11

WETENSCHAP

ONDERZOEK

586 De huisarts: spil in de nazorg voor patiënten met kanker?
Els Geelen, Anja Krumeich, Hannerieke van der Boom, François Schellevis, Marjan van den Akker

592 Vertraging in de diagnose en behandeling van colorectale kanker
Afke van Hout, Frans Rutten, Petra Peeters, Niek de Wit

598 Zorg aan borstkankerpatiënten tijdens de behandeling
Carriene Roorda, Truuske de Bock, Willem Jan van der Veen, Annemarie Lindeman, Liesbeth Jansen, Klaas van der Meer

602 De voor- en nadelen van ontkenning bij longkanker
Tineke Vos, Hein Putter, Hans van Houwelingen, Hanneke de Haes

BESCHOUWING

608 Voeding bij kanker
Sandra Beijer, Jaap van Binsbergen

COMMENTAAR

612 Prominente rol huisarts in de oncologische nazorg
François Schellevis

KLINISCHE PRAKTIJK

NASCHOLING

614 Communiceren met palliatieve patiënten
Willemjan Slort, Peter Pype, Myriam Deveugele

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

619 Huisarts: ook voor patiënten met kanker
François Schellevis, Lea Jabaaij

SPREEKUUR!

626 Postmenopauzaal bloedverlies
Janny Dekker, Annette Berendsen

627 Vergrote lymfeklier
Olga Lackamp

CATS

628 Methylnaltrexon en obstipatie
Majid Baraya, Arie Knuistingh Neven

PEARLS

629 Screening darmkanker verlaagt mortaliteit
Wilma Spinnewijn

583 JOURNAAL
607, 618 COLUMNS
620 INTERVIEW
622 SIGNAAL
625 KENNISTOETS
624, 630 BOEKBESPREKING
631 INGEZONDEN

41 HET NHG

En als het kanker is

Huisartsen hebben veel met kanker te maken. We vragen diagnostiek aan en in ons achterhoofd speelt een maligniteit mee, we hebben verschillende 'actuele' patiënten die een behandeling ondergaan en begeleiden geregeld een terminaal ziekbed thuis. Kanker komt door de toenemende vergrijzing ook steeds vaker voor. Het KWF heeft recent becijferd dat de incidentie van kanker in 2020 met 40% zal zijn toegenomen. In dit themanummer belichten we huisartsgeneeskundige aspecten van verschillende fasen van kanker.

Diagnostiek

Een maligniteit wil je niet missen. Of een vroege diagnose door actieve screening positief effect heeft op de overlevingskansen, is een onderwerp van veel discussie. De sterfte aan *borstkanker* is de afgelopen decennia sterk gedaald, maar een internationale analyse laat zien dat dit niet direct is toe te schrijven aan de ingevoerde borstkankerscreening (zie Journaal). Voor *darmkanker* is becijferd dat screening kosteneffectief is en deze wordt in 2013 ingevoerd. Van Hout et al. laten zien dat huisartsen het bij de diagnostiek van darmkanker niet slecht doen. Zij verwezen gemiddeld twee weken na het eerste contact, maar waren minder snel bij patiënten met psychiatrische comorbiditeit. Relatief veel tijd zit in de routing in de tweede lijn en sommige patiënten met alarmsymptomen blijken relatief laat naar de huisarts te gaan. Voorlichting, alertheid en de ontwikkeling van een efficiënte 'colon-poli' kunnen hier winst opleveren.

Begeleiding

Als de diagnose rond is, vindt behandeling plaats in de tweede lijn maar de rol van de huisarts is dan niet uitgespeeld. Patiënten stellen het zeer op prijs als we een vinger aan de pols houden, zo benadrukt ook Anemone Bögels, directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen. Als genezing niet mogelijk blijkt, schept een proactief contact een goede basis voor de latere begeleiding. Dat is echter moeilijk als patiënten hun ziekte of de ernst ervan lijken te ontkennen. Moet je patiënten dan 'met de neus op de feiten drukken? Natuurlijk moet een patiënt weten waar hij aan toe is, dat zijn we als arts ook verplicht om te vertellen. Ontkenning blijkt echter ook een gunstig copingsmechanisme. De Vos et al. laten zien dat longkankerpatiënten die hun ziekte in meer of mindere mate ontkennen, minder angstig en somber zijn en een betere kwaliteit van leven houden. Patiënt en naasten zitten hierin niet altijd op dezelfde golflengte. Hier ligt bij uitstek een taak voor huisartsen om dit spanningsveld te signaleren en bespreekbaar te maken.

Nazorg

Steeds meer patiënten genezen. En dan? Geelen et al. laten zien dat huisartsen snel overgaan tot de orde van de dag. De draad weer oppakken is echter niet zo eenvoudig en patiënten missen in deze fase soms een telefoontje van hun huisarts. We kunnen meer, zo betoogt François Schellevis: de nazorg kan heel goed in de eerste lijn worden georganiseerd. De Gezondheidsraad en ook het KWF pleiten voor een prominente rol van de huisarts in de nazorg aan patiënten met kanker. Dit betekent een tijdsinvestering en een goede samenwerking met de tweede lijn is hiervoor uiteraard een randvoorwaarde. Ook financieel moet dit worden afgedekt. De belangrijkste vraag is echter: gaan we deze uitdaging aan?

Linda Bröker

Kankerspoken bestaan niet?

Kinderen wiens ouders kanker hebben, blijven vaak met vragen en twijfels zitten ondanks alle inspanningen om hen goed op te vangen. Vaak springen familieleden en vrienden in bij het opvangen van deze kinderen, maar er is nu ook een speciale website voor deze doelgroep: www.kankerspoken.nl.

De website kent een onderverdeling in drie leeftijdsgroepen (<9, 9-13 en >13 jaar) waarop de aangeboden informatie is aangepast. Aan de orde komt wat kanker is, wat al die onderzoeken en behandelingen precies inhouden en nog veel meer kwesties waarmee kinderen kunnen zitten. Er is een prikbord waarop kinderen tekeningen kunnen publiceren, kinderen kunnen communiceren met lotgenoten, er is een boekenlijst en er zijn tips. Ook kent de website een gedeelte voor ouders, familieleden, hulpverleners en leerkrachten, waar tips staan hoe je om kunt gaan met een kind die gehoord heeft dat zijn vader of moeder kanker heeft.

Deze onafhankelijke website is een initiatief van de Stichting Verdriet door je hoofd. Doelstelling is mensen die geconfronteerd worden met kanker te informeren, zodat zij beter met de situatie om kunnen gaan. De stichting richt zich met name op kinderen en ouders. Een mooi initiatief. Flyers zijn te bestellen via kankerspoken@gmail.com. ■

Just Eekhof

(www.kankerspoken.nl)

Vaccineren tegen baarmoederhalskanker helpt

De Australische vaccinatiecampagne om vrouwen tussen 12 en 26 jaar het vaccin Gardasil® te geven, leidt tot een afname van de ernstigere voorstadia van baarmoederhalskanker onder meisjes jonger dan 18 jaar. Al binnen 3 jaar na de start van de campagne komt dit resultaat naar boven.

Bij 78% van de patiënten met (voorstadia van) baarmoederhalskanker is sprake van een persisterende HPV-infectie van het type 16 en 18, bij 50% van een hooggradige vorm en bij 25% van een laaggradige vorm. Om een HPV-besmetting te voorkomen en daarmee de incidentie van baarmoederhalskanker te verminderen, wordt in 28 landen een HPV-vaccin aangeboden in een nationaal vaccinatieprogramma, sinds kort ook in Nederland.

In een Australisch onderzoek werden tussen 2007 en 2009 alle vrouwen tussen de 12 en 26 jaar gevaccineerd tegen het type 16 en 18 HPV. Binnen drie jaar na de vaccinatie nam de incidentie van hooggradige baarmoederhalspathologie (CIN 2 of ernstiger) af met 0,38% (95%-BI 0,16-0,61) bij meisjes jonger dan 18 jaar. Bij dit leeftijdscohort is ook het snelst effect te verwachten, omdat het vaccin het effectiefste is indien toegediend voordat men seksueel actief wordt. Het vaccin beschermt immers tegen het seksueel overdragen van het HPV-virus en heeft geen effect bij een al bestaande infectie. Deze afname was significant groter dan de lineaire trend in afname van de incidentie vóór het vaccinatieprogramma.

Het is voor het eerst dat in een onderzoek het effect van een landelijke vaccinatiecampagne tegen baarmoederhalskanker is aangetoond. In de andere leeftijdsgroepen en voor de laaggradige voorstadia van baarmoederhalskanker werd na drie jaar (nog) geen significante afname gezien. Aanvullend onderzoek is nodig om onomstotelijk vast te stellen dat dit effect uitsluitend aan vaccinatie is toe te schrijven. ■

Doreth Teunissen

Brotherton JML, et al. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. The Lancet 2011;377:2085-92.

Kijk op sterven

Elk sterfbed is anders. De ziekte en symptomen verschillen uiteraard, maar vooral de manier waarop mensen met hun sterven omgaan, maakt elk sterfbed uniek. Toch zijn in het omgaan met naderend sterven wel patronen herkenbaar. Als de professional zich hiervan bewust is, kan hij de terminale patiënt beter begeleiden.

De dvd *Kijk op sterven* is bedoeld om kennis te maken met de verschillende 'sterfstijlen' die mensen kunnen hebben. De dvd is een uitgave van de Stichting STEM, een stichting die het praten en denken over sterven wil stimuleren en wil bevorderen dat mensen sterven in de omgeving die ze zelf kiezen. Die omgeving is voor de meeste mensen thuis. STEM heeft onderzoek laten doen naar de verschillende sterfstijlen van patiënten en komt op basis hiervan tot de beschrijving van vijf stijlen: de onbevangenen, de vertrouwenden, de rationelen, de socialen en de proactieven. De website http://www.stichtingstem.info geeft meer informatie over de stichting en geeft een overzicht van de verschillende sterfstijlen. De dvd toont eerst een korte presentatie van deze vijf stijlen. Vervolgens zien we het slechtnieuwsgesprek met deze patiënten en volgen er een aantal lastige situaties voor arts en verpleegkundige. De onbevangen patiënt eist bijvoorbeeld een euthanasie van de dokter en de sociale patiënt durft niet naar huis als de oncoloog is uitbehandeld. De trainer geeft vervolgens een aantal tips hoe de professional om kan gaan met de verschillende stijlen van die patiënten.

De fragmenten doen soms wat karikaturaal aan, en de moraal van het verhaal zal ons huisartsen niet onbekend voorkomen: goed luisteren naar je patiënt, de vragen van de patiënt verhelderen en vooral ook wat 'judoën'. De presentatie van de vijf sterfstijlen kan bij scholingen zeker een handvat bieden om zorgverleners gerichter te leren kijken en luisteren naar patiënten die gaan sterven. ■

Theo Schrijver

Donkers L, et al. Kijk op sterven; inzicht in vijf sterfstijlen van patiënten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.

Het hoofd koel houden

Foto: A. Valster

Haaruitval is waarschijnlijk de meest confronterende en stigmatiserende bijwerking van chemotherapie. Hoofdhuidkoeling bij de toediening van chemotherapie kan kaalheid voorkomen doordat de haarwortels door de lagere temperatuur beschermd worden. Hoofdhuidkoeling is echter niet overal beschikbaar, en werkt ook niet altijd. Er is weinig bekend over effect van hoofdhuidkoeling op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten.

Van den Hurk et al. onderzochten wat het effect was van hoofdhuidkoeling op het welbevinden van borstkankerpatiënten die met chemotherapie behandeld werden. Hiertoe vergeleken zij 98 patiënten die hoofdhuidkoeling kregen met 168 patiënten die behandeld werden in een ziekenhuis waar dit niet beschikbaar was. Hoofdhuidkoeling voorkwam haaruitval bij iets meer dan de helft van de patiënten, terwijl alle patiënten zonder deze methode kaal werden. Patiënten bij wie de koeling succesvol was, hadden een iets betere kwaliteit van leven dan patiënten die deze behandeling niet kregen. Het omgekeerde was echter het geval bij patiënten die ondanks hoofdhuidkoeling toch kaal werden. Door de bank genomen had koeling geen significant effect op de kwaliteit van leven. Dit onderzoek laat zien dat hoofdhuidkoeling een positief effect kan hebben op het welbevinden van kankerpatiënten, maar ook juist extra klachten met zich mee kan brengen als het haar toch uitvalt. En dit laatste gebeurt nogal eens. Goed om in het achterhoofd te houden bij de begeleiding van kankerpatiënten. ■

Linda Bröker

Van de Hurk CJG, et al. Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. Psycho-oncology 2010;19:701-9. www.geefhaareenkans.nl geeft een overzicht van ziekenhuizen die hoofdhuidkoeling toepassen.

Communiceren tussen hoop en realisme

Een psychologe bij het NIVEL onderzocht met behulp van focusgroepen wat vrouwen met borstkanker zouden willen horen als een curatieve behandeling niet meer mogelijk is, en hoe het slechte nieuws gebracht moet worden.

De psychologe richtte zich daarbij op de medisch oncoloog en in het onderzoek werden curatief behandelde patiënten en gezonde vrouwen gebruikt. Uit eerder onderzoek zou gebleken zijn dat hun antwoorden redelijk goed overeenkwamen met die van patiënten die niet meer curatief behandeld konden worden.

Eerlijke medische informatie, zoveel mogelijk toegesneden op wat de patiënt aangeeft te willen weten, is een van de belangrijkste items die uit het onderzoek naar voren komen. Tijd om het al in het slechtnieuwsgesprek te laten bezinken en beschikbaarheid van continue steun zijn andere belangrijke bevindingen. 'Hoop heeft vele gezichten' is een belangrijke quote. Het gaat daarbij niet om genezing alleen; levensverlenging, behandelingen gericht op kwaliteit van leven en hoop op goede palliatieve zorg kunnen ook belangrijk zijn in dit gesprek. 'Er is geen hoop meer' wordt als een klap in het gezicht ervaren.

Hoewel het onderzoek zich richt op het slechtnieuwsgesprek zoals dat door de medisch oncoloog in de tweede lijn gevoerd wordt, zijn deze uitkomsten ook voor ons huisartsen van belang. Vaak volgen op het gesprek met de oncoloog immers nog een of meer gesprekken met de huisarts. Op het komende NHG-Congres besteden we ook aandacht aan het communiceren tussen hoop en realisme in een sessie met dezelfde titel. ■

Eric van Rijswijk

Van Vliet L, et al. When cure is no option: How explicit and hopeful can information be given? A qualitative study in breast cancer. Patient Educ Couns 2011 May 7. [Epub ahead of print]

Borstkankerscreening bij de buren

Borstkankerscreening in verschillende Europese landen heeft niet gezorgd voor dalende sterfte aan borstkanker. Dit beweert een internationale onderzoeksgroep die naburige landen met elkaar vergeleek in een artikel in het British Medical Journal.

In Nederland is de borstkankerbus een bekend verschijnsel. In 1989 werd een nationaal screeningsprogramma ingevoerd en sinds 1997 draait het programma op volle toeren met een gemiddelde deelname van 70-79%. Toch heerst er internationaal discussie over het aandeel van screeningsprogramma's aan de sterftereductie bij kanker. Want naast de optimalisatie van screening worden ook de behandelmethodes steeds beter.

In een retrospectief onderzoek vergeleken onderzoekers 3 paren van buurlanden die vroeg (rond 1990) of pas 10 tot 15 jaar later landelijke borstkankerscreening invoerden: Zweden versus Noorwegen, Noord-Ierland versus Ierland en Nederland versus België (Vlaanderen). Deze landen verschilden niet in sociaaleconomische status, toegang tot zorg of de kwaliteit daarvan. In de periode 1989 tot 2006 daalde de mortaliteit van borstkanker met 24% in Zweden versus 16% in Noorwegen, 30% in Noord-Ierland versus 27% in Ierland, en 25% in zowel Nederland als Vlaanderen. De trends in de sterftecijfers verschilden dus nauwelijks in de landen waarin vroeg werd gescreend of de landen waarin dit pas veel later landelijk gebeurde. Want in de landen zonder landelijk screeningsprogramma in de jaren '90 zette de daling in sterfte ook toen al in. Men zou verwachten dat screening de incidentie van gevorderde vormen van borstkanker zou verminderen. Echter, dezelfde auteurs tonen in een ander onderzoek aan dat deze incidentie in ons land relatief stabiel is gebleven over de jaren. Opvallend is wel dat de grootste sterftedaling werd gevonden in de groep vrouwen van 45 tot 50 jaar in alle landen behalve Nederland. In ons land werd juist een grote sterftereductie gezien in de groep vrouwen boven de 70 jaar. De onderzoekers wijten de dalende sterftecijfers hoofdzakelijk aan verbeterde behandelmethodes, efficiëntere gezondheidszorg en noemen het effect van screening op de daling van borstkankersterfte marginaal. Aan welke kant van de schutting het gras nu groener is, blijft onbeantwoord in dit burenonderzoek. ■

Jochen Cals

Autier P, et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. BMJ 2011;343:d4411.
Autier P, et al. Advanced breast cancer incidence following population-based mammographic screening. Ann Oncol 2011;22:1726-35.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Els Geelen, Anja Krumeich, Hannerieke van der Boom, François Schellevis, Marjan van den Akker

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 focusgroepdiscussie.

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 eerstelijnshulpverleners.

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 afwachtende 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 werkhervatting 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.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

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 vervolgafspraken. 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; zoiets. Nou ja dat is natuurlijk zo vaag 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. Enkelen 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 relativeren 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 nazorg 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 Signaleringcommissie 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, Holtedahl 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.

Vacature H&W

Junior redactielid gevraagd

Ons huidige junior redactielid zal zijn huisartsopleiding eind 2011 afronden en de redactiecommissie dan verlaten. Daarom zijn wij op zoek naar een nieuw junior redactielid. Wij zoeken een enthousiaste arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker (aiotho), in het eerste jaar van de opleiding, die het leuk vindt om te (leren) schrijven. We denken daarbij aan aanstormend talent dat zich niet voor vijf jaar wil vastleggen, maar wel ervaring wil opdoen met het beoordelen van manuscripten en het maken van een wetenschappelijk tijdschrift. De voorzitter van de redactiecommissie zal hem of haar intensief begeleiden.

Taken redactieleden

- Redactieleden beoordelen binnengekomen manuscripten en bespreken deze in de maandelijkse vergadering (derde donderdag van de maand van 16.00 uur – 19.00 uur).
- Redactieleden begeleiden auteurs bij het herschrijven van manuscripten.
- Redactieleden schrijven geregeld journaalstukjes en ten minste één commentaar per jaar.
- Redactieleden werven auteurs voor de rubrieken Spreekuur en Import.
- Redactieleden leveren met nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijke tijdschrift.

Eisen

- Zin in en ervaring met schrijven en een kritische geest zijn de belangrijkste vereisten.
- Ervaring met het beoordelen van wetenschappelijke literatuur en (zo mogelijk) ervaring met publiceren is gewenst.
- Enthousiasme en bereidheid om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.

Procedure

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur en één à twee redactieleden. Het junior redactielid verbindt zich voor twee jaar en wordt niet officieel benoemd.
Verdere informatie kunt u krijgen bij Just Eekhof, hoofdredacteur H&W (telefoon 030-2823551 maandag en donderdag of per e-mail j.eekhof@nhg.org).
Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae – indien van toepassing met een lijst van uw belangrijkste publicaties – kunt u voor 1 december 2011 sturen aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail redactie@nhg.org. ■

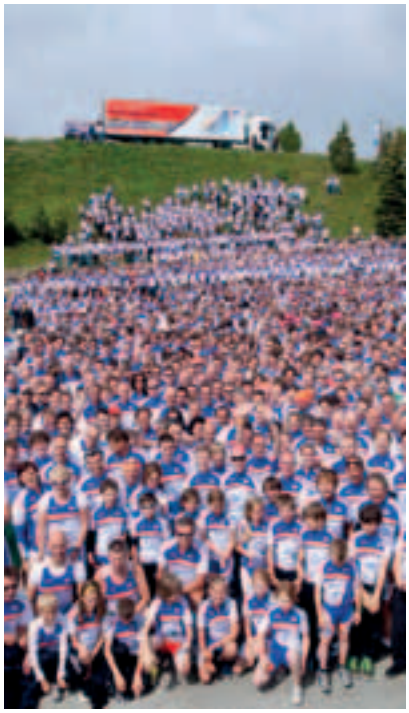


Foto: Jannemieke Termeer/Sander Heezem

Alpe d'HuZes: opgeven is geen optie

De Stichting Alpe d'HuZes zet zich in voor de strijd tegen kanker. Daartoe organiseert de stichting een jaarlijkse actie waarbij fietsers, alleen of in een team, geld bijeen fietsen voor de overwinning op kanker. Op één dag wordt de legendarische Alpe d'Huez tot zes keer toe beklommen.

Op 7 juni 2012 vindt de zevende editie van Alpe d'HuZes plaats, met als doel wederom zoveel mogelijk geld op te halen. Sinds het begin van dit evenement (2006) is in totaal zo'n 48 miljoen euro opgehaald. Een enorm bedrag dat in samenspraak met KWF Kankerbestrijding onder zeer strenge criteria wordt besteed.

De organisatie kent een 'antistrijkstokbeleid' waardoor het ingezamelde geld voor 100% aan onderzoek wordt besteed. Alpe d'HuZes maakt geen kosten, betaalt geen eigen medewerkers en betaalt niet voor diensten. De stichting financiert de leerstoelen 'Leven met kanker' en 'Kanker en voeding', beide aan de VU Amsterdam.

Lees meer over Alpe d'HuZes via www.opgevenisgeenoptie.nl.

Volg @alpedhuzes op Twitter en lees reacties via #ad6 of via Facebook. ■

Afke van Hout, Frans Rutten, Petra Peeters, Niek de Wit

ONDERZOEK

Vertraging in de diagnose en behandeling van colorectale kanker

Samenvatting

Van Hout AMGH, Rutten FH, Peeters PHM, De Wit NJ: Vertraging in de diagnose en behandeling van colorectale kanker. Huisarts Wet 2011;54(11):592-7.

Inleiding Vroegtijdige opsporing en behandeling van colorectale kanker is van groot belang. Vertraging kan de prognose immers verslechteren. In een retrospectief observationeel onderzoek onderzochten wij hoe vaak er vertraging optreedt in het consulteren van de huisarts en in de diagnostiek, en welke determinanten daarbij een rol spelen.

Methode Het onderzoek vond plaats in het Huisartsen Netwerk Utrecht en betrof 197 patiënten met colorectale kanker. De tijd tussen de eerste symptomen en het begin van de behandeling is onderverdeeld in vier perioden. Met een multivariabele logistische regressieanalyse bepaalden we de determinanten van vertraging.

Resultaten De mediane duur van de eerste symptomen tot het begin van de behandeling was 138 dagen. De mediane tijd tot het eerste contact met de huisarts, verwijzing naar specialist, histologische diagnose en het begin van de behandeling waren respectievelijk 30, 14, 27 en 18 dagen. Rectaal bloedverlies en gewichtsverlies waren significant gerelateerd aan uitstel van contact met de huisarts, en psychiatrische comorbiditeit aan een vertraagde verwijzing door de huisarts. Voor vertraging in de tweede lijn vonden we geen determinanten. Er was geen relatie tussen vertraging en metastasering.

Conclusie Er is aanzienlijke vertraging in het zorgtraject bij colorectale kanker, vooral in de tijd tussen de eerste symptomen en het huisartsbezoek, en in het traject in de tweede lijn. Educatie van het algemene publiek over het belang van alarmsymptomen en een efficiënter diagnostisch proces in het ziekenhuis zijn kernpunten om de zorg rond colorectale kanker te verbeteren.

INLEIDING

Colorectale kanker (CRC) staat op de derde plek van meest voorkomende maligniteiten in de westerse wereld.[1,2] In Nederland gaat het om 14% van alle maligniteiten, met een jaarlijkse incidentie van 6 per 10.000 personen.[3,4] De behandeling van CRC is door de jaren heen verbeterd: de vijfjaarsoverleving is naar schatting 50-60%.[4] De prognose is grotendeels afhankelijk van het ziektestadium bij de aanvang van de behandeling.[5-8]

Eerdere onderzoeken toonden niet aan dat uitstel van het contact met de huisarts en vertraging in het stellen van de diagnose leiden tot een slechtere prognose.[9-11] Toch worden vroege herkenning en een snelle diagnose en behandeling van groot belang beschouwd voor de prognose.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns gezondheidszorg, UMC Utrecht, Stratenum 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: A.M.G.H. van Hout, huisarts in opleiding; dr. F.H. Rutten PhD, senior onderzoeker; prof.dr. P.H.M. Peeters PhD, hoogleraar Epidemiologie, prof. dr. N.J. de Wit PhD, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: N.J.deWit@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van Hout AMGH, Rutten FH, Peeters PHM, De Wit NJ. Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis and treatment of colorectal cancer. Eur J Gastroenterol Hepatol 2011 sep 21 [epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Uit een systematisch literatuuronderzoek van Mitchell et al. bleek dat de volgende determinanten bijdragen aan uitstel van het consult: jongere leeftijd, alarmsymptomen zoals rectaal bloedverlies en gewichtsverlies, psychiatrische comorbiditeit en een beperkt sociaal netwerk.[12] Onvoldoende endoscopische en chirurgische capaciteit is de belangrijkste vertragende factor in het tweedelijnstraject.[13]

Wij hebben gekeken hoeveel vertraging het zorgproces oploopt tussen de eerste ziekteverschijnselen en het consult bij de huisarts, diagnosestelling en de aanvang van de behandeling van patiënten met colorectale kanker in Nederland, en waardoor die vertraging werd veroorzaakt. Het onderzoek is gebaseerd op longitudinale gegevens van een huisartsen registratienetwerk.

MATERIAAL EN METHODEN

Wij voerden een retrospectieve analyse uit in het Huisartsen Netwerk Utrecht (HNU), een academisch netwerk van 23 huisartsenpraktijken met systematisch gecodeerde consultgegevens vanaf 1995 van ongeveer 60.000 patiënten. In het systeem zijn onder andere diagnoses (ICPC-gecodeerd), medicatie (ATC) en verwijzingen opgenomen.[15] De HNU-populatie is representatief voor de Nederlandse bevolking.[15]

We selecteerden alle patiënten met de ICPC-code 'D75' (colorectale kanker) tussen 1 januari 1997 en 31 december 2007, een histologisch vastgesteld adenocarcinoom van het colon of rectum, en ten minste één initieel huisartsconsult voordat de diagnose werd gesteld.

Gegevensverzameling

Uit de elektronische medische dossiers verzamelde onderzoeker AvH handmatig een aantal gegevens van alle geïncludeerde patiënten: demografische kenmerken, patiënt- en

Wat is bekend?

- De prognose van colorectale kanker (CRC) is grotendeels afhankelijk van het ziektestadium bij de aanvang van de behandeling.
- Sommige patiënten met CRC consulteren de huisarts relatief laat.
- Bij een deel van de patiënten wordt de diagnose pas in een laat stadium gesteld.

Wat is nieuw?

- Uitstel van contact met de huisarts en vertraging in de histologische bevestiging van de diagnose lijken de belangrijkste redenen van een laat begin van de behandeling.
- Huisartsen verwijzen het grootste deel van de patiënten met CRC binnen twee weken na het consult voor nader onderzoek.
- Psychiatrische comorbiditeit lijkt de belangrijkste oorzaak van uitstel van de diagnose door de huisarts.

Foto: Maarten Hartman/Hollandse Hoogte

ziektekenmerken (TMN-classificatie) en gegevens over de duur van het diagnose- en behandelingstraject.

Periodes

De tijd tussen de eerste symptomen van CRC en het begin van de behandeling verdeelden we in vier periodes:

- (T1) de tijd tussen de eerste symptomen en het consult bij de huisarts;
- (T2) de tijd tussen het eerste consult en de verwijzing naar specialist of endoscopie;
- (T3) de tijd tussen de verwijzing en de histologische diagnose;
- (T4) de tijd tussen de diagnose en het begin van de behandeling.

Bij 26% van de patiënten was geen precieze duur van klachten/symptomen geregistreerd. In deze situaties hebben we de duur geschat op grond van de beschrijving in het HIS, met de volgende interpretatie: acuut (ontstaan op de dag van huisartscontact); subacuut (drie dagen); enkele dagen (één week); enkele weken (één maand); en enkele maanden (drie maanden). Ook bij een missende datum voor endoscopie, histologische diagnose of aanvang van de behandeling hebben we een inschatting gemaakt.

Statistische analyse

Voor alle periodes berekenden we de gemiddelde duur, de mediaan en de interkwartielafstand in dagen. Om determinanten van vertraging te kunnen identificeren, definieerden we de afkapwaarden voor vertraging aan de hand van het vierde kwartiel van de verdeling (in geval van T1 en T2) of van referenties uit de literatuur (voor T3 en T4).[13-15] Dat leidde tot de volgende afkapwaarden: 90 dagen (T1), 60 dagen (T2), 14 dagen (T3) en 14 dagen (T4).

We voerden eerst univariate analyses uit voor alle determinanten, en berekenden odds ratio's (OR) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI). Vervolgens voerden we een multivariate analyse uit met:

- alle determinanten met p-waarde < 0,20 in de univariate analyse, en
- alle determinanten die eerder aan vertraging zijn gerelateerd.

Voor de statistische analyses gebruikten we SPSS versie 16,0 (SPSS Inc, Chicago, USA).

RESULTATEN

In totaal werden 329 patiënten met colorectale kanker geïdentificeerd, van wie 222 voldeden aan de inclusiecriteria. Bij 197 patiënten (88%) startte de huisarts het diagnostische traject, 25 patiënten (12%) werden binnen de tweede lijn verwezen voor colonoscopie. [**Tabel 1**] vermeldt de patiënt- en ziektekenmerken van de patiënten die door de huisarts zijn gediagnosticeerd.

Periode tussen het begin van symptomen en de behandeling

In ons onderzoek vonden we de volgende mediane periodes:

- Tussen de eerste symptomen en het begin van de behandeling (T 1-4): 138 dagen (IQR 80-209 dagen).

Tabel 1 Patiënt- en ziektekenmerken

			Stadium I		Stadium II		Stadium III		Stadium IV	
	Patiënten	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Patiënt- en ziektekenmerken										
Onderzoekspopulatie	197		5	2,5	72	36,5	60	30,5	47	23,9
Sekse										
■ man	99	50,3	3	60	35	50	30	50	25	53,2
Leeftijd (jaren)										
■ gemiddelde (SD)	68,73 (12,07)		69,82 (13,62)		70,73 (9,66)		68,02 (12,79)		64,75 (13,73)	
■ mediaan	70,35									
■ bereik	34,96-92,64									
Comorbiteit										
■ GI	42	21,3								
■ chronisch	86	43,7								
■ psychiatrisch*	11	5,6								
Thuissituatie										
■ alleenwonend	73	37,1								
*Consultatiefrequentie**										
■ > 6	96	48,7								
*Grote levensgebeurtenis**										
■ ja	20	10,2								
Lokalisatie tumor										
■ proximale colon helft	60	30,5								
■ distale colon helft	59	30,0								
■ rectum	69	35,5								
■ meerdere lokaties	6	3,0								
Overlevingsstatus										
■ overleden	102	51,8	1	20	22	30,6	34	56,7	40	85,1
■ overleden t.g.v. CRC	82	41,6	0	0,0	11	15,3	30	50,0	39	83,0
Follow-up (maanden)										
■ gemiddelde (SD)	36,46 (31,70)		64,40 (36,00)		50,23 (33,13)		37,85 (27,43)		14,22 (15,16)	
■ mediaan	32,00									
■ bereik	0-140									

- Tussen de eerste klachten en het contact met de huisarts (T1): 31 dagen (IQR 7-91 dagen).
- Tussen het eerste contact en de verwijzing door de huisarts (T2): 14 dagen (IQR 0-61 dagen).
- Tussen de verwijzing en de histologische diagnose (T3): 27 dagen (IQR 11-47 dagen).
- Tussen de bevestiging van de diagnose en het begin van de behandeling (T4): 18 dagen (IQR 0-32,5 dagen).

Vertraging en ziektestadium

De mediane duur van de periodes T1, T2, T3, T4 en T 1-4 voor gelokaliseerde ziekte was respectievelijk 31, 14, 27, 18 en 138 dagen. Deze perioden waren vergelijkbaar voor patiënten met en zonder metastasen. Patiënten met een vertraagde diagnose hadden even vaak metastasen als patiënten zonder vertraging (52% versus 55%).

Determinanten van vertraging

In de multivariate analyse bleken alleen rectaal bloedverlies en gewichtsverlies significante determinanten van uitgestelde consultatie (T1) (OR 2,5; 95%-BI 1,2-5,3 en OR 7,7; 95%-BI 2,5-23,4) [**tabel 2**]. Patiënten met buikpijn hadden significant minder kans op uitstel in consultatie.

Alleen psychiatrische comorbiditeit was significant gerelateerd aan een vertraging in de diagnose door de huisarts (T2): patiënten bij wie een psychiatrische stoornis was gediagnosticeerd in de 2 jaar voorafgaand aan de huidige gastro-intestinale klachten, hadden een 4 keer verhoogd risico om pas na 60 dagen naar een MDL-arts te worden verwezen (OR 4; 95%-BI 1,1-13,9).

Bij patiënten onder de 50 jaar zagen we vaker een vertraagde histologische diagnose (T3), maar de patiëntaantallen waren hier klein. Patiënten met buikpijn en veel contacten met de huisarts hadden significant minder kans op een vertraagde histologische diagnose.

Voor T4 vonden we geen significante determinant die het begin van de behandeling vertraagde. Wel bleek buikpijn samen te hangen met een lager risico op vertraging in behandeling.

BESCHOUWING

Het merendeel (88%) van de patiënten met CRC wordt gediagnosticeerd via de huisarts.

De mediane tijd tussen de eerste symptomen en het begin van de behandeling is meer dan 4 maanden. De mediane tijd tot eerste contact met de huisarts, verwijzing, bevestiging van de diagnose en begin van de behandeling bleek respectievelijk 31, 14, 27 en 18 dagen.

Tabel 1 Patiënt- en ziektekenmerken (vervolg)

			Stadium I		Stadium II		Stadium III		Stadium IV	
	Patiënten	%	n	%	n	%	n	%	n	%
II. Reden van consultatie										
Alarmsymptomen										
■ veranderde stoelgang	93	47,2								
■ rectaal bloedverlies	57	28,9								
■ gewichtsverlies	18	9,1								
■ tumor palpabel	5	2,5								
Andere symptomen										
■ (onder)buikpijn	76	38,6								
■ dyspepsie	31	15,7								
■ andere GI-symptomen	53	26,9								
■ geen GI-symptomen	33	16,8								
Andere reden										
■ GI-reden	2	1,0								
■ geen GI-reden	8	4,1								
III. Ziektepresentatie										
Geen klachten	11	5,6								
Alarmsymptomen	134	68,0	4	80	48	66,7	45	75,0	30	63,8
Acute presentatie										
■ bij eerste presentatie	5	2,5								
■ bij verwijzing	21	10,7								
Gemetastaseerde ziekte	3	1,5								
IV. Beleid huisarts										
Buikonderzoek										
■ verricht	163	82,7	4	80	59	81,9	51	85,0	37	78,7
■ afwijkingen bij LO	65	39,9	0	0	26	36,1	19	31,7	15	31,9
Rectaal toucher										
■ verricht	96	48,7	3	60	32	44,4	29	48,3	23	48,9
■ afwijkingen bij RT	35	35,7	2	40	13	18,1	7	11,7	8	17,0

Patiënt- en ziektekenmerken van de 197 patiënten die via hun huisarts met CRC zijn gediagnosticeerd.
GI = gastro-intestinale, RVC = reden van consultatie (van de huisarts), LO = lichamelijk onderzoek, RT = rectaal toucher.
* In de 2 jaar voorafgaand aan de diagnose CRC.
Ziektestadium (indeling volgens AJCC): stadium I (alleen mucosa) II (beperkt tot darmwand), III (met regionale klieren) IV (metastasen).
I. Patiënt en ziektekenmerken. GI-comorbiditeit: PBS, obstipatie, hemorroïden, GI poliepen en IBD. Psychiatrische comorbiditeit: depressie en angst. Chronische comorbiditeit: hypertensie, hartfalen, diabetes mellitus en COPD. Ziektestadium en locatie misten respectievelijk bij 13 (6,6%) en 3 (1,5%) patiënten. Follow-up miste bij 8 (4,1%) patiënten; 6 in stadium II, 1 in stadium III en 1 in stadium IV van CRC.
II. Reden van (huisarts)consultatie. Andere GI-symptomen: onder andere slijmerige ontlasting, flatulentie, valse aandrang voor ontlasting en tenesmi. Geen GI-symptomen: onder andere moeheid, zwakte, bleek zien, duizeligheid, koorts, dyspneu, klachten van DVT. Andere reden (GI): onder andere een familielid met CRC, tumor of anemie vastgesteld door andere dokter. Andere reden: onder andere een verontruste partner of familielid. NB Er konden per patiënt meerdere redenen zijn.
III. Ziektepresentatie. Acute presentatie: acute buik veroorzaakt door appendicitis, obstructie of perforatie, en GI-bloedingen.
IV. Beleid huisarts. Afwijkingen bij LO waren: pathologische weerstand palpabel, tumor palpabel, geprikkelde buik (wijzend op acute buik). Afwijkingen bij RT waren: onregelmatigheden bij palpatie, tumor palpabel, bloed aan de handschoen. Differentiaal diagnoses van de HA: diagnoses anders dan CRC na lichamelijk onderzoek. Uiteindelijk was er een verdenking op CRC bij 152 (77,2%) patiënten.

Onze hypothese was dat vertraging door de patiënt en de huisarts zou leiden tot diagnostisering in een verder gevorderd stadium. Dit konden we echter niet bevestigen; de duur van de diagnosestelling en de behandeling van patiënten met niet-uitgezaaide CRC bleek vergelijkbaar met die van patiënten met metastasen. Dit resultaat komt overeen met eerdere onderzoeken.[9-11] Leidt snellere opsporing dan niet tot betere overleving bij een deel van de patiënten? Dat kunnen we niet concluderen. Tumoren ontwikkelen zich nu eenmaal in de tijd. Een review door Ramos et al. in 2008 toonde wel een verband aan tussen diagnostische vertraging en het ziektestadium bij rectale kanker.[10] Een andere hypothese is dat het biologisch gedrag van de tumor zelf de belangrijkste determinant is van het ziektestadium en de prognose.[11]

De rol van alarmsymptomen was tweeledig: 68% van de patiënten gingen vanwege alarmsymptomen naar de huisarts, maar diezelfde symptomen bleken ook geassocieerd met uitstel van contact met de huisarts. Voor dat laatste zijn verschillende verklaringen denkbaar: de patiënt schrijft rectaal bloedverlies bijvoorbeeld ten onrechte toe aan (vroegere) hemorroïden, hij onderkent de (ernst van) de symptomen niet, of er is sprake van ontkenning of angst.[16] Substantieel gewichtsverlies wordt pas na enige tijd opgemerkt, en is daardoor intrinsiek geassocieerd met een late diagnose.

Tabel 2 Determinanten van vertraging in de tijdsperiodes T1, T2, T3 en T4 (multivariate analyse, odds ratio's en 95%- BI)

	T1 (196 patiënten)*		T2 (197 patiënten)		T3 (197 patiënten)		T4 (193 patiënten)†	
	OR	95%-BI	OR	95%-BI	OR	95%-BI	OR	95%-BI
Sekse en leeftijd								
■ man < 50 versus ≥ 50			1,30	0,56-2,98	8,13	0,99-66,47		
■ man > 80 versus ≤ 80								
Comorbiditeiten								
■ gastro-intestinale comorbiditeiten	1,05	0,44-2,53	3,97	1,14-13,85§	0,40	0,21-0,78§	1,87	0,95-3,69
■ psychiatrische comorbiditeiten	1,67	0,40-6,95					1,72	0,94-3,14
■ chronische comorbiditeiten	1,32	0,61-2,88					0,47	0,25-0,86§
■ rectaal bloedverlies	2,47	1,15-5,34§						
■ gewichtsverlies	7,67	2,52-23,37§						
■ veranderde stoelgang	1,26	0,61-2,56						
■ buikpijn	0,42	0,19-0,95§						
Belangrijke levensgebeurtenis‡							0,47	0,17-1,29
Consultatie frequentie (> 6/ 2 jaar)	0,67	0,32-1,43	1,61	0,81-3,17	0,35	0,18-0,67§		
Thuissituatie (alleenwonend)	1,59	0,74-3,43	1,06	0,53-2,16				

OR = 1,05 bij gastro-intestinale comorbiditeiten in T1; patiënten met gastro-intestinale comorbiditeiten hebben in vergelijking tot patiënten zonder gastro-intestinale comorbiditeiten een 5% hogere kans op late huisartsconsultatie (na 90 dagen).

* 1 patiënt ontbreekt; familieanamnese positief voor CRC maar patiënt had zelf geen tekenen of symptomen van CRC.

† 4 patiënten ontbereken; bij 1 ontbrak de datum van behandeling, 1 patiënt was overleden aan een darmobstructie en 2 aan een myocardinfarct voor behandeling van CRC.

‡ In de 2 jaar voorafgaand aan de diagnose CRC.

§ $p < 0,02$.

Abdominale pijn, hoewel aspecifiek en niet beschouwd als een alarmsymptoom, versnelde het diagnostisch proces. Pijn, zeker acuut, is een belangrijke reden om snel naar de huisarts te gaan.

Het is onduidelijk wat het verband is tussen psychiatrische comorbiditeit en late verwijzing. Het is mogelijk dat patiënten symptomen niet duidelijk aangeven, of dat de huisarts op een verkeerd spoor zit bij psychiatrische comorbiditeit.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Jongere patiënten (< 50 jaar) hebben een groter risico op vertraging in de (histologische) diagnose. Dit komt waarschijnlijk door de terecht lager ingeschatte voorafkans op CRC in deze leeftijdsgroep. Patiënten die bovengemiddeld vaak hun huisarts consulteren (> 6 keer per 2 jaar) hadden een hogere kans om binnen 14 dagen gediagnosticeerd te worden met CRC. Dit is niet in lijn met eerdere onderzoeken.[12] Mogelijk beschrijven deze patiënten hun klachten adequater of kent de huisarts hen beter en interpreteert hij hun klachten daardoor adequaat. Ook bij frequent consulterende patiënten onderkent de huisarts dus de signalen van CRC meestal adequaat.

Ons onderzoek heeft enkele methodologische beperkingen. Zo is de patiëntselectie mogelijk niet compleet. De ICPC-codering in de medische dossiers bleek bij kanker vaak onvolledig in vergelijking met de gegevens van de kankerregisters. Dit kan te wijten zijn aan slechte terugrapportage vanuit de tweede lijn of inadequate verwerking van specialistenbrieven in het huisartsinformatiesysteem. Op basis van een onderzoek door Pascoe et al.[17] zouden we maximaal 20% van de CRC-patiënten hebben gemist.

Bij 26% van de patiënten bleken de tijdperiodes niet in detail in het HIS vermeld, en moesten we ze bij benadering vaststellen.

Ten slotte moesten we 30 patiënten uitsluiten vanwege onvolledige documentatie.

Dit is dit één van de weinige onderzoeken naar vertraging in de diagnostiek en behandeling van CRC dat is uitgevoerd in de eerste lijn, waarin bovendien de duur en kenmerken van de vier relevante tijdsperioden in het diagnostisch traject separaat zijn geanalyseerd. Eerdere onderzoekers verzamelden veelal retrospectieve gegevens via

interviews met het risico op recall bias. Het gebruik van dossiergegevens zoals in ons onderzoek minimaliseert dat risico, omdat de gegevens destijds door de huisarts zijn vastgelegd.

CONCLUSIE

Het zorgtraject van patiënten met CRC duurt relatief lang, met name door een uitgesteld eerste contact met de huisarts en door vertraging in het zorgtraject in de tweede lijn. Huisartsen verwijzen in het algemeen tijdig voor diagnostiek, maar moeten alert blijven bij patiënten met depressie en angststoornissen. Educatie van het algemene publiek over het belang van alarmsymptomen en een efficiënter diagnostisch proces in het ziekenhuis zijn kernpunten voor verbetering van het zorgtraject bij colorectale kanker.

LITERATUUR

1 Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007;18:405.
2 Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. CA Cancer J Clin 2010;60:277-300.
3 Lemmens VEPP, Coebergh JWW. Epidemiologie van colorectale tumoren. IKR Bulletin 2006;30:4-7.
4 Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres. Statistics 2006 and 2008. www.ikcnet.nl.
5 Holliday HW, Hardcastle JD. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. Lancet 1979;1:309-11.
6 Graffner H, Olsson S. Patient's and doctor's delay in carcinoma of the colon and rectum. J Surg Oncol 1986;31:188-90.
7 Porta M, Gallen M, Malats N, Planas J. Influence of 'diagnostic delay' upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. J Epidemiol Community Health 1991;45:225-30.
8 Visser O, Van Leeuwen FE. Stage-specific survival of epithelial cancers in North-Holland/Flevoland, The Netherlands. Eur J Cancer 2005;41:2321-30.
9 Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Campillo C, Llobera J, Aguilo A. Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: a review. Eur J Cancer 2007;43:2467-78.
10 Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Llobera J, Ruiz A. Lack of association between diagnostic and therapeutic delay and stage of colorectal cancer. Eur J Cancer 2008;44:510-21.
11 Terhaar sive Droste JS, Oort FA, Van der Hulst RW, Coupé VMH, Craanen ME, Meijer GA, et al. Does delay in diagnosing colorectal cancer in symptomatic patients affect tumor stage and survival? A population-based observational study. BMC cancer 2010;10:332.
12 Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. Br J Cancer 2008;98:60-70.
13 Harris GJ, Simson JN. Causes of late diagnosis in cases of colorectal cancer seen in a district general hospital over a 2-year period. Ann R Coll Surg Engl 1998;80:246-8.
14 Iversen LH, Antonsen S, Laurberg S, Lautrup MD. Therapeutic delay reduces survival of rectal cancer but not of colonic cancer. Br J Surg 2009;96:1183-9.
15 Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E, Grobbee DE, Hoes AW. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010;170:880-7.
16 Dent OF, Chapuis PH, Goulston KJ. Relationship of survival to stage of the tumour and duration of symptoms in colorectal cancer. Med J Aust 1983;1:274-5.
17 Pascoe SW, Neal RD, Heywood PL, Allgar VL, Miles JN, Stefoski-Mikeljevic J. Identifying patients with a cancer diagnosis using general practice medical records and Cancer Registry data. Fam Pract 2008;25:215-20.

Nico van Duijn

Dokters zonder kanker

Dokters krijgen geen kanker. Nou ja, andere dokters soms wel, maar ikzelf niet. Nu niet tenminste, later misschien. En dan zie ik het wel. Patiënten, die krijgen weleens kanker. Patiënten kunnen tevoren ongerust zijn over de diagnose of er angst voor hebben. Dokters niet. Dokters zijn ongerust over of zelfs angstig voor wat anders, namelijk een kankerdiagnose te missen bij patiënten. In die bezorgde denkwereld speelt het eigen lijf geen rol.

Ongeveer één keer per maand stellen we de diagnose kanker. Nooit denk ik serieus 'Dat had mij ook kunnen overkomen'. Ook niet toen ik onlangs zelf een beetje kanker had. Een kleintje maar, niet erg kwaadaardig, in de ontstoken blindedarm, al weggehaald door de chirurg. De kans op uitzaaien is miniem. Dat vond ik geruststellend. De afwegingen van die denkwereld zijn me vertrouwd. Want ik denk in kansen, inschatten, redeneren en handelen. Ik denk ook in pech, geluk en toeval. Het toeval wint nogal eens, dat is me bekend. Dat geeft rust. Dokters denken eigenlijk net als 90-jarigen. Die tobben niet meer over een kwaadaardige toekomst. Ik tob over van alles, maar nooit over kanker krijgen – nog steeds niet. Wat levensinstelling betreft ben ik dus een 90-plusser. Nu moet ik nog 90 jaar zien te worden. Met een beetje geluk... En anders merk ik het wel. ■

Carriene Roorda, Truuske de Bock, Willem Jan van der Veen, Annemarie Lindeman, Liesbeth Jansen, Klaas van der Meer

ONDERZOEK

Zorg aan borstkankerpatiënten tijdens de behandeling

Samenvatting

Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Zorg aan borstkankerpatiënten tijdens de behandeling. Huisarts Wet 2011;54(11):598-601.

Achtergrond Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de gecoördineerde oncologische zorg aan borstkankerpatiënten. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar hun rol tijdens de behandelfase. Wij onderzochten welk beroep vrouwen met borstkanker doen op hun huisarts, en vergeleken hun zorggebruik met dat van vrouwen zonder borstkanker.

Methode Uit de database van het Registratie Netwerk Groningen selecteerden wij 185 patiënten die tussen 1998 en 2007 een eerste diagnose borstkanker kregen, en wij matchten hen met 548 vrouwen zonder borstkanker uit dezelfde populatie. Beide groepen waren vergelijkbaar qua geboortejaar en huisarts.

Resultaten De borstkankerpatiënten hadden in het jaar volgend op de diagnose tweemaal zo vaak contact met hun huisartsenpraktijk als vrouwen zonder borstkanker (mediaan 6,0 versus 3,0 consulten en visites, $p < 0{,}001$), en zij kregen ruim anderhalf keer zo vaak een recept (11,0 versus 7,0 medicatievoorschriften, $p < 0{,}001$). Daarbij ging het veelal om aan de borstkanker gerelateerde klachten, zoals maagdarmproblemen, psychische klachten en om hormoontherapie.

Conclusie Huisartsen leveren een actieve bijdrage aan de behandeling van borstkanker, met name waar het gaat om de bestrijding van bijwerkingen en om hormoontherapie.

INLEIDING

Patiënten met borstkanker ervaren vaak psychische problemen en een verminderde kwaliteit van leven. De bijwerkingen van de behandeling maken het moeilijk de therapie trouw te blijven volgen.[1-3] De huisarts kan tijdens de behandeling dan ook in principe een belangrijke bijdrage leveren aan de gecoördineerde oncologische zorg.[4-8] Er is echter weinig bekend over wat die bijdrage nu precies inhoudt. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met borstkanker in het jaar na de diagnose vaker hun huisarts raadplegen dan in het jaar vóór de diagnose.[9,10] Niet bekend is of zij ook vaker contact zoeken met hun huisarts dan vrouwen zonder borstkanker, en om welke redenen zij naar de huisarts gaan. Wij hebben beide aspecten onderzocht.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en afdeling Epidemiologie, Postbus 196, 9700 AD Groningen: ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; dr. W.J. van der Veen, epidemioloog; A. Lindeman, huisarts in opleiding; prof.dr. K. van der Meer, huisarts. Afdeling Epidemiologie: prof.dr. G.H. de Bock, epidemioloog. Afdeling Chirurgie: dr. L. Jansen, chirurg • Correspondentie: c.roorda-lukkien@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is eerder gepubliceerd als: Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: An analysis of health care use. Support Care Cancer 2011 Mar 25 [epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODEN

Voor dit onderzoek hebben wij patiënten geselecteerd uit de database van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Twee onderzoekers zijn teruggegaan naar de betrokken huisartsenpraktijken om in de dossiers de diagnose borstkanker te verifiëren en aanvullende gegevens te verzamelen over de tumor, de behandeling en de eventuele terugkeer van borstkanker. Alle data zijn geanonimiseerd.

De in- en exclusie van patiënten hebben wij elders in detail beschreven.[11] Onze onderzoekspopulatie omvatte 185 vrouwen die tussen 1998 en 2007 een eerste diagnose borstkanker hadden gekregen en een referentiegroep van 548 vrouwen zonder borstkanker uit dezelfde populatie, gematcht op geboortejaar en huisarts. De vrouwen uit de referentiegroep waren ten tijde van de diagnose vrijwel even oud als de patiënt en ingeschreven bij dezelfde huisarts.

We berekenden het zorggebruik van beide groepen door het aantal contacten met de huisartsenpraktijk – in de vorm van consulten en visites – en het aantal medicatievoorschriften in het jaar voor en het jaar volgend op de diagnose te tellen en deze te delen door de observatietijd in de beide periodes. Ook berekenden we het percentage vrouwen met ten minste één contact of één recept per jaar en per maand, waar mogelijk ingedeeld op basis van ICPC- en ATC-codes. Eventuele verschillen in zorggebruik door dezelfde patiënt toetsten we met de wilcoxon- en de mcnemartoets. Verschillen tussen patiënten en referentiepersonen sinds de diagnose borstkanker toetsten we met de mann-whitneytoets (M-W-toets) en de chikwadraattoets. Bij het toetsen beschouwden we $p < 0{,}05$ als statistisch significant.

RESULTATEN

Vrouwen met borstkanker maakten in het jaar volgend op de diagnose significant meer gebruik van huisartsenzorg dan

Wat is bekend?

- De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de gecoördineerde oncologische zorg aan borstkankerpatiënten.
- Vrouwen met borstkanker hebben in het jaar sinds de diagnose vaker contact met hun huisarts dan in het jaar daarvoor.

Wat is nieuw?

- Vrouwen met borstkanker hebben in het jaar volgend op de diagnose vaker contact met de huisartsenpraktijk dan vrouwen zonder borstkanker, en ze krijgen ook vaker medicijnen voorgeschreven.
- Redenen om de huisarts te hulp te roepen zijn klachten door de ziekte en bijwerkingen van de behandeling. Het gaat veelal om maagdarmproblemen, huidproblemen, psychische problemen, pijn en slaapproblemen.

in het jaar vóór de diagnose, en ook meer dan de referentiegroep. In het jaar sinds de diagnose hadden zij tweemaal zo vaak contact met hun huisartsenpraktijk als de referentiepersonen (mediaan 6,0 versus 3,0 contacten, M-W-toets p < 0,001) en zij kregen ook vaker een recept (mediaan 11,0 versus 7,0 medicatievoorschriften, M-W-toets p < 0,001). Het percentage patiënten met ten minste één contact of recept in het jaar sinds diagnose was hoger dan in de referentiegroep [**tabel 1**].

In de [**figuur**] is te zien dat in de eerste maand sinds de diagnose 166 borstkankerpatiënten (89,7%) contact hadden met hun huisartsenpraktijk en dat 100 patiënten (54,1%) medicijnen kregen voorgeschreven. Het percentage borstkankerpatiënten dat elke maand minstens éénmaal contact had met de huisarts daalde na die eerste maand geleidelijk tot het niveau van de referentiegroep, maar het percentage dat maandelijks minimaal één recept kreeg, bleef gedurende het eerste jaar sinds diagnose hoger dan in de referentiegroep.

[**Tabel 2**] laat zien dat de klachten en aandoeningen waarmee borstkankerpatiënten in het jaar na diagnose de huisarts raadpleegden, significant vaker dan in de referentiegroep behoorden tot de ICPC-hoofdgroepen 'algemeen en niet gespecificeerd', 'bloed en bloedvormende organen', 'psychische problemen', 'huid/subcutis' en 'vrouwelijke geslachtsorganen'. Ook schreef de huisarts aan de patiëntengroep significant vaker een geneesmiddel voor uit de ATC-hoofdgroepen 'spijsverteringsstelsel en stofwisseling', 'huidpreparaten', 'systemische hormoonpreparaten', 'antiinfectiemiddelen voor systemisch gebruik', 'antineoplasmata en immunomodulatoren' en 'zenuwstelsel'. Nadere indeling op basis van ATC-codes laat zien dat het met name ging om middelen tegen functionele maag-darmstoornissen, middelen tegen misselijkheid en braken, laxeermiddelen, middelen tegen diarree, antibacteriële huidpreparaten, corticosteroïden, hormoonantagonisten (voornamelijk tamoxifen), middelen voor pijnbestrijding en slaap- en kalmeringsmiddelen (waaronder benzodiazepinederivaten).

Tabel 1 Zorggebruik door vrouwen met borstkanker (n = 185) en referentiegroep zonder borstkanker (n = 548) in het jaar vóór en het jaar sinds diagnose

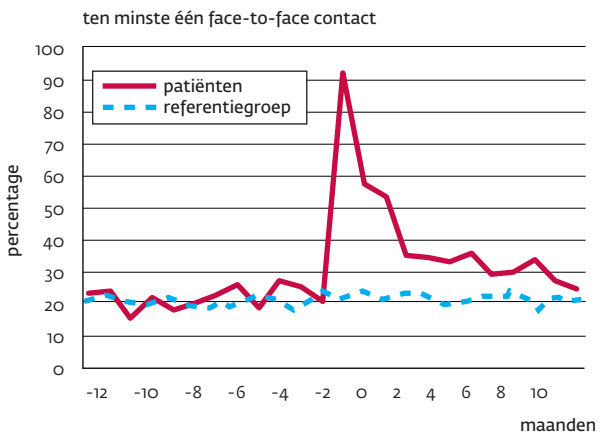
	Voor diagnose				Sinds diagnose			
	patiënten		referentiegroep		patiënten		referentiegroep	
Contacten (consulten + visites)								
■ mediaan (range)	2,2	(0,0-18,7)	2,0	(0,0-32,0)	6,0	(0,0-46,0)	3,0	(0,0-31,7)
■ ten minste één contact, n (%)	149	(80,5%)	428	(78,1%)	184	(99,5%)	428	(78,1%)
Recepten								
■ mediaan (range)	6,0	(0,0-220,0)	6,0	(0,0-111,0)	11,0	(0,0-212,0)	7,0	(0-127,0)
■ ten minste één recept, n (%)	156	(84,3%)	437	(79,7%)	170	(91,9%)	447	(81,6%)

*Alle verschillen zijn statistisch significant (wilcoxontoets p < 0,001, mcnemartoets p < 0,01) evenals alle verschillen in zorggebruik tussen patiënten en vrouwen uit de referentiegroep in het jaar sinds de diagnose (mann-whitneytoets p < 0,001, chikwadraattoets p < 0,01).

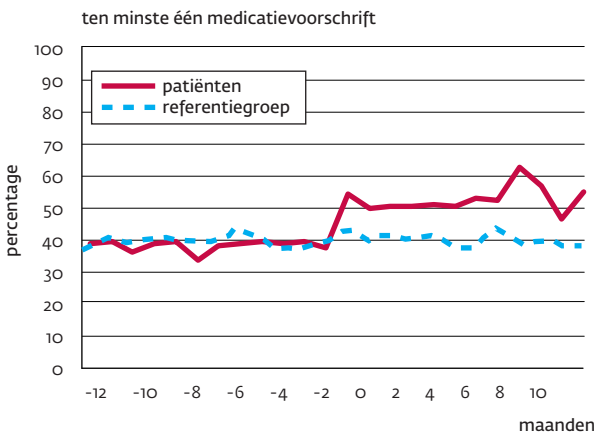
DISCUSSIE

Wij hebben als eersten het beroep dat vrouwen met borstkanker in de behandelfase doen op huisartsenzorg vergeleken met het zorggebruik door vrouwen zonder borstkanker, en ook de redenen voor dit zorggebruik onderzocht. De resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek, dat aantoonde dat vrouwen met borstkanker in het jaar sinds de diagnose vaker hun huisarts raadplegen dan in het jaar vóór de diagnose.[9,10] Het percentage borstkankerpatiënten dat sinds de diagnose ten minste éénmaal per maand contact had met de huisarts daalde in ons onderzoek geleidelijk, na een piek in de eerste maand. Het percentage vrouwen dat maandelijks minimaal één recept kreeg, bleef gedurende het jaar sinds diagnose hoger dan in de referentiegroep.

Figuur A Zorggebruik in de huisartsenpraktijk



Figuur B Zorggebruik in de huisartsenpraktijk



Percentage vrouwen met borstkanker (n = 185) en vrouwen zonder borstkanker (n = 548) met ten minste één contact (A) en ten minste één recept (B) in de betreffende maand. 0 is het tijdstip van diagnose.

Tabel 2 **Redenen voor consult en aard van het medicatievoorschrift bij vrouwen met borstkanker (n = 185) en referentiegroep zonder borstkanker (n = 548)**

	Patiënten		Referentiegroep		p*
	n	%	n	%	
Ten minste één contact (ICPC-code)					
■ algemeen en niet gespecificeerd (A)	62	33,5%	78	14,2%	< 0,001
■ bloed en bloedvormende organen (B)	13	7,0%	16	2,9%	< 0,05
■ spijsverteringsorganen (D)	40	21,6%	92	16,8%	ns
■ oog (F)	10	5,4%	34	6,2%	ns
■ oor (H)	12	6,5%	51	9,3%	ns
■ hartvaatstelsel (K)	40	21,6%	142	25,9%	ns
■ bewegingsapparaat (L)	69	37,3%	188	34,3%	ns
■ zenuwstelsel (N)	20	10,8%	60	10,9%	ns
■ psychische problemen (P)	34	18,4%	64	11,7%	< 0,05
■ luchtwegen (R)	54	29,2%	121	22,1%	ns
■ huid en subcutis (S)	65	35,1%	135	24,6%	< 0,01
■ endocriene klieren/metabolisme/voeding (T)	18	9,7%	48	8,8%	ns
■ urinewegen (U)	13	7,0%	34	6,2%	ns
■ zwangerschap/bevalling/anticonceptie (W)	1	0,5%	12	2,2%	–
■ geslachtsorganen en borsten vrouw (X)	177	95,7%	99	18,1%	< 0,001
– symptomen borsten vrouw (X18-X21)	131	70,8%	11	2,0%	< 0,001
– maligniteit borsten vrouw (X76)	157	84,9%	0	0,0%	< 0,001
■ sociale problemen (Z)	12	6,5%	37	6,8%	ns
Ten minste één medicatievoorschrift (ATC-code)					
■ spijsverteringsstelsel en stofwisseling (A)	94	50,8%	165	30,1%	< 0,001
– preparaten bij functionele maagdarmstoornissen (A03)	34	18,4%	16	2,9%	< 0,001
– propulsiva (A03F)	31	16,8%	10	1,8%	< 0,001
– preparaten tegen misselijkheid/braken (A04)	24	13,0%	2	0,4%	< 0,001
– serotonineantagonisten (A04AA)	24	13,0%	2	0,4%	< 0,001
– laxantia (A06)	35	18,9%	41	7,5%	< 0,001
– osmotisch werkende laxantia (A06AD)	27	14,6%	28	5,1%	< 0,001
– antidiarrhoica, orale elektrolyten en anti-inflammatoire darmpreparaten (A07)	16	8,6%	9	1,6%	< 0,001
■ bloed en bloedvormende organen (B)	31	16,8%	77	14,1%	ns
■ hartvaatstelsel (C)	72	38,9%	206	37,6%	ns
■ huidpreparaten (D)	55	29,7%	114	20,8%	< 0,05
– antibacteriële preparaten voor dermatologisch gebruik (D06)	12	6,5%	13	2,4%	< 0,01
■ urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G)	17	9,2%	94	17,2%	< 0,01
– geslachtshormonen en modulatoren van het genitaal stelsel (G03)	9	4,9%	79	14,4%	< 0,01
– hormonale anticonceptiva voor systemisch gebruik (G03A)	3	1,6%	43	7,8%	< 0,01
■ systemische hormoonpreparaten, excl. insuline en geslachtshormonen (H)	32	17,3%	60	10,9%	< 0,05
– corticosteroïden voor systemisch gebruik (H02)	22	11,9%	34	6,2%	< 0,05
– corticosteroïden voor systemisch gebruik, enkelvoudig (H02A)	22	11,9%	34	6,2%	< 0,05
■ anti-infectiemiddelen voor systemisch gebruik (J)	98	53,0%	211	38,5%	< 0,01
– antibacteriële preparaten voor systemisch gebruik (J01)	77	41,6%	134	24,5%	< 0,001
– bètalactam-antibiotica en penicillines (J01C)	35	18,9%	45	8,2%	< 0,001
■ antineoplasmata en immunomodulatoren (L)	66	35,7%	6	1,1%	< 0,001
– hormonen (L02)	65	35,1%	0	0,0%	< 0,001
– hormoonantagonisten en aanverwante middelen (L02B)	64	34,6%	0	0,0%	< 0,001
– anti-oestrogenen (L02BA)	53	28,6%	0	0,0%	< 0,001
– tamoxifen (L02BA01)	53	28,6%	0	0,0%	< 0,001
■ spier- en skeletstelsel (M)	50	27,0%	145	26,5%	ns
■ zenuwstelsel (N)	96	51,9%	203	37,0%	< 0,001
– analgetica (N02)	47	25,4%	80	14,6%	< 0,01
– andere analgetica en antipyretica (N02B)	31	16,8%	50	9,1%	< 0,01
– aniliden (N02BE)	31	16,8%	45	8,2%	< 0,001
– psycholeptica (N05)	81	43,8%	133	24,3%	< 0,001
– anxiolytica (N05B)	62	33,5%	90	16,4%	< 0,001
– benzodiazepinederivaten (N05BA)	61	33,0%	88	16,1%	< 0,001
– hypnotica en sedativa (N05C)	37	20,0%	55	10,0%	< 0,001
– benzodiazepinederivaten (N05CD)	37	20,0%	53	9,7%	< 0,001
■ antiparasitische middelen (P)	0	0,0%	0	0,0%	–
■ ademhalingsstelsel (R)	54	29,2%	125	22,8%	ns
■ sensorische organen (S)	26	14,1%	68	12,4%	ns
■ overige preparaten (V)	0	0,0%	2	0,4%	–

* Chikwadraattoets; ns = niet-significant; groepen met een verwachte frequentie < 5 zijn niet getoetst (–).

De kracht van dit onderzoek is dat we gebruik konden maken van gegevens uit een huisartsenregistratie, zodat geheugeneffecten en non-respons geen rol spelen zoals dat bij gezondheidsenquêtes vaak wel het geval is.[12] Aangezien een huisartsenregistratie echter niet primair is opgezet voor wetenschappelijk onderzoek, zijn de validiteit van de geregistreerde diagnoses en de volledigheid van de gegevens niet boven iedere wetenschappelijke twijfel verheven.[12,13] Wij hebben daarom de juistheid van de diagnose geverifieerd door dossieronderzoek in de betrokken huisartsenpraktijken, en gecorrigeerd voor verschillen in registratiegedrag door de patiënten op huisarts te matchen met vrouwen uit de referentiegroep. Het blijft evenwel mogelijk dat vrouwen borstkanker in de voorgeschiedenis hadden zonder dat die diagnose in hun dossier verscheen.[14] Immers, de registratie bevat slechts die klachten en aandoeningen die aan de huisarts worden gepresenteerd en de ICPC-codes die de huisarts heeft toegekend.[15]

Wij ontdekten dat de redenen om tijdens de behandelfase van borstkanker contact te zoeken met de huisarts vooral betrekking hebben op gevolgen van de ziekte en bijwerkingen van de behandeling, zoals misselijkheid en braken, constipatie, diarree, huidproblemen, psychische problemen, pijn en slaapproblemen. Uit onderzoek is bekend dat ernstige bijwerkingen en comorbiditeit tijdens een behandeling voor borstkanker samenhangen met verminderde therapietrouw bij patiënten.[3,16-20] Aandacht voor de bijwerkingen is dus belangrijk om de kwaliteit van leven en de therapietrouw van deze patiënten te bevorderen.[1-4] Ons onderzoek laat ook zien dat huisartsen betrokken zijn bij de hormoonbehandeling door het voorschrijven van tamoxifen en andere hormoonantagonisten. Goede communicatie tussen de eerste en de tweede lijn over de behandeling en de bijwerkingen is dan ook van groot belang.[21,22] ■

DANKWOORD

De auteurs bedanken het Registratie Netwerk Groningen voor het verstrekken van de gegevens voor dit onderzoek. Wij bedanken ook de huisartsen en praktijkassistenten voor hun hulp tijdens de aanvullende gegevensverzameling in de huisartsenpraktijken.

LITERATUUR

1 Cella D, Fallowfield LJ. Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. Breast Cancer Res Treat 2008;107:167-80.

2 Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. J Exp Clin Cancer Res 2008;27:32.

3 Hadji P. Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. Crit Rev Oncol Hematol 2010;73:156-66.

4 Campbell NC, Macleod U, Weller D. Primary care oncology: Essential if high quality cancer care is to be achieved for all. Fam Pract 2002;19:577-8.

5 McAvoy BR. General practitioners and cancer control. Med J Aust 2007;187:115-7.

6 Weller DP, Harris MF. Cancer care: What role for the general practitioner? Med J Aust 2008;189:59-60.

7 Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL, Selby PJ, Wright EP. Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. Fam Pract 2004;21:437-42.

8 Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: Treatment through survivorship. J Natl Cancer Inst Monogr 2010;2010:25-30.

9 Macleod U, Ross S, Twelves C, George WD, Gillis C, Watt GC. Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: Retrospective review of hospital and general practice records. BMJ 2000;320:1442-5.

10 Del Giudice L, Bondy SJ, Chen Z, Maaten S. Physician care of cancer patients. In: Jaakkimainen L, Upshur R, Klein-Geltink JE, Leong A, Maaten S, Schultz SE, et al, editors. Primary care in Ontario: ICES Atlas. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006.

11 Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: An analysis of health care use. Support Care Cancer 2011 Mar 25.

12 Tate AR, Martin AG, Murray-Thomas T, Anderson SR, Cassell JA. Determining the date of diagnosis–is it a simple matter? The impact of different approaches to dating diagnosis on estimates of delayed care for ovarian cancer in UK primary care. BMC Med Res Methodol 2009;9:42.

13 Lawrenson R, Williams T, Farmer R. Clinical information for research: The use of general practice databases. J Public Health Med 1999;21:299-304.

14 Pascoe SW, Neal RD, Heywood PL, Allgar VL, Miles JN, Stefoski-Mikeljevic J. Identifying patients with a cancer diagnosis using general practice medical records and Cancer Registry data. Fam Pract 2008;25:215-20.

15 Van der Veen WJ, Meyboom-de Jong B. Age and gender. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. Oxford textbook of primary medical care. Oxford (UK): Oxford University Press, 2004.

16 Hawfield A, Lovato J, Covington D, Kimmick G. Retrospective study of the effect of comorbidity on use of adjuvant chemotherapy in older women with breast cancer in a tertiary care setting. Crit Rev Oncol Hematol 2006;59:250-5.

17 Owusu C, Buist DS, Field TS, Lash TL, Thwin SS, Geiger AM, et al. Predictors of tamoxifen discontinuation among older women with estrogen receptor-positive breast cancer. J Clin Oncol 2008;26:549-55.

18 Bickell NA, Weidmann J, Fei K, Lin JJ, Leventhal H. Underuse of breast cancer adjuvant treatment: Patient knowledge, beliefs, and medical mistrust. J Clin Oncol 2009;27:5160-7.

19 Garg P, Rana F, Gupta R, Buzaianu EM, Guthrie TH. Predictors of toxicity and toxicity profile of adjuvant chemotherapy in elderly breast cancer patients. Breast J 2009;15:404-8.

20 Van Herk-Sukel MP, Van de Poll-Franse LV, Voogd AC, Nieuwenhuijzen GA, Coebergh JW, Herings RM. Half of breast cancer patients discontinue tamoxifen and any endocrine treatment before the end of the recommended treatment period of 5 years: A population-based analysis. Breast Cancer Res Treat 2010;122:843-51.

21 Grunfeld E. Primary care physicians and oncologists are players on the same team. J Clin Oncol 2008;26:2246-7.

22 Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: Results from a randomized controlled trial. J Clin Oncol 2008;26:2272-7.

Tineke Vos, Hein Putter, Hans van Houwelingen, Hanneke de Haes

ONDERZOEK

De voor- en nadelen van ontkenning bij longkanker

Samenvatting

Vos MS, Putter H, Van Houwelingen HC, De Haes HC. De voor- en nadelen van ontkenning bij longkanker. Huisarts Wet 2011;54(11):602-6.

Achtergrond Ontkenning is een bekend fenomeen in de klinisch-oncologische praktijk, maar er is weinig bekend over het effect: is ontkenning gunstig of juist ongunstig? Wij onderzochten de sociale en emotionele gevolgen van ontkenning.

Methode Wij interviewden 195 patiënten met nieuwe longkanker maximaal viermaal in de acht maanden volgend op de diagnose. Met behulp van een viertal klinische meetinstrumenten maten wij bij hen de mate van ontkenning, het sociaal en emotioneel functioneren en de mate van angst en depressie.

Resultaten Patiënten met een stabiel matig niveau van ontkenning of met toenemende ontkenning in de loop van het ziekteproces rapporteerden betere uitkomsten op sociaal gebied, minder angst en depressie en betere kwaliteit van leven dan patiënten met een stabiel laag niveau van ontkenning.

Conclusie Een bepaalde mate van ontkenning kan een gunstig effect hebben op het sociaal en emotioneel functioneren van longkankerpatiënten.

INLEIDING

Wanneer patiënten te horen krijgen dat ze longkanker hebben, veranderen hun leven en hun toekomstperspectief op slag. Omdat de behandelingsmogelijkheden beperkt zijn, ervaren zij de diagnose longkanker vaak als een aankondiging van de dood, en het is niet verwonderlijk dat patiënten proberen zich te beschermen door de ernst van de ziekte of de gevolgen te ontkennen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een licht tot matig niveau van ontkenning bij longkankerpatiënten normaal is.[1] Of dit schadelijk is of dat het ook voordelen kan hebben, is nog altijd onderwerp van discussie.[2-5]

Het effect van ontkenning bij patiënten met kanker op het sociaal functioneren is nagegaan in twee onderzoeken.[6,7] De resultaten daarvan lopen echter zozeer uiteen dat ze geen conclusie toelaten. Wij hebben veertien onderzoeken gevonden naar de relatie tussen ontkenning en emotioneel functioneren.[8] Ook hieruit komt geen heldere conclusie naar voren, aangezien de meetinstrumenten verschilden, de onderzochte patiënten verschillende vormen van kanker hadden en de definities van ontkenning niet overeenkwamen.

Er is tot nog toe weinig onderzoek gedaan naar het effect van ontkenning bij patiënten met longkanker. Het is denkbaar dat deze groep meer redenen heeft om te ontkennen dan patiënten met andere vormen van kanker: gevoelens van schaamte en schuld vanwege de eigen rol in het ontstaan van de ziekte, en de slechte prognose die weinig tijd overlaat voor adequate verwerking. Daarom onderzochten wij de relatie tussen ontkenning en sociaal en emotioneel functioneren bij longkankerpatiënten tijdens het beloop van de ziekte.

METHODE

Patiënten

Wij selecteerden opeenvolgende patiënten van twee polikliniekken Longgeneeskunde in Den Haag aan de hand van de volgende inclusiecriteria: recent gestelde nieuwe diagnose primaire longkanker (geen recidief, alle histologische typen en alle stadia); ouder dan 18 jaar; tijd tussen diagnose en eerste interview minder dan twee maanden; voldoende kennis van de Nederlandse taal; getekende *informed consent*. Exclusiecriteria waren: te ziek en ernstige cognitieve stoornissen.

Opzet en meetinstrumenten

Het onderzoek had een longitudinale, exploratieve opzet. Bij iedere patiënt planden we vier metingen, de eerste binnen 8 weken na de diagnose (T1) en de daaropvolgende na 8, 16 en 32 weken (T2, T3 en T4). Iedere meting bestond uit een semigestructureerd interview van een half uur à drie kwartier en het invullen van een aantal vragenlijsten.

Ontkenning maten we met het Denial of Cancer Interview (DCI).[9] Het sociaal en emotioneel functioneren en de kwaliteit van leven maten we respectievelijk met de subschalen emotioneel functioneren en sociaal functioneren en de totaalscore van de Quality of Life Questionnaire van de European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Voor angst en depressie gebruikten wij de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).[10]

Wat is bekend?

- Ontkenning is een bekend verschijnsel in de klinische oncologie.
- Ontkenning heeft een negatieve gevoelswaarde.
- Velen denken dat praten over gevoelens altijd goed is.

Wat is nieuw?

- Bij patiënten met longkanker blijkt matige of toenemende ontkenning een gunstig effect te kunnen hebben op sociaal functioneren, angst, depressie en kwaliteit van leven.
- Ontkenning kan bescherming bieden tegen bedreigende feiten en gevoelens.
- Exploratie van de mate van ontkenning en van context, functie en gevolgen biedt aanknopingspunten om informatie gedoseerd te verstrekken.

Ziekenhuis Bronovo, Bronovolaan 5, 2597 AX Den Haag: dr. M.S. Vos, psychiater. Universiteit van Leiden, afdeling Biostatistiek: prof.dr. H. Putter. LUMC, Leiden: prof.dr. J.C. van Houwelingen, emeritus hoogleraar Medische statistiek. AMC, afdeling Medische Psychologie, Amsterdam: prof. dr. J.C.J.M. de Haes, psycholoog • Correspondentie: msitavos@wxs.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is gesubsidieerd door het KWF en het Research Fonds Bronovo.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Vos MS, Putter H, Van Houwelingen HC, De Haes HC. Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: the protective effect of denial. Lung Cancer 2011;72:119-24. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Sociaal-demografische variabelen verzamelden we tijdens het eerste interview. Medische parameters, zoals type tumor, ziektestadium bij het stellen van de diagnose en performance status, werden geleverd door de longartsen.

Statistische analyse

Een eerdere analyse van de data had drie groepen patiënten geïdentificeerd met verschillende patronen van ontkenning in de loop van de tijd: de 'lichte ontkenners' vertoonden een stabiel patroon van lichte ontkenning gedurende acht maanden.[11] Deze groep was het grootst (69%), Ook 'matige ontkenners' (19%) toonden een stabiel patroon van in hun geval matige ontkenning. De groep 'toenemende ontkenners' (13%) ontkende vlak na het stellen van de diagnose weinig, maar de ontkenning nam toe tot een matig niveau in de loop van acht maanden. In onze verdere beschrijving gaan wij uit van deze drie groepen. Sterke ontkenning kwam weinig voor.

Voor een beschrijving van de statistische analyse van dit onderzoek verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.

RESULTATEN

Patiëntkenmerken

Van de 383 longkankerpatiënten die in aanmerking kwamen, vielen er 139 af vanwege overlijden (n = 30), te ziek zijn (n = 32), langer dan 8 weken verstreken na de diagnose (n = 28), cognitieve stoornissen (n = 10), taalproblemen (n = 15), verhuisd of elders in behandeling (n = 16) of om andere redenen (n = 8).

Van de 244 patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria weigerden er 49 (20%) mee te doen. Redenen voor weigering waren: 'Ik wil eerst bijkomen' (n = 8); 'Ik wil geen behandeling of meedoen met onderzoek' (n = 6); 'Ik wil niet over mijn ziekte praten' (n = 7); 'Te druk' (n = 2); ontkenning van ziekte (n = 4); te ziek zijn (n = 3); overige/onbekende redenen (n = 19). Non-responders verschilden in geslacht, leeftijd en performance niet van responders. De kenmerken van de patiënten bij de eerste meting staan in de [**tabel**].

Aan de eerste meting namen 195 patiënten deel, aan de tweede, derde en vierde respectievelijk 157 (19% uitval), 122 (37% uitval) en 80 (59% uitval). De belangrijkste redenen voor uitval waren overlijden of te ziek zijn.

Sociaal en emotioneel functioneren

Het sociaal functioneren bleek samen te hangen met ontkenning. Matige en toenemende ontkenners functioneerden beter in het gezin (p = 0,036) en bij sociale activiteiten (p = 0,027) dan lichte ontkenners.

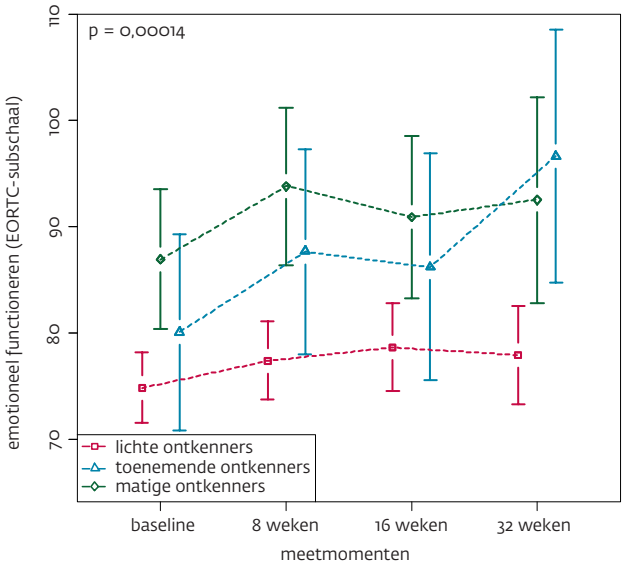
In [**figuur 1**] is te zien dat matige ontkenners beter emotioneel functioneerden dan lichte ontkenners (p = 0,0001). Zij rapporteerden ook minder angst ([**figuur 2**], p = 0,00001) en minder depressie ([**figuur 3**], p = 0,0019). Uit de figuren blijkt ook dat bij de toenemende ontkenners mettertijd het emotioneel functioneren verbeterde (p = 0,035) en de angst afnam (p < 0,0001).

Tabel Patiëntkenmerken bij eerste meting (n = 195)

	n	%
Geslacht		
■ man	115	59,0%
■ vrouw	80	41,0%
Leeftijd		
■ ≤ 60 jaar	69	35,4%
■ 60-70 jaar	54	27,7%
■ > 70 jaar	72	36,9%
Partner		
■ ja*	137	70,3%
■ nee	58	29,7%
Kinderen		
■ nee	35	18,0%
■ ja	160	82,0%
Opleidingsniveau		
■ basisonderwijs	70	36,8%
■ middelbaar onderwijs	53	27,9%
■ HBO/WO	67	35,3%
■ onbekend	5	
Religie		
■ nee	98	50,5%
■ ja	96	49,5%
■ onbekend	1	
Type tumor en UICC-stadium		
■ NSCLC	139	74,7%
– ≤ II	39	
– ≥ III	100	
■ SCLC	35	18,8%
– limited	18	
– extended	17	
– anders/onbekend	21	6,5%
Actuele behandeling		
■ geen	35	18,0%
■ operatie	24	12,4%
■ chemotherapie	73	37,6%
■ radiotherapie	47	24,2%
■ chemo- + radiotherapie	4	2,1%
■ onbekend	1	
ECOG performance score		
■ 0	58	29,9%
■ I	96	49,5%
■ II	26	13,4%
■ III/IV	14	7,2%
■ onbekend	1	
Roken		
■ nee	9	4,6%
■ ja	186	95,4%

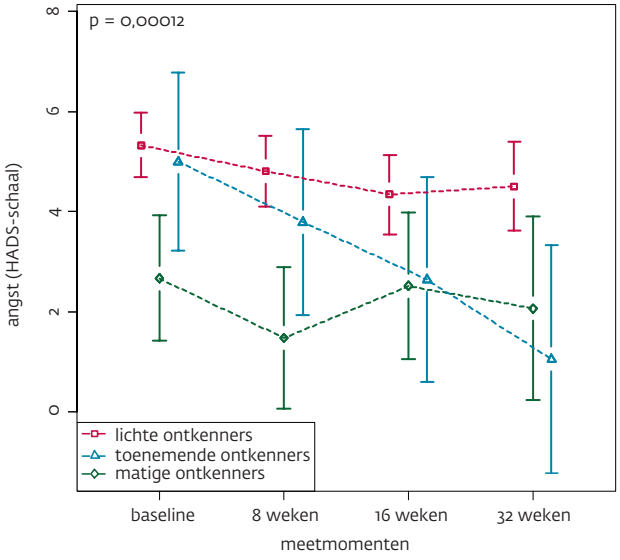
NSCLC = Non small cell lung cancer (niet-kleincellig longcarcinoom). SLCC = Small cell lung cancer (kleincellig longcarcinoom).
* Getrouwd, samenwonend of LAT-relatie.

Figuur 1 Ontkenning en emotioneel functioneren



Hoe hoger de score op de EORTC-subschaal, hoe beter het emotioneel functioneren

Figuur 2 Ontkenning en angst



Hoe hoger de score op de HADS-angstschaal, hoe meer emotionele ontregeling

De algehele kwaliteit van leven verschilde significant tussen de drie groepen: de groepen met matige en toenemende ontkenning rapporteerden een betere kwaliteit van leven ($p < 0{,}0001$).

DISCUSSIE

Dit is het eerste grote, prospectieve onderzoek onder longkankerpatiënten naar de relatie tussen ontkenning en sociaal en emotioneel functioneren. De belangrijkste en interessantste bevinding is dat patiënten beter functioneren wanneer ze matig ontkennen of naarmate de ziekte vordert meer gaan ontkennen. Patiënten die weinig ontkennen, rapporteren een minder goed sociaal en emotioneel functioneren en een mindere kwaliteit van leven.

Het is aannemelijk dat patiënten die afstand nemen van hun ziekte minder beperkingen ervaren in relaties en sociale contacten. Anderzijds, wanneer familieleden zich zorgen maken en willen praten over de gevolgen van de ziekte kan de ontkenning van de patiënt de communicatie juist belemmeren. Het voordeel voor de patiënt kan dus een nadeel zijn voor de naasten. Badr en Taylor meldden in hun onderzoek onder partners van longkankerpatiënten inderdaad dat er blokkades optraden bij gesprekken over rookgedrag, lichamelijke klachten, prognose, emotionele impact van de ziekte en de toekomst van de achterblijvende familie.[12] Aan de andere kant kwam het ook voor dat familieleden de ontkenning versterkten om hun eigen angst te verbloemen, of zich inhielden uit compassie met de patiënt. Eén partner zei: 'Ik probeer niet te veel over de kanker te praten, om hem het gevoel te geven dat we nog een normaal leven hebben'.

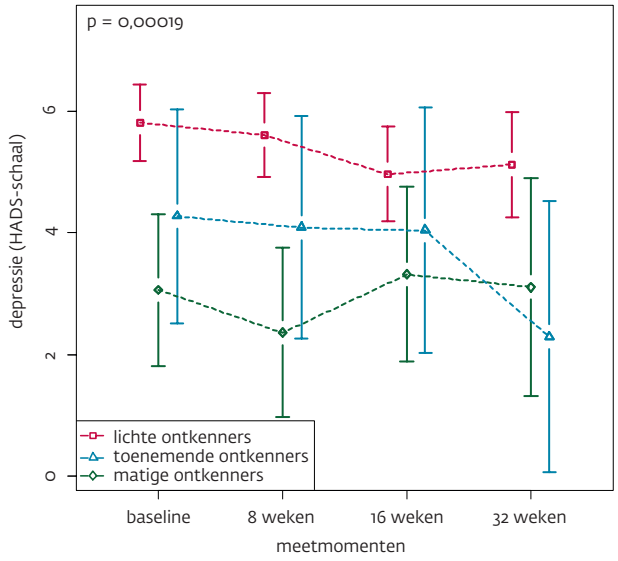
Emotioneel functioneren bleek sterk gerelateerd aan de mate van ontkenning. Patiënten die matig ontkenden of de diagnose steeds meer gingen ontkennen, voelden zich beter en waren minder angstig en depressief. De mogelijkheid om te ontsnappen aan de realiteit van de ziekte lijkt dus een gunstig effect te hebben op het welbevinden van longkankerpatiënten. Deze bevinding komt overeen met de resultaten uit onderzoek onder patiënten met een kleincellig bronchuscarcinoom,[13] waaruit bleek dat degenen die afstand namen van het stereotiepe imago van de kankerpatiënt minder moe waren dan degenen die pessimistisch waren.

De theorie van Taylor en Brown over 'positieve illusies' biedt een verklaring voor deze bevindingen.[14,15] Zij onderstrepen dat het focussen op positieve (zelfs onrealistische) feiten en gevoelens psychologisch welbevinden bevordert. Taylor constateerde bij borstkankerpatiënten dat zelfverzekerdheid en de illusie van eigen controle over de ziekte bijdroegen aan effectieve coping.[16] Ook recent onderzoek naar selectieve aandacht onder borstkanker- en prostaatkankerpatiënten ondersteunt onze resultaten: bewuste of onbewuste vermijding van ziektegerelateerde verwijzingen en negatieve emoties kan inderdaad spanning reduceren.[17,18]

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek heeft enkele beperkingen. De eerste is dat er weinig patiënten met sterke ontkenning aan het onderzoek hebben deelgenomen. Dit is begrijpelijk omdat zulke patiënten minder vaak naar het ziekenhuis gaan voor diagnostiek en behandeling. Ook de redenen die de non-responders hebben opgegeven voor hun besluit om niet aan het onderzoek

Figuur 3 Ontkenning en depressie



Hoe hoger de score op de HADS-depressieschaal, hoe meer emotionele ontregeling

deel te nemen, zijn een indicatie dat 'sterke ontkenners' ondervertegenwoordigd waren. Ons onderzoek laat dus geen conclusies toe over de relatie tussen sterke ontkenning en sociaal en emotioneel functioneren.

De tweede beperking is dat het aantal patiënten in de loop van het onderzoek afnam, veelal door overlijden. Wij hopen dit probleem te hebben ondervangen met behulp van de statistische bewerking, maar oververtegenwoordiging van relatief gezonde patiënten op de langere termijn kan niet uitgesloten worden.

Klinische betekenis

Onze resultaten roepen enkele vragen op. Ten eerste: als een bepaalde mate van ontkenning een gunstig effect kan hebben op de emotionele en sociale aanpassing van longkankerpatiënten, betekent dit dan dat artsen terughoudend moeten zijn met het vertellen van de diagnose? Dit is zeker niet het geval, want zonder voorlichting over de ernst van de ziekte is het niet mogelijk de ziekte te ontkennen. Bovendien is iedere arts in Nederland wettelijk verplicht de patiënt te informeren over de ziekte, de behandeling en de prognose. De meeste patiënten willen realistische informatie en waarderen openhartigheid van de dokter.[19,20]

De tweede vraag is daarom: als een patiënt ontkent, moeten we dat dan respecteren of moeten we hem confronteren met de werkelijkheid? Op basis van de resultaten van dit onderzoek lijkt het aanbevelenswaardig om uit te zoeken welke informatie de patiënt kan en wil horen. Indien de ontkenning interfereert met besluitvorming over de behandeling, staat de arts voor een dilemma. Men zal in dat geval moeten afwegen wat in het belang van de patiënt is.

Foto: Chris Keulen/Hollandse Hoogte

Op basis van klinische ervaring zijn er richtlijnen ontwikkeld voor het hanteren van ontkenning.[3;21-26] Zorgvuldige exploratie van de ontkenning en de context, functie en gevolgen ervan kan de clinicus handvatten bieden om informatie gedoseerd te verstrekken.

In ons tijdperk waarin overmatige zelfonthulling wordt bevorderd door de media en door sociale druk om emoties te uiten, lijken patiënten die zich willen beschermen tegen bedreigende feiten en gevoelens zich te moeten verdedigen. Ontkenning kan een rol spelen bij deze bescherming en moet in zo'n geval gerespecteerd worden. ■

LITERATUUR

1 Vos MS, Putter H, Van Houwelingen HC, De Haes HCJM. Denial in lung cancer patients: A longitudinal study. Psychooncology 2008;17:1163-71.
2 Lazarus RS: Denial, its costs and benefits. In: Ahmed PI, editor. Living and dying with cancer. New York: Elsevier, 1981.
3 Rabinowitz T, Peirson R. 'Nothing is wrong, doctor': Understanding and managing denial in patients with cancer. Cancer Invest 2006;24:68-76.
4 Goldbeck R. Denial in physical illness. J Psychosom Res 1997;43:575-93.
5 Kreitler S. Denial in cancer patients. Cancer Invest 1999;17:514-34.
6 Orr E. Open communication as an effective stress management method for breast cancer patients. J Human Stress 1986;12:175-85.

Foto: Bert Spiertz/Hollandse Hoogte

7 Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. Psychosom Med 1997;59:408-18.
8 Vos MS, De Haes JCJM. Denial in cancer patients, an explorative review. Psychooncology 2007;16:12-25.
9 Vos MS, Putter H, Leurs A, Rooijmans HGM, De Haes HCJM, Van Houwelingen HC. The denial of cancer interview: Development and first assessment of psychometric properties in lung cancer patients. Patient Educ Couns 2007;67:224-34.
10 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiat Scand 1983;67:361-70.
11 Vos MS, Putter H, Van Houwelingen HC, De Haes HCJM. Denial and physical outcomes in lung cancer patients: A longitudinal study. Lung Cancer 2010;67:237-43.
12 Badr H, Taylor CLC. Social constraints and spousal communication in lung cancer. Psychooncology 2006;15:673-83.
13 Westerman MJ, The AM, Sprangers MAG, Groen HJM, Van der Wal G, Hak Y. Small-cell lung cancer patients are just 'a little bit' tired: Response shift and self-presentation in the measurement of fatigue. Qual Life Res 2007;16:853-61.
14 Taylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychol Bull 1988;103:193-210.
15 Taylor SE, Brown JD. Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. Psychol Bull 1994;116:21-7.
16 Taylor SE. Adjustment to treatening events: A theory of cognitive adaptation. Am Psychol 1983;38:1161-73.
17 Ullrich PM, Rothrock NE, Lutgensdorf SK, Jochimsen PR, Williams RD. Adjustment and discussion of cancer: A comparison of breast and prostate cancer survivors. Psychol Health 2008;23:391-406.
18 Glinder JG, Beckjord E, Kaiser CR, Compas BE: Psychological adjustment to breast cancer: Automatic and controlled respones to stress. Pychol Health 2007;22:337-59.
19 Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leigh N, et al. Communicating with realism and hope: Uncurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol 2005;23:1278-88.
20 Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL. Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. Br J Urol 2004;93:47-51.
21 Greer S. The management of denial in cancer patients. Oncology (Williston Park) 1992;6:33-6.
22 Cannon B, Huffman JC, Stern TA. The management of denial. In: Stern TA, Heram JB, Slavin PL, editors. Massachusetts General Hospital guide to primary care. 2nd ed. Columbus (OH): McGraw-Hill, 2004.
23 Kunkel EJ, Woods CM, Rodgers C, Myers RE. Consultations for 'maladaptive denial of illness' in patients with cancer: Psychiatric disorders that result in noncompliance. Psychooncology 1997;6:139-49.
24 Ness DE, Ende J. Denial in the medical interview: Recognition and management. JAMA 1994;272:1777-81.
25 Brock G, Gurekas V, Deom P. Denial among cancer patients: Tips and traps. Can Fam Physician 1993;39:2581-4.
26 Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. J Cancer Educ 1992;7:41-54.

Kankeren...

Mijn laaggradige non-Hodgkin blijft helaas voor verrassingen zorgen. Met een zware sepsis en vrijwel in shock beland ik op de intensive care. 'Als u familie uit het buitenland wilt laten komen, kunt u beter haast maken', krijgt mijn vrouw te horen. Zoons uit New York en Tilburg kwamen over.

Na vijf dagen vormde de afdeling Interne voldoende vervanging van de IC. Alleen moesten nog even de infusen uit mijn lies... Paniek! Ze waren door een slagaderwand gehaald, zodat het wegnemen tot een enorm bloedbad en grote vlekken in de gordijnen om mij heen leidde. Een arts met handen als kolenschoppen heeft zich vervolgens een halfuur te barsten staan werken om de boel dicht te krijgen. Op de excuses voor de blunder is het overigens nog wachten. Geen enkele arts heeft de gebeurtenis bij mij aangekaart/willen aankaarten/durven aankaarten/mogen aankaarten...

Zo'n sepsis – heb ik geleerd – doet je totale systeem overigens volledig ineenstorten. Bijna niets functioneert nog vanzelf. Als een verzwakt oud mannetje strompel ik over de afdeling, een grote wond in mijn lies als gevolg van een oedeem open en bloot(!) met mij meevoerend. Je denkt dat je het met het fysieke lijden wel gehad hebt... Vergeet het maar. De wond moet dagelijks worden uitgespoeld. Met twee zusters in een kingsize badkamer. 'Kunt u uw benen nog een beetje wijder uit elkaar doen, mijnheer Van der Voort?' 'Jaaa! Zo, dat is prachtig. Kijk eens, Maria, hoe goed mijnheer zijn benen spreiden kan...'

Ik griezel. Wat lijkt het nog maar schrikbarend kort geleden dat alleen al de suggestie dat mooie twintigjarige verpleegkundigen iets in de buurt van mijn liezen te zoeken zouden hebben, mij krankzinnig van opwinding zou hebben gemaakt.

Een andere dag heb ik een 'klein ongelukje' gehad. 'Oh, maar dat geeft helemaal niets hoor, meneer, dat kan iedereen gebeuren.' (Tja, wat kun je een baby kwalijk nemen?) Ik heb desalniettemin met stijgende waardering naar die altijd toegewijde, aardige, opgewekte en hulpvaardige houding van het verplegend personeel zitten kijken. Ongelooflijk dat je zo bereid bent je voor anderen in te zetten. Maar een cursusje inlevingsvermogen, waarbij je leert dat de patiënt ook nog een persoon wil blijven, zou wellicht geen kwaad kunnen.

Ziekenhuizen laten zich er de laatste jaren nogal eens op voorstaan dat hun artsen 'communicatie' hoog in het vaandel hebben. Dat onderwerp interesseert mij natuurlijk bijzonder. Naar mijn idee hebben de meeste ziekenhuizen er echter geen bal van begrepen. Ja, expliciet autoritair word je meestal niet meer benaderd. Ze zouden ook wel gek zijn, met al die vergelijkingssites en polls, als ze zich op een zo goed waarneembaar element laag zouden laten scoren.

Maar over die al dan niet fictieve klantbejegening heb ik het niet. Men lijkt te denken dat betere communicatie primair is bedoeld om het ziekenhuismilieu gezelliger te maken. Met regelmaat van de klok meldden zich artsen van divers pluimage aan mijn bed om met mij een praatje te maken. Het was ongetwijfeld goed bedoeld, maar het waarom ontging mij vaak. Dit vooral omdat ik met de punten die ik naar voren bracht (over het wel erg duidelijke gebrek aan stroomlijning van mijn eigen behandeling) geen poot aan de grond kreeg. Communicatie in een bedrijf hoort zich in de eerste plaats op het stroomlijnen van het primaire proces te richten. Dat betekent dat er juiste en tijdige overdracht van informatie plaatsvindt, dat er duidelijkheid is over wie waarvoor verantwoordelijk is, dat de afgesproken tijden worden nagekomen. (Heeft de dokter wel eens vanaf 10.30 uur frisgewassen en met ontbloot onderlijf klaargelegen voor 'de grote visite', die uiteindelijk om 14.30 (!) uur arriveert?) Geen verklaring, geen sorry, zelfs geen toespeling. Maar vriendelijk, dat wel...!

Eindelijk, na twee weken, mocht ik naar huis. Voor die avond kreeg ik medicijnen mee. Die voor morgen kunnen bij de apotheek gehaald worden. Het recept wordt gefaxt. Mijn trouwe mantelzorgster toog 's morgen naar de apotheek. Nee, geen recept ontvangen. Thuis even gebeld: het komt er nú aan. Weer naar de apotheek: er is nog niets. Weer even gebeld...

Het is heus niet alles NUON of UPC. En denk nou niet dat die ménsen niet aardig zijn. Het komt door het systeem, waarin men onvoldoende denkt in het belang van de afnemers. Die hebben veel (zakelijke!) informatie nodig om zo veel mogelijk mee te kunnen beslissen. Die moeten de zekerheid hebben dat dokters hun behandelingen bij een patiënt goed op elkaar afstemmen. Die hebben er recht op dat wat er gebeurt met honderd procent zekerheid wordt bepaald door medische redenen en niet door onderlinge rivaliteit.

Een goed doordachte stroomlijning van het hele proces, daar heb je wat aan als patiënt. Als het geheel dan ook nog enige aardigheid uitwasemt, is dat mooi meegenomen, maar zeker niet essentieel.

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl

Sandra Beijer, Jaap van Binsbergen

BESCHOUWING

Voeding bij kanker

Samenvatting

Beijer S, Van Binsbergen JJ. Voeding bij kanker. Huisarts Wet 2011;54(11):-608-11.

Voor patiënten met kanker is een optimale voedingstoestand van groot belang om de behandelingen te kunnen doorstaan, complicaties te beperken en de kwaliteit van leven te verbeteren. Huisartsen gaan bij ongewild gewichtsverlies – terecht – het liefst voortvarend achter de primaire diagnose aan. Daardoor kunnen de voedingsaspecten ondergesneeuwd raken.

Ondervoeding komt voor bij meer dan de helft van alle kankerpatiënten, en is het gevolg van onvoldoende inname, metabole ontregeling of een combinatie van beide. Door metabole ontregeling wordt behalve vet ook spiermassa afgebroken. Bij een aantal vormen van kanker en bij sommige chemotherapieën kan sarcopenie of sarcopene obesitas optreden, waarbij spiermassa verloren gaat terwijl het lichaamsgewicht gelijk blijft of zelfs toeneemt.

De voedingsproblematiek bij kanker is heel divers en bij patiënten en verzorgers leven doorgaans veel onduidelijkheden over de voeding. Dit alles vraagt om een anticiperende benadering van de huisarts.

INLEIDING

Voeding is een belangrijk onderdeel van de zorg aan patiënten met kanker. Voldoende en goede voeding zijn belangrijk om de noodzakelijke antitumorbehandelingen te kunnen doorstaan, én om het herstel en de kwaliteit van leven te bevorderen. Als je kanker hebt, is normaal kunnen eten echter niet vanzelfsprekend. De aandoening zelf én de behandelingen verstoren vaak het vermogen om goed te eten, zodat voedingstoestand en conditie achteruit gaan.

Ondervoeding komt bij meer dan de helft van alle kankerpatiënten voor, met name wanneer de kanker een vergevorderd stadium bereikt heeft.[1] Ondervoeding is geassocieerd met een kortere levensverwachting, slechtere kwaliteit van leven, grotere kans op complicaties, hogere mortaliteit na chirurgie en heftigere bijwerkingen van radio- en chemotherapie.[2] De opvatting dat kankerpatiënten juist géén voedingsondersteuning zouden moeten krijgen omdat dat de tumorgroei zou bevorderen, is onjuist. Voeding komt weliswaar zowel aan tumorcellen als aan gewone cellen ten goede, maar van onvoldoende voeding ondervindt de gastheer de meeste schade.

VOEDINGSPROBLEMEN BIJ KANKER

De voedingsproblematiek bij kanker is divers: het hangt onder andere af van de soort tumor, het stadium, de behandeling en de daardoor optredende klachten. Voor informatie over de diverse tumoren en hun specifieke voedingsproblematiek verwijzen wij naar het binnenkort te verschijnen *Handboek voeding bij kanker*.[3]

Ondervoeding

Ondervoeding bij kanker kan het gevolg zijn van onvoldoende inname van voeding of van metabole ontregeling, maar doorgaans is het een combinatie van beide. Ondervoeding door onvoldoende inname staat op de voorgrond bij obstructies en functieverlies in het hoofd-halsgebied of het maag-darmkanaal, en ook wanneer er sprake is van verhoogde behoefte (wondgenezing, koorts), grote verliezen (ernstige diarree), bepaalde klachten (slechte eetlust, mondproblemen, misselijkheid) en onvoldoende zelfzorg of te weinig hulp bij het eten. Ook komt het voor dat behandelingen en controlebezoeken zoveel reis- en wachttijd kosten dat de patiënt onvoldoende gelegenheid overhoudt om rustig te eten.

Ondervoeding door metabole ontregeling staat op de voorgrond bij long- en pancreastumoren en bij alle tumoren in een vergevorderd stadium. De tumor zelf en/of het immuunsysteem dat op de tumor reageert, maken cytokines aan die de eetlust remmen. Zoals [**figuur 1**] laat zien, spelen deze cytokines een voorname rol bij ontregelingen in de koolhydraat-, eiwit- en vetstofwisseling. Door deze metabole ontregeling wordt behalve vet ook spiermassa afgebroken, zodat niet alleen het lichaamsgewicht maar ook de spierkracht afneemt. Dat leidt tot vermoeidheid, spierzwakte en functionele beperkingen. De combinatie van verminderde inname en metabole ontregeling noemt men het anorexie-cachexiesyndroom, dat kan leiden tot cachexie, een sterk verslechterde lichamelijke gesteldheid met extreme vermagering waarbij zowel de vetmassa als de vetvrije massa zijn afgenomen en waarbij spieratrofie en ernstig verlies van spierkracht optreden.[4]

Ondervoeding door onvoldoende inname is tegen te gaan door extra energie en voedingsstoffen aan te bieden. Ondervoeding op basis van metabole ontregeling daarentegen is niet te herstellen door het voedingsaanbod alleen, want ook

De kern

- Een goede voedingstoestand is voor patiënten met kanker van groot belang.
- De aard van de voedingsinterventie zal afhangen van de lokatie van de tumor, het type kanker, het stadium, de behandeling en de hierbij optredende klachten, het medisch behandeldoel en de prognose.
- Sarcopenie en sarcopene obesitas zijn vormen van ondervoeding die niet gemakkelijk herkend worden.
- Beweging is essentieel voor het behoud van spiermassa. Een bewegingsadvies, hoe contra-intuïtief ook, moet deel uitmaken van iedere voedingsinterventie.

Integraal Kankercentrum Zuid, Sector Onderzoek, Postbus 231, 5600 AE Eindhoven: dr. S. Beijer, diëtist, epidemioloog. UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: prof.dr. J.J. van Binsbergen, huisarts en bijzonder hoogleraar Voedingsleer en Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: s.beijer@ikz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

bij voldoende inname van energie en nutriënten gaat de afbraak van vet- en spiermassa door zolang de onderliggende mechanismen niet worden aangepakt. Maar ook als genezing niet mogelijk blijkt en de metabole ontregeling dus aanhoudt, blijft voedingsinterventie toch zinvol om de verslechtering van de voedingstoestand zo veel mogelijk te beperken. Onvoldoende voedselinname leidt altijd tot extra complicaties of tot sneller overlijden. Voedingsinterventie geeft tijdwinst om de geplande behandelingen onder optimale voedingscondities te kunnen verrichten om zo curatie of maximale palliatie te bereiken.

Sarcopenie en sarcopene obesitas

Sarcopenie en sarcopene obesitas zijn vormen van ondervoeding waarbij spiermassa en spierkracht verloren gaan terwijl de vetmassa gelijk blijft of zelfs toeneemt. Er treedt dan weinig of geen gewichtsverlies op (sarcopenie), soms zelfs ernstig overgewicht (sarcopene obesitas). Dit wordt gezien bij een aantal vormen van kanker, zoals borstkanker, prostaatkanker en darmkanker, en bij sommige vormen van chemotherapie.[5] Sarcopenie kan worden ingedeeld in primaire sarcopenie, die het gevolg is van het normale verouderingsproces, en secundaire sarcopenie, die kan optreden bij onvoldoende lichaamsbeweging, metabole ontregeling en onvoldoende inname van met name eiwit.

Deze vormen van ondervoeding zijn niet gemakkelijk te herkennen omdat ondervoeding in eerste instantie juist wordt geassocieerd met een laag of afnemend gewicht. Sarcopenie is alleen vast te stellen aan de hand van veranderingen in de spiermassa. Daar zijn diverse methoden voor, zoals meting van de bovenarmomtrek – al of niet in combinatie met huidplooimetingen –, handknijpkrachtmeting en bio-elektrische impedantieanalyse.

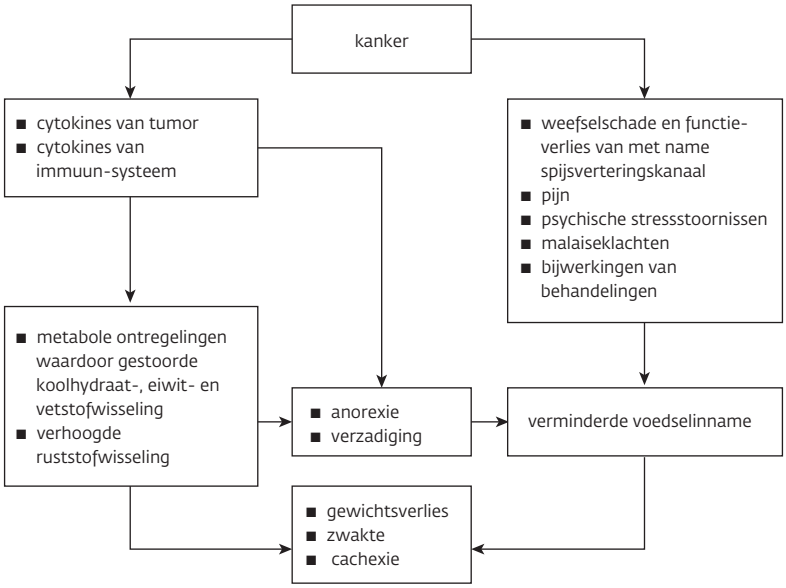
Sarcopenie en sarcopene obesitas gaan gepaard met functieverlies, vermoeidheid, verminderde zelfredzaamheid, krachtverlies en een slechtere prognose. Kankerpatiënten met een bestaande hoge *body mass index* (BMI) of die in gewicht toenemen na diagnose hebben bovendien meer kans op een recidief, een tweede tumor, andere chronische ziekten, een kortere overleving en een slechtere kwaliteit van leven.

SCREENING EN DIAGNOSTIEK

Voor de eerste lijn is de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraak (LESA) Ondervoeding ontwikkeld, die richtlijnen bevat voor de samenwerking tussen huisartsen, diëtisten en verpleegkundigen bij het vroegtijdig signaleren, diagnosticeren en verlenen van zorg aan patiënten met (risico op) ondervoeding.[6] De huisarts of praktijkondersteuner stelt de diagnose aan de hand van de criteria in de [**tabel**]. Nadeel van deze criteria is overigens dat een verlies van spiermassa niet wordt gesignaleerd als het niet samengaat met gewichtsverlies en al helemaal niet als het gewicht juist is toegenomen.

In de LESA is afgesproken dat de huisarts (praktijkondersteuner) patiënten met risico op ondervoeding zelf begeleidt en algemene adviezen geeft voor eiwit- en energieverrijkte voeding (NHG-Patiëntenbrieven over ondervoeding zijn te vinden op http://nhg.org). Zij verwijzen patiënten met ondervoeding direct door naar de diëtist voor een *nutritional assessment*, een uitgebreide beoordeling van de voedingstoestand waarna wordt bepaald of een voedingsinterventie gewenst is, en zo ja welke.

Figuur 1 **Kankergerelateerd gewichtsverlies**



VOEDINGSINTERVENTIES

Er zijn verschillende typen voedingsinterventies gedefinieerd:[3] goede voeding, adequate voeding, eiwit- en energieverrijkte voeding, eiwitverrijkte voeding en palliatieve voeding. De aard van een voedingsinterventie bij kanker hangt af van het doel van de medische behandeling (curatie of palliatie) en van de prognose. Elke voedingsinterventie heeft een drieledig doel:

Abstract

Beijer S, Van Binsbergen JJ. Nutrition in cancer. Huisarts Wet 2011;54(11):608-11.

It is essential that patients with cancer have an optimal nutritional status in order to enable them to withstand treatment, ward off complications, and improve their quality of life. When confronted with patients with unintentional weight loss, general practitioners tend to focus on the primary diagnosis and forget nutritional aspects, yet malnutrition occurs in more than half of the patients with cancer, even in those who maintain or gain weight. Difficulty eating, metabolic disturbances, and lack of physical activity, singly or in combination, have a substantial impact on the muscle mass. Many patients and carers are uncertain about what constitutes good nutrition, and this is something that general practitioners should anticipate. Nutritional interventions differ per patient and are dependent on the type and stage of cancer and the type of treatment. In general, it is important to screen for signs of deterioration of nutritional status and to emphasize the importance of nutritional intervention in combination with physical activity.

- het beantwoorden van vragen over voeding;
- het handhaven, verbeteren of niet onnodig laten verslechteren van de voedingstoestand;
- het verminderen of niet onnodig doen verergeren van de klachten door voeding.

Goede voeding

De *Richtlijnen goede voeding* van de Gezondheidsraad[7] vormen een goed uitgangspunt voor patiënten die de behandeling met succes hebben afgerond, in goede conditie zijn en een normaal, stabiel gewicht hebben. De richtlijnen zijn gericht op behoud van gezondheid en preventie van overgewicht, diabetes, hart-en vaatziekten, tandcariës en bepaalde vormen van kanker. Deze voeding helpt ook het risico op een recidief of een tweede tumor te verminderen.

Adequate voeding

Dit voedingsadvies kan worden gegeven als het gewicht stabiel is, de behandelingen weinig belastend zijn en er geen complicaties optreden. Adequate voeding levert voldoende energie en voedingstoffen om de voedingstoestand te handhaven en is toereikend voor het dagelijks functioneren. Adequate voeding is gericht op de actuele situatie, niet op gezondheidsbevordering op lange termijn. Adviezen ter preventie van andere chronische ziekten hebben geen prioriteit.

Tabel Criteria voor (risico op) ondervoeding

	Volwassenen tot 65 jaar	Ouderen
Ondervoeding	■ > 5% gewichtsverlies in de laatste maand ■ > 10% gewichtsverlies in het afgelopen half jaar ■ BMI < 18,5	> 5% gewichtsverlies in de laatste maand > 10% gewichtsverlies in het afgelopen half jaar BMI < 20
Risico op ondervoeding	■ gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar ■ 3 dagen (vrijwel) niet gegeten ■ 1 week minder dan normaal gegeten	■ gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar ■ 3 dagen (vrijwel) niet gegeten ■ 1 week minder dan normaal gegeten

Gewichtsverlies is onbedoeld gewichtsverlies. Ten minste één van de criteria moet aanwezig zijn.
Bron: LESA Ondervoeding.[6]

Foto: Shutterstock/Baloncici

Eiwit- en energieverrijkte voeding

Eiwit- en energieverrijkte voeding is van toepassing bij recent gewichtsverlies door verminderde inname, grote verliezen, grote chirurgische ingrepen, intensieve chemo- of radiotherapie en complicaties zoals koorts. Deze voeding voorziet in een verhoogde hoeveelheid eiwit en energie om de voedingstoestand te verbeteren of te handhaven bij verhoogde behoefte.

Eiwitverrijkte voeding

Deze voeding is bedoeld om een ongunstige lichaamssamenstelling, zoals bij sarcopenie of sarcopene obesitas, te verbeteren tijdens een niet-belastende behandeling of in een herstelperiode. De voeding bevat een verhoogde hoeveelheid eiwit om de spiermassa te handhaven of te vergroten, terwijl men probeert het gewicht te handhaven of te verminderen.

Palliatieve voeding

Voeding in de palliatieve fase van een maligne aandoening is primair gericht op het welbevinden van de patiënt, en waar mogelijk op het verlichten van – of kunnen omgaan met – de klachten. Het handhaven van de voedingstoestand en het leveren van voldoende energie en voedingstoffen hebben geen prioriteit. Als er slechts beperkte mogelijkheden tot inname zijn, is vocht belangrijker dan energie en voedingsstoffen.

Voedsel en vocht hebben voor de zorg een sterk symbolische waarde. Niet meer eten en drinken is voor de naasten een duidelijk teken van achteruitgang. Vooral als de verzorgers nog niet kunnen accepteren dat de patiënt gaat overlijden, zullen zij geneigd zijn de patiënt aan te sporen tot eten en drinken, desnoods via dieetpreparaten en drinkvoeding. Te veel nadruk op de plicht tot eten en drinken kan echter een grote belasting zijn voor de patiënt. Het wegnemen van deze druk kan zowel voor de patiënt als voor de omgeving bevrijdend werken.[8]

Bij progressie van de ziekte zal een geleidelijke verschuiving optreden van adequate of eiwit- en energieverrijkte voeding naar palliatieve voeding. [**Figuur 2**] illustreert dit.

PRAKTISCHE UITVOERING

Een voedingsadvies zal in eerste instantie uitgaan van voedingsmiddelen waar de patiënt aan gewend is. Zijn deze ontoereikend, dan kunnen ze vervangen worden door andere voedingsmiddelen met vergelijkbare voedingswaarde, of kan de consistentie worden aangepast. Is ook dit onvoldoende, dan kan de voeding worden aangevuld met drinkvoeding, voedingspreparaten en -supplementen, sondevoeding of (in zeer zeldzame gevallen) parenterale voeding.

De overgang op sonde- of parenterale voeding moet goed worden overwogen en voorbereid. Wie de sonde plaatst, wanneer dat gebeurt, de samenstelling van de voeding en de al-

gehele logistiek rond deze toedieningsvorm vergen de nodige aandacht. Bij patiënten in de palliatieve fase moet men bovendien vooraf bedenken dat de voeding bij voortschrijden van de ziekte vroeger of later zal moeten worden gestopt. Starten met deze klinische toedieningsvormen is gemakkelijker dan stoppen: dat laatste kan immers worden ervaren als een levensbeeindigende handeling.

VOEDING IN COMBINATIE MET BEWEGING

Voor opbouw of zelfs maar behoud van spiermassa is lichaamsbeweging essentieel. Bij immobiliteit en inactiviteit neemt de spiermassa altijd af, ook al krijgt de patiënt nog zo veel eiwitten binnen. Aandacht voor beweging is daarom een belangrijk onderdeel van het voedingsadvies aan kankerpatiënten, zowel tijdens als na de behandeling. Zo mogelijk moet de patiënt dagelijks een half uur bewegen: lopen, fietsen of tuinieren. Tijdens de behandeling vinden patiënten en verzorgenden dat minder voor de hand liggen. Vooral patiënten die met ernstige vermoeidheid kampen, zijn niet snel geneigd om te gaan bewegen, en bezorgde naasten zullen eerder aandringen op extra rust dan op extra lichaamsbeweging. Toch is voldoende beweging ook dan noodzakelijk, en het is van belang zowel de patiënt als de mantelzorgers hierover goed voor te lichten.

VOEDINGSSUPPLEMENTEN

Voeding verrijkt met visolie (EPA)

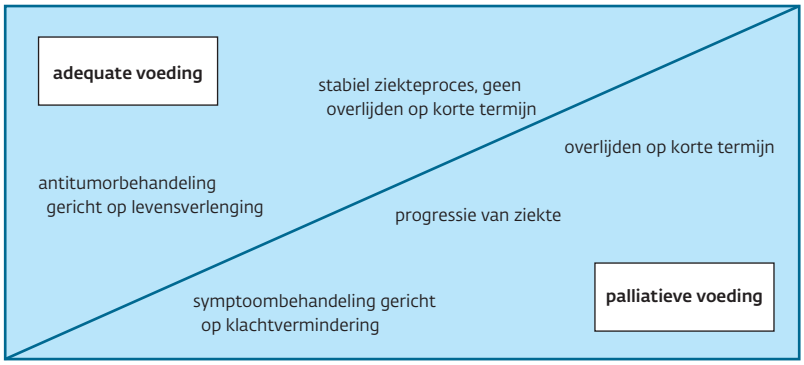
Er is veel te doen over eicosapentaeenzuur (EPA), een essentieel omega-3-vetzuur dat aanwezig is in vette vis en visolie. Enkele niet-vergelijkende onderzoeken bij kankerpatiënten lieten aanvankelijk veelbelovende effecten zien op lichaamsgewicht en overleving, maar dit kon niet worden bevestigd in goed opgezet gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.[9] Er zijn verschillende soorten drink- en sondevoeding op de markt die verrijkt zijn met EPA, en patiënten die er via bekenden, tijdschriften of internet over horen, kunnen vragen hebben over het nut ervan. Het is de taak van de hulpverlener om de onzekerheid omtrent de werkzaamheid van EPA met de patiënt te bespreken. De patiënt beslist uiteindelijk zelf of hij de voeding gaat gebruiken.

Vitaminen- en mineralenpreparaten

Vitaminen en mineralen hebben niet alleen maar positieve effecten op ziekte en gezondheid. Supplementen met hoge doseringen vitaminen en mineralen kunnen in theorie ook de vorming en groei van tumoren bevorderen. In een aantal onderzoeken had de groep patiënten die zulke supplementen kreeg een slechtere respons op de behandeling en/of een slechtere overleving.[10]

Patiënten die veel met vitaminen en mineralen verrijkte voedingsmiddelen gebruiken of die preparaten slikken met hoge doseringen vitaminen en mineralen, hebben al gauw kans op een overdosis. Ook bij gelijktijdig gebruik van drinken/of sondevoeding kan de veilige bovengrens snel worden overschreden.

Figuur 2 **Verschuiving van adequate naar palliatieve voeding bij beperkte levensverwachting**



Bron: Doornink N, Vogel J. Informatorium voor voeding en diëtetiek. Juli 2008. Voeding bij oncologische aandoeningen. XIIa: 1-38.

Het is de taak van huisarts en diëtist om structureel navraag te doen naar het gebruik van met vitaminen en mineralen verrijkte eet- of drinkwaren en supplementen. De aanbeveling luidt: reduceer de maximale dosis vitaminen en mineralen in supplementen tot 100% van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid bovenop een normale voedingsinname.

TOT SLOT

Huisartsen gaan bij ongewild gewichtsverlies – terecht – voortvarend achter de primaire diagnose aan en vergeten de voedingsaspecten nogal eens. Toch verdienen deze van het begin af aan de volle aandacht. Bij patiënten en verzorgers leven doorgaans veel onduidelijkheden over voeding die om een anticiperende benadering van de huisarts vragen. Een optimale voedingsstatus is voor de patiënt met kanker van groot belang. ■

LITERATUUR

1 Wie GA, Cho YA, Kim SY, Kim SM, Bae JM, Joung H. Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea. Nutrition;26:263-8.
2 Expertgroep landelijke richtlijn ondervoeding bij kanker. Richtlijn ondervoeding bij kanker (1.0). Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), te verschijnen 2011.
3 Vogel J, Beijer S, Doornink N, Wipkink A (redactie). Handboek voeding bij kanker. Utrecht: De Tijdstroom, te verschijnen 2012.
4 Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol;12:489-95.
5 Demark-Wahnefried W, Peterson BL, Winer EP, Marks L, Aziz N, Marcom PK, et al. Changes in weight, body composition, and factors influencing energy balance among premenopausal breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. J Clin Oncol 2001;19:2381-9.
6 Mensink P, De Bont M, Remijnse-Meester T, Kattemölle-van den Berg S, Liefaard A, Meijers J, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Ondervoeding. Huisarts Wet 2010;53:S7-10.
7 Kok FJ, Van Binsbergen JJ, Breedveld BC, Büller HA, Feskens EJM, Van der Greft AM, et al. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006. Publicatie nr 2006/21.
8 De Graeff A, Van Bommel J, Van Deijck R, Van den Eynden B, Krol R, Oldenmenger W, et al. Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2010.
9 Dewey A, Baughan C, Dean T, Higgins B, Johnson I. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega-3 fatty acid from fish oils) for the treatment of cancer cachexia. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 1. Art. No.: CD004597.
10 Lawenda BD, Kelly KM, Ladas EJ, Sagar SM, Vickers A, Blumberg JB. Should supplemental antioxidant administration be avoided during chemotherapy and radiation therapy? J Natl Cancer Inst 2008;100:773-83.

François Schellevis

COMMENTAAR

Prominente rol huisarts in de oncologische nazorg

In een recent verschenen rapport doet KWF Kankerbestrijding aanbevelingen om de verantwoordelijkheid voor optimale zorg aan patiënten met kanker, met name in de fase na de primaire behandeling, meer dan voorheen ook bij de eerstelijnszorg te leggen.[1] Op het gebied van vroegdiagnostiek en in de terminale fase speelt de huisarts al langer een belangrijke rol. Zeker nu kanker steeds meer het karakter krijgt van een chronische ziekte ligt het voor de hand ook de nazorg aan patiënten met kanker zoveel mogelijk te integreren in de generalistische eerstelijnszorg. Goede afspraken tussen de eerste en de tweede lijn over taakverdeling en verantwoordelijkheden, adequate communicatie tussen zorgverleners onderling en met de patiënt zijn belangrijke randvoorwaarden voor optimale zorg.

ADVIES VAN DE GEZONDHEIDSRAAD

Patiënten die worden behandeld vanwege kanker – zeker als die behandeling in opzet curatief is – worden in de regel langdurig gevolgd. De nazorg en controles dienen verschillende doelen: a) begeleiding en behandeling van de gevolgen van de ziekte en de behandeling (in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht); b) vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker (recidief, metastase of nieuwe tumor) en c) evaluatie van de kwaliteit van het medisch handelen.[2] De Gezondheidsraad gaf in 2007 in zijn advies over de nazorg bij kanker al verschillende suggesties om de huisarts meer te betrekken bij de nazorg en nacontrole van kankerpatiënten.[2] Zo ziet de Gezondheidsraad een belangrijke taak voor de huisarts weggelegd bij de vroege signalering van nieuwe manifestaties van kanker en de late gevolgen van de behandeling. Ook vindt de Gezondheidsraad dat gegevens in het dossier van de huisarts kunnen bijdragen aan onderzoek naar de kwaliteit en langetermijneffecten van het medisch-specialistisch handelen. Een grotere rol van de huisarts bij de nazorg is ook uit oogpunt van doelmatigheid wenselijk op grond van het adagium de zorg zo dicht mogelijk bij huis te verlenen.

RAPPORT VAN KWF KANKERBESTRIJDING

Het advies van de Gezondheidsraad uit 2007 vormde de belangrijkste aanleiding voor KWF Kankerbestrijding om een verkennend onderzoek uit te voeren naar de mogelijke rol van de eerstelijnszorg voor patiënten met kanker in de fase na de primaire behandeling.[1] Het recent verschenen rapport hierover bevat tien kernaanbevelingen op het gebied van a) de klinische praktijk; b) de organisatie, uitvoering en financiering van de zorg; c) opleiding, deskundigheidsbevordering en patiënteneducatie en d) onderzoek. Kort samengevat adviseert KWF Kankerbestrijding dat patiënten met kanker na de primaire behandeling in principe onder de hoede van de huisarts komen. Een individueel zorgplan met afspraken over de rol van de huisarts, de oncologisch specialist en de patiënt bij de nazorg vormt daarvoor de leidraad. Uit de aanbevelingen wordt ook duidelijk dat er aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan voordat dit werkelijkheid kan worden: een proactieve opstelling van de huisarts, gerichte inschakeling van andere professionals op geleide van de noden en behoeften van de patiënt, de ontwikkeling van een zorgmodel voor de generieke aspecten van nazorg bij kanker, faciliteiten voor goede communicatie tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg, gezamenlijke opleiding en nascholing van professionals, betrokkenheid van patiënten en meer onderzoek naar optimale vormen van nazorg door de huisarts.

ROL VAN DE HUISARTS

De resultaten van diverse achtergrondonderzoeken bij het rapport van KWF Kankerbestrijding laten zien dat patiënten met kanker nu al regelmatig de huisarts bezoeken, en dat doen ze zelfs vaak als er sprake is van comorbiditeit.[3] Huisartsen zelf zeiden kankerpatiënten als 'gewone' patiënten te beschouwen.[4] Zij bleken zich vooral reactief op te stellen en komen pas in actie als patiënten daarom vragen. De patiënten met kanker vinden echter dat ze te veel werk moeten verzetten om de hulp te krijgen die ze menen nodig te hebben en zouden een proactievere opstelling van de huisarts op prijs stellen. Kankerpatiënten gaven aan goed te begrijpen dat huisartsen niet evenveel kennis hebben als de oncologisch specialist. Ze verwachten echter wel dat de huisarts op de hoogte is van hun situatie en dat hij hen gerichte adviezen geeft of hen helpt daarover informatie te vinden.

Tot op heden is het ongebruikelijk dat huisartsen structureel een actieve rol spelen in de nacontroles en nazorg na de initiële behandeling van patiënten met kanker. De oncologisch specialist speelt een prominente rol en daarom is het niet verwonderlijk dat huisartsen zich terughoudend opstellen. Het KWF-rapport maakt echter duidelijk dat er voldoende argumenten zijn voor een actievere rol van huisartsen in de oncologische zorgketen, zoals ook kankerpatiënten dat graag zien. Huisartsen hebben hun patiënten na de behandeling voor kanker veel te bieden: een generalistische en ziekteoverstijgende persoonsgerichte benadering, een goede beschikbaarheid en bereikbaarheid, en overzicht over en toegang tot een netwerk van eerstelijns- (en zonodig tweedelijns-) zorgverleners. Dit vraagt echter in de eerste plaats om een andere attitude tegenover patiënten met kanker: door de aard van die ziekte zijn het niet alleen 'gewone' patiënten maar ook 'bijzondere' patiënten. Dit rechtvaardigt een proactieve opstelling van de huisarts voor deze patiënten.

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. Publicatienummer 2007/10.
3 Schellevis F, Jabaaij L. Huisarts: ook voor patiënten met kanker. Huisarts Wet 2011;54:619.
4 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.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: prof.dr. F. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling en hoogleraar Huisartsgeneeskunde VUmc Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO+ Instituut • Correspondentie: f.schellevis@nivel.nl

Dit congresnummer van H&W gaat over kanker. Kanker komt steeds vaker voor; naar schatting verdubbelt het aantal contacten van de huisarts met kankerpatiënten de komende tien jaar. Het is een veelzijdig en vaak beladen onderwerp. Veelzijdig zijn ook de materialen die het NHG ter beschikking heeft rond kanker en die recent geïnventariseerd zijn met het oog op eventuele lacunes. De beladenheid heeft vooral te maken met de emotionele impact van kanker. Ook daarin kan het NHG de huisarts ondersteunen. Het zou mooi zijn als we kanker kunnen voorkomen. De module kanker van het Preventieconsult vormt hiertoe een voorzichtige start.

NHG-STANDAARDEN EN KANKER

Twee NHG-Standaarden hebben kanker als onderwerp: 'Diagnostiek van mammacarcinoom' (M07) en 'Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom' (M06). Soms is het onderwerp kanker verstopt in een standaard, zoals prostaatkanker in 'Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen' (M42) of colorectale kanker in 'Rectaal bloedverlies' (M89).

ANDERE BRONNEN

Huisartsen vinden achtergrondinformatie over kanker in één van de ongeveer twintig CBO-richtlijnen over kanker (www.cbo.nl, richtlijnen/oncologie). De Integrale Kankercentra hebben een site in het leven geroepen www.oncoline.nl waarop de informatie rond kanker vanuit meerdere invalshoeken wordt belicht, uitgaande van bestaande richtlijnen. Het gaat niet alleen om medisch-inhoudelijke aspecten maar ook om voorlichting en communicatie. De site bevat zeer veel informatie, maar het is moeilijk om bijvoorbeeld de complicaties van een behandeling te vinden. Verder bevat www.kiesbeter.nl twee keuzehulpen over wel of niet testen op prostaatkanker en wel of geen operatie bij borstkanker.

IMPLEMENTATIEMATERIAAL

Baarmoederhalskanker is via 'Preventie: maatwerk' al jaren een aandachtspunt in de huisartsenpraktijk. Er is een Praktijkwijzer beschikbaar en nascholingsmateriaal voor de praktijkassistente die uitstrijkjes gaat maken. Een belangrijk aspect bij kanker is voorlichting. In de NHG-Ziektebeschrijvingen staat informatie over verschillende vormen van kanker en de uitingen daarvan. Naast de Patiëntenbrieven 'Wel of geen onderzoek naar prostaatkanker' en 'Bloedverlies uit de anus', zijn er Patiëntenbrieven over baarmoederhalskanker en borstkanker. Ook zijn er drie NHG-huisartsenbrochures over zeldzame oncologische aandoeningen: Li-Fraumeni syndroom, Familiaire Adenomateuze Polyposis (FAP) en de ziekte van Von Hippel Lindau (VHL) (www.nhg.org > richtlijnen > zeldzame ziekten).

Scholing van de huisarts kan via de internet-PIN 'Diagnostiek van mammacarcinoom'. Recent is de internet-PIN 'Kanker en Erfelijkheid' uitgekomen. Tegelijkertijd is in samenwerking met het NHG de website www.huisartsengenetica.nl online gegaan. Hier vindt de huisarts alle informatie op het gebied van genetica. Daarnaast ging onlangs de NHG-cursus 'Erfelijke kanker in de spreekkamer' van start, die gebruikmaakt van deze materialen. Twee PIN's over palliatieve zorg en de Asklepion leergang 'Palliatieve zorg' besteden aandacht aan kanker die niet meer te cureren is. Ook is er een kaderopleiding Palliatieve zorg (www.nhg.org.nl/ scholing).

PREVENTIE

De huidige bevolkingsonderzoeken voor borst- en baarmoederhalskanker worden vanaf 2013 waarschijnlijk uitgebreid met darmkanker. Patiënten in de leeftijd van 55-75 jaar ontvangen thuis een set om feces te laten onderzoeken op afwijkende DNA-partikels. Dat is gevoeliger dan het onderzoek op occult bloed. De huisarts zal vooral vragen moeten beantwoorden en in het natraject begeleiden bij een positieve uitslag. Verwijzen voor aanvullend onderzoek is vergelijkbaar met de screening op mammacarcinoom.

Het Preventieconsult Cardiometabool risico zal in 2012 worden uitgebreid met een module kanker. Daartoe behoort waarschijnlijk een ingangsvragenlijst, waarna patiënten worden doorverwezen naar de kankerrisicotest van KWF Kankerbestrijding. Deze kankerrisicotest is een aanpassing van de oorspronkelijke Amerikaanse versie, waarbij op basis van een aantal vragen het risico op kanker laag, gemiddeld of hoog wordt ingeschat. Het gaat om twaalf vormen van kanker. Bij een laag of gemiddeld risico krijgt de patiënt vooral leefstijladviezen. Bij een hoog risico op kanker wordt aanbevolen met de huisarts te overleggen. Het NHG is bezig met de uitwerking van dit onderdeel van het Preventieconsult. Onderdeel daarvan is een webcast 'Screening van kanker'. De lijst vroegsignalen van kanker van de Kankerstichting (www.kwfklachtadvies.nl) is nu al beschikbaar als aanvulling op de kankerrisicotest. Op basis van bijvoorbeeld slikklachten en begeleidende klachten of verschijnselen krijgt de patiënt het advies om naar de huisarts te gaan.

SAMENWERKING

De LESA 'Palliatieve zorg' gaat in op de samenwerking tussen huisarts en thuiszorg in de palliatieve fase van kanker. Het gaat erom voor beide partijen heldere afspraken te maken, zodat de patiënt weet wat hij van wie en wanneer kan verwachten. Voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn is er de FTO-module 'Oncologie. Naar een samenspel tussen eerste en tweede lijn (2010)'. Deze is te downloaden via de site van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (voorheen DGV) www.medicijngebruik.nl/ FTO materialen.

H&W biedt ruimte voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Louwrens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org)

Willemjan Slort, Peter Pype, Myriam Deveugele

NASCHOLING

Communiceren met palliatieve patiënten

INLEIDING

In veel landen krijgt palliatieve zorg de laatste jaren meer aandacht, in Nederland onder andere door het verschijnen van het NHG-Standpunt Palliatieve zorg in 2009.[1] In dit artikel geven we praktische aanbevelingen voor de communicatie tussen huisarts en patiënt in de palliatieve fase. Dat de arts-patiëntcommunicatie belangrijk is, is terdege aangetoond. Effectieve communicatie levert een positieve bijdrage aan het effect van pijnbehandeling, aan therapietrouw en aan het psychologisch functioneren van patiënten. Omgekeerd blijkt ineffectieve communicatie samen te hangen met meer angst, onzekerheid en ontevredenheid over de ontvangen zorg.[2] De arts-patiëntcommunicatie is de afgelopen tientallen jaren aan grote veranderingen onderhevig geweest. Allereerst heeft er een verschuiving plaatsgevonden van paternalistische naar meer op de patiëntgerichte zorg, waarbij de autonomie van de patiënt en *shared decision making* centraal kwamen te staan. Ook de wijze waarop de arts de patiënt een ernstige diagnose meedeelt, is veranderd. Waar vroeger de nadruk lag op het verzachten en verzwijgen van diagnose en prognose, is het tegenwoordig goed gebruik de waarheid te vertellen.[3] Het lijkt logisch dat bovengenoemde veranderingen ook gelden voor communicatie aan het einde van het leven. Goed communiceren met de patiënt en diens naasten aan het einde van het leven is vaak niet gemakkelijk. In deze fase ontstaat meestal een complexe situatie waarin lichamelijke, psychosociale en spirituele aspecten nauw verweven zijn. Vaak ook zijn er sterke emoties bij zowel de patiënt en diens naasten als de zorgverleners.

De praktische aanbevelingen in deze nascholing zijn gebaseerd op de resultaten van een recent verschenen systematische review en een kwalitatief onderzoek van de eerste auteur (WS).[4,5] Daaruit kwamen drie categorieën aandachtspunten naar voren, waarvan de eerste letters de zogeheten AAA-checklist vormen [**tabel**]:

- *aanwezigheid* voor de patiënt;
- *actuele onderwerpen* die aan de orde gesteld moeten worden;
- *anticiperen* op diverse scenario's.

Huisarts Peter Valentijn komt in gedachten verzonken thuis. Hij heeft net in het verzorgingshuis zijn laatste bezoek van de dag afgelegd bij Jette Vanderkinderen, een dame van 82 jaar. Voor haar komt het einde van het leven nu snel dichterbij, sinds deze morgen is ze comateus. Peter kijkt met voldoening terug op de lange periode dat hij haar zorg kon bieden en op de vele gesprekken die ze samen hebben gevoerd. Gisteren bedankte ze hem nog voor de goede zorg die hij haar man had gegeven. En hij begreep dat ze daarmee veel meer bedoelde...

Samenvatting

Slort W, Pype P, Deveugele M. Communiceren met palliatieve patiënten. Huisarts Wet 2011;54(11):614-7.

Dit artikel geeft aan de hand van een casus praktische aanbevelingen voor de communicatie met patiënten in de palliatieve fase. De aanbevelingen vormen samen de AAA-checklist: aanwezigheid, actuele onderwerpen, anticiperen. Door tijd te nemen, ruimte te bieden, actief te luisteren, zich faciliterend te gedragen, samen besluiten te nemen en bereikbaar te zijn is de huisarts gedurende de palliatieve fase *aanwezig* voor de patiënt. Daarbij stelt de huisarts proactief enkele *actuele onderwerpen* aan de orde: diagnose en prognose, klachten en zorgen, wensen voor de korte termijn, unfinished business, behandeling en zorg. Bovendien *anticipeert* de huisarts op diverse scenario's door vervolgafspraken aan te bieden en door mogelijke complicaties, wensen voor de langere termijn, het feitelijke sterven en beslissingen rond het levenseinde te bespreken.

VUmc, EMGO+-Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: W. Slort, onderzoeker, huisarts te Zevenbergen. Universiteit Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg: P. Pype, praktijkassistent communicatietraining, huisarts te Gits, equipe-arts netwerk palliatieve zorg Midden West-Vlaanderen. Universiteit Gent, vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnszorg: prof.dr. M. Deveugele, hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg • Correspondentie: w.slort@slortentan.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

AANWEZIGHEID VAN DE HUISARTS VOOR DE PATIËNT

In de palliatieve fase zal het leven voor de patiënt en diens naasten in relatief korte tijd sterk veranderen. De ziekte wordt ernstiger en de uiteindelijke vooruitzichten zijn ongunstig. Dat kan onzekerheid en ontreddering met zich meebrengen. Juist in deze periode kan de huisarts door zijn ervaring met het begeleiden van patiënten in de palliatieve fase een bondgenoot zijn die de patiënt en diens naasten helpt deze periode zo goed mogelijk vorm te geven.[6] De huisarts is hierbij als professional en als persoon aanwezig voor de patiënt.[7] We onderscheiden daarin zes aandachtspunten.

Tijd nemen

De huisarts dient voldoende tijd te nemen voor de patiënt. Sommige gespreksonderwerpen zijn emotioneel en vragen meer tijd voor een zorgvuldige bespreking. Verschillende nonverbale aspecten van het gedrag (blijven staan of gaan zitten, jas aanhouden of uitdoen, lichaamshouding, spreektempo) kunnen de indruk wekken dat de huisarts rustig de tijd neemt of daarentegen juist gehaast is.

De kern

- De huisarts kan in de palliatieve fase een belangrijke bondgenoot zijn voor de patiënt en diens naasten.
- Goed communiceren met de patiënt aan het einde van het leven is vaak niet zo makkelijk.
- Goede communicatie met patiënten in de palliatieve fase stoelt op drie aandachtspunten: aanwezig zijn voor de patiënt, actuele onderwerpen aan de orde stellen en anticiperen op diverse scenario's.

Peter Valentijn is huisarts. Hij is 45 jaar en werkt samen met een vrouwelijke collega in een duopraktijk in een plattelandsdorp waar het aangenaam leven en werken is. Hij is al jaren de huisarts van mevrouw Jette Vanderkinderen, die hij Jetje mag noemen. Jarenlang ging hij driemaandelijks bij haar langs om een vinger aan de pols te houden, de bloeddruk te controleren en herhaalrecepten te verzorgen. Dikwijls mondden deze bezoekjes uit in een gezellige babbel waar zowel Jetje als hijzelf prijs op stelden. Vijf jaar geleden is Jetjes man thuis overleden aan prostaatkanker. Die laatste maanden van intense zorg voor haar man hebben tussen Peter en Jetje een band geschapen die de huisarts-patiëntrelatie heeft verdiept. Na het overlijden was er even sprake van dat Jetje zou verhuizen naar een verzorgingshuis, maar uiteindelijk besliste ze toch om thuis te blijven, gesteund door haar kinderen en 'haar' dokter. Negen maanden geleden werd ze ernstig ziek. De longarts naar wie ze door Peter was verwezen, stelde de diagnose grootcellige longtumor. De behandeling doorliep verschillende fasen: pneumectomie zonder nabehandeling, chemotherapie na een recidief in de andere long en recent werd nieuwe activiteit van de tumor vastgesteld. Gedurende deze hele periode bleef Peter in overleg met Jetje en met de behandelend specialist.

Een maand geleden ging Jetjes conditie flink achteruit. Haar dochter bood aan haar moeder in huis te nemen; het alternatief was verhuizen naar het verzorgingshuis. Jetje koos voor het verzorgingshuis. Peter bezoekt haar daar nu elke week. Tijdens de wekelijkse visites gaat er altijd iemand van de verpleging mee. Peter vindt het plezierig over de professionele zorg te kunnen overleggen met de specialist ouderengeneeskunde van de palliatieve afdeling in het nabijgelegen verpleeghuis. Daardoor kan hij voor zijn gevoel nog wat rustiger bij Jetje aanwezig zijn en gesprekken voeren, ook over alledaagse dingen, over haar leven en het naderende einde.

Ruimte geven om alle onderwerpen te kunnen bespreken

De huisarts dient de patiënt voldoende ruimte te geven, zodat alle onderwerpen die de patiënt van belang acht aan de orde kunnen komen. Voor een deel zal de huisarts actief naar bepaalde onderwerpen vragen en daarop ingaan, maar daarnaast moet hij op open wijze exploreren of de patiënt ook andere onderwerpen wil bespreken. Veel patiënten vinden het belangrijk als zij kunnen praten over alledaagse dingen, en gepaste humor wordt daarbij gewaardeerd.

Voor Jetje was het telkens opnieuw bespreken van haar klachten, de resultaten van onderzoeken, en de kansen op een gunstig effect van behandelingen vermoeiend. In die periode werd haar eerste achterkleinkind geboren en dat was voor haar een welkome aanleiding om het eens over iets anders te hebben. Het gebeurde zelfs een keer dat huisarts Peter op huisbezoek kwam zonder dat er over haar ziekte gesproken werd.

Actief luisteren

De soms snelle achteruitgang roept vaak (levens)vragen en emoties op bij de patiënt en diens naasten. In deze zware periode willen patiënten graag dat de huisarts luistert met een open en respectvolle houding, dat hij ingaat op non-verbale signalen en dat hij op die manier thema's aan de orde krijgt waarover de patiënt zelf niet makkelijk spontaan zal beginnen.

Tabel De AAA-checklist

1	Aanwezigheid (van de huisarts voor de patiënt)
	■ tijd nemen ■ ruimte geven om alle onderwerpen te kunnen bespreken ■ actief luisteren ■ faciliterend gedrag (bijvoorbeeld empathisch, respectvol, voorkomend, ook eens spontaan de patiënt opbellen of bezoeken) ■ gezamenlijk besluiten nemen (over diagnostiek en behandelplan) ■ bereikbaarheid (bijvoorbeeld telefoonnummers)
2	Actuele onderwerpen (die door de huisarts aan de orde gesteld moeten worden):
	■ diagnose ■ prognose ■ klachten en zorgen van de patiënt (lichamelijk, psychosociaal en spiritueel) ■ wensen voor nu en de komende dagen ■ unfinished business, afronding van het leven ■ bespreken van opties voor behandeling en zorg naar aanleiding van de genoemde onderwerpen
3	Anticiperen (op diverse scenario's)
	■ vervolgafspraken aanbieden ■ mogelijke complicaties ■ wensen voor de komende weken of maanden (zowel persoonlijke wensen als voorkeuren ten aanzien van medische beslissingen) ■ het feitelijke stervensproces (laatste uren of dagen) ■ beslissingen rond het levenseinde

Faciliterend gedrag

Een spontaan telefoontje of bezoekje van de huisarts wordt gewaardeerd en gezien als uiting van persoonlijke betrokkenheid. Vaardigheden om op empathische wijze te communiceren op metaniveau (over de onderliggende betekenis van een onderwerp of de relatie) zijn ook in de palliatieve zorg belangrijk om de relatie met de patiënt en diens naasten zo goed mogelijk te houden én om voor zichzelf een gezonde balans te bewaren. Immers, problemen in de communicatie tussen huisarts en patiënt kunnen de hulpverlening hinderen. Een blokkade kan bijvoorbeeld ontstaan door vertraging in de diagnostiek, waarbij de huisarts de klacht aanvankelijk als onschuldig inschatte terwijl later blijkt dat het toch om een ernstige diagnose ging. Als huisarts en patiënt dit niet uitpraten, kan dat leiden tot boosheid bij de patiënt en/of schuldgevoelens bij de huisarts. Metacommunicatie kan de huisarts-patiëntrelatie juist verdiepen, maar het vraagt moed van de huisarts om dergelijke zaken aan de orde te stellen.

Abstract

Slort W, Pype P, Deveugele M. Communication in the palliative phase. Huisarts Wet 2011;54(11):614-7.

This article provides practical advice on general practitioner (GP)-patient communication in palliative care, based on recent studies. To be effective communicators, GPs should be (1) *available* for their patients (e.g. taking time, allowing any subject to be discussed, listening actively, shared decision making), (2) take the initiative to talk about several *current issues* (e.g. diagnosis and prognosis, patient's complaints and worries, unfinished business, treatment and care options), and (3) *anticipate* various scenarios (follow-up appointments, possible complications, patient's wishes, the actual process of dying, and end-of-life decisions) before and as they unfold. The first letters of the three categories are used as an acronym for the ACA-checklist.

Gezamenlijk besluiten nemen (over diagnostiek en behandelplan)
De huisarts is de centrale persoon die met de patiënt over diens klachten spreekt en hem optimaal dient te informeren over de diagnostische en therapeutische mogelijkheden, zodat de patiënt kan meebeslissen over het beleid. In de palliatieve fase is het samen met de patiënt besluiten nemen over diagnostiek en behandelplan nog belangrijker dan in andere situaties, omdat in deze fase meer nadruk komt te liggen op 'wat nog zinvol is' en op de kwaliteit van leven. Vanzelfsprekend is het vooral de patiënt die bepaalt wat in de concrete situatie 'zinvol' is en wat 'kwaliteit' inhoudt.

Bereikbaarheid
Veel patiënten zullen in de palliatieve fase vaker contact zoeken met hun huisarts dan daarvoor. Patiënten vinden het belangrijk dat ze hun huisarts goed (telefonisch) kunnen bereiken, dat ze op korte termijn een afspraak kunnen krijgen met de huisarts van hun keuze, dat de huisarts visites aan huis wil komen afleggen en dat de continuïteit van de zorg is gewaarborgd. De huisarts dient de patiënt uit te leggen via welk nummer hij voor welke vragen bereikbaar is tijdens praktijkuren en buiten praktijkuren.

ACTUELE ONDERWERPEN DIE AAN DE ORDE GESTELD MOETEN WORDEN

Het hoort bij het voeren van de regie dat de huisarts proactief een aantal zaken aan de orde stelt om te exploreren welke daarvan voor de patiënt belangrijk zijn. We onderscheiden zes actuele onderwerpen.

Toen huisarts Peter Valentijn van de radioloog gehoord had dat de afwijkingen op de longfoto van Jetje zeer waarschijnlijk op longkanker duidden, ging hij naar Jetje toe met veel twijfels. Hij wist dat hij haar moest doorverwijzen, maar wist niet goed hoe hij het zou aanpakken. Zou hij spreken over een 'ontsteking' of een 'plek op de longen'? Wat zou ze vragen? Hij herinnerde zich nog hoe ontredderd ze was door de diagnose uitgezaaide prostaatkanker bij haar man, en ook hoe ze een jaar lang voor depressie werd behandeld toen haar jongste dochter ging scheiden. Zou ze opnieuw instorten als hij haar het slechte nieuws zou vertellen? Wie weet zou het achteraf helemaal niet om een maligne tumor blijken te gaan.

Peter bleek bezorgder dan Jetje zelf. 'Jette, ik moet je iets zeggen', begon hij. Hij schrok ervan dat hij haar 'Jette' noemde in plaats van 'Jetje'. Ze had het ook gehoord. En ook de ernstige ondertoon in zijn stem. 'Doe maar, Peter', zei ze, 'zeg het maar'. Er volgde een rustig en open gesprek waarbij het woord 'tumor' niet viel, maar wel het woord 'ernstig'. Samen besloten ze dat Jetje het zelf aan haar dochters zou vertellen en dat Peter naar de zoon zou telefoneren. Toen hij naar huis reed, had Peter het gevoel dat Jetje het gesprek had geleid. En het voelde goed aan.

Diagnose en prognose
Diagnose en prognose zijn juist in de palliatieve zorg zo nauw met elkaar verbonden dat we ze hier samen bespreken. Over het meedelen van slecht nieuws is men het in de recente literatuur eens: de patiënt heeft het recht om diagnose en prognose te kennen. Dit recht is in Nederland en België wettelijk vastgelegd.[8,9] Onderzoek toont aan dat artsen veel minder informatie geven dan ze zelf denken, en dat de informatie vaak niet volledig begrijpelijk is voor de patiënt. Daarnaast blijkt de arts vooral geneigd om feitelijke medische informatie te geven, terwijl de patiënt vaak ook behoefte heeft aan inzicht over de gevolgen van de ziekte voor de eigen leefsituatie.

De ambivalente wijze waarop de patiënt en diens naasten, en soms ook artsen, kunnen omgaan met 'de waarheid' heeft grote invloed op de communicatie in de gehele palliatieve fase. De meeste patiënten willen dat hun huisarts eerlijk is over de diagnose en prognose, maar ze wensen ook dat de huisarts ruimte laat voor hoop. Soms zijn huisartsen zo bezorgd over het nadelige effect van hun eventuele openheid over de prognose op de hoop van de patiënt, dat ze de prognose maar liever niet open en accuraat bespreken. Verder is het belangrijk dat de huisarts geregeld expliciet checkt wat de behoefte is van de patiënt en diens naasten aan informatie over hun ziekte en vooruitzichten, omdat deze behoefte kan veranderen gedurende de progressie van de ziekte.

Klachten en zorgen van de patiënt
De palliatieve fase wordt gekenmerkt door een telkens verslechterende conditie. De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt hier vier probleemcategorieën: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel.[10] Het door de huisarts actief exploreren van mogelijke klachten, zorgen en angsten op deze gebieden leidt tot grotere patiënttevredenheid. Bepaalde klachten kunnen door behandelingen en specifieke zorg (gedeeltelijk) verholpen worden. Bij andere klachten realiseren patiënten zich dat de huisarts niet veel aan hun situatie kan veranderen, maar ook dan hebben ze er meestal wel behoefte aan om over hun klachten te praten.

Wensen voor nu en de komende dagen
Om de palliatieve zorg zoveel mogelijk af te stemmen op de patiënt zal de huisarts diens wensen voor nu en de komende dagen inventariseren en het beleid daarop afstemmen. Dit kunnen persoonlijke wensen zijn: de patiënt wil bijvoorbeeld graag naar het huwelijk van een kleinkind maar vraagt zich af of hij de reis wel aankan en of hij wel zo lang rechtop zal kunnen zitten. Het kunnen ook medische wensen zijn: de patiënt wil misschien niet meer naar het ziekenhuis of stelt prijs op geestelijke bijstand.

Unfinished business, afronding van het leven
Het besef dat het leven over niet al te lange tijd afgelopen zal zijn, leidt bij veel mensen tot reflectie. Zij kijken terug op het leven en maken een balans op. De huisarts kan enerzijds ingaan op deze 'afronding van het leven', bijvoorbeeld wanneer oudere patiënten aangeven dat het genoeg is geweest. Anderzijds kan de huisarts ook exploreren of er nog kwesties spelen die 'onaf' zijn, zoals slepende ruzies. De tijd die rest om er iets mee te doen, raakt beperkt. De palliatieve fase kan zo een waardevolle periode zijn waarin afronding van het leven, afscheid nemen en loslaten van de naasten elk hun plaats krijgen.

Bespreken van opties inzake behandeling en zorg

Om de helderheid van het gesprek te bevorderen kan de huisarts de tot dan toe besproken problemen nog eens samenvatten, als inleiding op het af te spreken beleid. Daarna is het zaak om samen met de patiënt te bedenken welk beleid (uitleggen, adviseren, een recept uitschrijven, verwijzen naar een geestelijke en dergelijke) in de ogen van de patiënt zinvol is en diens kwaliteit van leven verhoogt.

ANTICIPEREN OP DIVERSE SCENARIO'S

De huisarts voert de regie over de palliatieve fase. Daar hoort bij dat hij proactief anticipeert op de toekomst door met de patiënt mogelijke scenario's te exploreren. We onderscheiden hierbij vijf onderwerpen.

Jetje had het vaak moeilijk tijdens de behandelingen van de longkanker. Peter merkte het en vroeg ernaar. Haar grootste vrees was dat de artsen 'iets zouden doen wat zij niet wilde'. Toen Peter doorvroeg, bleek het te gaan over behandelingen die haar zelfstandigheid zouden kunnen beknotten. Jetje wilde zo lang mogelijk alleen thuis kunnen leven en was bereid om daarvoor 'te boeten', zoals ze het zelf uitdrukte, met een kortere levensduur als dat moest. Peter nam haar wens mee tijdens zijn overleggen met de longarts over de behandeling.

Vervolgafspraken aanbieden

Het is goed om heldere vervolgafspraken aan te bieden, indien de patiënt en diens naasten dat wensen. De meeste patiënten en hun naasten stellen regelmatige visites volgens afspraak op prijs. Zij kunnen dan zelf bepalen of zij een vraag kunnen laten wachten tot het volgende huisbezoek of toch tussentijds contact moeten opnemen.

Mogelijke complicaties

De huisarts kan op grond van zijn kennis over en ervaring met het beloop van ziektes inschatten hoe de conditie van de patiënt zich zal ontwikkelen. Hij kan uitleg geven over complicaties die kunnen ontstaan en adviseren over bijvoorbeeld het aanpassen van de medicatie als de pijn zou verergeren. Soms is het een lastige afweging of uitleg over een mogelijke complicatie (bijvoorbeeld over een mogelijke longbloeding als complicatie van een longcarcinoom) de patiënt en diens naasten iets concreets in handen zal geven of ze juist eerder extra angst zal bezorgen.

Wensen voor de komende weken of maanden

Het streven is de palliatieve fase zoveel mogelijk te laten verlopen volgens de persoonlijke wensen van de patiënt. Daartoe dient de huisarts de wensen en verwachtingen van de patiënt voor de komende weken tot maanden te inventariseren. Dat kunnen persoonlijke wensen zijn, bijvoorbeeld een bepaalde persoon of plaats nog eens willen opzoeken, of voorkeuren inzake medische beslissingen, bijvoorbeeld al dan niet starten met bepaalde medicatie of al dan niet reanimeren.

Het feitelijke stervensproces (laatste uren of dagen)

Reeds geruime tijd voor het overlijden zal de patiënt bezig zijn met gedachten en gevoelens met betrekking tot het feitelijke levenseinde. De meeste huisartsen spreken met hun patiënten meermaals over het naderende sterven, veelal op initiatief van de huisarts. Huisartsen willen graag dat de patiënt het naderende einde onder ogen ziet en accepteert, en de meeste patiënten willen ook dat hun huisarts er met hen over spreekt. Toch stellen niet alle patiënten dit op prijs, met name wanneer de huisarts naar hun beleving te vaak over de naderende dood begint.[11]

De verwachtingen (en de angsten) van patiënten ten aanzien van het sterven worden soms sterk bepaald door eerdere sterfgevallen waarbij zij zelf betrokken waren. De huisarts kan vragen naar deze herinneringen, en ook naar specifieke wensen inzake het sterfbed (bijvoorbeeld de plaats van overlijden, wie aanwezig zullen zijn, rituelen, muziek en dergelijke).

Beslissingen rond het levenseinde

Om vervelende situaties 'aan het eind' te voorkomen, moet een aantal zaken tijdig met de patiënt worden besproken. Het gaat dan bijvoorbeeld om welke wensen de patiënt heeft ingeval er bepaalde symptomen optreden, of om het machtigen van een vertegenwoordiger voor het geval dat de patiënt zich niet meer kan uiten. Verder zijn patiënten en hun naasten vaak niet goed op de hoogte van de feitelijke procedures rond de uitvoering van palliatieve sedatie, hulp bij zelfdoding en euthanasie. De huisarts kan uitleggen welke hulp kan worden gegeven bij het feitelijke sterven en daarbij ook zijn eigen positie aangeven tegenover eventuele verzoeken om hulp bij het overlijden. ■

LITERATUUR

1 NHG-Standpunt Palliatieve zorg, Utrecht: NHG, 2009.
2 Thompson TL, Dorsey AM, Miller KI, Parrott R. Handbook of health communication. London: Lawrence Erlbaum, 2003.
3 Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Butow PN, Carrick S, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. J Pain Symptom Manage 2007;34:81-93.
4 Slort W, Schweitzer BPM, Blankenstein AH, Abarshi EA, Riphagen II, Echteld MA, et al. Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. Palliat Med 2011;25:613-29.
5 Slort W, Blankenstein AH, Deliens L, Van der Horst HE. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. Br J Gen Pract 2011;61:167-72.
6 Farber SJ, Egnew TR, Herman-Bertsch JL. Defining effective clinician roles in end-of-life care. J Fam Pract 2002;51:153-8.
7 Farber SJ, Egnew TR, Herman-Bertsch JL. Issues in end-of_life care: Family practice faculty perceptions. J Fam Pract 1999;48:525-30.
8 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Burgerlijk Wetboek boek 7, titel 7, afdeling 5. Staatsblad 1994, 837, laatstelijk gewijzigd bij Wet van 8 februari 2007, Staatsblad 2007, 92.
9 Wet betreffende de rechten van de patiënt. Belgisch Staatsblad, 26 september 2002.
10 WHO definition of palliative care [internet]. Geneva: World Health Organization, 2006. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en.
11 Van den Muijsenbergh M. Palliatieve zorg: De persoonlijke specialiteit van elke huisarts. Huisarts Wet 2003;46:80-5.

Deze nascholing is een aflevering van de serie 'Communicatie'.

COLUMN

De dokter

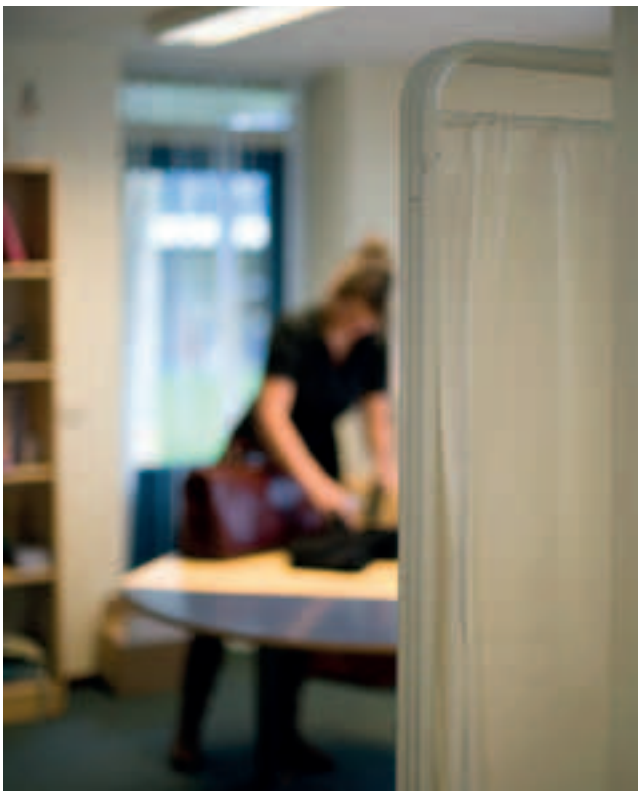


Foto: Charlotte Bogaert/Hollandse Hoogte

'Iehhh, wat is dít??' Mijn zusje laat mijn iPhone met afgrijzen op de tafel vallen. 'O, sorry,' mompel ik, als ik de foto van mevrouw Poorts linkerborst zie. 'Die had ik even moeten wissen. Is van een patiënt van me, ik moest een foto naar de oncoloog mailen om te beoordelen of bestraling nog zinvol...' 'Ja, ja. En die staat dan tussen de familiefoto's?' Mijn zusje schudt haar hoofd en duwt theatraal haar bord lasagne van zich af. 'Ik heb geloof ik even niet zo'n trek meer.'

Mevrouw Poort heeft gemetastaseerd ulcererend mammacarcinoom in een vergevorderd stadium. Na een eerdere episode van mammacarcinoom en een eindeloos traject van operatie, bestraling en chemo is de ziekte nu terug in een verwoestende vorm. Mevrouw Poort heeft geen zin meer in 'toeters en bellen' en wil het liefst niet meer naar het ziekenhuis. Ze wil wél leven en zo lang mogelijk van haar kleinkinderen genieten.

Drie keer per week ga ik bij haar langs. We hebben uitgebreid gesproken over het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Over haar visie op leven en dood. Over wat ze nog wil deze laatste weken. Samen wegen we de voors en tegens van elke therapie af, bepalen we wat de beste vervolgstap is. Maarten kijkt over mijn schouder mee, maar laat me zoveel mogelijk vrij. Het eind van het jaar is in zicht. Ik heb inmiddels genoeg ervaring om dit stuk palliatieve zorg grotendeels zelfstandig te doen, vindt hij. En dat vind ik inmiddels ook. Elke keer als ik vanuit het verzorgingshuis in mijn auto terugrij naar de praktijk voel ik me weer een centimeter meer 'huisarts'.

Vandaag heb ik de reactie van de oncoloog met mevrouw Poort gesproken. De oncoloog twijfelde, maar adviseerde toch palliatieve bestraling van de borst: 'Het zóu de pijn kunnen verminderen, al zal het haar leven niet verlengen,' had hij gezegd. 'Ja, ach. Wat is zinvol?' voegde hij eraan toe. 'Nét iets zinvoller dan niet bestralen. En ik zou die kans grijpen.'

Mevrouw Poort grijpt die kans niet, beslist ze. 'Geef me liever nog een halfje morfine extra,' grijnst ze. 'Dat is heerlijk spul, zeg.' Ik schiet in de lach. Dat hoeft ze mij niet te vertellen: Toen ik eergisteren bij haar langsging, trof ik haar volledig eufoor in bed, haar ogen twinkelend onder het kale hoofdje. Drie kleinkinderen waren knus onder de dekens tegen haar aangekropen.

Uitgebreid bespreken we de voor- en nadelen van het ophogen van de morfine, en de scenario's die ze eventueel kan verwachten de komende tijd. Vijf voor twee, zie ik dan plots op de klok boven haar hoofd, en ik sta op om afscheid te nemen.

Ze schudt haar hoofd. 'Kom eens dichterbij,' gebaart ze driftig met haar hand. Ik buig me naar haar toe en ze plant een ferme kus op mijn voorhoofd. Snel richt ik me weer op, terwijl in mijn hoofd de gedachten als botsautootjes rakelings langs en tegen elkaar aan knallen. *Waar is mijn professionele afstand gebleven?* Ik zie weer voor me hoe ze haar kleinkinderen gisteren liefkozend over hun bol aaide. *Val ik voor haar in díe categorie? Schattig en niet serieus te nemen?*

Onzin, herpak ik mezelf, terwijl ik in haar stralende gezicht kijk, zich duidelijk van geen kwaad bewust. *Ze vindt me gewoon een goede dokter en dit is haar manier om dat te laten zien*, concludeer ik en loop tevreden naar de deur. 'Dank je wel, hè!' roept ze me na. 'En doe de groeten aan de dokter. Wanneer komt de dókter eigenlijk weer?'

Anne Hermans
Anne is in opleiding in Noordwoud.

De namen zijn om privacyredenen gefingeerd.

François Schellevis, Lea Jabaaij

Huisarts: ook voor patiënten met kanker

Door de vergrijzing, verbeterde diagnostiek en behandeling, en langere overleving, neemt het aantal patiënten met een maligne aandoening in de komende decennia flink toe. Deze patiënten gaan voor de nacontroles naar de specialist, maar er zijn argumenten om huisartsen daarbij nauwer te betrekken. Ten eerste zijn er duidelijke aanwijzingen dat controles door de huisarts qua overleving dezelfde uitkomsten opleveren als controles door medisch specialisten. Ten tweede is de huisarts als generalist beter in staat om de nazorg voor kanker te integreren in de medische zorg voor andere chronische aandoeningen waaraan veel patiënten met kanker lijden. Ten slotte zal het toenemend aantal kankerpatiënten leiden tot capaciteitsproblemen in het ziekenhuis.

Hierop vooruitlopend hebben wij onderzocht of patiënten met kanker eigenlijk wel bij de huisarts komen en of er een verband is met comorbiditeit. We beperkten ons tot de 'chronische' fase van kanker, voor dit onderzoek gedefinieerd als de periode vanaf zes maanden na het stellen van de diagnose en – indien van toepassing – tot drie maanden voor overlijden.

CONTACTEN MET DE HUISARTS

We gebruikten gegevens over de periode 2001-2007 van 8703 patiënten met kanker en 8672 patiënten zonder kanker (zelfde leeftijd/geslacht en uit dezelfde praktijken). De [**figuur**] laat de verdeling naar leeftijd en geslacht zien van de patiënten met kanker. Onder hen is een relatief grote groep vrouwen tussen 45 en 59 jaar (met borstkanker). Daarnaast zijn het vooral mensen van 60 jaar en ouder. Patiënten met kanker bleken in de chronische fase gemiddeld 40% meer contacten per jaar met de huisartsenpraktijk te hebben dan de controlegroep. Ongeveer 10% van de contacten was vanwege de maligne aandoening zelf. Patiënten met kanker kwamen statistisch significant vaker op het spreekuur (3,5 versus 2,7 keer per jaar), kregen vaker een huisbezoek, kregen meer voorschriften voor geneesmiddelen (18,7 versus 11,6 per jaar) en werden vaker verwezen dan hun leeftijdgenoten zonder maligniteit.

COMORBIDITEIT

Patiënten met kanker hebben vaker een of meer andere chronische aandoeningen (52%) dan patiënten van dezelfde leeftijd zonder kanker (45%). Met name hart- en vaatziekten, psychische aandoeningen, aandoeningen van de luchtwegen, huidziekten en urogenitale aandoeningen komen significant vaker voor bij patiënten met kanker [**tabel**]. Dit zou te maken kunnen hebben met een verhoogd risico op comorbiditeit of met de (late) gevolgen van de oncologische behandeling.

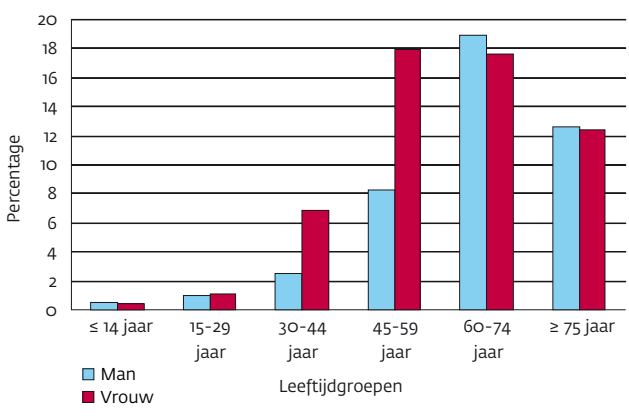
Patiënten met kanker en comorbiditeit hebben per jaar ook gemiddeld anderhalf keer zo vaak contact met de huisartsenpraktijk als hun leeftijdgenoten met een chronische aandoening maar zonder kanker (24 versus 18 contacten per jaar). Wellicht vraagt comorbiditeit bij kanker intensievere medische aandacht, of ervaren patiënten met kanker een lagere drempel om de huisarts te raadplegen.

CONCLUSIES

Huisartsen zien patiënten met kanker in de chronische fase vaker dan patiënten van dezelfde leeftijd zonder kanker. Dat lijkt vooral te komen door de frequentie van comorbiditeit bij patiënten met kanker. Het ligt daarom voor de hand de nazorg meer te integreren in de zorg die huisartsen toch al aan patiënten met kanker verlenen. ■

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen. De LINH-huisartsen leggen op continue basis gegevens vast over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl). KWF Kankerbestrijding verleende subsidie voor de hier beschreven analyses.

Figuur Aantal patiënten met kanker in de 'chronische' fase in 80 huisartsenpraktijken naar leeftijd en geslacht; percentages (n = 8703)



Tabel Comorbiditeit in ziekteclusters van patiënten met kanker (n = 8703) in vergelijking met een naar leeftijd, geslacht en praktijk gematchte controlegroep (n = 8672); percentages

	Patiënten met kanker %	Controlegroep %
Aandoeningen van zintuigen	1	1
Hartaandoeningen	19*	16
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	12	11
Neurologische aandoeningen	2	1
Pijnklachten	2	2
Psychologische en psychiatrische aandoeningen	10*	7
Aandoeningen van de luchtwegen	10*	8
Huidaandoeningen	8*	5
Endocrinologische aandoeningen	21	19
Urogenitale aandoeningen	6*	4

* $p < 0,01$

Interview met Anemone Bögels:

‘Wat doen we met de overlevers van kanker?’

Anemone Bögels is directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen, een landelijke koepel waarbij 25 lidorganisaties met een relatie tot kanker zijn aangesloten. In een interview gaat zij in op het perspectief van patiënten met kanker: wat kan de huisarts voor hen betekenen, wat gaat goed en wat kan beter?

Belangen van de patiënt

‘De NFK wil opkomen voor de belangen van de patiënt’, vertelt Bögels, ‘en dat gaat verder dan alleen de zorg rondom de ziekte. Werk en inkomen zijn bijvoorbeeld ook van belang. En we richten ons op empowerment van mensen met kanker, waaronder zelfmanagement. Maar natuurlijk vinden we de kwaliteit van zorg, inclusief het geneesmiddelenbeleid, heel belangrijk.’

Een unieke reis

Bögels ziet een rol weggelegd voor de huisarts bij het gehele traject dat patiënten met kanker afleggen. ‘De basisgedachte is dat het proces van kanker een unieke reis is die mensen doormaken, met onderweg diverse cruciale momenten: de verwijzing, diagnostiek, behandeling, terugverwijzing, nazorg en soms de zorg naar het levenseinde. Tijdens deze reis hebben patiënten allerlei ervaringen die ze nooit eerder hebben gehad. Dat maakt heel onzeker. De huisarts kan dan steun bieden waar dat maar even mogelijk is, opdat de patiënt zelf de regie over zijn eigen leven kan houden of terugnemen. Ik vraag me zelfs af of de huisarts dat niet ook tijdens het behandelingstraject zou kunnen doen, als coach of consulent. Want natuurlijk heb je de medisch specialist nodig, maar de huisarts kan meerwaarde hebben door patiënten bij te staan in hun keuzes tussen behandelingsopties. Zo krijgt het patiëntenperspectief – ofwel hun kwaliteit van leven – voldoende ruimte.’

Een goede conditie

‘Met een ziekte als kanker ben je overgeleverd aan het medisch bedrijf’, meent Bögels. ‘De specialist moet je door je ziekte heen slepen, maar als patiënt heb je daar wel degelijk zelf ook invloed op. Als je een goede lichamelijke conditie hebt, zijn je kansen beter. En dat is ook zo als je geestelijk sterk bent. Dus in het proces van voorbereiding op de behandeling, kun je al invloed hebben op het succes daarvan. De huisarts kan in die fase ook al tot steun zijn, door empowerment van de patiënt en ervoor te zorgen dat die zo gezond en sterk mogelijk is. Zeker als je chemo krijgt is het belangrijk dat je conditie zo veel mogelijk op peil is en blijft. Niet voor niets zie je in ziekenhuizen steeds vaker een hometrainer staan.’

Over hobbels en gaten

‘Een tijdje geleden constateerden we dat er gaten zitten in de keten, vooral op het moment als de specialist de patiënt terugverwijst naar de huisarts’, stelt Bögels. ‘Feitelijk zitten in het hele zorgproces rond kanker wel wat hobbels, maar in de nazorg ontstaan de grootste hiaten. Heel vaak hoor je van mensen dat ze na de intensieve behandelingsperiode in een zwart gat vallen. En ze hebben dan juist behoefte aan extra aandacht voor de nazorg. Dat gaat vaak mis doordat de specialist met zijn terugverwijsbrief even op zich laat wachten, of dat daarin voor de huisarts relevante informatie ontbreekt. De patiënt is dan al thuis en worstelt met diverse vragen. Hoe om te gaan met de vermoeidheid? Kan ik weer aan het werk? Wat is mijn perspectief op het verdere leven? In hoeverre is de relatie met mijn partner veranderd? Kortom, hoe ga je eigenlijk om met dit *major life event*?

Vroeger was er überhaupt helemaal geen aandacht voor dit soort vragen, maar nu gelukkig wel. Hierover is dan ook een richtlijn “Herstel na kanker” verschenen.’

Proactief in de nazorg

‘Het zou het mooist zijn als de huisarts meteen al zelf contact opneemt met de patiënt zodra hij de terugverwijsbrief van de specialist krijgt’, aldus Bögels. ‘Dan moet in kaart gebracht worden welke behoeften aan nazorg er zijn en op basis daarvan kan samen met de patiënt een plan worden gemaakt. Wat zijn de doelstellingen? Hoe pakken we dat aan? Dat gaat niet altijd om alleen zorgverlening; vaak kunnen mensen zelf aan de slag maar hebben ze een steuntje nodig.’

Aan het werk!

Heel belangrijk vindt Bögels een gesprek over een eventuele terugkeer naar het werk. ‘Kanker raakt aan de existentie van de patiënt, maar er zijn vanzelfsprekendheden waar je vraagtekens bij moet zetten. De bedrijfsarts gaat nog te vaak uit van honderd procent arbeidsongeschiktheid bij de diagnose kanker. Dat betekent dat de relatie met de werkvloer niet wordt onderhouden. Collega’s voelen drempels om contact op te nemen, net als de patiënt zelf. Maar mensen hebben behoefte aan routine en willen feeling houden met de maatschappij en de dingen die gewoon doorgaan. Het is dus juist goed om contact te houden met het werk. Ik kan me voorstellen dat je als huisarts je patiënt kunt steunen alleen al door het onderwerp te benoemen. Wellicht kan

iemand met een aangepast programma tijdens de behandeling toch aan het werk blijven. Werk is gezondheidsbevorderend, dat weten we allemaal. Dus kijk naar de mogelijkheden en niet naar de onmogelijkheden. Dat gebeurt tegenwoordig gelukkig al meer dan een paar jaar geleden, maar het krijgt nog altijd niet genoeg nadruk.'

De overlevers...

Steeds meer mensen genezen van kanker, dus de nazorgvraag neemt toe. Bögels: 'Wat doen we met de overlevers? Eigenlijk weten we dat nog niet zo goed, en als we het wel weten, dan hebben we het nog niet zo goed geregeld. Na de behandelingsfase is het belangrijk dat je dicht bij huis zorg krijgt, maar daar zijn we nog niet goed op ingespeeld. De medisch specialist is er dan alleen nog maar voor de nacontroles, waarvan de patiënt ook graag wil dat ze plaatsvinden. Maar bij heel veel kankersoorten voegen die nacontroles niet veel meer toe. Dan zijn die dus eigenlijk alleen maar belastend voor de patiënt. Je zou die tijd, energie en kosten beter in adequate nazorg kunnen steken.

Er is sprake van een verschuiving in rollen nu er steeds vaker en langer een chronische fase van kanker is. Huisartsen zijn nog wat huiverig om een rol op te pakken in de zorg voor kanker, maar met het goede nieuws van het toenemende aantal overlevers ontstaat een zorgbehoefte waaraan de huisarts prima kan voldoen. Het is zaak om daaraan proactief vorm te geven.'

... en de niet-overlevers

Ook als het gaat om palliatieve zorg ziet Bögels een belangrijke rol voor de huisarts weggelegd. 'Het beslismoment is hier cruciaal, want wanneer start nou precies die laatste fase? Medisch specialisten willen graag doorbehandelen en patiënten houden graag hoop. Dan is het moeilijk om een beslissing te nemen tot het staken van de curatieve zorg. Maar met het oog op de kwaliteit van het levenseinde moet vroeg of laat toch worden besloten wanneer je palliatieve zorg gaat inzetten. Misschien hoeft de huisarts dit niet zelf aan te kaarten, maar kan dat ook bijvoorbeeld een oncologisch verpleegkundige zijn. In elk geval moet het iemand zijn die de patiënt meehelpt de last te dragen, als een sherpa annex gids.'

Bögels vervolgt: 'Ook in de laatste fase willen mensen uiteindelijk de regie houden over hun eigen leven. In die zin is de vraag om euthanasie ook een regievraag.'

Verwachtingen van de patiënt

Heeft Bögels ook een beeld van wat de patiënt met kanker eigenlijk verwacht van de huisarts? 'Dat is een wezenlijke vraag, en tegelijkertijd is het de vraag hoe de huisarts die verwachtingen kan managen. Misschien denkt de patiënt bijvoorbeeld dat hij niet kan werken, maar is dat wel terecht? En misschien verwacht de patiënt dat hij levenslang onder controle van de specialist moet blijven, en kan de huisarts daarin relativeren. Ik denk dat het niet zozeer gaat om medisch-inhoudelijk complexe zaken, maar eerder om de arts-patiëntrelatie. Daarbij wordt best veel van de huisarts gevraagd: een actieve opstelling, niet wachten tot de patiënt bij jou komt. Geef aan dat je er bent wanneer de patiënt je nodig heeft, ook in de behandelingsfase en juist bij lastige vraagstukken. Sommige patiënten melden bijvoorbeeld verbaasd dat de huisarts hen heeft gebeld tijdens de behandeling. Ze ervaren dat dus als bijzonder. Maar het betekent heel veel voor ze!'

Wat gaat goed?

Zijn er ook dingen waarvan Bögels meent dat ze al goed gaan? 'Zeker in de palliatieve fase is er heel veel waardering voor de huisarts. Maar ja, als patiëntenorganisatie horen we natuurlijk vooral de dingen die niet goed gaan. De basis is eigenlijk steeds weer dat je als huisarts niet alleen maar moet wachten of je patiënt misschien nog eens terugkomt na een behandeling. Kanker raakt zo aan het fundament van patiënten, je kunt en wilt hen daarbij niet alleen aan laten modderen. Hetzelfde geldt voor complicaties na radiotherapie of patiënten met kinderen die kanker hebben gehad. De boodschap bij dat alles is steeds: help je patiënt de regie te houden. Wie kan dat beter dan de huisarts?'

Keuze-instrument bloed- en darmkankers

Vanuit de NFK is een keuze-instrument[1] ontwikkeld. Kan Bögels daar iets meer over vertellen? 'Wij hebben een online patiëntenwijzer gemaakt voor bloed- en darmkanker waarin is aangegeven welke ziekenhuizen voldoen aan de minimale eisen van patiënten en specialisten samen. Deze patiëntenwijzer draagt bij aan verbetering van de zorg: al bij de ontwikkeling ervan zagen we dat ziekenhuizen zaken oppakten om aan de minimale eisen te voldoen. Maar ook weten patiënten nu wat ze mogen verwachten van de zorg en dus staan ze steviger in het contact met de specialist. Bovendien biedt de patiëntenwijzer de huisarts objectieve informatie waarmee hij de patiënt optimaal kan ondersteunen bij de keuze voor een ziekenhuis.'

Deprimerend vak...

Bögels is nu ruim vier jaar directeur van de NFK. Is het niet erg deprimerend om de hele dag te moeten omgaan met een 'slechtnieuwsziekte' als kanker? 'Veel mensen die de NFK niet kennen, stellen die vraag. En natuurlijk komen we nare dingen tegen: drie van de vier (oud-) voorzitters van de bloedkankerverenigingen zijn in het afgelopen jaar overleden. Je krijgt daar dus rechtstreeks mee te maken en ik ben me dan ook steeds bewust van leven en dood. Maar iedereen hier is erg gedreven en wil zich enorm inzetten voor waar het om gaat. Het is indrukwekkend om te zien hoe vrijwilligers soms letterlijk tot het einde doorgaan om ervoor te zorgen dat het beter wordt voor degenen die na hen komen. Die drive maakt dat de mensen hier met heel veel plezier hun werk doen en dat geeft ook een boel energie. Bij sollicitanten zie je soms huiver voor een depressieve sfeer, maar die hangt hier beslist niet.' ■

Ans Stalenhoef

1 Zie www.nfk.nl, onder de button 'Diagnose kanker/patiëntenwijzer'

De huisarts

Meer samenwerking om de zorg aan patiënten met kanker nog beter te maken, daar streven we naar. In deze bijdrage verkennen we de wensen en verwachtingen van de huisarts en de oncoloog. Als huisarts richten we ons op de samenwerking met medisch specialisten, niet alleen met oncologen maar ook met bijvoorbeeld nurse practitioners die zich in het ziekenhuis bezighouden met de zorg aan patiënten met kanker. Zo werken we gezamenlijk aan de beste zorg voor deze patiënten.

Verwijzing

De verwijzing van de huisarts naar de specialist is het beginpunt van die zorg. Dit kan een gerichte verwijzing zijn met een duidelijke verdenking op een maligniteit of een algemenere verwijzing bij aspecifieke klachten waarbij kanker in de differentiaaldiagnose staat. Zowel medische als psychosociale overwegingen kunnen een goede reden zijn voor een verwijzing op korte termijn. Als dit niet mogelijk is, is overleg met de specialist gewenst. Verder is het goed om met de patiënt af te spreken dat hij de huisarts op de hoogte houdt van belangrijke ontwikkelingen omdat de informatieuitwisseling niet altijd up-to-date is.

Diagnose

Als de diagnose kanker is gesteld, is het fijn als de huisarts snel (telefonisch) bericht krijgt. Patiënten zijn vaak ongerust en hebben allerlei vragen. Ze waarderen het dan zeer als de huisarts zelf meteen contact opneemt. Dit is zeker het geval als er onverwacht een maligniteit uit de bus komt bij een verwijzing voor aspecifieke klachten. Er kunnen vragen leven bij de patiënt of zijn familie over het voortraject bij de huisarts. Snelle informatieoverdracht is belangrijk om deze bespreekbaar te maken.

In het verleden was de aanwezigheid van de huisarts bij *de* oncologiebespreking bijna vanzelfsprekend. Door de toenemende subspecialisatie binnen de oncologie bestaat *de* bespreking echter vaak niet meer. Ook is er soms onduidelijkheid over de meerwaarde van de huisarts in deze fase. Toch is die er zeker: informatie over het voortraject, over comorbiditeit, over de persoon van de patiënt en zijn naasten en het omgaan met ziekte. Dit alles kan invloed hebben op de keuze voor een bepaalde behandeling. Veel patiënten bespreken keuzemogelijkheden en een eventuele second opinion met de huisarts. En dan is het goed als die huisarts bij de oncologiebespreking is geweest en korte lijnen met de medisch specialist heeft.

Behandeling

In de behandelfase is het belangrijk op de hoogte te zijn van bijwerkingen en mogelijke complicaties. Patiënten krijgen uitgebreide informatie mee en het is prettig als de huisarts daarover ook kan beschikken. Ook is het goed om op lokaal niveau afspraken te maken wie de bijwerkingen behandelt. Vaak zal dit de oncoloog of nurse practitioner zijn, maar bij ouderen of patiënten die ver van het (academische) ziekenhuis wonen, ligt er vaak een taak voor de huisarts. Door de toename van langdurige behandelingen, bijvoorbeeld hormoontherapie bij een mammacarcinoom, neemt de huisarts ook vaker een deel van de begeleiding op zich.

Nazorg

Nazorg voor patiënten die zijn behandeld voor kanker staat erg in de belangstelling. Er gaan steeds meer stemmen op voor een nadrukkelijke rol van de eerste lijn, ook patiënten staan hier positief tegenover. De oncoloog en de huisarts kunnen vaak samen met de patiënt een individueel nazorgplan opstellen dat zoveel mogelijk in de eerste lijn wordt uitgevoerd. Tijdige opsporing van recidieven, hulp bij psychosociale problemen, aandacht voor late effecten van de behandeling en ondersteuning bij het oppakken van werk en andere belangrijke activiteiten staan hierin centraal. Bij complexere problemen blijft de regie bij de oncoloog. Naar analogie van de reeds bestaande structurele zorg voor patiënten met chronische aandoeningen kan ook de nazorg voor patiënten met kanker worden ingericht.

Palliatieve zorg

Helaas zijn niet alle behandelingen succesvol en kunnen niet alle patiënten curatief worden behandeld. Samenwerking met de oncoloog is ook dan essentieel: hij maakt immers duidelijk dat er een andere fase is aangebroken, een fase waarin de huisarts weer de centrale zorgverlener wordt. Goede informatieoverdracht over het beloop van de behandeling en de manier waarop de patiënt met de ziekte omgaat, is onmisbaar voor de huisarts. Bij complicaties of bij lastig te bestrijden symptomen is overleg met de oncoloog en consultatie van palliatief specialisten belangrijk. Bij overlijden van de patiënt stelt de huisarts de oncoloog op de hoogte en kan hij een nagesprek met naasten organiseren.

Goede zorg

Kortom, tijdige informatievoorziening, overleg en goede lokale afspraken zijn van belang in alle fases van de behandeling van patiënten met kanker. De regie verschuift van de huisarts naar de oncoloog en weer terug naar de huisarts. Nieuwe communicatiemogelijkheden, zoals digitale videoconferencing of een (regionaal) EPD, kunnen daarbij een rol spelen. Hopelijk versterken die nieuwe ontwikkelingen de gezamenlijke goede zorg.

Eric van Rijswijk, Linda Bröker

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 aspecifieke, 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 richtlijnen van het KNMG, NHG, 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 bijgestuurd. 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

Moeheid bij kanker

Goedendorp MM. Exploring fatigue in cancer patients. From diagnosis until one year after cancer treatment [proefschrift]. Radboud Universiteit Nijmegen, 2011. 255 pagina's.

Veel kankerpatiënten zijn moe. Zowel de ziekte als de behandeling kan klachten van moeheid geven en de psychosociale impact van de diagnose 'kanker' maakt het er vaak niet beter op. Bovendien herstelt niet iedereen: 20 tot 40% van de patiënten met kanker blijft ook na de behandeling chronisch vermoeid. Martine Goedendorp onderzocht het effect van een aantal interventies op moeheid tijdens de behandeling van kanker.

Zij deed onderzoek bij patiënten met verschillende maligniteiten, vanaf het moment van het stellen van de diagnose tot ten minste twee maanden na het afronden van de oncologische behandeling. Allereerst bekeek zij hoe vaak moeheid nu eigenlijk voorkomt. Al bij het stellen van de diagnose blijkt bijna een kwart van de 179 ondervraagde patiënten ernstig vermoeid te zijn. Dit bleek niet zozeer samen te hangen met het soort kanker als wel met psychologische en gedragsfactoren. Zo waren weinig lichamelijke activiteit, depressieve stemming, gestoorde slaap-rustverhouding en al aanwezige vermoeidheid één jaar voor het stellen van de diagnose gerelateerd aan ernstige vermoeidheid.

In een gerandomiseerd onderzoek bekeek zij vervolgens bij 220 patiënten het effect van twee interventies op het beloop van moeheid tijdens de behandeling. De eerste interventie was relatief kort en bestond uit tweemaal een voorlichting door een oncologieverpleegkundige over het belang van het opbouwen en behouden van lichamelijke activiteiten. De voorlichting werd ondersteund door een patiëntenfolder. De tweede interventie was uitgebreider en bestond uit 10 sessies cognitieve gedragstherapie (CGT). De CGT richtte zich naast lichamelijke activiteit op psychosociale elementen zoals het veranderen van disfunctionele cognities over vermoeidheid en het behouden van een vast slaap-waakritme. Goedendorp vergeleek beide interventies met een controlegroep die gebruikelijke zorg ontving.

Foto: Flip Franssen/Hollandse Hoogte

Vaak wordt aangenomen dat meer bewegen leidt tot minder vermoeidheid. Geen van de interventies bereikte echter dat patiënten meer gingen bewegen tijdens hun behandeling. De patiënten die alleen voorlichting kregen, waren tijdens de behandeling even moe als patiënten in de controlegroep. Deze interventie had dus geen effect. Cognitieve gedragstherapie was daarentegen wel effectief. Na de kankerbehandeling was slechts 15% van de patiënten die CGT kregen ernstig moe, vergeleken met 31% van de patiënten die gebruikelijke zorg kregen. Opvallend genoeg bleek de afname van vermoeidheid niet samen te gaan met meer lichamelijke activiteit. Dit onderzoek geeft dus geen ondersteuning voor de opvatting dat lichamelijke activiteit een positief effect heeft op vermoeidheid. Wel biedt het handvatten om moeheid met cognitieve gedragstherapie te bestrijden.

Vooral patiënten die voor de aanvang van de behandeling concentratie- en geheugenproblemen rapporteerden, hadden baat bij cognitieve gedragstherapie. De slechtste prognose voor vermoeidheid hadden patiënten die al moe waren voor ze de diagnose kanker kregen en patiënten die bij aanvang en net na de behandeling van hun behandeling erg moe waren. Factoren die de moeheid (bij alle onderzochte patiënten) in stand hielden, waren sterk somatisch gerelateerde attributies, catastroferen van de vermoeidheid, gestoorde slaap-rustverhouding en laag niveau van lichamelijke activiteit.

Dit onderzoek laat zien dat cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn om moeheid tijdens de behandeling van kanker te verminderen. Patiënten kregen het advies meer te gaan bewegen, maar dat advies werd nauwelijks opgevolgd. Er wordt momenteel ook veel onderzoek verricht naar intensieve beweegprogramma's waarin kankerpatiënten onder begeleiding sporten en fitnessen, maar daarmee mogen we het onderzoek van Goedendorp niet vergelijken. Zij laat zien dat het geven van een beweegadvies alleen niet effectief is. Het is de moeite waard om met vermoeide kankerpatiënten de mogelijkheid van cognitieve gedragstherapie te bespreken. Vooral als u ziet dat psychologische factoren en niet-functionele cognities een rol spelen in het aanhouden van de vermoeidheid. ■

Linda Bröker

KENNISTOETS: VRAGEN

De heer Levin, 54 jaar, heeft een maagtumor met metastasen in de hersenen en de lever. De huisarts komt op visite en constateert dat de heer Levin last heeft van persisterende hikklachten. Om de hik te bestrijden, schrijft de huisarts een benzodiazepine voor.

1 Dit is een correct beleid.

De heer Noord, 88 jaar, heeft een niet-kleincellig longcarcinoom met metastasen in de botten, wervelkolom en lever. De aios besluit eenmaal daags dexamethason voor te schrijven om de pijn te minderen die wordt veroorzaakt door de rek van het leverkapsel door de levermetastasen.

De aios vraagt aan de opleider op welk tijdstip hij dit middel het best kan voorschrijven. De opleider zegt dat dexamethason bij voorkeur 's avonds moet worden geven.

2 De bewering van de opleider is correct.

De huisarts ziet de heer De Beer, 27 jaar, op het spreekuur. De heer De Beer heeft de laatste maanden in toenemende mate last van nachtzweten en moeheid. Hij vertelt dat hij in vijf maanden tijd 10 kilo is afgevallen. De heer De Beer heeft geen verre reizen gemaakt. Hij rookt niet en drinkt geen alcohol. Bij lichamelijk onderzoek valt het de huisarts op dat de heer De Beer er grauw en mager uitziet. De lymfeklieren in zijn hals zijn pijnlijk en opgezet. De huisarts denkt aan de ziekte van Hodgkin. Hierbij past/passen:

3 - de pijnlijke lymfeklieren;

4 - het gewichtsverlies.

De huisarts bezoekt mevrouw Blom, 59 jaar. Zij heeft mammacarcinoom in een terminaal stadium. Behandelingen hadden geen resultaat en zijn gestaakt. Ze gaat zienderogen achteruit. Ondanks een optimale behandeling heeft ze last van toenemende kortademigheid. Mevrouw Blom geeft bij het huisbezoek aan dat ze zich totaal uitgeput voelt; ze wil slapen en niks meer voelen. Ze refereert aan een eerder gesprek met de huisarts over palliatieve sedatie. De huisarts onderzoekt of aan de voorwaarden voor het starten met palliatieve sedatie is voldaan. Hij gaat ondermeer na of er refractaire symptomen aanwezig zijn en stelt vast (1) dat in dit geval de kortademigheid een refractair symptoom is. Daarnaast schat de huisarts de levensverwachting van mevrouw Blom op maximaal een week.

5 De bewering na 1 is correct.

6 De geschatte levensverwachting van mevrouw Blom voldoet aan de voorwaarden voor het starten met palliatieve sedatie.

De heer Joziasse, 84 jaar, heeft oesofaguscarcinoom met levermetastasen. Hij is bedlegerig en de huisarts bezoekt hem in verband met een opgezette buik. De heer Joziasse heeft de laatste dagen een benauwd gevoel. De defaecatie is normaal. De huisarts wil de buik onderzoeken om te kijken of er sprake is van ascites. De huisarts percuteert de buik, waarbij hij gedempte flanken en een hoogstand van het rechterdiafragma constateert.

7 Demping in de flanken past bij ascites.

8 De eenzijdige hoogstand van het diafragma past bij ascites.

De heer Somers, 87 jaar, heeft een longcarcinoom dat onder andere is gemetastaseerd naar een wervel. Hij heeft veel pijn. De huisarts schrijft diclofenac voor, in adequate dosering. De aios motiveert zijn keuze voor een NSAID tegenover de huisarts als volgt: 'de werkzaamheid van NSAID's is bij botpijn door metastasen duidelijk aangetoond'.

9 Deze bewering is correct.

De aios vraagt of er andere mogelijkheden zijn als deze vorm van pijnbestrijding onvoldoende is. De huisarts antwoordt dat er dan nog radiotherapie mogelijk is en dat het definitieve effect van radiotherapie binnen een week kan worden beoordeeld.

10. De huisarts heeft gelijk wat betreft de termijn.

De antwoorden staan op pagina 632.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. • Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Janny Dekker, Annette Berendsen

SPREEKUUR

Postmenopauzaal bloedverlies

WAT IS HET PROBLEEM?

Postmenopauzaal bloedverlies (PMB) is bloedverlies dat meer dan een jaar na de laatste menstruatie optreedt. Bloedverlies dat (verwacht) optreedt bij het gebruik van cyclische postmenopauzale hormonale substitutietherapie valt hier niet onder. Soms is PMB een eerste uiting van een maligniteit, maar in verreweg de meeste gevallen is de oorzaak onschuldig. Voor de huisarts is het van belang om de patiënten met een maligniteit te identificeren.

WAT MOET IK WETEN?

De huisarts ziet ongeveer drie vrouwen met PMB per 1000 vrouwen per jaar. De meeste vrouwen melden zich hiervoor niet bij hun huisarts: ongeveer 10% blijkt nog wel eens te bloeden na een jaar amenorroe. Dit percentage neemt af in latere jaren.

Van de vrouwen die voor PMB naar de dokter gaan, heeft 4-9% een maligniteit. Deze kans neemt toe naarmate de menopauze langer geleden is. Meestal betreft het een endometriumcarcinoom, in minder dan 2% van de gevallen een cervix-, ovarium- of vaginatumor. De piekincidentie van het endometriumcarcinoom ligt tussen de 60 en 70 jaar.

In meer dan 90% van de gevallen is er geen sprake van een carcinoom maar van atrofie van het vagina- of endometriumslijmvlies (50-60%), endometriumpoliepen of hyperplasie van het endometrium (ongeveer 20%). Poliepen zijn goedaardige endometriumzwellingen van onbekende oorsprong. Hyperplasie van het endometrium ontstaat door oestrogene stimulatie. Dat is in de postmenopauze abnormaal, kan premaligne zijn en vereist dus verder onderzoek. Overige oorzaken van PMB zijn myomen, infecties (inclusief soa's) en decubitus bij pessariumgebruik.

WAT MOET IK DOEN?

Het beleid is primair gericht op het uitsluiten of aantonen van een maligniteit. Vraag naar de aard van de bloeding: duur, hoeveelheid, relatie met coïtus, leeftijd waarop de menopauze begon en pessariumgebruik. Vraag ook naar andere klachten: afscheiding, pijn, koorts, verandering in mictie of defaecatie, risico op soa's en medicijngebruik, met name hormonale medicatie en antistolling.

Verricht daarna gynaecologisch onderzoek om de bloeding te lokaliseren: inspectie van de anogenitale regio (laesies vulva of perineum, hemorroïden), speculumonderzoek (atrofie of decubitus vaginawand, bloedende portio, cervixpoliep), vaginaal toucher (afwijkingen uterus of ovaria: zwelling, pijn), cytologisch onderzoek van de cervix (uitsluiten cervixcarcinoom) en eventueel soa-diagnostiek.

Laat een transvaginale echo verrichten om een endometriumcarcinoom uit te sluiten, tenzij de bron van de bloeding zeker is. In veel plaatsen kan deze echo direct door de huisarts worden aangevraagd. Bij een dikte van het endometrium ≤ 4 mm is de kans op een carcinoom minder dan 1% en kan worden afgewacht.

Verwijs naar de gynaecoloog bij een endometriumdikte van meer dan 5 mm of bij persisterend bloedverlies voor nadere diagnostiek in de vorm van endometriumbiopsie (Pipelle-aspiratie) of hysteroscopie. Endometriumhyperplasie vereist histologisch onderzoek met beoordeling op atypie. Is atypie afwezig dan is behandeling met progestagenen geïndiceerd. Bij atypische hyperplasie is een uterusextripatie vaak de enige optie.

Een lastige situatie ontstaat als vrouwen continue hormonale substitutietherapie (HST) gebruiken met zowel oestrogenen als gestagenen. In het begin geeft dit nogal eens irregulair bloedverlies. Wacht dan zes maanden af, daarna is verder onderzoek nodig. Bij irregulair bloedverlies vóór de aanvang van de HST is aan te raden dit onderzoek te doen voor de start van een hormonale behandeling.

Behandel de onderliggende aandoening als maligniteiten en endometriumhyperplasie zijn uitgesloten; schrijf bijvoorbeeld lokale oestrogenen voor bij atrofie of decubitus bij pessariumgebruik.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Vertel de patiënt dat bloedverlies na de overgang zorgvuldig onderzoek vereist. De kans is groot dat het een onschuldig probleem betreft, maar vanwege de kleine kans op kanker zijn een inwendig onderzoek, een uitstrijkje van de baarmoederhals en een vaginale echo nodig. Een verwijzing naar de gynaecoloog is nodig als er bij het onderzoek afwijkingen worden gevonden en als het bloedverlies blijft bestaan of terugkomt. Als de oorzaak van het bloedverlies kwaadaardig is, is deze vaak goed te behandelen. Geef de patiënt schriftelijk informatiemateriaal mee: de NHG-Patiëntenbrief 'Vaginaal bloedverlies na de overgang' en de brochure 'Echoscopie' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (www.nvog.nl). ■

LITERATUUR

1 Flikweert S, Emanuel MH, Boukes FS, Hemrika DJ, Brölmann HAM, Groeneveld FPMJ, et al. LTA Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. Huisarts Wet 2002;45:129-32.
2 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. Tweede herziening. Huisarts Wet 2008;51:128-37.
3 Van Hanegem N, Breijer MC, Khan KS, Clark TJ, Burger MPM, Mol BWJ, et al. A. Diagnostic evaluation of the endometrium in postmenopausal bleeding: An evidence-based approach. Maturitas 2011;68:155-64.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. J. H. Dekker, huisarts en universitair hoofddocent huisartsgeneeskunde; dr. A. J. Berendsen, huisarts en senior onderzoeker • Correspondentie: j.h.dekker@med.umcg.nl

Olga Lackamp

Vergrote lymfeklier

WAT IS HET PROBLEEM?

Patiënten komen op het spreekuur omdat ze een knobbeltje hebben gevoeld. Ze zijn ongerust. Soms ligt er inderdaad een maligniteit of systeemziekte aan ten grondslag, maar vaak is een vergrote lymfeklier onschuldig en self-limiting. Het is belangrijk het onderscheid daartussen tijdig te maken.

WAT MOET IK WETEN?

Gemiddeld ziet de huisarts eens per maand een patiënt met een vergrote lymfeklier. Dit is meestal een reactie op een infectie of wond in het drainagegebied, maar soms een uiting van een gegeneraliseerde lymfekliervergroting. Ook lipomen en fibroadenomen kunnen een onderhuidse zwelling geven. Verder kan zwelling van de submandibulaire speekselklier of een kieuwboogcyste (vooral bij kinderen) een zwelling bij de kaak veroorzaken.

De immuunrespons die in reactie op een infectie ontstaat, is na drie tot vier weken over het hoogtepunt heen. Eerst kunnen de klieren dan nog vrij groot zijn, maar een kliervergroting is verdacht als deze langer dan een maand bestaat en groter is dan een centimeter. Dit geldt niet voor kinderen: bij hen zijn met name opgezette klieren in de hals een veelvoorkomende reactie op bovensteluchtweginfecties.

Hoe ouder, hoe groter het risico op maligniteit. Uiteraard is de kans op een metastase groot bij degenen die al eerder kanker hebben gehad. Roken en overmatig alcoholgebruik vergroten de kans op een tumor in de orofarynx.

Een vaste (of 'rubberachtige') consistentie van de klier is verdacht, evenals een pijnloze klier die langzaam in omvang toeneemt. Pijn past meer bij een ontsteking. De plaats is ook van belang: een supraclaviculaire klier is zeldzaam, maar direct verdacht (hoort bij lymfeafvoer van schildklier, thorax, mamma, buik, ovarium en prostaat). Ook laag cervicale klieren zijn eerder verdacht omdat die kunnen passen bij een maligniteit van mond/keelholte en larynx.

Infecties – zoals het epstein-barrvirus (EBV), cytomegalovirus (CMV), toxoplasmose en tuberculose – kunnen een gegeneraliseerde lymfekliervergroting veroorzaken. Verder kunnen tropische aandoeningen en soa's (waaronder hiv) de oorzaak zijn. Zeldzaam is serumziekte als reactie op medicatie.

Primair maligne lymfomen kunnen zich zowel solitair als gegeneraliseerd manifesteren. Vaak gaat dit gepaard met algemeen ziek zijn, koorts, nachtzweten en afvallen.

Aanvullend laboratoriumonderzoek is in het algemeen weinig specifiek. Alleen bij EBV en de ziekte van Hodgkin is er in de beginfase een typerend beeld met atypische lymfocyten. Serologisch onderzoek naar EBV of CMV is specifiek, maar heeft geen therapeutische consequenties. Bij zwangeren kan het aantonen van toxoplasmose gevolgen hebben voor het beleid.

Cytologische puncties zijn bruikbaar om materiaal te verzamelen voor pathologisch of microbiologisch onderzoek, maar door 'sampling error' kan een maligniteit worden gemist, met name bij maligne lymfomen. Een excisiebiopt heeft dan de voorkeur.

WAT MOET IK DOEN?

Ga bij een solitaire zwelling na of het om een lymfeklier gaat. Zoek bij een vergrote klier naar een oorzaak in het drainagegebied. Is die er niet, onderzoek dan in hals, oksel en liezen of er een gegeneraliseerde lymfekliervergroting is.

Wacht bij een weinig verdachte solitaire klier in totaal drie tot vier weken of regressie optreedt. Ook als het later een maligne aandoening blijkt te zijn hebben een paar weken delay geen nadelig gevolg voor de effectiviteit van de behandeling.

Wordt de klier niet kleiner of neemt deze in omvang toe, dan is verder onderzoek aangewezen. Bij kinderen met een vergrote klier in het hoofdhalsgebied is nadere diagnostiek niet nodig, tenzij deze groter wordt of gepaard gaat met ziekteverschijnselen.

Laat een cytologische punctie doen bij verdenking op een metastase. Bij een mogelijke infectie kan met een punctie materiaal voor microbiologisch onderzoek worden afgenomen. Verwijs bij verdenking op een maligne lymfoom voor een biopsie.

Zoek bij een gegeneraliseerde lymfeklierzwelling anamnestisch naar infecties (inclusief soa's), systeemziekten, tropische ziekten en medicatiegebruik zodat gerichte diagnostiek kan plaatsvinden.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Een gezwollen lymfeklier is meestal een normale afweerreactie bij infecties. Vooral gezwollen halsklieren bij kinderen komen veel voor en zijn onschuldig. De klier wordt herbeoordeeld bij duidelijke groei of als deze langer dan drie tot vier weken vergroot blijft.

Bij verdenking op een virale infectie kan serologisch onderzoek plaatsvinden, maar voor het beleid heeft dit zelden consequenties.

Als een klier vergroot blijft of op grond van de anamnese of lichamelijk onderzoek verdacht is, dan is een punctie of biopt aangewezen om de oorzaak te onderzoeken. Zo'n klier kan een uiting van kanker zijn.

LITERATUUR

1 De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM. Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
2 Hehn ST, Grogan TM, Miller TP. Utility of fine-needle aspiration as a diagnostic technique in lymphoma. J Clin Oncol 2004;22:3046-52.

Gezondheidscentrum Gein, Wisseloordplein 50, 1106 MH Amsterdam: O.J.M. Lackamp, huisarts • Correspondentie: olackamp@planet.nl

Majid Baraya, Arie Knuistingh Neven

CATS

Methylnaltrexon en obstipatie

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC. Correspondentie: A.Knuistingh_Neven@lumc.nl

Vraagstelling Therapieresistente opioïdgeïnduceerde obstipatie is een probleem bij de begeleiding van patiënten in de palliatieve fase. Obstipatie kan zeer belastend zijn voor de patiënt. In de richtlijn *Obstipatie* van het Integraal Kankercentrum van 2009 staat het advies om eerst over te gaan op fentanyl transdermaal of op een ander opioïd. Als deze behandeling niet effectief is, kan overwogen worden om methylnaltrexon (een perifere opioïd receptorantagonist) te gebruiken.[1] Methylnaltrexon verbetert de verstoorde darmmotiliteit zonder beïnvloeding van de centraal analgetische werking. Hoe effectief is methylnaltrexon bij therapieresistente opioidgeïnduceerde obstipatie?

Zoekstructuur We zochten in de Cochrane Database en in Pubmed naar relevante (systematische) reviews en RCT's met de volgende zoektermen: 'methylnaltrexone' en 'opioid-induced constipation'.

Resultaten We vonden drie relevante reviews: een systematische Cochrane-review en twee niet-systematische reviews.[2-4] We namen ook een recent verschenen RCT over dit onderwerp mee in onze bespreking, verschenen na de zoekdatum van de reviews.[5]

Bespreking In de systematische Cochrane-review werden zeven RCT's betrokken.[2] In twee RCT's werd het effect van methylnaltrexon geëvalueerd. In totaal betrof het 287 patiënten. Alle geïncludeerde artikelen gingen over obstipatie bij het gebruik van een opioïd die niet met conventionele laxantia opgelost kon worden. Na vier uur was de laxatierespons met methylnaltrexon beter dan met placebo. De OR van beide onderzoeken tezamen was 6,65 (95%-BI 3,83-12,61). Na 24 uur was de OR 5,42 (95%-BI 3,12-9,41). De NNT was 3.

Clemens et al. beschreven drie placebogecontroleerde onderzoeken (fase II en III) over de effect van methylnaltrexon.[3] Twee onderzoeken gingen over methadon-geïnduceerde obstipatie; één onderzoek ging over morfine-geïnduceerde obstipatie. Het effect van methylnaltrexon binnen vier uur was 48% versus 16% van placebo ($p < 0{,}0001$). Dit effect houdt aan bij tenminste twee doseringen van de in totaal vier doseringen (52% versus 9%; $p < 0{,}0001$). Er werd geen verandering gezien in pijnintensiteit. De meeste gemelde bijwerkingen waren buikpijn en flatulentie.

De Groot et al. beschreven uitgebreid de pathofysiologie en het beleid van obstipatie in de palliatieve fase in hun review.[4] Zij concludeerden dat methylnaltrexon bij opioïdgeïnduceerde obstipatie in de palliatieve fase geen negatief effect heeft op de pijnstilling. De dosering is op basis van lichaamsgewicht (8 mg of 12 mg sc). Is er geen productie van ontlasting, dan kan na 48 uur opnieuw een injectie gegeven worden. Het effect is er meestal binnen 60 minuten en de werking houdt vier uur aan. Als er na drie injecties geen ontlasting geproduceerd wordt, heeft de obstipatie waarschijnlijk een andere oorzaak.

Michna et al. deden een dubbelblind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd onderzoek met methylnaltrexon bij patiënten met chronische (niet-maligne) pijn en opioïdgeïnduceerde obstipatie.[5] Zij includeerden 460 patiënten. Gedurende vier weken werd er dagelijks óf om de dag 12 mg methylnaltrexon subcutaan toegediend. De controlegroep kreeg een placebo-injectie. Er werd een ITT-analyse uitgevoerd. Binnen vier uur was de interventie bij 34,2% van de patiënten succesvol, versus 9,9% in de placebogroep ($p < 0{,}001$). NNT was 4. Het effect bleef ook in het beloop van het onderzoek vrijwel gelijk. Er was geen significant verschil in effect tussen een dagelijkse injectie of een injectie om dag. De genoemde bijwerkingen met methylnaltrexon waren buikpijn en misselijkheid. Opgemerkt wordt dat de onderzoekers niet onafhankelijk waren.

Conclusie Methylnaltrexon is een effectieve behandeling bij therapieresistente opioïdgeïnduceerde obstipatie bij patiënten in de palliatieve fase.

Betekenis Methylnaltrexon kan een belangrijk rol vervullen bij de behandeling van de vaak zeer resistente opioïdgeïnduceerde obstipatie in de huisartsenpraktijk. Het is effectief en snel werkzaam. Tevens is het veranderen van opioïd of het overzetten naar een andere toedieningsweg niet altijd gewenst bij patiënten in de palliatieve fase. Doordat methylnaltrexon subcutaan gegeven wordt, is het minder belastend dan rectaal toegediende laxeermiddelen. Een nadeel zijn echter de hoge kosten. Ook zijn de langetermijneffecten nog onvoldoende onderzocht. ■

LITERATUUR

1 Vereniging Integrale Kankercentra. Landelijke richtlijn Obstipatie, versie 2.0. 2009. www.oncoline.nl/richtlijn/doc/download.php?id=65.
2 Candy B, Jones L, Goodman ML, Drake R, Tookman A. Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jan 19;(1):CD003448.
3 Clemens KE, Klaschik E. Managing opioid-induced constipation in advanced illness: focus on methylnaltrexone bromide. Ther Clin Risk Manag 2010;6:77-82.
4 De Groot JW, Peters FT, Reyners AK. De behandeling van obstipatie in de palliatieve fase. NTvG 2010;154:A2224.
5 Michna E, Blonsky ER, Schulman S, Tzanis E, Manley A, Zhang H, et al. Subcutaneous methylnaltrexone for treatment of opioid-induced constipation in patients with chronic, nonmalignant pain: a randomized controlled study. J Pain 2011;May;12(5):554-62.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 Leiden: M. Baraya, huisarts (destijds aois huisartsgeneeskunde); dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: a.knuistingh-neven@lumc.nl

Wilma Spinnewijn

Screening darmkanker verlaagt mortaliteit

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, UMC St Radboud Nijmegen. Correspondentie: F.vandeLaar@elg.umcn.nl

Context Het aantal gevallen van colorectale kanker in de westerse wereld neemt toe. Bij het stijgen van de leeftijd stijgt ook het risico op het krijgen van dit type kanker. Bij Nederlandse mannen staat de diagnose qua mortaliteit op een derde plaats, bij vrouwen op een tweede – een belangrijk gezondheidsprobleem dus. Darmkanker heeft een langdurig voorstadium dat relatief goed te herkennen en te behandelen is. Screening levert dus mogelijk een aanzienlijke gezondheidswinst op. Deze Cochrane-review is een herziening van eerder onderzoek uit 2007.

Klinische vraag Vermindert de fecaaloccultbloedtest (FOBT) de mortaliteit aan colorectale kanker? Wat zijn de voor- en nadelen van dit type screening?

Conclusie auteurs De meta-analyse van colorectale kankerscreening met FOBT geeft een relatieve risicoreductie (RR) van 0,84 (95%-BI 0,78-0,90). De RR voor mortaliteit door colorectale kanker varieert in deze review tussen de 13 en 33% en is gemiddeld 16%. Daarnaast is er een mogelijke daling in incidentie door eerdere diagnostiek van colorectale adenomen. Door vroegere detectie is er minder invasieve chirurgie nodig. Nadelen zijn de voor de hand liggende psychosociale effecten van een fout-positieve uitslag en de mogelijke complicaties van een colonoscopie.

Beperkingen FOTB is als niet-invasieve methode bij uitstek geschikt voor screening, op voorwaarde dat deze wordt herhaald. In premaligne stadia is er vaak nog geen bloedverlies in de darmen en ook bij carcinomen is het bloedverlies vaak intermitterend. Screening spoort dan ook niet alle afwijkingen op. Daarnaast kan bloed in de ontlasting nog vele andere oorzaken hebben zodat de mogelijkheid van overdiagnostiek bestaat.

Bron Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev 2011; Issue 9. Art No.: CD001216.

COMMENTAAR

In Nederland sterven jaarlijks 5000 mensen aan darmkanker en per jaar komen er 12.000 nieuwe patiënten bij. De gemiddelde vijfjaarsoverleving is 55%. De niet-erfelijke variant van darmkanker komt het meest voor.

In mei dit jaar nam minister Schippers het besluit tot het geleidelijk invoeren van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker vanaf 2013. Zij volgt hiermee het advies van de Gezondheidsraad uit 2009 dat onder meer is gebaseerd op eerdere uitkomsten over colorectale screening in Nederland. Het besluit tot invoering is indertijd uitgesteld door gebrek aan geld en specialisten. Screening wordt nu geleidelijk ingevoerd en wel met een immuno-FOBT (iFOBT); deze is gevoeliger dan de wat oudere guaiac-test (gFOBT), de sensitiviteit is respectievelijk 66% en 12%. Het voordeel van de iFOBT is bovendien dat deelnemers slechts eenmaal een monster met een stokje in een plastic buisje hoeven afnemen, in tegenstelling tot de gFOBT waarbij zij twee monsters met ontlasting van drie opeenvolgende dagen op een kaartje moeten smeren. De wijze van afname en eenmalige inzameling verhoogt de deelname aan het onderzoek. Mensen met een erfelijke vorm van kanker (FAP, HNPCC) hebben geen baat bij deze vorm van vroege detectie. Voor deze groep bestaan andere manieren van monitoren. Op grond van eerdere proefonderzoeken in Nederland verwacht de Gezondheidsraad een opkomstpercentage van ongeveer 60% en screening zou op termijn kunnen leiden tot het voorkómen van 1400 sterfgevallen aan een colorectaal carcinoom per jaar. Op grond van de RR uit deze Cochrane-review (0,84) zou je echter een lagere sterftereductie verwachten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de volgende. Bij de herziening van de Cochrane-review waren aanvankelijk ook drie recente Nederlandse onderzoeken geselecteerd, maar die zijn uiteindelijk niet meegeteld vanwege het ontbreken van een controlegroep. Het rapport van de Gezondheidsraad is echter juist gebaseerd op deze Nederlandse onderzoeken.

Tot slot heeft screening ook nadelen. De auteurs maken geen onderscheid tussen de diverse FOB-tests, die in het algemeen een lage positief voorspellende waarde hebben. Zij maken in deze review melding van 80% met een fout-positieve uitslag. Samen met de te verwachten grotere opbrengst van de eerste screeningsronden en het gebrek aan specialisten die de colonoscopieën kunnen uitvoeren, kan er in de eerste jaren van screening een stuwmeer ontstaan van ongeruste mensen die op een vervolgonderzoek wachten. En zo worden de voordelen van vroege detectie door screening mogelijk al in de eerste jaren tenietgedaan. ■

Huisartsopleiding Nederland, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht: dr. W.E.M Spinnewijn, huiarts en onderzoeker • Correspondentie: w.spinnewijn@huisartsopleiding.nl

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
niet te missen ● ● ● ● ●

Actuele richtlijnen palliatieve zorg

De Graeff A, Van Bommel JMP, Van Deijck RHPD, Van den Eynden BRLC, Krol RJA, Oldenmenger WH, Vollaard EJ. Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010. 863 pagina's, € 39,95. ISBN 978-90-72175-39-7.

Doelgroep Artsen, verpleegkundigen en apothekers die direct betrokken zijn bij de palliatieve zorg en voor gebruik bij consultatie, onderwijs en scholing.

Inhoud Dit verrassend dunne naslagwerk bevat naast 31 gereviseerde richtlijnen negen nieuw ontwikkelde richtlijnen. Deze nieuwe richtlijnen betreffen COPD, dementie, palliatieve zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, zorg in de stervensfase en vier symptoomrichtlijnen (angst, koorts, zweten en slaapproblemen). De uitgebreide inleiding beschrijft de ontwikkeling van en de huidige inzichten in de palliatieve zorg. De richtlijnen zijn alfabetisch weergegeven op hun verkorte naam en hebben voor het merendeel een identieke opbouw: inleiding, voorkomen, ontstaanswijze, oorzaken, diagnostiek, beleid en behandeling, een stappenplan, een tabel met de niveaus van bewijsvoering en een literatuurlijst. De richtlijnen hebben een holistische, multidisciplinaire opbouw en mede door het gebruik van casuïstiek staat de patiënt centraal. Naast symptomenbestrijding komen ook onderwerpen als complementaire zorg, euthanasie, mantelzorg en spirituele zorg aan bod. In de bijlagen zijn vragenlijsten, protocollen, screeningsinstrumenten en checklijsten opgenomen. Bijvoorbeeld de dyspnoescore vragenlijst, het protocol voor ascitespunctie in de thuissituatie, een delirium observatiescreening en een checklist draagkracht-draaglast bij mantelzorgers. Het boek wordt gecompleteerd door een synoniemenlijst geneesmiddelen. De meeste recente versies van de richtlijnen zijn ook in te zien op www.pallialine.nl. Er is een zakboekje met de samenvattingen van de symptoomrichtlijnen beschikbaar.

Oordeel Dit boek is een must voor elke professional die betrokken is bij palliatieve zorg. Daarnaast hoort het thuis in elke situatie waar scholing in palliatieve zorg plaatsvindt. De inhoud is compleet, up-to-date en voorzien van degelijke wetenschappelijke onderbouwing. De auteurs zijn er in geslaagd dit naslagwerk goed toegankelijk te maken door een optimaal gebruik van materiaal en lay-out. Het boek is, door flinterdun papier te binden in een harde kaft, ondanks zijn 863 bladzijden opmerkelijk hanteerbaar. De alfabetische volgorde van de verkorte naamgeving en de beginletter in de gekleurde bovenhoek van de pagina bevorderen het opzoeken. De twee verschillend gekleurde bladwijzerlintjes dragen verder bij aan het gebruikersgemak. De heldere schrijfstijl, het gebruik van casuïstiek en de combinatie van holistische, multidisciplinaire en wetenschappelijke uitgangspunten maken het meer dan een naslagwerk. De geïnteresseerde lezer zal bij het doorbladeren al gauw geboeid raken door de inhoud en overgaan tot volledige lezing. Minpunt is het ontbreken van aandacht voor de palliatieve zorg aan patiënten en naasten met een andere culturele achtergrond. ■

Marianne Dees

Waardering: ● ● ● ●

Oncologieboek vooral naslagwerk

Van de Velde C, Van der Graaf W, Van Krieken J, Marijnen C, Vermorken J (redactie). Oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011. 717 pagina's, € 49,50. ISBN 978-90-313-6231-8.

Doelgroep Studenten geneeskunde en verpleegkunde, naslagwerk voor aios en huisartsen.

Samenvatting Deel A, de algemene aspecten, beslaat ruim een derde van het boek. Zeker voor wie wat langer geleden afstudeerde, bevat het een rijkdom aan achtergrondkennis. Moleculair-genetische en immunologische processen, tumorsuppressorgenen en tumorvirussen zijn daarbij interessante onderwerpen. Menig huisarts zal zich ook willen verdiepen in de moderne klinische genetica, moderne diagnostische technieken en behandelwijzen. Daarmee heeft hij in de praktijk immers frequent van doen.

Deel B gaat over de speciële oncologie en bevat up-to-date informatie over achtergronden, onderzoek en behandeling van maligniteiten. Dit deel biedt een uitstekende globale oriëntatie per maligniteit en hier en daar praktische extra informatie. Een boeiend voorbeeld daarvan vond ik de paragraaf 'reconstructie en rehabilitatie in het hoofd-halsgebied' bij verminkende operaties vanwege maligniteiten in dit gebied. Maar ook het geactualiseerde hoofdstuk over mammacarcinoom, scherpt de kennis die iedere huisarts in beginsel in de praktijk als vanzelfsprekend op doet.

Deel C is gewijd aan 'begeleiding, verpleging en palliatie'. De diagnostiek en symptoombehandeling van die vele ongemakkelijke en kwellende kwalen bij patiënten met een maligniteit in een vergevorderd stadium worden schematisch besproken. Het spannende onderwerp van de nacontrole, behandeld in het laatste hoofdstuk van dit boek, is kritisch en daarmee ontnuchterend: er is weinig goed onderzoek gedaan naar de effectiviteit van nacontrole, stelt de auteur. Elke drie maanden naar de medisch specialist? Er is geen *evidence* voor. Overname van de controles bij de specialist door de huisarts? Er is geen evidence voor. Jammer, u zult zelf lokaal met uw

medisch oncoloog de aard, frequentie en duur van de nacontrole overeen moeten komen.

Oordeel Dit boek is op veel faculteiten in Nederland in gebruik als leerboek in de initiële opleiding geneeskunde. Deze herziene druk met zijn geactualiseerde teksten, sterk verbeterde opmaak, verzorgde figuren en kleurenfoto's, zal bij medische opleidingen met open armen worden ontvangen.

Voor de huisarts is dit boek een naslagwerk. Met name deel A en B bevatten goede en actuele informatie. Deel C over begeleiding en palliatie is beslist leerzaam voor studenten geneeskunde, maar te globaal voor de praktiserend huisarts. De huisarts die een patiënt begeleidt met een gecompliceerd beeld dat multidisciplinaire probleemanalyse en aanpak vereist, komt hier weinig verder mee.

Al met al is dit een fraai boekwerk dat zeker in de opleidingspraktijk door aios en huisarts graag zal worden geconsulteerd. De prijs voor het boek is alleszins redelijk. ■

Eloy van de Lisdonk

Waardering: ●●●

Nico van Duijn

Zo kan't niet langer

'Zo kan 't niet langer, ik wil euthanasie'. In hun ellende zeggen mensen dat weleens. Maar bij een euthanasiewens willen we een weloverwogen besluit. Net zoals je weloverwogen besluit te trouwen of kinderen te krijgen. Dat weloverwogen besluit kunnen dokters wel willen, maar patiënten verschillen hierin nogal. Je hebt denkers, impulsieven, overleggers en niet-beslissers.

Laatst sprak ik met iemand die euthanasie wilde. Tot mijn verrassing bleek hij een niet-beslisser te zijn. Hij dacht dat hij een beslissing moest nemen, bij een algemeen gesprek over het einde van zijn leven. Maar besluiten wat hij zou willen als..., dat kon hij niet. Nooit gedaan, besluiten nemen. Zijn hele leven had hij gedaan wat zijn handen vonden. Soms zelfs simpelweg aanpakken wat hem in de handen werd gedrukt. Maar dan deed hij dat ook. Hij was een vermijder, geen wegloper.

We spraken af het niet meer over het einde van het leven te hebben. Dat luchtte hem op. Ik kon hem zeggen dat besluiten dood te willen vanzelf gaat. Zo'n beslissing klopt aan. En dan zal hij opendoen, want zo zit hij in elkaar. Hij hoeft het gesprek over de dood niet op te zoeken. De dood zal vanzelf langskomen. Dat vond hij een geruststellende gedachte. ■

Hoofdhuidkoeling

Het artikel 'De behandeling van borstkanker' van Rhodé Bijlsma et al. informeert de huisarts uitstekend.[1] De auteurs noemen uitdrukkelijk het belang voor de patiënt van begeleiding van de huisarts bij het tot stand komen van het individuele behandelschema. In de tabel Aandachtspunten bij behandelingen voor mamacarcinoom vragen ze bij chemotherapie aandacht voor preventie van misselijkheid en braken door anti-emetica. Bij de bijwerking kaalheid geven ze als aandachtspunt echter uitsluitend informatie over pruiken. Mogelijke preventie van kaalheid door hoofdhuidkoeling tijdens chemotherapie dient echter ook als aandachtspunt te worden genoemd. De psychosociale impact van haaruitval voor de kankerpatiënt en diens naasten is de huisarts mogelijk beter bekend dan de ziekenhuisarts. Patiënten beschrijven de confrontatie met de ziekte op het moment dat ze in de spiegel kijken met bewoordingen als: 'Nu ben ik echt ziek'. En: 'Je bent plots, maar langdurig, een stukje van je identiteit kwijt, je herkent jezelf niet meer'.

Van de 2500 patiënten die de laatste jaren de mogelijkheid van hoofdhuidkoeling in Nederland aangrepen zijn de resultaten bekend: ongeveer de helft had geen pruik of hoofdbedekking nodig.[2] Wereldwijd is hoofdhuidkoeling in toenemende mate beschikbaar, in Nederland in ruim de helft van de ziekenhuizen.[3] Deze mogelijke preventie verdient daarom – net als de preventie van andere bijwerkingen – aandacht van huisarts, patiënt en ziekenhuisarts. ■

Wim Breed, Corina van den Hurk, Mijke Peerbooms en Manon Komen

1 Bijlsma RM, Van der Wall E, Witkamp AJ. De behandeling van borstkanker. Huisarts Wet 2011;54:328-32.
2 Breed WPM, Van den Hurk CJG, Peerbooms M. Presentation, impact and prevention of chemotherapy-induced hair loss; scalp cooling potentials and limitations. Expert Review Dermatology 2011;6:109-25.
3 www.geefhaareenkans.nl. Geraadpleegd in augustus 2011.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 Onjuist Baclofen is het best onderzochte middel bij de behandeling van de hik. Indien baclofen geen effect heeft of bij contra-indicatie kan de huisarts andere middelen voorschrijven, met een voorkeur voor gabapentine, pregabaline, metoclopramide en nifedipine. Benzodiazepines zijn gecontra-indiceerd, omdat deze de hik juist kunnen verergeren.

De Graeff A, Hesselman GM, Krol RJA, Kuyper MB, Verhagen EH, Volbaard EJ (redactie). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging voor Integrale Kankercentra (VIKC), 2006.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W (redactie). Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 5e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.

www.oncoline.nl

2 Onjuist Corticosteroïden kunnen bijdragen aan de pijnbestrijding bij botpijn, neuropathische pijn of pijn door rek van het leverkapsel bij levermetastasen. Door afname van oedeem vermindert de druk op organen en zenuwweefsel en daardoor de pijn. Daarnaast vindt ook remming van de prostaglandinesynthese plaats waardoor de pijn afneemt. De huisarts geeft dexamethason bij voorkeur in één dosis 's morgens, omdat er bij toediening later op de dag kans is op slaapstoornissen.

Wanrooij B, Koelewijn M, De Graeff A. Het gebruik van corticosteroïden in de palliatieve zorg. Huisarts Wet 2006;49:466-70.

3 Onjuist / 4. Juist De ziekte van Hodgkin uit zich in 70% van de gevallen door lymfeklierzwellingen, die vaak asymptomatisch zijn. Daarnaast zijn bij 20 tot 30% van de patiënten bij de eerste presentatie symptomen aanwezig, te weten nachtzweten, gewichtsverlies van meer dan 10% of koorts.

Van der Meer J, Stehouwer CDA (redactie). Interne geneeskunde. 13e geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Van de Velde CJH, Van Krieken JHJM, De Mulder PHM, Vermorken JB (redactie). Oncologie. 7e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

5 Juist / 6 Juist
De indicatie voor palliatieve sedatie bestaat uit één of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen. Pijn, dyspnoe en delier zijn in de praktijk de meest voorkomende refractaire symptomen die aanleiding geven tot het inzetten van palliatieve sedatie. Naast het bestaan van één of meer refractaire symptomen (indicatie) is het een voorwaarde voor continue sedatie dat de arts het overlijden op redelijk korte termijn, dat wil zeggen binnen één tot twee weken, verwacht.

KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie, 2009. www.knmg.artsennet.nl

Wanrooij BS, Koelewijn M (redactie). Palliatieve zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.

7 Juist / 8 Onjuist Het lichamelijk onderzoek bij ascites kenmerkt zich door een gespannen glanzende buik met uitgezette flanken en een verstreken navel. Bij percussie is er demping in de flanken die zich verplaatst bij draaien op de linker- of rechterzij. Bij palpatie is soms een vloeistofgolf op te wekken. Eenzijdige diafragmahoogstand kan passen bij uitval van de nervus phrenicus.

De Graeff A, Hesselman GM, Krol RJA, Kuyper MB, Verhagen EH, Volbaard EJ (redactie). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging voor Integrale Kankercentra (VIKC), 2006.

Van der Meer J, Van der Meer JWM. Anamnese en lichamelijk onderzoek. 5e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.

9 Onjuist / 10 Onjuist NSAID's worden veel voorgeschreven bij pijn door botmetastasen, hoewel er geen bewijs bestaat dat NSAID's specifiek effectief zijn bij de behandeling van dit type pijn. Bij gelokaliseerde pijn door botmetastasen kan radiotherapie een oplossing bieden. Vermindering van de pijn kan soms snel (binnen een week na start van de bestraling) optreden, het definitieve effect kan echter pas na vier tot zes weken worden beoordeeld. In 70 tot 90% van de gevallen geeft radiotherapie verlichting.

Wanrooij BS, Koelewijn M (redactie). Palliatieve zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.

De Graeff A, Hesselman GM, Krol RJA, Kuyper MB, Verhagen EH, Volbaard EJ (redactie). Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging voor Integrale Kankercentra (VIKC), 2006.

www.oncoline.nl

H&W

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Jochen Cals, Eric van Rijswijk, Henk Schers, Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Ans Stalenhoef, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
Paul Bakker (030) 638 39 28, paul.bakker@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
particulieren: € 164,-, studenten: € 82,-
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Nederlandse uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap

HOI 2011 PRINT