

Wat weten specialisten van het werk van huisartsen?

Een onderzoek in een middelgrote gemeente

H.M. JACOBS
R.A. DE MELKER
R.J. VAN DER HELL

In een middelgrote gemeente werd het inzicht van specialisten in het werk van huisartsen onderzocht door middel van een gestructureerde vragenlijst. Veel specialisten schatten de praktijkorganisatie en -outillage van de huisarts minder goed in dan zij in werkelijkheid zijn. Ook werd het zelf uitvoeren van lichamelijk onderzoek en diagnostische en kleine chirurgische verrichtingen onderschat. Daarentegen overschatten de specialisten het aantal patiënten bij wie de huisarts aanvullend onderzoek laat verrichten. Slechts vijf op de tien specialisten bleken een goed inzicht in het werk van de huisartsen te hebben.

Jacobs HM, De Melker RA, Van der Hell RJ. Wat weten specialisten van het werk van huisartsen? Een onderzoek in een middelgrote gemeente. Huisarts Wet 1990; 33(4): 152-6.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Drs. H.M. Jacobs, socioloog; Prof. dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde; R.J. van der Hell, huisarts.

Correspondentie: Drs. H.M. Jacobs.

Inleiding

Tussen huisartsen en specialisten bestaat weinig overeenstemming met betrekking tot de wederzijdse taakafbakening.^{1,2} Bovendien lopen de opvattingen van huisartsen hierover sterk uiteen. Zo wordt de functie-omschrijving van de LHV in de praktijk zeer verschillend ingevuld. Met name bij patiënten met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus, hypertensie en Cara, wordt dit verschil in taakopvatting duidelijk.³ De grote diversiteit in het gedrag van de huisartsen belemmert het inzicht in hun werk. Een goed inzicht in dit werk kan echter de samenwerking tussen huisarts en specialist in hoge mate bevorderen.⁴

In Tilburg bestaat al jaren een overkoepelende commissie voor na- en bijscholing van huisartsen en specialisten. Bij de organisatie van een gezamenlijke nascholingscursus kreeg deze commissie de indruk dat de meeste specialisten een slecht inzicht hadden in de werkzaamheden van de huisarts. Dit zou een belemmering kunnen vormen voor de verdere ontwikkeling van de onderlinge afstemming van de geneeskundige hulpverlening in de regio. Om deze indruk te toetsen, is een onderzoek uitgevoerd onder alle specialisten en huisartsen in de betreffende regio, met de volgende vraagstelling:

- Welke indruk hebben specialisten van het dagelijkse werk van huisartsen?
- Hoe goed is het inzicht van specialisten in het werk van de huisarts?

Methode

De dataverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst. De inhoud van deze vragenlijst was voor huisartsen en specialisten identiek, maar de redactie verschilde. De vragenlijsten werden na een introductie van de nascholingscommissie toegezonden aan alle 118 specialisten en 113 huisartsen uit de regio.

De werkzaamheden van de huisarts zijn geoperationaliseerd in acht hoofdaspecten en een aantal deelaspecten. Daarbij gaat het enerzijds om de *praktijkvoering*, anderzijds om de *inhoud* van de werkzaamheden. De betreffende aspecten zijn ontleend aan

een aantal recente studies over het werk van de huisarts.⁵⁻¹⁵

Alle antwoorden van specialisten die minder dan één standaarddeviatie afweken van het gemiddelde antwoord van de huisartsgroep, werden gescoord als 'veel inzicht'; antwoorden die meer dan twee standaarddeviaties van het gemiddelde antwoord in de huisartsgroep afweken, werden gescoord als 'geen inzicht'; aan de overige antwoorden werd de waarde 'weinig inzicht' toegekend. In de praktijk wil dit zeggen dat een antwoord van een specialist pas als 'geen inzicht' werd gescoord, als het (sterk) afweek van de mening van circa 95 procent van de huisartsen. Door deze berekeningswijze is de kans dat een specialist ten onrechte werd ingedeeld in de categorie 'geen inzicht' zo klein mogelijk gehouden.

Aan de hand van de inzichtscores van de afzonderlijke deelaspecten werd voor iedere specialist als volgt een totale inzichtscore berekend:

- veel inzicht: veel inzicht in meer dan 50 procent van de deelaspecten;
- weinig inzicht: weinig inzicht in meer dan 50 procent van de deelaspecten, maar geen inzicht in minder dan 50 procent van de deelaspecten;
- geen inzicht: geen inzicht in meer dan 50 procent van de deelaspecten.

De precieze berekening is beschreven in het oorspronkelijke onderzoeksrapport.¹⁶

Resultaten

De vragenlijsten werden beantwoord door 73 van de 113 huisartsen (64 procent) en 66 van de 118 specialisten (56 procent). Na een betrouwbaarheidsanalyse op consistentie van de antwoorden bleken twee vragenlijsten van huisartsen en drie vragenlijsten van specialisten onbruikbaar.

Specialist versus huisarts

Uit *tabel 1* blijkt dat de indruk van de specialisten over de organisatie van de praktijk van de huisartsen duidelijk verschilt van de door de huisartsen gegeven informatie. Zo overschatten de specialisten het aantal huisartsen met uitsluitend een vrij spreekuur en onderschatten zij het aantal praktijken met een doktersassistente.

Het beeld dat specialisten hebben van de

Tabel 1 Kenmerken van de praktijkorganisatie: percentage huisartsen dat voldoet aan een kenmerk volgens de opgaven van de huisartsen en de schattingen van de specialisten.

| Kenmerken | Huisartsen | Specialisten |
|--|------------|--------------|
| – alleen een afspraakspreekuur | 36 | 38 |
| – alleen een vrij spreekuur | 3 | 19 |
| – zowel vrij als afspraakspreekuur | 63 | 57 |
| – aparte onderzoekkamer | 89 | 80 |
| – echtgenoot/note als praktijkassistent(e) | 23 | 26 |
| – doktersassistent(e) | 89 | 70 |

Tabel 2 Medische verrichtingen: percentage huisartsen dat een verrichting toepast volgens de opgaven van de huisartsen en de schattingen van de specialisten.

| Verrichtingen | Huisartsen | Specialisten |
|---------------------------------------|------------|-----------------|
| – Hb-bepalingen | 95 | 57 |
| – urine-onderzoek: strip | 100 | 79 |
| – urine-onderzoek: sediment | 97 | 64 |
| – urine-onderzoek: s.g. | 59 | 57 ^a |
| – indirecte laryngoscopie | 40 | 29 |
| – maken/beoordelen ECG's | 21 | 27 |
| – plaatsen IUD's | 66 | 34 |
| – controleren IUD's | 100 | 42 |
| – gebruik mini-peak flow meter | 79 | 27 |
| – hechten wonden | 81 | 37 |
| – verwijderen atheroomcysten | 68 | 24 |
| – verwijderen corpora aliena uit ogen | 92 | 35 |
| – behandelen wratten | 89 | 50 |
| – bevallingen | 41 | 31 |

^a Dit gegeven heeft een lage meetbetrouwbaarheid aangezien een kwart van de specialisten deze vraag niet heeft beantwoord. Bij de overige vragen gaf slechts 5 procent of minder geen antwoord.

Tabel 3 Diagnostische en therapeutische verrichtingen: gemiddeld aantal patiënten per week bij wie de huisartsen diagnostische en therapeutische verrichtingen toepassen volgens de opgaven van de huisartsen en de schattingen van de specialisten.

| Verrichtingen | Huisartsen | Specialisten |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| – volledig lichamelijk onderzoek | 10 | 14 |
| – gericht lichamelijk onderzoek | 90 | 66 |
| – alleen anamnese afnemen | 17 | 43 |
| – laboratoriumonderzoek | 16 | 25 |
| – röntgenfoto's laten maken | 10 | 14 |
| – medicatie voorschrijven | 84 | 87 |
| – naar fysiotherapie verwijzen | 10 | 16 |
| – naar maatschappelijk werk verwijzen | 5 | 11 |
| – wijkverpleging inschakelen | 5 | 11 |

dagelijkse tijdsbesteding van de huisarts, stemt overeen met de opgave van de huisartsen, behoudens het feit dat specialisten schatten dat meer tijd wordt besteed aan visites.

De specialisten schatten het aantal contacten voor chronische problemen te hoog en het aantal contacten voor nieuwe problemen te laag. Ook het aantal spoedconsulten en -visites wordt te hoog geschat. Over aspecten zoals het aantal gepresenteerde klachten, het percentage acute problemen en het percentage verwijzingen bestaat een opvallende overeenkomst.

De incidentie van in de huisartspraktijk veel voorkomende ziekten wordt te laag geschat en die van ernstige ziekten, zoals angina pectoris, carcinoom en diabetes mellitus, te hoog.

Uit tabel 2 blijkt dat de specialisten het aantal verrichtingen dat door de huisartsen zelf wordt uitgevoerd, te laag schatten, behoudens het maken en beoordelen van ECG's.

Uit tabel 3 komt naar voren dat de specialisten in de veronderstelling verkeren dat een huisarts in het dagelijkse werk bij weinig patiënten lichamelijk onderzoek uitvoert, vaak een recept geeft en relatief vaak aanvullend onderzoek aanvraagt. Met name het gericht lichamelijk onderzoek door de huisarts wordt door de specialisten onderschat, terwijl de schattingen voor andere verrichtingen te hoog zijn, behalve die voor het voorschrijven van medicatie.

In het algemeen worden de verwijzpercentages voor de onderscheiden aandoeningen (op basis van incidentie patiënten) te hoog geschat (tabel 4). Een deelanalyse voor de relevante aandoeningen per specialisme, laat een zelfde beeld zien. De internisten schatten het percentage patiënten met diabetes mellitus op 33 procent, de psychiaters schatten het percentage verwijzingen wegens psychische aandoeningen op 14 procent, de orthopeden schatten het verwijzpercentage van aandoeningen van het bewegingsapparaat op 23 procent en de cardiologen schatten het verwijzpercentage voor angina pectoris zelfs hoger dan de overige specialisten. De specialisten maken wel een correcte schatting van het percentage actieve en passieve verwijzingen, zoals herhaal- en achteraf- verwijzingen.

Het telefonisch contact met huisartsen wordt door specialisten systematisch hoger geschat dan door huisartsen. Zowel huisartsen als specialisten zijn van mening dat het meeste overleg plaats vindt met internisten, chirurgen en KNO-artsen.

Inzicht specialisten

Tweederde van de specialisten heeft over het algemeen een goed inzicht in aspecten als de aan huisartsen aangeboden morbiditeit, de inhoudelijke tijdsbesteding, het type consulten en de belangrijkste redenen waarom een huisarts verwijst. Voor twee hoofdaspecten –organisatie van de praktijk en verrichtingen door de huisarts – verschilt het inzicht van de specialisten echter sterk van de werkelijkheid zoals die door de huisartsen wordt weergegeven (tabel 5). Ook voor de frequentie van het telefonisch overleg, alsmede voor een aantal deelaspecten betreffende de handelwijze van de huisarts bij een patiënt, zoals het uitsluitend afnemen van de anamnese en het verwijzen binnen de eerste lijn, wijkt het beeld bij de specialisten duidelijk af van de door huisartsen ervaren werkelijkheid.

Uit de totaalscores (tabel 6) blijkt dat 44 procent van de specialisten een globaal inzicht heeft in het totaal aan werkzaamheden en een goed inzicht in de diverse deelaspecten. Eveneens 44 procent heeft weinig inzicht in het totaal aan werkzaamheden, maar nog wel goed inzicht in een aantal deelaspecten. Tenslotte heeft 12 procent geen inzicht in het totaal van werkzaamheden, waarvan de helft nog wel een matig inzicht in een aantal deelaspecten heeft. Samengevat: 5 van de 10 specialisten heeft over essentiële onderdelen van het werk van de huisarts een onjuist beeld.

Beschouwing

Gezien de aard van het onderzoek was de respons goed te noemen. Een analyse van de non-respons was niet mogelijk, doordat het onderzoek onder volledige anonimiteit heeft plaatsgevonden.

De onderzoeksgegevens zijn schattingen van huisartsen en specialisten, zodat vertekening door informatiebias en sociaal-wenselijke antwoorden mogelijk is. Om ver-

Tabel 4 Verwijzingen: gemiddelde verwijspersentages bij dertien aandoeningen, volgens opgaven van de huisartsen en schattingen van de specialisten.

| Aandoening | Huisartsen | Specialisten |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| – bewegingsapparaat | 7 | 17 |
| – hartinfarct | 88 ^b | 88 ^b |
| – psychische stoornis | 14 | 24 |
| – diabetes mellitus | 21 | 33 |
| – bovenste luchtwegen | 8 | 16 |
| – angina pectoris | 41 | 46 |
| – maligne aandoeningen | 88 ^b | 84 ^c |
| – eczeem, dermatitis | 9 | 18 |
| – psoriasis | 21 | 25 |
| – hyperthyreoidie | 78 | 63 |
| – syndroom van Parkinson | 38 | 43 |
| – traumata, intoxicaties | 24 | 48 |
| – tractus urogenitalis | 9 | 22 |

^b Voor deze aandoeningen benadert het verwijsperscentage de 100 procent. Nagenoeg alle huisartsen en specialisten hebben bij deze vraag de hoogste antwoordcategorie aangekruist (76%-100%).

^c Bij deze aandoeningen scoorde 85 procent van de specialisten in de hoogste antwoordcategorie (76-100 procent).

schillende redenen is het echter aannemelijk dat de data voldoende valide zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

In de eerste plaats zien we bij vergelijking van de schattingen van de huisartsen met uitkomsten van ander empirisch onderzoek een grote overeenkomst met betrekking tot aspecten als morbiditeit,^{5,6} dagindeling,^{7,8} organisatie,^{8,9} opgegeven verrichtingen^{3,7,10} en percentages actieve en passieve verwijzingen.^{6,11} Voor andere aspecten, zoals het uitvoeren van lichamelijk onderzoek en het verwijsperscentage per ziektecategorie, zijn vergelijkingen niet goed mogelijk door de beperkte generaliseerbaarheid van bestaand onderzoek.

Vervolgens zijn er met betrekking tot een aantal aspecten wel verschillen met onderzoeksresultaten uit de zeventiger jaren, maar deze verschillen zijn in overeenstemming met de ontwikkelingen in de tachtiger jaren. Zo is het aantal visites sinds het onderzoek van Raup sterk gedaald,⁸ terwijl het aantal praktijkassistentes is gestegen.^{7,9} De uitkomsten van ons onderzoek wijzen op een verdere stijging.

Uit het onderzoek blijkt dat de specialisten veelal een globaal inzicht hadden in het dagelijks werk van de huisarts, maar de

outillage en de structuur in de organisatie onderschatten. Opvallend is dat ook de taakbreedte veelal werd onderschat: de huisartsen voerden aanzienlijk vaker zelf een diagnostisch of therapeutische ingreep uit dan door de specialisten werd gedacht. Ook het uitvoeren van lichamelijk onderzoek werd onderschat, terwijl voor het uitvoeren van aanvullend onderzoek juist het tegendeel gold. Deze gegevens lijken erop te wijzen dat specialisten een achterhaald beeld van een huisarts hebben.

Er was wel een goed inzicht in het verwijsgedrag, zoals het aantal verwezen patiënten en de belangrijkste verwijsoedenen. Het verwijsperscentage bij een aantal weinig voorkomende ziekten werd echter te laag ingeschat en dat bij een aantal veel voorkomende ziekten juist te hoog.

Aangezien de regio waar het onderzoek plaatsvond, geen speciale infrastructurele kenmerken bezit, lijken ons de beschreven resultaten min of meer representatief voor een middelgrote stad met één of twee ziekenhuizen. Wel kan het beeld iets in gunstige zin zijn vertekend door het feit dat de betrokken huisartsen en specialisten al jaren regelmatig gezamenlijk nascholing op het gebied van samenwerking organiseren.

Tabel 5 Inzicht in de verschillende aspecten: het aantal specialisten dat veel/weinig/geen inzicht heeft in de verschillende aspecten van het werk van de huisartsen.^d

| Aspecten | Veel | Weinig | Geen |
|--|------|--------|------|
| Praktijkvoering | | | |
| Organisatie van de praktijk | 5 | 46 | 8 |
| Tijdsbesteding | | | |
| – dagindeling | 43 | 15 | 2 |
| – inhoud van het werk | 54 | 3 | 3 |
| Inhoud | | | |
| Aard en omvang van de consulten | 46 | 10 | 2 |
| Aangeboden morbiditeit | | | |
| – frequent voorkomende aandoeningen | 48 | 7 | 3 |
| – weinig voorkomende aandoeningen | 47 | 9 | 7 |
| Verrichtingen en handelen | | | |
| – anamnese alleen | 29 | 8 | 24 |
| – lichamelijk onderzoek | 56 | 3 | 2 |
| – eigen laboratorium | 3 | 22 | 23 |
| – kleine chirurgie | 3 | 16 | 36 |
| – diversen | 1 | 49 | 7 |
| – aanvullend laboratoriumonderzoek | 49 | 5 | 9 |
| – verwijzen binnen de eerste lijn | 32 | 19 | 12 |
| – voorschrijven van medicatie | 44 | 14 | 2 |
| Aandoeningen waarbij de huisarts verwijst: | | | |
| – frequent voorkomende aandoeningen | 40 | 17 | 3 |
| – weinig voorkomende aandoeningen | 44 | 8 | 7 |
| Aard en de reden van de verwijzing | | | |
| – aard | 23 | 20 | 5 |
| – reden | 52 | 8 | 3 |
| Frequentie van telefonisch overleg | 22 | 25 | 16 |

^d Bij sommige hoofdaspecten is een aantal specialisten niet in te delen doordat zij een aantal vragen niet hebben ingevuld.

Tabel 6 Inzicht van de individuele specialisten in de totale werkzaamheden van de huisarts. Percentages (n = 111^c).

| | |
|--|----|
| Goed inzicht in de totale werkzaamheden (0-20) | 0 |
| Globaal inzicht in de totale werkwijze en goed inzicht in veel van de deelaspecten (21-40) | 44 |
| Weinig inzicht in de totale werkwijze maar goed inzicht in een aantal deelaspecten (41-60) | 44 |
| Geen inzicht op de totale werkwijze maar matig inzicht in enkele deelaspecten (61-80) | 5 |
| Absoluut geen inzicht in de werkzaamheden van de huisarts (> 80) | 7 |

^c Vier specialisten zijn in verband met een te groot aantal ontbrekende antwoorden niet ingedeeld.

Er bestaan verschillende verklaringen voor het gebrek aan inzicht bij specialisten in het werk van de huisartsen. Ten eerste hebben zij tot voor kort in hun artsenopleiding

nagenoeg geen onderwijs genoten in de huisartsgeneeskunde. Een tweede verklaring vormt het gegeven dat huisartsen en specialisten hun dagelijkse werkzaamhe-

den nagenoeg volledig buiten elkaars gezichtsveld verrichten. Ten derde vormt het feit dat huisartsen uiteenlopende taakin-vullingen hebben, een belemmering voor een goed inzicht in het werk van de huisarts. Specialisten worden ook met grote verschillen in (kwaliteit van) verwijsgedrag geconfronteerd.¹⁷ Niet alleen lopen aantal en aard van de verwijzingen sterk uiteen, maar tevens bestaan er verschillen betreffende de communicatie, zoals de vraagstellingen,¹⁸ de bereikbaarheid, en het verstreken van medische voorinformatie.

In de literatuur wordt het belang van samenwerking tussen huisarts en specialist bepleit.¹⁹⁻²⁰ Samenwerking veronderstelt onder meer goede communicatie en goed inzicht in elkaars werkwijze.²¹ Slechts bij 44 procent van de aan dit onderzoek deelnemende specialisten kan van een goed inzicht worden gesproken.

Verskillende ontwikkelingen zullen het inzicht van specialisten in het werk van de huisarts in de toekomst kunnen verhogen. Aan alle medische faculteiten zijn inmiddels stages en co-assistentenschappen huisartsgeneeskunde ingevoerd. Een andere verbetering is de ontwikkeling van standaarden en protocollen in de huisartsgeneeskunde.²²⁻²⁵ Tevens is het maken van werkafspraken, zoals in Maastricht bij het diagnostisch centrum gebeurt, van belang.²⁶ Ook het feit dat huisartsen en specialisten in toenemende mate gezamenlijke bijeenkomsten en cursussen organiseren en elkaar onderling in de praktijk observeren, kan een aantal belemmeringen wegnemen.

In de gezondheidszorg van de toekomst zullen zeker een aantal verschuivingen optreden.²⁷ Het streven naar een efficiëntere en effectievere gezondheidszorg zal ertoe bijdragen dat huisarts en specialist tot concrete werkafspraken komen. In de toekomst zal samenwerken misschien zelfs min of meer worden afgedwongen door ontwikkelingen als kwaliteitsbewaking en toetsing.

Ook een betere structurering van de eerste lijn door middel van waarneemgroepen en het invoeren van financiële prikkels, bijvoorbeeld in de vorm van een gemengd honoreringssysteem, kan een betere afstemming van de hulpverlening stimuleren. Het denken in echelons lijkt hierbij tot het

verleden te zullen gaan behoren. Enerzijds zal de huisarts een eenduidiger gestalte moeten krijgen door meer overeenstemming over de taakinvullingen binnen de beroepsgroep, anderzijds zullen ook huisartsen en specialisten meer de overeenstemming en complementariteit moeten gaan benadrukken.²⁸

Literatuur

- ¹ Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWMM. De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisartsen en specialisten. In: Van Es JC, red. Het medisch jaar 1985. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985: 50-8.
- ² Van der Voort H. Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist. *Huisarts Wet* 1975; 18: 420-5.
- ³ Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ⁴ Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten F. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over de relatie tussen samenwerking en kwaliteit van de hulpverlening. *Med Contact* 1983; 38: 1599-1601.
- ⁵ Anoniem. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1983. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- ⁶ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁷ Boots JJM. Het werk van de huisarts. Resultaten van een functie-analyse in 93 huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- ⁸ Raupp JLM. Over werkwijzen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1971.
- ⁹ Van Zutphen WM. De taken van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- ¹⁰ Van der Voort H. Enkele vaardigheden van de huisarts. Wat moet, kan en wil hij doen en wat niet? *Huisarts Wet* 1980; 23: 218-22.
- ¹¹ Kuyvenhoven MM, Van Hemert MM, Thiecke AH. Contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk. Een exploratie van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1985; 28: 49-52.
- ¹² Smit PTh. Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1976.
- ¹³ Tielens VCL, Mokkink H, Mesker P. Het medisch diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1985; 28: 44-8.
- ¹⁴ Van der Velden K. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een nationale studie. *Med Cont* 1986; 19: 603-6.
- ¹⁵ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk, een terreinverkenning. Utrecht: Bunge, 1983.
- ¹⁶ Jacobs HM, Weerts JMP, Van der Hell RJ, Tims-Polderman CAJ. De werkzaamheden van de huisartsen in en om Tilburg: een inventarisatie bij specialisten en huisartsen. *UHInform* 7. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1987.
- ¹⁷ Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialisten. *Huisarts Wet* 1986; 29: 365-8.
- ¹⁸ Bremer GJ. Een onderzoek van verwijzbrieven. *Huisarts Wet* 1989; 32: 100-1.
- ¹⁹ Jacobs HM, De Melker RA. Samenwerking tussen huisarts en specialist in relatie tot de kwaliteit van de hulpverlening. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1983.
- ²⁰ Bol FA. Territoriaal gedrag in het grensgebied tussen huisarts en specialist. *Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu*, 1988.
- ²¹ Brand AC. Samenwerken, vraagstuk, waagstuk. *Metamedica* 1972; 51: 234.
- ²² Meijman FJ. Louter drukinkt en papier [Ten geleide]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 2.
- ²³ Tielens VCL. Standaarden: het gezicht van de huisartsen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 3.
- ²⁴ Rutten GEHM, Cromme PVM, Zuidweg J, Mulder DZN JD. Huisarts en diabetes type II. Een verantwoording voor de NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1989; 32: 7-13.
- ²⁵ Anoniem. Diabetes Mellitus Type II [Standaard M01]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 509-12.
- ²⁶ Beusmans GHMI. Huisarts en diagnostisch centrum. Toepassing van werkafspraken door huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- ²⁷ Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1987.
- ²⁸ Lamberts H. Huisarts en specialist: complementair of substitutie. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1987; 65: 828-32. ■

Abstract

Jacobs HM, De Melker RA, Van der Hell RJ. What do specialists know about the work of general practitioners? A study in a medium-size municipality. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 152-6.

The insight of specialists into the work of general practitioners was investigated in a medium-size municipality (Tilburg) by means of a structured questionnaire. Many specialists underestimate the organisation and equipment of the general practitioner. The extent to which the general practitioner carries out physical examinations and diagnostic and minor surgical procedures was also underestimated. On the other hand, specialists overestimated the number of patients for whom general practitioners order additional investigations. Only five out of ten specialists appear to have a good idea of the work of general practitioners.

Key words Family practice; Medical specialists.
Correspondence H.M. Jacobs, Department of General Practice, University of Utrecht, 6 Bijlhouwerstraat, 3511 ZC Utrecht, The Netherlands.

Abstract

Van der Meer K, Smith RJA. Stroke patients in general practice. A study in 1% of the Dutch population. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 141-4.

In 1986 and 1987 all new stroke patients were registered by doctors of the monitoring stations of the Dutch Sentinel Practice Network. Two-thirds of the 273 reported patients were older than 70. The total incidence was 4 per 1000 and for the over 80 group, 20 per 1000. The affliction was equally divided between males and females. Seventy-two percent of the patients were admitted to hospital in the first week after the occurrence of the stroke; the very elderly were more often kept at home. The distribution of patients over different places of residence was almost identical after 8 weeks and after one year: nearly half the patients were (still) at home. Ten percent were in an old peoples home and 10% in a nursing home. Mortality among stroke patients was high. Sixteen percent died in the first week, half of these in the first two days. After 8 weeks, 26% of all stroke patients had died and after a year, one third. A relapse stroke occurred in 20% of the patients within one year. A quarter of the patients were greatly in need of care after one year.

Key words Family practice; Stroke.
Correspondence K. van der Meer, Department of General Practice, University of Groningen, 4 Antonius Deusinglaan, 9713 AW Groningen, The Netherlands.