

Begeleiding van kankerpatiënten door de huisarts

W. J. ROELFSEMA*

In een klein inventariserend onderzoek werd getracht een indruk te krijgen van de zorg voor kankerpatiënten in een drietal huisartspraktijken. Daartoe werden gedurende vier weken alle contacten met kankerpatiënten gedetailleerd geregistreerd. In totaal ging het om acht patiënten, die allen min of meer in een terminaal stadium verkeerden; dat is circa 15 procent van het op grond van de literatuur te verwachten aantal ingeschrevenen met een maligne aandoening.

Inleiding

In het *Basistakenpakket van de huisarts* wordt expliciet melding gemaakt van het „begeleiden van patiënten, die lijden of geleden hebben aan ziekten, die diep ingrijpen in hun bestaan”, terwijl ook stervenshulp speciaal wordt genoemd.¹ Het staat dan ook buiten kijf dat de huisarts een belangrijke rol is toebedacht bij de begeleiding van patiënten met kanker.

In het verlengde hiervan ligt de constatering van *Spreeuwenberg*, „dat de op sterven gerichte hulpverlening voornamelijk door de huisarts geschiedt”. *Spreeuwenberg* signaleert echter ook een tendens om de psychosociale zorg aan terminale patiënten, zelfs in de thuissituatie, te rekenen tot het terrein van de gedragswetenschappers uit de ziekenhuizen en hij concludeert, dat er een controversie is ontstaan over de positie van de huisarts bij de hulp aan ernstig zieken.²

Overigens is de taak van de huisarts ten aanzien van kankerpatiënten niet beperkt tot stervenshulp; in het kader van zijn coördinerende en begeleidende functie, kan hij een brug slaan tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. *Duistermaat* geeft een beeld van de zeer persoonlijke manier van helpen, waarmee de huisarts inhoud aan die taak kan geven: „de dokter moet zichzelf als mens laten zien”.³

In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een kleine inventarisatie van de

begeleiding van kankerpatiënten in een tweetal praktijken. Het ging daarbij om de volgende vragen:

- Waaruit bestaat de zorg van de huisarts voor kankerpatiënten en welke knelpunten doen zich daarbij voor?
- Hoe is het gesteld met de kwaliteit van het leven van de betreffende patiënten?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de duo-praktijk van de auteur en een solo-praktijk. De drie praktijken zijn gevestigd in een plattelandsgemeente in Noord-Drenthe; de totale praktijkpopulatie bestaat uit circa 6500 patiënten. Gedurende één maand, februari 1984, werden bij alle contacten met kankerpatiënten de volgende gegevens geregistreerd: de ziekte van de patiënt, de voorafgaande behandeling, de aard van het contact (consult/visite/telefonisch contact), de aard van de naar voren gebrachte problematiek, de beleidsvoornemens van de huisarts, en een schatting door de huisarts van de kwaliteit van het leven van de patiënt. Dat laatste gebeurde op een vijfpuntsschaal.

Resultaten

Geregistreerd werden acht patiënten, die in totaal 40 verrichtingen vergden, 33 visites, vier spreekuurconsulten en drie telefonische consulten (*tabel*).

Zorg en knelpunten

Zeven patiënten werden thuis bezocht; het aantal visites varieerde van één tot

dertien. Deze laatste patiënte verkeerde destijds in het terminale stadium van haar ziekte (zij is ook tijdens de registratieperiode overleden). Er vonden zes spoedvisites plaats en drie niet spoedeisende weekendvisites.

Eén patiënte bezocht driemaal het spreekuur, in verband met controle van haar lichaamsgewicht: nadat haar gewicht ten gevolge van hormonale therapie aanzienlijk was toegenomen, deed zij een poging tot vermageren. Verder bezocht één patiënte het spreekuur op uitnodiging van de huisarts, die de bevindingen van de internist met haar wilde bespreken.

Twee telefonische contacten vonden plaats op verzoek van de huisarts, ter controle van een patiënte die in het weekend plotseling een oligurie ontwikkelde. Het derde gesprek werd gevoerd op initiatief van een familielid van patiënte E.

Eenmaal werd een visite aangevraagd door een patiënt, omdat hij angstig was geworden door een plotselinge toename van zijn klachten. De overige visites werden veelal gemaakt in overleg met de patiënt en/of diens omgeving, in het kader van de afgesproken regelmatige begeleiding. Daarbij kwam het ook wel voor, dat deze patiënten nog het initiatief namen tot het aanvragen van een (extra) visite, bijvoorbeeld bij toename of ontstaan van pijn of benauwdheid.

Twee patiënten (A en D) overleden in deze periode. Patiënt A, zoals gemeld, aan de gevolgen van een gemetastaseerd mammacarcinoom; patiënt D aan een gemetastaseerd prostaatcarcinoom, maar buiten de gezichtskring van de huisarts, omdat het thuisfront de verzorging niet aankon.

Van de gesignaleerde problemen sprongen pijn en angst het meest in het oog. In veel mindere mate werden andere problemen genoteerd, zoals benauwdheid, hoesten, braken, bloedverlies en oligurie. De prognose was bij alle patiënten op korte (3 à 4 weken) of middellange (binnen een jaar) termijn infaust.

Kwaliteit van het leven

De resultaten van het scoren van de kwaliteit van het leven zijn vermeld in de *figuur*. Daaruit valt een geleidelijke achteruitgang in de loop van de maand te constateren. Opvallend is de hoge waardering bij patiënte F, bij wie kort tevoren een uitgebreid gemetastaseerd mammacarcinoom was ontdekt, dat slechts voor hormonale behandeling in aanmerking kwam.

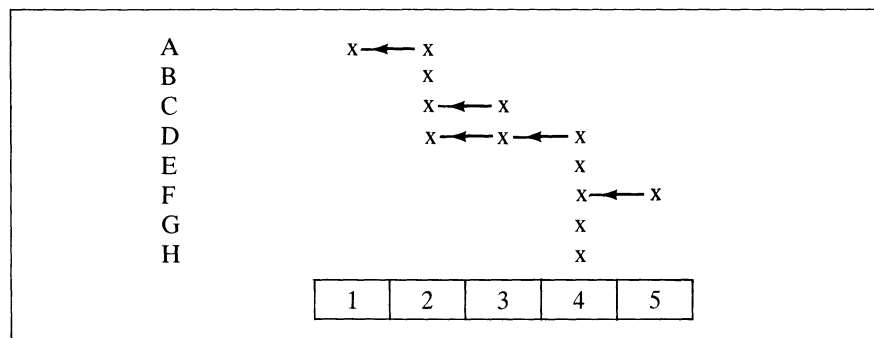
* Huisarts te Norg en huisartsbegeleider aan de beroepsopleiding van het Instituut voor Huisartsgeeneskunde van de RU Groningen.

Tabel. De acht patiënten en de veertig consulten.

Patiënt	Geslacht	Diagnose	Visite	Spreekuur	Telefonisch consult
A	V	Mammacarcinoom	13 ^a		
B	V	Ovariumcarcinoom	7 ^b	2	2
C	V	Mammacarcinoom	6		
D	M	Prostaatcarcinoom	3		
E	V	Mammacarcinoom		3	1
F	V	Mammacarcinoom	1	1	
G	M	Bijnierschorscarcinoom	2		
H	M	Prostaatcarcinoom	1		

^a waarvan 4 spoedvisites ^b waarvan 2 spoedvisites

Figuur. De kwaliteit van het leven van de acht patiënten, volgens het oordeel van de huisarts.



1-5 = slecht-goed

Beschouwing

Dit oriënterend onderzoekje is opgezet om een indruk te krijgen van de eventuele knelpunten en problemen in de zorg voor kankerpatiënten. Het mag echter volstrekt niet als representatief worden beschouwd voor de onderzochte praktijken, laat staan voor het huisartsgeneeskundig handelen in Nederland. Dat neemt niet weg dat het zin heeft, onze uitkomsten te bezien tegen de achtergrond van wat uit de literatuur bekend is.

Voorn berekent aan de hand van de gegevens van de Nijmeegs Continue Morbiditeits Registratie, dat in een *standaardpraktijk* (2800 patiënten) tien mannen en zestien vrouwen voorkomen met een bekende kwaadaardige aandoening⁴; dat is 60 patiënten op een populatie van 6500 zielen. Lamberts berekent een totale prevalentie van „zekere diagnoses” van 11,8/1000⁵; omgerekend naar 6500 patiënten zijn dat ongeveer 77 patiënten. Als we uitgaan van deze cijfers, zou dat betekenen dat wij in de onderzoeksperiode 10-15 procent van alle kankerpatiënten in onze praktijk zouden hebben gezien.

Oliemans telde 513,6 consulten per 10.00 patiënten per jaar met maligne

neoplasmata⁶; omgerekend naar een periode van vier weken bij 6500 patiënten, zou dat 25,6 consulten opleveren. Lamberts telt in twee jaar 1053 contacten⁵, hetgeen na omrekening 17 verrichtingen zou opleveren, waarbij echter juist de contacten met stervenden niet zijn meegerekend. Onze veertig verrichtingen zijn, vergeleken met deze cijfers, wat hoog uitgevallen. Mogelijk is het beeld wat vertekend door het relatief groot aantal patiënten dat in het eindstadium van hun ziekte verkeerde.

Het relatief grote aantal mammacarcinomen is in overeenstemming met de gegevens uit de morbiditeitsstatistieken. Opvallend is echter het ontbreken van patiënten met bijvoorbeeld carcinomen in het maagdarmkanaal en longkanker. Opvallend is voorts de afwezigheid van contacten met kankerpatiënten in andere stadia, bijvoorbeeld in verband met controles door specialisten. Tevens ontbreken patiënten bij wie de huisarts wel het vermoeden heeft van een maligniteit, maar nog geen zekerheid. De beperktheid in tijd en opzet van dit onderzoek is mogelijk mede de oorzaak van het ontbreken van deze categorieën, terwijl onze nieuwsgierigheid daarnaar nu juist wel uitgaat.

Pijn, onzekerheid over de toekomst en angst zijn de meest gesignaleerde problemen. Alle patiënten waren op de hoogte van de diagnose, maar wat dit voor hen betekende en wat hun verwachtingen waren voor de toekomst, is onbekend. Evenmin is bekend, of er met hen gesproken kan worden over een „zachte dood”.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van het leven is uitgegaan van het „objectieve” oordeel van de huisarts. De gehanteerde methode – een vijfpuntschaal, zonder dat duidelijke normen voor de verschillende beoordelingen waren afgesproken – leverde echter geen werkelijk bruikbare informatie op. Achteraf gezien zou de *Karnovsky-index* veel meer informatie hebben gegeven.⁷ Daarnaast wordt in de recente medisch-sociologische literatuur ook gebruik gemaakt van de subjectieve beleving van de patiënt, zij het soms met opvallend weinig succes.^{8,9}

Dankbetuiging

Voor de talrijke adviezen betreffende dit artikel gaat mijn dank uit naar de leden van de werkgroep *Schrijven over wetenschappelijk onderzoek*, B. Meyboom-de Jong, A. J. Berendsen, J. J. M. J. van Lamoen-Dommisse en J. de Haan, en tevens naar G. T. A. Emmelkamp, als secretaresse verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen.

¹ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

² Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

³ Duistermaat JH. Leven met kanker. „Het zal mij een zorg zijn”. Med Contact 1981; 36: 82-3.

⁴ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

⁵ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

⁶ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

⁷ Karnovsky DA, Buchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Mac Lead CM, ed. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press, 1949.

⁸ Jansen AM. De kwaliteit van leven en de kankerpatiënt. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, z.j.

⁹ De Haes JCM, Pruyen JFA, Van Knippenberg FCE. Klachtenlijst voor kankerpatiënten. Eerste ervaringen. Ned Tijdschr Psychol 1983; 38: 403-22.