



Financiers gezocht voor broodnodig eerstelijnsonderzoek

Huisarts kan meer doen bij kanker

prof. dr. Henk van Weert,
hoogleraar huisartsgeneeskunde AMC

prof. dr. Marjolein Berger,
hoogleraar huisartsgeneeskunde UMCG

namens het Interfacultair
Overleg Huisartsgeneeskunde

Correspondentieadres:
h.c.vanweert@amc.uva.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: iStockphoto

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de zorg voor het groeiend aantal kankerpatiënten. Maar dan zijn er wel bruikbare studieresultaten nodig. Fondsen zouden een deel van hun geld moeten reserveren voor een nationaal onderzoeksprogramma in de eerste lijn.

Wat kan de eerste lijn bijdragen aan de verbetering van de oncologische zorg in Nederland? Om die vraag te beantwoorden, gaan de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde hun krachten bundelen in een onderzoeksconsortium. Het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) heeft al een onderzoeksagenda gemaakt. Met deze plannen borduren de afdelingen voort op verschillende recente adviezen en rapporten. In een advies van de Gezondheidsraad (GR) uit 2007 en de richtlijn Herstel na Kanker uit 2010 wordt gewezen op het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van sommige aanbevelingen in het huidige controle- en nazorgbeleid.^{1 2} In het rapport 'Nazorg bij kanker, de rol van de eerste lijn' uit 2011 pleit KWF Kankerbestrijding voor een grotere rol

van huisartsen bij de nazorg voor (ex-)kankerpatiënten.³ Hun aantal neemt toe door de vergrijzing en de overleving neemt toe door de verbeterde zorg. Bij onveranderde organisatie zal er een steeds groter beslag worden gelegd op de schaarse specialistische voorzieningen, aldus KWF. Bovendien vraagt de nazorg vooral om effectieve geruststelling en kennis over comorbiditeit, psychosociale problemen en late behandel-effecten; daarvoor is generalistische en longitudinale zorg nodig.

Kennislacunes

De Nederlandse afdelingen huisartsgeneeskunde willen zich echter niet beperken tot de nazorg alleen, maar meedenken over onderbouwing en verbetering van de oncologische zorg in alle fases.⁴ Zes fases zijn te onderscheiden: preventie, screening, (vroeg)diagnostiek, behandeling, chronische nazorg (inclusief controle, late effecten van behandeling en comorbiditeit) en palliatie/terminale zorg. In al deze fases bestaan nog kennislacunes.

Op het gebied van preventie zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of het preventieconsult hart- en vaatziekten door huisartsen kan worden aangevuld met de adviezen van het World Cancer Research Fund en het American Institute of Cancer over preventie van kanker.⁴⁻⁶

Op het gebied van vroegdiagnostiek ligt de grootste uitdaging bij patiënten die zich presenteren met vage klachten. Uit onderzoek van onze Deense collega's, waarin huisartsengegevens over patiënten met een colorectaal carcinoom werden gekoppeld aan mortaliteitsgegevens, bleek dat het delay bij het stellen van de juiste diagnose gerelateerd is aan verminderde overleving.⁷ Ter verbetering van vroegdiagnostiek is grootschalig epidemiologisch onderzoek noodzakelijk, niet alleen naar de oorzaken van delay bij patiënten, huisartsen en specialisten, maar ook naar de voorspellende waarden van combinaties van klachten, symptomen, onder-

Door de vergrijzing stijgt het aantal (ex-)kankerpatiënten

SAMENVATTING

- Verschuiving van kankerzorg naar de huisarts kan voorkomen dat de specialistische zorg dichtslibt.
- Er is gebrek aan kennis op het gebied van eerstelijns-kankerzorg.
- Een nationaal programma voor huisartsgeneeskundig onderzoek is nodig.

zoeksbevindingen, familiale factoren en voorgeschiedenis (zogenaamde patiëntenprofielen) en daarvoor zijn grote patiëntenbestanden noodzakelijk. De zorg in de therapeutische fase is grotendeels voorbehouden aan de specialistische geneeskunde, maar toch kunnen ook in deze fase huisartsen een rol spelen. Recent onderzoek laat zien dat vrouwen met een nieuwe diagnose borstkanker twee keer zo vaak de huisarts consulteren als controlevrouwen. Contacten, medicatievoorschriften en verwijzingen waren veelal gerelateerd aan de kanker en betroffen daarnaast veel gastro-intestinale- en psychosociale problematiek.⁸⁻⁹ Deze verhoogde vraag naar huisartsgeneeskundige zorg benadrukt het belang van nauwe samenwerking tussen de eerste lijn en specialisten, ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Daarbij kan de huisarts bij uitstek kankerpatiënten informeren en begeleiden bij de moeilijke keuzes tussen bijvoorbeeld behandelopties. Deze keuzes kunnen een groot effect hebben op de prognose en kwaliteit van leven.¹⁰ In een onderzoek van het NHG en TNS-NIPO van 2011 gaf 89 procent van de Nederlanders aan er behoefte aan te hebben om behandelmogelijkheden met hun huisarts te bespreken. Onderzoek naar de juiste manier om risico's, welzijn en overleving te bespreken, is hard nodig.

Comorbiditeit

Op het gebied van nazorg moet worden onderzocht wat de rol van de huisarts kan zijn in de shared care, de psychosociale zorg en het herkennen van late effecten van behandeling.¹¹ Comorbiditeit speelt in deze fase een belangrijke rol; bijkomende aandoeningen kunnen invloed hebben op de prognose van de kanker, en de kanker en oncologische behandeling kunnen het beloop van comorbide aandoeningen beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan het effect van cytostatica op de hartspier. De klacht vermoeidheid bij een overlever van borstkanker kan vele, voor deze patiëntengroep specifieke


oorzaken hebben. Interpretatie van dergelijke klachten en gebruikte diagnostische hulpmiddelen zullen op waarde moeten worden getoetst.

Onderzoek naar het nut van controles voor vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker is belangrijk om de kosteneffectiviteit van de zorg te blijven waarborgen. *Patient empowerment* bij revalidatie, herstel en vroege opsporing is in deze fase onontbeerlijk en verdient nader onderzoek.

Op het gebied van palliatieve en terminale zorg zijn de huisartsen en hun onderzoeksinstellingen al zeer actief. Een goed voorbeeld is SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en de NHG-kaderopleiding palliatieve zorg. Aanbevelingen voor (huisarts)geneeskundig beleid in deze fase zijn mede gebaseerd op onderzoek in de eerste lijn. Het integreren van kennis over en beleid bij palliatieve zorg tussen huisartsen en specialisten blijft daarbij overigens een uitdaging.

Nationaal programma

De tijd is rijp voor gezamenlijke actie. In Engeland sloten de Royal College of General Practitioners en Cancer Research UK al een samenwerkingsovereenkomst om de eerstelijnskankerzorg te versterken.¹² Wij nodigen KWF Kankerbestrijding en andere fondsen zoals ZonMw, uit om dit goede voorbeeld te volgen. Als die een deel van hun onderzoeksgelden reserveren voor eerstelijns onderzoek, kan de handschoen in de eerste lijn worden opgepakt.

De meeste kans van slagen heeft een nationaal onderzoeksprogramma, dat internationaal wordt afgestemd met het Cancer and Primary Care Research International Network (CA-PRI). Met zo'n programma kan de complete oncologische zorg in Nederland een grote stap voorwaarts zetten. Op die manier zijn we niet alleen in staat de te verwachten capaciteitsproblemen het hoofd te bieden, maar kunnen we tevens de zorg voor kankerpatiënten op een kwalitatief hoger niveau brengen. 



Meer weten over dit onderwerp? Volg de gratis, geaccrediteerde nascholing Herstel na kanker op www.medischcontact.nl. Onder dit artikel op de website vindt u bovendien een dossier over dit onderwerp en de referenties bij dit artikel.

Nascholing herstel na kanker



De gratis geaccrediteerde MCTV-nascholing Herstel na kanker vindt u op www.medischcontact.nl/nascholing. Deskundigen discussiëren over de zorg voor patiënten na behandeling voor kanker. In de bijbehorende casus wordt een patiënt, die is behandeld voor endometriumcarcinoom, gevolgd vanaf de dag van haar ontslag uit het ziekenhuis.