

MEDISCHE BESLUITVORMING BIJ OUDERE PATIËNTEN VRAAGT MOED

Afgewogen behandeladvies na interdisciplinair overleg

Bij oudere patiënten wordt vaak voorbijgegaan aan de leeftijds-specifieke consequenties en complicaties van een behandeling of ingreep. Een wekelijkse, interdisciplinaire bespreking helpt artsen om kansen en risico's goed in te schatten.

Het aantal ouderen met een indicatie voor medische behandeling is de laatste decennia sterk gestegen. Dit is niet alleen het gevolg van demografische ontwikkelingen maar ook van ontwikkelingen in de geneeskunde zelf. Zo worden enerzijds leeftijdsgerelateerde veranderingen steeds meer als ziekte opgevat en worden anderzijds continue nieuwe behandelwijzen ontwikkeld of bestaande verbeterd. Het gevolg is dat in de praktijk vaak tot op hoge leeftijd wordt gekozen voor een (in opzet) curatieve behandeling. Dit neemt echter niet weg dat medische behandeling een aanzienlijke belasting kan vormen voor ouderen en soms ernstige complicaties kent. Bovendien brengt behandeling niet altijd de gewenste verbetering in het dagelijks functioneren en welzijn. Medische besluitvorming bestaat voor een groot deel uit de afweging van de voor- en nadelen van een behandeling. In wezen is die afweging het zoeken naar de best mogelijke (concrete) antwoorden op steeds dezelfde vragen (zie *kader* op blz. 22). In hoofdlijnen komen die neer op een inschatting van de levensverwachting, het beloop van welzijn en functioneren

met en zonder behandeling van de ziekte en de risico's op complicaties en functieverlies. Bovendien moet inzicht worden verkregen in de mogelijkheden van alternatieve behandelvormen. Tot slot zijn ook cijfers over uitkomsten van behandeling in een specifieke leeftijdscategorie en de levensverwachting van belang. Naast vakliteratuur kunnen verschillende andere bronnen zoals het CBS die bieden. Het is echter de vraag hoe deze afweging

het beste kan worden gemaakt. Deze vraag speelt in toenemende mate binnen de oncologie omdat kanker een ziekte is die met name op oudere leeftijd voorkomt. Zonder behandeling is de levensverwachting van mensen met kanker meestal kort. Hierdoor krijgt de besluitvorming voor alle betrokkenen extra lading en ontstaat snel de neiging om tot behandeling over te gaan.

Ander behandeladvies

Met deze overwegingen en ontwikkelingen in het achterhoofd zijn we in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) in januari 2014 begonnen met een wekelijkse oncogeriatrische bespreking van 70-plussers met een solide maligniteit die een chirurgische ingreep

Vergelijking behandeladviezen

Advies oncogeriatrische bespreking

Gelijk aan advies tumorwerkgroep

Terughoudender dan tumorwerkgroep of met voorwaarden

(bijvoorbeeld definitief stoma i.p.v. anastomose, minder intensieve chemotherapie, preoperatief onderzoek van cognitie of stemming)

Anders dan tumorwerkgroep

Niet eerder besproken in tumorwerkgroep

Totaal

n

34

28

13

25

100

Vergelijking tussen de behandeladviezen van de oncogeriatrische bespreking en de specifieke tumorwerkgroep bij de eerste honderd patiënten. De mediane leeftijd van de patiënten was 79 jaar (minimum 68, maximum 95 jaar). Bij 55 procent was sprake van een colorectale tumor, sarcoom of melanoom.

moeten ondergaan. De bespreking duurt een uur en het kernteam bestaat uit chirurgisch oncoloog, medisch oncoloog, internist ouderengeneeskunde en radiotherapeut. De verpleegkundige die een gedetailleerde anamnese bij de patiënt heeft afgenomen, vervult een centrale rol binnen de bespreking. Daarbij wordt gebruikgemaakt van informatie uit de verschillende domeinen en is er naast de oncologische gegevens in elk geval inzicht in de medische voorgeschiedenis, sociale situatie en functionele status. Uit een eerste evaluatie bleek dat dit bij veel patiënten leidde tot een ander (veelal terughoudender) behandeladvies dan eerder besproken in de specifieke tumorwerkgroep (zie tabel).

Gesteund

Door voortschrijdende superspecialisatie weten de meeste medisch specialisten in Nederland weinig van elkaars vak. Dit

gebrek aan kennis over en weer is niet op te lossen met alleen de medische correspondentie zoals we dat gewend zijn. Chirurgen, oncologen of radiotherapeuten kunnen patiënten die kwetsbaar lijken, verwijzen voor preoperatief onderzoek door een ouderengeneeskundige en die kan op zijn beurt een aantal adviezen geven, maar een echte uitwisseling van kennis en afweging van voor- en nadelen vindt daarmee niet plaats.

De ervaringen met de wekelijkse interdisciplinaire bespreking zijn voor de betrokkenen zorgverleners in het UMCG positief. De behandelend arts besluit zelf welke behandelmogelijkheden hij het beste met de patiënt kan bespreken maar weet zich daarbij gesteund door de kennis en ervaring van collega's uit andere, nauwbetrokken specialismen. Dit is een belangrijk punt omdat de vraag welke behandeling de beste is, vrijwel nooit eenduidig te beantwoorden is. In een veld

waarin weinig kennis en veel onzekerheden bestaan wordt niet zelden teruggegrepen op vragenlijsten en meetinstrumenten maar deze geven in het beste geval alleen een betrouwbare schatting van kansen en risico's en nemen geen beslissingen, zeker niet voor individuele patiënten. Juist dan is het van belang om de patiënt een duidelijk advies te geven. Dit vraagt van de behandelend arts de moed om te kiezen welke kans hijzelf groot genoeg vindt en welk risico acceptabel om een behandeling aan een patiënt voor te stellen. In dat proces vormen overleg en reflectie met collega's een grote steun.

Ongewenst

Medische besluitvorming bij ouderen is grotendeels onbekend terrein. Dit geldt niet alleen voor de oncologie maar voor alle specialismen die een grote, belastende of dure behandeling (kunnen) uitvoeren.

Voor oudere, complexe patiënten levert een behandeling niet altijd een verbetering in het dagelijks functioneren op.



ROBIN UTRECHT/ANP PHOTO

CHARMANDER GESPOT IN OLVG

Met een kriebel in mijn buik fiets ik tijdens de Canal Parade en tevens eerste dienst van mijn keuzeschool naar de grootste SEH van Nederland. Oorzaak van mijn zenuwen is de veelbesproken terreurdreiging in combinatie met alle mogelijke intoxicaties die ik zal gaan zien. Bij de eerste patiënte die binnenkomt is het meteen raak! Een buitensporig (louter) dronken toeriste, vergezeld door haar bijna even dronken vriendin, wordt bewegingloos op de brancard binnengereden. In het kader van de Gay Pride is de dronken vriendin verkleed als Charmander, geheel in het oranje en met een button met de tekst: 'I'm very Charmanding'. Samen met een van de ervaren verpleegkundigen – voor haar de zoveelste intoxicant – vang ik de patiënte op. Mijn supervisor en tevens opleider heeft de situatie op afstand onder controle en het conservatieve beleid was reeds bepaald voordat ik mijn 'trauma' opvang überhaupt begon. Ik zet mijn overdracht aan mijn supervisor zo gestructureerd als ik kan in: 'De A is vrij, CWK niet te beoordelen. In de B zie ik...' Er verschijnt een twinkeling in zijn ogen als hij me onderbreekt: 'Als wat is je patiënte verkleed?' Met een frons op mijn gezicht antwoord ik dat ik alleen weet dat haar vriendin als Charmander is verkleed en stel ik de, in mijn optiek retorische, vraag of ik direct even terug zal lopen om het antwoord op zijn vraag te achterhalen. Nog geen vijf minuten later vind ik mezelf echter achter de computer terug om de Pokémon Poliwhag te googelen (tot zover mijn kennis over Pokémon) en de rest van mijn overdracht wordt alleen nog maar schriftelijk genoteerd. Na een drukke dienst kan ik onderweg naar huis een glimlach niet onderdrukken en fiets ik in gedachten verzonken over de leerzame en hectische SEH, waar ondanks de drukte dankzij mijn supervisor gewoon tijd is voor een spelletje Pokémon GO.

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

VRAGENLIJST

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor een bepaalde werkwijze waarmee artsen bij ouderen een weloverwogen besluit kunnen nemen voor een ingrijpende behandeling zoals een oncologisch chirurgische ingreep. In het UMCG wordt geprobeerd om voor individuele patiënten het best mogelijke, concrete antwoord te geven op de onderstaande vragen. Met de beantwoording van deze vragen kan een goed onderbouwde afweging worden gemaakt tussen de verschillende behandelmogelijkheden. Deze kan als uitgangspunt dienen voor de uiteindelijke besluitvorming na overleg met de patiënt.

1. Is er een (harde) indicatie voor de behandeling?
2. Wat zou de levensverwachting van de patiënt zijn geweest als hij deze ziekte (de indicatie voor de behandeling) niet had gehad?
3. Wat is de levensverwachting met deze ziekte als er geen behandeling plaatsvindt?
4. Wat is de last van de ziekte als er geen behandeling plaatsvindt?
5. Wat voegt de behandeling toe aan de levensverwachting?
6. Wat draagt de behandeling bij aan vermindering van de klachten (bijvoorbeeld vermindering van pijn of dyspnoe)?
7. Wat is de last van de behandeling (bijvoorbeeld opnameduur, complicaties, ziekenhuisbezoeken)?
8. Wat zijn de andere mogelijkheden voor behandeling (inclusief palliatieve behandeling)?

Deze vragen zijn ook opgenomen in de nieuwe richtlijn 'Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen' van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Gerbrand Izaks, internist ouderengeneeskunde en een van de auteurs van dit artikel, was lid van de werkgroep van deze richtlijn en auteur van het betreffende hoofdstuk.

ren voor ernstige of invaliderende aandoeningen. Zo is besluitvorming over dialyse bij nierfalen, percutane vervanging van de aortaklep bij aortaklepstenose (TAVI) en een cochleair implantaat bij slechthorendheid evenzeer onbekend terrein. Niemand weet goed hoe hij hier de weg moet vinden. Dit heeft twee gevolgen. Ten eerste wordt steeds vaker aangedrongen op een centrale rol voor ouderengeneeskundigen in de besluitvorming bij ouderen. Ten tweede is er steeds vaker de neiging om belangrijke beslissingen door te schuiven naar de patiënt onder de noemer van *shared decision making*. Zowel het een als het ander is echter ongewenst omdat hiermee niet alleen de kennis en ervaring van superspecialisten wordt onderschat maar ook de com-

plexiteit van medische en gedeelde besluitvorming. De werkwijze die wij in het UMCG hanteren, is gebaseerd op kennis, samenwerking en de moed om een kans op succes of risico op een complicatie te klein of te groot te vinden. Dat deze werkwijze veel kans van slagen heeft, weerspiegelt zich in het UMCG waar een toenemende aantal collega's de weg vindt naar deze bespreking. ■

contact

gj.izaks@wxs.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.