

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter  
 Dr. N.P. van Duijn  
 M. Hugenholtz, arts  
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen  
 Dr. J.W.M. Muris  
 Dr. B. Terluin

**Eindredactie**

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst  
 Postbus 15598  
 1001 NB Amsterdam  
 Telefoon (020) 4232131  
 Fax (020) 4232059

**Redactiesecretariaat**

Mevrouw C. Bakker-Bosman  
 Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht  
 Telefoon (030) 2881700  
 Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen****Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht  
 Telefoon (030) 2881700  
 Fax (030) 2870668

**Uitgeverij/advertentie-exploitatie**

Bohn Stafleu Van Loghum bv  
 Postbus 246, 3990 GA Houten  
 Telefoon (030) 6395763  
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.  
 Inzenden aan de uitgeverij.

**Abonnementen**

Klantenservice Bohn Stafleu  
 Van Loghum  
 Postbus 246, 3990 GA Houten  
 Telefoon (030) 6385700  
 Fax (030) 6385839  
 E-mail: klantenservice@bsl.nl  
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.  
 België BEF 3.951 per jaar. Overig  
 buitenland NLG 261,75 per jaar.  
 Studenten NLG 99,50 per jaar.  
 Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt  
 13x per jaar. Opzeggingen dienen  
 ten minste twee maanden voor de  
 aanvang van een kalenderjaar te  
 worden gericht aan Klantenservice  
 Bohn Stafleu Van Loghum.

**Adreswijzigingen**

NHG-leden aan het NHG-bureau.  
 Overige abonnees aan  
 Klantenservice Bohn Stafleu  
 Van Loghum.

**Druk**

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de  
 Nederlandse  
 Organisatie van  
 Tijdschrift-  
 Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

# De plaats van de huisarts binnen de zorg voor de patiënt met kanker

In het recent verschenen pakket voor deskundigheidsbevordering 'Begeleiding van patiënten met kanker' is bewust afgezien van een vooral somatisch georiënteerd programma-onderdeel, bijvoorbeeld over palliatieve zorg. Ook is geen gestructureerd onderwijs over de samenwerking van de huisarts met andere hulpverleners opgenomen; dit komt slechts zijdelings aan de orde.<sup>1</sup>

De vraag is of men zich dit bij een deskundigheidsbevorderingspakket met een dergelijke titel kan veroorloven. Is de titel niet te pretentius en had hij niet beter anders kunnen luiden, bijvoorbeeld: 'Begeleiding van patiënten met chronische en/of levensbedreigende ziekten'? Psychosociale zorg – het onderdeel van de integrale zorg dat tot doel heeft de patiënt te helpen psychisch en sociaal te functioneren, zowel tijdens de ziekte als in de periode daarna<sup>2</sup> – dreigt in dit programma te worden geïsoleerd van andere – met name de medische – aspecten van de zorg. Hierdoor wordt een verouderd beeld van de huisartsgeneeskundige hulpverlening bevestigd.

**Het pakket**

Het onderwijsarrangement is ontwikkeld door de Afdeling Deskundigheidsbevordering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, in nauwe samenwerking met het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Het is inhoudelijk begeleid door een breed samengestelde commissie van deskundigen met kennis en ervaring op het gebied van psycho-oncologie, arts-patiëntcommunicatie en nascholing voor huisartsen, en is deels gefinancierd met een projectsubsidie van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ).<sup>1</sup>

Het onderwijspakket bestaat uit vier delen. Het eerste is een serie van vier artikelen, verschenen in *De Huisarts*, waarin men kennis maakt met het onderwerp. Vervolgens is er de cursus 'Meer structuur, minder zorg', met drie uur gestructureerde deskundigheidsbevordering gericht op kennisverdieping op het terrein van de psychosociale oncologie. Hierin wordt aandacht besteed aan alle fasen van het kankerproces, van de diagnostische tot en met de terminale fase. Er is een videoband beschikbaar, die bij het onderwijs kan worden betrokken in de vorm van gestructureerde kijkopdrachten. Het derde deel is materiaal voor twee dagen training met een maand tussenruimte; dan wordt onder leiding van de professionele

trainer gewerkt aan de bewustwording van de eigen attitude met betrekking tot ziekte en dood, en de invloed daarvan op het functioneren als huisarts. Tenslotte is er na een halfjaar een follow-up.

Voor het onderdeel 'exploreren' van onderwijsdeel 3 en voor het laatste deel is gebruik gemaakt van het programma 'Communiceren in de oncologie voor huisartsen' en een soortgelijk programma voor specialisten van het Integraal Kankercentrum Amsterdam (IKA).<sup>1</sup> Voor de somatische aspecten van de zorg voor de patiënt met kanker wordt verwezen naar nascholingscursussen die elders in het land zijn ontwikkeld, zonder dat deze overigens met name worden genoemd.

Zoals alle pakketten van de NHG-afdeling Deskundigheidsbevordering is ook dit onderwijsarrangement gedegen opgezet, voorzien van voldoende instructies voor deelnemers, docenten en organisatoren, met adequate aandacht voor het aanvangsniveau en de veronderstelde behoeften aan deskundigheidsbevordering van de cursisten.

Tot zover is er niets mis met dit pakket. Toch houd ik een onvolledig gevoel over.

**Integratie**

Door de ontwikkeling van met name de therapeutische mogelijkheden is de zorg voor

## IN DIT NUMMER

De plaats van de huisarts binnen de zorg voor de patiënt met kanker	189
Taken van de praktijkassistente	193
Schriftelijke praktijkinformatie. Een analyse van 63 praktijkfolders van huisartsen	199
Buikklasten, een aanwijzing voor depressie?	202
Adviezen bij aambeien en perianale klachten. Waarheden en mythen	204
De tenniselleboog ontmedicaliseerd. Van ziektebeeld met interventies naar onbehandeld, voorbijgaand ongemak	210
Conferentie	212
Ingezonden	212
Referaten	214
Forum	216
Boeken	221
Jaarverslag H&W	223
Agenda	224
NHG-katern	225

de patiënt met kanker in de loop der jaren steeds meer in handen van diverse specialismen terechtgekomen. De huisarts beperkte zich tot de vroege diagnostiek, later uitgebreid met de primaire preventie, en met de zorg in de terminale fase. Voor de tussentijdse periode werden de taken van de huisarts afgeleid van de taken van de specialist.

De laatste jaren is daar verandering in gekomen. Door nieuwe technologische ontwikkelingen behoeven patiënten korter in het ziekenhuis te verblijven, terwijl grote aandacht wordt gegeven aan een ambulante behandeling. Het aantal hulpverleners is toegenomen, evenals het aantal verplaatsingen tussen huis en ziekenhuis. De huisarts wordt daardoor nauwer betrokken bij de behandeling. Vanzelfsprekend mag men de psychosociale zorg niet uit het oog verliezen, maar deze is onlosmakelijk verbonden met de somatische hulpverlening. Deze combinatie is het terrein van de huisarts. Telkens weer domineren de lichamelijke toestand van het moment en het levensperspectief in sterke wisselwerking de beleving van de ziekte. Tevens moet er voldoende aandacht zijn voor de comorbiditeit. Kanker is een ziekte van oudere mensen: gemiddeld twee van de drie patiënten zijn ouder dan 40 jaar, terwijl één op de vier de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt.

Dit alles draagt niet bij tot een overzichtelijk beeld van de rol van de huisarts. Tegen deze achtergrond heeft de Europese Unie in samenwerking met de European Union of General Practitioners (UEMO) een tweetal consensusconferenties georganiseerd, waarin de taakomschrijving van huisartsen en de consequenties daarvan voor opleiding en deskundigheidsbevordering aan de orde werden gesteld. In de rapporten waarin dit heeft geresulteerd, wordt een integratie van voorlichting, behandeling en begeleiding bepleit.<sup>3,4</sup>

In de keuze om psychosociale zorg in onderwijs, opleiding en deskundigheidsbevordering geïsoleerd aan de orde te stellen, los van de meer somatische aspecten en van samenwerking, domineert het perspectief van de hulpverlener; de wensen of behoeften van de patiënt lijken beter aan de orde te komen in een meer geïntegreerde benadering. De onderlinge verwevenheid van somatische, psychische en sociale problematiek komt ook tot uiting in een onderzoek van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.<sup>5</sup> Hierin werden 188 patiënten met kanker in diverse fasen van de ziekte geïnterviewd, onder andere over de problemen die men ervoer. Bijna de helft van de in totaal 805 problemen was psychisch van aard en had te maken met gevoelens over de behandeling, veranderingen in het dagelijks leven en de waardering daarvan, en de beleving van het (aangetaste) lichaam. Ook angst voor het levensbedreigende karakter van kanker en angst voor terugkeer van de ziekte werden tot deze groep gerekend.

Bijna een vijfde van de problemen had somatische kanten, zoals pijn, misselijkheid of darmstoornissen. Iets kleiner was het aandeel van de problemen die men in relaties met anderen had (16 procent). Tenslotte had 11 procent van de problemen betrekking op een tekortschietende (organisatie van de) gezondheidszorg, terwijl 6 procent praktisch of financieel van aard was.<sup>5</sup> Gezien vanuit de patiënten noemde 60 procent ten minste één somatisch probleem; 40 procent had één of meer problemen als gevolg van een tekortschietende gezondheidszorg. Psychische problemen werden gevonden bij 87 procent en 48 procent antwoordde relationele problemen te hebben. Praktische of financiële problemen kwamen voor bij 20 procent.

Het is naar mijn mening beter om al deze aspecten samen te brengen in één onderwijsarrangement. Dan kan ook aandacht worden gegeven aan het feit dat de problemen van deze patiënten vooral gegroepeerd zijn rond de diverse overgangspunten in het ziekteproces. Zo zien we dat bij alle typen problemen een piek ligt in de periode van de behandeling. Naarmate men herstelt en ziektevrij wordt, neemt het aantal problemen weer af. Het optreden van een recidief actualiseert met name de existentiële problemen. De piek van de somatische problemen ligt in de periode van progressie van de ziekte en in de terminale fase.<sup>5</sup>

### Wetenschappelijk onderzoek

Dit deskundigheidsbevorderingspakket is een van de weinige pakketten die niet zijn gebaseerd op een Standaard van het NHG. Het is dan ook niet zo zeer *evidence based* als wel *experience based*.

Over psychosociale zorg, coping en sociale steun is voldoende – overigens lang niet altijd oncologisch en ook niet specifiek huisartsgeneeskundig – wetenschappelijk onderzoek verricht. Dit onderzoek is vooral beschrijvend en inventariserend van aard, met een grote plaats voor persoonlijke ervaring. Verwijzingen naar dergelijk onderzoek komen echter spaarzaam voor in het besproken onderwijsprogramma. Wel vormen de samenstelling van de begeleidingscommissie en de daarin aanwezige deskundigheid een goede garantie dat opzet en uitgangspunten wetenschappelijk verantwoord zijn. Dit geldt met name de arts-patiëntrelatie en de communicatieve aspecten daarvan.

Het feit wrekt zich dat er nauwelijks goed huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek is naar de zorg rond de kankerpatiënt. Twee grote onderzoeken dateren van tien jaar geleden.<sup>6,7</sup>

In meer algemene zin kunnen we met betrekking tot de aard en de omvang van de problematiek van kankerpatiënten wel beschikken over redelijk wat kennis op basis van wetenschappelijk onderzoek. Gegevens over de gevolgen voor andere betrokkenen, bijvoorbeeld partners, komen

langzaam maar zeker naar voren. Het verwerken van kanker en de behandeling van de ziekte is de afgelopen jaren in veel onderzoek aan de orde geweest, bijvoorbeeld in onderzoek naar coping-strategieën en sociale steun. Van een universele, overkoepelende theorievorming is echter vooralsnog geen sprake.<sup>8</sup>

Inzake de specifieke interventies waarmee de begeleiding wordt vormgegeven, is het onderzoek van wisselende omvang en kwaliteit. Er is enig onderzoek gedaan naar vormen van zelfhulp, met name naar lotgenotencontact en zelfmanagement. Relatief veel en methodologisch goed onderzoek is verricht naar het effect van begeleiding in de zin van informeren en (directief) adviseren. Op het gebied van patiëntenvoorlichting en counseling zijn veel initiatieven ontwikkeld en geëvalueerd. Counseling is echter een moeilijk te structureren type interventie, en de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten is doorgaans beperkt. Dit laatste geldt in mindere mate voor de meeste psychotherapeutische interventies. Het betreft doorgaans goed gestructureerde programma's met nadruk op symptoombestrijding, die volgens protocol kunnen worden uitgevoerd. Deze protocollaire aanpak is echter slechts bruikbaar in specifieke, welomschreven situaties.<sup>8</sup> Op dit moment loopt er een project van het WOK in het kader van het Stimuleringsprogramma Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF, waarin de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor patiënten met een niet meer te genezen maligne aandoening wordt onderzocht. De resultaten daarvan zijn nog niet beschikbaar.

### Toekomst

De huisartsgeneeskundige aspecten van de begeleiding van kankerpatiënten verdienen zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek. De tijd van ad hoc inventariserend onderzoek naar probleemgebieden of potentiële oplossingen lijkt voorbij. Oplossingen kunnen alleen worden onderzocht binnen een gedegen theoretisch kader en een verantwoorde praktische setting, waardoor de haalbaarheid van de interventies kan worden gewaarborgd. Naast betrouwbaarheid en validiteit zullen ook criteria als generaliseerbaarheid en praktische implementeerbaarheid een belangrijke rol spelen bij de beoordeling van nieuwe interventies.<sup>8</sup>

Voor de uitgangspunten van de begeleiding van de patiënt met kanker kan worden aangesloten bij het rapport van de Gezondheidsraad uit 1991.<sup>9</sup> Daarin wordt gepleit voor het bevorderen van een zo groot mogelijk aandeel van de eerste lijn in de professionele zorg. Dit betreft primair de zorg van de huisarts, de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgende, aangevuld met de zorg van andere disciplines die zich traditioneel bezighouden met zorg in de thuissituatie, zoals maatschappelijk werk, fysiotherapie en diëtisten. Onderdeel daarvan is het bevoor-

ren van de mogelijkheden om specialistische zorg te verlenen op een dergelijke wijze dat meer patiënten thuis kunnen blijven. Dit moet de mogelijkheden scheppen om aan een ruimere categorie patiënten met kanker zorg te verlenen in de thuissituatie. Een aanpassing van de zorg aan de individuele situatie van de patiënt thuis, met een zo groot mogelijk behoud van de autonomie, ondanks de zorgbehoefte van de patiënt, is daarvoor noodzakelijk.<sup>9</sup>

Het Bestuur van de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF heeft onlangs een stimulans gegeven aan het opstarten van dergelijk huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek. Continuïteit van zorg is daarvoor het uitgangspunt, complementariteit in de zorg een belangrijke richtlijn. Wetenschappelijk onderzoek moet eraan bijdragen om zonder al te veel moeite op de patiënt toegesneden zorgprogramma's te maken, waarin aandacht wordt besteed aan niet alleen ziektefactoren en op genezing gerichte activiteiten, maar ook aan eventuele tekorten in de psychische competentie (de wijze waarop men met de ziekte omgaat), tekorten in de sociale structuur (bijvoorbeeld met betrekking tot mantelzorg) en tekorten in de verpleging en de verzorging. Dit moet leiden tot een set van afspraken over wat moet worden gedaan (taken), wie dat doet (functies) en op welke wijze dat zichtbaar wordt in activiteiten.<sup>10</sup> Sturingsmechanismen zijn de analyses van de kwaliteit van zorg en de gezondheidstoestand. Belangrijke graadmeters voor kwaliteit zijn toegankelijkheid (instroom), continuïteit (processen) en doeltreffendheid (uitkomsten) en doelmatigheid. De resultaten kunnen worden afgemeten aan de levensduur, aan de gezondheidstoestand en aan de satisfactie of het welbevinden van de patiënten.<sup>11</sup>

Gelet op dit alles is de richting van huisartsgeneeskundig onderzoek bij kankerpatiënten globaal aan te geven met drie thema's: maatwerk, goed werk en samenwerken. Het perspectief van de patiënt zal belangrijker worden, zowel als onderwerp, als bij de keuze van de uitkomstmaten. Ten tweede moeten oplossingen worden gevonden voor de huisartsgeneeskundige problemen bij deze in de huisartspraktijk toch relatief zeldzame aandoeningen. Het gaat hierbij onder meer om de ontwikkeling van niet-ziektespecifieke geneeskundige strategieën, vanzelfsprekend naast de kankerspecifieke aanpak ('common clinical pathway'). Het derde thema is de organisatie van de kankerzorg met een nogal paradoxale opgave: multidisciplinair én patiëntgeoriënteerd.

Veel van wat lastig is in de praktijk, kan dan aan de orde komen. Te denken valt aan transmurale zorgorganisatie rond de patiënt, hulpverleners- en patiëntgebonden continuïteit en eindverantwoordelijkheid in een multidisciplinaire omgeving, keuzeproblemen, informatie-overdracht, tekortschietende deskundigheid als gevolg van de lage

incidentie, en normen en waarden van de behandelaar versus normen en waarden van de patiënt.

### Slotopmerking

Aan het toch al grote aantal onderwijspakketten voor de huisarts met betrekking tot kanker is een goed pakket inzake de psychosociale hulpverlening toegevoegd. Het is echter te beperkt om de titel 'begeleiding van patiënten met kanker' waar te maken.

Voordat wij nu dit programma gaan uitbreiden, is het goed ons te bezinnen op de ontwikkeling van de zorg voor de patiënt met kanker: de inhoud, de uitvoering en de structuur waarin dit gaat plaatsvinden en de rol van de huisarts daarin. Dit vraagt om huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek.

Het spreekt vanzelf dat de resultaten van dergelijk onderzoek vertaald zullen moeten worden naar huisartsgeneeskundig onderwijs, de huisartsopleiding en de deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Tegen die tijd ontstaat een gemodulariseerd onderwijsarrangement, waarin het thans voorliggende pakket no. 40 over de begeleiding van patiënten met kanker een belangrijke plaats kan hebben.

Prof.dr. E. Schadé  
Afdeling Huisartsgeneeskunde, divisie Public Health  
Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam  
Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam

### Literatuur

- 1 Wemekamp H, Gualthérie van Weezel LM, Den Hollander MHJ. Begeleiding van patiënten met kanker. Pakket voor deskundigheidsbevordering no. 40. Utrecht: NHG, 1996.
- 2 Meijerink G. Psychosociale zorg voor kankerpatiënten; wat is dat eigenlijk? Utrecht: Landelijk Overleg Kankercentra, 1990.
- 3 Consensus conference on cancer training for general practitioners. Copenhagen: UEMO, 1991.
- 4 Consensus conference on specific training for general practice, including cancer training for general practitioners. Copenhagen: UEMO, 1994.
- 5 Schrameijer P, Brunenberg W. Psychosociale zorg bij kanker. Utrecht: NcGv, 1992.
- 6 Schadé E. Overleden patiënten [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.
- 7 Cuisinier MCJ, Van Venrooy MH, Van Eijk JTM. Huisarts en kankerpatiënt [serie van zeven artikelen]. Med Contact 1988; 47: 1059-62, 1092-4, 1126-9, 1168-70, 1215-8, 1247-9, 1273-5.
- 8 Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelmina fonds. Beleidsnota Wetenschappelijk Raad voor de Sociale Oncologie. Amsterdam: NKB/KWF, 1996.
- 9 Gezondheidsraad. Commissie thuiszorg voor patiënten met kanker. Thuiszorg voor patiënten met kanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.
- 10 Schadé E, Dokter HACH. Thuiszorg tussen idee en werkelijkheid. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 179: 2444-8.
- 11 Van den Bos GAM. Onderzoek naar de gevolgen van chronische aandoeningen voor de gezondheidszorg. Kwaliteit van zorg. FSG 1991; 29: 467-70.