



12 februari 2018

# “Patiëntvoorkeuren in het MDO”

# Inhoudsopgave

Inleiding	3
<b>Effect op behandeladviezen</b>	<b>5</b>
<b>Bevindingen per processtap</b>	<b>6</b>
<b>Ervaring van betrokkenen</b>	<b>8</b>
<b>Samenvatting en conclusie</b>	<b>12</b>
Bijlage A: Toelichting nieuwe werkwijze	14
Bijlage B: Evaluatiegesprekken met patiënten	15
Bijlage C: Geriatrisch assessment en behandeldoelen	16
Bijlage D: Format voor verslaglegging	27
Bijlage E: Handleiding voor implementatie	28

# Inleiding

Het aantal onco-geriatrische patiënten dat in aanmerking komt voor complexe, zeer intensieve behandelingen stijgt. Echter deze behandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van deze patiënten. De kunst is een goede balans te vinden tussen wat medisch technisch kan en de behandelvoorkeuren en de fysieke en mentale mogelijkheden van de patiënt. In het UMCG is in onderzoekverband geëxperimenteerd met een nieuw ontwikkelde werkwijze voor de onco-geriatrische patiënt, waarbij informatie over de behandelvoorkeuren en over de mate van kwetsbaarheid van de patiënt worden meegewogen in het Multidisciplinair Overleg (MDO). De ervaringen met deze nieuwe werkwijze zijn positief en zijn tevens aanleiding geweest voor dit Citrienproject “patiëntvoorkeuren in het MDO” waarin deze werkwijze in pilotverband in de dagelijkse praktijk is geïmplementeerd.

Dit document is een rapportage van de resultaten ten aanzien van:

- Het effect van de nieuwe werkwijze op het behandeladvies
- De bevindingen per processtap
- De ervaring van betrokkenen

In de bijlagen van deze rapportage vindt u een handleiding voor implementatie, de gebruikte vragenlijsten en formats.

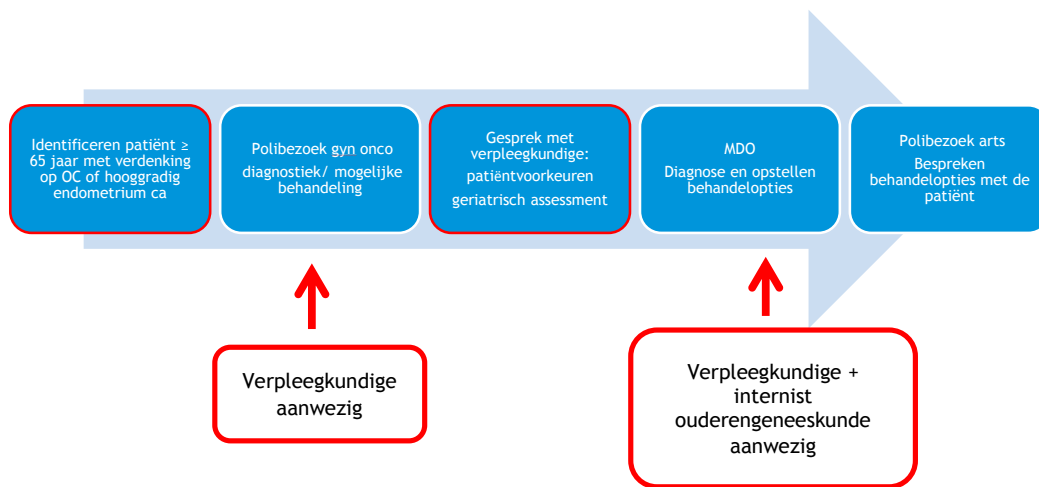
Auteur: drs. F.M. van Nuenen

# Doel en werkwijze

## Doel

Introductie van het structureel meenemen van patiëntvoorkeuren en geriatrische parameters bij de vorming van het behandeladvies in het bestaand (regionaal) MDO van het MCN gynaecologie bij patiënten  $\geq 65$  jaar met een ovariumcarcinoom.

Om dit doel te behalen is de werkwijze (figuur 1) in pilotverband geïmplementeerd in de dagelijkse zorg voor patiënten  $\geq 65$  jaar met een ovariumcarcinoom. Pilotziekenhuizen waren het Medisch Centrum Leeuwarden, Isala Klinieken Zwolle, Röpcke Zweers Ziekenhuis Hardenberg en het Universitair Medisch Centrum Groningen. Vanwege te beperkte inclusie is na twee maanden de pilot uitgebreid met hooggradig endometriumcarcinoom. Binnen dit project speelde de huisarts geen directe rol.

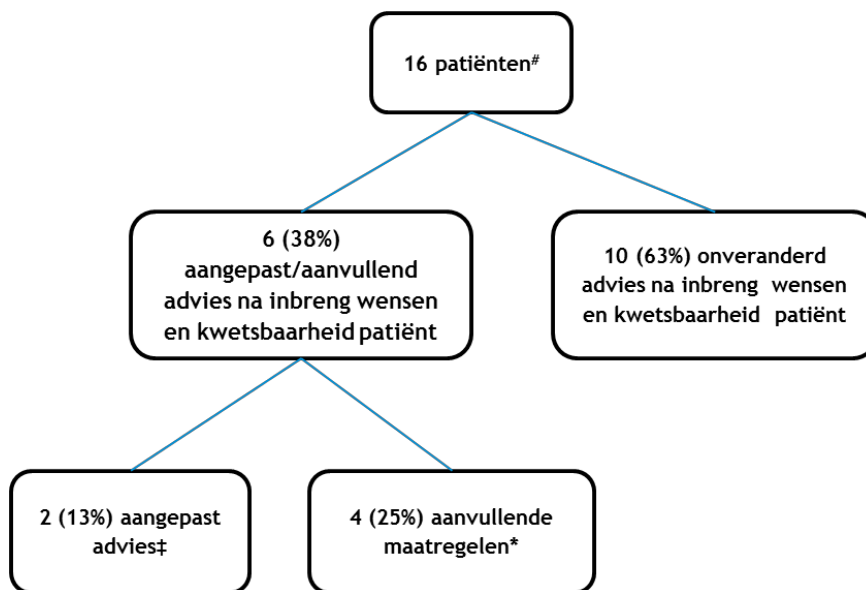


Figuur 1: Nieuwe werkwijze in processtappen met wijzigingen t.o.v. huidige proces (rood omljnd). Toelichting op werkwijze (bijlage A)

## Effect op behandeladviezen

Bij 6 (38%) van de 16 geïnccludeerde patiënte leidde het meewegen van informatie over wensen en mate van kwetsbaarheid tot een ander en/of aanvullend behandeladvies (figuur 2). Bij de twee patiënten met het aangepaste advies werd besloten respectievelijk niet of minder uitgebreid te behandelen. Bij de overige vier werd het advies aangevuld met maatregelen t.b.v. een passender behandelplan en/of een soepeler verloop van het behandel- en/of zorgtraject voor de patiënt.

Figuur 2: effect van meenemen informatie over wensen en mate van kwetsbaarheid op het behandeladvies



#mediane leeftijd 76 jaar (67-89 jaar), ovariumcarcinoom N=10, hooggradig endometriumcarcinoom N=6

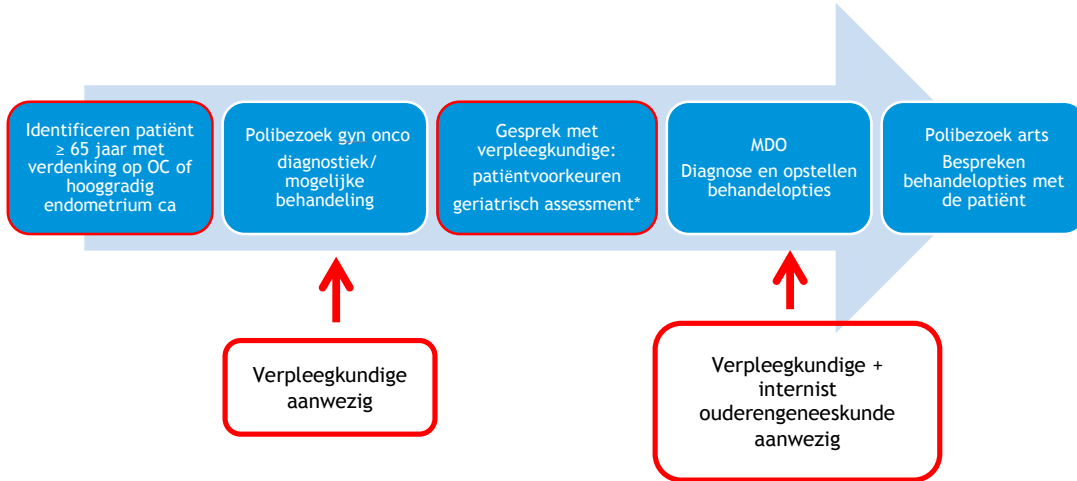
‡geen operatie (N=1); palliatieve behandeling i.p.v. een in opzet curatieve behandeling (N=1)

\*afstemming met huisarts en/of psychiater vanwege suïcidale gedachten en verleden met depressies voor bepaling draagkracht van patiënte i.r.t. voorgesteld behandeladvies (N=1); rooming in vanwege cognitieve achteruitgang, geen radiotherapie vanwege belasting, delierpreventie (N=1); extra begeleiding bij chemotherapietraject in het ziekenhuis zo dicht mogelijk bij de patiënt t.b.v. therapietrouw (N=1); ascitesdrainage t.b.v. pijnverlichting (N=1)

Ovariumcarcinoom en hooggradig endometriumcarcinoom komen relatief weinig voor, waardoor het patiëntpotentieel en de uiteindelijke inclusie beperkt was. Desondanks is dit resultaat in lijn met de bevindingen van het onderzoek ouderen en kanker in het UMCG over de eerste 100 patiënten<sup>1</sup>. De systematische review van Hamaker et. al. bevestigt dit beeld. De mediane frequentie van behandelplannen die na meewegen van geriatrisch informatie werden aangepast was 32%<sup>2</sup>.

# Bevindingen per processtap

Aan de hand van de onderstaande processtappen worden bevorderende en belemmerende factoren beschreven.



\*geriatrisch assessment en behandeldoelen (Bijlage C)

## Identificeren patiënten

Identificeren van patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria lukte in één ziekenhuis heel goed en in andere minder. In het ziekenhuis waar dit goed ging werken de gynaecoloog en de verpleegkundige nauw samen. Zodra sprake is van een (verdenking op) een maligniteit sluit de verpleegkundige aan bij het gesprek tussen gynaecoloog en patiënt. In voorbereiding op de poli waren zij alert op het screenen van patiënten op de inclusiecriteria, waardoor geen patiënt werd gemist. In de ziekenhuizen waar dit minder goed lukte was de screening op inclusiecriteria de verantwoordelijkheid van meerdere gynaecologen of betrokkenen. Een factor van belang lijkt het duidelijk beleggen van de verantwoordelijkheid voor vroegtijdig identificeren bij een/enkele personen die zicht hebben op de hele patiëntenstroom.

## Aanwezigheid verpleegkundige bij polibezoek patiënt aan gynaecoloog

In twee ziekenhuizen lukte het de verpleegkundige bij alle geïdentificeerde patiënten bij het gesprek tussen gynaecoloog en patiënte aanwezig te zijn. In de andere 2 ziekenhuizen bleek dit een stuk moeilijker te realiseren. In het ziekenhuis waar dit wel lukte was het al praktisch dat zodra sprake is van (verdenking op) een maligniteit de verpleegkundige aanschuift bij het gesprek met de gynaecoloog. In de andere ziekenhuizen moest dit georganiseerd worden en dit bleek logistiek lastig door de manier waarop de poli's nu georganiseerd zijn. Deze werkwijze betekent in de praktijk extra inzet/tijd van de verpleegkundige, die er (nog) niet is. Daar waar de verpleegkundige niet fysiek op de poli van de gynaecologen aanwezig is blijkt dit nog moeilijker.

### *Gesprek verpleegkundige*

In 3 van de 4 ziekenhuizen bleek het in kaart brengen van de wensen en mate van kwetsbaarheid door de verpleegkundige voorafgaand aan het MDO haalbaar. In het ziekenhuis waar dit niet haalbaar bleek werd dit gesprek na het MDO gevoerd. De duur van het wensen en mate van kwetsbaarheid gesprek varieerde tussen de 20-75 minuten (gemiddelde=49 min; mediaan= 45 min; N=7). Dit is inclusief de informatie die de verpleegkundige normaliter al besprak met de patiënt nadat ze bij de gynaecoloog was geweest. Duur van het wensen en mate van kwetsbaarheid gesprek bleek afhankelijk van de mate van kwetsbaarheid van de patiënt en de ervaring met het voeren van dit gesprek van de verpleegkundige. Er is sprake van een leereffect.

### *Het MDO*

De presentatie van de informatie over wensen en mate van kwetsbaarheid van de patiënt door de verpleegkundige tijdens het MDO duurde gemiddeld 1,5 min met een mediaan van 1 min (N=13; spreiding ½ - 3 minuten). De duur is met name afhankelijk van de mate van kwetsbaarheid van de patiënt.

In de loop van de pilot bleek er behoefte aan afstemming tussen de verpleegkundige en de internist ouderengeneeskunde voorafgaand aan het MDO. Hiervoor is een format ontwikkeld waarin de resultaten van het gesprek kort en bondig gerapporteerd kunnen worden. In een zorgproces waarbij het poligesprek met de gynaecoloog, het gesprek met verpleegkundige en de MDO bespreking kort na elkaar plaatsvinden is te weinig ruimte voor afstemming (mondeling of schriftelijk) tussen verpleegkundige en internist ouderengeneeskunde voorafgaand aan het MDO. Bij de inrichting van de werkprocessen moet hier rekening mee gehouden worden.

### *Bespreking behandelopties met de patiënt*

In deze pilot is niet specifiek op deze stap ingezoomd met de gedachte dat bespreken van behandelopties inclusief voor en nadelen in relatie tot de voorkeuren en mate van kwetsbaarheid van de patiënt een logisch gevolg zou zijn van de “voorbereidende” stappen die genomen zijn. Of dit gesprek nu langer duurde dan voor de start van de pilot is onduidelijk.

Wel is aan patiënten gevraagd of de gynaecoloog bij de bespreking van de behandelopties meer dan 1 behandeloptie besprak. Dit was volgens 2 patiënten het geval (bijlage B).

## Ervaring van betrokkenen

Ervaringen van patiënten zijn verzameld met behulp van een telefonische evaluatie, volgens een vooraf opgesteld format (bijlage B). De perspectieven van de verpleegkundigen, de gynaecoloog (oncologen) en de internisten ouderengeneeskunde is een samenvatting van opmerkingen die gedurende de pilots zijn verzameld, de antwoorden op een enquête (respons: verpleegkundigen = 88%; gynaecologen = 71%; internisten ouderengeneeskunde = 80%) en het evaluatiegesprek met de projectgroep in elk pilotziekenhuis.

### *Perspectief patiënten*

Van de 16 patiënten namen 12 patiënten deel aan de evaluatie. Een ruime meerderheid van de patiënten gaf aan het gesprek met de verpleegkundige prettig te vinden. Enkelen vonden het ook moeilijk (bijlage B). Nadenken en vertellen over wat belangrijk voor je is in het leven doe je niet dagelijks. De meerderheid van de patiënten gaf aan het in een score uitdrukken van een doel (levensverlenging, onafhankelijkheid bewaren, pijn verminderen en andere klachten verminderen) en het prioriteren van de doelen (de 4 schuifjes mogen niet op eenzelfde VAS score staan) moeilijk te vinden. Desondanks vinden patiënten de doelenschuif als hulpmiddel van meerwaarde tijdens het gesprek. Hoewel een minderheid vindt dat het gesprek met de verpleegkundige (direct) heeft geholpen bij de besluitvorming bevelen alle geïnterviewde patiënten dit gesprek en daarmee de eerste stap in deze werkwijze aan. Een patiënte zei *“De dokter heeft weinig tijd en gaat vooral in op de ziekte. Maar ik ben niet alleen mijn ziekte”*. Een dochter van een zieke moeder zei: *“zeker raad ik dit anderen aan. Met name dat de patiënt zo uitgebreid aan bod komt. De vragenlijst laat mensen nadenken. Hoe zit het nou en hoe sta ik erin”*.

### *Verpleegkundig perspectief*

De verpleegkundigen zijn enthousiast over de gedachte achter de werkwijze, een goede balans vinden tussen wat medisch technisch kan en de wensen en de fysieke en mentale mogelijkheden van de patiënt. Echter, in het begin waren ze wat sceptisch t.a.v. de uitvoerbaarheid van de werkwijze, met name door uitgebreidheid van de vragenlijst, gebrek aan tijd en rol nemen in het MDO.

Hun aanwezigheid bij het gesprek tussen gynaecoloog en patiënt vinden ze nuttig. Hierdoor weten ze wat er besproken is en kunnen ze eenvoudiger voortborduren. Tijdens dit gesprek zien ze al hoe de patiënt en de naasten reageren. Het gesprek wat ze zelf met de patiënt hebben kan hierdoor efficiënter verlopen. De doelenschuif helpt de verpleegkundige bij het in kaart brengen van de wensen van de patiënt, het is een goede leidraad voor het gesprek. Hoewel patiënten dit moeilijk vinden helpt dit bij het concretiseren van wat belangrijk haar is. Voorheen bleef dit vaak vaag of impliciet. Dit zelfde geldt voor het geriatrisch assessment. Deze geeft structuur aan het gesprek en haalt informatie naar boven die eerder niet op tafel kwam, waarop geanticipeerd kan worden. De testen objectiveren de klinische waarneming en geeft de verpleegkundige handvatten bij de communicatie met de medisch specialist en bij de voorbereiding van het MDO. Een verpleegkundige schreef over het geriatrisch assessment: *“Door alle vragen te beantwoorden en alle testen te doen heb je na afloop goed inzicht. Patiënte kan niets verdoezelen omdat er vaak ook nog een partner of familielid bij aanwezig is,*



*die eventueel corrigeert.” Een andere verpleegkundige schreef over het gesprek: “patiënten denken over het algemeen “licht” over een operatie. Opereren en klaar, maar hoe ze zich daarna voelen en hoe lang het revalidatietraject is en of ze dat aan kunnen daar wordt niet over nagedacht”.*

De presentatie van de informatie tijdens het MDO gaat goed. Of verpleegkundigen de indruk hebben dat MDO deelnemers naar de informatie luisteren, werd door verpleegkundigen wisselend ervaren. Soms leek het alsof de tijdsdruk op het MDO het echt luisteren in de weg stond. De verpleegkundige moet over voldoende kennis beschikken t.a.v. van de behandelmogelijkheden en de impact ervan op het verloop van het zorg- en revalidatietraject zodat ze patiëntgebonden informatie relevant voor het MDO hierop af kan stemmen.

Deze werkwijze vraagt een tijdsinvestering van gemiddeld 75 min van de verpleegkundige, waarvan 45 minuten voor het in kaart brengen van de voorkeuren en mate van kwetsbaarheid. Dit is 15 minuten langer dan de tijd die de verpleegkundige voorheen besteedde aan het gesprek met de patiënt. De verpleegkundigen merkten tevens dat er sprake is van een leereffect, waardoor de tijdsinvestering voor het ophalen van waardevolle informatie verder kan reduceren. De overige 30 minuten besteedden ze aan de aanwezigheid bij gesprek tussen patiënt en gynaecoloog en de voorbereiding en aanwezigheid bij het MDO.

Bekeken wordt of het geriatrisch assessment compacter kan, zonder aan de inhoud te tornen. Dit kan de efficiëntie ten goede komen. Voor de afstemming van de informatie tussen verpleegkundigen en de internist ouderengeneeskunde voorafgaand aan het MDO is een format ontwikkeld (bijlage D). Deze blijkt nuttig, ook bij de voorbereiding van de presentatie van de informatie door de verpleegkundige tijdens het MDO.

Na afronding van de pilot gaven de verpleegkundigen aan nog overtuigender te zijn over het nut van deze gestructureerde werkwijze dan bij de start van dit project. Ze ervaren deze verdieping van hun rol als een verrijking van hun vak. Ze zien graag dat de doelgroep wordt uitgebreid naar alle (gynaecologisch oncologische) tumortypen. Uitgangspunt hierbij zou moeten zijn hoe iemand zich presenteert op het spreekuur in plaats van een harde leeftijdsgrens. Hoe dit praktisch vormgegeven kan worden zonder dat dit in praktijkvariatie resulteert moet bezien worden.

### *Perspectief gynaecologen*

De meerderheid is positief over de aanwezigheid van de verpleegkundige bij het eerste gesprek tussen gynaecoloog (oncoloog) en de patiënt. De verpleegkundige is zo goed op de hoogte van de diagnose en de voorgestelde behandelopties. Zij kan daar direct op voortborduren in het vervolgesprek tussen verpleegkundige en patiënt. De op de zorg en thuissituatie gerichte blik van de verpleegkundige vult de meer op ziektegerichte blik van de specialist aan. Sommigen vinden de aanwezigheid van de verpleegkundige bij dit gesprek niet nodig.

De aanwezigheid van de informatie over de voorkeuren t.a.v. de behandeldoelen van de patiënt vinden alle gynaecoloog (oncologen) relevant bij de totstandkoming van het behandeladvies. *“Hier gaat het om”*, quote een van hen. Dit geldt eveneens over de informatie over de mate van kwetsbaarheid van de patiënt. Enkele gynaecologen gaven aan behoefte te hebben aan kennis over de screeningsinstrumenten.

Over het moment waarop de informatie over de wensen en mate van kwetsbaarheid meegewogen moet worden is verdeeldheid. De helft vindt dat deze informatie tijdens het MDO meegewogen moet worden. Dit is het moment van de formulering van het behandeladvies. Ook het moment waarop discussie tussen de aanwezige expertisegebieden (gynaecoloog, medisch oncoloog, radioloog, patholoog en internist ouderengeneeskunde) kan plaats vinden. Sommigen vinden dat de afweging of het medisch technisch advies van het MDO passend is bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt, na het MDO kan plaatsvinden. Enkelen zijn van mening dat het advies van de internist ouderengeneeskunde ook op papier gezet kan worden en enkel bij complexe casuïstiek de internist ouderengeneeskunde aanschuift bij het MDO. De tijdsinvestering van de gynaecoloog betreft ongeveer 3 minuten (tot zich nemen van de informatie en deze meenemen in de overweging t.b.v. een passend behandeladvies voor de patiënt).

Beschikbaar hebben van informatie over wensen en mate van kwetsbaarheid van de patiënt bij de bespreking van de behandelopties met de patiënt vinden alle gynaecologen nuttig. Een van hen zei: *“Zeker nuttig om geen tijd te verspillen aan voorstellen die niet haalbaar zijn”*.

Vrijwel alle betrokken gynaecologen zijn positief over de inhoud van de werkwijze. Overeenstemming over de vorm moet nog gevonden worden, zoals het moment en de manier waarop de informatie over wensen en mate van kwetsbaarheid meegewogen moet worden in het proces om tot een passend behandelplan te komen. Ook invulling van de rol van de internist ouderengeneeskunde hierbij.

#### *Geriatrisch perspectief*

De betrokken internisten ouderengeneeskunde kunnen zich vinden in het principe: investeer in het begin meer tijd in de totstandkoming van een weloverwogen behandeladvies passend bij de wensen en mate van kwetsbaarheid van de patiënt om complicaties en teleurstellingen later in het zorgtraject te voorkomen.

Positief vinden de internisten ouderengeneeskunde dat in tegenstelling tot de huidige praktijk in de pilots de screening op wensen en kwetsbaarheid plaats vindt op de afdeling gynaecologie. Dit zorgt ervoor dat binnen de afdeling gynaecologie de oudere patiënt beter in zicht is, de kennis over de oudere patiënt op de afdeling vergroot, waardoor de internisten ouderengeneeskunde meer patiënten kan bedienen dan nu het geval is.

Ze zijn positief over de doelenschuif als middel om zicht te krijgen op wat voor de patiënt belangrijk is bij de behandelkeuze. Een van de internisten ouderengeneeskunde zei: *“hiermee wordt concreet gemaakt wat voor de patiënt belangrijk is wat zonder doelenschuif vaak impliciet blijft”*. Ook over het geriatrisch assessment zijn ze positief.

De tijdsinvestering van de internist ouderengeneeskunde is gemiddeld 25 min (voorbereiding MDO en aanwezigheid bij het MDO). Of de inbreng van extra tijd van de internist ouderengeneeskunde (door aanwezigheid bij het MDO) opweegt tegen de baten voor de patiënt zijn de meningen verdeeld. Vooral door de tijd die ze hiervoor vrij moeten maken/houden terwijl het vaak maar om één patiënt per MDO gaat. Echter samenbrengen van de geriatrische en gynaecologische expertise wordt als belangrijk ervaren. Aangezien tijdens het MDO het behandeladvies wordt geformuleerd is dit volgens de internisten ouderengeneeskunde het meest geschikte moment. Tijdens het MDO kunnen beide specialismen van elkaar leren. Zij gaven tevens aan behoefte te

hebben aan meer kennis over de behandel mogelijkheden van gynaecologisch oncologische tumoren. Het is een lerend proces.

Geopperd is dat internisten ouderengeneeskunde hun advies ook schriftelijk zouden kunnen geven zodat deze meegenomen kan worden in het MDO. Dit wordt door de internisten ouderengeneeskunde niet wenselijk geacht, omdat juist het samenbrengen van beide expertisegebieden voor de kwetsbare patiënten noodzaak is om tot een weloverwogen en passende behandeling te komen. Bekeken moet worden of de internist ouderengeneeskunde bij alle oudere patiënten of enkel bij de uit de screening gebleken kwetsbare patiënten aanwezig is bij het MDO.

## Samenvatting en conclusie

Implementatie van de gestructureerde werkwijze in de dagelijkse zorg voor 65+ patiënten met ovarium- of endometrium carcinoom ter verbetering van het besluitvormingsproces bij deze patiënten blijkt haalbaar. Verschillende factoren bevorderden/belemmerden de implementatie van de werkwijze in de dagelijkse praktijk (tabel 1).

Tabel 1: Bevorderende en belemmerende factoren implementatie werkwijze.

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Enthousiasme van de betrokken zorgverleners voor het project	Tijdgebrek van de verpleegkundige
Positieve ervaring van de patiënten	Tijdsdruk MDO
Nauwe samenwerking gynaecoloog en verpleegkundige	Huidige (logistieke) organisatie van de poli's
Betrokkenheid verpleegkundige bij zorgproces zodra sprake is van (verdenking op) een maligniteit tot na follow up.	Meerdere gynaecologen en/of betrokkenen verantwoordelijk voor identificeren/selecteren (kwetsbare) patiënten
Beschikbare gestandaardiseerde hulpmiddelen (gespreksformat voor verpleegkundige, format afstemming internist ouderengeneeskunde)	Onvoldoende tijd voor afstemming tussen verpleegkundige en internist ouderengeneeskunde voorafgaand aan MDO
Scholing verpleegkundigen	Afstand tussen poliruimte gynaecoloog en poli verpleegkundige

De geïmplementeerde werkwijze leidde in ruim een derde van de geïnccludeerde patiënten tot een ander/aangepast behandeladvies. De betrokken zorgprofessionals (gynaecoloog (oncologen), internisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen) zijn positief over de beschikbaarheid van de informatie over de wensen en de mate van kwetsbaarheid van de patiënt ten behoeve van de totstandkoming van een passend behandeladvies. Ook over de gestructureerde wijze waarop de verpleegkundige de informatie verzamelt. De doelenschuif en de geriatrische testen helpen de voorkeuren en kwetsbaarheden van de patiënt te objectiveren. Dit geeft de verpleegkundige handvatten in de communicatie met de medisch specialisten. Over het moment en de wijze waarop de extra informatie meegewogen moet worden bestaat verdeeldheid.

Concluderend zijn de betrokkenen positief over de inhoud van de werkwijze die bijdraagt aan een meer weloverwogen behandelplan passend bij de wensen en mogelijkheden van de onco-geriatrische patiënt. De vorm verdient optimalisatie en kan per ziekenhuis verschillen. Financiering van de benodigde tijdsinvestering voor het komen tot een passend behandeladvies zal structurele inbedding van deze werkwijze in de dagelijkse praktijk stimuleren. Uitbreiding van de implementatie naar andere (gynaecologische) tumortypen en naar andere ziekenhuizen wordt aanbevolen.

## Referenties

- 1) Izaks G, van Leeuwen B; Afgewogen behandeladvies na interdisciplinair overleg, medisch besluitvorming bij oudere patiënten vraagt moed; Medisch contact 41:20-22, 2016
- 2) Hamaker ME, Schiphorst AH, Ten Bokkel Huinink D, et al; The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients; A Systematic review. Acta Oncologica 53:289-296, 2014

## Bijlage A: Toelichting nieuwe werkwijze

Toelichting per processtap:

Stap 1) Identificeren patiënten zodat poliplanners tijd kunnen vrijmaken en betrokken zorgprofessionals kunnen anticiperen en de nieuwe werkwijze in de praktijk brengen.

Stap 2) Aanwezigheid van verpleegkundige bij het gesprek tussen gynaecoloog en patiënt. Voordeel is dat de verpleegkundige op de hoogte is van dat wat de arts met de patiënt bespreekt en krijgt een indruk van de reactie van de patiënt en haar familie/mantelzorger op de informatie die gegeven wordt, zodat zij hierop kan voortborduren.

Stap 3) Tijdens het gesprek tussen verpleegkundige en patiënt wordt volgens een vast format informatie verzameld (bijlage C) over wat belangrijk is in het leven van de patiënt over het cognitief, emotioneel, sociaal en fysiek functioneren van de patiënt en haar voorkeur ten aanzien van het doel van de behandeling (met de voorkeurenschuif). Het gesprek is leidend, niet de instrumenten. De meetinstrumenten die gebruikt worden om de verschillende geriatrische domeinen in kaart te brengen kunnen eventueel in overleg met de geriater of internist ouderengeneeskunde in het desbetreffende ziekenhuis worden aangepast, waarbij het voorstel is om in ieder geval de Timed Up and Go en voorkeurenschuif te behouden. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van informatie die nu al verzameld wordt (b.v. VMS screening). Evt kan de huisarts gecontacteerd worden ter toetsing van bevindingen.

Stap 4) Inbreng van de patiëntgebonden informatie in het MDO door verpleegkundige. Bespreken of het behandeladvies aansluit bij de voorkeuren van de patiënt wat de time to benefit is van de behandeling, de gevolgen van de behandeling voor kwaliteit van leven van de patiënt. Dit aan de hand van een aantal specifieke vragen; wat zou de levensverwachting van de patiënt zijn geweest als zij deze ziekte niet had gehad? Wat is de levensverwachting met deze ziekte als er geen behandeling plaatsvindt? Wat is de last van de ziekte als er geen behandeling plaatsvindt? Wat voegt de behandeling toe aan de levensverwachting? Wat draagt de behandeling bij aan vermindering van de klachten? Wat is de last van de behandeling? Wat zijn de andere mogelijkheden?<sup>1</sup> Het verdient de voorkeur dat in ieder geval tijdens de pilot de internist ouderengeneeskunde of geriater bij het MDO aanwezig is, of dit praktisch haalbaar is moet per ziekenhuis worden bekeken. Evt. na het MDO verwijzing van de patiënt naar de afdeling geriatrie voor nader onderzoek.

Stap 5) Shared Decision Making; bespreking van behandeladvies tussen arts en patiënt (evt. met aanwezigheid verpleegkundige die vanaf het begin betrokken is bij de patiënt) met de voor en nadelen van de behandelopties in relatie tot de behandelvoorkeuren van de patiënt, haar fysieke en mentale mogelijkheden en gevolgen voor kwaliteit van leven.

## Bijlage B: Evaluatiegesprekken met patiënten

Tabel 1: vragen, antwoordcategorieën en resultaten van de evaluatiegesprekken met patiënten.

Vragen	Antwoord categorieën	(N)
Wilt u deelnemen aan de evaluatie van het Citrienproject?	Ja	12
	Nee	2
	Missing	2
Wat vond u van het gesprek met de verpleegkundige?	Prettig	8
	Moeilijk	2
	Niet passend bij levensfase	1
	Kan niet herinneren	1
Heeft u duidelijk kunnen maken aan de verpleegkundige wat voor u belangrijk is in het dagelijks leven?	Ja	7
	Nee	0
	n.v.t.	1
	Missing	4
Wat vindt u van de doelenschuif als hulpmiddel bij dit gesprek?	Van meerwaarde	2
	Moeilijk, maar van meerwaarde	8
	Niet van meerwaarde	0
	Missing	2
Heeft het gesprek met verpleegkundige geholpen bij besluitvorming?	Ja	4
	Nee	5
	Missing	3
Wat vindt u van deze manier van u betrekken bij de besluitvorming?	Prettig	8
	Onprettig	0
	Te kort na diagnose	1
	Missing	3
Heeft de gynaecoloog meer dan 1 behandeloptie met u besproken	Ja	2
	Nee	5
	Uitbehandeld	1
	Missing	4
Zou u deze werkwijze ook aan andere patiënten adviseren?	Ja	7
	Nee	0
	Voor iedereen verschillend	1
	Missing	3

## Bijlage C:

# Geriatrisch assessment & behandeldoelen

## CITRIEN project

Multidisciplinaire besluitvorming rondom de behandeling van oudere vrouwen met ovarium carcinoom.



Projectleiders: drs. F.M. van Nuenen  
drs. I. Middelveldt

Stuurgroep:

dr. B.L. van Leeuwen	(chirurgie)
drs. H. van der Wal- Huisman	(chirurgie)
drs. S. Festen	(ouderengeneeskunde)
dr. P. de Graeff	(ouderengeneeskunde)
dr. A.K.L. Reyners	(medische oncologie)
dr. R. Yigit	(gynaecologie)



## Algemene gegevens

Patiëntnummer

Datum van poli bezoek/ gesprek:

 -  - 

## Demografische gegevens

Geboortedatum:

 -  - 

Leeftijd ten tijde van gesprek:

Nationaliteit:  Nederlands  Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Moedertaal:  Nederlands  Anders, namelijk \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat:  Gehuwd  Gescheiden  
 Ongehuwd  Duurzaam samenlevend  
 Weduwe / weduwnaar / partner overleden

Kinderen:  ja, \_\_\_\_\_  
 nee

Thuisituatie:  Zelfstandig, alleen  
 gelijkvloers  
 niet gelijkvloers  
 Zelfstandig, met anderen (partner, kinderen, enzovoorts)  
 gelijkvloers  
 niet gelijkvloers  
 Inwonend bij familie  
 gelijkvloers  
 niet gelijkvloers  
  
 Serviceflat/ aanleunwoning  
 Verzorgingshuis / woonzorgcentrum  
 Verpleeghuis

Mantelzorg/professionele zorg:

---

---

Diagnose:

---

---

**Comorbiditeit / voorgeschiedenis:**

---

---

**Medicatie gebruik**

Totaal aantal voorgeschreven medicijnen

**Voeding en stofwisseling**

Lengte (cm):

Gewicht (kg): ,

Gewichtsverlies?  nee

Ja,  KG

Tijdperiode:  3 maanden  6 maanden

Ernstig ziekte en (kans op) >5 dagen geen voedselinname?  nee  ja

**Eetlust:**  goed  verminderd  sterk verminderd

**Bekend bij diëtiste:**  nee  ja, geen aanvullende voeding

ja, gebruikt sondevoeding

ja, gebruikt drinkvoeding

**Decubitus**  nee  ja  verleden

**Roken:**  nee  ja, aantal per dag: \_\_\_\_\_

verleden (tijdsperiode + aantal per dag) \_\_\_\_\_

**Alcohol:**  nee  ja, aantal per dag: \_\_\_\_\_

verleden (tijdsperiode + aantal per dag) \_\_\_\_\_



**Timed Up and Go:**

Eerste poging (seconden): ,

Tweede poging (seconden): ,

Niet afgenomen, want \_\_\_\_\_

**Cognitie en stemming:**

**Hoogst afgeronde opleiding:**

- Minder dan 6 klassen van lagere school
- 6 klassen van lagere school, LOM-school, MLK-school
- Meer dan lagere school / basisschool zonder verder afgesloten opleiding
- Ambachtschool
- MULO/ MAVO / Middelbaar beroepsonderwijs
- HAVO/ HBS / MMS
- Gymnasium / atheneum
- Universiteit / Technisch Hogeschool / Landbouw Hogeschool

**(voormalig)beroep:** \_\_\_\_\_

**Visusproblemen:**  nee  ja

**Gehoörproblemen:**  nee  ja

**Eerder delier doorgemaakt:**  nee  ja

**Bekend met geheugenproblemen:**  nee  ja

**Bekend met (beginnende) dementie:**  nee  ja

**6CIT score:**

**Stemming (Patient Health Questionnaire -2) :**

1. Had u de afgelopen maand minder interesse of plezier in dingen?  
 nee  ja
  
2. Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld?  
 nee  ja

**Behandeldoelen**

**Voorkeurenschijf score:**

Levensverlenging

Onafhankelijkheid

Pijn

Andere klachten

**Toelichting:**

---

---





## KATZ-15 (ADL en IADL schaal)

De volgende vagen gaan over hoe u functioneert in het dagelijkse leven. Kruis het antwoord aan voor de situatie zoals deze nu is.

<b>ADL</b>	<b>ja</b>	<b>nee</b>
1. Hebt u hulp nodig bij het baden of douchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hebt u hulp nodig bij het aankleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hebt u hulp nodig bij het naar het toilet gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal/ inlegkruisjes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hebt u hulp nodig bij opstaan uit een stoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hebt u hulp nodig bij het eten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IADL</b>		
7. Hebt u hulp nodig bij het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hebt u hulp nodig bij het kammen van de haren of scheren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hebt u hulp nodig bij het gebruiken van de telefoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt u hulp nodig bij reizen (bijv. met de auto of openbaar vervoer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hebt u hulp nodig bij het boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hebt u hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hebt u hulp nodig bij huishoudelijk werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hebt u hulp nodig bij het innemen van medicijnen (bijv. ingevulde weekdoos of voorverpakte zakjes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hebt u hulp nodig bij het regelen van uw geldzaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Score:**    
(ja= 1 punt, nee = 0 punt)



## Six Item Cognitive Impairment Test (6-item CIT)

Item	Score		
1. In welk jaar zijn we nu?	Goed: 0	Fout: 4	
2. In welke maand zijn we nu?	Goed: 0	Fout: 3	
Herhaal dit adres: 'Jan de Vries, Molenstraat 12, Amersfoort' (5 onderdelen)			
Zo meteen vraag ik u het adres nogmaals te herhalen.			
3. Hoe laat is het nu?	Goed: 0	Fout; 3	
4. Tel terug van 20 naar 1	Goed: 0	Fout: 0	>1 fout: 4
5. Zeg de maanden in omgekeerde volgorde op.	Goed: 0	1 fout: 2	>1 fout: 4
6. Herhaal het adres	Goed: 0	1 fout: 2	2 fout: 4
	3 fout: 6	4 fout: 8	>4 fout: 10

Omcirkel de juiste score bij ieder item (alles goed: score 0; alles fout: score 28) en tel deze 6 items bij elkaar op.

### Totaalscore:

0-10: wijst op geen tot lichte verstoring van het cognitief functioneren.

≥11-28: wijst op matige tot ernstige verstoring van het cognitief functioneren.

## Timed Up and Go

### Instructies:

Neem de Timed 'Up and Go' test op de volgende manier af.

Meet met een centimeter de afstand van stoel naar streep (3 meter). De patiënt zit in een stoel met armsteunen met zijn of haar rug tegen de rugleuning van de stoel. De armen rusten op de zijsteunen en een eventueel hulpmiddel bij het lopen heeft de patiënt bij de hand. De patiënt heeft zijn eigen schoenen aan en mag de gebruikelijke hulpmiddelen om te lopen benutten. Nadat de patiënt heeft aangegeven dat hij klaar is, begint de test.

Bij het woord 'ga' staat de patiënt op, loopt naar een streep op de vloer 3 meter van de stoel verwijderd, draait om, loopt terug naar de stoel en gaat weer zitten.

De test eindigt als de billen van de patiënt de zitting van de stoel raken.

De patiënt loopt in een normaal, comfortabel en veilig tempo. Een stopwatch wordt gebruikt om de tijdsduur op te nemen (in seconden).

Tijd eerste poging (**seconden**): \_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_

Tijd tweede poging (**seconden**): \_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_

## Bijlage D: Format voor verslaglegging

### Gespreksformat verslaglegging verpleegkundige - patiënte

#### Klachten pt, wensen pt

Klachten

Wensen/behandeldoelen (doelenschuif)

	VAS score
Levensverlenging	
Onafhankelijkheid bewaren	
Pijn verminderen	
Andere klachten verminderen	
Hobby's	

#### Thuis- en sociale situatie en zorgbehoefte

Thuisituatie (woon/leefsituatie)

Sociale situatie (opleiding, werk, vrije tijd besteding, contacten met anderen)

Zorgsituatie: mantelzorg/thuiszorg/huishoudelijke zorg enz

#### Emotionele inschatting

Items uit GFI

#### Voedingssituatie

Lengte/ gewichtsverlies/ inname

Alcohol: aantal eh per week/dag

Roken: aantal eh per week/dag

Drugs: aantal eh per week/dag

#### Mobiliteit

Adl: zelfstandig/ hulp bij...

iadl : zelfstandig/ hulp bij...

TUG: 1<sup>e</sup> poging / 2<sup>e</sup> poging

WHO performance scale: 0/1/2/3/4/5

#### Cognitie, waarneming

Dementie: ja/ nee

Delier: geen verhoogd risico/ verhoogd risico

Geheugen problemen: nee/ kort termijn/ lange termijn

GFI score (>3 = kwetsbaar)

#### Inbrengen in het MDO:

Lichamelijk, sociaal/ emotioneel, cognitie/ waarneming

## Bijlage E: Handleiding voor implementatie

Bent u na het lezen van de resultaten van dit project enthousiast geworden en overweegt u deze werkwijze te implementeren op uw afdeling, hier een stappenplan.

1. Ontwikkel draagvlak voor de bedoeling van de werkwijze, balans vinden tussen medisch technische mogelijkheden en de voorkeuren en mate van kwetsbaarheid van de patiënt t.b.v. een passend behandelplan. Bijvoorbeeld d.m.v. een introductie presentatie of casuïstiek bespreking en benoem de resultaten uit dit en andere onderzoeken.
2. Bij voldoende enthousiasme voor de bedoeling, formeer een werkgroep minimaal bestaande uit een medisch specialist, een (oncologie) verpleegkundige en een internist ouderengeneeskunde die hiervoor tijd willen en kunnen vrijmaken.
3. Start eerst bij een kleine groep patiënten, eventueel in pilotverband. Definieer de groep.
4. Pas de processtappen van de werkwijze in, in het huidige zorgtraject. Denk daarbij aan de tijd die elke stap kost. Zorg voor voldoende tijd tussen gesprek met verpleegkundige en bespreking van de patiënt in het MDO zodat eventuele afstemming met de internist ouderengeneeskunde mogelijk is. Tevens om ervoor te zorgen dat de internist ouderengeneeskunde bij het MDO aanwezig kan zijn.
5. Informeer iedereen die bij de uitvoering van de werkwijze iets zal gaan merken van de nieuwe werkwijze over de bedoeling en wat er van hen verwacht wordt. Te denken aan MDO deelnemers, secretaresses, patiënten.
6. School de (oncologie-) verpleegkundige, zodat ze kennis heeft gemaakt met besluitvorming bij ouderen met kanker, zorgaspecten bij ouderen met kanker en gesprekvoering voor het in kaart brengen van voorkeuren t.a.v. behandeldoelen en de mate van kwetsbaarheid van de patiënt (zie bijlage C voor vragenlijst).
7. Start met de nieuwe werkwijze, evalueer, reflecteer en pas aan waar nodig.

Het is een kwestie van *doen!*

### Voor meer informatie over de werkwijze en de scholing

Barbara van Leeuwen, oncologisch chirurg ([b.l.van.leeuwen@umcg.nl](mailto:b.l.van.leeuwen@umcg.nl))

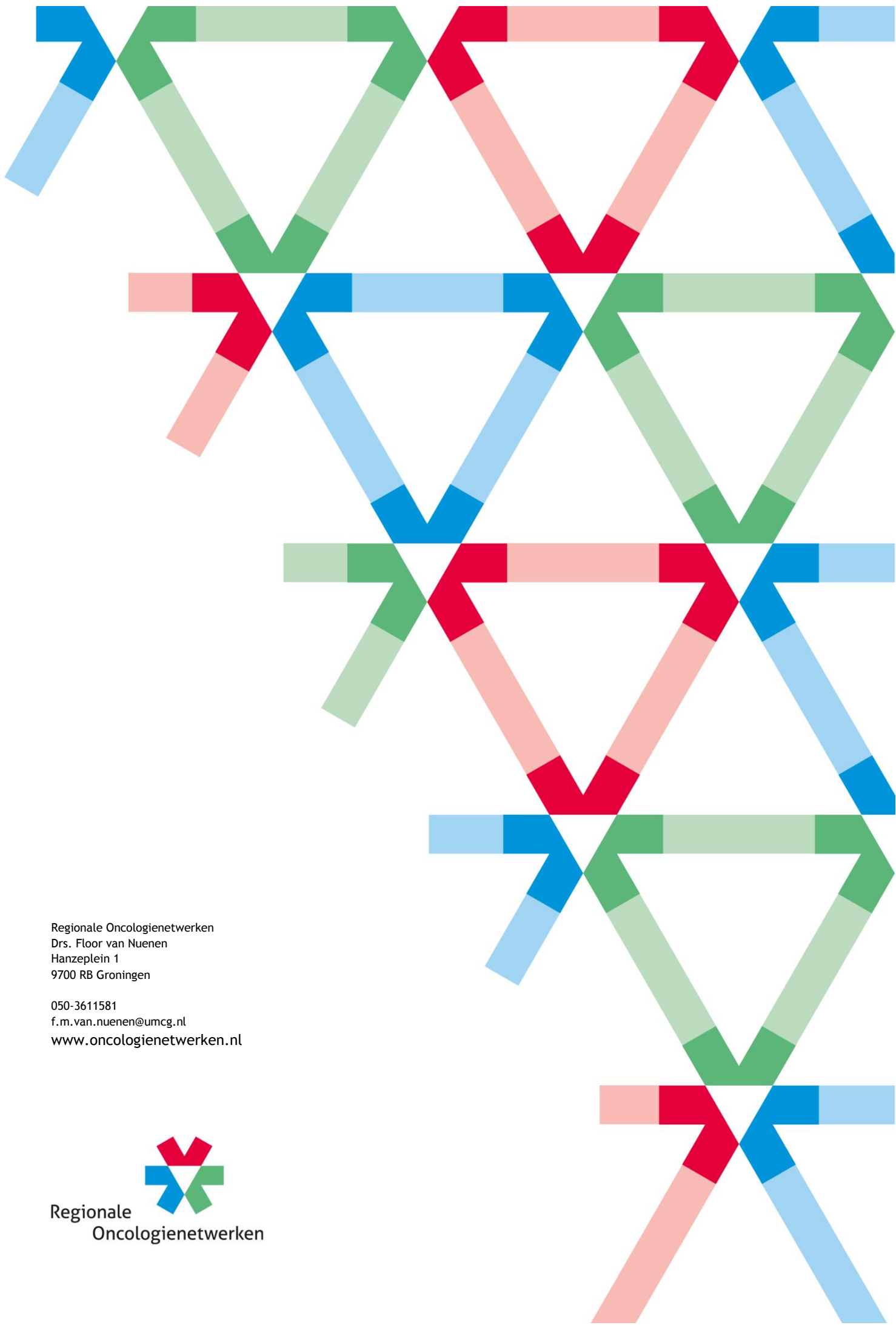
Hanneke van der Wal, verpleegkundige en onderzoeker ([h.van.der.wal-huisman@umcg.nl](mailto:h.van.der.wal-huisman@umcg.nl))

Pauline de Graeff, internist ouderengeneeskunde ([p.de.graeff@umcg.nl](mailto:p.de.graeff@umcg.nl))

Suzanne Festen, internist ouderengeneeskunde ([s.festen@umcg.nl](mailto:s.festen@umcg.nl))

### Voor meer informatie over dit project:

Floor van Nuenen, projectleider ([f.m.van.nuenen@umcg.nl](mailto:f.m.van.nuenen@umcg.nl))



Regionale Oncologienetwerken  
Drs. Floor van Nuenen  
Hanzeplein 1  
9700 RB Groningen

050-3611581  
f.m.van.nuenen@umcg.nl  
[www.oncologienetwerken.nl](http://www.oncologienetwerken.nl)

