

Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA

Besluitvorming, toekomstverwachtingen, consequenties en informatie-uitwisseling

K. H. SOESBEEK*

In een klein onderzoek werden negen in een ziekenhuis opgenomen oudere CVA-patiënten en hun partners, benevens de betrokken huisartsen en specialisten ondervraagd over een aantal aspecten van de opname: besluitvorming met betrekking tot de opname, de toekomstverwachtingen van patiënt en partner, de consequenties van de opname voor het dagelijks leven van de partner, en tenslotte de informatie-uitwisseling tussen patiënt/partner en behandelend specialist, en tussen specialist en huisarts.

Inleiding

Huisartsen verschillen van mening over het te voeren beleid bij patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA). De keuze tussen opname en geen opname wordt niet alleen bepaald door medische, maar evenzeer door sociaal-psychologische factoren.¹⁻³ Er is echter nog weinig inzicht in de onderhandelingen die hierover tussen huisarts en patiënt c.q. partner worden gevoerd. Verder weten we dat, naarmate mensen ouder worden, de kans op blijvende invaliditeit en blijvende institutionalisering toeneemt. Een ziekenhuisopname kan in die zin een nieuw tijdperk voor patiënt en partner inluiden.⁴ En tenslotte zijn voor patiënt en partner niet alleen het verloop van de ziekte, maar ook de mogelijke gevolgen van belang.

Deze overwegingen waren de aanleiding tot een vooronderzoek met de bedoeling inzicht te krijgen in de besluitvorming die voorafgaat aan een ziekenhuisopname. Gepoogd is een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Hoe verloopt de besluitvorming met betrekking tot een opname in een ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA?
- Welke verwachtingen hebben patiënt en partner van de opname?
- Welke veranderingen vinden plaats in het dagelijks leven van de partner en

hoe worden deze veranderingen opgevangen?

- Hoe verloopt de informatie-uitwisseling tussen patiënt/partner en behandelend specialist, en tussen behandelend specialist en huisarts tijdens de opname?

Methoden

Het onderzoek had betrekking op negen patiënten, zes mannen en drie vrouwen, die voldeden aan de volgende criteria:

- ouder dan 55 jaar;
- geen afasie;
- hoofddiagnose bij opname: CVA;
- zelfstandig wonend.

Verder waren alle patiënten gehuwd. Het onderzoek was retrospectief van aard. De patiënten werden tijdens hun verblijf in het ziekenhuis benaderd en daarna werd, in overleg met de patiënt, contact opgenomen met de partner en de huisarts voor een vraaggesprek; aan de behandelend specialist werd een schriftelijke vragenlijst toegezonden. De vraaggesprekken werden gevoerd door de auteur en een doctoraal-studente medicijnen.

Resultaten

Besluitvorming

Het accident werd meestal in de vroege ochtenduren ervaren. De situatie waarin de patiënt verkeerde, werd door alle partners als alarmerend beschouwd. De huisarts werd meestal als eerste gebeld. Tweemaal echter werd eerst een van de kinderen gebeld. In één geval adviseer-

de de waarnemend huisarts te wachten tot de eigen huisarts bereikbaar was.

Bij vier patiënten waren al eerder CVA-klachten opgetreden. Bij één patiënt deed zich tevens een hartinfarct voor. Twee patiënten hadden vroeger een hartinfarct gehad, één patiënt had al ongeveer tien jaar last van hoge bloeddruk. Verder hadden twee patiënten een bekende diabetes mellitus, terwijl één patiënt hartritmestoornissen had.

In de acht gevallen waarbij de huisarts was betrokken (één opname werd door de neuroloog geregeld), beschouwde de partner de ziekenhuisopname als een juiste beslissing. In zes gevallen was dit besluit volgens patiënten en partners door de huisarts genomen; hij zou dan iets gezegd hebben als: „Het lijkt me beter dat uw man/vrouw in een ziekenhuis wordt opgenomen”. Er kan in die gevallen dus eigenlijk niet worden gesproken van overleg tussen huisarts en partner c.q. patiënt. In één geval besloot de huisarts niet direct tot opname, maar werd de patiënt verwezen naar het spreekuur van de neuroloog. Deze besloot, tegen de verwachting van patiënt en partner in, echter wél tot opname. De tweede situatie betrof een vrouw die al tweemaal eerder een CVA had gehad; zij woonde met haar echtgenoot in een verzorgingshuis. De waarnemend huisarts zou de partner „voor de keuze hebben gesteld”. De vrouw werd, met instemming van de neuroloog, die dag (nog) niet opgenomen. De volgende dag heeft de eigen huisarts besloten alsnog een opname te realiseren.

Slechts in deze laatste gevallen is de opname 24 uur uitgesteld. De meeste andere opnamen werden binnen één uur na de komst van de dokter gerealiseerd. Vergelijkt men het tijdstip van opname met het tijdstip dat de klachten voor het eerst werden waargenomen, dan zien we dat de meeste patiënten binnen vier uur in het ziekenhuis lagen. De meeste huisartsen zeiden dat „verpleegtechnische redenen” de doorslag hadden gegeven bij hun besluit tot opname. Eenmaal waren het „medische redenen” die als doorslaggevend werden opgegeven.

Aan alle respondenten is gevraagd welke invloed de patiënt zelf had gehad op de opname. Deze vraag werd, met name door de patiënten, als vreemd ervaren; hun bewustzijnstoestand zal hier debet aan zijn geweest. De antwoorden luiden: „weet niet”, „was er niet bij”, „het lag op de weg van de arts het besluit te nemen” of „thuis kon ik niet meer worden verpleegd”.

* De auteur was destijds student sociologie en het onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een scriptieplichting/doctoraalstage aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen.

De partners waren van mening dat de patiënt geen invloed had gehad op de opname, terwijl alle huisartsen stelden dat zij de beslissing hadden genomen. In tweede instantie antwoordden de huisartsen echter dat het besluit in overleg met de partner tot stand was gekomen; onduidelijk is, in hoeverre het geven van sociaal wenselijke antwoorden hier een rol heeft gespeeld. Met de patiënt was volgens de huisartsen geen overleg geweest.

Welke invloed de partner op de besluitvorming heeft gehad, was bij de patiënten niet bekend. Sommigen waren van mening dat de partner niets anders had kunnen doen dan instemmen met een opname; verpleging thuis zou volgens hen niet tot de mogelijkheden behoren. De partners schrijven zichzelf een minder afwachterende rol toe. Twee partners waren van mening dat zij de huisarts hadden moeten overtuigen van de noodzaak van een spoedige opname; zij vonden de huisarts „besluiteloos” en waren van mening dat de patiënt niet thuis verpleegd kon worden. Twee partners namen een meer „afwachterende houding” aan; zij vonden dat „je het aan deskundigen moest overlaten”. Drie partners waren in het geheel niet bij de besluitvorming betrokken.

Alle patiënten en/of partners hadden de voorkeur voor een bepaald ziekenhuis; vier van hen waren niettemin in een ander ziekenhuis opgenomen.

Verwachtingen partner en patiënt

De partners maakten zich voornamelijk zorgen over de toekomst, over het komende ontslag van de patiënt; zij twijfelden aan de mogelijkheid tot genezing. Drie partners maakten zich hoofdzakelijk zorgen over de verpleging die hun man/vrouw na het ontslag nodig zou hebben. Twee echtgenotes verwachtten dat hun man na ontslag naar een verpleeghuis zou gaan, en beiden vroegen zich af, in hoeverre dit hun extra geld zou gaan kosten. Een van hen maakte zich bovendien zorgen, omdat zij een inwonende invalide zoon heeft. De andere partners vermoedden dat de patiënt na ontslag weer thuis zou komen, maar geen van hen dacht dat „alles weer bij het oude” zou komen. De meeste

partners hebben niet met de patiënt over het ontslag gesproken.

De patiënten namen een afwachterende houding aan. Twee zeiden nog niet te willen denken aan ontslag uit het ziekenhuis; één patiënt zag de mogelijkheid van blijvende invaliditeit als een zwaard van Damocles boven zijn hoofd hangen.

Veranderingen in dagelijks leven partner

Tijdens de periode waarin de patiënten waren opgenomen, werden de contacten met kinderen, familieleden en/of vrienden geïntensiveerd. Kinderen die in de buurt wonen, kwamen meestal dagelijks bij de partner op visite en gingen dan met hem/haar op ziekenbezoek. Verder weg wonende kinderen kwamen eenmaal per week bij de partner op bezoek. Contacten met andere familieleden werden ook geïntensiveerd (voornamelijk telefonisch). De contacten met de kinderen bleven tijdens de opname in de meeste gevallen beperkt tot visites; slechts eenmaal werden enige huishoudelijke taken door een dochter overgenomen.

De visites van de kinderen werden door de partners als „ondersteunend” ervaren. Alle partners zeiden dat het dagelijkse ritme in hoge mate werd bepaald door het ziekenbezoek. Zeven partners gingen tweemaal daags bij hun echtgenoot/echtgenote op ziekenbezoek. De dagelijkse werkzaamheden vonden tijdens de opname gewoon doorgang, zij het in een lager tempo. Hoewel het ziekenbezoek veel tijd en inspanning vergde, leverde dit geen onoverkomelijke problemen op voor de partners.

Informatie-uitwisseling

Alle partners kregen inlichtingen over de toestand van de patiënt. Eén patiënt liet zich regelmatig voorlichten door een afdelingsarts.

De huisartsen stelden dat het niet gebruikelijk is dat tijdens een opname contact wordt opgenomen met de specialist. Zij zeiden vrouwen te hebben in zijn deskundigheid.

De meeste patiënten hadden verwacht dat hun huisarts bij hen in het ziekenhuis zou langskomen, maar tegelijkertijd verontschuldigde ze hem. Neuro-

logen bleken voor de partners onbereikbare personen. Drie partners hebben alleen met de neuroloog gesproken op het moment van de opname. De patiënten lieten in de vraaggesprekken weinig los over de neurologen.

De huisartsen bleken tijdens de opname ook geen contact te onderhouden met de achterblijvende partners. Deze vonden dit niet vreemd; ook zij zeiden dat de huisarts het daarvoor te druk had.

Beschouwing

Aanvankelijk lag het in de bedoeling ook niet-opgenomen CVA-patiënten bij het onderzoek te betrekken. Onze pogingen om dergelijke patiënten op het spoor te komen via de huisartsen van de negen opgenomen patiënten, zijn echter mislukt: alle in aanmerking komende patiënten waren inmiddels overleden.

Uit ons vooronderzoek zou men kunnen concluderen dat oudere patiënten met een CVA voor de huisarts moeilijke, bewerkelijke, onzekere makende en arbeidsintensieve patiënten zijn: patiënten die men het liefst zo snel mogelijk onder verantwoordelijkheid stelt van een specialist. Gegeven de beperkingen van het onderzoek (klein aantal patiënten c.q. huisartsen, alleen opgenomen patiënten), mag aan deze conclusie echter slechts een zeer beperkte geldigheid worden toegekend. Nader onderzoek is dan ook gewenst.

Dankbetuiging

Met dank aan C. S. M. Wachters-Kaufmann en B. Meyboom-de Jong voor het becomingentariëren van eerdere versies van dit onderzoek.

¹ Schure LM, Bremer GJ, Wachters-Kaufmann CSM. Insturen of thuishouden? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 338-40.

² Wade DT, Hewer RL. Why admit stroke patients to hospital? Lancet 1983; 807-9.

³ Bocklehurst JC, Andrews K, Morris P, et al. Why admit stroke patients to hospital? Age Ageing 1978; 7: 100-8.

⁴ Van der Zanden GHJM. Levensloop en instituutopname: de ver sluierende werking van het percentage. Tijdschr Gerontol Geriatr 1982; 13: 139-46.