

# Verkouden kleine kinderen bij de huisarts en de wijkverpleegkundige

E. H. VAN DE LISDONK EN J. H. M. VAN DEN BOSCH

De werkgroep Jeugdgezondheidszorg\* van het NHG verkende, aan de hand van het thema verkouden kleine kinderen, de mogelijkheden en de onderlinge verwachtingen van wijkverpleegkundigen en huisartsen. In dit verslag komen de volgende vragen aan de orde: Hoe vaak komen we in contact met snotterende, hoestende kleine kinderen, en hoe handelen we dan? Wanneer voelen we ons gealarmeerd? Hoe groot is de kans dat het verkouden kind zich later ontwikkelt tot CARA-patiënt? Wat is de zin en onzin van adviezen en behandeling? Daarnaast bepleit de werkgroep dat wijkverpleegkundige en huisarts openstaan voor de emotionele beleving en de vragen van de ouders.

## Inleiding

Huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben frequent contact met kinderen van 0-4 jaar:

De huisarts stelt in het eerste levensjaar van een kind gemiddeld drie maal een aandoening vast.<sup>1</sup> Afgezien daarvan hebben vele huisartsen de gewoonte iedere pasgeborene in hun praktijk na te kijken.<sup>2</sup> Ook zien zij de pasgeborene regelmatig als zij zelf de bevalling hebben gedaan, of als zij postnatale controles doen na een ziekenhuisbevalling. Tenslotte wordt ruim 35 procent van alle consulten op het consultatiebureau voor zuigelingen door huisartsen gedaan.<sup>3</sup>

De wijkverpleegkundige ziet de zuigeling bij een postnataal huisbezoek en op het consultatiebureau. Een zuigeling bezoekt het consultatiebureau tien à twaalf maal in het eerste levensjaar. De wijkverpleegkundige werkt daar samen met de CB-arts; zij zien het kind beiden, of (op bureaus „nieuwe stijl”) bij toerbeurt. Verder begeleidt de wijkverpleegkundige een aantal zuigelingen *at risk* of met specifieke problemen. Ook later hebben huisarts en wijkverpleegkundige regelmatig contact met deze kinderen. Enigerlei vorm van sa-

menwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige is dus onontbeerlijk.<sup>4,8</sup>

De Werkgroep Jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap houdt zich bezig met het verbeteren van de zorg voor 0-4 jarigen door huisartsen en wijkverpleegkundigen. Zij doet dat, behalve door het entameren van onderzoek en het coördineren van activiteiten op dit gebied, ook door het leveren van inhoudelijke bijdragen. Dit artikel is een neerslag van de gedachtenwisseling in de werkgroep over een concreet onderwerp, de zorg voor verkouden kleine kinderen door de huisarts en de wijkverpleegkundige. Wij hebben ons daarbij laten leiden door het Projectenplan van het NHG.<sup>9</sup>

## Contacten

Hoe vaak worden wijkverpleegkundigen en huisartsen geconfronteerd met snotterende kleine kinderen?

Ten aanzien van de wijkverpleegkundigen kunnen we helaas niet over cijfers beschikken. „Tenminste enige malen per zitting”, is de indruk van de wijkverpleegkundigen in onze werkgroep.

Wat de huisarts betreft, is verkoudheid met of zonder koorts op de leeftijd van 0-4 jaar de meest voorkomende diagnose; de diagnose wordt in deze leeftijdsgroep bovendien ongeveer tweemaal zo vaak gesteld als in de andere leeftijdsgroepen (*figuren 1 en 2*).<sup>10</sup> Ook uit de cijfers van het Monitoringproject komt dit beeld naar voren.<sup>11</sup> Naar schat-

ting zal de huisarts in een doorsneepraktijk ruim honderd maal per jaar bij een kind van 0-4 jaar de diagnose verkoudheid stellen.

Het verkouden kind wordt zowel bij de wijkverpleegkundige als bij de huisarts gepresenteerd met de volgende klachten: verkouden, snotteren, rochelen, pruttelen, hoesten (soms tot brakens toe) en moeite met drinken (bij baby's). Beide groepen onderkennen dat bij de ouders allerlei belevingsaspecten en vragen een rol kunnen spelen:

- irritatie (onrustige nachten, steeds snottebellen moeten wegpoetsen);
- bezorgdheid (slecht eten van het kind, associaties met longaanandoeningen in de familie);
- gevoelens van onmacht (waarom alweer verkouden, waarom steeds dit kind, we kunnen het niet meer aan);
- oorzaken (amandelen, voeding, bloedarmoede, huisdieren);
- beleid (mag het kind naar buiten, moet het een muts op, mag Vicks of Dampo?);
- beloop (groeit het kind er overheen?).

Voor de hulpverlener is een verkoudheid een vertrouwde, alledaagse aandoening. Het is van belang dat hij zich realiseert dat dit voor de ouders niet het geval is, en dat hij eventueel gevoelens van onmacht en irritatie bij zichzelf onderkent. Dergelijke gevoelens (moet men met zo'n banale klacht bij mij komen, men verwacht zeker een wondermiddel) kunnen leiden tot niet te rechtvaardigen etiketten (onzekere, overbezorgde ouders), waardoor het contact onbevredigend verloopt: onbevredigend voor de ouders, omdat niet ter sprake komt waarmee zij eigenlijk zitten, onbevredigend voor de hulpverlener, omdat hij niet toekomt aan een methodische vraagverheldering. En bij een volgende verkoudheid begint dit alles weer van voren af aan.

De veelvuldige, ogenschijnlijk zo gewone contacten wegens verkoudheid bij kleine kinderen zijn naar onze mening niet steeds in kort bestek en routinematig af te handelen. De hulpverlener dient in te gaan op wat dit voor het jonge gezin betekent, en moet zich er tevens van overtuigen dat er niet meer aan de hand is dan een gewone verkoudheid.

## Pluis en niet-pluis

De wijkverpleegkundige beantwoordt de vraag of een aandoening pluis of niet-pluis is, op grond van observatie van het kind, kennis van het gezin, en informatie van de ouders. De wijkverpleegkun-

\* De werkgroep bestaat uit: W. Elfrink, H. Leydekkers, H. Wardenaar, wijkverpleegkundigen; W. van den Bosch, J. Hoevenaars, T. van Kessel, E. van de Lisdonk, Ch. Verhoeff, huisartsen; A. Smits, psycholoog.

digen stelden op grond van hun praktijkervaring een lijst op van tien alarmende waarnemingen (pag. 282).

Van de huisarts verwacht de wijkverpleegkundige uitsluiting dan wel bevestiging van de vermoede aandoeningen (bijvoorbeeld bronchitis, longontsteking, kaakholte-ontsteking, urineweginfectie of bloedarmoede) en vervolgens geruststelling c.q. adequate behandeling.

Een deel van de opgesomde waarnemingen zal ook de huisarts niet pluïschen (ernstig piepen, intrekkingen en neusvleugelen, toenemende apathie en langdurige (hoge) koorts); andere verschijnselen – blauwe wallen onder de ogen, veel huilen en ook purulente rinorroe<sup>12</sup> – zijn veel minder alarmerend. De huisarts moet aandoeningen als bronchitis, pneumonie en pseudokroep kunnen onderscheiden, en moet alert zijn op overigens zeldzame aandoeningen als epiglottitis, bronchiolitis en obstructie door een corpus alienum. Ook het beeld van cystic fibrosis moet soms in de differentiële diagnose worden opgenomen.

Al deze aandoeningen worden gekenmerkt door een dusdanig klachtenpatroon en klinisch beeld, dat men zich bij een zorgvuldig uitgevoerd lichamenlijk onderzoek niet zal laten misleiden. Door attente en bewuste observatie is vroege signalering van andere aandoeningen dan een gewone verkoudheid mogelijk.

### Verkoudheid en CARA

Ouders van kinderen die frequent verkouden zijn en vaak hoesten, zijn nogal eens bang dat zich later bij hun kind een chronische luchtwegaandoening zal ont-

wikkelen, zeker als dergelijke aandoeningen in de familie voorkomen.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen CARA en CARA-verschijnselen. CARA is een chronische aandoening die jaren achtereen klachten geeft, en voorkomt bij enkele procenten kinderen. Onder CARA-verschijnselen verstaat men: perioden van hoesten (en opgeven van sputum) die frequenter optreden en langer duren dan gewoonlijk (arbitrair: minstens vijf maal per jaar, gedurende minstens tien dagen, indien niet behandeld), aanvallen van kortademigheid en piepen in rust of na lichamenlijke inspanning, en een verlengd expirium bij auscultatie van de longen. Dergelijke verschijnselen worden bij ongeveer 10 procent van de kinderen gevonden. Geschat wordt dat ongeveer 2 procent van de kinderen deze klachten gedurende een aantal jaren in ernstige mate heeft.<sup>13-15</sup>

Het is nog niet duidelijk of gepleit moet worden voor intensieve aandacht in de eerste lijn voor de opsporing en behandeling van kinderen met dit soort verschijnselen. In de eerste plaats ontwikkelen lang niet alle kinderen met CARA-verschijnselen zich tot CARA-patiënten en kunnen we niet op betrouwbare wijze vaststellen, welke kinderen hierbij een bijzonder risico lopen. Ten tweede is niet vastgesteld dat bestrijding van CARA-verschijnselen de prognose op langere termijn zou beïnvloeden. Wij zijn er dan ook voor, nader onderzoek op dit gebied af te wachten, alvorens eventueel over te gaan tot het profylactisch behandelen van jonge kinderen met CARA-verschijnselen. Er zijn in de geneeskunde al te vaak op louter theoretische gronden methoden ingevoerd, die dan later – na vergelijkend onder-

zoek in de praktijk – weer verlaten moesten worden. Bovendien zullen door een dergelijke aanpak ook kinderen ten onrechte geëtiketteerd worden als CARA-patiënt, met alle negatieve gevolgen van dien.

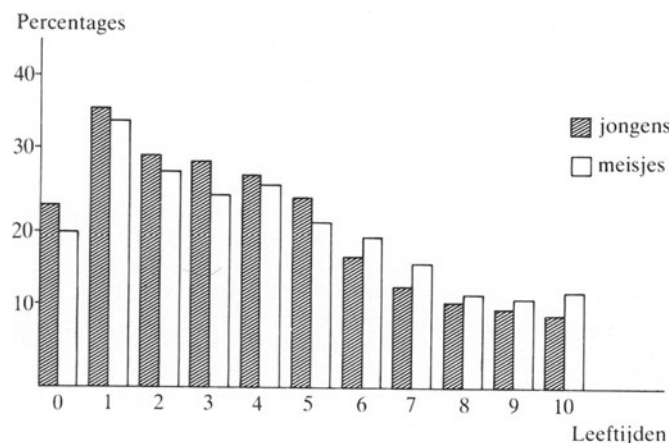
Anderzijds moet men ook de ouders niet zonder meer verzekeren dat het kind er wel „overheen zal groeien”.<sup>16</sup> Een deel van de jonge kinderen die langdurig hoesten en/of piepen, zal later wel degelijk last krijgen van chronische verschijnselen.

Wat is dan nog de zin van alert zijn op verschijnselen die op CARA kunnen wijzen? Er is één factor waarvan is aangetoond dat deze het beloop van de aandoening sterk beïnvloedt: roken.<sup>17 18</sup> Stoppen met roken (of er niet aan beginnen) zal dan ook een groter effect hebben dan veel andere maatregelen. De huisarts en de wijkverpleegkundige kunnen de ouders – en later de kinderen zelf – in deze zin adviseren.

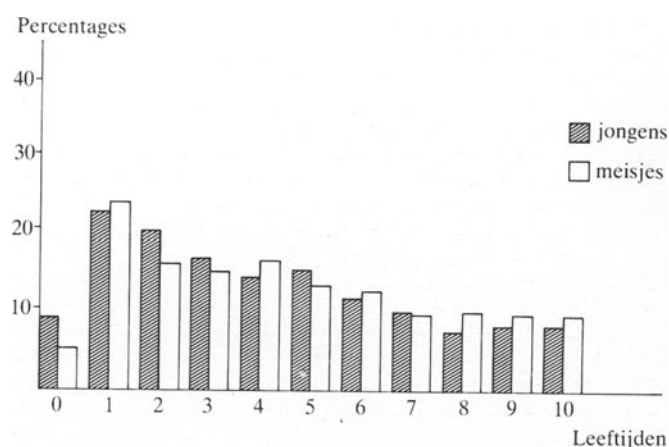
### Adviezen

In de meeste gevallen spelen niet-pluïsch gevoelens geen rol en zal men een eenvoudig advies geven: de neus met een wattestokje of slijmzuiger schoonmaken, druppelen met een zoutwateroplossing, de lucht in de slaapkamer bevochtigen, de warme, vochtige lucht van een douche inademen (in het bijzonder als er een neiging tot pseudokroep bestaat), gebruik van menthol- en eucalyptus-bevattende middelen, een gesneden ui op een schoteltje in de slaapkamer zetten, wat extra drinken (gewoon water, melk met honing, salimelk), een flinke wandeling in de frisse lucht maken, niet te warm kleden en alleen een muts op als het kind dat prettig vindt).

**Figuur 1.** Percentage kinderen van 0-10 jaar dat ten minste eenmaal per jaar een bovenste luchtweginfectie zonder koorts presenteert.<sup>10</sup>



**Figuur 2.** Percentage kinderen van 0-10 jaar dat ten minste eenmaal per jaar een bovenste luchtweginfectie met koorts presenteert.<sup>10</sup>



Belangrijker dan het geven van dit soort onschuldige (maar op hun effectiviteit niet getoetste) adviezen, vonden wij het dat de arts of wijkverpleegkundige ingaat op de vragen van de ouders, aandacht besteedt aan hun emotionele beleving en een goede uitleg geeft. Voor veel ouders zijn dit immers de eerste ervaringen met een ziek kind en een daardoor doorbroken dag- en nachtorde in het gezin.

Uitleg over de aandoening kan de volgende elementen bevatten:

– geruststelling over de waargenomen verschijnselen (in het bijzonder als het kind rochelt of koorts heeft, omdat deze verschijnselen de ouders vaak veront- rusten);

– wijzen op het *self-limiting* karakter van de aandoening, waarbij hooguit symptoom-bestrijdende maatregelen te treffen zijn.

Zo'n gesprek dient afgestemd te zijn op het verhaal en de vragen van de ouders. Bagatelliseren van het probleem of juist een overmaat aan ijver van de kant van de hulpverlener kan een averechts effect hebben. Er ontstaat dan gauw een sfeer van onrust en overbezorgdheid, waardoor alle betrokkenen geïrriteerd raken. Daardoor zal de wijkverpleegkundige zich wellicht gedwongen voelen de huisarts in te schakelen, terwijl de huisarts mogelijk onnodig medicijnen zal voorschrijven, of het kind zal verwijzen.

Medicijnen zijn in het algemeen niet nodig. Antibiotica zijn bij gewone verkoudheden niet doeltreffend en hebben wel nadelen. Neusdruppels zijn ongewenst; zo nodig kan men een zoutwateroplossing laten geven. Van veel hoestdranken is het effect op zijn minst dubieus (al geven sommigen van ons wel eens voor 's avonds promethazine-siroop, wegens de slaapverwekkende bijwerking). Antipyretica onderdrukken de koorts als natuurlijk hulpmiddel bij infecties, en hebben meer nadelige effecten dan gewoonlijk wordt aangenomen. Bij jonge zuigelingen is, hoewel zeldzaam, het syndroom van Reye beschreven, met fatale afloop;<sup>19 20</sup> deze aandoening wordt in verband gebracht met salicylaten. Salicylaten hebben ook een effect op de trombocyten-functie. De verlenging van de bloedingstijd die daarvan het gevolg is, kan tot zeven dagen duren. Gevallen van niet-traumatisch bloedverlies bij overigens gezonde kinderen worden meestal voorafgegaan door de inname van acetylsalicylzuur. Adviseer bij hoge koorts liever het kind even in een lauw bad te doen en het daarna fris neer te leggen. Als er aan

## Alarmerende verschijnselen bij verkouden kinderen

1. Langer dan drie dagen overdag koorts boven de 39°.
2. Hoge, piepende ademhaling.
3. Intrekkingen en neusvleugelen.
4. Kind wil niet eten of drinken, speelt niet, wordt apathisch.
5. Kind is er bleker uit gaan zien, blauwe wallen onder de ogen, kijkt flauw uit de ogen.
6. Kind huilt veel, is niet te troosten.
7. Volledige neusverstopping door dik en taai groen slijm.
8. De ouders vertrouwen het niet meer of zijn niet gerust te stellen.
9. Vaak verkouden zijn, in het bijzonder bij families waar longaandoeningen voorkomen.
10. Verkoudheid lijkt signaal voor relationele of andere psychosociale problematiek in het gezin.

antipyretica niet is te ontkomen. Geef dan geen combinatiepreparaat en liever paracetamol dan acetosal.<sup>1</sup>

Er ontspion zich een discussie of het categorisch afraden van koortswerende middelen de zelfmedicatie van ouders zou stimuleren. Enkel van ons braken een lans voor een beleid van „afraden tenzij...” Verstandige adviezen van zowel huisarts als wijkverpleegkundige (in het bijzonder tijdens vaccinaties) kunnen helpen het automatisme „koortskinderaspirantjes” te verbreken.

Als erfenis uit het verleden zijn er nog steeds vragen van ouders naar de noodzaak van tonsillectomie bij kinderen met frequente verkoudheden. Ons inziens bestaat hiervoor bij verkoudheden geen enkele rationele rechtvaardiging. Om deze lijst met *do not's* af te ronden, stelden we dat men niet moet nalaten een kind bij een onverklaarbare wending of onverwacht beloop (alsnog) te onderzoeken en de diagnose bij te stellen.

### Slot

Huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben frequent contact met hoestende en snottende kleine kinderen. Beiden beschikken over voldoende mogelijkheden om gewone, onschuldige verkoudheden te onderscheiden van zeldzame ernstige ziekten. Een eerste vereiste daarbij is alertheid op soms weinig opvallende alarmverschijnselen.

Adequaat handelen in contacten met verkouden kleine kinderen omvat onder andere openstaan voor de emotionele beleving en de specifieke vragen van de ouders. Routine, drukte of gevoelens van irritatie en onmacht bij de hulpverlener kunnen een methodische werkwijze in de weg staan. Wanneer datgene waar ouders mee zitten, expli-

ciet aan de orde kan komen, bieden deze gewone contacten goede aanknopingspunten om een adequaat gezondheidsgebedrag te stimuleren en daarmee de ziektegedragpatronen die ouders zo sterk aan hun kinderen doorgeven, te doorbreken.<sup>21</sup> In het bijzonder zouden kinderen gebaat zijn bij het achterwege laten van antipyretica bij koorts.

Terughoudendheid met ongevraagde adviezen is evenzeer geboden als waakzaamheid om het probleem niet uitsluitend in medisch-somatische zin te benaderen. A fortiori geldt dit voor kinderen met CARA-verschijnselen, aangezien noch is vast te stellen welke kinderen later tot de groep met een chronisch longlijden zullen behoren, noch vaststaat dat profylactische behandeling in de kinderjaren een gunstig effect heeft op het beloop in latere jaren.

<sup>1</sup> Huygen FJA, Bosch WJHM van den, Oostrum CG van, Zieke zuigelingen. Utrecht: Bunge, 1984.

<sup>2</sup> Gill K, Boer-Fleischer A de. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborenen? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 386-8.

<sup>3</sup> Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid, afdeling Moederschapszorg. Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, Nederland 1981. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.

<sup>4</sup> Laurijssens I, Blanken K, Freriks J, e.a. Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 62-9.

<sup>5</sup> Crebolder HFJM. Huisarts en kinderhygiëne. Med Contact 1979; 34: 1496-8.

<sup>6</sup> Vrij A. De zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 46-52.

<sup>7</sup> Samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg. Themanummer Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1981 9 (5).

Vervolg literatuur op pag. 289.

Huisarts en Wetenschap 1984; 27