

Palliatieve zorg en prognose

Editorial bij de bijdrage van E.G.J. Zandbergen, J.H.T.M. Koelman en A. Hijdra

L.J. Vanopdenbosch

(*Tijdschr Neurol Neurochir 2007;108:362*)

De grootste uitdaging voor de palliatieve zorg is dat deze voldoende benut wordt. Dit komt door een tekort in de opleiding, onvoldoende ondersteuning en defecten in de wetenschappelijke kennis. Een belangrijk probleem hierbij is bovendien de prognose.¹ Exact voorspellen wanneer iemand zal overlijden, is beangstigend, maar ook een kans tot optimale inzet van middelen voor de zorg rond het levenseinde, en een kans om deze fase en deze zorg te bestuderen.

Het werk van Zandbergen, Koelman en Hijdra is uiterst belangrijk. De publicatie in dit nummer, pagina 363-8, brengt geen nieuwe data. Het is echter een excellente state of the art, met erg bruikbare aanwijzingen voor de praktijk. De tijd en ervaring hebben deze praktijk bevestigd. Zelf hebben ze hun prognostische criteria prospectief bestudeerd.² De recente AAN-richtlijnen zijn een afspiegeling van eerder gepubliceerde 'Zandbergen-richtlijnen'.^{3,4}

Dit prognostische onderzoek laat ons toe bij patiënten met postanoxische hersenschade een prognose van uitzichtloosheid op korte termijn te stellen en dit met een voor de geneeskunde ongewoon grote zekerheid. Hierdoor kan futiliteit vermeden worden. Een goede afspraak met de arts op de intensivare-unit is hierbij belangrijk. De neuroloog wordt best vroeg in advies gevraagd voor prognose. Dit is binnen de 24 uur na reanimatie of bij hypothermie na herstel van de temperatuur (>35°C). Sedatie dient gestopt te worden. In mijn ervaring kan het goed toepassen van deze afspraak en het voorgestelde stroomdiagram bijna volledig vermijden dat patiënten overblijven in een vegetatieve status.

Wat te denken van een vegetatieve status en hersendood, wordt elders excellent beschreven.⁵

Palliatieve zorg komt bijna niet aan bod bij de groep patiënten met anoxische hersenschade die tijdens de eerste dagen geïdentificeerd wordt met een slechte prognose. Dit is onterecht. Palliatieve zorg is symp-

toomcontrole bij een patiënt in de stervensfase, maar ook veel meer. Het is de zorg voor de menselijkheid en de menswaardigheid van deze patiënt, met aandacht voor zijn wensen, mensbeeld, filosofische en religieuze overtuiging. De omstanders, op de eerste plaats familie, maar ook de intensivareverpleegkundigen, zijn hierbij betrokkenen.⁶

Een homogene groep van patiënten die een zekere prognose van overlijden op korte termijn heeft, geeft een unieke kans palliatieve zorg wetenschappelijk te onderzoeken.

Een dergelijke onderbouwde manier van onderzoek van onmiddellijke levensprognose bij andere ernstige neurologische ziekten, zoals maligne hersentumoren, zou mogelijkheden bieden rond beslissingsproblemen met toxische therapie, plannen van opname in palliatieve eenheden, tot gedetailleerde en wetenschappelijk gefundeerde palliatieve zorgschemas en trajecten.

Referenties

1. Institute of Medicine. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. In: *iom.edu*. 2 september 2004 <http://www.iom.edu/CMS/3809/12687.aspx> (5 november 2007)
2. Zandbergen EG, Hijdra A, Koelman JH, Hart AA, Vos PE, Verbeek MM, et al. Prediction of poor outcome within the first three days of postanoxic coma. *Neurology* 2006;66:62-8.
3. Wijdicks EF, Hijdra A, Young GB, Bassetti CL, Wiebe S. Practice parameter: Prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006; 67:203-10. Te raadplegen op <http://www.aan.com/go/practice/guidelines> (5 november 2007)
4. Zandbergen EG, De Haan RJ, Stoutenbeek CP, Koelman JH, Hijdra A. Systematic review of early prediction of poor outcome in anoxic-ischaemic coma. *Lancet* 1998;352:1808-12.
5. Laureys S. Death, unconsciousness and the brain. *Nat Rev Neurosci* 2005;6:899-909.
6. Foley KM, Carver AC. Palliative care in Neurology. *Neurologic Clinics* 2001;19:789-99.

Auteur: dhr. dr. L.J. Vanopdenbosch, neuroloog, dienst Neurologie, AZ Sint-Jan AV, Ruddershove 10, 8000 Brugge, België, tel: +32 (0)50 45 23 70, e-mailadres: ludo.vanopdenbosch@azbrugge.be

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.