

Postprint Version	1.0
Journal website	https://www.ntvg.nl/artikelen/vermijden-van-ziekenhuisopname-aan-het-levenseinde
Pubmed link	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=26083844
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde*: Perspectieven van huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers

MARIA C. DE KORTE-VERHOEF, H.R.W. (ROELINE) PASMEN, BART P.M. SCHWEITZER, ANNEKE L. FRANCKE, BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN EN LUC DELIENS

Doel: Beschrijven hoe ziekenhuisopname van een patiënt aan het levenseinde vermeden kan worden, vanuit het perspectief van huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers.

Opzet: Kwalitatief onderzoek met open interviews.

Methode: We interviewden 26 huisartsen, 15 verpleegkundigen en 18 mantelzorgers van 30 patiënten, die niet onverwacht waren overleden. Van deze patiënten waren er 20 opgenomen in het ziekenhuis in de laatste 3 levensmaanden en waren er 10 niet gehospitaliseerd.

Resultaten: Uit de interviews kwamen 5 strategieën naar voren die konden bijdragen aan het vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde. Deze strategieën waren: (a) markeren dat de dood nadert en een omslag maken in het denken over de benodigde zorg; (b) acute behandeling en zorg geven aan het levenseinde; (c) anticiperende gesprekken voeren en interventies plegen; (d) begeleiden en monitoren gedurende het ziekteproces; en (e) continuïteit in de zorg en behandeling thuis. Uit de diepte-interviews bleek dat het noodzakelijk is dat de 5 strategieën in samenhang worden toegepast door een team van huisartsen en verpleegkundigen.

Conclusie: We identificeerden 5 samenhangende strategieën die bijdragen aan het vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde. Bij patiënten die thuis verblijven aan het levenseinde adviseren we dat de arts en verpleegkundige samenwerken vanaf het moment dat is gemarkeerd dat het levenseinde nabij is.

INLEIDING

De meeste mensen wensen thuis te blijven aan het einde van hun leven.¹ Ruim de helft van de patiënten die niet plotseling zijn overleden, wordt in de laatste 3 levensmaanden echter overgeplaatst van huis naar het ziekenhuis.^{2,3}

Ziekenhuisopname aan het levenseinde is vanuit het perspectief van de meeste patiënten vaak ongewenst, en dit geldt ook voor de kwaliteit van zorg en voor de

kosten van de gezondheidszorg.^{4,5} Veelvoorkomende redenen voor ziekenhuisopname aan het levenseinde zijn somatische problemen, zoals benauwdheid, pijn, digestieve of cardiovasculaire symptomen, psychologische problemen, zoals delier of verminderd bewustzijn, of sociale problemen, zoals belasting van de mantelzorg.⁶⁻⁸ Deze problemen kunnen echter vaak ook thuis worden opgelost.⁹

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat een kwart van de huisartsen achteraf gezien denkt dat ziekenhuisopname vermeden had kunnen worden bij een patiënt die niet onverwacht is overleden.¹⁰ Ook uit internationaal dossieronderzoek, dat werd uitgevoerd door ziekenhuisprofessionals, blijkt dat 7-33% van de ziekenhuisopnames van patiënten met een korte levensverwachting potentieel vermeden had kunnen worden.^{6,9,11} Op basis van de levensverwachting en symptomen werd bij deze onderzoeken ingeschat dat een deel van de opnames vermijdbaar was geweest; er werd echter niet omschreven hoe deze ziekenhuisopnames vermeden hadden kunnen worden.

Toch moet erkend worden dat niet elke ziekenhuisopname te vermijden is en dat het voor sommige patiënten wenselijk is dat zij opgenomen worden in het ziekenhuis. Sommige patiënten beschouwen het ziekenhuis als een veilige haven, bijvoorbeeld als een acuut probleem thuis niet onder controle te krijgen is.^{12,13}

Het doel van dit onderzoek was na te gaan hoe ziekenhuisopname van een patiënt aan het levenseinde vermeden kan worden, vanuit het perspectief van huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers. De verworven inzichten kunnen huisartsen en verpleegkundigen strategieën bieden om meer patiënten thuis te laten verblijven tot aan het levenseinde als zij dat wensen.

METHODE

Dit betrof een kwalitatief beschrijvend onderzoek, waarbij we ons baseerden op diepte-interviews. Het werd uitgevoerd in de periode 1 januari-30 augustus 2012.

Studiepopulatie en inclusie

Deze studie was onderdeel van een groter onderzoek waarbij vragenlijsten werden gestuurd naar een representatieve steekproef van alle Nederlandse huisartsen.⁷ In de vragenlijst werd de huisarts gevraagd naar de meest recent overleden patiënt die niet plotseling was overleden. Van die patiënt werden onder andere de patiëntkenmerken en, als hij of zij was opgenomen, de reden van ziekenhuisopname gevraagd. De mantelzorger en de eventueel betrokken wijkverpleegkundige of verpleegkundige werden ook uitgenodigd om mee te doen met het onderzoek. Voor de diepte-interviews selecteerden we op basis van patiëntkenmerken, zoals die in de vragenlijst vermeld stonden, 20 opgenomen en 10 niet-opgenomen patiënten (tabel).

Gegevensverzameling

De diepte-interviews duurden ongeveer 60 min en werden met een audiorecorder opgenomen. We begonnen met een algemene open vraag: 'Kunt u een omschrijving geven van de situatie van de patiënt vanaf ongeveer 3 maanden vóór overlijden?' Bij opgenomen patiënten spraken we uitvoerig over de omstandigheden rond de ziekenhuisopname en over hoe de opname vermeden had kunnen worden. Bij niet-opgenomen patiënten vroegen we wat had geholpen om de patiënt thuis te houden. We vroegen huisartsen en verpleegkundigen ook naar andere patiënten die recent wel of niet waren opgenomen aan het levenseinde.

Analyse

Alle interviews werden letterlijk uitgetypt en daarna verwerkt met het data-analyseprogramma voor kwalitatief onderzoek ATLAS.ti. Tekstfragmenten werden gekoppeld aan labels. Vervolgens werden de labels geclusterd op hoofdthema's (MDK).^{14,15} De analyses werden stap voor stap bediscussieerd door de eerste 2 auteurs (MDK en HRP). Regelmatig vond overleg plaats met alle auteurs om de bevindingen te bespreken.

Ethische aspecten

De medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc beoordeelde het onderzoeksprotocol en keurde het goed. Voorafgaand aan elk interview legden we aan de respondent uit dat deelname aan het onderzoek vrijwillig was en dat alle audio-opnames en transcripten vertrouwelijk en anoniem behandeld zouden worden. Daarna tekende de respondent een informed-consentformulier.

RESULTATEN

Aan de hand van 30 patiënten hielden we 59 diepte-interviews met 26 huisartsen, 15 verpleegkundigen en 18 mantelzorgers. De kenmerken van de respondenten en de patiënten staan in de tabel.

Uit de interviews met huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers kwam de complexiteit van de situatie van patiënten naar voren. Het ging bijvoorbeeld om de complexiteit van het identificeren dat de dood nadert, het complexe ziekteverloop, de psychosociale omstandigheden en de communicatie. Vanuit deze complexe situaties identificeerden we 5 strategieën die kunnen bijdragen aan het vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde. Deze strategieën beschrijven we hierna vanuit de positieve en negatieve ervaringen van de respondenten.

Markeren dat de dood nadert en een omslag maken in het denken over de benodigde zorg

Ziekenhuisopname had volgens huisartsen en verpleegkundigen achteraf gezien soms voorkomen kunnen worden door al in een vroeg stadium te spreken over de beperkte levensverwachting. De herkenning en erkenning dat het levenseinde nadert kan samengevat worden door het begrip 'markeren'. Deze markering maakte een omslag ('switch') in het denken mogelijk. Letterlijk werd door een huisarts gezegd: 'Er moet een knop om bij patiënten en mantelzorgers.'

Met deze omslag werden de voor- en nadelen van behandeling in het ziekenhuis op een andere manier gewogen. Zolang er bij de patiënt of familie hoop op genezing was, werd de belasting van ziekenhuisopname als vanzelfsprekend aangenomen. Maar wanneer duidelijk was dat genezing niet meer mogelijk was, werd tijd doorbrengen met familie thuis het belangrijkste gevonden. Patiënten, familie en professionals hadden soms enige tijd nodig om die omslag te maken en tot het volle besef te komen dat de dood werkelijk nabij was. Bij patiënten en mantelzorgers vond er echter niet altijd een verandering plaats in het denken dat er geen genezing meer mogelijk was.

Mantelzorger: Dat het kwaadaardig was, dat het niet te genezen was, alleen af te remmen. Mantelzorger: Nou, hij heeft eigenlijk, je kunt eigenlijk zeggen tot het einde toe toch nog de hoop gehad van dat hij nog zou kunnen genezen. Ja, net als mijn jongste dochter, die had dat ook van: nou, je weet het maar nooit, hè? (Patiëntcasus 5: mantelzorger, vrouw, leeftijd 65-70 jaar)

Wijkverpleegkundigen voelden zich verantwoordelijk voor het herhalen van wat al eens door de arts was gezegd over de ongeneeslijkheid van de ziekte en de korte levensverwachting om zo patiënten en hun familie te ondersteunen in de bewustwording van de nieuwe realiteit van de naderende dood.

Verpleegkundige: Ja, dat is wel nodig, natuurlijk voor het besef en uiteindelijk, als die er komt, de acceptatie. Want anders willen ze dan continu dat er toch nog gezocht wordt naar een middel om ze beter te maken. En ja, dat kan dan ook heel moeilijk worden, want dat middel is er niet meer. (Patiëntcasus 6: verpleegkundige, vrouw, leeftijd 45-50 jaar)

Daarnaast moet worden opgemerkt dat het door de complexiteit van de situatie, bijvoorbeeld door multimorbiditeit of een onduidelijke oorzaak van de symptomen, niet altijd helder was dat de dood naderde. Wanneer dat niet helder was, leek ziekenhuisopname minder vermijdbaar.

Acute behandeling en zorg geven aan het levenseinde

Bij veel patiënten was er een acuut probleem, waarop ziekenhuisopname volgde. Als in die acute situatie kalme bewaard werd en rustig met de patiënt of familie besproken werd welke zorg- en behandelopties er thuis mogelijk waren en onder ogen gezien werd dat de dood nabij was, was het soms mogelijk een ziekenhuisopname te vermijden. In het volgende interviewfragment met een mantelzorger komt dit aspect naar voren.

Interviewer: Kunt u meer vertellen over hoe u dat zou doen? Stel, u bent huisarts en komt voor zo'n acute situatie. Wat zou u dan vertellen?

Mantelzorger: Eh, dan denk ik dat ik zou zeggen: de kans dat dit goed komt is uitermate klein. En wil je dit moeilijke probleem bespreken, dan moet je er nog meer tijd voor nemen. Maar, als je nou niet in tijdsdruk zou zitten, zou ik mensen even apart roepen en zeggen van: nou, de kans dat dit gewoon fataal afloopt is heel groot en het voordeel voor u, als u hem thuis zou houden en meteen de zorg opplussen. Dat is dan dat u in uw eigen omgeving blijft en hij uiteindelijk ook in zijn eigen omgeving rustig kan overlijden. Dat wat er nodig is in de sfeer van verpleging, verzorging en eventueel bestrijding van de onrust en van de kortademigheid en van de angst. Dat kunnen we hier net zo goed thuis doen als in het ziekenhuis. (Patiëntcasus 26: mantelzorger over patiënt in de leeftijd van 95-100 jaar)

Een huisarts vertelde dat hij soms intermitterende sedatie toepaste als 'gewone' middelen niet snel hielpen en om rust te creëren bij de patiënt en familie. Vervolgens kon hij de tijd nemen om specialisten te consulteren om het probleem om te lossen. Toch was het vooral buiten kantooruren moeilijk om ziekenhuisopname te vermijden wanneer de patiënt ernstige symptomen had, de huisarts de patiënt niet kende, en er geen duidelijk overdrachtsdocument was waarin stond wat de wensen van de patiënt waren en dat de levensverwachting beperkt was.

Anticiperende gesprekken voeren en interventies plegen

Anticiperen op een mogelijke ziekenhuisopname door tijdig te spreken over de wensen van de patiënt en over de mogelijkheden om thuis zorg en behandeling te krijgen en daarnaar anticiperend te handelen kunnen bijdragen aan het voorkómen van ziekenhuisopname, volgens huisartsen en verpleegkundigen. Er werd verteld dat met patiënten soms wel werd gesproken over de wens om thuis te blijven. Als een patiënt thuis wilde blijven, werd door huisartsen en verpleegkundigen vaak wel geanticipeerd op pijn maar minder vaak op andere symptomen zoals benauwdheid of

bloedingen. Een verpleegkundige vertelde over een casus waarbij zij geanticipeerd had op bloedingen, wat tot gevolg had dat de patiënt thuis kon sterven zonder dat er paniek was bij de naasten.

Verpleegkundige: Als wij, eh, een cliënt thuis krijgen, vaak is het vanuit het ziekenhuis omdat daar de onderzoeken gedaan worden. Dan krijgen we een overdracht van de huisarts waar duidelijk in aangegeven wordt dat het een terminale cliënt is. En, eh, dan gaan wij vaak ook wel in gesprek over wat moeten wij doen op het moment dat er iets gebeurt. Stel, iemand krijgt een bloeding, of iemand wordt onwel, of. Ja, dan is het wel handig om te weten van gaan we 112 nog bellen en gaan we nog naar het ziekenhuis. Of gaan we met een huisartsenpost overleggen van: blijven we thuis en wat kunnen we doen om het leed te verzachten. (Patiëntcasus 13: verpleegkundige, vrouw, leeftijd 35-40 jaar)

Naast de anticiperende gesprekken werden enkele andere anticiperende interventies genoemd om ziekenhuisopname te vermijden, zoals het noteren van een korte levensverwachting in het overdrachtsdocument aan de huisartsenpost of het zorgdossier en wat de wensen van de patiënt waren in geval van acute situaties. Ook het klaarleggen van medicatie die zo nodig gebruikt kon worden en instructie aan de mantelzorg hierover werden genoemd als anticiperende interventie om ziekenhuisopname te vermijden.

Begeleiden en monitoren gedurende het ziekteproces

Vanwege het vaak grillige en onverwachte verloop van het ziekteproces vonden de respondenten het belangrijk dat huisartsen en verpleegkundigen de patiënten en hun mantelzorgers tijdens het ziekteproces begeleiden. Door de regelmatige aanwezigheid van de zorgprofessionals was het dan ook mogelijk om veranderingen op lichamelijk en psychosociaal gebied bij de patiënt en de mantelzorger goed te monitoren. Door deze intensieve begeleiding en monitoring kon ziekenhuisopname soms vermeden worden. Voor veel huisartsen en verpleegkundigen hield het begeleiden van de patiënt en de directe naasten in dat ze hen als een gids door het ziekteproces heen loodsen en stap voor stap uitleggen wat er gebeurt.

Huisarts: Als ze dan toch in één keer plotseling veel meer klachten krijgen, dan slaat de onzekerheid toe bij veel mensen. Dan probeer je als arts daar toch, zo goed en kwaad als dat kan, wat houvast te geven of wat te bieden. Dat wil je graag, om ze daarin te ondersteunen. Huisarts: Ja, iets waarbij ze het gevoel hebben dat ze misschien toch wat gesteund worden of in ieder geval toch dat ze serieus genomen worden. Misschien een beetje aan de hand meekijken, hè. Samen hand in hand dat proces ingaan, dat ze er niet alleen in staan of zo, hè, en dat je ze toch probeert zo goed mogelijk daar doorheen te loodsen. (Patiëntcasus 27: huisarts, man, leeftijd 30-35 jaar)

Veel professionals vonden het belangrijk dat er in een team van huisartsen en verpleegkundigen werd gewerkt nadat was gemarkeerd dat de dood naderde. Uit de gesprekken kwam echter ook naar voren dat sommige huisartsen, patiënten en mantelzorgers niet goed op de hoogte waren van de begeleidende competenties van verpleegkundigen en van het feit dat verpleegkundigen vroegtijdig in het ziekteproces ingezet kunnen worden voor advies, instructie en voorlichting.

Continuïteit in zorg en behandeling thuis

Continue behandeling van bestaande symptomen en verpleegkundige zorg thuis droegen bij aan het vermijden van ziekenhuisopname. Voor artsen betekende goede

continue behandeling van patiënten met symptomen als pijn, benauwdheid en misselijkheid dat er regelmatig visites afgelegd werden en medicatie eventueel aangepast werd om de symptoomlast te verminderen. Daarnaast ondersteunden verpleegkundigen patiënten bij de activiteiten van het dagelijks leven, verzorgden ze soms wonden of katheters en dienden ze medicatie toe als dat nodig was. Sommige huisartsen vonden het belangrijk dat, nadat de specialist had gemarkeerd dat het levenseinde naderde, zij weer de regie kregen in plaats van de medisch specialist.

Huisarts: Hij is, denk ik, ook wel echt slachtoffer geworden van niet-continue zorg vanuit de huisartsenpraktijk. Anders was het [de ziekenhuisopname] misschien wel anders gelopen. (Patiëntcasus 2: huisarts, vrouw, leeftijd 30-35 jaar)

Er was vervolgens tijd nodig om een relatie van vertrouwen op te bouwen met de patiënt en de familie. Tijdens het ziekteproces van de patiënt was het van belang dat huisartsen en verpleegkundigen hun werk goed afstemden en elkaar informeerden over het verloop van de ziekte om continuïteit in de behandeling en zorg te waarborgen.

BESCHOUWING

Uit de diepte-interviews kwam naar voren dat het noodzakelijk is dat de 5 strategieën in samenhang worden toegepast om ziekenhuisopname aan het levenseinde te vermijden. Deze strategieën en hun samenhang zijn weergegeven in de figuur. De strategieën treden in werking vanaf het moment dat is gemarkeerd dat effectieve behandeling in het ziekenhuis niet meer mogelijk is en het levenseinde nadert. Na het markeren begon voor huisartsen en verpleegkundigen het proces van anticiperen op problemen, gidsen en monitoren, alsmede het bieden van acute en van continue zorg en behandeling thuis.

De 4 strategieën na het markeren kunnen worden gezien als onderdelen van een doorlopend proces dat geleidelijk aan begint en steeds intensiever wordt tot aan het levenseinde. De situatie van patiënten is echter vaak complex door ziekte-trajecten die soms korter of langer zijn dan verwacht of door onverwachte, ernstige en acute problemen bij patiënten en mantelzorgers. Daarnaast is er geen continue beschikbaarheid van eigen huisartsen en verpleegkundigen. Deze complexiteit van de situatie rond de patiënt brengt met zich mee dat ziekenhuisopname niet altijd te vermijden is. Regelmatige beschikbaarheid van dezelfde huisartsen en wijkverpleegkundigen, die ongeneeslijk zieke patiënten in hun ziekteproces intensief begeleiden, dragen bij in het voorkomen van ziekenhuisopname aan het levenseinde.

Markeren van naderende dood en anticiperen

Zoals aangegeven is het belangrijk als beginpunt van de samenhangende strategieën te markeren dat de dood nadert en aan te geven dat er geen effectieve curatieve behandelopties meer zijn. In onze studie werd gezegd dat het soms moeilijk is om te herkennen wanneer de dood nadert, wat bevestigd wordt door ander onderzoek.¹⁶ Internationaal en ook in Nederland wordt voor het herkennen van de naderende dood steeds meer de ‘surprise question’ gehanteerd: ‘Zou het mij verbazen dat deze patiënt binnen een jaar zou overlijden?’ Als deze vraag met ‘nee’ beantwoord wordt, kan een begin gemaakt worden met palliatieve zorg. Deze werkwijze wordt geadviseerd

in de internationale ‘Gold standards framework’ en in de Nederlandse zorgmodule ‘Palliatieve zorg’.^{17,18}

De strategie om te anticiperen op het naderende levenseinde om ziekenhuisopname te vermijden wordt ook bevestigd in ander onderzoek. Zo blijkt dat er minder mensen in het ziekenhuis overlijden als anticiperende gesprekken worden gevoerd over medische beslissingen aan het levenseinde.^{19,20} Ook anticiperende interventies, zoals het klaarleggen van medicatie die zo nodig gebruikt kan worden en een goede schriftelijke informatieoverdracht aan de huisartsenpost, blijken het aantal ziekenhuisopnames aan het levenseinde te verminderen.^{21,22}

Palliatieve zorg thuis

In deze studie werd genoemd dat het belangrijk is dat huisartsen en wijkverpleegkundigen samenwerken in een team om patiënten te begeleiden en te monitoren tot aan het levenseinde. In Nederland zijn er steeds meer palliatieve thuiszorggroepen, waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen elkaar weten te vinden.²³ In deze groepen markeren huisartsen en wijkverpleegkundigen samen dat bij bepaalde patiënten de dood nadert en maken ze een zorgplan voor het tijdig anticiperen, begeleiden, monitoren en accuraat behandelen en verzorgen van deze patiënten.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van onze studie is dat we het thema ‘vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde’ bekeken vanuit 3 verschillende perspectieven. Het perspectief van de medisch specialist ontbreekt echter en behoeft nader onderzoek. Daarnaast is kwalitatief onderzoek vooral beschrijvend van aard,²⁴ en de bewijsvoering dat ziekenhuisopnames werkelijk voorkomen kunnen worden met de genoemde strategieën is beperkt. Er is echter wel internationaal onderzoek dat deze strategieën ondersteunt.¹⁷⁻²⁰

CONCLUSIE

We beschreven 5 samenhangende strategieën die handvatten kunnen bieden om ziekenhuisopname van patiënten aan het levenseinde te vermijden. Om dit te bewerkstelligen is het van belang dat de huisarts en wijkverpleegkundige samenwerken vanaf het moment dat gemarkeerd is dat het levenseinde nadert en dat ze proactief patiënten en hun familie zorg verlenen, begeleiden en monitoren.

LITERATUUR

1. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, et al; PRISMA. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol*. 2012;23:2006-15. doi:10.1093/annonc/mdr602
2. Abarshi E, Echteld M, Van den Block L, Donker G, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen B. Transitions between care settings at the end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. *Palliat Med*. 2010;24:166-74. doi:10.1177/0269216309351381
3. Van den Block L, Deschepper R, Driessens K, et al. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:69. doi:10.1186/1472-6963-7-69

4. Dumont S, Jacobs P, Fassbender K, Anderson D, Turcotte V, Harel F. Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective. *Palliat Med*. 2009;23:708-17. doi:10.1177/0269216309346546
5. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJJ, et al; EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46:556-72. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013
6. Gott M, Gardiner C, Ingleton C, et al. What is the extent of potentially avoidable admissions amongst hospital inpatients with palliative care needs? *BMC Palliat Care*. 2013;12:9. doi:10.1186/1472-684X-12-9
7. De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliëns L. Reasons for hospitalisation at the end of life: differences between cancer and non-cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014;22:645-52. doi:10.1007/s00520-013-2019-9
8. Barbera L, Paszat L, Qiu F. End-of-life care in lung cancer patients in Ontario: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35:267-74. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.04.019
9. Walsh EG, Wiener JM, Haber S, Bragg A, Freiman M, Ouslander JG. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and Home- and Community-Based Services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:821-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03920.x
10. De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BPM, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliëns L. General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study. *Palliat Med*. 2014;28:949-58. doi:10.1177/0269216314528742
11. Abel J, Rich A, Griffin T, Purdy S. End-of-life care in hospital: a descriptive study of all inpatient deaths in 1 year. *Palliat Med*. 2009;23:616-22. doi:10.1177/0269216309106460
12. Gott M, Frey R, Robinson J, et al. The nature of, and reasons for, 'inappropriate' hospitalisations among patients with palliative care needs: a qualitative exploration of the views of generalist palliative care providers. *Palliat Med*. 2013;27:747-56. doi:10.1177/0269216312469263Medline
13. Reyniers T, Houttekier D, Cohen J, Pasman HR, Deliëns L. The acute hospital setting as a place of death and final care: a qualitative study on perspectives of family physicians, nurses and family carers. *Health Place*. 2014;27:77-83. doi:10.1016/j.healthplace.2014.02.002
14. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y; Dierckx Casterle de B. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:360-71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012Medline
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
16. Claessen SJ, Francke AL, Engels Y, Deliëns L. How do GPs identify a need for palliative care in their patients? An interview study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:42. doi:10.1186/1471-2296-14-42
17. Shaw KL, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med*. 2010;24:317-29. doi:10.1177/0269216310362005
18. *Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0*. Utrecht: CBO; 2013.
19. Meeussen K, Van den Block L, Echteld M, et al. Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42:565-77. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.01.011
20. Ratner E, Norlander L, McSteen K. Death at home following a targeted advance-care planning process at home: the kitchen table discussion. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:778-81. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49155.x
21. Wowchuk SM, Wilson EA, Embleton L, Garcia M, Harlos M, Chochinov HM. The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death. *J Palliat Med*. 2009;12:797-803. doi:10.1089/jpm.2009.0048

22. Schweitzer BP, Blankenstein N, Deliens L, van der Horst H. Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. BMC Palliat Care. 2009;8:17. doi:10.1186/1472-684X-8-17
23. Van der Plas AG, Hagens M, Pasman HR, Schweitzer B, Duijsters M, Onwuteaka-Philipsen BD. PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. BMC Fam Pract. 2014;15:14. doi:10.1186/1471-2296-15-14
24. Sandelowski M, Leeman J. Writing usable qualitative health research findings. Qual Health Res. 2012;22:1404-13. doi:10.1177/1049732312450368

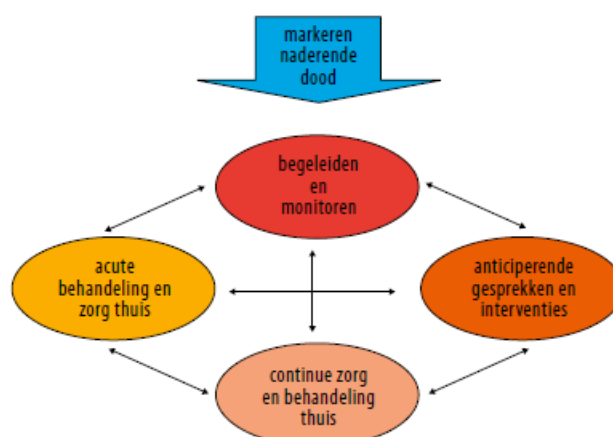
FIGUREN EN TABELLEN

Tabel Kenmerken van huisartsen, wijkverpleegkundigen of verpleegkundigen, mantelzorgers en patiënten*

kenmerk	huisarts (n = 26)	verpleegkundige (n = 15)	mantelzorger (n = 18)	patiënt (n = 30)
leeftijd in jaren; gemiddelde (spreiding)	50 (32-64)	45 (24-57)	59 (44-82)	73 (49-97)
♀	27	93	83	30
relatie tot patiënt				
partner	nvt	nvt	72	nvt
zoon of dochter	nvt	nvt	22	nvt
vriend	nvt	nvt	6	nvt
doodsoorzaak kanker	nvt	nvt	nvt	73
ziekenhuisopname in laatste 3 levensmaanden	nvt	nvt	nvt	67

nvt = niet van toepassing.

* Getallen zijn %, tenzij anders aangegeven.



FIGUUR Strategieën voor huisartsen en verpleegkundigen die bijdragen aan het vermijden van ziekenhuisopname aan het levenseinde.