

Huisbezoek: wat vindt de patiënt ervan?

DRS. A. A. KAPTEIN*

Wanneer moet, volgens de patiënt, de dokter op huisbezoek komen? Hoe tevreden is de patiënt over het huisbezoek? Zijn er volgens de patiënt nadelen verbonden aan het huisbezoek? Wat verwachten patiënten van de huisarts wanneer deze op huisbezoek is? Om op deze en andere vragen een antwoord te krijgen, is aan 160 patiënten een enquête voorgelegd met vragen over het huisbezoek van de huisarts. Over tenminste één conclusie kan inmiddels weinig twijfel bestaan: huisbezoek roept in sterke mate positieve gevoelens op bij de patiënten.

In de literatuur zijn gegevens over de mate van tevredenheid van patiënten over het huisbezoek schaars. Zowel in Nederlandse als in Engelstalige publicaties wordt zelden aandacht besteed aan het huisbezoek als apart onderzoeksonderwerp. Wel vormt „huisbezoek” veelal een van de onderdelen bij onderzoek naar de mate van tevredenheid van patiënten over de medische zorg in het algemeen en/of over het gedrag van de arts in het bijzonder (*Crebolder; Kelman; Kinsey e.a.; Korsch e.a.; Pope*). Voor een uitstekend literatuuroverzicht van dit terrein wordt verwezen naar de recente publikatie van *Ware e.a.*

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar opvattingen over en tevredenheid met het huisbezoek. Achtereenvolgens zullen aan de orde komen: vraagstelling van het onderzoek, onderzoeksopzet, resultaten en interpretatie daarvan en de toepassingsmogelijkheden van de onderzoeksresultaten in de huisartspraktijk.

Getracht wordt suggesties te geven voor antwoorden op vragen als „hoe krijg ik tevreden patiënten?”, „kan ik invloed uitoefenen op het aantal verzoeken om huisbezoek van mijn patiënten?”.

Vraagstelling

Het onderzoek was gericht op de volgende vragen:

- hoe tevreden zijn patiënten over afgelegde huisbezoeken?
- welke overwegingen hebben patiënten bij het aanvragen van huisbezoek?
- bestaat er verschil in tevredenheid over en in overwegingen ten aanzien van huisbezoek tussen patiënten in de stad en patiënten op het platteland?
- bestaat er verschil in tevredenheid over en in overwegingen ten aanzien van huisbezoek tussen patiënten van een huisarts die in principe zo weinig mogelijk huisbezoek aflegt, en patiënten van een huisarts die in principe

ieder verzoek om huisbezoek honoreert?

- zijn er, volgens de patiënt, nadelen verbonden aan het huisbezoek in vergelijking met spreekkamerbezoek?

Onderzoeksopzet

Huisartsen. Zoals uit *figuur 1* blijkt, namen 160 patiënten deel aan het onderzoek; zij waren afkomstig uit vier huisartspraktijken. Drie huisartsen uit de perifere kliniek van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde reageerden op een schriftelijk verzoek van het L.I.H. om aan het onderzoek deel te nemen, de vierde huisarts werd benaderd door een van deze drie. De gemiddelde praktijkgrootte bedroeg 3.300 patiënten, de twee plattelandspraktijken waren apotheekhoudend, de praktijken in de stad niet.

De procedures bij verzoeken om huisbezoek lopen wat uiteen. Huisarts 1: de assistente verzorgt de intake en selectie van aanvragen om huisbezoek; ieder dringend verzoek om huisbezoek wordt gehonoreerd. Huisarts 2: bij verzoeken om huisbezoek wordt door de assistente altijd doorverbonden met de huisarts. Huisarts 3: de assistente beoordeelt in overleg met de patiënt en eventueel met huisarts zelf of huisbezoek nodig is. Huisarts 4: de assistente bespreekt met de patiënt telefonisch de noodzaak van huisbezoek. Alle huisartsen praktiseren vijf jaar of langer. Onder patiënten en huisartsen wordt wel eens de opvatting gehoord dat patiënten in de stad vaker om huisbezoek vragen en kritischer zijn dan patiënten op het platteland. Tevens worden wel vermoedens uitgesproken dat huisartsen die veel huisbezoek afleggen, tevredener patiënten hebben dan huisartsen die weinig huisbezoek afleggen. Om deze twee veronderstellingen te onderzoeken is gekozen voor de onderzoeksopzet van *figuur 1*.

Patiënten. Gedurende een willekeurige week in de herfst van 1978 noteerden de huisartsen de namen en adressen van alle patiënten met wie zij contact hadden gehad (spreekkamer en huisbezoek). Te beginnen op een dinsdag werd een lijst bijgehouden, tot bij elke huisarts een totaal was bereikt van veertig patiënten (twintig spreekkamerpatiënten, twintig huisbezoekpatiënten). De huisartsen kondigden de komst

* Psycholoog; als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

Figuur 1. De opzet van het onderzoek; tussen haakjes de aantallen patiënten.

	Houding huisarts ten aanzien van huisbezoek		Totaal
	Zo weinig mogelijk beperken	Zo veel mogelijk beperken	
Platteland	Huisarts 1 (40)	Huisarts 2 (40)	(80)
Stad	Huisarts 3 (40)	Huisarts 4 (40)	(80)
Totaal	(80)	(80)	(160)

aan van een interviewer die met de patiënt een gesprek zou voeren over „het huisbezoek”.

Interviewers. Aan alle patiënten is bij hen thuis een vragenlijst voorgelegd. Deze werd afgenomen door tweedejaars studenten geneeskunde die aan het onderzoeksproject meewerkten in het kader van werkgroep-onderwijs medische sociologie, dat werd verzorgd door de vakgroep sociale geneeskunde. De studenten namen deel aan een training in gespreksvoering die gericht was op het afnemen van de vragenlijst.

De gemiddelde duur van het interview bedroeg een uur. Aan de patiënten werd nadrukkelijk meegedeeld dat deelname aan het onderzoek anoniem was; de namen van de patiënten werden niet vermeld op de vragenlijsten.

Resultaten

Eén van de onderdelen van de vragenlijst die aan de patiënten is voorgelegd, betrof een reeks uitspraken over het huisbezoek. De drie uitspraken die het frequentst de reactie „helemaal mee eens” oproepen zijn vermeld in *figuur 2*. Patiënten vinden het blijkbaar zeer belangrijk dat de huisarts rustig de tijd neemt tijdens het huisbezoek. Uit de tweede uitspraak blijkt dat een verzoek om huisbezoek niet lichtvaardig wordt gedaan, veel patiënten zeggen dat ze weten hoe druk de huisarts het heeft („je moet niet voor ieder wisselwasje om huisbezoek vragen” is een veel gehoorde opmerking). De patiënt die de drempel eenmaal overstapt en om huisbezoek vraagt, vindt dat hij serieus moet worden genomen: „als ik om huisbezoek vraag, is het écht nodig”. De angst om de dokter voor niets te

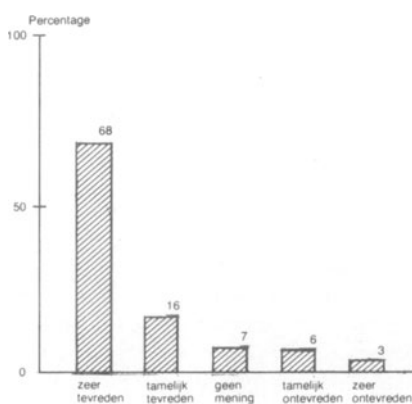
Figuur 2. De drie uitspraken met de hoogste percentages „helemaal mee eens” (n = 160).

„Ik vind dat mijn huisarts, als hij bij mij op huisbezoek is, daarvoor rustig de tijd moet nemen.” (91 procent).

„Als ik opbel om te vragen om huisbezoek, moet mijn huisarts in principe altijd komen.” (84 procent).

„Als mijn huisarts op huisbezoek komt, behoort hij mij niet het gevoel te geven dat het huisbezoek eigenlijk overbodig was.” (74 procent).

Figuur 3. De mate van tevredenheid van de patiënten over de bereidheid van de arts om huisbezoek af te leggen (n = 160).

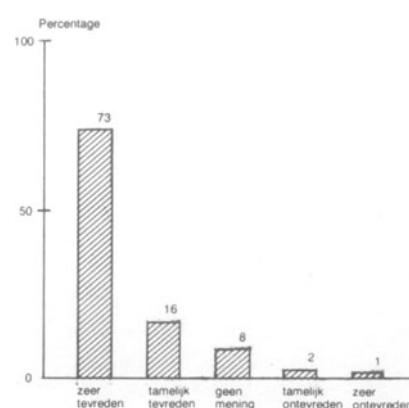


laten komen blijkt bij een groot aantal patiënten sterk te leven.

In *figuur 3* is in beeld gebracht hoe tevreden de patiënten zijn over de bereidheid van de huisarts om een huisbezoek af te leggen. Een zeer hoog percentage patiënten is tevreden over die bereidheid. In de figuur zijn de gegevens over alle vier de huisartspraktijken weergegeven. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen in de tevredenheid tussen de patiënten van de verschillende huisartsen. Zo is er één huisarts van wie de veertig patiënten allen „zeer tevreden” scoren (dat is dus 100 procent), terwijl bij een andere huisarts slechts vijftien patiënten (dat is dus 38 procent) zeer tevreden zijn, en negen tamelijk tot zeer ontevreden (zo’n 25 procent). Bij een praktijkgrootte van 3.000 patiënten zou dat laatste betekenen dat zo’n 700 patiënten ontevreden zijn over de bereidheid van de huisarts om huisbezoek af te leggen.

Figuur 4 geeft de tevredenheid weer over het feitelijk verkregen huisbezoek. Slechts 3 procent is ontevreden. Hier bestaan geringere verschillen tussen de patiënten van de verschillende huisartsen: wanneer de huisarts eenmaal op huisbezoek komt, is men bepaald tevreden over zijn optreden. Uit de opmerkingen die de patiënten maakten bij twee vragen over hun tevredenheid, blijkt dat zij hun oordeel níét baseren op de medische deskundigheid van de huisarts; deze deskundigheid wordt als vanzelfsprekend aangenomen. Het zijn veel meer de relationele vaardigheden van de huisarts die bepalen hoe tevreden de patiënten zijn over het huisbezoek en over de huisarts. Op de vraag van de huisarts „hoe krijg ik tevreden patiënten?”, is het

Figuur 4. Mate van tevredenheid van de patiënten over het huisbezoek (n = 160).



antwoord: geef uw patiënten het gevoel dat u rustig de tijd voor hen neemt.

De patiënten die ontevreden zijn, vinden vaker dan tevreden patiënten dat de huisarts niet rustig de tijd voor ze neemt, dat de huisarts meer huisbezoek zou moeten afleggen en dat zij niet over andere dingen dan hun ziekte kunnen praten terwijl ze vinden dat dat wel zou moeten kunnen.

Bij analyse van de tevredenheidsscores van de patiënten op het platteland en de patiënten in de stad, blijkt geen duidelijk verschil te bestaan tussen beide groepen. Ook tussen patiënten van huisartsen die in principe zo weinig mogelijk huisbezoek afleggen, en patiënten van huisartsen die in principe ieder verzoek om huisbezoek honoreren, bestaat geen opvallend verschil in tevredenheid over het huisbezoek.

Aan de 160 patiënten is een aantal „open vragen” gesteld over het huisbezoek. De eerste vraag luidde: *Kunt u drie redenen of situaties noemen waarbij volgens u de huisarts heel beslist bij u thuis op huisbezoek moet komen?* De vijf meest genoemde redenen of situaties zijn:

- wanneer de patiënt zelf niet kan komen (te oud, te ziek, invalide, bewusteloos);
- hoge koorts bij kinderen;
- ongevallen;
- als de patiënt erom vraagt;
- nazorg bij overlijden.

Bij de eerste reden kunnen twee opmerkingen worden gemaakt. In de eerste plaats: men neemt spreekuurbezoek blijkbaar als uitgangspunt voor hulp zoeken bij ziekte. Wanneer je ziek bent, ga je zoveel mogelijk naar het spreekuur; pas wanneer je te oud et-

cetera bent, moet de dokter thuis komen. Een tweede interessant punt is het „te ziek” zijn. Wie bepaalt dat en op grond van welke overwegingen? Vele patiënten laten de beoordeling hiervan over aan de huisarts of aan de assistente in een telefoongesprek, vooral wanneer men twijfelt over het voldoende ernstig ziek zijn om huisbezoek te kunnen rechtvaardigen. Anderen vinden twijfel over de noodzaak van huisbezoek nu juist een reden om van de huisarts te eisen dat hij bij de patiënt thuis komt zodat hij zelf kan beoordelen hoe ernstig de situatie is.

Hoge koorts bij kinderen wordt frequent genoemd als reden om een bezoek om huisbezoek gehonoreerd te krijgen. Flinkke koorts is voor vele patiënten synoniem met in bed blijven en huisbezoek vragen.

Vragen om huisbezoek wordt door de meeste patiënten niet gezien als een vanzelfsprekende zaak: men moet de situatie als ernstig ervaren wil men de stap nemen om te vragen om huisbezoek; men is bang „de dokter voor niets te laten komen”, „hem voor iets onbelangrijks lastig te vallen”, „hij heeft het tenslotte al druk genoeg”.

Interessant is de groep patiënten die de vierde reden noemt. Deze patiënten vinden dat ze zelf goed in staat zijn te beoordelen wanneer huisbezoek nodig is, en menen dan ook dat de huisarts moet komen wanneer zij daarom vragen. Wellicht hebben deze patiënten een andere opvatting over de verhouding tussen huisarts en patiënt dan de patiënt die de beslissing over huisbezoek aan de huisarts of doktersassistente laten. Zijn patiënten die de vierde reden noemen misschien „mondige” patiënten?

De tweede vraag luidde: *Wat vindt U het plezierigst aan huisbezoek?* Antwoorden: zekerheid, opluchting, geruststelling, aandacht krijgen, veilig gevoel, praten, morele steun, prettig contact, er is genoeg tijd, hij is persoonlijker en informeler. Een indrukwekkende lijst van gevoelens met een positieve lading. „De dokter komt bij je thuis”, dat wil voor veel mensen zeggen dat de arts minder tijdgebonden is; hij wordt ervaren als rustiger en persoonlijker, waardoor vertrouwelijke dingen kunnen worden besproken. Het contact met de arts staat centraal bij de beoordeling van de patiënt van het huisbezoek.

Bovenal echter verwachten patiënten handelingen van hun huisarts met betrekking tot hun klachten. Hierdoor krijgen zij zekerheid en geruststelling.

Door de patiënt te onderzoeken, een diagnose te stellen, advies te geven en eventueel medicijnen voor te schrijven stelt de arts de patiënt gerust: hij wil weten wat hem mankeert en wat er gedaan moet worden. Ook morele steun en een blijk van medeleven worden erg gewaardeerd. De belangrijkste functie van het huisbezoek voor de patiënt is dus vooral de geruststellende werking die ervan uitgaat: „Gelukkig is de dokter geweest, hij heeft me onderzocht en vertelde wat er aan de hand was en wat er gedaan kan worden, hij nam er rustig de tijd voor, ook vroeg hij naar de kinderen en hij was erg aardig”.

De volgende open vraag luidde: *Zijn er dingen die u onaangenaam of vervelend vindt aan huisbezoek?* Het belangrijkste antwoord op deze vraag is het zeer frequent gehoorde „nee”. Wanneer nadelen worden genoemd, betreft het de veel gehoorde angst om de dokter voor niets te laten komen.

Als een tweede nadeel van het huisbezoek wordt genoemd de onzekerheid over het tijdstip waarop de dokter langskomt. Enkele patiënten vermelden nog dat ze het vervelend vinden wanneer de dokter onverwacht komt en het huis niet aan kant is.

De laatste open vraag was: *Als u huisbezoek vergelijkt met spreekuurbezoek, zijn er dan voordelen aan spreekuurbezoek, volgens u?* Men is het erover eens dat er in de spreekkamer betere onderzoeksmogelijkheden zijn. Het onderzoek is ook uitgebreider („dokter heeft al zijn spullen bij de hand”). Bovendien weet een patiënt te vertellen dat de dokter in zijn eigen omgeving meer op zijn gemak is. In de praktijken met apotheek komt daar nog bij dat de medicijnen direct meegegeven kunnen worden. Ook het „niet de hele dag hoeven wachten” wordt als voordeel genoemd.

De privacy en rust in de spreekkamer worden als uniek ervaren door ouders met jonge kinderen en door mensen met persoonlijke problemen („weg uit de drukte thuis om ongestoord onder vier ogen te kunnen praten”). Niet zelden wordt als voordeel van het praten met de huisarts in de spreekkamer genoemd dat de partner er niet bij is of er niets van afweet. Patiënten van een van de huisartsen die probeert het huisbezoek zoveel mogelijk te beperken noemen nogal eens als voordeel, dat zij in de spreekkamer meer tijd krijgen van hun huisarts.

Het laatste deel van de vragenlijst bestond uit elf ziektegevallen met aan de

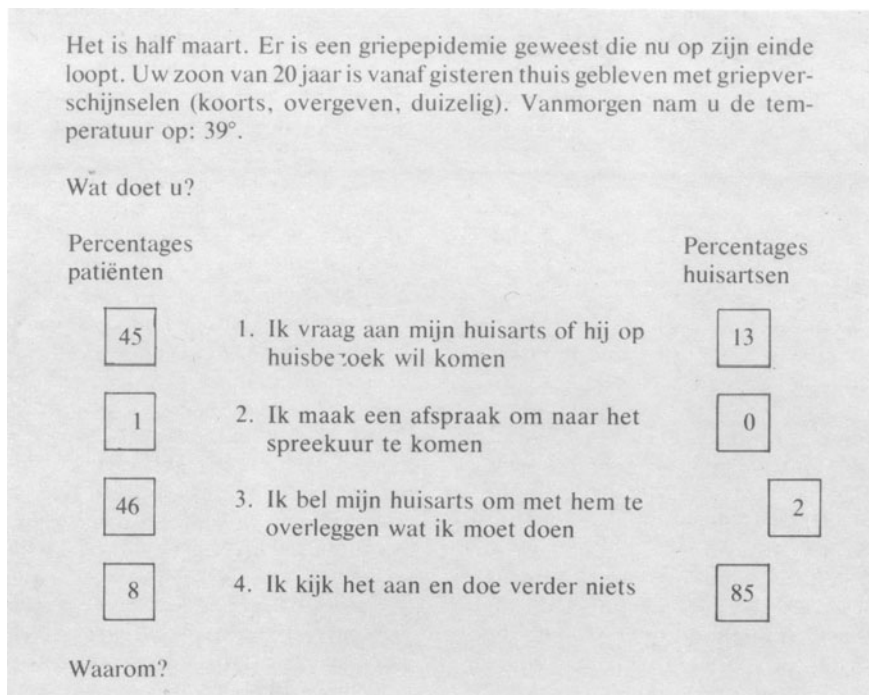
patiënt de vraag: Wat doet u? Vraagt u om huisbezoek, gaat u naar de spreekkamer, overlegt u telefonisch met uw huisarts, of kijkt u het nog even aan? Ook werd de patiënten gevraagd hun antwoord te motiveren. De ziektegevallen zijn door *Hennink* voorgelegd aan achtenveertig huisartsen. Van de elf ziektegevallen worden er hier drie besproken. Gepoogd zal worden duidelijk te maken welke gedachtingang en welke motieven ten grondslag liggen aan de beslissing van de patiënt. Voor de motieven die de huisartsen voor hun keuze hadden wordt verwezen naar de bijdrage van *Hennink*.

Figuur 5. Patiënten die alternatief 1 kiezen, zijn het er roerend over eens dat iemand met 39° koorts 's ochtends niet de straat over kan om naar het spreekuur te gaan. Zij vragen om huisbezoek omdat zij met zekerheid willen laten vaststellen dat het hier om griep gaat („dokter moet hem even zien”, „het kan wat anders zijn”); zij zijn veront-rust, ook in het geval van griep: „griep is een onduidelijke ziekte”.

Eén van de patiënten die alternatief 2 kiest, denkt de patiënt met de auto naar het spreekuur te zullen brengen („39° koorts kan nog wel”). Voor de patiënten die alternatief 3 kiezen is de koorts het argument om niet naar de spreekkamer te komen. De onzekerheid van de patiënten over wat ze eraan kunnen doen („het is misschien wat ernstigs”) vormt de reden om advies en/of een recept te vragen. De grote kans dat het griep is („er heerst een epidemie”) geeft de patiënten het idee en het vertrouwen dat dit telefonisch wel is te regelen. Dit doet hen besluiten geen huisbezoek te vragen. Toch is de geruststelling nodig want ze willen wel horen of de huisarts huisbezoek of spreekuurbezoek nodig acht. Enkele patiënten zeggen dat ze weten dat de arts het door de epidemie al druk genoeg heeft, en begrijpen dat zij daarom geen speciaal geval zullen zijn. Zij verwachten een standaardrecept/advies. Het risico dat de huisarts voor niets zal komen vinden de patiënten nu extra groot.

De patiënten die alternatief 4 kiezen, zien de symptomen als normale griepverschijnselen bij een griep-epidemie („de griep heerst”), waarbij het devies is even volhouden en afwachten, de patiënten verzorgen (eventueel wat pillen geven) en laten uitzielen. De griep wordt gezien als een in principe ongevaarlijke ziekte. Mocht de griep aanhouden (variërend van een dag tot

Figuur 5. Ziektegeval 1 met de antwoorden van de patiënten en huisartsen.



een week) of de koorts oplopen, dan kan de huisarts alsnog worden ingeschakeld (men belt op voor een recept en/of advies, of men verzoekt om huisbezoek).

Samenvattend voor dit ziektegeval: het oordeel van de patiënt over de ernst van de ziekteverschijnselen bepaalt in belangrijke mate zijn gedrag. Dit oordeel is vooral afhankelijk van de mate waarin de patiënt ongerust is. Hoe ongeruster de patiënt, hoe sterker hij huisbezoek wil. Minder ongeruste mensen betrekken de epidemie, de hun bekende griepverschijnselen en de overweging dat de huisarts het nu wel druk zal hebben, bij hun besluit om geen hulp van de huisarts in te roepen. Ervaring met klachten en symptomen maakt dat de patiënten met meer stelligheid kiezen voor een van de vier alternatieven.

Figuur 6. Bij deze casus doet de ernst van de klachten 98 procent van de huisartsen besluiten huisbezoek af te leggen. Hennink vermeldt dat enkele huisartsen deze visite met spoed en voorrang zouden willen maken. Van de patiënten kiest 46 procent voor huisbezoek. Zij voelen zich ongerust en vrezen longontsteking, bronchitis of een astmatische aanval (al of niet op grond van ervaring met deze verschijnselen). Zij beschouwen vooral de benauwdheid en het piepen als ernstige signalen.

De koorts is de voornaamste reden om niet naar het spreekuur te gaan. Omdat de patiënten zich erg onzeker voelen over de aard en ernst van de ziekte („geen normale verschijnselen”, „ze is ernstig ziek”) en zij „het ergste vrezen”, vinden zij het gerechtvaardigd om te vragen om huisbezoek en de huisarts zelf te laten kijken naar de patiënt. Vijf patiënten eisen zelfs dat de huisarts komt.

De patiënten die kiezen voor alternatief 2 laten de beslissing afhangen van de hoogte van de koorts. Een aantal heeft voor alternatief 3 gekozen omdat zij zelf niet willen/kunnen beslissen. Eén verwacht in de spreekkamer een beter onderzoek, enkelen vinden dat je de arts er niet voor kunt laten komen, en dat ze zelf wel naar de praktijk kunnen gaan.

De groep die alternatief 3 kiest, is niet zo zeer ongerust als wel onzeker over de aard en de ernst van de klachten en over wat gedaan moet worden. Deze patiënten willen hierover advies. Ook verwachten zij in het algemeen dat de arts een recept zal uitschrijven of liever zelf even langs komt. Onduidelijk is vaak hoe de patiënten er zelf over denken. Vele denken dat de dokter dat wel uitmaakt, andere hebben uitgesproken verwachtingen („hij zal wel willen langskomen want dat doet hij meestal”, of „hij komt vast niet want dat doet hij nooit”). Wat hun eigen me-

ning hierover is zal misschien pas blijken als de arts anders handelt dan zij verwachten of wenselijk achten.

De patiënten die het vierde alternatief kiezen, verwachten dat de ziekte wel zal overgaan, al dan niet met huismiddeltjes; dit weet men min of meer uit ervaring. Ook is men van plan de hulp van de huisarts alsnog in te roepen als de klachten aanhouden of verergeren. De overweging is: je kunt de arts niet met alles lastig vallen. Is dit laatste overigens een norm? Staat hulp vragen gelijk met „lastig vallen”?

Figuur 7. De motieven van patiënten om alternatief 1 te kiezen, luiden: „het is nog nooit voorgekomen” (er is dus onbekendheid met de verschijnselen) en „met jonge kinderen durf ik het risico niet te nemen”. Het beangstigt de mensen en ze weten niet wat te doen. Men is bang dat het kind wat heeft ingeslikt („ze kan wel stikken”). Angst en onzekerheid staan steeds centraal.

De 3 procent die voor alternatief 2 kiest bestaat uit patiënten van een van de huisartsen die weinig huisbezoek afleggen. Men gaat wel de volgende dag naar het spreekuur.

Zij die voor alternatief 3 kiezen, maken dat de telefoon roodgloeiend staat; ze zijn ongerust en voelen zich onzeker. Eigenlijk overtreden ze een norm, vinden ze: 's nachts val je de dokter in principe niet lastig of het moet wel heel ernstig zijn. Óf het heel ernstig is, weten de patiënten nu juist niet, vandaar uitspraken als „dokter maakt zelf wel uit of hij langs moet komen”. Allen willen in ieder geval worden gerustgesteld want de symptomen zijn niet te vertrouwen. Met het late uur wordt door vrijwel alle patiënten rekening gehouden. Het vormt een rem op het vragen om hulp.

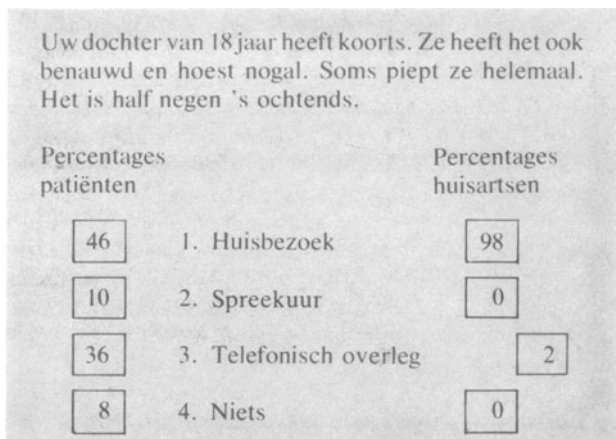
„Huismiddeltje”, „stoombad”, „geen koorts dus niet zo ernstig” worden genoemd door de patiënten die alternatief 4 kiezen. Men wil de huisarts 's nachts niet lastig vallen. De onzekerheid van de patiënten enerzijds en het late tijdstip anderzijds geeft reden tot rationaliseren: men stelt zichzelf gerust met „kinderen kunnen zo weer beter zijn” en „'s nachts kan de dokter toch niets doen”.

Discussie

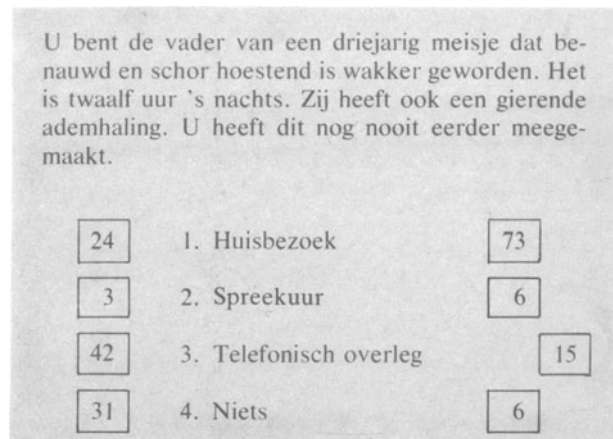
Wat gaat er om in hoofd en hart van de patiënt wanneer hij zich niet goed voelt?

Hij voelt zich ziek en hij moet beslissen wat hij zal doen: óf hij kijkt het nog even (1979) huisarts en wetenschap 22, 507

Figuur 6. Ziektegeval 2 met de antwoorden van de patiënten en huisartsen.



Figuur 7. Ziektegeval 3 met de antwoorden van de patiënten en huisartsen.



aan en probeert zelf in zijn toestand verbetering te brengen (naar bed gaan, huismiddeltjes), óf hij vindt dat hulp van de huisarts nodig is. Bij deze besluitvorming spelen verschillende factoren een rol: de ervaring met en kennis van ziekteverschijnselen, de mate waarin de patiënt angst omzet in vragen om hulp en de kennis en ideeën die de patiënt heeft over de criteria die zijn huisarts aanlegt voor huisbezoek.

Onzekerheid over de criteria die de huisarts aanlegt bij het al dan niet honoreren van verzoeken om huisbezoek leidt tot verschillende gedragspatronen van patiënten. Sommige zullen wachten met het vragen om een visite tot de klachten zodanig verergerd zijn dat huisbezoek volgens de patiënt nu echt nodig is. De angst de huisarts voor niets te laten komen is dan klein. Bij anderen leidt de onzekerheid over de criteria van de huisarts tot opbellen naar de praktijk waarbij de beslissing over de noodzaak van huisbezoek wordt overgelaten aan de doktersassistente of aan de huisarts.

De zekerheid van de patiënt dat de huisarts komt als het volgens de patiënt echt nodig is, leidt ertoe dat hij terughoudend is met zijn verzoeken om huisbezoek. Hij wacht nog even af:

„als het echt nodig is, komt dokter toch zo, je moet hem vooral niet voor niets roepen”.

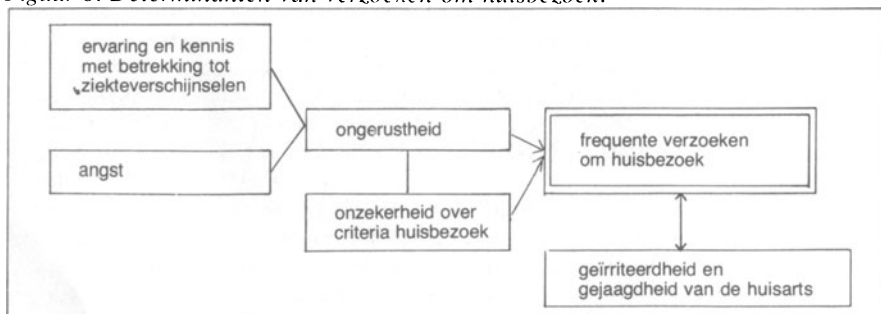
In de huisartspraktijk waar de patiënten zeggen dat het bijzonder moeilijk is hun huisarts „zo ver te krijgen” dat hij op huisbezoek komt, doen de patiënten door de telefoon hun klachten ernstiger voorkomen dan „objectief” juist is om toch maar „in vredesnaam de dokter te zien”. De doktersassistente vecht iedere dag weer tegen de vele verzoeken om huisbezoek, enkele patiënten winnen het gevecht, de huisarts legt huisbezoek af en constateert dat het huisbezoek alweer overbodig was. Hij raakt geïrriteerd over het grote aantal „zeurders om huisbezoek”, instrueert zijn assistente opnieuw om verzoeken om huisbezoek zoveel mogelijk te beperken en hij wordt steeds minder bereid om huisbezoek af te leggen. De patiënten worden ontevreden over de huisarts vanwege zijn blijken van irritatie en gejaagdheid, die onder meer in stand worden gehouden door de vele verzoeken om huisbezoek. De cirkel is rond: patiënt en huisarts blijven elkaar irriteren (figuur 8).

Welke suggesties kunnen nu worden gedaan aan de huisarts die ernaar

streeft zijn patiënten tevreden te laten zijn over het huisbezoek en die probeert invloed uit te oefenen op het aantal verzoeken om huisbezoek?

Wanneer de huisarts er in slaagt zijn patiënten het gevoel te geven dat hij zeker op huisbezoek zal komen wanneer de patiënt dat echt nodig vindt, zullen de patiënten terughoudend zijn met het vragen om huisbezoek. De huisarts kan een dergelijk gevoel bij zijn patiënten doen ontstaan door hen duidelijkheid te verschaffen over de criteria die hij aanlegt om verzoeken om huisbezoek te honoreren. Wanneer de huisarts de patiënt aan het einde van een „overbodig” huisbezoek duidelijk maakt dat in dit geval huisbezoek niet nodig was en hem laat merken dat hij de ongerustheid en angst serieus neemt, voelt de patiënt zich erkend. Wanneer de huisarts er tevens in slaagt de patiënt het gevoel te geven dat hij rustig de tijd voor de patiënt neemt, zal niet alleen de patiënt tevreden zijn over het huisbezoek en over de huisarts, maar zal de huisarts menige irritatie bespaard blijven. Verzoeken om huisbezoek en honorering daarvan zullen als gevolg hiervan beter op elkaar afgestemd raken waardoor de mogelijkheden van optimale zorgverlening worden bevorderd.

Figuur 8. Determinanten van verzoeken om huisbezoek.



Samenvatting. Op grond van de antwoorden van 160 patiënten uit vier huisartspraktijken in de regio Leiden is een beeld geschetst van de opvattingen van patiënten over en de mate van tevredenheid met het huisbezoek van de huisarts.

Huisbezoek blijkt in sterke mate positieve gevoelens op te roepen bij de patiënten: geruststelling en zekerheid zijn de belangrijkste effecten; men ziet vrijwel geen nadelen. Spreekuurbezoek

heeft volgens de patiënten enkele voordelen boven huisbezoek (meer privacy en rust, kortere wachttijd). Een grote meerderheid van de patiënten (85 procent) is tevreden over de bereidheid van de huisarts om huisbezoek af te leggen en over het feitelijk huisbezoek. Er zijn aanzienlijke verschillen in tevredenheid tussen de patiënten in de verschillende huisartspraktijken.

Summary. House calls: what does the patient think of them? On the basis of the responses of 160 patients in four general practices in the Leiden area, an outline is presented of the patients' views on and degree of satisfaction with house calls by the family doctor. House calls proved to generate strong positive feelings in the patients; reassurance and a sense of security were the principal effects, and virtually no disadvantages were seen. According to the patients, consulting-room visits have a few advantages over house calls: (more privacy and quiet, and shorter waiting times). A large majority of the patients (85 percent) were satisfied with the family doctor's willingness to make house calls and with the house calls as such. There were substantial differences in the degree of satisfaction between the patients in the different practices.

- Crebolder, H. F. J. M. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Wihuis (VII). (1977) huisarts en wetenschap 20, 178-188.
- Hennink, M. P. Criteria voor huisbezoek. (1979) huisarts en wetenschap 22, 496-500.
- Kelman, H. R. Evaluation of health care quality by consumers. (1976) Int. J. Hlth Serv. 6, 431-442.
- Kincey, J., P. Bradshaw and P. Ley. Patient's satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. (1975) J. roy. Coll. gen. Practit. 25, 558-566.
- Korsch, B. M., E. K. Gozzi and V. Francis. Gaps in doctor-patient communication. (1968) Pediatrics 42, 855-871.
- Pope, C. R. Consumer satisfaction in a health maintenance organization. (1978) J. Hlth soc. Behav. 19, 291-303.
- Ware, J. E., A. Davies-Avery and A. L. Stewart. The measurement and meaning of patient satisfaction. (1978) Hlth Med. Care Serv. Rev.

Een meer uitgebreide literatuurlijst is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.

Het huisbezoek van anderen

Een literatuurlijst

Tijdens de Boerhaave Cursus is slechts gesproken over het huisbezoek van de huisarts. Misschien zullen te zijner tijd ook andere „huisbezoekers” eens in dit tijdschrift aan het woord komen: de pastor, de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werker en niet te vergeten: de pedicure; uit een onderzoek van Robertson – (1976) Community Health 7, 128-134 – blijkt dat van alle eerstelijns werkers de pedicure het meest bij bejaarden thuis komt. Het staat voor mij vast dat de huisarts op het punt van het huisbezoek veel van deze „anderen” kan leren. Ik heb daarom een literatuurlijst samengesteld over dit onderwerp. Daaraan is toegevoegd een korte lijst over „de woning”, een onderwerp dat vroeger veel meer in de belangstelling van huisartsen stond dan tegenwoordig.

Het huisbezoek als pastoraal werk

- Baas, L. C. en J. H. A. Vermeulen. Het huisbezoek. Pastorale Cahiers Nr. 9. Paul Brand, Hilversum, 1962
- Berkelbach van der Sprenkel, S. F. H. J. Huisbezoek. Ploegsma, Amsterdam, 1946.
- Biesterveld, P. Het huisbezoek. Bos, Kampen, 1908.
- Hiltner, S. The christian shepherd, Abingdon Press, New York, Nashville, 1969.
- Kaptein, R. Het huisbezoek. Ten Have, Baarn, 1975.
- Prins, P. Dominee op huisbezoek. Bakker, Amsterdam, 1944.
- Thurneysen, Ed. Seelsorge im Vollzug. EVZ-Verslag, Zürich, 1968.

Het huisbezoek van de wijkverpleegkundige

- Boer, C. de. Huisbezoek op afspraak. (1971) Katholieke Gezondheidszorg Nr. 3, 103.
- Cassee, E. Th. e.a. De wijkverpleegkundige; een psychosociale „barefoot” doctor. (1976) Maatschappelijke Gezondheidszorg Nr. 4, 558.
- Demmenie, C. J. E. Huisbezoek aan bejaarden met-een-lijst-in-de-hand. (1972) Katholieke Gezondheidszorg Nr. 8, 362.
- Huygen, F. J. A., Th. A. M. G. van Thiel en H. Degen. Huisarts en verpleegster. (1967) huisarts en wetenschap 10, 355.

Stopetie, J. A. Hoe zien patiënt, huisarts en wijkverpleegster de wijkverpleging. (1976) Revalidatie 22, 8.

Het huisbezoek in het maatschappelijk werk

- Cowan, B. a.o. Holding unwilling clients in treatment. (1969) Social Casework 50, 146.
- Doelmatigheid in het maatschappelijk werk. Ministerie van C.R.M., Staatsuitgeverij, Den Haag, 1968.
- Faucett, E. C. A re-evaluation of the home visit in casework practice. (1961) Social Casework 42, 439.
- Levine, R. A. Treatment in het home. (1964) Social Work 9, 19.

De woning

- Ackermans, E. e.a. Wonen en welbevinden. NIPG-TNO, Leiden, 1974.
- Danz, M. J. en W. Th. L. van Wetten. Wonen en gezondheid. (1974) Stedebouw en volkshuisvesting, juni, 240.
- Eijk, J. van den. Geluidshinder in woningen. Moet dat nou? Publikatie nr. 465. Instituut voor Milieuhygiëne en Gezondheidstechniek TNO, Delft, z.j.
- Gemeentelijke (model) bouwverordening. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag.
- Martin, A. E. a.o. Housing, the housing environment and health. WHO Publication 27, Geneva, 1976.
- Statistisch zakboek. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag, 1978.

Prof. Dr. G. J. Bremer

Vertaling ICHPPC-2 voor bureaugebruik

De in het oktobernummer aangekondigde versie voor bureaugebruik van de ICHPPC-2 (condensed titles) is gereed. In tegenstelling tot ons eerdere bericht is het formaat van deze uitgave niet A-4, maar folio. De kosten bedragen f 7,- exclusief verzendkosten en B.T.W. Te bestellen bij Huisartsenpers b.v., telefoon: 030-520716.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 509