Pijn en symptoomcontrole bij patiënten met dementie

Haio: VAN DEN BRANDE Rebecca , U.G.
Promotor: PYPE Peter , U.G.
Praktijkopleider: KRUITWAGEN Elisabeth , STOFFELEN Hilde

Context: Polyfarmacie is een wijdverspreid probleem, mede door een toename in de levensverwachting en een toename in chronische aandoeningen. Er is dan ook steeds meer aandacht voor het afbouwen van mogelijks overbodige medicatie. Toch is dit voor veel artsen nog geen routine. In deze masterproef kijken we heel specifiek naar hoe de huisarts de medicamenteuze behandeling van een patiënt met dementie in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) aanpakt, met name de afbouw van medicatie.

Onderzoeksvraag: Welke barrières ondervindt de huisarts bij afbouw van medicatie? In welke mate zijn deze problemen uniek voor een patiënt met dementie in een rusthuis? Welke oplossingen zijn voor de huisarts zelf het belangrijkst?

Methode: Voor deze thesis werd op 3 manieren onderzoek gedaan. Allereerst werd een literatuurstudie verricht waarbij op zoek gegaan werd naar reeds gekende barrières bij het afbouwen van medicatie. Op basis van deze literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld met 24 stellingen rond het onderwerp. Deze vragenlijst werd via de Huisartsenkring regio Mortsel, Huisartsenkring Pallieterland en via de Vereniging van Wijkgezondheidscentra naar ongeveer 400 huisartsen gestuurd. 41 artsen vulden de vragenlijst in (+/- 10%). De resultaten van de vragenlijst werden geanalyseerd met IBM SPSS Statistics 25. Ten slotte werd er ook 9 interviews afgenomen, dit om dieper in te gaan op de ervaringen van de huisarts bij afbouw van medicatie bij deze patiëntenpopulatie. De basis voor deze interviews was een topic-lijst, opgesteld na het literatuuronderzoek. De opnames van deze interviews werden letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd met het programma ‘Nvivo 12’, dit deels samen met een collega-HAIO. Interessante quotes konden op deze manier opgespoord worden.

Resultaten: Via de in de methodologie vooropgestelde onderzoekstypes konden de mogelijke obstakels bij de huisartsen bij deze specifieke patiëntenpopulatie geïdentificeerd worden. Ze werden ruw onderverdeeld in drie groepen: een gebrek aan kennis of ervaring, tijdgebrek en een gebrek aan communicatie of overdracht van informatie. Een gebrek aan kennis gaf bij deze patiëntenpopulatie voornamelijk aanleiding tot angst voor het veroorzaken van een exacerbatie of ontwenningsverschijnselen, mede door het ontbreken van een specifieke richtlijn. Ook onvoldoende alertheid voor het probleem is een struikelblok bij deze populatie. Tijdgebrek kan bij deze patiënten vooral een probleem vormen omwille van hun cognitieve problemen (waardoor communicatie met de patiënt zelf vaak moeilijk is) en het grote aantal zorgverleners, wat overleg praktisch moeilijk maakt. Het kan ook leiden tot een verminderde toegang tot niet – medicamenteuze maatregelen. Ten slotte geeft gebrekkige communicatie bij deze groep, opnieuw door hun cognitieve problemen, ook vaak problemen bij afbouw, maar ook de setting en het ontbreken van een globaal medisch dossier dat door alle zorgverleners kan gebruikt worden, maakt afbouw moeilijk.

Conclusie: Het gaat hier om een multifactorieel probleem en oplossingen moeten dus op verschillende niveau’s gezocht worden. Bovendien hebben gebrekkige kennis, tijdgebrek en gebrekkige communicatie ook invloed op elkaar. Oplossingen moeten gezocht worden in het verbeteren en verduidelijken van richtlijnen, het aansporen van het organiseren van multidisciplinaire overleggen, het toepassen van technologie (onder andere voor het gemakkelijk

delen van informatie en gemakkelijke toegang tot richtlijnen) en het verbeteren van toegang tot niet – medicamenteuze maatregelen.