

Kanker in de huisartsgeneeskunde

Bij een geschatte incidentie van 3,4 per 1000 inwoners per jaar wordt in een huisartspraktijk jaarlijks bij gemiddeld acht patiënten kanker vastgesteld. Verder kan worden berekend dat er per praktijk gemiddeld circa 34 patiënten met kanker in leven zijn, en dat er jaarlijks 3 à 4 patiënten thuis aan kanker overlijden.¹

Deze cijfers geven geenszins aan welke belangrijke plaats kanker feitelijk inneemt in de huisartspraktijk, en zou moeten innemen in het wetenschappelijk onderzoek, de opleiding en nascholing van huisartsen. Een Noors onderzoek geeft hiervoor een betere indicatie. Hoewel ook in Noorwegen huisartsen gemiddeld niet meer dan 6 à 8 nieuwe patiënten met kanker per jaar zien, blijkt ruim 13 procent van alle huisarts-patiënt contacten met kanker te maken hebben.² Hierbij zijn inbegrepen de contacten met kankerpatiënten die als zodanig bekend waren aan de huisarts, de contacten waarbij de huisarts angst voor kanker registreerde, en de contacten waarbij de huisarts een vervolgonderzoek (variërend van een cervix-uitstrijk tot een spoedopname) afspraak met het oog op kanker. Niet hierbij inbegrepen zijn contacten met primair preventieve behandelingen, zoals anti-rookadviezen en contacten met (ex)kankerpatiënten die niet als zodanig bekend waren aan de huisarts (eenderde van alle kankerpatiënten blijkens de kankerregistratie).

Hoewel vergelijkbare Nederlandse gegevens ontbreken, kan gevoeglijk worden aangenomen dat ook hier kanker een veel belangrijker stempel drukt op het huisartsgeneeskundig handelen dan is af te leiden uit incidentie- en prevalentiecijfers.

Veel aandacht is de laatste jaren uitgegaan naar de psychosociale aspecten van kanker, in het bijzonder in de terminale fase. Dit nummer bevat twee bijdragen die medisch-somatische aspecten belichten en betrekking hebben op de diagnostische fase en de behandelingsfase.^{3,4} Een teken van minder defaultisme over de rol van de huisarts bij de kankerbestrijding?

Spaan en Van der Wouden hebben aan de hand van de literatuur bestudeerd welk aandeel de huisarts heeft in het *delay* bij de diagnostiek van enkele vormen van kanker.³

Het is nog niet zolang geleden dat *Zwaveling* een klinische les over *delay* als titel meegaf 'De tragiek van verzuimde tijd'.⁵ Intussen is voor een aantal tumorvormen gedocumenteerd dat het tumorstadium ten tijde van het stellen van de diagnose belangrijk gunstiger is geworden.^{6,7} Naast de soms aantoonbaar gunstige effecten van deze ontwikkeling op de prognose kan de tendens naar vroegere diagnostiek ook betekenen dat het steeds moeilijker wordt de ongunstige invloed van het (geringer geworden) *delay* op de prognose aan te tonen.

Mede door de methodologische problemen waarop *Spaan en Van der Wouden* stuitten, zijn hun vraagstellingen helaas niet ondubbelzinnig te beantwoorden. Niettemin geeft hun onderzoek aanwijzingen dat bij 10 tot 30 procent van de patiënten een huisarts-*delay* van minstens drie maanden

optreedt. Juist ook omdat Nederlands onderzoek hieromtrent ontbreekt, verdient de aanbeveling van de auteurs tot nader onderzoek onderstreping. Hierbij kan worden gedacht aan een toetsingsonderzoek, uitgaande van nieuwe patiënten met kanker, volgens de lijnen die *Schadé* koos met betrekking tot patiënten die waren overleden aan kanker,⁸ maar ook aan ruimer opgezet onderzoek, zoals verricht in Noorwegen. Hierbij werden patiënten bij wie de verdenking op kanker rees, prospectief vervolgd om aan de hand van het verdere beloop het discriminerend vermogen te analyseren van bepaalde klachten, symptomen en kenmerken.²

Het tweede artikel heeft als inzet de zorg voor de continuïteit bij ambulante behandeling met chemotherapie.⁴ Dit onderzoek bevestigt dat de betrokken hulpverleners het lang niet in alle opzichten met elkaar eens zijn wie welke hulp moet bieden.

Verwacht wordt dat de vraag naar thuiszorg voor patiënten met kanker belangrijk zal blijven toenemen.¹ Intussen lijkt de thuiszorg een strijdperk te zijn geworden dat het best te omschrijven is met termen als competentiestrijd en territoriumdrift. De meest brandende vraag van de strijdende partijen lijkt wie de thuiszorg coördineert: huisarts, wijkverpleegkundige, ziekenhuis of patiënt. Al dan niet op experimentele basis worden thuiszorgconstructies opgetrokken uit bouwstenen van vage makelij, en met als slotheer een coördinator, *case-manager* of *patient advocate*. Ongrijpbare concepten als continuïteit, coördinatie, samenwerking en thuiszorg beloven veel, maar verhullen nog meer. Welk empirisch onderzoek ligt eraan ten grondslag? Is de patiënt ermee beter af?

Grote winst van de huidige ontwikkelingen is dat het eche-loneringsdenken plaats maakt voor functiegericht denken. Onderzoek en beleid zullen hierop schielijk moeten inspringen om de ontwikkelingen een gezonde empirische basis te kunnen verschaffen. Het schaarse onderzoek gaat tot dusver vaak voorbij aan de kern van de zaak. Opvattingen van hulpverleners en de tevredenheid van patiënten staan betrekkelijk ver verwijderd van de kwaliteit van de verleende zorg. Niet vergeten mag worden dat het in de huisartsgeneeskundige bijdrage aan de gezondheidszorg uiteindelijk gaat om de effecten op de gezondheidstoestand van de patiënt.

W.A. van Veen

¹ Scenariocommissie Kanker. Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985-2000. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

² Nylenna M. Cancer – a challenge to general practitioner. Oslo: University of Oslo, 1986.

³ Spaan JA, Van der Wouden JC. Diagnostisch delay bij mamma-, colorectale en testistumoren. De relatie met de stagering en het aandeel van de huisarts. Huisarts Wet 1989; 32: 134-7.

Vervolg op pag. 124.