

Denemarken kiest voor diagnostische centra zonder wachttijden

‘Kanker is een acute ziekte’

Henk Maassen

De tijdige opsporing van kanker in de eerste lijn kan beter. Bovendien moet de nazorg steeds meer een taak van de huisarts zijn. Dat zegt de Deense hoogleraar Frede Olesen. ‘Soms zijn huisartsen te veel poortwachter.’

De Deense hoogleraar huisartsgeneeskunde Frede Olesen: ‘Landen met een poortwachterssysteem kennen een lagere eenjaarsoverleving.’

beeld: The Danish Cancer Society

Vaak komt de diagnose kanker te laat. Uit een rapport van het RIVM van vorig jaar blijkt dat dit zeker geldt voor longkanker, slokdarmkanker, keelkanker, alvleesklierkanker, eierstokkanker en maagkanker. Deze kankersoorten zijn meestal al in een vergevorderd stadium (stadium 3 of 4) als ze worden ontdekt. Voor kankersoorten waar

screening voor bestaat is dat veel minder vaak het geval (baarmoederhalskanker, borstkanker). ‘In het algemeen geldt: hoe korter de wachttijd tussen de eerste signalen en de diagnose, hoe beter de prognose’, zegt de Deense Frede Olesen, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Aarhus. Screening zal daarin geen verbetering brengen: ‘Met screening is op zijn best 5 tot 8 procent van alle kanker op te sporen. Terwijl we weten dat 85 procent van alle kankers hun “carrière” beginnen in de eerste lijn.’ Het gaat er dus om daar de ziekte tijdig te herkennen. Maar hij weet ook dat de voorspellende waarde van zelfs ernstige kankersymptomen vaak onder de 5 procent ligt, omdat tal van deze symptomen sterk overeenkomen met die van andere (chronische) ziekten.

Deens zorgsysteem

In Denemarken nemen ze niettemin niet langer genoeg met deze situatie. Het land is, vinden artsen en politici, te veel uit de pas gaan lopen met andere Scandinavische landen. Vooral het zogeheten voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteitscijfer bij kanker baart zorgen: dat bedroeg anno 2009 76 in Finland, maar 123 in Denemarken. Dat zou wijzen op slechtere prestaties van het Deense zorgsysteem. Waar ligt dat aan? Olesen deed internationaal vergelijkend onderzoek en kwam met remedies. Deze week houdt hij een lezing over kanker in de eerste lijn tijdens het NHG-congres in Den Haag, dat geheel gewijd is aan de ziekte. Een interview, aan de vooravond van het congres.



Er lijkt vooral iets mis met zorgstelsels waarin de huisarts als poortwachter fungeert.

Frede Olesen: 'Ja. Landen met een poortwachterssysteem, zoals het Verenigd Koninkrijk of Denemarken, kennen in het algemeen een significant lagere eenjaarsoverleving dan landen die de zorg anders hebben georganiseerd. Overigens met uitzondering van Nederland. We moeten hierbij drie hoofdvragen stellen, die alle betrekking hebben op vertraging in de diagnostiek. De eerste is: interpreteren patiënten symptomen goed en gaan ze daarmee tijdig naar de huisarts? Of: aarzelt de patiënt om met ogenschijnlijk lichte symptomen de huisarts te bezoeken? Zo ja, dan is er sprake van *patient delay*.

Tweede vraag: verwijzen huisartsen wel tijdig? Weten ze wel genoeg om te bepalen wanneer ze moeten doorverwijzen? Zo niet, dan kan dat leiden tot *doctors delay*.

De derde vraag luidt: is er een snelle en efficiënte weg waarlangs de huisarts met spoed aanvullende diagnostiek kan aanvragen? Zo niet, dan is er *system delay*. Mijn indruk is dat in verschillende landen juist het onderscheid tussen eerste en tweede lijn ertoe heeft geleid dat in ziekenhuizen

op dit punt dienstverlening aan de huisartsen – dat wil zeggen hen direct toegang geven tot diagnostisch onderzoek – geen primair aandachtspunt meer is.'

'Kanker vergt onmiddellijke diagnostiek en een snelle start van de behandeling'

Maar in Nederland pakt het poortwachters-systeem dus niet nadelig uit. Hoe komt dat?

'Ik heb sterk het gevoel dat dit komt doordat de liaison tussen huisartsen en ziekenhuizen in uw land beter is dan elders. Als een huisarts het ziekenhuis belt, kan hij meestal direct toegang krijgen tot een consulterend medisch specialist. Dat contact van persoon tot persoon verhindert mogelijkwerwijs te hoge en dus onacceptabele wachttijden. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld ondervindt een huisarts in dat opzicht veel meer administratieve obstakels.'

Waarom wachten patiënten te lang met hun bezoek aan de huisarts?

'Dat is een kwestie van cultuur. Er is antropologisch onderzoek dat erop wijst dat in mijn land patiënten te loyaal zijn aan hun huisarts. De dokter is toch al zo druk en daarom wachten ze maar wat langer.'

Meer in het algemeen heeft Olesen een paar jaar geleden al eens betoogd dat lichamelijke

sensaties nooit starten als symptomen. Dat worden ze pas nadat ze zijn geïnterpreteerd als abnormaal. En dat is niet zelden cultureel bepaald. Zijn voorbeeld: diarree, zweten en hoesten zullen in een samenleving zoals die van Mexicaanse indianen, waar deze verschijnselen worden beschouwd als alledaags, minder snel tot een gang naar de dokter leiden.

Wat maakt dat sommige huisartsen bij de presentatie van mogelijk verdachte symptomen meer risico nemen dan anderen?

'Kenmerken als ervaring en senioriteit bleken geen verklaring voor *doctors delay*. Uit ons onderzoek blijkt dat het waarschijnlijk vooral een kwestie is van persoonlijkheid, van de *risk-taking attitude* van de dokter. Maar we zoeken verder: een psycholoog in mijn team tracht nu profielen van huisartsen te maken op basis waarvan is te voorspellen welke dokters eerder geneigd zijn tot te late diagnosticering.' Olesen voegt daar na een korte stilte nog iets aan toe: 'We hebben met het poortwachters-systeem in sommige gevallen dokters geschapen die te trots zijn op hun poortwachtersfunctie. Als een arts meent dat hij een positieve uitslag moet krijgen bij elke vijf verwijzingen, leidt dat tot een andere instelling ten opzichte van zijn patiënten en hun klachten, dan wanneer hij al tevreden is met een score van één op twintig. Ik bedoel: huisartsen zijn wat te veel wachters en wat te weinig adviseurs. Je zou huisartsen *gate-advisers* moeten noemen, geen *gatekeepers*.'

Al met al zou je uw analyse ook kunnen zien als een behoorlijk sterk argument tegen het poortwachterssysteem.

'Als je alleen naar kanker kijkt wel. Maar wat de totale gezondheidszorg betreft niet. Die werkt – zoals uit tal van studies van bijvoorbeeld wijlen Barbara Starfield blijkt – veel efficiënter en effectiever met een poortwachterssysteem.'

Retorisch laat Olesen daarop volgen: 'Penicilline is het beste antibioticum dat we hebben, maar het heeft in een beperkt aantal gevallen helaas ernstige bijwerkingen. Schaffen we het daarom maar af?'

In 2007 heeft uw regering beleid geformuleerd om te late diagnostiek bij kankerpatiënten te verminderen. U leidt de implementatie van dat programma. Wat is er veranderd?

'Het begon met gegevens van onze onderzoeksgroep die onacceptabele wachttijden constateerde. Politici eisten verbetering. Voortaan



‘Een psycholoog in mijn team tracht te voorspellen welke dokters eerder geneigd zijn tot te late diagnosticering.’

beschouwen we kanker als een acute ziekte die onmiddellijke diagnostiek en een snelle start van de behandeling vergt. We maakten wel bijna dezelfde fout als in het Verenigd Koninkrijk, door alleen maar te focussen op *fast tracks* voor patiënten met alarmsymptomen, terwijl zij slechts 15 procent van het totaal uitmaken. Onze strategie is nu driedelig. Ten eerste snelle toegang tot geplande diagnostiek in die gevallen waarin op basis van symptomen een ernstige verdenking op kanker bestaat. Ten tweede verbeterde, snelle toegang tot diagnostiek in de tweede lijn als de huisarts dat noodzakelijk acht. Patiënten moeten binnen twee dagen na verwijzing worden gezien. En ten slotte toegang, zonder wachttijd, tot diagnostische centra in ziekenhuizen als de huisarts assistentie nodig heeft in het diagnostisch proces. Reden waarom de regering heeft besloten diagnostische centra in alle grote ziekenhuizen op te zetten.’

De Deense aanpak kan, aldus Olesen, in elk gezondheidszorgsysteem worden ingevoerd en vergt geen al te ingewikkelde aanpassingen. Zeer recent merkte hij al grote belangstelling in het Verenigd Koninkrijk.

Is er al iets bekend over de effecten?

‘Voor zowel patiënten met typische als met atypische symptomen zijn de wachttijden aanzienlijk geslonken. Preliminaire data uit onze cohortstudies suggereren dat die reductie ook een gunstig effect heeft op de één- en driejaars-overleving.’

Overigens voorspelt u dat huisartsen steeds meer kankerpatiënten zullen zien voor wie de ziekte een min of meer chronisch karakter krijgt. En een groeiend aantal patiënten dat hersteld is.


‘Ja. Huisartsen moeten er rekening mee moeten houden dat ze daarom meer kankerpatiënten en ex-kankerpatiënten zullen zien met psychosociale problemen, bijvoorbeeld bij terugkeer naar hun werk of bij het omgaan met de diverse handicaps die het gevolg zijn van hun ziekte.’

In de Nederlandse richtlijn Herstel na kanker staat dat patiënten zeker in het eerste jaar na afloop van de behandeling gescreend moeten worden op veelvoorkomende klachten – zowel somatische als psychosociale. Patiënten die kanker overleven hebben namelijk driemaal vaker een slechtere gezondheidstoestand en tweemaal vaker psychologische problemen dan leeftijdgenoten.

Verschuiving van nazorg

Ook KWF Kankerbestrijding betoogde in een rapport dat eerder dit jaar verscheen, dat grotere betrokkenheid van de huisarts daarom noodzakelijk is. Als huisartsen de regie over de nazorg op zich nemen, kunnen oncologisch specialisten in de tweede lijn zich beter concentreren op hun primaire taak: nadere diagnostiek en specialistische behandeling van de steeds grotere groep kankerpatiënten. Verschuiving van de nazorg van de tweede naar de eerste lijn ligt dan voor de hand.

Olesen is het daar volledig mee eens: ‘Dat betekent dat we de reactieve benadering die onder huisartsen gebruikelijk is, moeten omzetten in een meer proactieve, systematische aanpak bij deze patiënten. Maar hoe dat moet, daar beginnen we pas nu over na te denken. Grote stappen zijn nog niet gezet.’

Ook in de palliatieve fase van de ziekte zijn, zeker in zijn land, tendensen geslopen die Olesen wil bijstellen. ‘We hebben het te veel over hospices, palliatieve teams en gespecialiseerde palliatieve zorg, terwijl de werkelijkheid is dat de meeste patiënten thuis willen sterven. Maar slechts een minderheid overlijdt thuis. Dus moeten we ons afvragen wat huisartsen kunnen doen om aan die wens van patiënten tegemoet te komen. Ik denk dat de tweede lijn huisartsen in dat opzicht beter moet ondersteunen.’ 



Meer over dit onderwerp vindt u in het dossier Herstel na kanker, met daarin de gelijknamige nascholingsmodule, op www.medischcontact.nl. Daar vindt u bovendien verwijzingen naar websites met meer informatie.

mc
nascholing