

## Presentatie 4.3

### Gesprekken met de huisarts over behandeldoelen: de OPTion-RCT (74)

M.E. Stegmann<sup>1</sup>, D. Brandenburg<sup>1</sup>, A.K.L. Reyners<sup>1</sup>, W.H. Van Geffen<sup>2</sup>, T.J.N. Hiltermann<sup>1</sup>, A.J. Berendsen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMCG, GRONINGEN, Nederland

<sup>2</sup>Medisch Centrum Leeuwarden, LEEUWARDEN, Nederland

Oudere patiënten met kanker vinden het vaak lastig om deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming. Toch is het juist voor hen belangrijk omdat enerzijds lang niet alle patiënten levensverlenging een belangrijk doel van hun behandeling vinden en anderzijds oudere patiënten door hun kwetsbaarheid soms meer negatieve effecten van behandelingen ervaren.

Wat is het effect van een gesprek met de OPT (Outcome Prioritization Tool) tussen de patiënt en de huisarts?

In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek includeerden we patiënten  $\geq 60$  jaar met niet meer te genezen kanker die een behandelbeslissing moesten nemen met een oncoloog. De interventiegroep had voor het nemen van de beslissing een gesprek met hun huisarts, waarin ze de OPT gebruikten. De OPT is een gesprekshulp waarbij de patiënt de doelen levensverlenging, onafhankelijkheid bewaren, pijn verminderen en andere symptomen verminderen waardeert en prioriteert. De controlegroep kreeg reguliere zorg.

Primaire uitkomstmaat was decision self-efficacy (DSE), het vertrouwen in het vermogen om mee te beslissen (empowerment). Secundaire uitkomstmaten waren symptomen van angst, somberheid en vermoeidheid. Daarnaast werden in de interventiegroep de ervaringen van patiënten en huisartsen verzameld.

We includeerden 145 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 74 jaar.

We vonden geen verschil op empowerment tussen de OPT-groep (DSE  $86.8 \pm 18.2$ ) en de controlegroep (DSE  $84.2 \pm 17.6$ ;  $p=0.47$ ). In de OPT-groep had een niet-significant kleiner aantal patiënten laag empowerment (17.0% vs 23.0%;  $p=0.50$ ), maar ze hadden significant lagere scores voor angst ( $6.0 \pm 4.6$  vs  $7.6 \pm 4.4$ ;  $p < 0.05$ ) en minder vermoeidheid (57.6% vs 72.1%;  $p=0.05$ ).

In de OPT-groep vond 29% van de patiënten levensverlenging het meest belangrijk. Voor onafhankelijkheid bewaren, pijn verminderen en andere symptomen verminderen was dit respectievelijk 32%, 21% en 3%. 16% koos meer dan een doel als belangrijkste. Van de patiënten gaf 45% aan dat het OPT-gesprek hen had geholpen bij het nemen van de behandelbeslissing en 33% van de huisartsen rapporteerden dat het gesprek hen nieuwe inzichten had opgeleverd.

Een OPT-gesprek over generieke behandeldoelen tussen patiënten en hun huisarts is geassocieerd met minder angst en vermoeidheid, maar had geen invloed op empowerment van de patiënt. Het toevoegen van de OPT-gesprekken aan de zorg zou kunnen bijdragen aan op de patiënt toegespitste zorg.

#### Is de studie al afgerond?

Ja.

#### Is de studie op basis van huisartsendata?

De patiënten uit deze studie werden allemaal behandeld in het ziekenhuis. Patiënten in de interventiegroep hadden een gesprek met hun huisarts en deze vulde ook een evaluatieformulier in.

#### Hoe komt het thema samenwerking aan de orde?

De studie illustreert dat niet alleen medisch specialisten maar ook huisartsen een rol kunnen spelen in het besluitvormingsproces rondom een behandelbeslissing bij oudere patiënten met kanker.

#### Wat wil je vragen?

Zijn de bevindingen uit deze studie herkenbaar? Wat zijn de ervaringen van huisartsen met het spreken over doelen? En met het communiceren hierover naar de tweede lijn?

#### Samenvatting

Een gesprek met de huisarts over wat voor een oudere patiënt met niet meer te genezen kanker het meest belangrijke doel is, kan de patiënt helpen bij de behandelbeslissing. Bovendien hebben patiënten die dit gesprek voeren minder angst dan patiënten die dat niet voeren.