Suboptimaal verloop van palliatieve sedatie in de eerste lijn: hoe gaan huisartsen hiermee om en welke implicaties heeft dit op hun visie t.a.v. richtlijnen hieromtrent.

Haio: TEUWEN Inge , U.G.
Promotor: DEVEUGELE Myriam
Praktijkopleider: Beque Eva , Panhuysen Michiel

Context: Palliatieve sedatie is een waardevolle keuzemogelijkheid binnen het domein van de palliatieve zorg voor het behandelen van refractaire symptomen. De incidentie van palliatieve sedatie neemt toe. Er komen echter signalen uit literatuuronderzoek dat palliatieve sedatie niet altijd slaagt in de beoogde symptoomcontrole. Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over doeltreffendheid en veiligheid van palliatieve sedatie in de eerste lijn.

Onderzoeksvraag: Deze masterproef heeft dan ook als doel een antwoord te formuleren op volgende vraagstellingen: 1. Op welke kennisbronnen doet een huisarts beroep voor de opstart en begeleiding van een palliatieve sedatie? 2. Hoe groot is het probleem van suboptimaal verlopen sedaties in de thuissituatie? 3. Welke factoren liggen mede aan de basis van zo?n suboptimaal verlopen sedatie? 4. Hoe gaat een huisarts om met een suboptimaal verlopen sedatie? Hoe kijkt hij/zij hier als mens op terug en welke implicaties heeft dit voor zijn/haar toekomstig beleid en zijn/haar visie ten aanzien van richtlijnen hieromtrent.

Methode: Er is een prospectief onderzoek opgezet waarbij 7 (van de 15) palliatieve netwerken in Vlaanderen een registratie bijhielden van het verloop van palliatieve sedatie in de praktijk. Op basis van die registratieformulieren werden suboptimaal verlopen sedaties ge?dentificeerd. Nadien volgt zowel een kwantitatieve verwerking (op basis van het cijfermateriaal bekomen uit de registratieformulieren) als een kwalitatieve analyse (op basis van de interviews gevoerd met de betrokken huisartsen) van de bekomen informatie.

Resultaten: In het kwantitatieve luik bekwamen we bij de 6 actief participerende netwerken een registratiepercentage van 50% van het totaal aantal sedaties. Van de 27 registraties zijn er 11 bestempeld als zijnde ?minder optimaal verlopen? (= 40,7% suboptimaal verlopen sedaties). Het gaat om 2 vrouwen en 9 mannen tussen 60 en 91 jaar. Van de 23 sedaties waarbij midazolam gebruikt werd, verliep 34,8% suboptimaal. Van de 4 sedaties waarbij fenobarbital gebruikt werd, was dit 75%. Angst, pijn en psychisch existenti?le factoren waren zowel bij de suboptimaal als bij de niet-suboptimaal-verlopen sedaties de meest gerapporteerde indicaties zijn. Uit de kwalitatieve analyse kwam naar voor dat de meeste huisartsen op het moment van het suboptimaal verloop gevoelens ervaren van falen en een druk vanwege de familie om het verder verloop in goede banen te leiden. Na overlijden van de patiënt overweegt vaak een gevoel van opluchting. Het suboptimaal verloop wordt door de meeste artsen niet toegeschreven aan de gevolgde procedure en dus ook niet aan een persoonlijk falen. Bij 6 van de 7 ge?nterviewde huisartsen heeft deze ervaring van een suboptimaal verloop geen invloed op hun toekomstige aanpak van een palliatieve sedatie.

Conclusie: Suboptimaal verloop van palliatieve sedatie - op basis van de gehanteerde criteria - is iets wat niet onfrequent voorkomt in de eerste lijn. Het lijkt dan ook van belang dat huisartsen deze mogelijkheid communiceren naar patiënten en mantelzorgers toe om het verwachtingspatroon bij te stellen. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit een invloed kan hebben op het gevoel van falen of de druk die huisartsen kunnen ervaren op het moment dat de sedatie niet verloopt zoals gehoopt. Daarnaast is verder onderzoek nodig naar welke patiënt en/of situatiegebonden factoren causaal

verband houden met een suboptimaal verloop van palliatieve sedatie. Tot slot kan het interessant zijn om in een gerandomiseerd onderzoek midazolam - als huidige gouden standaard voor initiatie en onderhoud van palliatieve sedatie - te vergelijken met medicamenteuze alternatieven.