

Welke behandeling willen ouderen met kanker?

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van N. Rasenberg, Erasmus MC, huisarts-in-opleiding en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl.

PRAKTIJKVRAAG

Meneer Pieters is een 79-jarige boer die zijn land heeft verkocht maar in de boerderij is blijven wonen. Hij is gesteld op zijn zelfstandigheid en is het liefst de hele dag buiten. Hij belandt via zijn huisarts in het ziekenhuis met een longontsteking en op de röntgenfoto worden afwijkingen gezien die mogelijk maligne zijn. Nadere diagnostiek bevestigt de diagnose stadium-IV longkanker. Er wordt chemotherapie gestart en hoewel de patiënt hier aanvankelijk baat bij lijkt te hebben, krijgt hij na de tweede kuur koorts. Hij neemt direct contact op met het ziekenhuis, wordt opgenomen en overlijdt binnen enkele dagen. Alles is gegaan volgens de richtlijnen en de familie is niet ontevreden. Toch knaagt er iets bij de huisarts: wilde de patiënt deze chemotherapie wel echt?

HUIDIG BELEID

Tussen een verwijzing naar de specialist vanwege een vermoeden van een maligniteit en het starten van de behandeling hebben huisarts en patiënt vaak geen contact. De specialist doet de diagnostiek en bespreekt de behandelopties met de patiënt. Het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk¹ adviseert echter een actieve rol voor de huisarts in deze tussenperiode, omdat dit de continuïteit van de zorg ten goede komt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

In Nederland wordt per jaar bij ongeveer 100.000 personen kanker gediagnosticeerd. Van hen is 40% tussen de 60 en 75 jaar en 30% is 75 jaar of ouder.

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor gezamenlijke besluitvorming. De meeste patiënten stellen het op prijs om betrokken te worden bij de besluitvorming rondom behandeling. Hierbij prefereren patiënten met kanker over het algemeen een actievere rol dan andere patiënten.² Bij patiënten met een gemetastaseerde maligniteit verschilt de gewenste rol in de besluitvorming per soort beslissing. Als kwaliteit van leven belangrijker wordt, willen patiënten een grotere rol hebben.

Bovendien is de huisarts vaak verantwoordelijk voor zorg in de laatste levensfase, het is dan belangrijk om te weten wat voorafging in het ziekteproces en welke afwegingen zijn gemaakt.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het belang van goede besluitvorming bij gemetastaseerde maligniteiten neemt toe doordat er steeds meer behandelingen komen. De aandacht voor potentiële negatieve gevolgen

van sommige behandelingen is ook toegenomen. Zo wordt chemotherapie in de laatste maanden van het leven als indicator voor slechte zorg gezien. Een recente review onderzocht redenen die ouderen hebben voor het wel of niet accepteren van een behandeling.³ De factoren verschillen sterk in verschillende onderzoeken, maar een belangrijke factor lijkt de aanbeveling van de behandelend arts te zijn. Om verwarring bij de patiënt te voorkomen, is het dan ook van belang dat verschillende behandelaars onderling goed communiceren. Ook benoemen oudere kankerpatiënten de effectiviteit van de behandeling van de ziekte, verbetering en behoud van fysieke functie, het bewaren van onafhankelijkheid en vermindering van de belasting voor zorgverleners als belangrijkste doelen. Lage prioriteit werd gegeven aan het in leven blijven, vermindering van pijn en het vermijden van ziekenhuisopname.⁴ Om gedeelde besluitvorming te waarborgen, is het dan ook essentieel dat een arts goed op de hoogte is van de wensen en waarden van zijn patiënt.

CONCLUSIE

Hoewel patiënten met kanker gedeelde besluitvorming belangrijk vinden, is de aanbeveling van een arts de belangrijkste factor in het wel of niet accepteren van een behandeling. Uit verschillende onderzoeken naar welke doelen ouderen met gemetastaseerde kanker belangrijk vinden, blijkt dat levensverlenging vaak niet bovenaan staat. Expliciteren van de voorkeuren van de patiënt lijkt van wezenlijk belang om de optimale behandeling voor ongeneeslijke kanker bij de oudere patiënt vast te stellen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAGEN

Welke doelen van de behandeling vinden ouderen met niet (meer) curatief behandelbare kanker het belangrijkste en welk effect heeft het systematisch verhelderen van deze voorkeuren voorafgaand aan de behandeling? ■

LITERATUUR

- 1 NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. www.nhg.org.
- 2 Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions. A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2012;86:9-18.
- 3 Puts MTE, Tapscott B, Fitch M, Howell D, Monette J, Wan-Chow-Wah D, et al. A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treatment Reviews* 2015;41:197-215.
- 4 Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, et al. Priorities of health care outcomes for the elderly. *JAMDA* 2013;14:479-84.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde (HPC FA21), Postbus 196, 9700 AD Groningen: M.E. Stegmann, aiotho bij het OPTion-onderzoek; J. Schuling, oud-huisarts; A.J. Berendsen, huisarts en projectleider OPTion • Correspondentie: m.e.stegmann@umcg.nl