

De oncoloog

Als zoon van een Belgische huisarts ligt de band tussen de huisarts en de oncoloog mij na aan het hart. Door succesvolle verbetering in de opsporing en behandeling van patiënten met kanker wordt deze band steeds intensiever. In Nederland wordt jaarlijks bij 80.000 mensen kanker gediagnosticeerd. In 2015 zullen bijna 700.000 mensen moeten leven met de gevolgen van de ziekte en behandeling. De medische en psychosociale zorg voor deze grote aantallen aan (ex-) kankerpatiënten is complex en verdient de betrokkenheid van een team zorgverleners.

Team

Een dergelijk team gedijt op goede afstemming, coördinatie en overdracht tussen de verschillende disciplines. Randvoorwaarden hiervoor zijn kennis, aandacht voor de psychosociale gevolgen, inzicht in elkaars mogelijkheden en beperkingen, gedeelde verantwoordelijkheid en duidelijkheid over de regievoering. De verschillende benadering van huisartsen, specialisten, medisch psychologen en andere hulpverleners verrijken de oncologische zorg. Analoog aan ontwikkelingen in de zorg bij diabetes, COPD en hart- en vaatziekten zal de rol van de huisarts bij de oncologische zorg steeds actiever worden: volgen en bewaken van de continuïteit van zorg na verwijzing, aandacht voor de psychosociale aspecten, gerichte controles, centrale rol in de palliatieve en terminale zorg, en centrale rol in de nazorg.

Diagnose

Tijdig herkennen van, soms specifieke, klachtenpatronen draagt bij aan het vlot stellen van de diagnose en (mogelijk) tot verhoogde overlevingskansen voor de patiënt. Huisartsen hebben tegenwoordig veel diagnostische middelen tot hun beschikking. Een regionaal oncologisch netwerk tussen huisartsen, medisch specialisten en paramedici kan ondersteuning bieden bij uitstippelen van een diagnostisch traject. Daarbij kunnen ze gebruikmaken van landelijke richtlij-

nen van het KNMG, NHC, CBO en IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland).

Verwijzing

Met organisatorische aanpassingen kan de diagnose kanker soms binnen een dag worden gesteld. Het is daarom belangrijk een complete verwijsbrief te maken met de relevante voorgeschiedenis, medicatie en functionele status van de patiënt naast het huidige klachtenpatroon, bevindingen tijdens lichamelijk onderzoek en concrete vraagstelling. Die vraagstelling is mogelijk al onderbouwd door aanvullend onderzoek en eerder contact met een medisch specialist. De doorlooptijd is idealiter twee à drie werkdagen nadat de concrete verdenking op kanker is gerezen. Afhankelijk van de lokale mogelijkheden versterken ontwikkelingen in de ICT zoals het elektronisch verzenden van verwijsbrieven en verbeterde serviceverlening, vanuit het ziekenhuis de transmurale lijn.

Behandeling

Continuïteit van zorg tijdens en buiten kantooruren moet zijn geborgd door de huisarts en de behandelend specialist. Het moet duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar is binnen het ziekenhuis en wie de regie heeft. Behandelingstraject, medicatie en gemaakte afspraken over eventueel gelimiteerd beleid moeten inzichtelijk zijn voor dienstdoende huisartsen en medisch specialisten. Oncologieverpleegkundigen kunnen hierin een cruciale rol spelen. De patiënt zou slechts één enkel telefoonnummer hoeven te bellen waarna triage volgt (huisarts of specialist). Zo zijn de huisarts en de medisch specialist actief betrokken partners in de oncologische zorg. Bij verandering in beleid door bijwerkingen of door wensen van de patiënt moet de specialist de huisarts binnen een werkweek schriftelijk informeren.

Nazorg

Bij progressie van de ziekte waardoor behandeling of curatie niet meer mogelijk is, is het van belang de huisarts bij voorkeur dezelfde dag (telefonisch) op de hoogte te brengen. Jaarlijks heeft de gemiddelde Nederlandse huisarts vijf tot

tien patiënten in palliatieve zorg onder zijn hoede. Naast toegankelijke richtlijnen – zoals op www.pallialine.nl – is ondersteuning van de oncoloog van belang. Door toename van oncologische patiënten zal de oncoloog de zorg voor uitbehandelde of preterminale patiënten steeds vaker en eerder overdragen aan de huisarts. Dit is een goede ontwikkeling zolang dit in overleg gebeurt en het voor de huisarts helder is wat met de patiënt is afgesproken. Het ontslaat de oncoloog echter niet van de verplichting om ondersteuning te bieden bij bijvoorbeeld bloedtransfusies, katheterwisselingen of intraveneuze antibiotica. Bij overlijden van de patiënt is het goed als de huisarts de oncoloog op de hoogte stelt, zodat ook vanuit het ziekenhuis de begeleiding kan worden afgerond.

Nieuwe ontwikkelingen

Een regionaal oncologisch netwerk van verschillende zorgverleners kan de huisarts ondersteunen. Mogelijkheden binnen de ict als e-mail, skype, webcast, e-learningmodules of zelfs community-based websites kunnen informatieuitwisseling optimaliseren. Hierdoor kunnen huisartsen bijscholing volgen, directe toegang krijgen tot de medisch specialist naar keuze en actief participeren in tumorwerkgroepen van perifere (en academische) ziekenhuizen. Efficiënte informatieoverdracht en kennisuitwisseling leidt tot deskundigheidsbevordering van zorgverleners over de lijnen heen.

Natuurlijk zullen deze ontwikkelingen financiële zekerheid vereisen. Zorgtrajecten kunnen, analoog aan de mammapoli, per tumorsoort worden opgezet en moeten goed worden geëvalueerd en waar nodig worden bijgesteld. Het trapsgewijs denken in afgesloten eerste-, tweede- en derdelijnszorg moet veranderen in een vloeiende overgang van de eerste lijn naar ziekenhuis in transmurale zorgketens met een transparante, multidisciplinaire en systematische aanpak. De uitdaging ligt hem vooral in het openbreken van gesloten organisatiestructuren over de lijnen heen. Ik neem deze uitdaging aan en hoop u ook... ■

Filip de Vos