

Oncologie in de huisartsenpraktijk

Samenvatting

Korevaar JC, Heins MJ, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. *Oncologie in de huisartsenpraktijk*. *Huisarts Wet* 2013;56(1):6-10.

DOEL Kanker komt steeds vaker voor en de behandelingsmogelijkheden worden beter. De huisarts krijgt dus steeds meer mensen in zijn praktijk die in het verleden voor kanker zijn behandeld. Dit artikel geeft een overzicht van de impact van maligne aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

METHODE Op basis van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) hebben we de incidentie van de 10 meest voorkomende kankersoorten over de periode 2002-2010 bepaald, alsmede het aantal contacten met de praktijk in de eerste twee jaar na de diagnose. LINH is een landelijk representatief netwerk van 84 huisartsenpraktijken met meer dan 335.000 ingeschreven patiënten.

RESULTATEN In een normpraktijk heeft een huisarts gemiddeld 73 volwassen patiënten bij wie de diagnose kanker minder dan 9 jaar geleden gesteld is. Bij 33 van deze patiënten is de diagnose minder dan 2 jaar geleden gesteld. Patiënten met kanker hebben de eerste 2 jaar na de diagnosestelling gemiddeld 11 contacten per jaar met de huisartsenpraktijk, waarbij het aantal contacten toeneemt met de leeftijd. Twee tot 3 contacten zijn gerelateerd aan de diagnose kanker. Van de overige contacten houden gemiddeld 3 contacten per jaar verband met alledaagse klachten, vindt er minder dan 1 contact plaats vanwege psychosociale problemen en heeft 1 contact te maken met infectieziekten. Ter vergelijking: alle Nederlanders van 18 jaar en ouder hebben gemiddeld 4 contacten per jaar met de huisartsenpraktijk, dus ruim minder dan de helft van het aantal van kankerpatiënten.

CONCLUSIE Gezien de verwachte toename van het aantal patiënten met kanker, gecombineerd met de hogere zorgvraag die deze groep patiënten heeft en de mogelijke verschuiving van de oncologische zorg van de tweede naar de eerste lijn, zullen patiënten met kanker een groter aandeel van de totale huisartsenzorg gaan opeisen. Het is van belang dat alle betrokken partijen tijdig anticiperen op deze groeiende zorgvraag.

INLEIDING

Artsen stellen de diagnose kanker vaak.¹ In 2008 kregen in Nederland zo'n 89.000 patiënten de diagnose kanker.² Dit aantal zal de komende jaren verder stijgen – voor 2020 schat men het aantal nieuwe patiënten met kanker op 123.000 per jaar.³ De afgelopen jaren heeft men de behandelmethoden verbeterd en is de kans op sterfte aan kanker afgenomen. Het

percentage patiënten dat 5 jaar na de diagnosestelling nog in leven is steeg van 47% in de periode 1989-1993 tot 59% in de periode 2004-2008.² Een groot Europees onderzoek laat eenzelfde trend zien, waarbij de toename in vijfjaarsoverleving het sterkste is voor colonkanker, borstkanker, prostaatkanker, schildklierkanker, de ziekte van Hodgkin en het non-hodgkinlymfoom.¹ Doordat zowel het aantal nieuwe patiënten met kanker, als de overleving na kanker toeneemt, zal de groep patiënten met kanker die na de actieve behandelperiode nog in leven is, de komende jaren dus aanzienlijk in omvang toenemen.

Veel patiënten met kanker ondervinden jaren na de diagnosestelling nog de gevolgen van kanker en/of de behandeling. Vermoeidheid, klachten van het bewegingsapparaat of seksuele problemen komen veel voor bij deze patiënten.⁴ Het eerstelijnszorggebruik van deze patiënten is dan ook vaak hoger dan gemiddeld en dat blijft zo tot ten minste 10 jaar na de diagnosestelling.⁵

De huisarts is meestal betrokken bij het diagnostisch traject en ziet dus geregeld nieuwe patiënten met kanker. Als de diagnose eenmaal is gesteld, draagt de huisarts de zorg voor de patiënt deels over aan een medisch specialist. Op het moment dat de behandeling is afgerond, neemt de huisarts de zorg vaak weer (grotendeels) over. Gezien het stijgende aantal patiënten dat kanker heeft of heeft gehad, zal de huisarts steeds vaker met deze patiënten en hun gezondheidsproblemen te maken krijgen.

Wat is bekend?

- Men stelt de diagnose kanker steeds vaker en de overlevingskansen worden steeds hoger.
- Het aantal patiënten in een huisartsenpraktijk die in het verleden een behandeling voor kanker hebben gehad zal hierdoor aanzienlijk gaan toenemen
- Het eerstelijnszorggebruik van deze groep patiënten is vaak hoger dan gemiddeld en blijft ook jaren na de diagnose kanker verhoogd.

Wat is nieuw?

- In een normpraktijk ziet een huisarts 25 nieuwe volwassen patiënten met kanker per jaar. Een normpraktijk heeft gemiddeld 73 volwassen patiënten die 0 tot 9 jaar geleden de diagnose kanker hebben gekregen.
- In de eerste 2 jaar na de diagnose hebben patiënten met kanker 11 contacten met de huisartsenpraktijk, ruim twee keer zoveel als het gemiddeld aantal contacten van alle volwassen Nederlanders.
- Twee tot 3 contacten zijn direct gerelateerd aan kanker. Van de overige contacten houden er gemiddeld 3 verband met alledaagse klachten, 1 contact vindt plaats vanwege infectieziekten en minder dan 1 contact vanwege psychosociale problemen.

NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; J.C. Korevaar, programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg; M.J. Heins, onderzoeker; G.A. Donker, projectleider CMR Peilstations; P.M. Rijken, programmaleider Zorgvraag van chronisch zieken & gehandicapten; F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling Huisartsgeneeskundige zorg, Afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VU Medisch Centrum, Amsterdam; F.G. Schellevis, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: j.korevaar@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Eerder is in de serie over oncologie in dit blad aandacht besteed aan nieuwe ontwikkelingen rond de behandeling van oncologische aandoeningen. Dit artikel geeft een overzicht van de impact van maligne aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Hoe vaak komen verschillende vormen van kanker voor en wat is het bijbehorende zorggebruik in de huisartsenpraktijk in de eerste twee jaar na de diagnosestelling?

METHODE

De cijfers in dit artikel zijn gebaseerd op gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).⁶ Dit is een landelijk representatief netwerk van 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 ingeschreven patiënten (juli 2010). Het doel van LINH is het leveren van representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg. Hiervoor maakt men gebruik van geanonimiseerde gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van de deelnemende praktijken. Het gaat hierbij om aantallen contacten, morbiditeit, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Huisartsen coderen diagnoses volgens de codering van de ICPC (International Classification of Primary Care).⁷ Jaarlijks krijgen huisartsen feedback over de door hen geregistreerde gegevens; hiermee kunnen ze hun handelen vergelijken met dat van andere praktijken.

Voor dit onderzoek hebben we de gegevens geselecteerd van patiënten van achttien jaar en ouder die in de periode tussen 2002 en 2010 de diagnose kanker hebben gekregen. Deze diagnose is gebaseerd op de ICPC-codes voor een maligniteit. Neoplasmata van het bewegingsapparaat (L97) hebben we hierbij uitgesloten, omdat het hier om zowel kwaadaardige als goedaardige aandoeningen kan gaan en wij binnen LINH daar geen onderscheid tussen kunnen maken. De cijfers over zorggebruik betreffen het aantal contacten (consult, telefonisch consult of visite) in het jaar 2010 van patiënten die in de voorafgaande twee jaar de diagnose kanker hebben gekregen.

We beperken dit artikel tot de tien meest voorkomende kankersoorten: huidkanker (ICPC-code S77), borstkanker (X76), colon-/rectumkanker (D75), longkanker (R84), prostaatkanker (Y77), andere/niet-gespecificeerde maligniteit in de spijsverteringsorganen (D77), blaaskanker (U76), andere maligniteit in de geslachtsorganen van de vrouw (X77), maligne lymfoom (B72) en maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79).

Voor de berekeningen hebben we de patiënten geselecteerd die in het jaar van de diagnosestelling (incidentiecijfers) of in 2010 (zorggebruik) als vaste patiënt in de huisartsenpraktijk waren ingeschreven. Verder hebben we alleen de gegevens van praktijken geselecteerd die in het betreffende jaar (diagnosejaar c.q. 2010) aan de LINH-kwaliteitseisen voldeden, dat wil zeggen (bijna) volledige ICPC-codering van de diagnose op de zogenaamde E-regel en gedurende meer dan 48 weken registreren. De incidentiecijfers uit de periode 2002-2010 hebben we gebaseerd op alle patiënten, totaal ongeveer 600.000 vast ingeschreven patiënten in deze periode. De cijfers over het zorggebruik in 2010 hebben we gebaseerd op patiënten bij

wie de diagnose kanker in 2008 tot en met 2010 is gesteld. Dit betrof 4616 patiënten.

De reden van het zorggebruik is geformuleerd op basis van de diagnose (ICPC-code) zoals de huisarts die heeft geregistreerd. Voor de weergave daarvan hebben we de ICPC-codes in ziekteclusters ondergebracht. Deze hebben we deels gebaseerd op de onderverdeling zoals gebruikt bij de Eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.⁸ We hebben deze aangepast door benigne neoplasmata (F74/H75/K72/L71/T73) uit het cluster oncologiegerelateerde problemen te laten. Binnen deze indeling bevindt zich geen cluster psychosociale problemen. Aangezien dit een relevant cluster is voor patiënten met kanker, hebben we dit toegevoegd. Het is gebaseerd op de hoofdstukken P en Z van de ICPC-codering. Het cluster chronische ziekten is beperkt tot vijf aandoeningen: ischemische hartziekte/hartfalen (K74-77), CVA/TIA (K89/90), COPD/astma (R91, R95/96), reumatoïde artritis/artrose (L88-91) en diabetes mellitus (T90).

RESULTATEN

Hoeveel nieuwe patiënten met kanker ziet een huisarts?

In 2010 kregen 13,6 van de 1000 patiënten boven de 18 jaar de diagnose kanker. In een normpraktijk, 2350 patiënten, van wie 1840 van 18 jaar en ouder, heeft een huisarts dus gemiddeld 25 nieuwe volwassen patiënten met kanker per jaar. Dit aantal ligt iets hoger voor vrouwen dan voor mannen (respectievelijk 13 en 12 patiënten per jaar). In **figuur 1** is voor de 10 meest voorkomende vormen van kanker het aantal nieuwe gevallen

Abstract

Korevaar JC, Heins MJ, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. Oncology in general practice. Huisarts Wet 2013;56(1):6-10.

AIM The incidence of cancer is increasing and treatments are getting better. General practitioners are increasingly seeing patients with a history of cancer. This article provides an overview of the impact of malignancy in general practice.

METHOD Using data from the National Information Network of General Practitioners (LINH), we determined the incidence of the 10 most frequently occurring cancers in the period 2002-2010, as well as the number of times patients contacted their general practitioner in the first 2 years after diagnosis. The LINH is a nationally representative network of 84 general practices with more than 335,000 patients.

RESULTS The average general practice had 73 adult patients with cancer diagnosed less than 9 years ago, and in 33 of these patients cancer was diagnosed less than 2 years ago. In the first 2 years after diagnosis, patients made on average 11 visits to their general practitioner annually, and the number of visits increased with age. On an annual basis, two to three visits were associated with the cancer diagnosis, three were associated with common symptoms, one was associated with infections, and less than one with psychosocial problems. For comparison, Dutch adults (> 18 years) saw their general practitioners on average four times a year, less than half the number of times cancer patients did.

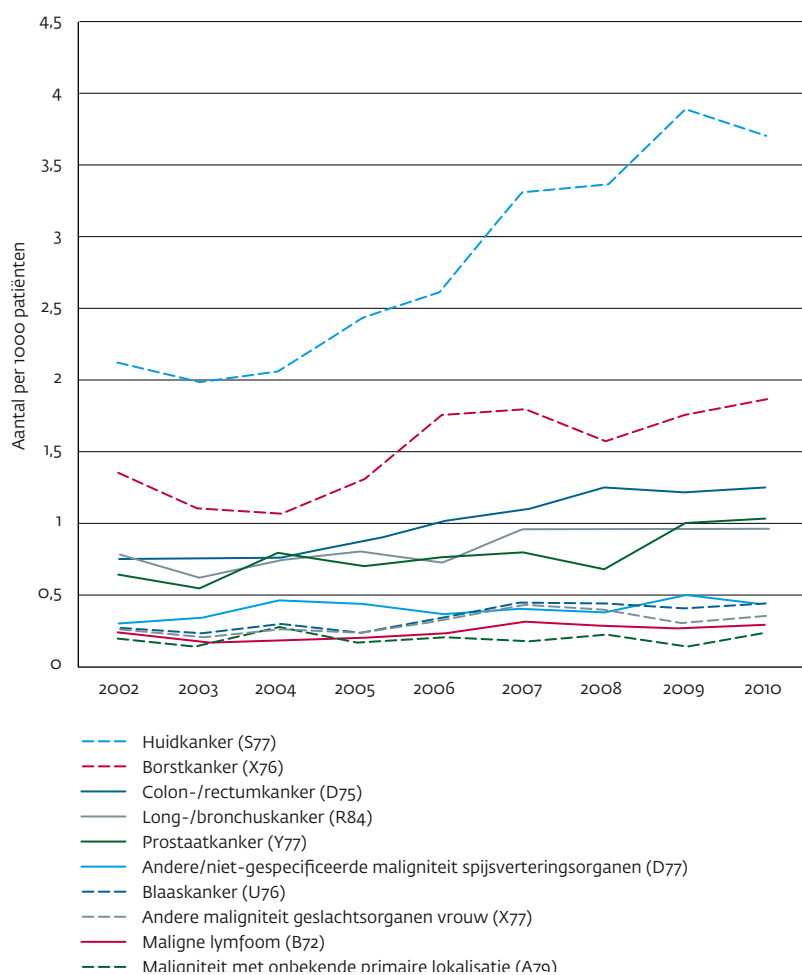
CONCLUSION Given the expected increase in the number of patients with cancer, the greater need for care of these patients, and the potential shift of oncological care from secondary to primary care, patients with cancer will account for an increasing proportion of the workload of general practitioners in the near future. It is important that all those concerned anticipate to the extra demand for care in time.

per jaar weergegeven voor de periode 2002-2010. Huidkanker blijkt in de huisartsenpraktijk het meest voor te komen, gevolgd door borstkanker. Voor bijna alle vormen van kanker is over de jaren een stijging te zien, voor alle vormen tezamen zien we een toename van 50%. Bij huidkanker en colorectaal carcinoom is deze stijging het meest uitgesproken.

Aantal patiënten met kanker in een huisartsenpraktijk

In 2010 waren er per 1000 patiënten 18 die minder dan 2 jaar geleden de diagnose kanker hebben gekregen. Het aantal 'chronische' oncologiepatiënten, dat wil zeggen dat de diagnose kanker langer dan twee jaar geleden gesteld is, ligt hoger. In 2010 waren er per 1000 volwassen patiënten 22 bij wie men 2 tot 9 jaar geleden de diagnose kanker heeft gesteld. Uit eerder onderzoek blijkt dat het zorggebruik tot tien jaar na de diagnosestelling van kanker verhoogd is.⁵ Een huisarts heeft gemiddeld zo'n 73 patiënten in de praktijk van 18 jaar en ouder die binnen deze periode (0-9 jaar) vallen, van wie 33 tamelijk recent (tot 2 jaar na het stellen van de diagnose).

Figuur 1 Top 10 incidenties van maligne aandoeningen bij de huisarts (≥ 18 jaar), per duizend patiënten in de periode 2002-2010



Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

Contacten van patiënten met kanker met de huisarts

In [tabel 1] hebben we voor de 10 meest voorkomende vormen van kanker het gemiddeld aantal contacten met de huisartsenpraktijk in de eerste 2 jaar na de diagnosestelling weergegeven. Het gaat hier om bezoeken aan de praktijk, telefonische consulten en visites door de huisarts. Gemiddeld hebben patiënten met kanker per jaar 11 contacten met de huisartsenpraktijk. Zoals te verwachten neemt het aantal contacten met de huisarts toe met de leeftijd, van 5,8 keer per jaar bij 18- tot 45-jarigen tot 14,7 keer bij 75-plussers.

Vooraf in de jongere leeftijdsgroepen blijken patiënten met een maligniteit met onbekende lokalisatie relatief veel zorg te gebruiken en hebben patiënten met huid- of prostaatcancer relatief weinig contact met de huisarts. De verschillen in zorgvraag tussen de verschillende vormen van kanker nemen af naarmate de patiënten ouder zijn op het moment van de diagnosestelling. In de groep patiënten van 75 jaar en ouder is de gemiddelde zorgvraag in de periode tot 2 jaar na de diagnosestelling voor bijna alle vormen van kanker tussen de 11 en 18 contacten per jaar. Dat er grote verschillen zijn tussen patiënten met eenzelfde diagnose is te zien aan de hoge standaarddeviaties, die soms zelfs hoger zijn dan het gemiddelde.

Indien we apart kijken naar mannen en vrouwen, dan zien we een iets hogere zorgvraag bij vrouwen dan bij mannen. Dit is het geval bij bijna alle vormen van kanker en alle leeftijdsgroepen.

In de totale LINH-populatie is het absolute aantal contacten per jaar voor de leeftijdsgroep 18 tot 45 jaar gemiddeld 2,9 per jaar, voor de groep 45 tot 65 jaar 4,2 per jaar, voor 65- tot 75-jarigen 6,2 per jaar, en voor de groep van 75 jaar en ouder 10,1 per jaar. Oncologiepatiënten hebben veel vaker contact met de huisarts – patiënten tussen de 18 en 45 jaar hebben 2 keer zo vaak contact met de praktijk en dit daalt tot 1,5 keer zo vaak voor oncologiepatiënten van 75 jaar of ouder.

Waarvoor komen patiënten met kanker bij de huisarts?

Van de gemiddeld 11 contacten met de huisarts per jaar zijn er 2 tot 3 (25%) direct gerelateerd aan de diagnose kanker. De overige contacten hielden verband met alledaagse klachten (3 contacten, 28%). Minder dan 1 contact per jaar vond plaats vanwege psychosociale klachten en gemiddeld kwamen de patiënten 1 keer per jaar (10%) vanwege infecties. In [figuur 2] hebben we de verdeling van het aantal contacten per leeftijdsgroep per ziektecluster weergegeven.

In [tabel 2] hebben we in detail weergegeven welke diagnose de huisarts registreerde bij contacten met patiënten met kanker. Dit hebben we beperkt tot de drie meest voorkomende diagnoses voor de niet-kankergerelateerde clusters.

BESCHOUWING

In de periode 2002-2010 is er een forse toename te zien van het aantal volwassen patiënten met kanker. In 2010 heeft een huisarts met een normpraktijk gemiddeld 25 volwassen patiënten die een nieuwe diagnose kanker krijgen, een toe-

name van 50% ten opzichte van 2002. Deze toename kunnen we slechts minimaal verklaren door de lichte stijging van de gemiddelde leeftijd in de praktijken over deze periode, maar betreft een echte groei in het aantal patiënten met kanker. Deze patiënten hebben in de periode tot 2 jaar na de diagnosestelling kanker vaker contact met de huisarts dan de algehele populatie. Een kwart van de contacten was direct gerelateerd aan kanker. Het overgrote merendeel van de contacten betrof alledaagse aandoeningen; 28% hield verband met klachten als hoesten, overmatig cerumen of obstipatie en 10% van de contacten vond plaats vanwege infecties, bijvoorbeeld urine-weginfecties, acute bronchitis of verkoudheid.

Patiënten met kanker bevinden zich in de periode tot twee jaar na de diagnosestelling in verschillende fasen van hun ziekte. Een deel van de patiënten zit midden in de actieve behandelperiode in de tweede lijn en komt voor aanvullende zorg bij de huisarts. Een aantal patiënten is, vooral aan het einde van deze twee jaar, aanbeland in de nazorgfase, waarbij de actieve behandelperiode voorbij is. Tot slot bevindt een aantal patiënten met kanker zich in de palliatieve behandelphase. Het is bekend dat patiënten die een palliatieve behandeling krijgen een grotere zorgvraag hebben.⁹⁻¹⁰ Het aandeel patiënten in de palliatieve fase in het totaal aan patiënten is echter relatief laag. Daar komt bij dat we de zorgconsumptie per jaar hebben berekend. Hierdoor zullen patiënten die slechts een korte palliatieve periode kennen en tijdens die periode een verhoogde zorgvraag hebben, de gemiddelde zorgconsumptie op jaarbasis nauwelijks veranderen.

Er zijn duidelijke verschillen in de zorgvraag van patiënten met verschillende soorten kanker. Patiënten met huidkanker vragen relatief weinig zorg – vermoedelijk zullen de verschillen tussen patiënten met een basaalcelcarcinoom of melanoom behoorlijk groot zijn. Helaas is dat onderscheid op basis van de LINH-gegevens niet te maken. Patiënten met een maligniteit met onbekende primaire lokalisatie vragen de meeste zorg van de huisarts. Als de oorsprong van een tumor niet (meer) te achterhalen is gaat het mogelijk om kanker in een vergevorderd stadium, wat het hoge zorggebruik kan verklaren.

De reden voor extra contacten met de huisartsenpraktijk is in de periode nul tot twee jaar na de diagnosestelling voor een deel kankergerelateerd. Het overgrote deel heeft betrekking op andere aandoeningen, zoals alledaagse klachten en infectieziekten. Uit eerder onderzoek kwamen andere problemen naar voren, zoals vermoeidheid, klachten aan het bewegingsapparaat of seksuele problemen.⁴ Dit verschil kan mogelijk komen doordat beide onderzoeken naar verschillende tijdsperiodes kijken. Stein en collega's onderzochten de periode vanaf vijf jaar na de diagnosestelling en ons onderzoek betreft de periode tot twee jaar na de diagnosestelling. Daarnaast betroffen de klachten in het artikel van Stein zelfgerapporteerde klachten, waarmee patiënten niet noodzakelijkerwijs naar de huisarts gaan.

De resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit het EPD van de huisarts. Het doel van het EPD is de zorg te ondersteunen

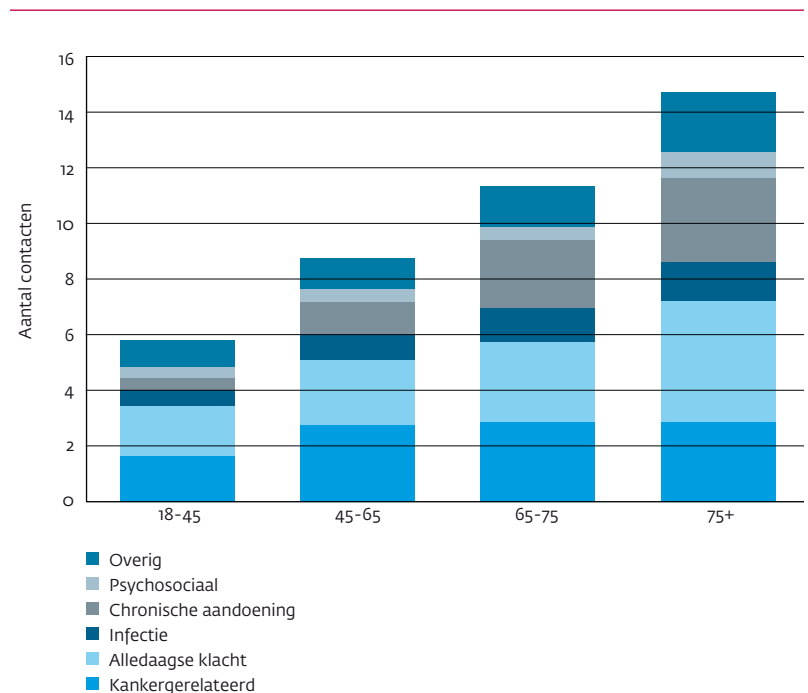
Tabel 1 Gemiddeld aantal contacten per jaar (consult, visite, telefonisch consult) per leeftijdsgroep, in de periode tot twee jaar na de diagnose kanker voor de tien meest voorkomende vormen van kanker

	18-45 jaar	45-65 jaar	65-75 jaar	75+ jaar
	Gem (sd)	Gem (sd)	Gem (sd)	Gem (sd)
Huidkanker (S77)	3,9 (3,8)	5,4 (5,4)	8,1 (7,3)	11,6 (9,7)
Borstkanker (X76)	6,7 (6,4)	7,6 (6,8)	8,7 (7,7)	13,8 (10,5)
Colon-/rectumkanker (D75)	7,0 (10,2)	8,3 (6,2)	12,1 (9,1)	13,8 (11,0)
Long-/bronchus kanker (R84)	7,9 (7,7)	14,3 (11,2)	16,7 (12,8)	16,3 (11,6)
Prostaatkanker (Y77)	4,7 (1,5)	6,9 (7,4)	7,4 (6,1)	12,2 (8,4)
Andere/niet-gespecificeerde maligniteit spijsverteringsorganen (D77)	8,7 (7,3)	10,4 (9,1)	15,4 (13,6)	16,4 (14,3)
Blaaskanker (U76)	8,1 (6,9)	8,3 (7,0)	9,8 (10,0)	14,9 (14,5)
Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw (X77)	8,3 (8,9)	7,6 (5,9)	11,0 (8,8)	13,9 (9,1)
Maligne lymfoom (B72)	4,3 (4,4)	7,6 (6,1)	11,3 (9,8)	13,2 (15,7)
Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79)	16,5 (23,5)	15,6 (14,2)	21,7 (17,9)	18,6 (13,5)

Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Gebruik voor wetenschappelijk onderzoek is niet het primaire doel, waardoor er wellicht enige ruis in de resultaten is gekomen. Zo is het mogelijk dat de datum van de diagnosestelling zoals te vinden in het EPD niet de exacte datum van de diagnosestelling is, maar bijvoorbeeld de dag betreft waarop de informatie vanuit het ziekenhuis bij de huisarts aankomt. Ook kan er sprake zijn van een onderrapportage van patiënten die kort na de diagnosestelling overlijden. Misschien neemt de huisarts de diag-

Figuur 2 Reden voor contact met de huisartsenpraktijk in de periode 0 tot 2 jaar na de diagnose kanker per ziektecluster, in 2010



Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

Tabel 2 Frequenties van de meest voorkomende diagnose in contacten met de huisartsenpraktijk in de periode tot twee jaar na de diagnose, per ziektecluster, in 2010

Hoofdgroep	Diagnose	% binnen hoofdgroep
Alledaagse klachten	Hoesten	5,0
	Obstipatie	4,1
	Overmatig cerumen	4,0
Infectieziekten	Urineweginfecties	33,3
	Verkoudheid	7,5
	Acute bronchitis	7,3
Chronische aandoeningen	Hypertensie	34,2
	Diabetes mellitus	26,3
	COPD	10,3
Psychosociaal	Slaapstoornis	14,7
	Depressie	14,0
	Gespannen gevoel	9,6

nose kanker in dat geval niet meer op in het EPD.

CONCLUSIE

Patiënten met kanker vormen een relatief kleine groep patiënten in de huisartsenpraktijk, die een hoge zorgvraag genereert, die tot vele jaren na het stellen van de diagnose kanker blijft bestaan. Gedurende de periode tot twee jaar na de diagnosestelling is de zorgvraag voor een klein deel kankergerelateerd. Het merendeel van de vragen betreft alledaagse klachten en infectieziekten. Gezien de verwachte toename in het aantal patiënten met kanker (vanwege de toegenomen vijfjaarsoverleving), de hogere zorgvraag van patiënten met kanker en de mogelijke verschuiving van de oncologische zorg van de tweede naar de eerste lijn zullen deze patiënten een steeds belangrijker aandeel van de totale huisartsenzorg verlangen.

Aan de grotere zorgvraag van oncologische patiënten kan men alleen voldoen indien er ook voldoende zorgaanbod is, anders gaat het ten koste van de zorg voor deze of andere patiënten. Het is dus van belang dat alle betrokken partijen tijdig anticiperen op deze verhoogde en mogelijk complexere zorgvraag, want het uitbreiden van het zorgaanbod vraagt de nodige tijd en inspanning. Tot de mogelijkheden om het zorgaanbod te vergroten behoren uitbreiding van de capa-

citeit van de huisartsenopleiding, taakherschikking en/of doorverwijzing naar andere zorgprofessionals in de eerste lijn.¹¹ Huisartsen moeten vooral nadenken over de rol die de reguliere praktijkondersteuners en de praktijkondersteuners ggz kunnen spelen in de somatische en psychosociale begeleiding van deze groeiende groep patiënten. Daarnaast moeten huisartsen goed toegerust zijn, of worden, om deze specifieke groep patiënten goede zorg en begeleiding te kunnen bieden. De patiënten komen vaker, en dan vooral met alledaagse klachten. Een vraag die een huisarts kan hebben is of hij tijdens consulten voor alledaagse klachten wel of niet de angst moet bespreken dat deze weer met kanker te maken hebben. ■

LITERATUUR

- Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007;8:784-96.
- Siesling S, Visser O, Luth TK, Karim-Kos HE, Poll F, Aben KH, et al. Survival of adult cancer patients in the Netherlands increases: 5-year survival increased with 12% between 1989-1993 and 2004-2008. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3169.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland tot 2020, trends en prognoses. Oisterwijk: VDB Almedeon bv, 2011.
- Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer* 2008;112:2577-92.
- Khan NF, Watson E, Rose PW. Primary care consultation behaviours of long-term, adult survivors of cancer in the UK. *Br J Gen Pract* 2011;61:197-9.
- Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ; 2010. <http://www.LINH.nl>
- Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992;9:330-9.
- Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Claessen SJ, Echteld MA, Francke AL, Van den Block L, Donker GA, Deliens L. Important treatment aims at the end of life: a nationwide study among GPs. *Br J Gen Pract* 2011;62:121-6.
- Meeussen K, Van den Block L, Echteld MA, Boffin N, Bilsen J, Van Casteren V, et al. End-of-life care and circumstances of death in patients dying as a result of cancer in Belgium and the Netherlands: A retrospective comparative study. *J Clin Oncol* 2011;29:4327-34.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Oisterwijk: VDB Almedeon bv, 2011.