

Eric Geijteman

arts-onderzoeker, Interne Oncologie en Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam

Jimmy Arevalo

arts-onderzoeker, Anesthesiologie, VUmc, Amsterdam

Bregje Huisman

anesthesioloog-pijnbestrijder, Anesthesiologie, VUmc, Amsterdam

Marianne Dees

huisarts-onderzoeker, IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen

VEEL BEHANDELINGEN ZIJN NIET MEER ZINVOL AAN HET EIND

Minder medicijnen in de laatste levensfase

De waslijst aan medicatie die een patiënt aan het eind van zijn leven krijgt toegediend, kan ook te veel van het goede zijn. Het is zaak om tijdig te bespreken welke medicijnen nog zinvol zijn in dit stadium.

Patiënten in de terminale fase van het leven gebruiken vaak veel medicijnen. Een recentelijk gepubliceerd kleinschalig internationaal onderzoek laat zien dat patiënten met kanker een week voor het overlijden gemiddeld tien medicijnen per dag voorgeschreven krijgen.¹ Dat kunnen medicijnen zijn die in een eerder stadium voor behandeling of preventie van (chronische) ziekten zijn gestart. Daarnaast zijn het medicijnen die worden voorgeschreven om de symptoomlast te verminderen (zie tabel). Deze symptoombestrijders worden voornamelijk gedurende de laatste maanden van het leven voorgeschreven, wanneer de symptoomlast groot is.² Een bepaald medicijn kan tot meerdere groepen behoren. Een voorbeeld is bloedglucoseverlagende medicatie, die niet alleen gericht is op het behandelen van een ziekte, maar ook een preventieve werking heeft. In de laatste fase van het leven treden er veranderingen op waardoor de inzet van

medicatie voor preventie en behandeling van ziekten moet worden heroverwogen. In de praktijk vindt deze heroverweging echter niet altijd plaats. De volgende drie casussen laten dat zien. Ze komen uit dossieronderzoek dat is verricht in het kader van een lopend onderzoeksproject, getiteld 'medicatiemanagement in de laatste levensfase' (Medilast).

Doelen van medicatie

doel	voorbeeld
behandelen van ziekte	- antibiotica - bloedglucoseverlagende middelen
preventie	- vaccins - statinen
symptoombestrijding	- opioïden - anti-emetica

Indeling medicatie naar doel

Heroverweeg in de laatste fase medicatie voor preventie

Casus 1

Een 83-jarige vrouw met diabetes mellitus type 2, waarvoor zij eenmaal daags 500 mg metformine gebruikt, blijkt een pancreascarcinoom te hebben met uitzaaiingen naar onder andere de lever. De patiënte geeft aan dat zij geen chemotherapie wil. De resterende tijd wil ze graag, in rust, thuis doorbrengen. Ze heeft goed contact met haar huisarts. Hij komt regelmatig bij haar langs. Gedurende deze bezoeken gaat de huisarts onder andere na of er nog wijzigingen moeten worden aangebracht in het medisch beleid. Omdat het HbA1C iets is verhoogd wordt de dosering metformine opgehoogd naar tweemaal daags 500 mg. Twee weken later is het bloedglucosegehalte nog steeds verhoogd, ondanks het feit dat de patiënte vanwege de vordering van haar ziekte minder eet. De metformine wordt vervangen door eenmaal daags 2 mg glimepiride. Een dag later wordt ze niet aanspreekbaar aangetroffen. De gewaarschuwde waarnemend huisarts stelt een hypoglykemie vast. Na intraveneuze toediening van een glucoseoplossing komt de patiënte weer bij. De glimepiride wordt gestaakt en de metformine herstart in een dosering van tweemaal daags 250 mg. Vijf dagen later wordt de metformine gestopt, omdat het de patiënte niet meer lukt om medicatie in te nemen. De dag erna overlijdt zij.

In de casus wordt strikt gehandeld volgens het standaardprotocol voor de behandeling van diabetes mellitus type 2. Door de beperkte levensverwachting van de patiënte ontbreekt echter de noodzaak om het (iets) verhoogde bloedglucosegehalte te behandelen. De schadelijke gevolgen van een te hoge bloedglucosewaarde manifesteren zich immers pas na lange tijd.^{3,4}

Casus 2

Een 54-jarige man wordt na de diagnose maligne thymoom vanuit een algemeen ziekenhuis opgenomen in een academisch ziekenhuis waar hij wordt geopereerd. Vanwege de grootte van de operatie wordt hij nadien overgeplaatst naar de intensive care. Daar zijn intensivist, longarts, neuroloog en hematoloog bij zijn medische zorg betrokken. De patiënt is gesedeerd. Ondanks behandeling verbetert zijn situatie niet. Tien dagen na de operatie noteert de intensivist in het dossier dat er moet worden overgegaan op een zogenaamd comfortbeleid. Zeven dagen later overlijdt patiënt. Op de dag van overlijden gebruikte de patiënt zeventien verschillende medicamenten: paracetamol, oxazepam, propofol, midazolam, sufentanil, morfine, clonidine, ramipril, doxazosine, piperacilline/tazobactam, carbamazepine, prednisolon, metoprolol, pantoprazol, nadroparine, multivitaminen en sporenelementen.

Bij het instellen van een comfortbeleid moet alles in het teken staan van het creëren van optimaal comfort voor de patiënt en zijn naasten. Dat betekent alle overbodige behandelingen vermijden. Daar hebben de artsen zich in deze casus niet aan gehouden.

Casus 3

Een 57-jarige vrouw heeft diabetes mellitus type 1, COPD, reumatoïde artritis, hypertensie en een doorgemaakt CVA. Daarnaast heeft zij ernstig vaatlijden, waarvoor een bypass is aangelegd en later digitus II is geamputeerd. Vanwege afsluiting van de bypass is zij



HOLLANDSE HOOGTE

Alle overbodige behandelingen moeten worden vermeden

eerder opgenomen geweest, waarbij een dotterprocedure werd verricht en behandeling met trombolytica werd ingezet. Ze wordt heropgenomen in een ziekenhuis met opnieuw afsluiting van de bypass. De behandeling met verschillende trombolytica heeft geen succes, waarna de patiënte aangeeft dat ze geen aanvullende interventies wil. In overleg met de patiënte wordt een comfortbeleid afgesproken. Enkele dagen later kan ze worden

CURSUSREFLEX

Regelmatig blijkt dat Nederlandse aiossen of specialisten iets niet zo goed kunnen als wenselijk is. Dat kan variëren van teamsamenwerking tot handhygiëne, van patiëntgericht communiceren tot kennis over geneesmiddeleninteracties, van afdelingssupervisie tot een businesscase schrijven. De gebruikelijke reflex van beleidsmakers of onderwijskundigen is om extra cursussen voor te stellen: haal de aios of specialist enkele dagen van de werkvloer voor een gerichte training. Vrijwel altijd zijn de evaluaties van deelnemers positief. De initiatiefnemers zien dit als een bevestiging van het nut van de cursus, het vindt weerklank bij IGZ of wetenschappelijke verenigingen, en het eindresultaat is een verplichte cursus, nóg een verplichte cursus. In alle medische vervolgoopleidingen is het aantal verplichte cursussen de afgelopen vijf jaar dan ook fors toegenomen. Een steeds groter deel van de opleiding vindt buiten de werkvloer plaats. Ook aan specialisten worden meer scholings- en trainingseisen gesteld dan tien jaar geleden. Maar deze aanpak heeft ook zijn beperkingen.

Want als je de aangeleerde vaardigheden niet regelmatig toepast op de werkvloer, is het effect van zelfs de meest leerzame cursus na drie maanden verdwenen en ben je terug bij af. Het is dus aan ons, als medisch specialisten, om ervoor te zorgen dat het aangeleerde ook wordt geoefend en toegepast in levensechte situaties. En dat je daar feedback op krijgt. Daarom zouden we bij een competentieamanco niet uitsluitend in de cursusreflex moeten schieten, maar vooral ook in de oefenreflex. Want leren en opgeleid worden, dat doe je vooral in de praktijk. Dat moeten we blijven bewaken.

Paul Brand

overgeplaatst naar een hospice. Op de medicatieoverdracht staan negentien medicijnen. Drie daarvan worden bij opname in het hospice gestopt (salbutamol, ipratropium en macrogol). Elf dagen later wordt temazepam gestopt, dertien dagen later nadroparine. Op de veertiende dag na opname in het hospice wordt gestart met palliatieve sedatie. Bij het starten van de sedatie worden twaalf medicijnen gestopt: twee insulinen, metformine, metoclopramide, esomeprazol, acetylsalicylzuur, amitriptyline, amlodipine, clopidogrel, metoprolol, paracetamol en pravastatine. Twee analgetica (fentanyl en piritramide) worden gecontinueerd tot aan het overlijden, een dag na start van de palliatieve sedatie.

Evenals in casus 2 wordt in deze casus een veelheid aan medicijnen, het merendeel voor de behandeling van ziekten en ter preventie, gecontinueerd. De meerwaarde van een aantal van deze medicijnen valt bij patiënten met een beperkte levensverwachting te betwijfelen. De kans op bijwerkingen is veelal groter door veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek.⁵ Ook kan het innemen van medicatie klachten als misselijkheid geven bij een patiënt met een sterk verminderde conditie.^{5,6} De overplaatsing naar het hospice was een goed moment geweest voor evaluatie van het medicatiebeleid. Op dat moment wordt de laatste levensfase gemarkeerd, wat een aanleiding kan zijn om te bespreken welke medicijnen nog zinvol zijn.

Maatwerk

Kortom, de medicamenteuze behandeling van patiënten in de laatste levensfase vraagt aandacht. Het vergt een weloverwogen afstemming tussen de betrokken zorgverleners en overleg met de patiënt en/of de naaste(n). Juist hier is maatwerk van groot belang. Richtlijnen voor de behandeling en preventie van aandoeningen zijn, zoals casus 1 laat zien, niet langer vanzelfsprekend. Zorgverleners moeten zelf overwegen of medicatie, die soms al jarenlang door de patiënt wordt

gebruikt, mogelijk medisch zinloos of zelfs potentieel schadelijk is en dus gestopt moet worden.

In de praktijk kan het moeilijk zijn om op tijd met medicatie te stoppen, bijvoorbeeld omdat de levensverwachting van de patiënt moeilijk te voorspellen is. Dan kan pas in retrospectief, nadat de patiënt is overleden, worden vastgesteld dat er sprake is geweest van overbehandeling.⁷ Dit was overigens niet het geval in de drie casussen, waarbij de nabijheid van het overlijden van de patiënt duidelijk was. Lastig is het ook dat er onvoldoende kennis is over de eventuele gevolgen van het stoppen met medicatie en dat er bij de patiënt, zijn naaste(n) en/of behandelend arts psychologische barrières zijn om met – soms lang bestaande – behandelingen te stoppen.

Medilast

Met het onderzoeksproject Medilast, dat wordt gesubsidieerd door ZonMw, proberen we tot een beschrijving te komen van de huidige praktijk en aanbevelingen te formuleren om het medicatiemanagement in de laatste fase van het leven te verbeteren. Het project is een samenwerkingsverband van onderzoeksgroepen van het VUmc (Amsterdam), Radboudumc (Nijmegen), en het Erasmus MC (Rotterdam). Met de resultaten van het onderzoeksproject willen we bijdragen aan de optimalisering van zorg en de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. ■

contact

e.geijteman@erasmusmc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Het onderzoeksproject Medilast is gefinancierd door ZonMw.

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.