

# Huisbezoek in de grote stad

## Episode-georiënteerde gegevens uit het Transitieproject

H.J. BROUWER  
J. MOHRS

**Brouwer HJ, Mohrs J. Huisbezoek in de grote stad. Episode-georiënteerde gegevens uit het Transitieproject. Huisarts Wet 1994; 37(12): 520-6.**

**Samenvatting** Dit onderzoek heeft betrekking op de huisbezoeken die werden afgelegd in de grote-stadspraktijken die in de periode 1985-1988 deelnamen aan het Transitieproject. Van alle vis-à-vis- contacten bestond bijna 8 procent uit visites overdag en ruim 2 procent uit dienstvisites. Het overgrote deel van de huisbezoeken vond plaats bij bejaarden en jonge kinderen. Na standaardisatie naar leeftijd resteerden opmerkelijke kwantitatieve verschillen, zowel tussen als binnen de vijf locaties. Koorts en hoesten bleken bij jonge kinderen de voornaamste redenen om de huisarts te hulp te roepen; virale infecties en bovenste-luchtweginfecties waren de belangrijkste aandoeningen. Bij bejaarden vond een vijfde van de visites plaats op initiatief van de huisarts. De klachten liepen bij deze groep zeer uiteen; chronische aandoeningen vormden het leeuwedeel van de morbiditeit. Vooral bij bejaarden vonden spoedverwijzingen vaker plaats tijdens visites dan tijdens spreekuurcontacten.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.  
Drs. H.J. Brouwer, psycholoog; J. Mohrs, data-analyst.  
Correspondentie: Drs. H.J. Brouwer.

### Inleiding

De gezondheidszorg in de VS wordt gekenmerkt door een opmerkelijke paradox: tegenover een ware renaissance van de thuiszorg staat het vrijwel uitsterven van het huisbezoek door de *family practitioner* (nog slechts 1 procent van alle patiëntcontacten).<sup>1</sup> De Noordamerikaanse arts die nog wel visites aflegt, is betrekkelijk oud en heeft een kleine, landelijke solopraktijk.<sup>2</sup>

Dit schrikbeeld werd de lezer van *Huisarts en Wetenschap* vijftien jaar geleden voorgehouden in een themanummer dat aan het huisbezoek was gewijd.<sup>3</sup> In diverse bijdragen klonk de vrees door dat het voor de huisartsgeneeskunde zo kenmerkende huisbezoek ook bij ons geheel zou verdwijnen, en werd gepoogd de positieve kanten van de visite te belichten. In één bijdrage werd zelfs opgeroepen de visite nog maar niet af te schaffen in afwachting van wetenschappelijk onderzoek naar het nut van huisbezoek.<sup>4</sup> De afname werd toegeschreven aan het veranderende morbiditeitspatroon, de toenemende institutionalisering van de zorg, een verbeterde bereikbaarheid van de praktijk, en een efficiëntere dienstverlening door de huisarts in de praktijk.

Uit een registratie gedurende vijf werkdagen in 38 praktijken in de Randstad kwam naar voren dat op grote schaal huisbezoeken worden afgelegd.<sup>5</sup> De verhouding tussen consulten en visites bleek 5:1. Op het platteland vonden beduidend meer visites plaats dan in de stad. Van de visites was 62 procent door de patiënt aangevraagd, terwijl 38 procent op initiatief van de huisarts werd afgelegd.

Sindsdien is over de omvang van het huisbezoek van de Nederlandse huisarts en de factoren die hierop van invloed zijn, meer bekend geworden uit de grote morbiditeitsstudies. In het Monitoringproject bestond 10,1 procent van de vis-à-vis-contacten uit huisbezoek (overdag en tijdens de dienst; consult/visite-ratio 8,6).<sup>6</sup> De praktijken waren voornamelijk gesitueerd in verstedelijkt gebied. Uit de Nationale Studie van het Nivel komen grote verschil-

len tevoorschijn, gerelateerd aan vooral urbanisatiegraad en praktijkvorm.<sup>7</sup> Ook hier waren de visites tijdens avond- en weekenddiensten inbegrepen. Praktijken in de drie grote steden (12,2 procent visites; consult/visite-ratio 7,2) en de gezondheidscentra kenmerkten zich door relatief weinig visites. Voorts bleek een duidelijk verband te bestaan met de leeftijd van de patiënt: de huisarts ging vooral op bezoek bij jonge kinderen en bejaarden. In de grote stad werden allochtone patiënten minder vaak thuis bezocht dan autochtone.<sup>8</sup>

In het Transitieproject is het huisbezoek overdag onderscheiden van de visites tijdens de dienst. Bovendien maakt de wijze waarop de gegevens gedurende langere tijd werden geregistreerd, het mogelijk de inhoud van het contact (contactreden, diagnose, huisartsgeneeskundig handelen) te relateren aan de bijbehorende episode van huisartsgeneeskundige zorg.

In dit artikel komen de volgende vragen aan de orde:

- In welke mate hangt het huisbezoek samen met leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm?
- In welke mate varieert het huisbezoek tussen de praktijken?
- Welke verschillen zijn er tussen visites en consulten in episoden, contactredenen en huisartsgeneeskundige interventies?

### Methoden

In het Transitieproject hebben de deelnemende huisartsen gedurende een periode van ten minste één jaar alle vis-à-vis-contacten met de eigen patiënten geregistreerd.<sup>9</sup> Dienstcontacten met eigen patiënten werden altijd door de eigen huisarts geregistreerd, ook als het ging om contacten met een waarnemer. Waarneemcontacten met patiënten uit andere praktijken werden daarentegen niet geregistreerd. Contacten met de assistente en telefonische contacten bleven geheel buiten de registratie.

Er werden vier soorten contacten onderscheiden: spreekuurconsulten, consulten

tijdens de dienst, visites overdag en visites tijdens de dienst. Om verwarring te voorkomen, wordt in deze tekst het huisbezoek tijdens de normale werkuren 'dagvisite' genoemd en het huisbezoek tijdens de avond- en weekenddienst 'dienstvisite'.

Contactredenen, diagnostische interpretaties en interventies werden door de huisarts zelf geëvalueerd en gecodeerd met de ICPC en gestructureerd in episodische van huisarts geneeskundige zorg. Hiertoe werd gebruik gemaakt van doordruk-registratieformulieren, waarvan het origineel deel uitmaakte van de probleemgeoriënteerde registratie in de praktijk. De doordruk werd gebruikt voor centrale data-invoer.

Het referentiebestand, opgebouwd in de periode 1985-1988, heeft betrekking op de registratie in 22 praktijken op 14 locaties met een gemiddelde populatie van 40.796 patiënten.<sup>10</sup> De kwaliteit van de registratie is elders beschreven.<sup>11</sup>

Om de invloed van de urbanisatiegraad constant te houden, werd de analyse van het huisbezoek beperkt tot vijf grootstedelijke (Amsterdam en Rotterdam) praktijklocaties: 4 gezondheidscentra en 1 duolocatie met in totaal 13 praktijken en 17 huisartsen. De gemiddelde populatie van deze praktijken te samen was 25.459 patiënten.

De relatieve omvang van het huisbezoek zal worden uitgedrukt in percentages van alle contacten en in aantallen per 1000 patiënten per jaar. Bij de presentatie van tijdens visites veel voorkomende contactredenen en episodische zal gebruik worden gemaakt van indicatoren met betrekking tot:

- het voorkomen tijdens alle contacten;
- het voorkomen tijdens visites;
- de visite-dichtheid: het kwantitatieve gewicht van visites voor een bepaalde contactreden of episode; tevens wordt voor dezelfde rubriek het relatieve belang van de dienstvisites weergegeven;
- aan de visite gebonden multiële morbiditeit: de mate waarin tijdens een visite voor een bepaalde episode nog een andere episode aan de orde wordt gesteld.

## Resultaten

### Leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm

Bijna 10 procent van de in totaal 69.597 contacten bestond uit visites; driekwart daarvan vond overdag plaats (tabel 1). Vooral bejaarden en jonge kinderen werden thuis bezocht. Bij de bejaarden van 75 jaar en ouder bestond bijna eenderde van de contacten uit huisbezoeken, voor het overgrote deel visites overdag. Bij 54 procent van de 65-74-jarigen en 60 procent van de 75-plussers kwam de huisarts vaker dan één keer per jaar op bezoek. Bij de 0-4-jarigen was dit veel minder het geval (26 procent). In deze jongste leeftijdsgroep vonden verhoudingsgewijs de meeste dienstvisites plaats; zo'n 40 procent van alle huisbezoeken bij deze groep werd afgelegd buiten kantooruren.

Driekwart van zowel visites als consulten werd gedaan door de eigen huisarts (de huisarts in wiens praktijk de patiënt was ingeschreven). Van de dienstvisites daarentegen werd 82 procent afgelegd door een waarnemer.

De invloed van geslacht en verzekeringsvorm op het aandeel visites van het totale aantal contacten bleek, bij constant houden van de leeftijd, te verwaarlozen. Een vergelijking van de aantallen per 1000 patiënten per jaar gaf evenmin een effect te zien.

### Inter-praktijkvariatie

Het effect van verschillen in leeftijdsopbouw tussen de locaties en de praktijken per locatie kan worden gecontroleerd door standaardisatie (tabel 2). Als standaardpopulatie werd de patiëntenpopulatie van de

**Tabel 1** Het huisbezoek in de vijf Transitielocaties (n=6819).

Leeftijd in jaren	Dagvisites (n=5358)		Dienstvisites (n=1461)	
	percentage van alle contacten	aantal /1000 p.p.j	Percentage van alle contacten	aantal /1000 p.p.j.
0 - 4	9,3	264	6,2	177
5 - 14	4,7	75	2,4	39
15 - 24	2,5	57	1,1	26
25 - 44	3,3	79	1,2	29
45 - 64	5,7	176	2,1	66
65 - 74	11,1	468	2,5	104
75+	27,8	1493	2,9	157

**Tabel 2** Voor leeftijd gestandaardiseerde aantallen visites per 1000 patiënten per jaar naar locatie/praktijk

Locatie/praktijk		Locatie/praktijk	
A1	257	C1	182
A2	279	C2	246
A3	266	C3	123
A4	304	C4	150
B1	178	D*	172
B2	100	E1	297
		E2	201

\* Geen afzonderlijke praktijken

vijf locaties te samen gebruikt. Na standaardisatie voor leeftijd bleven opmerkelijke verschillen bestaan, zowel tussen de locaties als tussen de praktijken in één locatie; dit laatste is met name het geval in de locaties B, C en E.

### Episoden

Tijdens de visites kwamen, in vergelijking met de consulten, gemiddeld iets minder contactredenen (1,3 versus 1,4), maar net zoveel contactredenen (1,5) aan de orde. Het merendeel van de visites (79 procent) had betrekking op nieuwe episoden: ziekten of problemen waarvoor de huisartsgeneeskundige bemoeienis aanving tijdens de registratieperiode van één jaar. Van de nieuwe episoden met visites werd 61 procent in dat ene contact afgehandeld. Bij jongeren (0-24 jaar) was dit wat vaker het geval dan bij ouderen.

De op ICPC-hoofdstukniveau geaggregeerde morbiditeit van het huisbezoek is weergegeven in de *figuur*. Visites hadden, vergeleken met spreekuurcontacten, vaker betrekking op episoden uit de hoofdstukken A (Algemeen) en R (Tractus respiratorius) en – in wat mindere mate – D (tractus digestivus), K (tractus circulatorius) en N (zenuwstelsel). Daarentegen kwamen episoden uit de hoofdstukken S (huid), W (zwangerschap, bevalling en anticonceptie) en X (geslachtsorganen en borsten vrouw) relatief veel vaker aan bod tijdens het spreekuur. Bij visites ging het minder vaak dan in consulten om problemen die konden worden gediagnostiseerd met behulp van component 1 (symptomen en klachten): 33 versus 53 procent.

Aangezien driekwart van alle huisbezoek geconcentreerd was in twee leeftijdsgroepen die qua morbiditeit zeer uiteenlopen – jonge kinderen (0-4 jaar) en bejaarden (65 jaar en ouder) – zal de episodegeoriënteerde analyse van de morbiditeit voor deze groepen afzonderlijk beschreven worden. In de *tabellen 3-7* zijn de tijdens visites meest voorkomende contactredenen en episoden weergegeven. Bij de jonge kinderen (398 visites) gaat het om de top-tien; bij de bejaarden (2982 visites) worden vanwege de grotere diversiteit de eerste

twintig episoden gepresenteerd. De rangorde in de tabellen wordt bepaald door

het aantal visites waarin de betreffende categorie voorkomt.

**Tabel 3** Top-10 contactredenen tijdens visites bij 1507 kleine kinderen

Contactredenen	per 1000 patiënten n=1507	per 100 visites n=664	% op basis RfE	
			dag	dienst
A 03 Koorts	549	55	27	17
R 05 Hoesten	595	21	10	5
H 01 Oorpijn	198	7	9	10
D 10 Braken	119	6	12	17
D 11 Diarree	123	4	9	5
S 07 Gegen. roodheid/erytheem huid	83	4	12	6
A 04 Moeheid/ziekgevoel	93	3	9	7
R 03 Piepende ademhaling	75	3	11	4
R 21 Keel klachten/symptomen	58	3	14	2
S 04 Lok. zwelling	80	3	10	2
- 64 Initiatief huisarts	142	5	10	7
Overig		29		

**Tabel 4** Top-20 contactredenen tijdens visites bij 3251 bejaarden

Contactredenen	per 1000 patiënten n=3251	per 100 visites n=3396	% op basis RfE	
			dag	dienst
- 64 Initiatief huisarts	700	27	36	2
A 04 Moeheid/ziekgevoel	207	7	31	5
R 02 Dyspnoe/benauwdheid	157	6	34	11
R 05 Hoesten	227	6	24	1
A 03 Koorts	73	4	54	14
D 06 Gelocaliseerde buikpijn	95	2	23	6
K 07 Gezwollen enkels/enkeloedeem	74	2	28	<1
L 03 Lage rugpijn zonder uitstr.	83	2	24	2
L 14 Been/dijbeen klachten/symptomen	109	2	18	3
N 17 Duizeligheid	103	2	20	2
L 02 Rug symptomen/klachten	55	2	31	2
L 13 Heup symptomen/klachten	51	2	31	3
K 01 Pijn toegeschreven aan hart	66	2	21	14
L 15 Knie klachten/symptomen	74	2	19	3
N 01 Hoofdpijn	82	1	15	2
P 01 Angstig/nerveus/gespannen	69	1	18	2
D 01 Gegen. buikpijn/buikkrampen	53	1	22	7
L 04 Borstkas symptomen/klachten	60	1	18	3
L 17 Voet, teen symptomen/klachten	70	1	15	1
D 10 Braken	20	1	49	14
D 11 Diarree	29	1	34	3
Overig		34		

#### Toelichting

De cijfers in de eerste twee kolommen in de *tabellen 3* en *4* zijn berekend op basis van het totaal aantal patiënten/visites in de betreffende leeftijdsgroep; de cijfers in de laatste twee kolommen zijn berekend op basis van het totaal aantal van de betreffende contactredenen.

### Kleine kinderen

Koorts en hoesten waren veruit de belangrijkste redenen voor elk contact met de huisarts (tabel 3). De klacht koorts speelde een rol in meer dan de helft van alle visites.

Koorts had relatief ook de hoogste visitedichtheid; een kwart van alle koortsklachten werd tijdens visites gepresenteerd. Koorts en hoesten te samen waren verantwoordelijk voor driekwart van de visites

in deze leeftijdsgroep. Daarnaast waren de contactredenen oorpijn en braken van enig belang.

Koorts, braken en oorpijn springen er eveneens uit als contactredenen voor visi-

**Tabel 5** Top-10 episoden tijdens visites bij 1507 kleine kinderen

Episode	per 1000 patiënten n=1507	per 100 visites n=664	% op basis episode		Multipele morbiditeit %
			dag	dienst	
A 77 Virale infectie	150	17	26	18	9
R 74 Bovenste luchtweg infectie	394	16	9	7	5
H 71 Otitis media acuta	185	10	11	10	22
R 78 Acute bronchitis	107	8	12	9	19
R 76 Acute tonsillitis	56	7	29	5	21
D 74 Andere infecties tr. digestivus	84	4	17	7	
A 76 Andere virusziekte m. exantheem	41	4	36	10	
R 81 Pneumonie	19	3	29	11	
R 96 Astma	35	3	9	3	
A 97 Geen ziekte	90	3	17	7	

**Tabel 6** Top-20 episoden tijdens visites bij 3251 bejaarden

	per 1000 patiënten n=3251	per 100 visites n=3396	% op basis episode		Multipele morbiditeit %
			dag	dienst	
K 77 Decompensatio cordis	62	5	30	6	63
R 78 Acute bronchitis	80	5	33	4	42
K 86 Hypertensie	182	4	7	<1	75
D 75 Maligne neoplasma colon/rectum	11	3	57	6	28
K 76 Chron. ischemische hartziekten	78	3	15	2	60
T 90 Diabetes mellitus	68	3	15	1	75
R 74 Bovenste luchtweg infectie	92	3	23	<1	54
A 77 Virale infectie	36	3	57	5	28
R 95 Emfyseem	26	3	34	4	60
A 85 Bijwerking geneesmiddel	74	3	23	4	64
R 84 Maligne neoplasma bronchus/long	9	2	51	7	37
R 91 Chronische bronchitis	27	2	29	1	49
L 89 Osteoartrose	79	2	14	<1	45
U 71 Cystitis	79	2	17	<1	59
K 07 Gezwollen enkels/enkeloedeem	42	2	30	<1	82
K 90 Cerebrovasc. acc. (excl. tia)	23	2	41	5	43
P 76 Depressie	21	2	31	1	58
X 76 Maligne neoplasma borsten (vrouw)	11	2	47	7	37
L 03 Lage rugpijn zonder uitstr.	53	2	22	2	51
R 81 Pneumonie	13	2	44	7	20

#### Toelichting

De cijfers in de eerste twee kolommen van de tabellen 5 en 6 zijn berekend op basis van het totaal aantal patiënten/visites; de cijfers in de derde en vierde kolom zijn berekend op basis van het totaal aantal van de betreffende episode. De laatste kolom geeft het percentage visites waarin ook aan andere episoden aandacht werd besteed (alleen bij episoden met >30 visites).

tes tijdens de dienst. Slechts zelden vond bij deze groep patiëntjes een visite overdag plaats op initiatief van de huisarts. Een expliciet verzoek om interventie kwam eveneens nauwelijks voor (5 procent).

In tabel 5 zijn de tien episodens weergegeven waarop de meeste visites in deze leeftijdsgroep betrekking hadden. Niet nader omschreven virusziekten (A77) en bovenste-luchtweginfecties kwamen het meest voor. Zelden werd bijkomende morbiditeit gepresenteerd. Daarnaast waren acute otitis media, acute bronchitis en acute tonsillitis kwantitatief van belang; bij deze episodens was tijdens de visite vaker sprake van (vooral onderliggende) bijkomende morbiditeit. De hoogste visitedichtheid hadden de virusziekten met en zonder exantheem, acute tonsillitis en pneumonie. De bovenste-luchtweginfecties daarentegen hadden een relatief lage visitedichtheid. Met andere woorden: ook al bestrijken deze infecties een groter deel van de morbiditeit bij het huisbezoek dan de acute tonsillitis, de visite voor acute tonsillitis is van groter belang.

Met betrekking tot de klacht koorts is nagegaan of deze bij visites aanleiding gaf tot andere diagnostische interpretaties dan bij spreekuurconsulten (tabel 7). Bij de thuis bezochte kinderen bleek het probleem iets vaker te worden geëtiketteerd als virale infectie of tonsillitis en minder vaak als een verkoudheid.

### Bejaarden

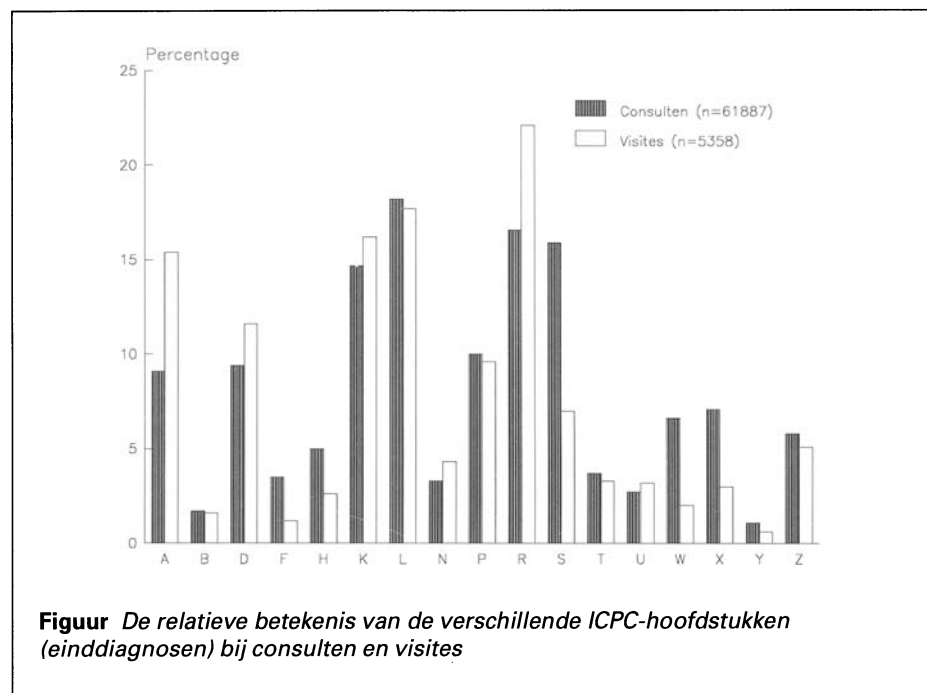
Bij het huisbezoek aan bejaarden bleken, naast symptomen en klachten (81 procent), ook expliciete verzoeken om interventie (23 procent) van belang als contactredenen. Uit tabel 4 blijkt dat bij een kwart van de visites het eigen initiatief van de huisarts een rol speelde, hetzij doordat het contact geheel plaatsvond op zijn initiatief (19 procent), hetzij doordat bijkomende morbiditeit door hem ter sprake werd gebracht (8 procent).

Een grote verscheidenheid aan symptomen en klachten was aanleiding tot het huisbezoek; daarvan vormden moeheid, dyspnoe, hoesten, koorts, buikpijn, rugpijn en pijn aan het bewegingsapparaat kwantitatief de belangrijkste groep. Van

deze klachten is koorts de opvallendste, omdat dit symptoom de hoogste visitedichtheid heeft: de helft van alle koortsklachten werd tijdens huisbezoek gepresenteerd. Koorts, pijn in de borst (toegeschreven aan het hart), braken en dyspnoe waren relatief vaker dan de andere klachten een contactreden bij dienstvisites.

De twintig meest voorkomende episodens bestreken iets meer dan de helft van alle huisbezoek overdag (tabel 6). De chronische aandoeningen van de tractus circulatorius, de tractus respiratorius en

het bewegingsapparaat, diabetes mellitus en maligne aandoeningen maakten het leeuwedeel uit van de morbiditeit, maar ook virale infecties (met opvallend weinig bijkomende morbiditeit) en bovenste-luchtweginfecties kwamen aan de orde. De frequente multipale morbiditeit van hypertensie tijdens visites verklaart tevens de hoge plaats van deze categorie in de top-twintig. De hypertensie werd meegenomen als bijkomende morbiditeit van de episode die de aanleiding was voor een visite. Maligne aandoeningen, virale in-



**Figuur** De relatieve betekenis van de verschillende ICPC-hoofdstukken (einddiagnosen) bij consulten en visites

**Tabel 7** Diagnosen gekoppeld aan contactredenen 'koorts' bij kleine kinderen. Percentages

	Consult n=455	Visite n=219
R 74 Bovenste luchtweg inf.	22	16
A 77 Virale infectie	21	27
H 71 Acute otitis media	11	9
R 78 Acute bronchitis	9	9
R 76 Acute tonsillitis	6	9
A 03 Koorts	5	4
Overig	27	25

fecties, pneumonie en het CVA hadden een relatief hoge visite-dichtheid en vormden te samen met decompensatio cordis ook de aandoeningen waarvoor de huisarts tijdens de dienst te hulp werd geroepen.

Ook bij de groep bejaarden bleken de diagnostische interpretaties van de klacht koorts die werd gepresenteerd tijdens visi-

tes, globaal te verschillen van spreekuurcontacten (tabel 8). Bij de thuis bezochte bejaarden ging het vaker om virale infecties en acute bronchitis. De klachtengroep 'pijn/druk op de borst' laat zeer grote verschillen zien in diagnostische betekenis, afhankelijk van het soort contact waarin ze gepresenteerd werden. Tijdens de visites

en vooral tijdens de dienstvisites waren deze klachten veel vaker indicatief voor acute ziekten; dit blijkt mede uit het grote aantal spoedverwijzingen (tabel 9).

### Huisartsgeneeskundig handelen

Met betrekking tot het diagnostisch en therapeutisch handelen bleken visites bij beide leeftijdsgroepen niet te verschillen van consulten (tabel 10). Bij bejaarden resulteerde een visite overdag bijna twee keer zo vaak in een verwijzing naar de tweede lijn; voor een aanzienlijk deel ging het om spoedverwijzingen. Ook jonge kinderen kregen relatief meer spoedverwijzingen tijdens visites.

### Beschouwing

Het aandeel van het huisbezoek dat in de vijf Transitielocaties werd gevonden (9,8 procent) wijkt – mogelijke verschillen in leeftijdsopbouw daargelaten – weinig af van wat bekend is uit ander onderzoek in grootstedelijke gebieden. Het Monitoring-project rapporteerde 10,1 procent huisbezoeken. In de acht grootstedelijke praktijken die aan de Nationale Studie deelnamen, werd gemiddeld 12,2 procent huisbezoek gevonden. Samenvattend betekent dit dat in de grote stad gemiddeld ongeveer 1 op de 10 vis-à-vis-contacten de vorm heeft van een huisbezoek. Van de huisbezoeken vindt ongeveer een kwart plaats tijdens de dienst.

Factoren als fysieke bereikbaarheid en aanwezigheid van meerdere voorzieningen maken het alleszins verklaarbaar dat huisbezoek in de grote stad minder vaak voorkomt dan daarbuiten; hoeveel minder, is niet nauwkeurig aan te geven, maar dat het verschil substantieel is, lijkt waarschijnlijk. Uit de rapportage van de Nationale Studie kan voor de plattelandspraktijken een percentage van ongeveer 18 procent berekend worden. Voor wat betreft de bejaarden kan een vergelijking worden gemaakt met gegevens uit het Autonomieproject, waarin zowel stads- als plattelandspraktijken uit de noordelijke provincies participeerden.<sup>12</sup> Hier bestond 57 procent van alle contacten met patiënten van 65 jaar en ouder uit visites (inclusief dienst-

**Tabel 8** Diagnosen gekoppeld aan contactredenen 'koorts' bij bejaarden. Percentages

	Consult n=76	Visite n=128
A 77 Virale infectie	13	23
R 78 Acute bronchitis	12	18
A 03 Koorts	11	7
R 74 Bovenste luchtweg inf.	9	7
R 76 Cystitis	9	5
R 81 Pneumonie	8	3
Overig	38	37

**Tabel 9** Diagnosen gekoppeld aan contactredenen 'pijn/druk op de borst toegeschreven aan het hart' bij bejaarden. Percentages

	Consult n=205	Visite n=70	Dienstvisite n=39
K 76 Chr. ischem. hartz.	38	32	18
K 01   Symptoomdiagnose	14	3	5
K 02			
K 27 Angst voor hartziekte	7	1	–
K 75 Acut myocard infarct	5	20	54
K 77 Decompensatio cordis	–	6	8
A 97 Geen ziekte	2	–	–
Overig	34	47	15
Spoedverwijzingen	7	15	56

**Tabel 10** Huisartsgeneeskundig handelen tijdens visites en consulten bij kleine kinderen en bejaarden. Gemiddeld aantal per 100 diagnosen.

	Kinderen		Bejaarden	
	C	V	C	V
Diagnostische interventies	133	138	97	99
Therapeutische interventies (incl. medic.)	49	50	50	47
Verwijzingen 2e lijn	4	4	4	7
(waarvan spoedverwijzingen)	0,5	1,8	0,5	2,6

visites). In de vijf Transitielocaties bedroeg het percentage huisbezoek voor dezelfde leeftijdsgroep slechts 22 procent.

Een interessante bevinding was dat er, ondanks de relatief geringe omvang van het huisbezoek en de sterke concentratie bij kleine kinderen en bejaarden, nog zoveel variatie werd aangetroffen. De verschillen in huisbezoek overdag tussen de locaties en gedeeltelijk ook tussen de praktijken binnen de locaties (B, C en E) bleken na standaardisatie opmerkelijk groot.

De praktijkvorm wordt wel in verband gebracht met de omvang van het huisbezoek.<sup>13</sup> In gezondheidscentra zouden patiënten het minst thuis bezocht worden. Vier van de vijf Transitielocaties zijn gezondheidscentra. Veruit de hoogste visitate na standaardisatie werd echter gevonden in het grootste gezondheidscentrum (locatie A in tabel 2). Het is goed denkbaar dat in de grote stad het verschil in praktijkvorm er minder toe doet. Een zinvolle interpretatie van deze inter-praktijkvariatie door haar in verband te brengen met morbiditeitsverschillen en in aanlocatie en arts gebonden verschillen in handelen, wordt belemmerd door de kleine aantallen.<sup>14</sup> Bij de aanlocatie gebonden factoren moet gedacht worden aan het geografische spreidingsgebied van de populaties, de aanwezigheid van verzorgingshuizen binnen de praktijk, werkdruk, afspraken over beleid bij kinderen en bejaarden. Bij de arts-gebonden factoren zullen praktijkervaring en attitude ten aanzien van zorg een grote rol spelen.<sup>15 16</sup> Mogelijk is het vooral een kwestie van bejegening van de patiënt. Het extreem hoge huisbezoek in België moet volgens *De Maeseneer* zelfs voornamelijk door artskenmerken verklaard worden.<sup>17</sup> Bij dit alles moet men zich realiseren dat deze Transitieregistratie plaatsvond voordat het Standaardenbeleid van het NHG ontwikkeld werd.

Uit de analyse van de morbiditeit komt een vertrouwd beeld naar voren.<sup>6 18</sup> Bij jonge kinderen gaat het vooral om de kortdurende episoden die gepaard gaan met koorts, ongemak en ongerustheid. Bij ouderen is veel meer sprake van chronische problematiek. Dit blijkt ook uit het relatief hoge percentage visites op initiatief van de huisarts. Gaat de huisarts overdag op bezoek bij iemand van 65 jaar of ouder, dan blijken de aandoeningen die een alarmerend karakter hebben door symptomatologie of door algemene ziektegevoelens (virale infecties, longontsteking en CVA) een belangrijke aanleiding te zijn. De maligne aandoeningen springen er enigszins uit, maar men mag veronderstellen dat dit visites zijn op grond van complicaties van deze ziekten.

#### Literatuur

- 1 Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2025-32.
- 2 Keenan JM, Bland CJ, Webster L, Myers S. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. *JAGS* 1991; 39: 100-4.
- 3 Bremer GJ. Ten geleide. *Huisarts Wet* 1979; 22: 467.
- 4 Van der Kooij S. Wat doet de huisarts thuis? *Huisarts Wet* 1979; 22: 501-3.
- 5 Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 488-92.
- 6 Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 7 Groenwegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- 8 Wieringen JCM, Leentvaar-Kuijpers A, Brouwer HJ, et al. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij ethnische groeperingen. Amsterdam: GG&GD, Universiteit van Amsterdam, 1986.
- 9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 10 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition Project. I, II. Amsterdam: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.
- 11 Lamberts H, Brouwer HJ, Marinus AMF, Hofmans-Okkes IM. The use of ICPC in the Transition Project. Episode-oriented epidemiology in general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, eds. *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 12 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.
- 13 Swinkels H. Huisarts en patiënt in cijfers. Enkele gegevens uit de Gezondheidsenquête van het CBS. *Huisarts Wet* 1990; 33: 504-10.
- 14 Marinus AMF. Inter-doktervariatie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 15 Van der Werf GTh. Friendly visiting. Het vriendschappelijk bezoek aan bejaarden door de huisarts. *Huisarts Wet* 1985; 28(Suppl 9): 50-1.
- 16 Kingma J. De huisarts als medisch SRV-man. *Huisarts Wet* 1985; 28(Suppl 9): 52-4.
- 17 De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de RU Gent [Dissertatie]. Gent: Centrum voor Huisartsopleiding, 1989.
- 18 Morbidity statistics from general practice 1981-1982. Third national study. London: Her Majesty's Stationary Office, 1984.