

Een geriatrisch zorgpad voor patiënten met een colorectale maligniteit

*Een inventarisatie onder de leden van de
Tumorwerkgroep Gastro-enterologie
Werkgroep CRC
V&VN
(Najaar 2019)*



Werkgroep:

Sandra de Bruijn, verpleegkundig specialist, Reinier de Graaf Groep, Delft

Simone Dokter NKI, verpleegkundig specialist, Amsterdam

Nienke de Goeijen, verpleegkundige, Isala Kliniek, Zwolle

Niamh Hoogerbrugge, Verpleegkundig specialist, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Meriam Jansen, verpleegkundig consulent GIOCA, AMC Amsterdam

Bertien Smeenk-Jansen, verpleegkundige Gastro Enterologie, Deventer Ziekenhuis

Iris van de Veeken, Colincare verpleegkundige, Flevoziekenhuis

Inhoud:

1. Inleiding	pag. 3
2. Vraagstelling	pag. 4
3. Methode	pag. 5
4. Resultaten	pag. 8
5. Praktijkvoorbeelden geriatrische zorgpaden	pag. 11
6. Conclusies	pag. 13
Literatuur	pag. 15
Bijlage I: Enquête uitkomsten	
Bijlage II: Presentatie TWG CRC december 2019	
Bijlage III: Flowchart Geriatrisch zorgpad: patiënt met een colorectale maligniteit	

1. Inleiding

De incidentie van dikke darmkanker is in de laatste jaren toegenomen van 12.773 (2010) naar 15.913 (2015) en bedroeg in 2018 14.090 nieuwe gevallen per jaar (op 11-4-2019 ontleend aan: www.cijfersoverkanker.nl). Uit actuele cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) van IKNL blijkt dat er grote leeftijd gerelateerde verschillen bestaan in het optreden, de behandeling en uitkomsten van behandeling van deze ziekte op (www.iknl.nl). Het colorectaal carcinoom is gerelateerd aan leeftijd en treft voornamelijk de oudere patiënt, met een verwachte toename van 52% in de komende 2 decennia (Souwer et al., 2018).

Vanaf 2000 is er in toenemende mate aandacht voor de oudere patiënt die behandeld wordt voor een colorectale maligniteit in een ziekenhuis. Dit resulteerde er onder andere in dat het thema 'kwetsbare ouderen' opgenomen werd als één van de tien thema's in het programma Veiligheidsmanagementsysteem 2008-2012 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Een ziekenhuisopname is voor ouderen risicovol vanwege het verhoogde risico op complicaties en daarmee functieverlies na een periode van opname in een ziekenhuis. In de afgelopen jaren werd in toenemende mate screening verricht met als doel om bij ouderen vroegtijdig risicofactoren te signaleren, die kunnen leiden tot slechtere uitkomsten na een medische behandeling. De rol van een geriater of specialist ouderengeneeskunde binnen het multidisciplinaire team van behandelaars werd snel herkend. Gespecialiseerde Oncologie verpleegkundige (GOV) en Verpleegkundig specialisten (VS) zijn eigenlijk in alle medische centra in Nederland gepositioneerd in (poli-) klinische setting en onderdeel van het multidisciplinair behandelteam. Deze professionals zijn veelal vanaf het moment van de diagnose darmkanker tot en met de nazorg betrokken bij de zorg voor ouderen.

Vanuit de Tumorwerkgroep Gastro enterologie - Colorectaal carcinoom (TWG GE-CRC, V&VN, voorheen 'Special Interest Group') zijn de ontwikkelingen nauwgezet gevolgd en is er vanaf 2017 tot op heden specifieke aandacht geweest voor de geriatrische patiënt die behandeld wordt voor een maligniteit van het colon of rectum. In de verschillende netwerkbijeenkomsten is er veel ruimte geweest voor kennisuitwisseling ten aanzien van de geriatrische screenings, gezamenlijke besluitvorming, zorgpaden en de organisatie van prehabilitatie- en revalidatieprogramma's. De (gespecialiseerde) verpleegkundigen oncologie (GOV) en verpleegkundig specialisten (VS) vervullen allen een (verschillende) rol in de zorg voor deze patiëntencategorie. Dit heeft ertoe geleid dat er half 2018 gekozen is voor een inventarisatieronde binnen deze TWG, gericht op de opgedane kennis en ervaring met geriatrische patiënten die behandeld worden voor een colorectale maligniteit. Met de verspreiding van dit rapport 'Een geriatrisch zorgpad voor patiënten met een colorectale maligniteit' hopen we onze collega's in de ziekenhuizen te ondersteunen bij de implementatie van vernieuwde zorgroutes die de geriatrische patiënt zal doorlopen bij een bezoek aan het ziekenhuis ter diagnostisering en/of behandeling van darmkanker.

Hierna volgen achtereenvolgend: de toelichting op de vraagstelling die werd geformuleerd vanuit de TWG GE-CRC, de aanpak van de inventarisatieronde, uitkomsten en enkele voorbeelden van zorgpaden uit de dagelijkse praktijk. Hiermee hopen we een handreiking te bieden aan collega GOV's, VS-en en andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor geriatrische patiënten. Adviezen en aanbevelingen ten behoeve van de implementatie van specifieke 'geriatrische zorgpaden' en daarin de rol van een GOV of een VS zijn in de verschillende TWG meetings uitdrukkelijk aan bod gekomen. Juist hierin heeft de TWG zijn meerwaarde bewezen. Deskundigheidsbevordering en netwerken blijken de belangrijkste functies van de V&VN TWG te zijn voor de aangesloten leden.

We hopen dat dit inventarisatierapport uw interesse wekt en aanleiding geeft tot het formuleren van nieuwe (onderzoeks-) vragen in de praktijk en vernieuwing op de werkvloer!

2. Vraagstelling

De TWG GE-CRC is onderdeel van het decentrale deel van de V&VN Oncologie . V&VN Oncologie is met ruim 3000 leden de grootste afdeling binnen de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Momenteel zijn 25 GOV's en VS-en lid van de TWG GE-CRC. Het weerspiegelt onder andere de verregaande specialisatie binnen de oncologie. Profilering en positionering van de verpleegkundige professionals heeft de voortdurende aandacht van het bestuur en de actieve leden. Alle activiteiten die ontplooit worden zijn hierop gericht (op 10 juli 2019 ontleend aan <http://www.oncologieverpleging.nl/vvn-oncologie>)

Vanuit deze TWG GE-CRC zijn er afgevaardigden betrokken bij de organisatie van congressen, masterclasses, maar ook bij de revisie van de landelijke oncologische behandelrichtlijnen. Jaarlijks was er tot op heden tweemaal een Algemene Ledenvergadering in Utrecht, gevolgd door de meetings van de verschillende tumorwerkgroepen (CRC, HPB, Upper GI).

Binnen de TWG GE-CRC bleek er veel behoefte te zijn aan het uitwisselen van kennis en ervaring betreffende de begeleiding en de behandeling van geriatrische patiënten. Enkele centra bleken al vergevorderde initiatieven te hebben getoond om de zorg rondom de patiënt met darmkanker te organiseren door de verschillende specialismen (Maag-Lever-Darm specialisme, chirurgie, oncologie) heen. De routing die deze patiënten doorlopen werden vastgelegd in zgn. zorgpaden of 'flowcharts'.

Kwaliteitsnormen, procesindicatoren, patiënten uitkomsten maar ook servicegerichtheid zijn in de ontwikkeling van de zorgpaden medebepalend geweest. Dat de 'oudere patiënt met kanker' vanaf de diagnose tot en met de nazorg specifieke aandacht nodig heeft, is voor iedere professional zeer herkenbaar. In de verschillende meetings (eind 2017-eind 2019) is dit onderwerp steeds terug gekeerd op de agenda's van de TWG. Er zijn vragen gesteld, er is kennis uitgewisseld, steun verleend en er werd 'bij elkaar in de keuken gekeken'. Juist vanuit de behoefte om van elkaar te leren is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Wat is de status van de huidige geriatrische zorgpaden voor patiënten ouder dan 70 jaar die worden behandeld vanwege een colorectale maligniteit in de centra die worden vertegenwoordigd in de Tumorwerkgroep GE-CRC van de V&VN?

Hierna volgt een korte weergave hoe de aanpak is geweest in de TWG en tot welke resultaten dit heeft geleid.

3. Methode

Naast de uitwisseling van ervaringen en kennis & kunde gedurende de plenaire en decentrale werkgroep bijeenkomsten binnen de TWG-GE, werd halverwege 2018 een digitale enquête verspreid onder de leden van de werkgroep TWG-GE- CRC ter inventarisatie van de huidige situatie rondom de zorg voor de geriatrische patiënt met een colorectale maligniteit. Deelname was anoniem. U vindt de weergave van de survey hieronder. Zie ook bijlage I: presentatie monkey survey.

De survey bestond uit de volgende vragen:

1. Wat is uw functie?
 - a. Verpleegkundige
 - b. Gespecialiseerd oncologie verpleegkundige
 - c. Verpleegkundig specialist
 - d. Anders, nl...
2. In welke regio bent u werkzaam?
 - a. Noord
 - b. Midden
 - c. Zuid
3. Waar, wat is uw werkplek
 - a. Poli chirurgie
 - b. Poli MDL
 - c. Poli interne oncologie
 - d. Klinische afdeling
 - e. Anders, nl...
4. Vindt er screening plaats op kwetsbaarheid?
 - a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet niet
5. Vanaf welke leeftijd vindt er screening op kwetsbaarheid plaats?
 - a. Op indicatie
 - b. Vanaf 60 jaar
 - c. Vanaf 65 jaar
 - d. Vanaf 70 jaar
 - e. Geen screening
6. Wie neemt de screening af?
 - a. Verpleegkundige
 - b. VS
 - c. Patiënt zelf
 - d. Geriater
7. Op welk moment wordt de screening afgenomen/ingevuld?
 - a. Bij verdenking darmkanker/ binnenkomst ziekenhuis
 - b. Direct na diagnose darmkanker
 - c. Voorafgaande aan chirurgisch traject
 - d. Anders:...
8. Van welk screeningsinstrument maakt u gebruik?
 - a. G8/ISAR
 - b. MUST/SNAQ
 - c. Dos
 - d. VAS
 - e. Anders
9. Hoe vindt verwijzing plaats naar geriater/SOG?
 - a. Naar eigen inzicht
 - b. O.b.v. afkapwaarde score
 - c. Leeftijd

- d. Standaard
 - e. Anders
10. Wordt iedere oudere patiënt (o.b.v. leeftijd) standaard gezien door geriater/SOG?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet niet
11. Is er standaard een geriater/SOG aanwezig bij het MDO?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet niet
12. Welke rol heeft de geriater in de behandeling van CRC?
- a. Hoofdbehandelaar
 - b. Medebehandelaar
13. Hoe beoordeelt u de rol van de geriater/SOG als medebehandelaar?
- a. Adviserend
 - b. Beslissend
 - c. Geen invloed
 - d. Anders
14. Stelling: in mijn centrum neemt de geriater een prominente rol in. Door zijn of haar expertise verandert er (soms) een behandelplan.
- a. Mee eens
 - b. Mee oneens
15. Welke interventies vinden er plaats voorafgaande aan een darmoperatie om de patient in betere conditie te krijgen?
- a. Geen
 - b. Fysiotherapie
 - c. Dieetadviezen
 - d. Anders.
16. Wordt een operatie uitgesteld als het doel van de interventie niet is behaald?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet niet.
17. Wordt de start van de chemotherapie uitgesteld als het doel van de interventie niet behaald is?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet niet
18. Hoe lang is de gemiddelde ligduur van de oudere patiënt na een colonresectie?
- a. 3 dagen
 - b. 4 dagen
 - c. 5 dagen
 - d. 6 dagen
 - e. > 7 dagen
 - f. Opmerking,...
19. Wie begeleidt de patiënt poliklinisch?
- a. (specialistisch) verpleegkundige
 - b. Verpleegkundig specialist
 - c. De arts
 - d. Geriater/SOG
 - e. Anders.
20. Waar revalideert de oudere patiënt na een darmoperatie?
- a. Thuis
 - b. Revalidatieplek 1^{ste} lijn
 - c. Binnen de muren van de eigen organisatie

- d. Zorghotel
 - e. Anders.
21. Is uw rol als zorgverlener hetzelfde voor jonge patiënten met dezelfde aandoening (nl. CRC)?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Toelichting:
22. Wat ik nog kwijt wil:

4.Resultaten

Werkgroep TWG –GE-CRC

Van de werkgroep bijeenkomsten TWG –GE-CRC zijn notulen gemaakt. De onderlinge contacten binnen de werkgroep leidde tot mailverkeer, werkbezoeken in de verschillende centra en het uitwisselen van ontwikkeld patiënten informatie materiaal of van ontwikkelde zorgpaden en flowcharts.

Enquête

De enquête werd ingevuld door 11 leden waarmee ook 11 centra in Nederland zijn vertegenwoordigd.

De resultaten van de vragenlijst laten zien dat er vanaf 70 jaar gescreend wordt op kwetsbaarheid met diverse screeninginstrumenten. De geriater is nog niet standaard aanwezig bij het MDO en heeft overwegend een adviserende rol. Wel kan de bijdrage van geriater het behandelplan tot andere inzichten leiden. Interventies die worden ingezet om de situatie van patiënt te verbeteren vinden vooral plaats op het gebied van het voeding en beweging. Indien het doel van de interventie niet is behaald, is dit voor een krappe meerderheid een reden om een operatie of de start van chemotherapie uit te stellen. Open vragen zijn summier beantwoord. Zie ook bijlage I en II.

Terugrapportage werkgroep

De uitkomsten zijn besproken en de leerpunten geformuleerd binnen de meeting van de TWG- GE-CRC in najaar 2018/2019. Er bleek veel behoefte te zijn aan de presentatie van bestaande zorgpaden die ondersteunend zijn gebleken in de praktijk. Een zorgpad is een weergave van de gehele zorgketen die de patiënt doorloopt met daarin de weergave van ‘wie doet wat en wanneer?’, waarbij gerichte aandacht is voor o.a. veiligheid voor de patiënt, tijdigheid en efficiency van de ingezette activiteiten in deze keten.

Vanuit de TWG GE-CRC zijn verschillende presentaties gegeven op de Oncologiedagen en nadien ook op het Voorjaarssymposium VS 2019. De werkgroep GE-CRC presenteerden de uitkomsten van de huidige inventarisatieronde en discussie- en netwerkbijeenkomsten plenair in de TWG Gastro Enterologie in december 2019 (bijlage II).

Leden hebben aangegeven dat de uitwisseling van de kennis en ervaringen hen heeft gesterkt in het uitdragen van deze nieuwe kennis in het eigen ziekenhuis of zorgcentrum. Ontwikkelde zorgpaden van elders zullen nooit gekopieerd kunnen worden in een ander centrum. Het bespreken van het proces van implementatie in de verschillende huizen bleek zeer bij te dragen aan het inzicht hoe dit zelf te initiëren op de eigen werkplek.

Daarbij moet worden opgemerkt dat de huidige status van ‘geriatrie zorgpaden’, kennis over prehabilitatie of preoperatieve optimalisatie van patiënten met een colorectale maligniteit en ook postoperatieve revalidatie, onderwerpen van onderzoek zijn. Er is helaas tot op heden nog onvoldoende kennis beschikbaar om de noodzakelijke evidence te bieden van verschillende interventies zoals fysieke trainingsprogramma’s. De huidige revisie van de Landelijke Oncologische Richtlijn Colocolorectaal carcinoom is nog niet afgerond. Vanuit de Tumorwerkgroep neemt één van de Tumorwerkleden deel aan de richtlijnontwikkeling.

Richtlijnen kwetsbare ouderen

In de werkgroep bijeenkomsten werd specifiek ingegaan op een aantal belangrijke punten die naar aanleiding van de inventarisatieronde ter sprake zijn gekomen. Deze punten betreffen met name de ‘screening aan de poort’ ten tijde van de diagnose colorectaal carcinoom. De bestaande richtlijnen ‘Kwetsbare ouderen’ zijn hiervoor geraadpleegd. Hieronder een korte weergave van de belangrijkste punten uit de richtlijnen Kwetsbare ouderen.

Er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor een bepaalde werkwijze waarmee professionals bij kwetsbare ouderen een weloverwogen besluit kunnen nemen voor een ingrijpende behandeling zoals een oncologisch chirurgische ingreep. In nationale en internationale richtlijnen worden wel stappenplannen beschreven maar deze omvatten vrij algemene aanbevelingen zoals bijvoorbeeld de

aanbeveling om de voorkeuren van de patiënt en de prognose in oogschouw te nemen, of de aanbeveling om de voor- en nadelen van de behandeling tegen elkaar af te wegen (AGS, 2012). Vragen die, middels gezamenlijke besluitvorming (multidisciplinair overleg), tot behandelplan moeten komen:

- Is er een (harde) indicatie voor de behandeling?
- Wat zou de levensverwachting van de patiënt zijn geweest als hij deze ziekte (de indicatie voor de behandeling) 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 (bijvoorbeeld vermindering van pijn of dyspnoe)?
- Wat is de last van de behandeling (bijvoorbeeld opnameduur, complicaties, ziekenhuisbezoeken, maar ook langetermijneffecten zoals verlies van zelfredzaamheid)?
- Wat zijn de andere mogelijkheden voor behandeling (inclusief palliatieve behandeling)?

Communicatie met de patiënt en zijn naasten waarbij volgende doelen expliciet aan bod moeten komen:

- De doelen (levensvisie), verwachtingen en voorkeuren van de patiënt. Hierbij kan eventueel gebruik worden van een keuze- of gesprekshulp
- De alternatieve behandelmogelijkheden, waaronder niet (in opzet curatief) behandelen;
- De verschillen in visie tussen patiënt en behandelaar of de verschillen in visie tussen patiënt en familie.

Iedere oudere patiënt dient besproken te worden in een multidisciplinair overleg. Bij het opstellen van een behandelplan moet niet alleen aandacht zijn voor het risico van de behandeling en tumorkenmerken maar ook voor patiënt-kenmerken zoals co-morbiditeit, functionele status, psychosociaal en cognitief functioneren en voedingsstatus.

Het multidisciplinaire behandelteam voor ouderen met colorectaalcarcinoom dient te bestaan uit een chirurgisch oncoloog, medisch oncoloog, radiotherapeut, patholoog, radioloog, MDL-arts, klinisch geriater, oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Het heeft de voorkeur dat het behandelteam tenminste éénmaal haar overwegingen met de huisarts (of specialist ouderengeneeskunde) van de patiënt bespreekt. De huisarts is degene die de achtergrond en situatie van een kwetsbare patiënt goed kent. Het moet duidelijk zijn wie de Casemanager tijdens het behandeltraject van de patiënt is. Een GOV of een VS blijken die rol steeds vaker aan te nemen en uitstekend te vervullen.

In de afweging tussen effectiviteit en toxiciteit dient ook rekening te worden gehouden met patiënten preferenties, behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Daarbij dient effectiviteit beschouwd te worden in het licht van de geschatte resterende levensverwachting en concurrerende doodsoorzaken. Het achterwege laten van chirurgie kan hierbij een optie zijn.

Vragen/ kanttekeningen die de werkgroep GE-CRC stelt:

- Zou een kwaliteit van leven meting meer duidelijkheid verschaffen om interventies te onderbouwen?
- In hoeverre wordt shared decision toegepast? Is dit meetbaar?
- Zijn er afspraken m.b.t. het afnemen van screenings vragenlijsten bij kwetsbare patiënten <70 jaar? Uit de inventarisatie is gebleken dat sprake is van variatie tussen de verschillende ziekenhuizen en centra ten aanzien van het moment van screenen en het type meetinstrument.

Advies vanuit werkgroep CRC:

- De werkgroep is van mening dat de Geriater een prominente rol moet hebben op het MDO. Geriater krijgt mandaat en een doorslaggevende rol om een beleid te wijzigen.

- De werkgroep is van mening dat vanaf het moment van diagnostiek en gedurende behandeling sprake moet zijn van zgn. shared decision making.

De huidige Landelijke oncologische richtlijnen worden modulair gereviseerd op basis van de best mogelijke evidence. De voorlopige aanbevelingen zijn de volgende:

Aanbevelingen:

Adviseer alle patiënten die in afwachting zijn van een colorectale resectie om te blijven bewegen, voldoende en gevarieerd te eten, en te stoppen met roken en alcohol.

Verwijs patiënten met een verminderde voedingstoestand preoperatief naar een diëtiste voor voedingsinterventie.

Bied uni- of multimodale prehabilitatieprogramma's alleen aan in onderzoeksverband, gezien vooralsnog onvoldoende duidelijkheid over hoe een dergelijk programma vorm gegeven moet worden en welke patiëntengroepen hiervan kunnen profiteren.

In de werkgroep bleek, dat in de praktijk zorgpaden circuleren, die weergeven hoe de route vanaf diagnostiek tot en met de nazorg van patiënten met een colorectaal carcinoom is. Specifiek voor een geriatrische patiënt, bleken dergelijke paden nog weinig beschikbaar te zijn. In de werkgroep bijeenkomsten bleek er sprake te zijn van grote variaties in de route van de patiënt wat betreft: het tijdstip van screening, consultatie geriater, mate van Shared Decision Making en in het aanbod van pre-habilitatie en revalidatie. De rol van casemanager bleek in alle huizen vervuld te worden door een GOV en/of een VS. In de richtlijn is hierover het volgende opgenomen onder 'ondersteunende zorg':

Vanaf het moment van de diagnose colorectaal carcinoom kan een contactpersoon voor de patiënt aan worden gesteld die als casemanager kan functioneren en laagdrempelig te consulteren is gedurende het zorgtraject. (www.oncoline.nl , 2020.)

Er worden dus geen eisen gesteld aan het type functionaris dat de rol van casemanager vervuld. Een GOV zal voornamelijk een begeleidende en coördinerende rol vervullen, terwijl een verpleegkundig specialist (mede-) behandelaar is in het multidisciplinair behandelteam. Deze rolvervulling bleek ook onderwerp van gesprek tijdens de lunchmeeting van de 'Nursing & Allied Health Interest Group' van de International Society of Geriatric Oncology in Geneve (SIOG, 2019): *The goal is to gather nursing perspectives concerning the role of nurses in addressing age-related concerns in oncology practice, research, leadership, and policy* (Dr. Martine Puts, the principal investigator, at the Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, 2019). Volgend op dit congresbezoek door één van onze leden, werd een uitgebreide enquête verspreid onder alle tumorwerkgroepleden CRC van de V&VN. (<https://surveys.nursing.utoronto.ca/292999?lang=en>)

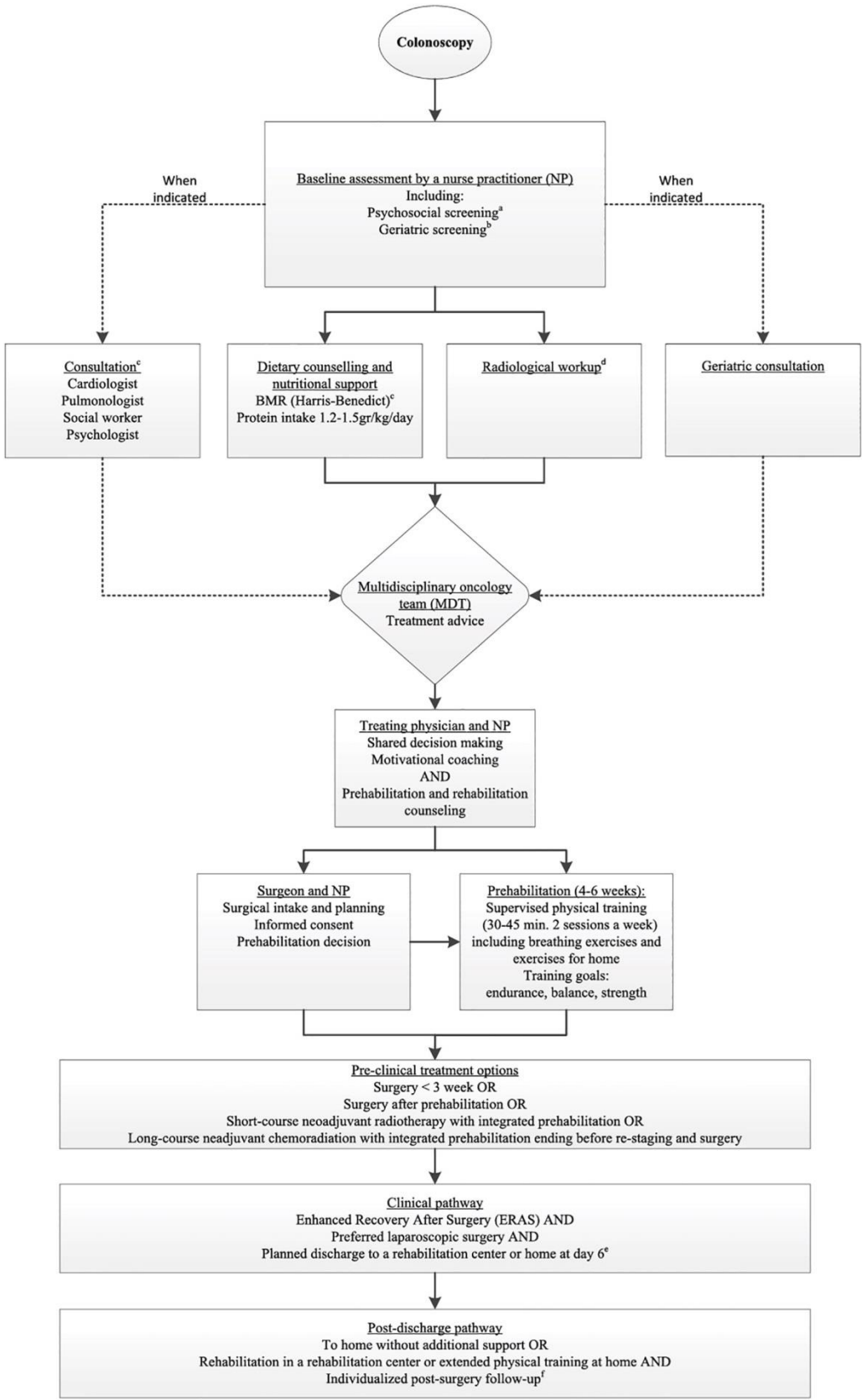
5.Praktijkvoorbeelden geriatrische zorgpaden

Verskillende formats van zorgpaden voor patiënten zijn besproken binnen de werkgroep en deze werden ook onderling uitgewisseld en bediscussieerd. Het gekozen 'format' en de invulling van het proces vertoonden onderling verschillen, maar alle paden zijn tenslotte zo opgesteld, zodat ze ondersteunend zijn aan het werkproces in het betreffende centrum.

Heel werkbaar lijkt de flowchart van Souwer et al. 2018, ter ondersteuning van de inrichting van dergelijke werkprocessen of 'het zorgpad'. De verschillende onderdelen die de patiënt met een colorectale maligniteit doorloopt in de diagnostische, (pre-)klinische, klinische en postoperatieve fase zijn in deze weergave opgenomen. Geriatrische counseling, prehabilitatie, gezamenlijke besluitvorming en de begeleiding door een casemanager zijn in de flowchart als vast onderdeel zichtbaar.

Ieder centrum dat specifiek voor de geriatrische patiënt een zorgpad wil ontwikkelen, zal met deze flowchart aan de slag kunnen. De werkgroep adviseert om een multidisciplinair zorgpad te ontwikkelen in een projectgroep of een zgn. 'Zorgtafel' voor Colorectale zorg, waarin alle betrokken disciplines worden vertegenwoordigd. Een breed draagvlak in het betreffende centrum vormt een belangrijke voorwaarde voor het borgen van de patiëntenroute in het zorgpad. De rol van een GOV en/of een VS als casemanager, werd expliciet benoemd en deze rol werd ook bediscussieerd in de werkgroep meetings. Actuele onderwerpen rondom 'Vast aanspreekpunt voor de oncologische patiënt' (lopend project van Roos Schrijer en Brigit Kistemaker, V&VN Oncologie ism IKNL, MFK, IGJ)

Hieronder is de flowchart opgenomen (Souwer et al., 2018).



^aPsychosocial stress in the oncologic practice[20]. ^bISAR-HP and G8 screenings tools [14,15]. ^cBasal Metabolic Rate [16]. ^dDutch national guidelines [21]. ^eWhen deemed safe. ^fPatients in a rehabilitation center were evaluated on location.

6.Conclusies

Het huidige inventarisatierapport beschrijft welke inspanningen zijn geleverd door de leden van de Tumorwerkgroep Gastro Enterologie-Colorectaal in de afgelopen 1,5 jaar. De werkgroep verzamelde voorbeelden van best practices op het gebied van ontwikkelde zorgpaden voor geriatrische patiënten met een colorectaal carcinoom. Een algemene vraagstelling werd geformuleerd:

Wat is de status van de huidige geriatrische zorgpaden voor patiënten ouder dan 70 jaar die worden behandeld vanwege een colorectale maligniteit in de centra die worden vertegenwoordigd in de Tumorwerkgroep GE-CRC van de V&VN?

Hierop volgden: inhoudelijke discussies tijdens de werkgroep vergaderingen, een inventariserende enquête en nadien een reflectie op de uitkomsten. Parallel werden landelijk presentaties verzorgd vanuit de Tumorwerkgroep op de oncologiedagen en op het voorjaarscongres VSO.

Inhoudelijk kan concluderend worden gerapporteerd, dat binnen alle centra van de tumorwerkgroepleden GE-CRC overal screening op kwetsbaarheid plaatsvindt bij patiënten vanaf 70 jaar die gediagnosticeerd zijn met een colorectaal carcinoom. Echter, er zijn grote verschillen in de routing die patiënten doorlopen vanaf diagnostiek tot en met de nazorg. De geriater heeft een steeds grotere rol verworven binnen het multidisciplinaire behandelteam en dit wordt als zeer waardevol gezien. Interventies die worden ingezet om de situatie van patiënt te verbeteren vinden vooral plaats op het gebied van het voeding en beweging. Indien het doel van de interventie niet is behaald, is dit voor een krappe meerderheid een reden om een operatie of de start van chemotherapie uit te stellen. De rol van een GOV of een VS als aanspreekpunt en/of casemanager wordt als meerwaarde gezien, zeker als deze rol door de verschillende specialismen kan worden vervuld.

Naast de inhoudelijke resultaten concluderen we, dat de vraagstelling breed werd geformuleerd. Uitgangspunt was de werkwijze van de Tumorwerkgroep, waarin onderlinge deskundigheidsbevordering en het netwerken centrale doelstellingen zijn geweest. Deze doelstellingen zijn naar grote tevredenheid ook behaald. De werkgroep bijeenkomsten zijn als 'leerzaam' benoemd; voorbereidende werkzaamheden door de leden afzonderlijk of in samenwerking bleken tijdrovend en arbeidsintensief te zijn geweest, maar leverden de gewenste kennis op die gedeeld werd in de bijeenkomsten. De deelname aan de revisie van de Landelijke Oncologische Richtlijn Colorectaal carcinoom door één van onze leden werd als zeer waardevol gezien. Zo worden de laatste nieuwe inzichten direct gedeeld en op deze wijze dragen de Tumorwerkgroepen bij aan directe implementatie in de praktijk.

Concluderend:

- Brede vraagstelling bij aanvang
- Parallele (landelijke) richtlijn ontwikkelingen
- Leerzame werkgroep bijeenkomsten
- Tijdrovend en arbeidsintensief
- Praktijk = best practice
- Mondiaal vervolg SIOG survey!
- >> Geriatrische patiënt vraagt om maatwerk!

Met deze rapportage wil de Tumorwerkgroep bijdragen aan de kennis en kunde over de zorg voor geriatrische patiënten met een colorectaal carcinoom. Een flowchart die kan dienen als 'voorbeeld zorgpad' is opgenomen in dit rapport, waarmee een praktische handreiking wordt gedaan aan alle

centra die een geriatrisch zorgpad willen ontwikkelen. Duidelijk mag zijn dat meer verpleegkundig onderzoek nodig zal zijn om de zorg voor de zorg te leveren aan kwetsbare ouderen op basis van de best mogelijke evidence. De geriatrische patiënt vraagt immers om maatwerk.

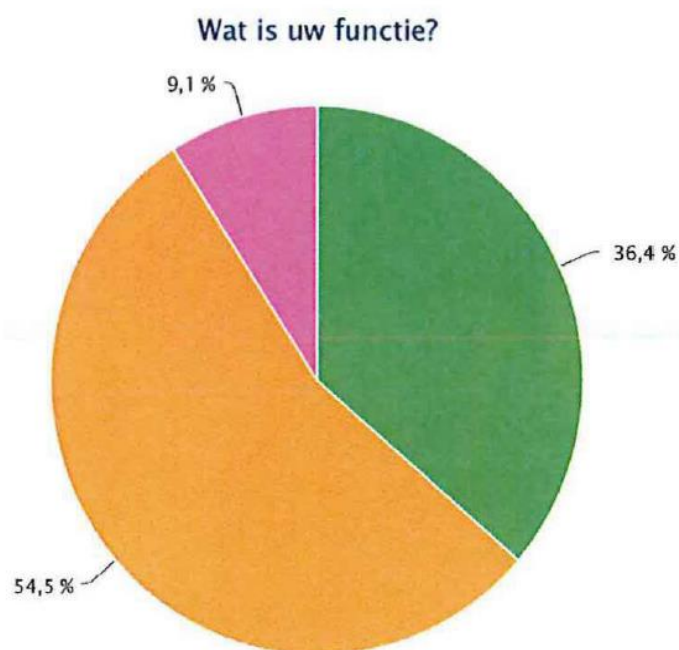
Literatuur:

- Op 11-4-2019 ontleend aan: www.cijfersoverkanker.nl
- Op 11 april 2019 ontleend aan: <https://iknl.nl/over-iknl/nieuws/nieuws-detail/2016/03/11/darmkanker-een-ziekte-die-mensen-vooral-treft-op-oudere-leeftijd>
- Op 10 juli 2019 ontleend aan <http://www.oncologieverpleging.nl/vvn-oncologie>

- American Geriatric Society, 2012.
- Rooijen, van. S., et al. (2019). Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer* 19:98. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5232-6>
- Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics. *CA A Cancer J Clin* 2014;64:104e17 (2014).
- Smith BD, Smith GL, Hurria A, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. *J Clin. Oncol* 2009;27:2758e65.
- Souwer E.T.D., et al. (2018). Comprehensive multidisciplinary care program for elderly colorectal cancer patients: "From prehabilitation tot independence". *European Journal of Surgical Oncology*, 2018, 1-7.

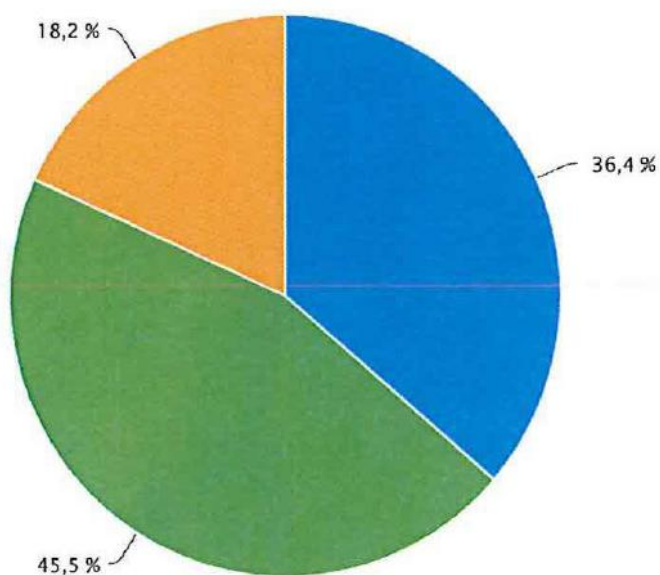
Bijlage I: Uitkomsten enquête

1 Wat is uw functie?



● verpleegkundige ● gespecialiseerd verpleegkundige ● verpleegkundig specialist ● Andere

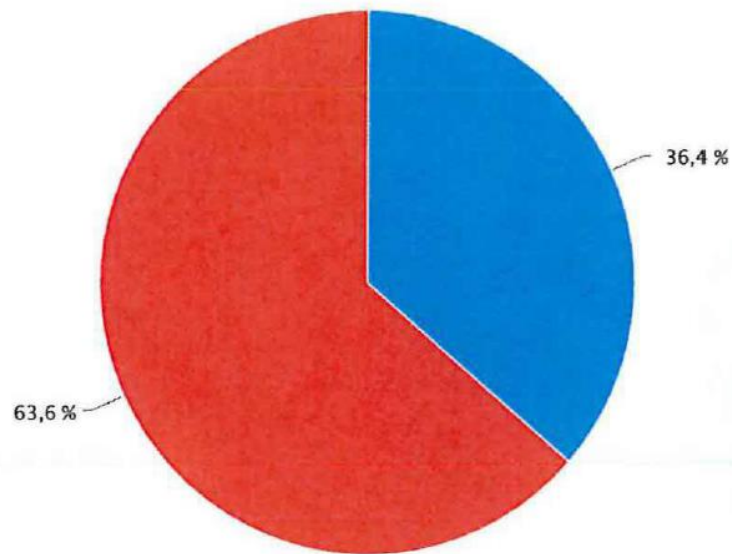
In welke regio bent u werkzaam? (conform landelijke vakantie-indeling



● Noord ● Midden ● Zuid

3 Waar/ wat is uw werkplek

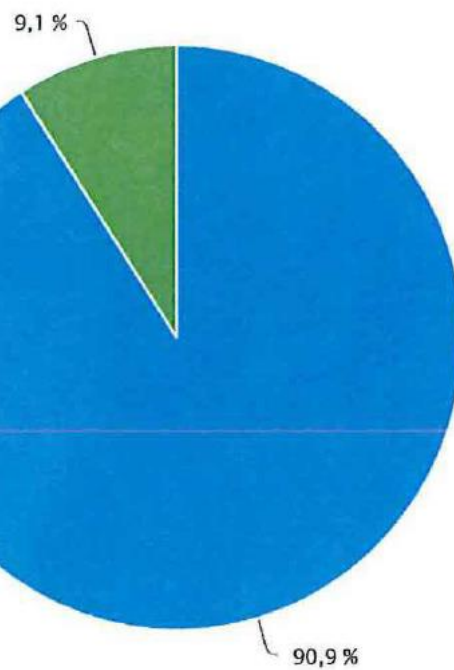
Waar/ wat is uw werkplek



● poli chirurgie ● poli MDL ● poli interne/ oncologie ● klinische afdeling ● Anders nl

4 Vindt er screening plaats op kwetsbaarheid

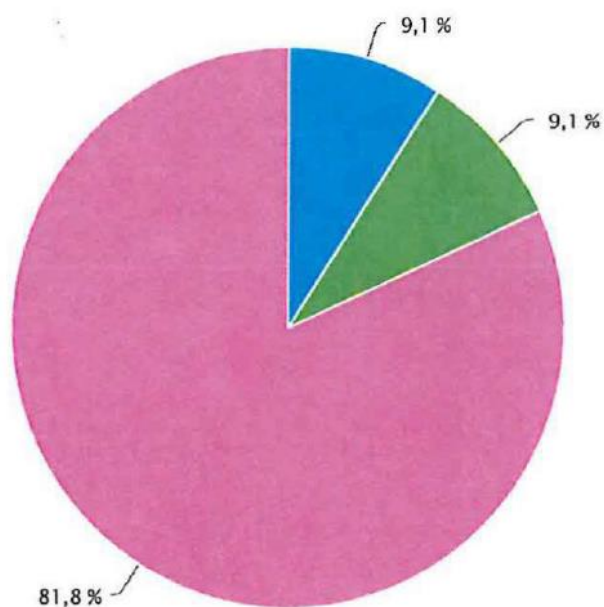
Vindt er screening plaats op kwetsbaarheid



● ja ● nee ● weet niet

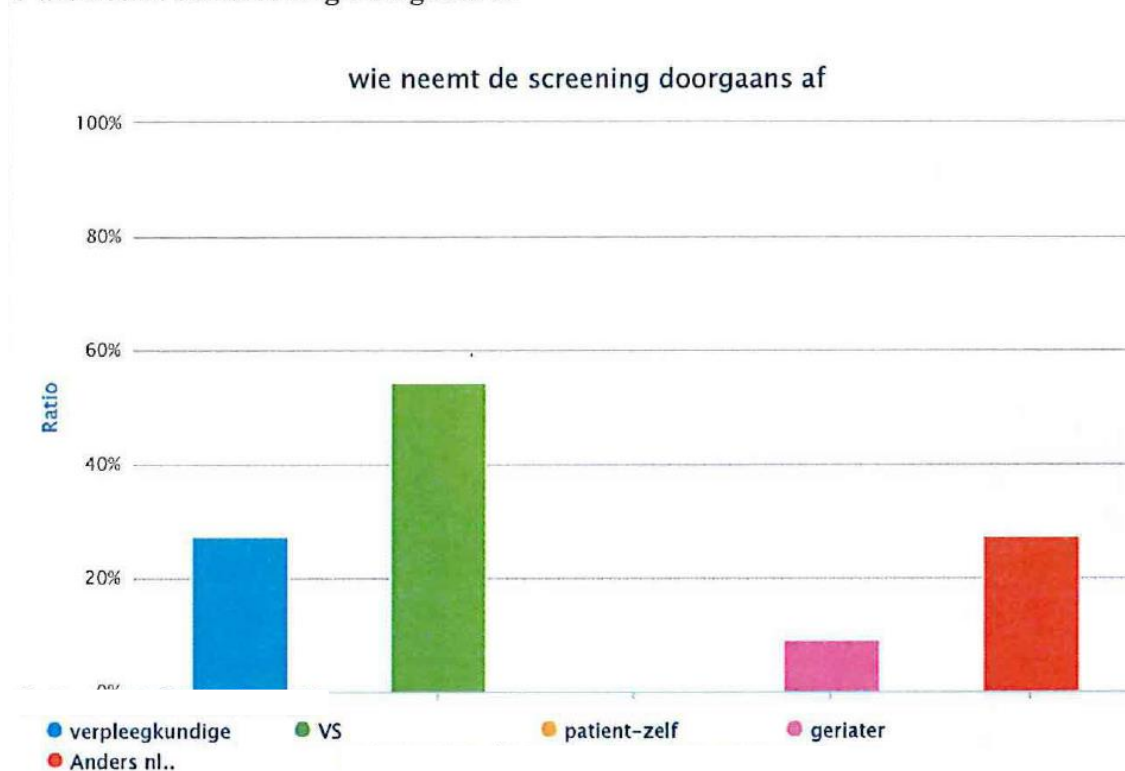
5 Vanaf welke leeftijd vindt er screening op kwetsbaarheid plaats

Vanaf welke leeftijd vindt er screening op kwetsbaarheid plaats



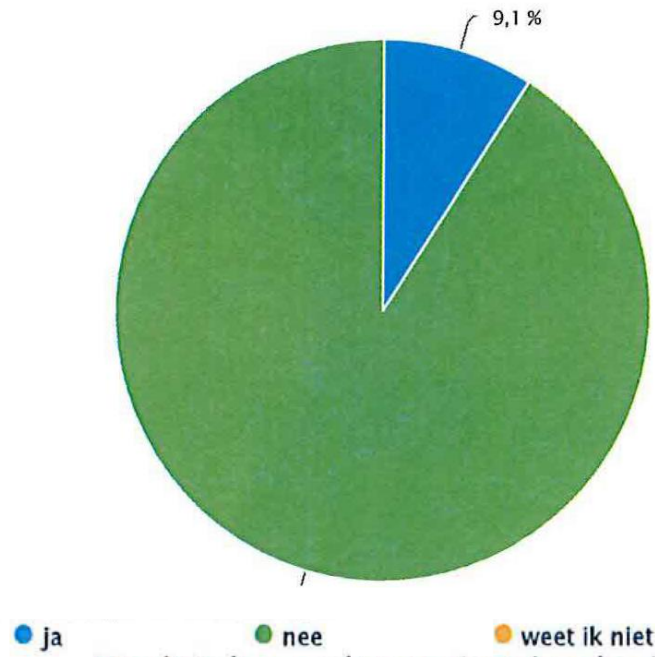
● op indicatie ● vanaf 60 jaar ● vanaf 65 jaar ● vanaf 70 jaar ● er vindt geen screening plaats

6 wie neemt de screening doorgaans af



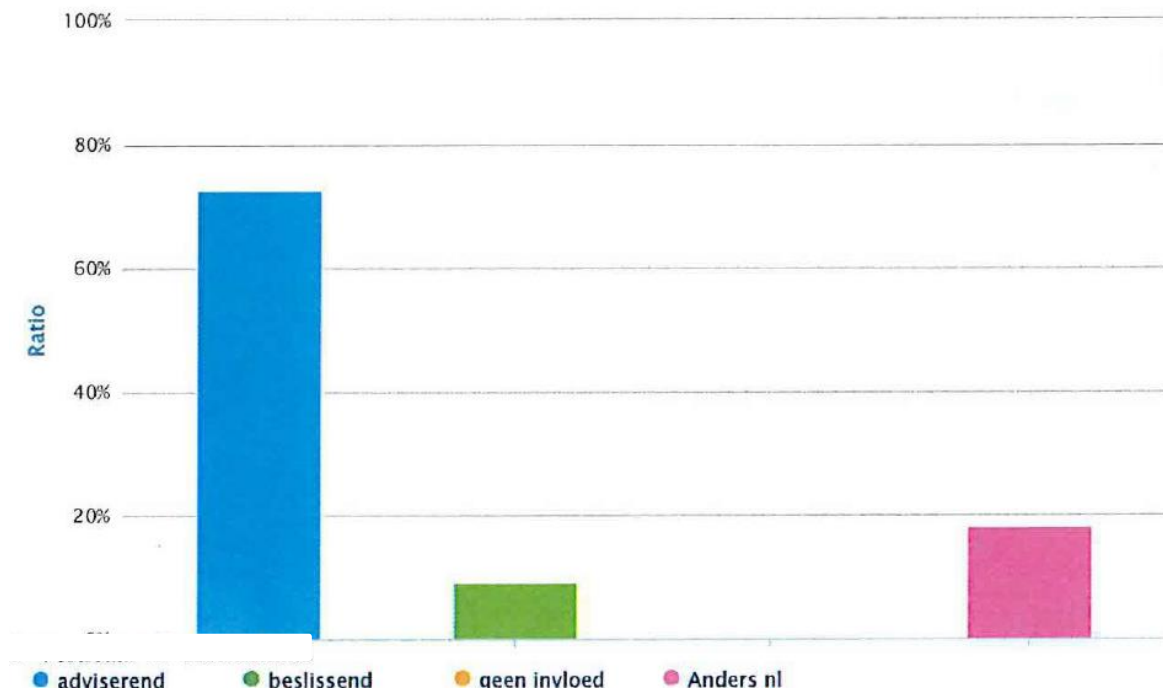
(10)

Wordt iedere oudere patient (op basis van leeftijd) standaard gezien door geriatr/ SOG?



(13)

hoe beoordeelt u de rol van geriatr/ SOG als medebehandelaar



Het geriatrisch zorgpad CRC

Inventarisatie ronde

TWG GE oncologie – CRC



4-10-2013

1

Aanleiding

1. Toename geriatrische patiënten en colorectale chirurgie
2. Normen SONCOS – IGJ – VMS
3. GOV en VS als casemanager

Centra zijn zoekende!

TWG: behoefte om kennis & kunde te delen!



4-10-2013

2

Vraagstelling werkgroep

Wat is de status van de huidige geriatrische zorgpaden voor patiënten ouder dan 70 jaar die worden behandeld vanwege een colorectale maligniteit in de centra die worden vertegenwoordigd in de Tumorwerkgroep GE-CRC van de V&VN?

4-10-2013

3

Aanpak

- Formeren subwerkgroep TWG V&VN
- TWG bijeenkomsten ter bespreking
- Survey
- Verzamelen best practices
- Inventarisatie rapport
- Presentatie oncologie dagen en VO-VS
- Deelname SIOG



4-10-2013

4

Resultaten enquête (n=11)

- Functie GOV (4), VS (6) anders (1 = VIOS)
- Werkplek: poli chirurgie (4) anders (7 = oncologie of GIOCA)
- Begeleiding poliklinisch geriatrisch patiënt: GOV (4), VS(5), arts (3), anders (1)



4-10-2013

5

Resultaten enquête (n=11)

- Screening op kwetsbaarheid (10)
- Screening > 70 jaar (9) > 60 jr (1) en anders nl > 75 (1)
- Screening door een VS (6), GOV (3) en 3 maal anders (bij opname vpk / geriater zelf)
- Screening direct bij diagnose na scopie (6)
- Screening met G8/ISAR HP (2) Must/Snaq (1), anders (8)

- Geriater nog niet standaard bij MDO aanwezig en met name adviserende rol (niet aanwezig: 7/11)

- Interventies vnl. gericht op voeding en bewegen
- Indien doel van optimalisatie niet behaald > bij krappe meerderheid (6) reden om operatie/behandeling uit te stellen

4-10-2013

6

Resultaten

'Is uw rol als zorgverlener hetzelfde voor jongere patiënten met dezelfde aandoening?'

> ja (5) nee (1) anders (5)



4-10-2013

7

Resultaten Richtlijn (kwetsbare patiënt CRC)

Bespreek iedere oudere patiënt in MDO
*met aandacht voor het risico van behandeling, tumorkenmerken,
én patiëntkenmerken zoals co morbiditeit, functionele status,
psychosociaal en cognitief functioneren en voedingsstatus.*

Communiceer advies
*op een zorgvuldige, begrijpelijke wijze met patiënt en naasten,
met eventueel een tweede gesprek enkele dagen later.*

Aandacht voor patiënten preferenties en levensverwachting,
concurrerende doodsoorzaken?
*behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven bij de
afweging tussen effectiviteit en toxiciteit.*

4-10-2013

8

Prehabilitatie in de richtlijn 2019

Aanbevelingen

Adviseer alle patiënten die in afwachting zijn van een colorectale resectie om te blijven bewegen, voldoende en gevarieerd te eten, en te stoppen met roken en alcohol.

Verwijs patiënten met een verminderde voedingstoestand preoperatief naar een diëtiste voor voedingsinterventie.

Bied uni- of multimodale prehabilitatieprogramma's alleen aan in onderzoeksverband, gezien vooralsnog onvoldoende duidelijkheid over hoe een dergelijk programma vorm gegeven moet worden en welke patiëntengroepen hiervan kunnen profiteren.

4-10-2013

9

Geriatrische patiënt vraagt om maatwerk!



4-10-2013

10

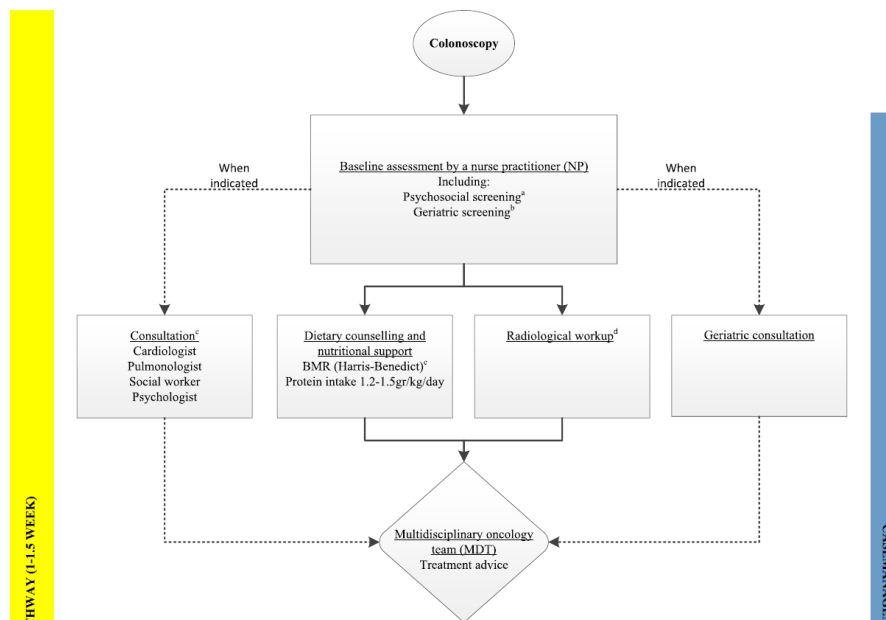
Conclusies

- Te brede vraagstelling bij aanvang
- Parallele richtlijn ontwikkelingen
- Leerzame werkgroep bijeenkomsten
- Tijdrendend en arbeidsintensief
- Praktijk = best practice
- Richtlijn ontwikkeling landelijk
- Mondiaal vervolg SIOG survey!
- >> Geriatrische patient vraagt om maatwerk!

4-10-2013

11

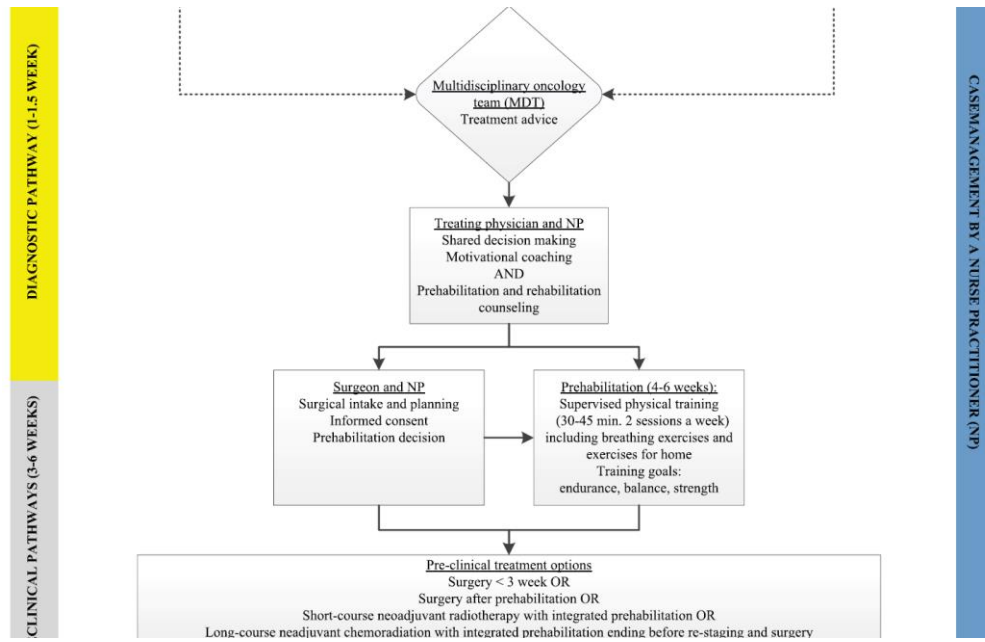
Flowchart diagnostiek MDL (I)



4-10-2013

12

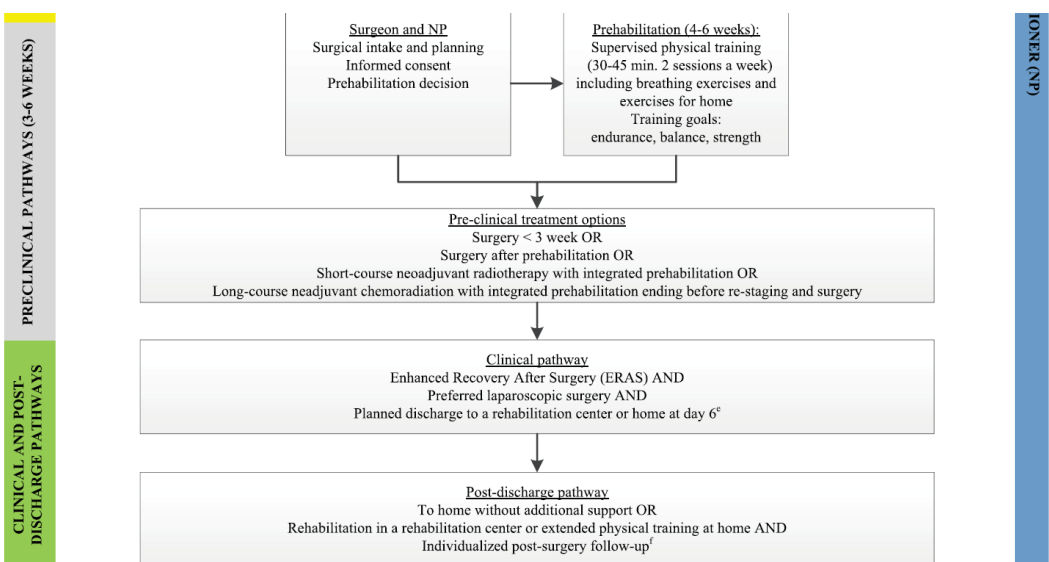
Flowchart preklinisch (II)



4-10-2013

13

Flowchart klinisch + FU + nazorg (III)



^aPsychosocial stress in the oncologic practice[20]. ^bISAR-HP and G8 screenings tools [14,15]. ^cBasal Metabolic Rate [16]. ^dDutch national guidelines [21]. ^eWhen deemed safe. ^fPatients in a rehabilitation center were evaluated on location.

4-10-2013

14

Mondiale survey!

The goal is to gather nursing perspectives concerning the role of nurses in addressing age-related concerns in oncology practice, research, leadership, and policy.

<https://surveys.nursing.utoronto.ca/292999?lang=en>

Dr. Martine Puts, the principal investigator, at the Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto at +1 416-978-6059

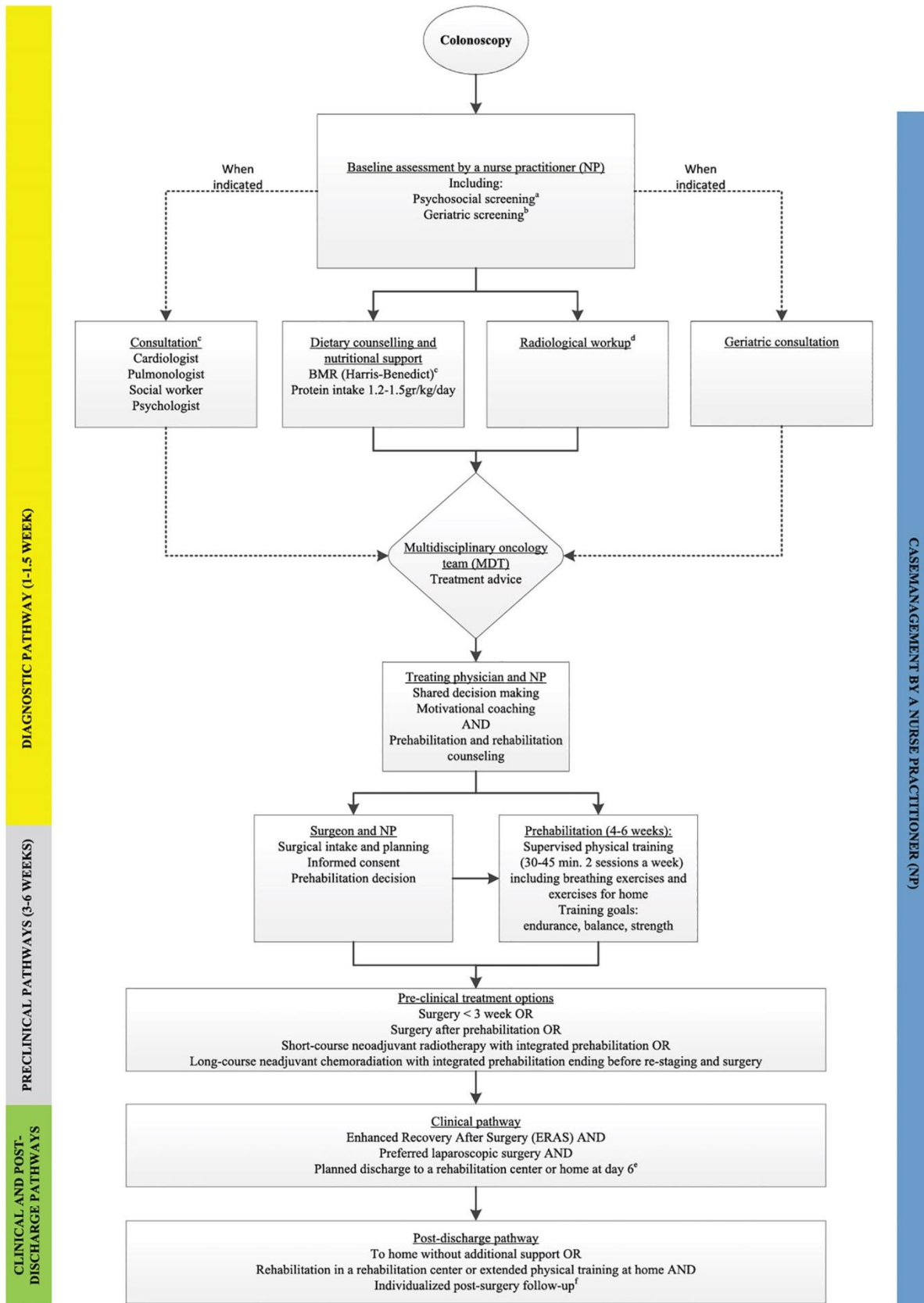
4-10-2013

15

Rapport volgt..... Website V&VN

N. Hoogerbrugge, S. Dokter, B. Smeenk, I. van der Veecken, J.C. de Goeijen, M. Janse, S. de Bruijn

Bijlage III: Flowchart care pathway



^aPsychosocial stress in the oncologic practice[20]. ^bISAR-HP and G8 screenings tools [14,15]. ^cBasal Metabolic Rate [16]. ^dDutch national guidelines [21]. ^eWhen deemed safe. ^fPatients in a rehabilitation center were evaluated on location.