

# Overwegingen van huisartsen bij het verwijzen van ouderen met een cognitieve stoornis naar het ziekenhuis: een kwalitatief onderzoek

Melvin Hazelhoff · Maaïke A. Pouw · Gera A. Welker · Jantine J. Knol · Sophia E. J. A. de Rooij

## Samenvatting

Een ziekenhuisopname kan een negatief effect hebben op de kwaliteit van leven van ouderen met een cognitieve stoornis. Het doel van dit onderzoek is overwegingen van een huisarts bij een acute verwijzing naar het ziekenhuis van ouderen met een cognitieve stoornis in kaart te brengen.

Onder 21 huisartsen uit Noord-Nederland werden semigestructureerde interviews afgenomen en verbatim uitgewerkt. Uit deze transcripten werden met behulp van 131 gerichte codes volgens de principes van de gefundeerde theoriebenadering 12 categorieën geconstrueerd waarmee de acute verwijzing beschreven wordt.

Zes categorieën hebben betrekking op de wenselijkheid van behandelen of verwijzen. Dit zijn de aard van de klacht, de wens van de patiënt en zijn naasten, de conditie van de patiënt, de belasting voor de patiënt, de mogelijkheden in het ziekenhuis en de visie van de huisarts. Zes categorieën hebben betrekking op de mogelijkheden van de huisarts. Dit zijn de medische mogelijkheden, de zorgmogelijkheden, de beschikbare tijd, de beschikbare informatie, de inhoudelijke ondersteuning en het verwijzen buiten de huisarts om.

Specialisten in het ziekenhuis, huisartsen en beleidsmakers kunnen met de opgedane inzichten rondom het verwijzen van ouderen met een cognitieve stoornis de zorg aan deze ouderen verbeteren.

**Trefwoorden** dementie · alzheimer · cognitieve stoornis · verwijzen · tweede lijn

## Factors influencing professional decision making on acute hospital referral in the case of elderly patients with cognitive impairment among general practitioners (GPs) in The Netherlands: a qualitative study

### Abstract

*Background* Elderly patients with cognitive impairment have a limited life expectancy and are often acutely admitted to the hospital. Hospitalization can negatively affect their quality of life. More knowledge on considerations prior to these referrals is needed to improve care for these patients.

*Aim* The aim of this research is to describe the aspects that can relate to the process of referring to the hospi-

---

M. Hazelhoff (✉) · M. A. Pouw · G. A. Welker · S. E. J. A. de Rooij  
Universitair Centrum Ouderengeneeskunde, UMCG,  
Hanzeplein 1, Groningen, Nederland  
e-mail: m.hazelhoff@me.com

J. J. Knol  
Huisartsenpraktijk Knol, Haren, Nederland

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0253-9>

Published online: 26 June 2018

tal in the acute situation by GPs in the case of elderly patients with cognitive impairment.

*Method* Semi-structured interviews with 21 GPs from The Netherlands were conducted and afterwards transcribed verbatim. From these transcripts categories were extracted by using 131 focused codes according to the grounded theory.

*Results* Twelve categories were constructed. Six categories relate to whether it is desirable to treat or refer. These are the illness itself, the patient's wishes, the condition of the patient, the patient's burdens, the possibilities in the hospital, and the vision of the GP. Six categories relate to the options available to the GP. These include medical options, care options, available time and information, the support available to the GP, and referrals without involvement of the GP.

*Conclusion* The referral of elderly patients with cognitive impairment is a complex process that is influenced by different types of factors. With these findings, specialists in hospitals, GPs, and policy makers can improve the quality of care for this group.

**Keywords** Dementia · Alzheimer's Disease · Hospital Admission · GP Referral

## Achtergrond

Huisartsen moeten kiezen of ze een oudere met een cognitieve stoornis naar het ziekenhuis verwijzen in het geval van een acuut probleem. Deze keuze is vaak complex. Het ziekenhuis is een plek met veel expertise en mogelijkheden om de oudere patiënt te helpen. Een ziekenhuisopname brengt voor deze patiëntencategorie echter ook aanzienlijke risico's met zich mee. Er is bijvoorbeeld een groot risico om een delier door te maken. De vraag is dan ook of het ziekenhuis wel de beste plek is voor deze ouderen [1, 2].

Over hoe complex deze beoordeling voor huisartsen is en welke overwegingen hierin een rol spelen is op basis van de huidige literatuur geen goed beeld te vormen. De meeste onderzoeken op dit gebied zijn kwantitatief of betreffen kwalitatief onderzoek waarbij de beschreven factoren al op voorhand geformuleerd zijn [3–9]. Er is nog geen onderzoek gedaan onder huisartsen zelf om de factoren die zij relevant vinden in het verwijzingsproces te inventariseren. Daarnaast heeft de beschikbare kwalitatieve literatuur betrekking op een andere populatie dan ouderen met een cognitieve stoornis [10–15]. De vraag is of beschreven factoren ook bij de acute verwijzing van ouderen met een cognitieve stoornis een rol spelen en of ook andere factoren een rol spelen.

Om erachter te komen hoe we het meest kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen met een cognitieve stoornis bij een acuut probleem, is meer inzicht nodig in de totstandkoming van een acute opname en het voorafgaande verwijzingsproces. Dit on-

derzoek heeft als doel de acute verwijzing naar het ziekenhuis van ouderen met een cognitieve stoornis door huisartsen in kaart te brengen.

## Methode

Een kwalitatieve onderzoeksmethode kan een meer gedifferentieerd beeld van een proces of situatie geven dan een kwantitatieve methode en sluit daarom goed aan bij het doel van dit onderzoek. Om de data niet vanuit bestaande of vooraf opgelegde kaders te verzamelen is gebruik gemaakt van individuele open en – in een later stadium – semigestructureerde interviews. De interviewtranscripten zijn geanalyseerd volgens de principes van de gefundeerde theoriebenadering. Met behulp van deze benadering is het mogelijk op systematische wijze categorieën te vormen uit data [16].

## Dataverzameling

Om het aantal benodigde huisartsen te vinden dat voldeed aan de inclusiecriteria en bereid was tot deelname aan dit onderzoek, zijn vijftig huisartsen benaderd om deel te nemen. Deze huisartsen zijn mondeling, telefonisch of per e-mail benaderd. De interviewer had met geen van de geïnterviewde huisartsen eerder contact.

De inclusiecriteria waren gericht op de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie. Bij de werving en selectie is gelet op variatie wat betreft huisartsfactoren (werkervaring, geslacht), huisartspraktijkfactoren (praktijk grootte, dienstverband) en regiofactoren (sociaaleconomische status, vergrijzing, stedelijkheid). In tab. 1 zijn de huisartskarakteristieken inzichtelijk gemaakt. Alle huisartsen hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek en de verkregen gegevens zijn geanonimiseerd.

Elke huisarts is eenmaal geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld vijftig minuten. Elk interview startte met de vraag hoe de huisarts tot het besluit komt om een oudere met een cognitieve stoornis een acute zorgvraag al dan niet naar het ziekenhuis te verwijzen. Met open vragen werd gestimuleerd om tijdens de interviews eigen casuïstiek te bespreken en te analyseren. De waar te nemen redenering van de huisartsen werd kritisch gevolgd en bevraagd, onder andere met behulp van socratische gesprekstechnieken. De veiligheid en het open karakter van de interviews stonden hierbij voorop. Op basis van de voorkeur van de huisarts werden de interviews bij de huisarts thuis of in de huisartspraktijk afgenomen. Vanaf het derde interview is aanvullend tevens een onderwerpenlijst gebruikt, die telkens is aangepast op basis van de analyse van de transcripten van de eerdere interviews. Hiermee konden de reeds geanalyseerde data met behulp van de principes van de gefundeerde theoriebenadering aangevuld en getoetst worden [16]. Uiteindelijk zijn er 21 huisartsen geïnterviewd.

**Tabel 1** Huisartskarakteristieken

Huisartskarakteristieken	
Geslacht; <i>n</i>	
man	11
vrouw	10
Leeftijd; <i>m</i>	48 (29–65)
Dienstverband; <i>n</i>	
zelfstandig gevestigd (solopraktijk)	3
zelfstandig gevestigd (groepspraktijk of HOED <sup>a</sup> )	15
niet zelfstandig gevestigd (HIDHA <sup>b</sup> of vaste waarneming)	3
Sociaaleconomische status van postcodegebied; <i>n</i>	
hoger dan gemiddeld	8
lager dan gemiddeld	13
Praktijklocatie;	
stedelijk (>50.000)	9
niet-stedelijk (<50.000)	12

<sup>a</sup>Huisartsen onder één dak

<sup>b</sup>Huisarts in dienst van huisarts

### Analyse

De interviews zijn woordelijk uitgewerkt, geanonimiseerd en vervolgens geanalyseerd met behulp van ATLAS.ti Mac 1.5.3. De analyse vond in een aantal stappen plaats volgens de methode van Charmaz [16]. Deze systematische analyse is door een onderzoeker uitgevoerd. Een andere onderzoeker met expertise op het gebied van klinische ouderenzorg heeft op vaste momenten de gehele analyse kritisch gevolgd en becommentarieerd, met name op inhoud. Daarnaast is een huisarts betrokken om de onderzoekresultaten inhoudelijk te beoordelen. Tevens werd de analyse tweewekelijks besproken binnen een onderzoeksgroep op het gebied van ouderengeneeskunde. Hierbij was ook een lid met expertise op het gebied van deze onderzoeksmethode betrokken. De leden van de onderzoeksgroep volgden de analyse en gaven onder meer aan waar en hoe onderzoekresultaten mogelijk beïnvloed zijn. Hierop is een deel van de analyses opnieuw verricht, waar nodig met behulp van nieuwe data uit nieuwe interviews.

In totaal zijn vierduizend zogeheten vroege codes aan zinsdelen toegekend, zie toelichting 1. Deze vroege codes zijn gedurende de analyse steeds met elkaar vergeleken om overeenkomsten en verschillen te vinden. Op basis van deze vergelijking zijn 131 gerichte codes geconstrueerd. Dit zijn verzamelingen van veelvoorkomende of belangrijke vroege codes [16]. Deze gerichte codes zijn middels analytische memo's individueel en gezamenlijk geanalyseerd, waarbij de analyse

en het verzamelen van data steeds afgewisseld werden en nieuwe interviews zo nieuwe inzichten gaven. De rol van een gerichte code binnen het verwijzingsproces werd zo met behulp van nieuwe vroege codes onderzocht. Een gerichte code is als verzadigd beschouwd op het moment dat nieuwe vroege codes geen nieuwe inzichten toevoegden aan de betrokken gerichte code. Na 21 interviews werd dit saturatiemoment bereikt. Het rekruteren en interviewen van huisartsen is toen gestopt. Om de samenhang tussen gerichte codes zichtbaar te maken is per tekstfragment aangegeven hoe deze gerichte codes zich tot elkaar verhouden. Op die manier zijn vanuit de gerichte codes met een sterke samenhang 12 categorieën geconstrueerd. Op basis van de analyses blijkt dat deze 12 categorieën in tweeën gedeeld kunnen worden. Hierbij hebben de categorieën ofwel overwegend betrekking op de wenselijkheid van behandelen of verwijzen – wat met name bepaald wordt door het effect op kwaliteit van leven – ofwel op de mogelijkheden van de huisarts. Hiertussen bestaat een nauwe samenhang.

*Toelichting 1: Voorbeeld van een citaat met bijbehorende vroege code, gerichte code en categorie*

Citaat van huisarts: “Het is bijna niet reëel om te zeggen: met zes keer per dag thuiszorg red je het. Die momenten dat er dan niemand is, die zijn dan toch te ingewikkeld om te overkomen.” → Toegeschreven vroege code: “Het met thuiszorg niet redden” (1:189, Huisarts 1) → Geconstrueerde gerichte code: “Ontoereikend zijn van thuiszorg” (61 – 1.i.vii) → Geconstrueerde categorie: “Zorgmogelijkheden” (VIII).

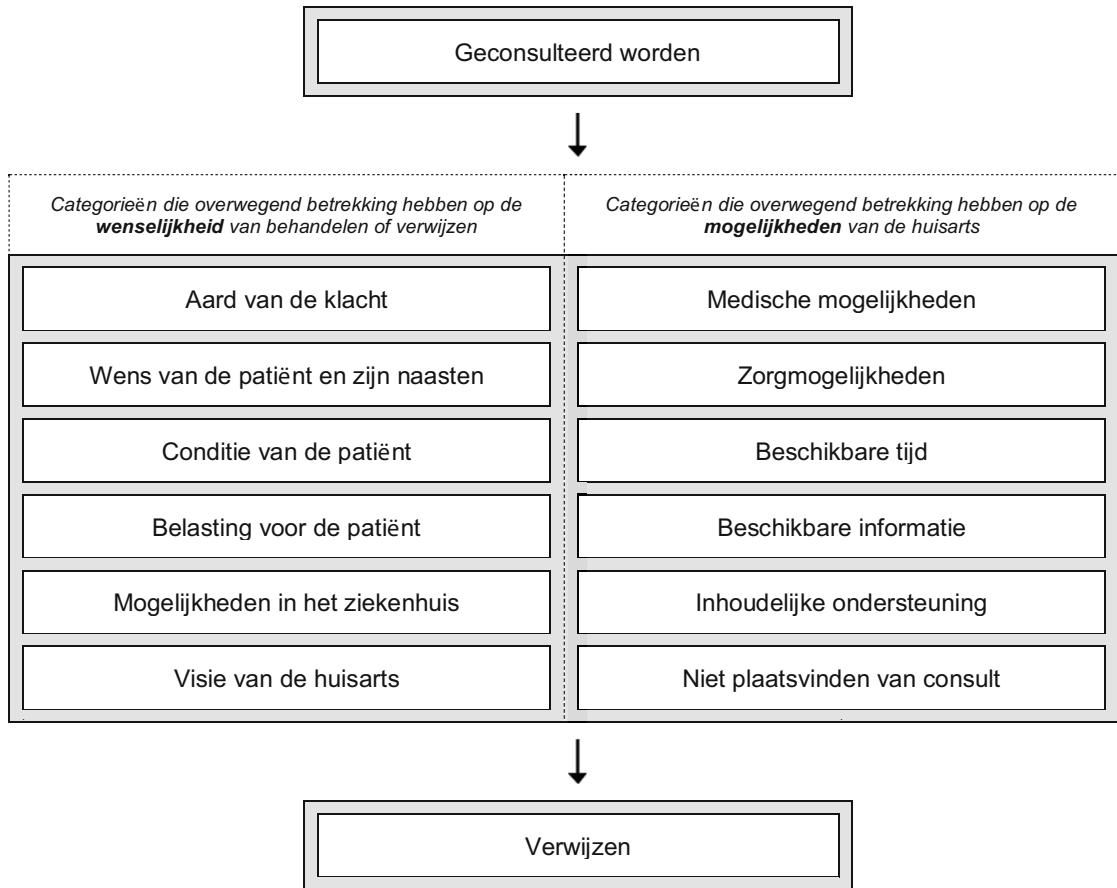
### Resultaten

In totaal zijn op basis van de interviews 12 categorieën geconstrueerd die de acute verwijzing naar het ziekenhuis van een oudere met een cognitieve stoornis door een huisarts beschrijven, zie fig. 1. De eerste zes categorieën zijn overwegend gericht op de wenselijkheid van verwijzen. De tweede zes overwegend op de mogelijkheden van de huisarts. De twaalf categorieën worden een voor een besproken.

#### *I – de aard van de klacht*

Uit de analyses blijkt dat bij ouderen met een cognitieve stoornis overwegend het behandelen van de klacht op de voorgrond staat; het gaat om het effect op de kwaliteit van leven. De belangrijkste afweging is of een patiënt hinder, zoals pijn of benauwdheid, ondervindt of mogelijk gaat ondervinden.

“Nu denk ik dat die handpees niet het allerbelangrijkste is en dat zo'n ziekenhuisopname haar wel heel erg uit haar evenwicht zal brengen.” (Huisarts 4)



**Figuur 1** De twaalf categorieën die de acute verwijzing naar het ziekenhuis door een huisarts van een oudere met een cognitieve stoornis beschrijven

*II – de wens van de patiënt en zijn naasten*

In principe staat de patiënt centraal en voert de huisarts ondersteunende of adviserende gesprekken om een zo reëel mogelijk beeld te scheppen van de situatie en samen tot een weloverwogen keuze te kunnen komen. In geval van wilsonbekwaamheid probeert de huisarts samen met een naaste alsnog naar de wens van de patiënt te handelen. De grootte van de rol van de patiënt, familie en huisarts is situatie- en huisartsafhankelijk. Dit verschil wordt geïllustreerd aan de hand van de volgende citaten.

*“Wie ben ik dan als vreemde huisarts om te zeggen [dat] we dat niet doen? Zeker ook als de familie zegt [dat] het echt moet.” (Huisarts 14)*

*“Als je echt het idee hebt [dat] iets voor iemand het beste [is], dan probeer je hem of haar toch te overreden.” (Huisarts 3)*

Huisartsen geven er de voorkeur aan dat er al in een eerder stadium nagedacht is over behandelwensen en op problemen is geanticipeerd. De acute situatie leent zich hier minder goed voor.

*III – de conditie van de patiënt*

Of huisartsen verwijzen hangt ook af van of zij een verwijzing wenselijk vinden op basis van de onderliggende conditie van de patiënt. Onder meer de levensverwachting en de leeftijd, de kwaliteit van leven en daarnaast de psychische en fysieke toestand van de patiënt worden hierin meegewogen. Wanneer een patiënt chronisch in een zwakkere psychische of fysieke toestand verkeert, wordt met meer terughoudendheid verwezen.

*“Natuurlijk speelt levensverwachting een rol. Als je weet dat iemand nog maar heel erg beperkt te leven heeft, moet je heel goed nadenken: doe ik hem dit in zijn laatste levensfase aan? Maar ook dat heeft weer met het verwachtingspatroon te maken. [...] Als iemand nog ligt te wachten op zijn broer uit Canada. Ja, why not?” (Huisarts 6)*

*IV – de belasting voor de patiënt*

Een ziekenhuisbezoek heeft niet per se een positief effect op de kwaliteit van leven van de patiënt. Het bezoek zelf kan lichamelijk en psychisch veel vragen van de patiënt. Daarnaast zijn huisartsen bang voor complicaties en bijwerkingen die kunnen optreden.

*“Als iemand [...] fors dementerend is, dan kun je daar grote vraagtekens bij plaatsen: als iemand [...] bijwerkingen heeft van chemotherapie of radiotherapie of iemand wordt onrustig tijdens de opname, in hoeverre is dat zinvol behandelen en wat voor levenswinst wil je daarmee behalen?” (Huisarts 17)*

Ook bestaat er een tussen huisartsen variërende angst tot overdiagnostiek en overbehandeling als we spreken over deze patiëntenpopulatie.

*“Daar halen we nog even de chirurg bij en die polyneuropathie, daar moet de neuroloog maar even ... [...] Je snapt het. Dat autonome gebeuren vertoont soms te weinig de kenmerken van het nadenken.” (Huisarts 10)*

#### V – de mogelijkheden in het ziekenhuis

Het is niet altijd vooraf duidelijk of verwijzen of behandelen een positief effect heeft op de kwaliteit van leven. Diagnostiek – in het ziekenhuis – kan helpen die vraag te beantwoorden. Die diagnostiek kan ook belangrijk zijn om te kunnen anticiperen op problemen en om een realistisch toekomstbeeld te schetsen.

Naast de diagnostische mogelijkheden, wordt ook voor de beschikbare behandelingen verwezen. Wat betreft behandelen wordt afgewogen of de hinder die de patiënt ervaart of kan gaan ervaren weggenomen kan worden.

*“Iemand met een CVA die constant CVA's houdt ... [...] Een neuroloog kan wel weer een scan maken, maar de medicatie blijft hetzelfde: dus er verandert niks.” (Huisarts 17)*

Tot slot wordt ook verwezen voor de zorgmogelijkheden in het ziekenhuis.

*“Als ik heel eerlijk ben, gebruik ik dan het ziekenhuis als toevluchtsoord om [...] de versteend-koude, uitgeputte patiënt weer in een toestand [te] brengen dat je kunt zeggen: nu gaan we rustig nadenken over wat verder.” (Huisarts 10)*

#### VI – de visie van de huisarts

Of een behandeling of verwijzing wenselijk gevonden wordt, verschilt per situatie en per huisarts; de huisartsen uit dit onderzoek wijzen elk een andere waarde toe aan de verschillende overwegingen om al dan niet te verwijzen. Eerdere ervaringen, maar ook persoonlijke ervaringen, worden meegenomen in dit besluit. Er bestaat een variatie in de zekerheid waarmee een beslissing wordt genomen die, naast afhankelijk van de situatie, ook huisartsafhankelijk lijkt.

*“Daarin ondersteunen we [geïnterviewde en collegahuisarts] elkaar wel. Dus dan is het meer: wat is gewogen de*

*beste beslissing? Waardoor je je ook zekerder voelt, want ik kan me best onzeker voelen in zo'n beslissing, omdat er zo veel mitsen en maren zijn en achteraf weet je wat de beste keuze is. Was.” (Huisarts 5)*

#### VII – de eigen medische mogelijkheden

De huisarts is binnen de eerste lijn beperkt in zijn medische mogelijkheden. Tijdens de avond-, nacht- of weekenduren zijn de mogelijkheden beperkter.

*“Realiserend dat het voor een dementerend iemand geweldig belastend is om naar het ziekenhuis te gaan ... desoriëntatie, risico's, dat is onverminderd waar. Maar ja, als huisarts sta je daar met je tasje.” (Huisarts 10)*

Aan de andere kant kunnen ook kennis en vaardigheden de huisarts in zijn handelen beperken.

*“Heeft hij geen medicijnen waar hij delirant van kan worden? Of kan ik medicijnen stoppen? En wat kan ik doen in de thuissituatie om iemand rustig te krijgen? Ik haal familie erbij of noem maar op. Ja, daar wist ik gewoon echt niks van.” (Huisarts 9)*

#### VIII – de zorgmogelijkheden

Met adequate verpleging en verzorging in de thuissituatie die snel ingezet kunnen worden, kan een probleem sneller thuis behandeld worden. Mantelzorg is voor patiënten met een gevorderde cognitieve stoornis van belang om thuis te kunnen blijven wonen. Wegvallen van mantelzorg kan ervoor zorgen dat de huisarts het gevoel heeft niet anders te kunnen dan te verwijzen naar het ziekenhuis, ook als dit niet de voorkeur heeft. Thuiszorg is niet altijd snel en op afroep beschikbaar. De mogelijkheden die de thuiszorg kan bieden zijn afhankelijk van de bekwaamheden van de individuele thuiszorgmedewerker. Deze mogelijkheden beïnvloeden de beslissing of iemand thuis kan blijven wonen. Tot slot kan een bed buiten het ziekenhuis lastig te vinden zijn.

*“Je hebt gewoon acuut een bed nodig. Ik heb nu een patiënt en [...] daar moet iets mee. [...] Dan kom je in een fantastisch bureaucratisch verhaal terecht.” (Huisarts 6)*

#### IX – de beschikbare tijd

Des te minder tijd beschikbaar is, des te slechter kan een goede afweging worden gemaakt. De beschikbare tijd is onder meer afhankelijk van hoe acuut een aandoening is, de zorg aan andere patiënten en het niet kunnen vervolgen van de zorg op een later moment. Met name in de avond-, nacht- en weekenddiensten lijkt beperkt tijd beschikbaar.

*“In de doktersdienst heb je natuurlijk bij die visites altijd wel weer drie, vier visites in de wacht staan. Dan wordt er alweer gebeld door de dispatcher: waar zijn jullie, schietten jullie al een beetje op?” (Huisarts 7)*

#### *X – de beschikbare informatie*

Zowel het niet kennen van een patiënt als het niet beschikken over voldoende informatie kunnen ertoe leiden dat een huisarts een patiënt sneller verwijst. Het gaat hierbij om medische informatie, waaronder ook het beleid van de eigen huisarts, maar ook om informatie over behandelbeperkingen. Hierover is in de praktijk weinig informatie beschikbaar.

*“Terwijl die eigen huisarts daar al mee bezig is, met die lange aanloop, en daar beleid op heeft gezet. En in het weekend denkt dochter opeens: jemig! Die schrikt zich rot, want die heeft moeder een maand niet gezien en denkt: het gaat mis. [...] Dan ben je als [dienstdoende] huisarts ook geneigd om te denken: oké, er moet blijkbaar nu iets gebeuren.” (Huisarts 4)*

#### *XI – de inhoudelijke ondersteuning*

De verzorging, een collega-huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, een casemanager dementie, een gespecialiseerd dementieteam, medisch specialisten en standaarden kunnen in wisselende mate de huisarts ondersteunen. De casemanager dementie is voor de ene huisarts een belangrijk steunpunt, terwijl een ander deze zorg zelf verleent.

*“Het is sowieso wel vaak zo dat een casemanager wat meer van de omstandigheden van een patiënt weet dan ik.” (Huisarts 21)*

#### *XII – het niet plaatsvinden van een consult*

Een consult vindt niet plaats wanneer er in de avond-, nacht- en weekenddienst gebruik wordt gemaakt van een geprotocolleerd triagesysteem van waaruit door de triagist een ambulance wordt gestuurd zonder dat de huisarts hiervan op de hoogte is.

*“De eerste de beste nacht dat wij dus mee gingen doen met die [centrale huisartsen]post, toen is er ook, zoals wij dat dan zeggen, [...] ineens een patiënt ontvoerd. Dat was een 87-jarige dame die wel veel vaker pijn op de borst heeft. Weet je, als wij dan dienst hadden gehad...” (Huisarts 21)*

### **Discussie**

Dit onderzoek had als doel de aspecten die kunnen bijdragen aan de acute verwijzing naar het ziekenhuis van

ouderen met een cognitieve stoornis door huisartsen zo breed mogelijk in kaart te brengen. Bij 21 huisartsen uit Noord-Nederland zijn semigestructureerde interviews afgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van de principes van de gefundeerde theoriebenadering om deze aspecten inzichtelijk te kunnen maken.

Dit onderzoek laat zien dat bij de acute verwijzing naar het ziekenhuis van ouderen met een cognitieve stoornis door huisartsen verschillende soorten overwegingen een rol spelen. Dit is inzichtelijk gemaakt aan de hand van twaalf categorieën.

In de lopende maatschappelijke discussie wordt het patiëntperspectief steeds belangrijker geacht in het besluit al dan niet te verwijzen of te behandelen. De waarde die door huisartsen wordt toegekend aan de mening van de patiënt en zijn naasten en het vroegtijdig met de patiënt spreken over behandelwensen zou als een weerspiegeling hiervan gezien kunnen worden.

Dit onderzoek laat verder zien dat er een ingewikkelde en zorgvuldige afweging plaatsvindt waarin plaats is voor veel overwegingen. De soms beperkte mogelijkheden van de huisarts lijken de kwaliteit van leven ook onder druk te kunnen zetten. Zo zou een huisarts kunnen overwegen om naar het ziekenhuis te verwijzen wanneer geen passende zorg buiten het ziekenhuis geregeld kan worden, ook als dit gezien de risico's tijdens en na een ziekenhuisopname niet direct wenselijk lijkt [2]. Het feit dat de zorgmogelijkheden beperkt zijn, kan dus – in een binnen dit onderzoek niet te kwantificeren aantal gevallen – betekenen dat een ziekenhuisopname – inclusief de risico's – de voorkeur krijgt.

Wat verder opvalt is dat er onder de geïnterviewde huisartsen terughoudendheid kan bestaan wat betreft verwijzen van ouderen met een cognitieve stoornis vanwege het hoog ingeschatte risico op overdiagnostiek en -behandeling in ziekenhuizen. Deze bezorgdheid is ook benoemd in een rapport van de grote artsenverenigingen in Nederland over overbehandeling in de laatste levensfase, geïnitieerd door de KNMG [17]. Hierin wordt genoemd dat ruim zestig procent van de artsen aangeeft dat patiënten langer worden behandeld dan nodig en wenselijk is. Een verklaring die hiervoor gegeven wordt, is dat richtlijnen en opleidingen gericht zijn op handelen en niet op het niet-handelen.

#### *Beperkingen*

De kracht van de gebruikte – kwalitatieve – onderzoeksmethode is, dat de resultaten vanuit de data gevormd zijn en niet vanuit vooraf gevormde kaders. Het gevaar van deze onderzoeksmethode is dat eigen ideeën van de onderzoekers over het onderwerp invloed kunnen hebben op de onderzoeksresultaten. Om deze invloed zo klein mogelijk te houden is een aantal maatregelen genomen. Zo is het perspectief van de hoofd-

onderzoeker verbreed door een andere onderzoeker op vaste momenten de gehele analyse kritisch te laten volgen en becommentariëren. Daarnaast is de analyse en het analyseproces regelmatig bediscussieerd met andere onderzoekers.

Tot slot is dit onderzoek uitgevoerd onder huisartsen die praktijk voeren in Noord-Nederland. Zij kwamen uit zowel stedelijke als niet-stedelijke gebieden. De kenmerken van de regio zouden echter medebepalend kunnen zijn voor de perspectieven en uitspraken. Hier moet rekening mee worden gehouden wanneer de resultaten geëxtrapoleerd worden naar andere regio's in Nederland en wanneer de resultaten van dit onderzoek vergeleken worden met buitenlandse onderzoeken.

### Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kan een uitspraak gedaan worden over de gronden waarop de acute verwijzing naar het ziekenhuis door de huisarts op dit moment tot stand komt wat betreft ouderen met een cognitieve stoornis. Op basis van dit inzicht kunnen wij enkele aanbevelingen doen om de acute zorg voor deze ouderen te verbeteren.

Wanneer behandelwensen van patiënten en risico's vroegtijdig – in een niet-acute situatie – door de huisarts met de patiënt en een naaste in kaart worden gebracht, kan voorkomen worden dat patiënten ongewenst naar het ziekenhuis verwezen worden. Momenteel wordt onderzocht of ketenzorgprogramma's bij kunnen dragen aan het in kaart brengen en verminderen van deze risico's [18].

Het lijkt daarnaast onwenselijk dat verwezen wordt vanwege een gebrek aan informatie. Informatie over behandelwensen zou beschikbaar moeten zijn voor an-

dere behandelaars, waaronder waarnemende huisartsen. Dit geldt ook voor informatie over de voorgeschiedenis en medicatie.

In de avond-, nacht- en weekenduren lijken verschillende verbetermogelijkheden te bestaan. Het gehanteerde triageprotocol zou beoordeeld moeten worden op onwenselijk verwijzen. Ook zou beoordeeld moeten worden of er voldoende tijd beschikbaar is voor de beoordeling van ouderen met een cognitieve stoornis in deze uren. Er zou daarnaast een oplossing gevonden moeten worden voor het gebrek aan zorgmogelijkheden dat huisartsen in dit onderzoek ervaren. Concreet valt te denken aan zorgmogelijkheden die snel ingezet kunnen worden in de thuish situatie.

Tot slot zouden de zorgen rondom overdiagnostiek en -behandeling nader onderzocht moeten worden. In ieder geval moeten in het ziekenhuis mogelijke diagnostische en therapeutische interventies en eventuele klinische opnames zorgvuldig overwogen worden, ook gezien de eerdergenoemde risico's van een ziekenhuisopname [2]. Momenteel wordt onderzocht of nieuwe zorgconcepten, waarbinnen ziekenhuiszorg in de thuish situatie wordt gerealiseerd, deze risico's kunnen verkleinen [19].

### Conclusie

De acute verwijzing naar het ziekenhuis van ouderen met een cognitieve stoornis door huisartsen is een proces waarin verschillende soorten factoren tegen elkaar af worden gewogen. In dit onderzoek is inzicht verkregen in deze factoren. Dit inzicht kan gebruikt worden om de acute zorg voor ouderen met een cognitieve stoornis te verbeteren.

### Literatuur

1. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing*. 2006;35(4):350–64.
2. Ryan DJ, Regan NAO, Caoimh RÓ, Clare J, Connor MO, Leonard M, et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*. 2013;3:1–10.
3. Toot S, Devine M, Akporobaro A, Orrell M. Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(7):463–70.
4. Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D. Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring. *Ir J Med Sci*. 2016;185(2):483–91.
5. Rossdale M, Kemple T, Pyne S, Calnan M, Greenwood R. An observational study of variation in GPs' out-of-hours emergency referrals. *Br J Gen Pract*. 2007;57(535):152–4.
6. Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, Bemt PMLA van den. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. 2008;168(17):1890–6.
7. Hunt K, Walsh B, Voegeli D, Roberts H. Reducing avoidable hospital admission in older people: health status, frailty and predicting risk of ill-defined conditions diagnoses in older people admitted with collapse. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;57(2):172–6.
8. LaMantia MA, Platts-Mills TF, Biese K, Khandelwal C, Forbach C, Cairns CB, et al. Predicting hospital admission and returns to the emergency department for elderly patients. *Acad Emerg Med*. 2010;17(3):252–9.
9. Pinkert C, Holle B. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45(8):728–34.

10. Millett ERC, De Stavola BL, Quint JK, Smeeth L, Thomas SL. Risk factors for hospital admission in the 28 days following a community-acquired pneumonia diagnosis in older adults, and their contribution to increasing hospitalisation rates over time: a cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(12):1–13.
11. Wright J, Wilkinson JR. General practitioners' attitudes to variation in referral rates and how these could be managed. *Fam Pract*. 1996;13(3):259–63.
12. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer*. 2011;11(1):5.
13. Simmonds RL, Shaw A, Purdy S. Factors influencing professional decision making on unplanned hospital admission: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2012;62(604):750–6.
14. Dyrstad DN, Laugaland KA, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *J Clin Nurs*. 2015;24(11–12):1693–706.
15. Vanden Bussche P, Desmyter F, Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al. Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(202):1–13.
16. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: SAGE; 2014.
17. Stuurgroep passende zorg in de laatste levensfase. *Rapport niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase*. Utrecht: Artsenorganisatie KNMG; 2015.
18. Groninger Huisartsen Coöperatie. *Groninger Zorgmodel Integrale Ouderenzorg*. Groningen: Groninger Huisartsen Coöperatie; 2017. Beschikbaar via: [ghc-groningen.nl/gzio](http://ghc-groningen.nl/gzio).
19. Universitair Centrum Ouderengeneeskunde. *Hospital at home*. Groningen: Universitair Centrum Ouderengeneeskunde; 2017. Beschikbaar via: [hospital-at-home.nl](http://hospital-at-home.nl).