Schellevis, F. De huisarts als hoofdbehandelaar in de chronische fase. In: L. Bröker, J. Eekhof (red.). Ontwikkelingen in de oncologie: klinische relevantie voor de huisarts. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2013, p. 252-255

Postprint version : 1.0

Journal website :

Pubmed link :

DOI :

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

De huisarts als hoofdbehandelaar in de chronische fase

Francois Schellevis

Kernpunten

- Vroegdiagnostiek is bij uitstek de expertise van de huisarts, maar na de diagnose is de kankerpatiënt vaak langdurig onder behandeling van een medisch specialist.
- Voor het groeiende aantal kankerpatiënten bij wie de ziekte na de behandeling in een chronische fase belandt, verschuift de zorg langzamerhand van specialist naar huisarts. Daarbij gaat het om 'nacontrole' en 'nazorg'.
- Nacontrole omvat vooral medisch-technisch handelen: het monitoren van de korte- en
- langetermijngevolgen van de ziekte en van de behandeling.
- Nazorg is een breder begrip, dat ook betrekking heeft op begeleiding en zorg voor de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van het hebben (gehad) van kanker.

26.1 Inleiding

In 2011 deed KWF Kankerbestrijding in haar rapport Nazorg bij kanker: De rol van de eerste lijn de aanbeveling om de verantwoordelijkheid voor de zorg aan kankerpatiënten, met name in de zogeheten chronische fase na de primaire behandeling, meer bij de eerste lijn te leggen.[1] Deze aanbeveling was een uitwerking van een advies van de Gezondheidsraad uit 2007, Nacontrole in de oncologie, dat aan de huisarts een belangrijke rol toewees in de follow-up wat betreft controle op recidief, signalering enbestrijding van late effecten.[2] Deze goede voornemens om de rol van de huisarts in de nazorg voor kankerpatiënten te versterken, roepen onmiddellijk de vraag op of huisartsen in Nederland daar wel klaar voor zijn. In deze bijdrage zal ik aangeven waarom het voor de hand ligt dat huisartsen die rol inderdaad ter hand nemen, en hoe zij dat praktisch zouden kunnen aanpakken.

26.2 De huisarts en de oncologische zorg

Voor kankerpatiënten speelt de huisarts van oudsher al een belangrijke rol op het gebied van vroegdiagnostiek en in de palliatieve respectievelijk terminale fase. Breidt die rol zich uit naar de chronische fase, dan zullen de bijkomende taken, zoals nacontrole en nazorg, in een aantal opzichten nieuw zijn.

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Op het gebied van de vroegdiagnostiek is het bij uitstek de expertise van de huisarts om op basis van het klinische beeld in te schatten of een bepaalde combinatie van frequent voorkomende vroege klachten en symptomen, bij een lage a-priorikans, op een maligne aandoening kan wijzen. En om zo nodig nadere diagnostiek in te zetten en te verwijzen naar een medisch specialist.

Aan het andere eind van het spectrum doet de behoefte aan palliatieve en terminale zorg een beroep op alle huisartsgeneeskundige vaardigheden. Patiënten in de palliatieve en terminale fase verblijven graag thuis in een vertrouwde omgeving bij hun beminden; de huisarts ver- vult dan een spilfunctie. Palliatieve en terminale zorg vraagt niet alleen om medisch-technische expertise (al dan niet met ondersteuning van medisch specialisten), maar ook om psychosociale ondersteuning van de patiënt en diens naasten, om communicatie en coördinatie en soms om moeilijke beslissingen rond euthanasie. Deze uitgangspunten zijn vastgelegd in het NHG - Standpunt Palliatieve zorg.[3]

Tussen deze fasen in het ziekteproces zit de chronische fase, meestal gedefinieerd als de periode tussen de afsluiting van de initiële behandeling (ongeacht of deze in opzet curatief was) en het begin van de fase waarin overlijden op afzienbare termijn onvermijdelijk is. De chronische fase wordt gekenmerkt door een (relatieve) stabiliteit, zeker wat betreft het beloop van de maligne aandoening. Ook al dankzij de steeds succesvollere onderhoudsbehandelingen duurt de chronische fase gemiddeld steeds langer, tot soms zelfs tientallen jaren. Ook als de kanker na vijftien jaar genezen blijkt, spreken we nog van de chronische fase, want late gevolgen, ook van de behandeling, kunnen altijd nog zichtbaar worden.

Patiënten worden na een initiële behandeling vanwege kanker - zeker als die behandeling in opzet curatief was - in de regel langdurig gevolgd. In de loop van de jaren is het vanzelfsprekend- kend geworden dat medisch specialisten de verantwoordelijkheid dragen voor die follow-up, en dit is ook vastgelegd in de behandelrichtlijnen.

De follow-up na de initiële behandeling dient verschillende doelen: ten eerste begeleiding bij de gevolgen van de ziekte en de behandeling (lichamelijk, psychisch, sociaal), ten tweede vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker (recidief, metastase, nieuwe tumor) en ten derde evaluatie van de kwaliteit van het medisch handelen.2 Binnen deze zorg onder- scheidt men wel de deelgebieden 'nacontrole' en 'nazorg'. Nacontrole omvat dan vooral de medisch -technische invalshoek: monitoring van de korte- en langetermijngevolgen van de ziekte (recidief, metastasen, nieuwe tumor) en van de behandeling, of deze nu chirurgisch, chemotherapeutisch of radiologisch was. Nazorg is een breder begrip, dat ook betrekking heeft op begeleiding en zorg voor de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van het hebben (gehad) van kanker.

Deze nazorg is de huisarts niet vreemd. Voor kankerpatiënten is de medisch specialist weliswaar de hoofbehandelaar, en dat vaak gedurende vele jaren; maar patiënten met kanker bezoeken in alle fasen van hun ziekte ook met enige regelmaat hun huisarts - om verschillende redenen.[4,5] Sommigen hebben er behoefte aan hun huisarts te raadplegen als ze voor bepaalde keuzes staan in de behandeling of het beloop van de ziekte. A**nderen waren al regelmatige be**zoekers en blijven dat, omdat ze reeds langer bekend zijn met een andere (chronische) aandoening, of een acute nieuwe aandoening hebben waarvoor zij de huisarts raadplegen. Ook angst voor terugkeer van de ziekte, angst voor metastasen 'of alleen al het geconfronteerd zijn met deze levensbedreigende ziekte kan een reden zijn om de huisarts te consulteren.

Wanneer patiënten in de chronische fase belanden, is er veel voor te zeggen om de verantwoordelijkheid voor de nazorg en de nacontrole bij één medische discipline te concentreren, en dan ligt de huisarts voor de hand vanuit het adagium dat de zorg zo dicht mogelijk bij huis verleend moet worden. Het is doelmatig, want de patiënt ziet de huisarts vaak toch al met enige regelmaat, ook voor problemen die niet met kanker te maken hebben. De huisarts heeft de patiënt na de kankerbehandeling ook veel te bieden: een generalistische, ziekteoverstijgende, persoonsgerichte benadering, beschikbaarheid en bereikbaarheid, overzicht over en toegang tot een netwerk van zorgverleners in de eerste en zo nodig de tweede lijn. Er is nog een praktische reden: het groeiende aantal kankerpatiënten, die bovendien steeds langer leven, zal een zware druk gaan

leggen op de capaciteit van medisch specialisten. Wil de huisarts de verantwoordelijkheid voor nacontrole en nazorg echter daadwerkelijk kunnen overnemen, dan moet op zijn minst aan de volgende vier voorwaarden voldaan worden: [6]

- huisartsen moeten bereid en in staat zijn om deze taak op zich te nemen;
- huisartsen moeten voldoende kennis hebben over de korte- en langetermijngevolgen van kanker én over die van de behandelingen, en ze moeten ook kunnen beschikken over richtlijnen en instrumenten om de nacontroles en de nazorg adequaat uit te voeren; patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat hun huisarts net zo deskundig is als de medisch specialist;
- de medisch specialist moet bereid zijn om deze taak aan de huisarts over te dragen.

26.3 Ondersteuning van de huisarts bij nacontrole en nazorg

26.3.1 Kennis

Huisartsen staan zelf nog huiverig tegenover het uitvoeren van nacontroles en nazorg bij kankerpatiënten.6 Ze vinden dat ze onvoldoende kennis hebben over de korte- en langetermijngevolgen van kanker, bijvoorbeeld als het gaat over de metastaseringspatronen van verschillende vormen van kanker, over de kans op recidief of een nieuwe tumor. Datzelfde geldt voor de veelsoortige behandelingen: wat zijn de korte- en langetermijneffecten van chemotherapie, bestraling of chirurgie? Uit experimenten met nacontrole, onder andere van borstkankerpatiënten, is echter gebleken dat huisartsen, mits goed getraind, zeer goed in staat zijn om dat verantwoord en veilig te doen.7 Huisartsen moeten dus kunnen beschikken over instrumenten die hen het vertrouwen geven dat zij deze taak kunnen uitvoeren. Daartoe behoren gerichte nascholing (huisartsen en specialisten gezamenlijk), goede (digitale) toegankelijkheid van in- formatie zoals richtlijnen, en de bereidheid en beschikbaarheid van medisch specialisten om geraadpleegd te worden

26.3.2 Organisatie

Uit onderzoek bleek dat huisartsen patiënten die kanker (gehad) hebben niet als afzonderlijke groep beschouwen maar als 'gewone' patiënten. Huisartsen stellen zich vooral reactief op en ko- men pas in actie als de patiënt daarom vraagt; ze zien ook weinig redenen voor een proactieve benadering. Huisartsen blijken hun huisartsinformatiesysteem niet zodanig te gebruiken dat de kankerpatiënten in de chronische fase gemakkelijk als groep te identificeren zijn.

Kankerpatiënten zelf vinden dat ze te veel werk moeten verzetten om de hulp te krijgen die ze nodig hebben. Zij geven aan dat ze een proactievere opstelling van hun huisarts erg zouden waarderen, en dat ze daarbij goed begrijpen dat de huisarts niet evenveel kennis heeft als de oncologisch specialist. Maar ze verwachten wel dat de huisarts op de hoogte is van hun situatie en gericht advies kan geven, of hen helpt informatie te vinden.6

Identificatie is een eerste stap in het structureren van de nacontroles en de nazorg: om die adequaat te kunnen uitvoeren moet men de patiënten die kanker (gehad) hebben in het informatiesysteem kunnen herkennen. In deze zin is de werkwijze niet anders dan bij patiënten met andere chronische aandoeningen. De volgende stap is dan het opstellen van een individueel zorgplan, samen met de patiënt en de medisch specialist. Dat zorgplan omvat niet alleen afspraken over de periodieke medische controles en door wie deze worden uitgevoerd, maar beschrijft ook de zorg en de zorgvoorzieningen n waarop de patiënt gericht een beroep kan doen.

26.3.3 Geleidelijk opbouwen

De aanbeveling van KWF Kankerbestrijding luidt dat patiënten met kanker na de primaire behandeling in principe onder de hoede van de huisarts komen. Dit vraagt om goede afspraken tussen de eerste en de tweede lijn over taakverdeling en verantwoordelijkheden, en om adequate communicatie tussen zorgverleners onderling en met de patiënt.

Om de overgang verantwoord te laten plaatsvinden, is een proces van haalbare stappen nodig. In eerste instantie kunnen huisartsen bijvoorbeeld geleidelijk de nacontrole en nazorg overnemen voor één bepaalde groep, zoals patiënten met borstkanker in de chronische fase. Zo'n stapsgewijze overgang maakt het werk overzichtelijk: het aantal specialisten waarmee afspraken moet worden gemaakt is te overzien, de variëteit aan behandelingen (en dus ook aan korte- en langetermijngevolgen) is beperkt en de omvang van de patiëntengroep is te overzien. Een zeer belangrijk argument daarbij is, dat de geleidelijke overgang van specialist naar huisarts als hoofdbehandelaar vertrouwen schept, zowel bij de huisarts als bij de patiënt.

26.4 Conclusie

Vanzelfsprekend moet ook aan andere voorwaarden worden voldaan, wil de huisarts op een verantwoorde manier nazorg en nacontrole onder zijn hoede kunnen nemen. Te denken valt aan de ontwikkeling van generieke richtlijnen en van een zorgmodel, en aan de opleiding en scholing van praktijkondersteuners, zodat deze kunnen worden ingezet bij bijvoorbeeld het opstellen en monitoren van het individuele zorgplan. Dit alles zal ook financiële gevolgen heb- ben voor de huisartsenpraktijk.

Wetenschappelijk onderzoek op dit terrein zal moeten uitwijzen hoe nacontrole en nazorg door de huisarts het beste vorm kunnen krijgen op een manier dat optimale kwaliteit en ver- antwoorde zorg gegarandeerd zijn.

De patiënt moet daarbij niet uit het oog worden verloren: een minimaal vereiste is adequate voorlichting over de (verandering in) de verantwoordelijkheid voor de nacontroles en nazorg. Gezamenlijk overleg van de huisarts en de specialist met de patiënt kan het pad effenen voor de overdracht, en ervoor zorgen dat dit gebeurt met steun van de patiënt.

Literatuur

1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: De rol van de eerste lijn. Den Haag: KWF Kankerbestrijding, 2011. •
2. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad,2007. Publicatie nr. 2007/10 .
3. Van Rijswijk E, Hoffmans CFM, Van Leeuwen CD, Loogman MCM, Mathot AM, Schweitzer BPM, et al. NHG- Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009. www.nhg.org/themas/artikelen/nhg -stand- punt-huisarts-en-palliatieve-zorg-december-2009, geraadpleegd juni 2013.
4. Heins M, Schellevis F, Rijken M, Van der Hoek L, Korevaar J. Determinants of increased primary health care use in cancer survivors. J Clin Oncol 2012;30:4155-60.
5. Heins MJ, Korevaar JC, Rijken PM, Schellevis FG. For which health problems do cancer survivors visit their general practitioner? Eur J Cancer 2013;49:211-8.
6. 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;54:586-90.
7. Grunfeld E, Julian JA, Pond G, Maunsell E, Coyle D, Folkes A, et al. Evaluating survivorship care plans: Results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer.J Clin Oncol 2011;29:4755-62.