Deprescribing in de specifieke context van het levenseinde

Kristel Paque, Robert Vander Stichele, Monique Elseviers, Koen Pardon, Tinne Dilles, Luc Deliens, Thierry Christiaens

- Inleiding** Voor het ontwikkelen van succesvolle deprescribing-interventies is het cruciaal om de factoren te kennen die deprescribing beïnvloeden in de specifieke context van het levenseinde.
- Methode** Voor deze systematische review zochten we in vier online databanken met een combinatie van zoektermen naar relevante onderzoeken.
- Resultaten** We includeerden 5 van de 1026 gevonden onderzoeken. We vonden drie typen factoren: organisatorische, professionele en patiënt-/familiegerelateerde. De meest prominente bevorderende factoren waren ondersteuning door de organisatie, multidisciplinaire samenwerking en het betrekken van de patiënt en diens familie in het besluitvormingsproces. De belangrijkste barrière was verzet van de familie of de patiënt zelf tegen deprescribing. We vonden geen factoren specifiek voor deprescribing rond het levenseinde.
- Conclusie** Verder onderzoek is nodig om uit te zoeken welke factoren een rol spelen bij deprescribing in de specifieke context van het levenseinde. Bij het evalueren van de medicatielijst moeten huisartsen onder andere levensverwachting en veranderde zorgdoelen afwegen. Wanneer huisartsen deprescribing overwegen, moeten zij dit bespreken met de patiënt, zijn familie en andere zorgprofessionals. Het 'hoe' van deprescribing en het aanleren van vaardigheden om gesprekken hierover te voeren zijn belangrijke onderwerpen die tijdens de medische opleiding aan bod moeten komen.

INLEIDING

Mensen met een levensbedreigende aandoening gebruiken veel medicatie. Vaak gaat het om een combinatie van middelen voor symptoomcontrole, medicatie voor de behandeling van de levensbedreigende ziekte en comorbiditeiten, en preventieve medicijnen.¹ Deze laatste groep is meestal niet geschikt rond het levenseinde omdat deze middelen geen kortetermijnvoordelen opleveren en er een risico is op interacties met de medicatie voor symptoomcontrole.²⁻⁴ Toch vonden eerdere onderzoeken een hoge prevalentie van deze medicatie rond het levenseinde.^{5,6} Deprescribing van deze medicatie kan de last door bijwerkingen en het aantal interacties verminderen, en de kwaliteit van leven verbeteren bij mensen met een levensbedreigende aandoening.

De term 'deprescribing' verwijst naar een systematisch proces waarbij geneesmiddelen worden gestopt wanneer de bestaande of potentiële nadelen zwaarder wegen dan de bestaande of potentiële voordelen in de context van de zorgdoelen, het huidige functioneren, de levensverwachting, en de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt.⁷ Verschillende factoren kunnen de beslissing van een arts om medicatie te stoppen of te verminderen verhinderen en bevorderen, zoals de kennis en attitude van de voorschrijver en de patiënt.^{8,9} Er is eerder onderzoek gedaan naar deze barrières en faciliterende factoren bij mensen met een levensbedreigende aandoening, maar de beschikbare evidence werd nog niet samengevat in een systematische review. Het is belangrijk om deze factoren te kennen, voor we deprescribing-interventies ontwikkelen en implementeren.

In dit systematische literatuuronderzoek wijzen we factoren aan die deprescribing verhinderen (barrières) en bevorderen (faciliterende factoren) bij mensen met een levensbedreigende aandoening.

Dit is een bewerkte vertaling van Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, Pardon K, Dilles T, Deliens L, Christiaens T. Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: a systematic review. *Palliat Med* 2019;33:37-48. Publicatie gebeurt met toestemming.

Bespreek deprescribing uitvoerig met de patiënt, zijn familie en andere betrokken zorgprofessionals.

Foto: iStock

METHODE

In vier online databanken zochten we naar relevante onderzoeken: MEDLINE (via de PubMed-interface), EMBASE, Web of Science en CENTRAL, met een combinatie van zoektermen. Voor de exacte methode verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.¹⁰

RESULTATEN

Onze zoekstrategie leverde 1134 artikelen op (1026 na het verwijderen van duplicaten), waarvan we er vijf includeerden.¹¹⁻¹⁵ Nadat we contact hadden gezocht met de auteurs van de geïnccludeerde onderzoeken en hen om extra onderzoeken hadden gevraagd, konden we nog één extra artikel toevoegen.¹⁶ Dat betrof een onderzoek dat we al hadden gevonden, en daarom hebben we beide artikelen samengevoegd.¹² Twee van de vijf onderzoeken waren kwalitatief van aard, twee betroffen kwantitatieve cross-sectionele onderzoeken in de vorm van een enquête, en één onderzoek was een secundaire analyse van gegevens van een pragmatisch klinisch onderzoek.¹¹⁻¹⁶ We vonden verschillende soorten factoren, die we onderbrachten in drie categorieën: organisatorische, professionele en patiënt- en/of familiegerelateerde factoren. Voor een gedetailleerd overzicht van de verschillende factoren verwijzen we naar [online tabel 1] (factoren die van toepassing zijn voor huisartsen) en [online tabel 2] (factoren relevant voor verpleeghuizen). De meest prominente factoren waren ondersteuning door de organisatie (bijvoorbeeld voor een gestandaardiseerde interdisciplinaire medicatiereview), interdisciplinaire communicatie en samenwerking, en communicatie met de patiënt en zijn familie. Uit deze beperkte verzameling bevindingen uit de literatuur blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar factoren die deprescribing beïnvloeden bij mensen met een levensbedreigende aandoening. Er zijn meer onderzoeken naar deprescribing van potentieel ongeschikte geneesmiddelen

in de bredere context van ouderen met een normale levensverwachting.^{9,17} De bevindingen uit deze onderzoeken gelden echter niet volledig voor een populatie met een verminderde levensverwachting, noch voor de context van de palliatieve zorg, omdat de medische focus op langetermijnvoordelen volledig verandert in een focus op comfort van het individu. In deze context is alle medicatie voor primaire en secundaire preventie geschikt voor deprescribing, terwijl restricties met betrekking tot verslaving (bijvoorbeeld aan opiaten) irrelevant zijn wanneer kortetermijnvoordelen en comfort absolute prioriteit hebben. Toch vonden we een aantal overeenkomsten, zoals de invloed van de medicatiereview, multidisciplinaire samenwerking, het regelgevingsbeleid (bijvoorbeeld verplichte apotheekservice in verpleeghuizen) en communicatie.^{8,18-22} Een belangrijke barrière in de context van multidisciplinaire samenwerking die we niet vonden in de geïnccludeerde onderzoeken is de beperkte tijd die huisartsen en andere zorgverleners hebben om zorgdoelen te bespreken en de patiënt na deprescribing adequaat te monitoren.

BESCHOUWING

We vonden geen specifieke factoren in de expliciete context van een levensbedreigende aandoening en palliatieve zorg. We vermoeden dat deze factoren in het kader van palliatieve zorg dringender en dwingender zijn vanwege de afgenomen levensverwachting van de patiënt. In deze context willen we de nadruk leggen op een aantal relevante kwesties. Ten eerste zou het risico op het optreden van interacties met middelen voor symptoomcontrole deprescribing van medicatie zonder kortetermijnvoordelen moeten faciliteren, maar dat zagen we in geen enkel geïnccludeerd onderzoek. Het blijft een open vraag of dit een indicatie is van prognostische onzekerheid of therapeutische hardnekkigheid. Misschien zijn huisartsen zich niet bewust van de mogelijkheid tot deprescribing van

WAT IS BEKEND?

- Er is onderzoek gedaan naar factoren die invloed hebben op deprescribing bij ouderen met een normale levensverwachting.
- Weinig onderzoeken focussen op deze aspecten in een populatie met een beperkte levensverwachting.

WAT IS NIEUW?

- De meest prominente factoren die deprescribing beïnvloeden in de specifieke context van het levenseinde zijn steun van de organisatie, interdisciplinaire communicatie en samenwerking, en communicatie met de patiënt en zijn familie.

medicatie die geen kortetermijnvoordelen meer biedt.²³ Ten tweede zou vroegtijdige zorgplanning mogelijkheden moeten creëren om de voorkeuren van de patiënt met betrekking tot zorg en behandeldoelen te bespreken en deprescribing moeten faciliteren. Eén onderzoek ging in op het bespreken van de medicatie op het moment van opname in een hospice als faciliterende factor voor deprescribing bij mensen met dementie, maar driekwart van de families had daar problemen mee.¹³ Bovendien werd dit in geen enkel ander onderzoek beschreven. Een belangrijke vraag die we hierbij kunnen stellen is of gesprekken over deprescribing moeilijker zijn in een palliatieve dan in een algemenere context. Een van de belangrijkste oorzaken waardoor artsen een behandeling die geen kortetermijnvoordelen biedt voortzetten is een gebrek aan communicatie tussen de voorschrijver en de patiënt en zijn familie. Eerder onderzoek liet zien dat huisartsen bang zijn dat de patiënt en zijn familie hun aanbevelingen ten onrechte zien als het 'opgeven van de patiënt'.^{21,23,24} Huisartsen vrezen ook dat de patiënt kort na het stoppen van een bepaald geneesmiddel plotseling achteruit gaat of overlijdt.^{21,23,24} Spreken over medicatiegerelateerde aspecten en het betrekken van de patiënt en zijn familie bij beslissingen rond het voorschrijven en deprescribing kan potentiële verkeerde interpretaties voorkomen. Daarom is het aan te raden om opties met betrekking tot overbodige behandelingen en palliatieve zorg met de patiënt en zijn familie te

Lees ook 'Stoppen van medicijnen aan het einde van het leven' van Eric Geijteman, Eline Elsten en Marianne Dees op pagina 67.

bespreken.²⁵ In deze context is het belangrijk om te focussen op de voordelen van deprescribing en niet op de nadelen van het blijven nemen van de middelen.²³ De huisarts is als voorschrijver weliswaar verantwoordelijk voor de uiteindelijke beslissing om over te gaan tot deprescribing, maar toestemming van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger blijft noodzakelijk.

CONCLUSIE

Verder onderzoek is nodig om uit te zoeken welke factoren een rol spelen bij deprescribing in de specifieke context van het levenseinde. Huisartsen moeten bij het evalueren van de medicatielijst een afweging maken tussen doorgaan met of afbouwen/stoppen van een bepaald geneesmiddel op basis van hun inschatting van de resterende levensverwachting, de tijd die er nodig is om voordeel te hebben van dit geneesmiddel, bijwerkingen en eventuele interacties, en de veranderde zorgdoelen van de patiënt. Wanneer huisartsen deprescribing van een geneesmiddel overwegen, bevelen we aan om dit uitvoerig te bespreken met de patiënt en zijn familie, en met de andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de betreffende patiënt. De medische opleiding dient ook meer te focussen op het 'hoe' van deprescribing en het aanleren van vaardigheden om de, toch wel moeilijke, gesprekken hierover te voeren. ■

LITERATUUR

1. McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, Ritchie CS, Abernethy AP. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:178-83.
2. Frechen S, Zoeller A, Ruberg K, Voltz R, Gaertner J. Drug interactions in dying patients: a retrospective analysis of hospice inpatients in Germany. *Drug Saf* 2012;35:745-58.
3. Gaertner J, Ruberg K, Schlesiger G, Frechen S, Voltz R. Drug interactions in palliative care: it's more than cytochrome P450. *Palliat Med* 2012;26:813-25.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, Pardon K, Dilles T, Deliens L, Christiaens T. Deprescribing in de specifieke context van het levenseinde. *Huisarts Wet* 2019;62(11):46-8. DOI:10.1007/s12445-019-0285-6. Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Klinische Farmacologie, Heymans Instituut voor Farmacologie, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Gent: K. Paque, PhD student, kristel.paque@ugent.be; R. Vander Stichele, hoogleraar; M. Elseviers, hoogleraar; T. Christiaens, hoogleraar. Vrije Universiteit Brussel (VUB) & Universiteit Gent, End-of-Life Care Research Group, Brussel/Gent, België: K. Paque, PhD student; K. Pardon, hoogleraar; L. Deliens, hoogleraar. Universiteit Antwerpen, NuPhac, Departement Verpleegkunde en Voedkunde, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Antwerpen/Wilrijk, België: M. Elseviers, hoogleraar; T. Dilles, hoogleraar. Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Gent, België: L. Deliens, hoogleraar. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.