

# Wat doet de huisarts thuis?

S. VAN DER KOOIJ\*

Wanneer men de voortdurende daling van het aantal visites ongewenst acht – en dat is het uitgangspunt van dit themanummer – dan zou men aan moeten tonen dat het huisbezoek meer waarde heeft dan het spreekuurconsult, of in ieder geval anders is. Maar waar ligt dat verschil? Ziet de huisarts thuis andere patiënten? Andere ziekten of andere problemen? Werkt de huisarts thuis anders? Heeft hij thuis meer mogelijkheden? Een verslag van een vergelijkend onderzoekje in de eigen praktijk en een beschouwing over de bijzondere aspecten van het huisbezoek.

## Een onderzoek in de praktijk

Bij wijze van verkenning ben ik retrospectief in mijn eigen praktijk nagegaan in hoeverre gedurende een periode van drie weken de consulten en de visites op de volgende punten van elkaar verschilden:

- leeftijd en geslacht van de patiënten;
- ziekenfondsverzekerden of particuliere patiënten;
- de aard van de problemen: somatisch, psychosociaal of gemengd;
- het orgaanstelsel waarop de klachten van de patiënt betrekking hadden;
- de ernst van het probleem volgens mij en volgens de patiënt;
- of ik al of niet anamnese afnam;
- of en in hoeverre ik de patiënt onderzocht;
- in hoeverre laboratoriumonderzoek werd verricht.

Uiteraard mogen de uitkomsten van dit onderzoekje niet als objectief worden beschouwd: het betreft één arts (met een arts-assistent), geen representatieve praktijksamenstelling, geen representatieve steekproef en de beoordeeling van de aard en de ernst van de klacht worden achteraf bepaald zonder tevoren omschreven criteria. Wel werden de kenmerken van zowel spreekuurconsulten (verder kortweg „consulten” genoemd) als visites door dezelfde onderzoeker (mijzelf) ingedeeld.

\* Destijds huisarts te Voorschoten, thans algemeen directeur van het N.H.I. te Utrecht.

Het onderzoek heeft betrekking op de periode van 29 december 1978 tot 19 januari 1979, bestaande uit veertien werkdagen en een zondag (31 december, toen ik dienst had). De praktijk bestond uit 2300 patiënten.

Precies honderd patiënten werden thuis bezocht (in acht gevallen twee patiënten tijdens één visite) en 354 patiënten werden op het spreekuur gezien. Voor iedere dag koos ik evenveel consulten als er die dag visites waren geweest; dit gebeurde door voor de eerste dag het 1e, 4e, 7e enzovoort consult te nemen, voor de tweede dag het 2e, 5e, 8e enzovoort, enzovoort. De op deze wijze geselecteerde honderd consulten werden met de honderd visites vergeleken.

Uit tabel 1 blijkt dat er in deze periode meer vrouwen dan mannen behandeld werden; van de vrouwen kwamen de meeste op het spreekuur, van de mannen werden de meeste thuis gezien, maar deze uitkomst kan op toeval berusten ( $p > 0.5$ ).

Tabel 1. De verdeling van mannen en vrouwen over consulten en visites.

Geslacht	Consulten	Visites	Totaal
Mannen	39	44	83
Vrouwen	61	56	117

Tabel 2 laat zien dat opvallend veel kleine kinderen en de meeste bejaarden thuis werden bezocht: bij de leeftijdsgroepen 0-10 jaar en 65-85 jaar is

Tabel 2. De leeftijdsverdeling bij consulten en visites.

Leeftijd	Consulten	Visites	Totaal
0-5	5	15	20
5-15	8	5	13
15-25	13	7	20
25-35	16	12	28
35-45	21	17	38
45-55	15	9	24
55-65	12	10	22
65-75	10	20	30
75-85	–	5	5

volgens de  $\chi^2$ -toets het verschil significant ( $p < 0.01$ ). Daarbij moet wel bedacht worden dat in deze sneeuw- en vorstperiode minder bejaarden op het spreekuur kwamen dan anders.

Tabel 3 toont dat de fondspatiënten meer thuis werden bezocht dan de particulieren (de praktijk bestaat voor de helft uit fondspatiënten). Misschien komt dit omdat veel oudere mensen in het ziekenfonds zijn.

Tabel 3. De verdeling van ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten over consulten en visites.

Verzekering	Consulten	Visites	Totaal
Fonds	39	57	96
Particulier	61	43	104

We zien dus dat kinderen en bejaarden meer thuis werden bezocht; het lijkt mij echter geen typisch kenmerk van het huisbezoek dat men thuis meer kinderen en bejaarden ziet. Het gaat hier om een service door de huisarts, mede in verband met de weersomstandigheden in de betreffende periode. Wanneer de huisarts in het geheel geen visites zou doen zoals in sommige streken van de Verenigde Staten en in Zweden, zouden de patiënten uit dit onderzoek vrijwel alle naar het spreekuur zijn gekomen. Slechts enkele patiënten zouden dit niet hebben gekund: in de onderzochte groep een vrouw met een carcinoom in het terminale stadium en enige bejaarden. Dat betekent dat deze mensen dan of niet door een arts zouden zijn gezien of hadden moeten worden opgenomen. Dit laatste zou voor deze patiënten van ingrijpende betekenis zijn geweest.

In tabel 4 zijn de problemen van de patiënten ingedeeld in drie groepen: somatisch (voorbeeld: otitis media), psychosociaal (voorbeeld: huwelijksprobleem) en gemengd (voorbeeld: buikklasten berustend op carcinofo-

Tabel 4. De verdeling van somatische, gemengde en psychosociale klachten over consulten en visites.

Klachten	Consulten	Visites	Totaal
Somatisch	61	63	123
Gemengd	36	34	70
Psychosociaal	3	3	6

bie, rugpijn bij ernstige psychosociale stress). In dit opzicht blijken er geen verschillen tussen consulten en visites te bestaan. Verder worden de klachten van de patiënten naar de tractus onderscheiden, waarbij uiteraard een grote groep in de categorie „diversen” terecht komt. Tabel 5 toont twee duidelijke verschillen tussen de consulten en de visites: voor anticonceptiecontrole kwamen alle patiënten op het spreekuur en thuis werden veel meer patiënten met klachten van het centraal zenuwstelsel gezien. Dit laatste kan worden verklaard doordat het hier meestal patiënten met een cerebrovasculair accident betrof.

Tabel 5. De verdeling van de klachten naar tractus over consulten en visites.

Tractus	Consulten	Visites	Totaal
Hart en bloedvaten	21	19	40
Ademhalingsorganen	24	34	58
Spijvertering	6	4	10
Urinewegen/ geslachtsorganen	8	9	17
Bewegingsapparaat	15	9	24
Centrale zenuwstelsel	3	13	16
Diversen	23	22	45
Ongevallen	3	2	5
Anticonceptie	8	-	8

De ernst van de klachten (naar het oordeel van de arts) werd onderverdeeld in „ernstig”, „niet ernstig” en een tussengroep (tabel 6). Klachten werden als ernstig beschouwd wanneer ze wezen op mogelijke levensbedreigende aandoeningen. Tot de niet-ernstige groep werden die klachten gerekend waarvoor het eigenlijk niet nodig was hulp in te roepen. De tussengroep betrof gevallen waarvoor de hulp van de huisarts wel nuttig was, maar niet noodzakelijk. Thuis werden meer patiënten met ernstige klachten gezien dan op het spreekuur. Hierbij kan hetzelfde worden opgemerkt als ten aanzien van de leeftijd van de thuis bezochte patiënten: als de huisarts geen visites zou doen, zouden de meeste patiënten wel naar het spreekuur zijn gekomen; enkele zouden geen medische hulp hebben ingeroepen en enkele zouden zon-

Tabel 6. Het oordeel van de arts over de ernst van de klacht bij consulten en visites.

Oordeel	Consulten	Visites	Totaal
Ernstig	11	24	35
Neutraal	71	65	136
Niet ernstig	18	11	29

der tussenkomst van de huisarts in het ziekenhuis zijn opgenomen.

In de tabellen 7, 8 en 9 worden nadere details gegeven over het handelen van de huisarts. Thuis wordt significant vaker geen anamnese afgenomen, een vondst die ik niet kan verklaren. Er is geen verschil inzake het verrichten van lichamelijk onderzoek en de uitvoerigheid daarvan. Thuis wordt minder laboratoriumonderzoek gedaan (wij hebben sticks en bloedafnamemateriaal in onze visitetas; bovendien komt de assistente van het huisartsenlaboratorium op verzoek bij de patiënten thuis).

De conclusies van dit onderzoek zijn dus dat het lijkt of bij visites meer bejaarden en kinderen worden gezien en meer patiënten met ernstige klachten, terwijl thuis minder anamnese wordt afgenomen en minder laboratoriumonderzoek wordt gedaan. Wat betreft het nut van het huisbezoek is van belang dat vermoedelijk een aantal patiënten zonder huisbezoek in een ziekenhuis of verpleeghuis zouden moeten worden opgenomen.

De indruk blijft bestaan, dat er meer en wellicht belangrijker verschillen bestaan tussen consulten en visites. Die indruk berust op ervaring; in hoeverre hij juist is, valt alleen met veel ingewikkelder onderzoek aan te tonen. Zulk nader onderzoek zou verricht moeten worden op vier terreinen:

- de relatie tussen huisarts en patiënt;
- de informatie over de patiënt en zijn probleem;
- de hulpverlening of, zo men wil, de behandeling door de huisarts;
- de preventiemogelijkheden.

Elk van die terreinen wil ik met enkele voorbeelden bespreken.

### De relatie tussen huisarts en patiënt

Thuis ligt de verhouding tussen de huisarts en de patiënt anders dan in de spreekkamer. Het verschil is niet zo eenvoudig weer te geven. Als de patiënt de huisarts nog niet goed kent, verloopt het huisbezoek soms formeler dan het consult, ook met meer ritueel: de klaar-

Tabel 7. Wel of geen anamnese bij consulten en visites.

Anamnese	Consulten	Visites	Totaal
Wel	95	85	180
Geen	5	15	20

Tabel 8. De aard van het onderzoek bij consulten en visites.

Onderzoek	Consulten	Visites	Totaal
Geen	9	10	19
Klein	52	44	96
Orgaanstelsel	38	48	86
Volledig	1	1	2

Tabel 9. Wel of geen laboratoriumonderzoek bij consulten en visites.

Laboratoriumonderzoek	Consulten	Visites	Totaal
Wel	24	9	33
Geen	76	1	167

liggende zeep en handdoek (soms zelfs een wasteltje ook al is er stromend water). Het huisbezoek komt meestal voor de patiënt op een onverwacht moment (hij weet niet precies wanneer de arts komt); in de wachtkamer bereidt de patiënt zich voor op zijn beurt. Omgekeerd kan de huisarts zich op weg naar de visite beter op de patiënt voorbereiden.

Al met al is de patiënt thuis toch meer zichzelf en op zijn gemak en spontaner. De arts ontvangt de patiënt in zijn spreekkamer die hij volgens zijn ideeën heeft ingericht - bij de patiënt thuis heeft de patiënt de omgeving bepaald. Om een term uit de sociale wetenschappen te gebruiken: bij de patiënt thuis is er een meer symmetrische relatie. Er zijn veel voorbeelden te bedenken om dat aan te tonen. Om op het handdoek-en-zeep-ritueel terug te komen: op het spreekuur zal de patiënt wel nooit zeggen: „Moet u uw handen niet even wassen, dokter?” En welke arts biedt zijn patiënt op het spreekuur ooit een kopje koffie aan?

Soms wordt de relatie thuis asymmetrisch ten nadele van de arts. De Haagse huisarts Van der Hoeven beschrijft in 1929 dat hij soms bij patiënten moet „antichambren”: de dokter in plaats van de patiënt in de wachtkamer! Een hedendaags voorbeeld: de tiener die aan de mode meedoet om met zijn matras op de grond te slapen. Hoe moet je gaan zitten als je als huisarts bij zo'n patiënt aan het ziekbed komt? Op je knieën? Op de grond? Op een stoel?

Een huisarts heeft eens gezegd dat de patiënt thuis net zoveel verschilt van dezelfde patiënt op het spreekuur als een dier in het wild van een dier in de dierentuin. Daarop aansluitend lijkt het begrip „territorium” uit de etologie nuttig. Het huis van de patiënt vormt zijn territorium, zijn eigen gebied waar hij woont, zich ontspant, eet, leeft, slaapt, vrijt, praat, opvoedt, gelukkig of ongelukkig is; waar – nog steeds – kinderen worden geboren en waar men zou willen sterven. De huisarts wordt in dat territorium binnengelaten; soms mag hij er onaangekondigd door de achterdeur of met een eigen sleutel binnenkomen. Bij ernstige ziekten en bij een thuisbevalling vervult hij een belangrijke functie binnen het territorium van de patiënt – met groot gevolg voor de relatie tussen hem en die patiënt.

### **De informatie over de patiënt en zijn problemen**

Informatie is een kernbegrip in de hulpverlening. De informatie bij de medische hulpverlening bestaat onder meer uit symptomen en andere gegevens die de arts samen met informatie uit zijn geheugen of uit studiebronnen verwerkt tot een diagnose, een probleemstelling, een hulpverleningsplan. Een huisbezoek levert meer informatie op dan een spreekuurconsult. Voor de huisarts als continu-arts is dat van belang, omdat wat hij bij de patiënt thuis ziet niet alleen bij die gelegenheid, maar ook in de toekomst van pas kan komen. Veel van die informatie is nauwelijks onder woorden te brengen. Het betreft soms een gevoel, een toon, „iets”, dat van de patiënt een ander beeld geeft. Een aantal andere gegevens noem ik op zonder erop in te gaan:

- de buurt, de straat, het huis waarin de patiënt woont;
- de inrichting van het huis: warm of koud, pompeus of smaakvol, armoedig of kostbaar;
- liefhebberijen, boeken, muziekinstrumenten, huisdieren, planten, een televisie die altijd of juist zelden aanstaat;
- de inrichting van de slaapkamer; wat hangt er boven het bed: een bijbeltekst, een portret van een strenge moeder, een kinderkopje, een erotische voorstelling?
- de samenstelling van het gezin; soms blijkt een grootouder, een kostganger, een pleegkind of nog een ander een onverwachte plaats in het gezin in te nemen;
- de hygiëne in huis (soms heel anders

dan men op grond van uiterlijk of kleding zou verwachten);

– de gezinsregels: hoe gaan de ouders met elkaar om en hoe gaan de ouders en de kinderen met elkaar om?

Soms geeft één blik in het huis van een patiënt meer aanwijzingen voor de diagnose dan een lange anamnese: de huismoeder die het niet meer aankan (overal vuile vaat), de alcoholist (de whiskyfles op het nachtkastje). Een keer gingen mij de ogen open toen ik bij een jonge vrouw met onbegrepen hoofdpijnklachten thuiskwam: de vroeger keurige flat was nu een janboel geworden; ze bleek een hersentumor te hebben.

### **De hulpverlening aan de patiënt**

Op de hulpverlening aan de patiënt wil ik hier niet uitvoerig ingaan. Ik bespreek slechts enkele aspecten van het aandeel van de huisarts in de thuiszorg. Door thuis te komen kan de huisarts de verzorgingsbehoefte en de eigen mogelijkheden beter beoordelen. Dat geldt bij kortdurende ziekten, maar nog meer bij chronische aandoeningen en invaliditeit. Voorbeelden: een onhandige trap of een moeilijk bereikbaar toilet voor een C.V.A.- of een reumapatiënt; een te lage stoel of bed; een handgreep op een bepaalde plaats. De capaciteiten van de huisgenoten met betrekking tot de verzorging en de inrichting van het huis kunnen van betekenis zijn voor de beslissing een patiënt al dan niet in een ziekenhuis op te nemen. Stervensbegeleiding en gezinsproblemen helpen oplossen zijn hulpverleningsvormen die op het spreekuur niet mogelijk zijn.

Een heel ander onderwerp is de controle of een patiënt de gegeven adviezen – bedrust, saneren van een slaapkamer – goed opvolgt; of hij de voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt; of hij niet tevens andere geneesmiddelen neemt.

### **De preventie**

Tenslotte heeft de huisarts – indien hij daarvoor voelt – bij de patiënt thuis grote mogelijkheden tot preventie. Ongevallen zijn tegenwoordig de meest frequente doodsoorzaak voor kinderen en de meeste ongevallen bij kinderen van 1 tot en met 5 jaar vinden in huis plaats. Het gaat hierbij om een groot aantal mogelijkheden: opbergen van huishoudmiddelen en geneesmiddelen; een theepot op de rand van de tafel met een afhangend tafelkleedje, een baby in

een ongelukkig kindertuigje, een onbewaakte hobbyset. Men zie de publikaties van het Veiligheidsinstituut, Hobbemastraat 22, Amsterdam.

Hetzelfde geldt voor de bejaarden, bijvoorbeeld de collumfracturen door glijdende kleedjes. Ook al vormen deze adviezen wellicht geen specifieke huisartsentaak, toch zal een advies van de arts meer aanslaan dan menige ongerichte veiligheidsactie.

### **Conclusies en besluit**

Er zijn veel aanwijzingen dat het huisbezoek door de huisarts naast het consult een nuttige functie vervult. Het is nodig door verder wetenschappelijk onderzoek deze aanwijzingen nader uit te werken. In de tussentijd dient het bezoek aan huis door de huisarts niet opgegeven te worden; het staat niet vast dat het huisbezoek even goed door anderen zoals wijkverpleegsters kan worden gedaan. Bovendien zou het opgeven van het huisbezoek misschien wel tijd sparen, maar het zou het beroep van de huisarts een stuk minder afwisselend en romantisch maken. Een irrationeel, artsgericht en subjectief argument, maar wel van belang!

*Samenvatting. Honderd consulten werden vergeleken met honderd huisbezoeken. Daarbij werden de volgende verschillen geconstateerd: kinderen en bejaarden werden vaker thuis bezocht; patiënten die thuis werden bezocht, hadden ernstiger klachten; thuis werd minder vaak een anamnese afgenomen en minder vaak laboratoriumonderzoek verricht. Voorts wordt aan de hand van enige voorbeelden de betekenis van het huisbezoek besproken: het huisbezoek geeft informatie over de patiënt, versterkt de arts-patiëntrelatie en bevordert de mogelijkheden van therapie en preventie.*

*Summary. What does the family doctor do at home calls? A hundred consultations are compared with a hundred house calls, and the following differences are observed: children and aged patients are more often seen at their homes; patients seen at their homes have more serious complaints; at home calls, a history was less often taken and laboratory work less often done. The significance of house calls is discussed with reference to some examples: house calls provide information on the patient, enhance the doctor-patient relation, and further the possibilities of therapy and prevention.*