

# Insturen of thuishouden?

Een voorstudie naar de besluitvorming met betrekking tot het al dan niet opnemen van patiënten met een cerebrovasculair accident

DRS. L. M. SCHURE, PROF. DR. G. J. BREMER EN  
DRS. C. S. M. WACHTERS-KAUFMANN\*

Ziekenhuisopname is, vooral voor ouderen, een ingrijpende gebeurtenis. Het besluitvormingsproces dat leidt tot thuishouden of insturen wordt veelal door de huisarts begeleid. De auteurs interviewden elf ervaren huisartsen om iets te weten te komen over hun handelwijze in dezen bij het ziektebeeld cerebrovasculair accident en over de factoren die zij hierop van invloed achtten.

## Inleiding

Van den Berg was, in Nederland althans, de eerste die erop wees dat „het belang van de patiënt” bij het geneeskundig handelen weleens nader bestudeerd mocht worden.<sup>1</sup> Later poneerden andere auteurs in binnen- en buitenland zelfs dat de geneeskunde een gevaar voor de mensheid begon te vormen.<sup>2,3</sup> Omdat artsen steeds meer kunnen bieden, wordt de patiënt voor tal van keuzemogelijkheden geplaatst. Maar om te kunnen kiezen, moet de patiënt voorgelicht worden, moet hij argumenten hebben om zijn keuze te kunnen bepalen, moet hij mondig worden. De „mondigheid van de patiënt” is zelfs tot ethisch basisprincipe geworden.<sup>4</sup> Van iedere arts wordt tegenwoordig verwacht dat hij de patiënt duidelijk voorlicht. Wat er moet gebeuren, moet in overleg met de patiënt worden bepaald. Een bepaling van deze strekking is zelfs opgenomen in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. In tegenspraak hiermee hoort men nogal eens het geluid dat vooral oudere patiënten weinig inbreng hebben in de beslissingen die henzelf betreffen. Een overwegend traditionele relatie tussen arts en patiënt blijkt een open communicatie in de weg te staan. Dit geldt in meerdere mate indien arts en patiënt meer van elkaar verschillen wat betreft leeftijd, opleiding en geslacht.<sup>5-7</sup> De

vraag kan nu gesteld worden, hoe beslissingen worden genomen in de huisartspraktijk: in hoeverre beslist de huisarts bijvoorbeeld zonder de patiënt zelf aan het woord te laten en welke factoren spelen een rol bij die beslissing?

## Vraagstelling en opzet

Het onderzoekbeleid van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de medische faculteit te Groningen betreft „het evalueren van de resultaten van geneeskundige bemoeienissen”. Als onderdeel van dit beleid heeft de vakgroep zich gericht op de oudere patiënt en heeft zij zich verder beperkt tot patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA). Het ziektebeeld CVA is gekozen, omdat dit voornamelijk bij ouderen voorkomt en omdat de effectiviteit van het medisch ingrijpen hierbij niet groot lijkt. Bestaande protocollen<sup>8</sup> zijn door specialisten opgesteld en betreffen het handelen van de arts in de kliniek. De centrale vraag waar de huisarts zich voor gesteld ziet, namelijk of hij moet insturen of thuishouden, wordt er zelden opgeworpen.

Dit vooronderzoek is bedoeld om de factoren te inventariseren die volgens de huisarts een rol spelen bij de besluitvorming omtrent het al of niet opnemen van patiënten met een CVA. Mede op grond van dit onderzoek zal het instrumentarium worden ontwikkeld om een voor de huisarts bruikbaar protocol op te stellen.

Om de factoren te inventariseren die een rol zouden spelen in de besluitvorming tot wel of niet opname van de CVA-patiënt in het ziekenhuis, zijn elf erva-

ren huisartsen uit de regio uitgebreid geïnterviewd met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst\*\* door een huisarts en een gedragswetenschapper. De huisartsen werden thuis bezocht; de gesprekken duurden ongeveer anderhalf uur en zijn op de band opgenomen. De gegevens vertegenwoordigen enerzijds zogenaamd „beweerd gedrag”, gebaseerd op analyse achteraf, anderzijds geven zij ervaringen weer met CVA-patiënten in de algemene praktijk en tonen zij het beleid dat de artsen tot richtsnoer dient.

## Resultaten

**Frequentie.** Over de frequentie waarmee CVA in de huisartspraktijk voorkomt, zijn geen exacte cijfers bekend. Toch is het in Nederland doodsoorzaak nummer 3 (10,5 procent). Uit diverse bronnen is op te maken dat de incidentie van CVA 1,5 à 2 per 1000 bedraagt, dat is ongeveer 4 gevallen per huisartspraktijk per jaar.<sup>9-11</sup> Het aantal ontslagdiagnosen CVA uit ziekenhuizen bedraagt jaarlijks ongeveer 19.000. Daarenboven overlijden er nogeens ongeveer 6.000 personen per jaar aan CVA in een ziekenhuis; dat is de helft van het totaal aantal sterfgevallen aan CVA per jaar. Wanneer wij de elf huisartsen vragen „zo uit het hoofd” een schatting te geven, dan bedraagt de incidentie per huisartspraktijk gemiddeld 1,3 per jaar en ligt de mediaan bij 2 per jaar. Onderlinge verschillen zijn groot: van 0,3 tot 6 per huisartspraktijk per jaar. De betrouwbaarheid van dit soort epidemiologische gegevens is waarschijnlijk gering.

**Beleid.** Zonder dat er expliciet naar is gevraagd, geven alle elf huisartsen uit zichzelf duidelijk aan hoe hun beleid is bij CVA. Er is hier sprake van een grote discrepantie tussen de huisartsen: vijf van hen sturen iedere CVA-patiënt in principe altijd in; twee huisartsen houden een CVA-patiënt in principe altijd thuis en één stuurt in „op vaste indicatie”. De overige drie huisartsen twijfelen of sturen „contre coeur” in.

**De factoren.** Hoofddoel van deze studie was het inventariseren van de factoren die volgens huisartsen een rol zouden spelen bij de beslissing tot wel of niet ziekenhuisopname van de CVA-patiënt. Ongeacht de richting (thuis of ziekenhuis) waarin men de factor van invloed acht, volgt in de tabel de „top-tien” van de factoren die door de respondenten naar voren werden gebracht.

\* De auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen.

\*\* De vragenlijst is op verzoek verkrijgbaar bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusingalaan 4, 9713 AW Groningen.

De tabel geeft een beeld van de complexiteit van het besluitvormingsproces waar de huisarts mee te maken heeft. De probleemsituatie waarvoor de huisarts zich gesteld ziet, omvat niet alleen het ziektebeeld (factor 1), maar ook de patiënt (factoren 4, 8 en 10), diens naaste omgeving (factoren 2 en 5), de situatie (factoren 7 en 9), de huisarts zelf (factoren 3 en 6) en het ziekenhuis (factor 6). De gangbare literatuur over besluitvorming en probleem-oplossing beperkt zich in haar probleemstelling tot de patiënt en dan meestal nog alleen tot de ziekte van de patiënt. Het is daarom niet verwonderlijk dat de handelwijzen van de huisartsen zo divergeren.

## Bespreking

Uitgaande van de spontaan genoemde factoren, zien wij dat de lichamelijke toestand van de patiënt, de verzorgingsbereidheid van diens naaste omgeving en de woonsituatie het meest worden aangegeven. De „mening van de patiënt” komt zwak uit de bus. Dit laatste wordt ondersteund wanneer bij doorvraag blijkt dat er van de elf huisartsen zeven zijn die de patiënt op zijn hoogst een „veto-recht” toekennen als het gaat om wel of niet opnemen in een ziekenhuis. Slechts één huisarts vindt dat de patiënt, ook al kost het soms veel moeite (afasie), expliciet in de besluitvorming moet worden betrokken.

Instanties op het gebied van eerstelijns hulpverlening (bijvoorbeeld wijkverpleging) worden als factor nauwelijks van betekenis geacht. De naaste omgeving daarentegen is van eminent belang voor de thuiszorg.

Er bestaat verschil in opvatting over wat de primaire functie van het ziekenhuis is bij CVA. Voor de meeste huisartsen staat de diagnostische functie voorop,

soms aangevuld met therapeutische functies. Als motief speelt bij deze huisartsen het elimineren van eigen onzekerheid mee.

Aan de andere kant bestaat bij enkelen ook weer twijfel of het ziekenhuis eigenlijk wel zo veel meer kan dan de huisarts zelf. Er zijn vier huisartsen voor wie het ziekenhuis in de eerste plaats dient als verzorgings- of verpleeginstelling. Daarvoor zou bijvoorbeeld een ziekenboeg in het bejaardenhuis net zo goed dienst kunnen doen.

Aan lichamelijke verschijnselen worden soms verschillende betekenissen toegekend als het gaat om de richting waarin het besluit uitvalt: afasie bijvoorbeeld is voor de ene huisarts een factor die wijst in de richting van ziekenhuisopname, terwijl het voor de ander een indicatie is om de patiënt thuis te houden. Dergelijke verschillen in richting werden ook toegekend aan bewustzijnsstoornissen, ernstige verlammingssverschijnselen, ritmestoornissen en slechte bloedvaten.

Huisartsen noemen uit zichzelf geen subjectieve, huisartsgebonden factoren die het besluit tot insturen of thuishouden zouden beïnvloeden, terwijl die factoren (bij navraag onderzijds) wel degelijk erkend worden.

Aan het eind van elk interview vroegen wij de artsen naar de mate van generaliseerbaarheid van de invloed van bovengenoemde factoren bij andere ziektebeelden. Men achtte ze ook van toepassing op ziekten die ernstig, acuut en/of terminaal van karakter zijn. Bij andere ziektebeelden, coxarthrose bijvoorbeeld, is de tijdsdruk op de beslissing kleiner. Men suggereerde dat de mate waarin de patiënt in het besluitvormingsproces wordt betrokken, samenhangt met deze tijdsfactor.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat de gegevens die de elf interviews hebben opgeleverd, nogal wat tegenstrijdigheden laten zien:

- Ondanks het feit dat de patiënt nauwelijks meepraat, wordt de invloed van „de mening van de patiënt” wel als factor genoemd: „Oh ja, eigenlijk het allerbelangrijkste”.

- Er bestaan twijfels over de medische mogelijkheden van het ziekenhuis in vergelijking met die van de thuis situatie. Toch worden de meeste patiënten snel ingestuurd: „ik heb er alles aan gedaan”.

- De huisarts ervaart een grote tijdsdruk („er moet snel iets gedaan worden”), terwijl de situatie rustig overleg heel goed toelaat.

Men kan zich dan ook afvragen, in hoeverre de beslissing tot wel of niet opnemen bij een cerebrovasculair accident in de praktijk op overwegend rationale gronden wordt genomen.

In ieder geval wordt „het belang van de patiënt” niet gediend door een dergelijk divergent optreden van huisartsen bij een en hetzelfde ziektebeeld. Het lijkt dan ook de moeite waard een CVA-protocol op te stellen, dat de door de huisarts van belang geachte factoren omvat en behulpzaam kan zijn bij de besluitvorming met betrekking tot insturen of thuishouden.

*Samenvatting. Een ziekenhuisopname is, vooral voor ouderen, een ingrijpende gebeurtenis. Het besluitvormingsproces dat leidt tot thuishouden of insturen, wordt veelal door de huisarts begeleid. Wij interviewden elf ervaren huisartsen om iets te weten te komen over hun handelwijze in dezen bij het ziektebeeld cerebrovasculair accident en over de factoren die zij hierbij van invloed achtten.*

*Het optreden van deze elf huisartsen bleek zeer divergent: „ik neem altijd op” versus „ik houd altijd thuis” en een aantal gradaties daartussen. De patiënt en diens naaste omgeving worden door tien van de huisartsen niet noemenswaardig bij het overleg betrokken.*

*Uit de antwoorden van de huisartsen werd een lijst samengesteld van de factoren die een rol zouden spelen bij het besluitvormingsproces. Deze factoren bestrijken een breed gebied: het ziektebeeld, de naaste omgeving van de patiënt, de patiënt zelf en de huisarts. Naar aanleiding van een aantal inconsistenties in de interviews rijst overigens de vraag, in hoeverre beslissingen tot wel of niet opnemen in de praktijk op overwegend rationale gronden worden genomen. Op*

Tabel. De factoren die een rol spelen bij de besluitvorming tot al dan niet insturen.

Factoren	Aantal keren genoemd <sup>a</sup>	Spontaan genoemd <sup>b</sup>
1. Aard en ernst van de symptomen.	17	5
2. Mogelijkheid/bereidheid tot verzorging door naaste omgeving.	14	6
3. Bekendheid met/betrokkenheid op patiënt.	13	0
4. Mening/wens patiënt wel/niet ziekenhuisopname.	10	1
5. Houding van naaste omgeving t.o.v. de nieuwe situatie.	10	1
6. Beleid bij CVA van ziekenhuis, specialist, huisarts.	10	1
7. Alleen- of samenwonende patiënt.	9	3
8. Leeftijd van de patiënt.	9	1
9. Kwaliteit van de woning.	8	2
10. Mening/wens/codicil van de patiënt vóór het CVA.	8	0

<sup>a</sup> Een huisarts kon binnen één factor meer dan een item noemen. <sup>b</sup> Bij acht huisartsen was het tevens mogelijk de factoren te onderscheiden die spontaan als eerste, tweede of derde waren genoemd.

grond hiervan wordt gepleit voor het opstellen van een CVA-protocol dat behulpzaam kan zijn bij de besluitvorming met betrekking tot insturen of thuishouden.

*Summary. Hospitalize or keep at home? A preliminary study of decision-making about hospitalization of patients after a cerebrovascular accident.*

*Hospitalization is an important event, especially for the aged. The decision-making process which leads to hospitalization is often guided by the family doctor. We interviewed eleven experienced general practitioners in order to obtain information on their decision-making about hospitalization of patients with a cerebrovascular accident (CVA) and on the factors which they considered important in this respect.*

*The attitudes of the eleven general practitioners proved to be widely divergent: „I always hospitalize” versus „I always keep the patient at home”, and many gradations in between. Ten of the general practitioners did not significantly involve the patient and his immediate environment in their considerations.*

*The responses of the general practitioners were used to make a list of factors which play a role in the decision-making process. These factors cover a broad area: the symptomatology, the patient's immediate environment, the patient himself, and the physician. A number of inconsistencies in the interviews prompt the question whether in practice decisions to hospitalize or keep at home are always made on largely rational grounds. In view of this a plea is made for the formulation of a CVA protocol that may be helpful in making decisions about hospitalization.*

<sup>1</sup> Berg JH van den. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach, 1969.

<sup>2</sup> Zola IK. De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Meppel: Boom, 1973.

<sup>3</sup> Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. London: Marion Boyars, 1976.

<sup>4</sup> Terborgh-Dupuis H. Medische ethiek in perspectief [Dissertatie]. Leiden, Rijksuniversiteit te Leiden, 1976.

<sup>5</sup> Cassee ThE. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.

<sup>6</sup> Spronk VRA, Warmenhoven NE. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Een inventarisatie van meningen van huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

<sup>7</sup> Sachs H. Can patients influence health decisions? J R Coll Gen Pract 1982; 32: 691-4.

## Van A5 naar A4 - het verslag van een overschakelingsproces

J. DE HAAN\*

Ruim vier-en-een-half jaar geleden publiceerde Huisarts en Wetenschap een themanummer over probleemgeoriënteerde registratie. Daarin werd onder meer ingegaan op het overschakelen van de oude NHG-kaart op een nieuw, probleemgeoriënteerd systeem. In deze bijdrage wordt beschreven hoe zo'n overschakelingsproces in de praktijk in zijn werk is gegaan.

### Inleiding

Hoewel nauwelijks bekend is, in hoeverre de informatie die op een patiëntenkaart wordt neergeschreven, ook werkelijk relevant is, lijkt iedereen toch wel overtuigd van het nut van een goede registratie van de medische gegevens van de patiënt. Voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is verslaglegging van cruciale betekenis en registreren bevordert de kwaliteit van het probleem-oplossend proces. Door de toenemende samenwerking en door de komst van de arts-assistent in de huisartspraktijk is de toegankelijkheid van het medische dossier van de patiënt bovendien steeds belangrijker geworden. Daarnaast is bij het verwijzen van de patiënt een goede overdracht van de bestaande informatie noodzakelijk.

Veel huisartsen zien er tegenop, hun registratiesysteem te verbeteren. Men verwacht dat dit veel werk met zich zal meebrengen en denkt dat voor een uitgebreidere registratie meer opbergruimte nodig is. Ook het kostenaspect kan een rol spelen.

Mijn onvrede met het bestaande systeem was echter dermate groot, dat ik besloot over te schakelen op een nieuw systeem.

### Het oude systeem

In de praktijk werd gewerkt met de groene NHG-kaart (A5 formaat, 21 × 14,5 cm). Deze kaarten werden per gezin bewaard in een doorzichtig mapje. De specialistenbrieven van de patiënt

en de verdere gegevens werden bewaard in afzonderlijke mappen die iets groter zijn dan het A5 formaat, namelijk 23,5 × 17 cm. De NHG-kaarten en de mappen met de specialistenbrieven waren opgeborgen in ladenbakken van respectievelijk 25,5 × 20 × 40 cm en 28 × 22 × 40 cm. Van de kleine ladenbakken werden er zes gebruikt, van de grote achttien. De ladenbakken waren geplaatst op een tafel van 170 cm lengte, 40 cm breedte en 65 cm hoogte. Het was de gewoonte om van belangrijke specialistenbrieven een uittreksel te maken en deze samenvatting in rood te noteren op de groene kaart van de patiënt.

De groene kaart is te klein voor een goed overzicht van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Het gescheiden bewaren van de groene NHG-kaart en de specialistenbrieven heeft ook vele nadelen. Er moest tweemaal gezocht worden om inzage te hebben in het volledige dossier van een patiënt. Voor het lezen van de opgeborgen specialistenbrieven was het steeds nodig om ze uit te vouwen. De bezwaren betreffen dus enerzijds de toegankelijkheid en de overzichtelijkheid van de medische gegevens van de patiënt en anderzijds de manier van opbergen.

### De A4 StaGlij-map

Er werd gekozen voor de A4 StaGlij-map, die is ontwikkeld door de werkgroep registratie van het NHG. Het A4 model (tweemaal de grootte van de groene NHG-kaart, 29,5 × 21 cm) verdient de voorkeur boven het A5 model (21 × 14,5 cm).<sup>1</sup>

Het samen bewaren van de specialistenbrieven en de werkkaart gaat prima in