



# Geriatrische dermato-oncologie

## Handvatten voor een adequate behandelafweging

S.F.K. Lubeek

Zoals u waarschijnlijk zelf merkt, neemt het aantal ouderen in onze spreekkamers toe. Een aanzienlijk deel van deze ouderen komt bij de dermatoloog in verband een laagrisicohuidmaligniteit, waarbij vaak geen of nauwelijks klachten bestaan op het moment van presentatie. [1-3] In het kader is een voorbeeldcasus weergegeven, zoals u ongetwijfeld zelf ook regelmatig tegenkomt en in de toekomst waarschijnlijk nog vaker gaat tegenkomen.

### Een voorbeeldcasus:

Mevrouw. Jansen is een 94-jarige dame met dementie die door een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) verwezen wordt naar uw spreekuur in verband met een plek op haar linkerneusvleugel. Het is niet helemaal duidelijk hoelang de plek aanwezig is en tot op heden vond geen behandeling plaats. Behalve een enkele keer spontaan bloedverlies geeft zij verder geen klachten aan. Wel is de omgeving van patiënte opgevallen dat ze veelvuldig bezig is met het aanbrengen van make-up op de plek. Ondanks haar gevorderde dementie heeft mevrouw Jansen een relatief stabiele gezondheid. Behoudens een medicamenteus goed gereguleerde hypertensie en een milde decompensatio cordis, vergaat het haar somatisch gezien redelijk goed. In verband met haar dementie is zij twee jaar geleden in een verpleeghuis komen wonen. Haar echtgenoot is afgelopen jaar overleden en zij heeft twee zonen en vijf kleinkinderen, die aan de andere kant van het land wonen. Sinds haar verhuizing naar het verpleeghuis is haar geheugen langzaam achteruitgegaan en kan zij soms onvoorspelbaar reageren. Meestal is zij rustig en goed te instrueren, maar op sommige dagen kan ze snel geagiteerd zijn. Bij onderzoek ziet u een 5 mm. glazige nodulus op de ala nasi links met sterk vertakkende vaatjes en een kleine hemorrhagische crust. U denkt aan een nodulair basaalcarcinoom, wat u bevestigt met een stansbiopt. De uitslag, prognose en behandeloverwegingen bespreekt u met patiënte in het bijzijn van één van haar zonen. Samen denkt u na over waar patiënte het meest mee zal zijn geholpen. De zoon van patiënte vraagt zich af of het wel nodig is om te behandelen, want "mijn moeder heeft er eigenlijk maar weinig last van en is al zo op leeftijd". U vindt dit enerzijds goed invoelbaar, maar herinnert u maar al te goed die vergelijkbare casus waar doorgroei van een vergelijkbare tumor, bij een patiënt die langer leefde dan aanvankelijk gedacht, uiteindelijk tot aanzienlijke weefseldestructie en veel klachten heeft geleid. Wat is nu wijsheid..?

Het kan soms best een uitdaging zijn om in een dergelijke casus samen met de patiënt en zijn/haar naasten tot een gedegen en weloverwogen behandelbesluit te komen. Een aantal steeds vaker terugkerende discussiepunten zijn: waar helpen we een kwetsbare oudere patiënt met huidkanker het meest mee? Welke factoren in onze beleidsbepaling zijn relevant om mee te nemen? En, is behandeling wel altijd noodzakelijk? [4-6] Helaas bieden gegevens uit eerder onderzoek en richtlijnen ons hier maar een beperkte ondersteuning bij. [3,7] In dit artikel wordt in meer detail stilgestaan bij deze discussiepunten en worden er handvatten gepresenteerd om u in dit besluitvormingsproces te ondersteunen.

### HET TIME TO BENEFIT-PRINCIPLE

Een algemeen principe dat als kapstok kan dienen om een besluitvormingsproces aan op te hangen is het *time to benefit-*

*principe*. Dit principe kan gedefinieert worden als: de tijd tussen het moment van een interventie en het moment dat een voor de patiënt relevante verbetering in gezondheid en/of welzijn duidelijk wordt (ofwel: hoeveel tijd is er voor nodig om de patiënt te laten profiteren van een interventie?). [8] Oorspronkelijk is dit principe afkomstig uit de preventieve geneeskunde, zoals bij het gebruik van statines of het screenen op borst- en coloncarcinoom. Echter, dit principe kan ook een zinvolle bijdrage leveren bij laagrisicohuidmaligniteiten. Een aantal essentiële vragen die ten grondslag liggen aan het toepassen van dit principe zijn: (1) wat is het natuurlijk beloop van een aandoening zonder de desbetreffende interventie, (2) wat is de levensverwachting van een patiënt, (3) wat 'kost' een interventie de patiënt en wanneer treden de 'kosten' op (denk hierbij aan ervaren belasting, bijwerkingen enzovoorts), (4) wat levert een interventie de patiënt wanneer op.

Dermatoloog, afdeling Dermatologie Radboudumc, Nijmegen en Streektziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk

## FACTOREN VAN BELANG BIJ EEN BEHANDELAFWEGING

Om een gedegen behandelafweging te maken, die resulteert in de meest optimale uitkomst voor een individuele patiënt, is het in kaart brengen en meewegen van verschillende factoren van belang. Globaal zijn deze factoren op te delen in vier groepen, gekenmerkt door een zeker mate van overlap (tabel 1).

Tabel 1. Verschillende groepen factoren van belang bij een behandelafweging (met voorbeelden).

<b>Tumorkarakteristieken</b>	Onder andere het histopathologische type, lokalisatie, omvang, eerdere behandeling, klacht en en te verwachte natuurlijk beloop / prognose
<b>Patiëntkarakteristieken</b>	Onder andere de hulpvraag, voorkeuren en belangrijke waarden of levensdoelen, leeftijd, resterende levensverwachting, comorbiditeit, functionele status, cognitieve status/wilskwaamheid, kwetsbaarheids-status en belastbaarheid, sociaal netwerk en compliance.
<b>Behandelkarakteristieken</b>	Onder andere effectiviteit (in relatie tot behandelgoal en op welke termijn), bijwerkingen, complicatierisico, beschikbaarheid/reisafstand, belasting, aantal ziekenhuisbezoeken nodig, duur van de behandeling en , benodigde nazorg.
<b>Overige factoren</b>	Onder andere ervaring/verwachting/ voorkeur behandelaar, mening van naasten en/of andere zorgverleners en wens tot nazorg/nacontroles in de eerste lijn.

Afhankelijk van de specifieke situatie van een patiënt zal er meer of minder gewicht toegekend worden aan deze verschillende factoren. Bij een aantal factoren kunnen we varen op gegevens uit de literatuur (met name ten aanzien van tumorkarakteristieken). Echter, over veel factoren is ook weinig of geen kennis vanuit de literatuur bekend en zijn we voor een belangrijk deel aangewezen op eigen ervaring en intuïtie. Uit eerder onderzoek is gebleken dat er in de dermatologie veel minder invloed wordt gezien van patiëntkarakteristieken (onder andere resterende levensverwachting) op het ingezette beleid dan veelal verwacht, en dat beleidsbepaling vooral gebaseerd lijkt te worden op tumor- en behandelkarakteristieken. [9-12] Een aantal van de genoemde factoren zullen in meer detail toegelicht worden.

## LEVENSVERWACHTING: MEER DAN LEEFTIJD ALLEEN

Hoewel leeftijd een belangrijke factor is gerelateerd aan (resterende) levensverwachting, is het belangrijk om te realiseren dat er belangrijke andere beïnvloedende factoren zijn (onder andere multimorbiditeit, functionele status en kwetsbaarheid) en dat indeling van mensen op basis van leeftijd alleen leidt tot een aanzienlijke heterogeniteit met betrekking tot deze andere variabelen. Het valt dan ook aan te bevelen om behandelafwegingen en aannames gebaseerd op leeftijd alleen zo veel mogelijk te vermijden. Er zijn verscheidene instrumenten om de (resterende) levensverwachting van een individuele patiënt in te schatten. Hoewel deze instrumenten hun beperkingen hebben (onder andere op het gebied van generaliseerbaarheid) zouden ze mogelijk zinvol kunnen zijn

voor onze dermatologie-oncologische praktijk. [13-17] Helaas bestaat er momenteel binnen de dermatologie maar weinig ervaring met deze instrumenten en is meer onderzoek naar de betrouwbaarheid en toepasbaarheid binnen ons vakgebied welkom. [18]

## 'KWETSBAARHEID' (FRAILTY) ALS APARTE ENTITEIT

Frailty wordt meestal gedefinieerd als een staat van kwetsbaarheid veroorzaakt door een afname in functionele reservecapaciteit door achteruitgang van verschillende fysiologische systemen in het lichaam. Dit kan resulteren in een disproportionale achteruitgang in gezondheid bij relatief kleine stressoren. Hoewel er een duidelijke relatie is tussen leeftijd, multimorbiditeit en frailty, wordt frailty door de meeste experts beschouwd als een aparte entiteit. De aanwezigheid van frailty bij een patiënt blijkt een belangrijke voorspeller voor een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals functionele afhankelijkheid, complicaties en overlijden. [19] Frailty kan in kaart gebracht worden door een *comprehensive geriatric assessment* of hiervan afgeleide (meer beknopte) vragenlijsten zoals de *Geriatric-8 (G8)* of *Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)*. [20] Het zou mogelijk zinvol kunnen zijn om frailty in kaart te brengen en mee te nemen in een behandelafweging omtrent een laagrisico-huidmaligniteit. Echter, momenteel is onduidelijk hoe dit op de meest betrouwbare en efficiënte manier te doen in de dermatologie-oncologische praktijk, welke consequenties dit precies heeft en welke patiënten hier baat bij hebben. Nader onderzoek hiernaar is wenselijk en wordt momenteel vanuit een multidisciplinaire internationale werkgroep geïnitieerd, in nauwe samenwerking met de International Society of Geriatric Oncology (SIOG).

## GEZAMENLIJK SELECTIE VAN BEHANDELDOELEN

Binnen de dermatologie-oncologie zijn verschillende behandeldoelen mogelijk. Soms leidt de keuze van verschillende behandeldoelen tot dezelfde interventie, maar soms kunnen verschillende behandeldoelen ook verschillende interventie-keuzes tot gevolg hebben. Over het algemeen is het meest gehoorde behandelgoal curatie, maar voorbeelden van andere behandelgoelen die soms een hogere prioriteit krijgen van een patiënt, diens naasten en/of behandelaren zijn het voorkomen van functieverlies, een optimale cosmetische uitkomst, klachtenpreventie of -verlichting en het verbeteren van het algehele welzijn. Van oudsher ligt de focus binnen de geneeskunde grotendeels op curatieve zorg en zijn veel onderzoeken en richtlijnen hier tevens op gericht. [7,21,22] Daarnaast komt het regelmatig voor dat de behandelgoelen van een patiënt, arts en/of andere betrokkene niet overeenkomen en hebben wij als behandelaren regelmatig de neiging om bepaalde aannames te doen over behandelgoelen bij kwetsbare ouderen, zonder deze voldoende te toetsen bij de patiënt. [21,22] Daarom is het belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan het selecteren van een behandelgoal (of meerdere behandelgoelen) samen met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger.

Deze gezamenlijke selectie van een behandelgoal is een belangrijk onderdeel binnen gezamenlijke besluitvorming (ofwel gedeelde besluitvorming; *shared decision making*).

Gezamenlijke besluitvorming laat zich het best omschrijven als een proces waarin een patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) op een gestructureerde wijze ondersteund wordt door de behandelaar(s) bij het maken van keuzes omtrent de gezondheid. Uit onderzoek is gebleken dat deze gestructureerde aanpak, die dwingt tot het stilstaan bij de behoeften van de individuele patiënt, een bijdrage kan leveren in het maken van een weloverwogen behandelbeslissing en een hogere patiënttevredenheid. Tot op zekere hoogte zal ieder reeds in meer of mindere mate gezamenlijke besluitvorming toepassen in de dagelijkse praktijk, echter uit eerder onderzoek is ook gebleken dat behandelaars de neiging hebben zichzelf hierin te overschatten. [23-25]

Gezamenlijke besluitvorming is in het bijzonder van belang bij zogeheten voorkeursgevoelige beslissingen: beslissingen waarbij meerdere mogelijkheden medisch gezien passend of acceptabel zijn en het proces en/of de uitkomsten per persoon verschillend gewaardeerd kunnen worden, wat zeker ook binnen de dermato-oncologie het geval kan zijn. In het meest geaccepteerde en toegepaste model voor gezamenlijke besluitvorming worden drie fases onderscheiden (tabel 2). [23] Afhankelijk van de situatie kan het soms zinvol zijn om de verschillende fases over meer dan één gesprek te verspreiden. Er zijn in de literatuur verschillende varianten en aanpassingen beschreven op dit model, afhankelijk van de situatie en/of populatie waarin ze worden toegepast. Tevens zijn er diverse (generieke) keuzehulpen beschikbaar, die kunnen helpen bij gezamenlijke besluitvorming. [23,24,26-28] Momenteel wordt binnen een landelijke multidisciplinaire klankbordgroep Behandelbeperkingen een overzicht samengesteld van de reeds beschikbare keuzehulpen. Daarnaast loopt er momenteel het project *Shared decision making* bij kwetsbare ouderen met basaalcelcarcinoom in het Radboudumc, waarbij er een verdere uitwerking zal plaatsvinden van het concept gezamenlijke besluitvorming binnen de dermato-oncologische praktijk (inclusief ontwikkeling van een keuzehulp).

Tabel 2. De drie fases in het meest geaccepteerde en toegepaste model voor gezamenlijke besluitvorming. [23]

<b>Keuzefase</b>	Er wordt besproken dat er meerdere mogelijkheden zijn en dat de patiënt hierin een keuze kan maken, samen wordt een behandeldoel (of meerdere behandeldoelen) geselecteerd.
<b>Optiefase</b>	De verschillende opties, met het oog op het geselecteerde behandeldoel (of meerdere behandeldoelen), worden door de behandelaar besproken, inclusief de eventuele voor- en nadelen. Probeer informatie op maat aan te bieden, toegespitst op de specifieke situatie. Biedt voldoende ruimte voor vragen en toets of hetgeen besproken is voldoende begrepen wordt. Vergeet hierbij eventuele audiovisuele beperkingen niet.
<b>Besluitvormingsfase</b>	Er wordt nagegaan of de patiënt (of vertegenwoordiger) klaar is om een besluit te nemen. Is dit niet het geval, dan wordt teruggegaan naar de vorige fase. Als de patiënt of diens vertegenwoordiger wil dat u als behandelaar de keuze maakt, benoem dit dan expliciet en probeer aan te sluiten bij het eerder geselecteerde behandeldoel.

## WILSBEKWAAMHEID EN JURIDISCHE VOORWAARDEN

Een belangrijk aspect om bij elke patiënt, maar in het bijzonder bij de kwetsbare oudere patiënt, rekening mee te houden is eventuele wilsonbekwaamheid. Het is goed om hier, ook als dermatoloog, voldoende achtergrondkennis over te hebben en te weten hoe de juridische uitgangspunten hierbij zijn. De algemeen geaccepteerde en gehanteerde definitie van een wilsonbekwame patiënt, die zo ook in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) gedefinieerd staat, is: "Patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is." Hierbij is het uitgangspunt dat een patiënt als wilsonbekwaam moet worden beschouwd, tot het tegendeel is vast komen te staan en wordt iemand als volledig wilsonbekwaam ter zake beschouwd als hij of zij in staat is tot het volgende: (1) kenbaar maken van een keuze, (2) begrijpen van relevante informatie, (3) beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie, en (4) logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties. [29] Als behandelend arts dien je een beslissing te nemen over of een patiënt als wilsonbekwaam te beschouwen is voor de desbetreffende situatie. Het is hierbij goed om te realiseren dat wilsonbekwaamheid een juridische status is die per situatie/beslismoment kan verschillen. Als een patiënt wilsonbekwaam wordt geacht dan moet een vertegenwoordiger toestemming geven voor een voorgesteld onderzoek of behandeling. Bij een wilsonbekwame meerderjarige patiënt is in de WGBO een hiërarchie aangegeven met betrekking tot het vertegenwoordigerschap (tabel 3).

Tabel 3: hiërarchie in wettelijk vertegenwoordigerschap bij een wilsonbekwame meerderjarige patiënt conform de WGBO.

- (1) Een door de rechter benoemde curator of mentor, indien er geen sprake is van mentorschap of curatorschap door;
- (2) Een schriftelijk door de patiënt gemachtigde, indien een zodanige persoon ontbreekt of niet optreedt dan worden de verplichtingen nagekomen door;
- (3) De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel, als ook een zodanige persoon ontbreekt of niet wenst op te treden dan door;
- (4) Een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.

Het zal niet altijd eenvoudig zijn om het bovengenoemde in de dagelijkse dermatologische praktijk op de juiste manier toe te passen. Immers kan zich de situatie voordoen waar er bijvoorbeeld onvoldoende duidelijkheid bestaat over of een patiënt als wilsonbekwaam beschouwd kan worden, is er relatief weinig tijd om hierbij stil te staan, of wordt een meegekomen familielid betrokken in de besluitvorming (hoewel waarschijnlijk niet altijd wordt nagegaan of dit ook de aangewezen wettelijk vertegenwoordiger zou moeten zijn). In dergelijke gevallen is het verstandig om het laagdrempelig te overleggen met een naaste en/of eerstelijnsverwijzer. Te snel formeel de wilsonbekwaamheid toetsen, kan echter ook het nadeel hebben dat de patiënt snel buitenspel wordt gezet, terwijl deze toch verbaal of non-verbaal heel duidelijke signalen kan afgeven.

Het vraagt goed luisteren, afwegen van belangen en klinische ervaring om hier het goede evenwicht in te bewaren. Ook kan het in sommige gevallen te overwegen zijn om bij persisterende twijfel een psychiater/geriater te consulteren. Tot slot is het belangrijk om duidelijk vast te leggen met wie en waarover u contact heeft gehad in het proces van behandelafwegingen (vermeldt in het geval van een vertegenwoordiger bijvoorbeeld altijd de naam en relatie tot de patiënt in het dossier).

## AFZIEN VAN INTERVENTIE

De laatste jaren is er in toenemende mate aandacht voor het weloverwogen afzien van interventie bij diverse soorten maligniteiten (onder andere prostaat, borst, schildklier en hematologisch). [30,31] Op een dergelijk moment kan voor twee vervolgstategieën worden gekozen, de zogeheten *active surveillance* (actieve bewaking) of *watchful waiting* (waakzaam wachten). *Active surveillance* wordt omschreven als geprotocolleerde periodieke controle op ziekteprogressie en het aanbieden van (in opzet curatieve) behandeling bij een bepaalde mate van progressie (bij prostaatacarcinoom bijvoorbeeld op basis van de PSA-waarde). Met *watchful waiting* wordt meestal in beginsel afgezien van curatieve behandeling en op basis van eventuele symptomen een beleidsaanpassing gedaan. Ook op het gebied van laagrisicohuidmaligniteiten zijn er situaties waarbij weloverwogen afzien van interventie een overweging kan zijn en te kiezen voor één van de genoemde strategieën. [30] In dergelijke gevallen lijkt het raadzaam om wel een goede follow-up na te streven zodat het beloop vervolgd kan worden en er laagdrempelig de mogelijkheid bestaat tot aanvullende overweging en herziening van

Tabel 4. Handvatten voor het maken van adequate behandelafwegingen bij kwetsbare ouderen.

Denk in potentiële scenario's en probeer hierbij het time to benefit-principe te gebruiken.

Betrek alle relevante factoren en probeer redenties gebaseerd op leeftijd alleen te voorkomen.

Verhelder de hulpvraag van de patiënt en diens naasten, ga na wat belangrijke waarden voor de patiënt zijn en selecteer samen een behandeldoel (of meerdere behandeldoelen).

Probeer invullen voor de patiënt te voorkomen.

Biedt de patiënt en/of diens vertegenwoordiger informatie op maat aan, toegespitst op de specifieke situatie. Biedt voldoende ruimte tot het stellen van vragen en toets of hetgeen besproken is voldoende begrepen wordt. Vergeet hierbij eventuele audiovisuele beperkingen niet.

Schep voldoende ruimte om over behandel mogelijkheden na te kunnen denken, plan eventueel een extra (telefonisch) vervolgconsult in.

Ben je bewust van eventuele wilsonbekwaamheid en de gevolgen die dit heeft (inclusief juridisch).

Betrek laagdrempelig een eerstelijnsverwijzer en/of andere generalist (bijvoorbeeld geriater) bij twijfel.

Realiseert u zich dat het vertegenwoordigerschap bij wilsonbekwame meerderjarigen bij wet geregeld is en dat er ten aanzien van welke persoon deze rol vervult een wettelijke hiërarchie bestaat.

Bij afzien van interventie kan periodieke controle van meerwaarde zijn en dient de rol van de dermatoloog niet onderschat te worden.

het gevoerde beleid waar gewenst. Hierin kan zeker ook een eerstelijnsgeneralist een rol spelen, echter de rol van een dermatoloog moet in deze begeleiding ook niet onderschat worden.

## CONCLUSIE

Samenvattend kan het best lastig zijn om bij kwetsbare ouderen met laagrisicohuidmaligniteiten een gedegen en weloverwogen behandelbesluit te nemen, waarbij er een optimale balans tussen onder- en overbehandeling wordt gevonden en voldoende aandacht voor de hulpvraag, waarden en behandel doelen van de patiënt bestaat. In dit artikel worden een aantal handvatten geboden om hierbij ondersteuning te bieden (samengevat in tabel 4).

Met dank aan prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert (hoogleraar geriatrie, Radboudumc Nijmegen) en mw. mr. K.J. de Wolf (ziekenhuisjurist, Radboudumc Nijmegen) voor het kritisch beoordelen van dit artikel.

## LITERATUUR

1. Askari SK, Schram SE, Wenner RA, et al. Evaluation of prospectively collected presenting signs/symptoms of biopsy-proven melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and seborrheic keratosis in an elderly male population. *J Am Acad Dermatol* 2007;56(5):739-47.
2. Blume-Peytavi U, Kottner J, Sterry W, et al. Age-associated skin conditions and diseases: Current perspectives and future options. *Gerontologist* 2016;56 Suppl 2:S230-42.
3. Lubeek SF, van Vugt LJ, Aben KK, van de Kerkhof PC, Gerritsen MP. The epidemiology and clinicopathological features of basal cell carcinoma in patients 80 years and older: A systematic review. *JAMA Dermatol* 2017;153(1):71-8.
4. Linos E, Schroeder SA, Chren MM. Potential overdiagnosis of basal cell carcinoma in older patients with limited life expectancy. *JAMA* 2014;312(10):997-8.
5. Hafner K, Palmer G. Skin cancers rise, along with questionable treatments. *NY Times*, 20-11-2017. Via: <https://www.nytimes.com/2017/11/20/health/dermatology-skin-cancer.html>.
6. Reerink A. Die dermatoloog en longarts zijn niet wijs. *NRC*, 08-10-2011. Via: <https://www.nrc.nl/nieuws/2011/10/08/die-dermatoloog-en-longarts-zijn-niet-wijs-12039061-a611241>.
7. Lubeek SF, Borgonjen RJ, van Vugt LJ, Olde Rikkert MG, van de Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Improving the applicability of guidelines on nonmelanoma skin cancer in frail older adults: a multidisciplinary expert consensus and systematic review of current guidelines. *Br J Dermatol* 2016;175(5):1003-10.
8. Lee SJ, Leipzig RM, Walter LC. Incorporating lag time to benefit into prevention decisions for older adults. *JAMA* 2013;310(24):2609.
9. Linos E, Parvataneni R, Stuart SE, Boscardin WJ, Landefeld CS, Chren MM. Treatment of nonfatal conditions at the end of life: nonmelanoma skin cancer. *JAMA Intern Med* 2013;173(11):1006-12.
10. Linos E, Chren MM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Skin cancer in U.S. elderly adults: Does life expectancy play a role in treatment decisions? *J Am Geriatr Soc* 2016;64(8):1610-5.
11. Lubeek SF, Michielsens CAJ, Borgonjen RJ, Bronkhorst EM, van de Kerkhof PC, Gerritsen MP. Impact of high age and comorbidity on management decisions and adherence to guidelines in patients with keratinocyte skin cancer. *Acta Derm Venereol* 2017;97(7):825-9.
12. Waalboer-Spuij R, Hollestein LM, van de Poll-Franse LV, Nijsten TEC.

*Histological diagnosis of basal cell carcinoma is not associated with life expectancy in elderly Dutch people: a population-based cohort study. Br J Dermatol 2017;177(4):e88-e9.*

13. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Wiedera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA* 2012;307(2):182-92.
14. Yurkovich M, Avina-Zubieta JA, Thomas J, Gorenchtein M, Lacaille D. A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative health data. *J Clin Epidemiol* 2015;68(1):3-14.
15. Cho H, Klabunde CN, Yabroff KR, et al. Comorbidity-adjusted life expectancy: a new tool to inform recommendations for optimal screening strategies. *Ann Intern Med* 2013;159(10): 667-76.
16. Terret C, Castel-Kremer E, Albrand G, Droz JP. Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly people. *Lancet Oncol* 2009;10(1): 80-7.
17. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thume E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;67:130-8.
18. Connolly KL, Jeong JM, Barker CA, Hernandez M, Lee EH. A systematic review of comorbidity indices used in the nonmelanoma skin cancer population. *J Am Acad Dermatol* 2017;76(2):344-6.e2.
19. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62.
20. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol* 2012;13(10):e437-44.
21. Akishita M, Ishii S, Kojima T, et al. Priorities of health care outcomes for the elderly. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(7):479-84.
22. Puts MT, Tapscott B, Fitch M, et al. A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treat Rev* 2015;41(2):197-215.
23. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361-7.

De complete literatuurlijst is, vanaf drie weken na publicatie in dit tijdschrift, te vinden op [www.nvdv.nl](http://www.nvdv.nl).

## SAMENVATTING

Een gedegen en weloverwogen behandelbesluit nemen bij kwetsbare ouderen met laagrisico-huidmaligniteiten kan in de praktijk best een uitdaging zijn. Een optimale balans tussen onder- en overbehandeling met voldoende aandacht voor de hulpvraag, waarden en behandeldoelen van de patiënt dienen hierbij nagestreefd te worden. In dit artikel worden een aantal handvatten geboden om behandelaars ondersteuning te bieden bij deze behandelafwegingen.

## TREFWOORDEN

huidkanker – kwetsbare ouderen – geriatrische dermatologie – behandelafweging – gezamenlijke besluitvorming

## SUMMARY

Making a thorough and well-considered treatment decision in frail older adults with low-risk skin malignancies can be challenging in daily practice. Balancing the risk for both under- and overtreatment while paying proper attention for the patient's demand, values and treatment goals should be pursued. This article provides an overview to support clinicians in the decision-making process.

## KEYWORDS

skin cancer – frail older adults – geriatric dermatology – treatment consideration – shared decision making

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling.  
Geen.

## CORRESPONDENTIEADRES

Satish Lubeek

E-mail: [Satish.Lubeek@radboudumc.nl](mailto:Satish.Lubeek@radboudumc.nl)