

# Samen kiezen bij prostaatkanker

Shared decision-making in prostate cancer care

dr. M.-A. van Stam

## SAMENVATTING

Op 21 juni 2018 promoveerde M.A. van Stam aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift, getiteld 'Samen kiezen bij prostaatkanker'. Het onderzoek vond plaats in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Antoni van Leeuwenhoek onder leiding van prof. dr. J.L.H.R. Bosch, uroloog, prof. dr. N.K. Aaronson, psycholoog, en dr. H.G. van der Poel, uroloog. In dit artikel staan de belangrijkste bevindingen uit het proefschrift.

(NED TIJDSCHR ONCOL 2018;15:321-3)

## SUMMARY

On June 21, 2018, M.A. van Stam defended her thesis at the Utrecht University, entitled 'Shared decision-making in prostate cancer care'. Her studies were performed in the University Medical Center Utrecht and the Antoni van Leeuwenhoek hospital under supervision of prof. J.L.H.R. Bosch, MD, PhD, urologist, prof. N.K. Aaronson, PhD, psychologist, and H.G. van der Poel, MD, PhD, urologist. This article describes the most important results of the thesis.

## INLEIDING

Patiënten worden steeds vaker betrokken bij het kiezen van een behandeling. Dit proces wordt ook wel 'samen beslissen' genoemd. Samen beslissen kan worden onderverdeeld in vier onderdelen (zie *Figuur 1*):

1. De specialist legt uit dat er een behandeling moet worden gekozen, dat er niet één mogelijkheid de beste is en dat de voorkeuren van de patiënt belangrijk zijn.
2. De specialist geeft bij elke mogelijkheid aan wat de voor- en nadelen zijn.
3. De patiënt geeft aan welke voor- en nadelen voor hem belangrijk zijn en de specialist ondersteunt de patiënt bij het afwegen van zijn persoonlijke voorkeuren.
4. De patiënt en de specialist kiezen samen een behandeling.<sup>1</sup>

Ook bij prostaatkanker zijn er vaak verschillende behandelmogelijkheden.<sup>4</sup> Bijvoorbeeld bij het kiezen van de initiële behandeling voor gelokaliseerde prostaatkanker. Patiënten hebben dan vaak keuze uit twee of meer van de volgende behandelmogelijkheden: brachytherapie, uitwendige bestraling, radicale prostatectomie of actief afwachten. Omdat deze mogelijkheden een vergelijkbare levensverwachting hebben, maar andere bijwerkingen, is het belangrijk om patiënten te betrekken bij het kiezen van een behandeling.<sup>2,3</sup>

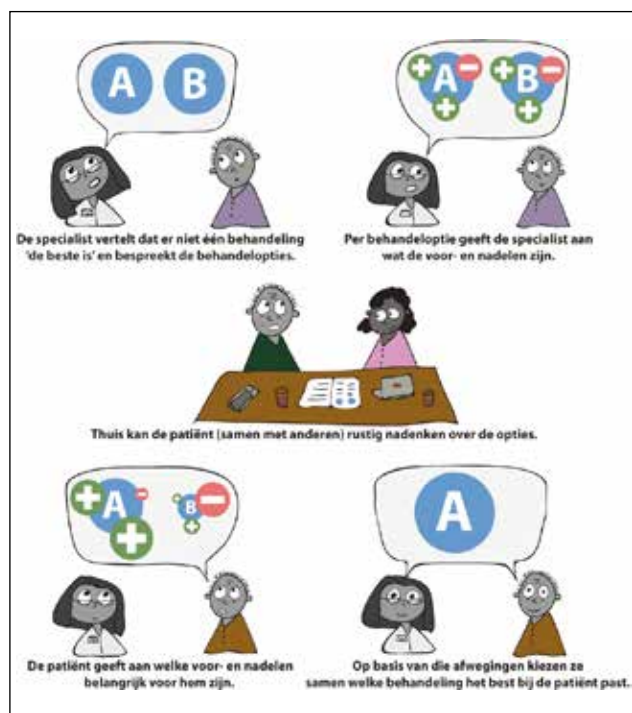
Het afwegen van de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden is vaak niet gemakkelijk voor patiënten. Om toekomstige patiënten met prostaatkanker beter te kunnen ondersteunen bij het kiezen van een behandeling worden in

Correspondentie graag richten aan mw. dr. M.-A. van Stam, psychosociaal onderzoeker urologie, afdeling Urologie, Antoni van Leeuwenhoek, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam, e-mailadres: m.v.stam@nki.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

**Trefwoorden:** gelokaliseerde prostaatkanker, kwaliteit van leven, patiëntgerapporteerde uitkomsten, samen kiezen

**Keywords:** localized prostate cancer, patient reported outcome measures, quality of life, shared decision making



FIGUUR 1. Elementen in het samen beslissen-proces.

het proefschrift twee typen onderzoeksvragen beantwoord:

1. Welke factoren zijn van invloed op de behandelkeuze?
2. Welke effecten hebben de verschillende behandelkeuzes op de kwaliteit van leven?

Hieronder volgt een korte samenvatting van de bevindingen.

### FACTOREN VAN INVLOED OP HET KIEZEN VAN EEN BEHANDELING

#### ACTIEVE BETROKKENHEID EN DOOR PATIËNTEN GERAPPORTEERDE UITKOMSTEN

Net als in eerdere studies rapporteerden actief betrokken patiënten in de Prokeus-studie<sup>b</sup> betere uitkomsten dan mannen met een meer passieve rol in het keuzeproces.<sup>4</sup> Actief betrokken patiënten (n=393, 87%) waren minder onzeker over de behandelkeuze, bezaten meer kennis over pros-

taatkanker en hadden minder spijt van de behandelkeuze ( $p < 0,05$ ) wanneer zij werden vergeleken met patiënten met een passieve rol in het keuzeproces.

Daarnaast rapporteerden patiënten die vooraf hadden aangegeven dat zij actief betrokken wilden worden maar dat niet waren, meer onzekerheid over de behandelkeuze ( $p < 0,05$ ).

#### KENNEN PATIËNTEN DE VERSCHILLEN TUSSEN DE BEHANDELMOGELIJKHEDEN?

Het is belangrijk dat patiënten goed de voor- en nadelen van de mogelijkheden kennen alvorens hun voorkeuren hieromtrent aan te geven (zie *Figuur 1*). Uit de Prokeus-studie bleek echter dat dit vaak niet het geval was.<sup>4</sup> Zo wisten veel patiënten (68%) niet dat de kans op een recidief vergelijkbaar was na operatie en radiotherapie. Ook was bij meer dan de helft van de deelnemers sprake van misvattingen over de verschillen in bijwerkingen (o.a. incontinentie, erectieproblemen en darmproblemen). Een groot deel van de patiënten (57%) wist niet dat ongeveer de helft van de mannen geen behandeling hoeft te starten na een periode van actief volgen. En veel patiënten (80%) wisten niet dat de kans om te overlijden aan gelokaliseerde prostaatcancer vergelijkbaar is na actief volgen, chirurgie en radiotherapie. Toekomstige observationele studies waarin gesprekken tussen patiënten en medisch specialisten worden opgenomen en geanalyseerd, kunnen inzicht geven in de oorzaak van mispercepties en, nog belangrijker, hoe deze kunnen worden verholpen.

#### FYSIEKE EN PSYCHOSOCIALE EFFECTEN VAN DE BEHANDELKEUZE

##### WELKE BIJWERKINGEN KUNNEN PATIËNTEN VERWACHTEN TIJDENS HET EERSTE JAAR NA DE BEHANDELKEUZE?

Om patiënten beter te kunnen voorlichten over de verschillen tussen de behandelmogelijkheden is heldere informatie nodig. Op basis van patiëntgerapporteerde uitkomsten van

<sup>a</sup>In dit artikel refereren de termen 'behandelingen' en 'behandelmogelijkheden' naar alle mogelijkheden bij prostaatcancer, waaronder ook actief volgen.

<sup>b</sup>De Prokeus-studie is een prospectief, longitudinaal observationeel multicenteronderzoek (13 deelnemende ziekenhuizen), dat wil zeggen dat in kaart is gebracht welke factoren van invloed zijn op het behandelkeuzeproces in de dagelijkse praktijk (zonder de deelnemers een interventie aan te bieden). De deelnemers (n=474) kregen vier vragenlijsten voorgelegd (voor de behandeling, en 3, 6, en 12 maanden na de behandeling). De vragenlijsten bestonden o.a. uit gestandaardiseerde PROMS-vragenlijsten (EORTC C30 en PR25, IIEF, ICIQ en IPSS) en vragen over het keuzeproces. De eerste resultaten van deze studie zijn beschreven in het proefschrift.

Parallel aan deze studie zijn in Nederland meerdere studies gedaan naar het effect van keuzehulp op het keuzeproces (JIPPA).

deelnemers aan de Prokeus-studie is beschreven welke bijwerkingen patiënten kunnen verwachten in het eerste jaar na de behandeling. Na een radicale prostatectomie rapporteerden mannen relatief vaak dat zij last hadden van incontinentie, erectieproblemen en een verminderd gevoel van mannelijkheid. Na bestraling werden relatief vaak plasklachten (aandrang en irritatie) darmproblemen en een verlaagd gevoel van mannelijkheid gerapporteerd. Mannen die kozen voor actief volgen rapporteerden meer emotionele stressklachten.

Een andere bevinding in deze studie was dat het van belang is om bij het voorlichten van patiënten rekening te houden met verschillende patiënt- en tumorkarakteristieken. Gepersonaliseerde risico-informatie - risico's op basis van een groep vergelijkbare mannen in plaats van op basis van de 'gemiddelde patiënt'- behoort tot een van de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

### WANNEER SPIJT VAN DE BEHANDELKEUZE?

De deelnemers aan de Prokeus-studie rapporteerden 12 maanden na de behandeling of zij spijt hadden van de behandelkeuze. Onafhankelijk van de gekozen behandeling gaf slechts een klein deel van de mannen aan te betwijfelen of de gekozen behandeling de beste was (21%, 99%-betrouwbaarheidsinterval 17-28%;  $p > 0,05$ ). De kans hierop was hoger bij mannen die zich minder mannelijk voelden door prostaatkanker en/of de behandeling, bij wie een positief snijvlak was geconstateerd en bij mannen met een lager opleidingsniveau.

### EFFECTEN VAN SALVAGE RADIOTHERAPIE?

Bij een biochemisch recidief na een radicale prostatectomie wordt geadviseerd om patiënten salvage radiotherapie aan te bieden. Arts en patiënt maken dan samen een afweging tussen de mogelijke voordelen (bijvoorbeeld biochemische controle) en mogelijke bijwerkingen (plas-, darm- en erectieproblemen).<sup>5</sup> Toekomstige studies zijn nodig om te verifiëren of het uitstellen van de bestraling tot minimaal zeven maanden na de operatie - hierdoor heeft de patiënt meer tijd om te herstellen van de operatie - leidt tot minder bijwerkingen op langere termijn.

### PSYCHOSOCIALE GEZONDHEID LANG NA DE BEHANDELING?

Prostaatkanker en de behandeling daarvan kan ook op langere termijn een effect hebben op de kwaliteit van leven van patiënten. Op basis van gegevens verzameld door PROFILES en NIVEL werd de psychische gezondheid vergeleken tussen mannen die minimaal vijf jaar geleden de diagnose prostaatkanker hadden ontvangen en mannen van een

vergelijkbare leeftijd zonder prostaatkanker.<sup>6</sup> Mannen met prostaatkanker rapporteerden meer psychische problemen (14%) dan de controlegroep (6%). Psychische problemen bij mannen met prostaatkanker gingen vaak gepaard met andere problemen, zoals het verliezen van een partner, een lagere sociaaleconomische klasse, een slechte algemene gezondheid, pijn en/of seksuele of plasklachten.

### CONCLUSIE

De gepresenteerde resultaten ondersteunen het beleid om patiënten te betrekken bij het kiezen van een behandeling. Specialisten moeten zich er echter van bewust zijn dat patiënten vaak geen goed inzicht hebben in de voor- en nadelen van de behandel mogelijkheden. Om toekomstige patiënten hierover beter te kunnen voorlichten, is op basis van de Prokeus-studie een informatieboekje ontwikkeld.<sup>7</sup> Op basis van de resultaten gepresenteerd in het proefschrift wordt aanbevolen meer onderzoek te doen naar interventies die het 'samen beslissen'-proces kunnen optimaliseren (bijvoorbeeld het trainen van specialisten in samen beslissen en tools die gepersonaliseerde risico-informatie genereren).

### REFERENTIES

1. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* 2015;98(10):1172-9.
2. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, et al. Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. *N Engl J Med* 2016;375(15):1425-37.
3. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2016;375(15):1415-24.
4. Van Stam MA, Pieterse AH, Van der Poel HG, et al. Shared decision making in prostate cancer care-encouraging every patient to be actively involved in decision making or ensuring the patient preferred level of involvement? *J Urol* 2018;200(3):582-9.
5. Van Stam MA, Aaronson NK, Pos FJ, et al. The effect of salvage radiotherapy and its timing on the health-related quality of life of prostate cancer patients. *Eur Urol* 2016;70(5):751-7.
6. Van Stam MA, Van der Poel HG, Bosch JL, et al. Prevalence and correlates of mental health problems in prostate cancer survivors: a case-control study comparing survivors with general population peers. *Urol Oncol* 2017;35(8):531.e1-531.e7.
7. Van Stam MA, Van der Poel HG, Bosch JL, et al. Brochure 'Prostaatkanker, Welke behandeling past het best bij u? Te raadplegen via <https://prostaatkankerstichting.nl/brochure-prostaatkanker-welke-behandeling-past-best>.

ONTVANGEN 10 JULI 2018, GEACCEPTEERD 16 AUGUSTUS 2018.