

Huisbezoek in het buitenland

W.G.W. BOERMA

Boerma WGW. Huisbezoek in het buitenland. Huisarts Wet 1994; 37(12): 546-51.

Samenvatting In de meeste landen van Europa behoort het huisbezoek tot de normale taken van de huisarts. De verscheidenheid in bezoekfrequentie is groot, zowel binnen als tussen de landen. De verschillen hangen voor een deel samen met de formele plaats van de huisarts in de gezondheidszorg. De actieve betrokkenheid van de huisarts bij de uitvoering van avond-, weekend- en nachtdiensten is in het buitenland wat geringer dan in ons land. Vergeleken met zijn buitenlandse collega's is de Nederlandse huisarts betrekkelijk actief in het afleggen van huisbezoeken en is hij het meest betrokken bij de uitvoering van de avond-, weekend- en nachtdiensten. De determinanten van de uitoefening van de huisartsentaak zijn gerelateerd aan de persoon van de huisarts, de samenstelling en de locatie van zijn praktijk, en de kenmerken van het zorgsysteem. De algemene terugloop in huisbezoek die in verschillende landen zichtbaar is, lijkt zich vooral voor te doen bij jonge kinderen en bij de herhaalvisites. Ouderen worden een steeds belangrijker doelgroep voor huisbezoek. Vermindering van het huisbezoek kan op den duur leiden tot aantasting van de kennis die de huisarts moet hebben van het leefmilieu van zijn patiënten.

W.G.W. Boerma, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

Studies naar huisbezoek door huisartsen laten telkens weer grote individuele verschillen zien. Deze zijn voor een deel terug te voeren tot variatie in de praktijkomstandigheden en kenmerken van de huisarts. Behalve deze verschillen *binnen één land* zijn er ook verschillen *tussen landen* met betrekking tot de plaats die het huisbezoek inneemt. Dit artikel gaat vooral over dat aspect. Het eerste deel is empirisch van aard en beschrijft in welke mate huisartsen in 19 landen van Europa actief zijn in het thuis bezoeken van patiënten en hoe zij de hulpverlening buiten praktijken hebben geregeld. De verschillen worden in verband gebracht met de verschillende posities die de huisartsen in die stelsels van gezondheidszorg innemen. In het tweede deel, dat is gebaseerd op voornamelijk buitenlandse publikaties, wordt een model geschetst ter verklaring van verschillen in de mate waarin patiënten thuis worden bezocht.

De vraagstelling van dit artikel luidt:

- In hoeverre zijn huisartsen in de landen van Europa actief in het thuis bezoeken van patiënten?
- Hoeveel patiënten worden in de thuissituatie gezien?
- Waaraan kunnen verschillen tussen landen in de huisbezoekroutines van huisartsen worden toegeschreven?
- Welke determinanten van de huisbezoekpraktijk van huisartsen worden in de literatuur genoemd?
- Welke ontwikkelingen in de tijd met betrekking tot de visite door de huisarts kunnen worden gesignaleerd?

Methode

Het empirische deel van dit artikel is gebaseerd op eerste resultaten van een Europese vergelijkende studie van taakprofielen van huisartsen. Dit onderzoek, waarvan de dataverzameling vrijwel is voltooid, wordt uitgevoerd in 32 Europese landen onder leiding van het Nivel. Het meetinstrument is een uniforme vragenlijst, die in 26 talen is vertaald, over de volgende onderwerpen:

- praktijksetting en praktijkorganisatie en samenwerking;
- de rol van de huisarts bij het eerste contact bij gezondheidsproblemen, en bij behandeling en follow-up van ziekten;
- het toepassen van medische technieken;
- betrokkenheid bij een aantal onderwerpen op het gebied van preventie;
- plezier in het werk.

Bovendien werd de huisartsen gevraagd gedurende zeven aaneensluitende dagen een eenvoudig voorgestructureerd activiteitendagboekje bij te houden. Het doel was per land (in enkele gevallen per landsdeel of autonome regio) ten minste 200 ingevulde vragenlijsten terug te krijgen, zo mogelijk van een aselechte steekproef. De steekproefgrootte was afhankelijk van de verwachte respons. De werkelijke respons liep sterk uiteen en varieerde van 25 tot 65 procent.

Voor het literatuurdeel werd gebruik gemaakt van de collectie van bibliotheek en documentatiecentrum van het Nivel. Geautomatiseerde ontsluiting (teruggaand tot 1985) vond plaats met behulp van de trefwoorden 'huisbezoeken' en 'thuiszorg', met uitsluiting van publikaties die uitsluitend over Nederland handelden. Voorts werden oudere jaargangen van de volgende tijdschriften gescreend: *Der Praktische Arzt*, *Huisarts Nu*, *British Medical Journal*, *The Journal of Family Practice*, *The New England Journal of Medicine*, *Journal of the American Medical Association*, *British Journal of General Practice*, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* en *Canadian Family Physician*.

Het resultaat is divers en selectief: de beschikbare informatie beperkt zich tot die landen waar Engels, Duits of Frans wordt gesproken. Ook is de rijkdom aan informatie verschillend, zowel per bron als per land. De bronnen zijn verschillend van aard: voor een deel gaan ze over onderzoek; andere zijn vooral opiniërend of beschrijven beleidsontwikkelingen.

Stand van zaken

In de meeste onderzochte Europese landen behoort het afleggen van huisbezoeken tot

de normale taken van de huisarts (*tabel 1*). Als de grens bij 90 procent wordt gelegd, komt het huisbezoek algemeen voor in 13

van de 19 landen; alleen in Turkije, Finland en Griekenland kan het huisbezoek duidelijk niet tot het takenpakket van de

huisarts gerekend worden. Voor zover bekend, is er geen gemeenschappelijk kenmerk van de zorgsystemen in deze drie landen dat deze situatie kan verklaren.

Meer variatie is er in het gemiddeld aantal huisbezoeken dat de huisartsen zeggen af te leggen in een normale werkweek. Dat loopt uiteen van 44 in België tot 2 in Portugal. Achter België volgen Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk, die elk gemiddeld meer dan 25 huisbezoeken in de week rapporteren. Dit zijn landen waar specialisten ook direct toegankelijk zijn, zodat de huisarts met hen moet concurreren. Bovendien is de artsendichtheid er groot. De situatie in Denemarken is in grote lijnen vergelijkbaar met die in Groot-Brittannië, Ierland en Nederland, maar de Deense huisarts maakt veel minder huisbezoeken. Een duidelijke verklaring daarvoor ontbreekt voorsnog. Mondelinge navraag leert dat er een hoge drempel is voor huisbezoeken, en dat visites voor jonge kinderen hoogst uitzonderlijk zijn. In Portugal, waar toch een grote meerderheid van de huisartsen visites aflegt, is de gemiddelde frequentie opmerkelijk laag. Hoewel het geen echt systeemkenmerk is, zou dat te maken kunnen hebben met het loondienstverband van de huisartsen daar. Het dienstverband komt ook veel of overwegend voor in Finland, Zweden en Turkije en in mindere mate in Noorwegen en Griekenland; ook deze landen hebben lage visitiefrequenties.

Vergelijking met de frequenties die werden gevonden in de 'European study of referrals from primary to secondary care'² laat voor enkele landen nogal afwijkende waarden zien; dat geldt met name voor België, Frankrijk, Ierland en Nederland. Wat de eerste drie landen betreft, lijkt dat toegeschreven te kunnen worden aan het geringe aantal respondenten in de European Study (45, 27 en 20 huisartsen). Wat Nederland betreft leert vergelijking met andere onderzoeken, zoals de Nationale Studie, dat hier het gemiddelde dichter bij de 21 dan bij de 27 ligt.³

De Nederlandse huisarts is als regel actief betrokken bij de avond-, weekend- en nachtdiensten (AWN-diensten), en staat daarmee op eenzame hoogte. Hij wordt op

Tabel 1 Huisbezoek en waarneming in Europa, 1993

Land	N	Percentage huisartsen dat huisbezoek doet*	Aantal visites per week†	Percentage actief bij AWN-zorg‡
Nederland	210	99	21 (27)	97
België	511	98	44 (58)	89
Duitsland	168	98	34 (36)	64
Italië	345	98	17 (15)	15
Oostenrijk	301	98	28	84
Denemarken	198	97	6 (7)	67
Frankrijk	236	97	27 (19)	75
Groot-Brittannië	297	96	19 (19)	78
Zwitserland	197	96	8 (11)	80
Ierland	130	95	14 (22)	80
Spanje	705	94	8 (6)	44
IJsland	52	94	4	84
Luxemburg	54	93	20	83
Portugal	151	88	2 (1)	39
Zweden	209	85	2	87
Noorwegen	164	82	6 (7)	78
Griekenland	179	68	8	60
Finland	239	47	3	83
Turkije	199	19	9	56

* Niet ingevuld is geteld als 'doet geen huisbezoek'.

† Gemiddelde berekend over het aantal huisartsen dat visites aflegt. Tussen haakjes zijn cijfers uit de 'European study of referrals from primary to secondary care'² toegevoegd.

‡ AWN = avond-, week- en nacht. 'Actief' betekent meestal dat men deel uitmaakt van een waarnemingsgroep, soms dat men zegt (bijna) altijd beschikbaar te zijn, of dat er geen regeling is.

Tabel 2 Huisbezoek in landen met en zonder directe toegang tot medisch specialistische zorg. Percentages

Frequentie huisbezoek (per week)	Directe toegang*	Toegang na verwijzing†
Geen	16	6
1 - 5	24	37
6 - 10	12	24
11 - 15	8	12
16 - 20	8	9
21 - 25	5	5
≥26	26	7
Gemiddelde	23	11

* Oostenrijk, België, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, IJsland, Italië, Luxemburg, Zweden, Zwitserland en Turkije, met in totaal 2690 respondenten.

† Denemarken, Ierland, Nederland, Noorwegen, Portugal, Spanje en Groot-Brittannië, met in totaal 1782 respondenten.

afstand gevolgd door de Belgen, voor wie dit door de karige omstandigheden misschien minder een vrije keus is. De Britten zijn beduidend minder actief buiten de normale praktijken. Hier is echter een discussie gaande over de '24 hour cover' en wordt in het nieuwe contract gepoogd het uitbesteden van de diensten terug te draaien. Van de Deense huisartsen is een derde niet actief betrokken bij de AWN-diensten.

Landen waar medisch specialisten direct toegankelijk zijn voor patiënten, tellen meer huisartsen die in het geheel geen huisbezoeken afleggen (tabel 2). De mate van vrijblijvendheid met betrekking tot dit aspect van de taakuitoefening lijkt daar groter dan in de landen met een verwijssysteem. Daarentegen is het gemiddeld aantal huisbezoeken in landen met een open tweede lijn veel groter. Als huisartsen in die landen visites afleggen, doen ze het met een beduidend hogere frequentie: ruim een kwart bezoekt meer dan 25 patiënten per week. In de landen met een verwijssysteem doet slechts 7 procent van de huisartsen dat; men is daar mogelijk kritischer bij het beoordelen van aanvragen voor visites.

Determinanten en ontwikkelingen

De persoon van de huisarts

Weinig huisartsen zullen twijfelen aan het nut van huisbezoeken voor het begrijpen van de sociale context waarin problemen ontstaan. Niettemin lijkt dit aspect van het werk verschillend te worden geapprecieerd. De (Britse) huisarts die schrijft: 'It can be a pleasure for me to drive off through Sherwood Forest, freed from an appointment schedule, listening to a favourite tape, and still feel am working', ziet het huisbezoek duidelijk als een ontsnapping aan de druk van de praktijk.⁴ Er zijn ook meer systematische verschillen. Uit enkele studies – uit Frankrijk, Zwitserland en de VS – blijkt dat oudere huisartsen meer huisbezoeken afleggen dan jongere.⁵⁻⁷ Voor een deel valt dat te verklaren uit verschillen in praktijkomvang en het 'mee-verouderen' van de praktijkpopula-

tie. Maar zelfs als daarvoor wordt gecorrigeerd, blijft er een verschil. In de traditie waarin oudere artsen het vak hebben geleerd is efficiency wellicht minder belangrijk en ligt er minder nadruk op technische verrichtingen die thuis niet goed kunnen plaatsvinden. Ook kan het zijn dat oudere huisartsen hebben geleerd hun vak als een roeping te zien, terwijl hun jongere collega's het meer als een beroep opvatten, met duidelijke grenzen.

In twee studies (Duitsland en Engeland) werd geen significant leeftijdeffect gevonden.^{8,9} Uit het Engelse onderzoek bleek wel, dat vrouwelijke huisartsen wat minder visites aflegden dan mannelijke collega's, wat vooral tot uitdrukking kwam in de verschillen in nachtelijke huisbezoeken.⁹ Niet duidelijk is of hierbij ook gecontroleerd is voor werken in deeltijd, dat bij vrouwen meer zou kunnen voorkomen.

Praktijkfactoren

Hoe groter de omvang van de praktijk, des te hoger het absolute aantal huisbezoeken. Uitgedrukt per 1000 patiënten echter leggen huisartsen met kleine praktijken meer huisbezoeken af dan huisartsen met grote praktijken.¹⁰

De typische kenmerken van een bewerkelijke praktijk – relatief veel oude en zeer oude mensen en relatief veel jonge kinderen – zijn ook van toepassing als het gaat om huisbezoek. Vooral zeer oude mensen nemen een groot deel van de huisbezoeken voor hun rekening.^{5,6,8,11-14} Een Franse studie meldt dat zeven van de tien contacten met patiënten >80 jaar thuis plaatsvindt.⁵ Jonge kinderen zijn ook oververtegenwoordigd bij de visites, maar in mindere mate dan hoogbejaarden, en dit lijkt alleen voor een beperkt aantal landen op te gaan (Engeland, Nederland, Frankrijk en Zwitserland).^{5,6,11-13} Uit Duits onderzoek blijkt dit de minst bezochte categorie.⁸ Blijkbaar is de positie van de Franse en de Zwitserse huisarts ten opzichte van kinderartsen sterker dan die van zijn Duitse collega, als het gaat om de ambulante zorg voor jonge kinderen. In de geraadpleegde bronnen wordt over de categorie jonge kinderen dikwijls niet eens gesproken in dit verband.

Hoewel beide systemen aanzienlijk verschillen, is in de Verenigde Staten en in Canada het huisbezoek een zeldzaamheid geworden. In deze landen wordt huisbezoek alleen in verband gebracht met de categorie (hoog)bejaarden.^{7,15-19}

Wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie dient hier tenslotte nog vermeld te worden dat (bejaarde) mannen vaker door de huisarts thuis bezocht lijken te worden dan vrouwen.^{6,13,15} Huisbezoeken vinden in Groot-Brittannië vaker plaats, zowel bij welgestelden als bij sociaal gedepriveerden.^{11,13} Het Zwitserse onderzoek vermeldt verder nog een oververtegenwoordiging van boeren, handwerkslieden en middenstanders en werklozen.⁶

De derde praktijkfactor is de locatie. Het meest genoemde onderscheid is de urbanisatiegraad van de plaats waar de praktijk zich bevindt. De onderzoeken wijzen uit dat huisartsen in landelijke gebieden meer huisbezoeken afleggen dan huisartsen in de stad.^{3,5,10,20} Gezien het feit dat de stadsbevolking doorgaans 'grijzer' is, zou men eerder het omgekeerde verwachten. Een verklaring voor dit verschil is niet eenduidig te geven. Door grotere afstanden kan het bezwaarlijker zijn voor patiënten om naar de praktijk te komen. Ook wordt geopperd dat in landelijke gebieden meer traditionele opvattingen en verhoudingen gelden, waarin het huisbezoek nog een belangrijker plaats inneemt. Wellicht minder speculatief is de verklaring dat op het platteland het niveau van gezondheidsvoorzieningen lager is, waardoor men meer op de diensten van de huisarts is aangewezen. In sommige landen is de eerste hulp buiten kantooruren in de steden buiten de huisarts om geregeld, zodat deze stadshuisartsen geen avond/nacht/weekend-visites behoeven af te leggen. Dergelijke faciliteiten zijn er niet in landelijke gebieden. Het gevolg is dat in dergelijke landen, meer nog dan elders, in de stad en op het platteland heel verschillende typen huisartsen gevestigd zijn.

Het zorgsysteem

Met het zorgsysteem wordt hier bedoeld het samenstel van afspraken, wettelijke en

andere regelingen, structuren en gegevens (of het ontbreken daarvan) waarbinnen het geheel functioneert. Voor een deel zijn die van invloed op de bezoekegewoonten van huisartsen. Daarbij is het verhelderend de volgende vier aspecten van huisbezoek te onderscheiden: urgentie van het bezoek, het tijdstip waarop het bezoek plaatsvindt, eerste bezoek of vervolgbeszoek, en initiatiefnemer.^{11 21 22} In landen waarin huisartsen contractueel verplicht zijn tot permanente beschikbaarheid van huisartsgeneeskundige zorg, zullen meer urgente bezoeken buiten kantooruren plaatsvinden dan in landen waarin de acute hulp buiten de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Ook de wijze waarop huisbezoeken worden gehonoreerd, is van invloed op het bezoekepatroon. Zo kan in het Verenigd Koninkrijk een nachtvisite apart gedeclareerd worden.^{11 22 23} In Duitsland hebben huisartsen en Krankenkassen een overeenkomst gesloten over de zorgverlening door huisartsen. Eén van de functies waarvoor de huisartsen een basis-honorering zullen krijgen, is het regelmatig thuis bezoeken van bedlegerige patiënten.²⁴ Overigens geldt in Duitsland, waar de huisartsen zo'n 20 procent van hun omzet uit visites halen, een ingewikkeld systeem, waarbij de hoogte van de vergoeding niet alleen samenhangt met het tijdstip maar ook met de noodzaak om het bezoek op dat tijdstip af te leggen en de wachttijd tussen aanvraag en uitvoering.²⁵ In zorgsystemen waarin huisartsen per verrichting worden gehonoreerd of waarin per huisbezoek een compensatie plaatsvindt, kan het ongevraagde huisbezoek de arts voor een dilemma plaatsen, zeker als de visite kosten voor de patiënt met zich meebrengt. In die stelsels zullen huisartsen terughoudender zijn bij het afleggen van huisbezoeken op eigen initiatief.

Ook de formele positie die huisartsen in de gezondheidszorg hebben, is van invloed op het visitiepatroon. Als ook internisten, kinderartsen en gynaecologen direct toegankelijk zijn, ambulante werken en zelfs huisbezoeken afleggen, kan de huisarts zich genoodzaakt zien met deze artsen te concurreren.^{5 6 20} Het huisbezoek is een mogelijkheid om een vaste klantenkring

op te bouwen. In de Verenigde Staten pogen *family physicians* verloren terrein van ziekenhuizen en specialisten terug te winnen door zich met name op het groeiende marktsegment der ouderen te richten. Het huisbezoek wordt daartoe een geschikt middel geacht en men verwacht daarin dan ook een toename, vooral in grote groepspraktijken, waar specialisatie kan plaatsvinden.^{16 18 26} De vergoeding voor visites door het *Medicare*-programma is bedrijfseconomisch echter niet toereikend, zodat deze visites (aan bejaarden) worden bekort en frequenter worden uitgevoerd.¹⁶

Huisartsen kunnen ook concurrentie ondervinden van andere huisartsen. Dit is het geval als de instroom in de beroepsgroep niet op de een of andere manier wordt gereguleerd en de huisartsendichtheid te groot wordt. België is hiervan een sprekend voorbeeld.²⁷ Het gevolg is dat een redelijk inkomen niet is gegarandeerd en dat veel moeite wordt gedaan om cliënten te binden.

Ontwikkelingen

De visite wordt alom gezien als een waardevol onderdeel van de taak van de huisarts. Niettemin loopt in verschillende landen het huisbezoek al decennia lang terug.^{6 7 11-13 21 28-30} In geen der publikaties werden aanwijzingen gevonden van een andere trend. Deze conclusie is gebaseerd op zowel empirische bevindingen als uitingen van bezorgdheid over verminderde activiteit op dit terrein. Ook als rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld praktijkverkleining, is de afname onmiskenbaar. In Groot-Brittannië lijkt dit onderwerp sterker te leven dan elders, maar dat kan het gevolg zijn van het feit dat uit dat land de meeste onderzoekspublikaties afkomstig zijn.

Intussen kan men vraagtekens zetten bij de medische urgentie van veel bezoeken.^{11 29 30} Een onderzoek in Noord-Engeland, waar tussen 1969 en 1980 een vermindering van gemiddeld 41 procent werd gevonden, laat zien dat sommige huisbezoeken meer zijn teruggelopen dan andere.²⁹ Herhaalvisites aan alle leeftijdscategorieën <65 jaar verminderden zeer sterk, variërend van 63 procent bij de 45-64-jarigen

tot 86 procent bij kinderen <1 jaar. Boven de 65 jaar bedroeg de reductie 24 procent. Herhaalbezoeken verminderden minder bij chronische patiënten dan bij anderen. Bij de nieuwe bezoeken was er een nog scherper contrast tussen jong en oud. Visites aan de jongsten verminderden met 75 procent, terwijl 65-plussers juist 16 procent meer bezocht werden. Bij beide metingen was het percentage onnodig geachte huisbezoeken (de patiënt had naar de praktijk kunnen komen) het hoogst bij jonge kinderen en het laagst bij de bejaarden.²⁹ Hier heeft dus een relatieve verschuiving plaatsgevonden van jong naar oud, terwijl men kritischer is geworden ten aanzien van het herhaalbezoek.

Daarnaast zien we in Groot-Brittannië pogingen om huisbezoeken buiten de normale praktijken uit te besteden, bijvoorbeeld aan commerciële 'deputy services'.¹¹ De huisartsen kunnen op deze wijze ontsnappen aan de contractueel verplichte '24 hours cover', al blijven zij formeel verantwoordelijk. Het nieuwe contract tussen huisartsen en de nationale gezondheidszorg probeert verandering te brengen in deze ontwikkeling. De nachtelijk uren waarin visites apart gedeclareerd kunnen worden, zijn uitgebreid en er zijn nu prikkels om de waarneming door de huisartsen(groep) zelf te laten doen. Het lijkt erop dat deze verandering werkt.^{22 23}

Family physicians in de Verenigde Staten en Canada hebben niet die contractuele verplichting tot permanente beschikbaarheid. Misschien daardoor doet een belangrijk deel (naar schatting zelfs eenderde tot de helft) van de Amerikaanse huisartsen in het geheel geen huisbezoeken meer. En de huisartsen die nog wel eens bij patiënten thuis komen, doen dat slechts sporadisch.^{7 15 19} Er lijkt echter sprake van een kentering. Vergrijzing van de bevolking en substitutiebeleid van overheid en financiers van de gezondheidszorg hebben in beide landen van thuiszorg een groeiemarkt gemaakt waar huisartsen hun deel van moeten opeisen. Sterke kanten van de huisartsen in deze markt, die overigens gedomineerd lijkt door technologie, worden opgesomd: arts-patiënt relatie, continuïteit en

persoonlijke zorg. Gepleit wordt voor trainingsprogramma's opdat huisartsen weer zelfvertrouwen krijgen in de thuissituatie waar zij de faciliteiten van de praktijk moeten ontberen.^{7 15-18 26}

Ook in België lijken er pogingen om de huisarts meer bij de georganiseerde thuiszorg te betrekken. Geheel anders dan in de Verenigde Staten of Canada zijn de Belgische huisartsen juist buitengewoon actief in het afleggen van visites. Dat vloeit echter voort uit hun zwakke en geïsoleerde positie; er is weinig samenwerking met collega's en andere zorgverleners.^{27 31} Voorgesteld is het aantal regionale samenwerkingsexperimenten voor thuisverzorging uit te breiden en deelname aan een waarnemgroep van huisartsen daarbij als voorwaarde te stellen. Een nieuwe subsidieregeling moet daar de financiële basis voor leveren. De voorstellen voorzien in een organiserende en uitvoerende rol voor de huisartsen.³² Ervaringen met eerdere initiatieven tot verbetering van de positie van de Belgische huisarts temperen evenwel het optimisme.

Beschouwing

De gepresenteerde onderzoeksgegevens duiden erop dat in de meeste landen van Europa het huisbezoek nog altijd tot de normale taken van de huisarts behoort, zij het dat de variatie in de praktijk groot is. In landen waar huisartsen als *gate keepers* een relatief sterke positie hebben, is het doen van huisbezoek een meer algemene taak, die evenwel kritischer lijkt te worden uitgeoefend, gezien de veel lagere gemiddelde frequentie. Vergeleken met het buitenland neemt de Nederlandse huisarts een sterke positie in met betrekking tot het afleggen van visites.

Uit de (buitenlandse) literatuur blijkt een terugloop van het huisbezoek. Er is bezorgdheid over een verdere uitholling van deze essentieel geachte taak en, in een aantal landen, ook over terreinverlies dat huisartsen hebben geleden. De reductie doet zich niet onder alle leeftijdscategorieën even sterk voor. Het accent bij huisbezoek komt meer te liggen bij oude en chronisch zieke patiënten.

Het is de vraag hoe alarmerend deze vermindering van het huisbezoek is. Gezien de grote verschillen in bezoekfrequentie tussen huisartsen in vergelijkbare praktijken, mag aangenomen worden dat een deel van de thuis bezochte patiënten ook naar de praktijk kan komen. Voor een deel zijn het kenmerken van het zorgsysteem die bijdragen aan het afleggen van (medisch) niet-noodzakelijke huisbezoeken; daarbij valt te denken aan concurrentie door een overschot aan artsen, al dan niet in combinatie met een sterk faciliterend honoreringssysteem. Ook aan de persoon van de arts gerelateerde factoren spelen een rol: de behoefte efficiënt te werken, plezier dat aan de visites wordt beleefd, en het 'opvoeden' van de patiënten.

Toch is het misschien te simpel alleen uit te gaan van criteria van medische noodzaak bij het beoordeelen van het nut van huisbezoeken. Op de korte termijn hoeft er geen schade te ontstaan, maar als de *eye openers* tijdens visites waar huisartsen zo graag melding van maken (de oude receptenbriefjes achter de klok of de fles in de slaapkamer), echt wat te betekenen hebben, dan moet verminderde kennis van het leefmilieu van de patiënt op den duur toch negatieve gevolgen hebben. Waar die grens ligt, is niet aan te geven.

Dankbetuiging

Het vergelijkende onderzoek naar taakprofielen van huisartsen in Europa, waaraan hier gegevens zijn ontleend, zou niet mogelijk zijn geweest zonder de grote inzet van de nationale coördinatoren en de financiële ondersteuning van de Europese Commissie in het kader van het BIOMED I programma (contract nr. BMH1-CT92-1636).

Literatuur

- 1 Boerma WGW. Task profiles of general practitioners in Europe I / II. (in voorbereiding).
- 2 Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis, 1993.
- 3 Verheij RA, De Bakker DH, Van Der Velde J. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
- 4 Loudon MF. Visiting patients in their homes. JAMA 1988; 260: 501-2.
- 5 Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale; France 1992. Paris: CreDES, 1994.
- 6 Martin J, Lehmann P. L'effet de cohorte 'médecin-patients' dans la pratique ambulatoire: Les visites à domicile dans deux cantons suisses. Cah Socio Demo Med 1986; 26: 237-54.
- 7 Knight AL, Adelman AM, Sobal J. House call practices among young family physicians. J Fam Pract 1989; 29/6: 638-42.
- 8 Thies-Zajonc S, Sandholzer H, Szecsenyi J, Kochen M. Primärärztliche Versorgung alter Patienten; Stellenwert der Hausbesuch- und Überweisungstätigkeit. Z Allg Med 1993; 69: 187-91.
- 9 Armstrong D, Griffin GA. Patterns of work in general practice in the Bromley health district. J R Coll Gen Pract 1987; 37: 264-6.
- 10 Calnan M, Butler JR. The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. Soc Sci Med 1988; 26: 435-41.
- 11 Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. BMJ 1994; 308: 249-53.
- 12 Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. London: Royal College of General Practitioners, 1988.
- 13 Bucquet D, Jarman B, White P. Factors associated with home visiting in an inner London general practice. BMJ 1985; 290: 1480-3.
- 14 Sandholzer H, Fricke R, Richter S, et al. Morbidität und medizinische Versorgung älterer Patienten: Eine Studie aus sechs Allgemeinpraxen. Z Allg Med 1993; 69: 44-8.
- 15 McArthur WJ. Geriatric house calls: relic of the past or challenge of the future? Can Fam Physician 1990; 36: 1409-15.
- 16 Swan JH, Mahoney C, Hunter H. In-home physician visits and large medical groups. Home Health Care Serv Quart 1991; 12(3): 19-32.
- 17 Nixon M. Hospital without walls. The family physician and the challenge of home health care. Can Fam Physician 1991; 37: 1709-18.
- 18 Burton JR. The house call: an important service for the frail elderly. J Am Geriatr Soc 1985; 291-93.
- 19 Grumbach K, Fry J. Managing primary care in the United States and the United Kingdom. N Engl J Med 1993; 328: 940-45.
- 20 Schiffner K. Der Hausbesuch in Deutschland. Huisarts Wet 1979; 22: 483-6.

- 21 Tönies H. Hausbesuch – ein spezifisch all-gemeinärztliche Betreuungsform. Münch Med Wschr 1985; 127: 619-22.
- 22 Baker B, Klein R, Carter R. Impact of the 1990 contract for general practitioners on night visiting. Br J Gen Pract 1994; 44: 68-71
- 23 Hannay D, Usherwood T, Platts M. Workload of general practitioners before and after the new contract. BMJ 1992; 304: 615-8.
- 24 Anonym. Vertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung: Inhalt und Umfang der Hausärztlichen Versorgung. Der Praktische Arzt 1994 (3): 12-4.
- 25 Zimmermann GW. Honorarabrechnung: Hausbesuche machen rund 20 Prozent des Umsatzes aus. Der Praktische Arzt 1993 (5): 68-71.
- 26 Council on Scientific Affairs. Home care in the 1990s. JAMA 1990; 263: 1241-4.
- 27 Boerma WGW, De Jong FAJM, Mulder PH. Health care and general practice in Europe. Utrecht: NHG/Nivel, 1993.
- 28 Fry J. Trends in general practice 1979. London: Royal College of General Practitioners, 1979.
- 29 Whewell J, Marsh G, McNay RA. Changing patterns of home visiting in the North of England. BMJ 1983; 286: 1259-61.
- 30 Marsh GN. Caring for larger lists. BMJ 1991; 303: 1312-6.
- 31 De Jong B, Schepers RMJ. Huisartsen in België en huisartsen in Nederland. Huisarts Nu 1993; 408-17.
- 32 Weckx H. Thuisverzorging op een nieuwe leest. Huisarts Nu 1991; 227-9. ■

Abstract

Boerma WGW. GP home visits in Europe. Huisarts Wet 1994; 37(12): 546-51.

In most European countries home visits are a part of the GP's normal routine. The frequency of these home visits varies considerably, both within and between the countries. These differences are partly related to the official position of the GP in the various health care systems. In comparison to their colleagues abroad, the

Dutch GPs are slightly more actively involved in evening, weekend and night duties, and they participate more actively in home visiting. Determinants of their active involvement are discussed on the basis of literature on home visits. These explaining factors are related to the doctor's personality, the location and composition of his practice, and characteristics of the health care system in the Netherlands. The general decline in the frequency of home visits, which seems to be the case in most European countries, appears to apply particularly to visits to young children and repeat visits. It is concluded that although perhaps in the short term a decline in the frequency of home visits does not have a negative effect on the quality of care, in the long term it may lead to the GP's possessing less essential knowledge about his patient's living conditions.

Key words Europe; Family practice; Home visits.

Correspondence W.G.W. Boerma, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

Een bange nacht

Ik was pas afgestudeerd als huisarts en had wachtdienst. De telefoniste die mij de oproep doorgaf, zei: 'Als u over een uur nog niet thuis bent, verwittig ik de politie, want het is daar een boeltje.' Het ging om twee broers, van wie er één epilepsie had.

In het holst van de nacht reed ik naar hun huis. Een jonge man deed open en liet mij binnen in een rokerige kamer, waar nog vier andere mannen zaten te kaarten en te drinken. Eén van hen verklaarde te hoesten en niet te kunnen slapen; een grote hond lag aan zijn voeten.

Ik moest hemel en aarde verzetten om eerst de hond in een andere kamer te krijgen. Terwijl ik daarna de zieke onderzocht, zaten de anderen mij nauwlettend te observeren. De man had een banale verkoudheid en ik schreef hem een hoestsiroop en een pijnstillers voor.

Nu kwam de epileptische broer in actie en eiste voor zijn broer een spuit om te kunnen slapen. Het mocht geen Valium zijn, wat dat hielp toch niet. Ik trachtte beiden aan het verstand te brengen dat er geen redenen waren om een spuit te geven, en ik

adviseerde hen vroeger te gaan slapen en niet tot diep in de nacht door te gaan met kaarten, drinken en roken. Ten lange laatste haalde ik één slaappil uit mijn auto om die aan de 'zieke' te geven.

Nadat ik uiteindelijk mijn prestatiebriefje had geschreven, zeiden ze dat ik de betaling maar moest regelen met de sociale assistente van het ziekenfonds. Blij dat ik daar weg kon, reed ik naar huis.

Later kwam ik wat meer te weten over de situatie waarin beide broers verkeerden. De oudste leed ten gevolge van een geboortetrauma aan epilepsie en had een laag IQ. Hij kon zich slechts handhaven met behulp van zijn broer. Deze had een iets hoger IQ. Beiden vertoonden psychopathische trekken. Zij eisten steeds dat de hulpverleners deden wat zij vroegen. Wanneer dit niet mogelijk bleek, werden zij agressief.

Daarna hoorde ik geregeld van collega's dat er moeilijkheden waren met de broers. Overleg binnen de artsenkring (ongeveer 90 huisartsen) was echter niet eenvoudig. Gedurende twee jaar riepen de broers

twee à drie maal per week de dokter met wachtdienst voor spuiten tegen slapeloosheid en andere bagatellen. Collega's werden bedreigd met een mes, en sommigen wilden alleen nog een huisbezoek afleggen onder politiebegeleiding. Uiteindelijk was niemand nog geneigd om bij deze broers op huisbezoek te gaan. Overleg met de huisarts van de patiënten bracht geen enkele verandering in de situatie.

Uiteindelijk werd door zeventien wachtlopende artsen een collocatiebevel ondertekend en werd aan de burgemeester gevraagd de beide broers in een psychiatrische instelling te laten opnemen.

De twee broers leven nu apart. De jongste werkt in een beschutte werkplaats en woont alleen. Hij krijgt regelmatig bezoek van de maatschappelijk assistente, die hem helpt bij budgetteren en andere praktische zaken. De oudste krijgt een invaliditeitsuitkering en woont in een huis voor beschut wonen.

Annie Goeman