

CRC samen beslissen in de spreekkamer

EPSG tumorwerkgroep GE V&VN Oncologie

Marjolein Leeuwenburgh | GE chirurg AUMC | 28 januari 2022



**Hallo
patiënt**



**Hallo
dokter**



Samen beslissen - Definitie

Samen beslissen is het proces waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen



Samen beslissen - Voordelen

Samen Beslissen leidt tot meer..	 tevredenheid	 therapietrouw	 betrokkenheid	 goed geïnformeerde patiënten
Samen Beslissen leidt tot minder..	 twijfel	 spijt	 zorgkosten	 operaties



MC vraag 1- Beslissen we al ‘samen’?

Samen beslissen lijkt zo vanzelfsprekend dat zorgprofessionals aangeven dat zij dit (volgens henzelf) al naar behoren doen. Dit komt alleen niet overeen met de ervaringen van patiënten.

Uit onderzoek blijkt dat:

- a) 46% van de zorgverleners denkt samen te beslissen, 37% van de patiënten ervaart dit zo
- b) 46% van de zorgverleners denkt samen te beslissen, 25% van de patiënten ervaart dit zo
- c) 64% van de zorgverleners denkt samen te beslissen, 37% van de patiënten ervaart dit zo
- d) 64% van de zorgverleners denkt samen te beslissen, 25% van de patiënten ervaart dit zo



Nationale campagne ‘Samen beslissen’

Gestart 2021-09, lopend tm 2022-12





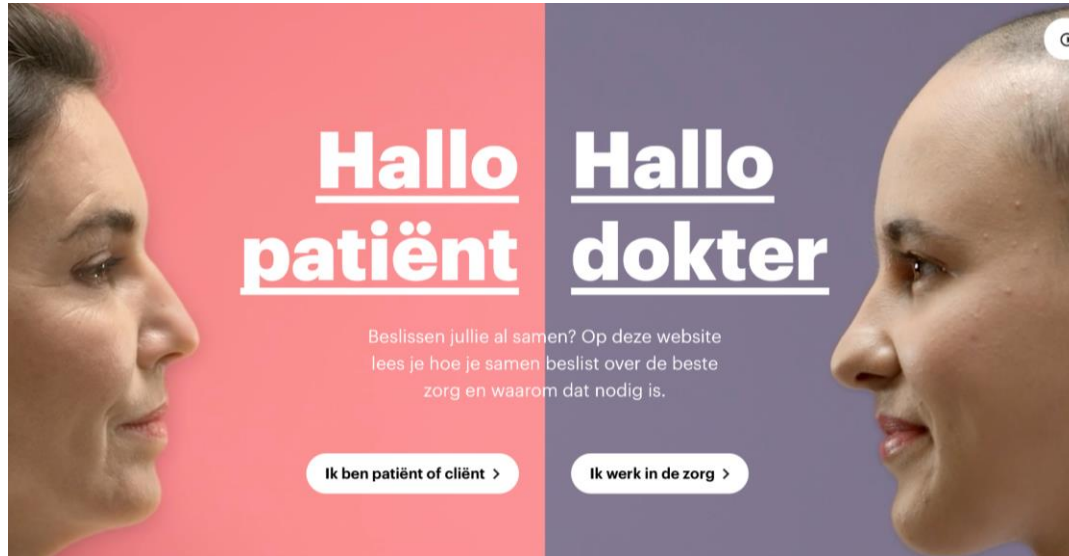
Nationale campagne ‘Samen beslissen’

- Publiekscampagne
- Ontwikkeling en vindplaats online keuzehulpen
- Verankering in zorgopleidingen
- Ontwikkeling gezondheidsvaardigheden van zorggebruikers
- Organiseren en belonen van ‘samen beslissen’ in contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder
- Leren van elkaar; zowel patiënten als zorgaanbieders onderling dmv kennisplatformen en intervisie bijeenkomsten



Samen beslissen - Publiekscampagne

Publiekscampagne via TV, radio, krant/tijdschrift, website, social media





Samen beslissen - Publiekscampagne

www.begineengoedgesprk.nl

Patiënten worden gestimuleerd om:

- Vragen op te schrijven
- Alvast na te denken wat belangrijk voor ze is
- Informatie op te zoeken
- Iemand mee te nemen naar het gesprek
- Het gesprek op te nemen
- Te vertellen wat zij belangrijk vinden
- Alle vragen te stellen (3 goede vragen)
- Een (online) keuzehulp te vragen
- Meer uitleg of tijd te vragen
- In hun online medisch dossier te kijken
- Te vertellen hoe het gaat





Samen beslissen - Publiekscampagne

Tot nu toe resulterend in:

- 21 → 25% voorbereiding patiënt
- 19 → 21% informatie zoeken
- 40 → 47% vooraf nadenken over belangrijke punten
- 29 → 30% vooraf met iemand praten over het onderwerp





MC vraag 2 - Worden we opgeleid in ‘Samen beslissen’?

In de 87 opleidingsplannen voor artsen, medisch specialisten, (gespecialiseerd) verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die werken in de medisch-specialistische zorg werd ‘Samen beslissen’ benoemd in:

- a) 20%
- b) 40%
- c) 60%
- d) 80%



Samen beslissen in de opleiding: 'best practice'



Theoretisch onderwijs

- Literatuur en theorie lezen en toepassen (Elwyn, modellen, casuïstiek, mythes, stellingen, keuzehulpinstrumenten)
- Bespreken gesimuleerde consulten, rollenspelen
- Presentatie en informatiemateriaal over samenwerking met de zorgvrager, zelfmanagement
- Gastcolleges van patiënten/ Patiëntenfederatie Nederland



Praktijk- en werkplekonderwijs

- Patiëntenstage: meelopen met een patiënt
- Interviewen van patiënten, feedback vragen van patiënten
- Praktijk feedback van collega's, stagebegeleiders
- (Stage)opdrachten, toepassen in behandel-/ verpleegplan, gespreksvoering



Hybride omgeving

- Ervaringen uit de praktijk delen en daarop reflecteren door bespreking met medestudenten of collega's
- Reflecteren op handelen in de praktijk (reflectieverslag)
- Audio-/video-opnames van eigen consult bespreken met collega's of medestudenten
- Reflecteren op audio-/video-opnames van eigen consult



Samen beslissen - 3 stappen

Stap 1 Aangeven dat de patiënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft.

Stap 2 Bespreken van de verschillende opties met de patiënt waarin de volgende punten worden meegenomen:

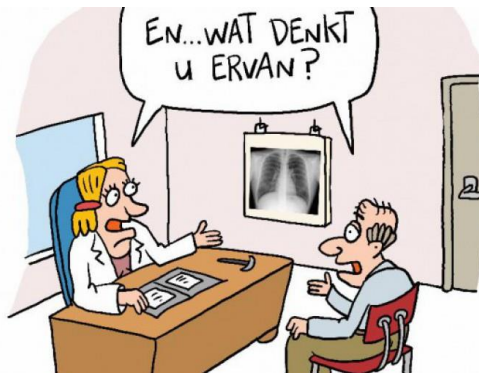
- voor- en nadelen en risico's van de opties;
- verwachte uitkomsten van de opties;
- de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de patiënt;
- de mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie.

Stap 3 Het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid



Samen beslissen - tips voor zorgverleners

- Vraag door naar behoeften patiënt
- Informeer volledig over de opties
- Gebruik beschikbare hulpmiddelen / keuzehulp
- Dubbelcheck of patiënt het begrepen heeft (terugvraagmethode)
- Geef patiënt de tijd





Patiënt met colorectaal carcinoom

Incidentie in 2020

→ 8400 patiënten met coloncarcinoom

→ 3300 patiënten met rectumcarcinoom

Stadium bij darmkanker

Van de patiënten gediagnosticeerd met **dikkedarmkanker** in 2019 is bij diagnose bij **22%** de tumor verspreid naar andere organen, bij **endeldarmkanker** is dat bij **18%**

dikkedarmkanker

25%	27%	26%	22%
stadium I	stadium II	stadium III	stadium IV

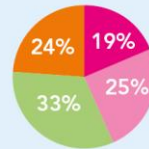
endeldarmkanker

28%	17%	37%	18%
stadium I	stadium II	stadium III	stadium IV

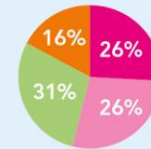
Leeftijdsverdeling

Darmkanker treft voornamelijk ouderen, **53%** van alle patiënten met darmkanker is **70 jaar of ouder**

dikkedarmkanker



endeldarmkanker



<60 jaar
60 - 69 jaar
70 - 79 jaar
80+ jaar



Samen beslissen bij colorectaal carcinoom

Opties bespreken

Afhankelijk van tumorlokatie (colon / rectum), stadium, patiëntgebonden factoren zijn (combinaties van) verschillende behandelingen mogelijk

- Operatie +/- stoma
- Bestraling
- Chemotherapie
- Immunotherapie
- Expectatief / afwachten



MC vraag 3 - Hoe vaak wordt gekozen voor operatie?

Bij patient met niet gemetastaseerd colorectaalcarcinoom (stadium I/II/III)

- a) 60 %
- b) 80 %
- c) 90 %
- d) 95 %





Behandeling van colorectaal carcinoom

Behandeling

Stadium I t/m III

- 95% van de patiënten gediagnosticeerd met darmkanker stadium I t/m III in 2019 heeft een **operatie** ondergaan

95% operatie



- 61% van de patiënten gediagnosticeerd met dikkedarmkanker stadium III in 2019 heeft **chemotherapie** gekregen na de operatie

61% chemotherapie



- 76% van de patiënten gediagnosticeerd met endeldarmkanker klinisch stadium II en III in 2019 heeft voor de operatie **bestraling** gehad, bij 43% werd de bestraling gecombineerd met **chemotherapie**

76% bestraling



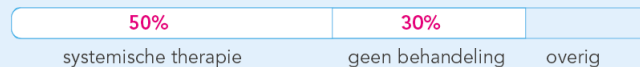
↳ 43% + chemotherapie

Behandeling

Stadium IV

50% van de patiënten gediagnosticeerd met darmkanker stadium IV in 2019 is behandeld met **systemische therapie**

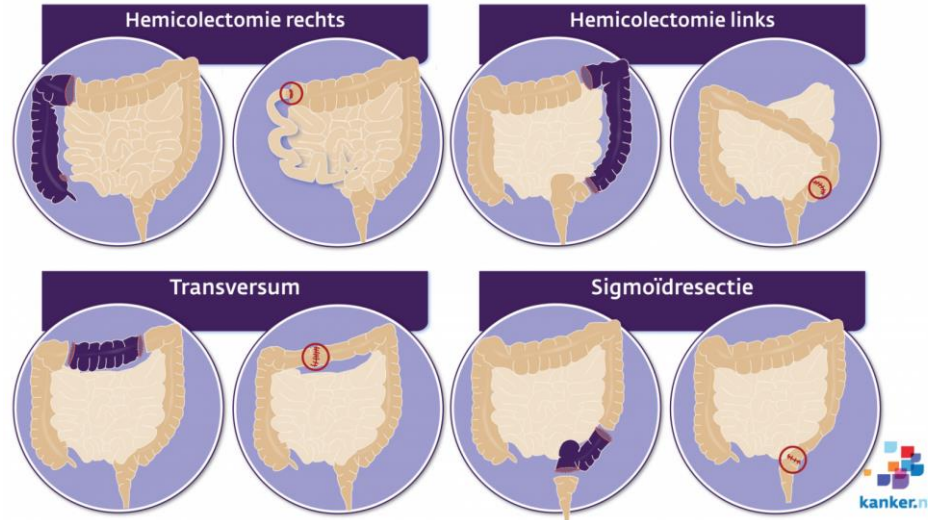
30% van de patiënten gediagnosticeerd met darmkanker stadium IV in 2019 heeft **geen enkele tumorgerichte behandeling** ondergaan





Opties coloncarcinoom stadium I/II/III

→ wel/geen operatie



→ wel/geen adjuvante chemotherapie indien N+

→ wel/geen neoadjuvante chemotherapie indien T4 of N2



Opties coloncarcinoom stadium I/II/III

Stap 2: voor- en nadelen operatie

Nadelen operatie:

- Complicaties
 - Naad
 - Klein risico op stoma

Voordelen operatie:

- Curatie van coloncarcinoom
- Definitief pathologisch onderzoek
- Behandeling van obstructie / anemie

Comorbidity

Belastbaarheid

Angst voor stoma

Leeftijd

tumor stadium

Anaesthesie

Bepaalde levensverwachting

Klachten van de tumor



Samen beslissen bij colorectaal carcinoom

Oncologische veiligheid versus kwaliteit van leven



→ Voorkeuren / behoefte / omstandigheden patiënt
spelen hierin een grote rol!



MC vraag 4

Casus coloncarcinoom

Vrouw 89 jaar

VG/ atriumfibrilleren, aortaklepinsufficiëntie,
COPD GOLD III, diep veneuze trombose,
diabetes mellitus

cT2N0 colon as
toeval ontdekt op CT

Geen buikpijn of veranderd
ontlastingspatroon. Woont zelfstandig

Curatie colonca



Uw voorstel tav beleid

- a) Hemicolectomie rechts
- b) Expectatief beleid

Verhoogd risico op complicaties

Conditionele achteruitgang
bedreigt zelfstandigheid

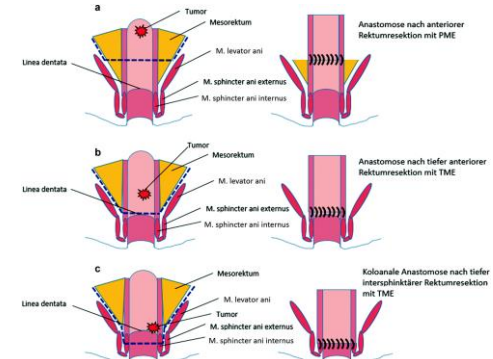
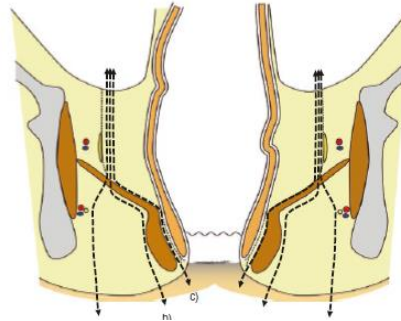
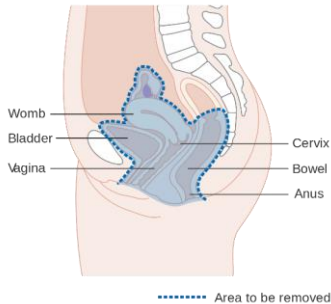
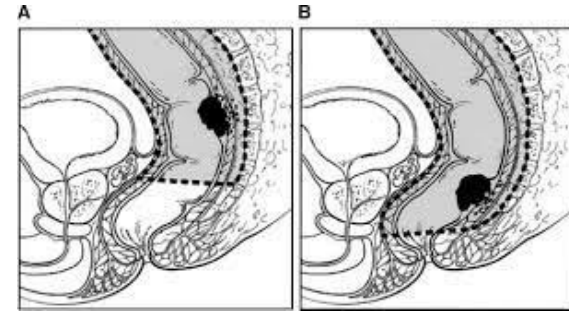
Beperkte levensverwachting



Opties rectumcarcinoom stadium I/II/III

→ wel/geen operatie

- Lokale excisie
- PME / TME
 - Eindstandig colostoma
 - Lage anastomose +/- devierend ileostoma
- Abdominoperineale resectie +/- m. levator, ischiadisch vet
- Multiviscerale resectie / exenteratie





Opties rectumcarcinoom stadium I/II/III

- wel/geen operatie
 - Lokale excisie
 - PME / TME
 - Eindstandig colostoma
 - Lage anastomose +/- devierend ileostoma
 - Abdominoperineale resectie +/- m. levator, ischiadisch vet
 - Multiviscerale resectie / exenteratie

- wel/geen voorbehandeling
 - Korte bestraling: 5x5Gy
 - Chemoradiatie: 25x2Gy + capecitabine tabletten

- wel/geen wait and see (intensief FU traject)



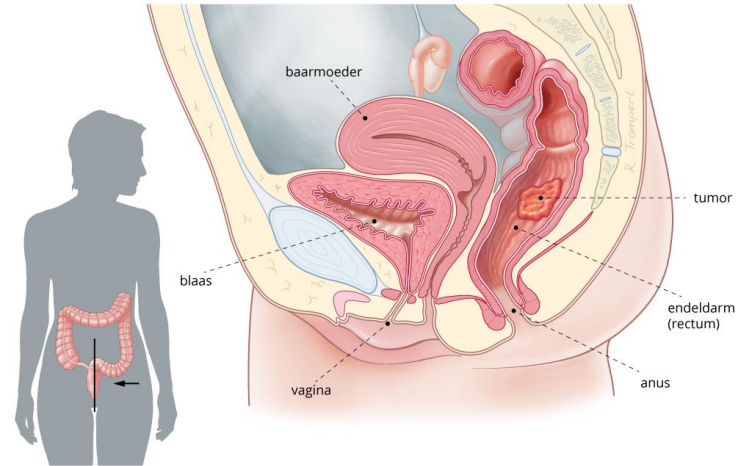


Opties rectumcarcinoom stadium I/II/III voor/nadelen

Behandelingen voor rectumcarcinoom hebben vaak grote invloed op kwaliteit van leven

Risico's operatie / bestraling / chemo:

- Complicaties (naadlekkage)
- Tijdelijk / permanent stoma
- Mictieklachten
- Seksuele dysfunctie
- Defaecatie klachten (LARS)
- Conditionele achteruitgang





MC vraag 5 - Casus rectumcarcinoom

Man 59jr.

VG/ blanco

Lokale excisie gehad van rectumcarcinoom pT2, radicaal. Nu asymptomatisch

MRI → geen lymfogene metastasen

CT → geen afstandsmetastasen



A) cTME



B) CRT



C) surveillance

Kans op lokale terugkeer

4.3 %

14.7%

28.9%



MC vraag 5 - Casus rectumcarcinoom



Man 59jr.

VG/ blanco

Lokale excisie gehad van rectumcarcinoom pT2, radicaal. Nu asymptomatisch

MRI → geen lymfogene metastasen

CT → geen afstandsmetastasen

Kans op stoma

Seksuele
dysfunctie



Kans op
tumorterugkeer



Samen beslissen bij colorectaal carcinoom

belangrijkste factoren in besluitvorming



Tumorterugkeer



Mortaliteit



Kans op stoma



Kans op complicaties



Defaecatie problemen



Vrijtijdsbesteding



Seksuele dysfunctie



Mictieproblemen



Pijn



Frequentie van controles / FU



Onzekerheid



Conditiebehoud



Zitten patiënt en zorgverlener op 1 lijn?

Kwalitatief onderzoek bij zorgverleners en patiënten na lokale excisie van een vroeg stadium rectumcarcinoom



Semi-gestructureerde interviews 60 minuten door 2 interviewers

- 10 zorgverleners (chirurgen, oncologen, radiotherapeuten, physician assistants)
- 10 patiënten (5♂ / 5♀; 4 cTME / 3 CRTx / 3 surveillance)



Prioritering factoren kwalitatief onderzoek

Patient perspectief

1. Stoma (1-8)
2. Complications (1-7)
3. Defecation problems (LARS) (1-5)
4. Tumor recurrence / meta's (1-7)
5. Uncertainty (4-10)

Zorgverleners verwachting

1. Tumor recurrence / meta's (1-2)
2. Death (1-6)
3. Stoma (1-8)
4. Defecation problems (LARS) (4-5)
5. Complications (3-10)

→ Zorgverlener schat prioriteiten van de patiënt anders in!



Verder onderzoek patientvoorkeur in behandeling vroeg rectumcarcinoom

- Kwantitatieve evaluatie / grote sample size poll
 - Patient stichting Darmkanker
 - Media
 - Zorgverleners
- Discrete keuze experiment

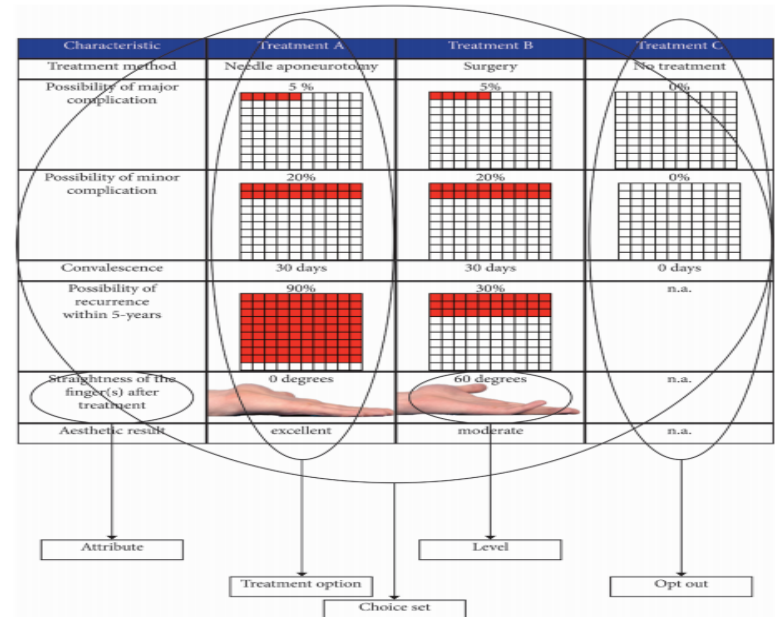


Fig. 1. Example of a choice set. Patients received 12 different choice sets to measure their preferences. It was explained that if opt out was chosen, it would indicate that the disease would progressively worsen.



Conclusie

- Zorgverleners overschatten hoe vaak er samen beslist wordt
- Prioriteiten van patiënten komen niet overeen met verwachting van zorgverleners
- Helder overzicht van uitkomst en bijwerkingen nog niet voorhanden
- Er wordt gewerkt aan een keuzeinstrument om patient en zorgverlener te ondersteunen in het *Samen Beslissen*



Toekomstperspectief

- Patiëntvoorlichting te uniformiseren
 - Wensen en belangen van de individuele patiënt nog meer te incorporeren
 - Oncologische uitkomsten duidelijker te communiceren (gespecificeerd voor locatie, leeftijd, comorbiditeit, etc)
- Evidence-based ingenious decision tool te ontwikkelen waarmee risico's op bepaalde uitkomsten kunnen worden berekend.
- Regionaal/landelijk uitrollen



Dank voor uw aandacht