

Het huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord

J. DE MAESENEER
L. DE PRINS
J.P. HEYERICK

De Maeseneer J, De Prins L, Heyerick JP. Het huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord. Huisarts Wet 1994; 37(12): 552-6.

Samenvatting In dit artikel wordt gezocht naar mogelijke verklaringen voor het grote aantal huisbezoeken dat in België door huisartsen wordt afgelegd. De evolutie van het aantal huisbezoeken wordt getoetst aan de evolutie van de huisartsendichtheid en van de persoonlijke bijdrage van de patiënt in de kostprijs van het huisbezoek. Tevens wordt de invloed van de leeftijd op het aantal huisbezoeken nagegaan en een mogelijke samenhang met de trouw van de patiënt aan zijn huisarts. Bij onderzoek van registratiegegevens van huisartsen blijkt dat het huisbezoek minder samenhang vertoont met de morbiditeit dan met een aantal artskenmerken. Geconcludeerd wordt dat het grote aantal huisbezoeken in België wellicht te maken heeft met de afwezigheid van structurering in de zorgverlening: er is geen inschrijving van de patiënt bij de huisarts en geen echelonnering. Dit leidt tot een oneigenlijk gebruik van huisbezoeken.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent, De Pintelaan 185, B-9000 Gent.
Prof.dr. J. De Maeseneer, huisarts;
L. De Prins, sociologe; J.P. Heyerick, huisarts.
Correspondentie: Prof.dr. J. De Maeseneer.

Inleiding

In Nederland en Engeland bedraagt het aantal huisbezoeken in een normale praktijk ongeveer 20 per week. In Frankrijk ligt het aantal huisbezoeken op 27 per week.¹ Op wereldniveau is evenwel België met 44 visites per huisarts per week al decennia lang de absolute koploper: ongeveer de helft van alle huisarts-patiënt contacten vindt er plaats bij de patiënt thuis.

Op het eerste gezicht zijn er niet direct verklaringen te geven voor deze unieke positie: België heeft een zeer uitgebreid wegennet, er zijn voldoende auto's, en een groot deel van de bevolking heeft telefoonansluiting. Patiënten kunnen in België voor elk probleem terecht bij om het even welke huisarts (of specialist). Bovendien is de huisartsendichtheid er één van de hoogste van Europa (gemiddeld 1 huisarts per 625 inwoners).

In dit artikel gaan wij op zoek naar mogelijke verklaringen voor de positie van België met betrekking tot het huisbezoek. In eerste instantie kijken we naar de evolutie van het aandeel van het huisbezoek in het werk van de Belgische huisarts in de afgelopen twintig jaar. Deze evolutie wordt getoetst aan de evolutie van de huisartsendichtheid en van de persoonlijke bijdrage van de patiënt in de kostprijs van het huisbezoek – twee factoren die mogelijk invloed hebben gehad. Verder analyseren we het consumptiegedrag van patiënten en gaan we na wat de invloed is van de leeftijd op het percentage huisbezoeken en of er een samenhang is tussen de trouw van de patiënt aan zijn huisarts en het percentage huisbezoeken.

Vervolgens vergelijken wij het percentage huisbezoeken bij de twintig belangrijkste klachten in een Vlaams onderzoek en in het Nederlandse Transitieproject: welk percentage patiënten werd voor dezelfde contactreden op huisbezoek gezien?

Tenslotte gaan we in een explorerend onderzoek na in welke mate het doen van huisbezoeken samenhangt met kenmerken van de arts, de diagnose en de patiënt.

Methode

Voor het analyseren van het aandeel van de huisbezoeken in het totaal aantal huisarts-patiënt contacten in België is gebruik gemaakt van de gegevens van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het RIZIV is een federale instelling die verantwoordelijk is voor het beheer van de gelden voor de sociale zekerheid. De 'Dienst voor Geneeskundige Verzorging' van het RIZIV zorgt onder meer voor de betaling van de verrichtingen van huisartsen. Op deze wijze wordt een groot aantal (hoofdzakelijk boekhoudkundige) gegevens landelijk verzameld. Het RIZIV beschikt over het exacte aantal geregistreerde huisartsen evenals over informatie over de overeengekomen tarieven.

In het kader van een ander onderzoek werden consumptieprofiel en trouw aan de huisarts bepaald bij een representatieve steekproef van 7714 patiënten met twee of meer huisarts-patiënt contacten in het registratiejaar, allen verzekerd bij de twee grootste ziekenfondsen in Antwerpen en Luik.^{2,3} Een patiënt werd als trouw aan zijn huisarts beschouwd, als 90 procent van de reguliere huisarts-patiënt contacten had plaatsgevonden met dezelfde huisarts. Voor iedere steekproefpersoon werd het aandeel van de huisbezoeken in het totaal aantal contacten berekend. Met variantieanalyse (F-test) werden de verschillen tussen de gemiddelde percentages in de tien naar leeftijdklasse en trouw onderscheiden groepen getest.

Voor de vergelijking van het percentage huisbezoeken per contactreden werden gebruik gemaakt van gegevens uit een Vlaamse transversale contactgebonden registratie van 5.609 huisarts-patiënt contacten van 94 huisarts-stagebegeleiders en gegevens uit het Nederlandse Transitieproject die betrekking hebben op 29.558 contacten uit grote-stadspraktijken.⁴ In het Vlaamse onderzoek werden de gegevens via participerende observatie geregistreerd door (daartoe geïnstrueerde) co-assistenten tijdens hun stage huisartsgeneeskunde; zij werden daarna centraal gecodeerd door de onderzoeker.⁵ Hoewel deze

methode duidelijk verschilt van de perifere codering door de huisartsen in het Transitieproject, konden door nauwe onderlinge samenwerking ten aanzien van de registratie van de contactreden in elk geval vergelijkbare gegevens verkregen worden.⁶ De gehanteerde analyse-eenheid was het contact-niveau.

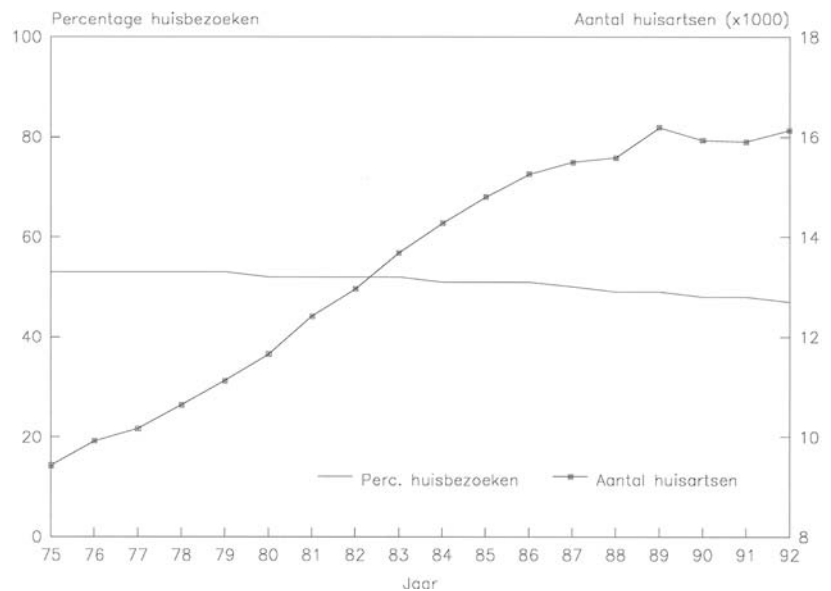
De samenhang met kenmerken van de arts, de diagnose en de patiënt, is onderzocht met behulp van hetzelfde Vlaamse gegevensbestand; hierbij werden drie groepen verklarende variabelen gehanteerd: 29 arts- en praktijkenmerken (leeftijd, taakopvatting, attitude, praktijkvorm), 17 diagnosekenmerken (de 17 hoofdstukken van de ICPC) en 4 patiëntenkenmerken. Voor de analyse is gebruik gemaakt van (stapsgewijze) multiële regressie-analyse; het analysesniveau was het huisarts-patiënt contact.

Resultaten

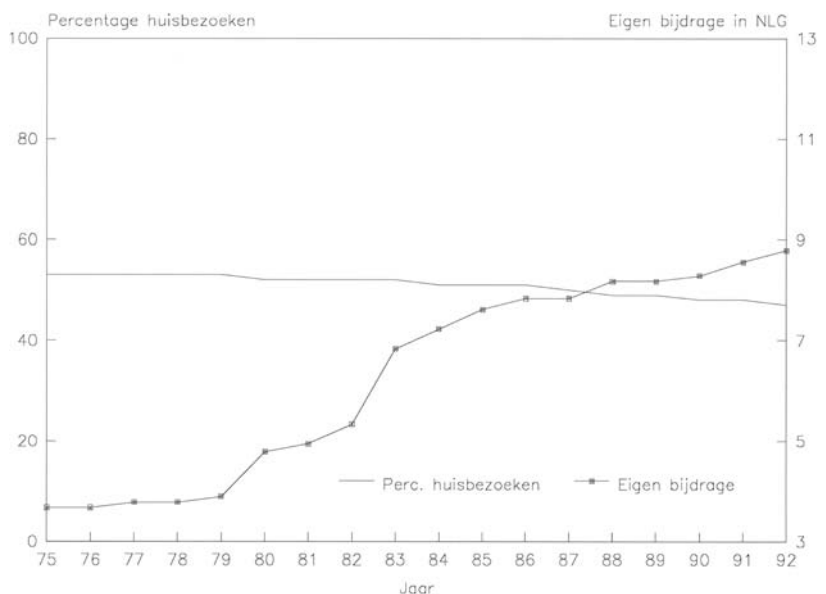
Het absolute aantal reguliere huisbezoeken bleef in de periode 1975-1992 constant (ongeveer 17 miljoen). *Figuur 1* toont de evolutie van het aandeel van de huisbezoeken in deze jaren. Globaal kan men stellen dat dit aandeel vrij stabiel is gebleven. De figuur laat verder zien dat het percentage huisbezoeken niet werd beïnvloed door de aanzienlijke toename van het aantal huisartsen: van 9.426 in 1975 tot 16.280 in 1993. Daarbij moet opgemerkt worden dat onduidelijk is met hoeveel 'full-time equivalent' (fte) huisartsen deze aantallen overeenkomen.

Evenmin werd het aandeel van de huisbezoeken beïnvloed door de absolute toename van de persoonlijke bijdrage van de patiënt in de kostprijs van het huisbezoek: van NLG 3,67 in 1975 tot NLG 8,78 in 1992 (*figuur 2*). Inmiddels is dat bedrag verhoogd tot NLG 12,72.

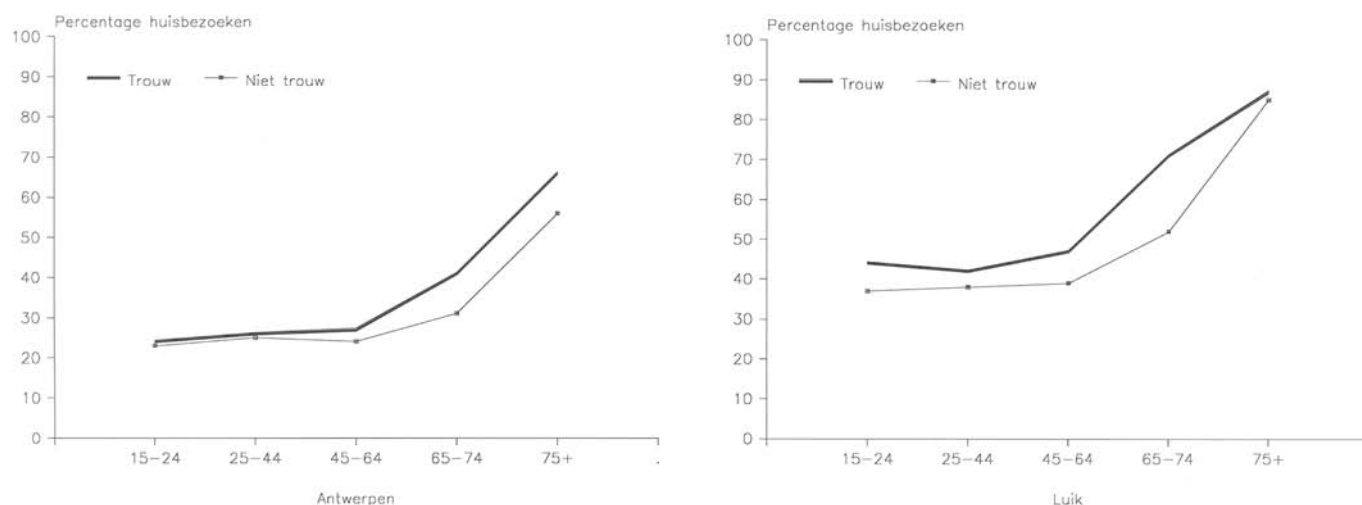
Bij de analyse van de consumptieprofielen blijkt dat het aandeel van de huisbezoeken in de arts-patiënt contacten toeneemt vanaf 65 jaar (*figuur 3*). Deze figuur geeft eveneens een belangrijk verschil tussen Antwerpen en Luik te zien; de achtergrond hiervan is voornamelijk onduidelijk. Tussen de trouw aan de huisarts en



Figuur 1 Ontwikkeling van het aandeel van de huisbezoeken in het totaal aantal contacten, en het aantal huisartsen, 1975-1992



Figuur 2 Ontwikkeling van het aandeel van de huisbezoeken in het totaal aantal contacten, en de eigen bijdrage voor een huisbezoek, 1975-1992



Figuur 3 Percentage huisbezoeken naar trouw aan de huisarts en leeftijdsklasse, in Antwerpen en Luik

Tabel 1 De twintig meest voorkomende contactredenen in het Vlaamse onderzoek en het Transitieproject. Vergelijking percentage huisbezoeken.

Nr	ICPC	Contactredenen	Aantal		Percentage huisbezoek	
			Vlaanderen	Transitie	Vlaanderen	Transitie
1	K30/31	Hart: onderzoek	596	4822	50	3
2	R05	Hoesten	536	4454	52	10
3	R21	Symptomen/klachten keel	379	1536	43	8
4	A04	Moeheid/ziektegevoel	337	2402	52	13
5	N01	Hoofdpijn	329	1894	39	7
6	A03	Koorts	321	2140	68	32
7	R07	Niezen/neusverstopping/loopneus	320	673	36	4
8	L02	Symptomen/klachten rug	158	880	44	11
9	D01	Gegen. buikpijn/buikkrampen	158	1023	44	9
10	L14	Symptomen/klachten been/dijbeen	143	996	36	10
11	D11	Diarree	132	638	50	13
12	R02	Dyspnoe/benauwdheid	130	1086	55	21
13	N17	Vertigo/duizeligheid	130	911	43	12
14	L17	Symptomen/klachten voet/teen	125	905	31	6
15	D10	Braken	124	546	63	23
16	S06	Lokale roodheid/erytheem huid	122	1690	30	3
17	D02	Maagpijn	112	842	38	5
18	L04	Symptomen/klachten borstkas	111	919	43	7
19	L15	Symptomen/klachten knie	110	1093	44	6
20	R25	Abnormaal sputum/slijm	108	108	54	7

Tabel 2 Regressie-analyse aard contact: consulten-huisbezoeken (n=3847)

R ² totaal	12,2	
R ² arts	8,3	
R ² diagnose	5,7	
R ² patiënt	3,7	
Verklarende variabelen	β	Pearson R
Leeftijd patiënt	0,15	0,17
Aantal contacten (work-load)	0,11	0,20

het aandeel van de huisbezoeken bestaat een zwak verband (Pearsons $r=0,10$).

In tabel 1 valt op dat bij alle contactredenen het percentage huisbezoeken in Vlaanderen hoger is dan in Nederland: bij koorts, kortademigheid en braken is het aandeel twee keer zo groot, voor de meeste andere klachten is het vier tot tien keer zo groot. Deze belangrijke verschillen bleven bestaan bij controle voor leeftijd. Blijkbaar is het hoge aantal huisbezoeken in Vlaanderen onafhankelijk van de klacht.

In het Vlaamse registratie-onderzoek

bestond gemiddeld 39 procent van de contacten uit huisbezoeken; mogelijk speelde onderregistratie hier een rol. Opvallend is de grote inter-doktervariatie (figuur 4).

Tabel 2 geeft de resultaten van de regressie-analyse met als afhankelijke variabele de aard van het contact: consult of visite. De tabel heeft alleen betrekking op de contacten waarin slechts één episode aan bod kwam (73 procent van het totaal); analyses voor het totale bestand leverden vergelijkbare bevindingen op.

De opvallendste uitkomst is dat de artsenmerken een groter deel van de varian-

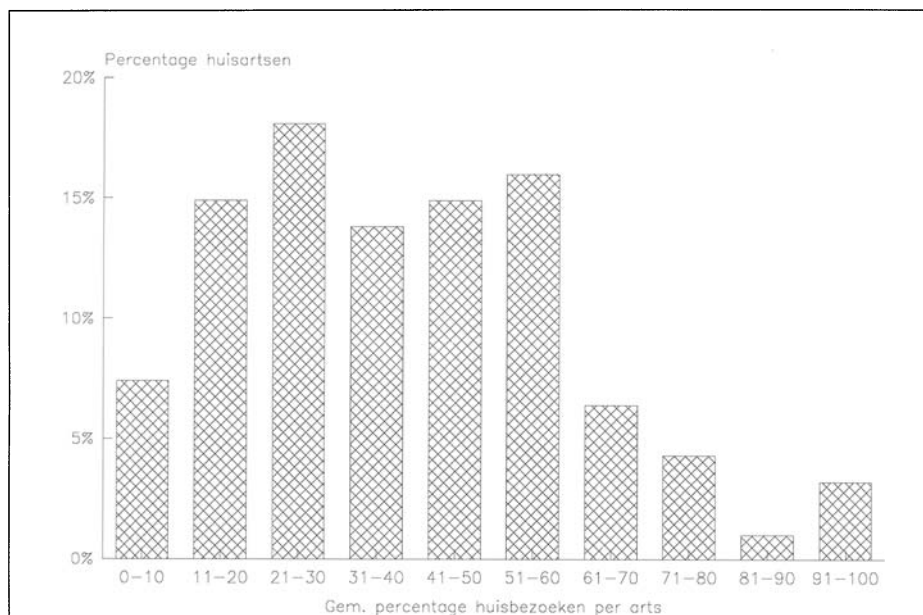
tie verklaren dan de diagnosekenmerken. Bij de verdere analyse blijkt dat, naast de leeftijd van de patiënt (hoe ouder, des te meer huisbezoek), het gemiddeld aantal contacten van de arts op weekbasis (de workload) een samenhang vertoont met het afleggen van meer huisbezoeken: hoe meer patiënten, des te groter de kans dat een patiënt op huisbezoek wordt gezien.

Uit een bivariate analyse blijkt verder een zwakke samenhang van het doen van meer huisbezoeken met de volgende artsenmerken: een defensieve opstelling (steeds het zekere voor het onzekere nemen) (Pearsons $r=0,13$), hogere leeftijd ($r=0,12$), beperktere taakopvatting ten opzichte van de tweede lijn ($r=0,12$), de opvatting dat minder controle op de uitoefening van het beroep wenselijk is ($r=0,12$), solo-praktijk ($r=0,10$), het lezen van minder wetenschappelijke tijdschriften ($r=0,10$), en het minder geneigd zijn de patiënt te informeren ($r=0,12$).

Beschouwing

Tijdens het huisbezoek zijn de mogelijkheden tot diagnostische en therapeutische interventies beperkt. Vaak zijn er storende factoren, zoals slechte verlichting of lawaai. Het feit dat ongeveer 50 procent van de contacten van de Belgische huisarts tijdens het huisbezoek plaatsvindt, belemmert zijn mogelijkheden tot interventie en kan de kwaliteit van de zorgverlening negatief beïnvloeden. Niettemin blijft zowel het absolute aantal huisbezoeken als hun relatieve aandeel de laatste 20 jaar stabiel. Noch de toename van de huisartsendichtheid, noch de belangrijke toename van de eigen bijdrage van de patiënt bij het huisbezoek blijkt hierop enige invloed te hebben.

Waardoor houden deze recordcijfers stand? Zou het gezondheidszorgsysteem een rol kunnen spelen? Patiënten in België zijn volledig vrij om iedere willekeurige huisarts, om het even op welk moment op huisbezoek te vragen. De ziekteverzekering draagt altijd zorg voor terugbetaling (momenteel 65 procent van het betaalde bedrag ad NLG 36). Gegeven het grote aanbod van huisartsen is er altijd wel een



Figuur 4 Gemiddeld percentage huisbezoeken per arts

huisarts bereid om langs te komen. Voor de patiënt is dit de gemakkelijkste oplossing en de huisarts verdient iets meer aan een huisbezoek dan aan een spreekuurcontact.

Achter het hoge gemiddelde aantal huisbezoeken in Vlaanderen gaat een grote inter-doktervariatie schuil. De analyse van deze inter-doktervariatie wijst op een belangrijk aanbodeffect. Hoewel de verklaarde variantie beperkt is, kan de vaststelling dat artskenmerken een grotere samenhang vertonen met de aard van het contact dan de diagnosekenmerken, en het – op het eerste gezicht – paradoxale feit dat artsen die veel patiënten zien, relatief meer patiënten op huisbezoek zien, erop wijzen dat het afleggen van huisbezoeken voor de huisarts een strategie is om patiënten aan zich te binden. 'Patiëntentrouw' blijkt op deze wijze samen te gaan met 'artsenijver', waarbij de aard van de klacht er weinig toe doet.

De verklaring het Belgische wereldrecord is met andere woorden hoofdzakelijk te zoeken in het systeem van de gezondheidszorg: de betaling per verrichting en de vrije toegang voor patiënten tot iedere huisarts, alsmede de hoge concurrentiedruk door het grote aantal huisartsen maken het huisbezoek voor de huisarts een instrument om patiënten aan zich te binden. Het grote aantal huisbezoeken illustreert de zwakke positie van de Belgische huisarts in een gezondheidszorgsysteem zonder verplichte patiënteninschrijving of echelonnering.

Anderzijds dient vermeld te worden dat de tevredenheid van patiënten in België zeer groot is. De vraag is echter of deze tevredenheid opweegt tegen een hoge mate van oneigenlijk gebruik van voorzieningen.

Dankbetuiging

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (B.S. 26.10.1991)

Literatuur

- 1 Boerma GW. Huisbezoek in het buitenland. Huisarts Wet 1994; 37(12): 546-51.
- 2 De Maeseneer JM, Heyerick JP, De Prins LF, et al. Het medisch dossier en de keuze van de patiënt voor een vaste huisarts: een experiment van de minister van sociale zaken – Syntheserapport. Brussel: Verzekeringscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging RIZIV, 1994.
- 3 De Maeseneer JM, De Prins LF, Heyerick JP, Mambourg F. Patiëntentrouw in de Belgische gezondheidszorg: tussen willen en doen. Ned Tijdschr Geneesk, ter perse.
- 4 Brouwer HJ, Mohrs J. Huisbezoek in de grote stad. Huisarts Wet 1994; 37(12): 520-6.
- 5 De Maeseneer JM. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de RU Gent. Gent: Centrum voor Huisartsenopleiding, 1989.

- 6 De Maeseneer JM, Brouwer HJ. ICPC in Flanders: results of a first field trial. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993: 94-100. ■

Abstract

De Maeseneer J, De Prins L, Heyerick JP. Home visits in Belgium: analysis of a world record. Huisarts Wet 1994; 37(12): 552-6.

In this article the authors attempt to explain the extremely high number of home visits made by Belgian GPs. For this purpose the number of home visits made over the last twenty years was compared to the number of GPs in the same period. Factors that were taken into account are the contribution of the patient to the doctor's fee, and the association of age and loyalty to the GP with the number of home visits. Morbidity proves to be less of an explanatory factor than a number of GP characteristics. The main cause for the high number of home visits in Belgium is probably the lack of structure in the health care organization: there is no affiliation of the patient with a GP, and no obligatory referral system, which results in the improper use of home visits.

Key words Belgium; Family practice; Home visits.

Correspondence Prof.dr. J. De Maeseneer, Department of General Practice and Primary Health Care, Gent University, De Pintelaan 185, B-9000 Gent, Belgium.