

Geriatrische oncologie in Nederland: een enquête naar de huidige zorg, knelpunten en mogelijkheden tot verbetering

Geriatric oncology in the Netherlands: a survey of current care, obstacles and possible areas of improvement

drs. A.H.W. Schiphorst¹, drs. J.M. Jonker², dr. C.H. Smorenburg³, prof. dr. H. Struikmans⁴, drs. T. Rozema⁵, dr. A. Pronk⁶, dr. J.E.A. Portielje⁷ en dr. M.E. Hamaker⁸

Samenvatting

Doel: Het doel van deze studie is het inventariseren van de huidige geriatrisch oncologische zorg voor oudere kankerpatiënten in Nederland, potentiële knelpunten bij de implementatie van een geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker en de mogelijkheden voor verbetering.

Method: Een internet-enquête werd verstuurd naar 1.726 Nederlandse internist-oncologen, geriateren, oncologisch chirurgen en radiotherapeut-oncologen.

Resultaten: Het responspercentage was 35%. Volgens de helft van de respondenten wordt een vorm van geriatrische evaluatie bij oudere kankerpatiënten uitgevoerd, deels routinematig (37%), maar regelmatig ad hoc (35%). Volgens de respondenten zou een meer structurele beoordeling van ouderen met kanker en een betere incorporatie van de resultaten hiervan in de besluitvorming de geriatrisch oncologische zorg verder kunnen verbeteren. Hierbij lijkt een intensievere samenwerking tussen oncologisch specialisten en geriateren wenselijk.

Van de respondenten zonder geriatrisch oncologische zorg, geeft 83% aan geïnteresseerd te zijn in het invoeren van een vorm van geriatrische oncologie, vooral voor optimale selectie en ondersteuning van ouderen en het kunnen leveren van maatwerk. Prioritering is echter een veel genoemd obstakel (40%) en ruim een derde van de respondenten is onzeker over de vorm waarin geriatrische oncologie geïmplementeerd zou moeten worden.

Conclusie: Een vorm van geriatrische evaluatie van oudere kankerpatiënten is bij 50% van de respondenten ingevoerd, maar er is behoefte aan een meer structurele geriatrische beoordeling. Interesse voor geriatrische evaluaties van deze patiënten is groot, maar er bestaat nog veel onduidelijkheid over de vormgeving. Om de implementatie van geriatrische oncologie succesvol te laten verlopen, zal samenwerking nodig zijn tussen oncologische en geriatrische specialisten.

(*Ned Tijdschr Oncol* 2014;11:293-300)

Summary

Objectives: The objective of this study was to investigate the current use of geriatric care for elderly cancer patients in the Netherlands and explore potential areas of improvement and obstacles in the implementation of a geriatric evaluation prior to oncologic treatment.

Methods: A web-based survey was sent to 1,726 medical oncologists, geriatricians, surgical oncologists and radiation oncologists in the Netherlands.

Results: Overall response rate was 35%. Half of all respondents reported that some form of geriatric evaluation

¹aios heelkunde, afdeling Heelkunde, Diaconessenhuis, Utrecht, ²klinisch geriater, afdeling Geriatrie, Rijnland Ziekenhuis, ³internist-oncoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Antoni van Leeuwenhoek, ⁴radiotherapeut-oncoloog, afdeling Radiotherapie, Medisch Centrum Haaglanden en afdeling Klinische Oncologie, Leids Universitair Medisch Centrum, ⁵radiotherapeut-oncoloog, afdeling Radiotherapie, Instituut Verbeeten, ⁶chirurg, afdeling Heelkunde, Diaconessenhuis, Utrecht, ⁷internist-oncoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Haga Ziekenhuis, ⁸klinisch geriater, afdeling Geriatrie, Diaconessenhuis, Utrecht en Zeist. Correspondentie graag richten aan mw. dr. M.E. Hamaker, Diaconessenhuis, afdeling Klinische Geriatrie, Diaconessenhuis Utrecht en Zeist, Professor Lorentzlaan 76, 3707 HL Zeist, tel.: [...], e-mailadres: mhamaker@diakhuis.nl

Trefwoorden: chirurgie, enquête-onderzoek, geriatrie, geriatrische oncologie, oncologische zorg, ouderen, radiotherapie

Keywords: cancer care, elderly, geriatric oncology, geriatrics, oncology, radiotherapy, surgery, survey-study

is currently implemented at their hospital; approximately one-third stated that elderly are routinely assessed for the presence of geriatric impairments, while 35% reported that evaluations are performed on an ad hoc basis only. Many respondents felt that current care could be improved by a closer collaboration between cancer specialists and geriatricians, routine geriatric evaluations for all elderly cancer patients, and greater incorporation of its results in oncologic decision-making. Of respondents not using a geriatric evaluation, 83% stated to be interested in its implementation, although 40% said this

was currently not their priority and over one-third reported to be unsure of the best format. For over 25%, time constraints were also a significant obstacle.

Conclusion: Our survey demonstrates that one-third of all cancer specialists and geriatricians in the Netherlands use a geriatric evaluation in their care for older cancer patients, or are interested in introducing a geriatric oncology programme. A routine evaluation and closer collaboration between cancer specialists and geriatricians is imperative to successfully optimise care for the growing number of elderly cancer patients.

Inleiding

Uit Nederlandse kankerstatistieken blijkt dat in 2011 meer dan 30.000 nieuwe kankerpatiënten ouder waren dan 75 jaar, een stijging van 44% in de laatste 10 jaar.¹ Door de toenemende levensverwachting zal de kankerincidentie bij ouderen de komende decennia nog verder oplopen.²

In de zorg voor ouderen met kanker worden artsen geconfronteerd met een aantal dilemma's. Voor zorgverleners is het maken van een optimale therapiekeuze voor oudere kankerpatiënten moeilijk door het ontbreken van relevante literatuurgegevens. Richtlijnen zijn immers gebaseerd op studies waarin ouderen en patiënten met comorbiditeit veelal werden geëxcludeerd.^{3,4} Veroudering is echter een individueel proces, dat gepaard gaat met toenemende comorbiditeit, afname van fysieke reserves, beperkingen en geriatrische aandoeningen.⁴ Behandeling van ouderen met kanker is dan ook maatwerk, waarvoor een grondige evaluatie nodig is van de algemene gezondheidstoestand, relevante tumorkenmerken en wensen van de patiënt. Ook ouderen zouden willen dat hun individuele situatie, samen met bijkomende ziekten en psychosociale status, meer aandacht krijgt binnen het oncologisch behandelproces en de besluitvorming hieromtrent.⁵ Daarnaast geven artsen aan dat er in hun opleiding te weinig aandacht is voor geriatrische onderwerpen.⁶⁻⁸ Kennis over de optimale zorg voor ouderen schiet hierdoor tekort en besluitvorming over het beleid bij ouderen met kanker wordt als moeilijk ervaren.

Om deze redenen wordt in de oncologische literatuur in toenemende mate gepleit voor een evaluatie van geriatrische domeinen als onderdeel van de standaard voorbereiding van kankerbehandelingen bij ouderen.^{9,10} Uit onderzoek blijkt dat een dergelijke geriatrische evaluatie niet eerder onderkende aandoeningen aan het licht brengt en daarmee kan dienen als leidraad voor behandelkeuzes.^{11,12} Het doel van deze studie is het inventariseren van 1) de huidige zorg voor de oudere oncologische patiënt in Nederland en het gebruik van geriatrische evaluaties

daarbij, 2) potentiële knelpunten bij de implementatie van een geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker en 3) de mogelijkheden voor verbetering.

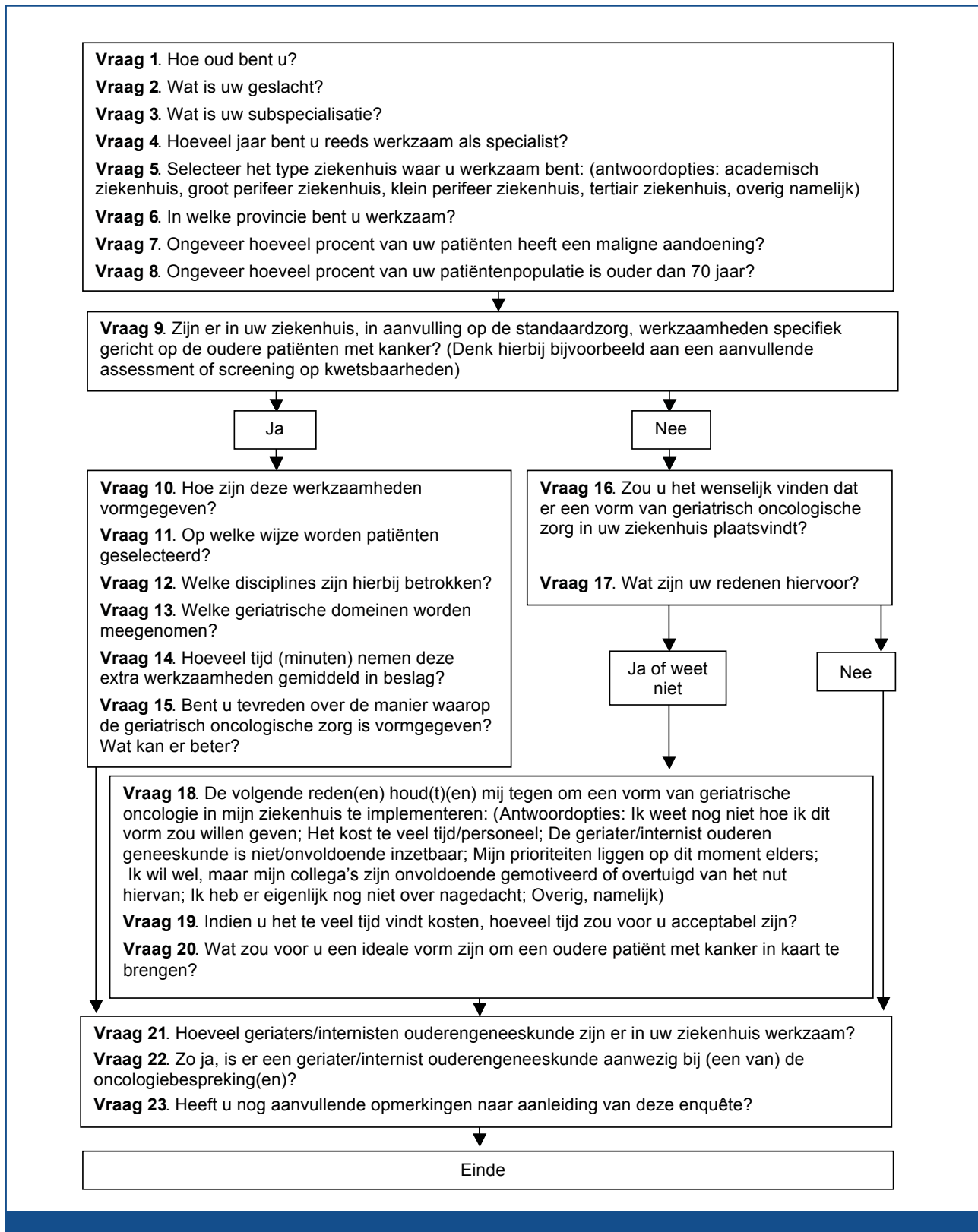
Methode

Wij ontwikkelden een internet-enquête met software van SurveyMethods (www.surveymethods.com). De inhoud van deze enquête is te vinden in *Figuur 1*. In het eerste deel van de enquête wordt de wijze van evaluatie van oudere patiënten voorafgaand aan oncologische behandeling uitgevraagd; het tweede deel richt zich op de tevredenheid over de huidige zorg, de mogelijkheden voor verbetering en de knelpunten voor het routinematig invoeren van een geriatrische evaluatie. Vragen waren deels open en deels meerkeuze; antwoordmogelijkheden van meerkeuzevragen zijn terug te vinden in *Figuur 1*. Deze enquête werd tussen 2012 en 2014 achtereenvolgens naar 4 groepen oncologisch en geriatrisch specialisten verzonden: internist-oncologen lid van de Nederlandse Vereniging van Medische Oncologie (NVMO), gerieters en internisten-ouderengeneeskunde geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Klinische Gerieters (NVKG), oncologisch chirurgen lid van de Nederlandse Vereniging van Chirurgische Oncologie (NVCO) en de Nederlandse Vereniging van Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC), en radiotherapeut-oncologen lid van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO). Gegevens van gerieters en internisten-ouderengeneeskunde werd samengevoegd onder de noemer 'gerieters'. Antwoorden op open vragen werden gecategoriseerd door 2 auteurs (AS en MH). Statistische analyses werden niet verricht, alleen beschrijvende statistiek werd gebruikt.

Resultaten

Karakteristieken van respondenten

Het totale responspercentage was 35%. De enquête werd ingevuld door 267 van de 858 aangeschreven oncologisch chirurgen (31%), 127 van de 394 internist-oncologen (32%), 113 van de 251 radiotherapeut-oncologen (45%)



Figuur 1. Inhoud van de enquête.

en 95 van de 223 geriater (43%). Karakteristieken van de 602 respondenten zijn weergegeven in *Tabel 1*, pagina 296. De meerderheid is werkzaam in een groot perifeer ziekenhuis en heeft 1 of meer geriater werkzaam in het ziekenhuis. Respons kwam uit alle Nederlandse provincies.

Geriatrische evaluatie van ouderen met kanker

De helft van de respondenten geeft aan gebruik te maken van een geriatrische evaluatie bij oudere patiënten met kanker (zie *Figuur 2*, pagina 297); dit percentage varieerde van 65% bij oncologen tot 27% bij de radiotherapeut-

Tabel 1. Karakteristieken van respondenten.

	Totaal (n=602)	Chirurgen (n=267)	Internist- oncologen (n=127)	Radiotherapeut- oncologen (n=113)	Geriaters (n=95)
Responspercentage	35%	31%	32%	45%	43%
Mediane leeftijd respondenten	45 jaar	45 jaar (30-75 jaar)	46 jaar (29-64 jaar)	45 jaar (27-76 jaar)	44 jaar (31-63 jaar)
% vrouw	43%	27%	48%	50%	72%
Type ziekenhuis					
Klein perifeer	21%	22%	25%	0%	36%
Groot perifeer	45%	55%	32%	27%	53%
Academisch	25%	17%	35%	50%	6%
Tertiair/categoriaal	4%	4%	5%	11%	3%
Overig	3%	<1%	2%	12%	0%
Mediaan % patiënten ≥70 jaar	40%	40% (5-80%)	40% (5-75%)	40% (15-80%)	*
Aantal geriaters werkzaam in uw ziekenhuis					
0	12%	11%	12%	27%	1%
1-2	23%	30%	23%	12%	18%
3-4	24%	20%	29%	17%	36%
5 of meer	22%	19%	16%	20%	42%
Niet genoemd	19%	22%	20%	24%	3%

* Deze vraag werd niet aan geriaters gesteld

oncologen (zie *Figuur 3*). Ruim een derde hiervan stelt dat dit bij alle ouderen met kanker wordt verricht (routinematig) en volgens 35% gebeurt dit alleen op indicatie (ad hoc). Oncologisch chirurgen en radiotherapeut-oncologen geven aan hun patiënten voor deze evaluatie naar de geriaters te verwijzen, terwijl driekwart van de oncologen de routinematige geriatrische evaluaties zelf verricht en alleen op indicatie doorverwijst.

Van alle respondenten bij wie geriatrische evaluatie plaatsvindt (50% van 602) geeft 94% aan dat in de evaluatie 4 of meer geriatrische domeinen worden meegenomen (zoals cognitie, voedingsstatus, mobiliteit enzovoort); 52% van alle respondenten neemt 8 of meer domeinen mee (geriaters 85%). In totaal wordt gerapporteerd dat deze activiteiten mediaan 30 minuten in beslag nemen, echter met een spreiding van 1 minuut tot een dagopname (chirurgen rapporteren mediaan 30 minuten, internist-oncologen 20 minuten, radiotherapeut-oncologen 14 minuten, geriaters 83 minuten).

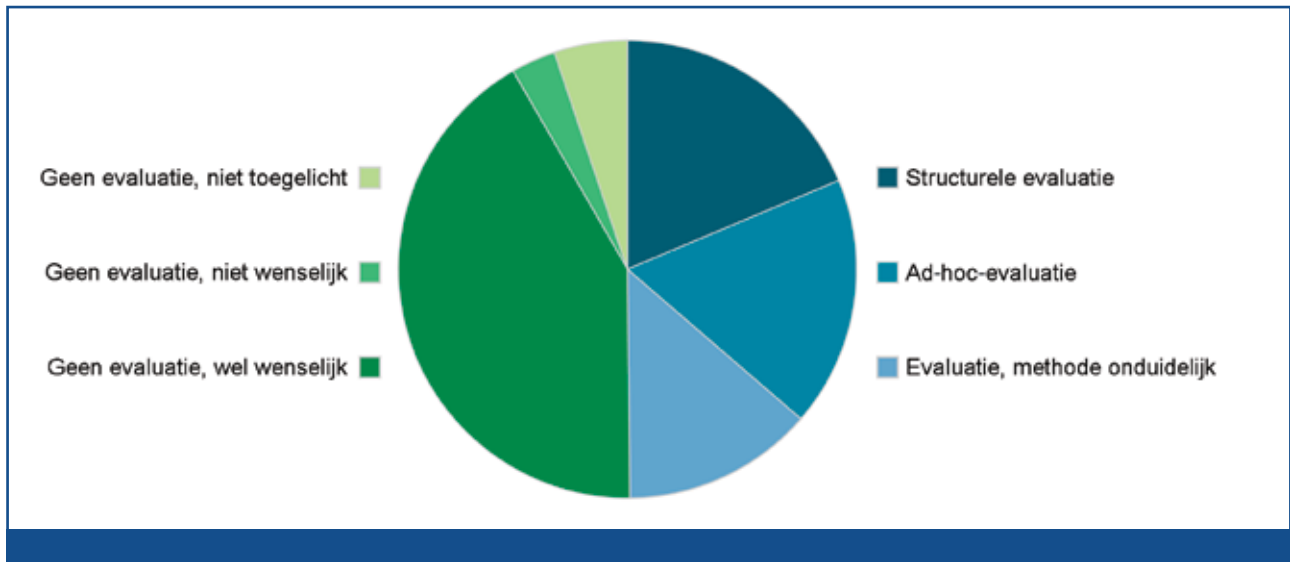
Mogelijkheden voor verbetering

Van de respondenten die antwoorden dat er een vorm van geriatrische evaluatie wordt verricht, geeft 35% aan niet tevreden te zijn over de zorg (chirurgen 24%, internist-

oncologen 44%, radiotherapeut-oncologen 47%, geriaters 48%). Een aantal genoemde redenen hiervoor zijn: de geriatrische evaluatie zou meer routinematig onderdeel moeten zijn van de oncologische zorg voor ouderen in plaats van op ad-hoc-basis te worden ingezet (40%), de evaluatie zou beter of anders moeten worden uitgevoerd (20%), het resultaat van de evaluatie is niet optimaal geïncorporeerd in de oncologische besluitvorming (13%) en er moet meer wetenschappelijke onderbouwing komen (4%). Daarnaast stelt 46% van de respondenten dat een intensievere samenwerking tussen oncologisch specialisten en geriaters wenselijk is, bijvoorbeeld in de vorm van aanwezigheid van een geriaters bij het multidisciplinaire oncologisch overleg (MDO). Overigens geeft 80% van de respondenten aan dat op dit moment zelden of nooit een geriaters aanwezig is bij het MDO.

Obstakels voor het implementeren van een geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker

De helft van alle respondenten stelt dat bij ouderen met kanker geen geriatrische evaluatie plaatsvindt (zie *Figuur 2*). Slechts 6% hiervan geeft aan dergelijke zorg ook niet wenselijk te vinden (chirurgen 6%, internist-oncologen 9%, radiotherapeut-oncologen 6% en geriaters 5%; zie *Figuur 3*).



Figuur 2. Geriatrische evaluatie van ouderen met kanker.

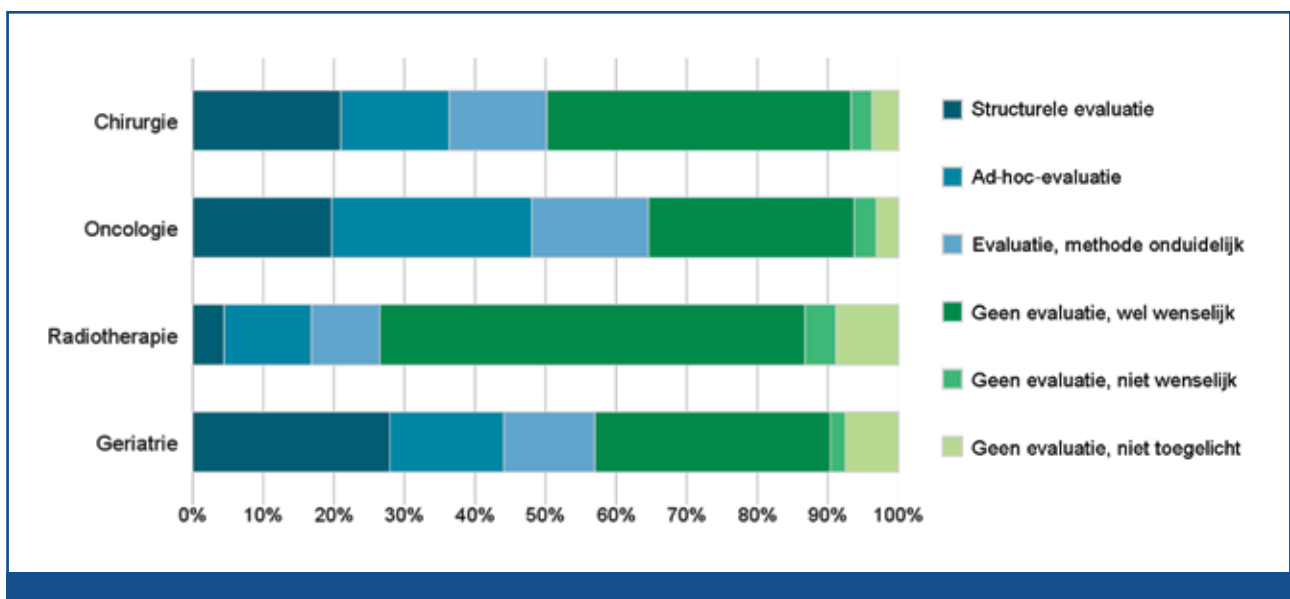
Het belangrijkste argument is dat kankerzorg voor oudere patiënten integraal onderdeel is van de oncologische zorg en daarmee niet verschilt van zorg voor jongere patiënten met kanker; geriatrisch oncologische zorg zou daarom geen meerwaarde hebben.

Het merendeel van de respondenten (83%) zonder geriatrisch oncologische zorg geeft aan wel geïnteresseerd te zijn in het implementeren hiervan (chirurgen 86%, internist-oncologen 82%, radiotherapeut-oncologen 82% en geriater 78%), onder andere voor het leveren van kankerbehandeling op maat (56%), een betere selectie van patiënten voorafgaand aan oncologische behandeling (36%), een betere ondersteuning van ouderen met kanker (18%) en vanwege het toenemende aantal oudere patiënten met kanker (8%). Genoemde obstakels voor het imple-

menteren van een geriatrische evaluatie zijn per specialisme weergegeven in *Tabel 2*, pagina 298. Veertig procent van de respondenten geeft aan op dit moment hun prioriteiten elders te hebben liggen. Daarnaast stelt meer dan een derde niet te weten hoe de geriatrisch oncologische zorg zou moeten worden vormgegeven. Ruim een kwart ziet logistieke bezwaren in de vorm van te weinig tijd of personeel. Twaalf procent geeft aan dat zij zelf wel een vorm van geriatrische oncologie zouden willen invoeren, maar dat hun collega's daarvoor op dit moment onvoldoende gemotiveerd zijn.

Beschouwing

Deze studie geeft een overzicht van de huidige stand van zaken van de geriatrisch-oncologische zorg in Neder-



Figuur 3. Geriatrische evaluatie per type zorgverlener.

Tabel 2. Obstakels voor het implementeren van een geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker.

	Totaal	Chirurgen	Internist-oncologen	Radiotherapeut-oncologen	Geriaters
Mijn prioriteiten liggen op dit moment elders	40%	39%	48%	37%	48%
Ik weet nog niet hoe ik dit vorm zou willen geven	36%	38%	17%	44%	35%
Het kost te veel tijd/personeel	27%	20%	17%	29%	45%
De geriater/internist ouderengeneeskunde is niet/onvoldoende inzetbaar	26%	27%	31%	18%	*
Ik heb er eigenlijk nog niet over nagedacht	25%	31%	31%	27%	3%
Ik wil wel, maar mijn collega's of andere oncologisch specialisten zijn onvoldoende gemotiveerd of overtuigd van het nut hiervan	12%	5%	7%	13%	29%
Ik ben niet overtuigd van de noodzaak hiervan	3%	2%	7%	3%	3%
Overig	3%	5%	7%	5%	-

Meerdere antwoordopties waren mogelijk
 * Deze antwoordoptie werd niet aan geriaters voorgelegd

land en de obstakels die worden ondervonden bij het invoeren hiervan. Volgens de helft van de 602 respondende chirurgen, internist-oncologen, radiotherapeut-oncologen en geriaters, wordt een vorm van geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker uitgevoerd, deels routinematig, maar vooral op ad-hoc-basis. Vooral door de radiotherapeut-oncologen wordt nog weinig gebruik gemaakt van geriatrische evaluaties. Mogelijk heeft dit te maken met de plaats van de radiotherapeut-oncoloog in het zorgtraject, waarbij de verwijzend kankerspecialist over het algemeen een dergelijke evaluatie uitvoert. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat er behoefte is aan een meer structurele vorm van evaluatie, waarbij de uitkomsten hiervan ook worden geïncorporeerd in de oncologische besluitvorming. Hierbij wordt een intensievere samenwerking tussen oncologisch specialisten en geriaters wenselijk geacht. Een grote meerderheid van de respondenten die antwoorden dat er geen geriatrische evaluatie plaatsvindt bij ouderen met kanker, geeft aan geïnteresseerd te zijn in het invoeren hiervan. Velen geven echter aan op dit moment andere prioriteiten te stellen en daarnaast weet ruim een derde van de respondenten niet hoe de geriatrische oncologie zou moeten worden vormgegeven.

Er zijn enkele kanttekeningen te plaatsen bij deze studie. Ten eerste kozen wij in deze enquête frequent voor open vragen, om de input van respondenten groter te laten

zijn. Hierdoor was in tweede instantie een interpretatie en categorisatie van de antwoorden noodzakelijk. Hoewel dit zo objectief mogelijk werd gedaan, is het mogelijk dat door deze indeling de antwoorden niet geheel overeenkomen met wat respondenten zouden hebben gekozen indien zij voorgeformuleerde antwoordmogelijkheden kregen voorgelegd. Een tweede kanttekening is het responspercentage van 35%, een bekend probleem van enquêteonderzoek. Het is niet ondenkbaar dat vooral specialisten met interesse voor geriatrische oncologie de enquête hebben ingevuld, waardoor onduidelijk is of onze resultaten representatief zijn voor alle oncologisch of geriatrisch specialisten. Voorts kunnen meerdere respondenten uit hetzelfde ziekenhuis hebben gereageerd, waardoor de resultaten onvoldoende recht doen aan de praktijkvariatie tussen verschillende ziekenhuizen. Desalniettemin geeft een derde van alle geënquêteerde oncologisch specialisten en geriaters in Nederland aan een geriatrische evaluatie uit te voeren bij ouderen met kanker of geïnteresseerd te zijn in het implementeren van een vorm van geriatrische oncologie. Ook in de politiek en media is de zorg voor ouderen met kanker en de gevolgen van onder- en overbehandeling een actueel onderwerp.¹³⁻¹⁵ Stijgende zorgkosten en dubbele vergrijzing zullen deze discussie in de komende jaren verder doen aanwakkeren.

Zorg voor de groeiende groep oudere kankerpatiënten vraagt

om maatwerk, waarbij de patiënt en niet zijn ziekte centraal wordt gesteld. De effectiviteit van oncologische behandeling bij ouderen is over het algemeen weinig onderzocht. Behandelrichtlijnen zijn daarom voornamelijk gebaseerd op studies bij jongere en vitale patiënten, en bieden onvoldoende houvast in de besluitvorming voor oudere kankerpatiënten.⁴ Beslissingen worden bovendien nog vaak gebaseerd op de klinische blik van de behandelbaar, die bij ouderen in toenemende mate onnauwkeurig is.^{16,17} Kennis van comorbiditeit, functionaliteit en psychosociale achtergrond is van belang voor een juiste inschatting van de belastbaarheid van ouderen, maar ontbreekt nu vaak op belangrijke beslismomenten of wordt overschaduwed door ziektegerelateerde aspecten, zoals de radiologische of histologische uitslagen.^{18,19} Een recent overzichtsartikel over het effect van een geriatrische evaluatie bij ouderen met kanker toont dat de prevalentie van niet eerder onderkende geriatrische aandoeningen oploopt tot 67%.¹¹ Bij mediaan 32% van de ouderen met kanker heeft dit vervolgens invloed op het oncologische behandelplan, zowel in de vorm van een meer als minder intensieve behandeling, ook bij patiënten bij wie aanvankelijk geen twijfel was over de in te zetten therapie.^{11,20} Dit laat zien dat een ad-hoc-verwijzing op basis van twijfel of de klinische blik niet volstaat en ondersteunt de wens van veel respondenten om de geriatrische evaluatie meer routinematig in te voeren.

Het uitvoeren van een geriatrische evaluatie is bewerkelijk en vergt extra tijd en personeel. Dit wordt door een kwart van onze respondenten en in het bijzonder door geriateren gezien als een belangrijk obstakel voor het invoeren hiervan. Ook de huidige druk op wachttijden en snelle doorstroom tussen diagnose en start van behandeling laat beperkte ruimte voor een geriatrische beoordeling. Met de expansieve toename van kostbare diagnostiek en behandeling van kanker zou echter geen discussie mogen bestaan over het investeren van extra tijd om de belastbaarheid en wensen van oudere kankerpatiënten in kaart te brengen. Indien het risico op over- en onderbehandeling hiermee wordt verkleind, zal dit mogelijk kostenbesparend werken.

Niettemin vormt de invoering van een geriatrische evaluatie in oncologische zorgpaden een logistieke uitdaging en veel respondenten geven aan niet goed te weten hoe dit het beste kan worden vormgegeven. Het aantal oudere kankerpatiënten is te groot om allen door een geriater te laten beoordelen; bovendien is de geriatrie een relatief nieuw, zich ontwikkelend vakgebied en het is dan ook niet verrassend dat bijna de helft van de geriateren in deze enquête aangeeft dat hun prioriteiten op dit moment elders liggen. Onderzoek heeft echter aangetoond dat een globale geriatrische evaluatie uitstekend door een daar-

voor geschoolde verpleegkundige kan worden verricht.¹¹ Door deze informatie in te brengen in het multidisciplinair overleg, en de geriater zo mogelijk in dit overleg te betrekken, kan oncologische expertise samen worden gebracht met kennis over de normale en pathologische veroudering en kennis over belastbaarheid van de patiënt. Bovendien blijkt dat als een verpleegkundige evaluatie wordt gekoppeld aan een protocol met een vooraf opgesteld interventieplan (gericht op mogelijk modificeerbare geriatrische problematiek), dit net zo vaak leidt tot de inzet van niet-oncologische interventies als een geriatrisch consult (beide in meer dan 70% van de gevallen).¹¹ Zo kunnen de uitgebreidere geriatrische evaluaties worden gereserveerd voor complexe casuïstiek of beslissingen.

Conclusie

Naast de standaard klinische zorg is er behoefte aan een meer structurele geriatrische evaluatie van ouderen met kanker en een grote interesse voor zorg op maat voor deze heterogene patiëntenpopulatie. Om de implementatie van een geriatrische evaluatie in de oncologische zorg succesvol te laten verlopen, zal in elk geval samenwerking nodig zijn tussen oncologisch en geriatrisch specialisten.

Dankwoord

De auteurs willen de verschillende beroepsverenigingen danken voor hun hulp en de deelnemende oncologisch chirurgen, internist-oncologen, radiotherapeut-oncologen en geriateren bedanken voor hun bereidheid deze enquête in te vullen.

Referenties

1. Veenhof AA, Vlug MS, Van der Pas MH, et al. Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial. *Ann Surg* 2012; 255:216-21.
2. Leroy J, Jamali F, Forbes L, et al. Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. *Surg Endosc* 2004; 18:281-9.
3. Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, et al. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999; 341:2061-7.
4. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241-52.
5. http://www.borstkanker.nl/rapport_ouderen_en_borstkanker.
6. Kalsi T, Payne S, Brodie H, et al. Are the UK oncology trainees adequately informed about the needs of older people with cancer? *Br J Cancer* 2013; 108:1936-41.
7. Webb TP, Duthie E, Jr. Geriatrics for surgeons: infusing life into an aging

- subject. J Surg Educ 2008;65:91-4.
8. Drickamer MA, Levy B, Irwin KS, et al. Perceived needs for geriatric education by medical students, internal medicine residents and faculty. J Gen Intern Med 2006;21:1230-4.
 9. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. J Clin Oncol 2007;25:1824-31.
 10. Monfardini S, Pasetto L, Jirillo A, et al. Taking care of older cancer patients: results of a survey addressed to the Chiefs of the Medical Oncology Divisions in Italy. Crit Rev Oncol Hematol 2006;58:53-9.
 11. 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 Oncol 2014;53:289-96.
 12. Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, et al. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. Oncologist 2012;17:1439-49.
 13. Visser J. 'De arts staat in de behandelmodus'. Medisch Contact 2012; 22:1326-9.
 14. Van Texel T. 'Soms is een patiënt niet gebaat bij verdere behandeling'. Vrij Nederland 2011;apr:22-7.
 15. <http://www.maccmillan.org.uk/Documents/GetInvolved/Campaigns/AgeOld>

- Excuse/AgeOldExcuseReport-MacmillanCancerSupport.pdf.
16. Extermann M, Meyer J, McGinnis M, et al. A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol 2004;49:69-75.
 17. Wedding U, Kodding D, Pientka L, et al. Physicians' judgement and comprehensive geriatric assessment (CGA) select different patients as fit for chemotherapy. Crit Rev Oncol Hematol 2007;64:1-9.
 18. Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, et al. Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: findings of a national study. Ann Surg Oncol 2012;20:1408-16.
 19. Lamb BW, Sevdalis N, Benn J, et al. Multidisciplinary cancer team meeting a structure and treatment decisions: a prospective correlational study. Ann Surg Oncol 2012;20:715-22.
 20. Chaibi P, Magne N, Breton S, et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol 2010;79:302-7.

Ontvangen 31 juli 2014, geaccepteerd 28 oktober 2014.

Verkorte productinformatie Faslodex® (29FEB2012)

Farmaceutische vorm en samenstelling: Faslodex bevat 250 mg fulvestrant in 5 ml oplossing voor injectie in voorgevulde spuit. **Farmacotherapeutische categorie:** endocriene therapie, anti-oestrogenen. **ATC code:** L02BA03. **Indicatie:** Faslodex wordt gebruikt voor de behandeling van postmenopauzale vrouwen met oestrogenreceptor positieve, lokaal geavanceerde of gemetastaseerde borstkanker bij recidief tijdens of na adjuvante antioestrogenbehandeling of progressie van de ziekte tijdens een antioestrogenbehandeling. **Dosering:** Volwassen vrouwen (inclusief ouderen): 500 mg met intervallen van 1 maand, met een aanvullende 500 mg dosis 2 weken na de initiële dosis. Langzaam intramusculair toedienen van 2 opeenvolgende 5 ml injecties (1-2 minuten/injectie), één in elke bilspier. De veiligheid en werkzaamheid van Faslodex bij kinderen vanaf de geboorte tot 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er worden geen dosisaanpassingen aanbevolen bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring \geq 30 ml/min). Veiligheid en werkzaamheid werden niet onderzocht bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring $<$ 30 ml/min). Er worden geen dosisaanpassingen aanbevolen bij patiënten met milde tot matige leverinsufficiëntie, echter Faslodex dient met voorzichtigheid te worden gebruikt omdat de blootstelling aan fulvestrant toegenomen kan zijn. Er zijn geen gegevens bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, zwangerschap en borstvoeding, ernstige leverinsufficiëntie. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met milde tot matige leverinsufficiëntie, ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring $<$ 30 ml/min), een bloedende diathese, trombocytopenie of bij patiënten die anticoagulantia gebruiken. Er moet rekening worden gehouden met trombo-embolie voorvallen bij risicopatiënten. Fulvestrant geeft mogelijk risico op osteoporose. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met asthenie voor het besturen van voertuigen en het bedienen van machines. **Interacties:** Er zijn geen klinisch relevante interacties bekend. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (\geq 1/10): misselijkheid; verhoogde leverenzymen (ALT, AST, ALP); asthenie; reacties op de plaats van injectie. Vaak (\geq 1/100, $<$ 1/10): urineweginfecties; overgevoelighedsreacties; anorexie; hoofdpijn; veneuze trombo-embolie; warmteopwellingen (opvliegers); braken; diarree; verhoogd bilirubine; huiduitslag; rugpijn. Soms (\geq 1/1000, $<$ 1/100): leverfalen; hepatitis; verhoogd gamma-GT; vaginale moniliasis; leukorrhoe; vaginale bloedingen; bloeding op de plaats van injectie; hematoom op de plaats van injectie. **Afleverstatus:** U.R., volledige vergoeding. **Uitgebreide productinformatie:** voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de SPC-tekst op www.astrazeneca.nl (SPC tekst Faslodex® goedgekeurd 17 februari 2012). Voor overige informatie in literatuurservice: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. (079) 363 22 22.

AFINITOR® 2,5 mg, 5 mg en 10 mg tabletten. Samenstelling: Tabletten met 2,5 mg, 5 mg of 10 mg everolimus. **Indicaties:** Hormoonreceptor-positieve geavanceerde borstkanker: Afinitor is geïndiceerd voor de behandeling van hormoonreceptor-positieve, HER2/neu-negatieve geavanceerde borstkanker, in combinatie met exemestane, bij postmenopauzale vrouwen zonder symptomatische viscerale ziekte na recidief of progressie volgend op een niet-steroïde aromatasere-remmer. **Neuro-endocriene tumoren van pancreatische oorsprong:** Afinitor is geïndiceerd voor de behandeling van inoperabele of gemetastaseerde, goed of matig gedifferentieerde neuro-endocriene tumoren van pancreatische oorsprong bij volwassenen met progressieve ziekte. **Waaracarcinoom:** Afinitor is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met gevorderd niercarcinoom, bij wie de ziekte progressief is geworden tijdens of na de behandeling met 'VEGF-targeted' therapie. **Farmacotherapeutische groep:** Proteïnekinaseremmers. **Dosering:** De aanbevolen dosis is eenmaal daags 10 mg everolimus. De behandeling dient te worden voortgezet zolang een klinisch voordeel wordt waargenomen of totdat onaanvaardbare toxiciteit optreedt. Behandeling van ernstige en/of onverdraagbare vermoedelijke bijwerkingen kan dosisverlaging en/of tijdelijke onderbreking noodzakelijk maken. Bij bijwerkingen van Graad 1 is een dosisaanpassing gewoonlijk niet nodig. Als dosisverlaging nodig is, is de aanbevolen dosis 5 mg per dag en dient deze niet lager dan 5 mg per dag te zijn. Zie samenvatting van de productkenmerken (SPC) voor een overzicht van de aanbevelingen voor dosisaanpassingen bij specifieke bijwerkingen. Als een dosis wordt gemist, dient de patiënt geen aanvullende dosis te nemen, maar de volgende voorgeschreven dosis zoals gebruikelijk. **Speciale populaties:** De veiligheid en werkzaamheid van Afinitor bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar zijn niet vastgesteld. Bij ouderen (\geq 65 jaar) en patiënten met nierfunctiestoornissen is dosisaanpassing niet nodig. Bij lichte leverinsufficiëntie is de aanbevolen dosis 7,5 mg per dag, bij matige leverinsufficiëntie is de aanbevolen dosis 5 mg per dag en bij ernstige leverinsufficiëntie alleen aanbevolen indien het gewenste voordeel opweegt tegen het risico. In dat geval mag een dosis van 2,5 mg per dag niet worden overschreden. De dosis moet worden aangepast als de leverstatus (Child-Pugh) van een patiënt tijdens de behandeling verandert. **Wijze van toediening:** Eenmaal daags oraal toedienen, elke dag op hetzelfde tijdstip, consequent met of zonder voedsel. Afinitor-tabletten dienen in hun geheel te worden doorgeslikt met een glas water. De tabletten mogen niet worden fingeukwad of fijngemalen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor andere rapamycinerivaten of voor (één van) de hulpstoffen. **Waarschuwingen:** Niet-infectieuze pneumonitis komt zeer vaak voor. Afinitor heeft immunosuppressieve eigenschappen en kan de patiënt vatbaar maken voor infecties. Bestaande infecties dienen adequaat te worden behandeld en volledig verwenen te zijn vóór de start van de behandeling. Als een diagnose van een invasieve systemische schimmelinfectie is gesteld, dient Afinitor onmiddellijk en blijvend te worden gestaakt en dient de patiënt te worden behandeld met een geschikte antimicrobiële behandeling. Veiligheid en werkzaamheid van Afinitor bij patiënten met carcinoïd tumoren zijn niet vastgesteld. Overgevoelighedsreacties en orale ulceraties zijn waargenomen. Gelijktijdig gebruik met een ACE remmer kan het risico op angio-oedeem verhogen. Bij orale ulceraties wordt lokale behandeling aanbevolen, echter gebruik van mondspoelingen met alcohol, peroxide, jodium en lijniderivaten dienen te worden vermeden. Aanbevolen wordt om de nierfunctie, bloedglucose, lipiden en hematologische parameters vóór de start van de behandeling en daarna regelmatig te controleren. Gevallen van nierfalen (waaronder acuut nierfalen), sommige met fatale afloop, zijn waargenomen. Vooral bij patiënten met bijkomende risicofactoren die de nierfunctie verder kunnen verslechteren, moet de nierfunctie worden gecontroleerd. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, lactose-intolerantie, galactose-galactose malabsorptie, dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. Afinitor kan een verstoorte urogenitale ontwikkeling geven en daarom is voorzichtigheid geboden bij het gebruik in de periperatieve periode. Niet aanbevolen tijdens de zwangerschap en bij vrouwen die zwanger kunnen worden en geen anticonceptie gebruiken. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten zeer effectieve anticonceptie gebruiken terwijl ze Afinitor krijgen en tot 8 weken na het beëindigen van de behandeling. Vrouwen die Afinitor gebruiken dienen geen borstvoeding te geven. Amenorrhoe (secundaire amenorrhoe en andere menstruele onregelmatigheden) en geassocieerde onoverzichtige verdeling van LH/FSH werd waargenomen bij vrouwelijke patiënten. Op basis van niet-klinische bevindingen kan de vruchtbaarheid bij mannen en vrouwen aangetast worden door behandeling met everolimus. Mannelijke patiënten moeten niet belet worden om kinderen te verwekken. **Interacties:** Gelijktijdige toediening met remmers en inductoren van CYP3A4 en/of de multiridrug efflux pomp P-glycoproteïne dient te worden vermeden. Men dient voorzichtig te zijn bij het gebruik in combinatie met oraal toegesliete CYP3A4-substraten met een smalle therapeutische index. Gelijktijdig gebruik met een ACE remmer kan het risico op angio-oedeem verhogen. De immunrespons op vaccinaties kan worden beïnvloed en daarom kan vaccinatie minder werkzaam zijn tijdens de behandeling. Het gebruik van levende vaccins dient tijdens de behandeling te worden vermeden. **Bijwerkingen:** Zeer vaak voorkomend: Infecties, anemie, afgenomen eetlust, hyperglykemie, hypercholesterolemie, dyspnoe, hoofdpijn, pneumonitis, bloedneus, stomatitis, diarree, nausea, braken, rash, pruritus, vermoeidheid, perifere oedeem, asthenie, verlaagd gewicht. **Vaak voorkomend:** Trombocytopenie, neutropenie, leukopenie, lymfopenie, hypertriglyceridemie, hypofosfatemie, diabetes mellitus, hyperlipidemie, hypokaliëmie, dehydratie, hypocalciëmie, insomnie, ooglidooedem, hypertensie, bloeding, hoest, dyspnoe, droge mond, buikpijn, slijmvliesontsteking, orale pijn, dyspepsie, dysfaagie, verhoogd alanineaminotransferase, verhoogd aspartaataminotransferase, droge huid, nagelafwijkingen, milde alopecia, acne, erytheem, onychiasis, palmo-plantair erythrodysesthesie-syndroom, huidexfoliatie, huidlaesies, artralgie, proteinurie, bloedcreatinine verhoogd, nierfalen, pyrexie. **Soms voorkomend:** Pancytopenie, aëmie, conjunctivitis, congestief hartfalen, opvliegers, diepe veneuze trombose, hemoptyse, longembolie, vaker urenoverdag, acuut nierfalen, onregelmatige menstruaties, non-cardiale borstkaspijn. Everolimus werd in klinische studies en in spontane postmarketingmeldingen geassocieerd met ernstige gevallen van hepatitis B reactivatie, waaronder gevallen met fatale afloop. Raadpleeg voor een compleet overzicht van de bijwerkingen de samenvatting van de productkenmerken. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Per 1 januari 2013 volledig vergoed via een add-on. **Datering verkorte SPMC:** Mei 2014. De uitgebreide en meest recente productinformatie is te verkrijgen via telefoonnummer 026-3782555 of via www.novartis oncology.nl.

Referenties: 1. Beck JT, et al. Everolimus plus exemestane as first-line therapy in HR+, HER2- advanced breast cancer in BOLERO-2. Breast Cancer Res Treat. 21 December 2013. DOI 10.1007/s10549-013-2814-5 [Epub ahead of print]. 2. Baselga J, et al. N Eng J Med 2012; 366 (6): 520-9.

