

Kanker in de huisartspraktijk

In de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* verschijnen met een zekere regelmaat bijdragen die betrekking hebben op de verschillende aspecten van het kankervraagstuk. Zo is de afgelopen jaren gerapporteerd over het voorkomen van maligniteiten in de huisartspraktijk, over problemen bij de documentatie of registratie en over de rol van de huisarts bij de begeleiding van kankerpatiënten.¹⁻⁵ Inmiddels is ook, op basis van incidentie- en prevalentiecijfers, langzamerhand een beeld ontstaan van de aard en omvang van het kankerprobleem in de huisartspraktijk.⁶⁻⁹ Dat alles neemt niet weg dat aan de legpuzzel van het morbiditeits- en mortaliteitspatroon nog een aantal stukjes ontbreken, vooral met betrekking tot het beloop van de ziekte en de overlevingsduur van de patiënt.

De thans bestaande kankerregistratie levert onvoldoende betrouwbare incidentie- en prevalentiecijfers en voldoet niet of nauwelijks aan de behoefte aan longitudinale datagaring. Vertekening door selectie is onvermijdelijk, wanneer vragen met betrekking tot beloop en sterfte moeten worden beantwoord op basis van – uitsluitend – (poli)klinische gegevens. Voorzover wij ons beperken tot de aangeboden morbiditeit, kan in feite alleen de patiëntenpopulatie van de huisarts het uitgangspunt zijn voor de beschrijving van het morbiditeitspatroon bij kanker en voor de bestudering van het beloop van de ziekte.

Verwijzing, opname en specialistische behandeling zijn op te vatten als interventies in het natuurlijke beloop. Dit natuurlijke beloop is daardoor meestal niet of nauwelijks (meer) te bestuderen; men denke in dezen bijvoorbeeld aan het carcinoom in situ van de cervix. Het is echter niet minder van belang om in te gaan op de indringende vragen naar de resultaten van alle interventies, in termen van overlevingsduur en *quality of life*.

Kanker in de huisartspraktijk

De begeleiding van patiënten met ernstige, in het bestaan diep ingrijpende ziekten behoort tot de taken van de huisarts.¹⁰ Wat doet de huisartsgeneeskunde – wat doen huisartsen – om de aard en omvang van deze taak in beeld te brengen?

In dit nummer brengt *Van den Bosch* verslag uit van een analyse van het databestand van een viertal praktijken, waarin sinds 1971 alle aangeboden morbiditeit dagelijks wordt geregistreerd.⁷

Natuurlijk vormen in het algemeen slechts prospectieve studies de aangewezen weg om tot een directe schatting van het risico op c.q. de sterfte aan een

bepaalde ziekte te komen. Vermoedelijk oorzakelijke of contribuerende factoren zijn daarbij tevoren precies te formuleren, in de registratie vast te leggen en op (causale) verbanden met latere ziekte of sterfte te bestuderen. Dergelijke studies vergen meestal een langdurige follow-up en bij relatief zeldzame aandoeningen dient men bovendien grote tot zeer grote cohorten te volgen, teneinde op termijn over voldoende gevallen voor statistische analyse te kunnen beschikken.

Kanker is, afgezien van het probleem in zijn totale omvang, een relatief zeldzame aandoening. Jaarlijks doen zich in een doorsnee huisartspraktijk ongeveer tien nieuwe gevallen voor, terwijl de huisarts in totaal circa 25 kankerpatiënten onder zijn zorg zal hebben. Gegeven de nog zeer beperkte schaal waarop in Nederlandse huisartspraktijken continu wordt geregistreerd, liggen prospectieve studies van voldoende omvang nog in het verschiet.

Tegen deze achtergrond representeert de bijdrage van *Van den Bosch over Kanker in vier huisartspraktijken* een goede tweede keuze, waarbij door middel van een retrospectieve – historische – cohortstudie in het verleden vergaarde data worden benut om althans een belangrijk aspect van het beloop, de overlevingsduur, bij kankerpatiënten in kaart te brengen.

De bijdrage van *Van den Bosch* brengt geen schokkende feiten aan het licht. De morbiditeit en mortaliteit van kanker worden nu eenmaal substantieel bepaald door het longcarcinoom bij mannen en het mammacarcinoom bij vrouwen, met respectievelijk een slechte en een minder slechte prognose quod vitam. De boodschap uit dit artikel kan echter ook anders worden verstaan, met name waar de auteur refereert aan de gevolgen van de veroudering van de bevolking, de daaruit voortvloeiende toename van de „tumorlast” in de huisartspraktijk en de consequenties daarvan voor het dagelijks werk van de huisarts.

Consultatie

Dit laatste brengt ons als vanzelf op andere aspecten van het kankerprobleem. In de bijdrage van *Bergsma, Huisarts en oncologische consultatie*, wordt de lezer geconfronteerd met een evaluatie van de oncologiebesprekingen in enkele ziekenhuizen, althans de participatie daaraan door huisartsen. Het impliciete uitgangspunt berust op de alleszins plausibele veronderstelling, dat een kankerpatiënt er baat bij zal hebben, als niet uitsluitend de ziekte maar vooral de patiënt in zijn leefsituatie centraal staat in de multidisciplinaire behandelings- en begeleidingsstrategie.

Het onderzoek van *Bergsma* was in eerste instantie gericht op het functioneren van de bij oncologiebesprekingen betrokken specialisten in enkele ziekenhuizen. In tweede instantie werden een aantal bij deze ziekenhuizen betrokken huisartsen ondervraagd. De uitkomsten van zijn enquête verrassen nauwelijks en zijn eigenlijk tot vervelens toe bekend: specialisten klagen over huisartsen en huisartsen klagen over specialisten. In feite, en dat maakt deze bijdrage nog eens duidelijk, dient men om te beginnen samen te werken aan samenwerken. In dat licht is het verheugend dat uit het verslag van dit onderzoek in ieder geval blijkt, dat de desbetreffende specialisten overleg met de huisarts belangrijk vinden.

Het beschreven onderzoek is niet meer dan een peiling, waarbij nauwelijks kwantitatieve informatie wordt verschaft. Ondanks dit bezwaar en ongeacht de relativering die in de kantlijn is aan te brengen, achtte de redactiecommissie met name de bespiegelingen van de auteur naar aanleiding van zijn onderzoek van voldoende belang om deze ter kennis van de lezer te brengen. Huisartsen laten het bij oncologiebesprekingen nogal eens afweten. Waarom? Geen tijd? Of geen zin? Niet zelden zijn deze twee redenen synoniem.

Maar er zijn nog vele andere vragen. Wordt bij de opzet en organisatie van oncologiebesprekingen wel voldoende rekening gehouden met de wensen en mogelijkheden van praktiserende huisartsen? Zijn, behalve sommige patiënten, ook huisartsen met hun ongeregelde beschikbaarheid storende factoren, bezien van uit het draaiboek van het ziekenhuisbedrijf? Weten huisartsen voldoende – en wat is voldoende? – van de zich snel ontwikkelende mogelijkheden c.q. resterende onmogelijkheden bij de diagnostiek en therapie van kanker in al zijn vormen? Is er consensus tussen huisartsen en specialisten met betrekking tot hun onderscheiden taken, met name bij kankerpatiënten? In hoeverre denken huisartsen multidisciplinair dan wel „multi-individueel”? Wat hebben huisartsen aan eigen interne consensus of protocollering te bieden tegenover of in aansluiting aan een zich snel ontwikkelende protocollaire klinische geneeskunde? Waarom wordt er binnen de huisartsgeneeskunde relatief vaak gepubliceerd over de, op zichzelf zeer relevante, psychosociale aspecten bij kanker doch slechts zelden over de concrete medisch-technische, maar wèl huisartsgeneeskundige kanten van het probleem? Wat vinden patiënten ervan? Wat verwachten zij van hun huisarts als begeleider, als arts? Wordt meer complexe oncologische problematiek voor veel huisartsen een *Ver van ons bed-show*, enkel en alleen omdat maligniteiten niet tot de top-twintig

van het dagelijks werk behoren? Wat verwacht bijvoorbeeld de huisarts zelf van zijn eigen huisarts als hij aan kanker zou lijden?

De bijdrage van *Bergsma* blijkt kortom, in de woorden van de auteur, „boeiend genoeg” om een aantal interessante vragen op te roepen. Het is daarbij natuurlijk inacceptabel, dat het – uiteraard en gelukkig – bestaande verschil in kennisniveau tussen huisarts en specialist op bijvoorbeeld oncologisch gebied kennelijk moet leiden tot – soms grote – verschillen in status. Het valt niet te ontkennen dat dergelijke statusverschillen bestaan, alleen al omdat ze worden beleefd. Zolang deze barrières echter niet worden geëxpliciteerd en worden ontmanteld op basis van wederzijdse specifieke en deskundige inbreng, zal alle samenwerking een illusie blijven.

Behandeling

In het licht van het bovenstaande meent de redactiecommissie er goed aan te doen, in dit nummer ook een tweetal nascholingsbijdragen op te nemen. In hun artikel over de behandeling van het mamma- en bronchuscarcinoom presenteren *Schaake-Koning e.a.* op bondige wijze, zonder toeters en bellen, de huidige stand van zaken met betrekking tot de medisch-technische, therapeutische mogelijkheden bij de twee meest frequente maligniteiten, terwijl *Schadé* ingaat op de specifiek huisartsgeneeskundige aspecten. Beide artikelen kunnen een voorbeeldfunctie vervullen bij discussie over de vraag wat de huisarts aan basale medische kennis op dit gebied van node heeft om daarop zijn huisartsgeneeskundige inbreng te enten. De resultaten van elke behandeling, met name bij kankerpatiënten, worden in niet geringe mate bepaald door de wijze waarop de huisarts er in slaagt de patiënt op deskundige wijze te adviseren en bij te staan. Veel gesignaleerde knelpunten bij de begeleiding van kankerpatiënten zouden weleens te uitsluitend en te eenzijdig kunnen worden toegeschreven aan communicatie- of coördinatieproblemen, bijvoorbeeld tussen huisartsen en specialisten. Te weinig wordt misschien de vraag gesteld of de huisarts op dit terrein voldoende kennis en deskundigheid kan en wil behouden. Huisartsen zouden het daarover met elkaar en vervolgens met hun specialistische collega's moeten hebben. Misschien zelfs geobserveerd door de patiënt, om wiens belang het uiteindelijk gaat. Eenvoudig zal het niet zijn, maar zo eenvoudig is de huisartsgeneeskunde tenslotte niet.

H. G. M. van der Velden

Literatuur op pag. 372.

gebied, zal de patiënt ook minder snel met zijn sociale problemen bij hem aankloppen. De relatieve verdunningsgraad van de oncologie in de huisartspraktijk maakt het bovendien voor de huisarts vaak weinig aantrekkelijk om zijn kennis op een dergelijk – praktisch gesproken – weinig interessant gebied voldoende bij te houden.

Op basis hiervan zien we twee tendenzen in de verwijzing ontstaan:

– een gewijzigde verwijzingsattitude die veeleer het karakter krijgt van een volledig overdragen van de patiënt;
– het blijven begeleiden van de patiënt, maar dan langs de informele kanalen (niet naar de bespreking, wel naar de afdeling om de status door te kijken) en met een vrijere, minder verplichtende opstelling als de patiënt weer thuis is („U komt maar als u me nodig heeft”). Tenslotte lijkt aldus, op grond van een verschil in kennis, een grotere afstand in status te worden gecreëerd, waardoor meer ruimte ontstaat voor subjectieve en persoonlijke interpretaties van die afstand en van de ziekte kanker.

In onze ogen zijn dat de belangrijkste oorzaken van het bestaan van het spanningsveld dat we tijdens de interviews constateerden. Het bestaan van een dergelijke vicieuze cirkel lijkt in niemands voordeel. Zeer positief is dan ook het feit dat op een aantal plaatsen zowel vanuit de ziekenhuizen als op initiatief van de huisartsen activiteiten worden ontwikkeld om deze cirkel te doorbreken. Gezamenlijke themabesprekingen of wederzijdse praktijkbezoeken blijken met betrekkelijk geringe inspanning veel van die door ons gesignaleerde irrationele invulling van de subjectieve afstand terug te kunnen dringen.

¹ Bergsma J. Oncologische consultatie [Interne rapportage aan het IKMN]. Utrecht: Instituut voor Medische Psychologie, 1984.

² Bergsma J, Fierit G. De spreekkamer (III). Tilburg: Subfaculteit Psychologie, 1982.

Literatuur bij Kanker in de huisartspraktijk (pp. 384-5)

¹ Schadé E, IJzermans CJ. Over de volledigheid van de voorgestelde landelijke kankerregistratie. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 171-3.

² Roolvink EGJJ. Registratie van kanker in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 26: 84-7.

³ Van Veen WA. Kankerbestrijding, over-

In memoriam J. J. van Mechelen



Dezer dagen overleed de oud-redactiesecretaris van *Huisarts en Wetenschap*, J. J. van Mechelen. Hij vervulde deze functie vanaf het ontstaan van het maandblad in 1957 tot april 1975 op zeer bijzondere wijze. Het samengaan van een aimabele, bescheiden persoonlijkheid met een uiterst efficiënte en deskundige beroepsuitoefening vormde de grondslag van dat bijzondere.

Bij zijn afscheid als redactiesecretaris werd het volgende onder meer gereleveerd. „Van Mechelen heeft de desbetreffende verantwoordelijke redactiecommissieleden begeleid bij de eerste wankel schreden op het hun vrijwel onbekende terrein van kopij-vergaring, kopij-bewerking, „stukje” schrijven, lay-out, de werkwijzen op de verschillende afdelingen van een drukkerij, kortom: de produktie van een maandblad. Het is van groot belang geweest dat vanaf het begin de dagelijkse leiding van het secretariaat in zijn handen lag. Het waren niet alleen zijn journalistieke kwaliteiten die hem onmisbaar maakte, maar vooral zijn scherp inzicht in menselijke en maatschappelijke verhoudingen, zijn juiste kijk op de vele zich presenterende problemen, zijn gave te luisteren, een advies kort en helder te formuleren en last but not least de gave een zakelijke maar niettemin vriendschappelijke werksfeer te scheppen.”

Hem werd op 5 april 1975 als eerste niet-arts door het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap de NHG-speld uitgereikt voor zijn onschatbare bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, door middel van het visitekaartje van het Genootschap, *Huisarts en Wetenschap*.

Arthur Hofmans

heidsbeleid en huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 82-3.

⁴ Roelfsema WJ. Begeleiding van kankerpatiënten door de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 92-3.

⁵ Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 246-8.

⁶ Voorn TB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

⁷ Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in

de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁸ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

⁹ Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Utrecht: NHI/NIVEL.

¹⁰ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.