Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen

Depuydt Benjamin, UGent

Promotor: Professor Myriam Deveugele, UGent

Co-promotor: Dr. Hannah De Ruelle, UGent

Academiejaar 2016-2017

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract: Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen

HAIO: Dr. Depuydt Benjamin — Promotor: Prof. Deveugele Myriam, UGent

Praktijkopleider: Dr. Tack Carl — Co-promotor: Dr. De Ruelle Hannah, UGent

Context: Hoewel er een dalende trend te zien is in het totaal aantal huisbezoeken is België nog steeds één van de Europese koplopers betreffende het aantal huisbezoeken per huisarts. Tijdens de eerste weken als HAIO heb ik gemerkt dat veel huisbezoeken werden verricht bij patiënten die volgens mij wel in staat waren om naar de praktijk te komen. Ook stelde ik mij vragen bij de medische noodzaak van sommige huisbezoeken. Ik ben mij dan ook de vraag beginnen stellen wie er op huisbezoek wordt gezien, waarom sommige patiënten er juist voor kiezen om de huisarts op huisbezoek te laten komen en wat de visie van andere huisartsen is omtrent het huisbezoek.

Onderzoeksvragen: Door wie en voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen? Wat zijn de motieven van een patiënt om voor een huisbezoek te kiezen? Wat zijn de ideeën van patiënten en huisartsen omtrent het gebruik van huisbezoeken? Hoe worden deze huisbezoeken over het algemeen door patiënten en huisartsen ervaren?

Methode: Ter voorbereiding van het veldwerk werd een literatuuronderzoek verricht. Via een specifieke zoekstrategie werd in de databases Pubmed en Web of Science gezocht naar relevante studies. Voor de registratie van huisbezoeken in de praktijk werden gedurende 3 maanden alle huisbezoeken geregistreerd. Bij 13 patiënten die in deze periode een huisbezoek gekregen hadden werd een semi-gestructureerd interview afgenomen. De gegevens bekomen uit het interview werden geanalyseerd, gecodeerd en verwerkt via het softwareprogramma 'Nvivo 11'. Vervolgens werd er bij 37 huisartsen een vragenlijst afgenomen. De gegevens bekomen via de praktijkregistratie en de vragenlijsten bij huisartsen werden geanalyseerd in 'Excel'.

Resultaten: Uit de registratie van huisbezoeken bleek dat 93% van de patiënten op huisbezoek ouder was dan 65 jaar. Er werden vaker vrouwen (2/3) dan mannen (1/3) gezien. Chronische huisbezoeken namen het grootste aantal in (44%), gevolgd door acute (35)% en herhalingsbezoeken (21%). Terwijl acute bezoeken voornamelijk voor respiratoire, gastro-intestinale en orthopedische klachten werden uitgevoerd, werden op chronische huisbezoeken voornamelijk cardiovasculaire en (neuro)psychiatrische problemen aangepakt. De motieven voor een huisbezoek die de patiënten in deze studie naar voren brachten waren divers. Meestal was de reden tot huisbezoek een direct gevolg van het medisch probleem waarmee de patiënt te kampen had. Het viel op dat niet alle argumenten van patiënten om een huisbezoek te vragen even gegrond waren. Het ontbreken van vervoer en/of transportmiddel bleek in dit onderzoek geen reden tot het vragen van een huisbezoek te zijn. Zich niet naar de praktijk moeten verplaatsen, het vermijden van de wachttijd in de wachtzaal en het onafhankelijk blijven van andere personen om een arts te raadplegen werden als belangrijkste voordelen van het huisbezoek genoemd. Patiënten hechtten veel belang aan het huisbezoek en stelden dat deze voornamelijk voor oudere en/of immobiele patiënten moest worden voorbehouden. Huisartsen nuanceerden meer en gaven aan dat vooral patiënten die zich zeer moeilijk naar de praktijk kunnen verplaatsen omwille van hun verminderde fysieke toestand een terechte reden is om te kiezen voor een huisbezoek. Terwijl de patiënt vindt dat de kwaliteit van zorg op huisbezoek even goed is als in de praktijk vindt de huisarts dat dit niet zo is. Patiënten waren over het algemeen tevreden over het huisbezoek. Patiënten vonden ook dat de huisarts bepaalde huisbezoeken mag weigeren en stelden dat de huisarts zelf een goede inschatting kan en mag maken van wie wel of niet naar de praktijk kan komen. De meeste huisartsen in deze studie gaven aan dat ze nog graag huisbezoeken doen. Toch gaf een belangrijke groep huisartsen aan huisbezoeken eerder als een last te beschouwen. Dit bleek voornamelijk het geval voor de jongere en/of vrouwelijke huisartsen. Ook andere huisartsen hebben vaak hun twijfels bij de noodzakelijkheid van sommige huisbezoeken. De mening van zowel huisartsen als patiënten over het alternatief van een 'huisbezoekverpleegkundige' waren zeer verdeeld.

Conclusie: Uit deze studie blijkt dat er zeker nog ruimte is voor interventies die het aantal huisbezoeken in de praktijk kan doen dalen. Iedere arts zal voor zichzelf de keuze moeten maken of hij steeds de vraag van de patiënt volgt of zijn praktijk zo efficiënt mogelijk probeert te organiseren. Huisbezoeken zullen steeds deel blijven uitmaken van het takenpakket van de huisarts maar rekening houdend met de patiënteninterviews lijkt voor deze laatste keuze zeker een draagvlak te bestaan bij de patiënten. Betere educatie van patiënten rond de plaats van het huisbezoek en de voordelen van een consultatie in de praktijk en aanpassingen in de praktijkorganisatie kunnen hierbij helpen.

1 Voorwoord

Het schrijven van deze masterproef was geen gemakkelijke opdracht en nam meer tijd in beslag dan ik oorspronkelijk had gedacht. Zonder de steun van enkele mensen was deze opdracht nooit tot een goed einde gekomen. Daarom zou ik deze personen graag bedanken.

Vooreerst wil ik mijn promotor Prof. Myriam Deveugele en vooral mijn co-promotor Dr. Hannah De Ruelle bedanken voor de nuttige feedback en de aanmoedigende woorden bij het schrijven van dit project.

Vervolgens wil ik graag mijn praktijkopleider Dr. Carl Tack bedanken voor de interesse die hij in deze masterproef had en de steun die hij mij gaf tijdens de uitwerking ervan.

Bij deze wil ik ook graag alle patiënten die hebben deelgenomen aan het interview en alle huisartsen die een vragenlijst hebben ingevuld bedanken voor hun medewerking.

Tot slot had ik ook graag mijn vriendin Selina De Langhe bedankt voor het geduld die ze tijdens deze lastige en drukke periode heeft gehad.

Depuydt Benjamin

Tielt, 25 april 2017

2 Inhoudstafel

1 Voorwoord ... 3
2 Inhoudstafel ... 4
3 Inleiding ... 7
4 Literatuuronderzoek ... 8
4.1 Huisbezoeken in België en Europa: enkele cijfers ... 8
4.2 Kenmerken van de daling in huisbezoeken ... 9
4.3 Welke factoren hebben een invloed op het uitvoeren van huisbezoeken ... 10
4.3.1 Algemene karakteristieken ... 10
4.3.2 Karakteristieken met betrekking tot de patiënt ... 10
4.3.3 Karakteristieken met betrekking tot de arts ... 11
4.3.4 Gezondheidszorgsystemen ... 12
4.4 Verklaring voor het hoge aantal huisbezoeken in België ... 13
4.5 Verklaring voor de daling van het aantal huisbezoeken ... 14
4.6 Waarde van het huisbezoek ... 14
4.6.1 Positieve aspecten ... 14
4.6.2 Negatieve aspecten ... 15
4.7 Effectiviteit van het huisbezoek ... 16
4.8 Attitude van huisartsen met betrekking tot huisbezoeken ... 17
4.8.1 Doelgroep? ... 17
4.8.2 Noodzaak? ... 17
4.8.3 Positieve aspecten? ... 18
4.8.4 Negatieve aspecten? ... 19
4.9 Attitude van patiënten met betrekking tot huisbezoeken ... 19
4.9.1 Argumenten voor een huisbezoek? ... 19
4.9.2 Het belang en de waarde van huisbezoeken? ... 20
4.9.3 Visie over de bereidwilligheid van de huisarts om op huisbezoek te komen? ... 21
4.9.4 Alternatief voor huisbezoeken? ... 21
5 Methodologie ... 22
5.1 Literatuuronderzoek ... 22
5.2 Registratie van huisbezoeken in de opleidingspraktijk ... 22
5.3 Vragenlijsten huisartsen ... 24
5.4 Interview patiënten ... 24
6 Resultaten ... 26

6.1 Praktijkregistratie 26
6.2 Interview patiënten 32
6.2.1 Karakteristieken patiënten 32
6.2.2 Motieven om voor een huisbezoek te kiezen 32
6.2.3 Ervaringen met het huisbezoek 34
6.2.4 Ideeën omtrent het gebruik van huisbezoeken 41
6.3 Vragenlijst huisartsen 50
6.3.1 Karakteristieken huisartsen 50
6.3.2 Werkdruk door huisbezoeken 50
6.3.3 Werkvreugde en voldoening door huisbezoeken 53
6.3.4 Kwaliteit van zorg op huisbezoek 54
6.3.5 Terechte versus onterechte huisbezoeken 56
6.3.6 Mening over een 'huisbezoekverpleegkundige' 61
7 Discussie 64
7.1 Door wie en voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen? 64
7.2 Wat zijn de motieven van een patiënt om voor een huisbezoek te kiezen? 65
7.3 Verwachtingen van de patiënt met betrekking tot het huisbezoek? 66
7.3.1 Wachttijd. 66
7.3.2 Het consult zelf 67
7.4 Wat zijn de ideeën van patiënten over het gebruik van huisbezoeken? 67
7.4.1 Mag huisarts huisbezoeken weigeren? 67
7.4.2 Het belang van huisbezoeken? 67
7.5 Kenmerken van de huisarts met betrekking tot huisbezoeken? 68
7.6 Wat zijn de ideeën van huisartsen omtrent het aanvragen van huisbezoeken? 69
7.7 Voor wie moeten huisbezoeken worden voorbehouden? 69
7.8 Hoe worden deze huisbezoeken door patiënten en huisartsen ervaren? 70
7.8.1 Algemeen 70
7.8.2 Mening over de kwaliteit van zorg op huisbezoek 70
7.8.3 Overtuigen om toch naar de praktijk te komen? 71
7.9 Mening van patiënten en huisartsen over het alternatief van een 'huisbezoekverpleegkundige'? 71
7.10 Mogelijke implicaties voor de toekomst? 72
7.11 Mogelijke implicaties voor de praktijkvoering? 72
7.12 Aanbevelingen voor verder onderzoek 74
7.13 Sterktes en zwaktes van de studie 74
8 Conclusie 76

9 Referenties 77
10 Bijlagen 78
10.1 Goedkeuring ethische commissie UZ Gent 78
10.2 Goedgekeurd protocol masterproef 80
10.3 Informatieformulier en informed consent voor de huisarts 81
10.4 Vragenlijst huisartsen 83
10.5 Informatieformulier en informed consent voor de patiënt 88
10.6 Semi-gestructureerd interview patiënten 91

3 Inleiding

Zowel in België als in de rest van Europa kent het afleggen van huisbezoeken een dalende tendens. Ondanks deze daling blijft België nog steeds een van de koplopers in Europa wat betreft het aantal huisbezoeken per huisarts.

Tijdens de voorbije huisartsstages en de eerste maanden als huisarts-in-opleiding heb ik gemerkt dat het verrichten van huisbezoeken nog steeds een belangrijke plaats inneemt in het dagelijks werk van de huisarts. Na enkele weken zelf huisbezoeken afleggen was het mij opgevallen dat een groot deel van deze huisbezoeken - mits wat medewerking van de patiënt - even goed of zelfs beter in de praktijk zouden kunnen plaatsvinden. Er worden volgens mij nog te vaak huisbezoeken verricht bij patiënten die wel de mogelijkheid hebben om in de praktijk de huisarts te consulteren. Ook had ik vaak twijfels over de medische noodzaak van het aangevraagde huisbezoek. Uit deze initiële ergernis is nieuwsgierigheid ontstaan. Ik ben mij dan ook de vraag beginnen stellen waarom sommige patiënten er juist voor kiezen om de huisarts op huisbezoek te laten komen in plaats van in de praktijk de arts te raadplegen. Ook ben ik mij beginnen afvragen wat de mening van de huisartsen zelf hierover is.

Er is heden slechts weinig gekend over de visie van patiënten en artsen omtrent het gebruik en uitvoeren van huisbezoeken in de huisartspraktijk.

In deze masterproef met als titel “Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen” probeer ik dan ook op zoek te gaan naar de antwoorden op volgende vragen:

1. Door wie en voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen?
2. Wat zijn de motieven van patiënten om voor een huisbezoek te kiezen?
3. Wat zijn de ideeën van patiënten en huisartsen omtrent het gebruik van huisbezoeken?
4. Hoe worden deze huisbezoeken over het algemeen door patiënten en huisartsen ervaren?

De antwoorden op deze vragen kunnen ons helpen om de patiënt beter te begrijpen wanneer deze kiest voor een huisbezoek. Het kan ook argumenten aanbrengen om patiënten - die een huisbezoek vragen - gemakkelijker te kunnen overtuigen om naar de praktijk te komen door rekening te houden met hun visie op het huisbezoek. Dit werk kan ook informatie opleveren over de huidige houding van huisartsen ten opzichte van huisbezoeken.

4 Literatuuronderzoek

Ter ondersteuning van het eerste luik van het onderzoek - de praktijkregistratie - ga ik in de literatuur eerst op zoek naar de huidige situatie in België (en Europa) betreffende het gebruik van huisbezoeken, de specifieke veranderingen in het patroon van huisbezoeken en de verschillende factoren die verbonden zijn met het uitvoeren ervan.
Vervolgens ga ik, ter voorbereiding van de vragenlijsten bij huisartsen en de interviews van patiënten, in de literatuur op zoek naar de visie van huisartsen en patiënten omtrent het gebruik van het huisbezoek.
Daar er specifiek voor België weinig gegevens gevonden werden is er voornamelijk gekeken naar gegevens uit de Europese en Amerikaanse literatuur. De gevonden feiten handelen enkel over huisbezoeken verricht tijdens de normale werkuren. Gegevens met betrekking tot nachtelijke huisbezoeken, die worden gedaan tijdens het uitvoeren van de wachtdienst, werden buiten beschouwing gelaten.

4.1 Huisbezoeken in België en Europa: enkele cijfers

Sinds jaar en dag maakt het uitvoeren van huisbezoeken een zeer belangrijk deel uit van het dagelijkse werk van de Belgische huisarts. Tot 1987 zouden meer dan 50% van alle huisartscontacten in België huisbezoeken geweest zijn. Deze verhouding zou tot 1997 lichtjes gedaald zijn tot 46% [(1)]. Volgens een ander onderzoek uit 1993 blijkt dat de Belgische huisarts, met gemiddeld 44 huisbezoeken per week, koploper is in het verrichten van huisbezoeken binnen Europa. Ze worden hierin gevolgd door Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk en Nederland met respectievelijk 34, 28, 27 en 21 huisbezoeken per week per huisarts. Portugal en Zweden hebben met gemiddeld 2 bezoeken per week het laagste gemiddelde [(2, 3)].
Hoewel er grote variaties waar te nemen zijn tussen de verschillende landen van de Europese Unie maakt het uitvoeren van huisbezoeken in de meeste landen nog steeds een belangrijk deel uit van het normale werk van de huisarts. Enkel in Portugal (89%), Zweden (86%), Noorwegen (84%), Griekenland (68%) en Finland (47%) voeren minder dan 90% van de huisartsen huisbezoeken uit [(2, 3)]. De redenen voor deze variaties zijn divers.
De laatste decennia wordt er in België, net zoals in de rest van Europa, een verdere continue daling van het totaal aantal huisbezoeken waargenomen. Volgens recente cijfers, die door het RIZIV werden vrijgegeven, werd er in België in 2014 nog een totaal van 12 miljoen huisbezoeken afgelegd, dit is ongeveer 26% van het totaal aantal huisartscontacten. In 2005

werden er nog 16 miljoen huisbezoeken verricht. Dit betekent dus dat in een periode van 10 jaar tijd het aantal uitgevoerde huisbezoeken met 25% is gedaald. Als we de cijfers van 2014 vergelijken met die van het jaar 2013 zien we zelfs een daling van 5.7%. In de jaren vóór 2014 werd de daling van het aantal huisbezoeken deels gecompenseerd door een toename van het aantal raadplegingen in de praktijk. In het jaar 2014 was dit niet zo. De totale hoeveelheid huisartscontacten daalde zelfs met 1.2% [4][5].

4.2 Kenmerken van de daling in huisbezoeken

Zoals hierboven reeds werd aangehaald is het aantal huisbezoeken in de laatste decennia stelselmatig gedaald. Verschillende studies tonen aan dat deze daling in huisbezoeken voornamelijk wordt veroorzaakt door een daling van de bezoeken aan patiënten jonger dan 65 jaar [6-8]. Een Nederlandse studie uit 2006 toonde aan dat de daling van het aantal huisbezoeken het sterkst was bij de jongste patiënten: de kinderen. In deze studie daalde het aantal huisbezoeken bij kinderen van 0 tot en met 5 jaar significant van 20% in het jaar 1987 naar 3% in 2001 [7]. Een Britse studie uit de jaren 80 kon eveneens een grote daling in huisbezoeken aantonen bij kinderen [8].

Bij patiënten ouder dan 65 jaar is deze daling minder sterk of wordt er soms zelfs een stijging van het aantal bezoeken waargenomen. In de studie van Beale *et al.*, uitgevoerd in Engeland, daalde het aantal huisbezoeken voor patiënten jonger dan 65 jaar van 58% naar 25% terwijl dit bij patiënten ouder dan 65 jaar steeg van 42% naar 75% [6]. In een andere Britse studie daalde de chronische bezoeken in de leeftijdscategorie ouder dan 65 jaar slechts met 24% terwijl dit voor de andere leeftijdsgroepen ongeveer 70% was. Het aantal acute huisbezoeken bij ouderen boven de 65 jaar steeg tussen 1969 en 1980 zelfs met 16% [8].

In de Nederlandse studie van Van den Berg *et al.* werd ook gezien dat deze daling in huisbezoeken ook varieert naar gelang de urgentie van de gestelde diagnose of klacht. De daling van het aantal huisbezoeken was kleiner in de groep van de meer urgente klachten en diagnoses terwijl er in de overgrote meerderheid van de klachten/diagnoses (zoals bvb. koorts, acute tonsillitis, angina, scarlatina,…) een zeer duidelijke daling te zien was. Er werd ook vastgesteld dat huisartsen momenteel vaker een huisbezoek verrichten bij psychologische problemen of acute stress reacties in vergelijking met vroeger [7]. Ook Whewell *et al.*, uit Groot-Brittannië, vond in 1983 een stijging in huisbezoeken bij patiënten met psychiatrische morbiditeit [8].

4.3 Welke factoren hebben een invloed op het uitvoeren van huisbezoeken

Net zoals er veel verschillen genoteerd kunnen worden tussen de verschillende Europese landen is er ook een wijde variatie tussen de verscheidene huisartspraktijken binnen eenzelfde land. Deze verschillen worden grotendeels bepaald door verschillen in samenstelling van het patiëntenbestand, het type huisartspraktijk en kenmerken met betrekking tot de huisarts zelf en die van het gezondheidszorgsysteem [2].

4.3.1 Algemene karakteristieken

De meeste huisbezoeken worden in het begin van de week aangevraagd. In een Britse studie uit 1972 gebeurde 28% van de nieuwe oproepen op een maandag om dan te dalen tot ongeveer 18% op de andere dagen van de werkweek. Volgens dezelfde studie gebeurden 82% van de verzoeken tussen 8 en 10 uur in de ochtend; slechts 15% van de huisbezoeken werden later (10-20 uur) aangevraagd [9].

De onderverdeling van huisbezoeken in acute en chronische huisbezoeken is natuurlijk zeer verschillend van praktijk tot praktijk. Marsh *et al.* stelde in 1972 vast dat van de 17204 geregistreerde huisbezoeken 50% acute bezoeken waren. Herhalingsbezoeken na acute bezoeken en chronische routine bezoeken vormden respectievelijk 30% en 20% van het totaal aantal huisbezoeken [9].

4.3.2 Karakteristieken met betrekking tot de patiënt

Het belangrijkste kenmerk met betrekking tot de patiënt die een invloed heeft op het aantal huisbezoeken is de leeftijd van de patiënt. Huisbezoeken worden het vaakst afgelegd bij oudere patiënten (>65 jaar) [1, 2, 7, 9-11]. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat deze patiënten door hun hogere leeftijd en hogere morbiditeit vaker minder mobiel zijn en hierdoor een grotere nood en vraag hebben om thuis behandeld te worden. Vergeleken over eenzelfde periode krijgt deze leeftijdscategorie ook frequenter de huisarts over de vloer dan de andere leeftijdscategorieën [6, 10]. Dit verklaart het feit dat slechts een kleine groep patiënten verantwoordelijk is voor een groot aantal huisbezoeken. In de studie van Aylin *et al.* bijvoorbeeld was slechts 1% van het totaal aantal geïncludeerde patiënten verantwoordelijk voor bijna 40% van het totaal aantal geregistreerde huisbezoeken [10]. Een studie uit de Verenigde Staten vond dat 34% van de patiëntenpopulatie, bij de huisartsen die deelnamen aan het onderzoek, ouder dan 65 jaar was en dat deze groep verantwoordelijk was voor 82% van de huisbezoeken [12]. Oudere patiënten presenteren zich op huisbezoek vaker met chronische en meer diverse pathologie terwijl het bij

kinderen vaker acute, zelflimiterende aandoeningen betreft [10]. Naast deze piek bij 65+ patiënten wordt er ook een kleinere piek waargenomen bij pediatrische patiënten (0-4 jaar) [10, 11].

Ook de morbiditeit van de patiënt, onafhankelijk van leeftijd en geslacht, heeft zijn invloed op het aantal huisbezoeken. De nood aan huisbezoeken stijgt significant bij toenemende morbiditeit [1, 11]. Sullivan *et al.* vond dat patiënten die behoorden tot de slechtste morbiditeitsklasse 11 keer meer kans hadden om een huisbezoek te krijgen dan patiënten uit de beste klasse [11].

Er worden op huisbezoek ook vaker vrouwelijke patiënten gezien dan mannelijke, dit is voornamelijk het geval bij oudere patiënten [1, 11]. Een mogelijke reden hiervoor is de hogere levensverwachting van vrouwen ten opzichte van mannen.

Ook de sociale situatie van de patiënt speelt een rol. Er worden meer huisbezoeken gedaan bij patiënten die behoren tot de lagere sociale klassen [1, 9-11]. Een Britse studie uit 1996 toonde aan dat, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht, bij patiënten uit de laagste sociale klasse bijna dubbel zoveel huisbezoeken werden verricht als bij deze uit de hoogste sociale klasse [10]. Een hogere morbiditeit, minder toegang tot transportmogelijkheden en andere verwachtingen met betrekking tot de zorg die door de huisarts op huisbezoek gegeven kan worden vormen een verklaring voor de hogere frequentie aan huisbezoeken bij patiënten met een lage sociale status [9, 10]. Er werden in dezelfde studie ook meer huisbezoeken geregistreerd bij patiënten uit Pakistan en Afrikaanse landen en het minst bij patiënten van Chinese afkomst [10].

Uit ander onderzoek blijkt dat ook kinderen uit één-ouder gezinnen, patiënten die tot de rijkste klasse behoren en kansarme gezinnen meer huisbezoeken krijgen [2].

De gezondheidsproblemen waarmee de patiënt de huisarts op huisbezoek vraagt blijken ook van belang te zijn. De huisarts wordt op huisbezoek het vaakst geconfronteerd met patiënten met problemen van het respiratoir systeem [9, 10]. In de studie van Aylin *et al.* omvatte 40% van alle huisbezoeken bij kinderen een aandoening van de luchtwegen. Bij de andere leeftijdscategorieën was dit net geen 20%. Bij personen ouder dan 45 jaar waren problemen met betrekking tot het cardiovasculaire systeem ook een vaak voorkomende diagnose [10].

4.3.3 Karakteristieken met betrekking tot de arts

Net zoals bij de patiënt is ook de leeftijd van de huisarts van belang. Oudere huisartsen leggen vaker huisbezoeken af dan hun jongere collega's [2, 9]. Het gaat hier dan voornamelijk over de chronische en acute herhalingsbezoeken. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat oudere

huisartsen doorgaans een andere attitude hebben dan jongere huisartsen inzake het uitvoeren van huisbezoeken. Oudere artsen zouden 'efficiënt' werken minder belangrijk vinden en zouden hun vak meer als roeping zien terwijl jongere artsen het meer als een beroep zien met duidelijke grenzen [3]. Oudere huisartsen hebben logischer wijs ook meer oudere patiënten die vaker op huisbezoek gezien worden [9].

Ook het geslacht van de huisarts heeft zijn invloed op het huisbezoek gedrag. Mannelijke huisartsen leggen vaker huisbezoeken af dan hun vrouwelijke collega's. Tijdens het huisbezoek zouden vrouwelijke huisartsen meer tijd besteden aan patiënten dan mannelijke huisartsen [2].

Grote huisartspraktijken hebben een hoger absoluut aantal huisbezoeken dan solo- of kleinere praktijken. Toch ziet men dat huisartsen die solo of in kleinere groepspraktijken werken, per 1000 patiënten, meer patiënten op huisbezoek zien dan hun collega's die in grotere huisartspraktijken werken [2, 9]. Deze twee factoren zouden voornamelijk van belang zijn in landen waar de tweede lijn direct toegankelijk is voor de patiënt.

Huisartsen gevestigd op het platteland blijken ook meer huisbezoeken te verrichten dan deze die hun praktijk uitoefenen in verstedelijkt gebied [2, 9]. Marsh *et al.* vond dat voornamelijk het hoger aantal aan herhalings- en chronische bezoeken bij de artsen gevestigd in landelijke praktijken verantwoordelijk was voor het hoger aantal huisbezoeken [9]. De grotere afstanden tot de praktijk en de betere verplaatsing in het verkeer in rurale gebieden zouden mogelijke verklaringen kunnen zijn voor dit verschil [3, 9]. Ook een verschil in attitude tussen het platteland en stedelijk gebied kan hierin meespelen. Op het platteland zouden meer traditionele opvattingen gelden waarin het huisbezoek nog een belangrijke plaats inneemt [3].

4.3.4 Gezondheidszorgsystemen

Landen waar de specialistische tweede lijn direct toegankelijk is, zoals in België, Oostenrijk, Duitsland en Frankrijk, hebben gemiddeld meer huisbezoeken per week dan landen waar er eerst een verwijzing door de huisarts (*gatekeeping* systeem) dient te gebeuren. Ruim 25% van de huisartsen uit landen zonder *gatekeeping* systeem ziet per week meer dan 25 patiënten op huisbezoek terwijl dit voor landen met een verwijssysteem slechts 7% is [3]. Het aantal huisbezoeken tussen huisartsen onderling blijkt ook minder te variëren in landen met een *gatekeeping* systeem vergeleken met deze zonder [2]. Landen waar huisartsen als *gatekeepers* van het gezondheidszorgsysteem functioneren hebben doorgaans een sterkere positie waardoor ze gemakkelijker kritisch kunnen beslissen over het al dan niet uitvoeren van een huisbezoek. In landen zonder *gatekeeping* systeem moeten de huisartsen vaak in concurrentie treden met de

even toegankelijke specialistische tweede lijn. Het verrichten van huisbezoeken is een middel om deze concurrentie aan te gaan [2, 3].

Huisartsen die in loondienstverband werken blijken ook minder huisbezoeken te doen dan hun collega's die als zelfstandig ondernemer werken en dus per prestatie betaald worden (fee-for service systeem) [1, 2]. Boerma *et al.* toonde aan dat een huisarts met vaste verloning gemiddeld 2.1 huisbezoeken per week verricht terwijl dit bij een zelfstandig huisarts gemiddeld 19.9 bezoeken per week is [2]. Voor huisartsen die als zelfstandig ondernemer werken is het uitoefenen van huisbezoeken van groter economisch belang dan voor diegene die in loondienstverband werken.

4.4 Verklaring voor het hoge aantal huisbezoeken in België

Op zich zijn er geen logische verklaringen voor het feit dat er in België meer huisbezoeken worden verricht dan elders in Europa. België is een welvarend land met goede en uitgebreide transportmogelijkheden en de densiteit van de huisartsen is een van de hoogste in Europa [1].

Zowel een stijging van het aantal huisartsen als een stijging van het remgeld dat per huisbezoek wordt aangerekend kon over een verloop van 20 jaar geen daling van het aantal huisbezoeken teweeg brengen [1].

In een Belgische studie uit 1999 toonde De Maeseneer *et al.* in zijn multivariate analyse aan dat slechts 28.6% van de variatie in huisbezoeken verklaard kan worden door karakteristieken met betrekking tot de patiënt (leeftijd, geslacht, morbiditeit en regionale verschillen). Daarbij concludeerde hij dat voornamelijk eigenschappen met betrekking tot de huisarts zelf en die van het gezondheidszorgsysteem verantwoordelijk zouden zijn voor het hoge percentage aan huisbezoeken in België. Het 'fee-for-service' systeem, waarbij de arts per verrichting gehonoreerd wordt, in combinatie met een direct toegankelijke tweedelijnszorg is het gezondheidszorgsysteem dat van toepassing is in België [1].

Een eerste verklaring voor het hoge aantal huisbezoeken kan gezocht worden bij het 'fee-for-service' systeem zelf. Zoals hierboven reeds beschreven is dit systeem, voornamelijk door zijn financiële consequenties, gerelateerd aan een hoger aantal huisbezoeken per arts. Huisartsen die meer raadplegingen of huisbezoeken verrichten hebben op het eind van de maand een hoger inkomen [1].

Een tweede mogelijke verklaring wordt gevormd door een combinatie van de direct beschikbare tweedelijnsgezondheidszorg en de hoge densiteit aan huisartsen in België. Deze twee factoren zorgen voor een relatief hoge competitiedruk voor huisartsen, zowel met de specialisten uit de

tweede lijn als met collega huisartsen. Het verrichten van huisbezoeken kan gezien worden als een extra service voor de patiënt om zo deze aan de praktijk te 'binden'. Zo kan de huisarts in competitie treden met specialisten en andere huisartsen [1, 3].

Uit onderzoek is ook gebleken dat de Belgische huisarts een meer 'defensieve attitude' heeft. Dit wil zeggen dat ze minder risico durven te nemen in het maken van medische beslissingen. Artsen met een meer defensieve houding doen meer huisbezoeken [13]. Deze defensieve attitude heeft waarschijnlijk ook te maken met zowel het binden als behouden van patiënten in de praktijk. In dit opzicht is het namelijk beter om de patiënt nogmaals op consult of huisbezoek te herevalueren dan het risico te lopen dat deze met zijn gezondheidsprobleem een andere arts raadpleegt [1].

4.5 Verklaring voor de daling van het aantal huisbezoeken

Zowel veranderende omgevingsgerelateerde factoren als elementen met betrekking tot de patiënt als de huisarts vormen een verklaring voor deze daling van het aantal huisbezoeken. Zo vormt de toename van de transportmogelijkheden van de patiënt waarschijnlijk de belangrijkste reden voor deze daling [7, 8]. Maar ook de verandering in bevolkingsdistributie, met een daling van het aantal kinderen en jongeren en een toename van de oudere populatie, speelt een belangrijke rol [8]. Factoren met betrekking tot de huisarts vormen voornamelijk de introductie van een flexibel afspraaksysteem, een verbeterde efficiëntie van werken en een betere organisatie van de huisartspraktijk waardoor raadplegingen in het kabinet gemakkelijker en minder tijdrovend hoeven te zijn [8]. Ook de toename van de medische kennis van patiënten over bepaalde klachten of aandoeningen zou een belangrijke verklaring kunnen zijn voor deze verschuiving [7].

4.6 Waarde van het huisbezoek

4.6.1 Positieve aspecten

Het huisbezoek vormt een laagdrempelige manier om in de zorg te voorzien van patiënten die beperkt zijn in hun mobiliteit, de oudere en de ernstig zieke patiënt. Voor deze patiënten is een verplaatsing naar de praktijk vaak een fysiek zware opdracht. Door gebruik te maken van een huisbezoek hoeft de patiënt ook geen beroep te doen op familieleden, vrijwilligers of ziekenvervoer om toch een arts te kunnen raadplegen [14].

De patiënt kan zelf de omgeving kiezen waarin hij wenst verzorgd te worden.

Huisbezoeken kunnen bij bepaalde patiënten nadelige effecten van een verplaatsing voorkomen. Door bijvoorbeeld patiënten die lijden aan dementie of patiënten met bepaalde psychiatrische morbiditeit op huisbezoek te raadplegen kunnen acute verwardheid of psychische decompensatie voorkomen worden [14].

Het huisbezoek kan mogelijks ook positieve effecten hebben op de gezondheidsstatus van de patiënt, de mortaliteit, het aantal ziekenhuis- en/of RVT-opnames (zie verder: 5.6 Effectiviteit van huisbezoeken).

Tijdens een huisbezoek kan de huisarts ook een uniek zicht krijgen op de levensomstandigheden, het gezinsleven en de levensstijl van de patiënt wat tijdens een gewone raadpleging in de praktijk vaak niet mogelijk is. Op huisbezoek kan de arts zich beter een beeld vormen over de fysieke capaciteiten en/of beperkingen van de patiënt, gemakkelijker de veiligheid van een thuissituatie beoordelen, de compliance van de medicijnen nagaan,…. Ook het functioneren van de paramedici en de mantelzorgers kan beter beoordeeld worden. Deze bijkomende observaties kunnen de kwaliteit van zorg ten goede komen [13-16].

Het uitvoeren van huisbezoeken kan de arts-patiënt relatie versterken. Zo heerst er over het algemeen een grote tevredenheid bij patiënten over de zorg die tijdens een huisbezoek gegeven wordt. Ook sommige artsen halen veel voldoening uit deze manier van werken [12, 14, 16].

Artsen die vaak huisbezoeken afleggen werken over het algemeen ook gemakkelijker samen met andere zorgverstrekkers die bij de patiënt aan huis komen (bvb.: thuisverpleegkundigen, kinesisten, podologen, mantelzorgers,…) waardoor ze beter zijn in het coördineren van de thuiszorg dan artsen die dit weinig tot nooit doen (bvb.: sommige ziekenhuisartsen). Omgekeerd geldt ook dat de familie en de verzorgers, van de patiënt die via huisbezoeken verzorgt wordt, beter betrokken worden bij de verzorging van de patiënt [14].

4.6.2 Negatieve aspecten

Het huisbezoek wordt door veel huisartsen als een minder efficiënte vorm van werken ervaren. Ten eerste neemt het uitvoeren van huisbezoeken meer tijd in beslag dan raadplegingen in de praktijk [2, 6, 12, 15]. Maar ook de aanwezigheid van andere personen, slechte belichting, lawaai, sigarettenrook, etc. tijdens het uitvoeren van huisbezoeken hebben vaak een storend effect op het consult. Bepaalde diagnostische en therapeutische handelingen zijn tijdens het huisbezoek moeilijk of zelfs niet mogelijk en worden door de hierboven genoemde factoren vaak bemoeilijkt waardoor ze aan kwaliteit kunnen inboeten [1, 2, 12, 13, 15]. Ook het dikwijls afwezig zijn van het medisch dossier van de patiënt wordt door huisartsen vaak als een nadeel gegeven.

Een combinatie van deze factoren zouden mogelijk een negatieve impact kunnen hebben op de kwaliteit van zorg [13].

4.7 Effectiviteit van het huisbezoek

Momenteel zijn er zo goed als geen studies voor handen die specifiek de effectiviteit van het huisbezoek door de huisarts voor welbepaalde aandoeningen onderzocht hebben. De weinige gegevens die beschikbaar zijn komen uit studies die de effectiviteit van huisbezoekprogramma's onderzoeken. Een huisbezoekprogramma bestaat doorgaans uit een vast aantal huisbezoeken die verspreidt worden over een welbepaalde tijd en uitgevoerd worden bij een specifieke doelgroep door een welbepaald team van zorgverleners. Het is moeilijk om eenduidige uitspraken te doen over de effectiviteit van huisbezoeken aan de hand van deze gegevens omdat iedere studie uit een andere patiëntenpopulatie bestaat (jong versus oud, lage morbiditeit versus hoge morbiditeit,…), er worden verschillende uitkomsten gemeten en er zijn grote variaties in de samenstelling van de verzorgers die instaan voor de huisbezoeken (soms is er geen arts in het team aanwezig) [16].

De geringe gegevens over de effectiviteit van huisbezoeken/huisbezoekprogramma's uit de beschikbare literatuur toont tegenstrijdige resultaten. Zo vond Elkan *et al.* in hun systematische review en meta-analyse dat ouderen die deelnamen aan een huisbezoekprogramma waarin aan preventie en gezondheidspromotie gedaan werd dat het huisbezoek leidde tot significant minder mortaliteit en minder RVT opnames in vergelijking met de ouderen die dit niet kregen. Deze studie kon evenwel geen verschil aantonen in het aantal hospitalisaties, de algemene gezondheid en ADL-activiteiten [17]. Een ander onderzoek toonde aan dat oudere patiënten die voor een verscheidenheid aan aandoeningen thuis behandeld werden minder geriatrische complicaties (zoals verwardheid, urinaire en fecale incontinentie, urineweginfectie en constipatie) ontwikkelden. In deze studie kon dan wel geen verschil gevonden worden voor de mortaliteit in beide groepen. Wel was de voldoening van patiënten en zorgverleners significant hoger in de groep die thuis behandeld werd [18]. Een Amerikaans huisbezoekprogramma voor kwetsbare oudere patiënten toonde een daling van het aantal hospitalisaties, een kortere opname duur, een reductie van het aantal heropnames en een vermindering van RVT opnames [19]. In de meta-analyse van Mayo-Wilson *et al.* kon geen effect op de mortaliteit, het aantal hospitalisaties of aantal RVT opnames in het voordeel van de patiënten die huisbezoeken kregen aangetoond worden [20]. Een Nederlands onderzoek kon eveneens geen effect op mortaliteit, gezondheidsstatus, gebruik van zorgvoorzieningen en kosten aantonen bij oudere patiënten met

een slechte gezondheid of een functiebeperking die in een huisbezoekprogramma waren opgenomen vergeleken met deze zonder huisbezoeken [21].

4.8 Attitude van huisartsen met betrekking tot huisbezoeken

Er zijn slechts weinig studies die de visie van huisartsen met betrekking tot het huisbezoek bevraagd hebben. De volgende onderzoeksresultaten komen zowel uit Europese als Amerikaanse studies.

4.8.1 Doelgroep?

De meerderheid van de huisartsen zijn het er over eens dat huisbezoeken vooral moeten worden voorbehouden voor de kwetsbare oudere en ernstig zieke patiënten [12, 15, 22]. Huisartsen vinden huisbezoeken bij deze patiëntengroep vooral nuttig omdat ze zich op die manier gemakkelijker een beeld kunnen vormen van de levenswijze, de dagelijkse activiteiten, de gezondheidsstatus, het medicatiegebruik en de gezinssituatie van de patiënt [13, 15]. In het onderzoek van Hammet *et al.* vonden de huisartsen dat ook volgende patiëntengroepen de huisarts op huisbezoek zou mogen laten komen: palliatieve patiënten, patiënten die recent uit ziekenhuis ontslagen zijn, patiënten met een psychische aandoening of gedragsproblemen, postpartum vrouwen en pasgeboren baby's. Slechts een kleine groep huisartsen (5.6%) vond dat iedere patiënt die vroeg om een huisbezoek een huisbezoek moest krijgen [22].

Huisartsen zijn meer geneigd om een patiënt op huisbezoek te zien wanneer deze duidelijk beperkt is in zijn mogelijkheid om naar de praktijk te komen. Deze beperking kan het gevolg zijn van zowel de leeftijd, de fysieke beperking, de klacht als niet medische factoren zoals het afwezig zijn van transportmogelijkheden [7]. Behalve de onmogelijkheid om op raadpleging te consulteren vond Schueler *et al.* ook dat het comfort van de patiënt en het verbeteren van de arts-patiënt relatie redenen waren om op huisbezoek te gaan [12].

4.8.2 Noodzaak?

Huisartsen hebben vaak hun bedenkingen over de noodzaak van bepaalde huisbezoeken. In de studie van Marsh *et al.* werd 25% van de redenen tot huisbezoek door de huisarts als medisch niet noodzakelijk geacht en in nog eens 25% van de gevallen was de arts van mening dat de patiënt wel over de transportmogelijkheden beschikte om zich naar de raadpleging te begeven [9]. Ook in de studie van Carey-Smith *et al.* werd 42% van de nieuwe verzoeken tot huisbezoek als niet noodzakelijk ervaren. In dezelfde studie werd ook gesteld dat 66% van de oproepen

door een speciaal opgeleide verpleegkundige behandeld zou kunnen worden [23]. Vooral de chronische huisbezoeken, en meer specifiek de 'ondersteunende' huisbezoeken, worden in vraag gesteld. Dit zijn huisbezoeken waarbij er geen echte medische indicatie is voor het bezoek maar waar er voornamelijk nood is aan 'sociale interactie'. De grens tussen chronische routine huisbezoeken en deze van eerder supportieve/ondersteunende aard is echter smal [15].

De huisartsen uit het onderzoek van Van Royen *et al.* gaven ook aan dat ze hun visie over het gebruik van het huisbezoek op de patiënt probeerden over te brengen en hen probeerden te motiveren om de volgende keer toch naar de praktijk te komen [13].

Levensbedreigende urgenties werden door de meeste huisartsen in de studie van Theile *et al.* gedelegeerd naar de dienst spoedgevallen, vooral wanneer deze oproepen tijdens de raadplegingen zelf gebeurden. Voor niet levensbedreigende oproepen boden de meeste huisartsen een huisbezoek aan na afloop van hun raadplegingen in de praktijk of vroeg men de patiënt om toch naar de praktijk te komen [15].

4.8.3 Positieve aspecten?

Zoals hierboven reeds vermeld is het huisbezoek voor huisartsen vooral een nuttig instrument om een beter inzicht te verwerven in de thuissituatie van de patiënt. Informatie verkregen via huisbezoeken kunnen soms belangrijke consequenties hebben naar het beleid van de patiënt toe (bvb.: valpreventie maatregelen bij patiënt met ziekte van Parkinson) [13, 15]. Enkele huisartsen beweren ook dat sommige hospitalisaties vermeden kunnen worden indien de patiënt door middel van huisbezoeken wordt opgevolgd [15].

De afwisseling van de dagelijkse routine, de werkvreugde en het vervullen van de professionele nieuwsgierigheid die het verrichten van huisbezoeken biedt worden ook vaak als positieve aspecten benoemd [15].

Het uitvoeren van huisbezoeken zou volgens de geïnterviewde artsen in de studie van Theile *et al.* ook een positief effect hebben op het 'commerciële' aspect. Het verrichten van huisbezoeken zorgt voor positieve reclame en een grotere tevredenheid onder de patiënten [15]. Volgens een ander onderzoek zouden patiënten minder tevreden zijn met een huisarts die minder huisbezoeken doet [1]. Huisartsen hebben dus meestal wel een 'goede' reden om bij een patiënt op huisbezoek te gaan ook al is er geen strikt medische noodzaak voor het bezoek.

4.8.4 Negatieve aspecten?

Net zoals huisartsen redenen hebben om op huisbezoek te gaan hebben ze ook argumenten om dit niet te doen. In een Canadees onderzoek waren tijdsgebrek, een te lage financiële vergoeding, een te lange reisafstand, gebrek aan materiaal op huisbezoek en ongerustheid over de persoonlijke veiligheid de belangrijkste redenen om niet vaker op huisbezoek te gaan [(22)]. Schueler *et al.* vond dat vooral het tijdrovende aspect van het verrichten van huisbezoeken en het gebrek aan uitrusting op huisbezoek redenen zijn tegen het doen van huisbezoeken. Andere argumenten tegen het verrichten van huisbezoeken waren het wel in staat zijn van de patiënt om naar de praktijk te komen, de minder kwalitatieve zorg die op huisbezoek geboden wordt en het niet kosteneffectief zijn van huisbezoeken [(12)].

In een Duits kwalitatief onderzoek naar de attitude van huisartsen tegenover het huisbezoek bleek dat slechts een derde van de geïnterviewde huisartsen het verrichten van huisbezoeken leuk vond. Voornamelijk de verloning van het huisbezoek en twijfels over de toegevoegde waarde van het huisbezoek werden hier in vraag gesteld. De beperkte diagnostische opties in de thuissetting, de mindere controle over het consult en het feit dat huisbezoeken zeer tijdrovend zijn werden als pijnpunten genoemd. Bepaalde huisartsen stelden zelfs dat huisbezoeken sociale isolatie zou bevorderen. Enkele huisartsen maakten ook opmerkingen over de veiligheid tijdens het huisbezoek en sommige huisartsen voelden zich door de patiënt uitgebuit wanneer deze vroeg om op huisbezoek te komen. Bij de vraag naar hun motivatie om huisbezoeken te verrichten konden slechts weinig huisartsen een duidelijke reden opgeven. De meeste huisartsen stelden dat het verrichten van huisbezoeken vooral een onderdeel van het beroep is en dat ze zich hoofdzakelijk verplicht voelden om huisbezoeken te doen [(15)].

4.9 Attitude van patiënten met betrekking tot huisbezoeken

Ook over de attitude van patiënten met betrekking tot het huisbezoek is er in de literatuur zeer weinig informatie te vinden.

4.9.1 Argumenten voor een huisbezoek?

Een Britse studie uit 1972 toonde dat de voornaamste reden voor patiënten om voor een huisbezoek te kiezen geassocieerd was met het ziektebeeld. De vaakst voorkomende redenen die patiënten opgaven waren ‘te ziek zijn’ en ‘in bed liggen’. Koorts, pijn, overgeven en het fysiek onvermogen om naar de praktijk te komen waren andere vaak voorkomende redenen met betrekking tot het ziektebeeld. Slechts 15% van de bevraagde patiënten gaven het gebrek aan

vervoer om naar de praktijk te komen aan als eerste reden. Dit was wel de tweede reden voor 32% van de patiënten. Een te lange wachttijd in de wachtzaal, moeilijkheden om een afspraak te maken, parkeerproblemen, gewoonte om de huisarts op huisbezoek te vragen, het te druk hebben, gebrek aan een babysitter of een vergezellend persoon, het risico om een infectie op te lopen in de wachtzaal en slecht weer waren andere redenen om voor een huisbezoek te kiezen [23]. Ook in het onderzoek van Van Royen *et al.* gaven patiënten aan dat de duur van de wachttijd in de wachtzaal een reden was om een huisbezoek te verkiezen boven een raadpleging in de praktijk. Patiënten stelden ook dat het nadeel van het wat hogere remgeld bij huisbezoeken niet opweegt tegen het gemak van zich niet naar de praktijk te moeten verplaatsen of in de wachtzaal te moeten wachten [13].

4.9.2 Het belang en de waarde van huisbezoeken?

Het is algemeen bekend dat patiënten het huisbezoek meer appreciëren dan de huisartsen zelf. Van Kempen *et al.* onderzocht in hun kwalitatief onderzoek de noden en voorkeuren van kwetsbare ouderen met betrekking tot huisbezoeken in de eerste lijn. In deze Nederlandse studie gaven de meeste patiënten en mantelzorgers aan dat ze graag huisbezoeken zouden krijgen, ook diegene die er nog geen ervaring mee hadden. Ze geloofden dat de huisarts op huisbezoek meer die persoonlijke aandacht zou geven die ze vroeger gewend waren en die ze tegenwoordig missen door de toegenomen tijdsdruk en onpersoonlijke houding van de huisarts in de praktijk. Sommige vonden dat het huisbezoek hen meer mogelijkheden zou bieden om over hun problemen te praten terwijl anderen stelden dat ze meer vertrouwen zouden stellen in de huisarts wanneer deze op huisbezoek komt, wat goed zou zijn voor de arts-patiënt relatie. Er waren echter ook patiënten die reeds tevreden waren met de zorg die ze op dat moment kregen en hierdoor niet overtuigd waren over de toegevoegde waarde van het huisbezoek [24]. In het onderzoek van Van Royen *et al.* gaven de patiënten ook aan dat het huisbezoek voor een zekere intimiteit zorgt waardoor het voor patiënten gemakkelijker is om bepaalde familiale en socio-economische problemen en belangrijke levensgebeurtenissen te bespreken en dat dit op zijn beurt voor een hechtere arts-patiënt relatie zou zorgen [13].

Net zoals artsen benadrukken de patiënten uit diezelfde studie het belang van huisbezoeken voor patiënten met belangrijke medische problemen en de kwetsbare en oudere patiënten. Hoewel de meeste huisbezoeken de focus leggen op behandelen en preventie blijken de patiënten en mantelzorgers uit de studie van Van Kempen *et al.* andere prioriteiten te hebben. De meeste patiënten en mantelzorgers gaven aan dat huisbezoeken vooral de focus moest

leggen op de psychosociale context van de patiënt. Men was van mening dat de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners betere en meer patiëntgerichte zorg kon bieden wanneer deze meer kennis had over de psychosociale context van de patiënt [24].

4.9.3 Visie over de bereidwilligheid van de huisarts om op huisbezoek te komen?

Patiënten gaan hun huisarts vaak beoordelen op basis van hun bereidwilligheid tot het verrichten van huisbezoeken. Dus hoe gemakkelijker een huisarts huisbezoeken aflegt, hoe meer tevreden de patiënt met zijn huisarts is [1, 6]. Tussen 1982 en 1992 zou, zowel in België als in Nederland, het weigeren van een huisbezoek de vaakst voorkomende reden zijn geweest om de huisarts aan te klagen [13].

Een Brits onderzoek uit 1982 vond dat 89% van de patiënten die om een huisbezoek gevraagd hadden van mening waren dat de huisarts graag en zonder ongenoegen op huisbezoek zou komen wanneer hij daarvoor gevraagd werd. Van de patiënten die geen beroep deden op huisbezoeken was dit maar 67%. Patiënten ouder dan 65 jaar waren minder geneigd om te denken dat de huisarts met tegenzin zou komen dan patiënten ouder dan 65 jaar (5% versus 15%). Twintig procent van ondervraagde patiënten stelden ook dat ze nooit onnodig om een huisbezoek zouden vragen of dat de dokter wist dat er sprake was van een ernstige aandoening [25].

4.9.4 Alternatief voor huisbezoeken?

In de studie van Carey-Smith *et al.* werden de patiënten de vraag gesteld of ze akkoord zouden gaan met een ander alternatief voor een huisbezoek wanneer de arts dit zou voorstellen. Deze alternatieven bestonden uit: bezoek door een ondersteunende werknemer in de praktijk (bvb.: een verpleegkundige), vervoer naar de praktijk en een telefonisch consult met de huisarts. Tweeënzestig procent van de patiënten uit deze studie gingen akkoord met minstens één van deze alternatieven. Wanneer verschillende opties mogelijk waren werd een bezoek door een verpleegkundige verkozen boven geregeld transport of een telefoonconsultatie. Oudere patiënten waren meer terughoudend ten opzicht van een alternatieve regeling dan jongere patiënten [23]. De patiënten uit het onderzoek van Van Kempen *et al.* gaven aan dat ze het liefst hadden dat een huisarts het huisbezoek uitvoert omdat dit de persoon is die ze het meest vertrouwen uit de eerste lijn. Men verkoos ook de eigen huisarts boven een andere huisarts of vervanger omwille van het vertrouwen die men reeds in deze arts had. Enkel wanneer de huisarts omwille van tijdsgebrek onmogelijk op huisbezoek zou kunnen komen zou een

verpleegkundige een goed alternatief kunnen zijn, op voorwaarde dat deze gewoon is om met oudere patiënten om te gaan en dat het steeds dezelfde persoon zou zijn [24].

5 Methodologie

5.1 Literatuuronderzoek

Ter voorbereiding van de registratie van de huisbezoeken in de praktijk, het opstellen van de vragenlijsten voor de huisartsen en het opstellen van het semi-gestructureerde interview voor de patiënten werd een literatuuronderzoek gedaan. Er werd naar artikels gezocht via twee databases: Pubmed en Web of Science. Er werd gezocht naar zowel Engels- als Nederlandstalige artikelen. Er werd geen limiet gesteld op het publicatiejaar van het artikel. Via Web of Science werd er gezocht met de zoektermen "house call*" OR "home visit*" in zoekbalk 'Title'. In de zoekbalk 'Topic' werden "family medi*" OR "general pract*" als zoektermen gebruikt. Dit leverde 397 resultaten. Via Pubmed werd er via de Mesh termen naar relevante artikels gezocht. De gebruikte zoekstrategie via Pubmed was: *((((house call[MeSH Terms]) OR house calls[MeSH Terms]) OR home visit[MeSH Terms]) OR home visits[MeSH Terms]) AND general practice[MeSH Terms]*. Deze zoekopdracht leverde 489 resultaten op. De bekomen resultaten van beide databases werden handmatig gecontroleerd op relevantie via analyse van de titel en het abstract. Artikels waarbij het huisbezoek verricht werd door andere personen dan de huisarts (bijvoorbeeld door verpleegster, dierenarts of apotheker) werden geëxcludeerd. Ook artikels met betrekking tot huisbezoeken verricht tijdens de wachtdienst werden niet geselecteerd. Na analyse van titel en abstract werden 39 artikels via Web of Science en 102 artikels via Pubmed weerhouden. Na het verwijderen van de dubbele artikels (68 artikels) en exclusie van de artikelen van lage wetenschappelijke waarde (editorials, opinions, letters,…)(25 artikels) bleven er nog 48 artikels over voor verdere analyse. Via de referentielijst van bepaalde artikels werden nog andere relevante artikels gevonden. Uiteindelijk werden 14 artikels gebruikt die via de zoekstrategie bekomen werden en 9 artikels die via de referenties gevonden werden.

5.2 Registratie van huisbezoeken in de opleidingspraktijk

Om een idee te vormen over de verdeling van het totaal aantal huisbezoeken in de opleidingspraktijk werden gedurende 3 maanden alle huisbezoeken systematisch bijgehouden.

De huisartspraktijk waar ik mijn opleiding tot huisarts volg is een solopraktijk gelegen in het landelijke Pittem. Bijgevolg zijn we met twee artsen die de huisbezoeken uitvoeren. Alle raadplegingen in de praktijk zijn op afspraak en kunnen aangevraagd worden via een website, een smartphoneapplicatie of via de telefoon. Huisbezoeken kunnen enkel telefonisch aangevraagd worden. De meeste telefonische verzoeken verlopen via een telesecretariaat en worden genoteerd in de online agenda. Het telesecretariaat gaat niet met de patiënt in discussie over het al dan niet noodzakelijk zijn van het huisbezoek. Patiënten kunnen ook tijdens één van de twee dagelijkse belmomenten (2x 30 minuten per dag, waarbij de huisarts zelf de telefoon opneemt) een huisbezoek aan vragen.

Via de online agenda en het medische dossier van de praktijk werd retrospectief gekeken naar alle huisbezoeken uit de periode van 2 november 2016 tot en met 31 januari 2017. Alle huisbezoeken in deze periode werden uitgevoerd zonder dat er in discussie werd getreden over de noodzakelijkheid ervan. Zowel de acute, de chronische en de herhalingshuisbezoeken werden bekeken (voor definitie van deze termen: zie kader).

Alle huisbezoeken werden anoniem geïnventariseerd in Excel. Per huisbezoek werd de leeftijd, en het geslacht van de patiënt genoteerd. Ook het soort huisbezoek (acuut, chronisch of herhalingsbezoek), de aanmeldingsklacht (bij acute huisbezoeken), de dienst die op huisbezoek vereist was, het orgaansysteem waartoe het medisch probleem van de patiënt behoorde en het feit of het huisbezoek door de arts zelf geïnduceerd was of niet werden genoteerd. Door middel van beschrijvende statistiek werden in Excel de absolute aantallen en percentages berekend voor de verschillende parameters.

Acuut huisbezoek	Een huisbezoek die door de patiënt zelf wordt aangevraagd omwille van een acuut probleem.
Chronische huisbezoek	Een huisbezoek die op vraag van de patiënt of arts op vaste en regelmatige tijdstippen wordt herhaald omwille van een chronisch probleem.
Herhalingsbezoek	Een huisbezoek die door de huisarts zelf geïnitieerd is en verricht wordt bij een patiënt die eerder op consult geweest is of een huisbezoek heeft aangevraagd ter opvolging van een welbepaalde medische toestand.

5.3 Vragenlijsten huisartsen

Om de ideeën en ervaringen omtrent het huisbezoek na te gaan bij huisartsen werd er gekozen om gebruik te maken van een vragenlijst (zie bijlage).

De topics uit de vragenlijst werden gebaseerd op gegevens die reeds gevonden werden via de literatuurstudie. Er werden ook enkele vragen toegevoegd die ontstaan zijn uit eigen interesse. De vragen uit de vragenlijst kunnen in 5 groepen gecatalogeerd worden: vragen met betrekking tot de werkdruk (4 vragen), de werkvreugde (4 vragen), de kwaliteit van zorg (3 vragen), de mening over terechte versus onterechte huisbezoeken (9 vragen) en vragen over hun mening over een "huisbezoekverpleegkundige" als alternatief voor het verrichten van huisbezoeken (1 vraag met deelvragen). Leeftijd en geslacht van de deelnemers werd ook bevraagd. De vragenlijst betrof enkel meerkeuzevragen waarbij naargelang de vraag één of meerdere antwoorden mogelijk waren. Bij enkele vragen was er de mogelijkheid voorzien om een persoonlijke opmerking of niet geformuleerd alternatief te noteren.

De huisartsen werden via wachtdienstvergaderingen en bijscholingsmomenten persoonlijk aangesproken om deel te nemen aan de studie. Bijgevolg zijn de meeste huisartsen die deelnamen aan deze studie lid van dezelfde huisartsenkring (huisartsenkring HAOWVL). Enkele huisartsen uit Gent werden door mijn co-promotor (Dr. Hannah De Ruelle) gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Alle deelnemende huisartsen kregen een informatieformulier over de studie (zie bijlage). Een informed consent werd door alle deelnemende huisartsen verkregen.

De bekomen gegevens werden gecodeerd en anoniem verwerkt via 'Excel'. Daar de grootte van de steekproef slechts bestaat uit 30-40 vragenlijsten werd ervoor gekozen om de gegevens niet te onderwerpen aan significantietesten. Er werd dus enkel gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (absolute aantallen en percentages).

5.4 Interview patiënten

Om een idee te krijgen over de motieven van patiënten om voor een huisbezoek te kiezen en hun ideeën en ervaringen met betrekking tot het huisbezoek werd ervoor geopteerd om enkele patiënten te onderwerpen aan een interview. Er werd gekozen om gebruik te maken van een semi-gestructureerd interview omdat op deze manier dieper kon worden doorgevraagd op de vooropgestelde topics. De vragen uit het interview werden net zoals de vragenlijst bij de huisartsen hoofdzakelijk gebaseerd op informatie bekomen uit de literatuurstudie en deels op vragen ontstaan uit persoonlijke interesse. De vragen uit het semi-gestructureerd interview

werden in 3 groepen onderverdeeld: motieven om voor een huisbezoek te kiezen, ervaringen met het huisbezoek en ideeën omtrent het gebruik van huisbezoeken. Iedere categorie bestond uit een aantal deel vragen (voor het volledige sjabloon: zie bijlage). De leeftijd en het geslacht van de patiënt werden ook genoteerd.

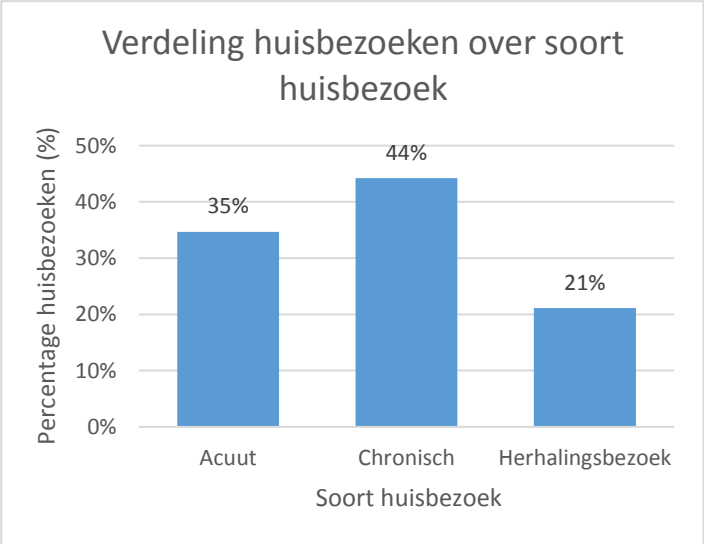
Vanaf 2 november 2016 werd iedere 4e patiënt die een oproep deed voor een nieuw (=acuut) huisbezoek gecontacteerd met de vraag of ze wensten deel te nemen aan het interview. Niet iedere 4e patiënt die gecontacteerd werd ging akkoord. Patiënten die chronisch op huisbezoek werden gezien werden at random uitgekozen. Voor het totaal aantal geïnterviewden (10-15 patiënten) werd er getracht om een verdeling van ¾ acute huisbezoeken en ¼ chronische huisbezoeken te verkrijgen. Zolang er geen verzadiging aan informatie was werden er nieuwe interviews gepland.

Alle interviews gebeurden bij de patiënten thuis. Voorafgaand aan ieder interview werd zowel mondeling als schriftelijk uitleg gegeven over het doel van het onderzoek. Er werd verzekerd dat het interview geen effect zou hebben op het huidig gebruik van het huisbezoek, dit om maximale openheid van de patiënt te creëren. De duur van de interviews lag tussen de 25 en de 70 minuten. Van alle geïnterviewde patiënten werd een informed consent bekomen. Ieder interview werd met een voice recorder opgenomen. De interviews werden door de interviewer gecodeerd en geanonimiseerd en nadien letterlijk uitgetypt. Voor de kwalitatieve analyse van de interviews werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma 'NVivo 11'. De teksten werden door de interviewer doorlezen en de relevante quotes werden gecodeerd in de verschillende thema's die aan bod kwamen tijdens het interview. Het coderen volgens thema maakt het gemakkelijker om de kwalitatieve data te analyseren.

Zowel de praktijkregistratie, de vragenlijst voor de huisartsen en het interview van de patiënten werd door de ethische commissie van het universitair ziekenhuis Gent goedgekeurd (zie bijlage).

6 Resultaten

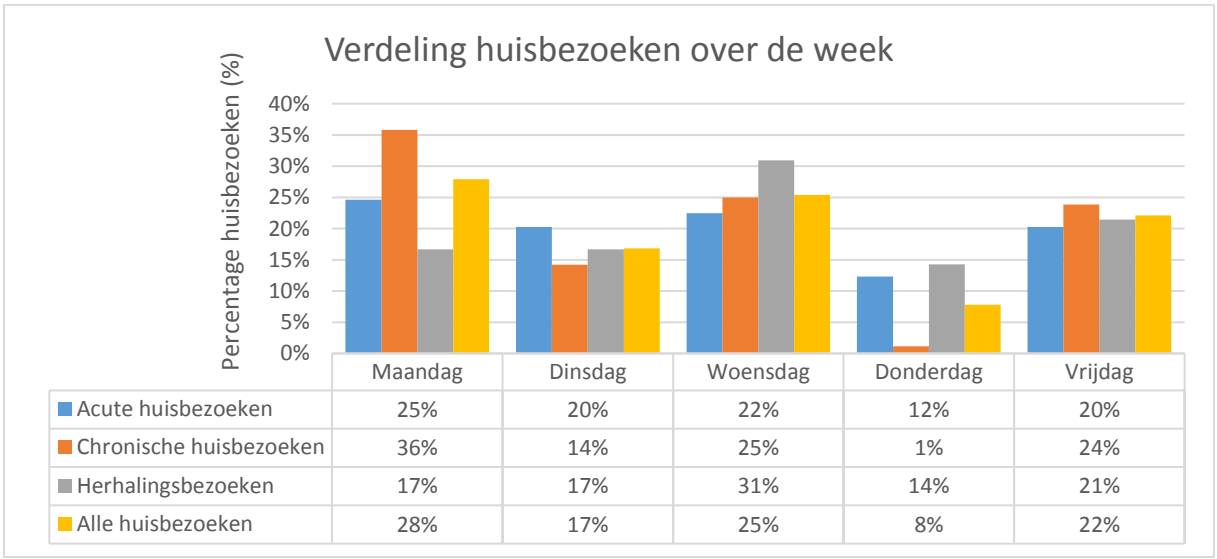
6.1 Praktijkregistratie



In de periode van 1 november 2016 tot en met 31 januari 2017 (64 werkdagen) werden in totaal 1521 patiëntencontacten geregistreerd. Hiervan werden 1123 contacten in de huisartspraktijk verricht en 398 op huisbezoek. Dit maakt dat 26.2% van het totaal aantal patiëntencontacten huisbezoeken waren.

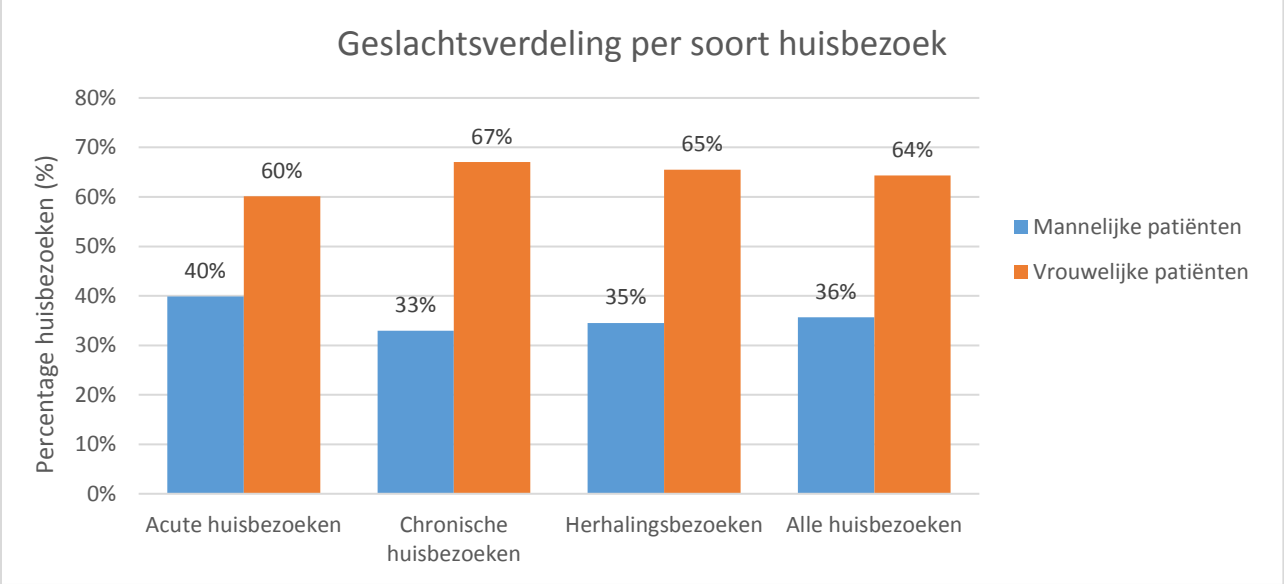
Er werden gemiddeld (mediaan) 6 huisbezoeken per dag afgelegd met een minimum van 0 en een maximum van 14 bezoeken per dag. Chronische, acute en herhalingshuisbezoeken nemen respectievelijk 44%, 35% en 21% van het totaal aantal huisbezoeken in.

Op maandagen en woensdagen werden, met respectievelijk 28% en 25% van het totale aantal huisbezoeken, het meeste huisbezoeken verricht. Acute huisbezoeken werden het vaakst op een maandag (25%) en woensdag (23%) aangevraagd en het minst op een donderdag (12%). Terwijl chronische huisbezoeken het vaakst op een maandag werden gepland, werden herhalingsbezoeken vaker op een woensdag uitgevoerd.

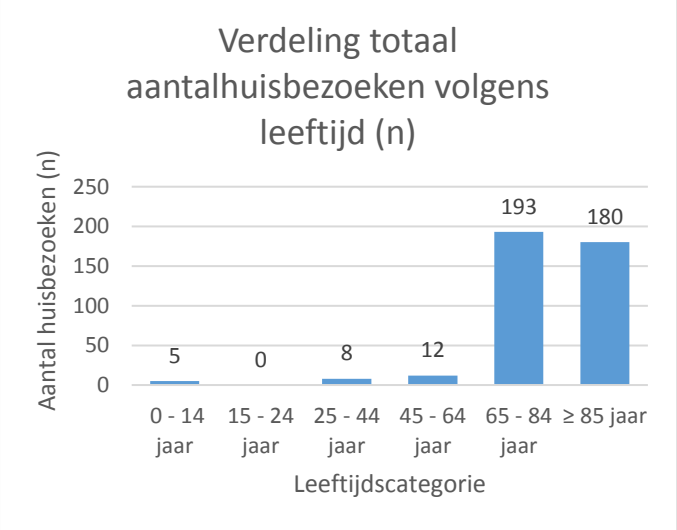


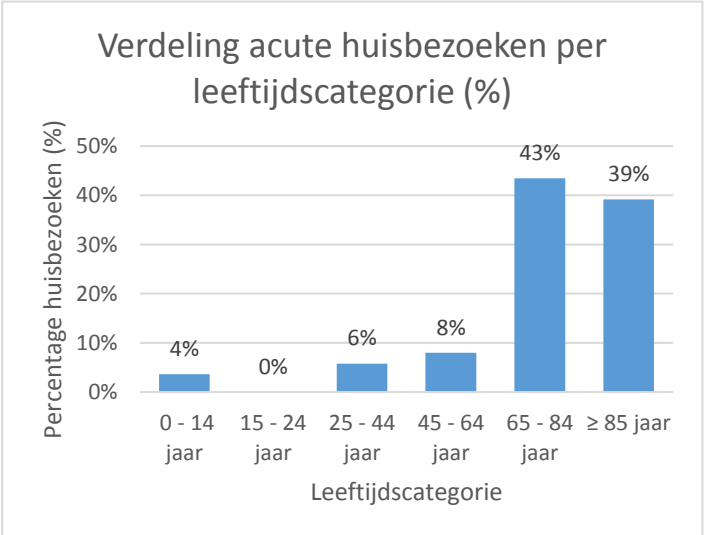
	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Acute huisbezoeken	25%	20%	22%	12%	20%
Chronische huisbezoeken	36%	14%	25%	1%	24%
Herhalingsbezoeken	17%	17%	31%	14%	21%
Alle huisbezoeken	28%	17%	25%	8%	22%

Voor alle huisbezoeken samen waren 64% van de patiënten van het vrouwelijk en 36% van het mannelijk geslacht. Er werden gelijkaardige percentages gevonden voor de acute, chronische en herhalingsbezoeken afzonderlijk.

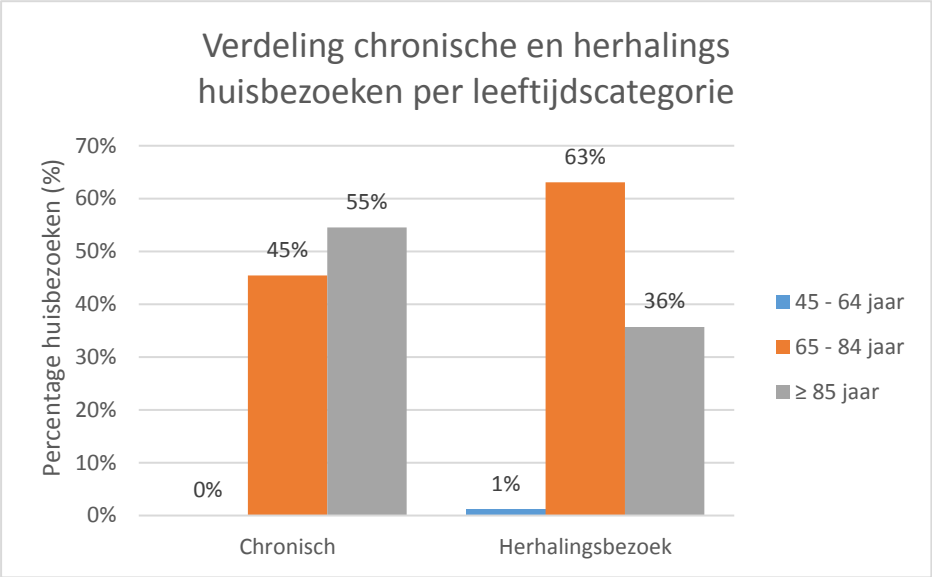


In 93% (n= 373) van alle huisbezoeken ging het om patiënten ouder dan 65 jaar. Vijfenveertig procent van de patiënten was zelfs ouder dan 85 jaar. Uit de leeftijdscategorie tussen 15 en 24 jaar werd geen enkele patiënt op huisbezoek gezien. Voor de acute huisbezoeken afzonderlijk werd een gelijkaardige leeftijdsverdeling gevonden als voor het totaal aantal huisbezoeken. In de groep van de acute huisbezoeken was 82% van de patiënten ouder dan 65 jaar. De leeftijdscategorieën van 0 tot 14 jaar, 15 tot 24 jaar, 25 tot 44 jaar en 45 tot 64 jaar omvatten respectievelijk 4%, 0%, 6% en 8% van de acute huisbezoeken.

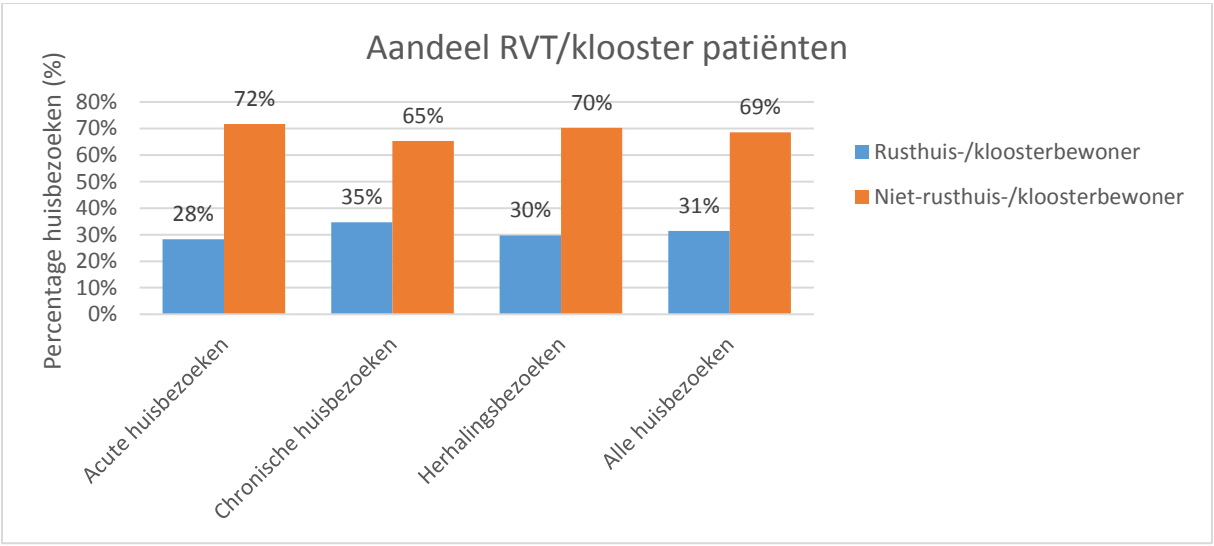




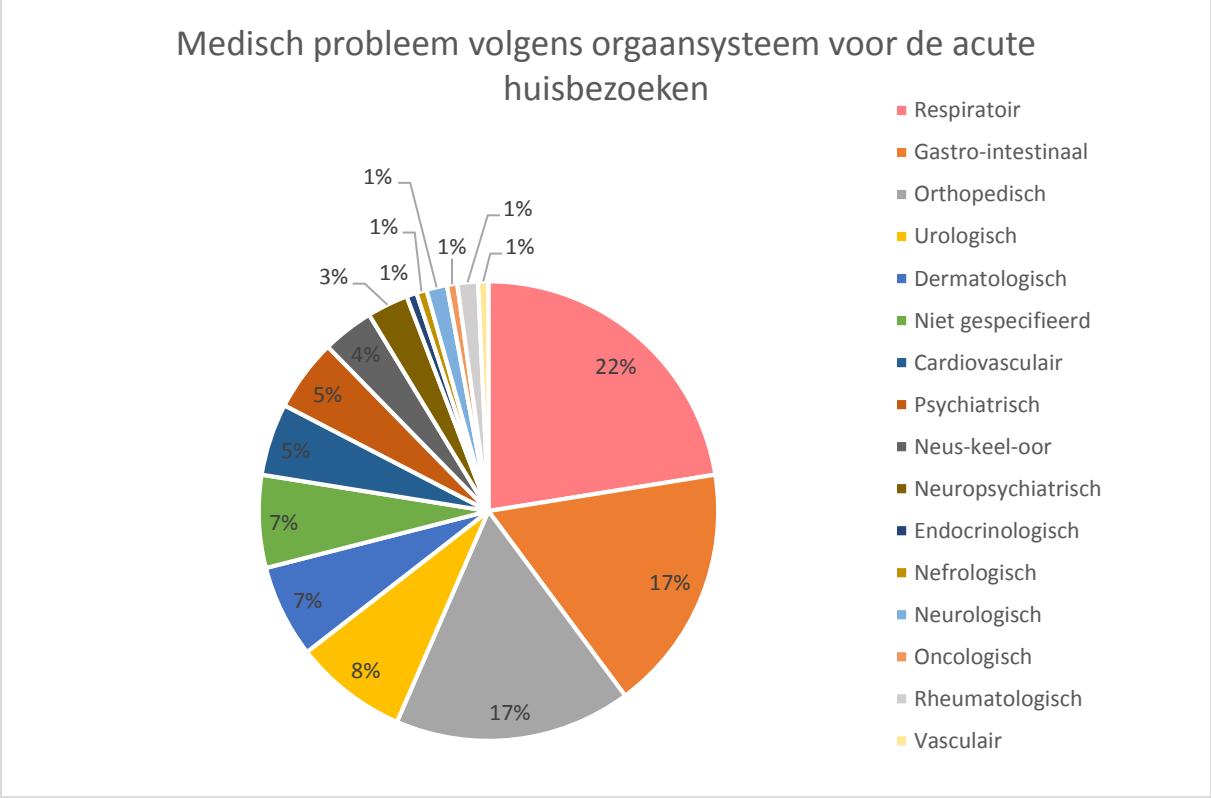
Er werd slechts 1 herhalingsbezoek en geen chronische huisbezoeken gedaan bij patiënten jonger dan 65 jaar. Voor de chronische huisbezoeken behoorde 45% van de patiënten tot leeftijdscategorie tussen 65 en 85 jaar en 55% van de patiënten was ouder dan 85 jaar. Voor de herhalingsbezoeken behoorde 63% van de patiënten tot de leeftijdscategorie van 65 tot 84 jaar; de rest van de patiënten (36%) was ouder dan 85 jaar.



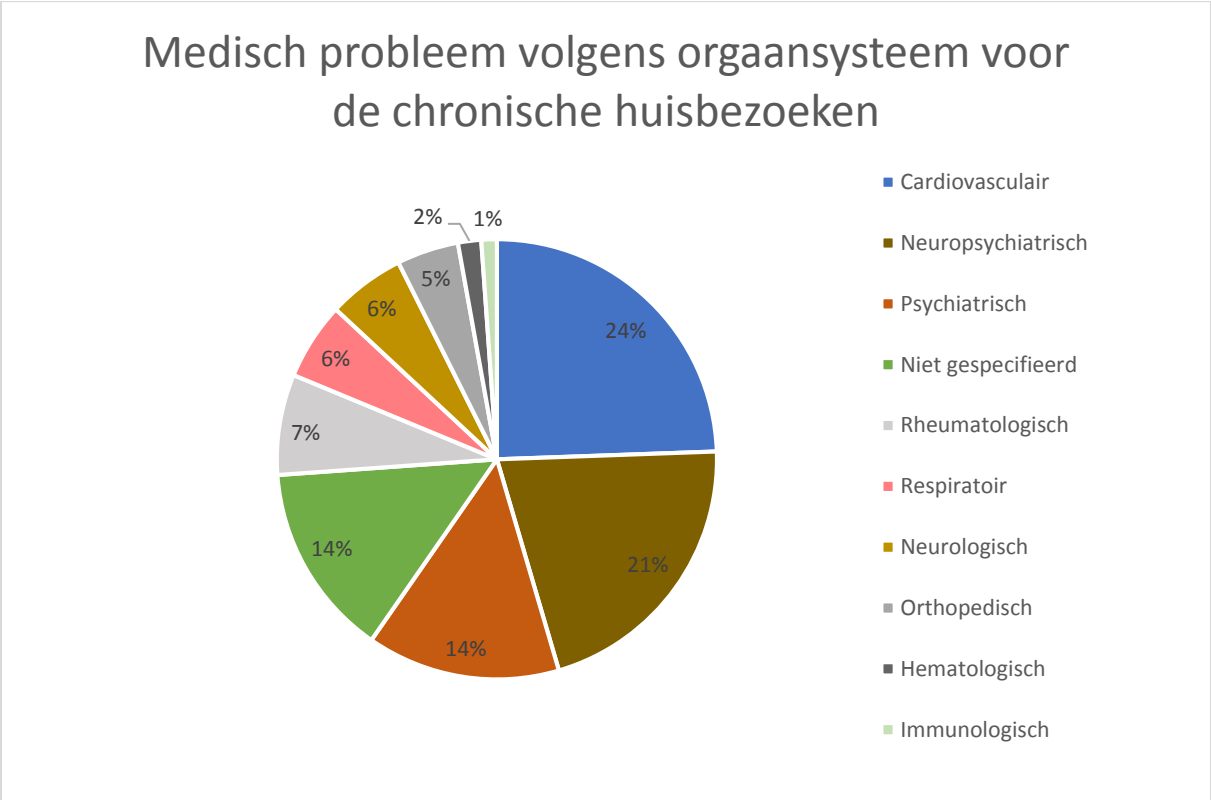
Een op drie huisbezoeken werd gedaan voor patiënten die in een rust- en verzorgingstehuis of in een gelijkaardige voorziening in het klooster verbleven. Voor de verschillende soorten huisbezoeken afzonderlijk werden gelijkaardige percentages gevonden.



Voor zowel de acute als de chronische huisbezoeken werd de medische problematiek van de patiënt volgens het desbetreffende orgaansysteem ingedeeld. Meer dan de helft van de aanmeldingsklachten tijdens acute huisbezoeken hadden betrekking op het respiratoir (22%), het gastro-intestinaal (17%) of het orthopedisch (17%) systeem. In 7% van de gevallen kon de reden van het huisbezoek niet aan een specifiek orgaansysteem gekoppeld worden.
De meest frequente redenen om een acuut huisbezoek te vragen waren: pijn (n=32), koorts (n=12), braken (n=11), hoesten (n=9), diarree (n=8), zich niet goed voelen (n=7), verwardheid (n=6), kort van adem zijn (n=5), een verkoudheid hebben (n=5), vermoeidheid (n=3) en huiduitslag (n=3).



De medische problemen die aan bod kwamen bij patiënten gezien tijdens de chronische huisbezoeken behoorden hoofdzakelijk tot het cardiovasculair (24%), het neuropsychiatrisch (21%) en het psychiatrisch systeem (14%). Het neuropsychiatrisch systeem omvatte hoofdzakelijk patiënten die lijden aan dementie.



Tijdens acute huisbezoeken was het stellen van een diagnose en het zo nodig opstarten van een behandeling (n= 103) of het voorzien van een doorverwijzing (n=3) de meest voorkomende dienst die vereist was door de arts. Chronische huisbezoeken werden het vaakst verricht om een chronische aandoening op te volgen en de nodige medicatievoorschriften te verlengen (n=138). Vijfentwintig chronische huisbezoeken werden enkel verricht om voorschriften te verlengen. Herhalingsbezoeken werden voornamelijk verricht ter opvolging van een acute (n=50) of chronische (n=11) ziektetoestand, om een behandeling (injectie, vaccinatie of cerumenprop verwijderen; n=8) te voorzien of om het resultaat van een labo- en/of beeldvormingsonderzoek te bespreken (n=7).

Van alle huisbezoeken werd 24% door de huisarts zelf geïnitieerd. Hiertoe behoren alle herhalingshuisbezoeken en 7% van alle acute huisbezoeken. Deze 7% (n=10) bestond voornamelijk uit huisbezoeken ter opvolging van een patiënt die net uit het ziekenhuis ontslagen was (n=8) of waarbij de arts een gesprek met die patiënt nodig achtte (n=2).

Vereiste dienst op huisbezoek	Acute huisbezoeken (n)	Chronische Huisbezoeken (n)	Herhalings-huisbezoeken (n)	Alle huisbezoeken (n)
Behandeling	1	0	8	9
Behandeling + voorschrift	2	13	1	16
Diagnose + behandeling	103	0	1	104
Diagnose + doorverwijzing	3	0	0	3
Gesprek	7	0	0	7
Meedelen resultaat	0	0	7	7
Opvolging acute ziektetoestand	0	0	50	50
Opvolging acute ziektetoestand + Behandeling	0	0	2	2
Opvolging chronische ziektetoestand	0	0	11	11
Opvolging chronische ziektetoestand + Voorschrift	0	138	3	141
Opvolging na ontslag uit ziekenhuis	18	0	1	19
Opvolging na ontslag uit ziekenhuis + behandeling	1	0	0	1
Voorschrift	3	25	0	28

6.2 Interview patiënten

6.2.1 Karakteristieken patiënten

Er werden in totaal 13 patiënten geïnterviewd. Met 7 vrouwelijke en 6 mannelijke patiënten was de geslachtsverdeling ongeveer gelijkmatig verdeeld. De meeste geïnterviewden waren tussen de 40 en de 70 jaar oud (n=7). Vier patiënten waren ouder dan 80 jaar en 2 waren 30 jaar of jonger. Negen patiënten hadden een aanvraag gedaan voor een acuut huisbezoek. Eén van de patiënten die een acute oproep had gedaan werd ook via chronische huisbezoeken opgevolgd. Eén patiënt die deelnam aan het interview had zelf geen huisbezoek gevraagd/gekregen maar was de partner van een patiënt die wel op huisbezoek gezien werd. Onder de 13 geïnterviewde personen werd tweemaal een koppel geïnterviewd.

Karakteristieken van de patiënten die deelnamen aan het interview

Patiënt	Geslacht	Leeftijd (j)	Soort huisbezoek
1	V	88	Acuut/Chronisch
2	M	63	Acuut
3	V	43	Acuut
4	V	65	Acuut
5	V	82	Chronisch
6	M	85	Chronisch
7	M	49	Acuut
8	M	56	Acuut
9	V	84	Chronisch
10	V	60	Acuut
11	M	63	/
12	V	25	Acuut
13	M	30	Acuut

6.2.2 Motieven om voor een huisbezoek te kiezen

6.2.2.1 Motieven van de geïnterviewde patiënten zelf

De medische gezondheidsproblemen die de geïnterviewden opgaven als aanleiding voor het acute huisbezoek waren braken en/of diarree (n=5), hoesten (n=2), koorts (n=2), pijn (n=2) en duizeligheid (n=1) of combinaties van deze klachten.

Wanneer gevraagd werd naar de specifieke reden om te kiezen voor een huisbezoek in plaats van een raadpleging in de praktijk waren de antwoorden zeer divers.

Voor de acute oproepen was de reden om voor een huisbezoek te kiezen dikwijls een rechtstreeks gevolg van de aanmeldingsklacht. De meeste patiënten waren van mening dat het medisch probleem die ze hadden ervoor zorgde dat ze zich zeer moeilijk naar de praktijk kon verplaatsen.

V 43j (acuut): " Ewel in mijn geval ging het moeilijk haalbaar zijn om naar de praktijk te komen eigenlijk."
M 56j (acuut): "Omdat ik mij dus moeilijk kon verplaatsen, doordat ik die hevige diarree had..."
V 60j (acuut): "Ik geraakte niet in de auto hé… neen dat ging niet hoor ik kon mijn been niet omhoog krijgen...ik kon er niet op gaan hé dan."

Eén patiënt gaf aan dat ze niet met haar kind op consulatie in de praktijk kon komen omwille van haar eigen medische toestand.

V 25j (acuut): "Omdat ik eigenlijk geen weg kan...omdat ik geopereerd ben aan mijn knie...ik kan en mag nu niet met mijn fiets rijden en zo...Dat gaat dus moeilijk hé...daarom heb ik gebeld voor een huisbezoek..."

Twee patiënten vonden ook dat het niet verantwoord was om zich met hun gezondheidsprobleem in de praktijk aan te melden. En dit vooral om anderen niet tot last te zijn.

M 49j (acuut): "Omdat ik koorts deed en daar niet in de wachtzaal wilde gaan zitten met koorts…en ook omdat ik braakneigingen had en dat ik het niet treffelijk vond om zo in de wachtzaal bij de dokter te gaan zitten."
"Omdat ik andere mensen die daar met andere problemen zitten niet wil besmetten"
V 88j (acuut/chronisch): "O…neen ik was te ziek daarvoor… ik was geen persoon om naar de praktijk te komen… als je nu voort en voort moet hoesten en je zit daar tussen het volk…dat is…dat is ook vervelend voor de mensen die daar zitten hé…"
"...ik moest veel te veel hoesten...wat zouden ze zeggen in die wachtzaal...'ze zit daar heel de tijd te blaffen zoals een hond'...neen voor de mensen die daar dan zitten te wachten...en je zit daar zo te keffen..."

Twee patiënten die chronisch op huisbezoek worden opgevolgd stelden dat hun hoge leeftijd de reden was om op huisbezoek gezien te worden. Twee chronische patiënten gaven aan dat het moeilijk was om zich naar de praktijk te verplaatsen omwille van hun medische problematiek. Eén van deze chronische patiënten gaf ook aan dat het eerder voor het gemak was en dat ze bang was om een ziekte op te lopen in de wachtzaal.

V 82j (chronisch): "Omdat we alle twee al oude mensen zijn … en dat we ons zo niet meer kunnen verplaatsen...en dat dat dus goed is dat je kan komen bij de mensen"
"…en mijn man heeft al bijna geen adem...en ik kan ook niet zo goed meer weg...ik ben ook niet zo goed meer te been...het is dat hé..."
V 84j (chronisch): "...ik heb dat opeens beginnen te denken…ik zeg 'dat is toch gemakkelijk hé...zoals jullie bij mijn buurvrouw gaan… ik zou dat ook zo willen'…"
"Omdat ik schuw ben van de microben in de wachtzaal"
"...maar ik kom liever niet hé...vooral voor die microben...een dokterspraktijk...Dat kan niet gezond zijn...ze zitten daar met kleine kinderen die hoesten...en je moet toch niet zeggen dat oudere mensen niet vatbaarder zijn om ziek te worden hé..."

Andere redenen die geopperd werden om voor een huisbezoek te kiezen waren slecht weer en de slechts beperkte toename in kosten die een huisbezoek met zich meebrengt.

V 84j (chronisch): "En ook als ik van hier naar daar moet...en ik heb geen auto...dat als het mistig is en zo...Dat ik niet graag te voet naar daar ga...dat ik daar pijn in mijn hoofd van krijg"
V 65j (acuut): "ja...ik was echt niet goed...en tja...en voor wat het maar meer kost...zei ik...ik ga maar een huisbezoek vragen want...ghoja...ik weet niet of ik zo ver...met de auto durfde ik zeker niet rijden..."

6.2.2.2 Andere mogelijke motieven om voor een huisbezoek te kiezen

Enkele patiënten gaven onrechtstreeks aan dat lange wachttijden in de wachtzaal een mogelijke reden zou kunnen zijn voor het aanvragen van huisbezoeken. Eén patiënte merkte ook op dat eenzaamheid en het feit dat sommige patiënten gewoon graag eens de huisarts over de vloer hebben andere mogelijke redenen kunnen zijn om een huisbezoek aan te vragen.

V 43j (acuut): "Er zijn ook patiënten die liever hebben dat de huisarts op huisbezoek gaat...maar nu is dat ook al verbeterd met die wachttijden in het kabinet..."
"ik denk dat er eigenlijk nog veel mensen zijn die de dokter graag nog eens op bezoek hebben."
"Ja, ik denk hoofdzakelijk dat het meest dat is...dat de mensen dat gewoon ontzien om naar de dokter te gaan..."
"...voor die eenzaamheid...als de huisarts dan bijvoorbeeld langs gaat…"
M 63j (acuut): "...terwijl ik zelf denk...als je zo met afspraken werkt, ik denk wel dat je zo al veel huisbezoeken vermijdt..."

6.2.2.3 Transportmogelijkheden

Geen enkele patiënt gaf aan dat het gebrek aan transportmogelijkheden de reden was om te kiezen voor een huisbezoek. Slechts 1 patiënt had geen auto ter beschikking. Eén chronische patiënt gaf wel aan dat het vervoer op zich geen probleem was maar eerder de verplaatsing vanaf de parkeerplaats naar de praktijk wanneer de auto niet dichtbij geparkeerd kon worden. Eén patiënte zei dat ze ooit een huisbezoek heeft moeten vragen omdat haar auto niet voorzien was van een kinderstoel waardoor ze haar kleinkind niet naar de praktijk kon voeren.

M 85j (chronisch): "Het probleem is ook...als wij gaan bijvoorbeeld...dat we nooit zeker zijn waar we onze auto kunnen zetten en als je al moeilijk kan verplaatsen is het niet gemakkelijk"
V 60j (acuut): "Ja...voor mijn kleinkind...ja maar ja wij hebben geen autozitjes hé…je kan toch een kind niet zomaar in de auto steken hé… dat is verplicht hé… dus ja..."

6.2.3 Ervaringen met het huisbezoek

6.2.3.1 Voordelen van huisbezoeken

Het feit dat men zich niet hoeft te verplaatsen naar de praktijk en het feit dat men thuis op de arts kan wachten in plaats van in de wachtzaal worden door de meeste geïnterviewden als belangrijkste voordelen van het huisbezoek ten opzichte van een raadpleging in de praktijk genoemd. Eén geïnterviewde patiënt gaf aan dat het argument van de wachttijd in de wachtzaal minder bepalend zou zijn bij artsen die op afspraak werken.

M 56j (acuut): "het voordeel is dat je jou niet moet verplaatsen als de dokter thuis komt…dat als je iets ernstigs voor hebt dat je thuis uw tijd kan afwachten tegen dat de dokter komt hé"
V 84j (chronisch): "...je moet nergens zitten wachten, ze zijn daar en je bent op je gemak in je huis... dat is wel beetje omdat je verouderd hé...dat je het gemak zoekt..."
M 63j (/): "... als dat op vrije afspraak is en er zitten er zo'n 5 of 6 voor...en je moet daar dan zitten wachten...dat dat wel lastiger is..."
"... gelijk vroeger als er geen afspraken waren...moesten de mensen daar misschien een uur of 2 uur zitten wachten maar nu op afspraak kan dat eigenlijk geen probleem meer zijn…"

M 30j (acuut): "...of gewoon een valling je bent daar niet zo ziek van...want het is dikwijls dat je lang moet wachten als je naar de praktijk gaat en thuis kan je...als je nog eens moet stofzuigen ofzo… je kan uw werk verder doen tegen dat de dokter komt zeg maar..."
M 63j (acuut): "thuis zitten en wachten… of liggen en wachten… is altijd aangenamer dan daar zitten en wachten hé..."

Een ander voordeel die vooral door enkele oudere patiënten werd aangehaald was het onafhankelijk blijven van familie of derden om de huisarts te kunnen raadplegen. Door de huisarts op huisbezoek te vragen moeten ze niemand lastig vallen om hen naar de praktijk te laten brengen.

V 84j (chronisch): "Ja...maar ik stoor niet graag iemand voor zulke dingen, neen ik zou dat niet snel doen"
"Ja...ik ga nooit iemand lastig vallen voor niets...dat is niet mijn principe…"
V 88j (acuut/chronisch): "… ik moet dat vragen aan mijn schoondochter…zodus…zij moeten zich dan toch ook weer ten dienst stellen om daar te zitten wachten…ik vind… als dat anders kan…"
"…Ik ben dan misschien wel oud maar als ik hun eigenlijk wel kan missen…waarom moet ik ze dan lastig vallen…"

Twee patiënten gaven ook aan dat het gewoon gemakkelijk is als de huisarts op huisbezoek komt.

V 88j (acuut/chronisch): "… een voordeel … als je op huisbezoek komt… je moet op niets denken hé… je komt… als je zegt ik ga dinsdagvoormiddag komen…dan ga ik heel de voormiddag niet weg…"

Eén jongere patiënte gaf aan dat het voor de arts gemakkelijker is om de kinderen op huisbezoek te zien. Ze stelde dat de kinderen thuis rustiger zijn in vergelijking met in de praktijk waardoor de huisarts hen gemakkelijker kan onderzoeken.

V 25j (acuut): "...omdat ze hier thuis een beetje in hun vertrouwde omgeving zitten...het is dan iets gemakkelijker om ze te onderzoeken..."

6.2.3.2 Nadelen van huisbezoeken

De meeste mensen vonden dat er voor hen geen duidelijke nadelen verbonden waren aan het krijgen van huisbezoeken. Bij verder doorvragen werden toch enkele nadelen gevonden. Hierbij werd de hogere kostprijs van het huisbezoek het meest frequent als nadeel genoemd.

M 63j (acuut): "Een nadeel...ik geloof niet dat ik direct een nadeel zie...behalve de prijs dan..."
M 65j (acuut): "Het nadeel van een huisbezoek is dat het duurder is. Als je nu een raadpleging doet bij de dokter zelf is het goedkoper hé"

Eén patiënte gaf ook aan dat bepaalde onderdelen van het klinisch onderzoek minder goed op huisbezoek kunnen gebeuren.

V 88j (acuut/chronisch): "Neen…als je eigenlijk niet echt op de tafel moet…maar als je nu thuis komt om gewoon bloed te meten…of ik moet naar de praktijk…dat is allemaal hetzelfde…maar als ik moet gaan voor een onderzoek…als je zegt dat ik op de tafel moet liggen…ik kan thuis toch niet op de tafel gaan liggen é.

Ook het feit dat je soms niet weet wanneer de huisarts nu juist zal langskomen en het idee dat de duur van het consult op huisbezoek minder lang zou zijn dan tijdens een raadpleging in de praktijk zijn andere mogelijke nadelen die gemeld werden.

M 65j (acuut): "euhm...misschien het vervelende is of het nu in de namiddag of in de voormiddag is dat het soms lang duurt voor het bezoek er is..."
M 63j (acuut): "Hmmmm...neenee...het is misschien zo dat een huisbezoek misschien wat sneller gebeurt...maar dat is het dan ook verzeker..."

Enkele mensen gaven aan dat het huisbezoek vooral een nadeel voor de arts inhoudt. Voornamelijk de afwezigheid van bepaalde diagnostische middelen op huisbezoek werd dan als nadeel genoemd.

M 49j (acuut): "...jullie als dokter zijn veel comfortabeler in jullie praktijk dan...alé...als je middelen behoevend bent...alé...als je bij iemand thuis bent...je hebt de middelen niet altijd voor handen om alles...denk ik...te controleren"
M 30j (acuut): "Goh...voor mij eigenlijk niet...ik denk dat het meer nadelig is voor jullie...Dat jullie meer jullie gerief bij de hand hebben in de praktijk maar niet op huisbezoek...ik denk dan meer daar op..."
V 60j (acuut): "… en in de praktijk is het toch ook gemakkelijker hé... als je een kleine hebt en je zit in je eigen werkruimte...dan heb je toch ook veel meer middelen om die te onderzoeken hé...dat je dikwijls ook niet alles meehebt op huisbezoek hé...ik vind dat toch..."

6.2.3.3 Wat is belangrijk bij huisbezoeken?

Drie patiënten gaven aan dat ze het belangrijk vinden dat de arts voldoende tijd voor hen uit neemt op huisbezoek. Dat de huisarts met andere woorden niet gehaast is en dat hij voldoende tijd neemt om naar de patiënt te luisteren en hem te onderzoeken. Ze stelden dat dit niet alleen gericht was op huisbezoeken maar ook op raadplegingen in de praktijk.

V 60j (acuut): "Goh...hetzelfde van een huisbezoek als van een ander bezoek...dat de dokter luistert naar u en dat hij ...je onderzoekt...alé dat hij echt aandacht heeft voor u… dat hij luistert."
M 30j (acuut): "..zolang als er tijd is voor de patiënten...maar dat is zowel in de praktijk als op huisbezoek...dat jullie niet gehaast zijn om zo vlug mogelijk...het is toch altijd handig dat de patiënten gemakkelijk kan uiteen doen wat er is..."

Eén patiënt die chronische huisbezoeken kreeg vond het belangrijk dat het steeds dezelfde arts was die op huisbezoek kwam. Een andere patiënt vond de snelheid waarmee de huisarts aan huis kwam belangrijk en nog een andere patiënt vond het belangrijk dat er een persoonlijker contact was op huisbezoek.

6.2.3.4 Wachttijd voorafgaand aan het huisbezoek

De meeste geïnterviewden geven aan dat ze bij het aanvragen van een huisbezoek verlangen dat de arts zeker nog dezelfde dag langskomt en het liefst nog in de voormiddag. Eén patiënt met een acute oproep verkoos de voormiddag zodat hij indien nodig nog om medicatie kon gaan

of om nog gemakkelijk het werk te kunnen verwittigen indien er arbeidsongeschiktheid voorgeschreven werd. De meerderheid geeft ook aan dat ze begrijpen dat ze rekening dienen te houden met de agenda van de huisarts. Eén patiënte met een acuut probleem gaf aan dat ze graag op voorhand wist of de huisarts in de voor- of namiddag ging langskomen omdat ze in de namiddag vaak weggaat. Deze informatie probeerde ze via het telesecretariaat te bekomen.

V 43j (acuut): "Hmmmm...ja...hoe vroeger hoe beter...maar als het niet past in de planning...ja dan past het niet hé...Dus je moet wel een beetje rekening houden dat als je een huisbezoek aanvraagt dat je ja...beetje moet zien hoe de planning is hé..."

M 56j (acuut): "Ewel...liefst in de voormiddag...als ik dan een arts raadpleeg het liefst in de voormiddag...in de namiddag vind ik dat al iets te laat omdat je dan zegt...je zit dan met een probleem of ziekte en je zit te wachten op de dokter dat je om uw medicatie kan gaan...Dat je kan starten met je genezing…"

M 49j (acuut): "Ik had gedacht...mjah...ik moet ook rekening houden met jullie werk...dat dat rond 2-3 uur zou zijn..."

V 60j (acuut): "...we moesten wij toch wachten tot na de consultaties hé...we weten wij dat ook hé..."

V 65j (acuut): "...ik vraag dat aan de secretaresse hé... hoe laat ongeveer... ik stel geen uur hé... maar als ze zeggen in de voormiddag...dan is het in de voormiddag...maar als ze zeggen in de namiddag... dan is het in de namiddag... maar als ik om 9 uur bel en ze zeggen dat het in de loop van de dag gaat zijn... neen bij mij past dat niet... ofwel is het in de voormiddag ofwel de namiddag en als ze zeggen in de namiddag... dan ben ik daar tevreden mee... ik pas mij dan aan..."

Er werd ook vaak gemeld dat de tijd die men wenst te wachten op de arts afhankelijk is van het probleem waarvoor er gebeld wordt. Als het een eerder dringend probleem is wordt de arts sneller verwacht dan bij problemen die niet urgent zijn. Eén patiënt gaf aan dat het belangrijk is om de huisarts in te lichten over het al dan niet dringend zijn van het huisbezoek.

V 84j (chronisch):"Goh...het is nu te zien...als het maar een simpel ding is... als je pijn hebt in je hoofd of je hebt pijn aan je maag...is het dezelfde dag...dan is dat goed...maar is het dat je dood bent van de pijn en ik kan het niet meer verdragen dan wil ik hebben dat ze sneller komen"

V 25j (acuut): "Dat maakt mij niet uit...het is te zien hoe ernstig dat het is...als het zo erg niet is..."

V 65j (acuut): "Als het maar voor pilletjes voor te schrijven is moeten ze kunnen wachten...als ze niet zelf kunnen komen...dan moeten ze wachten tot het past voor de dokter hé"

V 88j (acuut/chronisch): "Als het iets is dat dringend moet je het er natuurlijk bij zeggen dat het dringend is…dat de dokters weten dat ze geen halve dag of 2 uur moeten wachten…"

De patiënten die chronische huisbezoeken krijgen geven aan dat het voor hen niet echt uitmaakt op welk tijdstip de huisarts juist langs komt; zolang ze maar weten op welke dag het zal zijn. Eén chronische patiënt gaf aan toch liever in de voormiddag bezocht te worden omdat ze in de namiddag niet veel thuis is.

V 88j (acuut/chronisch):"Als ik wist dat hij ging komen, nu hij in de vroege voormiddag of tegen de middag of in de namiddag kwam… ik wist dat hij die dag ging komen… ik ging nergens…ik bleef thuis…de dokter kwam dus bleef ik thuis… Je moet de mensen toch… als het kan…als hij nu een ronde deed en neem nu dat hij het laatst hier geraakt… waarom zou ik dan vragen of hij 's ochtends kwam…dat was voor niets nodig…je moet toch altijd maken dat de mensen toch ook hun werk kunnen regelen é…ik vind dat toch"

M 85j (chronisch): " We zijn op pensioen dus we hebben tijd hé"
V 84j (chronisch): "...maar ik heb het liever in de voormiddag...ik ga het zeggen zoals het is...dan in de namiddag omdat ik veel weg ben in de namiddag."

Alle patiënten waren tevreden over de tijd tussen de oproep en het langskomen van de huisarts. Deze wachttijden varieerden tussen de 1 en 4 uren. Eén patiënt was vroeger eens ontevreden geweest over een huisarts die te laat na de oproep was langsgekomen. Twee patiënten durfden ook te stellen dat als de huisarts 6-8 uur na de oproep nog niet langs geweest zou zijn dat ze dan niet zo tevreden zouden zijn.

M 49j (acuut): "Ja…want ik heb vroeger nog in mijn kinderjaren een dokter gehad en we hadden 's ochtends gebeld...rond 08.30...dat we dachten 'hij kan dan achter zijn consultaties komen' ...en het was 11 uur 's avonds wanneer hij bij mij langskwam...dus dat vind ik dan wel niet meer redelijk..."

6.2.3.5 Duur van het huisbezoek

De meeste patiënten gaven aan dat ze geen verschil zien tussen de duur van een huisbezoek en de duur van een raadpleging in de praktijk. De meesten gaven ook aan dat een huisbezoek tussen de 20 en 25 minuten in beslag neemt. Eén patiënt gaf aan dat de duur van arts tot arts afhangt. Iedereen was tevreden over de duur van het huisbezoek.

6.2.3.6 Kwaliteit van zorg op huisbezoek

Aan alle geïnterviewden werd de vraag gesteld of de zorg die op huisbezoek aangeboden werd even kwalitatief was als de zorg in de praktijk. Zo goed als alle patiënten waren van mening dat de zorg even goed was op huisbezoek als in de praktijk. Het valt wel op dat veel patiënten 'goede zorg' gelijkstellen aan een 'goed klinisch onderzoek'.

M 56j (acuut): "Ja ja ja...ik denk niet dat dat een probleem vormt...ik denk dat als het zich thuis voor doet of in de praktijk dat dat hetzelfde is..."
V 43j (acuut): "Qua onderzoek in het kabinet gebeurt het even goed als op huisbezoek denk ik... Specifiek voor een huisbezoek zie ik geen voor- of nadelen...de dokter op zich doet dat even goed op huisbezoek als in het kabinet…"
V 25j (acuut): "Omdat je ons onderzoekt...dat is toch helemaal hetzelfde als in de praktijk...ik vind dat eigenlijk op hetzelfde neerkomen..."
V 88j (acuut/chronisch): "Ja...zoals eens de bloeddruk te meten...en naar mijn hart te luisteren en mijn pillen voor te schrijven is... dat kan zowel thuis als dat ik zelf naar de praktijk moet komen...ik vind dat toch..."
V 82j (chronisch): "Neen... ik vind niet dat je betere zorgen kan bieden... je kunnen jullie ook maar doen wat je moet doen hier... toen ik zo slecht geweest ben... je hebt dan ook een elektrocardiogram genomen... ewel dat was ook gedaan... Dat was ook allemaal juist...jullie kunnen niet meer doen in de praktijk als dat je hier doet"

Enkelen patiënten stelden wel dat je voor bepaalde technische handelingen (diagnostisch en/of technisch) beter op consult kan gaan in de praktijk. Eén patiënte dacht hierbij ook aan het comfort van de arts zelf.

M 85j (chronisch): "...dat als we weten dat er een elektrocardiogram gemaakt moet worden...dan zouden we wel...als het nodig is naar de praktijk komen..."

V 65j (acuut): "Het is volgens mij altijd...ik heb hem thuis nog niet veel nodig gehad...maar ik denk...als je naar de praktijk kan gaan dat het beter is in de praktijk"
"...je ligt daar op tafel en ze nemen je bloeddruk en als je thuis bent dan lig je daar in een lage zetel en de dokter moet al gebukt staan en de dokter staat dan daar recht en jij ligt daar mooi neer...het is iets comfortabeler…"

M 30j (acuut): "Ghoh...er zal daar altijd wel wat verschil op zitten...Weer met het materiaal zeg maar...aleja...dus...maar ik ga niet zeggen...bijvoorbeeld voor een valling dat kan bijvoorbeeld thuis, dat kan in de praktijk...maar ik heb dan …om iets te moeten hechten ofzo...aleja...ik denk dat dat wel beter is in de praktijk..."

V 60j (acuut): "Voor jullie is het bijvoorbeeld om bloed te trekken… ook gemakkelijker als je je bed hebt hé...voor onderzoeken voor een vrouw is het ook gemakkelijker als je daar die tafel hebt hé...als je dat op een zetel of op het bed van je slaapkamer moet doen…dat gaat zo niet hé...maar anders..."

Eén patiënt was van mening dat enkel de eigen huisarts even goede zorg kan geven op huisbezoek als in de praktijk doordat hij als enige kennis heeft van de persoonlijke voorgeschiedenis van de patiënt; wat niet het geval zou zijn wanneer de huisarts van wacht zou langskomen.

M 63j (acuut): "Als dat je eigen huisarts is geloof ik van wel… omdat hij je voorgeschiedenis kent… moest dat bijvoorbeeld een vervanger zijn of wachtdienst of gelijk wat… dan heb ik meer mijn twijfels"

Er werd eveneens aan de geïnterviewden gevraagd of ze een idee hadden wat de mening van de huisarts hier over zou zijn. De meerderheid was van mening dat de huisarts zelf vond dat hij even kwalitatief kon werken op huisbezoek als in de praktijk. De meeste patiënten gaven wel aan dat de huisarts toch raadplegingen in de praktijk zou verkiezen omdat het daar gemakkelijker werken is. In de praktijk heeft hij alle nodige middelen ter beschikking en hoeft hij zich niet te verplaatsen waardoor hij minder tijd verliest.

M 56j (acuut): "Ik denk het wel... ik denk het wel...met de ervaring dat hij heeft…"

V 60j (acuut): "Ik denk dat het voor hem eigenlijk niet uitmaakt...ik weet het niet..."

V 84j (chronisch): "Ik denk van wel…"
"...omdat ze altijd hetzelfde moeten doen... ik heb het nog nooit anders geweten dat hij mijn bloeddruk meet, longen en hartslag controleert...dus wat is het verschil..."
"Jaja...voor de dokter zelf is het wel lastiger wanneer hij al zijn patiënten op huisbezoek zou moeten doen...dat is niet te doen...en ik zou het niet doen ook moest hij zeggen 'ik heb absoluut geen tijd' of 'ik kan niet komen...je zal zelf moeten komen'...ik zou dat aanvaarden"

V 65j (acuut): "Ewel je hebt de ruimte...je hebt alles dicht bij...en als je op huisbezoek bent...je kan toch niet alles meehebben op huisbezoek hé...als je bij iemand gaat en ze zeggen opeens nog dat...en dan moet je zeggen 'aja madamke we hebben dat nu toevallig niet mee...We gaan nog een keer moeten terugkeren'...en in de praktijk heb je toch alles bij de hand en in voorraad"

M 49j (acuut): "...maar van mijn huisarts ben ik praktisch 100% zeker dat hij liever heeft dat je naar de praktijk gaat"

"Dat hij meer mogelijkheden heeft eigenlijk heeft in zijn praktijk hé..."

M 63j (acuut): "... ik denk dan gewoon... alé... zoals ik zou zeggen 'het is gemakkelijker dat hij komt'... en dat hij dan gewoon denkt het is gemakkelijker dat ik hier kan blijven..."

"...alé dat menselijk zijn...ik zeg dat dat een rol kan spelen in geval dat...alé neem nu...mijn neus loopt constant en je belt naar de dokter dat hij dan waarschijnlijk wel gaat zeggen ' je gaat toch komen zeker?' en terwijl dat dit dan niets te maken heeft met materiaal die hij nodig heeft...maar dat hij dan zelf ook oordeelt van 'moet ik daarvoor afkomen'"

Eén patiënte gaf aan dat ze dacht dat de huisarts waarschijnlijk zou zeggen dat hij op huisbezoek minder kwalitatief kon werken omdat er op huisbezoek vaker storende elementen (zoals lawaai) aanwezig zijn die de concentratie verstoren.

V 25j (acuut): "Als je bij jullie in de praktijk zit...je weet wat je moet doen...je zit in je vertrouwde omgeving en gelijk hier ook...er is hier veel lawaai...als je wat moet doen...je zit al op de achtergrond te denken...je kan je niet direct op het probleem focussen…"

6.2.3.7 Omgang met de huisarts

Alle patiënten vonden dat de omgang met de huisarts tijdens het huisbezoek hetzelfde was als in de praktijk. Geen enkele patiënt had ooit het gevoel gehad dat de huisarts tegen zijn zin op huisbezoek gekomen was.

Eén patiënt gaf wel aan dat wanneer hij de huisarts zelf aan de telefoon had dat hij moeilijker deed om op huisbezoek te komen. Een andere patiënt vond het dan weer een nadeel om niet persoonlijk met de huisarts te kunnen overleggen als het telesecretariaat de telefoon opnam.

6.2.3.8 Overtuigen om naar de praktijk te komen

Slechts 4 van de 13 personen gaven aan dat de huisarts (of secretariaat) hen ooit had proberen overtuigen om toch naar de praktijk op consultatie te komen. Op vraag van de arts zijn 3 van de 4 patiënten dan toch naar de praktijk gekomen.

V 43j (acuut): "Euhm...jawel...het was eigenlijk beetje hetzelfde probleem...ook beetje gastro-enteritis...maar ik ben dan eigenlijk wel zelf geweest naar het kabinet"

V 82j (chronisch): "Vroeger gingen ze dat al eens gezegd hebben...die vrouw die aan het secretariaat zit...dat ze zei 'kan je niet naar de praktijk komen?'...ik zeg 'neen, we kunnen alle twee niet meer goed uit de voeten'...dat hebben ze nog gezegd..."

M 63j (acuut): "...maar hij nam de telefoon nog op...en hij zei...ik zou liefst hebben dat je nu nog komt en ik zeg 'zou jij niet kunnen komen?', maar hij zei 'zou het toch niet gaan?'"

Enkele patiënten die dit nog niet hadden ervaren meldden dat ze wel op het verzoek van de arts zouden ingaan wanneer deze zou vragen om naar de praktijk te gaan.

V 84j (chronisch): "Jaja... voor de dokter zelf is het wel lastiger wanneer hij al zijn patiënten op huisbezoek zou moeten doen... dat is niet te doen... en ik zou het niet doen ook moest hij zeggen 'ik heb

absoluut geen tijd' of 'ik kan niet komen... je gaat zelf moeten komen'... ik zou dat aanvaarden"

V 65j (acuut): "als ik echt niet kan komen dan zou ik het echt erg vinden...maar als het een beetje gaat zou ik dan nog...als het voor jullie niet past zeggen... is het zo druk of kan je niet?... dan zou ik nog iemand opbellen en vragen zou je mij kunnen voeren? als ik zelf niet kan... dat zou ik wel doen..."

M 56j (acuut): "Als dat mogelijk is...en hij stuurt erop aan om naar de praktijk te gaan en ik kan mij verplaatsen dan zou ik dat doen"

M 49j (acuut): "Ik ging misschien lichtjes geïrriteerd geweest zijn...maar ik ging gekomen zijn..."

Bij specifiek navragen gaven twee patiënten aan dat ze gemakkelijker gemotiveerd waren om toch naar de praktijk te gaan wanneer de huisarts hiervoor goede argumenten aanhaalde.

M 63j (acuut): "Eigenlijk wel...eigenlijk wel...dat ging mij dan een zucht of 2 bespaard hebben...omdat...je bent niet goed...je moet je verkleden..."

6.2.3.9 Terughoudendheid om huisbezoek aan te vragen

Slechts 1 patiënt gaf aan dat hij ooit geremd geweest was in het aanvragen van een huisbezoek. Omdat hij dacht dat de huisarts hem sowieso ging vragen om toch naar de praktijk te komen heeft hij zijn echtgenote laten bellen.

M 63j (acuut): "...ik had gezegd tegen mijn vrouw... als ik ga bellen gaat hij zeggen 'zou dat niet gaan om te komen'... en ik zeg tegen mijn vrouw 'bel jij'..."

6.2.4 Ideeën omtrent het gebruik van huisbezoeken

6.2.4.1 Het belang of noodzaak van huisbezoeken

De meeste geïnterviewden gaven aan dat het verrichten van huisbezoeken voornamelijk belangrijk is voor patiënten die niet goed mobiel zijn en hierdoor moeilijkheden hebben om zich op de praktijk aan te melden. Zowel immobiliteit veroorzaakt door hoge leeftijd als door ziekte worden aangehaald.

V 43j (acuut): "Voor de minder mobiele mensen, of mensen die in een rusthuis zitten en die niet meer naar het kabinet kunnen komen...dan vind ik het wel belangrijk dat de mensen wel geholpen kunnen worden..."

V 82j (chronisch): "een huisarts moet huisbezoeken kunnen doen...ik vind dat...hoe zou dat anders gaan bij veel mensen? Er zijn toch veel mensen die geen weg meer kunnen? en die niet meer naar de dokter kunnen gaan hé... en als de dokter toch al bij jou kan komen...dat is toch veel waard"

M 63j (/): "Voor mensen die eigenlijk geen weg kunnen en die alleen staan...gow...daarvoor vind ik dat huisbezoeken moeten blijven bestaan "

V 60j (acuut): "..voor de oudere mensen...en voor als je zelf geen weg kan...dan is dat wel belangrijk"

Twee personen gaven aan dat huisbezoeken ook belangrijk zijn voor zieke kinderen. Voornamelijk de praktisch/organisatorische rompslomp die het vervoeren van een ziek kind naar de praktijk met zich meebrengt en de soms lange wachttijd in de wachtzaal die het moeilijk

maakt om het kind zo lang rustig te houden werden hiervoor als reden gegeven. Eén patiënt gaf aan dat dit waarschijnlijk minder problematisch is bij huisartsen die op afspraak werken.

V 84j (chronisch): "...voor kleine kindjes...ze moeten dat allemaal in de auto steken en meenemen...dat is een grote ambras hoor...en het ene weent dan...het andere moet dan gewassen worden...het is een grote miserie voor mensen met kleine kinderen die nog kindjes moeten thuis laten of alles moeten meenemen naar de dokter...waarvan dat de man gaan werken is... ik vind dat huisbezoeken belangrijk zijn...zeker voor de kinderen"

M 63j (acuut): "...ik kan mij inbeelden dat je een kind hebt die zwaar ziek is...en dat je het ook niet ziet zitten om dat kind te dragen en ...dat is misschien verminderd met een afsprakensysteem...maar ze werken nog niet overal op afspraak...en daar nog in die wachtzaal te gaan zitten en om dat kind dan nog stil te moeten houden en zo...neen ik vind dat...ja...ik vind het echt nodig dat huisartsen huisbezoeken doen..."

Eén patiënt gaf aan dat hij huisbezoeken belangrijk vond omdat het zorgt voor een zekere gerustheid. Dat, ook als hij niet in de raadpleging geraakt, hij er zeker van is dat hij een dokter kan raadplegen wanneer hij een (medisch) probleem heeft.

M 30j (acuut): "Ghoh..dat je erop kan rekenen ook...moest er iets zijn...ik ga nu niet zeggen iets heel dringends maar gelijk in mijn geval...dat ik weet dat ik kan terugvallen op het feit dat hij kan komen"

Een andere patiënt zei dat hij huisbezoeken noodzakelijk vond omdat de huisarts zo een beter beeld kan vormen over zijn manier van leven wat belangrijk kan zijn bij bepaalde problemen.

M 56j (acuut): "...na bijvoorbeeld een operatie zoals ik nu met mijn heup gehad heb dan vind ik dat goed dat de dokter aan huis komt en dat hij dan de omgeving ziet waarin je woont en dat hij dan kan inschatten hoe je je verplaatst en de ruimte in huis...dat hij daar dan een beter inzicht in heeft"

Eén patiënt durfde de noodzaak van sommige huisbezoeken in vraag stellen en stelde dat huisbezoeken voornamelijk belangrijk waren voor noodgevallen en mensen die echt niet in de praktijk kunnen geraken omwille van verminderde mobiliteit.

V 65j (acuut): "...de mensen die dat gewend zijn dat de dokter iedere 14 dagen komt staan daar wat op waarschijnlijk...maar is dat wel nodig?...als je kan gaan dan vind ik dat je naar de praktijk moet gaan...jullie hebben het al druk genoeg zonder dat je nog veel moet rondrijden denk ik ...dat dat dan maar in de noodgevallen is of voor de mensen die niet meer weg kunnen...dat je dan op huisbezoek gaat..."

6.2.4.2 Mag de huisarts bepaalde huisbezoeken weigeren?

De meerderheid van de geïnterviewden zijn van mening dat de huisarts bepaalde aanvragen tot huisbezoek mag weigeren. Er werd hen eveneens gevraagd welke patiënten de huisarts dan mag weigeren en welke beter niet. De patiënten ervaarden dit als een moeilijke vraag. De meesten van hen stelden dat de huisarts zelf een goede inschatting kan en mag maken van wie wel of niet in staat is om naar de praktijk te komen. Anderen waren iets specifieker en stelden dat de

huisarts jonge mensen én patiënten die wel over de nodige mobiliteit en transportmogelijkheden beschikken mag weigeren.

V 65j (acuut): "jaja...als dat patiënten zijn van de dokter moet hij weten...die kan wel komen en die kan niet komen...of dat is een noodgeval....of die kan niet weg...of ik moet die voornemen…of heb ik geen tijd meer dan moeten die andere komen hé…"

M 56j (acuut): "De huisarts mag daar zelf over beslissen"

M 63j (/): "Dat vind ik normaal...dat jij als huisarts beslist dat ze wel kunnen komen...dan vind ik dat wel"

V 60j (acuut): "Omdat...als je belt vraagt hij min of meer altijd voor wat het juist is...gelijk welke huisarts hé...en hij kan dan zelf uitmaken van kijk ze kan komen of niet...dus als je zegt wat je hebt kunnen zij min of meer uitmaken… denk ik… of ze weg kan of niet hé"

Vier personen gaven aan dat de huisarts zeker patiënten die 'misbruik' maken van huisbezoeken mag weigeren. Hiermee worden voornamelijk mensen bedoeld die zeer laagdrempelig bellen voor een huisbezoek.

V 60j (acuut): "Ghoja...je hebt zo van die mensen die bellen naar de huisarts van 'gho, ik ben zo ziek, ik ben zo ziek...en ik heb zoveel zeer' en dat hij ze kent...en dat hij dan zegt...het is weer die...het is weer voor een prul van niets...hij heeft weer aandacht nodig..."

M 49j (acuut): "Ja...als dat een is waar je iedere week telefoon van krijgt...en dat is iets van niets...of als je daar toekomt en het is niets....dat het eigenlijk maar is voor sociaal contact...dan vind ik wel dat hij het recht heeft om dat te doen...omdat je nuttiger dingen te doen hebt dan dat..."

Immobiliteit (fysieke beperking, bedlegerigheid,…) en pijnproblemen werden als factoren genoemd die de huisarts beter niet weigert.

Eén persoon gaf aan dat huisartsen die nog met vrije raadplegingen werken minder huisbezoeken mogen weigeren dan artsen die op afspraak werken. Hij was ervan overtuigd dat veel patiënten van artsen die nog met vrije raadplegingen werken een huisbezoek vragen om de mogelijks zeer lange wachttijd in de wachtzaal te ontlopen en dat de arts dit moet begrijpen. Hij stelde ook dat de huisarts niet enkel mag weigeren omdat het voor hem gemakkelijker is als de patiënt naar de praktijk komt.

M 63j (acuut): "…ja en dat jij daar om 11 uur nog zit é... als je nu echt een dokter nodig hebt en je moet daar zitten wachten van 8 tot 11 uur...neen dan vind ik dat je niet mag weigeren...maar in geval van die afspraken vind ik dat al minder...en ik ga dan nog niet zeggen dat hij niet mag...omdat…dat hangt ook beetje van de dokter zelf af...het is terug dat vertrouwen ook...als je denkt dat hij het gaat doen voor zijn gemak...juist daarvoor...mag hij het niet doen...doet hij het voor...een medische reden...dan ligt dat al moeilijker"

Eén patiënt vond dat de huisarts op ieder verzoek tot huisbezoek dient in te gaan.

V 43j (acuut): "Ik vind dat als de patiënt vraagt om een huisbezoek dat de huisarts moet gaan eigenlijk"

6.2.4.3 Wie mag/moet wel op huisbezoek gezien worden?

Er werd aan de geïnterviewde personen gevraagd welke patiënten wel en welke niet op huisbezoek gezien zouden moeten/mogen worden.

In onderstaande tabel staat samengevat wat de verschillende antwoorden waren met ernaast (tussen de haakjes) hoeveel patiënten die dit antwoord gegeven hebben.

Wie mag **wel** op huisbezoek gezien worden:	Wie mag **niet** op huisbezoek gezien worden:
• Oudere patiënten (10) • Minder mobiel (8) • Geen transportmogelijkheden (3) • Zeer zieke patiënt (3) • Alleenstaanden (2) • Kinderen (2) • Patiënten met een mentale of fysieke beperking (2) • Hoge koorts (2) • Rusthuisbewoners (1) • Bedlegerige patiënten (1) • Urgenties of dringende zaken (1) • Na heelkunde (1) • Na ziekenhuisopname (1) • Patiënten met psychische problemen (1) • Patiënt met pijn (1) • Mensen die van zichzelf vinden niet in staat te zijn om naar de praktijk te komen (1)	• Goed mobiele (5) • Jonge patiënten (4) • Wel transportmogelijkheden (3) • Kinderen (3) • Verkoudheid en keelontsteking (3)

De meerderheid was het er over eens dat huisbezoeken voornamelijk dienen voorbehouden te worden voor de oudere en minder mobiele patiënten. De deelnemers aan het interview maakten vaak geen onderscheid tussen mobiele en immobiele ouderen. Andersom ging men er bij jonge mensen ook gemakkelijk van uit dat deze mobiel waren. Over kinderen was men het niet eens. Diegene die wel voorstander waren om hen op huisbezoek te zien zeiden dit omdat een kind naar de praktijk brengen vaak omslachtig is en moeilijker te organiseren valt. De mensen die vonden dat een ziek kind geen goede reden was om een huisbezoek te vragen gingen er van uit dat deze meestal één of twee goed mobiele ouders had om hen naar de praktijk te vervoeren.

M 85j (chronisch): "dat is terug te zien in wat voor omstandigheden hé…bijvoorbeeld als ze een kind hebben die doodziek is…het is niet aangenaam om daar in de praktijk te gaan zitten tussen al die mensen…dat vind ik toch…en ze moeten met een hele bataclan…"

M 56j (acuut): "Jah…als dat mogelijk is dan vind ik dat ze met de kinderen naar de praktijk mogen gaan…als dat mogelijk is…als iedereen die een kind heeft naar de huisarts belt en bij iedereen op huisbezoek moet…"

V 60 (acuut): "ze kunnen zich verplaatsen met die kinderen…en ik zie niet in waarom dat een huisarts dan naar huis zou moeten gaan…"

Twee personen gaven aan dat het niet verstandig is om de beslissing per 'categorie patiënten' te maken maar dat de huisarts voor iedere patiënt afzonderlijk dient te zien of hun vraag tot huisbezoek gegrond is of niet.

M 30j (acuut): "Ik denk niet dat je echt moet kijken naar een groep mensen, bijvoorbeeld gepensioneerden of kinderen...maar geval per geval en wat er is...wat er specifiek is"
M 49j (acuut): "Ik vind dat dat te zien is van geval tot geval..."

6.2.4.4 Stelling 1: wachttijd

De deelnemende patiënten werd deze stelling voorgelegd:
''Stel dat uw huisarts u vertelt dat het onmogelijk is om dezelfde dag op huisbezoek te komen, zou u dan: een dag wachten? een andere huisarts opbellen? Toch proberen naar de praktijk zelf te komen?''

Zo goed als geen enkele patiënt zou een andere huisarts opbellen. Enkel wanneer de familie erop staat of indien het om een zeer ernstig situatie gaat zou men dit overwegen. Sommigen stelden dat ze sneller naar het ziekenhuis zouden gaan dan een andere huisarts te contacteren.

M 56j (acuut): "Dat denk ik niet...als het natuurlijk erg is...dan wel...als je geen andere keuze hebt maar als het mogelijk is zou ik niet naar een andere huisarts bellen...als het natuurlijk erg is en het is dringend...en je moet echt de keuze maken...en je hebt echt een dokter nodig...dan zou ik wel gaan...maar anders...nee...ik zou eerder kiezen dan om naar de praktijk te gaan"
M 30j (acuut): "Een andere dokter zou ik daarvoor niet bellen dan...alé…"
V 25j (acuut): "Als je echt niet verder kan dan ga je naar het ziekenhuis hé"

De meesten kozen er echter toch voor om dan dezelfde dag nog naar de praktijk te gaan indien die mogelijkheid hiertoe bestaat en het echt niet anders kan. Mensen die omwille van mobiliteitsproblemen een huisbezoek gevraagd hadden zouden mensen aanspreken om hen naar de praktijk te voeren. Eén persoon stelde dat hij naar de praktijk zou gaan als hij zeker wist dat hij niet lang in de wachtzaal zou moeten wachten en een andere persoon zou telefonisch graag al enkele 'eerste hulp adviezen' krijgen in afwachting van haar consult in de praktijk.

M 85j (chronisch): "Moest het na 17h zijn...dat we onze zoon zouden kunnen bereiken zouden we het vragen dat hij ons naar daar brengt hé…"
V 84j (chronisch): "Ik zou dan bellen naar mijn zoon dat hij mij voert…"
M 30j (acuut): "Dan zou ik dat wel doe...als je echt zegt van kijk om 16u...het is mogelijk...en je bent praktisch zeker dat je daar geen uur moet zitten dan wel ja…"
V 65j (acuut): "...ik zou dan weer iemand zoeken om achter mij te komen en proberen te gaan....maar hij zou dan wel iets moeten zeggen van wat ik best zou doen...dat ik een uitleg gekregen heb...van bijvoorbeeld ik ben draaiachtig en ik heb geen honger en ik ben misselijk of ik heb si of la...hij zou toch een uitleg moeten geven..."

De geïnterviewden waren niet geneigd om te kiezen om te wachten tot de dag nadien. Enkel indien ze het gevoel hadden dat het niet dringend was zouden ze dit overwegen.

M 85j (chronisch): "Als het niet dringend is dan zou ik wachten...bwa ja é...we zouden daarvoor geen ander opbellen"

V60j (acuut): "...maar als je nu thuis bent zoals wij en je bent mottig en je bent niet goed en je kan niet komen...dan zou ik zeggen kijk ik ga wachten tot morgen...ik zou nooit naar een andere huisarts gaan...als het niet nodig is neen..."

Eén persoon gaven aan sneller naar het ziekenhuis te gaan dan naar de eigen huisarts wanneer deze niet dezelfde dag op huisbezoek kon komen.

V 25j (acuut): "Het is te zien hoe erg het is hé...als je ziet dat het zeer erg is dan ga ik eerder het ziekenhuis voornemen..."

6.2.4.5 Stelling 2: Wat indien de eigen huisarts geen huisbezoek meer zou doen?

De deelnemers werd de volgende stelling voorgelegd:

''Stel dat uw huisarts beslist om nooit meer op huisbezoek te gaan, zou u dan een andere huisarts kiezen? Of zou u meer moeite doen om naar de praktijk te gaan om zo uw vaste huisarts te behouden?''

Zo goed als iedereen merkte op dat dit vooral een probleem zou vormen voor de oudere én minder mobiele patiënten.

V 25j (acuut): "Gelijk voor mensen die zeer moeilijk weg kunnen...zou dat toch moeilijk zijn…"
M 30j (acuut): "In het algemeen...als je later ouder wordt...zeg maar...je bent 70 jaar...dan geloof ik wel dat huisbezoeken handig kunnen zijn dan omwille van de mobiliteit zeg maar...ze zijn dikwijls niet meer instaat zijn om met de auto te rijden...moeten bellen naar zoon of dochter of andere familie leden die ze moeten optrommelen om je naar de arts te kunnen voeren...ja neen..."
V 60j (acuut): "Neem nu eens weduwen...die niet met de auto kunnen rijden en die mensen zijn ziek en ze hebben problemen en ze hebben geen kinderen of niets? Wie moeten zij dan vragen?"

De personen die een acuut huisbezoek gekregen hadden en anders gewoon in de praktijk op consult gaan zouden zolang mogelijk bij hun vaste huisarts blijven. Eén patiënt onderstreepte het overwicht van de goede vertrouwensrelatie met de arts ten opzichte van het al of niet doen van huisbezoeken wanneer je nog goed mobiel bent. Vanaf het moment dat ze oud worden of door andere omstandigheden zeer moeilijk in de praktijk zouden geraken zouden ze toch overwegen om van huisarts te veranderen.

V 43j (acuut): "Voorlopig zou ik nog niet veranderen van huisarts...maar zoals je zegt...na verloop van tijd misschien...het is ook te zien...met die chronische aandoening van mij...hoe dat dat evolueert hé...voorlopig is dat nog geen enkel probleem..."
M 56j (acuut): "In de toestand zoals ik nu ben zou ik niet veranderen van huisarts...tuurlijk het moment dat je verouderd en je bent minder mobiel om je te verplaatsen zou je dat misschien wel overwegen om toch naar iemand uit te zien die wel huisbezoeken doet maar zolang ik mij mobiel zou kunnen verplaatsen en dat ik...ik zou dat niet..."
"Het vertrouwen en de goede band die je met uw dokter hebt hé...het vertrouwen dat je met je dokter hebt...en de goede band die je hebt...daarom zou ik er wel voor kiezen om bij dezelfde arts te blijven"

"Dan zou je dat misschien wel overwegen...dat je moet zeggen 'als dat echt niet meer gaat dat je op huisbezoek komt...'...ja dan zou ik misschien de keuze maken om naar een andere arts te gaan...maar zolang ik mobiel zou zijn en als dat lukt dan zou ik waarschijnlijk blijven..."

M 63j (acuut): "Ja...en als het dan niet gaat...dan zou ik wel veranderen denk ik...omdat...neen voor mij zou dat...ja dat zou genoeg zijn"

Bij de mensen die momenteel chronisch op huisbezoek gezien worden was er meer twijfel. Twee van hen zouden uit noodzaak zeker van huisarts veranderen maar zouden dit zeer jammer vinden. Twee anderen zouden toch bij hun huisarts blijven; de een zou zich door haar kinderen naar de praktijk laten brengen en de ander zou de chronische bezoeken laten vallen en enkel naar de huisarts gaan wanneer het echt nodig is.

V 84j (chronisch): "...ik zou dan misschien niet zeggen iedere maand... ik zou dan terug enkel gaan als ik ziek ben…"

M 85j (chronisch): "Dan zouden we een andere moeten zoeken hé..."

V 88j (acuut/chronisch): "Ja...ik ging dan misschien toch gezegd hebben...zolang mijn schoondochter mij kon voeren...zou ik toch iedere maand proberen gaan...want hij kent heel mijn verhaal, heel mijn situatie, en als je dan eigenlijk naar een andere arts moet en die weet nergens iets van…"

6.2.4.6 Stelling 3: Wat indien huisbezoeken niet meer terugbetaald zouden worden?

Bij de stelling *"Moesten huisbezoeken niet meer terugbetaald worden, zou dit u dan beïnvloeden in het aanvragen van een huisbezoek?"* stelde de meerderheid dat dit geen invloed zou hebben op het aanvragen van een huisbezoek. De meesten zouden het wel jammer vinden maar wanneer ze het echt nodig achten dat de huisarts bij hen thuis komt consulteren zouden ze het gewoon betalen.

V 43j (acuut): "Ik zou er wel eens wat langer over nadenken...maar als het nodig is dan is het nodig hé"

M 85j (chronisch): "Ewel ja...we zouden wij dat moeten betalen hé"

V 65j (acuut): "Dat ging voor mij niet uitmaken...dat was nodig"

V 82j (chronisch): "...je moet dan kunnen gaan hé...ik zou liever hebben dat hij blijft aan huis komen...als het iets meer is…tot daar dan hé"

M 25j (acuut): "Voor mijn persoonlijk niet neen... als je zo echt ziek bent..."

V 60j (acuut): "Neen, want ik zeg...als je kunt gaan dan ga je sowieso naar de praktijk...het is maar als je echt niet kunt en ik zou daar dan niet achter kijken...als het nu meer kost of niet meer kost als je niet weg kunt hé "

M 63j (acuut): "voor mij zou het niet schelen...neen...ik zou dat dan...alé...omdat ik voor mezelf zou vinden dat als ik vraag om een huisbezoek is het wel omdat ik ziek ben..."

Twee personen gaven aan dat ze dan toch meer moeite zouden doen om naar de praktijk te gaan om zo de kosten wat te drukken.

V 84j (chronisch): "Aaaaah... ik zou dan toch naar de praktijk komen hoor...€37 is toch veel geld hé...ik denk dat er toch veel zo zouden redeneren..."

V 25j (acuut): "Ja...de meeste mensen zouden toch proberen naar de praktijk te gaan denk ik..."

Eén van de geïnterviewden was van mening dat zo'n maatregel niet eerlijk zou zijn voor patiënten die zeer moeilijk naar de huisartspraktijk kunnen komen. Terwijl ze al 'gestraft' zijn door hun immobiliteit zouden ze dan nog eens 'gestraft' worden door meer remgeld te moeten betalen wanneer ze een arts willen consulteren.

M 63j (acuut): "...zoals bijvoorbeeld alleenstaande bejaarden en zo...moeten zij dan omdat ze alleenstaand zijn en zelf geen auto hebben en niet weg kunnen...moeten zij dan meer beginnen betalen...neen toch hé…"

6.2.4.7 Stelling 4: "huisbezoekverpleegkundige"

Eerst wat achtergrond informatie:

Door een stijgende vraag naar eerstelijnsdiensten, de vergrijzing, toename van chronisch zieken en hervormingen die de zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn verschuiven in combinatie met een tekort aan (huis)artsen en tijden van besparingen wordt er geëxperimenteerd met het verschuiven van medische taken, die vroeger enkel door een arts kon worden uitgevoerd, naar een getraind verpleegkundige. Voor welbepaalde medische taken wordt de arts dus ***vervangen*** *door een verpleegkundige. Deze verpleegkundigen hebben doorgaans een master-opleiding genoten waarin ze getraind werden om autonoom te werken en zelf 'basis- diagnoses' te stellen en zelf een behandeling (al dan niet medicamenteus) te bepalen zonder tussenkomst van een arts en hierbij dus zelf verantwoordelijk zijn voor hun handelingen. (bvb.: verpleegkundige doet zelf de anamnese, het klinisch onderzoek en stelt zelf de diagnose en het beleid op bij basis pathologie, doet zelf controle raadplegingen en schrijft hierbij zelf de verlengingsvoorschriften,…)*

Uit onderzoek blijkt dat zo'n ***'huisbezoekverpleegkundige'*** *even kwaliteitsvolle zorg kan bieden als de (huis)arts zelf. Het effect op de gezondheid van de patiënt was voor beiden hetzelfde. De tevredenheid van de patiënt bleek hoger te zijn na een consult van de verpleegkundige in vergelijking met de arts. Deze verpleegkundigen kunnen het potentieel hebben om de werkdruk van de huisarts te verminderen (waarbij de huisarts zich op de 'meer medische problemen' kan richten) en zouden mogelijk kunnen leiden tot lagere kosten voor de maatschappij [(26)].*

Aan de deelnemers van het interview werd dus de vraag gesteld of ze er iets op tegen zouden hebben moest zo'n gespecialiseerde verpleegkundige de huisbezoeken doen in plaats van de huisarts.

Slechts 3 van de 13 personen die aan het interview deelnamen zouden er geen probleem mee hebben dat zo'n verpleegkundige het huisbezoek aflegt. Zolang er maar iemand komt die hen uit de nood kan helpen. Eén ervan zou wel restricties leggen op het soort medicatie dat ze mogen voorschrijven.

M 49j (acuut): "Dat zou voor mij niet uitmaken...als ik maar geholpen ben...die mensen hebben ook hun opleiding gehad hé..."
"...omdat die mens ook gaat weten...hoe een diagnose te stellen hé..."
M 30j (acuut): "Mjaah...dat zou voor mij geen probleem zijn...zolang je geholpen bent en je goed geholpen bent...ja neen...ik zou daar geen probleem mee hebben..."
"Goh...misschien wel een onderscheid maken in de medicatie...wat ze wel en niet mogen voorschrijven... daar zou ik misschien wel in beperken...euhm...ja...maar anders zou ik dat wel zien zitten"

M 63j (acuut): "ik zou daar geen problemen mee hebben"
"dat zou wel raar doen...maar als je nu ziek bent en ze komt en je bent terug goed ... dan heb je dat vertrouwen wel hé..."

Toch waren de meesten in twijfel. De meerderheid zei dat ze toch meer vertrouwen zouden stellen in de vaste huisarts dan in zo'n verpleegkundige. Velen stelden zich de vraag of zo'n verpleegkundige wel over genoeg medische kennis zou beschikken om correcte diagnosen te stellen en behandelingen op te starten. Enkele verklaarden zelfs dat ze dit zeker niet zouden mogen doen.

V 25j (acuut): "Je zou er toch minder...toch anders dan een huisarts...je hebt meer vertrouwen in je huisarts dan in een verpleger?"
V 65j (acuut): "jajaaa...ik ga niet zeggen dat ik die verpleegkundige niet zou vertrouwen...maar je hebt meer vertrouwen in je huisarts...daarom zou ik nooit veranderen..."
M 56j (acuut): "Ik denk van wel...maar ik zou nog altijd de voorkeur nemen voor de huisarts...ten eerste voor het vertrouwen en ten tweede voor de verzorging...daarom zou ik de voorkeur geven aan een dokter maar als het echt niet kan...misschien wel"
M 85 (chronisch): "allesinds niet een diagnose stellen...en als ze dat niet mogen doen dan kunnen ze natuurlijk ook geen behandeling opstellen hé"
"In geval dat je niet ziek bent hé...dan zou ik dat wel aanvaarden...maar anders niet..."
"Neeja...ik zou liever hebben dat de dokter verder komt"
V 84j (chronisch): "Ze kunnen misschien wel...maar ze hebben toch de studies voor dokter niet gedaan hé... dat is een groot verschil hé...als het maar om een pols te meten is..."
M 63j (acuut): "...alé...als er een diagnose gesteld moet worden vind ik niet dat dat aan een verpleegkundige toebehoort..."

Sommige patiënten maakten een onderscheid tussen huisbezoeken die voornamelijk dienen om de medicatievoorschriften te verlengen of de parameters te controleren (wat voornamelijk tijdens de chronische huisbezoeken gebeurt) en huisbezoeken waarbij een diagnose en behandeling vereist zijn, dus de acute huisbezoeken. Ze vonden dat zo'n 'huisbezoekverpleegkundige' wel deze chronische bezoeken op zich zou mogen nemen maar voor de acute huisbezoeken zou het voornamelijk afhangen waarvoor de patiënt juist een huisbezoek heeft aangevraagd. Indien het zou gaan over 'gemakkelijke of minder urgente' pathologie zouden ze dit wel nog aan zo'n verpleegkundige toevertrouwen, maar vanaf het moment dat men het gevoel heeft dat het wat complexer begint te worden zou men de voorkeur geven aan de huisarts.

V 82j (chronisch): "Als het maar voor medicamenten voor te schrijven zijn dan kan ik daar mee leven"
"Moest er toch iets serieus zijn zou het toch de huisarts zijn die komt?"
"Dat is waar...maar moest dat juist maar moeten zijn om pillen voor te schrijven...eens luisteren en eens bloeddruk te meten...dat kan zijn...maar voor een diagnose te stellen...dat vind ik al wat te hoog gegrepen voor hen...ik zou toch liever hebben dat het de dokter is die daar zijn zeg over doet..."
V 60j (acuut): "Ja in het begin moet je dat wel gewoon worden hé...dat is wel iets raars in het begin waarschijnlijk... omdat je zegt ja gow... ze kan toch nooit zoveel weten als een dokter hé...maar als je enkel jaren extra opleiding gehad hebt ...jah waarom niet...en als die persoon vindt dat dat

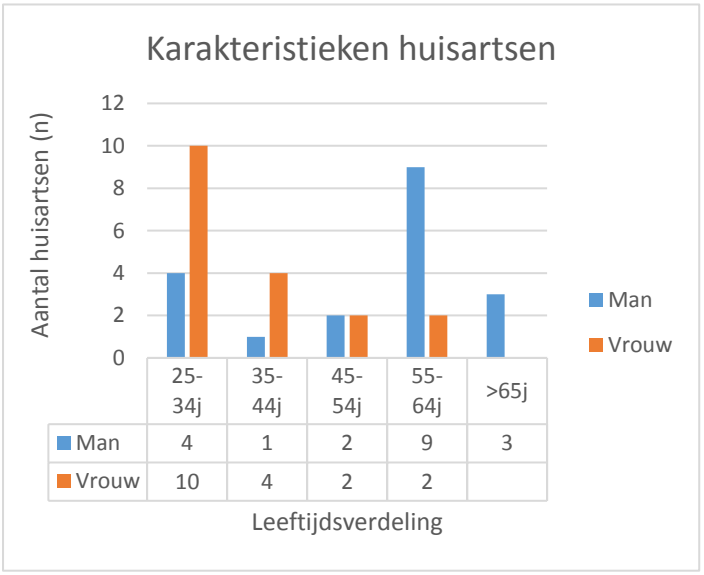
echt niet...alé...dat dat te ver gaat...en dat die dat dan doorgeeft aan de huisarts zelf...Waarom dan niet..."
" ik zou daar een onderscheid in maken...als het gewoon keer is om een babbeltje en een bezoekje en hun pilletjes iedere maand voor te schrijven en eens gewoon bloeddruk te meten...maar ik vind dat er terug een verschil zit in wat de mensen hebben...gelijk voor de griep en zo dat zou mij ook niet uitmaken als er dan zo iemand komt...maar ik weet niet of met het geen ik nu maandag gehad heb... ik weet niet... en hetgeen ik over 3 jaar gehad heb... ik weet niet of ik daar zo vertrouwen in zou gehad hebben... "
"...ik weet het niet hoor...voor sommige dingen zou ik daar toch geen 100% procent vertrouwen in hebben...neen"

V 43j (acuut): "...gelijk in mijn geval...een verpleegkundige had dit waarschijnlijk ook wel kunnen oplossen.. .zowel als de huisarts...maar het hangt er voornamelijk van af wat voor geval het is..."

6.3 Vragenlijst huisartsen

6.3.1 Karakteristieken huisartsen

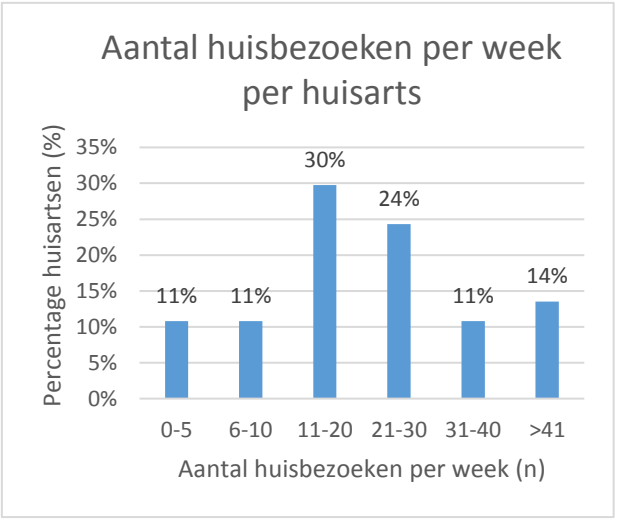
De vragenlijst werd door 37 huisartsen ingevuld. Met 18 vrouwelijke en 19 mannelijke huisartsen was de leeftijdsverdeling ongeveer gelijk. Met respectievelijk 14 en 11 huisartsen waren de leeftijdscategorieën van 25 tot en met 34 en 55 tot en met 64 jaar het meest vertegenwoordigd. De oudere huisartsen waren voornamelijk mannen terwijl de groep jongere huisartsen hoofdzakelijk uit vrouwen bestond.

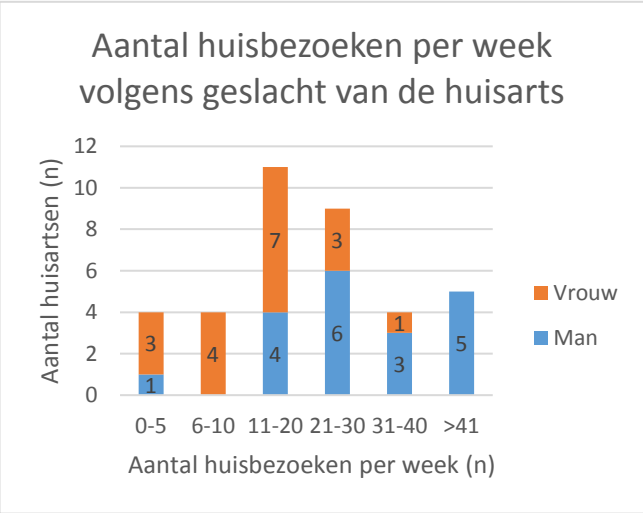


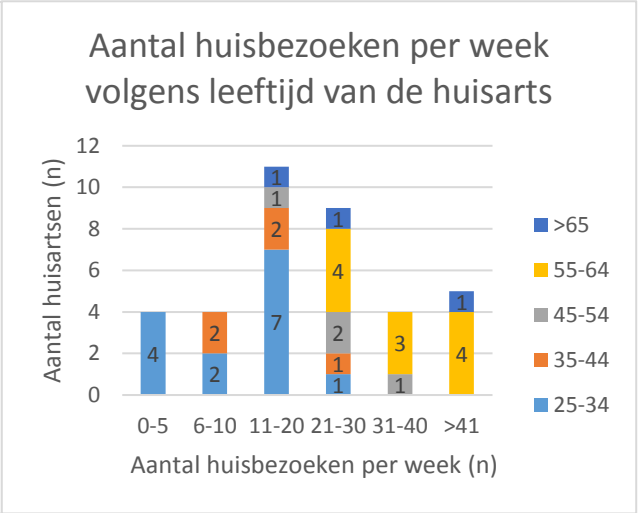
	25-34j	35-44j	45-54j	55-64j	>65j
Man	4	1	2	9	3
Vrouw	10	4	2	2	

6.3.2 Werkdruk door huisbezoeken

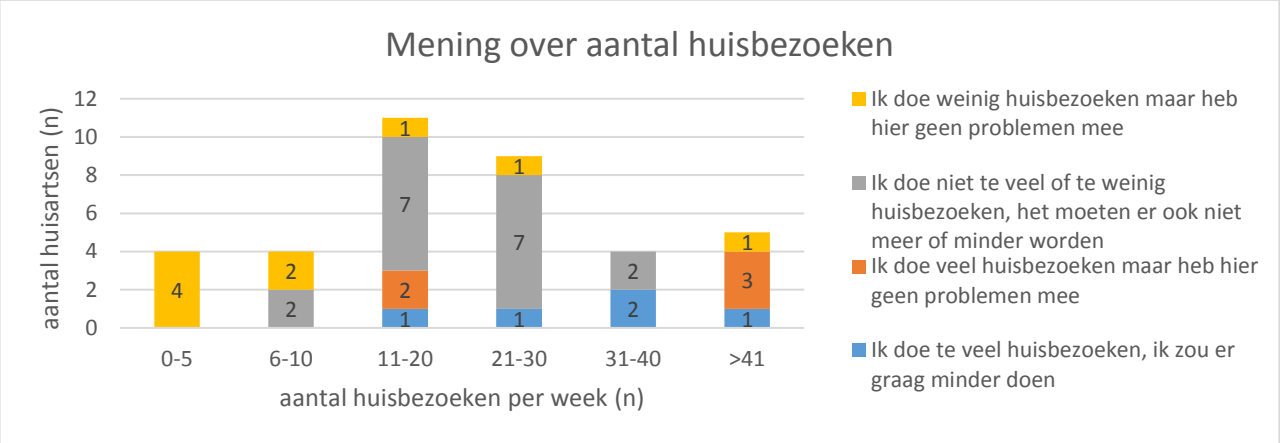
Vierenvijftig procent van de huisartsen legt tussen de 11 en de 30 huisbezoeken per week af. Jongere huisartsen doen doorgaans minder huisbezoeken dan hun oudere collega's. Vrouwelijke huisartsen doen ook minder huisbezoeken dan mannelijke huisartsen. Alle huisartsen die meer dan 41 huisbezoeken per week afleggen zijn mannelijk en ouder dan 55 jaar.



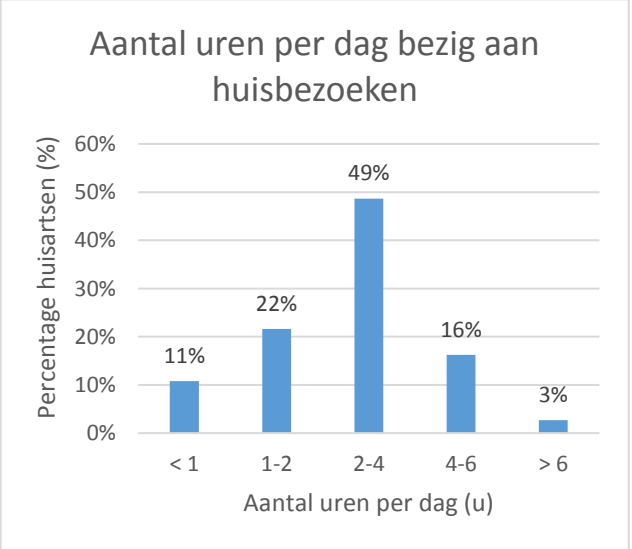


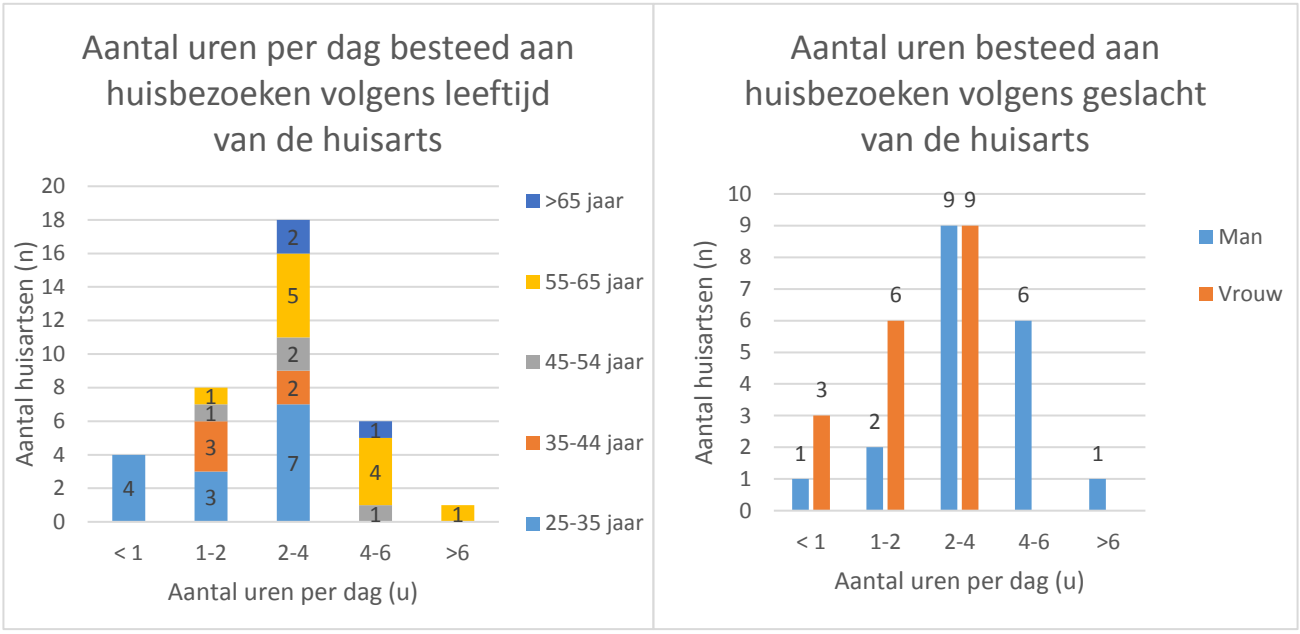


De meeste huisartsen (86%) hebben geen problemen met hun huidig aantal huisbezoeken. Er is een grote spreiding over wat verstaan wordt onder ‘niet te veel en niet te weinig’ huisbezoeken. Slecht 13% (5 huisartsen) vindt dat hij teveel huisbezoeken doet en zou er graag minder doen. Geen enkele huisarts vindt dat hij te weinig huisbezoeken doet.

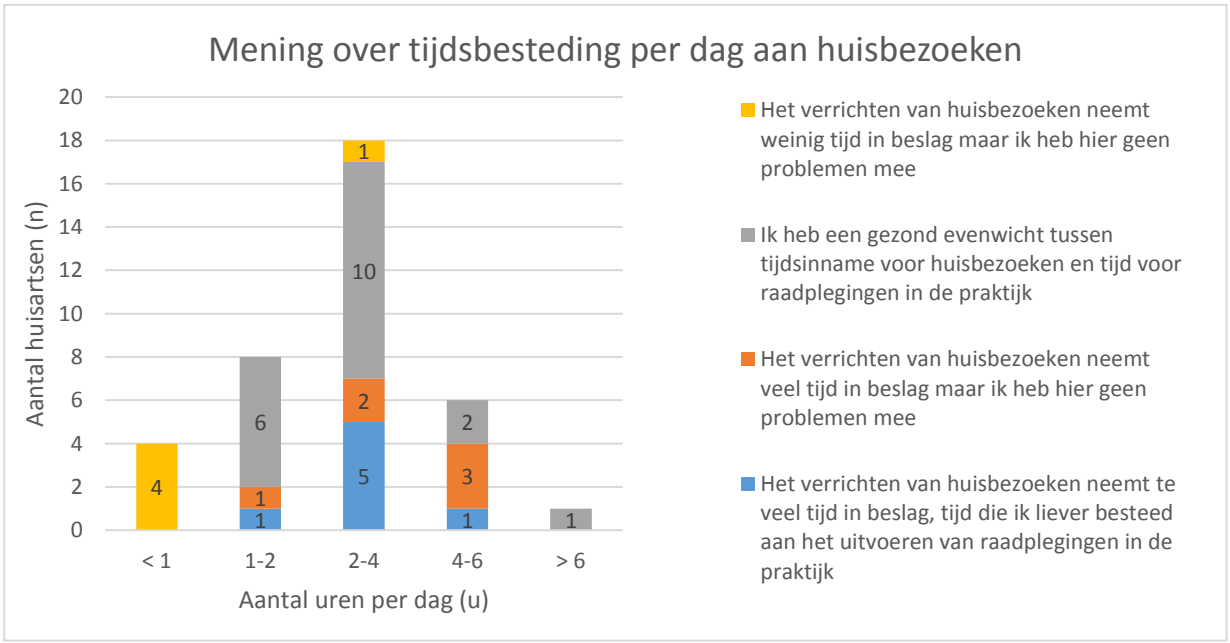


Ongeveer de helft (49%) van de huisartsen besteed per dag 2-4 uren aan het verrichten van huisbezoeken. Drieëndertig procent van de huisartsen besteed minder dan 2 uur per dag en 19% besteed meer dan 4 uur per dag aan het doen van huisbezoeken. Vrouwen en jongere huisartsen zijn per dag minder uren op huisbezoek dan hun mannelijke en oudere collega’s.



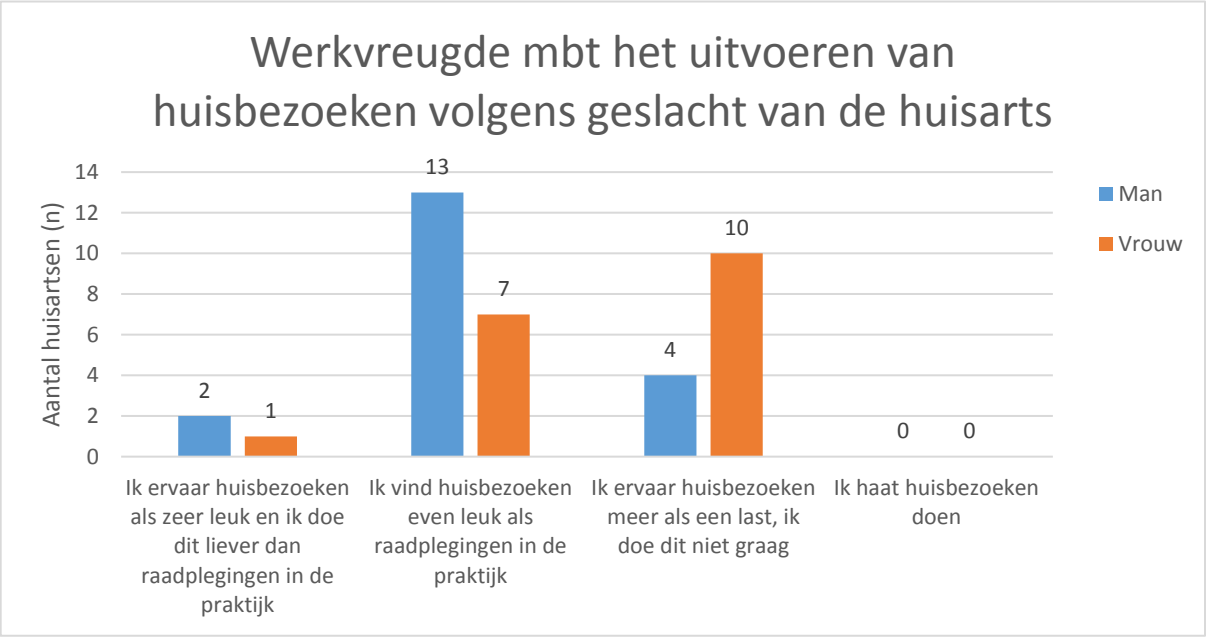


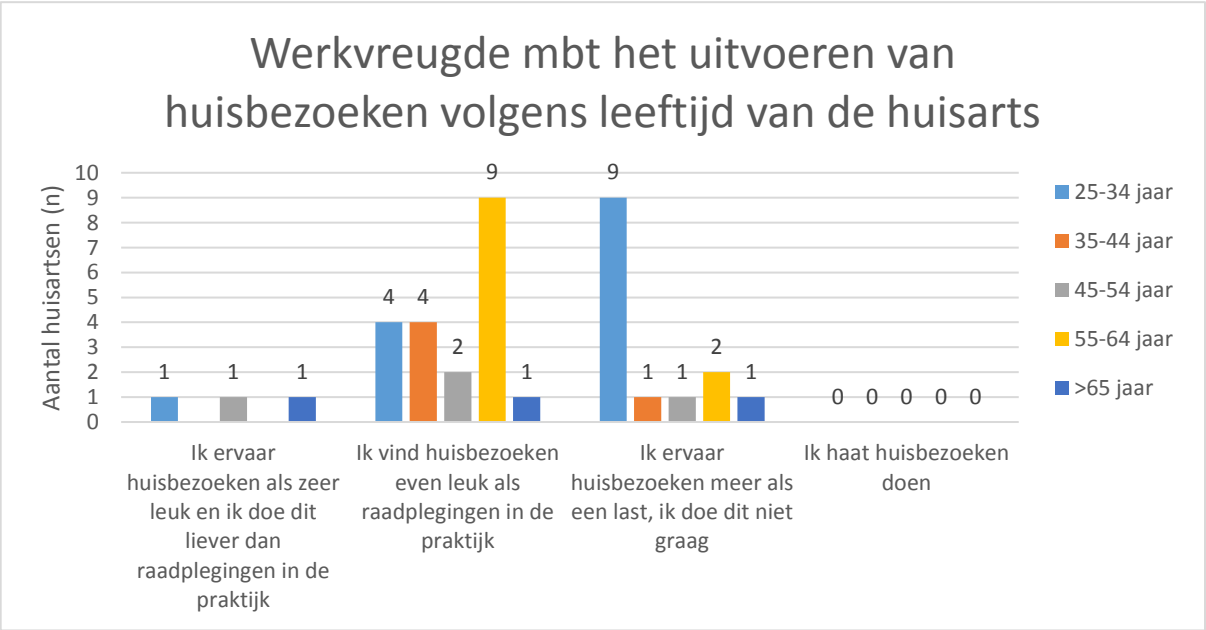
De helft van de bevraagde huisartsen (51%) vindt dat hij een gezond evenwicht heeft tussen de tijd die in beslag genomen wordt voor huisbezoeken en die voor raadplegingen in de praktijk. In 19% van de gevallen vindt de huisarts dat huisbezoeken teveel tijd in beslag nemen; tijd die hij liever zou besteden aan het doen van raadplegingen in de praktijk. Wanneer de mening over de tijdsbesteding aan huisbezoeken verdeeld wordt over de effectief besteedde tijd wordt er terug een brede spreiding waargenomen.



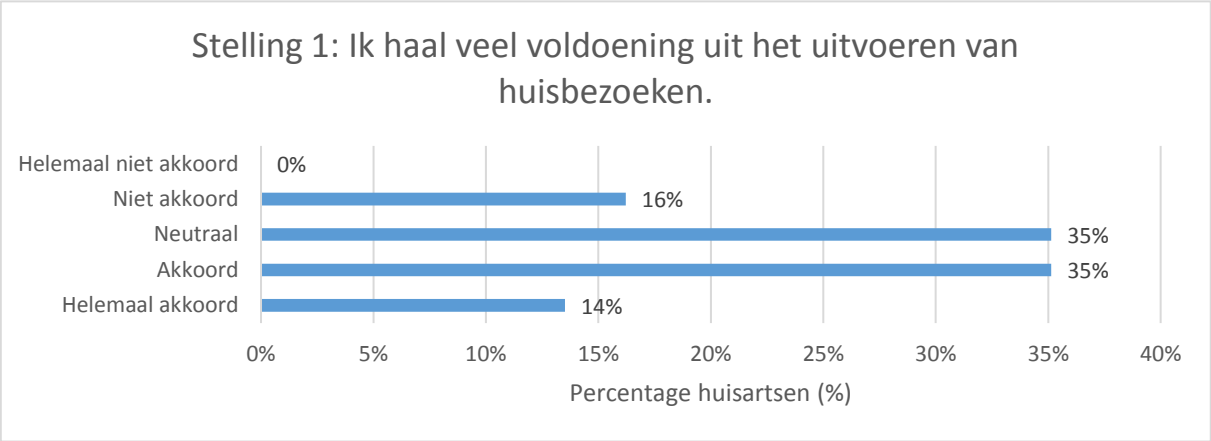
6.3.3 Werkvreugde en voldoening door huisbezoeken

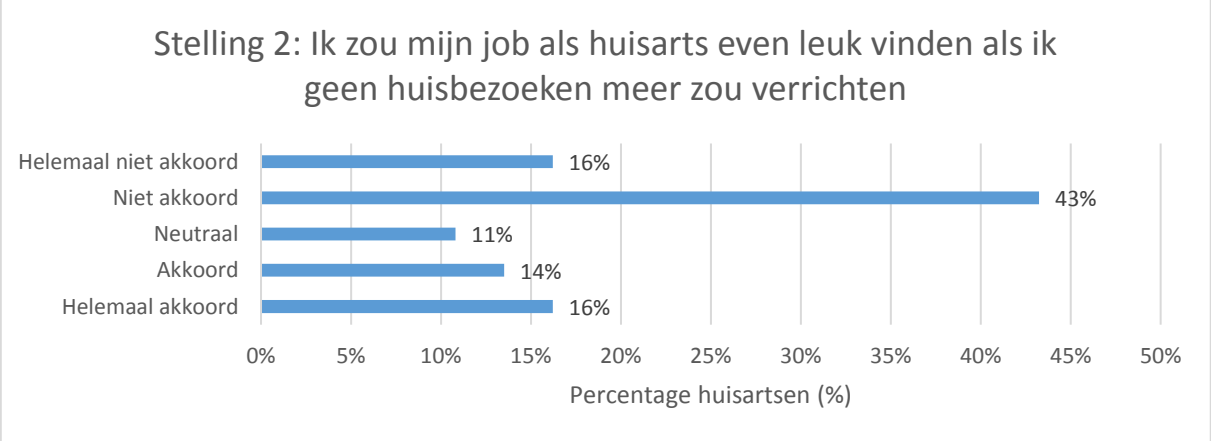
Terwijl 54% van de deelnemende huisartsen het doen van huisbezoeken even leuk vindt als raadplegingen in de praktijk ervaart 38% het verrichten van huisbezoeken eerder als een last. Er waren meer vrouwelijke (n=10) dan mannelijke (n=4) huisartsen die aangaven dat ze niet graag huisbezoeken deden. Negen van de 14 huisartsen die aangaven dat ze huisbezoeken eerder als een last beschouwden waren jonger dan 35 jaar. Slecht 8% van de huisartsen doet liever huisbezoeken dan raadplegingen in de praktijk.





Zo goed als alle huisartsen (95%) voelen zich vaak tot steeds gewaardeerd door de patiënt wanneer hij bij hen op huisbezoek gaat. Negenenveertig procent van de bevraagde huisartsen gaat akkoord of helemaal akkoord met de stelling: ‘ik haal veel voldoening uit het uitvoeren van huisbezoeken.’. Slechts 16% gaat hier niet mee akkoord. De meerderheid (59%) van de huisartsen geeft aan zijn job minder leuk te vinden moest hij geen huisbezoeken meer verrichten. Dertig procent denkt dat hij zijn job even leuk zou vinden wanneer hij geen huisbezoeken zou moeten doen.



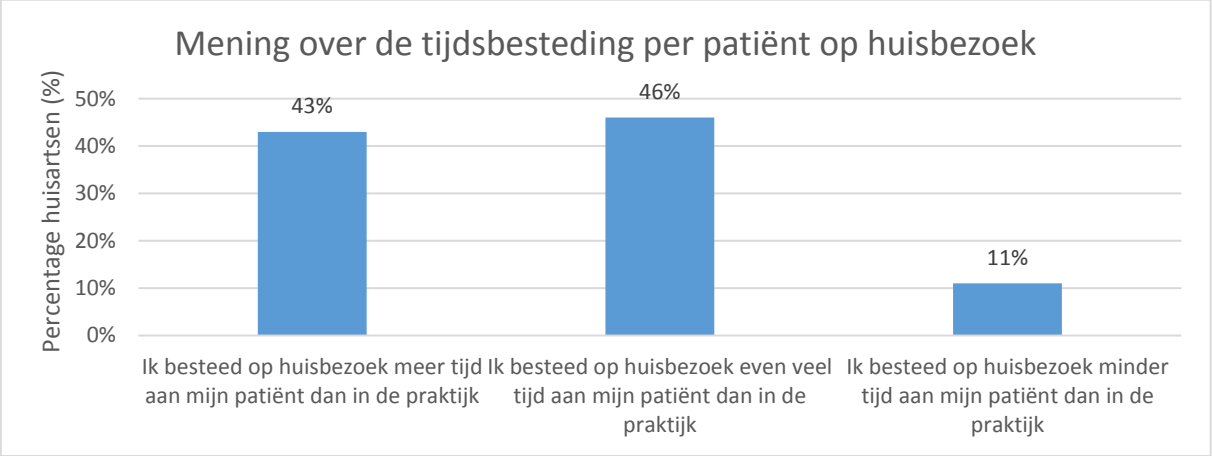


6.3.4 Kwaliteit van zorg op huisbezoek

Zesentachtig procent van de bevraagde huisartsen vindt dat hij mindere kwalitatieve zorg kan bieden op huisbezoek als op raadpleging in de praktijk. Slechts 14% gaf aan dat de zorg op huisbezoek evenwaardig is aan die in de praktijk en geen enkele huisarts gaf aan dat hij op huisbezoek betere zorg kon bieden. Respectievelijk 46% en 43% van de huisartsen geeft aan dat hij op huisbezoek evenveel of meer tijd voor zijn patiënt uitneemt op huisbezoek. Slechts 11% geeft te kennen dat hij op huisbezoek minder tijd voor zijn patiënt uittrekt. De meerderheid van de huisartsen verklaart dat hij huisbezoeken evenwaardig vindt als consultaties in de

praktijk. Terwijl 16% van de huisartsen aangeeft dat huisbezoeken een duidelijke meerwaarde hebben boven raadplegingen in de praktijk, verklaart 19% van hen dat huisbezoeken minder waardevol zijn.

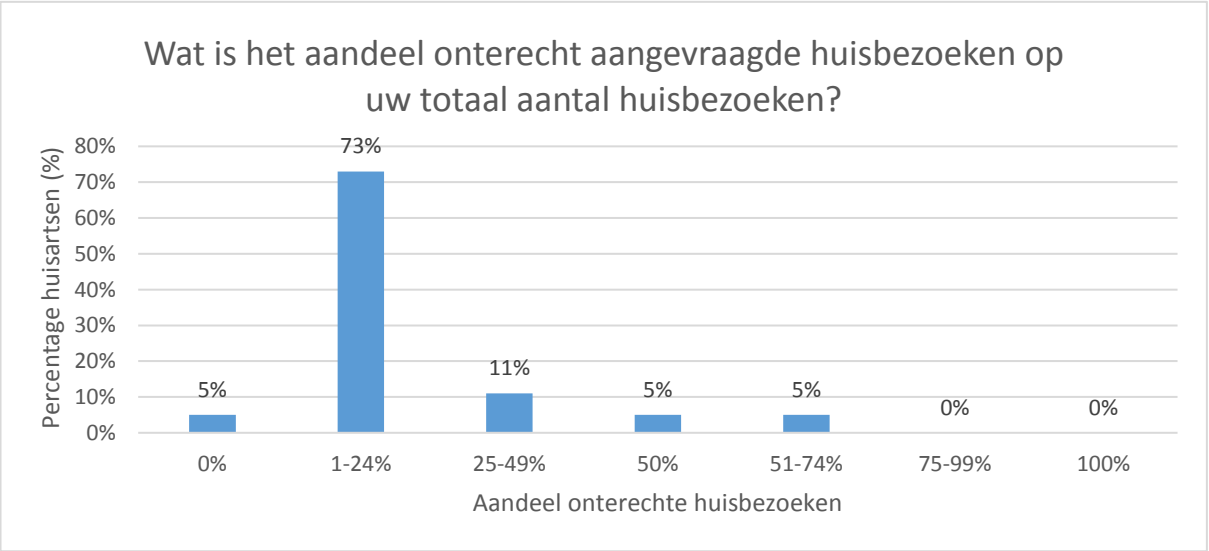


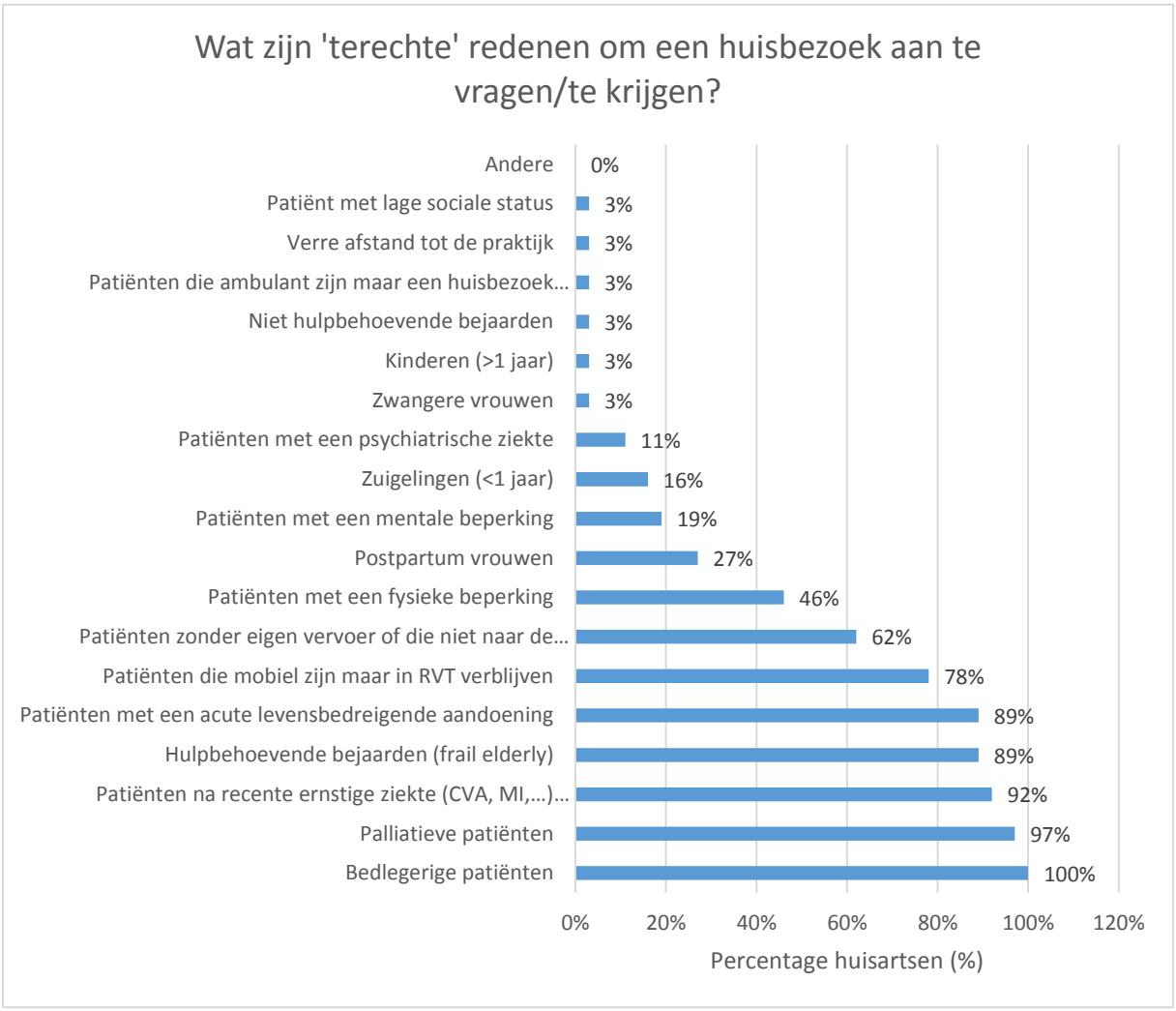




6.3.5 Terechte versus onterechte huisbezoeken

Aan de deelnemende huisartsen werd gevraagd om op een limitatieve lijst (met 19 antwoordmogelijkheden) aan te duiden welke voor hen ‘terechte’ redenen waren om voor een huisbezoek te kiezen. Met andere woorden: welke redenen voor hen het uitvoeren van een huisbezoek rechtvaardigen. In onderstaande tabel wordt voor iedere optie het percentage huisartsen weergegeven die aangaf akkoord te zijn met het ‘terecht’ zijn van die reden (zie tabel). Meer dan 90% van de huisartsen vond het terecht dat patiënten met een recente ernstige aandoening of trauma (92%), patiënten in de palliatieve fase (97%) en patiënten die bedlegerig zijn (100%) vragen om op huisbezoek bezocht te worden. Net geen 90% van de huisartsen vond dat patiënten met een acute levensbedreigende aandoening (89%) en hulpbehoevende bejaarden (89%) terechte redenen waren om er op huisbezoek te gaan. Respectievelijk 78% en 62% van de bevraagde artsen vond dat mobiele RVT patiënten en patiënten die niet over eigen vervoer beschikten of niet naar de praktijk gebracht konden worden goede argumenten waren om een huisbezoek aan te vragen. Minder dan de helft van de huisartsen was van mening dat patiënten met een fysieke beperking (46%), postpartum vrouwen (27%), patiënten met een mentale beperking (19%), zuigelingen (<1 jaar) en patiënten met een psychiatrische ziekte (11%) acceptabele redenen zijn voor het verrichten van een huisbezoek. Slechts 3% van de huisartsen vonden patiënten van lage sociale klasse, verre afstand tot de praktijk, patiënten die ambulant zijn maar een huisbezoek verkiezen, niet hulpbehoevende bejaarden, kinderen ouder dan 1 jaar en zwangere vrouwen terechte argumenten voor een huisbezoek. Geen enkele huisarts gaf andere potentiële redenen voor het aanvragen/krijgen van een huisbezoek, dan diegene die reeds werden opgesomd, aan.





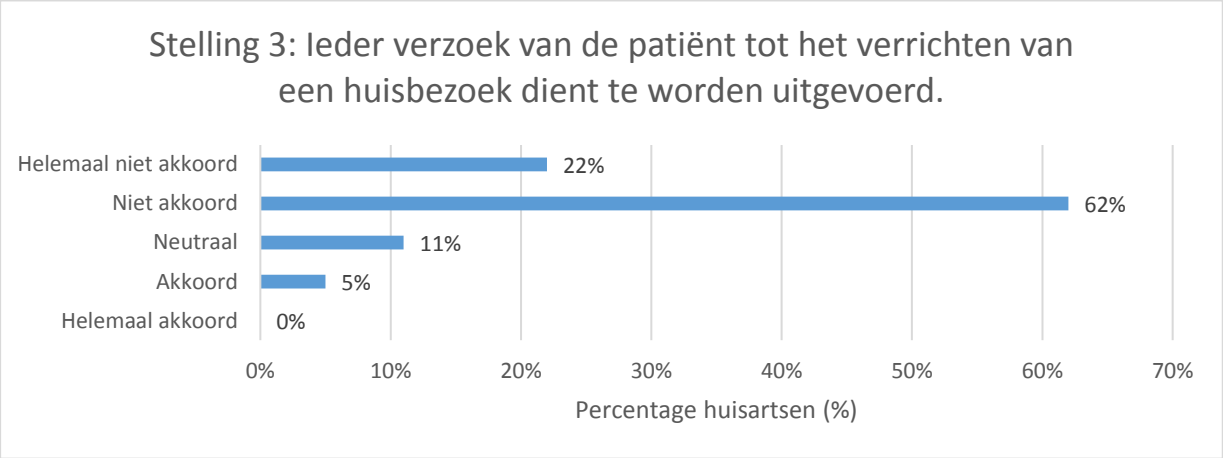


De meerderheid (73%) van de huisartsen gaf aan dat 1-24% van al hun huisbezoeken bestond uit onterecht aangevraagde huisbezoeken. Elf procent stelde dat dit aandeel tussen de 25% en 49% zou liggen. Geen enkele huisarts gaf aan dat het aandeel hoger was dan 75%.

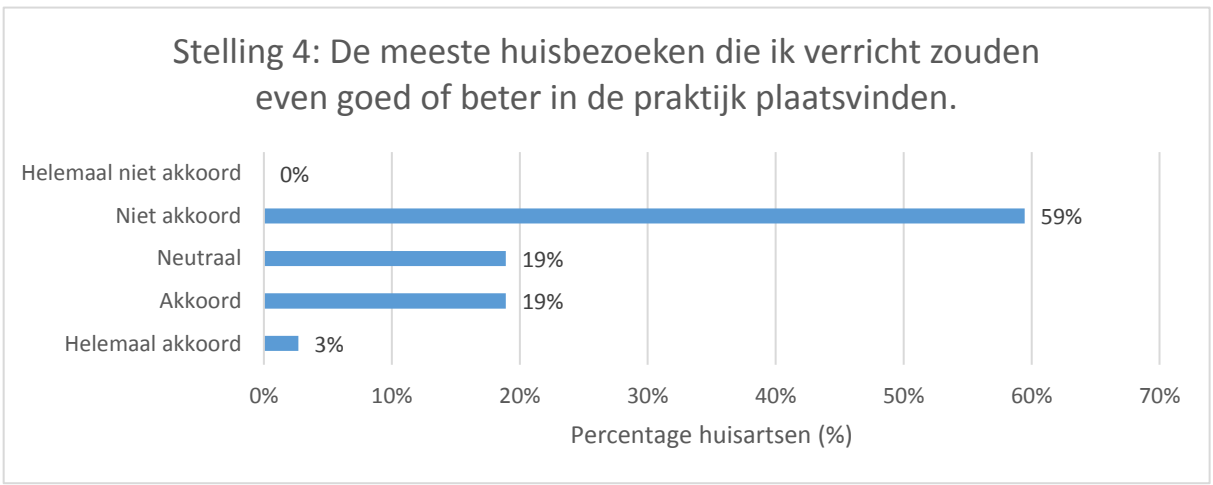
Respectievelijk 38% en 41% van de huisartsen gaf aan dat ze patiënten, die geen goed motief hebben om op huisbezoek gezien te worden, altijd of vaak proberen te overtuigen om toch in de praktijk op consult te komen. Zestien procent gaf aan dat ze dit

soms doen en de overige 5% verklaarde dit weinig te doen. Geen enkele huisarts gaf aan nooit iemand te overtuigen om toch naar de praktijk te komen.

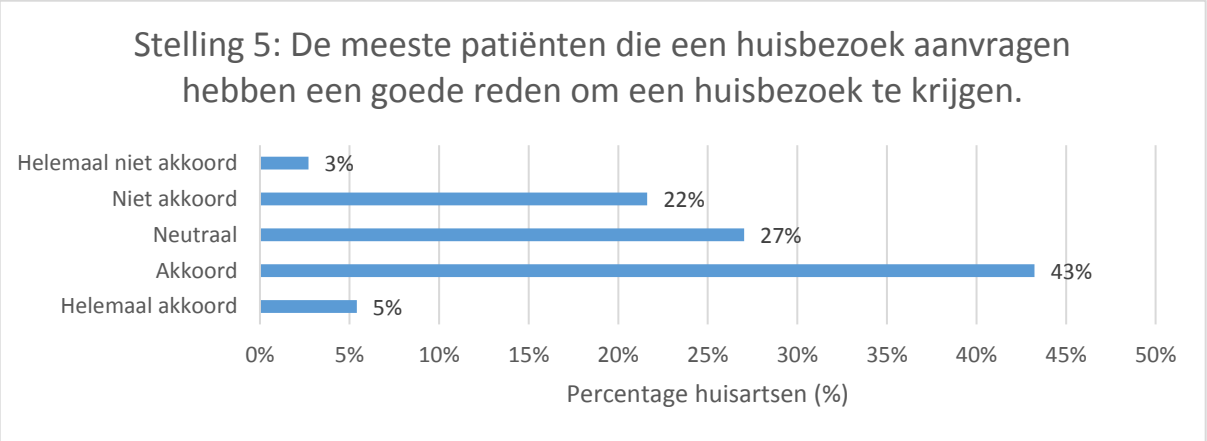
Er werd aan de bevraagde huisartsen ook enkele stellingen voorgelegd met betrekking tot terechte versus onterechte huisbezoeken.
De meerderheid van de huisartsen (84%) ging niet of helemaal niet akkoord met de stelling: 'ieder verzoek van de patiënt tot het verrichten van een huisbezoek dient te worden uitgevoerd'. Slechts 5% vond dat iedere oproep tot huisbezoek gerespecteerd moest worden.



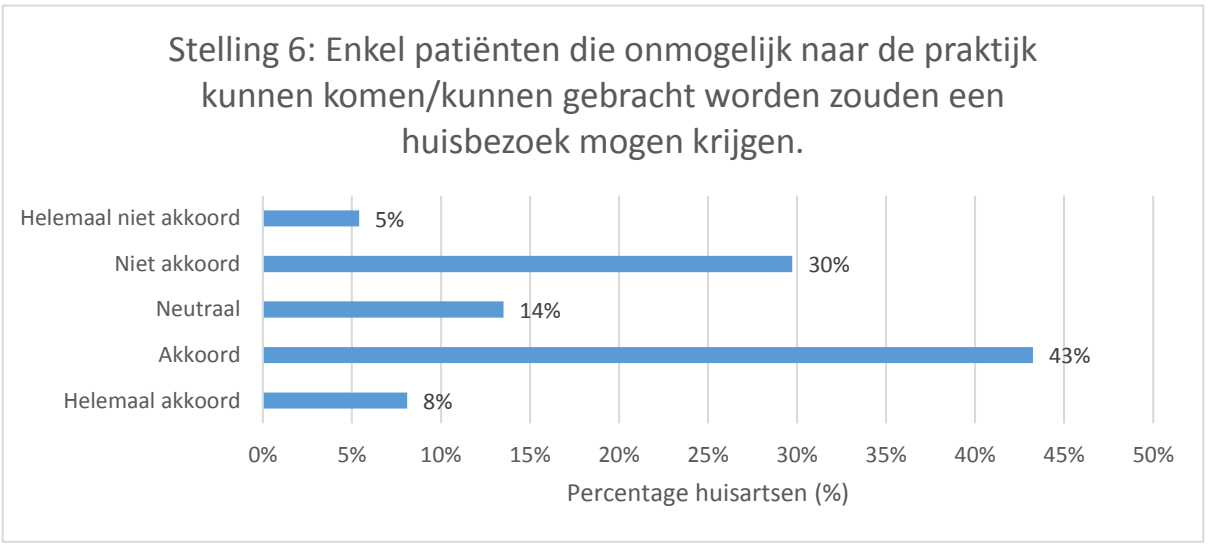
Negenenvijftig procent van de huisartsen gaf aan dat de meeste huisbezoeken die ze nu doen niet perse even goed of beter in de praktijk zouden kunnen plaatsvinden. Tweeëntwintig procent van de huisartsen ging wel akkoord met deze stelling en 19% van hen nam een neutrale positie in.



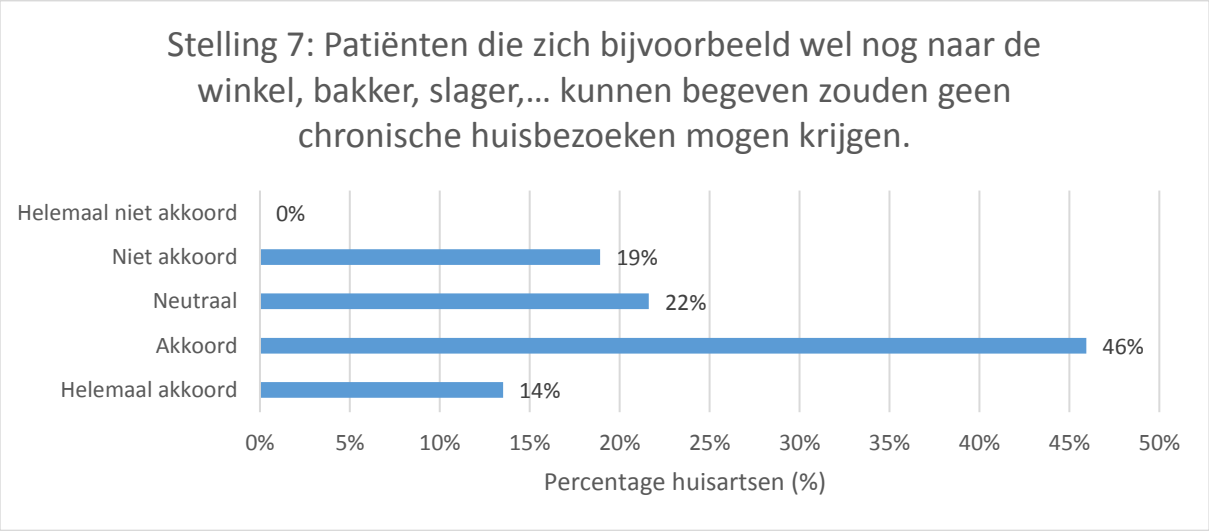
Ongeveer de helft van de huisartsen (48%) waren van mening dat de meeste patiënten een goede reden hebben om een huisbezoek aan te vragen. Vijfentwintig procent vond dit niet en 27% bleef neutraal.



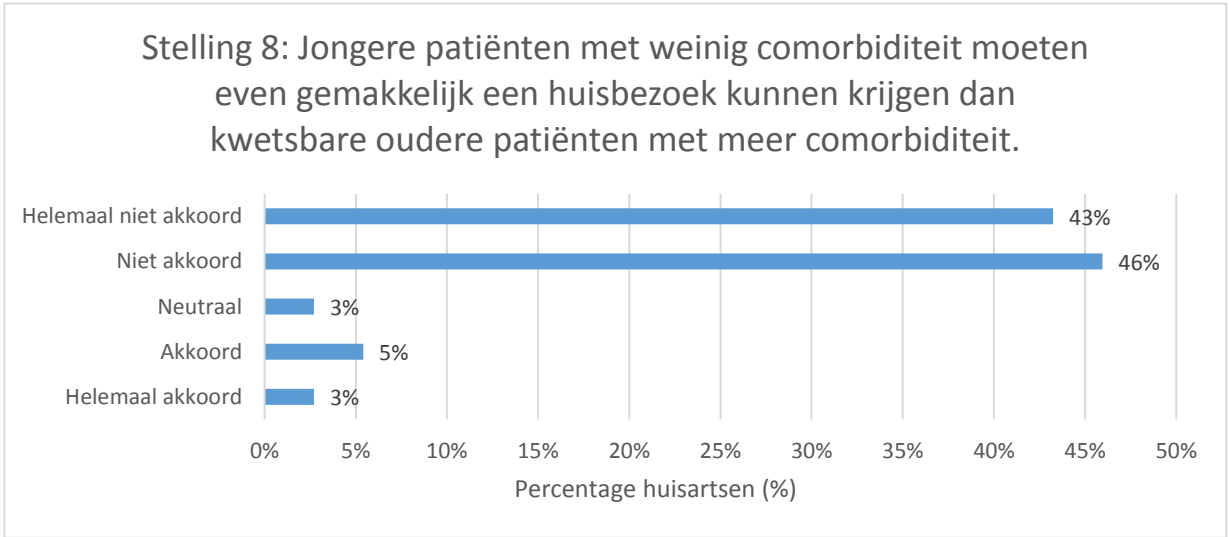
Terwijl 51% van de huisartsen vond dat enkel patiënten die onmogelijk naar de praktijk konden komen of gebracht konden worden een huisbezoek zouden mogen krijgen was 35% van hen het hier niet mee eens. Veertien procent van hen nam een neutrale positie in.



Respectievelijk 46% en 14% ging akkoord of helemaal akkoord met het feit dat patiënten die in staat zijn om zich naar de winkel/bakker/slager/… te begeven geen chronische huisbezoeken zouden mogen krijgen. Een minderheid van 19% ging niet akkoord met deze stelling. Tweeëntwintig procent bleef neutraal.



Negenentachtig procent van de huisartsen was niet of helemaal niet akkoord met de stelling dat jongere patiënten met weinig comorbiditeit even gemakkelijk een huisbezoek zou moeten krijgen dan kwetsbare oudere patiënten met meer comorbiditeit. Slechts 8% vond dat ze dit wel even gemakkelijk zouden moeten kunnen krijgen. Drie procent bleef neutraal.

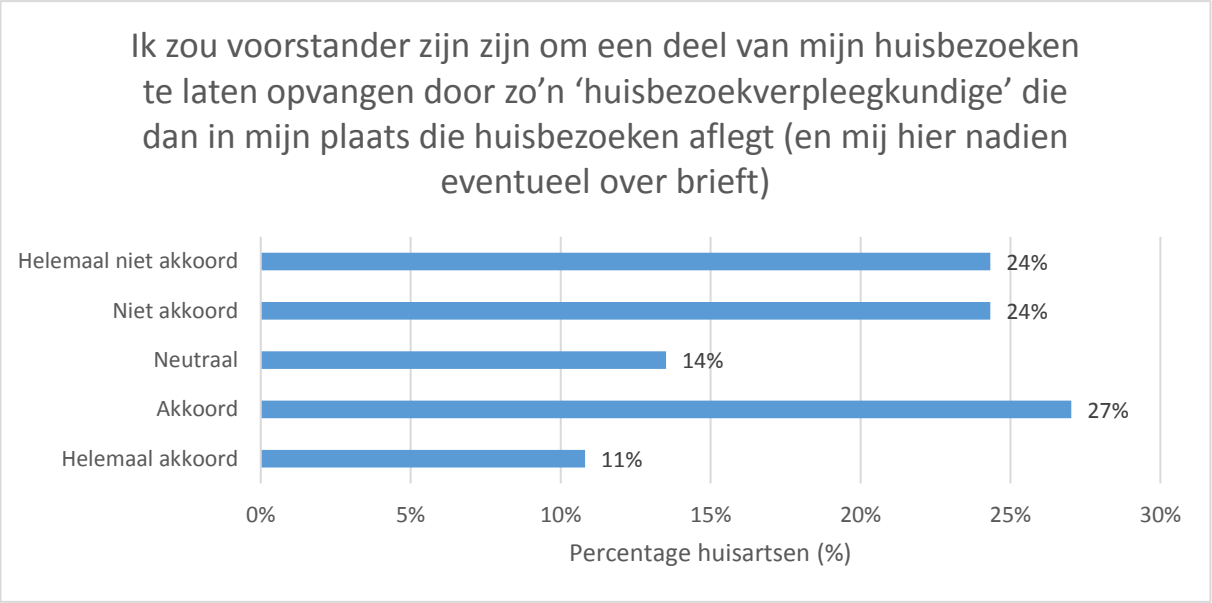


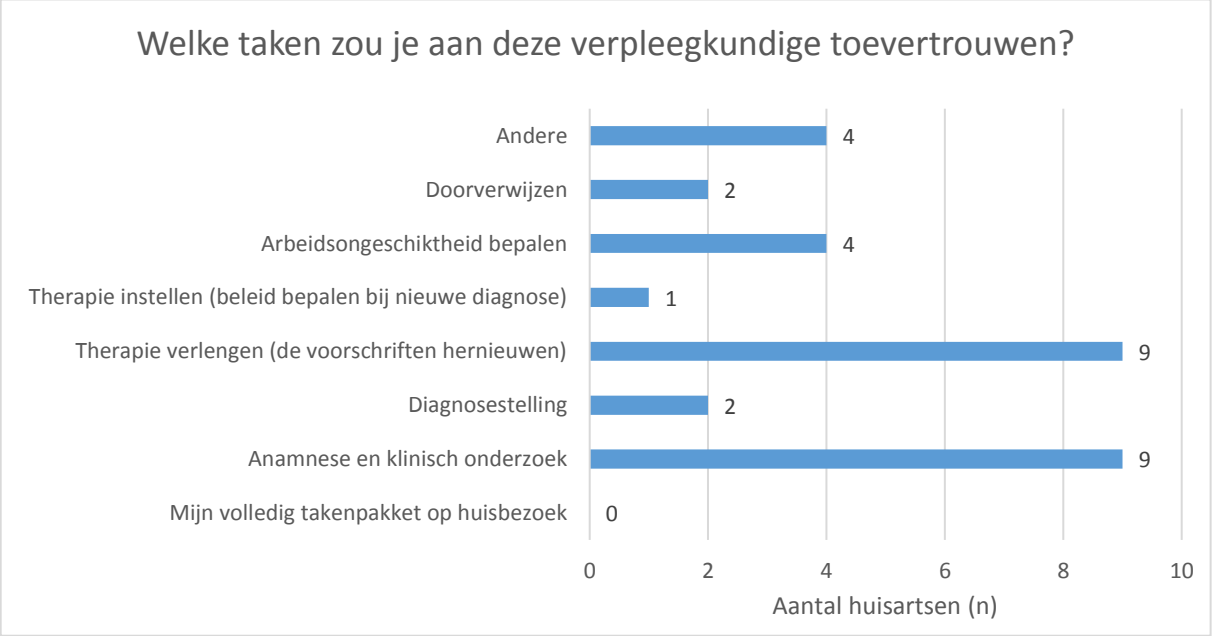
6.3.6 Mening over een ‘huisbezoekverpleegkundige’

Aan de huisartsen werd dezelfde uitleg gegeven van wat zo’n ‘huisbezoekverpleegkundige’ inhoudt als wat aan de geïnterviewde patiënten werd voorgelegd (zie Resultaten: Interview patiënten).

Er werd aan de bevraagde huisartsen gevraagd of ze voorstander zouden zijn om een deel van hun huisbezoeken te laten opvangen door zo’n ‘huisbezoekverpleegkundige’ die dan in hun plaats die huisbezoeken aflegt (en hen hier nadien eventueel over brieft).

Achtenveertig procent van de bevraagden gaven aan hier niet of helemaal niet mee akkoord te gaan. Een kleinere groep van 38% zou dit wel zien zitten. Veertien procent van de huisartsen bleef neutraal.





Zeven huisartsen die akkoord of helemaal akkoord gingen met deze optie gaven aan dat ze alle chronische (‘routine’) huisbezoeken zouden uitbesteden en 5 huisartsen gaven te kennen dat ze zelf een selectie zouden maken van welke acute of chronische huisbezoeken ze zouden uitbesteden en welke niet. De meeste huisartsen die het zouden zien zitten om met zo’n huisbezoekverpleegkundige samen te werken zouden hen het verlengen van de voorschriften (n=9) en het afnemen van anamnese en klinisch onderzoek (n=9) toevertrouwen. Wat minder huisartsen zouden het bepalen van arbeidsongeschiktheid (n=4), het regelen van een doorverwijzing (n=2) en het stellen van een diagnose (n=2) aan hen toevertrouwen. Slechts 1 huisarts zou deze verpleegkundige zelf een behandeling laten opstarten bij een nieuwe diagnose. Geen enkele huisarts gaf aan zijn volledig takenpakket op huisbezoek af te staan aan zo’n verpleegkundige. Eén huisarts gaf aan preventieve consultaties door deze verpleegkundige te laten gebeuren. Wat precies werd bedoeld met deze preventieve raadplegingen is niet duidelijk.



De huisartsen die niet akkoord gingen om een deel van hun huisbezoeken door deze verpleegkundige te laten opvangen werden gevraagd waarom ze dit niet zouden doen. De meeste huisartsen (n=10) gaven aan dat taken die normaal gezien enkel door artsen mogen worden uitgeoefend niet zomaar kunnen worden uitbesteed aan verpleegkundigen. Eén huisarts gaf aan dat hij weinig vertrouwen had in het adequaat uitvoeren van huisbezoeken door een verpleegkundige en nog een andere huisarts gaf aan dat huisbezoeken een belangrijke bron van inkomsten zijn die hij niet wil verliezen.

Negen huisartsen gaven ook andere redenen op waarom ze hier niet mee akkoord waren; waaronder:

"Contact met patiënten en observatie is zeer belangrijk"

"Belangrijke bron van informatie en vertrouwen"

"Ik denk dat het als huisarts belangrijk is om feeling te blijven houden met de thuissituatie van bepaalde patiënten"

"huisbezoeken helpen de persoonlijke band met de patiënt te onderhouden"

"huisbezoek is essentieel om thuissituatie te beoordelen (bvb.: sociaaleconomische status van de patiënt te kennen)"

"Huisbezoeken zijn een deel van ons beroep als huisarts en geven een afwisseling aan ons patiëntencontact en een visie op hoe bepaalde mensen wonen en samenleven."

"Opnieuw extra administratie + overleg; mogelijks toch vaak dubbel werk dat zowel verpleegkundige als arts moeten langsgaan"

"Is er een tekort aan huisartsen? Zo nog grotere versnippering van thuiszorg"

"Zeer moeilijk om een grens te trekken welke huisbezoeken wel en welke niet door verpleegkundige te laten doen. Als verpleegkundige fulltime aan 1 praktijk verbonden is, zou dit misschien wel haalbaar zijn."

7 Discussie

7.1 Door wie en voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen?

Net zoals de studies uit het literatuuronderzoek aangaven werd tijdens de registratie van huisbezoeken in de praktijk gevonden dat huisbezoeken hoofdzakelijk worden uitgevoerd voor oudere patiënten. Een totaal van 93% van de patiënten was ouder dan 65 jaar. Dit overwicht aan 65-plusseres werd zowel voor de acute (82%), chronische (100%) en herhalingshuisbezoeken (99%) gevonden. De sterkere daling van huisbezoeken bij jongere patiënten, die in enkele onderzoeken werd aangetoond, kan een mogelijke reden zijn voor het feit dat in dit onderzoek slecht 7% van de huisbezoeken werden verricht bij patiënten jonger dan 65 jaar [6-8]. In tegenstelling tot enkele studies uit het literatuuronderzoek kon in deze studie geen tweede kleinere piek waargenomen worden bij de pediatrische patiënten [10, 11]. De oudere patiëntenpopulatie in deze huisartspraktijk zou hiervoor een mogelijke verklaring kunnen zijn.
In deze studie bleek dat 44% van de huisbezoeken vast geplande 'chronische bezoeken' waren. Ongeplande 'acute huisbezoeken' en op korte termijn geplande 'herhalingsbezoeken' namen respectievelijk 35% en 21% van het totale aantal huisbezoeken in. Wanneer dit vergeleken wordt met de bevindingen die Marsh *et al.* in 1972 publiceerde merken we op dat het percentage chronische huisbezoeken duidelijk hoger ligt en het percentage acute en herhalingsbezoeken lager [9]. Voor het hoger percentage chronische huisbezoeken zou de toenemende vergrijzing van de bevolking een mogelijke reden kunnen zijn alsook het feit dat deze huisartspraktijk vooral oudere patiënten heeft. De betere transportmogelijkheden die we op heden hebben zouden een mogelijke verklaring kunnen vormen voor het lagere percentage acute huisbezoeken. Gezien beide onderzoeken in een ander gezondheidszorgsysteem werden uitgevoerd blijft het toch zeer moeilijk om deze cijfers met elkaar te vergelijken.
In deze studie werd een niet te verwaarlozen 1/4^{e} van de huisbezoeken (= de herhalingshuisbezoeken + enkele acute huisbezoeken) door de huisarts zelf, en niet door de patiënt, geïnitieerd. Het is natuurlijk moeilijk te bepalen of dit ook voor andere praktijken van toepassing is.
Opvallend was dat in deze registratie 1/3^{e} van alle huisbezoeken hebben plaatsgevonden in een rust- en verzorgingstehuis of een gelijkaardige zorgvoorziening in het klooster. Dit onderstreept nogmaals het belang van de oudere bevolkingsgroep op het aantal huisbezoeken.

Net als in andere onderzoeken werd ook hier gevonden dat er op huisbezoek meer vrouwen (2/3) dan mannen (1/3) worden gezien [1, 11]. Dit was zowel voor de acute, chronische als de herhalingsbezoeken het geval. Gezien meer dan 90% van alle huisbezoeken gebeurt bij patiënten ouder dan 65 jaar, lijkt het feit dat vrouwen een hogere levensverwachting hebben dan mannen hiervoor een mogelijke verklaring te kunnen zijn.

De medische problemen die het vaakst aan bod kwamen tijdens de acute huisbezoeken waren hoofdzakelijk van respiratoir, gastro-intestinale en orthopedische aard terwijl er tijdens de chronische bezoeken voornamelijk cardiovasculaire en (neuro)psychiatrische problematiek werd opgevolgd. Het grote aandeel aan respiratoire en cardiovasculaire problemen werd reeds in eerder onderzoek gevonden [9, 10]. Het belangrijke aandeel aan (neuro)psychiatrische problematiek tijdens de chronische huisbezoeken is nieuw. De (neuro)psychiatrische problematiek in deze studiepopulatie omvatte voornamelijk dementie en in mindere mate depressies en angstproblemen. Hoewel het percentage neuropsychiatrisch en psychiatrisch getinte huisbezoeken veel lijkt werden deze huisbezoeken voornamelijk bij een zeer selecte groep patiënten uitgevoerd. Bij deze patiënten was het dus met andere woorden vaker nodig om er op huisbezoek te gaan.

Net zoals in de studie van Marsh *et al.* was ook in deze studie de maandag de drukste dag in de week betreffende de acute, chronische en het totaal aantal huisbezoeken [9]. In deze studie valt op dat het hoogste percentage herhalingsbezoeken op een woensdag werd gepland (31%). Het feit dat deze dag de meest centrale dag in de werkweek is en hierdoor nog tal van opties openhoudt naar verdere opvolging toe is waarschijnlijk de reden hiervoor.

7.2 Wat zijn de motieven van een patiënt om voor een huisbezoek te kiezen?

De redenen die patiënten opgaven waarom ze voor een huisbezoek geopteerd hadden waren divers. Net zoals in de studie van Carey-Smith *et al.* was het motief voor de meeste patiënten geassocieerd aan het ziektebeeld waarvoor het huisbezoek werd aangevraagd [23].

Hoewel de meerderheid van de patiënten een zeer duidelijke en begrijpelijke reden voor het huisbezoek opgaf, waren de argumenten van sommige patiënten nogal dubieus. Zo waren er bijvoorbeeld twee patiënten die vonden dat ze niet met koorts of hoestklachten in de wachtzaal konden gaan zitten om andere patiënten niet te besmetten of storen. Een andere patiënt was dan weer bang om zelf een infectie op te lopen in de wachtzaal. Twee patiënten die chronisch op huisbezoek gezien werden gaven enkel hun hoge leeftijd als reden op. Slecht weer, het kleine prijsverschil tussen huisbezoek en raadpleging in de praktijk en gemakzucht werden ook als

reden opgegeven. Hieruit valt op dat er toch nog vaak subjectieve en persoonlijke gedachten en ideeën, die niet altijd even gegrond zijn, meespelen in de beslissing om voor een huisbezoek te kiezen. Als we de argumenten om te kiezen voor een huisbezoek uit deze interviewstudie vergelijken met diegene die gevonden werden in de literatuurstudie dan zien we dat ze vrij gelijkaardig zijn.

Het gemak van zich niet naar de praktijk te moeten verplaatsen en het vermijden van de mogelijks lange wachttijd in de wachtzaal werden in deze studie het vaakst als voordeel gerapporteerd. Hoewel de meeste mensen deze als belangrijkste voordelen beschouwden werden ze door geen enkele patiënt als motief, om voor een huisbezoek te kiezen, gebruikt.

Een ander belangrijk voordeel die door twee oudere patiënten als voordeel maar niet als motief werd genoemd was het onafhankelijk blijven van de familie of andere personen om de arts te kunnen consulteren.

In tegenstelling tot de gegevens die tijdens de literatuurstudie gevonden werden valt het op dat er in dit onderzoek geen enkele van de geïnterviewde patiënten aangaf dat het ontbreken van een transportmiddel de reden was om een huisbezoek aan te vragen. Her feit dat patiënten tegenwoordig gemakkelijker over een eigen transportmiddel beschikken in vergelijking met enkele decennia geleden zou hiervoor een mogelijke verklaring kunnen zijn.

7.3 Verwachtingen van de patiënt met betrekking tot het huisbezoek?

7.3.1 Wachttijd.

Zo goed als alle patiënten verwachtten dat de huisarts zeker dezelfde dag van de oproep langskomt en het liefst nog in de voormiddag. Het kunnen verwittigen van de werkgever, het nog kunnen halen van medicatie en deelname aan sociale activiteiten in de namiddag werden hiervoor als redenen gegeven. De meesten van hen gaven wel aan te beseffen dat dit niet altijd mogelijk is en begrijpen dat ze rekening dienen te houden met de agenda van de huisarts. Er werd ook aangegeven dat de duur van de tijd die men wenst te wachten afhankelijk is van de urgentie van het medisch probleem. Er werd door één patiënt aangegeven dat het belangrijk was dat ze de huisarts zelf kon inlichten over de dringendheid van het bezoek. Patiënten die de huisarts chronische op huisbezoek zien gaven te kennen dat het tijdstip waarop de huisarts langskwam voor hen niet veel uitmaakte.

Wanneer de stelling werd voorgelegd die naging wat men zou doen indien de huisarts onmogelijk dezelfde dag kon langskomen dan zou de meerderheid van de patiënten toch extra moeite te doen om naar de praktijk te gaan wanneer die mogelijkheid werd aangeboden. Geen

enkele patiënt overwoog om een andere huisarts te consulteren. Slechts weinigen zouden het overwegen om te wachten tot de dag nadien.

7.3.2 Het consult zelf

Patiënten hebben doorgaans dezelfde verwachtingen over het consult op huisbezoek als deze die in de praktijk plaatsvinden. Vooral voldoende tijd nemen om de patiënt de kans te geven zijn verhaal te vertellen werd belangrijk bevonden. Ook een persoonlijker contact met de huisarts en steeds dezelfde huisarts over de vloer krijgen werden belangrijk geacht.

7.4 Wat zijn de ideeën van patiënten over het gebruik van huisbezoeken?

7.4.1 Mag huisarts huisbezoeken weigeren?

De meeste patiënten vinden dat de huisarts in bepaalde gevallen mag weigeren om op huisbezoek te gaan. Ze stellen hierbij dat de huisarts zelf een goede inschatting kan en mag maken van wie wel of niet in staat is om naar de praktijk te komen.

7.4.2 Het belang van huisbezoeken?

Uit de resultaten van het interview kunnen we toch stellen dat de patiënten het verrichten van huisbezoeken door de huisarts belangrijk vinden. Net zoals in het onderzoek van Van Kempen *et al.* [24] onderstreepten de meeste deelnemers het belang van huisbezoeken voor de oudere en minder mobiele patiënten. Enkele patiënten onderstreepten ook het belang ervan voor kinderen. Voor deze doelgroepen vond men huisbezoeken voornamelijk belangrijk omdat het voor sommigen de meest haalbare manier is om gemakkelijk een arts te raadplegen. Moest de eigen huisarts ooit beslissen om geen huisbezoeken meer af te leggen zouden de meeste patiënten uit dit onderzoek, van zodra er zich mobiliteitsproblemen zouden voordoen waardoor ze niet gemakkelijk meer in de praktijk op consult zouden kunnen, toch overwegen om van huisarts te veranderen. Dit resultaat geeft toch aan dat het huisbezoek een belangrijk gegeven is voor patiënten die mobiliteitsproblemen hebben.

Ook het leren kennen van de psychosociale context en de levenswijze van de patiënt door de huisarts werd als belangrijk aspect van het huisbezoek genoemd. Er werd eveneens aangegeven dat het weten dat de huisarts in nood aan huis kan komen ook voor zekere gerustheid zorgt.

7.5 Kenmerken van de huisarts met betrekking tot huisbezoeken?

Iets meer dan de helft van de huisartsen in dit onderzoek legden tussen de 11 en 30 huisbezoeken per week af. Dit is toch duidelijk minder dan het gemiddelde van 44 huisbezoeken per week van zo'n 20 jaar geleden [3]. Het percentage huisbezoeken (26.2%) die tijdens de praktijkregistratie gemeten werd is zo goed als gelijk aan het gemiddeld percentage huisbezoeken die door het RIZIV in 2014 berekend werd. Dit samen kan een bevestiging zijn van de gekende daling van huisbezoeken van de voorbije jaren.

Ook de vervrouwelijking van het huisartsenberoep kwam duidelijk naar voor wanneer de huisartsen volgens geslacht werden onderverdeeld in de verschillende leeftijdscategorieën. Terwijl de oudere huisartsen voornamelijk door mannen werden vertegenwoordigd bestond de groep jongere huisartsen vooral uit vrouwen.

Op basis van de gevonden resultaten lijkt er, net zoals de bevindingen in de literatuurstudie suggereerden, een relatie te zijn tussen de leeftijd en het geslacht van de huisarts en het aantal huisbezoeken per week [2, 9]. Ook het aantal uren per dag besteed aan huisbezoeken en de werkvreugde die het uitvoeren van huisbezoeken met zich meebrengt lijken geassocieerd te zijn met de leeftijd en/of geslacht van de huisarts. Jongere en/of vrouwelijke huisartsen lijken minder huisbezoeken per week af te leggen en zouden per dag minder tijd aan huisbezoeken besteden dan hun oudere en mannelijke collega's. Slechts een klein deel van de huisartsen vond dat hij teveel huisbezoeken deed (13%) of dat hij per dag teveel uren bezig was met het afleggen van huisbezoeken (19%). In tegenstelling tot de resultaten uit het Duitse onderzoek gaven de meeste huisartsen aan dat ze nog veel plezier en voldoening haalden uit het verrichten van huisbezoeken [15]. Net geen 60% van de huisartsen stelde ook dat ze hun job toch niet even leuk zouden vinden moesten ze geen huisbezoeken meer moeten doen. Toch was er een niet onbelangrijk aantal huisartsen (38%) die aangaf huisbezoeken eerder als een last te beschouwen en 30% gaf aan dat ze hun job even leuk zouden vinden wanneer men geen huisbezoeken moest afleggen. Hierbij viel het op dat vooral jongere en vrouwelijke huisartsen deze stelling innamen. Doordat het huisartsenberoep tegelijk een vervrouwelijking en verjonging ondergaat is het niet duidelijk of het nu vooral de leeftijd dan wel het geslacht van de huisarts geassocieerd is met bovenstaande bevindingen.

7.6 Wat zijn de ideeën van huisartsen omtrent het aanvragen van huisbezoeken?

Net zoals voorgaande publicaties aantoonden hebben huisartsen nog vaak twijfels over de noodzakelijkheid van het aangevraagde huisbezoek. Terwijl ongeveer de helft (48%) van de huisartsen die de vragenlijst invulden vond dat de meeste patiënten een goede reden hadden om een huisbezoek aan te vragen vond een kwart van de huisartsen dat dit voor de meeste patiënten niet het geval was. Eén vijfde van de huisartsen gaf ook aan dat de meeste huisbezoeken die ze doen even goed of beter in de praktijk zouden plaatsvinden.

De grote meerderheid (84%) van de huisartsen die de vragenlijst ingevulde hebben vond dat niet ieder verzoek tot huisbezoek moest worden uitgevoerd.

Bij de stelling waarbij gesteld werd dat enkel patiënten die onmogelijk naar de praktijk kunnen komen/ kunnen gebracht worden een huisbezoek zouden mogen krijgen was er geen duidelijke eensgezindheid. Terwijl 51% van de huisartsen hier akkoord mee ging was 35% niet akkoord. De meeste huisartsen (60%) vonden ook dat patiënten die wel nog zelf naar de winkel gaan geen chronische huisbezoeken zouden mogen krijgen, 19% van de huisartsen vond dit echter geen probleem. De meeste huisartsen (89%) vonden ook dat jonge patiënten met weinig comorbiditeit even gemakkelijk een huisbezoek zouden moeten krijgen als kwetsbare oudere patiënten met veel comorbiditeit. De resultaten van deze drie stellingen wijzen er toch enigszins op dat de huisarts, bij het bepalen van de noodzakelijkheid van het huisbezoek, niet enkel rekening houdt met de mogelijkheden van de patiënt om zich naar de praktijk te verplaatsen.

7.7 Voor wie moeten huisbezoeken worden voorbehouden?

Patiënten vinden dat huisbezoeken vooral voorbehouden moeten worden voor oudere en immobiele patiënten. Hierbij viel het op dat de patiënten in de interviews geen onderscheid maakten tussen mobiele en immobiele bejaarden. Het is dus niet helemaal duidelijk of de patiënten huisbezoeken enkel voor de immobiele ouderen reserveren of voor alle bejaarden (dus zowel mobiele als immobiele).

De huisartsen die de vragenlijst invulden nuanceerden meer en stelden dat vooral patiënten die zich zeer moeilijk naar de praktijk kunnen verplaatsen omwille van een verminderde fysieke toestand ‘terechte’ redenen zijn om erbij op huisbezoek te gaan (bvb.: patiënten die bedlegerig zijn, palliatieve patiënten, patiënten na doormaken van een ernstige aandoening, hulpbehoevende bejaarden en patiënten met een acute levensbedreigende aandoening). Dit komt grotendeels overeen met de gegevens die tijdens het literatuuronderzoek werden

gevonden. Negenentachtig procent van de huisartsen vond dat hulpbehoevende bejaarden een terechte reden was terwijl dit slechts 3% was voor niet-hulpbehoevende ouderen.
'Kinderen' werden door de meeste huisartsen in dit onderzoek niet als een terechte reden voor het aanvragen van een huisbezoek gezien. Bij de patiënten waren de meningen hieromtrent wat verdeeld, sommigen vonden dat ouders perfect met hun kinderen op consultatie in de praktijk konden komen terwijl anderen stelden dat het vervoeren van kinderen naar de praktijk vaak omslachtig is en moeilijk te organiseren valt en dat het daarvoor beter is om deze op huisbezoek te zien.

7.8 Hoe worden deze huisbezoeken door patiënten en huisartsen ervaren?

7.8.1 Algemeen

Patiënten ervaren huisbezoeken over het algemeen zeer positief. Behalve de hogere kostprijs van het huisbezoek en de onwetendheid over het tijdstip van het bezoek konden de meeste patiënten geen nadelen voor zichzelf aanduiden. Wel opvallend was dat enkele patiënten aangaven dat het huisbezoek voornamelijk nadelen voor de huisarts met zich meebracht. Voornamelijk de afwezigheid van bepaalde instrumenten op huisbezoek werden als grote nadeel voor de huisarts genoemd.
Alle patiënten waren tevreden over de wachttijd tussen de oproep en het bezoek, de duur van het bezoek en de omgang met de huisarts tijdens het bezoek. De patiënten ervaarden geen verschil tussen het consult op huisbezoek in vergelijking met deze in de praktijk met betrekking tot duur en omgang met de huisarts.

7.8.2 Mening over de kwaliteit van zorg op huisbezoek

De kwaliteit van zorg die de huisarts op huisbezoek aanbiedt werd door de meeste patiënten als even goed bevonden als deze van op raadpleging in de praktijk. Zoals reeds werd aangehaald in de resultaten viel het wel op dat de meeste patiënten 'goede kwalitatieve zorg' gelijkstelden aan een 'goed klinisch onderzoek' want de meesten stelden dat het enkel voor bepaalde technische handelingen beter was om in de praktijk op consult te gaan. Merkwaardig genoeg was er geen enkele patiënt die de afwezigheid van het persoonlijk medisch dossier op huisbezoek als kwaliteitsverminderende factor beschouwde. Wel was er één patiënt die van mening was dat enkel de eigen huisarts even kwalitatieve zorg kon bieden op huisbezoek omdat hij de persoonlijke medische voorgeschiedenis kende.

De meeste patiënten geloofden dat de huisarts ook zelf dacht dat hij even kwalitatief kon werken op huisbezoek als in de praktijk. Slechts één patiënt beweerde het omgekeerde en gaf aan dat de huisarts waarschijnlijk dacht dat hij minder kwaliteit kon bieden door storende elementen op huisbezoek die niet aanwezig zijn wanneer hij in de praktijk werkt. Wanneer dit gegeven vergeleken wordt met de resultaten van de vragenlijst bij de huisartsen zien we dat dit haaks tegenover elkaar staat. Maar liefst 86% van de bevraagde huisartsen vindt dat hij op huisbezoek minder kwalitatieve zorg kan bieden vergeleken met raadplegingen in de praktijk. Slechts 14% vindt dat de kwaliteit even goed is als in de praktijk.

7.8.3 Overtuigen om toch naar de praktijk te komen?

Een meerderheid van 73% van de huisartsen gaf in de vragenlijst aan dat ze altijd of vaak patiënten die volgens hen geen goede reden hadden om een huisbezoek aan te vragen eerst probeerden te overtuigen om toch naar de praktijk te komen. In de interviews daarentegen gaven slechts 1/3^{e} van de patiënten aan dat de huisarts hen ooit had proberen overtuigen om toch naar de praktijk te komen. Het is echter moeilijk om deze gegevens tegenover elkaar te stellen gezien het in de interviews vooral ging over alle huisbezoeken (dus zowel 'terechte' als 'onterechte') en het in de vragenlijst bij de huisartsen vooral om de 'onterechte' aanvragen tot huisbezoek ging. Ook het feit dat de bevraagde patiënten allemaal dezelfde huisarts hadden maakt vergelijken moeilijk.

7.9 Mening van patiënten en huisartsen over het alternatief van een 'huisbezoekverpleegkundige'?

De meningen, zowel van huisartsen als patiënten, over de mogelijkheid om een verpleegkundige in te schakelen om bepaalde of alle huisbezoeken van de huisarts over te nemen waren zeer verdeeld. Zo ging 48% en 38% van de huisartsen respectievelijk akkoord en niet akkoord met de stelling of ze voorstander zouden zijn om een deel van hun huisbezoeken te laten opvangen door zo'n 'huisbezoekverpleegkundige'. De artsen die aangaven voorstander te zijn zouden voornamelijk hun chronische bezoeken uitbesteden of zelf een selectie maken van de huisbezoeken die deze verpleegkundige kan doen. De meeste huisartsen vonden dat de verpleegkundige de anamnese, het klinisch onderzoek en het verlengen van medicatie op zich konden nemen. Het opstarten van een nieuwe behandeling zou men niet aan hen toevertrouwen. De huisartsen die niet akkoord gingen met de stelling stelden voornamelijk dat taken die enkel door artsen mogen uitgevoerd worden niet zomaar aan verpleegkundigen kunnen worden

uitbesteed. Opvallend was dat een andere grote groep van huisartsen die hier geen voorstander van was zelf aangaf dat ze huisbezoeken niet zouden willen missen omdat het veel informatie oplevert over de levensstijl en thuissituatie van de patiënt. Voor deze groep huisartsen wegen de voordelen van het huisbezoek toch duidelijk op tegenover de nadelen ervan. Ook werd er gevreesd voor bijkomend administratief werk, dubbel werk en nog meer versnippering van de thuiszorg.

De meeste patiënten uit dit onderzoek hadden hun twijfels bij zo'n huisbezoekverpleegkundige. Zo goed als alle patiënten gaven toch de voorkeur aan de huisarts om op huisbezoek te komen. De meesten vroegen zich af of deze verpleegkundige over voldoende medische kennis zou beschikken om correcte diagnoses te stellen en behandelingen op te starten. De meerderheid van de patiënten zou het wel nog zien zitten dat de chronische bezoeken door hen gedaan wordt terwijl het voor de acute huisbezoeken zou afhangen van wat de aanmeldingsklacht juist is. Vanaf het moment dat de patiënt het gevoel heeft dat het niet om 'routine pathologie' gaat zou men toch graag de huisarts aan huis zien komen.

7.10 Mogelijke implicaties voor de toekomst?

Door de toenemende vergrijzing en de toename van de zorg in de thuissetting zullen meer oudere patiënten nood hebben om via huisbezoeken verzorgd te worden. Gezien de oudere patiëntenpopulatie nu al het grootste aandeel huisbezoeken inneemt kan men dus verwachten dat de vraag om de huisarts op huisbezoek te laten consulteren in de toekomst zal toenemen.

Rekening houdend met het feit dat jongere en/of vrouwelijke huisartsen minder graag huisbezoeken verrichten, zal het noodzakelijk zijn om iedere vraag tot huisbezoek grondig te evalueren en de noodzakelijkheid ervan correct in te schatten om zo het aantal huisbezoeken en de werkdruk, veroorzaakt door deze huisbezoeken, onder controle te houden.

7.11 Mogelijke implicaties voor de praktijkvoering?

Uit de resultaten van deze studie blijken er toch enkele zaken naar boven te komen die mogelijkheden bieden om het aantal 'onnodige' huisbezoeken in deze huisartspraktijk en eventueel ook in andere praktijken te doen dalen.

Omdat uit de interviews blijkt dat de argumenten die patiënten aangeven voor het huisbezoek vaak door 'foute' persoonlijke ideeën en gedachten beïnvloed zijn, is het belangrijk om deze motieven bij de aanvraag van het huisbezoek goed na te vragen. In plaats van te vragen

‘waarvoor’ de patiënt een huisbezoek vraagt is het beter om te vragen ‘waarom’ hij een huisbezoek verkiest. Hierbij is het als arts belangrijk om zelf te evalueren of het om een terecht of onterecht argument gaat. De meeste patiënten in dit onderzoek gaven aan dat ze vinden dat de huisarts goed geplaatst is om hier een correcte inschatting van te maken. Wanneer het volgens de arts om een ‘onterecht’ argument gaat is het belangrijk om de patiënt duidelijk te zeggen waarom je vindt dat dit geen goede reden is. Door deze ‘foute’ argumenten te ontkrachten kan een verandering van attitude, met betrekking tot het vragen van een huisbezoek, bekomen worden waardoor patiënten misschien minder snel om een huisbezoek zouden vragen.

Gezien de meeste patiënten in dit onderzoek aangaven dat ze toch naar de praktijk zouden komen wanneer de huisarts hen dit zou vragen en omdat slechts 1 op de 3 patiënten in het interview aangaf dat de huisarts hen ooit had proberen overtuigen om naar de praktijk te komen is het zeker het proberen waard om nog meer patiënten te proberen overtuigen om toch in de praktijk te consulteren. Gezien de meeste oproepen in de opleidingspraktijk via een telesecretariaat verlopen zal het noodzakelijk zijn om deze personen goede instructies mee te geven over hoe ze patiënten het best kunnen overtuigen om toch naar de huisartspraktijk te komen.

Een andere mogelijkheid om meer patiënten naar de praktijk te laten komen is om ze bij de aanvraag tot huisbezoek met bepaalde argumenten te overtuigen om toch op consultatie in de praktijk te komen (bvb.: betere omgeving om te onderzoeken, aanwezigheid van het medische dossier, storende elementen op huisbezoek, betere kwaliteit aan zorg in de praktijk…). Enkele patiënten gaven in de interviews aan dat ze gemakkelijker naar de praktijk zouden gaan wanneer de huisarts hen met een goed argument kon overtuigen.

Zoals blijkt uit de resultaten over de kwaliteit van zorg op huisbezoek en de patiëntendoelgroep voor huisbezoeken zijn er toch wel verschillen in meningen tussen huisartsen en patiënten. Het is belangrijk om de patiënt duidelijk te maken dat je als huisarts soms een andere kijk hebt op bepaalde zaken. Het geven van uw visie over het huisbezoek kan eventueel leiden tot een gedragsverandering bij de patiënt.

In de opleidingspraktijk werd een kwart van de huisbezoeken door onszelf geïnitieerd. Door wat langer stil te staan bij de noodzakelijkheid van deze huisbezoeken zouden we zelf het aantal huisbezoeken al wat kunnen doen dalen.

Hoewel er geen evidentie zou zijn dat het op afspraak werken de werkdruk voor huisartsen, wat het aantal huisbezoeken betreft, kan doen dalen gaven verschillende patiënten in deze studie toch aan dat ze sinds het invoeren van het ‘op afspraaksysteem’ minder geneigd zijn om voor

een huisbezoek te kiezen [9]. Voornamelijk de aanzienlijke vermindering van 'verloren tijd' in de wachtzaal is de reden hiervoor. Het invoeren van een systeem waarbij er op afspraak gewerkt wordt zou dus bij huisartsen die nog met vrije raadplegingen werken kunnen leiden tot een daling van het aantal huisbezoeken.
In een artikel uit 2015 pleitte het syndicaat voor Vlaamse Huisartsen nog voor het duurder maken van 'niet-noodzakelijke' huisbezoeken om zo het aantal onnodige huisbezoeken te doen dalen [27]. Echter, in deze studie stelden de meeste patiënten dat wanneer huisbezoeken niet meer zouden worden terugbetaald, ze toch nog huisbezoeken zouden aanvragen. De noodzaak van het huisbezoek zou dus voor de meeste patiënten het nadeel van de hogere kost overtreffen en bijgevolg waarschijnlijk niet tot een daling van het aantal huisbezoeken leiden.

7.12 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Hier onder zijn er enkele vragen geformuleerd die mogelijk interessant zijn voor verder onderzoek.

- Is er effectief een link tussen geslacht en leeftijd van de huisarts met betrekking tot het graag/ minder graag doen van huisbezoeken? Wat is de reden voor deze verschillen?
- Wat zijn effectieve maatregelen om het aantal huisbezoeken te doen dalen?
- Is het inschakelen van een verpleegkundige om huisbezoeken te verrichten een haalbare kaart in België? Wat zijn de meningen van patiënten en huisartsen na zo'n testfase?

7.13 Sterktes en zwaktes van de studie

De grote sterkte van deze studie is dat het huisbezoek en de visie daaromtrent breed en met behulp van verschillende onderzoeksmethoden (registratie, interview en vragenlijst) onderzocht werd. Ook het feit dat er meerdere partijen (patiënten en huisartsen) bevraagd werden is een pluspunt. Terwijl het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden een meerwaarde schept is het in dit onderzoek eveneens een minpunt. Door twee verschillende onderzoeksmethoden te gebruiken bij twee verschillende onderzoekspopulaties is het moeilijker om bepaalde resultaten of stellingen tussen beide groepen met elkaar te vergelijken.
De gegevens bekomen uit de registratie van huisbezoeken zijn vanzelfsprekend enkel geldig voor de huisartspraktijk waar het onderzoek heeft plaatsgevonden en kunnen natuurlijk niet zomaar veralgemeend worden naar de situatie voor gans België.
Voor het interview werd een mooie verdeling verkregen met betrekking tot de leeftijd en het geslacht van de patiënt. Een minpunt is dat de groep patiënten die chronische op huisbezoek

gezien werden wat ondervertegenwoordigd was. Alle bevraagde patiënten in dit onderzoek hadden ook dezelfde huisarts. Het zou waarschijnlijk interessanter geweest zijn om ook patiënten uit andere huisartspraktijken te bevragen. Interviews van patiënten van huisartsen die een andere manier van werken hebben (eigen secretariaat, zelf telefoon opnemen, op afspraak, vrije raadpleging,…), die in een andere praktijkvorm werkzaam zijn (solo-, duo-, groepspraktijk) of hun beroep in andere streek uitoefenen (platteland versus stedelijk) hadden misschien nog bijkomende informatie kunnen opleveren. Informatie die misschien typische geassocieerd zou zijn aan die welbepaalde werkstijl. Een ander belangrijk nadeel was het feit dat toch een belangrijk aantal patiënten geweigerd hebben om aan het interview deel te nemen. Het is natuurlijk moeilijk om te achterhalen wat de redenen voor deze weigering waren. Er moet toch rekening gehouden worden met het feit dat sommige patiënten geweigerd zouden kunnen hebben omdat ze van zichzelf vonden dat ze geen goede reden hadden om de huisarts op huisbezoek te vragen. Wanneer zulke patiënten aan het interview hadden deelgenomen zou dit mogelijks tot andere resultaten kunnen hebben geleid.

Omdat het aantal huisartsen die de vragenlijst heeft ingevuld relatief klein was is er geen statistische analyse van de resultaten gebeurd. Hierdoor is het bekomen cijfermateriaal minder waardevol. Er werd een goede verdeling naar geslacht en leeftijd verkregen. Echter, het merendeel van de bevraagde huisartsen kwam uit dezelfde, eerder landelijke regio. Slechts enkele huisartsen waren werkzaam in een stad. Het zou interessanter geweest zijn wanneer de vragenlijst door meer huisartsen, en vooral meer huisartsen uit verstedelijkt gebied, werden ingevuld. Tijdens de analyse van de vragenlijsten heb ik opgemerkt dat sommige vragen niet goed genoeg waren opgesteld. Sommige vragen waren niet neutraal genoeg geformuleerd waardoor het soms moeilijk of onmogelijk was om correcte en volledige conclusies te maken.

8 Conclusie

Het idee, ontstaan tijdens mijn eerste weken als huisarts-in-opleiding, dat veel huisbezoeken werden verricht bij patiënten die volgens mij wel in staat waren om naar de praktijk te komen en het feit dat België een van de landen met het hoogste aantal huisbezoeken per huisarts is waren de aanleiding voor deze masterproef. Om na te gaan of deze mening terecht was en om de mening van andere huisartsen hieromtrent te weten te komen heb ik via een registratie van huisbezoeken, een interview bij patiënten en een vragenlijst bij huisartsen geprobeerd om in kaart te brengen bij wie huisbezoeken verricht worden, wat de motieven zijn van patiënten om een huisbezoek aan te vragen en wat de ideeën en ervaringen zijn van patiënten en huisartsen met betrekking tot het huisbezoek.

Huisbezoeken worden hoofdzakelijk uitgevoerd bij patiënten uit de oudste bevolkingsgroep.
De motieven die door de patiënten naar voren gebracht werden om voor een huisbezoek te kiezen bleken in deze studie zeer divers te zijn. Terwijl de meeste patiënten wel een geldige reden hebben valt het echter op dat niet alle argumenten even gegrond zijn.
De opvattingen van huisartsen en patiënten blijkt over bepaalde zaken omtrent het huisbezoek ook niet altijd overeen te komen.
De visie omtrent huisbezoeken bij huisartsen is verdeeld. Een kwart van de huisartsen geeft aan dat hij/zij een groot deel van de aangevraagde huisbezoeken onterecht vindt. Ook lijkt er een trend te zijn dat de jongste generatie huisartsen huisbezoeken als minder evident ervaart.

Iedere arts zal voor zichzelf de keuze moeten maken of hij steeds de vraag van de patiënt volgt of zijn praktijk zo efficiënt mogelijk probeert te organiseren. Huisbezoeken zullen steeds deel blijven uitmaken van het takenpakket van de huisarts maar rekening houdend met de patiënteninterviews lijkt voor deze laatste keuze zeker een draagvlak te bestaan bij de patiënten. Betere educatie van patiënten rond de plaats van het huisbezoek en de voordelen van een consultatie in de praktijk en aanpassingen in de praktijkorganisatie (wachttijd beperken, makkelijk afspraak maken, …) kunnen hierbij helpen.

9 Referenties

1. De Maeseneer J, De Prins L, Heyerick J. Original Paper: Home visits in Belgium: a multivariate analysis. European Journal of General Practice. 1999;5(1):11-4.
2. Boerma WGW, Groenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. European Journal of General Practice. 2001;7(4):132-7.
3. Boerma WGW. Huisbezoek in het buitenland. 1994.
4. Redactie. Belga. Kwart minder huisbezoeken op tien jaar tijd. Internetsite van de krant Het Laatste Nieuws. 2015. Beschikbaar via: http://www.hln.be/hln/nl/33/Fit-Gezond/article/detail/2408514/2015/07/31/Kwart-minder-huisbezoeken-op-tien-jaar-tijd.dhtml. Geraadpleegd:23/10/2016.
5. Dgs. Belga. Huisarts doet 5,5 miljoen minder huisbezoeken. Internetsite van de krant De Standaard. 2012. Beschikbaar via: http://www.standaard.be/cnt/dmf20120612_003. Geraadpleegd 14/02/2016.
6. Beale N. Daily home visiting in one general practice: a longitudinal study of patient-initiated workload. Br J Gen Pract. 1991;41(342):16-8.
7. van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract. 2006;7:58.
8. Whewell J, Marsh GN, McNay RA. Changing patterns of home visiting in the north of England. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;286(6373):1259-61.
9. Marsh GN, McNay RA, Whewell J. Survey of home visiting by general practitioners in North-east England. Br Med J. 1972;1(5798):487-92.
10. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. British Medical Journal. 1996;313(7051):207-10.
11. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. Family Practice. 2004;21(4):355-63.
12. Schueler MS, Harris DL, Goodenough GK, Collette L. House calls in Utah. West J Med. 1987;147(1):92-4.
13. Van Royen P, De Lepeleire J, Maes R. Home visits in general practice: an exploration by focus groups. Arch Public Health. 2002;60:371-84.
14. Kao H, Conant R, Soriano T, McCormick W. The Past, Present, and Future of House Calls. Clinics in Geriatric Medicine. 2009;25(1):19-+.
15. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. Bmc Family Practice. 2011;12.
16. Unwin BK, Tatum PE. House Calls. American Family Physician. 2011;83(8):925-31.
17. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2001;323(7315):719-25.
18. Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, Coconis J, Board N, Brown A. Hospital in the home: a randomised controlled trial. Med J Aust. 1999;170(4):156-60.
19. Beales JL, Edes T. Veteran's Affairs Home Based Primary Care. Clin Geriatr Med. 2009;25(1):149-54, viii-ix.
20. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(3):e89257.
21. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8:74.
22. Hammett T. What do Victoria family physicians think about housecalls? Can Fam Physician. 2013;59(1):e33-8.
23. Carey-Smith KA, Dreaper RE, Jenkins CW. Home visits--the patient's viewpoint. J R Coll Gen Pract. 1972;22(125):857-65.
24. van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. Br J Gen Pract. 2012;62(601):e554-60.
25. Sawyer L, Arber S. Organising a practice. Changes in home visiting and night and weekend cover: the patient's view. Br Med J (Clin Res Ed). 1982;284(6328):1531-4.
26. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005(2):CD001271.
27. Freek Willems. Belga. Dokters willen huisbezoeken ontraden door ze duurder te maken. Website van De Redactie. 2015. Beschikbaar via: http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2313857. Geraadpleegd 14/02/2016.

10 Bijlagen

10.1 Goedkeuring ethische commissie UZ Gent

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/1261	27-okt-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen (MaNaMa Benjamin Depuydt)

Belgisch Registratienummer: B670201629952

* Adviesaanvraagformulier - versie 4 dd. 16/09/2016 (volledig ontvangen dd. 20/10/2016)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de huisarts
* Vragenlijsten
  - Semi-gestructureerd interview patiënten
  - Vragenlijst voor de huisarts

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/10/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/10/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/10/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/10/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/11/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/11/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/1261	27-okt-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/1261

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organised and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

10.2 Goedgekeurd protocol masterproef

Inleiding:

Hoewel huisartsen de laatste jaren steeds minder huisbezoeken afleggen blijft België koploper in Europa wat betreft het aantal huisbezoeken per huisarts. Zo heb ik tijdens mijn eerste maanden als HAIO (Huisarts-in-opleiding) gemerkt dat een groot deel van het totaal aantal huisbezoeken perfect in de huisartspraktijk zelf zouden kunnen plaats vinden.
Er is heden slechts weinig gekend over de visie van patiënten en huisartsen omtrent het gebruik van het huisbezoek in de huisartspraktijk.

Vraagstelling:

Via deze studie zou ik dan ook graag volgende vragen beantwoord zien:

1) Voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen?
2) Wat zijn de motieven van een patiënt om voor een huisbezoek te kiezen?
3) Wat zijn de ideeën van patiënten en huisartsen omtrent het gebruik van huisbezoeken?
4) Hoe worden deze huisbezoeken over het algemeen door patiënten en huisartsen ervaren?

Methodiek:

Om een antwoord te krijgen op vraag 1 zou er gedurende 2 maanden een registratie (deze worden genoteerd in de digitale agenda van de praktijk) van alle huisbezoeken gebeuren. Alle huisbezoeken zullen zonder dat er in discussie getreden zal worden over de noodzaak ervan uitgevoerd worden. Zowel de chronische (= vaste huisbezoeken) als de nieuwe aanvragen tot huisbezoek zullen geïnventariseerd worden. Zo kan er retrospectief gekeken worden naar de aard van de medische interventies (bvb.: acuut probleem, chronische probleem, diagnose, voorschrift, geruststelling, arbeidsongeschiktheid, post-op controle, doorverwijzing…) die via een huisbezoek verricht worden. Ook zullen er enkele basisgegevens zoals leeftijd, geslacht, sociale status (vnl. gebaseerd op huidig beroep (of deze uit het verleden), opleidingsniveau en afkomst) en eventueel andere relevante gegevens (die via literatuuronderzoek of uit een eerste analyse van de gegevens nog naar boven zullen komen) gebruikt worden. De verschillende huisbezoeken zullen gecodeerd en nadien geanonimiseerd worden.
Om een antwoord te krijgen op vraag 2, 3 en 4 zullen enkele patiënten geïnterviewd worden en enkele huisartsen gevraagd worden een vragenlijst in te vullen.
Enkele patiënten (10-15) die tijdens deze periode (2 maanden), een huisbezoek hebben aangevraagd zullen door de behandelend huisarts gevraagd worden om deel te nemen aan een semi-gestructureerd interview. Er zal getracht worden om een verdeling van ¾ nieuwe huisbezoeken en ¼ chronische huisbezoeken te verkrijgen. Iedere week zal at random een chronisch huisbezoek uitgekozen worden. Voor de nieuwe huisbezoeken zal telkens de 4^{e} opgebeld worden om te vragen deel te nemen aan het interview. In het interview zal gepeild worden naar hun motieven om voor een huisbezoek te kiezen, hun ervaring met de arts tijdens het huisbezoek en hun algemene visie omtrent huisbezoeken. Voornamelijk bevindingen gevonden via literatuuronderzoek zal aan de basis liggen van de vragen. Informed-consent (schriftelijk) zal aan de geïnterviewde patiënten gevraagd worden. De interviews zullen opgenomen worden en nadien uitgetypt worden. De interviews zullen aan een patiënt gekoppeld worden doormiddel van codering zodat er opnieuw contact kan opgenomen worden met de patiënt indien er bijkomende vragen zouden zijn. De data verkregen uit de interviews zal op een kwalitatieve manier geanalyseerd worden; dit zal ook volledig anoniem gebeuren.
Ook zullen enkele huisartsen (10-20) gevraagd worden een vragenlijst in te vullen waarin hun ideeën en ervaringen omtrent het uitvoeren van huisbezoeken bevraagd zullen worden. De huisartsen zullen hiervoor via LOK-momenten of telefonisch gecontacteerd worden. De vragenlijst zal bestaan uit topics die eveneens via literatuuronderzoek gevonden zijn. Er zullen zowel dichotome als schaalvragen gesteld worden.
Ook hier zal een schriftelijk informed-consent gevraagd worden. De vragenlijsten zullen anoniem ingevuld en anoniem verwerkt worden.

10.3 Informatieformulier en informed consent voor de huisarts

Informatieformulier voor de huisarts

Geachte collega,

Ik ben Benjamin Depuydt, huisarts-in-opleiding bij Dr. Carl Tack te Pittem.

Ondanks het feit dat huisartsen de laatste jaren steeds minder huisbezoeken afleggen blijft België nog steeds koploper in Europa wat betreft het aantal huisbezoeken per huisarts. Zo heb ik tijdens mijn eerste maanden als huisarts-in-opleiding gemerkt dat nog steeds een groot deel van het totaal aantal huisbezoeken perfect in de huisartspraktijk zelf zouden kunnen plaats vinden.

In het kader van mijn masterproef "Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen" die ik uitvoer in kader van mijn opleiding tot huisarts aan de universiteit van Gent doe ik dan ook onderzoek naar de motieven van patiënten om een huisbezoek aan te vragen. Ook de ideeën van patiënten en huisartsen over huisbezoeken en hun ervaringen tijdens huisbezoeken zullen behandeld worden.

Het doel van deze studie is om zowel patiënt als huisarts gerelateerde factoren betreffende het aanvragen en (niet) uitvoeren van huisbezoeken te bepalen. Het bepalen van deze factoren kan nuttig zijn om de educatie van de patiënt omtrent het al dan niet uitvoeren van huisbezoeken beter af te stemmen op de visie van de patiënt en die van de huisarts. Door argumenten aan te halen die voor de patiënt echt van belang zijn kan het zo voor huisartsen gemakkelijker worden om patiënten te overtuigen om toch in de praktijk op consult te komen.

Om een idee te hebben van hoe huisartsen staan ten opzichte van huisbezoeken had ik dan ook graag enkele vragen/stelling aan huisartsen voorgelegd om zo overeenkomstige en tegenstrijdige meningen (ten opzichte van die van de patiënt) omtrent huisbezoeken aan te tonen.

Indien u interesse hebt om mee te werken aan dit onderzoek zou ik u willen vragen om onderstaande vragenlijst in te vullen. De vragenlijst bestaat uit meerkeuzevragen en zal ongeveer 5 minuutjes van uw tijd in beslag nemen.

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan deze studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u wenst deel te nemen aan dit onderzoek, wordt u gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Het invullen van de vragenlijsten gebeurt volledig anoniem. De resultaten zullen dan ook volledig anoniem verwerkt worden in de studie. Er is geen enkele link mogelijk tussen uw identiteit en resultaten die zullen weergegeven worden in de studie.

Deelname aan deze studie wordt niet vergoed.
Alvast heel hard bedankt voor uw medewerking!

Vriendelijke groeten,

Depuydt Benjamin

Toestemmingsformulier

Titel van de studie: Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen.

Ik, ……., heb het informatieformulier voor deelnemers aan de studie "Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen" gelezen en er een duplicaat van gekregen.
Ik ga akkoord met de inhoud van dit document en wens ook deel te nemen aan deze studie.
Ik ben er mij van bewust dat mijn onderzoeksresultaten volledig anoniem verwerkt en gepubliceerd zullen worden in deze studie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.
Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam:
Datum:
Handtekening:

Er werd door mij zowel mondeling als schriftelijk toelichting gegeven over het onderzoek. Indien er bijkomende vragen zijn over het onderzoek zal ik deze naar vermogen beantwoorden.

Naam onderzoeker: Depuydt Benjamin Handtekening:

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele en co-promotor: Dr. Hannah De Ruelle

10.4 Vragenlijst huisartsen

Vragenlijst voor de huisarts

Algemeen

- Geslacht?

  - ❑ Man
  - ❑ Vrouw

- Leeftijd?

  - ❑ 25 – 34 jaar
  - ❑ 35 – 44 jaar
  - ❑ 45 – 54 jaar
  - ❑ 55 – 64 jaar
  - ❑ >65 jaar

Vragen:

1. **Aantal huisbezoeken per week** (zowel chronische als acute bezoeken)?

   - ❑ 0 – 5 per week
   - ❑ 6 – 10 per week
   - ❑ 11 – 20 per week
   - ❑ 21 – 30 per week
   - ❑ 31 – 40 per week
   - ❑ > 41 per week

2. Betreft het **aantal huisbezoeken**:

   - ❑ Ik leg momenteel veel te veel huisbezoeken af, ik zou graag minder huisbezoeken verrichten
   - ❑ Ik leg momenteel veel huisbezoeken af, maar heb hier geen problemen mee.
   - ❑ Het aantal huisbezoeken die ik per dag afleg is goed, het moeten er niet meer maar ook niet minder zijn.
   - ❑ Ik leg momenteel weinig huisbezoeken af, maar ik heb hier geen problemen mee.
   - ❑ Ik leg momenteel veel te weinig huisbezoeken af, ik zou graag meer huisbezoeken verrichten

3. Hoeveel **uur per dag** bent u gemiddeld bezig met het uitvoeren van huisbezoeken?

   - ❑ < 1 uur
   - ❑ 1 tot 2 uren
   - ❑ 2 tot 4 uren
   - ❑ 4 tot 6 uren
   - ❑ > 6 uren

4. Betreft **tijdsinname huisbezoeken**:

   - ❑ Het verrichten van huisbezoeken neemt te veel tijd in beslag, tijd die ik liever besteed aan het uitvoeren van raadplegingen in de praktijk
   - ❑ Het verrichten van huisbezoeken neemt veel tijd in beslag maar ik heb hier geen problemen mee.
   - ❑ Ik heb een gezond evenwicht tussen tijdsinname voor huisbezoeken en tijd voor raadplegingen in de praktijk
   - ❑ Het verrichten van huisbezoeken neemt weinig tijd in beslag maar ik heb hier geen problemen mee.
   - ❑ Het verrichten van huisbezoeken neemt zeer weinig tijd in beslag, ik zou liever meer tijd besteden aan het uitvoeren van huisbezoeken

5. Betreft **werkvreugde omtrent het uitvoeren van huisbezoeken**?

   - ❑ Ik ervaar het uitvoeren van huisbezoeken over het algemeen als zeer leuk, ik doe dit liever dan raadplegingen in de praktijk.
   - ❑ Ik vind het uitvoeren van huisbezoeken even leuk als raadplegingen in de praktijk
   - ❑ Ik ervaar het uitvoeren van huisbezoeken meer als een last; ik doe dit niet graag.
   - ❑ Ik haat op huisbezoek gaan

6. Betreft **kwaliteit van zorg** op huisbezoek

- ❑ Ik kan betere kwaliteit van zorg bieden op huisbezoek als in de praktijk
- ❑ Ik kan even goede kwaliteit van zorg bieden op huisbezoek als in de praktijk
- ❑ Ik kan minder goede kwaliteit van zorg bieden op huisbezoek als in de praktijk

7. Betreft **tijdsbesteding per patiënt** op huisbezoek

- ❑ Ik besteed meer tijd aan mijn patiënt op huisbezoek dan in de praktijk
- ❑ Ik besteed even veel tijd aan mijn patiënt op huisbezoek dan in de praktijk
- ❑ Ik besteed minder tijd aan mijn patiënt op huisbezoek dan in de praktijk

8. Betreft **waardering door de patiënt**

- ❑ Als ik op huisbezoek ben voel ik mij steeds gewaardeerd door de patiënt
- ❑ Als ik op huisbezoek ben voel ik mij vaker gewaardeerd door de patiënt dan ongewaardeerd
- ❑ Als ik op huisbezoek ben voel ik mij vaker ongewaardeerd door de patiënt dan gewaardeerd
- ❑ Als ik op huisbezoek ben voel ik mij nooit gewaardeerd door de patiënt

9. **Meerwaarde** van huisbezoeken?

- ❑ Ik vind dat huisbezoeken een duidelijke meerwaarde hebben boven raadplegingen in de praktijk
- ❑ Ik vind dat huisbezoeken en raadplegingen in de praktijk evenveel waard zijn
- ❑ Ik vind dat huisbezoeken minder waardevol zijn ten opzichte van raadplegingen in de praktijk

10. Wat zijn voor u **'terechte' redenen** (= redenen die voor u het uitvoeren van een huisbezoek rechtvaardigen) om een huisbezoek aan te vragen/ te krijgen. (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Zwangere vrouwen
- ❑ Postpartum vrouwen
- ❑ Zuigelingen (<1 jaar)
- ❑ Kinderen (>1 jaar)
- ❑ Niet hulpbehoevende bejaarden
- ❑ Hulpbehoevende bejaarden (frail elderly)
- ❑ Palliatieve patiënten
- ❑ Patiënten na recente ernstige ziekte (CVA, MI,…)/ trauma (heelkunde)
- ❑ Patiënten met een acute levensbedreigende aandoening
- ❑ Patiënten met een mentale beperking
- ❑ Patiënten met een fysieke beperking
- ❑ Patiënten met een psychiatrische ziekte
- ❑ Patiënten zonder eigen vervoer of die niet naar de praktijk gevoerd kunnen worden
- ❑ Bedlegerige patiënten
- ❑ Patiënten die mobiel zijn maar in RVT verblijven
- ❑ Patiënten die ambulant zijn maar een huisbezoek verkiezen
- ❑ Verre afstand tot de praktijk
- ❑ Patiënt met lage sociale status
- ❑ Andere:_____ _____

11. Ik probeer patiënten die volgens mij **GEEN geldige reden** hebben om een huisbezoek te krijgen eerst te **overtuigen om op raadpleging te komen in de praktijk.**

- ❑ Altijd
- ❑ Vaak
- ❑ Soms
- ❑ Weinig
- ❑ Nooit

12. Wat is het **aandeel onterecht aangevraagde huisbezoeken op uw totaal aantal huisbezoeken**?

- ❑ 0%
- ❑ 1-24%
- ❑ 25-49%
- ❑ 50%
- ❑ 51-74%
- ❑ 75-99%
- ❑ 100%

Enkele stellingen:

13. Ik haal veel **voldoening** uit het uitvoeren van huisbezoeken.

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

14. Ik zou mijn job als huisarts **even leuk** vinden **als** ik **GEEN huisbezoeken** meer zou verrichten.

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

15. **Iedere verzoek** van de patiënt tot het verrichten van een huisbezoek **dient uitgevoerd te worden.**

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

16. De **meeste huisbezoeken** die ik verricht zouden **even goed of beter in de praktijk plaatsvinden.**

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

17. De meeste patiënten die een huisbezoek aanvragen hebben een **goede reden om een huisbezoek te krijgen.**

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

18. Enkel patiënten die **onmogelijk naar de praktijk kunnen komen/ kunnen gebracht worden** zouden een huisbezoek mogen krijgen.

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

19. Patiënten die zich bijvoorbeeld **wel nog naar winkel, bakker, slager,…** kunnen begeven zouden **geen chronische huisbezoeken** mogen krijgen.

    - ❑ helemaal akkoord
    - ❑ akkoord
    - ❑ neutraal
    - ❑ niet akkoord
    - ❑ helemaal niet akkoord

20. **<u>Jongere patiënten met weinig comorbiditeit</u>** moeten **<u>even gemakkelijk een huisbezoek</u>** kunnen krijgen **<u>dan kwetsbare oudere patiënten met meer comorbiditeit.</u>**

- ❑ helemaal akkoord
- ❑ akkoord
- ❑ neutraal
- ❑ niet akkoord
- ❑ helemaal niet akkoord

21. *<u>Achtergrond:</u>*

*Door een stijgende vraag naar eerstelijnsdiensten, de vergrijzing, toename van chronisch zieken en hervormingen die de zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn verschuiven in combinatie met een tekort aan (huis)artsen en tijden van besparingen wordt er in verschillende landen geëxperimenteerd met het verschuiven van medische taken, die vroeger enkel door een arts kon worden uitgevoerd, naar een getraind verpleegkundige. Voor welbepaalde medische taken wordt de arts dus **<u>vervangen</u>** door een verpleegkundige. Deze verpleegkundigen hebben doorgaans een master-opleiding genoten waarin ze getraind werden om autonoom te werken en zelf 'basis- diagnoses' te stellen en zelf een behandeling (al dan niet medicamenteus) te bepalen zonder tussenkomst van een arts en hierbij dus zelf verantwoordelijk zijn voor hun handelingen. (bvb.: verpleegkundige doet zelf de anamnese, het klinisch onderzoek en stelt zelf de diagnose en het beleid op bij basis pathologie, doet zelf controle raadplegingen en schrijft hierbij zelf de verlengingsvoorschriften,…)*

Uit onderzoek blijkt dat zo'n verpleegkundige even kwaliteitsvolle zorg kan bieden als de (huis)arts zelf. Het effect op de gezondheid van de patiënt was voor beiden hetzelfde. De tevredenheid van de patiënt bleek hoger te zijn na een consult van de verpleegkundige in vergelijking met de arts. Deze verpleegkundigen kunnen het potentieel hebben om de werkdruk van de huisarts te verminderen (waarbij de huisarts zich op de 'meer medische problemen' kan richten) en zouden mogelijk kunnen leiden tot lagere kosten voor de maatschappij.

Indien dit in België mogelijk zou zijn, zou ik voorstander zijn om een deel van mijn huisbezoeken te laten opvangen door een **<u>'huisbezoek-verpleegkundige'</u>** die in mijn plaats deze bezoeken aflegt (en mij hier nadien eventueel over brieft).

- ❑ helemaal akkoord
- ❑ akkoord
- ❑ neutraal
- ❑ niet akkoord
- ❑ helemaal niet akkoord

⇨ ***<u>Indien 'helemaal akkoord' of 'akkoord':</u>***

- o <u>Welke huisbezoeken</u> zou je uitbesteden?

- ❑ Alle huisbezoeken (zowel acute als chronische)
- ❑ Alle acute huisbezoeken
- ❑ Alle chronische ('routine') huisbezoeken
- ❑ Ik maak zelf een selectie van welke acute huisbezoeken (op basis van aanmeldingsklacht) en/of chronische ('routine') huisbezoeken die ik uitbesteed en welke niet
- ❑ Andere:_____

- o <u>Welke taken</u> zou je aan deze verpleegkundige toevertrouwen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ De verpleegkundige kan mijn volledige taken pakket op huisbezoek overnemen
- ❑ Anamnese en klinisch onderzoek
- ❑ Diagnosestelling
- ❑ Therapie verlengen (de voorschriften hernieuwen)
- ❑ Therapie instellen (beleid bepalen bij nieuwe diagnose)
- ❑ Arbeidsongeschiktheid bepalen
- ❑ Doorverwijzen
- ❑ Andere:_____
  _____

⇨ ***Indien 'niet akkoord' of 'helemaal niet akkoord': Waarom bent u hier niet mee akkoord? (meerdere antwoorden mogelijk)***

- ❑ Taken die enkel door artsen mogen uitgeoefend worden kunnen niet zomaar uitbesteed worden aan verpleegkundigen.
- ❑ Ik heb weinig vertrouwen in het adequaat uitvoeren van huisbezoeken door verpleegkundigen.
- ❑ Het uitvoeren van huisbezoeken is voor mij een belangrijke bron van inkomsten en ik wil dit niet verliezen.
- ❑ Andere:_____

_____

Eventuele opmerkingen bij deze vragenlijst?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Bedankt voor uw medewerking!

10.5 Informatieformulier en informed consent voor de patiënt

Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt

Informatieformulier

Titel van de studie:
Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen.

Beschrijving en doel van de studie:
Hoewel huisartsen de laatste jaren steeds minder huisbezoeken afleggen blijft België koploper in Europa wat betreft het aantal huisbezoeken per huisarts. Zo heb ik tijdens mijn eerste maanden als HAIO (huisarts-in-opleiding) gemerkt dat een groot deel van het totaal aantal huisbezoeken perfect in de huisartspraktijk zelf zouden kunnen plaats vinden. Er is heden slechts weinig gekend over de visie van patiënten en artsen omtrent het gebruik van het huisbezoek in de huisartspraktijk.

In deze masterproef die ik, Dr. Depuydt Benjamin, uitvoer in het kader van mijn huisartsenopleiding aan de universiteit van Gent, zou ik dan ook graag een antwoord vinden op volgende vragen:

5. Voor welke medische interventies wordt de huisarts aan huis geroepen?
6. Wat zijn de motieven van een patiënt om voor een huisbezoek te kiezen?
7. Wat zijn de ideeën van patiënten en huisartsen omtrent het gebruik van huisbezoeken?
8. Hoe worden deze huisbezoeken over het algemeen door patiënten en huisartsen ervaren?

Een van de drie onderdelen van de studie bestaat uit het interviewen van enkele patiënten die recent een huisbezoek hebben aangevraagd.

Gezien u recent een huisbezoek hebt aangevraagd zou ik u dan ook vriendelijk willen vragen om via een interview uw visie omtrent huisbezoeken met mij te willen delen. Dit interview zal ongeveer 1 uur duren en zal opgenomen worden op auditieve band. Tijdens het interview zullen voornamelijk vragen gesteld worden over de reden van het aangevraagde huisbezoek, uw mening en ideeën over huisbezoeken en uw ervaring tijdens huisbezoeken. De opgenomen gegevens zullen nadien gecodeerd en anoniem verwerkt worden in het proefschrift.
Het protocol van dit onderzoek werd ter goedkeuring voorgelegd aan het comité voor medische ethiek van de universiteit van Gent en zal gesuperviseerd worden door Prof. Dr. Myriam Deveugele en Dr. Hannah De Ruelle.

Deelname en beëindiging aan de studie:
Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.
Indien u wenst deel te nemen aan dit onderzoek, wordt u gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Voordelen en risico's
Er is geen medisch of ander persoonlijk voordeel voor uzelf via deze studie te verkrijgen. De nieuw verkregen info kan er eventueel wel voor zorgen dat de dagelijkse praktijk van huisbezoeken in een positieve zin kan veranderen om zo meer aan de noden van zowel de patiënt als de huisarts te voldoen.
Er zijn geen risico's verbonden aan dit interview.

Kosten

Deze studie is volledig kosteloos. Uw deelname aan de studie zal ook niet vergoed worden.

Vertrouwelijkheid

Indien u wenst deel te nemen aan deze studie, zullen uw persoonlijke gegevens en het volledige interview gecodeerd en geanonimiseerd worden zodat uw stellingen, die in de studie gebruikt zullen worden, niet meer naar uw identiteit te herleiden zullen zijn. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Contactinformatie

Indien er bijkomende vragen zouden zijn kunt u terecht bij:

Dr. Benjamin Depuydt – Dr. Tack Carl
Tieltstraat 80
8740 Pittem
Telefoon: 0484/78 47 86 of e-mail: Benjamin.Depuydt@UGent.be

Toestemmingsformulier

Titel van de studie: Het huisbezoek: visie van patiënten en huisartsen.

Ik (naam deelnemer)……verklaar dat:

- ik voldoende informatie over de studie gekregen heb (zowel schriftelijk als mondeling).
- het informatieformulier doorlopen heb.
- de gelegenheid heb gehad om bijkomende vragen te stellen.
- voldoende tijd heb gehad om na te denken over deelname aan deze studie.

Ik geef toestemming om:

- deel te nemen aan een interview die zal handelen over mijn recent aangevraagd huisbezoek, mijn ideeën over en mijn ervaringen tijdens huisbezoeken.
- de stellingen die ik ter sprake breng tijdens het interview te verwerken in een studie nadat deze gecodeerd en geanonimiseerd zijn

Ik weet dat ik ten allen tijde mijn toestemming kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef te geven. Mijn beslissing om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek heeft geen enkele invloed op mijn behandeling en mijn zorg.

Contactgegevens (eventueel):
GSM/TEL: e-mail:
Plaats : Handtekening:
Datum:

Er werd door mij zowel mondeling als schriftelijk toelichting gegeven over het onderzoek. Indien er bijkomende vragen zijn over het onderzoek zal ik deze naar vermogen beantwoorden. Indien de deelnemer voortijdig de deelname aan deze studie wenst stop te zetten zal deze hiervan geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Depuydt Benjamin Handtekening:

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele en co-promotor: Dr. Hannah De Ruelle

10.6 Semi-gestructureerd interview patiënten

Semi-gestructureerd interview patiënten

1. Algemene informatie (dossier)

- Leeftijd
- Geslacht
- Sociale status

2. Motieven om voor een huisbezoek te kiezen

- Wat was de reden om die dag de huisarts te raadplegen?
  Waarom hebt u in uw geval gekozen voor een huisbezoek, en niet voor een consultatie in de praktijk?
  - Vond u dat uw medisch probleem een huisbezoek vereiste?
    - Waarom wel? Waarom niet?
  - Indien transportprobleem:
    - Moest u wel de mogelijkheid gehad hebben om naar de praktijk te komen, zou u dan ook voor een huisbezoek geopteerd hebben?
    - Indien blijvend transportprobleem: Gaat u dan soms wel nog op consultatie in de praktijk? Zou u overwegen om te veranderen naar een huisarts die gemakkelijker te bereiken is om toch naar de raadpleging te kunnen gaan?
  - Indien andere reden:
    - Verdere exploratie naargelang het antwoord
- Was het uzelf die een voorkeur had om de huisarts op huisbezoek te vragen of was het iemand anders uit het gezin?
  - Indien iemand anders: Waarom vond die andere persoon dat een huisbezoek nodig was?
  - Gaat u /die andere persoon ook op consultatie in de praktijk? Of komt de huisarts enkel op huisbezoek?
    - Indien gemengd gebruik van huisbezoek en raadpleging: Wat is de verhouding? Waarom soms wel naar de praktijk en waarom soms huisbezoek?

3. Ervaring met het huisbezoek

- ***Algemene vragen:***
  - Wat zijn voor u de voordelen van een huisbezoek tov een raadpleging in de praktijk?
  - Wat vindt u de nadelen van een huisbezoek?
  - Wat vindt u belangrijk tijdens een huisbezoek?
  - Wat mist u tijdens een huisbezoek? Welke zaken komen te weinig aan bod?
- ***Bijvragen indien niet aanbod gekomen tijdens het vragen van de 'Algemene vragen':***
  Wachttijd:
  - Hoe snel had u de huisarts willen zien nadat u gebeld had? Hoelang na de oproep is de huisarts langsgekomen? Was u tevreden met de wachttijd? Waarom wel/niet?

  Kwaliteit van zorg door de huisarts:
  - Hoeveel tijd heeft de huisarts voor u genomen tijdens het huisbezoek? Was u hier tevreden over? Maakt hij meer tijd voor u vrij op huisbezoek vergeleken met een raadpleging in de praktijk?
  - Vindt u dat de huisarts even goede zorg kan verlenen bij u thuis als in de praktijk voor uw probleem? Waarom wel/ niet? En over het algemeen? Wat denkt u dat de huisarts zelf vindt?

Omgang met de huisarts:

- Is de omgang met de huisarts dezelfde als in de praktijk? Wat is anders/ hetzelfde?
- Heeft uw huisarts reeds geprobeerd om u te overtuigen om toch naar de praktijk te komen?
  - Zo ja, met welke argumenten heeft hij u proberen te overhalen? Bent u dan naar de praktijk geweest? Waarom wel/niet?
- Hebt u ooit het gevoel gehad dat de huisarts tegen zijn zin op huisbezoek gekomen is?
  - Zo ja: Heeft de huisarts dan ook gezegd waarom? En hoe voelde u zich daarbij? Heeft dit u al geremd om een huisbezoek aan te vragen?

4. Ideeën omtrent het gebruik van huisbezoeken:

- Vindt u het belangrijk dat een huisarts op huisbezoek gaat? Waarom wel/niet?
- Vindt u dat een huisarts op ieder verzoek tot huisbezoek dient in te gaan of mag hij in bepaalde gevallen weigeren om op huisbezoek te gaan? Waarom? Wanneer wel? Wanneer niet?
- Voor welke medische problemen/ patiënten groepen zou een huisarts altijd op huisbezoek moeten gaan? Welke nooit?
- Moest uw huisarts u vertellen dat het onmogelijk is om diezelfde dag op huisbezoek te komen, zou u dan een dag wachten? een andere huisarts opbellen? Toch proberen naar de praktijk zelf te komen?
- Stel dat uw huisarts beslist om niet meer op huisbezoek te gaan, zou u dan een andere huisarts kiezen? Of zou u meer moeite doen om naar de praktijk te gaan? Waarom?
- Moesten huisbezoeken niet meer terugbetaald worden, zou dit u dan beïnvloeden in het aanvragen van een huisbezoek? Waarom wel? Waarom niet
- In sommige landen wordt er gebruik gemaakt van 'huisbezoekverpleegkundigen' die het huisbezoek in plaats van de huisarts afleggen om zo de huisarts meer te ontlasten. Zou u er iets op tegen hebbend dat zo'n gespecialiseerde huisbezoekverpleegkundige de huisbezoeken in plaats van de arts aflegt en hem hierna over informeert? Waarom wel/niet?