

Thuiszorg: kruispunt of spanningsveld in de gezondheidszorg?

Een beschouwing naar aanleiding van de scenario's over kanker 1985-2000

E. SCHADÉ

Ontwikkelingen inzake de thuiszorg staan in het middelpunt van de belangstelling, vooral bij politici en bestuurders van de beroepsverenigingen. Volgens de toekomstscenario's over kanker wordt in de jaren 1985 - 2000 meer dan een verdubbeling van de behoefte aan thuiszorg verwacht. Deze groei vereist aanpassingen in de gezondheidszorg. De invloeden hierop worden toegelicht, zowel in algemene termen als meer specifiek gericht op de huisarts. Voor de verschuiving van de zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis en thuis, met behoud van kwaliteit, staan op dit moment een drietal modellen ter discussie. In dit artikel wordt gepleit voor een meer uitgesproken benadering van de complementariteit van de zorg. Die zorg dient niet alleen kwalitatief maar ook kwantitatief zichtbaar te worden gemaakt.

Inleiding

In 1987 heeft de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) het rapport 'Kanker in Nederland' uitgebracht (*kader*). Een van de toekomstscenario's is gewijd aan de ontwikkelingen rond de thuiszorg.

In Nederland overleed in 1980 ruim 40 procent van de kankerpatiënten thuis (wat niet betekent dat er in 40 procent van de gevallen sprake was van thuiszorg). Patiënten die uiteindelijk in het ziekenhuis overlijden, hebben in de terminale fase gemiddeld 3,5 maal zoveel tijd thuis doorgebracht als in het ziekenhuis.^{3,4} Thuiszorg omvat veel meer dan terminale zorg; radiotherapie en chemotherapie kunnen bijvoorbeeld in veel gevallen poliklinisch gebeuren. Verder betekent thuiszorg lang niet altijd 7 x 24-uurs zorg. In alle gevallen betekent thuiszorg wél: deskundige zorg.

De vraag naar professionele thuiszorg voor kankerpatiënten maakt de laatste jaren een sterke groei door en dit zal voorlopig waarschijnlijk zo blijven. Het toekomstscenario noemt hiervoor de volgende factoren:

- de toename van het aantal kankerpatiënten als gevolg van de toename van het aantal ouderen en de geleidelijke toename van de duur van de ziekte;
 - de afnemende zorg voor ouderen in familieverband, onder meer door het toegenomen aantal kleine gezinnen, de grotere mobiliteit en de afnemende solidariteit tussen de generaties;
 - de toenemende 'poliklinisering' van de specialistische zorg;
 - een toenemende waardering voor thuiszorg;
 - de toenemende beschikbaarheid van thuiszorg, ook buiten kantooruren.
- Uitgaande van het scenario zal het aantal kankerpatiënten dat thuiszorg vraagt, van 1980 tot 2000 ongeveer verdubbelen. Dit geldt zowel voor degenen die 'gewoon' huishulp krijgen in het kader van hun ziekte als voor degenen die terminale thuiszorg krijgen; vaak zijn dat overigens dezelfde patiënten.²

Thuiszorg

Bij de discussie over thuiszorg spelen ook andere dan 'zorg-inhoudelijke' argumenten een rol. Daarbij is het van belang de verschillende vormen van thuiszorg van elkaar te onderscheiden:

- 1 *Mantelzorg*, gericht op verkorting van de opnameduur.

- 2 *Vrijwillige hulp*, bestemd voor de verzorging van behoevende ouderen en bedoeld als vervangende thuiszorg.

- 3 *Professionele hulp*, gericht op thuisbehandeling van chronische patiënten, te verdelen in:

- incidentele zorg;
- 7 maal 24-uurs zorg;
- terminale zorg.

- Door de toenemende vergrijzing en de langere overleving zal het aantal oudere kankerpatiënten toenemen. Voor het ziekenhuis zijn deze patiënten minder aantrekkelijk door de langere verpleegduren (en hogere kosten c.q. grotere aanslag op het budget), de vaak aanwezige multi-pathologie en de geringe 'trial'-mogelijkheden.

Bijna al het klinisch-vergelijkend onderzoek naar behandelingsmethoden in de oncologie wordt uitgevoerd bij pa-

tiënten jonger dan 65 of 70 jaar.⁵ Een belangrijke reden hiervoor is dat behandelende artsen veelal menen dat een trial agressieve therapie inhoudt, die zij voor oudere patiënten minder aangewezenen achten. Dit wordt overigens door recent onderzoek niet bevestigd.⁶ Een andere reden is dat oude kankerpatiënten een relatief heterogene groep vormen als gevolg van een grotere variatie in de zogenaamde fysiologische leeftijd en een frequenter voorkomen van allerlei andere chronische aandoeningen. Door deze grotere spreiding in patiëntkenmerken is een groter aantal patiënten voor een trial nodig. Indien men geïnteresseerd is in lange-termijn overleving kan toelating van oudere patiënten in klinisch vergelijkend onderzoek bovendien de efficiëncy van het onderzoek verminderen.⁵⁻⁷

- Thuiszorg is wél aantrekkelijk voor de eerstelijns werkers. Een belangrijk aspect hierbij is dat het om 'echte' patiënten gaat. Somatisch en psychosociale zorg voor patiënt en familie door de eerste lijn is in de afgelopen tijd wat in het gedrang gekomen door de toenemende specialisatie en de verwachtingen bij de bevolking ten aanzien van de ziekenhuisgeneeskunde. Dit tij is aan het keren. De eerste lijn heeft ook ervaren waar haar grenzen liggen. De zorg voor chronische patiënten, wier toestand in vrij korte tijd kan veranderen, is een uitdaging voor de eerste lijn. De indruk bestaat dat de beroepsorganisaties deze uitdaging willen aanpakken.⁸⁻¹⁷ Bovendien past thuiszorg voor kankerpatiënten in een maatschappelijke stroming die een soms wat karikaturaal ideaalbeeld heeft van de situatie thuis versus de onpersoonlijke situatie in het ziekenhuis.

Verder moeten we niet vergeten dat toeneming van de thuiszorg gepaard zal gaan met veranderingen in de geldstroom. Thuiszorg vereist inspanning, organisatie en menskracht, waar een vergoeding tegenover moet staan. De eerstelijns disciplines die waarschijnlijk het meest met de thuiszorg te maken zullen hebben (huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden), zijn zich in dit opzicht dan ook aan het profileren. Financiële motieven, werkverschaffing en zeker ook macht spelen daarbij een rol. Naast inhoudelijke motieven zal de nieuwe uitdaging van de thuiszorg de strijd om 'wie is de baas' doen opleven.¹⁸

- Thuiszorg wordt aantrekkelijk voor de medisch specialisten. Motieven als geld, werkverschaffing en macht spelen mijns inziens ook een rol in dit grensge-

Dr. E. Schadé, huisarts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam

bied tussen eerste- en tweedelijns zorg. Dit laatste wordt nog verscherpt door het streven verpleeghuisbedden of ziekenhuisbedden voor terminale zorg aan huisartsen ter beschikking te stellen.¹⁹

• Vooral vanuit de politiek wordt gesteld dat een stimulering van de thuiszorg belangrijke kostenbesparing met zich mee kan brengen.²⁰ Dit is echter niet of nauwelijks onderbouwd, zeker zolang er nog geen geaccordeerd model voor thuiszorg is. Met de huidige menskracht in de eerste lijn is dit niet op te vangen. Er zal dan ook een uitbreiding in personele sfeer moeten komen. Het is dan ook beter te spreken van een verschuiving van de kosten dan van een besparing.

Huisartsgeneeskundig perspectief

Over de rol van de huisarts bij de patiënt met kanker bestaat geen consensus en elke huisarts kan dit afhankelijk van de lokale omstandigheden en de eigen interesse invullen.^{13-17 21-23} De afgelopen jaren heeft de psychosociale begeleiding de meeste nadruk gekregen. Kanker is echter een ziekte die bij een infauste prognose over het algemeen gepaard gaat met veel lichamelijke en vaak pijnlijke klachten. Psychosociale zorg wordt twijfelachtig wanneer deze klachten niet goed kunnen worden behandeld. Bij een toeneming van de thuiszorg zal de huisarts, als eerst verantwoordelijke voor de somatische zorg in de thuissituatie, zich hierin verder moeten bekwaamen. Een nauwe werkrelatie met de wijkverpleegkundige en de specialist is hiervoor noodzakelijk.^{16 17 23 24}

Vrijwel alle publikaties maken gewag van problemen in de samenwerking, zowel tussen huisarts en specialist als binnen de eerste lijn. De samenwerking tussen huisarts en specialist stelt hoge eisen aan de communicatie. Het contact tussen de perifere specialist en de oncoloog uit het academisch centrum is verbeterd door de consultantendiensten van de integrale kankercentra, waarbij internist-oncologen, radiotherapeuten en oncologisch chirurgen regelmatig in de perifere ziekenhuizen de oncologisch-therapeutische besprekingen bijwonen. De huisarts heeft in deze bespreking nog niet de plaats die hem rechtens toekomt.²⁵ In de praktijk worden deze oncologiebesprekingen zelden of nooit door huisartsen bezocht. Als redenen hiervoor worden ondermeer genoemd:

- praktische organisatorische problemen van plaats en tijd;
- de aard van de bespreking die zich

vooral richt op de specialistische therapie;

- de geringe aandacht voor de inbreng van de huisarts.^{25 26}

Ten aanzien van de zorg voor patiënten zijn er verschillen in taakopvatting tussen huisarts en specialist. De huisarts claimt integrale zorg te verlenen en ziet de specialist als een deskundige op een bepaald gebied. De specialist vult zijn opvattingen omtrent de taak van de huisarts in vanuit zijn eigen perspectief, net zoals de huisarts dat doet over de taakopvatting van de specialist. Dat deze lang niet altijd met elkaar overeenkomen, weet iedere arts uit eigen ervaring. Uit een goede taakopvatting volgt een goede taakafbakening. Nog te vaak wordt de zorg van de patiënt gebruikt om de taakafbakening scherp te stellen. Als het goed gaat met de patiënt, zal dat niet veel problemen opleveren; veel meer kans op moeilijkheden zijn er daarentegen bij de zorg voor de patiënt met een op korte termijn slechte prognose. Onjuiste beeldvorming en competentiestrijd kunnen hiervan het gevolg zijn.³ Helaas gaat de huisarts nog te

weinig naar het ziekenhuis en komt de specialist tegenwoordig niet meer bij de patiënt aan huis.

Tussen de hulpverleners van de eerste lijn is over het algemeen beter overleg. De taakopvattingen zijn duidelijker omschreven in vergelijking met die tussen huisarts en specialist. In de eerste lijn doen zich echter andere problemen voor, onder meer inzake de continuïteit. Continuïteit in de zorg is de laatste jaren vervangen door zorg voor de continuïteit. Patiënten en hun familie zullen dan ook worden geconfronteerd met verschillende hulpverleners, soms te weinig, soms te veel. Goede afspraken tussen de hulpverleners over de aard en intensiteit van de zorg zijn dan ook noodzakelijk. Dit alles vraagt om coördinatie.

Het beeld dat hulpverleners in de eerste lijn zelf hebben van de inhoud van hun zorgverlening blijkt niet altijd overeen te stemmen met het beeld dat hulpverleners van andere disciplines daarvan hebben.^{3, 16} Over het algemeen zijn de taken van de huisarts, wijkverpleegkundige en fysiotherapeut goed

Scenario's over kanker 1985 – 2000 – Samenvatting op hoofdpunten

Onder scenario wordt verstaan een beschrijving van een afgebakende situatie van een samenleving (of een gedeelte daarvan), van mogelijk en wenselijke toekomstige omstandigheden van die samenleving alsmede van reeksen van gebeurtenissen die van de huidige toestand naar die toekomst zouden kunnen leiden.¹

1 Het is aannemelijk, dat tussen 1985 en 2000 het aantal kankerpatiënten sterk zal toenemen. De toename van het aantal nieuwe gevallen wordt berekend op 1,5 procent per jaar, terwijl het aantal in leven zijnde patiënten zal toenemen met ruim 3 procent per jaar, dat wil zeggen van ongeveer 200.000 in 1985 tot ongeveer 300.000 in 2000. Het stijgende aantal oudere mensen en de langere overleving van patiënten zijn hiervoor verantwoordelijk.

2 De vraag naar diagnostiek en behandeling zal daardoor sterk stijgen. Behalve voor genezing, zal meer aandacht worden gevraagd voor behandeling die de kwaliteit van het leven verbetert.

3 Er is vóór 2000 wel verbetering van bestaande methoden van diagnostiek en behandeling te verwachten, maar geen echte doorbraak met grote consequenties voor de zorg.

4 Maatregelen ten behoeve van de preventie van kanker zullen in de bestu-

deerde periode nog geen groot effect hebben. Alleen enige preventie van door tabaksgebruik veroorzaakte kanker, nu verantwoordelijk voor 10.000 doden per jaar, zal door een krachtig antirook-beleid mogelijk zijn. De eerste resultaten hiervan kunnen binnen de 10 jaar worden bereikt.

5 Bevolkingsonderzoek wordt alleen voor borst- en baarmoederhalskanker zinvol geacht. De sterfte hieraan zal alleen bij een goed doorgevoerd onderzoek vóór 2000 enigszins dalen.

6 De behandelingsresultaten bij kankerpatiënten op jeugdige en middelbare leeftijd zullen verder verbeteren. Dit zal leiden tot genezing of overleving van tweederde van deze patiënten. De behandelingsmethoden worden verbeterd, waardoor de behandeling minder zwaar en schadelijk wordt.

7 Ongeveer de helft van alle kankerpatiënten zal niet genezen.

Voor deze meestal oudere patiënten zal voldoende ondersteunende zorg moeten komen, die grotendeels thuis zal worden gegeven.

8 Een grote inspanning van fundamenteel biologisch, epidemiologisch en klinisch toegepast onderzoek zal de mogelijkheden moeten scheppen om de zorg goed en betaalbaar te houden en de verdere toename van het aantal patiënten na 2000 te voorkomen.

van elkaar te onderscheiden, zeker wat betreft de medischsomatische zorg. Moeilijker wordt het bij de psychosociale zorg. De werkgebieden van de huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en pastor lopen daarbij zo door elkaar, dat daardoor gemakkelijk een competentiestrijd kan ontstaan.³

Voor goede thuiszorg blijft men afhankelijk van mantelzorg en vrijwilligerswerk met daarnaast 7 x 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van wijkverpleging en gezinsverzorging.⁸

Ontwikkelingsmodellen

Thans zijn er drie modellen voor de ontwikkeling van de thuiszorg:

- institutionele ontwikkeling;
- functionele ontwikkeling;
- ontwikkeling van 'verwevenheid'.

De eerste twee modellen worden besproken in het toekomstscenario, het derde komt als een verder uitgewerkte variant van de functionele ontwikkeling aan de orde in een notitie van het Nationaal Ziekenhuis Instituut.^{2 19}

• In het *institutionele ontwikkelingsmodel* streeft men ernaar om langs de weg van regionaal budgettair en institutioneel overleg afspraken tot stand te brengen over indicaties voor thuiszorg en overplaatsing van kankerpatiënten van ziekenhuis naar verpleeghuis, van huis naar verpleeghuis en omgekeerd. Deze ontwikkeling moet vooral op bestuursniveau tot stand komen, waarbij specialisten en huisartsen een adviserende rol hebben. Substitutie van zorg in termen van zorg op het laagste kostenniveau is een belangrijk uitgangspunt voor deze ontwikkeling. Op geleide van afspraken zullen aanpassingen van de personeelsformatie plaatsvinden met een regionale budgettering. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie staat dit model voor, waarbij zij een stapje verder gaan door de eerste lijn en het lokale of regionale ziekenhuis binnen hetzelfde budget te brengen.²⁷

• In het *functionele ontwikkelingsmodel* van de thuiszorg wordt de zorgverlening verbonden aan de resultaten van het onderzoek en behandeling. Behandelingsprotocollen en verzorgingsprotocollen moeten leiden tot afspraken tussen de medische en verpleegkundige zorgverleners, waar de patiënt zich op dat moment ook bevindt. Specifieke veranderingen in de behandelingsprotocollen zullen moeten worden vertaald in aanpassingen in de zorg naar het ziekenhuis, verpleeghuis of thuis. Het Nationaal Ziekenhuis Instituut heeft dit ver-

der uitgewerkt en spreekt van verwevenheid.¹⁹

• In het *verwevenheidsmodel* wordt de eerste lijn nogal vlot aan de kant geschoven. Bij de thuisbehandeling van chronische patiënten vindt de begeleiding plaats door gezinsleden en familie. De medische/verpleegkundige/technische zorg wordt verleend door zorgverleners van het ziekenhuis, waarbij de eerste lijn 'stand by' is. De coördinatie berust bij het ziekenhuis (behandelingsteam) en ook het management valt onder beheer van het ziekenhuis.¹⁹

Elk van deze ontwikkelingsmodellen heeft voor- en nadelen. Het eerste model kiest in de eerste plaats voor structurele aanpassingen en biedt daardoor de meeste garanties voor een eenvormig beleid voor het hele land. Het tweede model kiest voor de procesingang en geeft daardoor meer ruimte aan lokale en regionale verworvenheden en aanpassingen. Het laatste model heeft de strakste organisatie, maar territoriumdrift onder invloed van niet-medische motieven is hieraan volgens mij niet vreemd.

Beschouwing

De ontwikkelingen inzake de thuiszorg zijn in een stroomversnelling geraakt en de daarbij betrokken personen en instanties zijn op dit moment bezig hierin positie te kiezen.^{8-12 17} Zorgvuldigheid is nodig, daar een situatie wordt gecreëerd waar we de eerst komende jaren mee toe moeten.

Huisartsen vervullen vanouds taken in de thuiszorg van chronische patiënten, zeker bij de behandeling en begeleiding van de patiënt met kanker. Deze zorg beperkt zich niet tot de patiënt die thuis is, maar strekt zich ook uit naar de in het ziekenhuis opgenomen patiënt. Somatische zorg en psychosociale zorg voor de patiënt en de familie zijn met elkaar verweven en de tijdsbelasting wordt niet aangemerkt als een reële belemmering.^{3 13-15 21 22}

Enkele adviezen inzake het huisartsgeneeskundig aandeel in de discussie over thuiszorg:

• Over het algemeen hebben in de afgelopen periode veranderingen in de zorg met de daarbij behorende taakopvattingen geleid tot structurele veranderingen en niet andersom. Processen veranderen traag, maar structuren nog trager. Voor de thuiszorg pleit ik dan ook voor het functionele ontwikkelingsmodel, waarbij ik niet zozeer wil spreken

over thuiszorg, verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg, maar meer over zorg verleend door het ziekenhuisteam of door het thuissteam, waarbij het verpleeghuisteam op de grensgebieden van deze zorg een belangrijke taak heeft. Hierbij wordt de discussie wat meer geconcentreerd op het niveau van de zorg dan op het aandeel van de verschillende beroepsgroepen.²⁸

• Door de vergrijzing van de samenleving zullen wij rekening moeten houden met een toenemend aantal alleenstaande patiënten die thuiszorg behoeven. Uit het evaluatie-onderzoek van de Stichting Terminale Thuiszorg blijkt overigens dat ook bij alleenstaanden in 94 procent sprake was van enige vorm van mantelzorg.²¹ De kwaliteit hiervan laat echter te wensen over. Opvang, begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg moeten dan ook een belangrijke plaats krijgen in de ontwikkelingen van de thuiszorg.

• Tijdens het doorlopen van de verschillende fasen van het ziekteproces zijn er wisselingen in de rol van het thuiszorgteam en ziekenhuiszorgteam. Dit zijn cruciale momenten die nauw gezet dienen te worden bewaakt om te voorkomen dat de patiënt in een vacuüm terecht komt dan wel wordt blootgesteld aan overbehandeling. Tijdige en adequate informatie over en weer is hiervoor de beste garantie. Maar ook buiten die momenten van accentverschuivingen is goede communicatie onontbeerlijk.²⁸ Meer dan voorheen dient de patiënt te worden ingeschakeld als bewaker van deze communicatie.

• Het toenemend aantal hulpverleners, de meer complexe organisatiestructuur die meer dan voorheen *patient-centered* zal zijn, vereist zorgvuldige coördinatie. Door de hiërarchische organisatiestructuren zijn de wijkverpleging en de gezinszorg hierbij in het voordeel. De huisarts kent de patiënt en zijn relaties echter het langst en heeft ervaring met hun wijze van reageren in minder bedreigende situaties. Dit maakt mijns inziens de huisarts tot de meest geëigende coördinator. In ieder geval is het nodig hierover duidelijke afspraken te maken, vanzelfsprekend in overleg met de patiënt. Overigens is nog te weinig onderzoek verricht naar de rol van de patiënt of familieleden/relaties als werkelijke coördinator van de zorg.

• Deskundigheidsbevordering is noodzakelijk, vooral met betrekking tot de samenwerking en de somatische zorg.³ Analoot aan de specialistische consultantendiensten vanuit de integrale kankercentra kan een consultantenteam

voor de eerste lijn hierbij een rol spelen. Het instellen van een nieuw consultatieteam heeft mijns inziens meer kans van slagen dan het veranderen van de thans functionerende vorm en specialistische consultatie. Dit consultantenteam kan de eerste lijn werkers van advies dienen omtrent behandeling en begeleiding van een specifieke patiënt. Tevens heeft het een taak om in goed overleg met het lokaal of regionaal functionerende specialistenconsultententeam afspraken te maken over de methoden en uitvoering van de samenwerking tussen eerste lijn, tweede lijn en universitaire centra, vooral gericht op complementaire taakvervulling, en niet zo zeer op substitutie van zorg.

• Onderzoek is nodig inzake de complementariteit in zorg en daardoor omtrent de samenwerking tussen eerste, tweede en derde lijn. Deze zorg zal zorgvuldig gedocumenteerd moeten worden en niet alleen kwalitatief, maar ook kwantitatief worden onderbouwd. Dit laatste is ook nodig om zicht te krijgen op de kosten.³⁰ De methoden voor deze onderbouwing zijn er: episodigeoriënteerde verslaglegging, longitudinale persoonsgebonden verslaglegging voor de huisartsgeneeskunde, de clustering van diagnosen op basis van de geneeskundige behandeling en zorgbehoefte (diagnosis-related groups: DRG's) van het ziekenhuis zorgteam en registratie van de verpleegbehoefte buiten het ziekenhuis.³¹⁻³⁸

De ontwikkeling van thuiszorg en het streven naar complementaire zorg vormen een uitdaging. Dit is geen eenvoudig proces daar een groot aantal aspecten van de taakopvattingen en de taakuitvoeringen van de werkers binnen de gezondheidszorg hierbij ter discussie komen. Onder druk van de bezuinigingen heeft de politiek al oplossingen bedacht.²⁰⁻³⁹ Thans is het de beurt van de beroepsgroep, waarbij het voor alle betrokken partijen belangrijk is om enerzijds de belangenbehartiging en de verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de zorg goed van elkaar te scheiden, en anderzijds de wederzijdse beïnvloeding niet uit het oog te verliezen.

¹ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Structuur en opdracht. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.

² Cleton FJ, e.a. Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985 - 2000. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

³ Schadé E. Overleden patiënten. Een huisartsgeneeskundige analyse van doodsoor-

zaken en van problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten overleden aan kanker [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.

⁴ Keane WG, Gould JH, Millard PU. Death in practice. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 347-51.

⁵ Yancik R. Frame of reference: old age as the context for the prevention and treatment of cancer. In: Yancik R, ed. *Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly*. New York: Raven Press, 1983.

⁶ Nerenz DR, Love RR, Leventhal H, Easterling DV. Psychosocial consequences of cancer chemotherapy for elderly patiënt. *Health Serv Res* 1986; 20: 961-76.

⁷ Yancik R. Summary: prospects for cancer control in the elderly. In: Yancik R, ed. *Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly*. New York: Raven Press, 1983.

⁸ Anoniem. *Zorg op maat*. Driebergen: Centrale Raad voor Gezinsverzorging, 1987.

⁹ Anoniem. *De indicatiestelling in beweging*. Driebergen: Centrale raad voor Gezinsverzorging, 1987.

¹⁰ Wierda LF. Waar schort het aan in huidige hulpverlening? *Inzet* 1987; nr. 3: 25-6.

¹¹ Anoniem. *Werkprogramma van Atis* voor 1987. Bunnik: Atis, 1987.

¹² Anoniem. *De positie van de huisarts in de toekomst*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.

¹³ Cuisinier M, Van Eijk J, Jonker R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk. *Knelpunten in de zorg* (1). *Metamedica* 1984; 63: 388-97.

¹⁴ Cuisinier M, Van Eijk J, Jonker R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk: *Knelpunten in de zorg* (2). *Metamedica* 1984; 63: 404-15.

¹⁵ Roelfsema WJ. *Begeleiding van kankerpatiënten door de huisarts*. *Huisarts Wet* 1985; 28: 92-3.

¹⁶ Van Berkesteyn LGM, Van Bunningen BNF, Schulkes-van der Pol JA, e.a. *Kankerpatiënt naar huis*. Alphen a/d Rijn, Brussel: Stafleu, 1984.

¹⁷ Szabo BG, Ploeg E, Van der Brand ES, red. *Medische zorg voor de patiënt met kanker*. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.

¹⁸ Mulder M. *Omgaan met macht, over gedrag met en tegen elkaar*. 4e dr. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.

¹⁹ Anoniem. *Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg*. Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad, 1985.

²⁰ Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. *Bereidheid tot verandering*. 's-Gravenhage: Ministerie van WVC, 1987.

²¹ Van den Bosch W. *Kanker in vier huisartspraktijken*. *Huisarts Wet* 1985; 28: 356-61.

²² Massop JHA. *Terminale thuiszorg: 'een uitzonderlijk geval'*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 289-91.

²³ Cuisinier M, Dokter H, Van der Wouden JC. *De huisarts specialist relatie bij kankerpatiënten*. *Practitioner (Ned)* 1986; 3:

609-17.

²⁴ Klein-Poelhuis EH, Schadé E, Stenvers A, red. *Praktische thuiszorg voor de terminale kankerpatiënt*. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

²⁵ Bergsma J. *Huisarts en oncologische consultatie*. *Huisarts Wet* 1984; 27: 370-2.

²⁶ Visser APh, Menko FH. *Samenwerking tussen echelons bij de zorg voor patiënten met kanker. De visie van polikliniek medewerkers*. *Med Contact* 1987; 39: 1239-42.

²⁷ Anoniem. *Hospitals and health for all. Report of a WHO Expert Committee on the rate of hospitals at the first referral level*. Technical Report Series 744. Geneva: World Health Organization, 1987.

²⁸ Veenhof CHN. *De rol van de specialist*. In: *De behandeling en begeleiding van de patiënt met kanker*. Abstracts, PAOG-Amsterdam, 1987.

²⁹ Klein-Poelhuis EH. *Eindrappage evaluatie-onderzoek Terminale Thuiszorg Amsterdam*. Amsterdam: Stichting Terminale Thuiszorg Amsterdam, 1986.

³⁰ McCusker J, Stoddard AM. *Effects of an expanding home care program for the terminally ill*. *Med Care* 1987; 25: 373-85.

³¹ Lamberts H. *Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk: van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 292-6.

³² Van Weel C. *Alledaagse ziekten en een gezond verstand*. *Huisarts Wet* 1986; 29: 132-6.

³³ Fetter RB, Skin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JP. *Case mix definition by diagnosis related groups*. *Med Care* 1980; 18, 2(suppl): 1-53.

³⁴ Hornbrook MW. *Techniques for assessing hospital case mix*. *Annu Rev Public Health* 1985; 6: 295-324.

³⁵ Horn SD, Horn RA, Moses H. *Profiles of physician practice and patiënt severity of illness*. *Am J Public Health* 1986; 76: 532-5.

³⁶ Freis BF, Vooney LM. *Resource utilization groups. A patient classification system for longterm care*. *Med Care* 1985; 23: 110-32.

³⁷ Mowry MM, Korpman RA. *Do DRG reimbursement rates reflect nursing costs?* *J Nurs Adm* 1985; 15(7/8): 29-35.

³⁸ Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. *Use of social and health services by elderly people during the terminal 18 months of life*. *Scand J Soc Med* 1987; 15: 169-174.

³⁹ Anoniem. *Nota 2000*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

Nota bene

Therapie-ontrouw wordt in de regel opgevat als een eigenschap van de patiënt. Het kan evenwel ook beschouwd worden als een symptoom van gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt.

Stelling bij: Siero JH. *Voorlichting onderzoek in een aantal empirische studies* [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.