

De huisarts: spil in de nazorg voor patiënten met kanker?

Samenvatting

Geelen E, Krumeich A, Van der Boom H, Schellevis F, Van den Akker M. *De huisarts: spil in de nazorg voor patiënten met kanker? Huisarts Wet* 2011;54(11):586-90.

Achtergrond De laatste decennia is het aantal langdurig overlevenden van kanker enorm gestegen. Er gaan dan ook stemmen op om de nazorg voor deze patiënten te verschuiven van de tweede naar de eerste lijn en de huisarts een coördinerende rol te geven. Wij onderzochten de opvattingen van eerstelijnsprofessionals en gaan in dit artikel in op de vraag of huisartsen wel toe zijn aan een dergelijke spilfunctie.

Methode Tussen 2008 en 2010 peilden wij de opvattingen van in totaal 53 beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn, onder wie 15 huisartsen. Wij namen 35 deelnemers (11 huisartsen) een diepte-interview af, de overige 18 (4 huisartsen) namen deel aan een focus-groepdiscussie.

Resultaten Huisartsen benaderen patiënten na een kankerbehandeling liefst als 'normale' chronische patiënten. Zij gaan bij voorkeur uit van de eigen kracht van de patiënt en zijn niet geneigd te zorgen voor structurele nazorg of de patiënt snel te verwijzen naar andere eerstelijns hulpverleners.

Conclusie Patiënten met kanker hebben naast lichamelijke restverschijnselen vaak ook specifieke emotionele en sociale problemen. Goede nazorg houdt dan in dat de huisarts de relatie met deze patiënten actief onderhoudt, zelf het initiatief neemt om hun problemen bespreekbaar te maken en proactief hulp organiseert. De 'vraaggestuurde', dat wil zeggen veeleer afwachterende en reactieve opstelling van veel huisartsen staat op gespannen voet met deze vereisten.

INLEIDING

De toegenomen mogelijkheden om kanker te behandelen hebben het aantal mensen dat de ziekte langdurig overleeft de laatste decennia gestaag doen stijgen.¹ Deze op zichzelf positieve ontwikkeling kan niet verhullen dat veel van deze patiënten behoorlijk wat kwaliteit van leven inleveren.² Restverschijnselen zoals pijn, vermoeidheid, seksuele problemen en depressie maken het vaak moeilijk de draad weer op te pakken, en een deel van de patiënten zal moeten leren omgaan met een beperkt levensperspectief. Mensen die na een initiële behandeling voor kanker in een 'stabiele fase' verkeren, hebben dus goede zorg en begeleiding nodig. In Nederland blijft de medisch specialist vaak nog lang na de initiële

behandeling verantwoordelijk voor deze patiënten, maar in een advies uit 2007 stelde de Gezondheidsraad, in lijn met het standpunt van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie,³ voor de coördinatie van deze nazorg in handen te leggen van de huisarts, immers de spil van de eerstelijnszorg.⁴ Het advies van de Gezondheidsraad was voor een deel ingegeven door de wens om de druk op de tweede lijn te verminderen, maar belangrijker nog was de gedachte dat huisartsen meer oog hebben voor 'restklachten' dan medisch specialisten, die zich in hun nacontroles vooral richten op diagnostiek en preventie van recidieven en metastasen.

Van oudsher beschikt Nederland over een sterke eerstelijnszorg, waarin de huisarts een centrale positie inneemt. Die positie werd al in 1959 omschreven in het functieprofiel *Continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen*, en dat is nog steeds zo in de *Toekomstvisie huisartsenzorg 2012*.^{5,6} In de visie van de Gezondheidsraad past de rol van coördinator van nazorg aan patiënten met kanker uitstekend in dit profiel: de huisarts blijft de patiënt volgen tijdens diens behandeling in het ziekenhuis, neemt dan op enig moment de zorg weer over en coördineert het vervolg. In deze proactieve, holistische benadering levert de huisarts nazorg-op-maat, niet alleen aan de patiënt zelf maar ook aan diens gezin of leefomgeving.

De meningen zijn echter niet eensluidend. Onderzoek onder (ex-)patiënten in en buiten Nederland heeft laten zien dat sommigen weliswaar de voorkeur geven aan de huisarts als coördinator van de nazorg,⁷ maar dat er ook patiënten zijn die dat liever aan de medisch specialist overlaten.^{2,8-12} Dit

Wat is bekend?

- Mensen die zijn behandeld voor kanker hebben nazorg nodig voor lichamelijke restverschijnselen van de ziekte en de behandeling, maar ook voor de emotionele en sociale problemen die zij vaak hebben.
- Gezondheidsraad en patiëntenorganisaties vinden dat de eerste lijn een grotere rol moet spelen in deze nazorg en dat de huisarts daarvan de coördinator moet worden.
- In hun opvatting zou deze nazorg een proactief en holistisch karakter moeten hebben.

Wat is nieuw?

- Huisartsen zijn niet geneigd om patiënten die een kankerbehandeling hebben ondergaan een aparte positie toe te kennen.
- Zij zien niet duidelijk voor zich hoe de nazorg aan deze gevarieerde patiëntengroep gestructureerd zou moeten worden.
- Zij hebben ook te weinig inzicht in wat andere eerstelijnszorgverleners daaraan zouden kunnen bijdragen.
- Als huisartsen een spilfunctie ambiëren in de nazorg voor patiënten met kanker zullen zij zich proactiever moeten opstellen.

Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; E.G.M. Geelen, postdoc onderzoeker Gezondheidszorg, ethica en maatschappij; dr. J.S.M. Krumeich, docent Gezondheidszorg, ethica en maatschappij; dr. H.C.I. van der Boom, opleidingscoördinator NIVEL, Utrecht en VUmc, EMGO+ Instituut/afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam; prof.dr. F.G. Schellevis, onderzoekscoördinator en hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Universiteit Maastricht, CAPHRI/Vakgroep Huisartsgeneeskunde, en Katholieke Universiteit Leuven, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde; dr. M. van den Akker, senior onderzoeker • Correspondentie: e.geelen@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd gefinancierd met een subsidie van KWF Kankerbestrijding.

laatste dan niet alleen vanwege diens specifieke deskundigheid, maar ook omdat huisartsen te weinig tijd voor de nazorg zouden nemen, onvoldoende oog zouden hebben voor de chronische vermoeidheid na kankerbehandelingen en te weinig aandacht zouden besteden aan sociale problemen rond bijvoorbeeld werkherleving en hervinden van het evenwicht binnen het gezin.

De nazorg aan patiënten die zijn behandeld voor kanker is een nog betrekkelijk onontgonnen onderzoeksgebied. Onder andere is niet eerder onderzocht wat de Nederlandse huisartsen er zelf van vinden. Wij hebben eerstelijnsprofessionals – onder wie ook huisartsen – gevraagd welk beeld zij hebben van patiënten met kanker in de stabiele, chronische fase en hoe ze aankijken tegen de problematiek van deze patiënten. Welke zorg bieden ze? Waar zien ze knelpunten? Zien zij zichzelf een coördinerende rol vervullen?¹³ In dit artikel spitsen we de bevindingen uit dit onderzoek toe op de huisarts, en gaan we in op de vraag in hoeverre de proactieve en holistische benadering die de Gezondheidsraad voorstaat, aansluit bij de manier waarop huisartsen momenteel te werk gaan.

METHODE

Opzet

Omdat het doel was meningen, perspectieven en ervaringen te exploreren, is het onderzoek opgezet als kwalitatief onderzoek,^{14,15} waarin wij op zoek gingen naar de zogeheten ‘praktische rationaliteit’ van de beroepsbeoefening.¹⁶⁻¹⁸ In deze praktische rationaliteit – je zou het de logica van het werk kunnen noemen – ligt besloten wat beroepsbeoefenaren goede zorg vinden, wat hun impliciete opvattingen zijn over hun taken en verantwoordelijkheden en wat ze verwachten van patiënten, van collega’s en van andere professionals.

Deelnemers

Wij voerden het onderzoek uit tussen september 2008 en april 2010. Via contacten bij de Integrale Kankercentra en de websites van beroepsverenigingen wierven wij beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn. Respondenten kregen vooraf mondelinge (telefonische) en schriftelijke informatie over het onderzoek.

Uiteindelijk namen 53 beroepsbeoefenaren deel aan het onderzoek: 15 huisartsen, 1 bedrijfsarts, 15 wijkverpleegkundigen, 1 nurse practitioner, 2 physician assistants, 12 paramedici, 5 psychologen en 2 maatschappelijk werkers. Zij kwamen uit alle delen van Nederland en toonden grote variatie in geslacht, ervaring, type praktijk, mate verstedelijking van de omgeving, gedane nascholing en in bijzondere interesse op het terrein van nazorg.

Van de 15 deelnemende huisartsen kregen er 11 een diepte-interview en deden er 4 mee aan de online focusgroep. Van de huisartsen waren er 7 jonger en 8 ouder dan 40 jaar (range 30-60), 7 vrouw en 8 man, 5 werkten in de stad, 6 op het platteland en 4 op verstedelijkt platteland, 2 werkten in een solopraktijk, 4 in een gezondheidscentrum en 9 in een duo- of triopraktijk.

Gegevensverzameling

Twee van de auteurs (EG en HvdB) namen 35 deelnemers een semigestructureerd diepte-interview af. Daarin vroegen we de beroepsbeoefenaren hoe ze aankijken tegen mensen die ‘stabiel’ zijn na een in opzet curatieve kankerbehandeling, hoe ze nazorg bieden aan deze mensen, wat ze in deze context zien als goede zorg, welke knelpunten ze ervaren en of ze zichzelf in de rol van coördinator zouden zien. Daarnaast spraken we met hen over de binnen hun professie gangbare regels, hun verwachtingen ten aanzien van patiënten, hun opvattingen over hun verantwoordelijkheden als professional en hun ideeën over samenwerking met andere beroepsbeoefenaren. De geïnterviewden kregen de gelegenheid om in te gaan op specifieke ervaringen en omstandigheden en om voorbeelden te geven uit hun eigen praktijk. De interviews, die gemiddeld één tot anderhalf uur duurden, werden opgenomen en achteraf letterlijk getranscribeerd.

De 18 overige deelnemers gingen in een online-focusgroep expliciet met elkaar in discussie naar aanleiding van vragen en stellingen over vergelijkbare thema’s. De reacties van deze deelnemersgroep bevestigden onze bevindingen uit de eerder afgenomen diepte-interviews.

In de beschrijving van de resultaten zijn de respondenten geanonimiseerd.

Analyse

Uit de interviewtranscripten kwamen, na een proces van lezing en herlezing en toetsing aan de literatuur, concepten naar voren die relevant zijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg en voor de nazorg aan kankerpatiënten: verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren, communicatie tussen beroeps-

Abstract

Geelen E, Krumeich A, Van der Boom H, Schellevis F, Van den Akker M. *The general practitioner: pivot in the follow-up care of patients with cancer?* Huisarts Wet 2011;54(11):586-90.

Background The last twenty years have seen an enormous increase in the number of long-term survivors of cancer, and it has been suggested that the follow-up care of these patients should be shifted from secondary to primary care, with general practitioners having a coordinating role. We investigated the opinions of primary care professionals and in this article evaluated whether general practitioners are ready for this central role.

Method The opinions of 53 primary care professionals, including 15 general practitioners, were investigated in the period 2008-2010. In-depth interviews were held with 35 participants (11 general practitioners); the other 18 participants (4 general practitioners) took part in a focus group discussion.

Results General practitioners preferably approach patients with treated cancer as ‘normal’ patients with chronic disorders. They also prefer to harness the patient’s strengths and abilities and tend not to provide structured follow-up care or to refer the patient to other primary care professionals.

Conclusion After treatment, patients with cancer often have not only physical disabilities but also specific emotional and social problems. Good follow-up care thus requires that general practitioners actively maintain their relationship with the patient, take the initiative to raise and discuss patient’s problems, and proactively organize help and care. This is in sharp contrast to the ‘demand-driven’ approach of many general practitioners, who often adopt a wait-and-see attitude.



beoefenaren, opvattingen over goede zorg en opvattingen over de behoeften van patiënten. De eerste twee auteurs (EG en AK) identificeerden onafhankelijk van elkaar de patronen en thema's in de interviews, en verfijnden deze in gesprekken met de laatste auteur (MvdA). Gezamenlijk zochten wij naar overeenkomsten en verschillen in perspectief tussen de professionals, zowel binnen als tussen de verschillende betrokken professies.

RESULTATEN

De hulpvraag exploreren

De geïnterviewde huisartsen omschrijven kanker als een ziekte die nog lang sporen nalaat en een groot stempel drukt op het leven van de patiënt en diens naasten. Zij zijn zich ervan bewust dat mensen na een kankerbehandeling nog vaak een lange weg te gaan hebben en leven met 'een zwaard van Damocles dat boven hun hoofd hangt' (huisarts J). Toch benadrukken ze vooral dat er:

'... zoveel belangrijke ziekten zijn dat het niet zo is dat kanker nou een heel zwaar ander etiket blijft houden' (huisarts J).

Met patiënten die na een in opzet curatieve behandeling kankervrij zijn verklaard, maakt de huisarts geen structurele vervolgspraken. Waar het vroeger gebruikelijk was om sommige patiënten die iets ingrijpends hadden meegemaakt gedurende enige tijd regelmatig thuis te bezoeken, zijn dergelijke 'sociale visites' geleidelijk verdwenen en geen substantieel onderdeel meer van het huisartsenwerk. Tegenwoordig volgen huisartsen hun patiënten door ze op te bellen. Incidenteel bezoeken ze hen nog wel eens onaangekondigd, maar dat gebeurt niet systematisch:

'Ik heb toevallig vandaag visite proberen te gaan doen bij iemand, waar ik in de buurt kwam en dacht van die heb ik een tijdje niet gezien. Dan ga ik even kijken, maar ze was nu niet thuis. (...) Dat is niet gestructureerd, dat is gewoon meer toeval' (huisarts B).

De gebruikelijke huisartsgeneeskundige zorg gaat ervan uit dat patiënten zich melden als er iets aan de hand is:

'We hebben hier een lage drempel en we zien dat mensen wel komen als het niet goed gaat' (huisarts A).

Behalve deze verwijzing naar laagdrempeligheid als een belangrijk kenmerk van de huisartsenzorg benadrukken de huisartsen dat hun intensieve betrokkenheid bij patiënten in de acute fase van kanker bijdraagt aan een verdere verlaging van de drempel. Dit rechtvaardigt dat zij zich afwachtend opstellen zodra het acute gevaar geweken is. De meeste huisartsen zijn niet bezorgd dat zij patiënten daarmee tekortdoen, al twijfelen sommigen wel of 'geen bericht' altijd 'goed bericht' is. Een huisarts laat zien hoe ze dit dilemma oplost door in het gesprek met de patiënt de wederzijdse mogelijkheden en verwachtingen tijdig en zo helder mogelijk uit te spreken:

'Ik zei altijd van je belt me als je me nodig hebt, en dan kom ik wel; zo iets. Nou ja dat is natuurlijk zo vaak als wat en ik merk dat dat nu niet meer voldoende is. (...) Dus je moet dat veel explicieter uitspreken, van nou wat wil je van me, wat heb je van me nodig, wat kan ik je bieden, en compromissen sluiten' (huisarts K).

De geïnterviewde huisartsen onderschrijven het ideaal van zorg voor de hele mens – 'proactieve en holistische zorg' – maar als het gaat om het realiseren van dat ideaal valt het op dat zij geneigd zijn het initiatief aan de patiënt te laten. Door verschillende factoren, waaronder de beperkte tijd, vragen huisartsen niet altijd in de loop van het consult hoe het nu écht met de patiënt gaat. Dat bijvoorbeeld partnerrelaties sterk onder druk kunnen staan wanneer een van beiden kanker heeft doorgemaakt of dat kanker zijn tol eist op seksueel gebied is de huisartsen niet onbekend, maar omdat ze met hun tijd moeten woekeren, vragen ze er uit zichzelf niet snel naar. Wel bieden sommige huisartsen patiënten bij wie ze onderliggende problematiek vermoeden aan het einde van een consult gelegenheid om te praten over dingen die hen dwars zitten:

'Je hebt in je routine van je communicatie zitten: "En hoe is het verder, zijn er dingen die je wilt vragen of die je wilt zeggen?" Eigenlijk is er een standaardzin waarmee je elk consult afsluit, om even te checken van was het dat. Maar ja dan heb je dus als patiënt expliciet de kans om dingen te melden. Ja als er dan iets is, dan komt dat dan aan bod. Kijk als ik het letterlijk vraag en er komt niets, ja dan houdt het op' (huisarts J).

Deze huisarts is wel degelijk bereid de patiënt te helpen met diens worstelingen, maar dan moet de patiënt de problemen wel expliciet presenteren op het moment dat de arts ernaar vraagt.

Follow-up structureren

Onze respondenten zien niet heel duidelijk hoe een gestructureerde follow-up van kanker in de chronische fase er uit zou moeten zien. De grote verscheidenheid in het beloop van de verschillende vormen van de aandoening maakt het moeilijk een standaardvorm voor de follow-up te ontwikkelen zoals de speciale spreekuren of zorgprogramma's voor bijvoorbeeld patiënten met diabetes, COPD of hartfalen. De huisartsen zien eerder de uniciteit van iedere patiënt met kanker in de chronische fase, en vinden zorg op maat nodig: de één wil het liefst bij de hand worden genomen, de ander ervaart het juist als betuttelend als hij zich op gezette tijden moet melden. Ook vinden ze dat deze patiënten zelf goed kunnen aangeven hoe zij de zorg willen hebben.

Ze zien ook alternatieven voor de inzet van de huisarts. Een gespecialiseerde verpleegkundige bijvoorbeeld, omdat patiënten volgens hen positieve ervaringen hebben met oncologieverpleegkundigen in het ziekenhuis. Enkel zien winst in het inzetten van een nurse practitioner voor de niet-medische zorg. De medische zorg, vraaggestuurd of gestructureerd, zal altijd de verantwoordelijkheid van de arts blijven.

Doorverwijzen

Er is een groot aanbod van gespecialiseerde hulpverlening voor patiënten die zijn behandeld voor kanker, maar uit ons onderzoek blijkt niet duidelijk of deze in al zijn vormen bij de huisarts bekend is. De bij ons onderzoek betrokken huisartsen verwijzen weinig mensen die zijn behandeld voor kanker door naar andere zorgverleners. Deze terughoudendheid hangt allereerst samen met de overtuiging dat patiënten na de behandeling vooral gebaat zijn bij rust. Volgens de respondenten is er veel voor te zeggen dat patiënten – en hun naasten – even 'vrij hebben' na alle chirurgische ingrepen en chemo- en radiotherapieën, een periode waarin het hele leven draait om kanker:

'Die man zei: "We hebben geen leven, we doen niks anders dan haar naar het ziekenhuis of naar het therapiegroepje rijden. Ja, daar zijn we al een jaar mee bezig, ik kan het woord kanker niet meer horen". Ik vind, daarmee maak je ook mensen zo geestelijk verbonden met de kanker' (huisarts G).

Op de tweede plaats willen de huisartsen liefst voorkomen dat mensen als vanzelfsprekend onder een medisch regime blijven. Ze zien het herstellen na kanker als een proces waar de patiënt nu eenmaal doorheen moet, en relativiseren het idee dat ze als arts alle problemen kunnen oplossen. Hun ervaring dat de meeste patiënten op eigen kracht een heel eind komen, draagt bij aan de norm dat mensen zelf verantwoording nemen voor hun herstel:

'Ik vind het goed als mensen gewoon op hun eigen benen kunnen staan' (huisarts E).

De nadruk in de zorg die ze bieden ligt niet alleen op 'zelf doen', maar ook op 'gewoon doen'. De meeste huisartsen vinden dat buiten het professionele medische circuit veel winst te behalen is:

'[Het is beter] om niet zo ingewikkeld te doen en niet alles maar in groepen te stoppen' (huisarts G).

In plaats van de bewegingsprogramma's van fysiotherapeuten kunnen ook sport of hobby's heilzaam zijn, vinden de respondenten:

'... sporten, wandelen, zingen of trompet spelen' (huisarts E).

Verwijzing naar een diëtiste wordt niet zinvol gevonden zolang mensen zelf aangeven dat zij verantwoord eten en de schijf van vijf gebruiken, of dat ze 'gewoon' meer of juist minder eten om hun gewicht te normaliseren.

Op de derde plaats laten de huisartsen zien dat hun terughoudendheid in verwijzen inherent is aan hun rol als poortwachter van de zorg. Zij vinden dat het bij die verantwoordelijkheid past te voorkomen dat mensen allerlei onnodige behandelingen ondergaan. Zorg bieden ze bij voorkeur zelf. Naast lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek om recidieven of metastasen uit te sluiten, leggen zij daarbij de nadruk op geruststelling. Huisartsen vinden het belangrijk te proberen de patiënt ervan te overtuigen dat het leven na een kankerbehandeling niet ophoudt, en hem te stimuleren weer zoveel mogelijk aan het normale leven deel te nemen.

DISCUSSIE

Onze analyse maakt duidelijk dat huisartsen, tegen de achtergrond van de grote populatie chronische patiënten in hun praktijk, patiënten die een behandeling voor kanker hebben doorstaan geen bijzondere positie toekennen. Ze onderstrepen dat ze deze patiënten, net als veel andere (chronische) patiënten, 'gewone' zorg willen bieden. Voor huisartsen houdt dat in dat ze vraaggestuurd werken: de patiënt moet zelf het initiatief nemen en zelf om hulp vragen. Initiatiefrijke patiënten, die in staat zijn hun problemen helder te presenteren, hebben dus meer kans om de juiste (dat wil zeggen: holistische) zorg te krijgen van de huisarts. Niet alle huisartsen vinden dit overigens een goede zaak. Ze betwijfelen of de lichamelijke, maar ook psychische en sociale problemen waarmee mensen na kanker vaak nog langdurig kampen in de spreekkamer wel voldoende op tafel komen. De beperkte tijd in een consult en de organisatie van hun werk maakt het echter moeilijk om proactief te exploreren welke zorg iemand nodig heeft. Huisartsen verwijzen deze patiënten slechts beperkt door naar andere hulpverleners, en de huidige organisatie van de huisartsenpraktijk voorziet niet in structurele nazorg aan patiënten die een kankerbehandeling ondergaan hebben. Voor een deel komt dit doordat huisartsen geneigd zijn de 'eigen kracht' van patiënten

te benadrukken, maar het kan ook te maken hebben met een gebrek aan kennis van de specifieke mogelijkheden die andere professionals bieden om het herstel van patiënt met kanker te bevorderen.

Onderzoek in andere westerse landen leert ons dat ook daar de artsen in de eerste lijn bereid zijn meer verantwoordelijkheid te nemen in de zorg aan kankerpatiënten, maar dat de voorwaarden evenzeer verre van optimaal zijn.¹⁹⁻²³ Uit deze onderzoeken komt vooral naar voren dat het voor eerstelijnsartsen niet gemakkelijk is om de zorg vanuit de tweede lijn te continueren. Ze hebben (nog) onvoldoende kennis over de unieke problemen die bij de verschillende soorten kanker horen, over de chronische effecten van pijn en over de psychosociale aspecten van kanker in de chronische fase. Bovendien krijgen zij van de specialist vaak te laat en te weinig informatie over de patiënt. Scholing over kanker en vooral zorgplannen waarin de verantwoordelijkheden worden geformaliseerd, moeten volgens deze onderzoeken uitkomst bieden. Onze analyse werpt de vraag op of dergelijke maatregelen voldoende zijn.

Een beperking van ons onderzoek is de kleinschaligheid. Wij hebben geprobeerd dit bezwaar te ondervangen door te zorgen voor een zo groot mogelijke variatie in achtergrond van de deelnemers. Ondanks het relatief kleine aantal deelnemers bereikten we toch het punt van saturatie, waarbij nieuwe interviews geen nieuwe bevindingen meer opleverden. We kunnen daarom aannemen dat het onderzoek recht doet aan de ideeën en opvattingen van huisartsen. Bij kwalitatief onderzoek is de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperkt, het gaat om het inzicht.

CONCLUSIE

De Nederlandse huisartsen vervullen van oudsher een spilfunctie in de zorg. Ze zijn het eerste aanspreekpunt bij vragen of problemen over de gezondheid, en als geen ander kennen ze de geschiedenis van hun patiënten. De nazorg van de huisarts voor mensen die een kankerbehandeling hebben ondergaan, vraagt echter om aanpassingen aan het huidige systeem van zorg, dat uitgaat van vraagsturing en van de 'eigen kracht' van patiënten. De nazorg aan patiënten met kanker vereist dat de huisarts de relatie met deze patiënten actief onderhoudt, zelf het initiatief neemt om hun problemen bespreekbaar te maken en proactief hulp organiseert. Een goede 'spil' kent ook de wegen naar andere hulpverleners en onderhoudt actief relaties met die professionals. Kortom: goed coördinatorschap zou moeten verlopen volgens de 'logica van zorgen',²⁴ die niet altijd strookt met het ideaal van eigen keuze en initiatief van patiënten. De huisartsenzorg is op dit moment nog niet goed ingesteld op structurele nazorg voor patiënten met kanker. Het zou een uitdaging moeten zijn in de toekomst daaraan vorm te geven.

DANKWOORD

Met dank aan de professionals die meededen aan ons onderzoek, en aan de werkgroep 'Eerstelijnszorg aan kankerpatiënten gedurende de follow-up' van de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding die het onderzoek faciliteerde.

Daarnaast dank aan prof.dr. Klasien Horstman voor haar commentaar op eerdere versies van dit artikel. ■

LITERATUUR

- 1 Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland: Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2004.
- 2 De Jong A, Rijken M. Zorg- en maatschappelijke situatie van mensen met kanker in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005.
- 3 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF, 2007.
- 4 Kievit J, Schadé E, Ansink AC, De Bock GH, Van Doorn JAM, Koning CCE, et al. Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007. Publicatienr. 2007/10.
- 5 Huygen FJA. NHG – quo vadis? Huisarts Wet 1959;2:187-91.
- 6 Ram P, Gruijters N, Van den Hombergh P, Rosmalen C, In 't Veld C, Van Weert H, et al. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening: Uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG, 2004.
- 7 Zegers M, Heijmans M, Rijken M. Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten. Huisarts Wet 2010;53:415.
- 8 Brennan M, Butow P, Spillane A, Marven M, Boyle F. Follow up after breast cancer: Views of Australian women. Aust Fam Physician 2011;40:311-6.
- 9 Lewis R, Neal R, Hendry M, France B, Williams NH, Russell D, et al. Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: Systematic review Br J Gen Pract 2009;59:e248-59.
- 10 Cox K, Wilson E, Heath W, Collier J, Jones L, Johnston I. Preferences for follow-up after treatment for lung cancer. Cancer Nurs 2006;29:176-87.
- 11 Pennery E, Mallet J. A preliminary study of patients' perceptions of routine follow-up after treatment for breast cancer. Eur J Oncol Nurs 2000;4:138-45.
- 12 Bradley E, Pitts M, Redman C, Calvert E. The experience of long-term hospital follow-up for women who have suffered early stage gynecological cancer: A qualitative interview study. Int J Gynecol Cancer 1999;9:491-6.
- 13 Geelen E, Krumeich A, Van der Boom H, Van den Akker M. Zorg voor mensen met kanker in de chronische fase: Opvattingen, ideeën en ervaringen van eerstelijnsprofessionals en patiënten. Achtergrondrapportage behorend bij hoofdstuk 4 van het signaleringsrapport Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn (mei 2010). Maastricht: Maastricht University, 2011.
- 14 Gupta A, Ferguson J. Discipline and practice: 'The field' as site, method, and location in anthropology. In: Gupta A, Ferguson J, editors. Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.
- 15 Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: Principles and practices. London/New York: Routledge, 1995.
- 16 Widdershoven GAM. Handelen en rationaliteit: Een systematisch overzicht van het denken van Wittgenstein, Merleau-Ponty, Gadamer en Habermas. Meppel: Boom, 1987.
- 17 Bourdieu P. The logic of practice. Cambridge: Polity Press, 1990.
- 18 Meershoek A, Krumeich A, Desain L. Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- 19 Anvik T, Holtedah K, Mikalsen H. 'When patients have cancer, they stop seeing me': The role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer, a qualitative study. BMC Fam Pract 2006;7:19.
- 20 Hewitt M, Bamundo A, Day R, Harvey C. Perspectives on post-treatment cancer care: Qualitative research with survivors, nurses, and physicians. J Clin Oncol 2007;25:2270-3.
- 21 Watson E, Sugden E, Rose P. Views of primary care physicians and oncologists on cancer follow-up initiatives in primary care: An online survey. J Cancer Surviv 2010;4:159-66.
- 22 Del Giudice M, Grunfeld E, Harvey B, et al. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. J Clin Oncol 2009;27:3338-45.
- 23 Nissen M, Beran M, Lee M, Mehta SR, Pine DA, Swenson KK. Views of primary care providers on follow-up care of cancer patients. Fam Med 2007;39:477-82.
- 24 Mol A. The logic of care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.