

Expertisecentrum Ouderengeneeskunde (ECO), “Evidence” versus “zorg op maat”

Barbara van Munster

b.van.munster@gelre.nl

10 oktober 2018



Complexe behandelbeslissingen

- Screening op kwetsbaarheid
- Geriatisch assessment
- Inventarisatie doelen
- Gezamenlijke besluitvorming (ook met mantelzorger)
- Expertisecentrum Ouderengeneeskunde (ECO)
- Discussie

Heer A, 87 jaar

- Bloedarmoede bij darmkanker
- Ritmestoornis wv indicatie voor bloedverdunners
- Lichte geheugen problemen.
- Hij heeft een LAT relatie en is actief in verenigingswerk
- Hij houdt niet van dokters en ziekenhuizen.

IS EEN DARMOPERATIE DE BESTE BEHANDELING?

Mevrouw B, 83 jaar

- Nierfalen, potentiële kandidaat voor dialyse
- In voorgeschiedenis longoperatie voor longkanker
- Gevorderde dementie
- Woont nog zelfstandig met haar vitale echtgenoot
- Met goede structuur, ondersteuning en herhaling gaat het thuis nog net.

IS DIALYSE DE BESTE OPTIE?

Heer C, 70 jaar

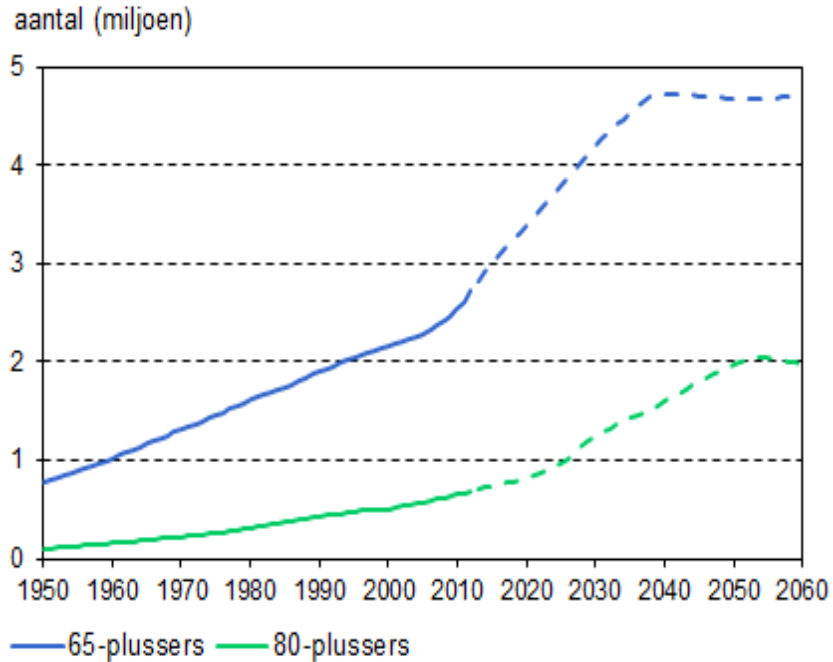
- Gewichtsverlies bij depressie waarvoor indicatie behandeling.
- Patiënt wil niet meer leven
- Bij analyse kortademigheid wordt longkanker gevonden

WAT IS VERSTANDIG: EERST BEHANDELING
LONGCARCINOOM, OF EERST BEHANDELING DEPRESSIE OF
NIETS MEER DOEN?

Wat hebben deze patiënten gemeen?

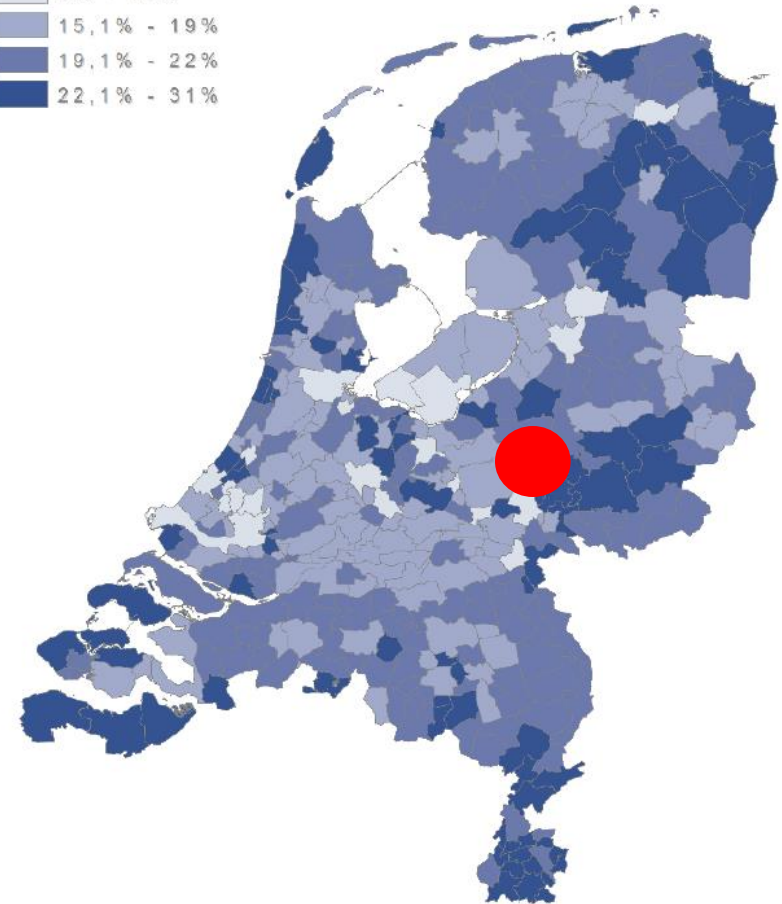
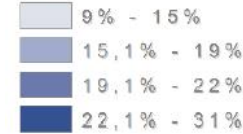
- **Hoge biologische leeftijd**
- Bijkomende ziektes en geriatrische syndromen
- Kwetsbaarheid
- Atypische ziektepresentatie: onduidelijk waar klacht doorkomt

Vergrijzing



Aantal 65-plussers stijgt van 2,7 miljoen in 2012 tot 4,7 miljoen vanaf 2041-2060.

Aandeel 65-plussers

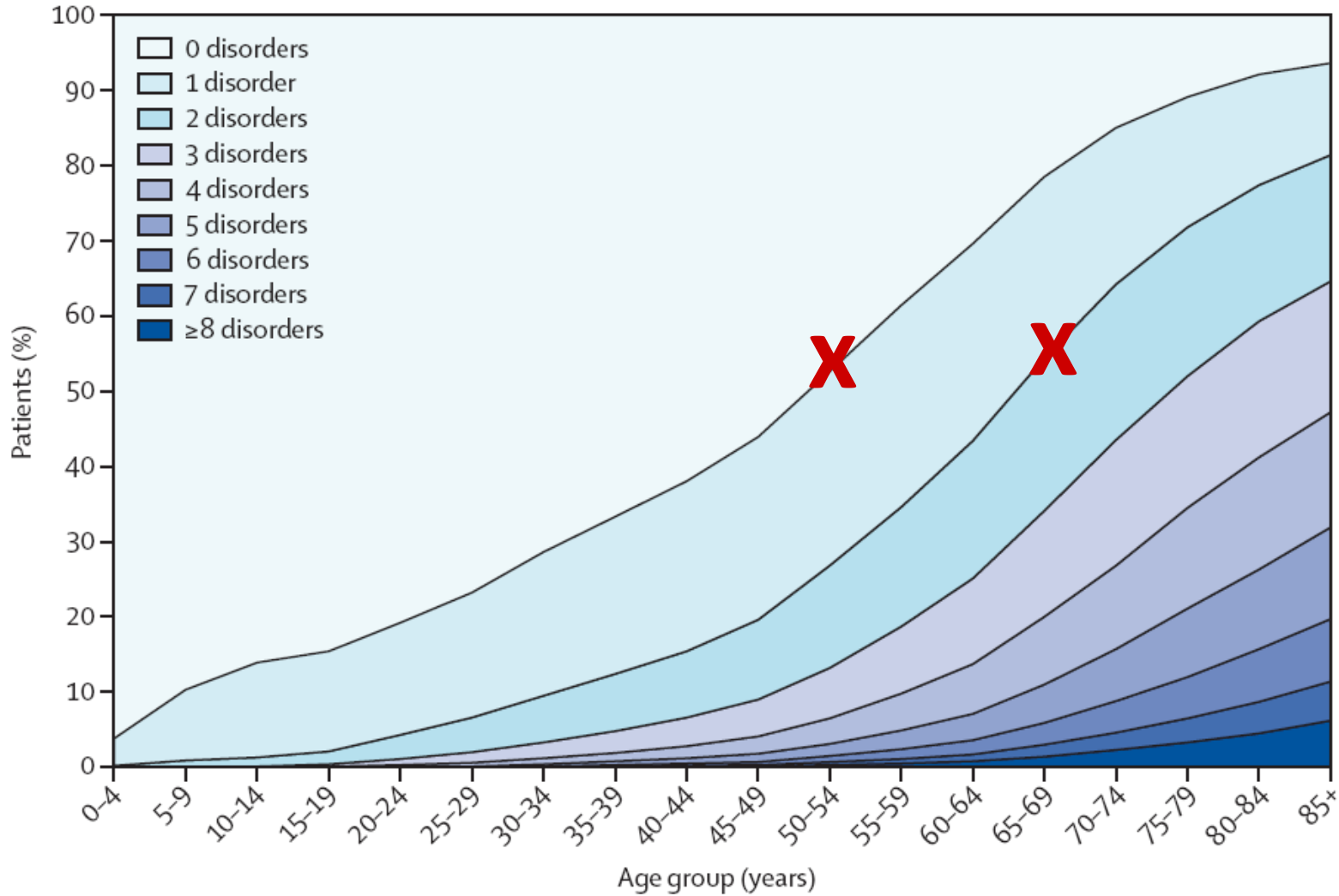


CBS, 2017

Wat hebben deze patiënten gemeen?

- Hoge biologische leeftijd
- **Bijkomende ziektes en geriatrische syndromen**
- Kwetsbaarheid
- Atypische ziektepresentatie: onduidelijk waar klacht doorkomt

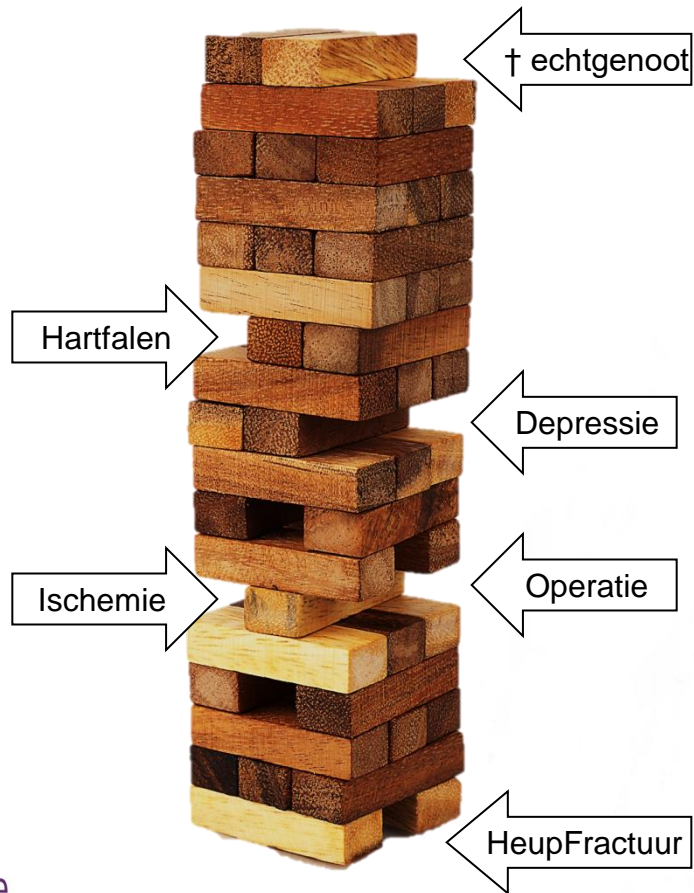
Multimorbiditeit: 1,3 - 2 miljoen in 2020



Wat hebben deze patiënten gemeen?

- Hoge biologische leeftijd
- Bijkomende ziektes en geriatrische syndromen
- **Kwetsbaarheid**
- Atypische ziektepresentatie: onduidelijk waar klacht doorkomt

Kwetsbaarheid



Wat zegt leeftijd?

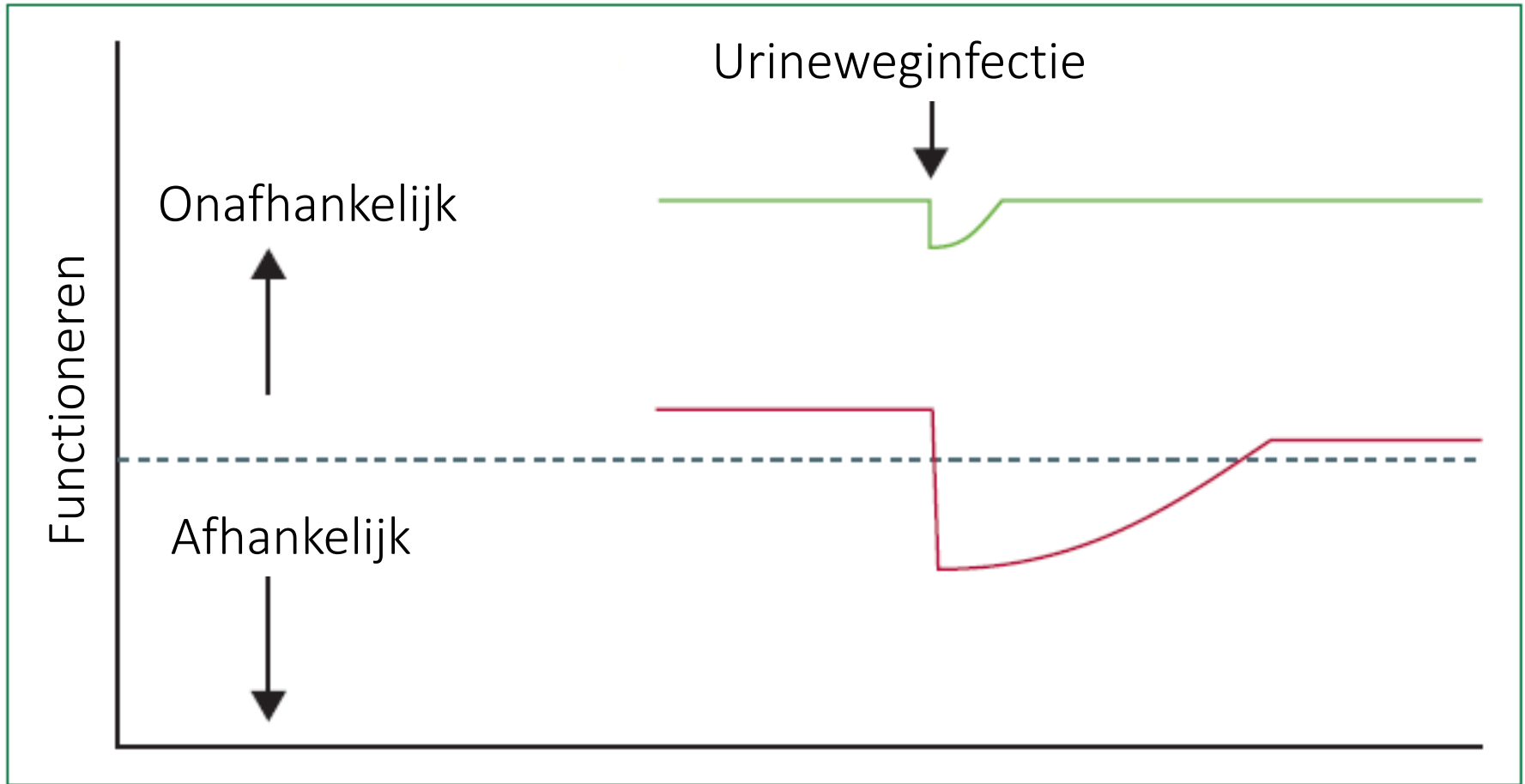
Aanleg



Zelfzorg



Gevolgen kwetsbaarheid



Clegg, Lancet 2013

Gevolgen kwetsbaarheid

Kwetsbare ouderen lopen risico op:

- Complicaties na operatie
- Bijwerkingen
- Ziekenhuis of verpleeghuisopname
- Acute ziekte
- Overlijden
- Geriatrische syndromen: delier, vallen

(Lin, 2016)

Wat hebben deze patiënten gemeen?

- Hoge biologische leeftijd
- Bijkomende ziektes en geriatrische syndromen
- Kwetsbaarheid
- **Atypische symptomen: onduidelijk waar klacht doorkomt**

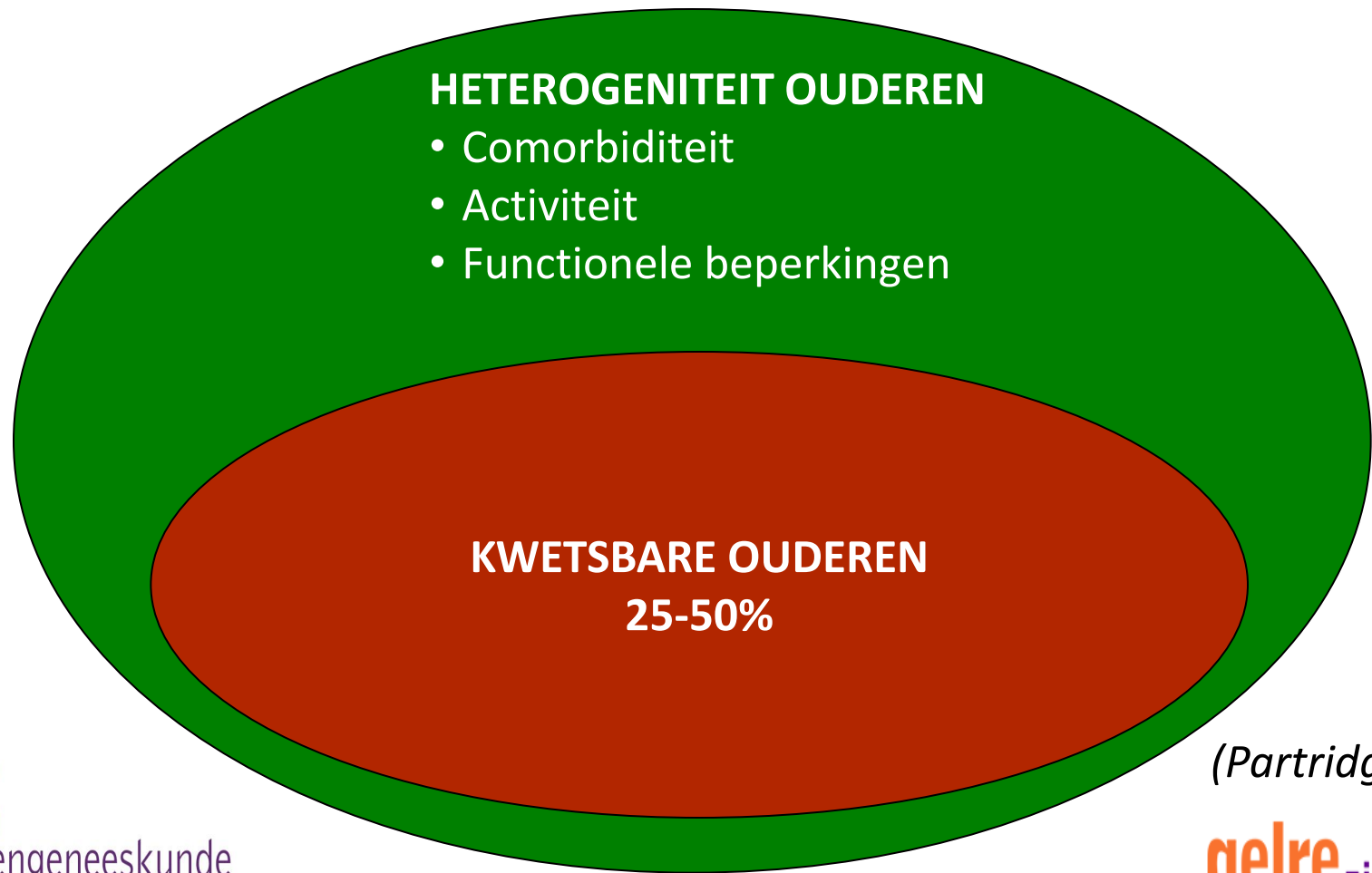
Atypische presentatie

- Bij ouderen ontbreken vaak specifieke medische klachten
- Onduidelijke anamnese door bv delier/ geheugenklachten
- Meerdere aandoeningen gelijktijdig kunnen leiden tot dezelfde klacht, onduidelijk welke je moet aanpakken bv:
 - gewichtsverlies door depressie of kanker

Complexe behandelbeslissingen

1. Screening op kwetsbaarheid
2. Geriatisch assessment
3. Inventarisatie doelen
4. Gezamenlijke besluitvorming (met mantelzorger)

Identificatie hoog risicopatienten



(Partridge, 2012)

Screening op kwetsbaarheid

Wanneer?

- Iedere patiënt >70
- Grote ingreep/behandeling

Door wie?

- Hoofdbehandelaar

Hoe?

- Verschillende screenings instrumenten beschikbaar: ISAR-HP, G8, VES-13, clinical frailty score, TRST, GFI, VMS,...
- Keuze afhankelijk van ervaring, tijd, patiëntengroep

(Lin, 2016; Partridge 2012)



Comprehensive geriatric assessment (CGA)

- Verpleegkundige: functionele status (ADL, IADL, mobiliteit, continentie, visus, gehoor etc), voedingstoestand, geheugen en stemming, sociale status en mantelzorgmogelijkheden/belasting
- Geriater: actuele somatische situatie, comorbiditeit, kwetsbaarheid, medicatie review, levensverwachting, coping, patiëntvoorkeuren.
- Aanvullend: functionele testen, evt bloed of röntgen onderzoek etc.

Probleemlijst met CGA

Gemiddeld 6 nieuwe problemen ontdekt bij CGA na standaard oncologisch onderzoek

- Medicatie problemen 67%
- Ondervoeding 63%
- (I)ADL beperkingen 33-46%
- Comorbiditeit 35%
- Stemmingsstoornis 34%
- Mobiliteitsproblemen 33%
- Geheugenstoornissen 26%
- Sociale beperkingen 21%

Gezamenlijke besluitvorming

1. Choice talk: uitwisselen van informatie, aanbieden van een keuze
2. Option talk: beschrijven en overwegen van alle opties
3. Decision talk: besluit nemen evt met hulp van keuzehulpen en opstellen van behandelplan

(model van Elwyn)

Gezamenlijke besluitvorming bij ouderen

1. **Goal talk**
2. Choice talk: uitwisselen van informatie, aanbieden van een keuze
3. Option talk: beschrijven en overwegen van alle opties
4. Decision talk: besluit nemen evt met hulp van keuzehulpen en opstellen van behandelplan

(M.H.J. Van de Pol et al, 2016)



‘Goal talk’

- Identificeer behandeldoelen (niet strikt medische):
Is langer leven een LUST of LAST?
- Bestaan er afspraken over grenzen aan de zorg?
- Zijn alle problemen voldoende in kaart gebracht?
- Is de patiënt wilsbekwaam? Zijn er geheugenproblemen?
- Wie is/zijn de gesprekspartners?
- Inschatten wat voor soort patiënt: actieve rol in gesprek?
veel voorbereid ? vraagt om info? Legt beslissing bij u neer?



3 goede vragen

Wat zijn mijn mogelijkheden?

Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?

Wat betekent dat in mijn situatie?



Van uitkomst CGA naar behandelbeleid

- Wat is de levensverwachting van de patiënt?
(heterogeen)
- Wat is het effect van behandeling op de uitkomst van belang voor de patiënt?
(onbekend)
- Welke bijwerkingen/neveneffecten zijn te verwachten? *(ouderen willen geen zkh/bijwerkingen)*
- **Keuze voor berusting, behoud of behandeling**

Wat maakt behandelkeuze bij ouderen lastig?

- Ondervertegenwoordiging van ouderen in studies
- Ondervertegenwoordiging van patiënten met multimorbiditeit
- Weinig studies waarin niet- of anders behandelen als positieve keuze wordt gezien
- Ouderen in andere uitkomstmaten geïnteresseerd



Expertisecentrum Ouderengeneeskunde (ECO)

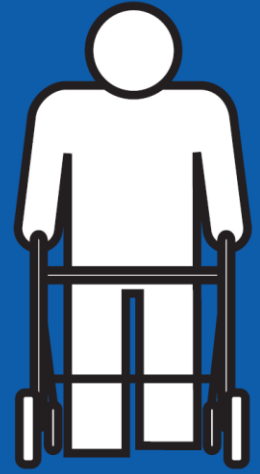
- Visie: Er wordt een wetenschappelijk onderbouwde behandeling aan oudere patiënten geboden waarvan de te verwachten uitkomsten voor de individuele patiënt optimaal zijn.



Ziekenhuizen slecht uitgerust voor 65-plus-patiënt

Nationaal Programma
Ouderenzorg

Kwetsbare
ouderen



KWALITEIT KAN BETER!

MEDISCH
SPECIALIST
2025



Sterke
medische zorg
voor kwetsbare
ouderen
KNMG-standpunt

Eindrapportage CGS-project

COLLEGE
GENEESKUNDIGE
SPECIALISMEN

knmg

Verankering van
integrale ouderenzorg
in medische
vervolgopleidingen



Kernactiviteiten (strategie) ECO

1. Wetenschappelijk onderzoek:

- Bijdrage bewustwording/kennis
- Vertaling van praktijkvragen naar wetenschap
- Meerdere specialismen/disciplines (vpk/paramedici!)

2. Implementatie van wetenschappelijke resultaten naar:

- Deskundigheidsbevordering
- Dagelijkse praktijk/zorg

Afgeronde onderzoeksprojecten

1. Vergelijk diverse kwetsbaarheid meetinstrumenten op de poli oncologie en bij dialyse (Acta oncologica, 2016; Clin Kidney J., 2016)
2. Effect van CGA op behandelbeslissingen in de oncologie (Acta oncologica, 2014)
3. Beperkt diagnostiek bij 80 en 90 jarige met ijzergebreksanemie (JAGS, 2013)
4. Lage spiermassa op CTscan is geassocieerd met grote postoperatieve complicaties (Eur J Surg Oncol, 2016)
5. FT bij ouderen voor darmchirurgie lijkt zinvol (Colorectal Dis., 2016)

Lopend onderzoek

- Welk screeningsinstrument is het meest geschikt voor de identificatie van de juiste groep?
- Welke groep patiënten zou baat hebben bij prehabilitatie voor een ingreep en hoe zou die prehabilitatie eruit moeten zien?
- Welke onontdekte geriatrische problematiek komt ervoor in de verschillende populaties?
- Wat zijn de doelen van patiënten bij ziekenhuisopname?
- Hoe kunnen we regievoering bij multimorbide patiënten verbeteren?

Hoe ging het verder met mevrouw A en C, de heer B en alle anderen ?

Zorg op maat

belastbaarheid
kwetsbaarheid



evidence

Toekomst: 'Evidence based' zorg op maat!