

Huisbezoek bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang?

R.A. DE MELKER
J. VAN DER VELDEN
M.M. KUYVENHOVEN

De Melker RA, Van der Velden J, Kuyvenhoven MM. Huisbezoek bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang? *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 532-6

Samenvatting Visites blijken nog steeds een belangrijk onderdeel van het werk van de Nederlandse huisarts te zijn. Uit een secundaire analyse van de Nationale Studie van het Nivel blijkt dat 15 procent van de contacten wegens een luchtweginfectie uit een huisbezoek bestaat. Huisartsen blijken daarbij gericht te werk te gaan. Er bestaan aanzienlijke verschillen per diagnose, contactreden en leeftijd. Relatief hoge percentages huisbezoeken komen voor bij lage-luchtweginfecties, bij koorts als contactreden, bij ouderen en bij jonge kinderen. Het aantal huisbezoeken hangt nauwelijks samen met regio, urbanisatiegraad en afstand. Gezien het belang van het huisbezoek is nader onderzoek noodzakelijk om criteria voor het al of niet afleggen van visites te ontwikkelen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht; telefoon 030-538.188; fax 030-539.028.
Prof.dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde; J. van der Velden, arts-epidemioloog (Nivel, Utrecht); mw. dr. M.M. Kuyvenhoven, sociologe.
Correspondentie: Prof.dr. R.A. de Melker.

Inleiding

In de meeste Westeuropese landen is het aantal huisbezoeken door huisartsen sinds de zestiger jaren sterk gedaald.¹⁻⁶ In Nederland daalde het aantal huisbezoeken in de periode 1965-1987/1988 in een normpraktijk van ongeveer 15 tot 4 per dag.^{1,2} In Noord-Engeland nam in de periode 1969-1980 het aantal huisbezoeken vooral bij patiënten <65 jaar en bij luchtweginfecties af.³⁻⁶ Argumenten om minder huisbezoeken af te leggen zijn onder meer het sterk toegenomen aantal auto's, afspraakspreekuren, betere diagnostische en behandelingsmogelijkheden in de praktijk en onnodig tijdverlies.^{4,7,8} Vooral tijdens diensten blijkt dat veelal met een telefonisch consult volstaan kan worden.⁹ In de USA en Canada is het aantal huisbezoeken nog meer gedaald.¹⁰⁻¹³

Er bestaat de laatste tijd weer aandacht voor het belang van huisbezoeken, ook in landen als Amerika en Canada.¹⁴ Juist een huisbezoek kan de huisarts inzicht geven in leefstijl, omstandigheden en ziektegedrag van de patiënt en zijn gezin, factoren die van belang zijn bij het ontstaan en het al of niet presenteren van ziekten aan de huisarts.^{4,8,15-18}

Omdat omgevings- en gezinsfactoren nauw samenhangen met luchtweginfecties en het presenteren daarvan aan de huisarts is juist bij deze aandoeningen inzicht in leefmilieu en -omstandigheden van belang.^{19,20} De vraag is echter in hoeverre het maken van visites van zoveel belang is dat de geïnvesteerde tijd verantwoord is. Dit geldt zeker voor frequent voorkomende 'gewone' ziekten, die in het algemeen een onschuldig karakter hebben.

Doel van het onderzoek is na te gaan welke praktijk- en patiëntgebonden factoren met het maken van huisbezoeken bij luchtweginfecties samenhangen. De onderzoeksvragen zijn:

- Wat is de relatieve frequentie van huisbezoeken bij luchtweginfecties naar soort contact?
- Bestaat er een samenhang tussen de contactreden in het eerste contact van een nieuwe episode en het percentage huisbezoeken bij luchtweginfecties?

- Hangen mogelijke verschillen in percentage huisbezoeken bij luchtweginfecties samen met patiënt- en praktijkkenmerken?

Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{21,22} In deze studie participeerde een aselechte, gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen (en hun praktijkassistenten), die 335.000 patiënten verzorgen. In 1987-1988 registreerden zij in vier groepen van circa 40 huisartsen successievelijk gedurende drie maanden gegevens van alle contacten met patiënten. Uit dit episode-georiënteerde bestand zijn alle contacten met de belangrijkste diagnostische categorieën (exclusief symptoomdiagnosen) geselecteerd:

H71 otitis media acuta (OMA);
R74 acute bovenste-luchtweginfectie;
R75 sinusitis;
R76/R72 tonsillitis acuta en streptokokkeninfectie;
R77 laryngitis acuta;
R78 bronchi(oli)tis acuta;
R80 influenza;
R84 pneumonie.

De contactredenen werden ingedeeld naar koorts, hoest, keelklachten, verkouden, benauwd, hoofdpijn, oorpijn, algemene malaise en overige op grond van zinvolheid; frequentie van voorkomen speelde vervolgens een secundaire rol.

Als afhankelijke variabele gold de visite, onderscheiden in spoedvisite, afspraakvisite of spontane visite. Als onafhankelijke variabelen zijn een aantal praktijk- en patiëntkenmerken gebruikt. Patiëntkenmerken zijn leeftijd, geslacht en comorbiditeit. Comorbiditeit is geoperationaliseerd in nevenliggende (= andere, in hetzelfde contact gepresenteerde problemen) en onderliggende ziekte (= in hetzelfde contact gemelde, onderliggende aandoening). Praktijkkenmerken in deze studie worden gevormd door de stratificatievariabelen regio, urbanisatiegraad en afstand van het praktijkadres tot het ziekenhuis.

Alleen de contacten met de huisarts zijn bestudeerd. Deze zijn onderverdeeld in eerste contact, herhaalcontact en contact wegens recidief. Alleen de eerst gemelde contactredenen zijn in analyse genomen, evenals de diagnose in de betreffende contacten. Voor de beantwoording van de tweede en derde vraagstelling zijn alleen gegevens uit het eerste contact in beschouwing genomen. Deze contacten zijn het meest frequent en het beslismoment om wel of geen visite af te leggen, is dan het meest essentieel.

In principe zijn steeds bivariate analyses uitgevoerd met behulp van SPSS-X.

Resultaten

Frequentie

Vijftien procent van alle contacten vanwege luchtweginfecties bestond uit een visite (*tabel 1*); dit was zowel bij de eerste contacten als bij de contacten bij recidieven het geval. Bij herhaalcontacten werden vaker visites gemaakt: meer dan 20 procent hiervan was een herhaalvisite. Het percentage visites was het hoogst bij pneumonie, gevolgd door influenza en tonsillitis acuta en bronchitis acuta. Bij de herhaalcontacten was het percentage visites het hoogst bij influenza en pneumonie: bij

ongeveer de helft van die diagnoses werd een herhaalvisite afgelegd. Het percentage herhaalvisites bij acute bovenste-luchtweginfecties, laryngitis acuta, influenza en pneumonie was hoger dan voor eerste contacten en – met uitzondering van pneumonie – ook voor recidiefcontacten.

Van alle visites bij eerste contacten vanwege luchtweginfecties bestond ongeveer 6 procent uit een spoedvisite; alleen bij laryngitis acuta was een kwart van de visites een spoedvisite.

In totaal werd de helft van alle huisbezoeken bij luchtweginfecties gemaakt bij de diagnoses acute luchtweginfecties en bronchitis acuta. Een derde van alle huisbezoeken vanwege luchtweginfecties bij een eerste contact had betrekking op een acute bovenste-luchtweginfectie, eveneens een derde had betrekking op influenza en bronchitis acuta. Driekwart van de herhaalvisites hadden betrekking op bronchitis acuta, pneumonie en acute bovenste-luchtweginfecties.

Contactredenen

Bij bijna tweederde van de contacten waarbij koorts als contactreden werd geregistreerd, werd een visite afgelegd (*tabel 2*). Bij benauwdheid was dit bij één op drie contacten het geval, terwijl bij verkoud-

heid en oorpijn zelden in meer dan 10 procent van de gevallen een visite werd gemaakt. Bij alle diagnoses was het percentage huisbezoeken bij koorts dan ook drie tot zes maal zo hoog als het percentage voor alle contactredenen per diagnose. Bij pneumonieën met koorts als contactreden werd in meer dan driekwart van de gevallen een visite afgelegd. Bij benauwdheid was het percentage huisbezoeken duidelijk hoger dan het gemiddelde bij laryngitis acuta en acute bovenste-luchtweginfecties, en in mindere mate bij bronchitis acuta en pneumonie. Bij algemene malaise werden alleen bij acute bovenste-luchtweginfecties, sinusitis en laryngitis acuta meer visites afgelegd dan gemiddeld voor de betreffende diagnoses (*tabel 2*).

Patiënt- en praktijkkenmerken

Het percentage huisbezoeken hing bij alle diagnoses samen met de leeftijd van de patiënt (*tabel 3*). Visites werden vooral bij jonge kinderen en ouderen afgelegd. Bij hoogbejaarden bestond tweederde van de eerste contacten uit een huisbezoek; bij influenza werd in meer dan 80 procent en bij bronchitis acuta en pneumonie bij meer dan driekwart van de eerste contacten een visite afgelegd. Bij jonge kinderen werd bij éénvijfde van de eerste contacten een visite gemaakt; bij influenza was het aantal visites met tweevijfde het hoogste in deze leeftijdscategorie.

Uit nadere analyse door middel van stratificatie blijkt dat bij kleine kinderen (0-4 jaar) het relatief hoge percentage visites niet samenhangt met onderliggende aandoeningen. Bij 65-plussers ging het percentage visites omhoog met de leeftijd, maar die stijging was nog sterker bij mensen met een onderliggende aandoening. Daarbij speelden twee factoren een rol. Ten eerste kwam bij een onderliggende aandoening in alle leeftijdscategorieën een hoger percentage visites vanwege luchtweginfecties voor. Ten tweede was het aandeel patiënten met een onderliggende aandoening bij 65-plussers veel hoger dan in de andere leeftijdscategorieën. Bij een onderliggende aandoening was in ongeveer de helft van de gevallen sprake van Cara; bij bronchitis acuta en pneumonie

Tabel 1 Percentage visites in episoden vanwege luchtweginfecties, onderscheiden naar aard contact. Afgeronde percentages

	N	Eerste contacten	Herhaalcontacten	Recidiefcontacten	Totaal
<i>Bovenste-luchtweginfecties</i>					
- OMA	3.387	13	11	9	12
- tonsillitis acuta/strept.infectie	2.487	22	21	20	22
- acute blwi	11.874	11	20	10	13
- sinusitis	4.444	7	7	3	7
- laryngitis acuta	1.418	8	16	9	13
- totaal	23.590	12	14	9	12
Influenza	1.613	33	47	30	35
Bronchi(oli)tis acuta	6.883	20	25	23	22
Pneumonie	1.600	44	51	53	49
Totaal	33.686	15	22	14	15

Tabel 2 Percentage visites voor eerste consulten, onderscheiden naar contactreden per diagnose. Afgeronde percentages*

	OMA (n=2067)	Tonsillitis acuta (n=1893)	Acute blw-infectie (n=9207)	Sinusitis acuta (n=2605)	Laryngitis acuta (n=1096)	Influenza (n=1387)	Bronchi(oli)tis acuta (n=3118)	Pneumonie (n=578)	Totaal (n=21951)
Koorts	59	61	60	46	48	65	61	78	61
Hoest	22	18	9	7	9	25	16	35	13
Keel	27	16	6	–	5	8	7	–	10
Verkouden	20	9	8	5	18	12	9	7	8
Benauwd	–	25	27	14	45	–	29	60	34
Hoofdpijn	47	–	10	6	–	31	55	–	11
Oorpijn	8	20	8	11	–	50	–	–	8
Algehele malaise	12	16	21	18	30	33	20	23	23
Overige	8	13	10	3	11	25	22	44	13
Totaal	13	21	11	7	12	19	19	43	15

Toelichting De percentages in deze tabel zijn steeds gebaseerd op het totaal aantal eerste contacten wegens een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld OMA) die geïnitieerd zijn met een bepaalde contactreden (bijvoorbeeld koorts). Van alle eerste contacten met OMA als diagnose, waarbij de contactreden koorts was, bestond dus 59 procent uit een visite.

Tabel 3 Percentage visites voor eerste consulten onderscheiden naar diagnose per leeftijdklasse. Afgeronde percentages

Diagnose	0-4 (n=4516)	5-14 (n=3207)	15-24 (n=3212)	25-44 (n=6178)	45-64 (n=3018)	65-74 (n=1004)	75+ (n=816)	Totaal (n=21951)
OMA	19	8	3	3	7	5	38	13
Tonsillitis acuta	32	26	11	18	18	36	42	21
Acute blwi	18	10	4	5	7	22	58	11
Sinus	12	5	4	5	8	21	36	7
Laryngitis acuta	27	15	5	5	5	20	44	12
Bronchi(oli)tis acuta	23	12	7	9	14	34	67	19
Influenza	41	38	23	22	27	70	82	33
Pneumonie	25	20	37	37	45	65	78	43
Totaal	21	13	7	8	12	32	62	15

Toelichting De percentages in deze tabel zijn steeds gebaseerd op het totaal aantal eerste contacten in een bepaalde leeftijdklasse (bijvoorbeeld 0-4 jaar) met een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld OMA). Van alle eerste contacten in de leeftijdklasse 0-4 jaar met OMA als diagnose bestond dus 19 procent uit een visite.

waren er relatief hoge percentages (respectievelijk 73 en 45 procent) en bij otitis media acuta en influenza lage percentages (respectievelijk 26 en 19 procent).

Het percentage huisbezoeken hing nauwelijks samen met regio, urbanisatiegraad of afstand tot het ziekenhuis, behalve voor influenza en pneumonieën; op het platteland werden bij die diagnoses meer visites afgelegd dan in de stad: 36 en 47 procent versus 24 en 37 procent. Uit nadere analyse door middel van stratificatie blijkt echter dat dit leeftijdgebonden is: er was al-

leen een verschil tussen stad en platteland bij de jongere leeftijdscategorieën, en niet bij 65-plussers.

Beschouwing

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is, dat het percentage huisbezoeken bij contacten wegens luchtweginfecties (15 procent) vrijwel gelijk was aan het gemiddelde voor alle contacten (17 procent),² maar dat er aanzienlijke verschillen per diagnose, contactreden en leeftijd bestonden. Vrijwel alle patiënten met pneu-

monie en koorts als contactreden werden thuis bezocht. Er werden wat vaker visites gemaakt bij herhaalcontacten dan bij eerste contacten en recidiefcontacten. Het aantal spoedvisites was beperkt, behalve bij laryngitis acuta (25 procent). Gezien de ernst van deze aandoening is dit begrijpelijk; bij acuut benauwde kinderen is laryngitis subglottica de meest frequente oorzaak van gevraagde spoedhulp.²³ Huisartsen gaan dus zeer gericht te werk.

Het aantal huisbezoeken in Nederland is ongeveer gelijk aan het aantal in Groot-

Brittannië: in Nederland wordt in een normpraktijk ongeveer vier visites per dag afgelegd, in Groot-Brittannië ongeveer vijf.²⁻⁵ Marsh vond dat juist het aantal huisbezoeken voor luchtweginfecties sterk was gedaald.³ In de periode 1969-1980 nam het aantal huisbezoeken in Noord-Engeland af van 9,1 tot 5,4 per dag (41 procent). Voor luchtweginfecties was deze afname meer dan 50 procent.³⁻⁵

Een opvallende bevinding is dat bij de contactreden koorts bij alle diagnoses in bijna tweederde van de gevallen een visite gemaakt werd; anderzijds bleef bij de contactreden benauwdheid het aantal beperkt tot ongeveer een derde van het aantal eerste contacten, terwijl er wel een sterke samenhang met de diagnose was (laryngitis acuta en acute bovenste-luchtweginfecties, en in mindere mate bij bronchitis acuta en pneumonie). Daarbij moet bedacht worden dat de contactreden bij een consult niet geheel vergelijkbaar is met de contactreden voor een huisbezoek: huisbezoeken worden (meestal) voorafgegaan door een selectie door praktijkassistente of huisarts. Een patiënt moet een huisbezoek legitimeren. Ook zal de huisarts bij registratie geneigd zijn juist koorts als eerste contactreden te registreren (selecteren).

Het grote aantal huisbezoeken bij de contactreden koorts roept een aantal vragen op: zijn ze medisch geïndiceerd, zijn ze zinvol of geeft de huisarts vooral toe aan de druk van patiënten of hun ouders? Het feit dat de diagnose bij koorts geen rol speelt, maar bij benauwdheid wel, kan erop wijzen dat de huisarts rekening houdt met ongerustheid van patiënten, en dat niet altijd sprake zal zijn van een duidelijke medische indicatie.

Uit onderzoek blijkt dat ouders de betekenis en de gevaren van koorts overschatten, vooral bij kinderen.²⁵⁻²⁷ Men spreekt wel van 'fever phobia'.²⁵ Ouders uit hogere sociaal-economische milieus zijn bezorgder over hersenbeschadiging door koorts dan ouders uit lagere milieus.²⁶ Van belang is dat de opvattingen van huisarts en ouders niet congruent zijn.²⁷ Zo kunnen patiënten c.q. ouders van een kind met verhoogde lichaamstemperatuur ook de ernst van de ziekteverschijnselen willen

uitdrukken. In de literatuur wordt gepleit voor gezondheidseducatie en het besteden van aandacht aan de onjuiste beeldvorming over koorts.^{28,29} Omdat het afleggen van een huisbezoek de onjuiste beeldvorming kan bevestigen, lijkt het van belang een adequate afweging te maken bij het besluit om al of niet een visite te maken.

Bij algemene malaise werden alleen bij acute bovenste-luchtweginfecties, sinusitis en laryngitis acuta meer visites dan gemiddeld afgelegd. Algemene malaise zou iets over de algemene conditie van de patiënt in combinatie met een onderliggende aandoening en mogelijk over de ernstgraad van de luchtweginfectie kunnen zeggen, met name bij ouderen.

De bevinding dat huisbezoeken vooral bij ouderen werden gemaakt, is in overeenstemming met ander onderzoek. In een Engelse huisartspraktijk bleek dat in de periode 1977-1989 het aantal nieuwe huisbezoeken op initiatief van de patiënt voor patiënten <65 jaar was gedaald van 383 naar 95 per 1000; bij de ouderen was er een veel geringere daling: van 115 naar 81 per 1000 bij de 65-74-jarigen, en van 1188 naar 919 per 1000 bij de hoogbejaarden.⁶

Uit het onderzoek van *Adam & Ten Cate* bleek dat de ernst van de ziekte-toestand, paniek en vervoersproblemen de belangrijkste redenen voor het aanvragen van een visites waren.¹⁷ Relatief ernstige ziekten van de luchtwegen, zoals pneumonieën, komen bij ouderen vaker voor, terwijl ook vervoer moeilijker zal zijn. Huisartsen lijken dus rationeel te werk te gaan.

Dat het aantal huisbezoeken wegens luchtweginfecties nauwelijks samenhang met regio en urbanisatiegraad, is opvallend. Alleen bij de patiënt met influenza en pneumonie op oudere leeftijd ging de huisarts in de stad frequent op bezoek. Bij eerder onderzoek in de zeventiger jaren werd een duidelijk verschil gevonden voor stad en platteland: respectievelijk 5,8 en 7,6 visites per dag.¹⁷

Uit het onderzoek kan worden afgeleid dat huisartsen bij het maken van huisbezoeken voor en tegen afwegen, gezien het feit dat alleen bepaalde patiëntcategorieën

thuis bezocht worden. Het feit dat Nederlandse huisartsen ook patiënten met luchtweginfecties thuis bezoeken, is een groot goed en toont nogmaals aan dat de benaming 'huisarts' terecht is. Hoewel niemand het belang ervan zal ontkennen, lijkt het noodzakelijk meer inzicht te verkrijgen in de voor- en nadelen van huisbezoeken. Er ontbreken nog steeds duidelijke richtlijnen en criteria waarmee de huisarts kan bepalen voor welke patiënten huisbezoek zinvol is. Meer onderzoek naar de betekenis en achtergrond van huisbezoek is van belang om ook dit aspect van onze huisartsgeneeskunde in stand te houden. Alleen op deze wijze zal ook in een tijd waarin efficiency centraal wordt gesteld, het huisbezoek in stand kunnen worden gehouden.

Dankbetuiging

Met dank aan de heren J.N.H.M. van Snellenberg en H.Ph.H. Abrahamse voor hun bijdrage bij de analyses.

Literatuur

- 1 Van der Hoeven J, Hogerzijl HHW. Medische verrichtingen en de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1965; 8: 168-75.
- 2 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, Nivel, 1992.
- 3 Marsh GN. Efficient care in general practice or how to look after even more patients. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1991: 29-39.
- 4 Whewell J, Marsh GN, Mc Nay RA. Changing pattern of homevisiting in the north of England. BMJ 1983; 286: 1259-61.
- 5 Marsh GN, Mc Nay RA, Whewell J. Survey of home visiting by general practitioners in North-East England. BMJ 1972; i: 487-92.
- 6 Beale N. Daily home visiting in one general practice: a longitudinal study of patient-initiated workload. Br J Gen Pract 1991; 41: 16-8.
- 7 Pereira Gray DJ. Feeling at home. J R Coll Gen Pract 1978; 28: 6-17.
- 8 Marsh GN. Caring for larger lists. In: Anonymous. The future of general practice. London: BMJ Tavistock Square, 1992: 39-52.

- 9 Marsh GN, Horne RA, Channing DM. A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 301-4.
- 10 Loudon M. Visiting patients in their homes. *JAMA* 1988; 260: 501-2.
- 11 Westbury RC. The electric speaking practice: a telephone workload study. *Can Fam Physician* 1974; 20: 69-76.
- 12 Perrin EC, Goodman HC. Telephone management of acute pediatric illness. *N Engl J Med* 1978; 298: 130-5.
- 13 Knight AL, Adelman AM, Sobal J. House call practices among young family physicians. *J Fam Pract* 1989; 29: 638-42.
- 14 Neuman LZ, Jones JG. Family medicine home visit programs in US and Canada medical schools. *J Med Educ* 1983; 58: 934-40.
- 15 Huygen FJA. Family medicine. The medical life histories of families. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.
- 16 Mc Whinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 17 Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 488-93.
- 18 Hennink MP. Criteria voor huisbezoek. *Huisarts wet* 1979; 496-501.
- 19 De Melker RA. Recurrent respiratory tract infections viewed as a natural phenomenon and a problem with multiple causation. *Allgemein Med* 1987; 17: 29-36.
- 20 Graham NMH, Woodward AJ, Ryan P, Douglas RM. Acute respiratory illness in Adelaide children. II. The relationship of maternal stress, social support and family functioning. *Int J Epidemiol* 1990; 19: 937-43.
- 21 Velden J van der, De Bakker DH, Claessen AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Baisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 22 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 23 Smit PTH. Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Utrecht/ Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986.
- 24 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1993; 36: 7-10.
- 25 Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984; 79(Suppl): 929-36.
- 26 Kramer MS, Naimark L, Ledus DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics* 1985; 75: 1110-3.
- 27 Stephenson MJ. Childhood fever: parental beliefs and management. *Can Fam Physician* 1988; 34: 63-5.
- 28 Van der Meulen P, Uitewaal P, Boomsma LJ, et al. NHG-Standaard Kinderen met Koorts. Wetenschappelijke verantwoording. Utrecht: NHG, 1992.
- 29 Baucher H. Do mothers overestimate the seriousness of their infants illnesses? *J Dev Beh Pediatrics* 1987; 8: 255-9. ■

Abstract

De Melker RA, Van der Velden J, Kuyvenhoven MM. House calls in cases of respiratory tract infections. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 532-6.

House calls are an important part of the duties of Dutch general practitioners. A secondary analysis of the data of the National study of illness and procedures of the Netherlands Institute of Primary Health Care shows that 15 per cent of the contacts in cases of respiratory tract infections are house calls. General practitioners seem to be relatively rational in their decision to make a house call. There are differences in house call figures related to diagnosis, reason for encounter and age. Relatively high rates of house calls are seen in cases of lower respiratory tract infections, 'fever' as reason for encounter, in young children and in elderly. The percentage of house calls does not correlate with region, degree of urbanisation and distance. Further research is necessary to define guidelines for the decision to make a house call.

Key words Family practice; House calls; Respiratory tract infections.

Correspondence Prof.dr. R.A. De Melker, Department of General Practice, Utrecht University, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht, The Netherlands.

Partus precipitatus

Als we net in bed liggen, kondigt boer Bijma telefonisch aan dat de bevalling van zijn vrouw is begonnen. Bij de vorige twee bevallingen was onze voorganger steeds te laat.

Ik schiet mijn kleren aan, gris de verlostas van de plank en spring in mijn auto. Bijma woont aan het eind van een zand-dreef, een onverlichte en onverharde weg. Na 7 minuten sta ik in de huiskamer.

Uit het luide geschrei blijkt dat ook ik te laat ben. De baby ligt tussen de benen van

de moeder, toegedekt met een schone luijer en een dekentje. 'Het is een gezonde jongen', glundert de moeder, 'en met mij is het ook prima'. Na het afnavelen leg ik de baby ingepakt in zijn wieg en kijk ik de moeder na. Allemaal prima, de nageboorte komt spontaan, met weinig bloedverlies. Als de kraamverzorgster na een uur verschijnt, liggen moeder en baby er prins-heerlijk bij.

Bij de 'poppenslok' worden herinne-

ringen aan de vorige twee bevallingen opgehaald. 'Ach', zegt de vader, 'mijn vrouw kan het zelf, maar na de eerste keer heb ik telefoon genomen.'

Betty Meyboom-de Jong

Een jongeman met astma

Op een mooie, zonnige ochtend in mei 1968 werd ik omstreeks half zes gewekt door de telefoon. Het was de moeder van de 21-jarige Piet S, die mij sinds 1960 bekend was met episoden van astma bronchiale: 'Het is zó erg, u moet direct komen. Hij zit op de rand van het bed en hapt naar lucht.'

Piet was de zoon van twee gevorderde vijftigers. Zijn vader was een zeer dominante man, met een zwaar beroep: heibaas – dat is sjouwen in weer en wind. Hij wilde zijn zoon zoiets besparen en koos voor hem een net en schoon beroep: banketbakker. Zijn moeder, een ex-religieuze, was een volgzaam type en had daar niets op tegen. En de zoon deed wat hem gezegd werd, wat in die tijd wel meer voorkwam.

Piet had af en toe een episode van hyperreactiviteit van de luchtwegen; de niet al te ernstige symptomen waren altijd goed behandelbaar, en verwijzing of opname was nooit nodig. Na het begin van de vooral praktisch gerichte opleiding werden de aanvallen frequenter, heviger en langer van duur. In 1961 werd Piet naar de allergoloog verwezen. De bevindingen logen er niet om: er was een duidelijke tot zeer duidelijke overgevoeligheid voor huisstof, veren, gist, tarwebloem, en mensen-, honde- en kattehaar.

Op grond van deze bevindingen had ik enkele uitvoerige gesprekken met Piet en zijn ouders. Geadviseerd werd onmiddellijk te stoppen met de opleiding en de kat de deur uit te doen. De vader verzette zich daartegen: 'Hoe kon dat nou! Piet was al gevorderd met de opleiding en had al verschillende diploma's gehaald. Allemaal onzin, nooit van gehoord!' Moeder zei, zoals gewoonlijk, niet veel en Piet hulde zich in onwetendheid.

In 1966 en 1967 vonden een vier ziekenhuisopnamen plaats wegens status asthmaticus. Desondanks gebeurde er niets.

Het was nog stil op straat en ik kon ongehinderd doorrijden. Het gezin woonde achter het Feyenoordstadion aan de rand van het praktijkgebied. Op mijn bellen deed de moeder open en zei: 'Ik denk dat u te laat bent. Toen de bel ging, zat hij nog blauw op

de rand van het bed, maar meteen viel hij plat achterover en bleef hij liggen zonder enig geluid.' Terwijl wij naar de slaapkamer snelden, flitsste door mij heen dat ik hier reanimatietechniek toe zou moeten passen. Ik was blij dat ik al jaren EHBO-les gaf en goddank had ik de verschillende handgrepen geleerd van ervaren instructeurs. In mijn medische opleiding had dit alles volkomen ontbroken, maar de EHBO-vereniging Kralingseveer was in de jaren zestig al in het bezit van een oefenpop.

In de slaapkamer vonden wij Piet roerloos achterover liggend, dwars op het bed, met wijd open ogen en mond. Er was geen merkbare ademhaling en geen voelbare pols. Ik begon terstond met mond-op-mond-beademing en hartmassage. Dat werkte, en wel na enkele minuten. De diep cyanotische patiënt begon rochelend te ademen, en met het oor op de hartstreek kon ik vaststellen dat het hart klopte. De vader belde de ambulancedienst met het dringende verzoek te komen wegens status na (schijn-) dood door astma.

Tot mijn grote opluchting arriveerden de broeders zeer snel. Kort daarvoor had ik de patiënt 1 cc adrenaline 1/1000 i.m. toegediend. De oudste broeder, een zeer kalme man, bracht de patiënt in stabiele zijligging en sloot een zuurstofapparaat aan. Vervolgens werd de nog comateuze patiënt afgevoerd naar het ziekenhuis.

Na volledig herstel en ontslag werd eerst rustig nagedacht hoe nu verder te gaan. Een grote scheepswerf was juist bezig om mensen te werven die vervolgens een opleiding in de bedrijfsschool zouden krijgen. De vraag was hoe Piet met zijn voorgeschiedenis door de medische keuring zou komen.

Nu kende ik de bedrijfsarts, en ik beloofde een goed woordje te zullen doen. Dat 'woordje' begon met een exact verslag van de ziektegeschiedenis van Piet, van zijn geboorte tot mei 1969. Vervolgens vroeg ik de bedrijfsarts dringend de jongen een kans te geven. Deze merkte uiteraard op dat Piet in dat geval in contact met diverse soorten oliën zou komen: 'Hoe weten wij of hij daar niet ook overgevoelig voor is?'

Na telefonisch contact met de allergoloog

kreeg Piet gedurende 48 uur drie watjes op zijn rug, gedrenkt in respectievelijk boorolie, zwavelolie en machine-olie, en afgeplakt met plastic. Er gebeurde niets met de huid en Piet kreeg zijn aanstelling. Hij werd machinebankwerker, huwde en kreeg twee kinderen. Een enkele keer had hij nog weleens een periode van hoesten en piepen, maar zijn werk hoefde hij daarvoor nooit meer te verzuimen.

Eind 1993 kregen wij, zoals alle voorgaande jaren, een nieuwjaarskaartje, hoewel het gezin al sinds 1969 uit de praktijk verhuisd is.

E. van der Does