

Taakopvatting en ziekenhuisbezoek

De invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt

DRS. H. M. JACOBS, DRS. F. W. M. M. TOUW-OTTEN EN
DR. R. A. DE MELKER*

Waarom bezoeken sommige huisartsen hun ziekenhuispatiënten veel vaker dan andere? Moeten de oorzaken hiervan gezocht worden in structurele omstandigheden zoals het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verspreid zijn en de afstand tot die ziekenhuizen? Of moet hier veeleer gedacht worden aan de visie die de huisarts zelf heeft op zijn taak en mogelijkheden?

Inleiding

Bij eerder onderzoek (*De Melker 1973*) is gebleken dat de huisarts volgens de meerderheid van patiënten, huisartsen en specialisten een specifieke taak bij de ziekenhuispatiënt zou kunnen vervullen; zijn hulpverlening is complementair aan de specialistische hulp die in het ziekenhuis wordt geboden. Hij kan daarbij de bestaande afstand tussen intra- en extramurale zorg verkleinen en een brugfunctie vervullen tussen de ziekenhuispatiënt en diens gezin.

Hoewel de grote meerderheid van de huisartsen zich bewust was van de waardering van hun patiënten voor het ziekenhuisbezoek, bestond een discrepantie tussen dit besef en het belang dat de huisartsen zelf aan het ziekenhuisbezoek toekenden. Het feitelijke gedrag bleek als volgt:

- een derde van de Nederlandse huisartsen bezoekt zijn patiënten wekelijks;
- een derde doet dit één à twee maal per maand;
- een derde bezoekt zijn patiënten vrijwel nooit.

Tijdgebrek werd als belangrijkste motief voor het niet bezoeken van de patiënten opgegeven. Het onderzoek gaf echter ook aanleiding te veronderstellen dat niet alleen structurele variabelen als praktijkgrootte, afstand tot het ziekenhuis, urbanisatiegraad en het aantal te bezoeken ziekenhuizen van invloed waren op het al dan niet bezoeken van ziekenhuispatiënten, maar ook

* Als respectievelijk socioloog, sociologe en huisarts verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht.

de taakopvatting van de huisarts. Het gaat daarbij om kwesties als:

- in hoeverre voelt de huisarts zich mede verantwoordelijk voor de behandeling gedurende de opnameperiode;
- in hoeverre heeft de huisarts insufficiëntiegevoelens tegenover de specialisten in het ziekenhuis.

Zuidervaart en *Lamberts* zijn van mening dat binnen de door hen onderzochte situatie het bezoek van een huisarts aan ziekenhuispatiënten hoofdzakelijk een „sociaal karakter” draagt en nauwelijks een verhelderende of probleemoplossende, professionele bijdrage kan leveren. Ook deze auteurs benadrukken de betekenis van een structurele variabele, te weten het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten zijn verspreid. Bovendien achten zij niet onomstotelijk aangetoond, dat de huisarts een bijdrage levert aan de klinische behandeling van de patiënten.

Voor ons is het de vraag of de taak van de huisarts bij ziekenhuispatiënten vooral een verhelderende of probleemoplossende is. Voorts vragen wij ons af of het niet bezoeken van ziekenhuispatiënten inderdaad sterk beïnvloed wordt door de door *Zuidervaart* en *Lamberts* genoemde structurele variabele of dat meer betekenis moet worden toegekend aan de taakopvatting van de huisarts.

Ook het door *Zuidervaart* en *Lamberts* bepleite alternatief om de wijkverpleegkundige als vertegenwoordiger van de thuiszorg meer centraal te stellen, duidt overigens op een bepaalde taakopvatting. Bovendien valt niet goed in te zien, waarom het functioneren van de wijkverpleegkundige binnen

het ziekenhuis niet door dezelfde structurele variabele beïnvloed zou worden. Hieraan kan nog toegevoegd worden, dat het moeilijk is door onderzoek aan te tonen dat hulpverlening aan ziekenhuispatiënten vanuit de thuiszorg nodig en zinvol is. Eigenlijk kan men elke hulpverlening binnen de gezondheidszorg ter discussie stellen. Het is bijvoorbeeld moeilijk te bewijzen dat samenwerking tot betere hulpverlening zal leiden, ook al wordt deze opvatting thans algemeen gehuldigd. Het vraagstuk van het bezoeken van ziekenhuispatiënten hangt nauw samen met de nazorg van deze groep. In een rapport van de *Studiegroep Alphen aan den Rijn* wordt gepleit voor een systematisch bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten door de huisarts. Deze opvatting is gebaseerd op een onderzoek onder ontslagen patiënten, waarbij onder meer bleek dat de benodigde nazorg niet was te voorspellen op grond van de ontslagdiagnose. Bovendien bleek dat de huisarts slechts in de helft van de gevallen binnen een week na het ontslag van een patiënt daarvan bericht had ontvangen. Deze uitkomst stemt overeen met de bevindingen van het onderzoek van *De Melker (1973)*. Ook voor een goede nazorg lijkt dus een of andere vorm van communicatie tijdens de opname van belang.

Uit het voorafgaande moge blijken dat binnen de eerstelijns gezondheidszorg weinig overeenstemming bestaat over de wijze waarop de continuïteit van de hulpverlening aan ziekenhuispatiënten gedurende en na de opname gewaarborgd zou moeten worden. Met name bestaan aanzienlijke verschillen van inzicht over het belang van de thuiszorg en de taak van de huisarts bij opgenomen patiënten. Het leek ons van belang na te gaan in hoeverre verschillen in taakopvatting een samenhang vertonen met het al of niet bezoeken van ziekenhuispatiënten. Wij besloten daarom een op deze vraagstelling gerichte secundaire analyse van het onderzoeksmateriaal van *De Melker (1973)* uit te voeren.

Vraagstelling en opzet van het onderzoek

De vraagstelling van ons onderzoek is als volgt:

- in hoeverre bestaat een verband tussen de taakopvatting van de huisarts en structurele variabelen (praktijkgrootte, afstand tot het ziekenhuis, aantal ziekenhuizen) enerzijds en het al of niet

bezoeken van ziekenhuispatiënten anderzijds?

– wat is de invloed van genoemde variabelen op de frequentie van het ziekenhuisbezoek door de huisarts?

– welke vragen voor voortgezet onderzoek zijn op grond van deze analyse te formuleren?

Om deze vragen te beantwoorden werd een secundaire analyse verricht over een gedeelte van de onderzoeksgegevens van *De Melker* (1973). Voor opzet en uitvoering hiervan zij verwezen naar de oorspronkelijke publikatie. De secundaire analyse werd uitgevoerd over de gegevens die verzameld werden via een enquête onder vier groepen huisartsen. Deze huisartsen lieten regelmatig patiënten opnemen in een van de vier volgende ziekenhuizen:

– ziekenhuis A, een middelgroot ziekenhuis met 510 bedden in de Randstad;

– ziekenhuis B, een groot ziekenhuis met 750 bedden in een grote universiteitsstad buiten de Randstad;

– ziekenhuis C, een klein, zeer goed geoutilleerd streekziekenhuis met 275 bedden in een industriestadje in het zuiden des lands;

– ziekenhuis D, een klein, modern streekziekenhuis met 240 bedden in een klein stadje in het noorden des lands. Van de 222 aangeschreven huisartsen repondeerden er 180 (81 procent).

De voor de secundaire analyse gebruikte data zijn:

– vijftig statements met betrekking tot de taak en functie van de huisarts in het ziekenhuis (*bijlage 1*);

– data betreffende de frequentie van het ziekenhuisbezoek volgens opgave van de huisarts;

– data betreffende zes structurele variabelen: afstand tot het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis, afstand tot het verst verwijderde algemene ziekenhuis, praktijkgrootte, tijd nodig om naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te rijden, tijd nodig om naar het verst verwijderde ziekenhuis te rijden en aantal ziekenhuizen waarover patiënten verspreid liggen.

De secundaire analyse omvatte de volgende onderdelen:

- datacontrole;
- factoranalyse;
- bivariate analyse;
- contrastgroepenanalyse.

Datacontrole

Datacontrole dient om de betrouwbaarheid van de gevonden em-

Tabel 1. De uitgesloten items.

Itemnummer	Reden van uitsluiting
21	te extreem geformuleerd
22	neutraal
26	tweetoppig
29	te extreem geformuleerd
35	idem
37	idem
38	idem
43	neutraal
44	te extreem geformuleerd
46	idem
48	idem
49	neutraal
51	constante
52	te extreem geformuleerd

pirische gegevens te verhogen. *Galtung* omschrijft het doel van de controle als volgt: „To find out whether the variables developed theoretically during the construction of the questionnaire, really correspond to something in the minds of the respondents”. Wij voerden twee checks uit:

Don't know/no answer analyse. De aangeboden statements hebben vijf antwoordcategorieën: helemaal mee eens, gedeeltelijk mee eens, geen mening, gedeeltelijk mee oneens, helemaal mee oneens. Bij deze check wordt nagegaan of de gegeven antwoorden in overeenstemming zijn met de werkelijkheid. Daartoe wordt gesteld dat het aantal „geen mening” antwoorden niet hoger mag zijn dan op basis van waarschijnlijkheid bij deze onderzoeksgroep verwacht mag worden.

Alvorens hierop in te gaan, zullen wij kijken in hoeverre voor bepaalde items de categorie „geen mening” geïnterpreteerd kan worden als een neutrale categorie. Indien er dan nog sprake is van een te hoog aantal „geen mening” antwoorden, gaan we na of er sprake is van een concentratie van dergelijke antwoorden bij bepaalde individuen (met behulp van hiërarchische clusteranalyse) dan wel bij bepaalde items: in het eerste geval hebben een of meer respondenten problemen gehad met de interpretatie van de items; in het tweede geval zijn het juist een of meer items geweest die de interpretatieproblemen hebben opgeleverd.

Response set analyse. Het doel van deze analyse is na te gaan of de respondent antwoorden heeft gegeven die geen betrekking hebben op de inhoud voor de vraag. Indicatie hiervoor is een extreem hoge of lage waarde van de

individuele totaalscore. Het gaat in dit geval dus om het gehele „antwoordpatroon” van de respondent.

De analyse werd gestart met honderdnegeenzeventig* huisartsen en vijftig items. Vijf huisartsen en veertien items werden verwijderd. Eén huisarts werd verwijderd op grond van de response set analyse, de overige vier vanwege een te hoog percentage „geen mening”. *Tabel 1* geeft een overzicht van de items die van verdere analyse werden uitgesloten en de redenen daarvoor.

Factoranalyse**

Factoranalyse heeft tot doel te ontdekken welke variabelen bij elkaar behoren en welke niet. Aan de hand van de correlaties tussen de variabelen (in dit geval de eenentwintig overgebleven items) tracht men bij een factoranalyse een kleiner aantal (bijvoorbeeld twee of drie) overkoepelende variabelen te construeren; deze nieuwe variabelen worden factoren of dimensies genoemd. Zo zou bij factoranalyse kunnen blijken dat een aantal items verwijst naar een dimensie, die we zouden kunnen benoemen als „de taakopvatting van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten”. De eventueel gevonden factoren kunnen vervolgens gebruikt worden als variabelen voor nader onderzoek.

De factoranalyse over de eenentwintig items resulteerde in het verwijderen van negen items (de nummers 20, 23, 32, 36, 39, 40, 41, 42 en 45 – zie *bijlage 1*).

De belangrijkste conclusies zijn:

- we kunnen twee factoren onderscheiden;
- een eventuele derde, vierde of vijfde factor is instabiel;
- er is geen sprake van een factor die zou verwijzen naar een globale opinie over de relatie tussen huisarts en specialist.

De uiteindelijke factormatrix, gefixeerd op twee factoren na varimax rotatie, ziet eruit als weergegeven in *tabel 2* (zie ook *inzet*).

* In totaal waren er honderdtachtig huisartsen. De gegevens van één van hen waren onvolledig en daardoor onbruikbaar.

** Het zou te ver voeren in het kader van dit artikel in te gaan op de methodologische en methodische aspecten van deze factoranalyse. Wij beperken ons dan ook tot de conclusies van de analyse. Voor de technische uitvoering en de gebruikte criteria zij verwezen naar het Technisch verslag, verkrijgbaar bij de auteurs.

Tabel 2. Factormatrix, twee factoren na varimax rotatie.

Itemnummer	Factor I*	Factor II*
24	.55005	.06055
25	.65418	.42720
27	.50625	.03252
28	.60473	.19739
30	.52336	.15670
31	.52795	.04070
33	-.07706	.77439
34	-.14153	-.64005
47	.47786	.07998
50	.31225	.33154
53	.13421	.50328
54	.35003	.25944

* omvat de items 24, 25, 27, 28, 30, 31, 47, 54.

** omvat de items 33, 34, 50, 53.

De items van Factor I verwijzen ons inziens naar een globale taakopvatting van de huisarts met betrekking tot het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten. Zij hebben betrekking op taken als het geven van voorlichting, het leveren van een bijdrage aan de behandeling, het medeverantwoordelijk blijven voor de behandeling enzovoort.

De items van de tweede factor hebben meer betrekking op de wijze waarop een functie van de huisarts binnen het ziekenhuis gestalte zou moeten krijgen. Deze factor vonden wij inhoudelijk van te weinig gewicht; we beperken ons in

de verdere analyse dan ook tot de eerste factor.

De items werden gesommeerd tot een index met gebruikmaking van de factorscores. Deze index noemen we „taakopvatting ten opzichte van ziekenhuispatiënten”, of kortweg „taakopvatting”. Om deze index te kunnen vergelijken met de overige variabelen hebben we de indexscores moeten transformeren. De frequentieverdeling van de nieuwe variabele „taakopvatting” is weergegeven in tabel 3.

Een lage score op deze variabele staat voor een (zeer) positieve evaluatie van de taak van de huisarts met betrekking tot het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten. Een hoge score (4 en 5) hebben anderzijds die huisartsen, die zich in deze geen eigen taak toekennen.

Tabel 3. Frequentieverdeling van de scores op de variabele „taakopvatting”.

Score	Frequentie	Percentage
1	10	6
2	66	38
3	59	34
4	32	18
5	7	4
Totaal	174	100

Bivariate analyse: taakopvatting en structurele variabelen versus ziekenhuisbezoek

De nu volgende analyse van de mogelijke invloed die de taakopvatting van de huisarts heeft op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt, heeft een explorerend karakter. Behalve de relatie tussen taakopvatting en ziekenhuisbezoek, werd de (eventuele) relatie tussen enkele structurele variabelen (zoals praktijkgrootte, afstand tot de diverse ziekenhuizen) en het feitelijke ziekenhuisbezoek onderzocht. Alvorens namelijk de plaats van de taakopvatting van de huisarts ten opzichte van de structurele variabelen te bepalen, zullen we moeten onderzoeken of überhaupt sprake is van een samenhang tussen deze variabelen en het ziekenhuisbezoek. Dit gebeurt met een bivariate analyse, waarbij de afzonderlijke relaties worden onderzocht. Tabel 4 geeft hiervan een overzicht.

Uit tabel 4 valt af te lezen dat een significant verband bestaat tussen de taakopvatting van de arts en zijn ziekenhuisbezoek: artsen met een positieve taakopvatting bezoeken hun patiënten vaker dan artsen die zich in deze geen eigen taak toekennen. Van de structurele variabelen blijken alleen de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de tijd nodig om naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te rijden en

De overgebleven items

24. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten.

25. De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patiënten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist.

27. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten.

28. De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn patiënten over hun ziekte.

30. De huisarts moet zeer openhartig zijn bij zijn ziekenhuispatiënten.

31. De huisarts blijft ook mede verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis.

33. De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen.

34. Door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten kan de scherpe scheiding extra-intramurale zorg doorbroken worden.

47. De huisarts dient patiënten in het ziekenhuis op te zoeken opdat hij in staat is het gezin van de toestand van de patiënt op de hoogte te houden.

50. Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen.

53. De huisarts zou bij zijn ziekenhuisbezoek ook eens patiënten lichamelijk moeten onderzoeken.

54. De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiënten met de specialist moeten bespreken.

Tabel 4. Correlatie* tussen de zeven variabelen** en het ziekenhuisbezoek voor de totale groep huisartsen (N = 174).

Variabelen	Kendalls rangcorrelaties
Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis	-.20
Afstand verst verwijderde ziekenhuis	-.11
Praktijkgrootte	-.10
Tijd nodig voor bereiken dichtstbijzijnde ziekenhuis	-.18
Tijd nodig voor bereiken verst verwijderde ziekenhuis	-.12
Aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld	-.22
Taakopvatting	-.32

* Gebruik is gemaakt van Kendalls rangcorrelatiecoëfficiënt: Kendalls tau (Blalock).
 ** Zie voor de coderingen bijlage 2.
 N.B. De gecursiveerde coëfficiënten zijn significant op 5 procentniveau.

het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verdeeld zijn, een significante samenhang met het bezoeken van ziekenhuispatiënten te vertonen. Naarmate de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis korter is, bezoekt men de patiënten vaker; hoe minder tijd men nodig heeft om het dichtstbijzijnde ziekenhuis te bereiken, des te groter de bezoekfrequentie; naarmate de patiënten over meer ziekenhuizen verspreid liggen, bezoekt men ze minder. Geen samenhang werd gevonden tussen enerzijds de praktijkgrootte, de afstand tot het verst verwijderde ziekenhuis en de tijd nodig om naar het verst

verwijderde ziekenhuis te rijden en anderzijds de bezoekfrequentie.

De volgende stap bestond uit het nagaan in hoeverre de gevonden gegevens regio-specifiek waren (tabel 5).

Uit tabel 5 komt duidelijk naar voren dat de gevonden samenhang tussen de taakopvatting van de huisarts en het ziekenhuisbezoek ook bij de vier ziekenhuizen afzonderlijk opgaat. Van de structurele variabelen spelen zowel de afstand tot het ziekenhuis als de tijd die nodig is om ernaar toe te rijden een rol. De praktijkgrootte speelt alleen in de situatie van ziekenhuis C een rol. Een samenhang tussen het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verdeeld zijn en het ziekenhuisbezoek bestaat in twee van de vier gevallen. Uit het onderzoek van De Melker (1973, pagina 88) is gebleken dat de overige gegevens betreffende de lokale ziekenhuizen geen verschillen vertonen ten opzichte van de landelijke gegevens. Op basis van de tot nu toe weergegeven analyse is nog niet vast te stellen hoe groot de invloed is van de taakopvatting in combinatie met de structurele variabelen. Dit vereist een multivariate analyse, waarbij niet alleen gekeken wordt naar de afzonderlijke relaties met ziekenhuisbezoek, maar ook naar de relaties tussen de structurele variabelen en de taakopvatting. Met behulp van de contrastgroepenanalyse zullen wij dit nagaan.

Contrastgroepenanalyse

Het doel van de contrastgroepenanalyse is het onderzoeken van de gelijktijdige werking van een aantal onafhankelijke variabelen op een afhankelijke variabele. De onafhankelijke variabelen – ook wel predictoren genoemd – zijn in ons geval de structurele variabelen en de taakopvatting van de huisarts; de afhankelijke variabele is de frequentie waarmee de huisarts zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt. Met behulp van de contrastgroepenanalyse wordt nu de afhankelijke variabele zoveel mogelijk verklaard. De huisartsen worden op basis van één van de onafhankelijke variabelen (de variabele die de grootste samenhang vertoont met het ziekenhuisbezoek) zo ingedeeld in twee groepen, dat het verschil ten aanzien van het ziekenhuisbezoek maximaal is. Vervolgens worden deze twee groepen op dezelfde wijze gesplitst en wel op basis van de variabele die nu de grootste samenhang met het ziekenhuisbezoek vertoont. Op deze wijze worden alle groepen steeds gesplitst totdat de verklaarde variantie te klein wordt of het aantal huisartsen te gering. Er ontstaat op deze wijze een „boomstructuur” (figuur).

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de verklaarde variantie in de contrastgroepenanalyse. Tevens wordt aangegeven welke variabelen wel en welke niet een bijdrage hebben geleverd aan het verklaren van de frequentie van het ziekenhuisbezoek. Uit tabel 6 blijkt dat naast de taakopvatting van de huisarts de volgende structurele variabelen van belang zijn: de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de praktijkgrootte en het

„boomstructuur” (figuur).

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de verklaarde variantie in de contrastgroepenanalyse. Tevens wordt aangegeven welke variabelen wel en welke niet een bijdrage hebben geleverd aan het verklaren van de frequentie van het ziekenhuisbezoek.

Uit tabel 6 blijkt dat naast de taakopvatting van de huisarts de volgende structurele variabelen van belang zijn: de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de praktijkgrootte en het

Tabel 6. Verklaarde variantie in contrastgroepenanalyse van frequentie ziekenhuisbezoek.

Variabelen	Percentage verklaarde variantie
Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis	6,7
Afstand verst verwijderde ziekenhuis	-,
Tijd nodig voor bereiken dichtstbijzijnde ziekenhuis	-,
Tijd nodig voor bereiken verst verwijderde ziekenhuis	-,
Praktijkgrootte	2,9
Aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld	4,0
Taakopvatting	12,7
Totaal verklaarde variantie R ² =	26,4

Tabel 5. Correlatie* tussen de zes structurele variabelen en de taakopvatting enerzijds en anderzijds het ziekenhuisbezoek voor de ziekenhuizen A, B, C en D.

Variabelen	Kendalls rangcorrelaties			
	A	B	C	D
Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis	-.06	-.36	-.23	.01**
Afstand verst verwijderde ziekenhuis	-.25	-.37	-.35	-.07**
Praktijkgrootte	-.15	-.06	-.28	-.12
Tijd nodig voor bereiken dichtstbijzijnde ziekenhuis	-.04	-.30	-.32	.13**
Tijd nodig voor bereiken verst verwijderde ziekenhuis	-.21	-.28	-.21	.08**
Aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld	-.21	-.19	-.16	.19**
Taakopvatting	-.30	-.37	-.31	-.35

* Kendalls tau.

** De frequentieverdeling van deze variabelen (ziekenhuis D) is dermate scheef dat de rangcorrelatiecoëfficiënten onbetrouwbaar zijn.

N.B. De gecursiveerde coëfficiënten zijn significant op 5 procentniveau.

aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verspreid zijn. De afstand tot het verst verwijderde ziekenhuis en de tijd nodig voor het bereiken van de ziekenhuizen zijn niet van belang voor de bezoekfrequentie.

Keren we terug naar de boomstructuur, dan kunnen wij daaruit de volgende „eindgroepen” aflezen:

Eindgroep 6; huisartsen die zich geen taak toekennen ten aanzien van hun ziekenhuispatiënten en bij wie de af-

stand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan 10 kilometer bedraagt, bezoeken hun patiënten 1 maal per maand.

Eindgroep 7; huisartsen die zich geen eigen taak toekennen ten aanzien van hun ziekenhuispatiënten en bij wie de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis 10 kilometer of meer bedraagt, bezoeken hun patiënten zelden of nooit.

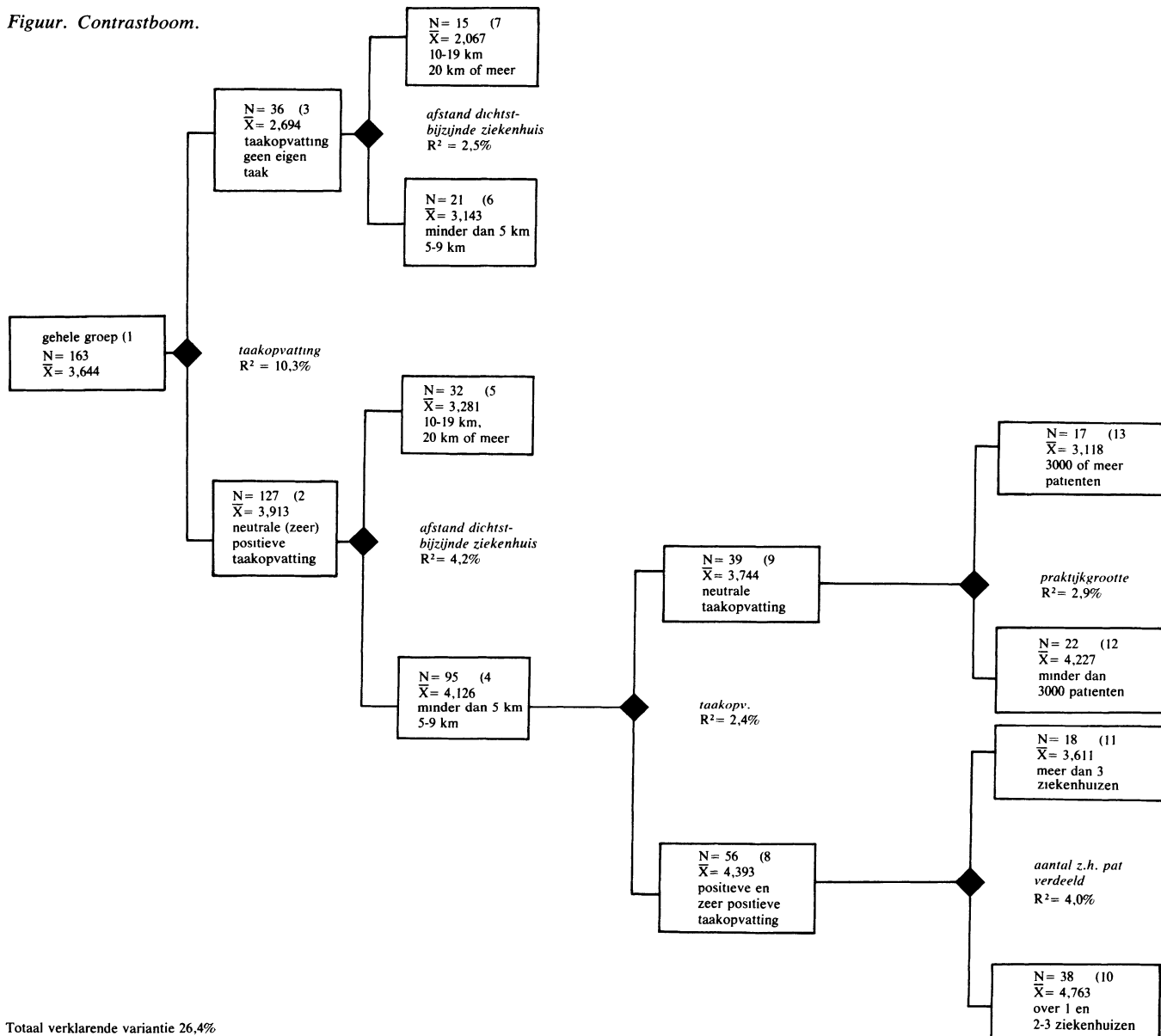
Eindgroep 5; huisartsen met een (zeer) positieve taakopvatting, bij wie de af-

stand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis 10 kilometer of meer bedraagt, bezoeken hun patiënten ruim 1 maal per maand.

Eindgroep 13; huisartsen met een neutrale taakopvatting, bij wie de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan 10 kilometer bedraagt en wier praktijkgrootte 3.000 zielen of meer is, bezoeken hun patiënten 1 à 2 maal per maand.

Eindgroep 12; huisartsen met een

Figuur. Contrastboom.



Totaal verklarende variantie 26,4%

Per groep wordt vermeld:

N = aantal artsen per subgroep;

X̄ = gemiddelde waarde van de afhankelijke variabelen (frequentie bezoek aan ziekenhuispatiënten) welke categorieën van de onafhankelijke subgroep kenmerken.

◆: Hierbij wordt aangegeven op welke onafhankelijke variabelen de splitsing plaatsvindt.

R² = de verklaarde variantie behorende bij de desbetreffende splitsing.

Criteria voor de splitsing:

- variantie reductie per stap 2%;
- restvariantie per groep 2%;
- minimale groeps grootte 10.

De totale groep waarmee gestart werd betrof 163 huisartsen. Dit komt doordat de ontbrekende waarden op een van de variabelen als consequentie heeft dat de desbetreffende huisarts niet in de analyse wordt opgenomen.

neutrale taakopvatting bij wie de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan 10 kilometer bedraagt en wier praktijkgrootte minder dan 3.000 zielen is, bezoeken hun patiënten 2 maal per maand.

Eindgroep 11; huisartsen met een (zeer) positieve taakopvatting, bij wie de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan 10 kilometer bedraagt en wier patiënten over meer dan drie ziekenhuizen zijn verspreid, bezoeken hun patiënten bijna 2 maal per maand. *Eindgroep 10*; huisartsen die hun patiënten het meest bezoeken (bijna 3 maal per maand), zijn huisartsen met een (zeer) positieve taakopvatting, bij wie de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis minder dan 10 kilometer bedraagt en wier patiënten over niet meer dan drie ziekenhuizen zijn verspreid. De voorlopige conclusie uit het voorafgaande kan zijn, dat drie structurele variabelen en de taakopvatting van de huisarts een rol spelen. Hoe positiever de taakopvatting, hoe kleiner de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis en hoe geringer de spreiding van de patiënten over de ziekenhuizen, des te groter de frequentie van het ziekenhuisbezoek door de huisarts. De variabele praktijkgrootte heeft minder invloed dan de taakopvatting en de andere twee structurele variabelen: zie bijvoorbeeld eindgroep 7. Pas bij huisartsen met een neutrale taakopvatting gaat de praktijkgrootte een rol spelen.

Vervolgens hebben wij een aantal variaties geprobeerd, waarbij de ver-

schillende structurele variabelen als gedwongen eerste splitsing werden ingevoerd. Als meest relevante oplossingen werden gekozen die oplossingen die de hoogste verklaarde eindvariantie opleverden. De criteria zijn dezelfde als bij de ongedwongen splitsing.

In *tabel 7* wordt op analoge wijze als in *tabel 6* weergegeven, welke variabelen een bijdrage leverden en hoeveel zij proportioneel verklaarden van de totale variantie; voor de bijbehorende boomstructuren zij verwezen naar het Technisch verslag. Ook uit deze tabel blijkt dat de structurele variabelen afstand tot het verst verwijderde ziekenhuis en de tijd die nodig is om naar de ziekenhuizen te rijden, geen rol spelen bij het ziekenhuisbezoek. Uit de boomstructuren van deze analyses komt geen ander beeld naar voren dan uit de eindgroepen bij ongedwongen splitsing.

Gegeven de uitkomsten van de alternatieve contrastgroepenanalyses achten wij onze voorlopige conclusie bevestigd: van de in de analyse betrokken variabelen zijn de volgende drie in combinatie het meest relevant voor het al dan niet bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts, waarbij de invloed van deze variabelen gelijk gericht en cumulatief is:

- de taakopvatting ten aanzien van zijn patiënten in het ziekenhuis;
- de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- de spreiding van de patiënten over de ziekenhuizen.

Verder is de taakopvatting van de huis-

arts met betrekking tot zijn ziekenhuispatiënten niet of nauwelijks gecorreleerd met de structurele variabelen praktijkgrootte (.02), aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verspreid zijn (.02) en afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis (.12). Naar onze mening moet dan ook de taakopvatting worden opgevat als een aparte factor, die van essentieel belang is voor een beter begrip voor het functioneren van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten.

Beschouwing

Deze secundaire analyse van de onderzoeksgegevens van *De Melker (1973)* is slechts een beperkte verkenning van de invloed van persoonsvariabelen op het gedrag van huisartsen ten aanzien van hun ziekenhuispatiënten. De resultaten van deze analyse ondersteunen echter de veronderstelling dat persoonsvariabelen, zoals de hier onderzochte „taakopvatting van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten” minstens een even sterke invloed hebben op de frequentie van het ziekenhuisbezoek als structurele variabelen. Bij de oorspronkelijke studie bleek dat „tijdgebrek” door veel huisartsen werd opgegeven als reden om ziekenhuispatiënten niet te bezoeken. De door ons veronderstelde betrekkelijkheid van deze opgave wordt door de secundaire analyse ondersteund. De afstand tot het verst verwijderde ziekenhuis, de praktijkgrootte en de tijd die het kost om het ziekenhuis te bereiken, bleken van gering belang. Men kan zich afvragen of het argument tijdgebrek ten dele een rationalisatie is van een bepaalde taakopvatting ten aanzien van het ziekenhuisbezoek. Sommige huisartsen zijn van mening dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt na verwijzing en zeker bij ziekenhuisopname geheel bij de specialist berust. Ziekenhuisbezoek is dan niet meer dan het tonen van belangstelling, „friendly visiting”. Anderen zien daarentegen een duidelijke taak bij ziekenhuispatiënten, zoals:

- het bespreken van problemen;
- het geven van voorlichting;
- het vervullen van een brugfunctie ten opzichte van het gezin;
- het plegen van overleg met specialisten.

Het is de vraag of huisartsen met een positieve taakopvatting ten aanzien van het ziekenhuisbezoek vooral waarde hechten aan de begeleiding van de patiënt of dat zij daarnaast ook menen een

Tabel 7. Verklaarde variantie in contrastgroepenanalyse van frequentie ziekenhuisbezoek bij een gedwongen splitsing (percentages).

Variabelen	Frequentie bezoek aan ziekenhuis	
	Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis eerste splitsing	Aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld eerste splitsing
Afstand dichtstbijzijnde ziekenhuis	9,2	8,8
Afstand verst verwijderde ziekenhuis	-, -	-, -
Tijd nodig voor bereiken dichtstbijzijnde ziekenhuis	-, -	-, -
Tijd nodig voor bereiken verst verwijderde ziekenhuis	-, -	-, -
Praktijkgrootte	3,6	2,2
Aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld	4,0	5,3
Taakopvatting	9,0	8,1
Totaal verklaarde variantie R ² =	25,8	24,4

bijdrage aan de behandeling te moeten leveren. Ons inziens ligt de betekenis van het ziekenhuisbezoek vooral in de mogelijkheid de afstand tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg, tussen huisarts en specialist, tussen gezin en ziekenhuispatiënt te helpen overbruggen. Wij hebben er al op gewezen dat dit met name van belang is voor een goede nazorg. Maar ook voor een goede voorbereiding van het tijdstip van ontslag is dit van belang; juist bij ontslag leidt de discontinuïteit van de hulpverlening tot een minder goede behandeling en begeleiding. Een betere en intensievere relatie tussen thuis- en ziekenhuiszorg is evenzeer van belang voor een adequaat verwijsgedrag (*De Melker 1975*) en een goed opnamebeleid.

Indien we het in de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks aangegeven beleid tot versterking van de eerste lijn willen realiseren, is een betere relatie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg van doorslaggevende betekenis. Wil de specialist een meer consultatieve functie gaan vervullen en wil de huisarts meer gebruik gaan maken van de diagnostische mogelijkheden van het ziekenhuis, dan zullen huisarts en specialist een intensiever contact moeten hebben. Ziekenhuisbezoek is een van de mogelijkheden om tot overleg en een betere verstandhouding tussen huisarts en specialist te komen. Het is daarom verontrustend dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn niet evenveel aandacht krijgt als samenwerking binnen de eerste lijn. *Zuidervaart* en *Lamberts* willen bij de nazorg van ziekenhuispatiënten de wijkverpleegkundige een centrale plaats toekennen; ons lijkt dit een zinvolle wijze om de belangrijke positie van de wijkverpleegkundige te benadrukken, maar wij zien niet in dat hiermee een bijdrage aan de „ontmedicalisering” en deprofessionalisering wordt geleverd. Wij nemen althans niet aan dat de auteurs de wijkverpleegkundige niet als een volwaardig teamlid en de wijkverpleegkunde niet als een professie beschouwen! Waar het ons vooral om gaat, is het feit dat aan de continuïteit van de medische zorg zo weinig aandacht wordt besteed. Terecht stellen *Zuidervaart* en *Lamberts* dat de wijkverpleegkundige „geen surrogaat zal geven voor de continuïteit van de medische informatiestroom”. Hoe zal deze informatiestroom dan worden gewaarborgd?

Wij vragen ons af of het belang van een (1979) huisarts en wetenschap 22, 232

goede samenwerking tussen huisarts en specialist als onderdeel van de relatie thuiszorg-ziekenhuiszorg niet sterk wordt onderschat. „In extremo krijgen we een toekomst waarbij de huisarts zich verschanst in zijn bolwerk: het welzijnscentrum, de specialist in het zijne: het ziekenhuis” (*De Melker 1975*).

Wellicht zijn we te pessimistisch; er zijn ook andere geluiden. *Crebolder* bepleit een goede, formele regeling van de samenwerking tussen huisarts en specialist, onder meer door middel van consultatie.

Deze secundaire analyse vormt ook een ondersteuning van onze opvatting dat fundamenteel onderzoek op microniveau van cruciale betekenis is voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Ons onderzoek geeft zeker geen verklaring voor de invloed van persoonsvariabelen op het gedrag van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten; het verklaart slechts 26 procent van de variantie. Het onverklaard blijven van de variantie is te wijten aan:

- de onbetrouwbaarheid/onvolledigheid van ons meetinstrument;
- de onbekendheid met andere aspecten van de taakopvatting van de huisarts ten aanzien van het ziekenhuisbezoek (validiteitsaspect).

Het zijn echter deze structurele variabelen die bij veel onderzoek op macroniveau worden gebruikt, bijvoorbeeld in het onderzoek naar verwijsgedrag van *Posthuma* en *Van der Zee*. Het is onze overtuiging dat veel discussies en onderzoeken op macroniveau zinloos zijn, zolang niet meer inzicht is verkregen in wat zich op microniveau afspeelt. Wij menen dat de invloed van structurele variabelen wordt overschat, die van persoonsvariabelen onderschat.

De taakopvatting heeft meer invloed dan de meeste structurele variabelen op het „ziekenhuisgedrag” van de huisarts. Iets dergelijks kan ook gelden voor het verwijsgedrag. De door *Posthuma* en *Van der Zee* geuite veronderstelling, „dat het verwijsgedrag van een huisarts afhangt van een aantal omgevingskenmerken die zich beter op gemeentelijk dan op landelijk nivo laten onderscheiden” is op zijn minst beperkt. Rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid dat de variatie in verwijsgedrag veel meer verklaard kan worden door verschillen in taakopvatting, het waarderen van bepaalde ri-

sico's enzovoort, dan door structurele variabelen. Bovendien zijn taakopvatting en structurele variabelen niet altijd onafhankelijk van elkaar. Een huisarts met een bepaalde taakopvatting zal zich bijvoorbeeld in de stad vestigen, juist omdat hij weet dat hij dan gemakkelijker patiënten kan doorverwijzen dan op het platteland.

Op grond van de volgende overwegingen stellen wij ons voor nader onderzoek te verrichten naar de taakopvatting van de huisarts ten aanzien van het ziekenhuisbezoek en het verwijsgedrag op microniveau:

- het belang van kennis van het gedrag van huisartsen ten aanzien van verwijzen en het bezoeken van ziekenhuispatiënten in het kader van de relatie thuiszorg-ziekenhuiszorg; dit vooral om tot een werkelijke versterking van de eerstelijns gezondheidszorg te komen.
- het ontbreken van inzicht in de invloed van persoonsvariabelen op het gedrag van huisartsen en het gebrek aan inzicht in de gezondheidszorg op microniveau;
- de aanwijzingen die het tot nu toe verrichte onderzoek geeft over de betekenis van persoonsvariabelen, gerelateerd aan structurele condities.

Nader onderzoek zou ons inziens in de eerste plaats gericht moeten zijn op de vraag in hoeverre de houding c.q. het gedrag van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten verband houdt met:

- zijn hulpverleningsgedrag, met name ten aanzien van het vermijden van verschillende typen risico's;
- zijn houding ten opzichte van de specialist;
- zijn verwijsgedrag.

Dit alles gerelateerd aan structurele condities.

In de tweede plaats zou nader onderzoek moeten bestaan uit een nadere exploratie en analyse op microniveau van de taakopvatting van de huisarts, met name met betrekking tot het bezoeken van ziekenhuispatiënten, teneinde onder andere herhalingsonderzoek mogelijk te maken.

Samenvatting. In deze secundaire analyse van een gedeelte van de onderzoeksgegevens van De Melker (1973) wordt ingegaan op de vraag in hoeverre naast structurele variabelen ook de taakopvatting van de huisarts van invloed is op het veel of weinig bezoeken

van zijn ziekenhuispatiënten. Met behulp van een factoranalyse wordt een taakopvattingen-index geconstrueerd. Vervolgens wordt met behulp van bivariate en multivariate analyse de mogelijke invloed van de taakopvatting en een zestal structurele variabelen op het ziekenhuisbezoek onderzocht.

De belangrijkste conclusie van deze analyse is, dat slechts drie van de zeven variabelen van belang zijn bij het al dan niet bezoeken van de ziekenhuispatiënten:

- de taakopvatting van de huisarts;
- de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- de spreiding van de patiënten over de ziekenhuizen.

De taakopvatting van de huisarts kan gezien worden als een essentiële factor bij zijn functioneren ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten. Het onderzoek geeft nog geen definitieve bevestiging van de invloed van persoonsgebonden variabelen op het ziekenhuisgedrag van de huisarts; daarvoor blijft de variatie in het gedrag te groot ($R^2 = .26$). Het toont echter wel aan dat meer onderzoek naar de invloed van variabelen op micro-niveau gewenst is om meer inzicht te krijgen in het ziekenhuisgedrag (en meer algemeen het hulpverleningsgedrag) van de huisarts. Dit onderzoek zal in de eerste plaats gericht moeten zijn op de vraag in hoeverre de houding c.q. het gedrag van de huisarts ten opzichte van zijn ziekenhuispatiënten verband houdt met zijn gehele hulpverleningsgedrag, met name ten aanzien van het vermijden van verschillende risico's, zijn verwijsgedrag, zijn houding tegenover de specialist - dit alles gerelateerd aan de structurele omstandigheden waarbinnen de huisarts werkt.

Summary. Task interpretation and hospitals visits. Influence of the general practitioner's task interpretation on the frequency of his visits to his patients in hospital. This secondary analysis of some of the data reported by De Melker (1973) discusses the question whether, beside structural variables, the general practitioner's task interpretation influences the frequency of his visits to his patients in hospital. A task interpretation index is constructed with the aid of factor analysis. With the aid of bivariate and multivariate analysis, the possible influence of task interpretation and six structural variables on hospital visits is examined. The principal conclusion from this

analysis is that only three of the seven variables are of importance in this respect:

- the general practitioner's task interpretation;
- the distance to the nearest hospital;
- the distribution of patients over the hospitals.

The general practitioner's task interpretation can be regarded as an essential factor in his behaviour concerning his patients in hospital. The findings do not definitely confirm the influence of person-linked variables on the general practitioner's hospital behaviour; the variation in behaviour is too wide for this ($R^2 = .26$). The findings do show that further investigation of the influence of variables on a micro-level is required for a better understanding of hospital behaviour (and helping behaviour in general) in general practitioners. Further investigations will have to focus primarily on the question whether the general practitioner's attitude or behaviour towards his hospital patients is related to his helping behaviour in general and, more specifically, his attitude in avoiding risks, referral behaviour, and attitude towards specialists - all this related to the structural circumstances under which the general practitioner works.

Blalock, H. M. Social statistics. 2nd ed. McGraw Hill, New York, 1972.

Crebolder, H. F. J. M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Diss. Nijmegen, 1972.

Galtung, J. Theory and methods of social science. George Allen & Unwin, London, 1970.

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

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

Posthuma, B. H. en J. van der Zee. Tussen eerste en tweede echelon I: analyse van gemeentelijke verwijscijfers uit het landelijke Informatie Systeem Ziekenfondsen. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1977.

„Weer thuis”. Een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. [door de Studiegroep Alphen aan den Rijn] (1976) huisarts en wetenschap 19, 406-423.

Zuidervaart, J. en H. Lamberts. De nazorg van ziekenhuispatiënten. (1976) huisarts en wetenschap 19, 424-425.

Bijlage 1

Vijfendertig statements met betrekking tot de taak en functie van de huisarts in het ziekenhuis

20. Verkeers- of parkeerproblemen zijn een sterke belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts.

21. De huisarts behoort veel belangstelling te tonen voor zijn patiënten in het ziekenhuis.

22. De huisarts kan zelf zeer veel leren van het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten.

23. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten wordt de communicatie van de huisarts met de specialist sterk bevorderd.

24. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten.

25. De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patiënten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist.

26. Bij het bezoek van de huisarts vertellen zijn patiënten hem gemakkelijker hun lichamelijke klachten dan aan de specialist.

27. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten.

28. De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn patiënten over hun ziekte.

29. De huisarts dient tijd te nemen bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten.

30. De huisarts moet zeer openhartig zijn bij zijn ziekenhuispatiënten.

31. De huisarts blijft ook medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis.

32. Andere functionarissen, (bijvoorbeeld verpleegster, pastor, maatschappelijk werker) kunnen ziekenhuispatiënten net zo goed helpen bij het

verwerken van hun problemen als de huisarts.

33. De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen.

34. Door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten kan de scherpe scheiding extra-intramurale zorg doorbroken worden.

35. De huisarts zou ad hoc ziekenhuisstafbesprekingen over zijn patiënten in het ziekenhuis moeten kunnen bijwonen.

36. Het inlichten van de patiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist.

37. De huisarts zou zijn ziekenhuispatiënten moeten helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (bijvoorbeeld bij operaties).

38. De huisarts kan de overgang van zijn ontslagen patiënten van het ziekenhuis naar het gezin zeer vergemakkelijken.

39. Specialisten plegen tijdens ziekenhuisopname vaak overleg met huisartsen over hun patiënten.

40. Huisartsen lichten specialisten

onvoldoende in over hun patiënten die opgenomen worden.

41. De specialist licht de huisarts meestal onvoldoende in over zijn ziekenhuispatiënten.

42. Het feit dat de huisarts zich in het ziekenhuis op andermans terrein voelt is een belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten.

43. De verpleegsters in het ziekenhuis begrijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt.

44. Specialisten waarderen het zeer als de huisarts zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt.

45. Als een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, is de huisarts voor hem niet meer zo belangrijk.

46. Het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts zou zeer vergemakkelijkt worden als alle ziekenhuisfunctionarissen bekend waren met de taak van de huisarts in deze.

47. De huisarts dient patiënten in het ziekenhuis op te zoeken opdat hij in staat is het gezin van de toestand van de patiënt op de hoogte te houden.

48. De specialist zou vaker met de

huisarts moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt, omdat de huisarts de gezinssituatie kent.

49. Als de patiënt beter over zijn ziekte zou zijn voorgelicht, zou de opname-duur dikwijls verkort kunnen worden.

50. Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen.

51. Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de ontslagen patiënten met gegevens over de diagnose en de therapie om aan de huisarts te overhandigen, is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling thuis.

52. De huisarts zou bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten een witte jas moeten dragen opdat hij voor patiënt en ziekenhuisfunctionarissen herkenbaar zou zijn als functionaris die zijn taak binnen het ziekenhuis vervult.

53. De huisarts zou bij zijn ziekenhuisbezoek ook eens patiënten lichamelijk moeten onderzoeken.

54. De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiënten met de specialist moeten bespreken.

Bijlage 2

Coderingen van de structurele variabelen

- | | |
|---|--|
| 1. Afstand tot het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis, waar U als regel Uw patiënten laat opnemen. | 1. minder dan 5 km
2. 5-9 km
3. 10-19 km
4. 20 km of meer onbekend |
| 2. Afstand tot het verst verwijderde algemene ziekenhuis, waar U als regel Uw patiënten laat opnemen. | 1. minder dan 5 km
2. 5-9 km
3. 10-19 km
4. 20 km of meer onbekend |
| 3. Tijd nodig om naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te rijden. | 1. minder dan 10 min.
2. 10-19 min.
3. 20-29 min.
4. 30 min. of meer onbekend |
| 4. Tijd nodig om naar het verst verwijderde ziekenhuis te rijden. | 1. minder dan 10 min.
2. 10-19 min.
3. 20-29 min.
4. 30 min. of meer onbekend |

5. Praktijkgrootte totale praktijk.

6. Aantal ziekenhuizen waarover de patiënten als regel verdeeld zijn.

7. Frequentie bezoek ziekenhuispatiënten in het algemeen.

- | |
|-------------------------------------|
| 1. minder dan 1000 zielen |
| 2. 1000-1499 zielen |
| 3. 1500-1999 zielen |
| 4. 2000-2499 zielen |
| 5. 2500-2999 zielen |
| 6. 3000-3499 zielen |
| 7. 3500-3999 zielen |
| 8. 4000-4499 zielen |
| 9. 4500 of meer zielen onbekend |
| 1. 1 ziekenhuis |
| 2. 2-3 ziekenhuizen |
| 3. meer dan 3 ziekenhuizen onbekend |
| 1. nooit |
| 2. zelden |
| 3. ± 1x per maand |
| 4. ± 2x per maand |
| 5. ± 3x per maand |
| 6. ± wekelijks |
| 7. vaker dan 1x per week onbekend |