

Afwegingen bij het doorverwijzen van de oudere patiënt naar het ziekenhuis

Een verkennende studie op basis van de ervaringen van vier
ervaren huisartsen

Inge van Strien-Knippenberg
Hanneke Merten
Cathrien Kager
Cordula Wagner



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Amsterdam Public Health



Amsterdam UMC
University Medical Centers



Vrije
Universiteit
Amsterdam



University
of Amsterdam

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Het Amsterdam Public Health (APH) onderzoeksinstituut stimuleert state-of-the-art onderzoek dat bijdraagt aan de continue groeiende gezondheidspotentie van individuen en gemeenschappen door de levensloop heen. Het instituut concentreert haar onderzoek in acht onderzoeksprogramma's, waarin 1700+ onderzoekers met multidisciplinaire achtergronden bijeen zijn gebracht.

Oktober 2023

ISBN 978-94-6122-827-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Bronvermelding: I.S. van Strien-Knippenberg, H. Merten, C. Kager en C. Wagner. Doorverwijzen van de oudere patiënt naar het ziekenhuis: een verkennende studie naar het huisartsenperspectief. Nivel/APH, Utrecht/Amsterdam, 2023.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Proactieve zorgplanning	6
1.3 Afwegingen in acute situaties	7
1.4 Doel van het onderzoek	8
2 Opzet van het onderzoek	9
2.1 Methode van onderzoek	9
2.2 Opzet van de focusgroep	9
2.3 Werving van huisartsen	10
2.4 Analyse van de resultaten	10
2.5 Beperkingen van het onderzoek	11
3 Resultaten	12
3.1 Achtergrondinformatie deelnemende huisartsen	12
3.2 Uitkomsten naar aanleiding van de patiëntcasussen	12
3.3 Anticiperen op toekomstige afwegingen	16
4 Conclusie	20
4.1 Conclusie	20
4.2 Verbetermogelijkheden	22
4.3 Vervolgonderzoek	22
Bijlage A Gesprekshandleiding focusgroep	26
Bijlage B Vragenlijst achtergrondgegevens huisartsen	30
Bijlage C Patiëntcasussen	32
C.1 Casus 1 – Acute situatie: heupfractuur	32
C.2 Casus 2 – Acute situatie: heupfractuur	33
C.3 Casus 3 – Verwachte acute situatie: COPD	34

Samenvatting

Dit rapport beschrijft een verkennende studie naar de afwegingen die vier ervaren huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis. De huisartsen hebben ruime ervaring als huisarts en werken in verschillende delen van Nederland. De aanleiding voor deze studie is de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019 van het Nivel en het Amsterdam Public Health (APH) onderzoeksinstituut waaruit is gebleken dat relatief veel kwetsbare ouderen in het ziekenhuis te maken krijgen met zorggerelateerde schade. Het doel van dit verkennende onderzoek is richting te geven voor vervolgonderzoek ten einde meer inzicht te verkrijgen in hoe de meest passende zorg aan oudere kwetsbare patiënten gegeven kan worden.

Onderzoekopzet en onderzoeksvragen

In een online focusgroep is aan de hand van drie patiëntcasussen met vier huisartsen gesproken.

De centrale onderzoeksvragen waren:

- Welke afwegingen maken huisartsen bij het wel of niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis?
- Welke kenmerken van de patiënt en de situatie spelen een rol in deze afwegingen?
- Welke informatie achten huisartsen van belang voor patiënten en naasten bij deze afweging?
- Hoe kun je als huisarts anticiperen op dit soort afwegingen en welke informatie is hierbij voor de huisartsen van belang?

Resultaten

Het onderzoek is een eerste verkenning rondom de afwegingen die huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van een oudere patiënt naar het ziekenhuis. Aangezien er slechts één focusgroep met vier huisartsen heeft plaatsgevonden geven de resultaten vooral aan welke afwegingen er bij deze vier huisartsen spelen, maar niet in welke mate huisartsen in het algemeen dezelfde afwegingen maken. De resultaten geven richting voor verder onderzoek.

De vier huisartsen geven aan dat bij de afweging het vooral gaat om het aantal aanwezige beperkingen bij de patiënt die de verwachte voordelen van een ingreep/behandeling kleiner maken. Deze beperkingen zijn onder andere de vitaliteit, cognitieve status, levensverwachting en ADL afhankelijkheid. Daarnaast zijn de wensen van de patiënt belangrijk. De Huisartsen zien voor zichzelf een rol in het maken van de afweging om een patiënt al dan niet door te verwijzen aangezien zij de patiënt kennen en de patiënt vaak in een thuissituatie treffen waardoor zij zich een beter beeld van de algehele situatie kunnen vormen. Soms leiden organisatorische aspecten ertoe dat een patiënt wel doorverwezen moet worden. Bijvoorbeeld wanneer de extra zorg die nodig is als iemand thuisblijft niet tijdig geregeld kan worden of wanneer hiervoor een indicatie vanuit het ziekenhuis nodig is.

Het anticiperen op toekomstige afwegingen kan door van tevoren met de patiënt in gesprek te gaan over de wensen en voorkeuren van de patiënt. De vier huisartsen lopen hierbij echter tegen diverse uitdagingen aan: 1) de inhoudelijke kant van de gesprekken en dan met name het concreet bespreken van mogelijke toekomstscenario's, 2) de uiteindelijke situatie die acuut is en voor de patiënt soms lastig te accepteren is, 3) de informatieoverdracht met de huisartsenpost en medisch specialisten en 4) de tijdsinvestering door de huisarts, met name als er geen praktijkondersteuner of verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk werkzaam is.

Conclusie

De vier huisartsen voelen verantwoordelijkheid om vanuit hun rol een goede afweging te maken bij het al dan niet doorverwijzen van een oudere patiënt naar het ziekenhuis. Ze ervaren hierbij echter diverse uitdagingen; op het gebied van proactieve zorgplanningsgesprekken, de organisatie van de zorg en de gegevensuitwisseling met de huisartsenpost en het ziekenhuis. Vanuit het oogpunt om de meest passende zorg aan de oudere patiënt te geven, bieden de resultaten verschillende aanknopingspunten voor verder onderzoek. Allereerst is het relevant om te onderzoeken of de gevonden resultaten onder huisartsen breed gedragen worden. Ten tweede is het belangrijk om inzicht in het perspectief van ouderen te krijgen evenals in het perspectief van andere betrokken zorgverleners, zoals medisch specialisten. Ten slotte kunnen oplossingen worden geïnventariseerd en geïmplementeerd voor de genoemde uitdagingen met betrekking tot het maken van goede afwegingen in de zorg voor de oudere patiënt.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek komt uit de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen [1]. Uit deze monitor is gebleken dat relatief veel patiënten van 70 jaar of ouder te maken kregen met zorggerelateerde schade in het ziekenhuis. Ook in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde wordt specifiek aandacht gevraagd voor ziekenhuisopnames bij oudere patiënten met als onderzoeksvraag het in kaart brengen van de prognostische criteria waarop beter besloten kan worden om de oudere patiënt niet meer in te sturen naar het ziekenhuis [2]. Er is weinig bekend over de afwegingen die huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis. De huidige studie is daarom een eerste verkenning naar deze afwegingen van huisartsen.

1.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen - vergrijzing

Door de toenemende levensverwachting en vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het aantal ouderen stijgen. De verwachting is dat er in 2050 twee tot drie keer zoveel 80-plussers zullen zijn dan momenteel het geval is [3]. Daarbij worden Nederlanders niet alleen ouder, maar blijven ze ook langer thuis wonen en daarmee langer onder de zorg van de eigen huisarts. Dit zorgt voor een toenemend zorggebruik van deze patiëntengroep in de huisartsenpraktijk [4]. Als er wordt gekeken naar de bezoeken aan de Spoedeisende-Hulpafdelingen (SEH) in ziekenhuizen kunnen er 333.000 van de in totaal ongeveer 1,7 miljoen bezoeken in 2020 worden toegeschreven aan patiënten van 75 jaar of ouder [5]. Gezien de vergrijzing is de verwachting dat dit aandeel de komende jaren zal toenemen.

1.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen - zorg

Naast de vergrijzende bevolking en het langer thuis wonen van ouderen zijn er ook ontwikkelingen op het gebied van de zorg. Zo is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) een van de speerpunten 'passende zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen'. Het doel daarbij is om zowel onderbehandeling alsook overbehandeling te voorkomen en daardoor de zorguitkomsten en patiënttevredenheid te verbeteren [5]. Een van de criteria waarop gemonitord wordt is het verminderen van het aantal opnames van ouderen op de SEH zonder noodzaak tot medisch specialistische opname. Een ander criterium is bewustwording bij mensen van 75 jaar en ouder over hun kijk op kwaliteit van leven en hun toekomstige zorgwensen door het inzetten van proactieve zorgplanning [5]. In beide criteria speelt de huisarts een belangrijke rol. Als er namelijk wordt gekeken naar de rol van de huisarts in het doorverwijzen naar de SEH, dan blijkt dat 55% van de SEH-bezoekers werd doorverwezen door de huisarts [6]. Ook in de gesprekken over proactieve zorgplanning is een belangrijke rol voor de huisarts weggelegd. De huisarts heeft namelijk een vertrouwensband en langdurige behandelrelatie met zijn patiënten en heeft een centrale rol in het zorgproces.

1.2 Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning of Advance Care Planning (ACP) kent verschillende definities, waarbij het in een Delphi-studie is gedefinieerd als 'het vermogen om individuen in staat te stellen om doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandelingen en zorg te definiëren, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgprofessionals, en deze voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien' [7]. In Nederland zijn de laatste jaren veel onderzoeken naar proactieve

zorgplanning uitgevoerd, met name gericht op mensen met dementie, verpleeghuisbewoners of andere kwetsbare ouderen [8]. Ook zijn er verschillende kwaliteitsstandaarden en handreikingen beschikbaar voor huisartsen zoals de KNMG handreiking [9], het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland [10], de Toolkit Advance Care Planning met betrekking tot het levenseinde [11] en de richtlijn Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase [12] met een bijbehorende gesprekskaart [13]. Hoewel huisartsen en patiënten worden aangemoedigd om tijdig over het levenseinde te praten, laat onderzoek in de Nederlandse setting zien dat huisartsen vaak pas beginnen met ACP-gesprekken als een patiënt ongeneeslijk ziek is en binnen afzienbare tijd zal komen te overlijden [14]. Hierbij komen ACP-gesprekken bij oncologische palliatieve patiënten vaker voor dan bij niet-oncologische palliatieve patiënten [8]. Er zijn inmiddels echter diverse initiatieven gaande om ouderen zelf ook meer bewust te maken van het belang van proactieve zorgplanning. Voorbeelden hiervan zijn het project 'In gesprek met de Burger' [15] en diverse projecten van het Zorginstituut Nederland [16].

1.3 Afwegingen in acute situaties

Net als in het integraal zorgakkoord wordt ook in de Visie Huisartsenzorg voor ouderen benoemd dat passende zorg ook het tijdig stoppen met onnodige/belastende zorg is [17]. Hierbij wordt benoemd dat het voor huisartsen 'de kunst is om niet te weinig diagnostiek en behandeling in te zetten én niet te veel' [17]. Met betrekking tot het doorverwijzen van een oudere patiënt naar het ziekenhuis zal er dus ook een afweging gemaakt moeten worden tussen de voor- en nadelen van de diagnostiek en de ingreep met het oog op de kwaliteit van leven. Bij een oncologische afwijking is er vaak nog tijd om met de patiënt te spreken over de wensen, verwachtingen en behandeldoelen. Wanneer het echter gaat om een acute situatie, zoals bijvoorbeeld een heupfractuur of acute benauwdheid bij COPD, dan is er beperkt de tijd om deze voorkeuren nog in kaart te brengen. Deze verkennende studie richt zich op acute situaties waarbij een huisarts een beperkte tijdsspanne heeft om een besluit te nemen over het doorverwijzen van een patiënt naar het ziekenhuis. Als voorbeelden van acute situaties is gekozen voor de relatief veelvoorkomende problematiek van een heupfractuur en COPD.

1.3.1 Heupfracturen

Kwetsbare ouderen met een heupfractuur hebben een aanzienlijke kans om te overlijden, ongeacht of zij een operatie ondergaan of niet. Na een heupoperatie overlijdt ruim 13 procent van de patiënten binnen 30 dagen [18] en ongeveer een derde overlijdt binnen een jaar [19]. Met het oog op het verminderen van overbehandeling wordt er vanuit de chirurgie onderzoek gedaan naar het niet opereren van kwetsbare ouderen met een heupfractuur [20]. De resultaten van een studie onder kwetsbare ouderen die in een verpleegtehuis wonen laten zien dat de ervaren kwaliteit van leven bij patiënten zonder operatie, ondanks dat zij sneller overlijden, hetzelfde wordt ervaren als bij patiënten met een operatie [21]. Voor deze groep kwetsbare ouderen is het daarom belangrijk om bij een heupfractuur gezamenlijk, op basis van de wensen van de patiënt, te besluiten of wel of niet opereren de beste opties is voor deze patiënt [22]. Er is echter nog geen onderzoek gedaan onder patiënten die ten tijde van de heupfractuur nog thuis woonden [19]. Gezien de ontwikkeling dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen is de focus van het huidige onderzoek op de afwegingen die huisartsen maken bij thuiswonende ouderen met een heupfractuur.

1.3.2 COPD

Naast de acute, onverwachte en onvoorspelbare situatie van een heupfractuur zijn er ook ziektebeelden waarbij bepaalde acute situaties verwacht zouden kunnen worden. Voorbeelden van dergelijke ziektebeelden zijn hartfalen, nierfalen en COPD. Uit onderzoek komt naar voren dat zorgverleners ACP-gesprekken juist bij deze groepen patiënten lastig vinden en dat deze gesprekken

vaak relatief laat in het ziekteproces plaatsvinden [8]. Echter, bij bijvoorbeeld een patiënt met COPD in het laatste stadium is het wel belangrijk dat de wensen en verwachtingen van deze patiënt mee worden genomen in het besluit om de patiënt al dan niet door te verwijzen in het geval van een longaanval (exacerbatie). In het huidige onderzoek is er daarom ook gekeken naar de afwegingen die huisartsen maken bij patiënten in de laatste fase van COPD.

1.4 Doel van het onderzoek

Het doel van de huidige studie is om te verkennen welke afwegingen huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis. Hierbij staan vooral de afwegingen in acute situaties, zoals een heupfractuur en acute benauwdheid bij COPD, centraal. De resultaten dienen om richting te geven aan vervolgonderzoek om zo uiteindelijk de meest passende zorg aan oudere patiënten te kunnen verlenen.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Methode van onderzoek

Om inzicht te krijgen in de afwegingen die huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van oudere patiënten in acute situaties is er een onlinefocusgroep gehouden. Er is gekozen voor de vorm van een focusgroep omdat dit ook een gesprek tussen de huisartsen onderling oplevert en de huisartsen op elkaars afwegingen kunnen reageren en reflecteren. Tijdens de focusgroep zijn er drie patiëntcasussen aan de huisartsen voorgelegd. De gesprekshandleiding van de focusgroep is bijgevoegd in Bijlage A.

De centrale vragen voor de focusgroep:

- Welke afwegingen maken huisartsen bij het wel of niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis?
- Welke kenmerken van de patiënt en de situatie spelen een rol in deze afwegingen?
- Welke informatie achten huisartsen van belang voor patiënten en naasten bij deze afweging?
- Hoe kunnen huisartsen anticiperen op dit soort afwegingen en welke informatie is hierbij voor de huisartsen van belang?

Het onderzoek is beoordeeld door de Niet-WMO toetsingscommissie van het Amsterdam UMC. Deze commissie heeft beoordeeld dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt (kenmerk 2023.0479). De deelnemende huisartsen hebben mondeling geïnformeerde toestemming gegeven over deelname aan het onderzoek.

2.2 Opzet van de focusgroep

De focusgroep werd geleid door twee onderzoekers. Aan het begin van de focusgroep is de huisartsen gevraagd om een online vragenlijst in te vullen met een aantal vragen over de achtergrond van de huisarts en de huisartsenpraktijk (zie Bijlage B). Tijdens de focusgroep zijn er drie patiëntcasussen aan de huisartsen voorgelegd. Bij twee casussen betrof het een patiënt met een heupfractuur. Bij de derde casus betrof het een patiënt met COPD in de eindfase (Gold 4). Het verschil van de derde casus met de eerste twee casussen is met name het van tevoren kunnen zien aankomen van een bepaalde situatie. In het geval van de heupfracturen wordt er daarom gesproken over een 'onverwachte acute situatie' en in het geval van COPD-casus over een 'verwachte acute situatie'. De casussen met betrekking tot de heupfracturen zijn gebaseerd op geanonimiseerde patiëntbeschrijvingen vanuit de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019 van het Nivel en APH [1]. Hieronder is een verkorte versie van een van heupfractuur casussen weergegeven. De drie volledige casussen zoals gepresenteerd tijdens de focusgroep zijn bijgevoegd in Bijlage C.

Voorbeeld van een casus

Een 90-jarige mevrouw woont met haar 89-jarige echtgenoot in een appartement op de begane grond. Ze hebben geen kinderen. Zij heeft Alzheimer en krijgt dagelijks thuiszorg voor het aan- en uitkleden. Met een rollator kan zij zich in huis zelf voortbewegen. (...) Met name toiletbezoek en soms nachtelijke onrust van patiënte vragen veel van dhr. Een opname in een verpleeghuis voor zijn vrouw wil dhr absoluut niet. U heeft een gesprek over het levenseinde gehad met hen beiden en beiden gaven aan een niet reanimeren en niet beademen wens te hebben.

Situatie: dhr belt 's middags de spoedlijn; mevrouw is gevallen en kan niet meer opstaan, hij krijgt haar niet overeind. Ze heeft veel pijn in haar onderrug en linker heup. U gaat direct op spoed visite.

Bij aankomst ligt mevrouw op de grond. Ze geeft veel pijn aan in haar linker heup en maakt een angstige indruk. Haar controles bij L.O. zijn in orde. Het linkerbeen ligt in exorotatie en oogt verkort. U denkt aan een heupfractuur.

Na het lezen van een patiëntcasus vulden de huisartsen tijdens de focusgroep een korte vragenlijst in om aan te geven wat zij in deze situatie zouden doen en welke aspecten ertoe bijdragen dat ze de patiënt al dan niet naar het ziekenhuis zouden doorverwijzen. Vervolgens werd de casus in de groep besproken. Tot slot vond er een overkoepelende reflectie plaats over de rol die huisartsen voor zichzelf zien, de vormgeving van gesprekken met patiënten over mogelijke toekomstige afwegingen en de uitdagingen die huisartsen hierbij tegenkomen. De focusgroep duurde 1,5 uur.

2.3 Werving van huisartsen

Voor dit onderzoek is er in juli en augustus 2023 via verschillende kanalen geworven. Zo is er via de (social) mediakanalen van het Nivel aandacht besteed aan het onderzoek en de oproep tot deelname. Ook via het netwerk van de betrokken onderzoekers en huisartsen binnen het Nivel zijn oproepen tot deelname verspreid. Verder zijn huisartsen die eerder betrokken zijn geweest bij onderzoeken van het Nivel benaderd en zijn er 45 huisartsenpraktijken verspreid over het land aangeschreven. Ten slotte is er ook een mailing uitgegaan aan alle (oud)-deelnemers van de NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.

Uiteindelijk waren vier huisartsen bereid om aan de focusgroep deel te nemen. Deze vond in september 2023 plaats.

2.4 Analyse van de resultaten

Het groepsgesprek is getranscribeerd en vervolgens heeft er een thematische analyse plaatsgevonden waarvoor MAXQDA is gebruikt. Aangezien het een verkennende studie betreft hebben we een inductieve benadering toegepast. De schriftelijke antwoorden op de vragen die tijdens de focusgroep zijn gesteld zijn ook meegenomen in de resultaten. Er is een verslag over de uitkomsten gemaakt welke ter verificatie aan de deelnemende huisartsen is opgestuurd.

2.5 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst is het ondanks verscheidende wervingsstrategieën niet gelukt om meerdere focusgroepen met huisartsen te organiseren. De resultaten van dit onderzoek zijn daardoor gebaseerd op de ervaringen van vier huisartsen. Een andere mogelijke beperking aan het onderzoek is dat door het noemen van het onderwerp van de studie in de werving, namelijk dat het om de afwegingen van de huisarts gaat bij het doorverwijzen van oudere patiënten, een bepaalde selectie aan huisartsen heeft deelgenomen aan deze studie. Uit de achtergrondgegevens van de deelnemende huisartsen bleek wel dat er een spreiding was in demografische kenmerken. De huisartsen verschilden van elkaar in jaren werkervaring, vestigingsplaats van de huisartsenpraktijk en ook in de manier waarop de zorg voor ouderen patiënten in de huisartsenpraktijk en in regio is georganiseerd. Ondanks de beperkingen geven de resultaten belangrijke inhoudelijke inzichten en richting voor verder onderzoek.

3 Resultaten

3.1 Achtergrondinformatie deelnemende huisartsen

Er namen vier huisartsen deel aan het online groeps gesprek. De leeftijd en het aantal jaren werkervaring als huisarts zijn gevarieerd. De jongste huisarts heeft minder dan 5 jaar werkervaring, de oudste meer dan 20 jaar. De huisartsen werken verspreid over Nederland; twee in Gelderland, één in Overijssel en de andere in Noord-Holland. De omgeving van de praktijken varieert van niet stedelijk en matig stedelijk tot stedelijk en zeer stedelijk. Bij twee huisartsen zijn veel van de patiënten 75 jaar of ouder, bij de andere twee zijn weinig patiënten 75 jaar of ouder. In alle praktijken is volgens de huisartsen sprake van een gemiddelde SES van de patiëntenpopulatie.

Op welke manier gesprekken over proactieve zorgplanning/Advance Care Planning (ACP) in de huisartsenpraktijk is ingebed wisselt. In sommige praktijken is er een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) en/of Verpleegkundig Specialist (VS) die structureel deze gesprekken voert met de oudere patiënten in de huisartsenpraktijk. In de huisartsenpraktijken waar deze ondersteuning niet aanwezig is worden deze gesprekken door de huisarts gevoerd, waarbij de gesprekken op minder structurele wijze plaatsvinden.

3.2 Uitkomsten naar aanleiding van de patiëntcasussen

3.2.1 Afwegingen doorverwijzen naar het ziekenhuis – onverwachte acute situaties

De afwegingen die de vier huisartsen maken in het geval van een onverwachte acute situatie, zoals een heupfractuur, hebben voornamelijk te maken met de kenmerken van de patiënt en de situatie. De huisartsen geven daarbij aan dat het in dit soort situaties vaak om een alles of niets keuze gaat; niet doorverwijzen betekent over het algemeen dat een patiënt binnen afzienbare tijd zal komen te overlijden. Daarbij speelt voor de huisartsen mee hoe goed de benodigde extra thuiszorg of palliatieve zorg geregeld kan worden indien de patiënt niet naar het ziekenhuis wordt verwezen. Hoe makkelijk en snel een huisarts deze extra zorg kan regelen wisselt per regio en is afhankelijk van het tijdstip. Overdag in de eigen praktijk kan deze zorg over het algemeen makkelijker geregeld worden dan tijdens een dienst op de huisartsenpost. Hierbij merken de huisartsen op dat niet naar het ziekenhuis gaan niet altijd betekent dat een patiënt thuis kan blijven; vaak is er dan een ELV-bed (kortdurend eerstelijns verblijf) of palliatief bed nodig. Soms is het voor doorverwijzing naar dit type zorg nodig dat een patiënt eerst naar het ziekenhuis gaat, omdat er een beoordeling vanuit het ziekenhuis nodig is om een indicatie voor dit type zorg te krijgen.

3.2.1.1 Kenmerken van de patiënt en situatie die belangrijk zijn voor de afweging

Bij de afweging om een patiënt wel of niet door te verwijzen naar het ziekenhuis gaat het volgens de huisartsen om het aantal beperkingen/risicofactoren die aanwezig zijn en die een eventuele ingreep gecompliceerd maken en de verwachte voordelen kleiner. Hierbij werden verschillende kenmerken van de patiënt en de situatie genoemd die van belang zijn bij de afweging. Hoewel het om een combinatie gaat van de aan- en afwezigheid van de hieronder genoemde factoren, vinden de huisartsen de cognitieve status van een patiënt erg belangrijk evenals het functioneren van de patiënt voorafgaand aan de acute situatie.

- Het functioneren van de patiënt:
 - Cognitieve status; goed of (beginnend) dementerend
 - Vitaliteit, conditie, kracht
 - Hoe de patiënt functioneerde en wat de patiënt nog deed op een dag
 - De mate waarin iemand zelfstandig is in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)
 - Of er sprake is van thuiszorg
- Algemene kenmerken van de patiënt:
 - Leeftijd
 - Voorgeschiedenis
 - Hoeveelheid co-morbiditeit
- Inschatting van de huisarts over de volgende aspecten:
 - Levensverwachting
 - Of iemand revalideerbaar is/weer vanuit revalidatiesetting naar huis zou kunnen
 - Inschatting van de kans op een delier bij opname in het ziekenhuis
 - Inschatting van de kans op overlijden in het ziekenhuis
- Kenmerken van de situatie:
 - Of diagnostiek belangrijk is
 - Hoeveelheid ervaren pijn en of hiervoor medicatie (morfine) nodig is
 - Of de naasten nog voor de patiënt kunnen zorgen, ook na de ingreep
- Wensen van de patiënt:
 - Wat de patiënt zelf wil en verwacht van wel of niet doorverwijzen naar het ziekenhuis
 - Wat er eerder met een patiënt is besproken in het kader van proactieve zorgplanning en of er al specifiek gesproken is over het wel of niet doorverwijzen naar een ziekenhuis
 - Of er behandelbeperkingen zijn, bijvoorbeeld de wens om niet opgenomen te worden in een verpleeghuis en hoe hier tegenaan wordt gekeken in het geval van revalidatie
 - Hoe de patiënt in het leven stond
 - Of de patiënt een operatie en revalidatietraject ziet zitten

3.2.1.2 Overwegingen om een patiënt niet meer door te verwijzen naar het ziekenhuis

Op de vraag wat de overwegingen van de huisarts zouden zijn om een patiënt in een onverwachte acute situatie niet door te verwijzen naar het ziekenhuis gaven de vier huisartsen aan dat voor sommige patiënten de gang naar het ziekenhuis al heel belastend kan zijn. Daarbij zijn de huisartsen in de thuissituatie van de patiënt, waardoor zij een goede inschatting kunnen maken van de situatie en wat wenselijk is voor de patiënt. In de hectiek van het ziekenhuis is deze inschatting lastiger. Daarbij is het beeld van sommige huisartsen dat er in het ziekenhuis snel tot een ingreep wordt overgegaan, zelfs indien er sprake is van bijvoorbeeld dementie. Deze aspecten leiden ertoe dat huisartsen voor sommige patiënten liever een palliatief traject zouden willen inzetten waarbij een patiënt zo min mogelijk verplaatst hoeft te worden en er ruimte is voor de naasten om op een goede manier afscheid te nemen, zodat ook zij tevreden zijn over hoe de patiënt uiteindelijk is overleden. Voorwaarde hiervoor is wel dat de extra benodigde (thuis)zorg per direct geregeld kan worden.

3.2.1.3 Overwegingen om een patiënt wel door te verwijzen naar het ziekenhuis

Op de vraag wat de overwegingen van de huisarts zouden zijn om een patiënt in een onverwachte acute situatie wel door te verwijzen naar het ziekenhuis gaven de vier huisartsen aan dat vooral de complexiteit van de ingreep ten opzichte van de verwachte levensverlening een rol speelt. Vooral bij oudere patiënten die nog vitaal zijn is volgens de huisartsen een ingreep als een heupoperatie een relatief eenvoudige ingreep om nog een aantal jaren te leven. Daarbij is het doel van de patiënt belangrijk en dit is bij vitale ouderen vaak nog wel om een aantal jaar te willen leven, wat dus pleit voor doorverwijzen naar het ziekenhuis. De huisartsen geven aan dat het voor hen soms lastig is om

vooraf in te schatten hoe groot de risico's van een ingreep voor een oudere patiënt zijn, omdat zij niet de juiste diagnostiek kunnen doen. Als voorbeelden worden de conditie van de vaten genoemd in het geval van een hartinfarct en het type fractuur en de bijbehorende operatie in het geval van een heupfractuur. In deze gevallen zouden de huisartsen toch doorverwijzen omdat de extra diagnostiek relevant is om te weten. Daarnaast zal een huisarts in sommige gevallen toch naar het ziekenhuis moeten doorverwijzen omdat voor sommige zorgindicaties de diagnostiek vanuit het ziekenhuis noodzakelijk is. Ook als een huisarts de extra zorg voor een patiënt, zoals extra thuiszorg of een palliatief bed, niet geregeld krijgt zal deze de patiënt toch moeten doorverwijzen.

3.2.2 Afwegingen doorverwijzen naar het ziekenhuis – verwachte acute situaties

De afwegingen die huisartsen maken in het geval van verwachte acute situaties, zoals bij het eindstadium van COPD, hebben vooral te maken met wat de medisch specialist heeft gezegd over (het ontbreken van) therapeutische opties. De vier huisartsen geven aan dat, hoewel het bij COPD om verwachte acute situaties gaat, dit een patiëntengroep is waarbij het niet altijd gebruikelijk is om proactieve zorgplanningsgesprekken met de huisarts te voeren.

3.2.2.1 Kenmerken van de patiënt en situatie die belangrijk zijn voor de afweging

Genoemde kenmerken van de patiënt en de situatie die van belang zijn bij de afweging:

- Of de medisch specialist heeft aangegeven dat iemand uitbehandeld is/dat er geen therapeutische mogelijkheden meer zijn
- De wens van de patiënt
- De wens/hoop van de kinderen en echtgenoot/echtgenote
- De mate van exacerbatie
- Mortaliteit op korte termijn
- De culturele achtergrond

3.2.2.2 Overwegingen om een patiënt niet meer door te verwijzen naar het ziekenhuis

Op de vraag wat de overwegingen van de huisarts zijn om een patiënt in een verwachte acute situatie niet door te verwijzen naar het ziekenhuis gaven de vier huisartsen aan dat het vooral gaat om de vraag in hoeverre doorverwijzen nog medisch zinvol is. Hierbij is het oordeel van de medisch specialist belangrijk. De huisarts kan aan de patiënt en naasten verder uitleggen en verduidelijken dat er geen therapeutische opties meer zijn, maar huisartsen vinden het belangrijk dat dit signaal eerst vanuit de medisch specialist is gekomen aangezien de medisch specialist de hoofdbehandelaar is.

3.2.2.3 Overwegingen om een patiënt wel door te verwijzen naar het ziekenhuis

Op de vraag wat de overwegingen van de huisarts zouden zijn om een patiënt in een verwachte acute situatie wel door te verwijzen naar het ziekenhuis gaven de huisartsen aan dat de culturele achtergrond van de patiënt hierin een rol kan spelen. Bij niet-westerse patiënten is het gegeven dat er geen therapeutische opties meer zijn soms lastiger te accepteren en is er de sterke wens om door te blijven gaan met behandelen. Wanneer het gesprek hierover lastig is en de wens om toch naar het ziekenhuis te gaan sterk is, zouden huisartsen de patiënt wel doorverwijzen. Hierbij kan het niet willen gebruiken van bewustzijn verlagende medicatie, zoals morfine, vanwege religieuze overwegingen ook een rol spelen.

3.2.3 Informatieverstrekking van huisarts aan patiënt en naasten

Wanneer er een afweging moet worden gemaakt over het al dan niet doorverwijzen van een patiënt naar het ziekenhuis is het belangrijk om de patiënt en de naasten van de juiste informatie te voorzien. De huisartsen benoemen het belang van het duidelijk maken van de gevolgen van beide

keuzes. Daarnaast vinden de huisartsen het ook belangrijk om de patiënt te begeleiden bij het maken van deze keuze.

3.2.3.1 De gevolgen van zowel het wel als het niet doorverwijzen – acute situatie

De vier huisartsen vinden het belangrijk dat er duidelijk wordt aangegeven wat er bij het wel en het niet doorverwijzen zal gaan gebeuren en dat hiervan een goed beeld wordt geschetst. Met betrekking tot een ziekenhuisopname zal moeten worden besproken wat er gaat gebeuren als iemand in het ziekenhuis aankomt en wat het verdere proces zal zijn, inclusief mogelijke complicaties van een ziekenhuisopname/operatie. Complicaties die daarbij genoemd moeten worden volgens de huisartsen zijn allereerst de kans op een delier en dat bij dementie deze kans aanzienlijk is, en ook de kans op een longontsteking of een blaasontsteking, waarbij aangegeven moet worden dat deze complicaties op oudere leeftijd dodelijk kunnen zijn. Het exacte risico op complicaties is niet bekend bij de huisartsen, dus zij zouden geen getalsmatige informatie geven. Tenslotte zouden de huisartsen ook aangeven dat in het geval van een heupfractuur de kans op overlijden ook na een geslaagde operatie en revalidatietraject nog steeds groot is.

Aan de andere kant moet ook duidelijk worden aangegeven dat geen ziekenhuisopname ertoe zal lijden dat de patiënt komt te overlijden. Hierbij is het goed om aan te geven dat de termijn waarop iemand komt te overlijden niet bekend is, maar dat in de tussentijd zorg wordt geregeld. De huisartsen vinden het belangrijk om daarbij aan te geven dat de patiënt thuis niet hoeft te lijden en hier met medicatie naar gestreefd zal worden.

3.2.3.2 De gevolgen van zowel het wel als het niet doorverwijzen – verwachte acute situatie

Indien er sprake is van een verwachte acute situatie waarbij de medisch specialist heeft aangegeven dat er geen therapeutische opties meer zijn, dan zouden de vier huisartsen deze informatie verder verduidelijken en uitleggen. Daarbij is het belangrijk om aan te geven dat doorverwijzen naar het ziekenhuis medisch gezien niet zinvol is.

Aan de andere kant is ook het bespreken van de prognose, symptomen en klachten richting het sterven belangrijk om te bespreken. Hierbij dient er aandacht te zijn voor de angsten van zowel de patiënt als de naasten. Vooral in het geval van COPD kunnen angsten rondom de benauwdheid en het stikken van de patiënt een rol spelen.

3.2.3.3 De rol van de huisarts in de informatieverstrekking

De vier huisartsen vinden het belangrijk om hun professionele mening duidelijk te maken bij het bespreken van de keuze om wel of niet door te verwijzen naar het ziekenhuis. De huisartsen zien het als hun rol om duidelijkheid te geven in een situatie vol onrust in emotie. Indien het bijvoorbeeld een patiënt met dementie betreft of een patiënt met al eerder duidelijk uitgesproken wensen, dan zouden de huisartsen aangeven wat gezien de omstandigheden en de wensen volgens hen de beste optie is. Daarbij is het belangrijk dat de (eerder uitgesproken) wensen van de patiënt ook met de naasten worden besproken. Over het algemeen wordt de rol van de naasten als erg belangrijk ervaren door de huisartsen. De naasten zijn de toekomstige nabestaanden en de huisartsen ervaren dat ze ook voor de naasten moeten zorgdragen voor een goed sterfbed van hun geliefde.

De vier huisartsen vinden het belangrijk dat zij zelf ook stilstaan bij de mogelijke complicaties van een ingreep bij een oudere patiënt. Huisarts zien het als hun taak om aan te sturen op de beste zorg en dat kan niet doorverwijzen naar het ziekenhuis zijn. Daarbij maakt het verschil of het een patiënt uit de eigen praktijk betreft of een patiënt tijdens een dienst op de huisartsenpost. Bij patiënten uit de eigen praktijk ervaren de huisartsen dat ze een betere afweging kunnen maken omdat ze de patiënt kennen. Indien de huisarts de patiënt niet kent wordt de indruk die de huisarts krijgt van hoe de

patiënt en naasten aankijken tegen de gebeurtenis en de mogelijke opties, zodat ze hierbij aan kunnen sluiten.

3.3 Anticiperen op toekomstige afwegingen

Tijdens de focusgroep is er naar aanleiding van de drie casussen gesproken over hoe je als huisarts kunt anticiperen op afwegingen die mogelijk in de toekomst relevant zijn. Er is allereerst gesproken over de manier waarop proactieve zorgplanning/Advance Care Planning (ACP) nu bij de huisartsen is georganiseerd en op welk moment er over mogelijke toekomstige afwegingen wordt gesproken. Ook is er naar aanleiding van de casussen gesproken over aspecten die belangrijk zijn om voorafgaand aan een (on)verwachte acute situatie al te hebben besproken. Ten slotte zijn ook de uitdagingen waar de huisartsen in de praktijk mee te maken krijgen ter sprake gekomen.

3.3.1 Organisatie van gesprekken

Het verschilt per huisartsenpraktijk of er een gestructureerde ouderenzorgmodule is voor integrale zorg voor de oudere patiënt. Daarbij verschilt het ook per huisartsenpraktijk of er een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) en/of een Verpleegkundig Specialist (VS) is. De meerwaarde van een POH/VS is dat diegene structureel met de oudere patiënten in een praktijk ACP-gesprekken kan voeren. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat niet alle ouderen hiervoor open staan. De POH/VS hanteert vaak een vast format voor deze gesprekken. In de huisartsenpraktijken zonder POH/VS worden de ACP-gesprekken minder structureel gevoerd. Hierbij komt het initiatief voor een gesprek vaak vanuit de huisarts. Soms willen patiënten vanuit eigen initiatief met de huisarts spreken. Het gaat dan met name om jongere patiënten die willen weten hoe de huisarts tegen euthanasie aankijkt.

De vier huisartsen benoemden diverse momenten en aanleidingen om gesprekken te voeren die te maken hebben met mogelijk toekomstige afwegingen:

- Als er een oudere patiënt op het spreekuur komt en er is duidelijk sprake van achteruitgang
- Wanneer de problematiek waarvoor iemand komt daar aanleiding toe geeft
- Als een oudere kwetsbare patiënt op het spreekuur komt en de huisarts heeft tijd
- Als er sprake is geweest van een groter voorval
- Bij een opname in verband met dementie
- Wanneer iemand naar het ziekenhuis moet worden doorverwezen
- Bij nieuwe patiënten
- In Coronatijd
- Als er sprake is van bepaalde ziektebeelden zoals hartfalen, COPD, nierfalen
- Als iemand opgenomen is geweest met een chronische aandoening waarbij het de vraag is of diegene nog wel opgenomen had moeten worden

Hierbij geven de huisartsen aan dat het eigenlijk niet één gesprek is, maar dat het een proces is en op meerdere momenten plaatsvindt. Wanneer een patiënt al met een POH of VS heeft gesproken, dan kan de huisarts hierop aanhaken en heeft de huisarts een ingang voor het gesprek. Wanneer er nog geen eerder gesprek heeft plaatsgevonden kan een huisarts ook informatie of formulieren meegeven aan een patiënt, maar daar moet dan wel vervolg aan worden gegeven. Een ander voordeel van betrokkenheid van een POH/VS is dat de ACP-gesprekken op meerdere niveaus worden gevoerd. Bij de POH/VS op zorgniveau en bij de huisarts op medisch niveau.

Bij erg kwetsbare patiënten is het volgens de huisartsen belangrijk om het gesprek na een paar maanden weer te herhalen. In het geval van dementie zullen er ook gesprekken met de partner en/of kinderen plaats moeten vinden. Wanneer er ook sprake is van een casemanager dementie dan verwachten de huisartsen dat ook de casemanager gesprekken op het gebied van ACP voert.

3.3.2 De inhoud van gesprekken over toekomstige afwegingen

Met betrekking tot aspecten die belangrijk zijn om voorafgaand aan een (on)verwachte acute situatie al te hebben besproken, geven de huisartsen aan dat het beleid ten aanzien van reanimeren en IC opname vaker wordt besproken dan de vraag of iemand nog wel naar een ziekenhuis wil. Hoewel de laatste vraag als relevanter wordt ervaren, is het echter ook ingewikkelder. Een belangrijk dilemma van de huisartsen is welke ziektebeelden er met een patiënt moeten worden doorgenomen als er geen sprake is van een specifiek ziektebeeld. De vier huisartsen ervaren een spagaat tussen enerzijds alleen globaal de wensen en behandeldoelen te bespreken en anderzijds het concreet benoemen van specifieke situaties. Bij het globaal bespreken is het voor een patiënt lastig om zich een beeld te vormen van de mogelijke situaties en de implicaties van bepaalde keuzes. Bij het concreet bespreken van situaties is het juist lastig om te bepalen welke situaties er besproken moeten worden. Als optie wordt benoemd dat veelvoorkomende ziektebeelden met grote implicaties eigenlijk besproken zouden moeten worden, zoals een heupfractuur, uitgezaaide kanker, rectaal bloedverlies, hartinfarct, een flinke longontsteking en een CVA.

Bij een patiënt met een specifiek ziektebeeld kan er over het verwachte beloop van deze ziekte worden gesproken. Bij sommige ziektebeelden vinden de huisartsen het echter ingewikkeld om met de patiënt te spreken over een moment waarop er niet meer doorverwezen wordt naar het ziekenhuis. Volgens de huisartsen is het voor een patiënt lastig te bevatten dat als hij/zij voor hetzelfde ziektebeeld al een aantal keren naar het ziekenhuis is geweest dat op een gegeven moment niet meer zou kunnen.

Ondanks de genoemde dilemma's vinden de vier huisartsen gesprekken over proactieve zorgplanning belangrijk, omdat iemand dan alvast gaat nadenken over het einde van het leven, wat hij/zij nog zou willen en wat nog kwaliteit van leven is. De gesprekken moeten dus over meer dan reanimeren en IC-opnames gaan en als doel hebben om te voorkomen dat als een acute situatie zich voordoet er nog nooit over de wensen en doelen van een patiënt is gesproken. Hierbij is het belangrijk dat ook de naasten hiervan op de hoogte zijn. Als belangrijke gespreksonderwerpen worden tevens zingeving en angst voor de dood genoemd, inclusief de angsten van de toekomstige nabestaanden. Indien het overlijden van de patiënt dichtbij is, is het volgens de huisartsen van belang om erachter te komen wat de naasten nodig hebben om er vrede mee te hebben dat een patiënt komt te overlijden.

3.3.3 Uitdagingen bij gesprekken over toekomstige afwegingen

De uitdagingen van proactieve zorggesprekken in de huisartsenpraktijk liggen op meerdere gebieden. De voornaamste uitdaging ligt volgens de huisartsen op het gebied van de tijdsinvestering van de huisarts. Dit speelt met name in de huisartsenpraktijken waarbij er geen POH/VS is die structureel ACP-gesprekken met alle ouderen in de huisartsenpraktijk voert. Daarnaast liggen er volgens de huisartsen uitdagingen op het gebied van de inhoudelijke kant van de gesprekken, het moment dat de situatie zich voordoet en de informatieoverdracht.

3.3.3.1 Uitdagingen met betrekking tot de tijd die nodig is voor gesprekken

Er worden verschillende uitdagingen genoemd die relateren aan de tijdsinvestering door de huisarts:

- Een gesprek over proactieve zorgplanning duurt vaak 20 minuten in plaats van de standaard consulttijd van 10 minuten.

- Het bespreken van wensen rondom het al dan niet meer naar het ziekenhuis gaan neemt, in tegenstelling tot het bespreken van wensen over reanimatie en IC opname, relatief veel tijd in beslag. Vooral als er geen specifiek ziektebeeld is, maar er diverse situaties aan een ziekenhuisopname vooraf kunnen gaan die besproken moeten worden.
- ACP-gesprekken zijn geen eenmalige gesprekken, maar moeten herhaaldelijk worden gevoerd en up-to-date worden gehouden.
- Als de familie het niet eens is met wensen van de patiënt, is het wenselijk is dat zij ook bij de gesprekken betrokken worden.

3.3.3.2 Uitdagingen met betrekking tot de inhoud van de gesprekken

De vier huisartsen geven aan dat het voor zowel patiënten als henzelf lastig is om een goede inschatting te maken van mogelijke toekomstige scenario's die besproken zouden moeten worden. Met name bij patiënten zonder specifiek ziektebeeld. De uitdagingen waar de huisartsen tegenaan lopen zijn:

- Patiënten vinden het soms lastig om goed vooruit te kunnen denken over mogelijke toekomstige scenario's, helemaal als ze zelf nog redelijk zelfstandig en mobiel zijn.
- Voor huisartsen is het lastig in te schatten welke toekomstscenario's concreet besproken moeten worden als er geen specifiek ziektebeeld is.
- Patiënten vinden het soms lastig om in te schatten wat hun lijf nog aankan.
- Als een patiënt nog geen ervaring heeft met de implicaties van zijn/haar ziekte is het lastig voor een patiënt om zich een goed beeld te vormen van de toekomstige situatie.
- In het geval van een specifiek ziektebeeld kan het lastig zijn om een specifiek moment te bepalen wanneer doorverwijzen geen toegevoegde waarde meer heeft.
- De wensen van een patiënt zijn niet altijd haalbaar, zoals het niet naar een verpleeghuis willen terwijl mantelzorgers overbelast raken. Hierbij is het belangrijk om te bespreken waarom deze wens er is en hoe de zorg dan vormgegeven en volgehouden kan worden.
- Het is lastig als de familie niet hetzelfde wil als de patiënt, of als de kinderen niet op één lijn zitten in het geval van een ouder met dementie.

3.3.3.3 Uitdagingen met betrekking tot de uiteindelijke situatie

De vier huisartsen ervaren verschillende uitdagingen met betrekking tot de van tevoren besproken wensen in relatie tot de uiteindelijke situatie. Een deel van de uitdagingen heeft betrekking op het acute moment van de situatie. Zo is de situatie soms zo acuut of is er zoveel paniek, dat er afgeweken wordt van de wensen/afspraken en de naasten bijvoorbeeld toch 112 bellen. Daarnaast doet de situatie zich soms voor buiten de diensttijden van de eigen huisarts en wordt er op de huisartsenpost afgeweken van wat een patiënt eigenlijk had gewild.

Een ander deel van de uitdagingen met betrekking tot de uiteindelijke situatie heeft te maken met de beleving van de patiënt. Soms is het voor de patiënt lastig te accepteren als het moment daar is waarvan van tevoren was besproken dat er dan geen behandeling meer ingezet zou worden. In deze gevallen voelen patiënten zich soms toch overvallen en maken ze keuzes die niet overeenkomen met hun eerder uitgesproken wensen. Dit is met name het geval bij vitale ouderen waarbij zowel de patiënt als huisarts zich overvallen kunnen voelen door het acute moment van de situatie en de grote impact van de keuze, maar ook bij situaties die concreet van tevoren besproken zijn kan acceptatie op het moment zelf lastig zijn. Hoewel de veranderde wensen niet erg zijn in de ogen van de huisartsen, vragen zij zich wel af wat in deze gevallen het doel is geweest van de gevoerde gesprekken en uitgesproken wensen. Hierbij vragen huisartsen zich ook af in hoeverre zij een patiënt echt kunnen voorbereiden op de situatie die gaat komen en de afwegingen en keuzes die dan gemaakt moeten worden.

3.3.3.4 Uitdagingen met betrekking tot de informatieoverdracht

Met betrekking tot de informatieoverdracht van ACP-gesprekken ervaren de vier huisartsen vooral uitdagingen in de overdracht naar de huisartsenpost en in de communicatie rondom patiënten met een medisch specialist als hoofdbehandelaar. Aspecten die hierover werden benoemd:

- Voor de overdracht naar de huisartsenpost moeten de wensen/behandelbeperkingen vaak als vinkjes in het dossier worden gezet. Een ACP-gesprek is echter lastig om in vinkjes te vatten. Met name het doorverwijzen naar het ziekenhuis is moeilijk in één vinkje te vatten aangezien dat per situatie kan verschillen.
- Op de huisartsenpost zijn de medische dossiers van de huisarts vaak beperkt zichtbaar.
- In dossiers mist vaak het anticiperende beleid over wat de wensen zijn als de situatie achteruitgaat.
- Patiënten met een medisch specialist als hoofdbehandelaar komen niet standaard bij de POH of huisarts. De medisch specialist zou deze patiënten kunnen aanmoedigen om een gesprek bij de POH of huisarts in te plannen.
- Als een medisch specialist een ACP-gesprek met een patiënt heeft gevoerd is het belangrijk dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht zodat het gesprek een vervolg kan krijgen in de eerste lijn.

4 Conclusie

4.1 Conclusie

Dit onderzoek is opgezet om te verkennen welke afwegingen huisartsen maken bij het al dan niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis en welke aspecten hierbij een rol spelen. Aan de hand van de vier centrale vragen van het onderzoek worden hieronder de belangrijkste uitkomsten weergegeven.

Aan deze verkennende studie hebben vier ervaren huisartsen uit verschillende regio's van Nederland deelgenomen.

4.1.1 Welke afwegingen maken huisartsen bij het wel of niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis?

Bij de afweging om een patiënt wel of niet door te verwijzen naar het ziekenhuis gaat het volgens de vier huisartsen om de aanwezige beperkingen/risicofactoren die een eventuele ingreep gecompliceerd maken en de verwachte voordelen kleiner. Daarbij kan voor kwetsbare patiënten de gang naar het ziekenhuis op zich al belastend zijn. De vier huisartsen benoemen dat zij in een goede positie verkeren om een afweging te maken, aangezien zij de patiënt kennen en in een acute situatie vaak bij de patiënt in huis zijn waardoor zij een goed beeld van de situatie hebben. Daarbij wordt volgens de vier huisartsen in het ziekenhuis niet altijd de tijd genomen voor een afweging, maar staat het handelen voorop. Deze focus op handelen in het ziekenhuis wordt in een rapport van de KNMG ook beschreven en wordt aangemerkt als een van de mechanismen die ervoor kan zorgen dat artsen te lang doorgaan met behandelen [23]. De vier huisartsen ervaren daarnaast ook verantwoordelijkheid voor de naasten van de patiënt. Ze vinden het belangrijk dat de naasten uiteindelijk kunnen terugkijken op een goede laatste levensperiode van de patiënt. Soms zou een huisarts een patiënt niet meer naar het ziekenhuis willen doorverwijzen, maar maken organisatorische aspecten dit toch noodzakelijk. Een voorbeeld is het niet geregeld krijgen van de benodigde zorg als de patiënt niet naar het ziekenhuis gaat.

4.1.2 Welke kenmerken van de patiënt en de situatie spelen een rol in deze afwegingen?

Er worden door de vier huisartsen meerdere kenmerken genoemd die van belang zijn voor de afweging, zoals de vitaliteit, levensverwachting, mate van ADL zelfstandigheid, co-morbiditeit, voorgeschiedenis en cognitieve status. Vooral bij dementie is men geneigd om een patiënt niet meer naar het ziekenhuis door te verwijzen. In de afweging spelen de wensen van de patiënt ook een belangrijk rol. Ook de culturele achtergrond speelt mee, waarbij het niet doorverwijzen naar het ziekenhuis bij patiënten met een niet-westerse achtergrond als lastig bespreekbaar onderwerp wordt ervaren. In eerdere onderzoeken is ook naar voren gekomen dat met name patiënten met een niet-westerse achtergrond soms langer willen doorgaan met behandelen dan dat westerse artsen medisch zinvol vinden [23].

4.1.3 Welke informatie achten huisartsen van belang voor patiënten en naasten bij deze afweging?

De vier huisartsen vinden het belangrijk dat er een goed beeld wordt geschetst voor de patiënt en naasten over wat er bij het doorverwijzen naar het ziekenhuis zal gaan gebeuren en wat hierbij mogelijke complicaties zijn. Daarbij moet ook duidelijk worden aangegeven wat er bij het niet doorverwijzen zal gaan gebeuren en wat dan de prognose, symptomen en mogelijke klachten

richting het sterven zijn. Daarbij is aandacht voor de mogelijke angsten van zowel de patiënt als naasten ook belangrijk. In situaties vol emotie en onrust zien de huisartsen het als hun verantwoordelijkheid om op basis van de (eerder uitgesproken) wensen en verwachtingen van de patiënt en hun eigen inschatting van de situatie aan te geven wat het meest passende is voor de patiënt op dit moment. In het geval van een chronische situatie vinden huisartsen dat de medisch specialist van tevoren duidelijk dient aan te geven wanneer er geen therapeutische opties meer zijn.

4.1.4 Hoe kunnen huisartsen anticiperen op dit soort afwegingen en welke informatie is hierbij voor de huisartsen van belang?

De vier huisartsen vinden het belangrijk om de wensen en verwachtingen van een patiënt mee te nemen in de afweging om de patiënt wel of niet door te verwijzen naar het ziekenhuis. Gezien de acute situatie is het helpend als er al proactieve zorgplanning/Advance Care Planning (ACP) heeft plaatsgevonden en een patiënt al heeft nagedacht over het einde van het leven en wat hij/zij nog wil. Het vormgeven van proactieve zorgplanning in de huisartsenpraktijk verschilt per praktijk, waarbij het grootste verschil lijkt te zitten in de aan- of afwezigheid van een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) / Verpleegkundig Specialist (VS). Indien deze aanwezig is worden ACP-gesprekken structureel en volgens een vast format gevoerd. Indien een huisarts zelf de ACP-gesprekken voert is dit niet structureel en worden er diverse aanleidingen genoemd voor het voeren van deze gesprekken. Dit verschil in benadering wordt in de literatuur aangeduid als de systematische en ad-hoc benadering [24]. De vier huisartsen benadrukken dat ACP niet gaat over één gesprek, maar dat het een proces is. Het van tevoren concreet bespreken van de wensen ten aanzien van een ziekenhuisopname vinden huisartsen echter lastig, omdat er diverse scenario's aan vooraf kunnen gaan. Dit aspect wordt ook benoemd in een artikel over de beperkingen bij de interpretatie van behandelwensen in acute thuissituaties. In dit artikel wordt gesteld dat de wens om al dan niet opgenomen te worden in het ziekenhuis in de uiteindelijke situatie altijd in overleg tussen arts en patiënt geïnterpreteerd moet worden [25]. Verder geven de vier huisartsen aan dat bij bepaalde patiëntengroepen, zoals bijvoorbeeld patiënten met COPD, het voeren van ACP-gesprekken met de huisarts minder vaak voorkomt. Dit komt overeen met wat in Nederlandse onderzoeken werd gevonden [8]. Ten slotte speelt ook de uitwisseling van informatie een belangrijke rol in het kunnen anticiperen op afwegingen. Huisartsen moeten zowel in de huisartsenpraktijk als op de huisartsenpost informatie over gevoerde ACP-gesprekken met andere zorgverleners in kunnen zien.

Uitdagingen bij het anticiperen op mogelijke toekomstige afwegingen

De voornaamste uitdagingen met betrekking tot het voeren van gesprekken over proactieve zorgplanning/Advance Care Planning om voor te sorteren op mogelijke toekomstige afwegingen in acute situaties liggen op de volgende terreinen:

- Het dilemma tussen het globaal bespreken van wensen en behandeldoelen en het concreet bespreken van een diversiteit aan mogelijke toekomstscenario's met bijbehorende implicaties van de mogelijke keuzes.
- De uiteindelijk situatie waarin er door organisatorische aspecten of door de beleving van de patiënt toch andere keuzes worden gemaakt dan de van tevoren uitgesproken wensen.
- De informatieoverdracht en gegevensuitwisseling van de wensen en voorkeuren.
- De tijdsinvestering die het van de huisarts vraagt, met name als er geen praktijkondersteuner of verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk werkzaam is.

4.2 Verbetermogelijkheden

De resultaten van deze verkennende studie geven inzicht in de diverse afwegingen die bij huisartsen kunnen spelen bij het doorverwijzen van een oudere patiënt naar het ziekenhuis. De resultaten geven richting voor verder onderzoek ten einde de meest passende zorg aan de oudere patiënt te kunnen verlenen. Om meer inzicht te krijgen in welke mate de verschillende afwegingen en dilemma's onder huisartsen voorkomen, is het relevant om het onderzoek bij een grotere groep huisartsen te herhalen.

Uit het onderzoek komen een aantal verbetermogelijkheden naar voren om huisartsen te ondersteunen in het maken van goede afwegingen bij het al dan niet doorverwijzen van de oudere patiënt naar het ziekenhuis.

4.2.1 Organisatorisch

Een drietal organisatorische aspecten zou kunnen bijdragen aan het maken van een goede afweging door de huisarts. Allereerst zou het kunnen helpen als een huisarts eenvoudig en snel extra thuiszorg of palliatieve zorg kan regelen, ook buiten de reguliere praktijkuren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door één centrale plaats waar deze zorg geregeld kan worden, zoals bijvoorbeeld Zorgdomein of één regionaal nummer. Ten tweede is het belangrijk dat er een goede gegevensuitwisseling is tussen huisartsenpraktijk, huisartsenpost en het ziekenhuis, waarbij informatie over ACP-gesprekken voor alle relevante partijen inzichtelijk is. Ten slotte zou het helpend zijn als er in een huisartsenpraktijk een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) en/of een Verpleegkundig Specialist (VS) is die structureel met alle oudere patiënten een ACP-gesprek kan voeren.

4.2.2 Rolverdeling en communicatie

Andere aspecten die bij kunnen dragen aan goede afwegingen in de zorg voor oudere patiënten zijn de rolverdeling en communicatie tussen medische professionals. Allereerst heeft niet alleen de huisarts een rol in de afweging. Ook in het ziekenhuis zou er, nadat de diagnostiek heeft plaatsgevonden, tijd moeten worden gemaakt om samen met de patiënt te kijken in hoeverre een ingreep past bij de wensen en verwachtingen van de oudere patiënt. Hierbij is afstemming met de huisarts ook van belang. Een tweede aanbeveling heeft betrekking op patiënten die onder behandeling zijn bij een medisch specialist. Aangezien deze patiëntengroep niet standaard bij de huisarts of POH komt, is het wenselijk dat de medisch specialist deze patiënten aanmoedigt om ook met de huisarts/POH over proactieve zorgplanning te praten. Dit kan bijdragen aan het maken van een goede afweging in het geval van een acute situatie bij de patiënt. Ten derde is het wenselijk als huisartsen een concreter beeld krijgen van wat de medisch specialisten verwachten van huisartsen met betrekking tot het voeren van ACP-gesprekken. Duidelijkheid omtrent deze verwachtingen kan huisartsen helpen in het vormgeven van ACP-gesprekken.

4.3 Vervolgonderzoek

Om oudere kwetsbare patiënten de meest passende zorg te kunnen bieden, geven de resultaten van dit onderzoek verschillende aanknopingspunten voor verder onderzoek. Allereerst is het relevant om in kaart te brengen of de gevonden resultaten breed gedragen worden onder huisartsen. Ten tweede is het belangrijk om inzicht te krijgen in het perspectief van ouderen zelf met betrekking tot de afwegingen die er gemaakt moeten worden bij het wel of niet doorverwijzen naar het ziekenhuis. Ook is meer inzicht in het perspectief van andere betrokken zorgverleners, zoals medisch specialisten, wenselijk. Ten slotte zijn er in het onderzoek diverse uitdagingen met betrekking tot het maken van goede afwegingen in de zorg voor de oudere patiënt naar voren gekomen. Voor deze

uitdagingen zouden oplossingen kunnen worden geïnventariseerd welke vervolgens geïmplementeerd en geëvalueerd kunnen worden.

Literatuur

- [1] S. van Schoten, L. van Eikenhorst, B. Schouten, M. Baartmans, M. de Bruine, L. de Jong, M. Waals, H. Asscheman en C. Wagner, „Monitor Zorggerelateerde schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen,” NIVEL/APH, Utrecht/Amsterdam, 2022.
- [2] Nederlands Huisartsen Genootschap, „Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde,” 2018.
- [3] NIDI & CBS, „Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen. Eindrapport Verkenning Bevolking 2050,” NIDI, Den Haag, 2021.
- [4] L. Flinterman, J. Korevaar en D. de Bakker, „Monitor: Zorggebruik in de huisartspraktijk: Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten,” Nivel, Utrecht, 2016.
- [5] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, „Integraal Zorgakkoord (IZA): Samen werken aan gezonde zorg,” 2022. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/integraal-zorgakkoord>. [Geopend Oktober 2023].
- [6] R. Gijsen, G. Kommer en C. Deuning, „Acute zorg | Gebruik | SEH,” 2023. [Online]. Available: <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/seh>. [Geopend Oktober 2023].
- [7] J. Rietjens, R. Sudore, M. Connolly, J. van Delden, M. Drickamer, M. Droger, A. van der Heide, D. Heyland, D. Houttekier, J. Janssen, L. Orsi, S. Payne, J. Seymour, R. Jox, I. Korfage en European Association for Palliative Care, „Definition and recommendations for advance care planning,” *The Lancet Oncology*, vol. 18 (9), pp. e543-e551, September 2017.
- [8] A. Francke, M. Meurs, A. van der Plas en H. Voss, „Inventarisatie van Advance Care Planning: ZonMw-projecten, methoden, uitkomsten en geleerde lessen over gebruik, implementatie en borging,” Nivel, Utrecht, 2020.
- [9] KNMG, „Tijdig praten over het levenseinde,” 2021. [Online]. Available: <https://tijdig-praten-over-het-levenseinde.maglr.com/knmg-tijdig-praten-over-het-levenseinde/inhoudsopgave>. [Geopend Oktober 2023].
- [10] IKNL/Palliactief, „Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland,” 2017. [Online]. Available: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>. [Geopend Oktober 2023].
- [11] F. Guldemon, B. Ott en A. Wind, „Toolkit Advance Care Planning mbt het levenseinde,” [Online]. Available: <https://www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/04/Toolkit-Advance-Care-Planning-2017.pdf>. [Geopend Oktober 2023].
- [12] NHG, „Proactieve Zorgplanning,” 2023. [Online]. Available: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>. [Geopend Oktober 2023].
- [13] IKNL, „Visie gesprekskaart proactieve zorgplanning,” 2023. [Online]. Available: <https://filehosting.cmdcbv.app/public/productFile/384/Geprekskaart%20richtlijn%20proactieve%20zorgplanning.pdf>. [Geopend Oktober 2023].
- [14] B. Knottnerus en A. Francke, „Advance care planning in de huisartspraktijk: wat wordt er besproken en wat kan er beter?: Literatuurstudie,” Nivel, Utrecht, 2020.

- [15] A. van der Plas, H. Pasman, R. Kox, M. Ponstein, B. Dame en B. Onwuteaka-Philipsen, „Information meetings on end-of-life care for older people by the general practitioner to stimulate advance care planning: a pre-post evaluation study,” *BMC Fam Pract*, vol. 7;22(1), Jun 2021.
- [16] Zorginstituut Nederland, „Praktijkgids Samen beslissen met kwetsbare ouderen,” Zorginstituut Nederland, 2023.
- [17] NHG, „Visie Huisartsenzorg voor ouderen: Samen werken aan persoonsgerichte zorg,” 2017. [Online]. Available: <https://www.nhg.org/thema/ouderenzorg/visie-huisartsenzorg-voor-ouderen/>. [Geopend Oktober 2023].
- [18] R. Stavenuiter, H. Hermanussen, M. van de Ree en J. Steens, „Oudere breekt heup: opereren of niet?,” *Medisch Contact*, 09 augustus 2018.
- [19] M. Kemps, D. van Asselt en J. Visser, „Besluitvorming bij kwetsbare patiënt met heupfractuur,” *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2023; 167:D7336.
- [20] T. Nijdam, D. Laane, J. Spierings, H. Schuijt, D. Smeeing en D. van der Velde, „Proxy-reported experiences of palliative, non-operative management of geriatric patients after a hip fracture: a qualitative study,” *BMJ Open*, 2022;12e063007.
- [21] S. Loggers, H. Willems, R. van Balen, T. Gosens, S. Polinder, K. Ponsen, C. van de Ree, J. Steens, M. Verhofstad, R. Zuurmond, E. van Lieshout en P. Joosse, „Evaluation of Quality of Life After Nonoperative or Operative Management of Proximal Femoral Fractures in Frail Institutionalized Patients: The FRAIL-HIP Study,” *JAMA Surg*, pp. 424-434, 2022;157(5).
- [22] S. Loggers, H. Willems, R. van Balen, T. Gosens, S. Polinder, K. Ponsen, C. van der Ree, J. Steens, M. Verhofstad, R. Zuurmond, E. van Lieshout en P. Joosse, „Kwetsbaar en een heupfractuur: altijd opereren?: Lessen uit de FRAIL-HIP-studie,” *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2022;166:D6955.
- [23] Stuurgroep Passende zorg in de laatste levensfase, „Niet alles wat kan, hoeft: Passende zorg in de laatste levensfase,” 2015. [Online]. Available: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft>. [Geopend Oktober 2023].
- [24] J. Glaudemans, E. Moll van Charante, J. Wind, J. Oosterink en D. Willems, „Experiences with approaches to advance care planning with older people: a qualitative study among Dutch general practitioners,” *BMJ Open*, 2018; 8:e024762.
- [25] S. Buis en C. Veen, „Wel of niet naar het ziekenhuis? Beperkingen bij interpretatie van behandelwensen in acute thuissituaties,” *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2017;161:D1971.

Bijlage A Gesprekshandleiding focusgroep

Kernvragen

- Welke afwegingen maken huisartsen bij het wel of niet doorverwijzen van oudere patiënten naar het ziekenhuis?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie spelen een rol in deze afwegingen?
 - Welke informatie achten huisartsen van belang voor patiënten en naasten bij deze afweging?
 - Hoe kunnen huisarts anticiperen op dit soort afwegingen en welke informatie is hierbij voor de huisartsen van belang?
-

Groepsgesprek

Welkom

- Welkom
- Voorstellen onderzoekers
- Toelichting van het doel van de focusgroep
- Uitleg over het verloop
- Toestemming opname met transcriptie
- Achteraf verslag ter verificatie
- Vragen?

Voorstellen deelnemers

- Invullen van de vragenlijst
- Introductieronde met de vraag: Kunt u kort een beschrijving geven van de laatste keer dat u zich afvroeg of u een oudere patiënt nog wel naar het ziekenhuis moest doorverwijzen?

Patiënt casussen

Casus 1

- Presenteren casus 1
- Individueel invullen van de vragenlijst met de volgende vragen:
 - Bestaan voor deze situatie standaard afspraken?
 - Wat zou u doen in dit geval?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **wel** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **niet** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u in deze situatie de juiste afweging kunt maken? (1-10, 1=heel weinig vertrouwen; 10=heel veel vertrouwen)
 - Welke informatie zou u graag nog meer zou willen hebben (over de patiënt en/of de situatie)?

- Reflectie en discussie naar aanleiding van de ingevulde antwoorden
- Vragen voor de discussie:
 - Hoe weegt u de voor- en nadelen tegen elkaar af bij deze keuze?
 - Naar wat voor soort uitkomst streeft u voor deze patiënt? / Wat zou voor deze patiënt de meest gunstige en wat de meest ongunstige uitkomst zijn?
 - In het geval van doorverwijzen naar het ziekenhuis, wat is volgens u dan het grootste risico qua complicaties? Hoe groot schat u dit risico in?
 - Wat zou het verschil zijn of dit uw eigen patiënt is of een patiënt tijdens een dienst op de HAP?
 - Wat is de rol van richtlijnen in uw overwegingen?
 - Wat is het belangrijkste om te weten in deze situatie?

Casus 2

- Presenteren casus 2
- Individueel invullen van de vragenlijst met de volgende vragen:
 - Wat zou u doen in dit geval?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **wel** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **niet** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u in deze situatie de juiste afweging kunt maken? (1-10, 1=heel weinig vertrouwen; 10=heel veel vertrouwen)
 - Welke informatie zou u graag nog meer zou willen hebben (over de patiënt en/of de situatie)?
- Reflectie en discussie naar aanleiding van de ingevulde antwoorden
 - Wat maakt deze casus anders? Wat doet dit met de afwegingen?
- Vragen naar aanleiding van beide casussen
- Over de voorkeuren:
 - Hoe komt u achter de voorkeuren van een patiënt? Idealiter, op welk moment zou u dit gesprek met deze patiënt hebben gevoerd? Hoe pakt u dit aan in de dagelijkse praktijk?
 - Wat is de rol van naasten/familie?
 - Wat als er sprake is van dementie? Welke rol speelt dit in uw afweging?
 - Wat als uw ideeën over goede zorg niet overeenkomen met wat de patiënt wil?
- Over de informatieverstrekking:
 - Welke informatie zou u in deze gevallen aan uw patiënt en aan de naasten willen geven? / Wat zou u willen overbrengen?
 - Wat is daarin volgens u het meest en wat het minst belangrijk voor een patiënt en de naaste om te weten?
 - Zijn er situaties of bepaalde patiënten waarbij u geen/ andere informatie geeft?
 - Hoe zorgt u ervoor dat de patiënt deze informatie begrijpt?

Casus 3

- Presenteren casus 3
- Individueel invullen van de vragenlijst met de volgende vragen:
 - Bestaan voor deze situatie standaard afspraken?
 - Wat zou u doen in dit geval?

- Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **wel** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Welke kenmerken van de patiënt en de situatie wijzen erop dat **niet** doorverwijzen naar het ziekenhuis de beste optie is in dit geval?
 - Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u in deze situatie de juiste afweging kunt maken? (1-10, 1=heel weinig vertrouwen; 10=heel veel vertrouwen)
 - Welke informatie zou u graag nog meer zou willen hebben (over de patiënt en/of de situatie)?
- Reflectie en discussie naar aanleiding van de ingevulde antwoorden
 - Vragen voor de discussie:
 - Hoe weegt u de voor- en nadelen tegen elkaar af bij deze keuze?
 - Naar wat voor soort uitkomst streeft u voor deze patiënt? / Wat zou voor deze patiënt de meest gunstige en wat de meest ongunstige uitkomst zijn?
 - In het geval van doorverwijzen naar het ziekenhuis, wat is volgens u dan het grootste risico qua complicaties? Hoe groot schat u dit risico in?
 - Wat zou het verschil zijn of dit uw eigen patiënt is of een patiënt tijdens een dienst op de HAP?
 - Wat is de rol van richtlijnen in uw overwegingen?
 - Wat is het belangrijkste om te weten in deze situatie?

Overkoepelde discussie

- Vragen over de rol van huisartsen
 - Welke rol zien huisartsen voor zichzelf in dit soort scenario's?
 - Zijn er andere ziektebeelden (anders dan heupfracturen en COPD) waar huisartsen vooral aan moet denken als het gaat om de afweging wel/niet doorverwijzen naar het ziekenhuis?
- Vragen over ACP-gesprekken
 - Voert u regelmatig een ACP-gesprek met oudere patiënten in uw huisartsenpraktijk?
 - Bespreekt u dan ook de scenario's uit de casussen?
 - Welke mogelijke toekomstige scenario's zouden idealiter vooraf besproken moeten worden met een patiënt en tot in welk detail?
 - Wat zouden mogelijke aanleidingen zijn om met een patiënt in gesprek te gaan? En wat zijn dan de doelen van een gesprek?
 - Hoe ver over de toekomst kan er gesproken worden met een patiënt?
 - Wat is de kern van wat u als huisarts over een oudere patiënt zou moeten weten in het licht van de besproken afwegingen?
 - Welke rol speelt het opleidingsniveau of culturele achtergrond van de patiënt?
- Vragen over belemmeringen en barrières
 - Welke belemmeringen/barrières ervaren huisartsen in de praktijk bij het maken van de afwegingen?
 - Wat zouden oplossingen zijn voor deze belemmeringen/barrières?

Afsluiting

- Korte terugblik vanuit de onderzoekers
 - Hoe hebben de huisartsen de online focusgroep ervaren?
 - Hebben we iets niet gevraagd of besproken vandaag wat wel relevant is voor het onderwerp?
- Bedanken van de deelnemers

Bijlage B Vragenlijst achtergrondgegevens huisartsen

1. Hoe oud bent u?

- <35 jaar
- 35 – 40 jaar
- 40 – 45 jaar
- 45 – 50 jaar
- 50 – 55 jaar
- 55 – 60 jaar
- 60 – 65 jaar
- > 65 jaar

2. Hoeveel jaar bent u als huisarts werkzaam?

- < 5 jaar
- 5 – 10 jaar
- 10 – 20 jaar
- > 20 jaar

3. In welke provincie is uw praktijk gevestigd / werkt u over het algemeen?

- Drenthe
- Flevoland
- Friesland
- Gelderland
- Groningen
- Limburg
- Noord-Brabant
- Noord-Holland
- Overijssel
- Utrecht
- Zeeland
- Zuid-Holland

4. Werkt u in een vaste praktijk?

- Ja
- Nee -> de vragen 5 t/m 7 worden overgeslagen

5. Hoe stedelijk is de plaats waar uw praktijk is gevestigd?

- Zeer stedelijk
- Stedelijk
- Matig stedelijk
- Weinig stedelijk
- Niet stedelijk

6. Hoe zou u de populatie van uw praktijk omschrijven als het gaat om het aantal oudere patiënten (>75 jaar)?

- In mijn praktijk zijn **veel** patiënten 75 jaar of ouder
 - In mijn praktijk zijn **een gemiddeld aantal** patiënten 75 jaar of ouder
 - In mijn praktijk zijn **weinig** patiënten 75 jaar of ouder
7. Hoe zou u de populatie van uw praktijk omschrijven als het gaat om de Sociaal Economische Status (SES) van de patiënten?
In mijn praktijk is de SES van patiënten over het algemeen
- Laag
 - Gemiddeld
 - Hoog
8. Kunt u kort omschrijven wat uw ervaring met Advance Care Planning is?
9. Kunt u kort een beschrijving geven van de laatste keer dat u zich afvroeg of u een oudere patiënt nog wel naar het ziekenhuis moest doorverwijzen?

Bijlage C Patiëntcasussen

C.1 Casus 1 – Acute situatie: heupfractuur

Patiënt Jansen: 93-jarige man. Meneer is weduwnaar. Hij woont zelfstandig en is ook ADL zelfstandig. Meneer heeft 1 keer per week huishoudelijke hulp. Zijn zoon doet zijn boodschappen. U ziet meneer weinig op het spreekuur, hoogstens voor een kleine kwaal zo nu en dan. En tijdens de jaarlijkse griepvaccinatie. Hij maakt op u een vitale indruk. Naar aanleiding van zijn hartoperatie in 2004 voerde u al eens een gesprek over het levenseinde. Hij gaf aan een niet reanimeren en niet beademen beleid te wensen. Deze wensen zijn vastgelegd in het HIS en regelmatig met hem weer her-besproken. Verdere ACP (Advanced Care Planning) wensen zijn niet besproken.

VG: Perifeer Arterieel Vaatlidjen (PAV), Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) (2004)

Medicatie: acenocoumarol, pantoprazol, temazepam zn

Situatie: zoon van patiënt belt u omdat zijn vader vannacht is gevallen. Hij kon zelf overeind komen en is op bed gaan liggen, maar had direct veel pijn. Hij wilde niet de huisartsenpost bellen en heeft paracetamol genomen. Nu is de pijn zo hevig dat hij niet van het bed kan afkomen. Zijn zoon is direct naar zijn vader toegegaan en treft hem liggend op bed. Meneer heeft veel pijn in zijn rechter lies, bil en dij. U gaat direct na het ochtend spreekuur op visite bij hem.

Bij aankomst treft u een pijnlijke, heldere, adequate patiënt met goede vitale controles. Het valt u direct op dat de rechervoet in exorotatie ligt. De pijn in zijn rechter bil is dermate dat een onderzoek van het been en heupgewricht niet mogelijk is. Uw werkdiagnose is een heupfractuur.

C.2 Casus 2 – Acute situatie: heupfractuur

Patiënt de Boer: 90-jarige vrouw. Mevrouw woont met haar 89-jarige echtgenoot in een appartement op de begane grond. Ze hebben geen kinderen. Zij heeft Alzheimer en krijgt dagelijks thuiszorg voor het aan- en uitkleden. Met een rollator kan zij zich in huis zelf voortbewegen. Maaltijden komen via een maaltijdservice. Overige boodschappen doet dhr zelf en er is 1 keer per week huishoudelijke hulp. Meneer is goed ter been. Hij heeft een pacemaker, maar verder weinig gezondheidsklachten. De casemanager dementie is nauw betrokken bij dit echtpaar. Er is al meerdere keren besproken door u met de patiënte, haar echtgenoot en de casemanager dat het een wankel evenwicht is omdat er veel op de schouders van dhr terechtkomt. Met name toiletbezoek en soms nachtelijke onrust van patiënte vragen veel van dhr. Een opname in een verpleeghuis voor zijn vrouw wil dhr absoluut niet. U heeft een gesprek over het levenseinde gehad met hen beiden en beiden gaven aan een niet reanimeren en niet beademen wens te hebben.

VG: Alzheimer, Diabetes Mellitus

Medicatie: rivastigmine, omeprazol, lisinopril

Situatie: dhr belt 's middags de spoedlijn; mevrouw is gevallen en kan niet meer opstaan, hij krijgt haar niet overeind. Ze heeft veel pijn in haar onderrug en linker heup. U gaat direct op spoed visite. Bij aankomst ligt mevrouw op de grond. Ze geeft veel pijn aan in haar linker heup en maakt een angstige indruk. Haar controles bij L.O. zijn in orde. Het linkerbeen ligt in exorotatie en oogt verkort. U denkt aan een heupfractuur.

C.3 Casus 3 – Verwachte acute situatie: COPD

Patiënt de Vries: 78-jarige man, woont samen met zijn 75-jarige vrouw in een ééngezinswoning. Meneer heeft zeer ernstige COPD (GOLD-4). Hij krijgt onderhoudsmedicatie van de longarts en gebruikt chronisch zuurstof. Dochter en zoon wonen in de buurt en zijn nauw betrokken. Vrouw doet eigenlijk alles in huis. Alleen schoonmaken doet hun dochter. Dhr slaapt sinds 1 jaar in een hoog-laag bed in de woonkamer omdat hij de trap niet meer op kan komen. Een traplift is niet mogelijk bij de trap in zijn huis. Zijn vaste longarts heeft aangegeven dat er eigenlijk geen therapeutische opties meer zijn die het ziekenhuis dhr te bieden heeft. Met name de kinderen van dhr zijn vrij dringend in hun verzoek tot opnames wanneer dhr benauwd is. Patiënt zelf wil eigenlijk niet meer naar het ziekenhuis maar heeft aangegeven het dan voor zijn kinderen te moeilijk vindt, omdat zij wel graag willen dat dhr zo intensief mogelijk behandeld wordt. Zijn vrouw wil er niet over beslissen en laat het besluit tot wel/niet opname bij dhr. U heeft na de laatste opname een Advanced Care Planning (ACP) gesprek gevoerd en dhr gaf aan een niet reanimeren en niet beademen wens te hebben en wenste ook geen IC opnames meer. De kinderen vinden deze wens lastig.

VG: COPD Gold-4, Diabetes Mellitus, MI (2010), hartfalen

Medicatie: Trimbaw (beclometason/formpterol/glycopyrronium), salbutamol, azitromycine, prednisolon in onderhoudsdosering, simvastatine, hydrochloorthiazide, lisinopril, ascal

Situatie: mevrouw belt: meneer is sinds vannacht weer erg benauwd, de puffers helpen niet, zelfs met de zuurstof wat verhogen krijgen ze de benauwdheid niet onder controle. U gaat langs.