Factoren die levenseindebeslissingen van de huisarts be?nvloeden in de thuiszorg voor terminaal zieke patiënten: een kwalitatief onderzoek

Haio: VAN RENTERGHEM Veerle , U.G.
Promotor: DEVEUGELE Myriam
Praktijkopleider:

Context: De organisatie van de palliatieve zorg in België maakt dat we als huisarts (HA) goed omkaderd zijn om een terminale patiënt in zijn thuissituatie te begeleiden. We zien echter dat de overgang van een curatief naar een palliatief beleid vaak laat in het ziekteproces gebeurt. Ook blijkt in de terminale zorg een zekere tegenstrijdigheid van handelen aangezien de HA comfortzorg opdrijft, maar paradoxaal ook vaak levensverlengende behandeling opgestart. Bovendien worden terminale patiënten in de laatste levensweken nog relatief frequent gehospitaliseerd met het risico in het ziekenhuis te sterven, hoewel we weten dat de meerderheid van hen thuis wenst te overlijden.

Onderzoeksvraag: Op basis van bovenstaande gegevens vroegen we ons af wat de HA denkt en voelt wanneer hij met levenseindebeslissingen geconfronteerd wordt in de thuiszorg voor de terminale patiënt. Wat zijn de verschillende factoren die de balans tussen ?holding on? en ?letting go? (HL-balans) be?nvloeden?

Methode: Eerst werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd naar de kwaliteit van sterven en naar de rol van de HA in de palliatieve zorg in België. We onderzochten de betekenis van een acute situatie in de terminale fase en de redenen tot hospitalisatie aan het levenseinde. Vervolgens gingen we over tot het kwalitatief onderzoek waarbij semigestructureerde interviews met 52 Vlaamse HA werden geanalyseerd op basis van verschillende gesprekstopics naar hun mening over terminale zorg.

Resultaten: Zo goed als alle huisartsen zijn comfortgericht in hun beleid, maar velen kunnen zich moeilijk het mandaat toedichten om het sterven werkelijk toe te laten. Een acute situatie doet de HA zijn ?HL- balans? herevalueren en hij hecht in dit beslissingsproces veel belang aan de mening van de mantelzorger. In het rusthuis zal de HA minder de nood tot ziekenhuisopname ervaren door uitgebreidere zorgmogelijkheid vergeleken met thuis. Technische diagnostiek net zoals hospitalisaties worden in de terminale thuiszorg zoveel mogelijk beperkt, hoewel ziekenhuisopname voor de HA wel een dankbare uitweg blijft.

Conclusie: De HA hanteert in de terminale thuiszorg een zeer comfortgericht beleid waarbij talloze factoren het uiteindelijke proces van ?laten gaan? zullen inhiberen of faciliteren. Verder onderzoek naar o.m. de perceptie van de HA over comfort versus levensverlenging en naar de invloed van de zorgsetting op levenseindebeslissingen zouden bijkomende informatie kunnen geven.