

Contacten tussen huisarts en patiënt in verband met een ziekenhuisopname

T.J.J.M.T. KERSTEN
D. VAN KREVELD
J. VAN DER ZEE

Hoe vaak hebben huisartsen contact met hun patiënten in verband met een ziekenhuisopname, en welke factoren beïnvloeden deze contacten? De gegevens voor dit onderzoek zijn geregistreerd in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met 68 procent van de opgenomen patiënten (n=7815) had de huisarts één of meer keren contact. Belangrijk zijn met name het ziekenhuisbezoek door de huisarts (bij 22 procent van de opgenomen patiënten) en de visites thuis na het ontslag (bij 30 procent van de ontslagen patiënten). Bij een afstand van het ziekenhuis van ≥ 15 kilometer legden de huisartsen aanzienlijk minder ziekenhuisbezoeken af. Als er daarentegen een ziekenhuis binnen de gemeente was, legden zij minder vaak visites na het ontslag af. Van Noord- naar Zuid-Nederland werd een afnemende geneigdheid gevonden om dergelijke visites af te leggen. De verzekeringsvorm van de patiënten bleek niet van invloed op de mate waarin de huisartsen patiënten in het ziekenhuis of thuis na het ontslag bezochten.

Kersten TJJMT, Van Kreveld D, Van der Zee J. Contacten tussen huisarts en patiënt in verband met een ziekenhuisopname. *Huisarts Wet* 1992(3); 35: 109-12.

Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht, momenteel verbonden aan het Project Samenwerking 1e-2e lijn van het VU-ziekenhuis te Amsterdam; Prof. dr. D. van Kreveld, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht; Prof. Dr. J. van der Zee, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht.

Correspondentie: Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Project Samenwerking 1e-2e lijn VU-ziekenhuis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam; telefoon: 020-5483300.

Inleiding

In het Basistakenpakket wordt belang gehecht aan een adequate begeleiding door de huisarts van de patiënt in het ziekenhuis.¹ Het is de vraag wat deze begeleiding in de praktijk inhoudt. Daarbij kunnen drie fasen worden onderscheiden. Tijdens de eerste fase, als de beslissing om de patiënt op te nemen valt, zal de huisarts de patiënt zo nodig helpen zich voor te bereiden op deze ingrijpende gebeurtenis.² In een aantal gevallen zal hij de noodzaak tot opname zelf signaleren. Tijdens de tweede fase, het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, biedt het ziekenhuisbezoek een mogelijkheid om de continuïteit van zorg te bewaken.¹ Bij de derde fase, de terugkeer van de patiënt naar huis, zal de huisarts in een aantal gevallen nazorg verlenen.

De onderzoeksvragen van deze studie luiden:

- In welke mate vinden contacten plaats tussen huisarts en patiënt in de verschillende fasen van een ziekenhuisopname?
- Welke kenmerken van huisartsen en opgenomen patiënten zijn van invloed op de frequentie waarmee huisartsen het initiatief nemen tot contacten met de patiënt in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{3,4} In het kader van dit onderzoek hebben de 161 deelnemende huisartsen ook hun contacten met patiënten in verband met een ziekenhuisopname geregistreerd.

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van twee bronnen. De eerste bron is een schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen, waarmee gegevens zijn verzameld over de huisartskenmerken. De gegevens over de opgenomen patiënten en over de contacten tussen huisarts en patiënt zijn verkregen via de registratie die in de praktijken is uitgevoerd.⁵ De huisarts noteerde per opgenomen patiënt, of contact met de patiënt (en/of mantelzorg) had plaatsgevonden, en wie de initiatiefnemer van deze

contacten was. Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum in de veldwerkperiode lag en de ontslagdatum niet langer dan een maand ná de veldwerkperiode viel, zijn in het onderzoek betrokken. Door deze eindgrens ontbreekt 3 procent van het totaal aantal geregistreerde opnamen.

Het onderzoeksbestand heeft betrekking op 7815 ziekenhuisopnamen – 93 procent van het aantal dat men zou verwachten op basis van het aantal bij de huisartsen ingeschreven patiënten en de voor Nederland geldende gemiddelde opnamekans van 10 procent.

Analyseschema

De effecten van de verklarende variabelen zijn getoetst door middel van covariantie-analyse. Als eerste stap zijn de effecten van kenmerken van de opgenomen patiënten en hun opname-omstandigheden (het 'patiënt-niveau') vastgesteld. Dat is gebeurd op basis van het totale bestand van 7815 ziekenhuisopnamen. Speciale aandacht is daarbij gegeven aan de aard van de aandoening in relatie tot het plaatsvinden van door de huisarts geïnitieerde contacten met patiënten over de opname. Daartoe zijn deze contacten gespecificeerd voor een aantal ziekte-categorieën. Deze categorieën zijn gevormd door etiologisch verwante aandoeningen uit de anatomisch georiënteerde hoofdstukken van de ICPC⁶ met elkaar te combineren. Er is een selectie gemaakt van zonder veel problemen te classificeren aandoeningen die kwantitatief gezien substantiële categorieën vullen.

Als tweede stap is het effect van kenmerken van huisartsen bestudeerd (het 'huisarts-niveau'). De mate waarin de huisarts contact had met zijn patiënten, is uitgedrukt in 'contactfrequenties': percentages op basis van het totaal aantal opgenomen patiënten van de betreffende huisarts in de totale registratieperiode van drie maanden. Een contactfrequentie heeft betrekking op het percentage patiënten met wie een bepaald type contact (bijvoorbeeld ziekenhuisbezoek, of visite thuis na ontslag) minstens eenmaal heeft plaatsgevonden.

Contactfrequenties zijn alleen berekend voor huisartsen met 20 of meer opgenomen patiënten. Nagegaan is of de 29 huisartsen die zo buiten de analyses zijn gehouden,

verschillen van de 132 wél in in de analyse betrokken huisartsen. Dat bleek voor slechts enkele, voor de hand liggende variabelen het geval: huisartsen met minder dan 20 opnamen hadden significant kleinere praktijken en besteedden significant minder uren per week aan patiëntgerichte activiteiten.

Resultaten

Frequentie contacten

Contacten tussen huisarts en patiënt/mantelzorg kwamen het frequentst voor bij ontslag en nazorg (tabel 1); bij 51 procent van de patiënten was er dan contact. Visites thuis vormden daarbij de belangrijkste categorie; zij vonden plaats bij 30 procent van de patiënten, in 26 procent van de gevallen op initiatief van de huisarts.

Over de gehele linie blijkt dat het initiatief tot het contact vaker uitging van de huisarts dan van de patiënt/mantelzorg (respectievelijk 41 en 27 procent). Alleen de contacten in de fase van de opnamebeslissing werden vaker op initiatief van de patiënt genomen (16 procent tegen 10 procent op initiatief van de huisarts).

Van de opgenomen patiënten werd 22 procent in het ziekenhuis bezocht door de huisarts.

Voor de verdere analyse zijn de contacten van fase 2 beperkt tot het ziekenhuisbezoek en die van fase 3 tot de visites thuis, beide op initiatief van de huisarts.

Effecten van de patiënt-kenmerken

Verklarende variabelen die blijkens significante Pearson-correlaties ($p < .05$) bivaariaat bleken samen te hangen met de te verklaren variabelen, zijn betrokken in de covariantie-analyse om zo hun onafhankelijke effecten vast te stellen (tabel 2). Blijkens de hoeveelheid verklaarde variantie kan het ziekenhuisbezoek nog het beste worden verklaard ($R^2 = 13$ procent). Per type contact worden de volgende verbanden gevonden:

- Bij contact in fase 1 is de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' nagenoeg de enige relevante factor. Met name is van belang dat de huisarts initiatiefnemer was van de opname: was dit het geval, dan was er contact in

Tabel 1 Percentage opnamen waarbij contact plaatsvond tussen huisarts en patiënt (en/of mantelzorg). $N = 7815$ opnamen.

Fasen	Initiatief huisarts	Initiatief patiënt en/of mantelzorg	Totaal
1 Beslissing tot opname	10	16	26
2 Verblijf in het ziekenhuis	26	6	32
– ziekenhuisbezoek	22	–	22
3 Ontslag/nazorg	32	19	51
– spreekuur	1	9	10
– visite	26	4	30
Contact in enigerlei fase*	41	27	68

Waar nodig zijn de percentages gewogen voor de verschillen in samenstelling tussen de steekproef en de Nederlandse populatie huisartsen.

* Deze rij bestaat dus niet uit totalen van de bovenstaande kolommen.

Tabel 2 Covariantie-analyse voor het effect van patiëntkenmerken op het plaatsvinden van contact op initiatief van de huisarts in verband met de ziekenhuisopname ($N = 7815$).

Verklarende variabelen	N	β /gem.	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Medische noodzaak					
– mate waarin de aandoening levensbedreigend is	5628	β	–	.05	.12
– mate waarin de aandoening invaliderend is	5628	β	–	–	–.12
– mate waarin de aandoening psychosociaal is	5628	β	–	–.06	–.12
– ligduur	5628	β	.04	.24	.12
– spoedopname	2223	gem.	–	25%	36%
– geen spoedopname	3405	gem.	–	21%	29%
Relatie huisarts-patiënt in het algemeen					
Betrokkenheid huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden					
– huisarts is initiatiefnemer van de opname	1602	gem.	20%	29%	–
– huisarts is geen initiatiefnemer	4026	gem.	6%	21%	–
– patiënt is vóór opname onder poliklinische behandeling	3431	gem.	11%	–	31%
– patiënt is vóór opname niet onder poliklinische behandeling	2197	gem.	8%	–	34%
– algemeen ziekenhuis	4903	gem.	10%	25%	–
– geen algemeen ziekenhuis	725	gem.	13%	9%	–
Persoonskenmerken van de patiënt					
– leeftijd	5628	β	–	.12	.06
Totaal verklaarde variantie (R^2)			4%	13%	5%

Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiënt contacten weergegeven en bij covariaten zijn de β 's vermeld. De β is een maat voor de samenhang tussen een verklarende variabele (d.w.z. covariaat) en een te verklaren variabele, die is gecorrigeerd voor de effecten van de andere verklarende variabelen. Een β van .05 is als volgt te interpreteren: bij een toename van de mate van levensbedreigendheid met 100% stijgt de kans op een ziekenhuisbezoek door de huisarts met 5%.

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen.

20 procent van de gevallen; zo niet dan in 6 procent van de gevallen.

- Ziekenhuisbezoek blijkt in de eerste plaats afhankelijk van de 'medische noodzaak': bij een langere ligduur, bij opnamen met een spoedkarakter, en bij meer levensbedreigende aandoeningen neemt de kans op ziekenhuisbezoek door de huisarts toe. Verder speelt vooral de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' een rol: in algemene ziekenhuizen werd 25 procent van de patiënten bezocht en in academische 9 procent; in de gevallen waarin de huisarts initiatiefne-

mer was, bezocht hij 29 procent van de patiënten, zo niet dan 21 procent. Van de 'persoonkenmerken van de patiënt' speelde tenslotte de leeftijd een rol: oudere mensen werden vaker bezocht.

- De visite thuis bleek in hoofdzaak afhankelijk van de 'medische noodzaak': er werden vaker thuisvisites afgelegd na spoedopnamen, als de patiënt langer in het ziekenhuis had gelegen, en bij meer levensbedreigende aandoeningen. Bij de 'betrokkenheid ten gevolge van praktische omstandigheden' is te zien dat vaker thuisvisites werden afgelegd bij patiënten die vóór de

opname onder poliklinische behandeling waren.

De bestudeerde typen contact blijken geen van alle te worden beïnvloed door de 'relatie tussen huisarts en patiënt in het algemeen' (het aantal jaren dat de patiënt bij de huisarts is ingeschreven, of de patiënt al dan niet alleenstaand is, en of de patiënt particulier dan wel bij een ziekenfonds is verzekerd). Geslacht en opleiding van de patiënt bleken geen rol te spelen.

Aard van de aandoening

Tabel 3 geeft inzicht in de frequentie van de huisarts-patiënt contacten in relatie tot een aantal ziektecategorieën. Bij de contacten op initiatief van de huisarts in fase 1 zijn er per ziektecategorie geen grote afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde voor alle ziekenhuisopnamen (maximaal 3 procent). Ziekenhuisbezoek door de huisarts kwam vooral vaker dan gemiddeld voor bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (35 procent) en bij maligne nieuwvormingen (29 procent). Bij de visite thuis na het ontslag worden de uitersten gevormd door de maligne nieuwvormingen (45 procent) en de traumata (18 procent).

Efecten van huisarts-kenmerken

De huisartsen bleken onderling sterk te verschillen in de mate waarin zij contact zochten met patiënten in verband met hun ziekenhuisopname.⁵ Van de 132 huisartsen bleek 19 procent (na weging voor steekproefafwijkingen) niet of nauwelijks ziekenhuisbezoeken af te leggen (contactfrequenties tot maximaal 5 procent). De overige 81 procent legde in sterk wisselende mate ziekenhuisbezoeken af (tot een maximum contactfrequentie van 75 procent). De verschillen tussen de huisartsen in de mate waarin zij visites aflegden na ontslag van de patiënt zijn nog groter.

In fase 1 is geen van de bestudeerde verklarende variabelen significant van invloed op het contact op initiatief van de huisarts (tabel 4). Voor de fasen 2 en 3 zijn echter wel enkele effecten gevonden:

- Bij ziekenhuisbezoek door de huisarts ($R^2=30$ procent) blijkt de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een belangrijke remmende factor; met name bij afstanden van 15 kilometer of meer.

Tabel 3 Opnamen waarbij contact op initiatief van de huisarts plaatsvond. Percentages per fase per ziektecategorie.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (ischemische hartziekten, CVA, e.d.)	13	35	36
Infecties	12	25	21
Maligne nieuwvormingen	13	29	45
Pijn	10	22	25
Traumata	7	19	18
Benigne nieuwvormingen	10	19	25

Tabel 4 Covariantie-analyse voor het effect van huisartskenmerken op het plaatsvinden van contact op initiatief van de huisarts in verband met de ziekenhuisopname ($N = 132$).*

Verklarende variabelen	N	gem.	fase 2	fase 3
Werkdruk				
<i>(Bezwarende) praktische omstandigheden</i>				
– ziekenhuis in de gemeente van vestiging	49	gem.	29%	28%
– afstand 1-15 km	44	gem.	26%	41%
– afstand ≥ 15 km	30	gem.	10%	43%
– regio Noord (Gr., Fr., Dr.)	33	gem.	–	47%
– regio Zuid (N-Br., L.)	45	gem.	–	29%
– regio Midden (overige prov.)	45	gem.	–	35%
Mate van actieve opstelling in het beroep				
Houding ten aanzien van aansluiting van zorg in eerste- en tweedelij				
Wijze van omgaan met (klachten) van patiënten				
Persoonkenmerken van de huisarts				
Totaal verklaarde variantie (R^2)			30%	39%

Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiënt-contact weergegeven.

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen enigszins per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen. Voor 123 huisartsen is er een complete dataset.

• Bij de visite thuis door de huisarts ($R^2=39$ procent) spelen alleen 'praktische omstandigheden' een rol. Het gaat dan om de afstand tussen de praktijk en het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de regio van het land waar de praktijk gevestigd is. Wat betreft de afstand worden in de gevallen waarin er een ziekenhuis in de gemeente van vestiging is, minder thuisvisites afgelegd (28 procent) dan als er een ziekenhuis op kleinere of grotere afstand van de gemeente is (respectievelijk 41 en 43 procent). Dit verband is tegengesteld aan het verband bij het ziekenhuisbezoek. De meeste thuisvisites werden afgelegd in Groningen, Friesland en Drenthe (47 procent van de ontslagen patiënten), de provincies in midden-Nederland bevinden zich in een middenpositie (35 procent), en in Noord-Brabant en Limburg werden de minste thuisvisites afgelegd (29 procent).

Geen invloed

Van een groot aantal bestudeerde verklarende variabelen blijkt *geen* invloed uit te gaan op welke van de te verklaren variabelen dan ook:

- alle geoperationaliseerde aspecten van de 'werkdruk': de tevredenheid van de huisarts met de tijdsverdeling tussen werk en privé, het totaal aantal aan patiëntgerichte activiteiten bestede uren per week, de praktijkgrootte, het aantal opgenomen patiënten met wie de huisarts te maken heeft gedurende de registratieperiode, en het verwijscijfer;
- enkele aspecten van de '(bezwarende) praktische omstandigheden': mate van spreiding van patiënten over verschillende ziekenhuizen, praktijkvorm, en urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging;
- een aantal aspecten van de 'mate van actieve opstelling in het beroep': aantal uren per jaar besteed aan nascholing, aantal uren per jaar besteed aan het lezen van vaktijdschriften, aantal gelezen vaktijdschriften, het al dan niet deelnemen aan regulier overleg met specialisten, 'taakopvatting ten aanzien van het uitvoeren van behandelingen op het grensvlak van eerste- en tweedelijns', en de positieve gevoelens over het beroep huisarts;

- enkele aspecten van de houding ten aanzien van de aansluiting van zorg tussen eerste- en tweedelijns: de afweging die de huisarts maakt ten aanzien van de 'sociale kosten en baten' en de 'materiële kosten' van het uitvoeren van 'continuïteits-invloed', de 'algemene taakopvatting' (en de 'algemene taakuitoefening');
- beide bestudeerde aspecten van de wijze van omgaan met (klachten van) de patiënt: de mate waarin de huisarts geneigd is om risico's te nemen, en de geneigdheid tot 'democratisch optreden' (het delen van verantwoordelijkheid met de patiënt);
- alle bestudeerde 'persoonskenmerken van de huisarts': leeftijd, geslacht, jaar van vestiging.

Beschouwing

In alle drie de onderscheiden fasen van de ziekenhuisopname waren er in substantiële mate contacten tussen huisarts en patiënt/mantelzorg. Dat het percentage contacten in de fase van de nazorg het hoogst was, sluit aan bij het gegeven dat de huisarts bij thuiskomst van de patiënt weer de eerst verantwoordelijke zorgverlener is. De huisarts lijkt deze verantwoordelijkheid ook te voelen, blijkens het feit dat hij in het grootste deel van de gevallen zelf het initiatief neemt tot het contact.

De contacten in de fase van de opnamebeslissing vonden vaker op initiatief van de patiënt dan op initiatief van de huisarts plaats. Dit lijkt logisch, omdat de huisarts dergelijke contacten alleen kan aangaan, als hijzelf het initiatief neemt om de patiënt in het ziekenhuis op te nemen (dit blijkt in de analyses ook de belangrijkste verklarende factor), of als hij op de hoogte is van de beslissing van de specialist om de patiënt op te nemen.

Bij het ziekenhuisbezoek door de huisarts speelt vooral het praktische bezwaar van een grotere afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een rol. Bij een afstand van 15 kilometer of meer legden de huisartsen ruim de helft minder bezoeken af. Omdat ook grotere afstanden tegenwoordig betrekkelijk makkelijk zijn te overbruggen, speelt deze variabele wellicht ook in psychologische zin een rol: men voelt een

grotere distantie tot hetgeen in het ziekenhuis gebeurt.

De afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis bleek eveneens van invloed op de mate waarin huisartsen thuisvisites aflegden aan ontslagen patiënten. Was er een ziekenhuis in de gemeente, dan legden de huisartsen heel wat minder visites af. Mogelijk echter zullen deze huisartsen hun patiënten al vaker in het ziekenhuis hebben opgezocht. Toch kan dit niet helemaal de verklaring zijn, omdat bij een afstand van 1-15 kilometer nauwelijks minder ziekenhuisbezoeken plaatsvonden, terwijl het aantal thuisvisites wel aanzienlijk hoger lag. Een andere mogelijkheid is dat huisartsen met een ziekenhuis in de eigen gemeente er meer op vertrouwen dat eventuele complicaties na ontslag worden gesignaleerd door het ziekenhuis.

Opvallend is dat de neiging van huisartsen om thuisvisites af te leggen, van het Noorden naar het Zuiden geringer werd. De achtergronden van deze uitkomst zijn even intrigerend als onduidelijk.

Tot slot bleek de verzekeringsvorm van de patiënt niet van invloed op de mate waarin de huisartsen contacten hadden met patiënten in verband met een ziekenhuisopname; de wijze van betaling speelt blijkbaar geen rol bij dergelijke contacten.

Literatuur

- ¹ Anoniem. Het basistakenpakket van de huisarts. Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ² De Melker RA. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. Huisarts Wet 1971; 14: 418-22.
- ³ Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ⁴ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-60.
- ⁵ Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweede lijn. Utrecht: Nivel, 1991.
- ⁶ Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: University Press, 1987. ■

Abstract on page 126.

Literatuur

Vragen 1-2

Raymakers JA, Kreutzer HJH, red. Interpretatie van uitkomsten van laboratoriumonderzoek in de geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985: 161.

Vragen 3-4

Devrieze PP. Facialisverlamming. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 723.

Vragen 5-7

NHG-standaard Otitis Media Acuta. Huisarts en Wetenschap, 1990: 242-5.

Vragen 8-9

Kwast WAM, Carlee AW. Mondheelkunde voor de arts en tandarts. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1987.

Vraag 10

Lekkas C. Last van het kunstgebit. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 560.

Vragen 11-12

Katan MB, Van Dusseldorp M. Vitamine D-gehalte van voedingsmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 428-30.

Vraag 13

Van de Lisdonk EH, et al. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 83.

Vraag 14

Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1987: 77.

Vraag 15

Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht, 1981: 280. Medische Tuchtwet, art. 5.

Vraag 16-17

Leenen HJJ. Rechten van mensen in gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1978.

Arts of huisarts?

Mijn affiniteit met de huisartsgeneeskunde dateert uit 1965 toen ik mij als vijfdejaars student abonneerde op *Huisarts en Wetenschap*. Vier jaar later ging ik zelfstandig praktiseren en liet ik via een bord op het praktijkpand weten dat ik 'huisarts' was met een 'spreekuur volgens afspraak'. In de middelgrote stad waar ik werkte, waren die begrippen onder huisartsen toen nog geheel ongebruikelijk, maar ik was al vroeg van mening dat een 'huisarts' iets anders is dan een 'arts'. Inmiddels is die mening ruimschoots ingehaald doordat je als huisarts aan erkenningsvoorwaarden dient te voldoen als je je vak wilt uitoefenen, en door de bestaande beroepsopleiding die binnen een paar jaar drienjarig zal zijn.

Een arts is in mijn ogen iemand die met goed gevolg het artsexamen heeft afgelegd en zich verder niet heeft gespecialiseerd, een basisarts dus. Daarom treft het mij als ik zie dat huisartsen nog worden voorzien van de tituluur 'arts', zeker als dat gebeurt in gezelschappen waar men zich sterk maakt voor de huisartsgeneeskunde. In het 'Ten geleide' van januari 1992 verwelkomt de voorzitter van de redactiecommissie twee nieuwe leden en noemt ze huisarts. Wat vermeldt het colofon daar vlak naast als tituluur voor hen en de andere leden van de redactiecommissie? Wel, daar is men óf 'Prof. dr.' óf 'arts', het laatste trouwens pas sinds het maartnummer van 1990. Hopelijk dringt het verschil tussen arts en huisarts anno 1992 overal door, ook in het colofon van H&W. Het mag een detail lijken, maar ook details verdienen de aandacht, want zij spelen mee in de algehele beeldvorming.

Jacques van Thiel, huisarts
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Naschrift

Zoals algemeen gebruikelijk worden in het colofon van *Huisarts en Wetenschap* geen functieomschrijvingen vermeld, maar academische titels. Het spreekt voor zich dat men in andere situaties eerder melding zal maken van beroep of opleiding. In *Huisarts en Wetenschap* gebeurt dat bijvoorbeeld in de toelichtende voetnoot bij artikelen.

Vrouwengeneeskunde

In de overigens uitstekende recensie van het proefschrift van Toine Lagro-Janssen (*Huisarts Wet* 1991; 34(13): 611) komt mijns inziens een essentieel aspect van haar studie niet naar voren, namelijk dat het geschreven is vanuit een vrou-

wengeneeskundig perspectief. In haar inleiding noemt de schrijfster dit als een van haar twee belangrijkste drijfveren. Tot nu toe zijn helaas weinig vrouwelijke huisartsen – hoezeer ze de vrouwengezondheidszorg ook een warm hart toedragen – erin geslaagd hun ideeën en ervaringen wetenschappelijk te onderbouwen. Dit proefschrift is een prachtig voorbeeld van degelijk huisartsgeneeskundig onderzoek met een vrouwengeneeskundige doelstelling. De schrijfster geeft de huisarts een instrument in handen om vrouwen te leren zelf haar incontinentie onder controle te krijgen. De vrouwengeneeskunde kan trots op haar zijn.

Bij alle complimenten die de recensent Toine Lagro toedeelt, vind ik dat dit niet mag ontbreken.

Hetty Wemekamp

Abstract

Kersten TJJMT, Van Kreveland D, Van der Zee J. Contacts between general practitioner and patient in connection with a hospital stay. *Huisarts Wet* 1992; 35(3): 109-12.

How often do general practitioners contact their patients when the latter are admitted to hospital? What factors influence these contacts? The data for this study were recorded in connection with the National Study of morbidity and interventions in general practice. Of 7815 patients admitted, 68% were in touch with their general practitioner once or more often. The general practitioners visited 22% of patients admitted and 30% of patients at home after discharge from hospital. If the hospital was 15 or more kilometers away from their practice, general practitioners made considerably fewer visits. When the hospital was located within the municipality, the general practitioners made fewer visits after discharge. The inclination to make hospital visits was less in general practices further to the South of the Netherlands. The type of health insurance of the patients was of no influence on the extent of hospital visits.

Key words Family practice; Hospitals; Physician-patient relations.

Correspondence Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Free University, PO Box 7057, 1007 MB Amsterdam, the Netherlands.

Antwoorden van pag 125.

1 juist; 2 juist; 3 juist; 4 juist; 5 juist; 6 juist; 7 onjuist; 8 juist; 9 juist; 10 juist; 11 juist; 12 juist; 13 onjuist; 14 juist; 15 onjuist; 16 juist; 17 onjuist.