

PSYCHOSOCIALE BASISZORG BIJ KANKER

Leveren van de juiste zorg op het juiste moment

Patiënten met kanker moeten een balans zien te vinden tussen hun draagkracht en de draaglast van de ziekte en behandeling. Artsen kunnen daarbij in alle fasen van de ziekte een belangrijke rol spelen.

MELANIE MEIJER C.S.

Door de toegenomen overlevingskansen krijgt kanker steeds meer een chronisch karakter; de gemiddelde vijfjaarsoverleving is in de afgelopen vijftig jaar gestegen van 25 procent naar 50 procent.

Mensen met een levensbedreigende ziekte als kanker worden geconfronteerd met hun eigen sterfelijkheid. Naast een goede medische behandeling hebben zij behoefte aan begeleiding op psychosociaal/existentieel gebied. Dit geldt voor alle fasen van het ziekteproces. De patiënt doorloopt een gecompliceerd proces waarin zijn specifieke draagkracht zich moet aanpassen aan de draaglast van de ziekte en behandeling. Idealiter wordt hierbij een aanvaardbare balans bereikt. Het doel van de psychosociale zorg is deze draagkracht te versterken.

Psychosociale zorg wordt verleend zowel door artsen en verpleegkundigen (psychosociale basiszorg) als door gespecialiseerde psychosociale hulpverleners (onder meer maatschappelijk werkers, psychologen, psychotherapeuten, psy-

chiaters, geestelijk verzorgers), intra- en extramuraal.

In dit artikel wordt ingegaan op de rol van de arts ten aanzien van de psychosociale basiszorg.

BEHOEFTE

Als psychosociale basiszorg noemt het Nationaal Programma Kankerbestrijding: voorlichten en informeren, adviseren, en signaleren en verwijzen.¹ Promotieonderzoek van Van den Muijsenbergh (2001) laat een belangrijke aanvulling hierop zien.² Patiënten in de palliatieve fase beschouwen actief luisteren als de belangrijkste zorg van de arts. Daarnaast noemen patiënten persoonlijke aanwezigheid, betrokkenheid en aandacht, hier verder aangeduid als 'emotioneel steu-

slechts 5 procent van de patiënten met kanker gespecialiseerde psychosociale zorg krijgt.

De volgende factoren bepalen de behoefte aan psychosociale zorg:¹

- verwerkingsstrategieën van de patiënt;
- steun van de omgeving;
- levensverwachting;
- aanwezigheid van (al dan niet premorbide) psychologische/psychiatrische problematiek;
- ziektefase.

ZIEKTEFASEN

Vanaf het moment dat een vermoeden van kanker bestaat, wordt de patiënt geconfronteerd met alle aspecten van een levensbedreigende ziekte. Als de diagnose wordt bevestigd, volgt vaak snel de

In de palliatieve fase moeten artsen vooral actief luisteren

nen.' Het is aannemelijk dat actief luisteren en emotioneel steunen ook in de curatieve fase van groot belang zijn.

Samenvattend kan worden gesteld dat psychosociale basiszorg bestaat uit de volgende vijf componenten: actief luisteren, emotioneel steunen, voorlichten en informeren, adviseren, en signaleren en verwijzen.

Naar schatting 70 tot 75 procent van de patiënten vindt de psychosociale basiszorg toereikend.^{1,3} Dat wil zeggen dat zij met behulp daarvan in staat zijn om te gaan met de problemen die bij de ziekte en de behandeling horen. Voor 25 tot 30 procent van de patiënten is de basiszorg echter niet voldoende.^{1,3} Het is een belangrijke taak van de arts om dit te signaleren en deze patiënten door te verwijzen. In de praktijk gebeurt dit echter niet altijd. Geschat wordt dat

behandeling. Vervolgens kan de patiënt in een ziektevrije fase komen. Tijdens de diagnostische of therapeutische fase of daarna kan blijken dat er geen kans (meer) is op genezing. De behandeling kan dan gericht zijn op controle van de ziekte (palliatieve antitumorthapie) of uitsluitend op de klachten en het welbevinden van de patiënt.

Op deze wijze kan de volgende fase-rijng van ziekte en behandeling worden gehanteerd:

1. Diagnostische fase
2. Curatieve fase
 - a: curatieve behandelfase
 - b: ziektevrije fase
3. Palliatieve fase
 - a: behandeling met antitumorthapie
 - b: palliatieve zorg zonder antitumorthapie
 - c: terminale fase

De last van de ziekte is in elke fase anders en de aanpassing is op een andere 'taak' gericht.⁴ De ziektefase waarin de patiënt zich bevindt, is mede bepalend voor de zorg. Door rekening te houden met de ziektefase kan de hulpverlener beter inspelen op specifieke problematiek. Op deze manier krijgt de patiënt op het juiste moment de juiste psychosociale zorg.

ACCENTEN

De psychosociale basiszorg is in alle ziektefasen van belang. Om te kunnen achterhalen waar de patiënt behoefte aan heeft, is actief luisteren een vereiste. Dit moet in elke ziektefase voor alle hulpverleners uitgangspunt voor verdere zorg zijn. Hetzelfde geldt voor emotionele steun. De accenten per ziektefase verschillen hierdoor met name ten aanzien van de andere componenten: voorlichten en informeren, adviseren, en signaleren en verwijzen.

■ *Diagnostische fase.* Het mededelen van de diagnose kan heftige emoties veroorzaken. Patiënten reageren op verschil-

lende manieren: ontkennend, opstandig, verbitterd of verward. Ze zoeken houvast, onder meer door te proberen de situatie verstandelijk te verwerken. Veel patiënten hebben dan ook in deze fase een sterke behoefte aan informatie over de ziekte, de behandeling en het verdere verloop. De nadruk in deze fase ligt dus vooral op voorlichten en informeren.

■ *Curatieve behandelingsfase.* Door de snelle opvolging van gebeurtenissen is er doorgaans geen tijd om stil te staan bij de verstoringen die de ziekte en de behandeling teweegbrengen. Belangrijk is de door de patiënt gehanteerde verwerkingsstrategie zoveel mogelijk te respecteren.⁴ Aanvullende informatie over de behandeling en de te verwachten bijwerkingen kan angsten wegnemen. Ook hebben patiënten in deze fase behoefte aan advies bij het maken van een keuze die bij hem en zijn situatie past.

■ *Ziektevrrije fase.* Veelal hebben patiënten na afloop van de behandelingsfase het gevoel in een zwart gat te vallen

omdat het houvast van de regelmatige behandelingen wegvalt. Ze staan voor de opgave hun leven weer op te pakken en om de ziekte met alle gevolgen daarvan te verwerken en te integreren. Pas nu is er ruimte voor emotionele verwerking en het vinden van een manier om de controle over de situatie te herwinnen.⁴ Als een patiënt zich niet kan aanpassen aan de ziekte en de gevolgen ervan, moet de arts dit tijdig signaleren en zo nodig de patiënt doorverwijzen.

■ *Palliatieve fase, behandeling met anti-tumortherapie.* In deze fase kunnen de patiënten tegenstrijdige gevoelens ervaren. Enerzijds weten ze dat er geen kans is op genezing, hebben zij twijfels over het nut van de behandeling en zijn zij bang voor nadelige bijwerkingen. Anderzijds blijven ze hopen op een effectieve behandeling.⁴ Voorlichten en informeren is nu erg belangrijk, evenals adviseren.

■ *Palliatieve zorg zonder anti-tumortherapie.* Patiënten kunnen in toe- >>

Door rekening te houden met de ziektefase waarin een patiënt verkeert, kan de zorgverlener beter inspelen op specifieke problematiek.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< nemende mate worden geconfronteerd met lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid en pijn. Handhaving van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven is nu het primaire doel van de behandeling. Het kan zijn dat de patiënt de ziekte en de gevolgen nog niet heeft verwerkt. Een cumulatie van onverwerkte emoties maakt hem extra kwetsbaar. De hulpverlener moet peilen hoe het gaat met de patiënt en of hij behoefte heeft aan gespecialiseerde psychosociale zorg.

■ *Terminale fase.* De dood is onafwendbaar, behandelingsopties zijn er niet meer. Angst voor het sterven kan zich vertalen in (vaak onnodige) schrikbeelden. Dit vraagt om informatie, uitleg, persoonlijke aandacht en een klimaat waarin de patiënt veiligheid en vertrouwen ervaart.⁵ Ook de naasten hebben behoefte aan informatie over het stervensproces en symptoomverlichting.

VERANTWOORDELIJKHEDEN

Omdat de patiënt met kanker gedurende zijn ziekte met veel medische disciplines

te maken krijgt, is het voor hem nogal eens de vraag wie de hoofdbehandelaar is. Dit heeft ook implicaties voor de psychosociale zorg. Het is niet altijd duidelijk wie zich hiervoor verantwoordelijk voelt. Patiënten in het ziekenhuis klagen het meest over gebrekkige voorlichting en begeleiding: 30 tot 50 procent

van de patiënten wenst verbeteringen op dit punt.⁶ Verder vinden patiënten het belangrijk dat de huisarts en de medisch specialist elkaar op de hoogte stellen en houden.² In de praktijk gebeurt dit soms nog onvoldoende.

Huisarts en medisch specialist zijn beiden verantwoordelijk voor het verlenen van de psychosociale basiszorg. De intensiteit van het contact met de patiënt varieert echter gedurende het ziekteproces per fase per arts. Op het

moment dat wordt gestart met diagnostisch onderzoek, draagt de huisarts als het ware de patiënt over aan de medisch specialist. Ook tijdens de curatieve of palliatieve behandelfasen is de medisch specialist meestal degene die het meest intensief contact heeft met de patiënt. Omdat juist in deze behandelfasen de

Angst voor het sterven kan zich vertalen in schrikbeelden

neiging bestaat zich te richten op de ziekte (het somatische niveau), moet de medisch specialist zich bewust zijn van zijn belangrijke rol in de psychosociale zorg. Ook op dit gebied is hij in deze fasen hoofdbehandelaar. Naast actief luisteren en emotioneel steunen, heeft de patiënt vooral behoefte aan voorlichting, informatie en advies.

Pas na behandeling draagt de specialist de patiënt meestal weer over aan de huisarts. Concreet zal dit zijn in de

Naast actief luisteren en emotioneel steunen heeft de patiënt vooral behoefte aan voorlichting, informatie en advies.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

SAMENVATTING

ziektvrije fase en de palliatieve zorg zonder antitumortherapie. Met name in deze laatste fase is het niet altijd duidelijk wie de gehele verantwoordelijkheid draagt. De Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO) adviseert dat de huisarts de coördinerende rol op zich neemt. Daarmee is hij tevens hoofverantwoordelijke voor het verlenen van de psychosociale basiszorg. Ook in de terminale fase zal de huisarts de belangrijkste zorg verlenen. In de fasen waarin de huisarts hoofdbehandelaar is, liggen de accenten van de psychosociale basiszorg, naast actief luisteren en emotioneel steunen met name op signaleren en verwijzen.

Om bij psychosociale problematiek optimaal te kunnen verwijzen is er behoefte aan een screeningsinstrument. Daar zijn er enkele van in omloop, maar een goed gevalideerd instrument ontbreekt. Daarnaast is een overzicht van gespecialiseerde psychosociale hulpverleners in de regio van belang (de 'sociale kaart').

AANDACHT

Psychosociale basiszorg is van groot belang voor patiënten met kanker. Het helpt hen hun draagkracht aan te passen aan de draaglast. Steeds verdere specialisatie, betrokkenheid van meerdere specialisten, ontwikkelingen in de medische technologie en de nadruk op kostenbeheersing kunnen ten koste gaan van deze zorg. De basiszorg zoals door het Nationaal Programma Kankerbestrijding wordt genoemd, is echter niet meer vanzelfsprekend 'de basis'. Om deze redenen moet de psychosociale basiszorg opnieuw onder de aandacht worden gebracht.

Door een goede afstemming tussen specialist en huisarts mét inachtneming van de ziektefase waarin de patiënt zich bevindt, kan de juiste zorg op het juiste moment door de juiste persoon worden verleend. ■

- *Psychosociale basiszorg bestaat uit actief luisteren, emotioneel steunen, voorlichten en informeren, adviseren, signaleren en verwijzen.*
- *Voor 70 tot 75 procent van de patiënten met kanker is deze basiszorg toereikend.*
- *In alle ziektefasen is het van belang dat alle hulpverleners actief luisteren en emotioneel steunen.*
- *Tijdens de diagnostische, curatieve en palliatieve behandelfasen is de medisch specialist met name degene die de psychosociale basiszorg verleent, vooral door voorlichten, informeren en adviseren.*
- *De huisarts is in de ziektvrije fase, de palliatieve fase zonder antitumortherapie en de terminale fase de hoofdverantwoordelijke; in deze fasen ligt de nadruk op signaleren en verwijzen.*
- *Door helderheid omtrent de ziektefase en een goede afstemming tussen huisarts en medisch specialist krijgt de patiënt de juiste psychosociale zorg door de juiste persoon op het juiste moment.*

M. Meijer,
co-assistent geneeskunde, Universiteit Utrecht

dr. A.J. Kuiper,
klinisch psycholoog, Helen Dowling Instituut, Utrecht

drs. E.H. Verhagen,
huisarts, Leusden, consulent palliatieve zorg, Integraal Kankercentrum Midden-Nederland

dr. A. de Graeff,
internist-oncoloog, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

Correspondentieadres: A.deGraeff@umcutrecht.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

VELDWERK

Mensenwerk



In de afgelopen vijf jaar heb ik u via zo'n veertig columns een inkijkje trachten te geven in het werkveld van een praktiserende bedrijfsarts. In mijn laatste bijdrage voor deze rubriek wil ik nog éénmaal een lans breken voor mijn vaak fascinerende vak.

Besmuikt misprijzen: dat is meestal mijn lot als ik curatief werkende collega's vertel dat ik bedrijfsarts ben ('Goh, bevalt dat een beetje?'). Hun vooroordeel ten aanzien van mijn werk is even bekend als mijns inziens misplaatst. Gechargeerd (?) neergezet: een negen-tot-vijfbaan voor een kantoor-dokter met leasebak én met vooral héél saai (want niet behandelend) werk.

Kantoorwerk? Kijk, als bedrijfsarts kom ik graag bij de mensen óp het werk. Ik werk daarom (vrijwel) altijd op locatie. Dat heeft grote voordelen, want het maakt de (communicatie)lijnen kort en verhoogt de betrokkenheid bij het wel en wee van de medewerkers én de organisatie. Het primaire doel is het bedrijf van binnenuit te leren kennen. Dat is nodig, want als bedrijfsarts ben je - om het maar eens plastisch uit te drukken - vaak het afvoerputje van de organisatie: de meeste rommel komt ooit eens bij jou langs. Jouw oplossingsvermogen is dan het vaatdoekje/oplosmiddel voor het probleem.

Saai werk? In het geheel niet! Ik sta bij -5°C op het dek van een containerschip in de Rotterdamse haven, rij mee met een politiewagen op weg naar een vechtpartij in een kroeg, verricht EHBO-werkzaamheden in een lawaaijige fabriekshal van een kabelfabriek of leg een hoogleraar cardiologie uit welke oplossingsstrategieën er zijn om de onvrede in zijn team te kanaliseren.

De focus van de bedrijfsarts is het werk. En werk is altijd mensenwerk. Dat maakt het altijd boeiend en oneindig fascinerend. ■

Dolf Algra

de bedrijfsarts

Referenties

1. Nationaal Programma Kankerbestrijding 2005-2010. Rapportage Werkgroep 6: Voorlichting en psychosociale zorg. 2. Muijsenbergh M van den. De kunst van het er zijn. Promotieonderzoek 2001/Pallium april 2005: 14-17. 3. Haes de c.s. Psychologische Patiëntenzorg in de Oncologie, Handboek voor de professional. 4. Gualthérie van Weezel LM, Garssen BA, Jong CF de. Psychotherapie voor mensen met kanker. 5. Leeuwen P van. Schrikbeelden ontmaskerd. Pallium april 2005: 10-3. 6. Visser A 1998. Symposium Integrale Psycho-oncologische zorg 2000.