

► Kanker op hoge leeftijd

Moet alles wat kan en kan alles wat 'moet'?

Medische Publieksacademie Twente



- Waarom kanker vooral een ouderdomsziekte is
- Wel of niet behandelen?
Houd zelf de regie

► Inhoud

- 3 Kanker op hoge leeftijd
- 4 Kanker is vooral een ouderdomsziekte
- 6 Wel of niet behandelen?
- 7 Bestuurder Sophia de Rooij
- 8 Kanker bij ouderen in cijfers
- 10 Kwetsbaarheid in beeld
- 11 Als je meer ziekten hebt naast kanker
- 12 Ouderen op de Intensive Care

Colofon

Jaargang 3 - nummer 10 2019

Dit magazine is een uitgave van de Medische Publieksacademie Twente van MST.

Aan deze uitgave werkten mee:

Linda Ligtenberg, José Leeuwenkamp, Lian van Doorn, Martijn Eilander, Kim Nguyen, Sandra Bennink, Jörgen Korthagen

Tekst, vormgeving en realisatie:

MixCom Media Group, Zwolle



Wilt u op de hoogte gehouden worden van MST-nieuws? Meld u dan nu aan voor onze nieuwsbrief via www.mst.nl/nieuwsbrief



► Kanker op hoge leeftijd Moet alles wat kan en kan alles wat 'moet'?

Er waren tijden dat ouderen geen ingrijpende behandeling kregen na de diagnose kanker, alleen maar omdat ze 'oud' waren. Gelukkig is dat nu anders. Ook mensen met een hoge(re) leeftijd kunnen succesvol worden behandeld. Maar niet iedere oudere wil dat. Soms is het ook niet verstandig. MST legt tijdens de Publieksacademie op 4 juli 2019 over *Ouderen en Kanker* daarom een belangrijk issue op tafel: Moet alles wat kan en kan alles wat 'moet'?

Tweederde van de mensen die kanker krijgt, is ouder dan 65 jaar. Ondanks dat er per kankersoort een richtlijn bestaat voor de beste behandeling, is die behandeling voor ouderen geen vaststaand gegeven. Deze groep vraagt om zorg op maat, omdat een operatie, behandeling of ziekenhuisopname meer problemen kan opleveren. Ook kan de conditie van ouderen te kwetsbaar zijn en vaak hebben ze last van meerdere aandoeningen waardoor de behandeling om extra aandacht vraagt. "Als we ouder worden, gaan we van persoon tot persoon steeds meer verschillen vertonen", legt oncoloog Machteld Wymenga uit. Om bij ouderen met kanker goede én zinnige zorg te bieden, zette MST daarom een speciale werkwijze op voor oudere patiënten met kanker. Diverse specialisten bundelen hun kennis en betrekken de wensen, doelen en conditie van de patiënt bij het kiezen van een behandelplan. Dit behandelplan is nodig om te voorkomen dat er een situatie ontstaat dat wel de kanker wordt behandeld, maar de algehele gezondheid enorm verslechtert.

Meerdere ziekten tegelijk

Wat het behandelen van kanker op oudere leeftijd complexer maakt dan bij jongeren, is dat ouderen vaak ook een andere ziekte of aandoening hebben zoals diabetes, hartklachten of reuma. Die zogenaamde 'multimorbiditeit' dwingt

artsen om voor patiënten een persoonlijk behandelplan te maken. Dit gebeurt op de multimorbiditeitspoli van MST. Gynaecoloog en oncoloog Nathalie Reesink: "Wat voor de ene ziekte een goede behandeling is, kan de andere ziekte verergeren. De samenwerking tussen verschillende specialisten is dan essentieel."

Als genezen niet mogelijk is

Gek genoeg is het voor oudere mensen niet altijd het belangrijkste dat zij genezen van kanker, vertellen de artsen van MST. "Als professionals zijn wij geneigd alles te doen om een ziekte als kanker af te remmen of te stoppen", zegt Christiaan van Dijk. Hij is verpleegkundig consulent van het palliatief adviesteam en helpt patiënten bij het maken van een behandelkeuze als dat niet lukt. Een patiënt wil niet automatisch hetzelfde als een arts. Zeker niet als een behandeling erg belastend wordt en genezen niet meer mogelijk is. "Laatst zei iemand: 'Met de chemo krijg ik twee maanden extra, maar ook allerlei bijwerkingen. Ik voel me nu goed, die dagen wil ik houden.'"

Oncoloog Wymenga: "Mensen denken vaak dat ze in het ziekenhuis komen om behandeld te worden. Maar als ze merken dat er ook andere mogelijkheden zijn, valt er soms echt een last van ze af. Niet alles wat kan, moet. Je mag afwijken van de richtlijnen, je mag iets anders doen dan wordt verwacht vanuit je omgeving." ◀



“Ouderen passen niet binnen de standaard behandelrichtlijn”



Machteld Wymenga
Oncoloog

Kanker is een ouderdomsziekte: tweederde van de mensen met kanker is ouder dan 65 jaar. Maar de behandeling van kanker is nooit 'one-size-fits-all'. Integendeel! Juist bij oudere patiënten is het maatwerk. Oncoloog Machteld Wymenga: "Het is essentieel om altijd in overleg een persoonlijk behandelplan op te stellen."

Waarom krijgen zoveel oudere mensen kanker?
"Er zijn een aantal foute celdelingen nodig voordat een lichaamscel zich als een kankercel gaat gedragen. Als we ouder worden, wordt de celdeling steeds slordiger. Ook neemt het vermogen van je lichaam om fouten te herstellen af. Dat maakt de kans op het ontstaan van kanker groter. Naast dit lichamelijke proces, spelen ook erfelijkheid, pech en leefgewoonten een rol bij het ontstaan van kanker. Hoe ouder je bent, hoe meer je bent blootgesteld aan risicofactoren die kanker veroorzaken, zoals uv-straling. Vaak is kanker dus het gevolg van meerdere factoren."

Is iemand van 65 jaar of ouder een 'andere' kankerpatiënt dan iemand van 32 jaar?

"Ja. Als we ouder worden, gaan we van persoon tot persoon steeds meer verschillen vertonen. Je kunt even oud zijn, maar een totaal andere conditie of wensen hebben over hoe je behandeld wilt worden. Als de diagnose kanker is gesteld, moeten we daarom weten hoe oud iemand zich voelt, welke ziekten iemand gehad heeft, welke gebreken of beperkingen iemand heeft en vooral ook wat zijn of haar doelen in het leven zijn. Al die zaken hebben invloed op hoe je omgaat met kanker en de behandeling van deze ziekte."

Maar ook als je oud bent, kun je nog behandeld worden?

"Absoluut. Het lastige is alleen dat de standaard behandelrichtlijnen voor kanker lang niet altijd geschikt zijn voor ouderen. Die richtlijnen komen tot stand door middel van onderzoek. Maar tot voor kort werden er allerei randvoorwaarden gesteld: zo

werden mensen ouder dan 75 jaar of met diabetes uitgesloten. Terwijl je natuurlijk wel mensen van 75 met diabetes en kanker op je spreekuur krijgt. Het is daarom essentieel om in overleg met de patiënt een persoonlijk behandelplan op te stellen."

Het lijkt zo simpel: iedereen wil toch genezen van kanker?

"Maar niet tegen elke prijs. Op hoge leeftijd hebben mensen uiteenlopende doelen in het leven. De een vindt zelfredzaamheid belangrijker dan een lange levensduur. De ander wil niet lang in het ziekenhuis liggen omdat thuis een partner woont met dementie."

Veel ouderen hebben naast kanker een andere aandoening. Maakt dat de behandeling extra lastig?

"Ja, dat komt veel voor en dat noemen we multiorbiditeit. MST heeft hier veel aandacht voor, omdat het de behandeling van kanker zo sterk

bepaalt. Stel dat een patiënt een geheugenstoornis heeft, dan kun je sommige kankerbehandelingen beter niet doen omdat er een kans is dat de patiënt door de behandeling extra verward raakt of de medicatie niet goed inneemt. Het kan ook zo zijn dat iemand met bijvoorbeeld reuma aangeeft dat het behandelen van de reumatische aandoening belangrijker voor hem of haar is dan de behandeling van kanker."

En je mag zelf meedenken over je behandeling?

"Ja, ja, ja! Het is zó belangrijk bij ouderen met kanker dat ze passende zorg krijgen. Dat is maatwerk. Niet alles wat kan, moet. Je mag afwijken van de richtlijnen, je mag iets anders doen dan wordt verwacht vanuit je omgeving. Je hoeft geen druk te voelen om voor iets te kiezen; je beslist gezamenlijk, op basis van wat jij belangrijk vindt." ◀

“De regie op je eigen leven houd je zelf, altijd”



Christiaan van Dijk

Verpleegkundig
consulent van het
palliatief adviesteam

“In de medische zorg is steeds meer mogelijk, maar als patiënt hoef je niet alles te ondergaan. Ook in het laatste deel van je leven heb je zelf de regie.” Christiaan van Dijk is verpleegkundig consulent van het palliatief adviesteam. Het team ondersteunt mensen die moeite hebben met kiezen voor een behandeling.

Kanker moet je behandelen, altijd! Toch?

“Nee. Er zijn genoeg mensen die ervoor kiezen kanker niet te behandelen. Of tussentijds stoppen met een behandeling. Ook dan kunnen mensen kwaliteit van leven ervaren. Bovendien: als kanker niet meer te genezen is, ben je niet direct terminaal. Wel of niet behandelen is een persoonlijke keuze. Elke behandeling heeft kans op risico's en bijwerkingen en die willen sommige mensen niet.”

Maar kanker kan tot op hoge leeftijd behandeld worden?

“Ja, dat klopt. Als professionals zijn wij daarom geneigd alles te doen om een ziekte als kanker af te remmen of te stoppen. Maar je mag er niet vanuit gaan dat een patiënt automatisch hetzelfde wil, zeker niet als een behandeling erg belastend wordt en genezen niet meer mogelijk is. Laatst zei iemand tegen mij: ‘Met de chemo krijg ik twee maanden extra, maar ook allerlei bijwerkingen. Ik voel me nu goed, die dagen wil ik houden.’ Maar mensen kunnen die beslissing ook andersom maken, bijvoorbeeld omdat ze hun kleinkind geboren willen zien worden of omdat hun dochter trouwt. Voor

sommige mensen is het leven nog niet af, ook niet als ze tachtig zijn. Zij zetten alles op alles en willen wel behandeld worden.”

Als een arts zegt: deze behandeling is effectief tegen kanker, dan doe je dat toch?

“Nee, niet per se. Elke patiënt heeft de regie over zijn of haar leven. Ook in een ziekenhuis. Dokters zijn medisch gezien de expert, maar niet alles wat de dokter zegt is heilig.”

Niet iedereen krijgt een consult van het palliatief adviesteam. Wanneer komen jullie in beeld?

“De meeste patiënten zien we niet, zij maken samen met hun arts de keuze over hun behandeling. Maar als mensen de beslissing erg moeilijk vinden, worden ze naar ons doorverwezen. We zetten samen alle opties op een rij. Wat wil je nog doen in je leven? Waarom wil je wel een behandeling? Waarom niet? Wil je alleen behandelingen tegen pijn? Vaak is het een chaos in iemands hoofd; mensen overzien de keuzes niet meer. Met een paar gesprekken zetten we de opties en mogelijkheden weer op een rij.”

Je hebt een zwaar vak ...

“... maar ook een mooi vak. Als artsen en verpleegkundigen zijn wij opgeleid om mensen beter te maken, palliatieve zorg komt nauwelijks aan bod. Maar iemand begeleiden in dat laatste jaar of die laatste maanden van het leven is heel dankbaar.” ◀

Mangomoment

Het ‘mangomoment’ is een begrip in het ziekenhuis. Het verwijst naar een gebeurtenis in een Belgisch ziekenhuis waarbij een verpleegkundige opving dat een ernstig zieke patiënt de wens had nog een keer een mango te proeven. De verpleegkundige regelde toen een heerlijke, sappige mango ... Ook in MST zijn er echte mangomomenten, bijvoorbeeld deze: “Een terminaal zieke patiënt had een dochter die twintig weken zwanger was. Het enige dat zij nog wilde meemaken in haar leven was weten of zij oma zou worden van een kleinzoon of kleindochter. Wij hebben ervoor gezorgd dat de echo van haar dochter hier in het ziekenhuis plaatsvond. Ze waren samen bij de echografie en wisten dus wat het geslacht van de baby zou worden. Toen was haar leven klaar. Ja, het is een verhaal waar ik nog steeds kippenvel van krijg.”

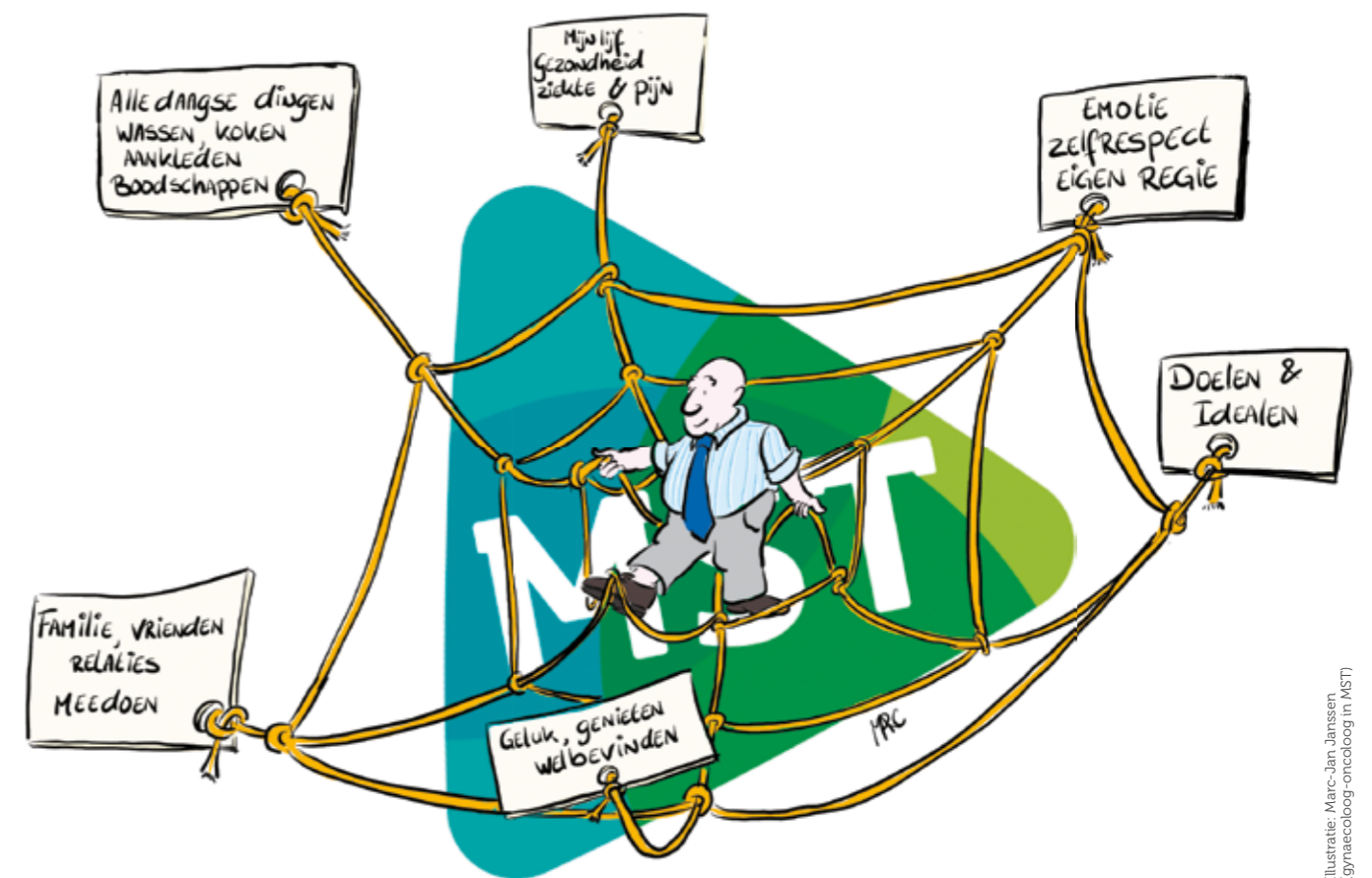
“Luisteren is het belangrijkste instrument van de zorgprofessional”



Sophia de Rooij

Voorzitter
Raad van Bestuur

“Medische zorg is bij uitstek teamsport geworden. Alleen ga je sneller, samen kom je verder”



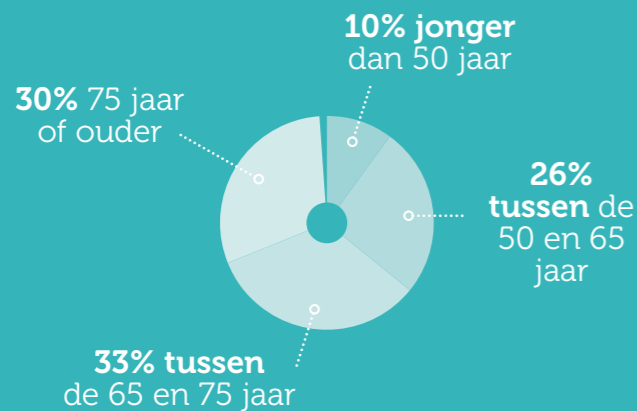
Illustratie: Marc-Jan Janssen
(gynaecoloog-oncoloog in MST)

Wat is voor u belangrijk op dit moment?

► Kanker bij ouderen in cijfers

Leeftijd & kanker

Van de mensen die de diagnose kanker krijgen is ...

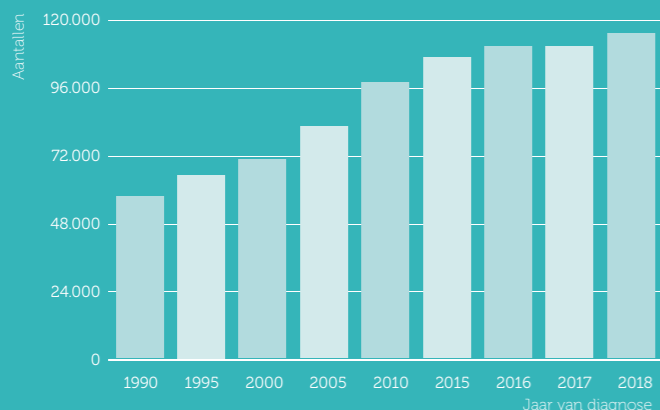


Kanker is vooral een ouderdomsziekte



Door betere behandelingen worden we steeds ouder

Aantal nieuwe gevallen van kanker in Nederland



Top 10 Meest voorkomende kankersoorten in 2018



Kankersoort	%	Kankersoort	%
Prostaat	20,8	Borst	25,6
Huid (excl. basaalcelcarinoom)	18,1	Huid (excl. basaalcelcarinoom)	18,5
Darm	12,9	Darm	11,2
Long	11,9	Long	10,9
Lymfeklier en leukemie	9,1	Lymfeklier en leukemie	7,2
Blaas en urinewegen overig	3,6	Baarmoeder	5,2
Slokdarm en cardia	3,6	Eierstok	2,6
Hoofd en hals	3,3	Alvleesklier	2,1
Nier	2,9	Hoofd en hals	1,9
Alvleesklier	1,9	Nier	1,7

© bron IKNL

Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor

20% van de ziektelast

LEEFSTIJL-ONTWIKKELINGEN



- ✓ Minder mensen roken
- ✓ Meer mensen bewegen
- ✗ Meer mensen zijn te zwaar

IN 2018 IS **116.537** keer de diagnose kanker gesteld



IN 2040 ...



stijgt de levensverwachting naar bijna 86 jaar (2015: 81,5 jaar)



heeft 54 procent van de mensen minimaal één chronische aandoening (2015: 50 procent)



heeft een op de drie Nederlanders twee of meer chronische aandoeningen



veroorzaken kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen de meeste ziektelast



gaan 53 duizend mensen dood ten gevolge van kanker (2015: 46 duizend)

MST behandelt elk jaar duizenden patiënten met kanker. Deze artsen vertellen over de zorg, de dilemma's en de issues bij het behandelen van kanker op hoge leeftijd.

“Een oudere patiënt met weinig reserves kan enorm snel verzwakken”



Marijke Assink

Internist ouderengeneeskunde

Iemand op leeftijd is kwetsbaarder dan een jonger persoon. Voordat de oncoloog een behandeling tegen kanker start, wil de internist ouderengeneeskunde daarom eerst de hele situatie van een oudere patiënt in kaart brengen. Van het risico op vallen tot en met geheugenproblemen. Marijke Assink, internist ouderengeneeskunde: “Een oudere patiënt met weinig reserves kan enorm snel en onverwacht verzwakken. Dat willen we voorkomen.”

Rare vraag, maar wanneer ben je voor een ziekenhuis 'oud' als het aankomt op het behandelen tegen kanker?

“Dat heeft in ieder geval niets met je biologische leeftijd te maken. Iemand van 65 jaar is qua leeftijd niet oud, maar kan meerdere ziekten hebben, alleenstaand zijn en geheugenklachten hebben. Allemaal zaken waardoor een behandeling zeer belastend kan worden. We zien ook mensen van tachtig die een scherp geheugen hebben, een partner hebben, zelfstandig wonen en nooit eerder ziek waren. Deze groep patiënten is oud qua leeftijd, maar niet kwetsbaar. Deze patiënten kunnen beter een behandeling ondergaan omdat de kans groter is dat ze goed herstellen.”

Een ziekenhuisopname of behandeling voor oudere patiënten is dus niet altijd de beste keuze?

“Ja, dat klopt. Bij oudere mensen kun je soms wel met succes de ziekte behandelen, maar zij komen soms toch te overlijden. Ze waren bijvoorbeeld niet sterk genoeg om van een ingrijpende operatie te herstellen. Een ziekenhuisopname is niet altijd helend. Je krijgt bijvoorbeeld een zware operatie, ligt veel in bed en eet minder goed. Hierdoor gaan je kracht en conditie achteruit. Daarom willen we voor de behandeling iemands kwetsbaarheid goed in kaart brengen. We sluiten in principe niemand uit van een behandeling, maar willen wel altijd zinnige zorg geven.”

Bij goede zorg voor oudere patiënten met kanker gaat het dus vooral om de vraag: is deze persoon weerbaar genoeg voor een behandeling en fit genoeg voor een goed herstel?

“Ja. Als internist ouderengeneeskunde brengen wij de patiënt daarom op vier gebieden in kaart. We kijken eerst naar de ziekte: hoe is die te behandelen en met welke risico's? Daarnaast kijken we naar iemands geheugen en mobiliteit. Tot slot is het sociale aspect belangrijk; kan iemand zichzelf redden en heeft hij of zij veel steun en hulp? Zo onderzoeken we waar iemands kwetsbaarheid zit. Kan de patiënt de impact van de behandeling aan, is hij snel in de war of ondervoed, is er kans op vallen.”

Als de kwetsbaarheid van een patiënt in kaart is gebracht, wat wordt dan met die informatie gedaan?

“Voor al die zaken proberen we oplossingen te vinden. Met anti-slipsokken val je bijvoorbeeld minder snel. Als we weten dat iemand kwetsbaar is voor een delirium, dat is een plotseling optredende verwardheid, kan de familie blijven slapen. Of we zetten foto's neer en zorgen voor meer structuur in de verpleging. Wat ook vaak wordt vergeten, is dat elke patiënt na een ziekenhuisopname weer thuis komt. Als een oudere patiënt alleen woont en niet erg mobiel is, kan hij snel achteruitgaan na de ziekenhuisopname als hij weer thuis is. Dat willen we natuurlijk niet. In dat geval kan het beter zijn die persoon iets langer in het ziekenhuis te houden of te laten herstellen op een revalidatieplek in een verpleeghuis. We willen dus niet alleen de ziekte in kaart brengen, maar de hele patiënt. Zo krijg je een goede behandeling en goede zorg.”

“Soms is een niet-genezende behandeling gunstiger”

Als gynaecoloog en oncoloog vind je Nathalie Reesink niet alleen op de afdeling Gynaecologie. Eens in de twee weken staat ze klaar op de multimorbiditeitspoli, waar ouderen komen die meerdere aandoeningen hebben. “Het is belangrijk te weten in hoeverre iemand bereid is bijwerkingen van behandelingen te ervaren.”

Wanneer kom je op de multimorbiditeitspoli?

“Bij ouderen met kanker is vaak sprake van multimorbiditeit, oftewel meerdere aandoeningen naast kanker. Dit vraagt om een specifiek en persoonlijk behandelplan, omdat het standaardplan wellicht niet past. Wat voor de ene ziekte een goede behandeling is, kan de andere ziekte verergeren. De samenwerking tussen verschillende specialisten is dan essentieel. Het kan zijn dat iemand bij mij op consult komt met een verdenking op eierstokkanker. Als ik twijfel of een bepaalde behandeling mogelijk is of als er meer aan de hand is met de gezondheid van die persoon, schakel ik de multimorbiditeitspoli in.”

Waarom ben je als oudere 'anders'?

“Vanwege het ziektebeeld, de risico's, de wensen, andere aan-

doeningen en klachten ... Bij ouderen spelen zoveel meer zaken na een diagnose dan bij jongeren. Die complexiteit is in één consult niet te overzien, terwijl die aspecten wel bepalend zijn voor de risico's bij een behandeling. Het is daarom goed dat een geriater en internist-oncoloog meedenken. Op basis van de persoonlijke situatie achterhalen we wat voor de patiënt belangrijk is. We bespreken samen welke aandoeningen of beperkingen de meeste hinder opleveren en welke aanpak het meest toereikend is. Diezelfde dag nog krijgt de patiënt een behandelplan.”

Krijg je als je ouder bent ook een andere behandeling?

“Ja, in zekere zin wel. De verschillen tussen mensen van zestig tot negentig zijn vele malen groter dan tussen jongeren. De ene patiënt van zeventig staat elk jaar op de ski's, de ander is fysiek heel zwak. Ook de insteek kan verschillen: sommigen willen elke behandeling die er is aangrijpen en anderen zeggen: 'Ik heb een mooie leeftijd bereikt'. Dertigers willen daarentegen vrijwel allemaal het onderste uit de kan halen. Het is bij ouderen dus extra belangrijk goed in gesprek te gaan over wat iemand wil en bereid is aan bijwerkingen van behandelingen te ervaren.”

Bij kanker is de keuze: wel behandelen of niet behandelen. Of is er meer mogelijk?

“Absoluut. Het is een groot misverstand dat er voor oudere mensen alleen de keuze is tussen wel en niet behandelen. Er zit zoveel tussen. Zo is een genezende behandeling niet eens de beste keuze en kun je beter gaan voor een niet-genezende behandeling. Soms kan een niet-genezende behandeling de levensduur verlengen met vier jaar, terwijl een patiënt een genezende behandeling vijftig procent kans heeft op overlijden tijdens de operatie. Wat kies je dan? Dat is de vraag die we samen met de patiënt beantwoorden.”

Wat zijn de voordelen van een multimorbiditeitspoli?

“Deze manier van werken zorgt ervoor dat de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis hoeft te komen en niet steeds opnieuw zijn of haar verhaal hoeft te vertellen. Ook werken alle specialisten samen; iedereen is precies van elkaars handelen op de hoogte. Dat is natuurlijk een enorme winst.”



Nathalie Reesink

Gynaecoloog en oncoloog

► Preventie van kanker

De overleving van kanker is sterk afhankelijk van het stadium bij de diagnose. Op tijd naar de huisarts gaan, is dus belangrijk.



WAARSCHUWINGSSIGNALLEN

1. Blijvende heesheid of hoest
2. Slikklachten
3. Overmatige vermoeidheid
4. Zweren die niet overgaan
5. Veranderingen of pijn in moedervlek
6. Verandering in stoelgang of plassen
7. Spontane bloeding of afscheiding
8. Bulten en verdikkingen
9. Gewichtsverlies zonder aanleiding

⚠ Ga naar de dokter als deze klachten langer dan drie weken aanhouden.

Ouderen op de Intensive Care



Wytze Vermeijden

Intensivist

Een opname op de Intensive Care (IC) komt vaak onverwacht en patiënten zijn meestal niet in staat om te communiceren. Hoe maak je dan de juiste beslissing? Intensivist Wytze Vermeijden: "Hoe fitter iemand is, hoe groter de kans dat diegene (redelijk) herstelt."

Op de Intensive Care worden opgenomen, is geen goed nieuws.

"Voor de meeste patiënten is de IC levensreddend, maar een IC-opname is altijd intensief en zeker voor kwetsbare ouderen. Een derde van de ouderen die onverwacht op de IC komt, dus met spoed, overlijdt tijdens de IC-opname. Nog eens een derde overlijdt binnen een jaar. Van de mensen die wel herstellen, hebben sommigen daarna gezondheidsklachten en dat komt deels door de opname."

Welke ouderen komen op de IC?

"Iemand kan om verschillende redenen op de IC worden opgenomen. Bijvoorbeeld omdat diegene na een geplande kankeroperatie beter moet worden bewaakt vanwege broosheid of een orgaan dat minder goed functioneert. Ook kan na een behandeling een complicatie

ontstaan, zoals een bloedvergiftiging of longontsteking. En een grote groep ouderen komt direct bij ons vanwege een reanimatie."

Hoe maak je de afweging of iemand baat heeft bij een IC-opname?

"Dat is een heel moeilijke beslissing. We bellen sowieso de behandelaar en kijken natuurlijk naar de ernst van de ziekte. Ook willen we weten hoe de fysieke en mentale conditie van de patiënt was gedurende zijn of haar leven. Tussen ouderen zijn veel verschillen en iemands fitheid bepaalt mede of een behandeling wel of niet mogelijk is. Daarnaast vinden we het belangrijk om te weten wat diegene zelf wil. Hoe belangrijk is het bijvoorbeeld voor de patiënt dat hij of zij na de behandeling nog zelfstandig kan wonen?"

Iemand die op de IC komt, is niet altijd aanspreekbaar. Hoe ga je daar mee om?

"We praten in dat geval met de naasten, maar het kan zijn dat zij geen concrete informatie kunnen geven. Bijvoorbeeld omdat de naaste dementerende is of erg geschrokken. We hopen altijd dat er door de artsen, verpleegkundigen of patiënt zelf iets is

opgeschreven over de medische status. Het helpt ons als we bijvoorbeeld weten of diegene nog kon fietsen en zelfstandig woonde. Maar ook wat de wensen, verwachtingen en levensdoelen zijn van de patiënt. Wanneer wil je wel behandeld worden en wanneer niet? Sommige mensen zien af van behandeling als het gevolg kan zijn dat ze daardoor in een verzorgingstehuis komen. Of als ze niet meer zelfstandig boodschappen kunnen doen, of moeilijker de krant kunnen lezen."

Kun je als arts inschatten hoe iemand uit een IC-opname komt?

"Niet altijd. Als iemand zich altijd zelfstandig kon redden, dan zijn de kansen op een goede kwaliteit van leven na de opname aanmerkelijk groter dan wanneer dat niet het geval is. Cognitief functioneren is daarbij belangrijker dan de fysieke zelfredzaamheid. Iemand die al een geheugenstoornis had, kan door een IC-opname een flinke klap krijgen. Daarom is het zo belangrijk dat we weten hoe kwetsbaar iemand is; dat heeft invloed op de behandeling die je kiest. Leeftijd zegt niet alles." ◀

Medische Publieksacademie Twente

MST organiseert de Medische Publieksacademie Twente; voor iedereen gratis toegankelijke bijeenkomsten waar specialisten je informeren over de werking van steeds een ander deel van het lichaam of een gezondheidsthema.

Door deze kennis te delen bevorderen wij de gezondheid in de regio en laten wij je kennismaken met de wereld achter ons ziekenhuis en de zorg die hier geboden wordt. Iedereen met een gezonde interesse in de werking van het menselijk lichaam is welkom. De data en onderwerpen van de bijeenkomsten in 2019 zijn te vinden op www.mst.nl/publieksacademie. De Medische Publieksacademie Twente wordt mede mogelijk gemaakt door de Stichting Vrienden van Medisch Spectrum Twente.



Locatie lezingen MST:
Koningsplein 1,
Enschede
Auditorium,
2e verdieping,
route C29.



Over Medisch Spectrum Twente

MST is een topklinisch ziekenhuis in Twente met een compleet zorgaanbod van basiszorg, topklinische zorg en in een aantal vakgebieden zorg op academisch niveau.

MST is een opleidingscentrum voor toekomstige (para-)medici en verpleegkundigen en verricht veel wetenschappelijk onderzoek. MST biedt als traumacentrum eerste opvang bij ernstige ongevallen of rampen, ook in het Duitse grensgebied. MST is een van de zeven Santeon ziekenhuizen die nauw samenwerken om de zorg te verbeteren door van elkaar te leren. Het regionale verzorgingsgebied van MST bestaat uit 263.000 inwoners. Er werken circa 3.700 medewerkers, onder wie 235 medisch specialisten waarvan 8 hoogleraren. MST is er voor jou, ook als zorg méér vraagt.