Pijn en symptoomcontrole bij de dementerende patiënt in de palliatieve fase: kennis van de huisarts

Haio: BOEL Anneleen , U.G.
Promotor: PYPE Peter , U.G.
Praktijkopleider: SAMYN Emmanuel , Truijens Joachim

Context: Door de vergrijzing die sinds enige tijd bezig is in onze maatschappij krijgen artsen ook steeds meer te maken met ouderdomsziekten zoals dementie. En de huisarts is met uitstek de arts die -zeker naar het einde van het leven- betrokken is in de zorgcoördinatie bij deze patiënten. Dit betekent dat zij ook vaak het medicatiebeleid bepalen samen met familie, mantelzorgers, paramedici en betrokken specialisten. Hoewel in richtlijnen geen onderscheid wordt gemaakt tussen een dementerende patiënt en een niet-dementerende patiënt -ook in de palliatieve fase- brengt de zorg voor de dementerende een aantal specifieke uitdagingen met zich mee. Dit geldt ook voor het medicatiebeleid.

Onderzoeksvraag: In dit exploratief, kwalitatief onderzoek wordt nagegaan in welke mate en waarom huisartsen hun medicatiebeleid aanpassen bij de dementerende patiënt, ten opzichte van de niet-dementerende patiënt in de palliatieve fase. Ook wordt getoetst welke kennisbronnen er allemaal beschikbaar zijn betreft palliatieve zorgen en of er in de praktijk nood is aan enkele bijkomende richtlijnen of aanpassingen van een aantal bestaande richtlijnen gericht op de dementerende.

Methode: Deze MANAMA-thesis is een kwalitatief onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews bij 12 huisartsen met reeds een zekere ervaring in het behandelen van dementerende patieënten, ook in de palliatieve fase. Tevens werd op voorhand literatuuronderzoek verricht naar eventuele verschillen in medicatiebeleid bij de dementerende versus de niet-dementeren.

Resultaten: Artsen meldden vooral een grote verschil in communicatie tussen beide patiëntengroepen. Waarbij het feit dat bij ernstig dementerenden vaak geen of slechts beperkte communicatie meer mogelijk is een grote invloed heeft op de behandeling van deze populatie. Zo zal bij de dementerende voornamelijk met de familie en betrokken zorgverleners moeten worden overlegd. Alle artsen vermelden dat comfort en quality of life de belangrijkste toetsstenen zijn voor medische beslissingen. Het vaststellen van de palliatieve fase vinden artsen inderdaad moeilijk maar bijna de helft van de geïnterviewden gaven aan bij de timing van het overschakelen naar een palliatieve setting geen onderscheid te maken tussen dementerenden en niet-dementerenden. Drie van de twaalf artsen gaf aan sneller over te stappen op een palliatieve setting bij dementerenden en slechts 1 arts gaf aan inderdaad minder snel over te gaan op een palliatieve setting, dit ondanks het feit dat dezelfde arts aangaf wel sneller nutteloze medicatie af te schaffen. Artsen baseerden zich voornamelijk op de algemene toestand en de surprise question bij vaststellen van een palliatieve setting. Het vaststellen van pijn vinden artsen inderdaad een uitdaging bij de dementerende maar allen vermelden dat zij hier zeker aandacht voor hebben en van zichzelf niet vinden dat zij dit onderherkennen of onderbehandelen. Het stopzetten van bepaalde chronische medicamenten gebeurt over het algemeen dan weer sneller bij dementerenden dan bij niet dementerenden. Dit omwille van een zekere schroom om over dit onderwerp te beginnen bij de niet-dementerende alsook het sneller overschakelen op ene palliatief beleid. Het kwantificeren van deze trends door middel van kwalitatief onderzoek verdient opnieuw aandacht in de toekomst. Verder valt ook nog op dat psychofarmaca -ondanks de waarschuwingen in de literatuur- nog veelvuldig worden gebruikt. Een laatste bevinding is het feit da took bijna alle artsen vermeldden dat ze in bepaalde situaties

toch nog gebruik maakten van antibiotica ondanks de palliatieve setting van de patiënt. Dit enkel als de antibiotica werd opgestart omwille van een bijdrage aan de symptoomcontrole. Het opstellen van een vroegtijdige zorgplanning en zeker ook wilsbeschikkingen worden als nuttig en belangrijk ervaren, zeker bij de dementerende populatie. Echter ervaren vele artsen barrieres om hierover te praten met hun patiënten uit angst dat dit te confronterend en bedreigend zal overkomen. De meeste artsen -de meer ervaren artsen- geven aan dat zij veel van hun patiënten al op voorhand voldoende kennen om een officieuze zorgplanning op te stellen. De vroegtijdige zorgplanning wordt meestal opgesteld bij opname in het rusthuis.

Conclusie: De interviews bevestigen dat communicatie bemoeilijkt wordt bij dementerende patiënten en een invloed hebben op het palliatief beleid. Bovendien wordt het algemeen principe van de comfortzorg die past bij de palliatieve setting voor beide groepen bevestigd. Het opstellen van voregtijdige zorgplanning en wilsbeschikkingen wordt als belangrijk en nuttig ervaren maar toch ervaren veel artsen bepaalde barriers om deze op te stellen. In tegenstelling tot wat in de literatuur wordt gesuggereerd wordt door de helft van de deelnemende artsen niet later noch vroeger gestart met een palliatief beleid bij de dementerende ten opzichte van de niet dementerende. Enkelen gaven zelfs aan vroeger te starten met een palliatief beleid bij de dementerende. Ook wat betreft behandeling van pijn geven de meeste deelnemers aan niet de indruk te hebben dat zij dit onderkennen of onderbehandelen. Dit ondanks onderzoeken in de literatuur die het omgekeerde suggereren.