

# Thuis bij patiënten met een chronische ziekte

F.G. SCHELLEVIS

**Schellevis FG. Thuis bij patiënten met een chronische ziekte. Huisarts Wet 1994; 37(12): 527-31.**

**Samenvatting** Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van gegevens uit de Nationale Studie van het Nivel over alle bekende patiënten met diabetes mellitus, Cara, hartlijden, CVA, reumatoïde artritis, dementie en maligne nieuwvorming. In de loop van drie maanden kreeg 27 tot 79 procent (respectievelijk Cara en dementie) van de patiënten een huisbezoek. Van de patiëntfactoren bleek de alleen de leeftijd 2-10 procent van de variantie in huisbezoekfrequentie te verklaren. In de herfst en winter werden meer huisbezoeken afgelegd bij Cara- en bij hartpatiënten. De variatie tussen de huisartsen in het gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken was groot. Tijdens de huisbezoeken kwam vaak ook een andere chronische ziekte aan bod. Nieuw gepresenteerde ziekten waren vooral gastro-enteritis, decompensatio cordis, myalgie, luchtweginfecties en cystitis. Fysisch-diagnostisch onderzoek werd het meest verricht. Bij 13 procent van de huisbezoeken bij diabeten werd laboratoriumonderzoek uitgevoerd of aangevraagd; bij de andere patiënten varieerde dit van 4 tot 8 procent. In therapeutische zin kwamen een gesprek en een recept het meest frequent voor. Slechts 3-6 procent van de huisbezoeken resulteerde in een verwijzing naar een specialist.

Dr. F.G. Schellevis, huisarts, vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisartsgeneeskunde / Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek Vrije Universiteit Amsterdam, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-444.8202; fax. 020-444.8181.

## Inleiding

De medische zorg voor patiënten met een chronische ziekte is primair een taak voor de huisarts. Door de veelal hoge leeftijd en/of door lichamelijke of geestelijke beperkingen zal een belangrijk deel van deze patiënten niet of niet altijd het spreekuur van de huisarts kunnen bezoeken en wordt de huisartsgeneeskundige zorg dus thuis verleend. Dit onderzoek had tot doel een aantal aspecten van die zorg thuis in kaart te brengen. De volgende vragen dienden daarbij als leidraad:

- Hoe vaak krijgen patiënten met een chronische ziekte een huisbezoek en in hoeverre hangt de frequentie samen met patiëntkenmerken en met het seizoen?
- Hoe vaak leggen huisartsen huisbezoeken af bij deze patiënten?
- Welke ziekten komen tijdens huisbezoeken aan deze patiënten aan de orde en welke nieuwe ziekten worden gepresenteerd?
- Met welke diagnostische en therapeutische verrichtingen krijgen patiënten tijdens deze huisbezoeken te maken?

## Methode

De gegevens voor dit artikel zijn afkomstig van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel.<sup>1</sup> Ten behoeve van deze Nationale Studie zijn door 161 huisartsen gedurende drie maanden gegevens geregistreerd over alle contacten met hun patiënten, zowel tijdens het spreekuur als tijdens huisbezoeken. De gegevensverzameling vond plaats in de periode 1 april 1987 t/m 31 maart 1988. Basisgegevens als leeftijd, geslacht en woonsituatie werden van alle in deze praktijken ingeschreven patiënten verzameld.

Uit het contactregistratiebestand werden alle patiënten geselecteerd die aan het eind van de registratieperiode bekend waren met een van de volgende ziekten:

- diabetes mellitus;
- Cara (astma, chronische bronchitis, emfyseem);
- chronisch hartlijden (chronische ischemische hartziekte, chronisch hartfalen);

- cerebrovasculair accident (CVA);
- reumatoïde artritis;
- dementie;
- maligne nieuwvorming (exclusief maligniteit van de huid en carcinoma in situ).

De patiënten werden 'bekend' geacht, indien deze diagnose in het bestand voorkwam als nieuw gestelde of bekende diagnose of als 'onderliggende ziekte'. Enkele basiskennmerken van deze patiëntengroepen staan vermeld in *tabel 1*. Patiënten met meer dan één chronische ziekte ('comorbiditeit') zijn meegeteld in alle betreffende patiëntengroepen.

Van de patiënten werden de volgende gegevens gebruikt over alle bij hen afgelegde huisbezoeken:

- aard contact in de episode (eerste contact, herhaalcontact);
- diagnostische verrichtingen;
- diagnose;
- therapeutische verrichtingen.

De diagnose werd door de huisarts in woorden geregistreerd en vervolgens centraal gecodeerd volgens de destijds gebruikte versie van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>2</sup> Contacten in verband met eenzelfde diagnose werden achteraf geclusterd tot ziekte-episoden.<sup>3</sup>

## Variabelen

Het aantal huisbezoeken werd bepaald aan de hand van het aantal registratieformulieren van een huisbezoek. Het aantal huisbezoeken per huisarts werd vastgesteld door per huisarts te berekenen hoeveel huisbezoeken gemiddeld waren afgelegd. Deze berekening werd voor elke patiëntengroep afzonderlijk uitgevoerd voor huisartsen met tien of meer van de betreffende patiënten. Deze laatste beperking werd aangebracht om de invloed van een groot aantal huisbezoeken bij één patiënt op het gemiddelde per huisarts te neutraliseren. Bij de ziekten die bij het huisbezoek aan de orde waren ('actuele ziekten') gaat het om de tijdens het huisbezoek gestelde diagnoses. Tijdens een huisbezoek *nieuw gepresenteerde ziekten* werden gedefinieerd als ziekten waarvan een huisbezoek het chronologisch eerste contact in de

ziekte-episode was, terwijl het om een nieuwe, niet eerder gepresenteerde ziekte ging. De aard van de nieuw gepresenteerde ziekten werd ontleend aan de diagnose van de ziekte-episode. De *diagnostische verrichtingen* bestonden uit fysisch-diagnostische handelingen, laboratoriumonderzoek, functie-onderzoek en verwijzing voor beeldvormende diagnostiek. Tot de *therapeutische verrichtingen* werden gerekend: een gesprek of advies, instrumentele behandeling, medicatie (wel/geen recept) en verwijzing.

Als patiëntkenmerken werden *leeftijd*, *geslacht* en *woonsituatie* geselecteerd. De woonsituatie werd ingedeeld in wel/niet alleenstaand. Voor de indeling naar *seizoenen* werd de indeling in de vier registratieperiodes gebruikt: voorjaar (april-juni), zomer (juli-september), herfst (oktober-december) en winter (januari-maart).

### Analyse

Alle analyses werden voor iedere patiëntengroep afzonderlijk uitgevoerd. De frequentie van huisbezoeken werd geanalyseerd op groepsniveau. Voor de samenhang met leeftijd werd de Spearman's rangcorrelatie berekend, de samenhang met geslacht en woonsituatie werd getoetst met de Mann-Whitney-toets, de samenhang met het seizoen met de Kruskal-Wallis-toets. In multiële lineaire regressie-analyses werd per patiëntengroep de samenhang tussen het aantal huisbezoeken en de drie patiëntfactoren gezamenlijk geanalyseerd. Als niveau voor statistische significantie werd  $p < 0,01$  aangehouden.

Voor het aantal huisbezoeken per huisarts werd de frequentieverdeling van de gemiddelden per huisarts bestudeerd.

De actuele ziekte, de nieuw gepresenteerde ziekten en de verrichtingen werden geanalyseerd op het niveau van het huisbezoek. De ziekten werden zowel afzonderlijk als gegroepeerd tot ICPC-hoofdstukken in de analyse betrokken.

## Resultaten

### Frequentie van huisbezoek

Van de patiënten met een chronische ziekte kreeg 27-79 procent een huisbezoek

(tabel 2). Meer dan de helft van de patiënten met een CVA, met dementie en met een maligne aandoening kreeg in de drie registratiemaanden minstens één keer een huisbezoek. In alle groepen was er een kleine groep patiënten die wekelijks of nog vaker ( $\geq 13$  in 3 maanden) een huisbezoek kregen. Deze subgroep was in alle groepen kleiner dan 1 procent met uitzondering van de groep patiënten met een maligniteit, van wie 3 procent wekelijks of vaker een huisbezoek kreeg.

Bij zes van de zeven patiëntengroepen was het aantal huisbezoeken bij vrouwen hoger dan bij mannen; alleen bij patiënten met een maligniteit kregen mannen juist vaker een huisbezoek. De man/vrouwverschillen waren in twee groepen niet significant (dementie:  $p=0,10$ ; maligniteit:  $p=0,01$ ).

Ook de woonsituatie hing samen met het aantal huisbezoeken: bij alleenstaanden werd vaker een huisbezoek afgelegd dan bij niet-alleenstaanden; deze verschillen waren statistisch significant, behalve bij de dementiepatiënten. De correlatie tussen leeftijd en het aantal huisbezoeken was in alle patiëntengroepen significant positief, variërend van 0,18 (dementiepatiënten) tot 0,77 (patiënten met een maligne nieuwvorming).

In de multivariate analyse bleek van de drie patiëntfactoren de leeftijd vaak de enige en steeds de meest bepalende factor te zijn voor het aantal huisbezoeken. De leeftijd verklaarde overigens slechts 2-10 procent van de variantie. Het seizoen hing alleen bij Cara-patiënten en bij patiënten met hartlijden significant samen met de huisbezoekfrequentie; bij deze patiënten werd het grootste aantal huisbezoeken in de herfst en de winter afgelegd.

### Aantal huisbezoeken per huisarts

Uit tabel 3 blijkt dat het door huisartsen gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken een brede *range* had. Het hoogste gemiddelde was een veelvoud van het laagste. Patiënten met dementie werden verreweg het meest frequent bezocht, gevolgd door patiënten met een maligniteit en met een CVA.

### Actuele ziekte

Logischerwijze kwam tijdens veel huisbezoeken de chronische ziekte waarmee de patiënt bekend was aan bod. Bij diabeten waren er ook relatief frequent ziekten van het hart-vaatstelsel. Bij patiënten met een maligniteit bleek een maligne aandoening van de tractus digestivus, de tractus respiratorius of de vrouwelijke genitalia (inclusief mammae) vaak aan de orde te zijn.

De vijf meest geregistreerde bijkomende diagnoses staan in tabel 4. Opvallend is dat in alle groepen het accent meer ligt op andere chronische ziekten dan op acute ziekten, en dat de patiëntengroepen onderling niet sterk verschillen ten aanzien van de aard van de bijkomende diagnoses.

### Nieuw gepresenteerde ziekten

Ziekten waarvan de eerste presentatie tijdens een huisbezoek plaatsvond betroffen vooral het maag-darmstelsel (ICPC-hoofdstuk D), het hart-vaatstelsel (K), het bewegingsapparaat (L) en de luchtwegen (R). Op diagnosesniveau waren de meest frequente ziekten: gastro-enteritis, decompensatio cordis, myalgie, luchtweginfectie en urineweginfectie. Tussen de groepen patiënten waren er daarbij geen duidelijke verschillen.

### Diagnostische verrichtingen

Van de diagnostische verrichtingen werd fysisch-diagnostisch onderzoek bij 41-68 procent van de huisbezoeken uitgevoerd; bloeddrukmeting staat op de tweede plaats (tabel 5). Bloedonderzoek werd vooral bij diabeten uitgevoerd (totaal bij 13 procent van de huisbezoeken). De overige vormen van diagnostisch onderzoek werden weinig frequent uitgevoerd of aangevraagd tijdens huisbezoeken.

### Therapeutische verrichtingen

Een gesprek en een recept waren de meest toegepaste therapeutische interventies tijdens huisbezoeken. Het patroon van de therapeutische verrichtingen verschilde weinig tussen de groepen patiënten. Tussen 3 en 6 procent van de huisbezoeken eindigde in een verwijzing naar een specialist; verwijzing binnen de eerste lijn vond minder vaak plaats.

**Tabel 1** Leeftijd, geslacht en woonsituatie van groepen patiënten met een chronische ziekte

	Diabetes mellitus n=4499	Cara n=8539	Hart- lijden n=8074	CVA n=1687	Reumatoïde artritis n=1331	Dementie n=826	Maligne nieuwvorming n=2203
Leeftijd							
- mediaan	67	50	71	73	65	81	67
- eerste en laatste kwartiel	56/76	20/69	61/79	64/80	52/75	75/85	55/76
Geslacht (percentage mannen)	36	56	52	46	26	33	45
Woonsituatie (percentage alleenwonend)	30	16	30	32	27	51	25

**Tabel 2** Aantal huisbezoeken in 3 maanden bij groepen patiënten met een chronische ziekte in percentages van het aantal patiënten

	Diabetes mellitus n=4499	Cara n=8539	Hart- lijden n=8074	CVA n=1687	Reumatoïde artritis n=1331	Dementie n=826	Maligne nieuwvorming n=2203
0	70	73	60	39	64	21	44
1	12	12	15	19	12	23	18
2	6	5	9	13	8	15	10
≥3	12	10	17	29	16	41	29
Absoluut aantal huisbezoeken	3952	6274	10114	3640	1557	2407	5241

**Tabel 3** Mediaan en range van het gemiddeld aantal huisbezoeken per huisarts in 3 maanden bij groepen patiënten met een chronische ziekte

	Diabetes mellitus	Cara	Hart- lijden	CVA	Reumatoïde artritis	Dementie	Maligne nieuwvorming
Aantal huisbezoeken	148	161	156	80	40	27	102
Mediaan	0,7	0,6	1,2	2,1	1,1	3,0	2,3
Range	0,1-2,8	0,0-3,0	0,2-3,1	0,3-6,1	0,1-3,6	0,9-5,2	0,1-6,0

**Tabel 4** Vijf meest frequente bijkomende diagnoses tijdens huisbezoeken bij groepen patiënten met een chronische ziekte

Diabetes mellitus	Cara	Hart- lijden	CVA	Reumatoïde artritis	Dementie	Maligne nieuwvorming
decompensatio cordis	decompensatio cordis	acute bronchitis	hypertensie	hypertensie	decompensatio cordis	decompensatio cordis
hypertensie	pneumonie	diabetes mellitus	decompensatio cordis	mammacarcinoom	depressie	acute bronchitis
cystitis	hypertensie	pneumonie	depressie	decompensatio cordis	cystitis	hypertensie
angina pectoris	longcarcinoom	depressie	diabetes mellitus	diabetes mellitus	hypertensie	cystitis
ulcus huid	diabetes mellitus	CVA	decubitus	angina pectoris	acute bronchitis	infectie bovenste luchtwegen

**Tabel 5** Verrichtingen tijdens huisbezoeken bij groepen patiënten met een chronische ziekte. Percentages van het aantal huisbezoeken\*

	Diabetes mellitus n=3952	Cara n=6274	Hart- lijden n=10114	CVA n=3640	Reumatoïde artritis n=1557	Dementie n=2407	Maligne nieuwvorming n=5241
<i>Diagnostisch</i>							
- bloeddruk meten	9	5	10	14	10	7	3
- gewicht meten	1	-	-	1	1	-	-
- fysische diagnostiek	48	68	60	52	51	42	41
- ECG (eigen beheer)	-	-	-	-	-	-	-
- bloedonderzoek praktijk	8	1	2	2	2	1	1
- urine-onderzoek praktijk	6	1	2	2	2	2	2
- bloedonderz laboratorium	5	2	3	2	4	3	2
- beeldvorm. diagnostiek	1	1	1	1	1	1	1
- ECG (elders)	-	-	-	-	-	-	-
- microbiologisch onderzoek	-	-	-	-	-	-	-
<i>Therapeutisch</i>							
- gesprek/advies	76	76	76	73	75	72	74
- instrumentele behandeling	7	5	6	6	10	8	7
- vaccinatie	1	2	1	1	2	1	1
- recept	43	51	41	35	41	31	30
- verwijzing fysiotherapie	1	2	1	2	2	1	1
- verwijzing 1e lijn	1	1	1	1	1	1	1
- verwijzing 2e lijn	6	5	6	6	5	3	5

\* De som van de percentages is meer dan 100: tijdens een huisbezoek kunnen twee of meer verrichtingen plaatsvinden

## Beschouwing

Patiënten met een chronische ziekte werden, gemiddeld gezien, vaak thuis bezocht. Gezien het grote aantal patiënten bij wie geen huisbezoek werd afgelegd in de drie registratiemaanden, beperkten de huisbezoeken zich kennelijk tot een specifieke groep patiënten, met uitzondering van de dementiepatiënten. Vrouw-zijn, een hoge leeftijd en alleen wonen waren gerelateerd aan een groter aantal huisbezoeken; deze variabelen zijn niet onafhankelijk van elkaar: leeftijd bleek de meest – zij het weinig – bepalende factor. De gevonden relaties zijn overigens al bij kleine verschillen significant door de grote aantallen patiënten in deze analyses; dat zegt echter weinig over de *relevantie* van de gevonden verschillen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het lage percentage verklaarde variantie van de huisbezoekfrequentie door de leeftijd.

Naast patiëntfactoren bepaalt ook de huisarts hoe frequent huisbezoek wordt afgelegd: de huisartsen verschillen onderling sterk in het aantal afgelegde huisbezoeken; het gemiddelde aantal huisbezoeken per huisarts aan zijn patiënten met een chronische ziekte in de drie registratiemaanden varieerde van 0 tot ruim 6.

Een deel van de variatie in huisbezoekfrequentie zal verklaarbaar zijn door de ernst van de aandoening of de mate van functionele beperking van de patiënt. Hierover waren in dit bestand geen gegevens beschikbaar.

Bij patiënten met een chronische ziekte zal het fenomeen van herhaalvisites regelmatig voorkomen. De gegevens van de Nationale Studie bleken niet bruikbaar om herhaalvisites nauwkeurig in kaart te brengen.

De voor de patiëntengroepen berekende huisbezoekfrequentie is waarschijnlijk een hoge schatting: gedurende de registra-

tieperioden hebben niet alle patiënten contact met de huisartspraktijk gehad, waardoor het werkelijke aantal bekende patiënten groter is dan weergegeven (*Berkson's fallacy*).

Tijdens huisbezoeken komt de chronische ziekte van de patiënt uiteraard aan bod, naast andere, veelal eveneens chronische ziekten. Dit bevestigt eerdere bevindingen betreffende het gelijktijdig voorkomen van meer dan een chronische ziekte bij eenzelfde patiënt (comorbiditeit).<sup>4</sup> Patiënten met comorbiditeit van chronische ziekten zijn in deze analyse wellicht oververtegenwoordigd vanwege een grotere kans op een huisbezoek dan patiënten zonder comorbiditeit. In deze analyse is niet gecorrigeerd voor comorbiditeit: patiënten met meer dan één chronische ziekte zijn in alle betreffende patiëntengroepen betrokken.

Ziekten waarmee de huisarts voor het eerst tijdens een huisbezoek werd gecon-

fronteerd, waren vaker van acute aard. Deze ziekte zal nogal eens de aanleiding tot het huisbezoek geweest zijn.

Behalve lichamelijk onderzoek vinden tijdens huisbezoeken niet veel diagnostische verrichtingen plaats; de ogen, oren en handen van de huisarts worden, samen met enkele instrumenten uit de visitetas, voldoende geacht om de diagnose te stellen. Het deel van de huisbezoeken dat wordt afgesloten met een recept of een verwijzing, verschilt niet sterk van het algemene voorschrijf- en verwijzingscijfer.<sup>5</sup> In een recent Engels onderzoek, dat zich overigens beperkte tot consulten van patiënten met een chronische ziekte, bleek de frequentie van diagnostische en therapeutische verrichtingen van dezelfde grootte-orde te zijn, met uitzondering van een duidelijk hoger aantal voorschriften.<sup>6</sup> Vijftien jaar geleden vond *Van der Kooij* bij de analyse van 100 huisbezoeken ook relatief veel klachten op het gebied van hart- en bloedvaten en de ademhalingsorganen; in 9 van zijn 100 huisbezoeken werd laboratoriumonderzoek uitgevoerd.<sup>7</sup>

Het totaalbeeld van de huisartsgeneeskundige zorg tijdens huisbezoeken aan patiënten met een chronische ziekte komt ruwweg overeen met het beeld van de huisartsgeneeskundige zorg in het algemeen: frequent contact met een beperkte groep patiënten, zorg voor tegelijkertijd bestaande ziekten, eenvoudige diagnostiek, matig in het voorschrijven en weinig frequent verwijzen. Dit beeld bevestigt de belangrijke rol van de huisarts in de zorg voor patiënten met een chronische ziekte.

#### Dankbetuiging

Met dank aan het Nivel in de persoon van drs. H. van Snellenberg voor het beschikbaar stellen van de gegevens voor dit artikel.

#### Literatuur

1 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.

- 2 Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J, red. *International Classification of Primary Care*. Tabulaire lijst. Utrecht: Nivel, 1989.
- 3 Van der Velden J, De Bakker D, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 4 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk EH, et al. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 469-73.
- 5 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- 6 Beale N, Searle M, Woodman J. Use made by patients of chronic disease surveillance consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 51-3.
- 7 Van der Kooij S. Wat doet de huisarts thuis? *Huisarts Wet* 1979; 22: 501-3.

## Temidden van de zijnen

*Tijdens mijn weekendwachtdienst krijg ik een oproep voor een dringend huisbezoek. 'Wacht niet te lang, want hij heeft het nogal op zijn adem', klinkt de – overigens vrij onverschillige – vrouwenstem. Het gaat om iemand uit de 'barakken': ongeveer dertig houten huisjes die na de eerste wereldoorlog zijn opgetrokken als noodwoningen, maar tot het eind van de vijftiger jaren in gebruik zijn gebleven als 'sociale' woningen. Het is een buurt met een slechte naam.*

*Het is een regenachtige avond. In de schaars verlichte straat vind ik met wat moeite het juiste nummer. Luide filmmuziek is er waarschijnlijk de oorzaak van dat men mijn eerste bellen niet hoort. Harder, langer bellen helpt ook niet. Waarschijnlijk is de bel defect. Na hard kloppen gaat de deur tenslotte open en sta ik voor een vreemd toneel: een kamer, met in de hoek een televisie en daaromheen, in een dubbele kring ongeveer twintig mensen, zittend op de grond. Nie-*

*mand kijkt op en op mijn vraag of ik wel op het juiste adres ben, antwoordt een verveelde stem: 'Ga maar van achter, ge zult hem wel vinden.'*

*Met enige moeite baan ik me een weg tussen de kijkers. Ik open de deur van de volgende ruimte, vind geen schakelaar, krijg geen antwoord als ik ernaar vraag en stap dan maar de duisternis binnen, ondertussen mijn zaklamp opdellend uit mijn tas. Plotse-ling voel ik iets zeer eigenaardigs: een zachte druk tegen mijn been en een vochtig-warme gewaarwording aan mijn hand. Mijn haren beginnen wat rechter overeind te komen, tot ik in het licht van mijn lamp een geit zie. We staan in een smalle gang.*

*Aan het eind is een kleine kamer, waar een zware ammoniakgeur hangt. Aan weerszijden staan drie stapelbedden en op één ervan ligt een oude man te kreunen. Hij vertelt me dat hij pijn heeft 'van de kanker in zijn buik', waarvoor zijn huisarts hem regel-*

*matig een inspuiting komt geven. De laatste dagen zou hij erg verzwakt zijn. Zijn zeer onregelmatig kloppend hart, zijn lage bloeddruk, zijn kortademigheid en zijn uiterst zwakke stem – het zijn duidelijke tekens van het naderend einde.*

*Hij krijgt zijn spuitje, wijst me nog zijn portemonnee en laat me gaan met een stil, maar gemeend 'welbedankt dokter'. Terug, voorbij de geit, kom ik weer in het lavaai van de aanstormende paarden van een trillende western terecht. Ik zeg dat de man stervend is, waarop ik iets hoor mompelen van 'ja, dat weten we wel'.*

*Als ik de volgende dag zijn huisarts opbel, verneem ik dat hij die nacht gestorven is. Hij werd 's morgens dood gevonden op zijn brits, 'temidden van de zijnen', die niets hadden gemerkt.*

*Ook thuis kan sterven eenzaam zijn.*

J. De Loof