feit of het bezoek zinvol was geweest, in het feit of meer bezoeken nodig werden geacht en in de vraag of andere werkers in het eerste echelon moesten worden ingeschakeld. Bij alle later ontworpen formulieren kwamen deze aspecten steeds weer terug. Van een duidelijke vraagstelling: wat willen wij nu eigenlijk? was nog geen sprake.

Een globale telling van meer dan zestig bezochte patiënten leverde in elk geval op, dat het bezoek in een zeer hoog percentage zinvol werd geacht. Na overleg met Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis – verbonden aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde – werd besloten ook vragen in te voeren of de patiënt was ingelicht over zijn ziekte, de therapie, zijn validiteit en tenslotte of de patiënt op de hoogte was van de nazorg welke hij waarschijnlijk behoefde. Toen bleek dat het met de correcties van Dijkhuis’ geconcipeerde formulier niet goed was te gebruiken in de praktijk – de observaties bij de ontslagen patiënten gingen gewoon door – werd aan Dijkhuis nogmaals gevraagd hulp te geven. Ditmaal kwam er een geheel nieuw formulier uit de bus (augustus 1971), dat tien vragen bevatte waarvan de beantwoording een indruk moest geven of de ziekenhuisbehandeling adequaat was, of de toestand en/of de prognose van de patiënt bij ontslag goed was beoordeeld en tenslotte of de nodige maatregelen waren genomen.

Nadat dit nieuwe formulier enige tijd in de praktijk was getoetst, bleek dat het werken ermee veel moeilijkheden opleverde. Twee artsen van de studiegroep bewerkten een aantal door de deelnemers ingevulde formulieren. Deze bewerking leverde weinig op.

Toen de studiegroep in dit stadium was beland bleek de animo voor het onderzoek er niet groter op te zijn geworden. De groep besloot (september 1971) Dr. C. W. Aakster te hulp te roepen. Aakster wees erop, dat wij kennelijk nog niet precies wisten wat wij wilden weten. Van hem kwam de wijze gedachte dat de ware animo voor een onderzoek er slechts dan is, wanneer de problematiek

door de deelnemers zelf wordt gezien en gevoeld.

Zo kwamen wij tenslotte tot de vraagstelling: welke zijn de effecten van een verblijf in het ziekenhuis voor de patiënt en welke consequenties heeft dit voor het werk van de huisarts? Het ging er dus niet om het ziekenhuis te beoordelen, maar om de waarde van het bezoek aan de patiënt na het ontslag te evalueren.

Naar aanleiding van deze vraagstelling kregen twee deelnemers de opdracht een formulier te ontwerpen dat kon worden gebruikt om tijdens het bezoek aan de patiënt te worden ingevuld. Over het in dit stadium verkregen formulier werd wederom beraadslaagd, hetgeen leidde tot verbeteringen en aanvullingen. Van de nu verkregen vragenlijst kreeg iedere deelnemer twintig exemplaren ter hand gesteld en bezocht voor de invulling daarvan twintig patiënten. Bespreking van de hiermee verkregen resultaten leidde opnieuw tot wijziging van het formulier en wederom tot bezoek daarmee aan twintig patiënten. Evenwel, toen de op dit formulier bijeengebrachte vragen door de patiënten waren beantwoord, wist men niet precies wat daarmee te beginnen. Aakster werd andermaal geraadpleegd en adviseerde te komen tot een nieuwe formulering van de doelstelling van het onderzoek, een exacte omschrijving van de gebezigde termen en een nieuw ontwerp onderzoekformulier.

Hierop besloot de groep een andere procedure te volgen, namelijk de problematiek in groepjes van twee te bespreken en daarna in pleno verslag uit te brengen van de resultaten van deze besprekingen. Aan de hand van het door Aakster uitgebrachte advies kregen de verschillende duo’s huiswerk op. Twee groepjes kwamen tot de conclusie dat de huisarts ontslagen patiënten behoort te bezoeken. Wanneer men dit als uitgangspunt neemt, ligt het voor de hand zich af te vragen wat de huisarts bij deze patiënten doet.

Tenslotte werd in november 1972 – meer dan twee jaar was eraan gewerkt – het definitieve formulier ontworpen. Twee deelnemers van de groep ontwierpen een handleiding bij dit definitieve formulier, opdat iedereen het op dezelfde wijze zou hanteren. Daarna begon in februari 1973 het derde en laatste proefonderzoek. Wederom bezocht iedere deelnemer twintig ontslagen patiënten aan de hand van het nieuwe formulier en de handleiding. Ditmaal bleek het

formulier goed te kunnen worden gebruikt, hoewel nog tijdens het begin van het onderzoek enkele kleine correcties moesten worden aangebracht.

Besloten werd dat iedere deelnemer met het eigenlijke onderzoek zou beginnen wanneer hem dat het beste uitkwam, mits het begin viel tussen 15 maart en 15 mei 1973. Afsproken werd dat iedere deelnemer een jaar alle ontslagen patiënten in zijn praktijk zou bezoeken; men eindigde op dezelfde datum in 1974 als men begon in 1973.

De doelstelling van het onderzoek werd tenslotte als volgt geformuleerd: door middel van een onderzoek bij ontslagen ziekenhuispatiënten de behoefte aan nazorg bepalen. Deze nazorg wordt beschreven in:

- de activiteiten welke de huisarts moet verrichten bij zijn eerste contact, na ontslag uit het ziekenhuis met de patiënt;
- het aantal malen dat de huisarts verdere contacten gewenst acht;
- het aantal malen dat andere werkers in de gezondheidszorg op verzoek van de patiënt, de huisarts of de specialist moeten worden ingeschakeld om deze nazorg zo goed mogelijk te doen zijn. Tijdens het onderzoek bleek, dat er door de bezoekende arts bepaalde bijzonderheden werden opgemerkt; deze werden op het onderzoekformulier vermeld.

Het zal duidelijk zijn dat tegen deze opzet bezwaren zijn in te brengen.

In de eerste plaats wordt zonder meer gesteld dat de geleverde nazorg - omschreven in termen van activiteiten - identiek zou zijn met de behoefte aan nazorg. Dit uitgangspunt heeft uiteraard nadelen. Wij stelden echter: hetgeen thuis bij de patiënt moet worden gedaan, kan het beste worden beoordeeld door de patiënt en de huisarts samen. Het is onwaarschijnlijk dat er teveel zou worden gedaan (misschien werd het „verkeerde” gedaan, maar om dat te beoordelen zou een geheel ander onderzoek moeten worden opgezet). Hetgeen in concreto werd gedaan is misschien een minimum, teveel nazorg zal niet zo gauw worden gegeven.

In de tweede plaats worden de activiteiten tijdens de herhalingsbezoeken niet beschreven. Ook in dit opzicht geeft de wijze van beschrijven eerder een te weinig dan een te veel aan „geleverde” nazorg. Het wordt bijvoorbeeld niet duidelijk hoe lang sommige patiënten na hun ontslag nog behoefte hebben aan hulp van de huisarts.

### Bijlage I. Het bij het onderzoek gebruikte formulier.

#### ONDERZOEK VAN PATIËNTEN NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Huisarts:	Visite/Consult	Datum:	No:
Patiënt:	Kind/Volwassene/Bejaarde	Man/Vrouw	
Adres:	Beroep gezinshoofd:		
Bezoekdag na ontslag: 0-1-2-3-4-5-6-7-later:		Opnameduur: dagen	
Week waarin gegevens ontvangen: 1-2-3-later:		Part/Zkf.	
Specialisme(n):	Meer contacten nodig?	ja/nee	

Diagnose	Therapie:		
ACTIVITEIT		Spontaan	Op verzoek specialist
1 Anamnese opnemen	auto-anamnese	11	11
	hetero-anamnese	12	12
2 Onderzoeken	lichamelijk	21	21
	laboratorium	22	22
	milieu en dergelijke	23	23
3 Behandelen	verbinden	31	31
	injectie geven	32	32
	diversen	33	33
4 Voorschrijven	medicamenten	41	41
	dieet	42	42
	fysische therapie en dergelijke	43	43
5 Adviseren	dagelijkse activiteiten	51	51
	voeding	52	52
	persoonlijke hygiëne	53	53
	verboden	54	54
	verwijzen	55	55
	hulp van anderen vragen:	56	56
	1. wijkverpleging		
	2. maatschappelijk werk		
	3. gezinszorg		
	4. diversen		
	andere adviezen	57	57
6 Verklaren of uitleggen	normale functies van het lichaam	61	61
	uitleg ziekte	62	62
	uitleg behandeling, operatie	63	63
	diversen	64	64
7 Gesprek	gezinsrelaties	71	71
	familierelaties	72	72
	andere relaties	73	73
	werk	74	74
	huis	75	75
	ziekte en opname	76	76
	diversen	77	77
	8 Nadere informatie bij specialist ingewonnen		81

#### Bijzonderheden:

In de derde plaats wordt niet geformuleerd wat de andere werkers in het eerste echelon nu precies doen bij de patiënt.

Kortom, wanneer men de resultaten van het hier beschreven onderzoek probeert te beoordelen, is het noodzakelijk zich goed rekenschap te geven van de beperkte opzet van het onderzoek en de bezwaren die er tegen de toegepaste meetmethode zijn in te brengen. Het bij het onderzoek gebruikte formulier (*bijlage I*) vermeldt acht hoofdactiviteiten van de huisarts: anamnese opnemen,

onderzoeken, behandelen, voorschrijven, adviseren, verklaren of uitleggen, een gesprek voeren en tenslotte nadere informatie bij de specialist inwinnen. Deze activiteiten werden gesplitst in 32 verschillende onder-activiteiten volgens de indeling van *Bremer* en *Van Westreenen*.

Bij dit onderzoekformulier werd de volgende handleiding gebruikt: „Iedere ontslagen patiënt wordt, liefst binnen een week na het ontslag, thuis bezocht.

Wanneer de huisarts veronderstelt dat de patiënt de huisarts kan bezoeken, kan deze ook telefonisch of schriftelijk worden verzocht binnen een week na het ontslag de huisarts op zijn spreekuur te bezoeken. Of deze verrichting bij particuliere patiënten in rekening moet worden gebracht, hangt af van hetgeen de huisarts tijdens het contact doet. Een voorwaarde voor een eerlijk resultaat van het onderzoek is, dat alle ontslagen patiënten bij het onderzoek worden betrokken.

Het formulier moet op de volgende wijze worden ingevuld:

Huisarts: de eigen naam invullen.

Visite/consult: omcirkelen wat wordt bedoeld. Dus niet aanstrepen of onderstrepen, maar omcirkelen!!!

Nummer: niet invullen.

Kind: omcirkelen wanneer de patiënt twaalf jaar of jonger is.

Volwassene: idem wanneer de patiënt de leeftijd heeft van 13 tot en met 64 jaar.

Bejaarde: idem wanneer de patiënt 65 jaar of ouder is.

Beroep gezinshoofd: wanneer het niet duidelijk is welk dit beroep is, opgeven of het gezinshoofd LO, MO of ander onderwijs heeft gevolgd. Tevens vermelden „in loondienst” of „eigen bedrijf”.  
Dag na ontslag: o betekent: de patiënt is bezocht op de dag van het ontslag, 1 betekent idem op de eerste dag na het ontslag, enzovoort. Na „later” zo nodig een cijfer boven de zeven invullen.

Opnameduur: in dagen opgeven, waar- bij de opname- en ontslagdatum worden meegerekend.

Week waarin de gegevens worden ont- vangen: ook telefonische gegevens vallen hieronder.

Specialisme: de naam van het specia- lisme invullen, waartoe de specialist be- hoort die de ontslagbrief heeft geschre- ven.

Meer contacten nodig?: Hier wordt ja omcirkeld als de huisarts van oordeel is dat hij de patiënt nog eens moet zien in verband met de opname.

Diagnose: hier wordt de ontslagdia- gnose ingevuld.

Therapie: hier wordt ingevuld welke be- handeling de patiënt onderging: opera- tie, observatie, enzovoort.

Activiteit: omcirkeld wordt de code die wordt bedoeld. In de kolom „spontaan” wanneer de huisarts de activiteit op eigen initiatief verrichtte of op verzoek van de patiënt. In de andere kolom de code om- cirkelen wanneer de huisarts dit op ver-

zoek van de specialist doet. Wanneer de huisarts verschillende activiteiten tijdens het contact verricht, dit uiteraard ook aangeven. In vrijwel alle gevallen zal dit zo zijn.

Anamnese opnemen: hieronder die- nen alle vragen te worden verstaan die de bedoeling hebben medische informatie betreffende de patiënt te verkrijgen. Niet professionele vragen: hoe gaat het? hebt u het goed gehad in het ziekenhuis? enzovoort vallen hier niet onder.

Heteroanamnese: iemand anders dan de patiënt dient hierbij als informatie- bron. Onderzoeken: dit wordt alleen in- gevuld als de huisarts meent een onder- zoek te moeten instellen. Meestal zal dit een lokaal onderzoek zijn. In een aantal gevallen is, uiteraard, de grens tussen voorschrijven en adviseren niet scherp te trekken. Men houde dan de rechterkolom (de onder-activiteiten) aan. Onder een dieet dient men een uitgebreid voe- dingsvoorschrift te verstaan met duide- lijke verboden en adviezen. Vrijwel altijd dient een dieet ook schriftelijk te worden gegeven.

Voorschrijven: alle receptuur van de specialist: 41, tweede kolom omcirkeld.

Dagelijkse activiteiten: hieronder wordt alles verstaan wat te maken heeft met rust, werkhervatting, wandelen, enzovoort.

Verwijzen: de patiënt wordt verwezen naar een medisch specialist. Dit zal niet vaak voorkomen. Als het voorkomt, vermelden naar welke specialist. Ver- wijzen naar andere instanties wordt in dit formulier: hulp van anderen vragen, genoemd.

Verklaren of uitleggen: het blijkt nogal eens dat de patiënt niet weet wat er met hem in het ziekenhuis is gebeurd. De huisarts moet soms een en ander nader verklaren. Tenslotte wordt bij „bijzon- derheden” alles ingevuld wat tijdens het desbetreffende contact opvallend was, stoornissen in de communicatie, compli- caties en dergelijke.

Iedere patiënt = één bezoek = één formulier.” Aldus de letterlijke tekst van de handleiding.

#### PARALLEL-ONDERZOEK

Intussen had de studiegroep in maart 1974 een brief ontvangen van Aakster, waarin deze voorstelde het onderzoek uit te breiden door de verschillen in prak- tijkuitoefening en attitude van de deel- nemers daarbij te betrekken. Van iedere deelnemer zou een aantal gegevens moe-

ten worden verzameld en deze gegevens zouden moeten worden gecorrigeerd met de gegevens, verkregen tijdens de patiën- tencontacten. Door het samenbrengen van deze gegevens was het misschien mogelijk de verschillen tussen de deel- nemers aan het onderzoek als object van studie te nemen.

Het probleem was welke gegevens re- levant zijn om de verschillen tussen de diverse deelnemende huisartsen aan te geven. Het was al spoedig duidelijk dat het hier ging om twee soorten gegevens. In de eerste plaats gegevens die direct in maat en getal zijn uit te drukken. Na enkele maanden zoeken en overleggen kwam tenslotte het formulier: „gegevens per huisarts” uit de bus (*bijlage II*). In de tweede plaats gegevens die de attitude van de arts in cijfers moesten uitdruk- ken. Tegen deze laatste gegevens maak- ten enkele deelnemers bezwaren. Zij ontkenden dat dit mogelijk was en von- den dat dergelijke gegevens ook niet re- levant waren voor de uitbreiding welke Aakster aan het onderzoek wilde geven. Tenslotte werd een soort motie aange-

#### *Bijlage II. Gegevens per huisarts.*

Aantal jaren huisarts .....	.....
Praktijkgrootte per 1-1-1974 .....	.....
percentage ziekenfondsverzekerden ....	.....
percentage bejaarden in het ziekenfonds	.....
Verwijspercentage 1973 .....	.....
Aantal in het ziekenhuis overleden	.....
patiënten gedurende de onderzoek-	.....
periode .....	.....
Associatie .....	.....
Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis .....	.....
Bezoek patiënten in ziekenhuis* .....	.....
Bijzondere activiteiten* .....	.....
kleine chirurgie .....	.....
cervixuitstrijk .....	.....
elektrocardiografisch onderzoek .....	.....
audiometrie .....	.....
spiraaltje plaatsen .....	.....
zuigelingenbureau .....	.....
kleuterbureau .....	.....
keuringen .....	.....
controles .....	.....
Gebruik van huisartsenlaboratorium* .....	.....
Mate van samenwerking*	.....
persoonlijk telefonisch schriftelijk	.....
Contact met:	.....
medisch specialisten .....	.....
wijkverpleegkundige .....	.....
maatschappelijk werker .....	.....
pastor .....	.....
fysiotherapeut .....	.....
gezinszorg .....	.....

\* 1 = tenminste eenmaal per week

2 = tenminste eenmaal per maand

3 = minder frequent

4 = nooit

nomen waarin de leden van de studiegroep verklaarden niet competent te zijn een oordeel over deze meetmethode te geven. Deze attitudemeting werd aan Aakster overgelaten. Besloten werd dat Aakster het desbetreffende onderzoek-formulier direct naar de leden van de studiegroep zou zenden en dat dezen het formulier aan hem ingevuld zouden retourneren.

De „objectieve gegevens” konden voor het grootste deel door de desbetreffende arts worden ingevuld. Administratieve medewerkers van het Ziekenfonds Alphen en Omstreken waren zo bereidwillig ons te helpen bij het verzamelen van de volgende gegevens: aantal ziekenfondsverzekerden, percentagebejaarden in het ziekenfonds en het verwijspercentage van de desbetreffende arts in 1973.

Het opzetten van dit parallelonderzoek, het betrekken van de onderlinge verschillen tussen de deelnemende huisartsen bij de resultaten van het onderzoek, heeft ongeveer zeven maanden geduurd. In december 1973 ontving de studiegroep het desbetreffende voorstel. In juni 1974 werden de formulieren naar de deelnemers verzonden.\*

#### PROBLEMEN BIJ HET UITVOEREN VAN HET ONDERZOEK

De beantwoording van de vraag welke gegevens relevant zijn, hangt samen met de doelstelling van het onderzoek. Sommige gegevens leken in het begin relevant maar bleken dat na een aantal observaties niet meer te zijn. De vraag bijvoorbeeld of de patiënt nog bij de specialist moest terugkomen werd vrijwel zonder uitzondering met ja beantwoord. Tenzij de huisarts contact opneemt met de specialist en iets anders afspreekt, moet een patiënt vrijwel altijd terugkomen.

De meeste formulieren werden onmiddellijk na het desbetreffende huisarts-patiënt-contact ingevuld. Bij visites gebeurde dat meestal in de auto. Nadat het onderzoek was begonnen, bleek dat enkele gegevens niet dadelijk na het contact huisarts-patiënt, maar pas later konden worden ingevuld, hetgeen een snelle afwerking van het onderzoek niet ten goede kwam. Het betrof de volgende gegevens: beroep gezinshoofd, week waarin (de) gegevens zijn ontvangen, specialisme, diagnose en therapie.

\* Het resultaat van dit parallelonderzoek was ons in oktober 1976 nog niet bekend.

\*\* Op aanvraag kan men de codelijst bij de rapporteur ontvangen.

*Tabel I. „Bijzonderheden” waargenomen bij ontslagen ziekenhuispatiënten (variabele 44) (n = 1168), aangegeven in procenten van het totaal aantal arts-patiënt-contacten.*

1 Stoornissen in de communicatie tussen de patiënt en de hulpverleners	3,5
2 Stoornissen in de communicatie tussen de hulpverleners onderling	5,0
3 Complicaties („bijkomende verschijnselen die de oorspronkelijke aandoening ernstiger maken”) (specifieke – bij deze ziekte voorkomende – complicatie)	0,3
4 Complicaties (niet-specifiek)	0,6
5 Verschil van mening tussen de specialist en de huisarts ten aanzien van nazorg betreffende de medamenteuze therapie	0,3
6 Verschil van mening betreffende andere zaken	0,5
7 Combinaties van 1 tot en met 6	1,4
8 Diversen, alle andere bijzonderheden	2,9
9 Geen bijzonderheden	85,6

Toen de ingevulde formulieren binnenkwamen werd spoedig duidelijk, dat beantwoording der vragen in een aantal gevallen te wensen overliet. Dit noodzaakte tot corrigerende maatregelen. Toen het gehele materiaal tenslotte op ponskaarten moest worden overgebracht, bleek dat nog ruim veertig formulieren niet konden worden bewerkt. Dit was het gevolg van een later genomen besluit alleen formulieren te bewerken die ingevuld waren na een persoonlijk contact met de patiënt. Voorts werden alle telefonische contacten (het bleken er meer dan twintig te zijn) buiten beschouwing gelaten. Enkele artsen schreven eenvoudig op het papier: niet thuis; overigens betekende „niet thuis” niet altijd „de patiënt is weer aan het werk” of „de patiënt is met vakantie”. Soms gaat de patiënt na zijn ontslag bij familieleden elders „aansterken”, of wordt hij opgenomen in een verpleegtehuis. Niet altijd is de huisarts van deze gang van zaken op de hoogte.

Tijdens de periode van het uitvoeren van het onderzoek moesten de verzamelde gegevens worden overgebracht op ponskaarten via een codelijst\*\*. Op het formulier dat werd gebruikt om de gegevens betreffende het contact te vermelden, staan (afgezien van de naam van de arts, de datum, het nummer van het con-

*Tabel II. Ontslagdiagnose gesteld bij de ontslagen ziekenhuispatiënten (variabele 45) (n = 1168), aangegeven in procenten van het totaal aantal arts-patiënt contacten.*

1 Infectieziekten en parasitaire ziekten	1,4
2 Neoplasmata	9,2
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	2,3
4 Ziekten van bloed en bloed-bereidende organen	0,5
5 Psychische stoornissen	1,3
6 Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	6,3
7 Ziekten van tractus circulatorius	6,7
8 Ziekten van de tractus respiratorius	11,3
9 Ziekten van de tractus digestivus	10,6
10 Ziekten van de tractus urogenitalis	7,7
11 Bevallingen en complicaties van zwangerschap en puerperium	12,0
12 Ziekten van huid en subcutis	0,9
13 Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	3,4
14 Aangeboren misvormingen	0,5
15 Ziekten van de pasgeborenen	2,3
16 Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	5,4
17 Ongevalsletsels	7,6
18 Gezonde zuigelingen	6,1
19 Observatie, enzovoort	—
20 Rest-categorie	2,1
21 Zwangerschapsonderbreking met tubaligatie	0,3
22 Sterilisatie	0,9
23 Zwangerschapsonderbreking	0,8
24 Onbekend	0,4

tact, de naam en het adres van de patiënt) 46 variabelen vermeld. Om deze variabelen te coderen moest een onderverdeling van elke variabele worden aangebracht, die soms zeer voor de hand lag (man/vrouw of particulier/ziekenfonds), maar in sommige gevallen een nadere bestudering van het materiaal noodzakelijk maakte. De indeling van deze variabelen vindt men in de *tabellen I, II en III*.

#### GEGEVENS BETREFFENDE DE DEELNEMENDE ARTSEN

Enkele gegevens betreffende de deelnemende huisartsen, allen apotheekhoudend, hun praktijken en de wijze waarop zij hun praktijken uitoefenen, treft men aan in *tabel IV*. Het gaat om zeven huisartspraktijken gelegen in het „groene hart van Holland” en om een bevolkingsgroep van ongeveer 25.000 mensen, wonende in vijf dorpen in Zuid-Holland: Aarlanderveen (gemeente Alphen aan den Rijn) één arts;

Nieuwkoop vier artsen; Nieuwveen één arts; Woubrugge één arts en Zwammerdam (gemeente Alphen aan den Rijn) één arts. De resultaten, welke dit onderzoek heeft opgeleverd, gelden dan ook alleen voor deze in deze streek gelegen praktijken. De betrokken huisartsen verwijzen hun patiënten naar ziekenhuizen in Leiden, Woerden, Alphen aan den Rijn, Amsterdam en bij uitzondering Utrecht en Gouda. De praktijken zijn gelegen binnen het werkgebied van het Algemeen Ziekenfonds Alphen aan den Rijn en Omstreken. Slechts één procent van de verzekerden, ingeschreven bij de deelnemende artsen, behoorde tot een ander ziekenfonds.

De huisartsen vormen een studiegroep die zich gedurende de onderzoeksperiode uiteraard niet alleen met deze materie heeft beziggehouden. In het algemeen verloopt de avond, waarop de groep bijeenkomt, volgens een vast schema: opening, demonstratie van enkele patiënten uit de praktijk van de gastheerhuisarts (er wordt steeds afwisselend bij iedere deelnemende huisarts thuis vergaderd), bespreking van het onderzoek, rondvraag en sluiting. De nadruk ligt bij het werken sterk op de eigen activiteit van de deelnemers, een enkele maal wordt een specialist als spreker uitgenodigd.

#### GEGEVENS INZAKE ONTSLAG UIT ZIEKENHUIS

De gang van zaken bij het ontslag van een patiënt uit een ziekenhuis verloopt binnen onze regio als volgt: De patiënt gaat, wanneer hij wordt ontslagen, op eigen gelegenheid of per taxi of per ziekenauto naar huis. Krijgt de patiënt van de specialist een recept mee, dan constateert de (apothekhoudende) huisarts meestal dezelfde dag nog het ontslag. In een aantal gevallen wordt bij het afgeven van het recept duidelijk gezegd dat de patiënt is thuisgekomen. Behalve via het afgeven van een recept wordt het thuiskomen door een aantal mensen expliciet aan de huisarts gemeld. Meestal verwacht men dat deze dan wel even langs zal komen. Ook is het mogelijk dat de patiënt om een visite of een consult vraagt, omdat hij meent de dokter na het ontslag nodig te hebben. Tenslotte komt het voor dat de patiënt zijn thuiskomst niet laat weten, omdat hij vindt dat de dokter nu niet meer nodig is.

Administratief ligt de zaak betrekkelijk eenvoudig. Zodra de patiënt wordt

ontslagen, krijgt de huisarts via de patiëntadministratie bericht op welke datum de patiënt is ontslagen. Meestal bereikt dit bericht de huisarts binnen twee of drie dagen. Behalve deze buiten de specialist om gaande melding krijgt de huisarts een brief van de specialist, al of niet voorafgegaan door een telefonisch overleg of een zogenaamd voorbericht, waarin voorlopig de belangrijkste informatie wordt gegeven.

#### GEGEVENS INZAKE DE ONDERZOEK-POPULATIE

De onderzoekpopulatie betrof ontslagen ziekenhuispatiënten behorende tot de praktijken van de deelnemende huisartsen: acht huisartsen met totaal 25.000 mensen ingeschreven. Reeds tijdens het onderzoek bleek dat een een-

Tabel III. Therapie; toegepaste behandeling bij de ontslagen ziekenhuis-patiënten (variabele 46) (n = 1168), aangegeven in procenten van het totaal aantal arts-patiënt contacten.

1 Operatieve behandeling	48,8
2 Conservatieve behandeling	24,7
3 Observatie, geen behandeling	11,6
4 Verloskundige behandeling bij vol-	
dragen zwangerschap	8,5
5 Onderzoek	6,0
6 Diversen en onbekend	0,4

voudige omschrijving van deze onderzoekpopulatie niet zo gemakkelijk was. Er deden zich bijzondere gevallen voor, waarbij steeds onderling moest worden afgesproken of het desbetreffende geval al dan niet bij de onderzoekpopulatie moest worden gerekend. Afgesproken werd onder andere dat wel bij het onderzoek zouden worden betrokken vrou-

Tabel IV. Gegevens per huisarts.

Huisarts	1***	2***	3	4	5	6	7	8
Aantal jaren huisarts	20	4,5	19	15	8	21	18	15
Praktijk grootte per 1-1-1974 ..	4450	4450	3500	3300	3190	2612	3300	2550
percentage ziekenfonds-								
verzekerden	66,7	66,7	72,0	69,0	81	70	69	55
percentage bejaarden in het								
ziekenfonds	8,8	8,8	7,5	7,6	5,3	10,8	9,3	5,7
Verwijspercentage 1973	18,6	18,6	20,0	22,5	25,3	19,0	28,2	30,5
Aantal in het ziekenhuis								
overleden patiënten gedurende								
de onderzoeksperiode	10	10	12	4	4	11	14	2
Associatie	ja	ja	neen	neen	neen	neen	neen	neen
Afstand dichtstbijzijnde								
ziekenhuis	22	22	10	7	13	6	5	13
Bezoek patiënten in ziekenhuis*	2	4	2	1	3	1	3	3
Bijzondere activiteiten								
kleine chirurgie	1	1	2	1	1	1	1	1
cervixuitstrijk	1	1	1	2	1	1	1	1
elektrocardiografisch onderzoek	4	4	4	4	4	4	4	4
audiometrie	1	1	4	1	2	1	3	1
spiraaltje plaatsen	4	2	4	4	4	2	4	4
zuigelingenbureau	4	4	2	1	2	2	2	4
kleuterbureau	4	4	4	1	1	2	4	1
keuringen	4	4	1	2	4	2	2	2
controles	4	4	1	2	4	3	3	1
Gebruik van huisartsen-								
laboratorium*	1	1	1	1	2	1	1	1
Mate van samenwerking**,								
contact met:*								
medische specialisten	211	311	111	111	311	211	311	211
wijkverpleegkundige	124	214	114	114	124	134	114	114
maatschappelijk werker	121	121	234	222	234	223	223	214
pastor	444	434	234	222	344	124	334	334
fysiotherapeut	311	221	212	211	224	224	224	214
gezinszorg	334	424	224	224	224	334	334	224

\*1 = tenminste 1 x per week                      3 = minder frequent  
 2 = tenminste 1 x per maand                    4 = nooit

\*\* Het eerste cijfer geeft de frequentie aan van het persoonlijk contact, het tweede van het telefonische contact en het derde van het schriftelijke contact.

\*\*\* De artsen 1 en 2 zijn geassocieerd; zij werken in dezelfde praktijk.

wen, opgenomen om te bevallen op sociale indicatie, gezonde kinderen, geboren in instellingen omdat de moeder, om welke reden dan ook, niet thuis kon of wilde bevallen en patiënten, ontslagen uit een verpleegtehuis waar zij waren opgenomen geweest na een ziekenhuisopname.

Niet bij het onderzoek werden betrokken patiënten, die buiten de eigen huisarts om elders waren opgenomen geweest tijdens een verblijf buiten de woonplaats tengevolge van bijvoorbeeld een verkeersongeval, patiënten die na het ontslag naar elders vertrokken (bijvoorbeeld om bij familie aan te sterken) en patiënten die na een ziekenhuisopname werden overgeplaatst naar een verpleegtehuis.

De patiënten, die tijdens de vakanties van de deelnemende huisartsen werden ontslagen, konden eveneens niet bij het onderzoek worden betrokken. Men kon moeilijk een waarnemer verzoeken het onderzoek gedurende deze vakantietijd „waar te nemen”. Omdat de gemiddelde vakantie van de artsen per jaar ongeveer vier weken bedroeg, ontbreekt dus ongeveer vier-tweënvijftigste van de onderzoekpopulatie.

Het administratief personeel van het Algemeen Ziekenfonds Alphen aan den Rijn en Omstreken heeft alle door ons gevraagde medewerking verleend. Iedere arts had beloofd alle ontslagen ziekenhuispatiënten bij het onderzoek te betrekken en tevens het ziekenfonds toestemming gegeven hun opgaven in principe te controleren. Dit is inderdaad ook gedaan. Tellingen hebben uitgewezen dat vrijwel alle ontslagen ziekenfondspatiënten bij het onderzoek zijn betrokken. Veel moeilijker is het na te gaan of dat ook het geval is geweest met de particulier verzekerden. Dit komt vooral omdat geen enkele huisarts precies kan opgeven hoeveel particuliere patiënten hem tot huisarts hebben gekozen. Dit aantal wordt meestal ook in honderdtallen aangegeven.

De kosten per verzekerde van het Ziekenfonds Alphen liggen aanmerkelijk lager dan het landelijk gemiddelde. De totale kosten per verzekerde bedroegen in 1973 in Nederland f 561,22 voor Alphen en Omstreken f 440,53. De aan het onderzoek deelnemende huisartsen behoren tot de „goedkoopste” huisartsen van het ziekenfonds. Het aantal opgenomen patiënten in hun praktijken ligt dan ook vrij sterk beneden het gemiddel-

de. Ter oriëntatie moge dienen dat in 1971 het landelijk verwijspercentage 44 bedroeg (zie tabel IV bij: Verwijspercentage 1973). Zouden de deelnemende huisartsen evenveel „opgenomen patiënten” in hun praktijken hebben gehad als het landelijk gemiddelde, dan zou dit onderzoek betrekking hebben gehad op ongeveer 2.600 in plaats van op 1.168 patiënten.

#### VERWERKING VAN DE ONDERZOEK-GEGEVENS

Met behulp van de codelijst – waarin de 46 variabelen in totaal in 215 categorieën waren verdeeld – werden de gegevens op een codeformulier overgebracht zodat de ponsstypisten van het Centraal Rekeninstituut van de Rijksuniversiteit in Leiden alle gegevens op ponskaarten konden overbrengen. De heer E. A. Bakker van het Centraal Rekeninstituut heeft ons vervolgens geholpen de aan de computer te stellen vragen te formuleren. Nadat het totale materiaal „even was uitgedraaid”, hadden wij een boek in handen – het codeboek – van totaal 415 pagina's, met 414 tabellen.

De bedoeling was door middel van een onderzoek bij ontslagen ziekenhuispatiënten de behoefte aan nazorg te bepalen. Deze nazorg moest worden beschreven in de activiteiten, welke de artsen moesten verrichten bij hun eerste contact na ontslag van de patiënt. Het was niet moeilijk een tabel te maken waarin al deze activiteiten – van alle artsen tezamen – vermeld stonden (tabel V). Aan de hand van deze tabel zal worden getracht enkele problemen, die zich bij het verwerken van de gegevens voordeden, te demonstreren. In de eerste plaats: hoever gaat men met de beantwoording van de vraag: welke activiteiten moesten de artsen verrichten? Als voorbeeld nemen wij het lichamenlijk onderzoek van de patiënt. Bij de totale populatie – 1168 bewerkte en gecodeerde formulieren – werd het lichamenlijk onderzoek (door alle artsen samen) verricht in 57,0 procent van de gevallen. De arts, die dit het minste deed, haalde een percentage van 14,9, de arts die het meeste onderzocht, haalde de 79,5 procent.

Wat zeggen deze cijfers nu? Er bestaat blijkbaar een sterke divergentie tussen de artsen. Waardoor wordt deze sterke divergentie veroorzaakt? Ligt dit aan het materiaal? Misschien heeft dokter A wel

Tabel V. *Activiteiten van alle artsen tezamen tijdens het eerste contact (uitgedrukt in procenten van het aantal contacten (n = 1168). Zie verder de tekst.*

1 Anamnese opnemen	
auto-anamnese	77,1 (69,5-92,5)
hetero-anamnese	25,4 (14,9-38,3)
2 Onderzoeken	
lichamelijk	57,0 (14,9-79,5)
laboratorium	1,1 (0 - 2,9)
milieu en dergelijke	–
3 Behandelen	
verbinden	7,2 (1,0-11,3)
injectie geven	0,8 (0 - 1,8)
diversen	2,7 (0 - 5,8)
4 Voorschrijven	
medicamenten	40,0 (30,1-53,8)
dieet	6,8 (1,7-13,6)
fysische therapie en dergelijke	3,3 (0,7- 9,8)
5 Adviseren	
dagelijkse activiteiten	42,0 (20,0-72,2)
voeding	16,2 (5,4-42,1)
persoonlijke hygiëne	3,3 (0 - 7,8)
verboden	3,6 (1,0- 6,9)
verwijzen	0,6 – –
hulp van anderen	
vragen:	
1 wijkverpleging	12,2 (4,1-26,4)
2 maatschappelijk werk	1,0 (0 - 2,1)
3 gezinszorg	4,8 (2,0-10,2)
4 diversen	4,0 (0 - 8,3)
andere adviezen	10,3 (3,0-22,3)
6 Verklaren of uitleggen	
normale functies van het lichaam	3,3 (1,0- 9,8)
uitleg ziekte	25,4 (7,8-51,4)
uitleg behandeling,	
operatie	20,4 (6,4-35,3)
diversen	1,7 (0 - 9,2)
7 Gesprek	
gezinsrelaties	9,5 (1,9-21,1)
familierelaties	3,7 (0 -10,5)
andere relaties	1,1 (0 - 3,4)
werk	11,8 (5,5-24,8)
huis	2,3 (0 -10,5)
ziekte en opname	–
diversen	3,7 (0 - 9,2)
8 Nadere informatie bij specialist ingewonnen	4,5 (0,7-13,2)

totaal andere patiënten dan dokter B? Misschien doet dokter B zijn werk wel veel nauwgezetter dan dokter A? Kortom, elk antwoord op een vraag roept weer een nieuwe vraag op. Bij het formuleren van de vragen zal men zich op een gegeven ogenblik bewust moeten beperken.

In de tweede plaats deed zich het probleem voor: wanneer zijn de onderlinge verschillen tussen de artsen interessant



genoeg om te vermelden? Ook ten aanzien van deze vraag hebben wij ons moeten beperken.

Een derde probleem was van duidelijk technische aard. De gegevens, zoals de computer ons die leverde, werden vermeld in absolute aantallen en in percentages. Het heeft geen zin percentages te vermelden wanneer het gaat om kleine aantallen.

Een vierde probleem ontstond, toen uit de literatuur bleek, dat identieke onderzoeken ook elders zijn gedaan. De verleiding was groot de resultaten van deze onderzoeken te gaan vergelijken met de resultaten van ons onderzoek. Wij zullen hierop echter niet diep ingaan. Wij schreven reeds dat de resultaten, welke dit onderzoek heeft opgeleverd, alleen gelden voor deze praktijken, gelegen in deze streek.

In de vijfde plaats moet niet uit het oog worden verloren dat „de eenheid van telling” een huisarts-patiënt-contact was. Deze contacten zijn evenwel niet identiek. In het ene geval zal de arts zeer intensief bezig zijn – bijvoorbeeld bij een patiënt die is thuisgekomen omdat de prognose infaust is – in het andere geval bestaat het contact uit niet meer dan het verrichten van enkele routinehandelingen.

Tenslotte kan de gedachte opkomen dat het onderlinge verschil tussen de artsen een artefact zou kunnen zijn, omdat deze artsen niet op dezelfde wijze hun observaties hebben genoteerd. Hoewel wij natuurlijk niet kunnen garanderen dat er ten aanzien van de notatie geen divergentie zal zijn geweest, is het onwaarschijnlijk dat deze divergentie erg groot is. Tijdens de bijeenkomsten van de studiegroep is de notatie steeds weer ter sprake gekomen en steeds weer is erop gewezen hoe en wanneer iets moest worden „omcirkeld”.

Bij het bestuderen van het materiaal bleek dat er veel meer was uit te halen dan wij ons oorspronkelijk hadden voorgenomen. Wederom kwamen wij in de verleiding teveel te willen. Om slechts één voorbeeld te geven: variabele 45, de ontslagdiagnose, heeft als categorie 17: ongevallen. Het is nu bijzonder verleidelijk eens te gaan uitzoeken wat voor ongevallen (totaal 89 contacten of 7,6 procent van het totaal) dit waren, in hoeverre de artsen hier verschilden, wat de oorzaken van deze verschillen waren, enzovoort. Wij geven alleen resultaten die verband houden met de doelstelling

van het onderzoek, maar de vraag blijft waarom het ene wel en het andere niet verder wordt uitgewerkt.

Tenslotte leek het ons zinvol wel die resultaten van onderzoek te vermelden, die misschien niet oorspronkelijk waren ontworpen, maar die toch wel de doelstellingen van ons onderzoek min of meer mede hielpen verwerkelijken. Daartoe was het enkele malen nodig de artsen te vragen hun stapel formulieren nog eens door te nemen. Zo leek het ons zinvol dit verslag wat te verlevendigen met casuïstiek. Deze „gevallenbeschrijving” kon uiteraard slechts door de desbetreffende huisarts worden gegeven.

In tabel V zijn de activiteiten van alle artsen tezamen vermeld. De getallen in de eerste kolom geven de frequentie aan waarin de desbetreffende activiteiten door de huisarts werden ontplooid, uitgedrukt in procenten van het totaal aantal contacten. Achter deze kolom staat een kolom bestaande uit twee getallen, waarmede de spreiding wordt aangegeven: het eerste getal geeft het laagste percentage aan dat een van de huisartsen heeft gescoord, het tweede het hoogste percentage. Voorbeeld: in 9,5 procent van alle contacten heeft een gesprek plaatsgevonden over gezinsrelaties. Er is echter één arts die dit onderwerp zeer weinig ter sprake brengt (1,9 procent) een andere arts doet dit zeer frequent (21,1 procent).

Het is hier ook de plaats enige aandacht te schenken aan de activiteiten die vermeld staan onder „diversen” en dergelijke. Welke activiteiten vielen onder deze restgroepen? Wij geven enkele voorbeelden:

Milieu-onderzoek en dergelijke kwam bijna niet voor (totaal 0,4 procent). Zo werd een schuurtje bekeken waar een patiënt knutselde, een bed werd bekeken of het wel hoog genoeg stond, een leeslamp werd gecontroleerd of deze wel voldoende licht gaf.

Behandelen, diversen: hechtingen verwijderen.

Voorschrijven, fysische therapie en dergelijke: verband, ondersteek.

Adviseren, hulp van anderen vragen, diversen: consultatiebureau voor zuigelingen, Trombosedienst, pastor.

Adviseren, andere adviezen: anticonceptie, temperatuur opnemen, minder roken.

Verklaren of uitleggen, diversen: sociale uitkering, functie van het maatschappelijk werk.

Tabel VI. *Specialisme (aantal opnamen: 1168). Vermeld is het specialisme waartoe de specialist behoort die de ontslagbrief heeft geschreven.*

Interne geneeskunde	193
Heelkunde	320
Gynaecologie	146
Verloskunde	163
Neurologie	32
Psychiatrie	12
Oogheelkunde	43
Keel- neus- oorheelkunde	144
Huidziekten	2
Kindergeneeskunde	68
Orthopedie	25
Revalidatie	2
Diversen	18
<hr/>	
Totaal	1168

Gesprek, diversen: over anticonceptie, over de vraag waarom de patiënt steeds maar weer een ongeluk kreeg.

#### RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Totaal konden 1168 contacten met ontslagen patiënten volledig worden bewerkt. Van de patiënten was 74 procent bij een algemeen ziekenfonds verzekerd; 18 procent werd drie dagen of minder en 48 procent werd tien dagen of minder opgenomen. Van de patiënten werd 90 procent thuis bezocht; 70 procent binnen drie dagen na het ontslag, 92 procent binnen een week. De huisarts ontving in 54 procent van de gevallen binnen een week bericht van de specialist, in 83 procent kreeg de huisarts binnen twee weken bericht, in 17 procent pas na twee weken of later.

Een lichamenlijk onderzoek werd gedaan bij 57 procent van de patiënten. Vooral bij bejaarden en kinderen vond dit onderzoek plaats. Per specialisme verschilde dit percentage aanzienlijk. Interne geneeskunde 50 procent, heelkunde 72 procent, gynaecologie 32 procent, verloskunde 48 procent en keel-, neus- en oorheelkunde 72 procent. De diagnose bepaalde uiteraard of een lichamenlijk onderzoek nodig was. Bijvoorbeeld: Nieuwvormingen 67 procent, ziekten van de ademhalingswegen 72 procent, ziekten van de spijsverteringsorganen 66 procent en stoornissen in de zwangerschap en tijdens de baring 31 procent.

Van alle ontslagen patiënten kreeg 9 procent medicamenten voorgeschreven door de huisarts en 27 procent door de specialist; 5 procent kreeg tevens zowel

van de huisarts als van de specialist geneesmiddelen voorgeschreven. In totaal kreeg 40 procent een medicament voorgeschreven. Bejaarden kregen meer voorgeschreven dan volwassenen, volwassenen meer dan kinderen. Particuliere patiënten kregen minder vaak medicamenten dan ziekenfondsverzekerden. Ook dit wisselde sterk per specialisme. Zo kregen patiënten van de interne geneeskunde in 73 procent geneesmiddelen, van de heelkunde 33 procent, van de gynaecologie 40 procent, van de verloskunde 34 procent en van de keel-, neus- en oorheelkunde 16 procent. Het is duidelijk dat ook hier de diagnose een rol speelde. Patiënten met nieuwvormingen kregen in 59 procent geneesmiddelen voorgeschreven, bij ziekten van de ademhalingswegen in 21 procent, bij ziekten van de spijsverteringsorganen in 26 procent en bij stoornissen in de zwangerschap en tijdens de baring in 52 procent. Opgemerkt zij, dat alleen die specialismen en die diagnosegroepen zijn genoemd, waarbij sprake is van meer dan honderd patiënten.

Uit *tabel V*, waarin alle activiteiten van alle acht artsen zijn vermeld, is niet te halen welke patiënten veel en welke weinig activiteiten van de huisarts behoefden. Om daarin enig inzicht te krijgen werden in de eerste plaats alle contacten opgezocht waarbij de huisarts veel activiteiten had ontplooid (intensieve contacten). Wanneer nu in zes of meer van de reeds genoemde contacten subactiviteiten waren omcirkeld, werd er gesproken van een intensief contact. Er waren 44 van dergelijke intensieve contacten.

In de tweede plaats werden alle contacten opgezocht, waarbij de huisarts weinig of niets had gedaan. Wanneer in het totaal 0, één of twee subactiviteiten waren omcirkeld, werd er gesproken van een oppervlakkig contact. Er waren 127 oppervlakkige contacten.

De 44 intensieve contacten – 3,7 procent van alle contacten – betroffen in het algemeen ernstige ziektegevallen. Zo komen in deze reeks voor 6 carcinoompatiënten, 1 patiënt met een myocardinfarct, 2 patiënten met een galblaasoperatie en 2 patiënten met diabetes mellitus. Maar ook een kind bij wie tonsillectomie-adenotomie was verricht en een vrouw die was geopereerd aan een clavus van een teen, waarbij de eindfalanx was verwijderd. Met andere woorden: of een contact al of niet intensief was, werd niet uitsluitend bepaald door de ernst van de

gestelde diagnose. Hiervan enkele voorbeelden:

#### CASUÏSTIEK

*Patiënt A.* Een vrouw van 54 jaar is drie dagen opgenomen geweest, diagnose: multicysteuze mammae beiderzijds. Bij mammografie bleek dat er cysteuze partijen bestonden. Besloten werd de grootste cyste te te punteren. Reeds drie jaar tevoren was een goedaardige tumor uit de rechter mamma verwijderd. Patiënte wordt de derde dag na thuiskomst bezocht. Zij is erg blij, dat het in de borst „niets” was.

De dag vóór het bezoek was er uit het ziekenhuis gebeld, dat in de urine van patiënte suiker was gevonden. De specialist vroeg deze zaak verder over te nemen. Patiënte lijkt een forse furunkel op de neus te hebben. Zij krijgt Penbritin capsules, driemaal daags 500 mg. Zij heeft geen klachten die op het bestaan van suikerziekte zouden kunnen wijzen. De consequenties van een mogelijke suikerziekte worden besproken. In de familie komt diabetes voor. Zij krijgt voorlopig een dieet, omdat het beter lijkt – in verband met de neusfurunkel – de zaak direct te behandelen. Zij zal voorlopig elke dag de urine sturen.

De ontslagbrief, waarin stond vermeld, dat de tumor goedaardig was, werd na drie weken ontvangen.

*Patiënt B.* Een man, 67 jaar, is al enige jaren onder controle van de polikliniek longziekten wegens lichte chronische bronchitis. In mei 1973 klaagt hij tijdens een controle over sinds een half jaar bestaande maagklachten. In juni wordt een maagfoto gemaakt en er wordt een voor carcinoom suspect gebied gevonden ter plaatse van de anastomose van zijn resectiemaag (resectie 1941). Begin juni ondergaat hij een totale maagresectie, waarbij pathologische klieren worden gevonden. Eén dag na ontslag wordt hij thuis bezocht. De huisarts onderzoekt en verbindt de operatiewond; de patiënt krijgt de door de specialist voorgeschreven medicamenten en een dieet. Er is een gesprek over zijn dagelijkse activiteiten, zijn opname en operatie en uiteraard over zijn ziekte. Hij was trouwens al vóór de opname bekend met de diagnose. De patiënt licht de dokter in over zijn operatie. De huisarts acht het noodzakelijk nadere informatie in te winnen bij de specialist. De ontslagbrief volgt veertien dagen later. Aanvankelijk gaat het goed. Acht maanden later begint hij te verma-

geren en vijftien maanden na de operatie sterft hij cachectisch.

Bij het doorlezen van oude gegevens valt overigens op, dat in 1970 elders een maagfoto werd gemaakt tijdens een opname ter observatie van acute bovenbuikspijn. Over deze foto vermeldt de internist dat er een vreemde onregelmatige anastomose te zien was. Achteraf is het nog vreemder dat daarop toen niet verder is ingegaan.

*Patiënt C.* Een 55-jarige gehuwde vrouw wordt direct na verwijzing opgenomen. Reden: bloedverlies per anum. Rectaal toucher leverde een weke massa op, bloed aan de handschoen. Algemene toestand goed. Geen vermagering, wel een gestoord defecatiepatroon. Rectoscopie en biopsieën: villos adenoom. Coloninloop: geen verdere afwijkingen. Bloedchemie: normaal. Algemeen lichamelijk pre-operatief onderzoek: geen afwijkingen. Onderzoek in narcose: adeno-carcinoom. Behandeling: abdominale perineale rectum-amputatie. Post-operatief: ongestoord. Pathologisch anatomisch: groei tot in de muscularis. Resectievlakken en lymfklieren vrij van tumorweefsel. In goede toestand ontslagen.

Nabehandeling thuis onder leiding van de wijkverpleegkundige: verbinden; medicamenten verstrekt op voorschrift van de chirurg; ziekte en behandeling uitgelegd.

Patiënte is drie weken opgenomen geweest. De ontslagbrief wordt in de vijfde week na ontslag ontvangen.

*Patiënt D.* Een man, geboren in 1935, was op 7 januari 1974 slachtoffer van een auto-ongeval en werd opgenomen in E. wegens een bekken- en een bovenbeen-fractuur met een shock en hematurie. Na een zorgelijk begin herstelde de patiënt goed en kon op 8 februari 1974 worden ontslagen hoewel de opvang thuis nog wel een en ander vereiste.

Op onbegrijpelijke wijze werd dit ontslag dermate overhaast georganiseerd, dat meermalen nadere informatie nodig was om huisarts, fysiotherapeut en wijkverpleegkundige de nodige instructie te verschaffen. Via anamnese, onderzoek, verdere wondbehandeling (waaronder hechtingen verwijderen), eenmaal eerder terugverwijzen en frequente visites werd een voldoende begeleiding gecreëerd. De oorzaak moet worden gezocht in het feit, dat patiënt in het ziekenhuis te E. terecht

kwam en ook de nacontrole daar geschiedde, een ziekenhuis dat onvoldoende contact heeft met de regio Alphen. De patiënt is thans nog steeds arbeidsongeschikt, wel geheel ambulante, en komt af en toe nog terug op de polikliniek te E. Sinds kort niet meer per ziekenfondstaxi.

Na de summere ontslagbrief op 8 februari 1974 volgde nimmer meer informatie over de poliklinische bevindingen.

*Patiënt E.* Het betreft hier een jonge, in blakende welstand verkerende vrouw, bij wie men zich zou kunnen afvragen: wat doe ik hier nu? Omdat zij letterlijk en figuurlijk gebukt ging onder te zware mammae, waren deze verkleind. De operatie bleek haar erg te zijn meegevallen; zij had nog veel pijn en vond de littekens ontsierend. Dit had zij niet verwacht. Aangezien het initiatief geheel van haar was uitgegaan en niet van haar man, maakte deze zich ervan af met een „dat had je toch zelf gewild?”

Het was trouwens bekend, dat voor de komst van hun nu nog jonge baby het huwelijk op springen had gestaan. Het leek er veel op dat een zeker gebrek aan meeleven van de man na de operatie door de vrouw werd gerevancheerd door zo lang mogelijk in huis houden van haar moeder, die de baby tijdens de opname had verzorgd. De reconvalescentie verliep trager dan nodig was: het mogelijke gebrek aan liefde in dit huwelijk leek te worden gecompenseerd door veel eten en het nog in prima staat verkerende bankstel te vervangen door een nog grotere met nog meer pluche. Minder eten, meer lichamelijk en geestelijk actief worden en vooral meer begrip tussen man en vrouw aankweken, waren een regelmatig terugkerend gesprekspatroon. Hoe het met deze jonge mensen en hun baby is gegaan, is mij onbekend. Spoedig na de operatie verhuisden zij naar elders.

Negen patiënten in deze groep van 44 intensieve contacten waren bejaard en er was slechts één kind bij. Dit laatste feit kan op grond van verschillende factoren worden verklaard. Een kind, dat wordt ontslagen, is meestal niet ernstig ziek meer; de ouders krijgen in het algemeen duidelijke instructies en bovendien komt de wijkverpleegkundige dikwijls op bezoek. De huisarts heeft bij deze kinderen meestal niet zoveel te doen.

Van de 127 patiënten – 10,6 procent van alle contacten – bij wie een oppervlakkig contact voldoende was – waren

Tabel VII. *Activiteiten van de huisarts (drie onderzoeken); zie ook tekst.*

Activiteit in procenten van het aantal contacten	Scott en medewerkers (1960)	Bremer en Van Westreenen (1964)	Dit onderzoek
1 Hetero-anamnese	—	2,3	25,4
2 Laboratoriumonderzoek	—	8,2	1,1
3 Injectie geven	—	9,8	0,8
4 Adviseren dagelijkse activiteiten	14	18,9	42,0
5 Verboden	4	1,4	3,6
6 Verwijzen	4	7,5	0,6
7 Uitleg ziekte en behandeling	18	18,7	25,4 } 20,4 } 45,8
8 Gesprek over: andere relaties	—	3,5	1,1
9 Gesprek over: thuis	—	1,4	2,4

dan ook 69 kinderen. Het betrof hier onder andere 31 gezonde zuigelingen – in het ziekenhuis geboren omdat er een indicatie voor een klinische partus bestond – 20 kinderen die een tonsillectomie en/of adenotomie ondergingen en 8 kinderen met een strabismusoperatie. Toch werden in deze groep patiënten ook enkele vrij ernstige ziektegevallen aangetroffen: commotio cerebri, tympanoplastiek bij een chronische otitis media en maagresectie wegens een ulcus duodeni. Ook hier blijkt dus dat men niet alleen op de diagnose kan afgaan om te beoordelen of een oppervlakkig contact voldoende is. Hoewel een gezonde zuigeling, een kind dat een tonsillectomie en/of een adenotomie onderging en een kind dat wegens scheelzien werd geopereerd, meestal weinig nazorg behoeven, wil dat niet zeggen dat dit altijd het geval is.

Uit het voorgaande kan de volgende conclusie worden getrokken.

Bij het bezoeken van zojuist ontslagen ziekenhuispatiënten is, wanneer men slechts afgaat op de ontslagdiagnose, tevoren niet te voorspellen welke nazorg de patiënt behoeft.

Uit het feit dat de huisarts bij veel „gezonde zuigelingen” zo weinig doet, kan de conclusie worden getrokken dat de huisarts blijkbaar uitgaat van de veronderstelling dat ieder kind reeds in het ziekenhuis is onderzocht. Het is de vraag of dit altijd gebeurt, maar ook of een dergelijk onderzoek ook noodzakelijk is. Vrijwel alle kinderen in onze regio bezoeken na enkele weken het zuigelingenbureau.

De in tabel V genoemde activiteiten kunnen wij met enige voorzichtigheid vergelijken met de activiteiten van de huisarts tijdens zijn gewone dagelijkse

werkcontacten. *Scott en medewerkers, Bremer en Van Westreenen* hebben tijdens hun dagelijkse werk dezelfde indeling op hun activiteiten toegepast als wij hier hebben beschreven. Wanneer wij slechts melding maken van sterke verschillen, meer dan tweemaal zo veel of tweemaal zo weinig, (tabel VII) valt het op dat de huisarts tijdens de contacten met ontslagen ziekenhuispatiënten vaker een hetero-anamnese opneemt, over dagelijkse activiteiten adviseert, bepaalde zaken verbiedt, over ziekte en behandeling uitleg geeft en de woonsituatie vaker ter sprake brengt, dan tijdens zijn dagelijkse werkcontacten. Bovendien doet (of laat) hij minder laboratoriumonderzoek (doen), geeft hij minder injecties, verwijst hij minder naar medische specialisten en spreekt hij met de patiënt minder over „andere relaties” dan tijdens zijn dagelijkse werkcontacten.

De verschillen (zie tabel VII) 1, 5 en 9 kunnen wij niet verklaren; de verschillen 2, 6 en 8 lijken logisch te verklaren uit het feit dat het om uit-het-ziekenhuis-ontslagen-patiënten gaat; het verschil 3 wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het feit, dat er veel minder injecties worden gegeven dan enkele jaren geleden (vrijwel alle antibiotica kunnen tegenwoordig per os worden toegediend). De verschillen 4 en 7 zouden kunnen wijzen op een speciale taak welke de huisarts heeft ten aanzien van deze patiënten. Het is gebleken dat de patiënt in het ziekenhuis dikwijls zeer slecht op de hoogte is van wat er met hem is gebeurd of zal gaan gebeuren. Er bestaat blijkbaar bij de patiënt een sterke behoefte aan voorlichting. Het is misschien wel juist dat de huisarts deze voorlichting geeft. Immers, hij is tot het verwijzen overgegaan en hij ontvangt bericht van de specialist. De

huisarts moet dus wel weten wat er met de patiënt is gebeurd en waarom.

#### MEER CONTACTEN NODIG?

Op de vraag „meer contacten nodig?” werd in 50 procent van de gevallen door de huisarts bevestigend geantwoord; de spreiding was hier sterk en het percentage varieerde van 31 tot 77. Hoe langer de patiënt opgenomen was geweest, hoe vaker de arts meer contacten nodig achtte. Bij 24 procent van de korte opnamen (korter dan drie dagen) en bij 83 procent van de langdurige opnamen (langer dan 41 dagen) was dat het geval. Patiënten van de niet-snijdende specialisten vergden veel vaker meer contacten dan de andere patiënten. Vanzelfsprekend vergden bepaalde patiënten veel vaker meer contacten dan anderen. Bijvoorbeeld: nieuwvormingen 77, ziekten van de ademhalingswegen 20, ziekten van de spijsverteringsorganen 40 en stoornissen bij de baring en in de zwangerschap 56 procent.

Tegen de opzet van het onderzoek kan het bezwaar worden aangevoerd dat de huisarts alleen noteert wat hij tijdens zijn eerste contact na het ontslag uit het ziekenhuis heeft gedaan. Hoe vaak en op welke wijze de huisarts later weer met hetzelfde ziektegeval werd geconfronteerd is niet bekend. Teneinde dienaangaande inzicht te krijgen hebben wij in september 1975 nagegaan hoeveel patiënten nog bij de huisarts of de specialist onder behandeling waren (tabel VIII).

#### ANDERE WERKERS IN DE GEZONDHEIDSZORG

De behoefte aan nazorg zou eveneens kunnen worden uitgedrukt in de frequentie waarin de andere werkers in de gezondheidszorg thuis moesten worden ingeschakeld. De artsen noteerden bij elk contact of zij hulp van anderen noodzakelijk vonden. Bij 12 procent van de contacten werd de wijkverpleegkundige ingeschakeld, bij 1 procent het maatschappelijk werk, bij 4,8 procent de gezinszorg en bij 4 procent van de contacten diverse andere hulpverleners. Onder deze diverse andere hulpverleners werden bijvoorbeeld genoteerd de Trombosediensdienst (36 maal) en een pastor (18 maal).

Vooraf bij kinderen en bejaarden werd de wijkverpleegkundige gevraagd hulp te verlenen. Van de 319 kinderen bezocht

zij er 61 (19 procent) en van de 130 bejaarden 19 (15 procent). Haar hulp werd vooral gevraagd bij verloskundige patiënten en bij kinderen die onder behandeling waren geweest van de kinderarts. Van de 161 vrouwen die op een verloskundige afdeling hadden gelegen, bezocht zij er 67 (41 procent) van de genoemde kinderen, totaal 68, 18 (27 procent). Bij de volgende diagnosegroepen werd haar hulp gevraagd: nieuwvormingen (19 maal), ziekten van de neonatus (15 maal), „gezonde zuigelingen” (40 maal) en bij stoornissen bij de baring en in de zwangerschap (38 maal). Totaal werd haar hulp ingeroepen bij 142 patiënten in 66 procent betrof dit „moeder- en kindhygiëne”.

In 18 gevallen werd meer dan één andere hulpverlener ingeschakeld. Enkele voorbeelden volgen hier:

#### CASUÏSTIEK

*Patiënt F.* Een vrouw van 59 jaar wordt thuis bezocht. Zij is de vorige dag ontslagen uit het ziekenhuis, waar zij zes dagen opgenomen is geweest wegens een spontaan fractuur van de clavicula. Zij heeft een gemetastaseerd mammacarcinoom. Tijdens de opname wordt nog een haard gevonden in het os ileum.

Tabel VIII. Indeling—per september 1975—van de patiënten, die respectievelijk niet meer onder behandeling, overleden, alleen bij de huisarts of bij de specialist onder behandeling waren.

	Aantal	Percentage
Patiënt is afgehandeld, is niet meer onder behandeling	803	71
Patiënt is overleden:		
— aan ziekte waarvoor hij is opgenomen geweest	119	10
— aan een andere ziekte of ongeval	11	1
Patiënt is nog alleen bij de huisarts onder behandeling (voor dezelfde kwaal als waarvoor hij werd opgenomen)	47	4
Patiënt is nog onder behandeling van de specialist (voor dezelfde kwaal als waarvoor hij werd opgenomen)	148	13
Toestand van patiënt is onbekend	18	1
Totaal	1146	100

Zowel het sleutelbeen als het bekken worden bestraald. Dit was de tweede opname. Een jaar geleden moest zij worden opgenomen wegens een spontaan fractuur van het rechter femur. Het mammacarcinoom bestaat nu al twee jaar. Toen zij voor het eerst op het spreekuur kwam, was de tumor als vuistgroot, bestond al langer dan een jaar en was inoperabel.

Als ik haar bezoek, ligt zij in bed en heeft veel pijn. Zij klaagt erover dat zij in het ziekenhuis niets voor de pijn heeft gekregen. Door de behandeling met prednison kreeg zij diabetes. Zij heeft nauwkeurige dieetvoorschriften meegekregen en is erg verdrietig dat zij bepaalde dingen, die zij zo graag lust, niet mag eten.

Bij het lichamelijk onderzoek blijkt zij overal pijn te hebben. In de ontslagbrief, die na drie weken wordt ontvangen, staat dat zij uitgebreide skeletmetastasen heeft.

Patiënte is weduwe. Haar dochter van achttien jaar, die in een winkel werkt, moet haar verzorgen, haar zoon van eenentwintig jaar is in dienst. De wijkzuster zal haar helpen, maar gezinshulp is niet te krijgen. De burens voelen zich niet geroepen veel te doen. Patiënte is geen gemakkelijke vrouw en heeft weinig vrienden. Ik schrijf haar een analgeticum voor en lieg dat ik na overleg met de specialist haar dieet kom veranderen. Van mij mag zij alles eten waar zij zin in heeft. Hoewel wij al enkele malen hebben besproken welke ziekte zij heeft, ontkent zij nog steeds de ernst van haar toestand. Haar relatie met haar dochter is niet zo erg goed. De dochter weigert haar baan op te geven, zodat patiënte soms een halve dag alleen ligt.

Twee maanden later ontstaan plotse-ling weer twee spontane fracturen: van de rechterbovenarm en het rechterbovenbeen. De verpleging thuis wordt erg moeilijk. Zij wordt voor de derde maal opgenomen en overlijdt na twee weken in een verpleegtehuis.

*Patiënt G.* Vrouw, geboren in 1924. Moeder van drie kinderen. Echtgenoot: kleine veehouder. De behuizing in de oude boerderij is vrij slecht met minimaal comfort. Door geïsoleerde ligging in de polder weinig sociale contacten en moeilijk bereikbaar voor openbaar vervoer.

Patiënte meldt zich op 26 augustus 1971 op het spreekuur met een pijnlijk knobbeltje in de rechter mamma. Opera-

tie op 6 september. Diagnose: carcinoma solidum met positieve okselklieren. Nabestraling gedurende tien weken. Diagnose en behandeling worden openlijk met patiënte besproken. In februari 1973 volgt extirpatie van een klein knobbelje in de voorste okselplooi. Pathologisch anatomisch onderzoek: carcinoom.

Het huishoudelijk werk valt patiënte moeilijk door de sterk gestuwde rechter arm. Algemene toestand wordt geleidelijk wat minder. Stemming eveneens wat depressiever. Oktober 1973 opname in verband met heftige dyspnoe en irregulaire pols. Hoewel niet aantoonbaar, waarschijnlijk tengevolge van longmetastasen en pericarditis. Na thuiskomst niet meer in staat de huishouding te doen. Krijgt gezinshulp. Eveneens begeleiding van de wijkzuster. Patiënte wordt steeds depressiever en angstiger. De dyspnoe neemt toe. Met behulp van de fysiotherapeut (tapotage) is het leven nog enigszins draaglijk.

In december 1973 volgt opnieuw opname, omdat de algemene toestand dit noodzakelijk maakt. Vooral de pijnbestrijding in verband met talloze metastasen is moeilijk. Er volgen nog enkele lokale bestralingen en een röntgencastratie in verband met hevige vloeïngen. Eind december wordt patiënte ontslagen om thuis te sterven. Helaas zijn de verzorgingsmogelijkheden ondanks gezinszorg en wijkverpleegkundige hulp thuis onvoldoende, zodat patiënte bij een ongetrouwde nicht wordt ondergebracht die haar dag en nacht verpleegt. De verhouding met echtgenoot en kinderen is na twee jaar ziek zijn zodanig bekoeld, dat patiënte totaal eenzaam sterft op 8 maart 1974.

Gezien deze zeer dramatisch verlopen ziekte is nauwelijks voorstelbaar welke lijdensweg patiënte heeft moeten gaan. Door de afgelegen ligging moest zij altijd per taxi of ambulance naar de polikliniek. Alleen voor de eerste nabestraling al veertig maal. Ik schat dat dit aantal in totaal wel zal zijn opgelopen tot honderd. Het aantal poliklinische onderzoeken was legio.

De rol van de huisarts is uiteraard ook zeer intensief geweest. Vele gesprekken – behandeling van talloze bijkomende symptomen – inschakelen van hulpkrachten enzovoort. Hoewel een getal in deze gevallen eigenlijk misplaatst is, heb ik berekend, dat ik van augustus 1971 tot maart 1974 deze patiënte ongeveer 90 maal heb bezocht.

*Patiënt H.* Een bejaarde man, die samen met zijn teruggetrokken, stil vrouwtje en een goeie pleegzoon woont in een oud rietgedekt huisje met een spoelhof aan de sloot waar de groente wordt gewassen en de pannen urenlang afgedekt met kranten staan om niets van de karige warmte verloren te laten gaan, is thuisgekomen na een lichtcoagulatie van de rechter retina. Hij stond al jaren onder controle van een prima bekend staande diabetespolikliniek. Dat zijn ogen steeds meer achteruit zouden gaan was bekend, evenals zijn neuralgische pijnen in de benen met veel eelt onder de voetzolen, dat van tijd tot tijd door een speciale pedicure van deze polikliniek werd verwijderd. Waarom de wijkzuster dit niet mocht doen, is mij nimmer duidelijk geworden. De man volgde nauwgezet alle adviezen op, maar een opname stelde hij zo lang mogelijk uit, omdat zijn vrouw een hulpbehoevend, geestelijk zwakke, depressieve vrouw was, die het contact met anderen zoveel mogelijk vermeed en moeilijk alleen kon worden gelaten. De gezinsverzorging heeft hier tijdens en na de opname veel goeds gedaan.

Het lidmaatschap van de wijkverpleging was in een grijs verleden tengevolge van een ruzie opgezegd. Daarom wilde men nu en in de periode hierna – toen de man snel achteruit ging, een pneumonie kreeg, de diabetes ontregelde, in herhaalde comata raakte en tenslotte thuis overleed – geen hulp van de wijkverpleegkundige inroepen. Samen tobden deze mensjes voort en in de week dat zij zover waren, dat zij naar een bejaarden-tehuis wilden en er een plaats was gevonden, overleed hij. De vrouw lijkt het nu met wat bejaardenhulp, nu zij zelf meer verantwoordelijkheid moet dragen, beter te doen dan de laatste jaren met haar hulpvaardige, invalide man.

*Patiënt K.* Een man, 82 jaar oud, riep in juni 1973 mijn hulp in omdat hij pijn op de borst had, die ook in bed aanhield. De pijn was overdag begonnen tijdens werkzaamheden in de tuin. Patiënt stond al jaren onder controle van de Trombosedienst wegens arteriosclerotische vernauwingen van bekken- en beenslagaderen met dysbasiaklachten. Hij werd door mij ingezonden onder verdenking van een hartinfarct. Bij opname bleek hij een flinke anemie te hebben; duidelijke hartinfarctafwijkingen kwamen niet te voorschijn op hetelektrocardiogramen bij de enzymbepalingen. Bij nadere analyse van de anemie werd bij röntgenonderzoek

een colonafwijking gevonden, die verdacht was voor een carcinoom. Patiënt werd geopereerd, maar er werd geen coloncarcinoom gevoeld. Toch werd een anus praeternaturalis aangelegd! Bij de operatie bleek dat de buikarteriën zeer sterk arteriosclerotisch waren, zodat de chirurg later herstel van de oorspronkelijke toestand niet meer aandurfde. Ook bij later colononderzoek werd geen carcinoom gevonden.

Bij thuiskomst op 11 augustus bleek patiënt zeer tevreden te zijn met zijn achteraf gezien overbodige anus praeternaturalis: hij en zijn familie dachten dat hij de juiste behandeling had gehad. De antistolling bleek niet te zijn geregeld zodat door mij contact moest worden opgenomen met de Trombosedienst. Bovendien bracht hij geen lijstje mee van de doseringen Marcoumar gedurende de laatste week en de trombostesttijden.

De wijkzuster werd gevraagd hem behulpzaam te zijn met opvangzakjes. Gezinszorg was nodig, omdat zijn vrouw de huishouding niet meer aankon. Bij de uitleg over ziekte en behandeling heb ik de tevredenheid van patiënt en zijn familie niet ondermijnd.

Onlangs zag ik patiënt nog eens in een bejaardenhuis in een naburig dorp, waarheen hij was verhuisd; hij klaagde over moeheid en duizeligheid en bleek perlèche te hebben, waarvoor hij van zijn huidige huisarts al diverse zalven en vitaminetabletten had gekregen. Hij zag er zeer bleek uit; ik kon de verleiding niet weerstaan en haalde mijn siccameter uit de auto: hij bleek een hemoglobinegehalte te hebben van 7g%. Ik lichtte zijn huisarts in; de geschiedenis zou zich kunnen herhalen.

*Patiënt L.* Een man, geboren in 1906, gewezen handarbeider, was vóór 1973 sporadisch onder behandeling voor lichte maagklachten en wat slapeelheid. In april 1973 vertelde hij twee keer duizelig te zijn geweest zonder bepaalde oorzaak. Algemeen en laboratoriumonderzoek brachten niets bijzonders aan het licht. Zijn klachten over slapeelheid namen toe. In juni vertelde hij af en toe hoofdpijn te hebben. Zijn vrouw vond hem onrustig. In september 1973 kwamen er enkele hypomane gedragingen. Hij werd spraakzamer, vergeetachtiger, onbetamelijker. Op 23 oktober 1973 werd hij verwezen naar de polikliniek neurologie van een Academisch Ziekenhuis. Op 8 november volgde opname; met hersenscintigrafie en carot-

tisangiografie werd een proces rechts frontaal gevonden. Op 23 november werd een falx-meningeoon, gelegen in de voorste schedelgroeve, in toto verwijderd.

In de postoperatieve fase bleek de nierfunctie te zijn gestoord door een urineweginfectie. Bovendien werd wegens abcesvorming in de operatiewond de botlap weer verwijderd (en tot nu toe niet teruggeplaatst). De patiënt was moeilijk te verplegen. Wegens hematurie werd de antistolling gestaakt.

Bij ontslag op 14 februari 1974 bleek zijn gedrag nog steeds storend te zijn. Op 15 februari 1974 kreeg hij hoge koorts door een urineweginfectie, waarna een diepe trombose van het rechterbeen ontstond. De opvang thuis werd hierdoor zeer problematisch, maar een verzoek tot heropname had geen succes, doordat de afdeling neurologie en de afdeling inwendige geneeskunde zich niet geroepen voelden zich over deze patiënt te ontfermen. Men zag hier een verpleeghuistaak.

Toen de antistolling en de verwardheid thuis te moeilijk werden, kon de afdeling neurologie toch een korte heropname realiseren op 2 maart. Op 13 maart kon patiënt weer naar huis waarna hij geleidelijk iets stabielier is geworden. De toestand is momenteel bevredigend.

#### ANDERE WERKERS IN DE GEZONDHEIDSZORG (VERVOLG)

Hulp inroepen van de fysiotherapeut werd genoteerd bij „voorschrijven”; dit gebeurde in 3,3 procent van de gevallen (tabel V). Hoe vaak dit „spontaan” door de huisarts gebeurde, is uit het materiaal niet meer na te gaan, omdat ook andere vormen van „fysische therapie en dergelijke” onder deze post vallen, zoals bij voorbeeld: „oefenen met de armen”, „zitbadjes”, „coloplastzakjes”. Wel werd de fysiotherapeut 17 keer op verzoek van de specialist ingeschakeld, dat is in 1,4 procent van de gevallen.

Dit brengt ons op de vraag in hoeverre dit inschakelen van anderen gebeurde op advies van de specialist en in hoeverre de specialist dit ook inderdaad zelf organiseerde. Geconstateerd moet worden dat dit laatste maar zeer zelden expliciet gebeurt. Een uitzondering moet worden gemaakt voor het inschakelen van de Trombosedienst en de fysiotherapeut. Duidelijke afspraken bestaan er op dit punt echter niet. Op de vraag aan de deelnemende huisartsen wie de Trombosedienst inschakelt en wie de fysiothe-

rapeut, ontvangt men dan ook geen gelijkloend antwoord. Bij ontslagen ziekenhuispatiënten regelt in het ene geval de specialist deze zaken, in het andere geval de huisarts. Het ligt voor de hand dat de huisarts dit regelt, omdat de specialist meestal niet goed op de hoogte is met de plaatselijke situatie. Bovendien kan de huisarts op grond van zijn ervaringen bepaalde voorkeuren hebben.

Duidelijke afspraken worden ten aanzien van deze zaken blijkbaar niet gemaakt. Het is dan ook geen wonder dat stoornissen in de communicatie tussen de hulpverleners onderling nogal eens voorkomen en wel in 5,0 procent van de gevallen (zie tabel 1).

Totaal werd 274 maal de hulp van iemand anders ingeroepen, dat is in ruim 20 procent van de gevallen (fysiotherapeut 17 maal, wijkverpleegkundige 142 maal, maatschappelijk werker 12 maal, gezinsverzorgster 56 maal en diverse andere hulpverleners 47 maal). Van deze 274 maal gebeurde dit in 37 gevallen op verzoek van de specialist, in 7 van deze 37 gevallen had de huisarts dit echter zelf al gedaan. Dat betekent dat in slechts 11 procent (37 maal op een totaal van 274) van de gevallen waar de hulp van anderen nodig is, dit expliciet gebeurt op verzoek van – of door – de specialist. In 89 procent van de gevallen waar de hulp van anderen nodig is, wordt deze hulp ingeroepen zonder dat de specialist er iets mee heeft te maken. In de meeste gevallen speelde de huisarts hier de actieve rol, soms roept de patiënt zelf deze hulp in.

#### BIJZONDERHEDEN

Op het onderzoekformulier werd bij „bijzonderheden” alles ingevuld wat de huisarts tijdens het desbetreffende contact was opgevallen. Deze „bijzonderheden” staan vermeld in tabel I Totaal kwam dit 169 maal voor, in 14 procent van de gevallen; hier was de spreiding buitengewoon sterk. Terwijl de arts die de meeste bijzonderheden signaleerde, dit deed in bijna 35 procent van zijn contacten, signaleerde één arts geen enkele bijzonderheid.

Zoals zojuist is gezegd kwamen stoornissen in de communicatie tussen de hulpverleners onderling het meeste voor. In de volgende paragraaf enkele voorbeelden van deze gesignaleerde bijzonderheden.

#### CASUÏSTIEK

*Patiënt M.* Een man van 48 jaar wordt

opgenomen wegens langdurig bestaande diarree. Zonder overleg met de huisarts wordt met deze patiënt afgesproken dat hij vier weken na ontslag weer moet worden opgenomen om aan zijn varices te worden geopereerd. Het is de huisarts bekend dat patiënt al zeer lang ernstige moeilijkheden heeft op het bedrijf waar hij werkt. Al zeer lang laat hij geen gelegenheid voorbijgaan door „een vlucht in het ziek zijn” deze moeilijkheden te ontlopen.

*Patiënt N.* Een 66-jarige man wordt ontslagen na een opname van 49 dagen wegens ernstige astmatische bronchitis. Vier uur (!) na het ontslag moet de huisarts komen: patiënt is weer erg benauwd. Patiënt heeft de volgende medicamenten voorgeschreven gekregen: Cholegyl, prednison, Berotec, Hygrotone, kaliumchloridedragees, Vibramycine en Euphylline-suppositoria. Voor de opname gebruikte hij al (de doosjes heeft hij nog in huis!) diazepam (Valium) en Digoxin. Bovendien heeft hij uit het ziekenhuis een minutieus voorgeschreven dieet meegekregen: zoutloos en suikervrij.

*Patiënt O.* Een 22-jarige man wordt opgenomen om te worden geopereerd wegens een meniscuslesie. Na ontslag moet hij – met een taxi – tweemaal in de week in het ziekenhuis terugkomen voor fysiotherapie, terwijl er in zijn woonplaats twee fysiotherapeuten werken.

*Patiënt P.* Een 60-jarige vrouw met een uitgebreid mammacarcinoom met metastasen komt thuis met een uitvoerig diabetes-dieet omdat er tijdens de opname wat suiker in de urine is gevonden, waarschijnlijk door het prednisongebruik.

*Patiënt Q.* Een vrouw van 50 jaar is zes dagen opgenomen geweest omdat een plaat moest worden verwijderd, een half jaar geleden ingebracht wegens een tibia-fractuur. Zij roept de huisarts en vraagt om een taxi. Zij moet na een week terugkomen om twee hechtingen te laten verwijderen. De huisarts vraagt aan zijn assistente de chef van de polikliniek op te bellen met de vraag of het goed is dat hij die twee hechtingen verwijdert. „Allicht”, zegt de chef van de polikliniek. Dit telefoongesprek (kosten voor de huisarts f 1,20) spaart het ziekenfonds f 53,- taxikosten uit.

*Patiënt R.* Een vrouw die negen kinderen heeft, moet worden opgenomen we-

gens een zuigcurettagte. Aansluitend zal zij worden gesteriliseerd. Voor dit gezin is geen gezinshulp te krijgen. De huisarts adviseert de echtgenoot pijn in zijn rug te krijgen zodat hij vier dagen het huishouden kan doen. Aldus geschiedt. Om uit te rusten neemt hij een volle week!

*Patiënt S.* Een 68-jarige man is met spoed opgenomen geweest wegens een infarct. De huisarts bezoekt hem nog dezelfde dag. Tijdens dit bezoek vraagt de patiënt wat „een goliserol-vrij dieet” is. Hij moet zo’n dieet houden, maar weet niet precies wat dat is.

*Patiënt T.* Een 71-jarige man moest worden opgenomen wegens een spontaan optredende trombose in het rechterbeen. Tijdens de opname is geen oorzaak van deze trombose gevonden. Patiënt wordt ontslagen met de mededeling dat de antistolling door moet gaan. De huisarts bezoekt patiënt de zevende dag na het ontslag. Ten aanzien van deze antistolling blijkt er niets te zijn geregeld.

#### VERWIJZEN

Wanneer de patiënt bij het eerste contact met de huisarts – na het ontslag uit het ziekenhuis – naar een medisch specialist werd verwezen werd het woord „verwijzen” omcirkeld. In de handleiding bij het onderzoekformulier stond al vermeld: dit zal niet vaak voorkomen. Dit was ook zo: zevenmaal moest de patiënt worden verwezen, zesmaal betrof dit een terugverwijzen naar de specialist die de patiënt in het ziekenhuis had behandeld.

*Patiënt U.* Een 21-jarige bouwvakker, ongehuwd, uit een gezin met vijf kinderen, was steeds gezond tot 1969. Hij kreeg toen bij herhaling een tonsillitis, zodat in 1973 het besluit viel om tot tonsillectomie over te gaan. Dit gebeurde op 18 december 1973. Na deze ingreep merkte patiënt een nasale iets schorre spraak. Op 5 februari 1974 verwees ik hem terug naar de polikliniek keel-, neus- en oorheelkunde voor deze rhinolalia aperta. Er werd besloten tot velopharyngoplastiek door de plastisch chirurg, hetgeen op 21 juni 1974 plaatsvond. In het logopedisch-foniatisch verslag wordt reeds melding gemaakt van de noodzaak van stemoefeningen. Bij controles bleek, dat de linker stemband van patiënt stilstond (in februari 1974 beide stembanden normaal). Ter verdere analyse hiervan werd patiënt opgeno-

men op de afdeling keel-, neus- en oorheelkunde en later op de afdeling neurologie toen bleek, dat er geleidelijk andere symptomen merkbaar werden, namelijk een rotatoire nystagmus, pijn en een gedissocieerde sensibiliteitsstoornis van de rechter onderarm. De diagnose syringobulbie wordt overwogen. Het proces wordt poliklinisch vervolgd.

*Patient V.* een 37-jarige man is opgenomen geweest wegens een analyse van een vitium cordis. De huisarts bezoekt hem de dag na het ontslag uit het ziekenhuis. De patiënt ligt in bed wegens rugklachten. Hij blijkt verschijnselen te hebben die wijzen op het bestaan van een hernia nucleï pulposi. Omdat hij al jaren over zijn rug klaagt wordt nu maar meteen besloten dat hij binnenkort zal worden verwezen naar een orthopedisch chirurg.

#### NADERE INFORMATIE INWINNEN BIJ DE SPECIALIST

Totaal werd 53 maal nadere informatie bij de specialist ingewonnen, dat is in 4 procent van de gevallen. Merkwaardig was ook hier weer de spreiding: één arts deed dit 23 maal, twee artsen slechts eenmaal, de vijf andere artsen tezamen totaal 28 maal. De huisarts die dit 23 maal deed, was ook de arts die het onderzoek zeer snel afwerkte en 91 procent van zijn patiënten binnen drie dagen had bezocht.

Bij een nadere analyse van deze 53 gevallen bleek er inderdaad verband te bestaan tussen het onmiddellijk bezoeken na het ontslag uit het ziekenhuis en het informatie inwinnen bij de specialist. De huisarts is dan al bij de patiënt vóór de specialist de huisarts over de patiënt heeft ingelicht.

Wanneer dat zo is, zou men de conclusie kunnen trekken dat het de voorkeur verdient een patiënt niet onmiddellijk na het ontslag te bezoeken. Er is nog een ander argument om het bezoek enkele dagen uit te stellen. Immers, de echte problemen komen waarschijnlijk pas na enkele dagen. Komt de huisarts de eerste dag al, dan zit de patiënt nog met „een lach en een traan” tussen de bloemetjes en heeft nog niet ontdekt dat het slapen niet zo goed gaat, dat de pijn nog niet is verdwenen, enzovoort. Kortom: de behoefte aan nazorg kan waarschijnlijk het beste pas na enkele dagen worden onderkend. Wij houden er dan natuurlijk

wel rekening mee dat de patiënt de huisarts zal roepen als er iets verontrustends aan de hand is.

De informatie werd overigens meestal telefonisch ingewonnen. Wanneer er geen haast bij was, schriftelijk. Enkele voorbeelden:

*Patiënt W.* Een 37-jarige man wordt opgenomen omdat nu eindelijk – de patiënt heeft zeer lang ten onrechte een ziekenhuisopname afgehouden – zijn vitium cordis eens nader moet worden onderzocht. Hij heeft een gecombineerd aorta-mitralis-vitium. Na het ontslag moet de huisarts aan de cardioloog vragen of een penicillineprofylaxe moet worden gegeven in verband met het mogelijke ontstaan van een endocarditis lenta.

*Patiënt X.* Een 71-jarige man komt thuis na een opname van zeventien dagen. Diagnose: inoperabel longcarcinoom. De ernstig zieke en bedlegerige patiënt moet na een week terugkomen. De leukocyten moeten worden geteld omdat hij cytostatica krijgt. Het is de specialist blijkbaar niet bekend dat dit onderzoek ook thuis kan gebeuren. De huisarts neemt telefonisch contact op met de specialist om dit te regelen.

*Patiënt IJ.* Een vrouw, 27 jaar, is opgenomen geweest wegens een klinische partus. Zij had een ernstige toxicose. Patiënte roept twee dagen na thuiskomst. Zij heeft een dik been. Er bestaat een trombose. De huisarts neemt contact op met de gynaecoloog. Er wordt besloten patiënte thuis antistolling te geven.

*Patiënt Z.* Patiënte, een 66-jarige vrouw met een gemetastaseerd mamma-carcinoom, moet een week na het ontslag terugkomen. De huisarts belt op of dit terugkomen inderdaad nodig is, de vrouw is ziek en blijft liever thuis. Na overleg blijkt dat dit onderzoek inderdaad niet nodig is. Alle oplosbare geneeskundige problemen kunnen bij deze patiënte ook thuis worden opgelost.

#### SAMENWERKING MET DE SPECIALIST

In het gebruikte onderzoekformulier staat in de rechter kolom vermeld welke activiteiten de huisarts bij het eerste contact met de patiënt verrichtte op verzoek van de specialist. Alle activiteiten zijn als volgt gecodeerd: niet gedaan, spontaan gedaan, op verzoek van de specialist ge-

daan en tenslotte spontaan gedaan plus op verzoek van de specialist.

Ten aanzien van de activiteiten van de huisarts, verricht op verzoek van de specialist, zijn de derde en vierde categorie bij elkaar opgeteld (hier een voorbeeld van de vierde categorie: de specialist verzoekt de huisarts een verband te wisselen, maar dat had de huisarts ook gedaan als de specialist er niet om had gevraagd).

Hier worden nu slechts vier soorten activiteiten vermeld die de huisarts verricht op verzoek van de specialist, omdat dit in alle andere gevallen in minder dan 1 procent van de contacten voorkwam. Slechts ten aanzien van de volgende punten was er sprake van –meestal zelfs niet expliciet geformuleerd – contact:

- 1 Ten aanzien van de medicamenteuze therapie. Dat de medewerkende huisartsen een juist inzicht ten aanzien van deze medicamenteuze behandeling kregen, kwam vooral omdat zij allen apothekhoudend zijn en om deze reden de recepten onder ogen krijgen. Wij kunnen ons voorstellen dat niet-apothekhoudende huisartsen op dit punt slecht op de hoogte blijven, omdat lang niet in elke ontslagbrief melding wordt gemaakt van de voorgeschreven geneesmiddelen. De specialist schreef iets voor bij 31 procent van de ontslagen patiënten.
- 2 Ten aanzien van een dieet. Op verzoek van de specialist werd in 3,6 procent van de gevallen een dieet voorgeschreven.
- 3 Ten aanzien van adviezen betreffende dagelijkse activiteiten: in 1,8 procent van de gevallen.
- 4 Ten aanzien van het voorschrijven van fysieke therapie: in 1,4 procent van de gevallen.

In *tabel V* wordt aangegeven hoe frequent deze activiteiten tijdens het eerste contact werden verricht, dus zowel spontaan door de huisarts als op verzoek van de specialist (voorschrijven medicamenten: 40,0 procent, dieet: 6,8 procent, adviseren betreffende dagelijkse activiteiten: 42,0 procent en fysieke therapie: 3,3 procent). Uit het voorgaande blijkt dat er nauwelijks kan worden gesproken van een onderlinge werkverdeling tussen specialist en huisarts; althans van een afgesproken onderlinge werkverdeling. De literatuur steunt deze waarneming.

Veel meer gegevens ten aanzien van de samenwerking specialist-huisarts levert

dit onderzoek niet op. Eén bron van gegevens hebben wij echter tot dusverre niet onderzocht: de ontslagbrieven van de specialist.

Ten aanzien van de onderlinge werkverdeling specialist-huisarts is het interessant te weten of de patiënt bijvoorbeeld bij de specialist moest terugkomen en of de specialist in zijn schrijven aan de huisarts overleg pleegt over het werk, dat nog moet worden gedaan. Daartoe hebben wij in de eigen praktijk honderd opeenvolgende ontslagbrieven uit het na-onderzoek doorgenomen. Van deze honderd patiënten moesten er 73 bij de specialist terugkomen. Heel vaak was dit om een onduidelijke reden: 63 maal stond in de ontslagbrief vermeld dat de patiënt moest terugkomen. De huisarts kreeg bijna nooit instructies hoe het nu verder met de patiënt moest. In zeven brieven wordt er iets aan de huisarts gevraagd (verband wisselen, bloeddruk controleren, enzovoort), in slechts drie gevallen wordt de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling expliciet aan de huisarts overgedragen. Niet terugbesteld werden 27 patiënten (meestal ging het om vrouwen die klinisch waren bevallen of om een kleine ingreep).

Om deze waarnemingen te verifiëren is de deelnemende huisartsen gevraagd een aantal aselekt gekozen specialistenbrieven ten aanzien van deze aspecten nog eens door te lezen. Totaal honderd aselekt gekozen brieven leverden de volgende gegevens op: 68 patiënten moesten terugkomen, in 56 brieven werd dit ook vermeld; 19 maal behoefde de patiënt niet terug te komen en in 13 gevallen was dit niet meer na te gaan; in 12 brieven kreeg de huisarts duidelijke instructies of werd hem iets gevraagd.

Samenvattend mogen wij dus wel zeggen, dat ongeveer 70 procent van de opgenomen patiënten bij de specialist moet terugkomen en dat de huisarts in ongeveer 10 procent van de gevallen via de ontslagbrief een schriftelijk verzoek krijgt „iets te doen”.

In *tabel VIII* wordt per september 1975 een indeling gegeven van de opgenomen patiënten. Enige samenwerking tussen specialist en huisarts blijkt ook veel later nog nodig te zijn. Immers vijftien maanden nadat het onderzoek was afgesloten, was 17 procent van alle opgenomen patiënten nog onder geneeskundige behandeling voor dezelfde kwaal als waarvoor zij was opgenomen geweest; 4 procent was alleen bij de huisarts onder behandeling, 13 procent bij de specialist.

*Tabel IX. Meer dan eenmaal opgenomen patiënten (1017 werden slechts eenmaal opgenomen).*

Patiënten	Aantal malen opgenomen	Totaal opnamen
48	2	96
9	3	27
2	4	8
1	5	5
1	6	6
1	9	9
62		151

#### PATIËNTEN DIE MEER DAN EENMAAL ZIJN OPGENOMEN GEWEEST

Enige malen werd opgemerkt dat de „eenheid van telling” in dit onderzoek het huisarts-patiënt-contact was. Wanneer een huisarts bijvoorbeeld gedurende de observatieperiode driemaal patiënt A bezocht, omdat hij driemaal opgenomen was, komt (de ziekte van) A ook driemaal in het materiaal voor. Aldus bezocht één huisarts een patiënt met een acute lymfatische leukemie negen maal in het kader van dit onderzoek omdat deze patiënt ook negenmaal gedurende de observatieperiode werd opgenomen. Deze huisarts scoorde dus ook negenmaal de diagnose acute lymfatische leukemie. Hierdoor krijgt de lezer geen juist inzicht in de grootte van de patiëntenpopulatie, waarop dit onderzoek betrekking heeft. In *tabel IX* staat om hoeveel patiënten het gaat: 1017 patiënten werden eenmaal opgenomen; 62 werden meer dan eenmaal opgenomen, of 5,6 procent van de onderzoekpopulatie. Drie patiënten vergden tezamen zelfs 20 opnamen.

Wanneer men ermee rekening houdt, dat het onderzoek slechts een periode van één jaar besloeg, zal het duidelijk zijn dat het percentage „recidivisten” in werkelijkheid groter zal zijn. Bij de registratie van patiënten in ziekenhuizen kampt men met hetzelfde probleem. Ook hier worden geen mensen of patiënten geteld, maar ziekenhuisopnamen. De classificatie die wordt toegepast is een classificatie van ziekten, diagnoses zo men wil (*Stichting Medische Registratie*). Om hoeveel en welke mensen het gaat, kan men op deze wijze niet achterhalen.

Een classificatie van deze „recidivisten” is moeilijk. In een aantal gevallen bestaat een duidelijke samenhang tussen



de verschillende ziekenhuisopnamen; soms is deze samenhang niet duidelijk, een enkele maal lijkt elke samenhang te ontbreken.

#### NABESCHOUWING

Het onderwerp van deze studie - in feite gaat het om de communicatie binnen de gezondheidszorg - komt steeds meer in de belangstelling (*Bruins; Burkens; Van der Does; De Haan; Hengeveld; Van Mansvelt; De Melker (1974); Metz; Oosterhuis; Van Reekum en Tielens*). Het N.H.G.-congres 1974 werd gewijd aan de samenwerking tussen specialist en huisarts.

Het belangrijkste dat de studiegroep voor zichzelf ontdekt of herontdekt heeft is hoe „procesmatig” het ontwerpen en uitvoeren van een onderzoek verloopt, hoe sterk uiteenlopend huisartsen werken, hoe betrekkelijk gering het klinische begrip „diagnose” het handelen van huisartsen bepaalt. Wat dit laatste betreft zouden zij willen poneren dat de specialist probeert strikt medische problemen op te lossen, terwijl de huisarts meestal bezig is te trachten meer algemene problemen tot een oplossing te brengen. Met andere woorden: voor de huisarts is het strikt medische probleem een onderdeel van een meer algemeen probleem. Het komt onze studiegroep voor dat veel misverstanden tussen huisarts en specialist hier hun oorsprong vinden.

Tenslotte: het wordt hoog tijd dat de spelregels tussen huisarts en specialist duidelijk worden geformuleerd. Dit geldt niet alleen ten aanzien van de ontslagen ziekenhuispatiënt of de inhoud van de ontslagbrief. Zeer veel overbodige kosten worden veroorzaakt door een slecht gestructureerde samenwerking. Van een gestructureerde samenwerking is geen sprake. De specialist en de huisarts treden in het algemeen zeer autonoom op en echt overleg vindt slechts incidenteel plaats. Dit fenomeen heeft waarschijnlijk de volgende oorzaken:

De huisartsen, een min of meer homogene groep, hebben te maken met de vertegenwoordigers van 21 specialismen. Het is duidelijk dat samenwerking tussen huisarts en internist bijvoorbeeld anders zal verlopen dan die tussen huisarts en oogarts.

De huisartsen gedragen zich ten opzichte van ontslagen ziekenhuispatiënten nau-

welijks identiek. Er zijn huisartsen die van oordeel zijn dat er ten aanzien van deze patiënten van hun kant niets moet worden gedaan: de specialist is verantwoordelijk, niet de huisarts. Het is duidelijk dat de honoreringsregeling van de ziekenfondsen dit gedrag in de hand werkt, temeer omdat de specialist per verrichting wordt betaald.

Veel specialisten zijn slecht op de hoogte van hetgeen bij de patiënt thuis aan nazorg mogelijk is.

Het is begrijpelijk dat veel specialisten de neiging hebben de patiënt te behandelen totdat deze „beter” is. Door de patiënt terug te bestellen, krijgt de specialist bovendien feed-back over zijn handelen. Deze instelling geeft echter, gezien het veranderde morbiditeitspatroon, aanleiding tot dikwijls onnodig lang behandelen omdat veel patiënten nooit „beter” worden: diabetes mellitus, hypertensie, arthrosis deformans, enzovoort. Het gevolg is dat veel patiënten „eeuwig” bij de specialist lopen, ook zij die net zo goed door de huisarts zouden kunnen worden gecontroleerd.

In academische ziekenhuizen worden de patiënten dikwijls, mede om didactische redenen, terugbesteld. Bovendien zijn jonge assistenten slecht op de hoogte van de lokale situaties hetgeen weer aanleiding geeft tot onnodig terugbestellen. De zogenaamde „algehele check-up” - zonder duidelijke medische indicatie - vormt zo nu en dan een reden de specialist regelmatig te blijven bezoeken.

De honoreringsregeling van de ziekenfondsen werkt in de hand dat de patiënt bij de specialist onder behandeling blijft. Sommige particuliere ziektekostenverzekeringen werken door hun voorschriften in dezelfde richting.

Zowel huisartsen als specialisten zijn vaak moeilijk - telefonisch - bereikbaar.

Wetenschappelijk onderzoek is op het gebied van de communicatie binnen de gezondheidszorg nauwelijks verricht.

Met nadruk wordt erop gewezen dat samenwerken geen doel op zichzelf is. Ook bij een slechte samenwerking gaat het dikwijls goed: dat wil zeggen, lijdt de patiënt geen schade. En het gaat goed: - omdat er zeer veel routinegevallen zijn waarbij de rollen duidelijk zijn verdeeld; - omdat bij bijzonderheden het contact

tussen huisarts en specialist dikwijls wel wordt gelegd, al was het maar via de patiënt;

- omdat de patiënt zelf dikwijls corrigerend of informatieverstrekkend optreedt.

#### MEDEWERKING AAN ONDERZOEK

De studiegroep Alphen aan den Rijn van het N.H.G. is voor medewerking aan het hier gerapporteerde onderzoek dank verschuldigd aan:

Dr. C. W. Aakster van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden;

de heer E. A. Bakker van het Centraal Rekeninstituut van de Rijksuniversiteit Leiden, die haar terzijde stond bij het programmeren en bewerken van het materiaal;

Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, verbonden aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde;

Dr. D. Hoogendoorn te Wijhe; de secretaressen van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde: mevrouw G. J. M. Jansen-Vrijburg, mevrouw H. M. A. van der Linden-van Zandwijk en mevrouw J. J. H. Nagtegaal-Beelen;

de studenten mejuffrouw A. J. M. Hoyng en mejuffrouw H. T. L. Willeumier, die de gegevens codeerden en een deel van de literatuur bewerkten;

de administratieve medewerkers, in het bijzonder de heer C. Vermey, van het Algemeen Ziekenfonds Alphen en Omstreken, die behulpzaam zijn geweest bij het verzamelen van gegevens betreffende de praktijken van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen.

*Bijlage III. De kosten van het onderzoek weer thuis - een onderzoek bij ontslagen ziekenhuispatiënten.*

Coderen van de onderzoek-formulieren	f 900,—
Bewerken van de onderzoek-gegevens (Centraal Rekeninstituut)	f 1065,—
Bewerking van de literatuur	f 100,—
Waarneming van de praktijk van de rapporteur	f 1350,—
Diversen: typen van het rapport, stencilwerk, porti, telefoon, reiskosten enzovoort	f 315,—
Totaal	3730,—

*Summary, 'Home again' - aftercare requirements of patients discharged from hospital. This paper reports on a study made by eight general practitioners (study group of the*

Netherlands College of General Practitioners) of the aftercare requirements of patients recently discharged from hospital. The literature shows that visiting these patients is probably useful and fulfils a demand. The problems encountered in the planning and execution of the study are first discussed in detail, and objections to the procedure followed are formulated. These problems could be more effectively solved after the general practitioners had met in pairs over a brief period. Particularly the proper formulation of questions (problem definition) posed many difficulties. The study took almost six years: 36 months for its design; 15 months for its execution; 12 months for analysis of the findings; eight months for reporting.

Each of the general practitioners involved contacted each patient in his practice who had been hospitalized as quickly as possible after the latter's discharge. At each contact - be it visit or consulting-room interview - a form was completed. Of the 1209 forms completed, 1168 were finally analysed; these concerned a total of 1079 persons. A total of 62 patients were hospitalized more than once during the period of investigation.

When the study was well under way it was decided that the markedly divergent activities of the participating general practitioners should also be accepted as a subject of investigation: the so-called parallel study.

Some of the results of the study can be summarized as follows. Some 90 per cent of the patients were visited at their homes; in over 50 per cent of the cases the specialist informed the family doctor within a week of discharge; more than 50 per cent of the patients were physically examined by the family doctor; medications were prescribed in some 40 per cent of the patients (more prescriptions for elderly patients than for adults, and more for adults than for children).

In the report, the doctor-patient contacts were classified according to intensity. Whenever a family doctor did much for the benefit of a patient, the contact was considered intensive. When he did little or nothing, the contact was labelled superficial (of these, there were 127). Whether a contact had or had not to be intensive was not determined exclusively by the seriousness of the condition diagnosed. Nor was the diagnosis the only factor determining whether superficial contact was sufficient. In visiting recently discharged patients, the required aftercare cannot be predicted solely on the basis of the diagnosis at discharge.

During contacts with discharged hospital patients the general practitioner took a hetero-anamnesis more frequently, advised on daily activities more frequently, forbade certain things more frequently, gave more frequent explanations about illness and treatment, and discussed the living situation more frequently than during everyday working contacts with other patients. The discharged hospital patients showed a marked

need for instruction on their illness and its possible consequences.

In 50 per cent of the contacts, the family doctor considered more than one contact to be necessary. In many cases, as many more contacts were required as the period in hospital had been longer. Patients of non-surgical specialists often required more contacts than the other patients. In 12 per cent of the contacts the assistance of the district nurse was required, in 1 per cent the assistance of a social worker, in nearly 5 per cent the assistance of family guidance agencies, and in some 3 per cent the assistance of a physiotherapist.

In seeking help from others there was hardly any cooperation between family doctor and specialist. In only 11 per cent of cases in which the assistance of others was required, was this explicitly requested by the specialist. In 5 per cent of contacts there was poor communication between the various help-giving agents. There was hardly any cooperation between specialist and family doctor concerning discharged hospital patients, and this was corroborated in the correspondence between family doctor and specialist. Some 70 per cent of the discharged patients were summoned back by the specialist; this was virtually never done in consultation with the family doctor. Fifteen months after completion of the study it was found that:

- 71 per cent of the patients had been 'booked out', which is to say that they were no longer under a specialist's care;

11 per cent had died;

17 per cent were still under medical care: 4 per cent had contacts only with the family doctor, and 13 per cent with the specialist as well as the family doctor.

The family doctor is probably well-advised to postpone his visit to a discharged hospital patient until a few days after the latter's return home.

Algemeen Ziekenfonds Alphen en Omstreken. Medisch Statistische gegevens en beschouwingen over het jaar 1973. Alphen aan den Rijn, 1974.

Barnard, R. E. en anderen (1975) T. soc. Geneesk. 53, 542.

Bork, J. J. van. Prognose en baat. Bijleveld, Utrecht, 1964.

Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2.

Bremer J. J. C. B. De ziekenhuispatiënt. Academisch proefschrift, Groningen, 1964.

Brook, R. H. en anderen (1971) New. Engl. J. Med. 285, 1509.

Bruins, C. P. (1974) Medisch Contact 29, 937.

Burkens, J. C. J. (1974) Medisch Contact 29, 705.

Calman, K. C. en J. C. Murdoch (1974) Lancet II, 770.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Afdeling Culturele Statistiek. Beroepenklapper met codenummers, zonder jaartal.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking

der Gemeenten van Nederland op 1 januari 1971. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1971.

Does, E. van der (1974) Medisch Contact 29, 914.

Ende, W. J. van den en H. S. Merens-Riedstra. Onderlinge relaties tussen de artsen, die betrokken zijn bij de behandeling van hartinfarctpatiënten. N.I.P.G.-Rapport, Leiden, 1972.

Haan, M. C. de (1974) Medisch Contact 29, 675.

Hengeveld, B. (1975) Medisch Contact 30, 1673.

Huygen, F. J. A. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. In: Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, Stenfert Kroese, Leiden, 1974.

Levita, J. de. (1958) T. soc. Geneesk. 36, 200.

Mansvelt, J. van (1974) Medisch Contact 29, 734.

Meinsma, L. Vijfjaarsoverlevingscijfers na kankerbehandeling. Paris, Amsterdam, 1963.

Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1973.

Melker, R. A. de (1974) Medisch Contact 29, 631.

Melker, R. A. de. Beterschap door beter beleid. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Metz, W. (1974) Medisch Contact 29, 709.

Meulen, H. van der. Een katamnestic onderzoek bij patiënten met psoriasis vulgaris. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1957.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Stafafdeling Epidemiologie en Informatica. Rapport Project „nazorg ziekenhuispatiënten” in de groepspraktijk te Rhenen. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1973.

Oosterhuis, W. W. (1974) Medisch Contact 29, 963.

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

Querido, A. (1959) T. soc. Geneesk. 37, 69.

Reekum, J. R. van, (1974) Medisch Contact 29, 1541.

Scott, R. en anderen. (1960) Brit. med. J. II, 293.

Smits, H. Een katamnestic onderzoek van een groep patiënten uit het instituut voor epilepsiebestrijding te Heemstede. Academisch proefschrift, Groningen, 1970.

Stichting Medische Registratie. Classificatie van ziekten. De Tijdstroom, Lochem, 1969.

Tielens, V. C. L. (1974) Medisch Contact 29, 589.