Hoe stelt de huisarts de diagnose dat de stervensfase is ingezet? - Een verkennend onderzoek naar de manier waarop huisartsen omgaan met de terminale fase bij hartfalen en dementie

Haio: SYSMANS Philippe , KUL
Promotor: DE LEPELEIRE Jan , KUL
Praktijkopleider: DE BOECK Jozef , WUYTS Anne-Marie

Context: Een voorwaarde voor een "goede" dood is dat op tijd en accuraat wordt vastgesteld dat de (palliatieve) patiënt aan het sterven is. Het is onduidelijk of hiervoor welomschreven klinische parameters bestaan en of er een verschil bestaat naargelang de aanwezigheid van hartfalen of dementie.

Onderzoeksvraag: Het opzet van dit onderzoek was na te kijken hoe en wanneer de huisartsen in de regio Heist-Op-Den-Berg de stervensfase vaststellen, te onderzoeken welke parameters hierbij vooral van belang zijn en of het hebben van hartfalen of dementie een impact heeft op de diagnose van de stervensfase, op de communicatie en naar het beleid toe.

Methode: In een eerste fase werd een ori?nterend literatuuronderzoek uitgevoerd via Pubmed en via een zoektocht in de beschikbare richtlijnen en zorgpaden palliatieve zorg. Klinische parameters werden ge?dentificeerd en verschillen tussen hartfalen, dementie en andere doodsoorzaken werden ge?nventariseerd . Op basis van deze gegevens en na overleg met experts werd in de tweede fase een schriftelijke bevraging opgesteld die werd voorgelegd aan een welomschreven groep huisartsen (n=99). Na verzameling van de gegevens gebeurde een statistische analyse met SPSS statistics, versie 22.

Resultaten: Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de verschillende studies die het stervensproces bestuderen een grote variabiliteit aan de dag brengen voor wat betreft de prevalentie van symptomen in de laatste dagen voor het sterven. De rode draad is evenwel steeds de "uncertainty of diagnosing dying". We ontvingen 70 ingevulde exemplaren van de 99 artsen die tijdens de onderzoeksperiode de vragenlijst aangeboden kregen. Na exclusie van 4 casussen werd een statistische analyse uitgevoerd. De karakteristieken van de arts speelden geen rol in hoe effici?nt de stervensfase werd ingeschat met uitzondering van het geslacht waarbij vrouwen beter scoorden. Er bestaat bij het sterven een "final common pathway" waarbij semi-comateus worden, niet meer in staat zijn per os medicatie in te nemen, slechts enkele slokjes water kunnen drinken en bedlegerigheid het meest bijdroegen aan de diagnose. Het markeren van de stervensfase gebeurde bij hartfalen significant korter voor overlijden. Het vaststellen van de stervensfase leidde in minder dan de helft van de gevallen tot een verandering in beleid. Hoewel er wel degelijk verschillen werden aangetoond in het moment van communicatie speelt de aanwezigheid van hartfalen of dementie hierin blijkbaar geen rol. Een uitzondering hierop is het feit dat communicatie over de stervensfase bij de patiënt met dementie vaak helemaal niet gebeurt.

Conclusie: Ook in dit onderzoek komt een grote variabiliteit aan contribuerende factoren aan het licht waarbij geen enkele pathognomonisch blijkt voor een nakend levenseinde. Geen enkel klinisch teken van het levenseinde was kenmerkend voor hartfalen of dementie. De 4 symptomen die het meest naar voren komen maken allemaal onderdeel uit van de Palliative Performance Scale. Patiënten met dementie waren langer palliatief dan de patiënten met andere doodsoorzaken. In het geval van hartfalen werd de stervensfase significant korter voor overlijden vastgesteld. Onderzoek

naar de stervensfase door Vlaamse huisartsen lijkt interessant en dit regionale onderzoek kan hiertoe een aanzet en bijdrage leveren.