

VU Research Portal

Care in the last months of life

Abarshi, E.A.B.

2011

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Abarshi, E. A. B. (2011). *Care in the last months of life: End-of-Life Care registration in the Netherlands by a Network of General Practitioners.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

NEDERLANDSTALIGE SAMENVATTING

Dit is een studie over zorg in de laatste levensmaanden via een representatief huisartsennetwerk. Gegevens van huisartsen over alle patiënten in het netwerk ouder dan 1 jaar van wie het overlijden verwacht en niet-plotseling was, zijn verzameld tussen 2005 en 2008 met behulp van registratieformulieren. Gegevens zijn verzameld over plaats van overlijden, aard en doel van de zorg en wensen en ervaren problemen van de patiënten.

In de studie gerapporteerd in Hoofdstuk 2 is onderzocht hoe lang vóór het overlijden de patiënten die waarschijnlijk binnen korte tijd zouden overlijden zijn geïdentificeerd. Het identificeren van deze patiënten meer dan een week voor hun overlijden was gerelateerd aan minder ziekenhuisoverlijdens, meer contacten tussen huisarts en patiënt in de laatste week, en vaker overlijden in de gewenste plaats van overlijden dan wanneer patiënten korter dan een week voor overlijden zijn geïdentificeerd. Bij patiënten die langer dan een week voor overlijden zijn geïdentificeerd waren ook meer gesprekken tussen huisarts en patiënt over specifieke levenseindeonderwerpen in de laatste week, zoals mogelijke complicaties, lichamelijke en psychologische problemen en mogelijke opties voor palliatieve zorg. De diagnose kanker was de belangrijkste reden voor het identificeren van overlijden in de nabije toekomst. We concludeerden dat als huisartsen de stervensfase systematisch zouden herkennen, zeker bij niet-kankerpatiënten thuis, wenselijke levenseindeuitkomsten waarschijnlijk zouden zijn. Een praktisch instrument om dit proces te vergemakkelijken is de Gold Standards Framework.

In Hoofdstuk 3 is gerapporteerd hoe vaak en op welk tijdstip huisartsen belangrijke onderwerpen rond de levenseindezorg met de patiënten bespraken. De onderwerpen waren diagnose, ongeneeslijkheid van de ziekte, levensverwachting, mogelijke medische complicaties, lichamelijke problemen, psychologische problemen, sociale problemen, spirituele / existentiële problemen, opties voor palliatieve zorg en door de patiënt ervaren last. Uit de resultaten blijkt dat lichamelijke en psychologische problemen het meest werden besproken, terwijl sociale en spirituele problemen het minst werden besproken tussen huisarts en patiënt. De diagnose kanker, een hoge opleiding en de afwezigheid van dementie waren gerelateerd aan het ooit hebben besproken van de onderwerpen. Over het algemeen werden de onderwerpen vaker besproken met jonge patiënten, vrouwen, patiënten met een hogere opleiding, wilsbekwame patiënten, en patiënten met een palliatief behandeldoel. Diagnose en ongeneeslijkheid van de ziekte werd relatief minder vaak besproken met vrouwelijke patiënten. Onze gegevens laten zien dat in Nederland het model voor palliatieve zorg, dat voorziet in het geven van symptoomgerichte zorg tegelijk met ziektegerichte zorg, niet geheel wordt toegepast.

De in Hoofdstuk 4 gerapporteerde studie had als onderwerp de mate waarin huisartsen zich bewust waren van de door patiënten gewenste plaats van overlijden, en het aantal patiënten dat overlijdt op de gewenste plaats. Zesenvestig procent van de patiënten had huisartsen die zich niet bewust waren van de gewenste plaats van overlijden. De meeste van deze patiënten hadden zelf hun huisarts hierover geïnformeerd. Rond 80% van de patiënten met een bekende gewenste plaats van overlijden overleden daar ook. Bij patiënten met hogere sociaal-economische status, behandeling gericht op palliatie of levensverlenging en het inzetten van palliatieve zorgdiensten, was er een hogere kans op bewustzijn van de huisarts over de gewenste plaats van overlijden. We concludeerden dat er ruimte is voor verbetering van bewustzijn van de huisarts over wensen van patiënten rond het levenseinde, zoals gewenste plaats van overlijden.

In Hoofdstuk 5 is gerapporteerd over de aard en het aantal zorgverplaatsingen van patiënten in de laatste drie levensmaanden. Uit de resultaten blijkt dat 690 patiënten 709 verplaatsingen maakten in de laatste drie maanden. Er was sprake van 43 verschillende trajecten van verplaatsingen; bij tweederde van de verplaatsingen was een ziekenhuis betrokken. Het meest voorkomende traject was huis – ziekenhuis. Manlijke patiënten, patiënten met meerdere aandoeningen en patiënten bij wie de huisarts niet op de hoogte was van hun wensen hadden vaker een verplaatsing dan andere patiënten. Verplaatsing naar het ziekenhuis gevolgd door overlijden was gerelateerd aan leeftijd van de patiënten (≤ 85 jaar), het hebben van infecties, en het

ontbreken van een behandeldoel gericht op palliatie. Het tijdig herkennen van de stervensfase is nodig om het aantal verplaatsingen aan het levenseinde zo veel mogelijk te beperken.

Nederland en België werden in Hoofdstuk 6 vergeleken met betrekking tot het aantal huisbezoeken van huisartsen en het gebruik van palliatieve zorgdiensten. Huisartsen in Nederland bezochten hun patiënten aan het levenseinde vaker dan in België. In de laatste week van het leven kwam de huisarts gemiddeld 5,1 keer thuis op bezoek in Nederland en 3,2 keer in België. Het gemiddeld aantal bezoeken in verzorgingshuizen is respectievelijk 4,4 en 2,3. In de laatste drie levensmaanden werden palliatieve zorgdiensten in België vaker ingezet dan in Nederland bij patiënten thuis (78 vs 41%) en in verzorgingshuizen (39 vs 5%). Zowel in Nederland als in België is de diagnose kanker gerelateerd aan frequente huisbezoeken van de huisarts. De verschillen tussen de landen reflecteren de verschillen in zorgbeleid tussen de landen; de Nederlandse huisarts wordt meer dan in België geacht zelf invulling te geven aan de palliatieve zorg van zijn of haar patiënten.

In Hoofdstuk 7 wordt gerapporteerd over een studie naar de levenseindezorg voor de alleroudste patiënten die thuis of in een verzorgingshuis verblijven. Onder de alleroudste patiënten (ouder dan 85 jaar) waren er in vergelijking met jongere patiënten (65-85 jaar) meer vrouwen, meer patiënten met hartfalen, minder ziekenhuisoverlijdens en meer overlijdens in verzorgingshuizen. De oudere patiënten wensten vaker in een verzorgingshuis te overlijden. Leeftijd was gerelateerd aan het gebruik van palliatieve zorgdiensten: de alleroudsten hadden 1,4 keer minder kans op zorg van een palliatieve zorgdienst en werden 2,4 keer vaker met een behandeldoel gericht op palliatie behandeld dan de jongere patiënten. Leeftijd was niet gerelateerd aan het overlijden op de gewenste plaats.

Hoofdstuk 8 is het laatste hoofdstuk van dit proefschrift, waarin de bevindingen in een algemeen perspectief worden geplaatst.