

Huisarts en kinderarts: solo of duet?

Samenwerking bij de zorg voor kinderen die lange tijd onder kindergeneeskundige controle zijn

L.W.A. VAN SUIJLEKOM-SMIT
E. CRONE-KRAAIJEVELD
J.C. VAN DER WOUDEN
ET AL.

Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E, Van der Wouden JC, Visser HKA, Dokter HJ. Huisarts en kinderarts, solo of duet? Samenwerking bij de zorg voor kinderen die lange tijd onder kindergeneeskundige controle zijn. Huisarts Wet 1995; 38(11):539-43.

Samenvatting Deze beschouwing heeft betrekking op een onderzoek naar de zorgverlening bij kinderen die lange tijd onder controle van de kinderarts zijn. Deze zorgverlening bleek zelden te worden gecoördineerd, en huisarts en kinderarts waren zich vaak niet bewust van elkaars betrokkenheid. De onderlinge taakafbakening werd als onduidelijk ervaren. Als experiment werden gedurende een jaar overzichten van polikliniekbezoek aan de huisartsen gezonden en werd hen de mogelijkheid geboden patiënten te bespreken met een consultant-kinderarts. Deze interventies leken bij te dragen aan de zorgverlening voor de besproken patiënten, maar een effect op de zorgverlening voor de totale groep patiënten kon niet worden vastgesteld.

Afdeling Kindergeneeskunde, Erasmus Universiteit en Academisch Ziekenhuis/Sophia Kinderziekenhuis, Dr. Molewaterplein 60, 3015 GJ Rotterdam.
Dr. L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts, Prof.dr. H.K.A. Visser, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde.
Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam.
Dr. E. Crone-Kraaijeveld, huisarts; Dr. J.C. van der Wouden, socioloog; Prof.dr. H.J. Dokter, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: Dr. L.W.A. van Suijlekom-Smit.

Inleiding

De afgelopen jaren heeft de interactie tussen huisarts en specialist ten tijde van en kort na de verwijzing veel aandacht gekregen. Veel minder is bekend over de samenhang tussen eerste- en tweedelijnszorg bij patiënten die langer onder behandeling van de specialist blijven, terwijl mede door verschuiving van klinische naar poliklinische zorgverlening door specialisten steeds meer ambulante patiënten worden begeleid die ook de huisarts consulteren.

Door de afdelingen Huisartsgeneeskunde en Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam wordt sinds 1988 onderzoek verricht naar de samenwerking tussen huisarts en kinderarts.¹ Dit onderzoek werd uitgevoerd in Krimpen aan den IJssel, een forensengemeente met vijf huisartspraktijken, die alle gevestigd zijn in één gezondheidscentrum. De betreffende huisartsen verwezen voor kindergeneeskunde vrijwel zonder uitzondering naar het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam, zodat daar een overzicht verkregen kon worden van de kindergeneeskundige zorg die aan de 5600 kinderen van 0-14 jaar werd verleend. De zorg in de neonatale periode werd nagegaan in de dossiers van de huisartsen, omdat deze veelal gegeven wordt in het ziekenhuis waar de moeder bevallen is. Door de langdurige stabiele verwijzrelatie en de gekozen methodologie was het mogelijk ook de zorgverlening bij kinderen die al langere tijd onder controle van de kinderarts waren te onderzoeken.

In dit artikel bespreken wij om welke kinderen het gaat, en welke knelpunten huisartsen en kinderartsen ervaren bij de afstemming van de zorg voor deze kinderen. De uitkomsten leidden tot het opzetten van een tweetal experimenten, die eveneens besproken worden. Ook geven wij aanbevelingen voor verdere samenwerkingsexperimenten en aandachtspunten voor de dagelijkse praktijk.

Inventarisatie

Bij de aanvang van het onderzoek werd een analyse gemaakt van de werkzaamhe-

den van huisarts en kinderarts, de invloed van de huisarts op het patiëntenaanbod bij de kinderarts, de frequentie en de aard van de problematiek waarvoor kinderen langdurig door de kinderarts worden begeleid, en de problemen bij de afstemming van de zorg voor deze groep patiënten. De inventarisatie werd verricht door middel van een consultregistratie bij huisarts en kinderarts, en een analyse van verwijzpatronen naar de polikliniek en tijdens de neonatale fase. Verder werd de huisartsen gevraagd hun oordeel te geven over de zorg voor een aantal kinderen die al langer onder controle van de kinderarts waren. Hiervoor werden kinderen geselecteerd die meer dan tweemaal voor het betreffende probleem op de polikliniek kwamen ('langer bekend'), omdat in principe bij het tweede consult door de kinderarts wordt besloten of er een reden voor verdere vervolgccontroles bestaat. De kinderartsen beantwoordden – deels identieke – vragen over de afstemming van de zorg in het kader van de consultregistratie.

Het inventariserend onderzoek duurde zes maanden. In deze periode werd 2,7 procent van de Krimpense kinderen van 0-14 jaar een- of meermalen gezien door de kinderarts. Van de pasgeborenen werd 17 procent door een kinderarts gezien, in vrijwel alle gevallen op verwijzing van de gynaecoloog (de helft hiervan alleen routinematig). De meesten van deze kinderen behoeften geen langdurige kindergeneeskundige zorg. Van de kinderen die met een nieuw probleem op de polikliniek kwamen, was 71 procent verwezen door de huisarts en 13 procent door een andere hulpverlener; 16 procent kwam zonder verwijzing. Ruim de helft van deze kinderen werd na een korte poliklinische begeleiding terugverwezen.

In totaal 92 kinderen waren 'langer bekend'. De helft van hen was al langer dan één jaar onder behandeling, en de meesten zouden dat naar de mening van de kinderarts nog geruime tijd blijven. Problemen van de luchtwegen en problemen in de categorie voeding, groei, vroege of late puberteit en diabetes mellitus kwamen veruit het meest voor in deze groep (*tabel 1*). In vergelijking met de groep die met

een nieuw probleem naar de polikliniek was verwezen (22 procent <1 jaar, 55 procent <5 jaar), waren schoolkinderen en adolescenten oververtegenwoordigd; 9 procent was zelfs ouder dan 15 jaar.

Van een derde van de langer bekende patiënten wist de huisarts niet dat het kind nog onder behandeling was (tabel 2). Dit waren vooral kinderen die al langer dan een jaar op de polikliniek kwamen, en die nog geruime tijd begeleid zouden worden. Uit het onderzoek bleek verder dat de gemiddelde contactfrequentie van deze groep bij de huisarts aanzienlijk hoger was dan de contactfrequentie van de totale Krimpense populatie van 0-14 jaar (1,3 versus 0,6 per 4 maanden – $p < 0,01$), en dat 21 procent van deze contacten betrekking had op problemen die samenhangen met de problematiek waarvoor het kind bij de kinderarts onder controle was. Uit de enquête bleek eveneens dat de huisarts deze kinderen en hun gezinnen frequent ziet. Opvallend is dat hij niet de routine heeft de specialist hiervan op de hoogte te brengen. Dit heeft zijn pendant in de antwoorden van de kinderartsen over de informatie van de huisarts ten tijde van de poliklinische follow-up: voor een derde van de patiënten werd hierover geen mening gegeven, waarschijnlijk omdat de kinderarts geen bericht verwacht.

De kinderartsen vonden de onderlinge taakafbakening veel vaker duidelijk dan de huisartsen (bij respectievelijk 87 en 56 procent van de kinderen). Bij de kinderen die langer bij de kinderarts onder behandeling waren, was het verschil nog groter (figuur).

Met betrekking tot de kwaliteit van de berichtgeving van de specialist stemden huisartsen en kinderartsen globaal overeen: bij 60 procent van de patiënten werd die als 'goed' beoordeeld; op patiëntniveau was er echter een aanzienlijke discrepantie.

Knelpunten

Het werk van de kinderarts kenmerkt zich door veel acute verwijzingen en kortdurende interventies;² slechts een klein deel van de kinderen die met een nieuw pro-

bleem bij hem komen, blijft langer onder controle, maar dan ook vaak voor vele jaren. In de meeste gevallen is het de huisarts die deze patiënten verwijst.

Aan de afstemming van de zorgverlening voor deze kinderen mankeert het nodige. Huisarts en kinderarts zijn zich vaak niet bewust van elkaars betrokkenheid. De specialist denkt alle zorg alleen te regelen, ziet daarom geen problemen bij de taakafbakening en verwacht geen informatie. De

huisarts geeft aan dat hij de taakafbakening onduidelijk vindt, maar laat na de specialist na de verwijzing te informeren over zijn bemoeienis met de patiënt en zoekt ook geen contact over onderlinge afstemming van de werkzaamheden.

Hier lijken aangrijpingspunten voor interventies te liggen. Het slagen van dergelijke interventies staat of valt echter met de motivatie van de deelnemers. Vaak is ontevredenheid over de bestaande situatie

Tabel 1 Langer bekende patiënten (n=92)

Diagnosen per ICPC-hoofdstuk (afgeronde percentages)	Leeftijdsverdeling (cumulatief percentage)		
A Algemeen en niet gespecificeerd	8	0 jaar	8
B Bloed en bloedvormende organen	5	1	22
D Tractus digestivus	7	2	26
F Oog	0	3	34
H Oor	0	4	36
K Tractus circulatorius	8	5	40
L Bewegingsapparaat	2	6	47
N Zenuwstelsel	0	7	50
P Psychische stoornissen	1	8	53
R Tractus respiratorius	41	9	59
S Huid	0	10	67
T Endocrien, metabool en voeding	23	11	76
U Urinewegen	3	12	83
X Vrouwelijk genitaal	1	13	88
Y Mannelijk genitaal	0	14	91
Z Sociale problemen	0	15 jaar en ouder	100

Tabel 2 Resultaten enquête huisartsen betreffende langer bekende patiënten (n=92)

	Ja	Nee	Onbekend
Wist u dat het kind nog onder specialistische behandeling was?	66	23	3
Is uw initiële vraag beantwoord?	62	11	19
Is er overleg geweest met betrekking tot:			
– noodzaak specialistische follow-up?	6	80	6
– beleid bij acute situaties?	5	76	11
– mogelijkheid eerstelijnscontroles?	3	76	13
Heeft u het afgelopen jaar contact gehad met:			
– het kind	63	24	5
– het gezin	77	6	9
Indien u contact heeft gehad met het kind, heeft u de specialist op de hoogte gebracht?	7	80*	5

* 24 keer volgens huisartsen niet van toepassing.

een drijfveer, en een belangrijke rol hierbij spelen ruilmotieven en onderlinge afhankelijkheid.^{3,4}

Hiervan was in de beschreven situatie echter geen sprake. Er bestond al jarenlang

een solide verwijzrelatie en men was tevreden over de geleverde zorg en de onderlinge contacten; met name waren de huisartsen van mening dat de patiënten in het algemeen niet te lang onder specialis-

tische behandeling bleven. Ook was er weinig wederzijdse afhankelijkheid: de huisartsen hadden de mogelijkheid om naar andere kinderartsen te verwijzen en de kinderartsen hadden geen zorg over de kwantitatieve patiëntenstroom.

Tegen die achtergrond zijn de bevindingen in de inventarisatiefase opvallend, met name met betrekking tot de onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming van werkzaamheden. Kennelijk is er een discrepantie tussen de gepercipieerde interactie en de objectieve metingen.

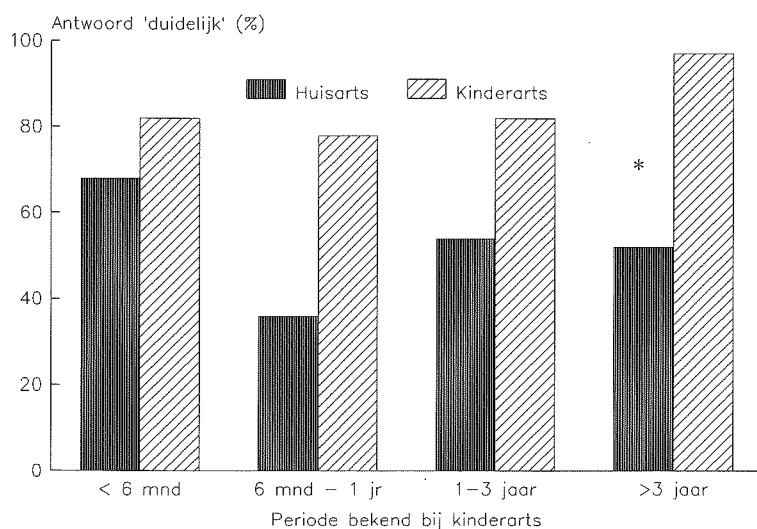
Experimenten

Na uitvoerig overleg met de betrokken huisartsen en kinderartsen werd besloten tot een tweetal experimenten. De keuze werd enerzijds bepaald door het feit dat de huisartsen bij een aanzienlijk deel van de patiënten aangaven niet meer te weten dat de patiënt onder specialistische behandeling was (tabel 2) en anderzijds door de mogelijkheid binnen dit project een kinderarts als consulent te laten functioneren binnen de eerste lijn. Gedurende een jaar ontvingen alle huisartsen driemaal een overzicht waarop per maand vermeld stond welke patiënten de polikliniek hadden bezocht; tevens werd enkele malen de mogelijkheid geboden patiënten in de eigen praktijk te bespreken met een consulent-kinderarts.

Het effect van deze interventies werd nagegaan door middel van de formulieren waarmee patiënten aangemeld werden voor de bespreking, observaties van de besprekingen, dossieronderzoek in de huisartspraktijken en een hernieuwde consultregistratie op de poliklinieken kindergeneeskunde. Verder werd aan de huisartsen en de kinderartsen gevraagd wat zij van de samenwerking vonden.

De meeste huisartsen gaven aan dat zij in eerste instantie verbaasd waren geweest over het grote aantal patiënten op de maandoverzichten, maar dat zij van de meeste patiënten wel wisten dat zij nog poliklinisch gecontroleerd werden en om welke reden dat gebeurde. De lijsten stimuleerden de huisartsen niet tot overleg met de behandelend kinderartsen buiten

Figuur Antwoorden op de vraag of de taakafbakening duidelijk is



* $p < 0,01$ (t-toets).

Tabel 3 Reden voor aanmelding en inhoud van de consultbesprekingen betreffende 65 patiënten

Reden voor aanmelding	
- verduidelijking beleid kinderarts	29
- verduidelijking ziektebeeld en prognose	15
- psychosociale problemen	11
- veel acute situaties waarbij de huisarts geroepen wordt	7
- ergernis over ...	5
- wens (deel van) de zorg over te nemen	3
- niet-gecoördineerde zorgverlening	1
- andere redenen	11
Inhoud	
- verduidelijking ziektebeeld ten behoeve van patiënt	31
- uitleg ziektebeeld of beleid in het algemeen	11
- toelichting actuele stand van zaken met betrekking tot de patiënt	10
- toelichting wie betrokken is bij de behandeling of contactadvies	12
- opheldering onduidelijkheid reden specialistische bemoeienis	12
- huisarts geeft aanvullende informatie over het gezin	12
- bespreking actie tot coördinatie of overdracht van zorg	15
- advies over beleid betreffende patiënt in de huisartspraktijk	4
- niet besproken door ontbreken gegevens	1

de consultbesprekingen om; ze werden eigenlijk alleen gebruikt om patiënten te selecteren voor deze besprekingen. Vooral omdat het nalopen van deze lijsten veel tijd vroeg en weinig rendement opleverde, gaven de huisartsen na afloop aan geen prijs te stellen op voortzetting van het experiment.

In alle vijf praktijken werd driemaal een bespreking georganiseerd. Het totaal aantal aanmeldingen voor de besprekingen bedroeg 65 en varieerde per praktijk van 4 tot 29 patiënten; enkele patiënten werden verschillende malen aangemeld. Motief van aanmelding bleek vaak de wens iets te horen over relatief zeldzame aandoeningen en nadere uitleg over het beleid van de kinderarts (tabel 3).

Het is natuurlijk van groot belang voor de huisarts om de patiënt en het gezin goed geïnformeerd tegemoet te kunnen treden en kennelijk voegt een bespreking dan iets toe aan de informatie in de brieven. Ergeris bleek zelden een motief voor aanmelding, maar coördinatie van de zorgverlening kwam wel frequent aan de orde. Ook bleek de huisarts regelmatig aanvullende informatie over het kind of gezin kwijt te willen; klaarblijkelijk is de drempel bij een bespreking lager dan wanneer dit zwart op wit gezet moet worden. Voor terugkoppeling van het besprokene naar de diverse behandelend kinderartsen werd zorggedragen door de consultant-kinderarts.

Patiënten met luchtwegaandoeningen werden zelden geselecteerd voor de besprekingen; kennelijk ervaren de huisartsen de behandeling van deze patiënten niet als problematisch. Dat is opvallend, omdat juist deze patiënten relatief vaak een beroep op de huisarts doen bij intercurrente problemen, zoals acute exacerbaties. In die gevallen dreigt ongecoördineerde zorgverlening, zeker bij het ontbreken van informatie-uitwisseling.

De consultbesprekingen werden door de meeste huisartsen gewaardeerd en als nuttig beschouwd, en zij lijken ook bij te dragen aan de coördinatie van de zorgverlening voor de besproken patiënten. Een effect van de interventie op de behandeling van de niet besproken patiënten kon echter niet worden aangetoond.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Vanuit de resultaten van de ons uitgevoerde experimenten zijn conclusies te trekken voor vervolgonderzoek.

De overzichten van polikliniekbezoek bleken weinig effectief, zij waren hulpmiddel om patiënten te selecteren voor de besprekingen, maar verder inspireerden zij de huisartsen niet tot andere acties. Mogelijk was de koppeling aan de mogelijkheid van besprekingen in de praktijk een belemmering en bleven daardoor andere effecten uit. Gezien de grote waarde die huisartsen hechten aan de opname- en ontslagberichten die door veel ziekenhuizen worden verzonden, en het feit dat zij hieraan wél acties koppelen,⁵ zou het misschien zinvol zijn het effect van dergelijke overzichten nogmaals te onderzoeken, maar dan los van de mogelijkheid van consultbesprekingen.

Toekomstige experimenten die verbetering van de complementariteit of substitutie van zorg beogen, zouden zich met name moeten richten op aandoeningen waarmee relatief veel kinderen langdurig onder controle van de kinderarts blijven, zoals astma, recidiverende infecties en voedingsproblemen, omdat deze kinderen ook frequent door de huisarts worden gezien. Naar onze mening moet juist de huisarts een centrale rol hebben bij de begeleiding van kinderen met luchtwegproblemen, hierbij geadviseerd en geassisteerd door de algemeen kinderarts en zo nodig de kinderpulmonoloog. De consensus die beide beroepsverenigingen hebben, kan als uitgangspunt dienen voor goede werkafspraken.^{6,7}

Andere ziektebeelden waarbij frequent over substitutie en complementariteit van de zorg wordt gesproken – zoals reuma, kanker en diabetes mellitus – zijn bij kinderen zo zeldzaam, dat de kinderarts of subspecialist hierbij toch de primaire behandelaar blijft. Dit ontslaat de kinderarts natuurlijk niet van de verplichting de huisarts goed op de hoogte te houden, terwijl de huisarts moet overwegen welke informatie betreffende kind en gezin voor de specialist van belang is.

Aandachtspunten voor de praktijk

Goede samenwerking begint met goede communicatie ten tijde van de verwijzing. De huisarts moet aangeven wat hij van de specialist verwacht. Een ruime formulering komt de duidelijkheid niet altijd ten goede, evenmin als een wat cryptische formulering in de verwijfsbrief als deze ook door de patiënt en/of de ouders gelezen kan worden. Van de specialist mag verwacht worden dat hij zorgvuldig vastlegt – zowel voor de huisarts als voor de ouders van de patiënt – waarom een kind onder behandeling blijft, en voor welke aspecten van de zorg dat wenselijk is. De kinderarts heeft door de generalistische aard van het specialisme de neiging zijn zorg uit te breiden naar andere problemen die door de ouders naar voren worden gebracht, maar hij moet zich realiseren of en in hoeverre dit werkelijk specialistische zorg rechtvaardigt dan wel het werkterrein van de huisarts betreft.

Huisarts en kinderarts moeten zich realiseren dat er een reëel risico bestaat dat de informatie-uitwisseling bij patiënten die langdurig onder specialistische behandeling blijven, te wensen overlaat c.q. te vaak achterwege blijft. De afstemming van zorg voor deze groep is van essentieel belang. Om hierin verandering te brengen dient de specialist gedurende de periode dat de patiënt poliklinisch wordt gecontroleerd de huisarts geregeld te berichten. Voor deze berichtgeving zou de specialist zelf een bepaalde frequentie als minimumrichtlijn dienen aan te houden, maar bij tussentijdse problemen of wijzigingen in het beleid moet de huisarts zo snel mogelijk bericht krijgen. Voor de huisarts betekent dit eveneens dat hij de specialist op de hoogte moet brengen, niet alleen van relevante intercurrente somatische problemen, maar ook van eventuele psychosociale factoren die de specialistische behandeling kunnen beïnvloeden. Gezien het feit dat vis-à-vis sommige aspecten makkelijker aan de orde kwamen, lijkt het ook waarschijnlijk dat in een telefoongesprek sommige nuances beter tot hun recht komen dan in een brief. Het is dan ook jam-

mer dat telefonisch overleg tussen huisarts en specialist bij vrijwel alle patiënten beperkt blijft tot het regelen van een (spoed)verwijzing. Hoewel het gesprek hier niet door vervangen kan worden, zal elektronische berichtgeving in de toekomst een belangrijke rol gaan spelen bij het overbrengen van essentiële informatie. Daarvan moet dan wel een selectief gebruik gemaakt worden: het alleen overzien van dossiers is niet effectief.

Ten slotte is de les van dit onderzoek, dat ook in situaties waarin men tevreden is over de samenwerkingsrelatie, een kritische beschouwing aan het licht brengt dat er nog wel het een en ander mankeert aan de onderlinge afstemming van zorg, en dat er mogelijkheden tot verbetering zijn.

Literatuur

- 1 Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E. Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
- 2 Van Gool JD, De Groot R. 'Disutility' in de werkbelasting van de kinderarts. *Med Contact* 1991; 46: 331-3.
- 3 De Greve WB, Vrakking WJ. Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Enkele verklaringen. *Med Contact* 1982; 37: 823-4.
- 4 Van Haaften KL, Schuringa-Boer WJ. Analyse van vijf samenwerkingssituaties. In: De Greve WB, red. Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983: 7-35.
- 5 Branger PJ, Van Wouden JC, Schudel BR, et al. Electronic communication between providers of primary and secondary care. *BMJ* 1992; 305: 1068-70.
- 6 Van der Laag J, Van Aalderen WMC, Duijverman EJ, et al. Astma bij kinderen; consensus van kinderlongartsen over lange termijn behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 2316-23.
- 7 Dirksen WJ, Geyer RMM, De Haan M, et al. NHG-Standaard Astma bij Kinderen. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993: 55-68.

Abstract

Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E, Van der Wouden JC, Visser HKA, Dokter HJ. Cooperation between general practitioner and pediatrician regarding children under pediatric surveillance. *Huisarts Wet* 1995; 38(11): 534-7.

The cooperation between general practitioner and pediatrician regarding children under pediatric surveillance was analysed. GPs and pediatricians did not agree on task delimitation and coordination of care. They were not aware of each others involvement. As an experiment the GPs received during one year outlines of their patients' visits at the outpatient clinic and got the opportunity to discuss the management with the pediatric consultant. The exchange of information proved to be useful for the patients discussed, whether the interventions were effective for the whole group of patients could not be determined. Future research should focus especially on disorders for which comparatively many children remain under pediatric surveillance for a long time and for which also the GPs are consulted frequently. As for the GP's and pediatrician's daily practice attention should be paid to the exchange of relevant information regarding the care both provide for the same patient.

Key words Children; Cooperation; Family practice; Pediatrics.

Correspondence Dr. L.W.A. van Suijlekom-Smit, Department of Pediatrics, Erasmus Universiteit en Academisch Ziekenhuis/Sophia Kinderziekenhuis, Dr. Molewaterplein 60, 3015 GJ Rotterdam, The Netherlands.

Abstract

Kapteyn TS, Hackenitz E, Wijkkel D. The influence of prescription procedure and counselling on the use of hearing aids. *Huisarts Wet* 1995; 38(11): 535-8.

A number of international and national publications report that hearing aids are sometimes hardly used. In this article the results are reported of a study to increase the effective use of hearing aids. The first intervention was pointed to a more effective exchange of information between the general practitioner (GP) and

ENT-specialist. This was done by the introduction of a structured referral paper. Besides that a simple hearing aid was placed at the GP's disposal for demonstration to the patient. As a second independent intervention 50 per cent of the patients was visited at home by a trained volunteer. A measure for effective use that combines the effectiveness and actual use is developed. After the first intervention the non effective use of hearing aids decreased from 38 per cent to 30 per cent, this is just not significant

($p=.12$). Especially the programmed approach of the GP in combination with the demonstration hearing aid proved to be useful. Patients with a counselling visit at home had a significant lower level of non-effective use (27 versus 37 per cent; $p<0,05$).

Key words Family practice; Hearing aids.

Correspondence Dr. T.S. Kapteyn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, The Netherlands.