

# Huisarts en oncologische consultatie

DR. J. BERGSMA\*

Op basis van interviews met huisartsen binnen de regio van een Integraal Kankercentrum worden een aantal problemen beschreven die zich met betrekking tot de oncologie lijken voor te doen in de relatie tussen huisarts en specialist. De conclusie is dat door de grotere afstand in kennisniveau het statusverschil tussen huisarts en specialist geaccentueerd c.q. vergroot wordt, wat van weerskanten leidt tot een sterke neiging deze afstand op subjectieve wijze in te vullen of te interpreteren. Hiermee wordt een inefficiënte vicieuze cirkel gecreëerd.

## Inleiding

In een deel van de bij het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland aangesloten ziekenhuizen vinden min of meer regelmatig oncologische consultatiebijeenkomsten plaats: oncologische specialisten uit het Academisch Ziekenhuis bezoeken die ziekenhuizen wekelijks of tweewekelijks voor overleg met de behandelende specialisten over de behandeling van (nieuw opgenomen) patiënten. Omdat de persoonlijke omstandigheden en/of de thuissituatie van de patiënt vaak van belang zijn voor de besluitvorming, wordt grote waarde gehecht aan de aanwezigheid van huisartsen bij deze besprekingen.

In 1984 onderzochten wij – in opdracht van het Integraal Kankercentrum Midden-Nederland – in zeven ziekenhuizen, in hoeverre de consultatie beantwoordde aan de doelstellingen en verwachtingen van consulenten en specialisten. Dit onderzoek leverde onder meer een algemene klaagzang op over „de” huisarts: die zou bijna nooit aanwezig zijn, en als hij er was, zou zijn inbreng zeer gering zijn. Ook uit eigen waarneming konden wij vaststellen dat de huisartsen inderdaad veelvuldig afwezig waren.<sup>1</sup>

In aansluiting op ons evaluatie-onderzoek bezochten wij daarom een aantal huisartsen, om meer te horen over de andere kant van het gelijk: wat zijn hun motieven om zo weinig frequent deel te nemen aan deze besprekingen?

## Methoden

Wij benaderden in totaal 35 huisartsen (vijf voor elk van de zeven ziekenhuizen), voor een enigermate voorgestructureerd vraaggesprek. Van hen bleken 28 huisartsen uiteindelijk bereid om deel te nemen aan het onderzoek.

De aldus verkregen informatie is door ons geordend naar een drietal gebieden: organisatorische, relationele en persoonlijke aspecten.

## Resultaten

In algemene zin was het lichtelijk verrassend dat een aantal huisartsen maar al te graag bereid bleek zijn ongenoegen te ventileren, terwijl tegelijkertijd door zeven van hen zeer nadrukkelijk anonimiteit werd geëist in verband met de mogelijke consequenties voor hun relatie met het ziekenhuis en met hun patiënten. Soms werd zelfs uitdrukkelijk gevraagd de bandrecorder af te zetten, alvorens men bereid was meer te vertellen dan uitsluitend zakelijke aangelegenheden. Dit alles leverde bij momenten een wat ongrijpbaar, complotachtig spanningsveld op.

## Organisatie

Om te beginnen bleek geen van de huisartsen precies te weten hoe vaak hij in zijn praktijk wordt geconfronteerd met kankerpatiënten; de schattingen die zij daarover maakten – ongeveer twee nieuwe patiënten per maand en een actieve bemoeienis met drie à vier bekende patiënten, bij een praktijk van

3000 zielen – zijn vrijwel zeker te hoog. Maar ook als men van die hoge schattingen uitgaat, is zonder meer duidelijk dat een patiënt met kanker voor de huisarts een betrekkelijke uitzondering is.

Dat neemt niet weg dat alle ondervraagde huisartsen van mening zijn dat zij bij patiënten met kanker vanaf het aller-eerste begin betrokken behoren te worden bij de gang van zaken. De verwijzing en daarop volgende, vaak spoedachtige acties van onderzoeksafdelingen, laboratoria en specialisten jagen de patiënt naar een soort paniektostand, waarin hij overonderd wordt door beslissingen in de richting van het medisch kanaal, en niet of nauwelijks de gelegenheid krijgt zich te realiseren wat er gaande is. De huisarts kan in die fase een belangrijke rol spelen, ook met betrekking tot de besluitvorming door de patiënt zelf.

De werkelijkheid was daarmee niet in overeenstemming:

– in maar drie gevallen was de huisarts zo sterk bij de besluitvorming betrokken, dat hij degene was die, direct na de specialistisch diagnostische fase, de bevindingen met de patiënt besprak;

– vijftien huisartsen werden ingelicht, nadat de diagnostiek en de daaropvolgende behandelingsstrategie waren vastgesteld;

– elf huisartsen werden er pas bij betrokken op een moment dat al ingrepen waren verricht of de patiënt al weer thuis was.

Toch vinden slechts zeven van de ondervraagde huisartsen dat de relatie met het ziekenhuis „slecht” is. De overigen zijn daar redelijk tevreden over, al moet men zelf actief het contact met de specialisten zoeken. Slechts zes huisartsen worden – naar hun zeggen – ook actief door de specialist vanuit het ziekenhuis benaderd.

De berichtgeving over de patiënt varieert van „snel” tot soms „drie weken na ontslag van de patiënt”, maar over het algemeen bevat die berichtgeving nu juist niet de informatie die de huisarts van belang acht. Veel van de onderzoeksuitslagen hebben nauwelijks betekenis voor hem en informatie over de prognose en het verloop van de ziekte staan zelden zwart op wit. Nog meer geldt dit wanneer een behandeling wordt gecontinueerd; hierover wordt zelden informatie verstrekt. De huisarts moet er dus simpelweg zelf achteraan om de gewenste informatie te krijgen. Ook worden veel kankerpatiënten onderworpen aan voortdurende controles, uitgevoerd door verschillende specialisten, waarbij de huisarts niet zelden

Hoogleraar medische psychologie, Instituut voor Medische Psychologie, Utrecht.

hetzelfde verwarde gevoel heeft als de patiënt: wie is nu eigenlijk de coördinator voor deze patiënt, wie controleert wat, wie dient waarvoor benaderd te worden?

De conclusie lijkt voor de hand te liggen: het consequent bijwonen van de oncologiebesprekingen zou veel problemen kortsluiten.

Slechts zeven van de betrokken huisartsen worden echter regelmatig uitgenodigd en gaan ook naar de besprekingen. Een paar gaan ook zonder uitnodiging en zien dan wel verder. De overige huisartsen worden zelden of nooit uitgenodigd, of pas een paar uur voor de bespreking, zodat zij hun dagindeling niet meer kunnen aanpassen.

*Waarom gaat men niet?* Deels vanwege de organisatie: te laat of niet uitgenodigd, omdat men de ervaring heeft dat de specialist die men wil zien, er niet is, omdat men de besprekingen te wetenschappelijk, te technisch, te moeilijk vindt, of omdat men het gevoel heeft niet serieus genomen te worden. Met name het laatste punt acht men van niet geringe betekenis: vanuit zijn kennelijk lagere status kan de huisarts te weinig aandacht krijgen voor de relatie met de patiënt en diens omstandigheden; binnen de vaak zeer technische besprekingen is daar geen ruimte of aandacht voor. Men blijft gefrustreerd aanwezig om er achter te komen wat er allemaal al is beslist en consumeert de mosterd na de maaltijd, of men vertrekt en komt niet meer terug.

### Relaties

„Wanneer ik als huisarts een probleem heb waar ik niet uit kom, dan schakel ik de specialist in. Als de specialist er niet uit komt schakelt hij de superspecialist in. Dat is de hiërarchie van de geneeskunde en in de opleiding ben je er consequent op getraind om naar boven te kijken. Het idee dat je terug zou kunnen gaan om iets te vragen, is ons nooit bijgebracht. Dat geldt voor ons doen, dat geldt voor ons denken.”

Een illustratieve uitspraak van een van de huisartsen die zich met zijn collega's op het niveau ervaart waar nooit iets wordt gevraagd. Wil je „naar boven” iets meedelen, dan moet je „behoorlijke kracht zetten om gehoord te worden”. Een goed voorbeeld is de verwijzproblematiek. Het is duidelijk dat er, ook voor de huisartsen, nogal verschillende interpretaties van het begrip verwijzing zijn. Voor sommigen blijkt verwijzing gelijk te staan aan een volledige overdracht van de patiënt, voor anderen is het niet

meer dan een continuering van de basisrelatie, waaraan door anderen in technische zin iets wordt toegevoegd. De eerste huisarts ziet het wel, als de patiënt weer terugkomt, de tweede zal ook in het ziekenhuis de patiënt blijven opzoeken, zich via de status op de verpleegafdeling informeren en op gezette tijden de specialist aan de jas trekken. De variatiebreedte is groot. Waar het echter in de meeste gevallen op neerkomt, is dat de relatie met de specialist (veel meer dan met het ziekenhuis) vooral moet worden onderhouden door activiteiten van de huisarts. Wanneer die het laat afweten, gebeurt er niet veel meer. Overigens wordt ook duidelijk dat deze problematiek binnen de oncologie een meer toegespitst karakter krijgt dan bij andere ziektebeelden. Er zijn meer superspecialismen en de deelkennis is het eigendom van een kleine, gespecialiseerde groep met eigen codes en een eigen jargon, waarop de huisarts geen zicht en geen greep meer heeft. De zaken onttrekken zich dusdanig aan zijn waarneming, dat er ook vrijwel geen behoefte meer is om zich op dit gebied te laten bijscholen. Men wil nog weleens energie steken in vragen naar het eigen functioneren met betrekking tot bijvoorbeeld patiëntenbegeleiding, maar ten aanzien van de inhoudelijke kennis heeft men vrijwel collectief de moed opgegeven. En dat is weinig bevorderlijk voor de communicatie tijdens consultatiebijeenkomsten, waar specialisten en consultants elkaar „de loef proberen af te steken met de nieuwste literatuur of de meest recente trialresultaten”.

Huisartsen die er moeite voor doen, vinden echter meestal toch een specialist met wie ze in overleg kunnen treden op een manier die niet meteen vastloopt op superkennis of superactiviteiten. Verschillende huisartsen hadden juist vanwege dat overleg hun binding met een bepaald ziekenhuis opgegeven om per ziektesector een specialist te zoeken met wie een goed overleg mogelijk is. „Het wordt wat gecompliceerder maar het gaat op die manier wel beter.”

### Persoonlijk

Zowel voor de leek als voor de professional is kanker een beladen begrip en de patiënt met kanker is geen „gewone” patiënt. „Al weet je dat de patiënt is genezen, de toekomst is nooit meer zonder vraagtekens.” Ook voor de huisarts is de patiënt met kanker wellicht meer bedreigend, omdat veel artsen evenmin in staat zijn zich te onttrekken aan de automatische koppeling van kan-

ker en dood. Voor sommige huisartsen is de begeleiding van kankerpatiënten niet geheel ongelijk aan stervensbegeleiding. Een complicerend probleem is dan nog de kenniskloof, waardoor de patiënt de somatische en technische aspecten van de ziekte niet kan gebruiken als binnenkomer bij de huisarts.

De huisarts ziet zeer wel het belang in van de begeleiding en de relatie met de gezinsomstandigheden. Sommigen zijn daar ook serieus mee bezig, anderen laten het initiatief aan de patiënt, nadat men daarover afspraken heeft gemaakt. In een niet gering aantal gevallen gaat men er echter gemakshalve van uit, dat de specialist ook wel zal begeleiden. Er bestaat een onmiskenbare angst voor de kankerpatiënt, niet alleen door het feit dat kanker een belaste ziekte is, maar ook doordat men bang is in gevaarlijk specialistisch vaarwater te geraken en op de vingers getikt te zullen worden. Het is in dit verband waarschijnlijk niet toevallig dat het aantal kankerpatiënten te hoog wordt geschat. De uitspraak „je denkt vaker dat het kanker is dan dat het dat ook werkelijk is, want je wilt de mogelijkheid niet missen”, zegt in deze genoe.

### Beschouwing

Zonder dat men de pretentie mag hebben de bevindingen bij 28 huisartsen in één regio te kunnen generaliseren, is het resultaat boeiend genoeg om een aantal vragen te kunnen formuleren.

Een belangrijke vraag is of de gesignaleerde tendenzen zich speciaal in de oncologie voordoen of dat ze een meer algemeen karakter hebben. We neigen tot de opvatting dat ze zich vooral in de oncologie voordoen, maar ook, zij het in mindere mate, in andere specialismen voorkomen. Uit eerder onderzoek werd duidelijk, dat de relatie met de specialist voor huisartsen gemakkelijk tot loyaliteitsconflicten kan leiden, zowel ten opzichte van de specialist, als ten opzichte van de patiënt, ook als het om nog betrekkelijk eenvoudige problemen gaat.<sup>2</sup>

De oncologie ontwikkelt zich razendsnel en is zeer duidelijk een gebied van een beperkt aantal hooggespecialiseerde mensen; anderzijds is kanker voor leek en professional een ziekte met een hoge bedreigende lading. De huisarts behoort niet tot de ingewijden in het kennisgebied van de oncologie, en lijkt dan – en dat is het bijzondere – ook in andere opzichten te moeten afhaken. Doordat het de huisarts vaak ontbreekt aan een minimum aan kennis op dit

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.

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

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

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

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

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

<sup>3</sup> 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.

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

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

<sup>6</sup> Voorn TB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

<sup>7</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in

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

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

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

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