

## Huisbezoek door de GGD: een eerste inventarisatie



Marleen Lujendijk\*, Marga van den Bosch\*\*\*, Jane van Ommen\*\*, Ingrid van der Toorn\*\* en Anja Schreijer\*.

\* Afdeling infectieziektebestrijding, GG&GD Utrecht.

\*\* Afdeling infectieziektebestrijding, GGD Midden-Nederland, Zeist.

\*\*\* Gemeente Utrecht, Project bureau.

## **Inhoudsopgave**

	<b>Pag.nr.</b>
1. Achtergrond en relevantie voor volksgezondheid	3
1.1 Literatuuronderzoek	3
1.2 Conclusie literatuuronderzoek	4
2. Doelstellingen	5
3. Methoden	6
3.1 Definitie huisbezoek	6
3.2 Een eerste inventarisatie van criteria/afwegingen onder de projectleden	6
3.3 Telefonisch afnemen van vragenlijsten	6
4. Resultaten	7
5. Conclusie en aanbeveling	10
Literatuurlijst	11
Bijlage 1	
Inventarisatie criteria en overwegingen binnen GG&GD Utrecht en GGD MN	12
Bijlage 2	
Vragenlijst Huisbezoek	13

## **1. Achtergrond en relevantie voor de volksgezondheid**

In het kader van de algemene infectieziektebestrijding bezoeken GGD'en om diverse redenen instellingen en particulieren. Over het algemeen wordt een dergelijk bezoek aangeduid met de term "huisbezoek". Er is sprake van een grijs gebied met betrekking tot de noodzaak van een huisbezoek. In sommige situaties is een huisbezoek gewenst en in andere niet (strikt) noodzakelijk.

Een huisbezoek is een relatief tijdrovende activiteit, met name als de reisafstand groot is. Deze reisafstanden zijn als gevolg van de vele fusies tussen GGD'en de laatste jaren toegenomen. Naast de tijdsinvestering voor de heen- en terugreis kunnen er nog andere barrières zijn voor het afleggen van een huisbezoek. Hierbij kan men denken aan gebrek aan personeel, angst e.d..

Het komt de efficiëntie, de effectiviteit en de uniformiteit van de infectieziektebestrijding ten goede als de GGD kan beschikken over een beargumenteerd instrument, bij voorkeur ook gebaseerd op literatuuronderzoek (wetenschappelijke literatuur, binnen- en buitenlandse richtlijnen), om te bepalen wanneer het verstandig is om een huisbezoek te verrichten.

### **1.1 Literatuuronderzoek**

Er is weinig onderzoek gedaan naar de meerwaarde van huisbezoeken versus een telefonisch consult bij infectieziekten uitbraken. Onderzoek omtrent huisbezoeken heeft met name in het werkgebied van de huisarts plaatsgevonden. Resultaten van deze onderzoeken kunnen voor een deel worden doorgetrokken naar het huisbezoek door de GGD. Dit geldt voor de meer algemene uitkomsten over voor- en nadelen van het huisbezoek. Kennis over het gebied van de infectieziektebestrijding mist.

#### ***Genoemde voordelen***

Uit verschillende artikelen komen de volgende voordelen naar voren.

In het verpleegkundig stappenplan (gebaseerd op ervaringen uit de praktijk) van de LCI (7) worden meerdere argumenten genoemd om op huisbezoek te gaan. Zo wordt een huisbezoek door betrokkenen als laagdrempelig ervaren. Dit kan een positieve invloed hebben op de informatieoverdracht en de volledigheid van de informatie. Bij een aantal ziekten is het relevant te kunnen beschikken over 'het agenda verleden' van de patiënt in verband met bron- en contactonderzoek. In een thuissituatie kunnen hulpmiddelen aanwezig zijn zoals huisgenoten, agenda of andere referenties. Bij het onderbouwen van hygiëneadviezen voor de betreffende infectieziekte heeft kennis van de thuissituatie invloed op het bepalen van interventies. Face-to-face contact is in de meeste gevallen duidelijker dan telefonische contact en voorkomt misverstanden.

Tevens kan een huisbezoek belangrijke informatie opleveren over de mogelijkheden om het protocol te kunnen gebruiken door de instelling waar de infectie-uitbraak plaatsvindt en kunnen er sneller en makkelijker aanpassingen plaatsvinden (9). Het blijkt daarnaast dat niet alleen de tevredenheid van de cliënt(en) en het contact beter is bij actieve participatie vanuit de GGD, maar ook dat het aantal met een infectieziekte besmette personen beter kan worden getraceerd, een voorbeeld hiervan komt uit een onderzoek over de detectie van tuberculose (10). Het bron/contact onderzoek wordt dus effectiever.

#### ***Genoemde nadelen***

In de gevonden literatuur worden de volgende nadelen genoemd om op huisbezoek te gaan. Het afleggen van een huisbezoek is arbeidsintensief en op korte termijn kostenintensief. Een ander argument is dat het voor de hulpverlener en/of cliënt niet

altijd gelegen komt. Voor de hulpverlener ontstaat een situatie waarin hij meer kwetsbaar is. Logistieke redenen kunnen voor vertraging in het zorgtraject zorgen. Tot slot kan een huisbezoek confronterend zijn voor de hulpverlener.

### **Zorginstellingen**

GGD'en kunnen bij een melding van een uitbraak ook op huisbezoek bij instellingen. Verpleeghuisartsen en zorgmanagers van deze instellingen vinden het belangrijk om informatie te krijgen tijdens een uitbraak (6). Het takenpakket van de unit infectieziektebestrijding van de GGD is ook niet voldoende bekend bij de instellingen.

Ondersteuning van de GGD helpt om de uitbraak snel onder controle te krijgen. Instellingen vinden het waardevol als de GGD op bezoek komt bij een uitbraak. De instellingen willen graag deskundig advies en praktische ondersteuning tijdens een uitbraak. Zij verwachten protocollen over behandeling/bestrijding van infectieziekten en adviezen ter voorkoming van een ergere uitbraak. Volgens de verpleeghuisartsen en zorgmanagers kan door voorlichting over infectieziekten aan de instellingen de samenwerking verbeterd worden. Er is nog weinig wetenschappelijk bewijs voor de beste strategie voor preventie en bestrijding van infecties in zorginstellingen (1;5).

### **1.2 Conclusie literatuuronderzoek**

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende soorten strategieën in de infectieziektebestrijding. Er komen geen duidelijke aanbevelingen naar voren die echt van toepassing zijn op huisbezoeken van de GGD. Het zou goed zijn om hier meer onderzoek naar te doen, zodat er een juiste indicatiestelling wordt ontwikkeld voor de afweging tussen een huisbezoek en een telefonisch consult.

## 2. Doelstellingen

De aanvankelijke doelstellingen van dit project waren:

- 1) Formuleren van criteria voor het afleggen van een huisbezoek door de unit algemene infectieziektebestrijding van een GGD en het onderbouwen van nut en noodzaak.
- 2) In kaart brengen van barrières bij het afleggen van een huisbezoek en adviseren van oplossingen voor het wegnemen van deze hindernissen.

Gaande weg het project bleken boven genoemde doelen, binnen het gegeven tijdsbestek, erg ambitieus te zijn. Daarnaast bleken de afwegingen/criteria die de GGD'en hanteren erg divers te zijn. Te divers om binnen het gegeven tijdsbestek tot het formuleren van criteria/afwegingen rondom huisbezoek te komen.

De doelstellingen van dit project zijn daarom bijgesteld naar:

- 1) In kaart brengen welke criteria/afwegingen, bij de diverse GGD'en, een rol spelen bij de keuze om al dan niet op huisbezoek te gaan, in het kader van de algemene infectieziektebestrijding.
- 2) Advies voor het wel of niet doen van een vervolg project om eerder genoemde doelen te realiseren.

## **3. Methoden**

### **3.1 Definitie huisbezoek**

Onder huisbezoek wordt hier verstaan: ieder bezoek aan een patiënt of diens contacten, aan een instelling of aan een (para)medische beroepsbeoefenaar in het kader van de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding. Buiten de definitie vallen activiteiten ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, programmatische preventieprojecten en immunisatiecampagnes zoals vaccinatie van personeel van een instelling tegen hepatitis B.

### **3.2 Een eerste inventarisatie van criteria/afwegingen onder de projectleden**

De opzet was dat andere GGD'en bevestigd zouden worden m.b.v. een vragenlijst over hun criteria en afwegingen voor het al dan niet afleggen van een huisbezoek. Om deze vragenlijst op te stellen heeft allereerst een inventarisatie plaatsgevonden binnen de projectgroep. De inventarisatie is gedaan door een arts infectieziektebestrijding in opleiding en drie verpleegkundigen van GG&GD Utrecht en GGD Midden-Nederland.

Op basis van deze inventarisatie (bijlage 1) is getracht een overzicht met afwegingen te maken. De gedachte was om dit overzicht voor te leggen aan andere GGD'en.

Na zorgvuldige afweging van de projectgroep werd geconcludeerd dat op deze wijze de antwoorden van de andere GGD'en mogelijk te veel gestuurd zouden worden. Daarom is besloten om een open vragenlijst (bijlage 2) op te stellen.

### **3.3 Telefonisch afnemen van vragenlijsten**

De open vragenlijsten zijn telefonisch afgenomen. De vragenlijst bestond uit open vragen en enkele multiple choice vragen. De vragenlijsten werden afgenomen door een verpleegkundige of arts uit het projectteam in de periode oktober/november 2011. In totaal zijn er 28 personen ondervraagd. Per GGD een arts en een verpleegkundige. Het betrof 3 grote stads-GGD'en en 11 GGD'en met een regionaal karakter.

De vragenlijst betrof alle huisbezoeken vallend onder eerder genoemde definitie.

## 4. Resultaten

Alle 14 benaderde GGD'en werkten mee. Van te voren was het plan om overeenkomsten en verschillen tussen de diverse GGD'en weer te geven. Maar omdat de antwoorden die door twee functionarissen binnen 1 GGD gegeven werden soms ver uiteen liepen gaf dit problemen. In onderstaande uitwerking van de vragenlijsten hebben we de categorisering naar GGD'en losgelaten.

Er bestaan verschillende ideeën over het begrip huisbezoek. In de interviews werd zoveel mogelijk onze definitie gehanteerd, maar bij één GGD werd ook bezoek door de cliënt aan de GGD meegenomen.

### **Bestaan van een richtlijn**

Bij 5 GGD'en bestaat er een richtlijn voor het afleggen van huisbezoek. Deze richtlijnen zijn opgesteld op basis van ervaring, LCI-richtlijn of een kwaliteitshandboek.

Onder de GGD'en waar niet gewerkt wordt met een richtlijn worden eigen ervaring en LCI-richtlijnen wel als uitgangspunten genoemd.

Het wel of niet hebben van richtlijnen lijkt geen relatie te hebben met de frequentie van het aantal malen dat op huisbezoek wordt gegaan.

### **Frequentie huisbezoeken**

Het aantal huisbezoeken dat per jaar wordt afgelegd varieert van 5 tot 100 keer per GGD per jaar.

Tabel 1: Aantal huisbezoeken dat per jaar wordt afgelegd\*

<i>Categorie</i>	<i>Aantal</i>
0-5 keer	4
5-10	7
10-20	6
40-60	7
>60	3

\* 1 geïnterviewde wist geen antwoord op deze vraag

### **Criteria/afwegingen om op huisbezoek te gaan**

De gegeven antwoorden (open vragen) zijn zoveel mogelijk geclusterd. Onderstaande opsomming is in volgorde van meest naar minst genoemde criteria/afwegingen voor het afleggen van een huisbezoek.

1. Het is telefonisch ontoereikend om een beeld te vormen/doel te bereiken (afnemen vragenlijst, monsterafname, instelling is het niet gewoon, voorlichting, gedragsverandering, beeldvorming)
2. Cliënt gebonden redenen (angst, taal, ziekte etc.)
3. Ernst van de ziekte (beleid LCI, besmettelijkheid, ziekte moeilijk in te dammen)
4. Onrust/media aandacht/overlijden
5. Uitbraak complexe casus
6. Positionering GGD/klantvriendelijk
7. Overige redenen: cliënt kan telefonisch niet bereikt worden (briefje door de brievenbus doen), onderbuikgevoel, makkelijker een grote groep bereiken.

### **Criteria/afwegingen om niet op huisbezoek te gaan**

De volgende afwegingen/criteria werden genoemd als reden waarom wordt besloten niet op huisbezoek te gaan. Ook hier in volgorde van meest naar minst genoemd.

1. Krapte/drukke/tijdgebrek (bovengemiddeld genoemd)
2. Telefonisch contact wordt toereikend gevonden, huisbezoek heeft geen toegevoegde waarde.
3. Afstand
4. Veiligheid personeel (ook bv zwangerschap, kans op besmetting)
5. Overige redenen: buiten kantooruren, cliënt vindt bezoek GGD ongewenst, cliënt kan naar de GGD komen.

### **Alternatieven voor huisbezoek**

In volgorde van meest naar minst werden de volgende alternatieven voor een huisbezoek genoemd.

1. Per post: voorlichtingsmateriaal en vragenlijst opsturen met het verzoek om deze ingevuld te retourneren.
2. Telefonisch afnemen van vragenlijsten.
3. Andere disciplines te hulp vragen.
4. En verder genoemd: later tijdstip, werkzaamheden strakker prioriteren.

### **Huisbezoek, een discussiepunt?**

Bij de meeste geïnterviewden (18x) was huisbezoek geen discussiepunt binnen het team. Bij negen was dit wel het geval, ondanks dat er een richtlijn bestond bij de helft van deze GGD'en. Mogelijk leidde discussie ertoe dat er een richtlijn opgesteld werd. In net iets meer dan de helft van de gevallen besloot het team in gezamenlijk overleg dat er op huisbezoek gegaan werd (15x). Een enkele keer werd dit alleen door de arts besloten (2x) en 10x door de verpleegkundigen. 15 Geïnterviewden gaven aan behoefte te hebben aan een richtlijn. Bij zes was dit niet het geval en de overige geïnterviewden hadden hierover geen mening.

### **Wie gaat er op huisbezoek**

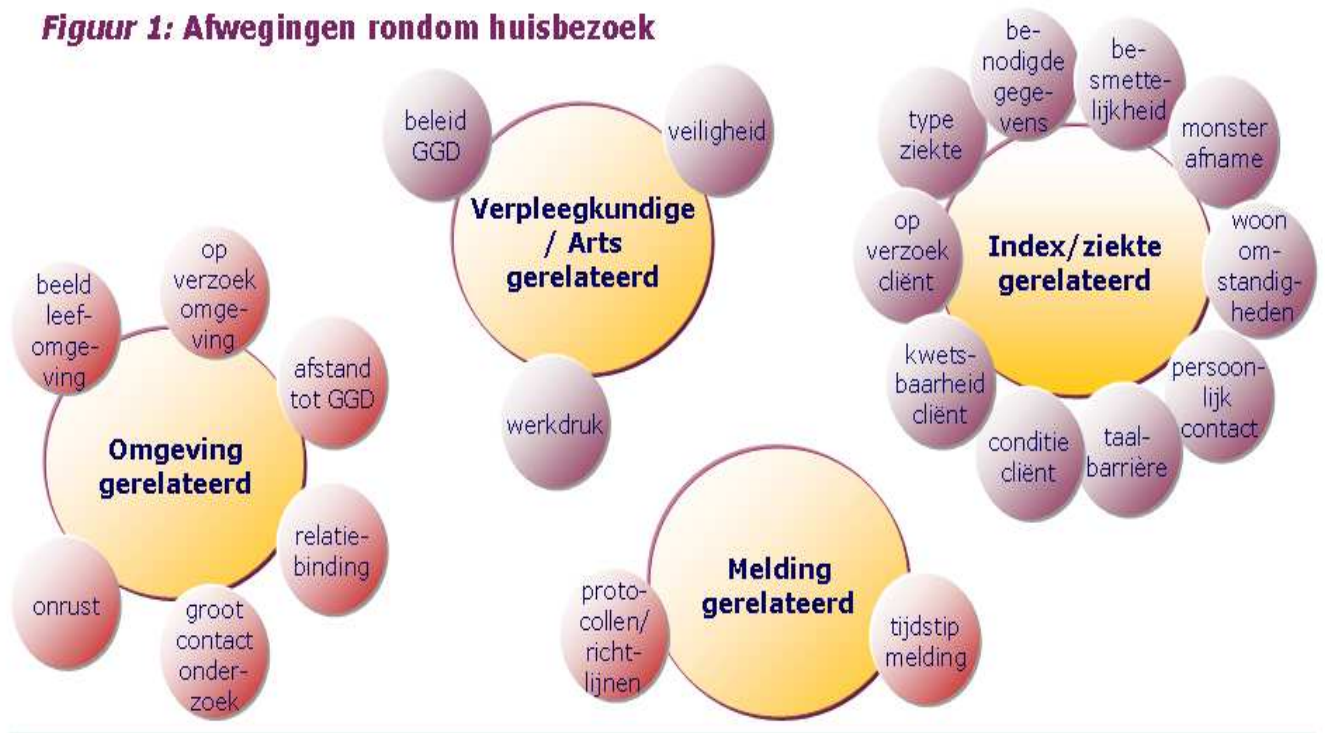
In het merendeel van de gevallen gaat de verpleegkundige op huisbezoek. Buiten kantooruren is dit vaak de arts. In principe gaat men alleen. Zes geïnterviewden gaven aan afspraken te hebben gemaakt over veiligheid.

In figuur1 hebben wij alle genoemde afwegingen/criteria weergegeven. Zowel positieve als negatieve afwegingen/criteria voor het afleggen van een huisbezoek zijn nogmaals gecategoriseerd, waarbij de volgende indeling is gehanteerd.

- Omgeving gerelateerd.
- Verpleegkundige/arts gerelateerd
- Melding gerelateerd
- Index/ziekte gerelateerd.



**Figuur 1: Afwegingen rondom huisbezoek**



## **5. Conclusie en aanbeveling**

Over het algemeen wordt huisbezoek als een waardevol instrument beschouwd bij de bestrijding van infectieziekten. Alleen zijn de afwegingen voor wanneer er een huisbezoek zou moeten worden afgelegd niet helder en zeer divers. Een poging om hier helderheid in te krijgen werd door de benaderde GGD'en gewaardeerd.

De resultaten geven een overzicht van de huidige situatie. Het valt op dat er veel verschillen zijn, zowel in de frequentie van het afleggen van huisbezoeken als de invulling ervan (wanneer wel en niet). Argumenten om wel of niet op huisbezoek te gaan zijn uiteenlopend. Zo bestaat er bij de ene GGD het idee dat een huisbezoek een tijdrovende activiteit is terwijl de andere GGD huisbezoek onmisbaar vindt. Het merendeel van de ondervraagde GGD medewerkers gaf aan behoefte te hebben aan een document dat meer richting geeft met onderbouwde argumenten. Juist omdat nu soms argumenten als tijd en drukte een groter gewicht krijgen t.o.v. de toegevoegde waarde van een huisbezoek, wordt de behoefte aan een richtlijn groter.

De keuze voor een open vragenlijst heeft ertoe geleid dat er veel afwegingen/criteria boven tafel kwamen. De keuze om per GGD twee medewerkers (een arts en een verpleegkundige) te bevragen bracht aan het licht dat zelfs binnen een organisatie verschillend met het doen van huisbezoek wordt omgegaan. Omdat de helft van alle GGD'en in Nederland zijn bevestigd, kan geconcludeerd worden dat er binnen Nederland heel divers met het doen van huisbezoek wordt omgegaan.

Om de efficiënte, de effectiviteit en eenduidigheid van het doen van huisbezoek binnen de infectieziektebestrijding te vergroten lijkt het nuttig te zijn om een eenduidig helder instrument te ontwikkelen. Hiervoor lijkt voldoende draagvlak en vraag naar te zijn. Een vervolg op dit project is dan ook wenselijk.

## Literatuurlijst

- 1) Royal college of physicians of Ireland, *Healthcare-associated infections and nursing homes or extended care settings*, 2008.
- 2) Handel, A., *What is the best control strategy for multiple infectious outbreaks?* The Royal society, Biological sciences, B2007, 274.
- 3) Maramatsu, N., Cornwell, T., *Needs for physician housecalls- views from health and social service providers*, Home healthcare service quarterly, 2003, 22:2, 17-29.
- 4) Nash, J.C., Ramsay, T., *Viewpoint: Health visitors and public health and security*, Longwoods Publishing 2005-2010.
- 5) Ahmad, A., Krumkamp, R., Richardus, J.H., Reintjes, R., *Prevention and control of infectious diseases with pandemic potential: the EU-project SARS Control*, Gesundheitswesen. 2009 June; 71(6):351-7. Epub 2009 Jun 15.
- 6) Dam, A.S.G. van, Rietveld, A., Wijkmans, C.J. *Meldingsplicht voor verpleeg- en verzorgingshuizen: lust of last?* Infectieziekten Bulletin jaargang 19 nummer 11 2008.
- 7) Verpleegkundig Stappenplan Infectieziektebestrijding LCI mei 2006.
- 8) Infection Control Guidance for Care Homes.
- 9) *Communicable disease control in emergencies – A field manual*, WHO Outbreak communication guidelines.
- 10) Fancanha, M.C., Melo, M.A. et al., *Health team training and active surveillance: strategies for the detection of TB cases*, 2009 May.
- 11) Kao, H., Conant, R., Soriano T., *The past, present, and future of house calls*, Clinical geriatric Med. 2009 February, 25:19-34v.

## Bijlage 1

### Inventarisatie criteria en overwegingen binnen GG&GD Utrecht en GGD MN

<b>Melding</b>	
	Verplichting bezoek vanuit de overheid
	Buiten kantooruren
	Type infectieziekte
	- Hepatites A
	- Hepatites B
	- Hepatites C
	- Legionella
	- Meningokokkose
	- Shigellose, buiktyfus, paratyfus A, B en C en E. coli O157H7
	- Voedselvergiftiging en - infectie
	- Meldingen art 26

<b>Patiënt</b>	
	Afstand van patiënt tot GGD locatie
	Grote hoeveelheid benodigde gegevens van een patiënt (grote vragenlijst)
	Grote mate van besmettelijkheid
	Immobiliteit van de "patiënt"
	Kans op miscommunicatie
	Noodzaak tot nemen monsters
	Op verzoek van patiënt

<b>Omgeving</b>	
	Aanhoudende verspreiding / moeilijk onder controle te krijgen
	Aanwezigheid van risicogroepen (kinderen, bejaarden)
	Belangrijke relatie / netwerken (i.g.v. instellingen)
	Op verzoek van omgeving patiënt
	Veel personen in de omgeving die risico lopen (platteland v.s. grote stad)
	Veronderstelde ondeskundigheid
	Verwachte onrust / impact / publieksaandacht

<b>Arts / verpleegkundige</b>	
	Afwisseling t.o.v. "kantoorwerk"
	Beschikbaarheid vervoermiddel
	Inschatting eigen veiligheid
	Kosten / verwachte tijdsinvestering
	Motivatie "menselijke contact"
	Personele bezetting / drukte
	Ter lering (afh. van ervaring/deskundigheid arts)

## **Bijlage 2 Vragenlijst Huisbezoek**

### **Terminologie.**

1. Welke terminologie hanteert men bij:

A: Een bezoek aan de index in de thuissituatie?

B: Een bezoek aan een instelling/organisatie gerelateerd aan de index?  
(verblijfplaats/bezoek/werk/sport etc)

### **Besluitvorming.**

5. Hoe vaak gaat men nu gemiddeld per jaar op huisbezoek?

0-5  5-10  10-20  meer

6. Indien er geen richtlijnen zijn hoe vindt dan de besluitvorming plaats?

(interne werkafspraken, eigen idee, literatuur, onderling overleg)

7. Zijn er argumenten waarom je niet op huisbezoek gaat?

8. Welke argumenten zijn bij jullie doorslaggevend om wel op huisbezoek te gaan?

9. Zijn er redenen aan te dragen waarom je niet op huisbezoek bent gegaan terwijl dat voor de infectieziektebestrijding beter was geweest?

(vervoer, weinig personeel, angst, gewoonte, prioritering, binnen/buiten kantooruren, afstand, tijd)

10. Zijn er alternatieven die je inzet als je om wat voor reden dan ook niet op huisbezoek kunt gaan?

(vragenlijst opsturen, andere discipline inzetten)

11. Is huisbezoek een discussiepunt binnen jullie team?

Ja  Nee  Soms

Wat zijn dan punten die tot discussie leiden?

12. Wie neemt de beslissing om op huisbezoek te gaan?

Arts  Verpleegkundige  Gezamenlijk  management

13. Heb je behoefte aan een richtlijn t.b.v. de besluitvorming bij huisbezoek?

### **Artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding.**

14A. In welke situaties gaat een arts op huisbezoek.

14B. In welke situaties gaat een verpleegkundige op huisbezoek.

15. Gaan jullie alleen of gezamenlijk op huisbezoek? Zijn hierover afspraken binnen de organisatie?