Palliatieve zorg

Haio: Lodewyckx Freya , V.U.B.
Promotor: WENS Johan , U.A.
Praktijkopleider: DE BRUCKER Nele , JANSSENS Johan , VAN DEN BERGH Inge , VAN DEYCK Caroline , VANDEWINCKELE Hannelore , VERMYLEN Patrick

Context: Palliatieve zorg richt zich op het verbeteren van het comfort van patiënten in de laatste levensfase, waarbij het optimaliseren van het medicatieschema een cruciaal onderdeel is. Dit omvat het starten van comfort-verhogende medicatie en het stoppen van medicatie die geen voordeel meer biedt of bijwerkingen veroorzaakt. Polyfarmacie, vooral bij ouderen, kankerpatiënten en chronische aandoeningen, blijft echter een veelvoorkomend probleem. Deze studie onderzoekt de gevolgen van ongepaste medicatie in palliatieve zorg, verschillen in voorschrijfgedrag tussen verschillende specialismen, en afhankelijk van pathologie, alsook drempels en weerstanden in het optimaliseren van het medicatieschema bij mensen met palliatieve zorg.

Onderzoeksvraag: - Wat zijn de gevolgen van ongepaste medicatie of polyfarmacie in palliatieve zorg? - Is er een verschillend voorschrijfgedrag tussen ziekenhuisartsen in verschillende specialismen en huisartsen? En zo ja: wat veroorzaakt deze verschillen? - Zijn er verschillen in voorschrijfgedrag afhankelijk van ziekte van de patiënt: chronische ziekten of kanker? - Wat zijn drempels en weerstanden in het optimaliseren van het medicatieschema bij mensen met palliatieve zorg?

Methode: Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd volgens de kennispiramide, waarbij de gegevens werden verzameld aan de hand van point- of- care bronnen, richtlijnen, systematische reviews, klinische studies en een web search. Vervolgens werd een kwalitatief descriptief onderzoek uitgevoerd met 20 respondenten (5 specialisten en 15 huisartsen), waarbij gebruik werd gemaakt van semigestructureerde interviews en focusgroepen. De resultaten werden geanalyseerd met een deductieve benadering volgens thematische analyse.

Resultaten: De literatuurstudie toont aan dat polyfarmacie gepaard gaat met een verhoogde symptoomlast, bijwerkingen en mogelijk een lagere kwaliteit van leven. Er is echter geen eenduidig effect op hospitalisatie, fracturen of mortaliteit. Chronische aandoeningen hebben elk hun eigen aanpak, waardoor mogelijke onderlinge verschillen in medicatiebeleid. Geriaters lijken vaker medicatie-afbouw te overwegen dan andere specialisten. Er zijn reeds veel drempels tot afbouw van medicatie bij palliatieve patiënt gekend. Het kwalitatieve onderzoek exploreerde deze drempels verder en identificeerde vijf thema’s met betrekking tot medicatie-afbouw bij palliatieve patiënten: arts-afhankelijke factoren, patiënt-afhankelijke factoren, communicatie-afhankelijke factoren, systeem-afhankelijke factoren en ziekte-afhankelijke factoren.

Conclusie: Het optimaliseren van het medicatieschema in palliatieve zorg is een complex proces dat door meerdere factoren wordt beïnvloed. Dit onderzoek benadrukt de nood aan meer evidentie over medicatiebeleid bij palliatieve patiënten, alsook het belang van duidelijke richtlijnen, goede communicatie, het gebruik van een correct elektronisch medisch dossier, en het tijdig inzetten van een multidisciplinaire aanpak, ongeacht de onderliggende ziekte.