

Terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten: geen overwegende morele bezwaren in de medische literatuur

R.H.P.D.VAN DEIJCK, A.A.L.M.RONDAS EN R.L.P.BERGHMANS

Bij terminale patiënten zijn zogenaamde refractaire symptomen te onderscheiden van 'moeilijk te behandelen symptomen'. Een moeilijk te behandelen symptoom wordt refractair wanneer het, na de toepassing van de adviezen van hulpverleners, zo hinderlijk blijft dat een waardig stervensproces bemoeilijkt wordt (Menten J. Gecontroleerde sedatie: een therapeutische mogelijkheid voor refractaire symptomen bij de terminale palliatieve patiënt?; <http://home.planetinternet.be/~hen1805/andereteksten/gecontroleerde%20sedatie.pdf>).¹ De meest genoemde refractaire symptomen zijn pijn, delier, dyspneu en aanhoudende misselijkheid.²⁻⁴ Alhoewel de termen 'symptoom' en 'lijden' meestal verbonden zijn met lichamelijke verschijnselen, kunnen symptomen zich ook psychisch manifesteren.¹⁻⁵

Een mogelijke interventie bij het bestaan van refractaire symptomen is sedatie.¹⁻⁴ 'Terminale (ook wel 'diepe') sedatie' kan gedefinieerd worden als het bewust in een diepe slaap brengen en houden van terminale patiënten met refractaire symptomen door middel van hoge doseringen sedativa, zonder dat men het sterven wil bespoedigen.¹⁻⁵ 'Terminaal' verwijst dan naar sedatie in de terminale fase, en niet naar een bepaalde intentie (termineren). In de literatuur wordt beschreven dat terminale sedatie wordt toegepast bij 16-52% van de terminaal zieke patiënten die worden aangemeld bij wat wordt genoemd een 'home care team', een 'hospital support team', een 'palliative care unit' of een 'hospice'.²⁻¹⁷

Bij het toepassen van terminale sedatie bij twee patiënten op een somatische afdeling van het verpleeghuis Martinushof te Tegelen ontstond een discussie binnen het behandelend multidisciplinair team ten aanzien van het medisch-ethisch handelen rondom terminale sedatie. De vraag was of men meer handvatten in deze dialoog zou krijgen na bestudering van relevante literatuur.

Daarom verrichtten wij literatuuronderzoek aan de hand van de volgende vraagstelling: welke zijn de medisch-ethische argumenten in de literatuur voor en tegen

SAMENVATTING

Doel. Inventariseren van de medisch-ethische argumenten voor en tegen het gebruik van terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten.

Opzet. Literatuurstudie.

Methodie. In elektronische databanken van onder andere *PubMed*, *Medline* en het Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatiediensten werden artikelen verzameld waaruit argumenten voor of tegen terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten werden gedestilleerd. De gevonden argumenten kunnen als hulpmiddel dienen voor een weloverwogen en zorgvuldige besluitvorming.

Resultaten. Terminale sedatie kan gedefinieerd worden als het bewust in een diepe slaap brengen en houden van terminale patiënten met refractaire symptomen, door middel van hoge doseringen sedativa, zonder dat men het sterven wil bespoedigen. Argumenten vóór betroffen: goed hulpverlenerschap, zinvolle medische behandeling, autonomie van de patiënt, de doctrine van het dubbele effect, alternatief voor euthanasie en hulp bij zelfdoding. Argumenten tegen betroffen: onmogelijkheid van communicatie door de sedatie, verantwoordelijkheid voor onbedoelde consequenties, verkorting van het leven, levensbeschouwelijke en culturele bezwaren, ondeskundigheid, misbruik door de hulpverlener of de patiënt, het belang van de arts.

Conclusie. In de literatuur werden geen doorslaggevende morele bezwaren gevonden tegen terminale sedatie. Deze palliatieve optie kan worden beschouwd als een zinvolle aanvulling op het bestaande arsenaal van interventies. Misbruik kan nooit worden uitgesloten, maar dat is niet doorslaggevend. Er lijkt behoefte aan een richtlijn met zorgvuldigheidscriteria en -procedures die een verantwoorde toepassing bevorderen.

toepassing van terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten om lijden in de laatste levensfase te verlichten?

MATERIAAL EN METHODE

De literatuur werd doorzocht met behulp van de zoekmachines van *Medline*, *PubMed*, het Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatiediensten en de 'Online public catalogus' van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Bij de zoekmachines werden de volgende zoektermen gebruikt: term* and sed*, terminale sedatie, sederen, sedative, sedatives, sedation, sedatie, terminal, terminale, terminaal, terminal*, sedat*, dy*, ethic*, sedatives and termina*, terminal phase and sedation, terminal care and sedatives, terminal sedation and ethics, sedation and nursing home, sedation and ethics, palliative and sedation; in de 'medical subject headings' (MeSH)-browser werd gezocht op: sedatives, terminal care, ter-

Zorggroep Noord-Limburg, Regio Tegelen, Postbus 694, 5900 AR Venlo.

R.H.P.D.van Deijck, verpleeghuisarts.

Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Zuid-Limburg, Ouderenzorg, Heerlen.

A.A.L.M.Rondas, verpleeghuisarts.

Universiteit Maastricht, sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Instituut voor Gezondheidsethiek, Maastricht.

Dr.R.L.P.Berghmans, ethicus.

Correspondentieadres: R.H.P.D.van Deijck

(rogier.van.deijck@zorggroep-noord-limburg.nl).

minal ill; en met de functietoets 'Related articles' bij het artikel van Rousseau P, zoals dat in *PubMed* wordt getoond.¹⁴

Inclusiecriteria bij de zoekstrategie waren Nederlands- of Engelstalige literatuur na 1990 en de aanwezigheid in Nederland van de literatuur volgens de Nederlandse Centrale Catalogus.

RESULTATEN

Argumenten vóór terminale sedatie. Gevonden medisch-ethische argumenten in de literatuur vóór het gebruik van terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten waren de volgende:

– Goed hulpverlenerschap. Voorstanders van terminale sedatie wijzen op de verantwoordelijkheid van een goed hulpverlener. Als artsen oprecht zijn in hun belofte om patiënten voor lijden te behoeden, zoals aan artsen door patiënten en familie vaak gevraagd wordt, moeten zij zich bekwamen in methoden zoals terminale sedatie.¹⁸

– Zinnvolle medische behandeling. Terminale sedatie kan geplaatst worden op een continuüm van adequate medische behandeling, waarbij de hulpverlener doet wat nodig is om lijden te verlichten, zonder het sterven te willen bespoedigen.^{5 20} Terminale sedatie kan bijdragen aan een rustige, comfortabele en waardige dood.^{1 3 13} Uitgangspunt is dat diep gesedeerde terminale patiënten vrij zijn van lijden.²¹ Dit is gebaseerd op anamnese en observaties bij patiënten (bij wie intermitterende terminale sedatie werd toegepast), familieleden en hulpverleners, waarbij adequate symptoombestrijding bij tot 90% van de betrokkenen werd beschreven.^{17 22} Bij het bestaan van refractaire symptomen is voor sedatie een rol weggelegd, als een zinnvolle medische interventie om het lijden in de laatste levensfase te verlichten.^{1-16 19 23}

– De autonomie van de patiënt. Het morele beginsel van respect voor de autonomie van de patiënt impliceert dat patiënten het recht hebben om zelf keuzen te maken inzake hun medische behandeling.²⁴ Bij wilsbekwame patiënten is terminale sedatie een behandelingsoptie waarvoor de patiënt een geïnformeerde keuze kan maken met het oog op pijn- en symptoomcontrole.^{1 3 25}

– De doctrine van het dubbele effect. Terminale sedatie wordt ook wel gerechtvaardigd met een beroep op de 'doctrine van het dubbele effect'.^{1 3 9 11 12 14 19 21 23 25} Deze doctrine wordt toegepast in situaties waarin bij het streven naar het realiseren van een goed gevolg, voorzienbare schadelijke gevolgen (hier: het overlijden) niet vermeden kunnen worden. Toepassing van terminale sedatie voldoet volgens menig auteur aan de eisen die deze doctrine aan het handelen van de arts stelt. Het directe beoogde effect van de handeling is niet ethisch verkeerd. Het goede gevolg (bestrijding van refractaire symptomen) wordt beoogd; het goede gevolg wordt niet causaal veroorzaakt door het kwade gevolg, aangezien de dood optreedt nadat de pijnbestrijding is gerealiseerd; het voorzienbare slechte effect (het overlijden) wordt geaccepteerd en zelfs getolereerd, maar is niet bedoeld, en in termen van proportionaliteit zijn het opheffen van ernstige refractaire symptomen en de dood tenminste gelijkwaardig.

– Alternatief voor hulp bij zelfdoding en euthanasie. Sommige auteurs vergroten het indicatiegebied van terminale sedatie.^{6 15 26} Terminale sedatie zou aan de behoefte van patiënten om de dood te bespoedigen kunnen voldoen. Terminale sedatie kan op die manier een alternatief zijn voor patiënten, familie en artsen die morele bezwaren tegen hulp bij zelfdoding of euthanasie hebben.

Principiële argumenten tegen terminale sedatie. Medisch-ethische argumenten tegen het gebruik van terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten kunnen worden onderscheiden in principiële en praktische. Van principiële aard zijn de volgende tegenargumenten:

– Terminale sedatie maakt communicatie onmogelijk. Door het gebruik van diepe sedatie wordt communicatie met de patiënt onmogelijk.²⁷ Terminale sedatie overschrijft de drempel tussen het bestrijden van lijden en het beëindigen van het bewuste bestaan van de patiënt.²⁵ Terminale sedatie druipt daarmee in tegen het idee van palliatieve zorg. Palliatieve zorg beoogt namelijk dat patiënten tot het laatste moment blijven leven in een mentaal alerte staat, zodat zij afscheid kunnen nemen van hun familie of hun laatste wensen kenbaar kunnen maken.⁸

– Verantwoordelijkheid voor alle consequenties, ook de onbedoelde. Sommigen voeren aan dat de doctrine van het dubbele effect filosofisch onhoudbaar is, omdat medische intenties, zoals alle menselijk intenties, complex, dubbelzinnig en vaak tegenstrijdig zijn.^{5 19 28} In veel praktijksituaties is er sprake van gemengde bedoelingen, bijvoorbeeld het gelijktijdig willen bestrijden van symptomen en het verkorten van het leven. Tevens is iemand niet alleen verantwoordelijk voor zijn intentie(s), maar ook voor de gevolgen die hij heeft kunnen voorzien.²⁸

– Verkorting van het leven. Terminale sedatie zou mogelijk het leven verkorten, waardoor een inbreuk wordt gemaakt op het medisch-ethische principe van niet-schaden.^{5 18} Daardoor is een relatie te leggen met actief levensbeëindigend handelen. Zo wordt terminale sedatie gelijkgesteld aan actieve levensbeëindiging, in de situaties waarbij terminale sedatie wordt toegepast bij patiënten die nog een aantal dagen of zelfs weken te leven hebben.²⁹ De patiënt is door de sedatie niet meer in staat om te eten en te drinken, met als gevolg overlijden door uitdroging en verhongering. De opmerking 'terminale sedatie is slechts de natuur zijn gang laten gaan' is dan niet gerechtvaardigd.²¹

– Geloofsovertuiging. Vanuit geloofsovertuiging is terminale sedatie soms een onaanvaardbare interventie. Zo is vanuit het boeddhisme een goede dood alleen te bereiken wanneer men bij volle bewustzijn is bij het intreden van de dood.³⁰

– Culturele waarden en normen. Ook culturele opvattingen kunnen terminale sedatie principieel in de weg staan. Zo wordt in Taiwan lijden als een essentieel onderdeel van het leven beschouwd en zijn sommige hulpverleners tegen het gebruik van terminale sedatie, die de winst van een eventuele psychologische en spirituele verrijking doet verdwijnen.³⁰

Praktische bezwaren tegen terminale sedatie. Bezwaren van praktisch aard zijn:

- Ondeskundigheid. Sommigen spreken hun zorg uit over het te snel toepassen van terminale sedatie.^{1 31 32} Met name wanneer de hulpverlener onervaren is, bestaat de mogelijkheid dat ook bij patiënten met behandelbare oorzaken terminale sedatie wordt toegepast.^{19 32}
- Misbruik door de hulpverlener. Tegenstanders van terminale sedatie geven aan dat actieve levensbeëindiging toegepast kan worden onder de noemer van terminale sedatie.^{3 5 14 18 28 33} In situaties waarin getwijfeld wordt aan de intenties en de goede zorg van een arts, kan de arts de doctrine van het dubbele effect ter verdediging inroepen.³⁰ Terminale sedatie staat dan open voor misbruik.^{18 29 34} De kans op misbruik is groter wanneer voor de indicatie van terminale sedatie een algemene term als 'lijden' wordt gebruikt en wanneer de refractaire symptomen psychisch van aard zijn.^{1 35}
- Misbruik door de patiënt. Bij terminale patiënten moet ook de intentie van de patiënt gewogen worden. Deze dient, volgens sommigen, net als die van de hulpverlener, gericht te zijn op het verlichten van het lijden en niet op het bespoedigen of veroorzaken van de dood.^{1 22}
- Belang van de arts. Er is een risico op ongepast gebruik van terminale sedatie, waarbij de nood van de hulpverlener wordt bestreden in plaats van de nood van de patiënt.³⁶ Gesuggereerd wordt dat de grote variatie in de frequentie van terminale sedatie meer de attitude van de hulpverlener weerspiegelt dan de voorkeur of de behoefte van de patiënt.³⁶

BESCHOUWING

Het verrichte literatuuronderzoek leverde een aantal argumenten op vóór en tegen het gebruik van terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten. Sommige argumenten zijn meer principieel van aard, terwijl veel argumenten een praktisch karakter hebben en vooral verband houden met een vrees voor misbruik. Bij de genoemde argumenten zijn kanttekeningen te plaatsen.

Het risico bestaat dat door onervaren medici terminale sedatie ook bij in principe goed behandelbare symptomen wordt toegepast. Ook al wordt het lijden van de patiënt ogenschijnlijk bestreden, onder deze conditie is uiteraard geen sprake van verantwoord of professioneel handelen. De toepassing van terminale sedatie in de laatste levensfase lijkt te voldoen aan het welbekende medisch-ethisch principe van 'weldoen, maar niet schaden'. Lijden kan immers bestreden worden door een technisch adequate en getimede medische handeling.

Sedatie heeft de intentie het bewustzijn te doen dalen tot het niveau van een diepe slaap. Het is mogelijk dat patiënten onder deze conditie niet meer in staat zijn over aanwezig lijden te vertellen of zich lijden te herinneren.²¹ Wat betreft symptoomcontrole is er door sedatie succesvol, en dus zinvol, medisch handelen. Bij tot 90% van de patiënten wordt door toepassing van terminale sedatie symptoomcontrole behaald.

De autonomie van de patiënt is beperkt voorzover het een claimrecht betreft: de arts behoudt altijd zijn

professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van medisch zinvol en zinloos handelen.

De rechtvaardiging van terminale sedatie op basis van de doctrine van het dubbele effect lijkt verdedigbaar. Dat de dood, als eindpunt van terminale sedatie, volgens tegenstanders tot doel en intentie wordt verheven, is onjuist. Wel blijft een problematisch gegeven dat er op het niveau van de intenties van de arts sprake kan zijn van meerdere intenties, terwijl bij de rechtvaardiging uitsluitend een beroep wordt gedaan op de palliatieve intentie. Dit is een zwak element in de doctrine.

Een ander aspect betreft dehydratie. Het is ongebruikelijk om terminale patiënten die worden gesedeerd te voeden of te hydreren.³⁷ Hierdoor wordt het sterven bespoedigd. Is dit niet een bewijs dat levensbekorting (mede) de bedoeling is van de sedatie? Dehydratie moet echter niet opgevat worden als een levensverkortende handeling, maar als het afzien van een levensverlengende handeling.³⁷ Het afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht is namelijk moreel te rechtvaardigen (of zelfs verplicht) als dit geen medisch zinvol doel dient, dan wel mogelijk lijden toevoegt. Kunstmatige hydratatie kan bij de meeste patiënten als zinloos worden beschouwd, omdat levensverlenging niet nastrevenswaardig is bij iemand die stervende is.³⁷

Misbruik van terminale sedatie is potentieel altijd aanwezig. Dit is echter niet uniek of typisch voor deze problematiek. De beschikbaarheid van een moreel alternatief voor actievormen van levensbeëindiging lijkt de angst voor eventueel misbruik te voeden. Terminale sedatie hoeft immers niet gemeld te worden en er zijn geen specifieke zorgvuldigheidscriteria waaraan men moet voldoen. Zoals in veel andere sectoren van de samenleving en bij andere medisch-ethische problematiek is de vrees voor misbruik echter niet doorslaggevend. Wel moet dit ertoe leiden dat aandacht wordt besteed aan zorgvuldigheidscriteria en -procedures die een verantwoorde toepassing bevorderen.

Het levensverkortend effect van terminale sedatie is een belangrijk punt van discussie. De literatuur blijkt dit levensverkortend effect te ontcrachten; patiënten die voor terminale sedatie in aanmerking komen blijken zo ziek te zijn dat zij vaak niet meer eten en nauwelijks drinken. Het al dan niet sederen verandert dan maar weinig aan de bestaande situatie.^{1 2 18} De literatuur geeft ook nog een andere verklaring voor het niet-verkorten van het leven in deze omstandigheden. Door het verlichten van lijden wordt de belasting van een reeds uitgeput lichaam verminderd, waardoor een op gang zijnd stervensproces eerder vertraagd dan versneld wordt.^{2 11 17} Het argument van levensbekorting moet in onze ogen dan ook worden genuanceerd.

In de situatie dat de geloofsovertuiging of culturele normen en waarden gebruikt worden als argument om tegen terminale sedatie te kiezen, is daar moreel niets op tegen. Niets gebiedt echter aan patiënten die culturele normen of een levensbeschouwing aanhangen die terminale sedatie categorisch van de hand wijzen om gebruik te maken van deze optie. Anderzijds kan het in pluralistische samenlevingen zoals de onze niet zo zijn

dat degenen met bepaalde culturele of levensbeschouwelijke opvattingen hun in dezen afwijzende opvattingen opleggen aan degenen die deze bezwaren niet delen.

CONCLUSIE

Er zijn op grond van de bestaande literatuur naar ons oordeel geen doorslaggevende morele bezwaren tegen het toepassen van terminale sedatie bij het bestaan van refractaire symptomen bij wilsbekwame patiënten in de laatste levensfase. De intentie is steeds het verlichten van lijden, zonder het vooropgezette doel het leven te beëindigen. Dan is er geen actief levensbeëindigend handelen, waarbij de doelstelling is het leven van de patiënt te verkorten, maar adequate palliatieve zorg, zelfs in die situaties waarbij het leven mogelijk wordt bekort.

De vraag of terminale sedatie een alternatief kan zijn voor vormen van actief levensbeëindigend handelen, zoals euthanasie en hulp bij zelfdoding, is in zijn algemeenheid op grond van de literatuur niet te beantwoorden. Dit hangt sterk af van de individuele casus. Wij hebben niet de indruk dat terminale sedatie euthanasie en hulp bij zelfdoding overbodig maakt.

Voor de toekomst lijkt bespreking van het onderwerp terminale sedatie in bredere zin noodzakelijk om tot een standpuntbepaling te komen. De gevonden medisch-ethische argumenten kunnen als hulpmiddel dienen voor een weloverwogen en zorgvuldige besluitvorming. Wanneer terminale sedatie als zodanig een plaats krijgt binnen het geneeskundig handelen, kan het bestaan van een richtlijn een goed hulpmiddel zijn. Zo wordt, vóór het starten van terminale sedatie, optimale palliatieve zorg verzekerd en de besluitvorming rondom terminale sedatie versterkt.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Terminal sedation in mentally competent patients: no overriding medical-ethical arguments against in the medical literature

Objective. To collect medical-ethical arguments for and against the practice of terminal sedation in mentally-competent patients.

Design. Literature search.

Method. Medical-ethical arguments for and against the practice of terminal sedation were sought in electronic databases, for example *Pubmed*, *Medline*, and the Netherlands Institute for Scientific Information Services. The arguments found can help in making a well-considered and careful decision.

Results. Terminal sedation can be defined as deliberately inducing and maintaining deep sleep in terminally-ill patients with recalcitrant symptoms, by using high doses of sedatives but without the intention of hastening death. Arguments in favour of this approach included: good care provision, useful medical procedure, autonomy of the patient, the doctrine of the double effect and an alternative for euthanasia and assisted suicide. Arguments against included: impossible to communicate due to sedation, responsibility for unintended consequences, shortening the length of life, religious and cultural objections, incompetence, abuse by the care-provider or the patient and the interest of the physician.

Conclusion. In the literature no overriding moral objections to the use of terminal sedation were found. This palliative option may be regarded as a useful addition to the existing range of interventions. Although it can never be excluded, abuse is not a decisive factor. There seems to be a need for a guideline with meticulous criteria and procedures that promotes the responsible use of this intervention.

LITERATUURLIJST

- 1 Rousseau P. The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. *Mayo Clin Proc* 2000;75:1064-9.
- 2 Verhagen EH, Eliel MR, Graeff A de, Teunissen SCCM. Sedatie in de laatste levensfase. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:2601-3.
- 3 Smith GP. Terminal sedation as palliative care: revalidating a right to a good death. *Camb Q Health Ethics* 1998;7:382-7.
- 4 Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford Textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 5 Wein S. Sedation in the imminently dying patient. *Oncology* 2000;14:585-92.
- 6 Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000;132:408-14.
- 7 Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:145-52.
- 8 Voltz R, Borasio GD. Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease. *J Neurol* 1997;244 Suppl 4:S2-10.
- 9 Hardy J. Sedation in terminally ill patients. *Lancet* 2000;356:1866-7.
- 10 Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet* 2001;358:335.
- 11 Lynn J. Terminal sedation. *N Engl J Med* 1998;338:1230.
- 12 Krakauer EL. Responding to intractable terminal suffering. *Ann Intern Med* 2000;133:560.
- 13 Lickiss JN, Hacker NF. Care of the patient close to death. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:333-40.
- 14 Rousseau P. Terminal sedation in the care of dying patients. *Arch Intern Med* 1996;156:1785-6.
- 15 Quill TE, Coombs Lee B, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. *Ann Intern Med* 2000;132:488-93.
- 16 Moyle J. The use of propofol in palliative medicine. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:643-6.
- 17 Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Palliat Med* 1998;12:255-69.
- 18 Hallenbeck J. Terminal sedation for intractable distress. *West J Med* 1999;171:222-3.
- 19 Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lurch jr TJ. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist* 2000;5:53-62.
- 20 Mercadante S, de Conno F, Ripamonti C. Propofol in terminal care. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:639-42.
- 21 Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;278:2099-104.
- 22 Chiu T, Hu W, Lue B, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-72.
- 23 O'Mahony S, Coyle N, Payne R. Multidisciplinary care of the terminally ill patient. *Surg Clin North Am* 2000;80:729-45.
- 24 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- 25 Truog RD, Berde CB, Mitchell C, Grier HE. Barbiturates in the care of the terminally ill. *N Engl J Med* 1992;327:1678-82.
- 26 Quill TE, Coombs Lee B, Nunn S. Palliative treatment of last resort and assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:563.
- 27 Repko M. 'Ik zal toch niet stikken?' Dyspnoebestrijding in de terminale fase in de verpleeghuiszetting. Scriptie in het kader van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts aan het universitair verpleeghuisartsinstituut aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, 1996.

- ²⁸ Loewy EH. Terminal sedation, self-starvation, and orchestrating the end of life. *Arch Intern Med* 2001;161:329-32.
- ²⁹ Orentlicher D. Terminal sedation [onderschrift]. *N Engl J Med* 1998; 338:1230-1.
- ³⁰ Craig G. Is sedation without hydration or nourishment in terminal care lawful? *Med Leg J* 1994;62:198-201.
- ³¹ Jacobs WMJ, Thiesbrummel AWB, Zyllicz Z. Behandeling van onrust bij stervenden: meer dan sederen alleen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:433-6.
- ³² Sulmasy DP, Ury WA, Ahronheim JC, Siegler M, Kass L, Lantos J, et al. Palliative treatment of last resort and assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:562-3.
- ³³ Syme R. Intractable terminal suffering. *Ann Intern Med* 2000;133: 749-50.
- ³⁴ Kirschner MH. Palliative options at the end of life. *JAMA* 1998; 279:1066.
- ³⁵ Sulmasy DP, Ury WA, Ahronheim JC, Siegler M, Kass L, Lantos J, et al. Responding to intractable terminal suffering. *Ann Intern Med* 2000;133:560-1.
- ³⁶ Peruselli C, di Giulio P, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999;13: 233-41.
- ³⁷ Janssens PJP, Wijn AM, Zyllicz Z. Have HAMJ ten, Reuzel R, Crul BJP. Controversen rondom terminale sedatie. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 2002;12:79-83.

Aanvaard op 21 juli 2003

Vervanging van de dijbeenkop wegens een heupfractuur; prognostische factoren voor opnameduur, opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en sterfte

G.C.H. TJIANG, C.L. KOPPERT, E.TH. HERMANS, L.M.S.J. POELHEKKE EN I. DAWSON

Heupfracturen bij ouderen zijn ernstige en invaliderende letsels, die acuut medische en chirurgische zorg behoeven. Doel van de behandeling is het herstel naar het oorspronkelijk niveau van functioneren zonder bijkomende comorbiditeit. Een heupfractuur kan echter resulteren in een scala van medische problemen, die vaak gepaard gaan met een lange opnameduur. Meer dan 5% van deze patiënten komt te overlijden in een ziekenhuis, 24% overlijdt binnen een jaar na het letsel, 40% verliest zijn of haar loopfunctie en vele ouderen kunnen na een heupfractuur niet meer zelfstandig wonen.¹ De literatuur betreffende de resultaten na een heupfractuur wordt echter gekenmerkt door heterogene patiëntenpopulaties en diverse behandelingsmethoden. Dit leidt tot grote variaties in de opnameduur en sterfte na de chirurgische behandeling van een heupfractuur.

Wij onderzochten onder patiënten die ter behandeling van de heupfractuur allen een vervanging van de dijbeenkop hadden ondergaan, welke preoperatieve factoren de grootste invloed hadden op de opnameduur en op de behoefte aan institutionele nazorg. Tevens werd de kans op overlijden na de operatie onderzocht.

METHODE

Patiënten. Het onderzoek werd verricht in het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel, dat beschikt over 380 bedden en zorg biedt aan een populatie van 135.000 inwoners in de regio van Rotterdam-Noord. In de periode 1 januari 1996-31 december 1998 werden 396 patiënten met een heupfractuur op de chirurgische afdeling opgenomen. Van deze patiënten werden er 248 behandeld met een vorm van osteosynthese, 146 met

SAMENVATTING

Doel. Identificeren van preoperatieve factoren die bepalend zijn voor de opnameduur, de woonsituatie en de sterfte na een vervanging van de dijbeenkop wegens een heupfractuur.

Opzet. Prospectief.

Methode. Van de 146 patiënten die in 1996-1998 wegens een heupfractuur een dijbeenkopvervanging ondergingen, werden gegevens geregistreerd over hun leeftijd, geslacht, woonsituatie, loopvaardigheid, afhankelijkheid voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL), aanwezigheid van dementie en classificatie volgens de American Society of Anesthesiologists (ASA). De operatie vond plaats in het IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel. Het onderzoek werd beëindigd in oktober 2001. Met behulp van uni- en multivariate analyse werd de samenhang bepaald tussen de preoperatieve factoren en de opnameduur, de woonsituatie en de sterfte binnen 3 jaar na de operatie.

Resultaten. De studiepopulatie betrof 146 patiënten: 33 mannen en 113 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 82 jaar (uitersten: 60-98). De opnameduur bedroeg gemiddeld 21 dagen (uitersten: 2-98). Onafhankelijke preoperatieve risicofactoren voor een langere opnameduur waren: ADL-afhankelijkheid (OR: 1,3; 95%-BI: 1,1-1,5), thuis wonen (0,7; 0,6-0,8) en verminderde loopvaardigheid (1,1; 1,0-1,3). Voor blijvende institutionele zorg waren dat: het voorafgaande verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis (4,7; 1,1-19,5) en dementie (3,9; 1,0-15,2). De sterfte in de 3 jaar na de operatie was statistisch significant hoger dan die in een voor leeftijd en geslacht overeenkomende Nederlandse populatie, met name in het eerste jaar. Prognostisch ongunstige factoren voor sterfte in de 3 jaar na de operatie waren: verminderde loopvaardigheid vóór de fractuur (3,1; 1,8-5,3), een hogere ASA-klasse (2,0; 1,2-3,1) en een leeftijd boven de 80 jaar (2,0; 1,2-3,3).

Conclusie. De risicofactoren voor een lange opnameduur, plaatsing in een zorginstelling of een verminderde overleving bij patiënten bij wie ter behandeling van een heupfractuur de dijbeenkop wordt vervangen, kunnen al bij opname geïdentificeerd worden. Tijdens de ziekenhuisopname en in het nazorgtraject zou speciaal aandacht gegeven moeten worden aan de patiënten met deze risicofactoren.

IJsselland Ziekenhuis, afd. Heelkunde, Postbus 690, 2900 AR Capelle aan den IJssel.

G.C.H. Tjiang en L.M.S.J. Poelhekke, assistent-geneeskundigen; C.L. Koppert, E.Th. Hermans en dr. I. Dawson, chirurgen.

Correspondentieadres: dr. I. Dawson (idawson@yssl.nl).