



Huisarts in opleiding **letje Perfors** promoveerde op onderzoek naar de GRIP-interventie die de betrokkenheid van de huisarts na de diagnose kanker kan stimuleren voor patiënten die curatief worden behandeld. Doel van deze interventie was de gestructureerde begeleiding van patiënten met kanker door de eerste lijn te bevorderen en de betrokkenheid van patiënten bij behandelbeslissingen te verbeteren.

De GRIP-interventie bestaat uit 2 componenten. Ten eerste het TOC (Time Out Consult – een consult bij de huisarts vlak na de diagnose waarin de huisarts de patiënt voorbereidt op diens behandelkeuze). Ten tweede structurele begeleiding tijdens en na de behandeling door een eerstelijns oncologieverpleegkundige in samenwerking met de huisarts.

Rol huisarts in psychosociale ondersteuning bij diagnose kanker

Frank van Wijck en Mascha Witteman-de Kok

Twee promotieonderzoeken over de rol die de huisarts kan vervullen voor zijn patiënten die de diagnose kanker krijgen. Een voorwaarde is dat de huisarts, indien de patiënt dat wenst, structureel ruimte maakt om de patiënt te ondersteunen, stellen beide promovendi.

Mensen die de diagnose kanker hebben gekregen voelen zich vaak overvallen door dit nieuws. Uit literatuuronderzoek van Eveline Noteboom blijkt dat bijna de helft van de patiënten met kanker behoefte heeft aan gedeelde besluitvorming (shared decision making) om tot een keuze voor behandeling te komen. Ligt hier een rol voor de huisarts? 'Zeker', zegt Noteboom. 'De huisarts is nu wel eens in beeld hiervoor, maar niet structureel en dat zou wel moeten. De huisarts kent zijn patiënten en hun persoonlijke

situatie. Zo'n gesprek na de diagnose en voorafgaand aan de keuze voor behandeling biedt de patiënt de gelegenheid tot reflectie. De huisarts kan daarbij psychosociale ondersteuning bieden en vragen stellen vanuit de sociale context met betrekking tot het behandelvoorstel. Vragen die de medisch specialist – die de privésituatie van de patiënt misschien minder goed kent – wellicht niet stelt.' Letje Perfors vult aan: 'Het standpunt oncologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap beschrijft ook een rol voor de huisarts in dit stadium. De huisarts kan als coach optreden om de patiënt te ondersteunen in gezamenlijke besluitvorming over de behandeling. De optie voor zo'n gesprek kan dus zeker aan de patiënt aangeboden worden. Natuurlijk zullen er altijd patiënten zijn die er geen behoefte aan hebben – omdat ze niet zo'n band

In het verlengde van het promotieonderzoek van Perfors verrichtte gezondheidswetenschapper **Eveline Noteboom** voor haar promotie kwalitatief onderzoek naar het TOC bij de huisarts, als onderdeel van haar onderzoek naar de rol van de huisarts en patiënt in de besluitvorming voor de behandeling voor kanker.



Foto: Margot Scheerder

met de huisarts hebben of het gesprek niet nodig vinden – maar je weet het pas als je het vraagt. Je voorkomt daarmee ook dat patiënten anders achteraf ‘had ik maar’ zeggen.’

GRIP-interventie

Perfors en Noteboom onderzochten of de GRIP-interventie de betrokkenheid van de huisarts na de diagnose kanker structureel kan versterken. Hier is het Time Out Consult (TOC) een onderdeel van. ‘We hebben geprobeerd dit te bewerkstelligen zonder daarbij de logistiek in het ziekenhuis aan te pakken’, vertelt Perfors, ‘maar dan lukt het niet. De medisch specialisten die ik erover heb gesproken, staan er wel open voor. Ook zij komen terug op de sneldiagnostiek en de vlotte bespreking van het behandelplan. Maar daarmee ben je er nog niet. Afgezien daarvan stond gedeelde besluitvorming ook nog niet zo op de voorgrond toen wij in 2014 ons onderzoek startten. Dat speelt misschien ook een rol.’

Noteboom: ‘Het is niet de bedoeling dat huisartsen op de stoel van medisch specialisten gaan zitten. Duidelijkheid kan de vrees hiervoor voorkomen. Het gaat erom dat de patiënt in een rustige setting vanuit een ander perspectief ondersteund wordt in zijn beslissingstraject.’

Gezamenlijke actie

Ondanks de teleurstelling dat het niet is gelukt de GRIP-interventie uit te voeren zoals gedacht, zijn Perfors en Noteboom

er nog steeds van overtuigd dat er een structurele rol voor de huisarts direct na de diagnose kanker moet kunnen zijn als de patiënt dat wenst. ‘Dit kan ondersteuning in gedeelde besluitvorming betekenen, of ook alleen op psychosociaal vlak’, zegt Noteboom. Perfors: ‘Het is een kwestie van het onderwerp samen oppakken. De manier waarop ketenzorg van de grond is gekomen kan hiervoor als voorbeeld dienen.’

‘Patiënten met de diagnose kanker hebben behoefte aan betrokkenheid van de huisarts’

Noteboom: ‘De juiste route is die van regionale transmurale afspraken, maar het vergt meer dan alleen het in een richtlijn opnemen. Er moet aandacht voor komen in de opleiding, om het onderdeel te maken van het reguliere denkproces van artsen. Alle betrokken partijen moeten er de meerwaarde van zien.’ Perfors vult aan: ‘Maar dat is op zich niet het probleem. Het onderzoek maakt immers duidelijk dat patiënten behoefte hebben aan betrokkenheid van de huisarts.’

Perfors en Noteboom erkennen beiden wel dat het er niet alleen om gaat dat de huisarts de ruimte krijgt in die rol voor zijn patiënten met kanker, maar ook dat hij die pakt. ‘Daar zit inderdaad diversiteit in’, zegt Noteboom. ‘Bij de meeste huisartsen is wel sprake van een bepaalde mate van contact, al is het maar een telefoontje. Maar de huisarts kan meer doen, vooropgesteld dat de patiënt daar behoefte aan heeft en dat dat gefaciliteerd wordt.’ Perfors: ‘In de controlegroep van patiënten die geen TOC kregen aangeboden, zag ik toch ook wel contact met de huisarts. Wel wat later in het proces en dan niet altijd vanuit het oncologisch perspectief.’

‘De huisarts kan proactiever zijn in het pakken van een structurele rol in het contact met de patiënt met de diagnose kanker’

Niet behandelen

Een aspect van de behandelkeuze is ook de overweging of behandeling wel – of op het moment wel – de beste optie is voor de patiënt. ‘We hebben hier zelf geen onderzoek naar gedaan’, zegt Noteboom. ‘Uit ander onderzoek weten we dat dit aspect in het gesprek met de medisch specialist nog wel eens onderbelicht blijft. Dat zou anders kunnen, maar de huisarts kan er ook een rol in spelen door hier bewustzijn voor te creëren. Als curatie geen mogelijkheid is, staat mogelijk ondersteuning

in gedeelde besluitvorming meer op de voorgrond. Maar als duidelijk is dat curatieve behandeling een optie is, willen patiënten die meestal ook wel en zal de rol van de huisarts zich vooral op psychosociaal vlak afspelen.’

Kan de eerstelijns oncologieverpleegkundige ook een rol spelen in de keuze van de patiënt uit de behandelopties? ‘We hebben dat niet onderzocht’, zegt Noteboom, ‘maar ik schat in dat veel patiënten hun huisarts hiervoor meer als de aangewezen persoon zullen zien, vanwege de al bestaande relatie.’ Perfors: ‘We hebben de inzet van de eerstelijns oncologieverpleegkundige wel aan patiënten aangeboden in het natraject, maar dat kwam niet uit de verf zoals wij bedacht hadden.’

Nu actie

Het pleidooi van Perfors en Noteboom om de huisarts een structurele rol te geven in contact met de patiënt in aansluiting op de diagnose kanker, sluit aan bij de toekomstvisie van het Nederlands Huisartsen Genootschap. ‘Het NHG stelt dat de huisarts hier proactiever in kan zijn’, stelt Perfors. ‘Terecht, want het sluit aan bij de behoefte van de patiënt.’ Noteboom: ‘Helemaal mee eens. Onze proefschriften geven voeding aan de stelling dat de huisarts hier écht van betekenis kan zijn. Onze hoop is dan ook dat er nu actie komt, dat de medisch specialisten en huisartsen afspraken met elkaar gaan maken om ruimte te maken voor betrokkenheid van de huisarts.’ Natuurlijk zijn er opties voor vervolgonderzoek, stelt Perfors, bijvoorbeeld hoe het TOC in het zorgpad moet worden ingepast of voor welke patiënten het TOC de grootste meerwaarde heeft. ‘Maar maak er nu eerst werk van om te zorgen dat de huisarts en patiënt de ruimte kunnen pakken voor het TOC.’ ■