Communicatie met en over oncologische patiënten

PHG-congres 30 september 2021

Mariken Stegmann
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
UMCG, Groningen

Stichting Stoffels-Hornstra

Citrienfonds
Juiste zorg, juiste informatie, juiste plek
een initiatief van
NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
ZonMw

KWF

Zorginstituut Nederland

Tussenvragen

→ Via de speciale app

Als eerste: uit welke provincie komen jullie?

Mevrouw Janssen

- 75 jaar
- Woont zelfstandig
- Partner dementerend
- Vrijwilligerswerk

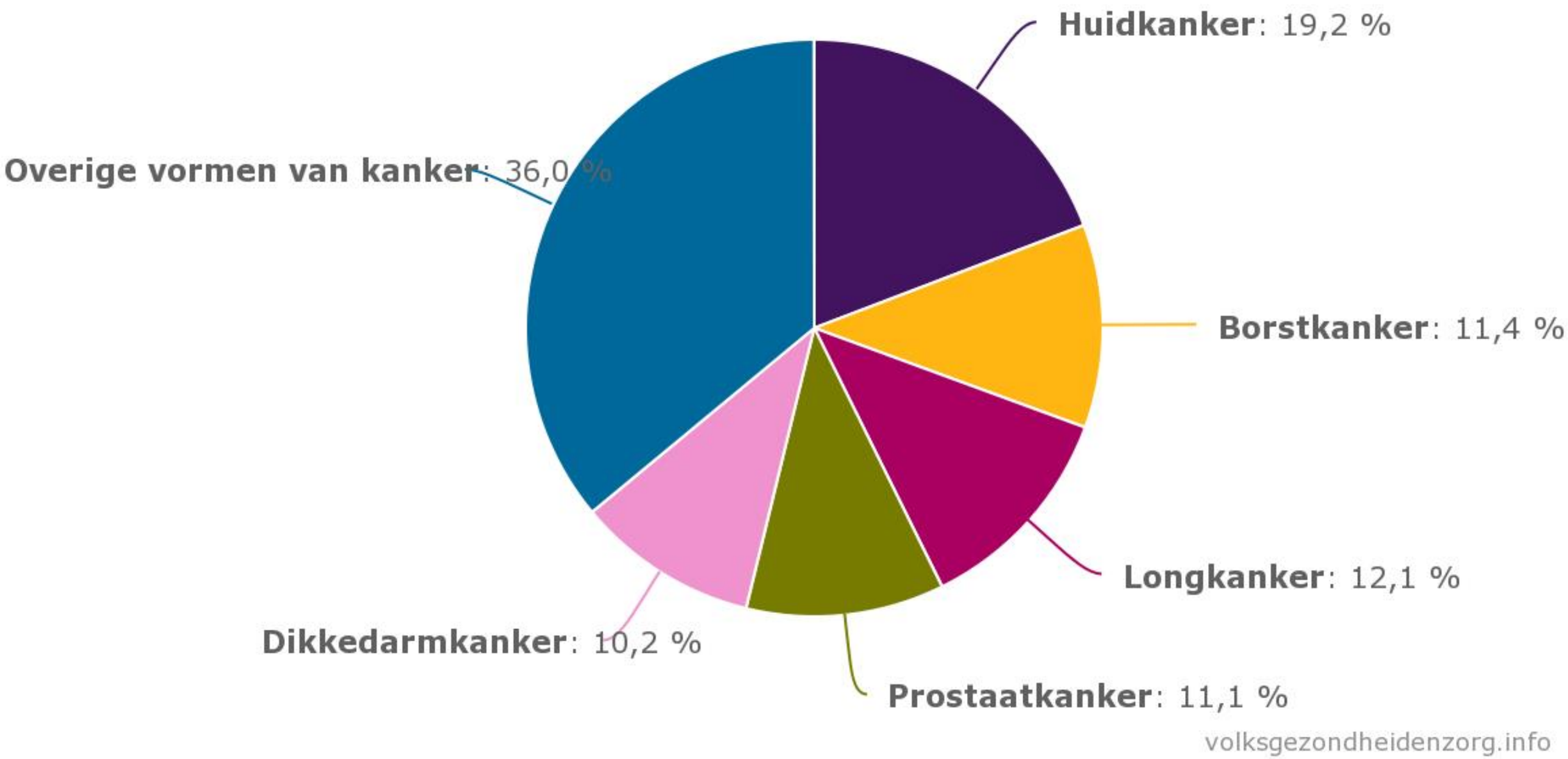
Mevrouw Janssen

- Voorgeschiedenis
  - Hypertensie
- Spreekuur
  - ‘Anderen vinden dat ze er slecht uitziet’

Incidentie oncologie

- 115.000 diagnoses van kanker in 2020
- 50% is 70 jaar of ouder
- Per normpraktijk 20-25 nieuwe diagnoses per jaar

Incidentie oncologie

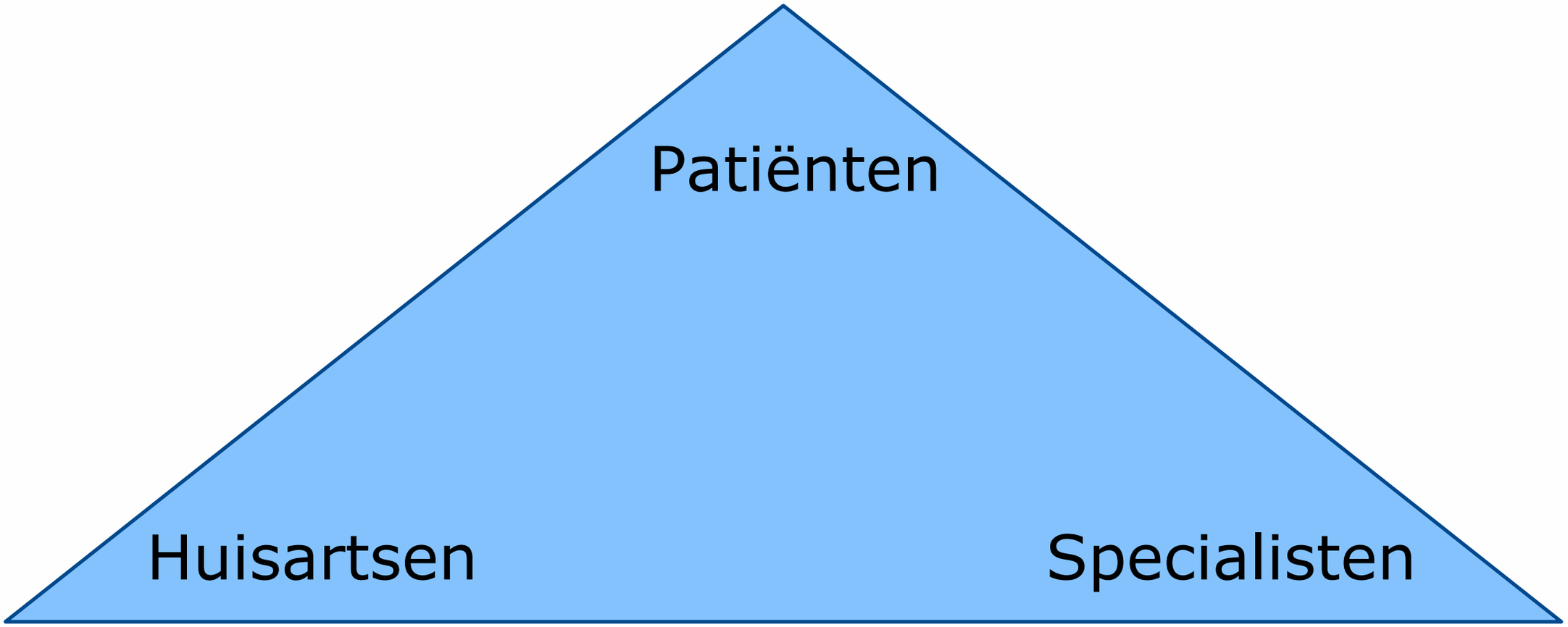


Mevrouw Janssen

- Afvallen
- Langdurig hoesten
- Verwijzing longarts

Communicatie huisarts-specialist

51% communicatie (tamelijk) slecht



- *82% specialistenbrieven goede kwaliteit*
- *23% op tijd verzonden*
- *50% vraag uit de verwijsbrief beantwoord*

29% verwijsbrieven goede kwaliteit

1. Berendsen 2009

Verwijzing

- Wat moet er in de verwijsbrief staan?

- Dossieronderzoek
- Interviews
- Delphi-studie

Afbeelding: Maartje de Goede, proefschrift ME Stegmann

Verwijzing

Doel	1. Reden voor verwijzing 2. Urgentie
Medische feiten	3. Voorgeschiedenis 4. Reanimatiebeleid 5. Allergie voor medicatie 6. Namen huidige medicatie 7. Dosering en frequentie huidige medicatie
Anamnese	8. Huidige klachten 9. Beloop van deze klachten
Psychosociaal	10. Behoefte aan een tolk
Diagnostiek	11. Lichamelijk onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem 12. Aanvullend onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem

2. Stegmann 2019

Verwijzing

Doel	1. Reden voor verwijzing 2. Urgentie

Reden van verwijzing:

Liefst concrete vraag

Verwijzing

Medische feiten	3. Voorgeschiedenis 4. Reanimatiebeleid 5. Allergie voor medicatie 6. Namen huidige medicatie 7. Dosering en frequentie huidige medicatie

Voorgeschiedenis:

Vaak relevante en niet-relevante zaken door elkaar

Tussenvraag

Hoe ga jij om met de voorgeschiedenis in een verwijzing?

a) Zorgdomein importeert de probleemlijst en episodelijst en ik klik gewoon door (dus alles wordt verstuurd)

b) Zorgdomein importeert de probleemlijst en episodelijst en ik klik alle niet-relevante dingen weg

c) Ik heb bij elke patiënt een medische voorgeschiedenis in mijn eigen dossier die alleen de relevante zaken bevat die ik los in de verwijzing plak

d) Ik schrijf in mijn verwijzing een kopje Voorgeschiedenis en typ daar de relevante zaken in

Verwijzing

Anamnese	8. Huidige klachten 9. Beloop van deze klachten

Anamnese:

Veel afkortingen

Verwijzing

Psycho-sociaal	10. Behoefte aan een tolk

Psychosociaal:

Geen behoefte aan andere informatie?

Verwijzing

Diagnostiek	11. Lichamelijk onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem 12. Aanvullend onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem

Diagnostiek:

Afkortingen

Verwijzing

Doel	1. Reden voor verwijzing 2. Urgentie
Medische feiten	3. Voorgeschiedenis 4. Reanimatiebeleid 5. Allergie voor medicatie 6. Namen huidige medicatie 7. Dosering en frequentie huidige medicatie
Anamnese	8. Huidige klachten 9. Beloop van deze klachten
Psychosociaal	10. Behoefte aan een tolk
Diagnostiek	11. Lichamelijk onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem 12. Aanvullend onderzoek: afwijkende bevindingen relevant voor huidige probleem

Houd de ontvanger in gedachten!

Specialistenbrief

Expliciet beschrijven

- Behandelopties en overwegingen
- Curatief of palliatief
- Wat is er aan de patiënt verteld

Specialistenbrief

30 87

26 80

De gedachtegang is goed te volgen is wat het gesprek met patiënt makkelijker maakt.

Het kost weinig extra tijd. Ik gebruik het wel omdat ik dan niet vergeet te onderbouwen waarom we soms van bepaalde behandeling afzien.

Eigen data, nog ongepubliceerd

Behandelkeuze

Brief longarts:

- Longcarcinoom met hersenmetastase
- Mutatie-analyse volgt
- Optie: chemo of evt targeted therapie

Tussenvraag

Wat doet u?

a) Visite

b) Telefoontje

c) Uitnodigen op spreekuur

d) Niets, eerst analyse verder afwachten

Behandelkeuze

Belt zelf:

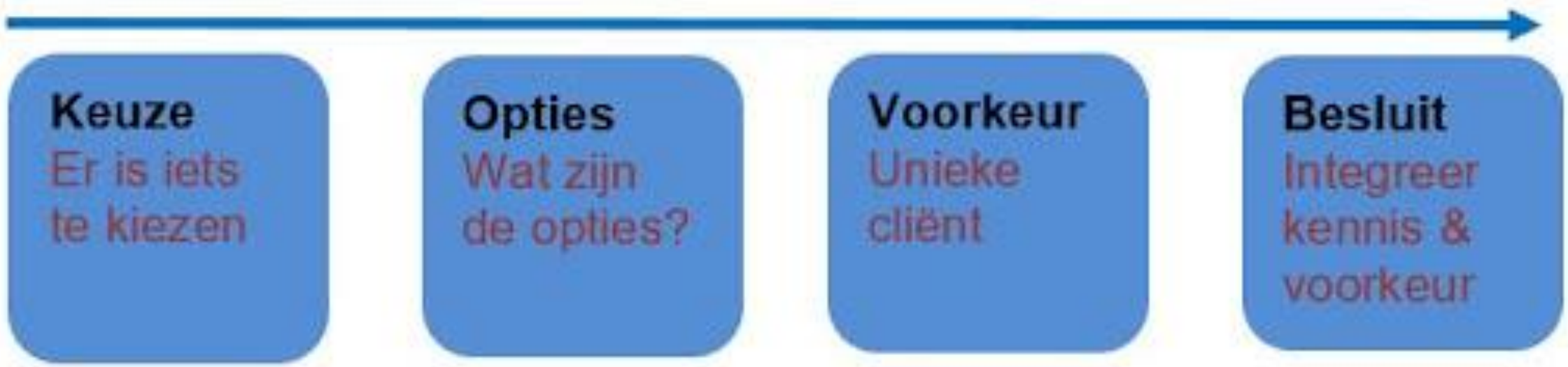
Wil graag met de dokter overleggen over wat te doen

→ Visite volgende dag

Gezamenlijke besluitvorming

Afbeelding: Maartje de Goede, proefschrift ME Stegmann

Gezamenlijk besluitvorming



3. Stiggelbout e.a. 2015

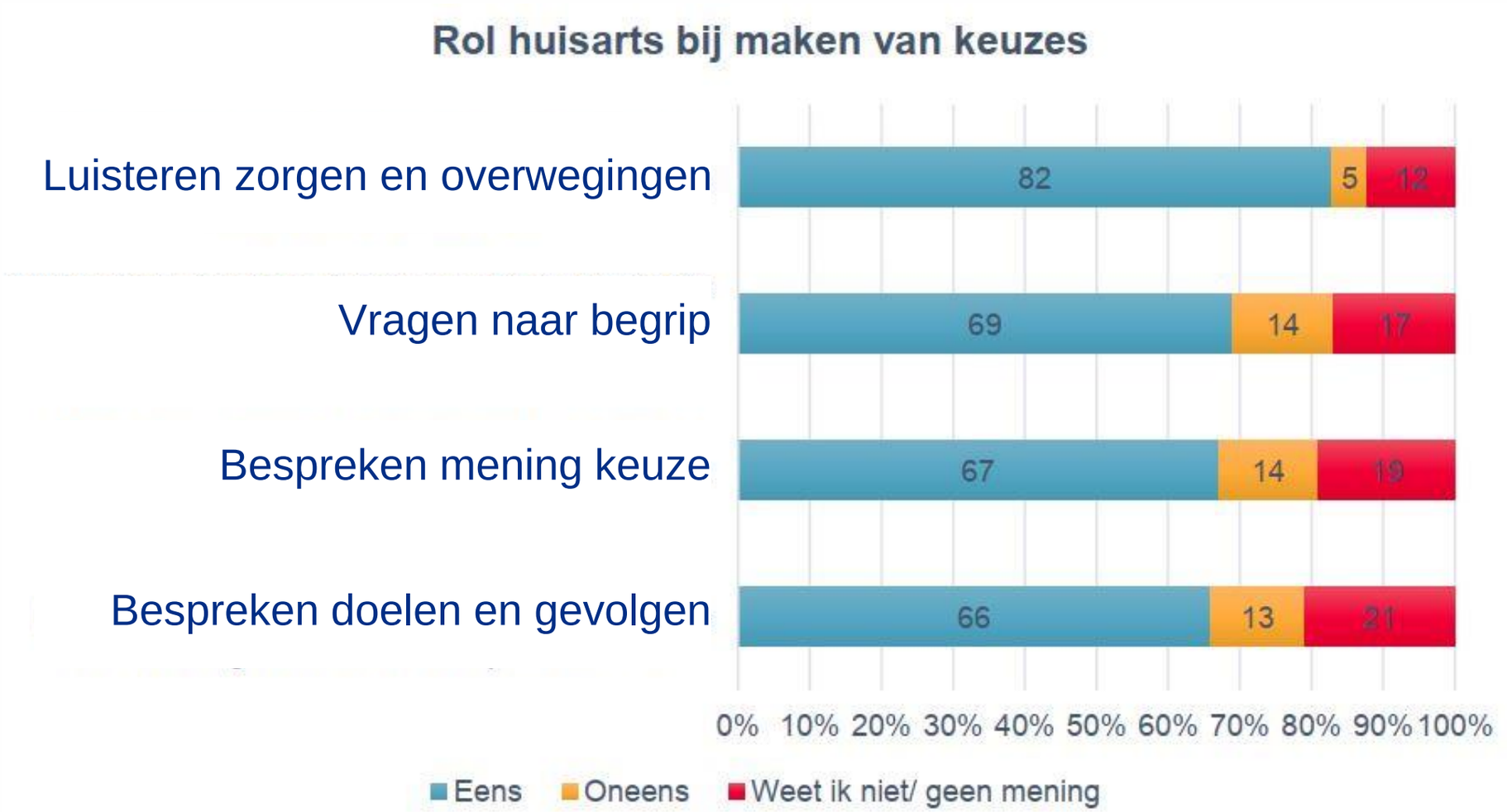
Gezamenlijke besluitvorming (SDM)

- Meeste patiënten willen SDM
- Artsen overschatten hoeveelheid SDM

- Patiënten: meer kennis & begrip, tevredenheid, therapietrouw, kwaliteit v leven
- Artsen: meer voldoening

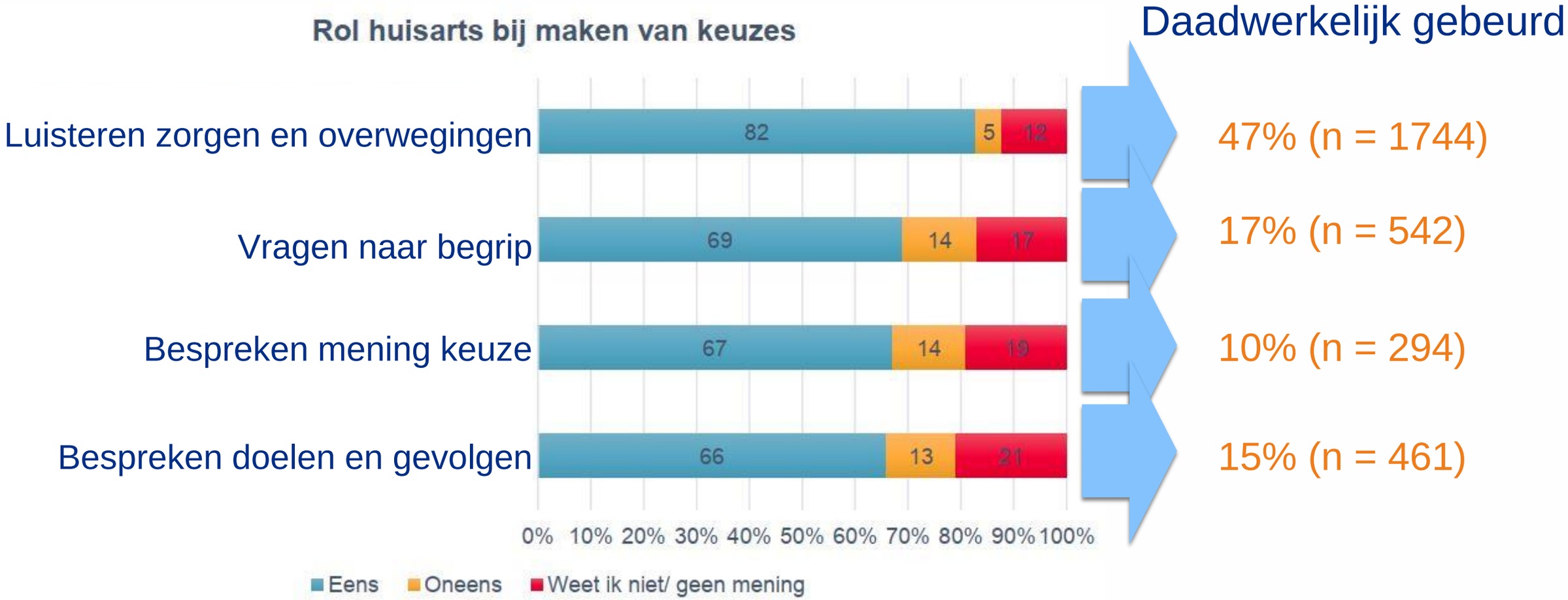
NPF Meldactie 2017*, 4.* Stacey 2017

Gezamenlijk besluitvorming



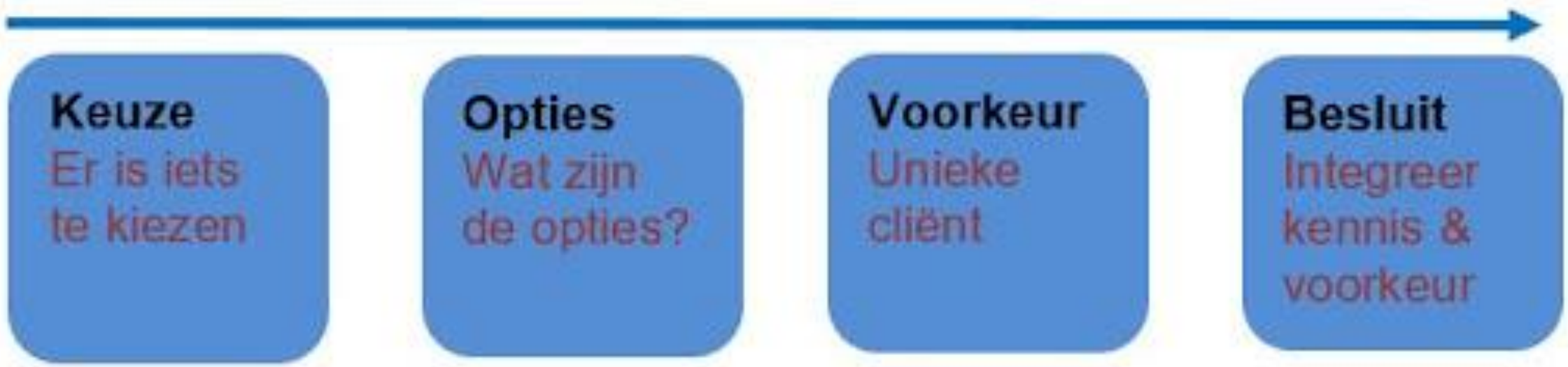
NFK 2019, 5. Noteboom 2021

Gezamenlijk besluitvorming



NFK 2019, 5. Noteboom 2021

Gezamenlijk besluitvorming



Gezamenlijk besluitvorming

Vaak onduidelijk dat er een keuze is!

Gezamenlijk besluitvorming

Informatie-overdracht specialist naar huisarts

Niet behandelen als optie

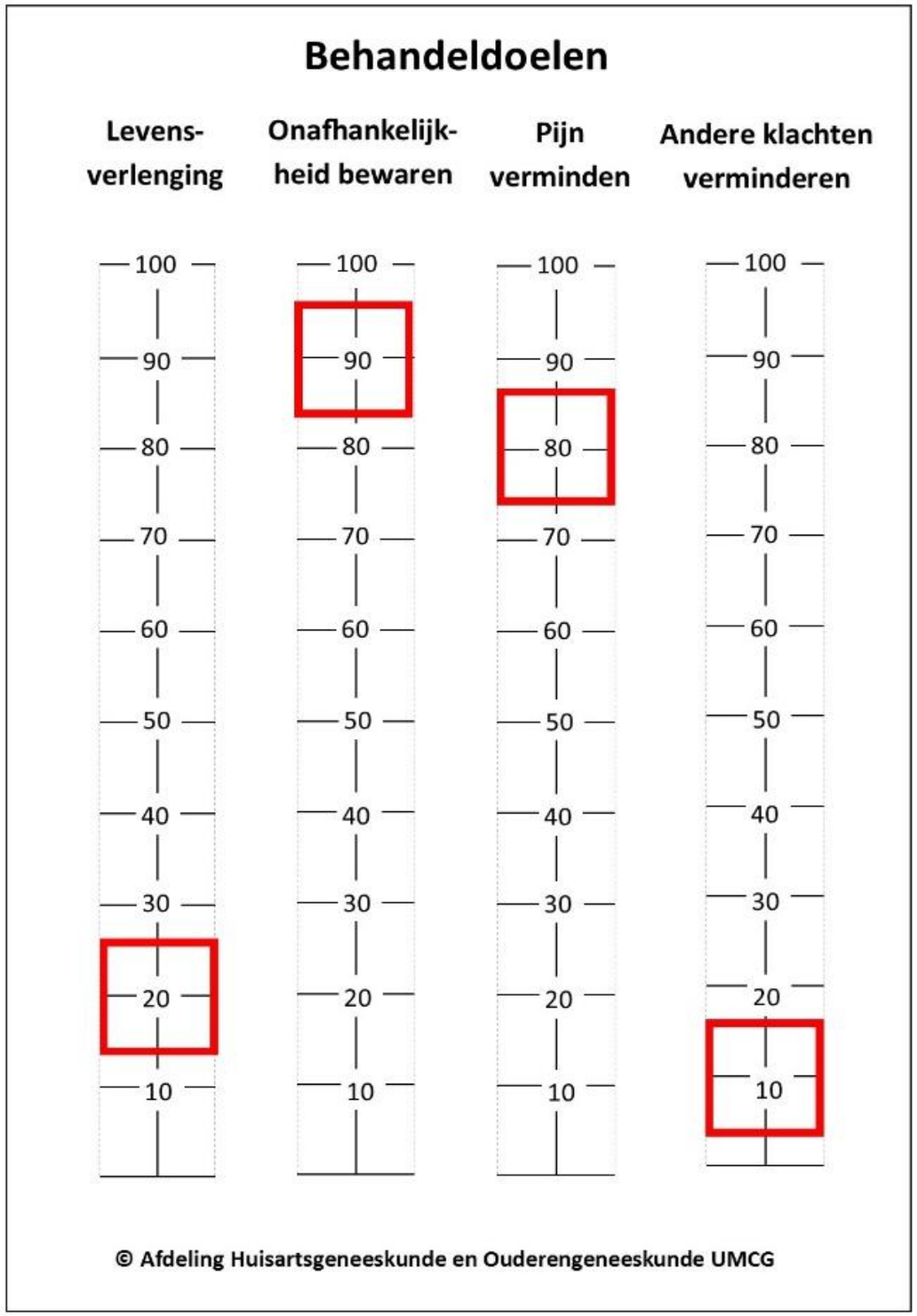
Gezamenlijk besluitvorming

Artsen slechts in 40% juiste inschatting doelen

Gezamenlijke besluitvorming

OPT = Outcome Prioritization Tool

www.optool.nl



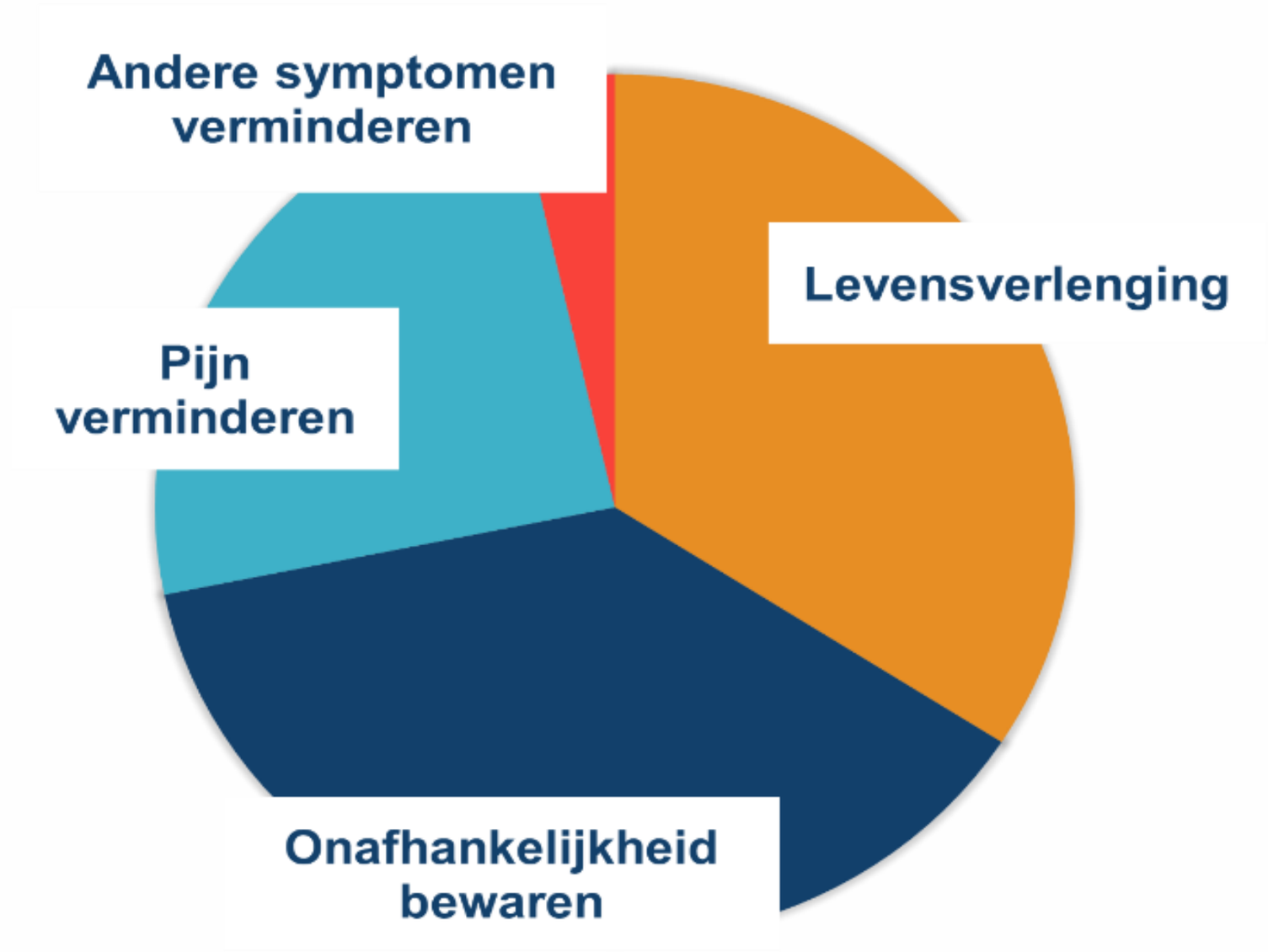
7. Stegmann, 2019

Tussenvraag

Wat denkt u dat ouderen met kanker het vaakst als belangrijkste doel kiezen?

a) Levensverlenging
b) Onafhankelijkheid bewaren
c) Pijn verminderen
d) Andere klachten verminderen

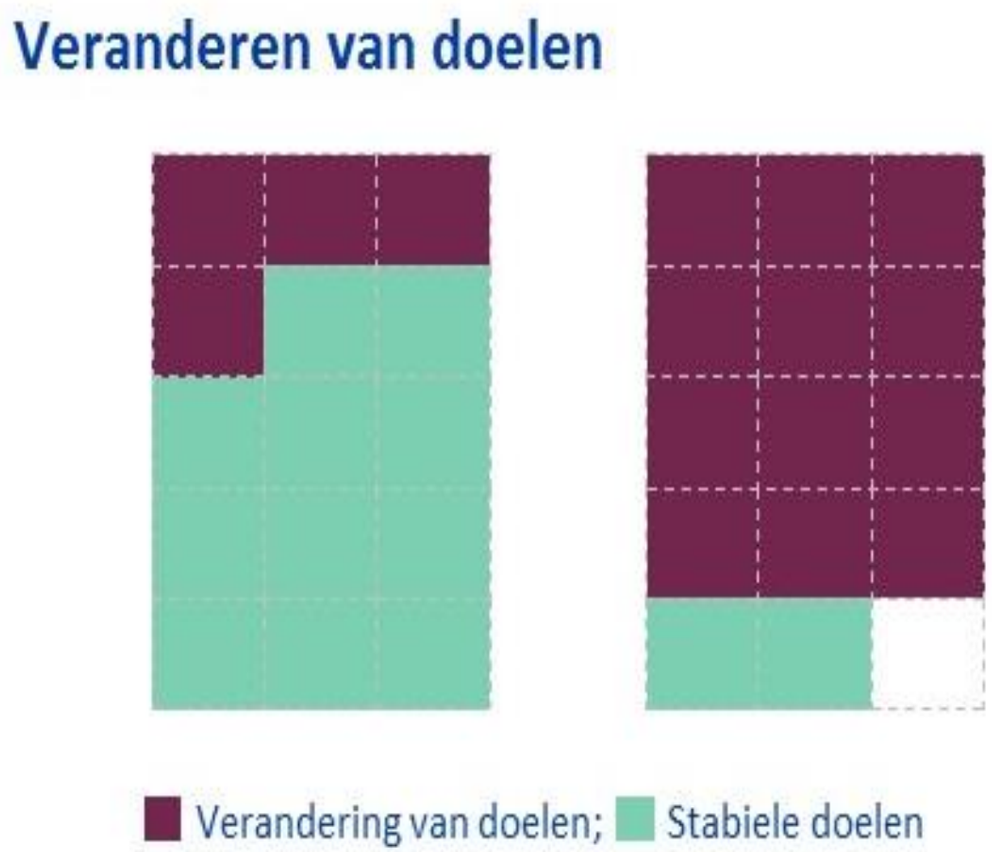
Doelen



8. Stegmann, 2020

Doelen

Doelen veranderen tijdens het ziekteproces



Veranderende doelen

- Symptomen
- Ziektebeloop
- Levensgebeurtenissen

Stabiele doelen

- Stabiele situatie
- Niet-ziektegerelateerde motivatie
- Stabiliteit ondanks symptomen

9. Stegmann, 2020

Gezamenlijk besluitvorming

Besluit door patiënt

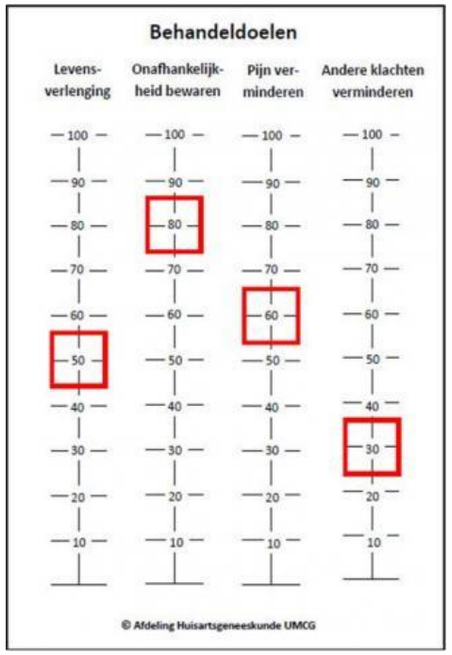
Of door familie of arts met belang patiënt voor ogen

OPTion

Randomized Controlled Trial

Oudere patiënten met niet-curatieve kanker

Behandeldoelen gesprek met huisarts



Decision self-efficacy, angst, depressie en vermoeidheid

8. Stegmann, 2020

OPTion

Geen effect op DCE

- plafondeffecten

Significant lagere angstscore

interventiegroep

Lagere scores klachten

depressie en vermoeidheid

45% Gesprek hielp bij nemen beslissing

62% Raadt gesprek aan

33% Huisartsen: gesprek gaf huisarts nieuwe inzichten

8. Stegmann, 2020

Gezamenlijke besluitvorming

- Onafhankelijkheid bewaren
- Zorg voor partner

- Geen chemotherapie
- Doelgerichte therapie (tabletten)

Advance Care Planning

- Gesprek over levenseinde
- Partner dagopvang
- Vertegenwoordiging

Advance Care Planning

62% wil er over praten

- 80% met partner
- 76% met huisarts
- 65% met kinderen
- 63% met specialist

NFK 2018, 10. Stegmann, 2020

Tussenvraag

Wanneer spreekt u met een patiënt over het levenseinde?

a) Direct na de diagnose
b) Bij verslechtering van de gezondheid
c) Als de patiënt het aangeeft
d) Als het levenseinde waarschijnlijk nabij is (<2wk)

Advance Care Planning

- Patienten willen erover praten
  - 39% na de diagnose
  - 58% bij gezondheidsverslechtering
  - 44% ‘als het moment goed voelt’
  - 23% kort voor overlijden

- Het wordt gewaardeerd als de zorgverlener het initiatief neemt

NFK 2018, 10. Stegmann, 2020

Huisarts en oncologie

- Zorg voor een bondige verwijsbrief met alleen relevante informatie

- Spreek over een behandelbeslissing
- Inventariseer expliciet de doelen

- Wees pro-actief bij het levenseindegesprek

Literatuur (1)

1. Berendsen A. Samenwerking tussen huisarts en specialist - Wat vinden de patiënten en de dokters? Proefschrift, 2009. 174 p.

2. Stegmann ME, Homburg TM, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a Delphi consensus study. Supportive Care in Cancer. 2019 Nov;27(11):4199-4205. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04712-5

3. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Educ Couns. 2015 Oct;98(10):1172-9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022. Epub 2015 Jul 15.

4. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 12;4(4):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.

5. Noteboom, E. A., Perfors, I. A., May, A. M., Stegmann, M. E., Duijts, S. F., Visserman, E. A., Engelen, V., Richel, C., van der Wall, E., de Wit, N., & Helsper, C. W. (2021). GP involvement after a cancer diagnosis; patients' call to improve decision support. *BJGP open*, *5*(1). https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101124

Literatuur (2)

6. Festen, S., Stegmann, M. E., Prins, A., van Munster, B. C., van Leeuwen, B. L., Halmos, G. B., de Graeff, P., & Brandenbarg, D. (2021). How well do healthcare professionals know of the priorities of their older patients regarding treatment outcomes? *Patient Education and Counseling*, *104*(9), 2358-2363. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.044

7. Stegmann, M. E., Festen, S., Brandenbarg, D., Schuling, J., van Leeuwen, B., de Graeff, P., & Berendsen, A. J. (2019). Using the Outcome Prioritization Tool (OPT) to assess the preferences of older patients in clinical decision-making: A review. *Maturitas*, *128*, 49-52. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.022

8. Stegmann, M. E., Brandenbarg, D., Reyners, A. K. L., van Geffen, W. H., Hiltermann, T. J. N., & Berendsen, A. J. (2020). Treatment goals and changes over time in older patients with non-curable cancer. *Supportive Care in Cancer*. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05945-5

9. Stegmann, M. E., Brandenbarg, D., Reyners, A. K., van Geffen, W. H., Hiltermann, T. J. N., & Berendsen, A. J. (2020). Prioritisation of treatment goals among older patients with non-curable cancer: the OPTion randomised controlled trial in Dutch primary care. *British Journal of General Practice*, *70*(696), E450-E456. https://doi.org/10.3399/bjgp20X710405

10. Stegmann, M. E., Geerse, O. P., Tange, D., Richel, C., Brom, L., Engelen, V., & Duijts, S. F. A. (2020). Experiences and needs of patients with incurable cancer regarding advance care planning: results from a national cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, *28*(8), 4211-4217. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05285-z

m.e.stegmann@umcg.nl

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
UMCG, Groningen