

Friendly visiting

Het vriendschappelijk bezoek aan bejaarden door de huisarts

DR. G. TH. VAN DER WERF

Er is geen onderzoek waaruit blijkt dat *friendly visiting* door de huisarts is te beschouwen als een effectieve methode van vroege opsporing of preventieve zorg. Wel zijn er redenen om aan te nemen dat ongevroegd huisbezoek door de huisarts riskant kan zijn.

Inleiding

Wat moeten we onder *friendly visiting* verstaan?

Ik heb maar één omschrijving kunnen vinden, in de eerste druk van *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde Van Westreenen* brengt het in het hoofdstukje over de zorg voor de (chronische) patiënt ter sprake als methode van vroege opsporing, naast periodiek geneeskundig onderzoek en multiële screening. Hij verstaat onder *friendly visiting*: regelmatig bezoek aan bejaarden op initiatief van de huisarts, ook wanneer ze zich niet ziek gemeld hebben.¹ In de tweede druk is dit hoofdstukje echter verdwenen en het begrip *friendly visiting* komt in het register niet meer voor.² In latere leerboeken huisartsgeneeskunde wordt het niet vermeld, evenmin als in het *Basistakenpakket* of in de geriatrische boeken voor de huisarts die ik er op heb nageslagen.³⁻⁸

In *Huisarts en Wetenschap* is er over dit onderwerp nog nooit iets gepubliceerd.⁹ Wél werd een jaar of vijf geleden door *Hennink* in dit tijdschrift de vraag gesteld of *friendly visiting* als taak van de huisarts is aan te merken. Hij deed dat bij wijze van suggestie voor verder onderzoek.¹⁰

In de volgende bijdrage zal ik uiteenzetten waarom *friendly visiting* door de huisarts als overbodig, waarschijnlijk zelfs als schadelijk voor de gezondheid moet worden beschouwd. En daarmee is dan ook de aanleiding voor onderzoek naar *friendly visiting* door de huisarts verdwenen.

Methode van vroege opsporing

Er moge dan geen onderzoek zijn verricht naar *friendly visiting*, wel bestaat er

onderzoek naar verschillende vormen van vroege opsporing en preventief-geneeskundige zorg ten behoeve van ouderen.¹¹⁻¹⁵

Programma's voor vroegtijdige opsporing en preventief-geneeskundige zorg ten behoeve van ouderen blijken buitengewoon tijdsintensief. Periodiek geneeskundig onderzoek is daarom in de huisartspraktijk niet uitvoerbaar. Dergelijke programma's vereisen bovendien, willen ze effectief zijn, een strakke en systematische opzet. Het nuttig rendement moet vooral gezocht worden in het signaleren van verlies van zelfredzaamheid en van vereenzaming, het opsporen van behoefte aan maatschappelijke bijstand en, in veel geringere mate, het verbeteren van de ADL-functies.

Op de wat langere termijn komt de extra werkbelasting vooral bij de wijkverpleegkundige terecht, en nauwelijks bij de huisarts. Dat is overigens niet verwonderlijk, want het is de functie van de huisarts uit te maken of een probleem geneeskundig van aard is, en als dat het geval is, na te gaan of er in de gegeven omstandigheden een geneeskundige behandeling mogelijk is; eventueel kan hij dan ook nog signaleren dat er iets aan die omstandigheden gedaan moet worden, wil er iets van de behandeling terecht komen.¹⁶

Brouwer propageert het eenmalig geriatrisch consult; de huisarts krijgt zo aanvullende diagnostische informatie en een advies, met behoud van zijn eigen verantwoordelijkheid voor het verdere beleid.¹⁷

Dit leidt vooral tot interventies die passen in het geneeskundig bedrijf: medicatie, fysiotherapie, verwijzen naar de specialist. Huisbezoek is eerder een goede methode om verlies van zelfredzaamheid en van vereenzaming te signaleren, en de interventies liggen hoofdzakelijk op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg.

De aangewezen hulpverlener is hier de wijkverpleegkundige. Zo gingen in Breda wijkverpleegkundigen met een vragenlijst op bezoek bij alle bejaarden in hun wijk.^{18 19} De vraag naar de effectiviteit van deze actie wordt echter als „niet te beantwoorden” omzeild, en dat is jammer. Want *friendly visiting* roept dezelfde vragen op, als het door de wijkverpleegkundige wordt uitgevoerd.

Voorkomen van overbodig medisch ingrijpen

De huisarts moet *friendly visiting* nalaten: laat ouderen net als andere volwassenen verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid; daar hoeft de huisarts geen verzorgende of onderhoudende rol in te spelen. Een bevriende huisarts vertelde me dat ze onlangs had meegemaakt dat een oude dame had gewacht met het aanvragen van een visite voor een lastige klacht, omdat de dokter de week daarna toch wel langs zou komen: laat ouderen zelf een visite aanvragen, dat werkt stimulerend op hun zelfstandigheid. *Friendly visiting* werkt daarentegen eerder medicaliserend.

Het argument van de medicalisering heeft hier overigens maar een beperkte geldigheid: zodra kan worden aangetoond dat door *friendly visiting* bijvoorbeeld aanmerkelijk minder bejaarden komen te vallen, verliest het argument zijn geldigheid. Dat het als argument gehanteerd kan worden, toont echter op zijn minst aan dat er scepsis bestaat bij sommige artsen over de effectiviteit van *friendly visiting*.

De arts-patiënt relatie is een medische aangelegenheid, niet alleen een kwestie van aardig zijn. Contacten met artsen zijn niet zonder risico's en die risico's moeten worden afgewogen tegen mogelijke gezondheidswinst. Al jaren worden ons de verhalen verteld over bejaarden die in het geheel niet ziek bleken nadat zij hun poeders, hun pillen en hun drankjes hadden laten staan. De huisarts ziet bijwerkingen van geneesmiddelen bij bejaarden vaker dan in welke leeftijdsgroep ook. „Looking behind the clock is part of our job”.²⁰ Maar of we nu speciaal daarvoor een bezoek moeten afleggen?

Beter dan *friendly visiting* kan de huisarts zijn tijd besteden aan het kritisch evalueren van de rationaliteit van zijn voorschrijfgedrag bij bejaarden, aan een anticiperende benadering, of aan de samenwerking met de wijkverpleegkundige. De belangrijkste preventieve taak van de huisarts bij bejaarden ligt in het voorkomen van overbodig – en dus schadelijk – medisch ingrijpen. Bij een dergelijke taakopvatting past het achterwege laten van ongevroegd huisbezoek.

Het oordeel van 21 huisartsen

Aan een – overigens volstrekt niet aselechte – groep van 21 huisartsen heb ik een aantal vragen voorgelegd over *friendly visiting*: of ze het zelf deden, en of ze het een taak van de huisarts vonden; met welke frequentie ze een dergelijk bezoek dan brachten, en hoeveel van dergelijke bezoeken ze per week aflegden. En of ze het deden bij bepaalde groepen bejaarden: bejaarden boven een bepaalde leeftijd; bejaarden die dreigden te vereenzamen; bejaarden die anderszins tot een risicogroep gerekend moeten worden, en zo ja, tot welke. Tot slot heb ik mijn respondenten enkele stellingen voorgelegd, en gevraagd of ze het er al dan niet mee eens waren.

Vijftien van de 21 ondervraagden bezochten min of meer regelmatig bejaarden, ook zonder dat dezen een visite hadden aangevraagd; zes deden dat niet. Degenen die het niet deden, vonden het ook geen taak voor de huisarts; van de vijftien die het wel deden, vond slechts één het geen taak voor de huisarts; twee hadden hierover geen mening, en twaalf vonden het wel een taak voor de huisarts: feitelijk gedrag en taak-opvatting lopen hier vrijwel parallel.

De huisartsen die aan *friendly visiting* deden, brachten een zeer uiteenlopend aantal van dergelijke bezoeken: van minder dan één per week tot dagelijks één à twee, met een gemiddelde duur van 8-15 minuten. Twee huisartsen kostte een dergelijk bezoek minder dan 8 minuten; twee huisartsen kostte het meer dan vijftien minuten per bezoek. De meeste huisartsen bezochten de bejaarden eens per vier tot acht weken; enkelen brachten zo'n bezoek eens per twee tot vier maanden. De tijd en energie die huisartsen in *friendly visiting* steken, loopt klaarblijkelijk zeer uiteen. Met mijn stelling dat bejaarden bij wie de huisarts aan *friendly visiting* doet (post aut propter) meer medicijnen gebruiken dan andere bejaarden, waren slechts vier huisartsen het eens; vijf hadden geen mening en twaalf waren het ermee oneens.

De huisartsen waren er allerminst zeker van dat ze *friendly visiting* met een strakke en systematische opzet bedrijven: van de 21 huisartsen waren er elf die mijn scepsis op dit punt deelden, vier waren het met mij oneens en zes hadden er geen mening over. Van de vijftien ondervraagden die aan *friendly visiting* deden, bezocht slechts één huisarts alle bejaarden die boven een bepaalde leef-

tijd waren gekomen (75 jaar). Vijf huisartsen noemden dreigende vereenzaming als aanleiding tot *friendly visiting*. Op de vraag of men bejaarden uit bepaalde risicogroepen bezocht, antwoordden negen huisartsen bevestigend. Op de vraag aan welke risicogroepen ze dachten, noemden twee huisartsen verzorgingsproblematiek, eveneens twee eenzaamheid, één noemde verwaarlozing, één voedingsproblematiek, één motorische stoornissen, en één antwoordde: bejaarden van wie ik weet dat ze bij problemen niet adequaat reageren. Achttien maal werd geneeskundige problematiek als aanleiding tot *friendly visiting* genoemd: vijfmaal diabetes, vijfmaal cardiovasculaire problemen, driemaal hypertensie, driemaal dementie, eenmaal rheuma en eenmaal carcinoom.

En dat onderstreept nog eens de nadruk die huisartsen leggen op de geneeskundige aspecten van hun beroep. Deze huisartsen vatten *friendly visiting* kennelijk niet alleen op als methode van secundaire preventie, maar ook als een vorm van tertiaire preventie: de controle van chronische ziekten. Daarmee is dan de vraag naar *friendly visiting* teruggebracht tot de vraag naar de indicaties voor huisbezoek. En daarover is al eerder geschreven in dit tijdschrift.¹⁰

Onwetenschappelijk naschrift

Maar waar blijft dan het mededogen – want ongevraagd huisbezoek wordt door de bejaarde patiënt zeer op prijs gesteld. „In all the countries I visited there was only one consistent answer to my question 'What is your main criticism of general practice?' The answer: 'Some doctors don't care, don't listen, don't understand and aren't interested.'... 'Motivation and dedication are qualities which should not be denigrated and, in fact, require urgent study'.²¹ Uiteraard is er niets op tegen dat een huisarts zo af en toe de tijd neemt voor een vriendschappelijk bezoekje, ook aan gezonde bejaarden. Mits hij zich afvraagt of hij zijn tijd niet beter kan besteden aan andere taken, of aan zijn privéleven... Al de huisarts er dan toch toe besluit, laat hij het dan doen niet als geneeskundige, niet als huisarts, maar als huisvriend. Maar dat roept nog heel andere vragen op.

¹ Van Westreenen E. De zorg voor de patiënt, vooral voor de chronische patiënt.

In: Bremer GJ, Van Es JC, Hofmans A, red Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

² Bremer GJ, Van Es JC, Hofmans A, red. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. 2^e dr. Leiden: Stenfert Kroese, 1974.

³ Van Es JC. Patiënt en huisarts een leerboek huisartsgeneeskunde. 2^e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.

⁴ Morrell DC. Huisartsgeneeskunst [Voor Nederland bewerkt door R.A. de Melker]. Utrecht: Bunge, 1978.

⁵ Berkestijn ThMG, Michels JJM, Voorn Th, red. De bejaarde patiënt. Een handleiding voor genees- en verpleegkundige hulpverlening. Utrecht; Bunge, 1979.

⁶ Adams G. Geriatrie in kort bestek Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1981.

⁷ Eulderink F, Oostvogel FJG, Reitsma W, Saeyns AL, red. Praktische geriatrie voor de huisarts. Uden: Sandoz, 1982.

⁸ Springer MP, red. Basistakenpakket. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁹ Meyboom-de Jong B. Van oude mensen, de dingen die geschreven zijn. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 12-5.

¹⁰ Hennink MP. Criteria voor huisbezoek. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 496-500.

¹¹ Fuldauer A. Huisarts en bejaardenonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 99-102.

¹² Huygen FJA, Schreurs BGW. Huisarts en wijkverpleegster; proefneming met een eenvoudig gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 41-6.

¹³ Fuldauer A. Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk; studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 135-47.

¹⁴ Burger AKC. Enkele tips en kanttekeningen bij het lichamenlijk onderzoek van de bejaarde patiënt. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 456-61.

¹⁵ Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 49-51.

¹⁶ Van der Werf GTh. Geneeskundige oordeelsvorming, onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts. [Dissertatie] Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

¹⁷ Brouwer W. Het eenmalig geriatrisch consult. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 140-3.

¹⁸ Buysen HPJ, Uyterlinde CA. Preventieve huisbezoeken bij ouderen. Maatschappelijke Gezondheidszorg 1985; 13(2): 12-20.

¹⁹ Buysen HPJ, Verhulst A. Waarom preventieve huisbezoeken bij ouderen? Maatschappelijke Gezondheidszorg 1985; 13(3): 12-5.

²⁰ Pereira Gray DJ. Home visits in general practice. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 480-3.

²¹ Stephen WJ. An analysis of primary medical care – an international study. London, etc. Cambridge University Press, 1979.