

De invloed van de huisarts in de tweede lijn

Wat vinden huisartsen en specialisten (neurologen) ervan?

Sinds de conferentie in Woudschoten (1959) streven huisartsen naar continue zorg. Dit impliceert dat huisartsen een eigen verantwoordelijkheid voor de bij hen ingeschreven patiënten behouden, als andere deskundigen – in het bijzonder medisch specialisten – worden ingeschakeld bij de behandeling van de patiënt.^{1,2} Deze verantwoordelijkheid van huisartsen impliceert het volgen en eventueel beïnvloeden van de tweedelijnsbehandeling van hun patiënten. In het 'Basis-takenpakket van de huisarts' is men daarover expliciet:³

'Het inschakelen van een andere deskundige laat onverlet het feit dat de positie van de huisarts meebrengt dat hij een eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt behoudt.' En verder: 'Het is de taak van de huisarts expliciet aandacht te geven aan de continuïteit van de hulpverlening, waarbij onder meer het ziekenhuisbezoek een aangewezen middel kan zijn. Toelichting: Bij verwijzing kan de huisarts aan de patiënt expliciet aangeven op welke wijze hij zich voorstelt de continuïteit van de hulpverlening te bewaken. Hierdoor kan hij voorkomen dat hij de patiënt uit het oog verliest. Vooral bij een verwijzing dient de huisarts rekening te houden met de duur hiervan. Voorkomen moet worden dat de patiënt onnodig lang specialistische, fysiotherapeutische of andere hulp krijgt.' In de lijn van het 'Basispakket' schrijft De Melker,⁴ dat huisartsen bij het ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis zouden moeten worden betrokken, omdat zij de gezinssituatie en de mogelijkheden thuis beter kennen. Hij noemt – qua beïnvloeding een stap verder – de mogelijkheid dat huisartsen er via hun bemoeienis met de specialistische behandeling toe bijdragen dat hun patiënten sneller kunnen worden ontslagen uit het ziekenhuis. Beek, Van Eijk en Rutten enquêteerden in 1982 huisartsen en specialisten

T. J. J. M. T. Kersten,
L. J. Stokx en E. Hackenitz

Zijn huisartsen als het op concrete punten aankomt misschien minder actief om invloed uit te oefenen in de tweede lijn dan zij zelf menen? Drie Nivel-onderzoekers werpen de vraag op. Zij zochten naar mogelijke discrepanties tussen het streven van de huisartsen-beroepsgroep en de dagelijkse praktijk, zoals artsen in de eerste en de tweede lijn (in casu huisartsen en neurologen) die waarnemen.

over hun opvattingen met betrekking tot de gewenste taakafbakening tussen huisarts en specialist.⁵ Zij maakten daarbij gebruik van de door Dopheide voor huisartsen ontworpen 'algemene taakopvattingsschaal',⁶ die zij in aangepaste vorm tevens voorlegden aan specialisten. De algemene taakopvattingsschaal meet de houding van huisartsen ten opzichte van 'het in eigen hand houden van de behandeling van patiënten' en ten opzichte van 'het zeggenschap houden over wat er met 'hun' patiënten in de tweede lijn gebeurt'. De items zijn daarbij zo geformuleerd dat inzicht wordt verkregen in de wenselijke situatie: huisartsen/specialisten zouden zich aldus moeten opstellen. Beek c. s. constateren dat de opvattingen van huisartsen en specialisten over de gewenste taakafbakening sterk uiteenlopen, met name op het punt van de bemoeienis van de huisarts met de tweedelijnsbehandeling: het taakgebied dat specialisten aan huisartsen toekennen is veel smaller dan hetgeen huisartsen voor zichzelf zien weggelegd. Om meer gedetailleerd inzicht te krij-

gen in de wijze waarop specialisten aankijken tegen invloed van huisartsen op hun handelen hebben we in een eerder onderzoek een beperkt aantal specialisten (drie internisten, twee chirurgen en één kinderarts) hierover geïnterviewd.⁷ Daarbij bleken sommige specialisten geen enkele invloed toe te kennen aan de huisarts, omdat naar hun opvatting de patiënt na verwijzing 'hun' patiënt is geworden. Andere specialisten kennen echter huisartsen wel invloed toe in de tweede lijn; zij geven te kennen dat zij zich vanaf het moment dat de patiënt bij hen binnenstapt realiseren wie de huisarts van de betrokken patiënt is en 'hoe die het wil hebben'. Daarbij maken zij onderscheid tussen 'weinig gemotiveerde' huisartsen, die zoveel mogelijk van de zorg voor hun patiënten uit handen willen geven aan de specialist, en '(sterk) gemotiveerde' huisartsen, voor wie het tegenovergestelde geldt. Tot welke categorie een huisarts behoort, maakt de specialist op uit de verwijsbrief: 'Een ongemotiveerde huisarts schrijft nooit een uitgebreide brief'; als de verwijsbrief duidelijk wijst in de richting van behandeling in de tweede lijn, gaat de specialist hierop door. Is echter alle basale informatie afwezig, dan stippelt de specialist zelf zijn koers uit, omdat de huisarts er blijkbaar van uitgaat dat de specialist de verdere gang van zaken bepaalt.

VRAAGSTELLING

In deze studie houden we ons bezig met de vraag hoe groot de invloed is die huisartsen naar hun mening feitelijk hebben op de behandeling van hun patiënten in de tweede lijn: hoe percipiëren zij hun invloed? Complementair daaraan zullen we nagaan in hoeverre de beïnvloede partij, de specialisten, de invloed van huisartsen waarneemt; om praktische redenen beperken we ons tot een bepaalde categorie specialisten: de neurologen.

In de tweede lijn is er uiteraard het onderscheid tussen klinische en poliklinische behandelingen. In verband met de invloed van de huisarts in de tweede lijn is het de vraag of deze invloed op klinische behandelingen even groot is als op poliklinische behandelingen. Vanuit de praktijk geregeneerd verdwijnt een patiënt bij opname toch meer uit het blikveld van de huisarts, al was het alleen maar omdat er geen 'tussentijdse' consulten op het spreekuur van de huisarts voorkomen. Bovendien zal in het geval van opname de geneeskundige behandeling als regel nog meer specifiek specialistische kennis vereisen, hetgeen een grotere psychologische barrière voor bemoeienis van de huisarts zal inhouden. Bij opname wordt de patiënt voor de duur van diens verblijf in de tweede lijn in nog sterkere mate 'de patiënt van de specialist'. Op grond hiervan verwachten we minder invloed van de huisarts op klinische dan op poliklinische behandelingen. Verder vragen we ons af, of de huisarts meer invloed heeft op de 'duur' of op de 'aard' van de tweedelijsbehandeling. In het 'Basistakenpakket' wordt met name gesproken over het bewaken van de duur van de specialistische behandeling. Uit een oogpunt van continuïteit is echter eveneens bemoeienis met de aard van de behandeling gewenst, zoals ook te lezen is in de NHG-standaard ten aanzien van het doel van de verwijfsbrief,⁸ hierin wordt als één van de drie doelen genoemd: 'De huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweede lijn.' Voor bemoeienis met de aard van de tweedelijsbehandeling dient de huisarts zich verder op het domein van de specialist te begeven dan voor bemoeienis met de duur. Het laatste houdt bijvoorbeeld in dat de huisarts de internist verzoekt diabetespatiënten nadat zij zijn ingesteld voor verdere controle terug te verwijzen naar de huisarts; met de wijze waarop de patiënt dient te worden ingesteld hoeft de huisarts zich niet in te laten.

De onderzoeksvragen luiden:

A. Wat is de mening van huisartsen en neurologen over de invloed die huisartsen in de tweede lijn hebben. Bestaan er verschillen tussen de meningen van deze beide groepen artsen?

Tabel 1. Overzicht van de meningen van huisartsen (N = 275) en neurologen (N = 311) over de invloed van de huisarts in de tweede lijn en het verschil tussen beide groepen.

invloed van de huisarts op . . .	verdeling van de antwoorden	gem. score huisartsen	gem. score neurologen	verschil huisartsen-neurologen	t-waarde
1. DUUR POLIKLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig onder poliklinische behandeling blijven'		2,36	1,83	0,53	6,45*
2. AARD POLIKLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen oefenen invloed uit op de poliklinische behandeling van hun patiënten'		1,88	1,71	0,17	2,24*
3. DUUR KLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig in het ziekenhuis opgenomen blijven'		1,97	1,36	0,61	7,27*
4. AARD KLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen oefenen invloed uit op de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten'		1,49	1,17	0,32	4,44*
5. INVLOED ALGEMEEN 'Huisartsen oefenen invloed uit op wat er met hun patiënten gebeurt in de tweede lijn'		2,28	2,18	0,10	1,35
6. ONTSLAGBESLISSING 'Huisartsen oefenen invloed uit op de beslissing tot ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis'		1,56	1,37	0,19	2,74*
	Helemaal eens				Helemaal oneens

* t-waarde statistisch significant bij p > 0,05.

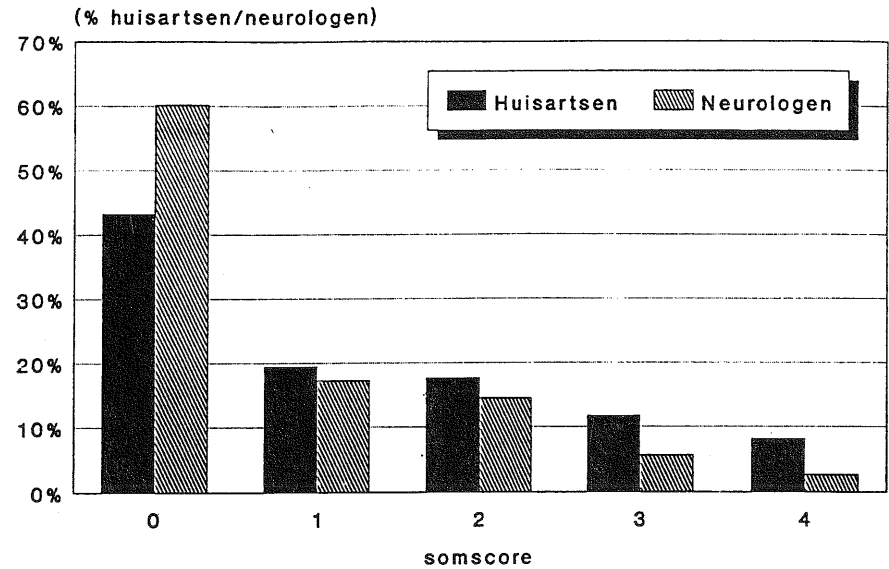
B. Hebben huisartsen meer invloed op de poliklinische dan op de klinische behandeling van hun patiënten en is hun invloed groter op de duur dan op de aard van de behandeling?

Ook bij deze vraag worden de antwoorden aangaande de percepties van de relatieve grootte van de invloed zoals huisartsen en neurologen die hebben tegen elkaar afgezet.

METHODE

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête onder een aselechte steekproef van 500 Nederlandse huisartsen. Verder zijn alle 584 klinisch werkzame neurologen/zenuwartsen die per 1 april 1989 stonden ingeschreven als lid van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie geënquêteerd. Met deze aandacht voor neurologen breiden we de kennis over de rolverdeling tussen eerste en tweede lijn uit tot een in dit opzicht niet eerder onderzochte categorie specialisten: Rutten c.s. besteedden eerder aandacht aan dermatologen, chirurgen, internisten, gynaecologen en longartsen.⁹ Van de huisartsen retourneerden 275 hun enquête, zodat onder hen een responspercentage van 55% werd bereikt. Van de neurologen stuurden 311 personen hun enquête terug, zodat het responspercentage hier 53% bedraagt. Er is een non-responsanalyse verricht op beschikbare achtergrondkenmerken. Voor huisartsen betreft dat: geslacht, leeftijd, jaar van artsenexamen, huisartsopleiding (ja/nee), universiteit van afstuderen, NHG-lidmaatschap (ja/nee), apotheekhoudend (ja/nee), praktijkvorm, provincie en urbanisatiegraad van de vestigingsgemeente. Voor neurologen gaat het om: geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen als specialist, aantekening klinische neurofysiologie (ja/nee). De analyse gaf noch voor huisartsen, noch voor neurologen significante verschillen te zien tussen de respectievelijke responderende en niet-responderende groepen (chikwadrat/t-testen, $\bar{p} > 0,05$).¹⁰ Om de mening over de invloed van de huisarts in de tweede lijn te meten, zijn huisartsen en neurologen zes Likert-items met een vijfpunts antwoordschaal voorgelegd (zie tabel 1, resultatensectie). De eerste vier items hebben betrekking op de 'duur' en 'aard' van respectievelijk de poliklinische en klinische behandeling. Daarnaast zijn nog twee items voorgelegd. Item 5 is bedoeld om in algemene zin de invloed van de huisarts in de tweede lijn te peilen; hiermee willen we nagaan of de algemene mening van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweede lijn afwijkt van hun mening over de invloed op specifieke aspecten van de tweedelijnsbehandeling. Item 6 heeft

Figuur. Frequentieverdeling van de scores van huisartsen (N = 275) en neurologen (N = 311) op de Mokken-schaal, die hun mening over de invloed van de huisarts in de tweede lijn meet.



gemiddelde score huisartsen = 1,22; standaarddeviatie huisartsen = 1,33.

gemiddelde score neurologen = 0,74 standaarddeviatie neurologen = 1,07.

betrekking op de invloed van de huisarts op de beslissing tot ontslag van opgenomen patiënten. Zoals boven reeds vermeld, is De Melker op dit punt expliciet over het belang van betrokkenheid van de huisarts.⁴ Wij vragen ons met name af hoe groot huis-

artsen hun invloed op de ontslagbeslissing inschatten, omdat de ontslagbeslissing uiteraard verband houdt met de duur van het verblijf in de kliniek (item 3), maar toch ook niet los kan worden gezien van inhoudelijke aspecten (de aard, item 4).

Tabel 2. Volgorde in aspecten van de tweedelijnsbehandeling naar de hoeveelheid invloed van de huisarts in de tweede lijn, op grond van de meningen van huisartsen (N=275) en neurologen (N=311).

invloed van de huisarts op . . .	percentage (helemaal) mee eens		volgorde	
	huisartsen	neurologen	huisartsen	neurologen
1. DUUR POLIKLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig onder poliklinische behandeling blijven'	48	28	1	1
2. AARD POLIKLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen oefenen invloed uit op de poliklinische behandeling van hun patiënten'	28	22	3	2
3. DUUR KLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen houden in het oog dat hun patiënten niet langer dan nodig in het ziekenhuis opgenomen blijven'	33	15	2	3
4. AARD KLINISCHE BEHANDELING 'Huisartsen oefenen invloed uit op de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten'	14	8	4	4

Mokken-analyse: Homogeniteitscoëfficiënt voor huisartsen = 0,63; Homogeniteitscoëfficiënt voor neurologen = 0,49.

Om de verschillen in de omvang van de invloed van de huisarts in de tweede lijn bij onderscheid naar poliklinisch versus klinisch en duur versus aard te kunnen bestuderen, is gebruik gemaakt van de Mokken-analyse.¹¹ Daartoe zijn de antwoordschalen van de desbetreffende vier items eerst gedichotomiseerd: 'helemaal eens' en 'eens' is samengenomen tegenover de rest van de antwoordmogelijkheden ('deels mee eens/deels mee oneens', 'mee oneens' en 'helemaal mee oneens'). Toetsing van de inpasbaarheid van de gedichotomiseerde items in een Mokken-schaal is daarbij als methode gehanteerd om na te gaan of de volgorde van de items die hieruit blijkt aansluit bij de veronderstelde grotere invloed van de huisarts op de poliklinische behandeling dan op de klinische behandeling en de grotere invloed op de duur dan op de aard van de behandeling. Daarnaast biedt de Mokken-analyse de mogelijkheid een overall-maat voor de invloed van de huisarts in de tweede lijn te construeren. Deze maat bestaat in dit geval uit de somscore van de antwoorden op de vier gedichotomiseerde items. De minimum-somscore is 0, wat inhoudt dat de respondent het met geen van de vier items (helemaal) eens is. De maximum-somscore is 4, wat betekent dat de respondent het met alle items (helemaal) eens is. De Mokken-schaal staat toe een somscore van 1 te interpreteren als: deze respondent is het eens met het 'gemakkelijkste' item (dat wil zeggen het item dat de meeste instemming vindt bij de artsen van zijn of haar categorie - huisartsen en neurologen). Een somscore van 4 mag worden geïnterpreteerd als: deze respondent is het eens met het 'moeilijkste' item (het item dat de minste instemming vindt en alle daaraan voorafgaande items). Analoog gelden gelijksoortige interpretaties voor de tussenliggende waarden.

RESULTATEN

Meningen van huisartsen en neurologen

In tabel 1 geven we een overzicht van de meningen van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweede lijn. Als de vraag in algemene bewoordingen wordt gesteld (item 5: 'Huisartsen oefenen invloed uit op wat er met hun patiënten gebeurt in de tweede lijn') is 42% (9% +

33%) van de huisartsen en 39% (4% + 35%) van de neurologen het er (helemaal) mee eens dat de huisarts invloed heeft in de tweede lijn. Daarnaast neemt 37% van de huisartsen en 40% van de neurologen een middenpositie in: zij zijn het er deels mee eens, deels mee oneens. In beide groepen is tenslotte 21% het er (helemaal) mee oneens dat de huisarts invloed heeft in de tweede lijn. Een aanzienlijk aantal huisartsen en neurologen vindt dus dat huisartsen in meerdere of mindere mate invloed hebben in de tweede lijn. Bij een dergelijke algemene vraagstelling is er géén significant verschil tussen de mening van huisartsen en neurologen. Dat wordt echter geheel anders, als de vraagstelling meer wordt toegespitst en de mening over de invloed van de huisarts op specifieke aspecten van de tweedelijnsbehandeling wordt gevraagd. Dan oordelen huisartsen op alle onderdelen significant positiever over de invloed van de huisarts in de tweede lijn dan specialisten.

Poliklinisch meer invloed dan klinisch, en meer invloed op duur dan op de aard van de behandeling?

Alvorens we de uitgevoerde Mokken-analyse bespreken, willen we aan de hand van tabel 1 kort ingaan op de plaats van item 5 (invloed algemeen) en item 6 (invloed op ontslagbeslissing). Afgaande op de gemiddelde scores, ligt bij huisartsen de mening over de invloed van de huisarts 'in algemene bewoordingen gesteld' vrij dicht in de buurt van hun mening over de invloed van de huisarts op de duur van de poliklinische behandeling (item 1); misschien mogen we hieruit afleiden dat zij impliciet aan de duur van de poliklinische behandeling denken, als hen de vraag in het algemeen wordt gesteld. Voor neurologen is de onderlinge afstand tussen het 'algemene' item en de 'specifieke' items aanzienlijk groter; waaraan neurologen hun 'algemene' relatief positieve mening ontleen, wordt dan ook niet direct duidelijk uit de afzonderlijke aspecten. Wat betreft de invloed van de huisarts op de ontslagbeslissing (item 6) blijkt dat huisartsen deze gemiddeld van dezelfde orde vinden als hun invloed op de aard van de klinische behandeling (item 4). Neurologen vinden de invloed van huisartsen op de ontslagbeslissing

praktisch even groot als de invloed van huisartsen op de duur van de klinische behandeling (item 3). De Mokken-analyse wijst uit (tabel 2) dat in de vier aspecten van de tweedelijnsbehandeling (duur/aard van de poliklinische respectievelijk klinische behandeling) inderdaad een vaste volgorde is te onderkennen van veel naar weinig invloed van de huisarts. Zowel voor de huisartsen als voor de neurologen voldoen de vier items aan de voorwaarde die de Mokken-analyse aan een schaal stelt. De homogeniteitscoëfficiënt voor huisartsen is 0,63 en die voor neurologen 0,49; ze blijken dus beide ruim boven 0,3 te liggen, hetgeen algemeen wordt beschouwd als een indicatie voor een intern consistente schaal.¹¹

De volgorde in de items van veel naar weinig waargenomen invloed is voor huisartsen wel anders dan voor neurologen. De verschillen zitten hierin dat huisartsen in de eerste plaats onderscheid maken tussen 'duur' en 'aard', waarbij ze de meeste invloed zien op 'duur'. Binnen het aspect 'duur' geldt echter wel dat men meer invloed ziet op de duur van de poliklinische dan op de duur van de klinische behandeling. Neurologen maken daarentegen primair het onderscheid 'poliklinisch' (waar de invloed groter is) tegenover 'klinisch'. Binnen deze hoofdcategorieën vinden zij echter de invloed van de huisarts op de duur van de behandeling wel groter dan op de aard van de behandeling.

In de figuur zijn de meningen van huisartsen en neurologen over de invloed van de huisarts in de tweede lijn nog eens samengevat in de verdeling van hun scores op de ontworpen Mokken-schaal 'gepercipieerde invloed van de huisarts in de tweedelijnsbehandeling'. Nog eens duidelijk is daar te zien, dat het percentage neurologen dat zegt dat huisartsen geen invloed (= score 0) hebben op elk van de vier onderscheiden aspecten van de tweedelijnsbehandeling veel groter is dan het percentage huisartsen dat deze mening is toegedaan. Voor de verschillende gradaties van invloed van de huisarts (scores 1 tot en met 4) scoren neurologen steeds lager dan huisartsen.

BESCHOUWING

Slechts 21% van zowel de huisartsen als de neurologen is van mening dat huisartsen (helemaal) géén invloed

uitoefenen op wat er met hun patiënten in de tweede lijn gebeurt. Dit geldt tenminste, als de vraag in algemene bewoordingen wordt gesteld. De overige huisartsen en neurologen zijn hierover in meerdere of mindere mate wél positief. Huisartsen en neurologen zijn het er dus met elkaar over eens, dat het domein van de huisarts zich uitstrekt tot in het ziekenhuis. Bij doorvragen naar specifieke aspecten van de tweedelijnsbehandeling (duur/aard van de poliklinische/klinische behandeling) blijken er echter over de hele linie verschillen tussen huisartsen en neurologen, in die zin dat huisartsen de invloed van de huisarts groter inschatten dan neurologen. Voor verder onderzoek roept dit de interessante vraag op, waar neurologen hun algemeen redelijk positieve mening over de invloed van de huisarts in de tweede lijn op baseren. Is het voor neurologen moeilijk toe te geven dat huisartsen invloed hebben op hun beslissingen zodra de vragen concreter worden? Of geven neurologen hier een juist beeld van de werkelijkheid: zijn huisartsen als het op concrete punten aankomt minder actief om invloed uit te oefenen in de tweede lijn dan zij zelf menen? Is het algemene positieve oordeel van huisartsen en neurologen met andere woorden niet meer dan een stereotiepe karakterisering van de positie van de huisarts?

Er blijkt een duidelijke volgorde aanwezig te zijn in de mate waarin huisartsen naar hun mening invloed hebben op de verschillende aspecten van de tweedelijnsbehandeling. Hetzelfde geldt voor de invloed die neurologen van huisartsen waarnemen. In de lijn van onze verwachtingen geldt zowel voor huisartsen als voor neurologen dat zij meer invloed van de huisarts zien op het poliklinische traject dan op het klinische traject en meer invloed op de duur van de behandeling dan op de aard van de behandeling. Toch is er een nuanceverschil tussen huisartsen en neurologen: huisartsen maken primair het onderscheid tussen duur en aard van de tweedelijnsbehandeling en zien daarbinnen als secundair verschil wel meer invloed van de huisarts op het poliklinische dan op het klinische traject. Neurologen echter maken primair onderscheid tussen het poliklinische traject – waar zij relatief nog de meeste invloed voor de huisarts zien –

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

en het klinische traject. Het onderscheid tussen duur en aard is voor hen meer secundair. Misschien mogen we dit resultaat zo interpreteren, dat neurologen de nadruk leggen op het feit dat bij opname in het ziekenhuis de patiënt tijdelijk vrijwel helemaal 'hun' patiënt wordt, met de huisarts ergens op de achtergrond. Bij poliklinische behandeling is dit minder het geval en hebben zij meer oog voor hun consulterende functie voor de huisarts. Huisartsen daarentegen lijken te vinden, dat specialisten maar moeten beslissen langs welke weg zij voor de verwezen patiënt tot de gevraagde diagnose komen of hoe specialisten de door hen geschikt geachte behandeling uitvoeren (de aard van de specialistische behandeling). De huisarts kwam er immers met de patiënt op deze punten niet uit en heeft juist daarom verwezen, zo lijkt te gelden. Meer mogelijkheden zien huisartsen daarentegen om specialisten zo te beïnvloeden dat zij snel na het vaststellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling de patiënt weer onder controle krijgen (de duur van de specialistische behandeling).

Drs. T. J. J. M. T. Kersten is projectleider voor het onderzoek op het gebied van de relatie tussen eerste en tweede lijn bij het Nederlands Instituut voor het onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) te Utrecht.

Drs. L. J. Stokx, arts, is onderzoeker bij het Nivel.

Drs. E. Hackenitz is assistent-onderzoeker bij het Nivel.

Literatuur

1. Buma JT. Opvattingen over huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 332-5.
2. Buma JT. De indentiteit van de huisartsgeneeskunde. In: Buma, JT, Grol R, Velden H van der, Voorn Th. (red). *Huisartsgeneeskunde voor en na 1984*. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984: 11-32.
3. Het basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV Vademecum, 1987.
4. Melker RA de. *Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin*. Nijmegen: Dekker & Van de Veght, 1973.
5. Beek M, Eijk J van, Rutten G. Huisartsen en specialisten en hun onderlinge taakafbakening. *Medisch Contact* 1984; 39: 1247-51.
6. Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het platteland en in forensengemeenten. *Gezondheid en Samenleving* 1982; 3: 114-51.
7. Kersten TJMT. Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist. *Medisch Contact* 1988; 43: 849-51.
8. De verwijfsbrief naar de tweede lijn (standaard 001). *Huisarts en Wetenschap* 1983; 32: 541-4.
9. Beek M, Eijk J van, Rutten G. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. *Medisch Contact* 1985; 40: 299-302.
10. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Huisarts, huidarts of patiënt? *Medisch Contact* 1985; 40: 325-6.
11. Rutten G, Beek M, Eijk J van. Kleine chirurgie: door wie? *Medisch Contact* 1985; 40: 367-8.
12. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Controles bij diabetes mellitus. Een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. *Medisch Contact* 1985; 40: 389-90.
13. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. *Medisch Contact* 1985; 40: 432-4.
14. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Chronische bronchitis. Opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. *Medisch Contact* 1985; 40: 457-8.
15. Stokx LJ. Wie zorgt er voor de patiënt met epilepsie? Utrecht: NIVEL, 1990.
16. Swanborn PG. *Schaaltechnieken*. 2^e druk. Meppel: Boom, 1988.