

De rol van de huisarts bij de oncologische nacontroles voor darmkanker

Julien Vos, Laura Duineveld, Thijs Wieldraaijer, Jan Wind, Henk van Weert, Kristel van Asselt, namens de I CARE-onderzoeksgroep

Veel patiënten met kanker vinden het prettig wanneer hun huisarts betrokken is bij de nazorg. Volgens het NHG behoort dergelijke nazorg ook tot de taken van de huisarts. Het is nog de vraag of huisartsen ook oncologische nacontroles zouden kunnen doen. Zijn dergelijke nacontroles door huisartsen effectief? En hoe denken patiënten en huisartsen hierover?

Oncologische nacontroles en nazorg voor patiënten met dikkedarmkanker vinden gewoonlijk plaats in het ziekenhuis. Zulke geplande medische nacontroles moeten achterhalen of de ziekte is teruggekomen, terwijl de oncologische nazorg zich

richt op de begeleiding en behandeling van de (late) gevolgen van kanker en het beperken van de ziektelast. Volgens de landelijke follow-uprichtlijn voor dikkedarmkanker heeft de huisarts geen formele rol bij oncologische nacontroles en nazorg.¹ Veel patiënten met kanker hebben echter wel behoefte aan een actief betrokken huisarts.² Huisartsen zijn vaak ook al betrokken bij de oncologische nazorg.³ Wanneer dit het geval is, heeft dat mogelijk ook positieve effecten op uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.^{4,5}

De rol van de huisarts bij oncologische nacontroles en nazorg is daarom al langere tijd onderwerp van discussie. In een rapport uit 2007 stelt de Gezondheidsraad dat substitutie van on-



Oncologische nacontroles door de huisarts leiden niet tot betere of slechtere uitkomsten dan die door de specialist, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten.

Foto: iStockphoto

DE KERN

- Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de oncologische nazorg voor patiënten.
- Oncologische nacontroles door de huisarts leiden niet tot betere of slechtere uitkomsten dan die door de specialist, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten.
- Er zijn belangrijke barrières die de oncologische nacontroles door de huisarts belemmeren, waaronder gebrek aan tijd, aan onderwijs en aan financiële compensatie.
- In plaats van volledige substitutie van oncologische nacontroles door de huisarts zijn ook andere vormen van substitutie mogelijk.
- De (mogelijke) rol van de huisarts is afhankelijk van maatschappelijke argumenten en persoonlijke of disciplinegebonden voorkeuren.

cologische nacontroles de druk op de capaciteit in de duurdere tweede lijn kan verminderen.⁶ Tegelijkertijd staat ook de eerste lijn onder toenemende druk. Het Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk van het NHG uit 2014 stelt dat nazorg een onderdeel is van de huisartsenzorg. De oncologische nacontroles kunnen hier onder bepaalde voorwaarden deel van uitmaken, mits hier voldoende wetenschappelijke ondersteuning voor is.⁷

Het leveren van oncologische nacontroles in de huisartsenpraktijk dient dan wel aan verschillende voorwaarden te voldoen:

1. er moet draagvlak zijn onder patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars;
2. huisartsen dienen gebruik te maken van oncologische richtlijnen;
3. er moet voldoende tijd zijn;
4. de eerste en tweede lijn dienen digitaal gegevens uit te wisselen;
5. lokaal en regionaal moet er worden samengewerkt;
6. er dient aandacht te zijn voor onderwijs en onderzoek.

Het NHG stelde voor om substitutie van oncologische nacontroles te verkennen voor enkele van de meestvoorkomende kankersoorten in Nederland, zoals darmkanker.

HET I CARE-ONDERZOEK

In 2015 is het I CARE-onderzoek opgezet, dat moet nagaan of een grotere betrokkenheid van de huisarts na de behandeling voor dikkedarmkanker tot een betere kwaliteit van leven leidt. Het onderzoek bestond uit twee delen, namelijk een cohort-onderzoek en een gerandomiseerde trial. In dit artikel gaan we vooral dieper in op de belangrijkste uitkomsten van de gerandomiseerde trial.

Cohortonderzoek

Met het cohortonderzoek brachten we de huidige nazorg voor darmkanker in kaart. We onderzochten de symptomen en

zorgbehoeften van 227 patiënten die behandeld waren voor dikkedarmkanker en nazorg kregen via het ziekenhuis.^{8,9} Daarnaast analyseerden we de huidige betrokkenheid van de huisarts bij deze nazorg.³ We includeerden patiënten in de eerste 5 jaar na de operatie. De patiënten werden vervolgens 6 maanden gevolgd. Tijdens deze periode rapporteerden de patiënten veel verschillende symptomen en zorgbehoeften.^{8,9} Voor slechts een klein deel zochten ze hulp van een zorgverlener. Patiënten namen hiervoor net zo vaak contact op met de huisarts als met de specialist, en waren tevreden over beide zorgverleners.

Gerandomiseerde trial

In de gerandomiseerde trial die hierop volgde, hebben patiënten na de behandeling voor darmkanker geloot tussen oncologische nacontroles en nazorg door een chirurg of door een huisarts.¹⁰ Aan het onderzoek deden 303 patiënten mee, van wie er 162 de zorg van een chirurg kregen en 141 van een huisarts. De oncologische nacontroles bestonden uit (half) jaarlijkse controles van het carcino-embryonaal antigeen (CEA), echografie van de buik en coloscopie-surveillance. Inmiddels is de echografie vervangen door een CT-thorax/abdomen na 1 jaar.¹

De patiënten in de gerandomiseerde trial werden 5 jaar gevolgd. Ondanks de inspanningen van de onderzoeksgroep duurde de werving van patiënten en huisartsen voor het I CARE-onderzoek langer dan verwacht en liep het onderzoek vertraging op.¹¹ Van de 1238 patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek namen er 303 deel; een deelnamepercentage van 25%. In vergelijking met andere onderzoeken in de eerste lijn is dit relatief laag.¹² Patiënten noemden voor hun weigering vaak redenen die gerelateerd waren aan het onderzoek (57%). Ze hadden bijvoorbeeld de voorkeur voor een specialist (31%) of vonden het te veel moeite om deel te nemen aan het onderzoek (12%). Sommige patiënten weigerden deelname vanwege hun gezondheid (9%) of wilden niet meer geconfronteerd worden met hun ziekte (5%).

Er deden 250 huisartsen mee aan het onderzoek. In 43 gevallen weigerden huisartsen om deel te nemen. Huisartsen waren het soms niet eens met het doel van het onderzoek (de substitutie van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de huisarts) of hadden behoefte aan extra tijd en/of een financiële compensatie.

Gezondheidsuitkomsten

Eerst keken we naar het effect van de oncologische huisartsenzorg op gezondheidsuitkomsten. In het eerste jaar na de darmkankeroperatie vonden we geen relevant voordeel of nadeel wat betreft de kwaliteit van leven (KvL); de primaire uitkomst van het onderzoek; op een schaal van 100 was er een verschil in KvL-score van -2,3 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -5,0 tot 0,4) tussen de huisartsen- en de chirurgengroep.¹³ Ook vonden we geen statistisch significant verschil in de detectie van recidieven (18 in de huisartsengroep versus 28 in de chirurgengroep, hazardratio van 0,75 (95%-BI 0,41 tot 1,36)).¹⁴

Het onderzoek had echter niet voldoende deelnemers om een klein verschil aan te tonen.

Ervaringen van patiënten

Vervolgens keken we naar de verschillen in kwaliteitsaspecten van zorg, zoals de communicatie en informatievoorziening door beide zorgverleners.¹⁵ De patiënten waren zeer tevreden over de zorg door zowel de huisarts als de chirurg (respectievelijk 9,6 en 9,4 op een schaal van 10).

Uit aanvullende diepte-interviews met patiënten bleek dat de zorg in de huisartsenpraktijk op verschillende manieren georganiseerd was. Patiënten namen soms zelf het initiatief om controleafspraken in te plannen, terwijl in andere gevallen de huisarts dit deed. Sommige patiënten vonden de taakverdeling onduidelijk en hadden daarom behoefte aan meer sturing door de huisarts. In de ziekenhuizen werden patiënten vaak automatisch opgeroepen voor controleafspraken, terwijl dat in de huisartsenpraktijk werd overgelaten aan de huisarts en de patiënt.

Ervaringen van zorgverleners

We interviewden ook 17 huisartsen die aan het onderzoek hadden meegedaan.¹⁶ De meeste huisartsen vonden het niet moeilijk om de oncologische zorg te leveren. Ze ervoeren echter ook belangrijke barrières. Zo hadden ze behoefte aan extra tijd, onderwijs en financiële compensatie. Huisartsen vonden, net zoals patiënten, de rol- en taakverdeling soms onduidelijk. Ze hadden bovendien behoefte aan een monitoringssysteem zodat ze patiënten niet uit het oog zouden verliezen. De geïnterviewde huisartsen dachten verschillend over een mogelijke 'vaste' rol van de huisarts in de toekomst.

Zorgkosten

Ten slotte keken we naar het effect op de zorgkosten. We gebruikten gevalideerde vragenlijsten om op verschillende momenten de kosten van het zorggebruik en het productiviteitsverlies te meten.¹⁷ Na 3 jaar waren de totale maatschappelijke kosten significant lager in de huisartsengroep, in vergelijking met de chirurgengroep (gemiddeld verschil van -3.895 euro (95%-BI -6.113 tot -1.712 euro)). Het verschil in kosten werd vooral gedreven door een verschil in productiviteitsverlies: patiënten kunnen minder werken door de ziektelast (-3.305 euro (95%-BI -5.028 tot -1.739 euro)). Mogelijk speelt hier selectieve uitval een rol, waarbij patiënten met een hoge ziektelast vaker bij de specialist onder controle bleven.

Ook de zorgkosten waren lager, maar die verschilden niet significant met die van de chirurgengroep (-678 euro (95%-BI -2.129 tot 803 euro)); hierbij rekenden we met door het Zorginstituut vastgestelde referentietarieven uit 2014 (ongeveer 37 euro voor een huisartsenconsult versus 89 euro voor een chirurgconsult).¹⁸ Door middel van de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) relateerden we de kosten aan het effect op KvL. We concludeerden dat de oncologische zorg door de huisarts waarschijnlijk kosteneffectief is voor ziektespecifieke KvL, maar niet voor algemene KvL.

BEWIJS VOOR EFFECTIVITEIT

Volgens het NHG-Standpunt is een begin van substitutie van oncologische nacontroles naar de huisartsenpraktijk mogelijk indien de effectiviteit wetenschappelijk onderbouwd is en de uitvoering in de eerste lijn haalbaar is.⁷ Het I CARE-onderzoek levert het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit. De resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met die van twee gerandomiseerde onderzoeken uit Australië en Noorwegen.^{19,20} Op basis van de resultaten van die onderzoeken en dit onderzoek kunnen we concluderen dat de oncologische zorg door de huisarts bij dikkedarmkanker waarschijnlijk leidt tot vergelijkbare uitkomsten als de zorg door de chirurg.

In de regio van Brielle, Rockanje en Oostvoorne is in het verleden een pilotonderzoek verricht waarin 15 huisartsen de oncologische nacontroles en nazorg voor patiënten met darmkanker op zich namen.²¹ Nu, 10 jaar na dato, leveren de huisartsen deze zorg nog steeds. De resultaten van dat onderzoek laten zien dat het leveren van oncologische nacontroles en nazorg in de huisartsenpraktijk mogelijk is.

IMPLEMENTATIE

De resultaten van de genoemde onderzoeken en die van ons onderzoek geven aanleiding om een implementatieonderzoek op lokale of regionale schaal te overwegen. Het I CARE-onderzoek bracht nog wel een aantal belangrijke behoeften en wensen rond implementatie aan het licht. Zo is er behoefte aan extra tijd, onderwijs en financiële compensatie. Ook is er behoefte aan een oproepsysteem om patiënten automatisch op te roepen voor de (half)jaarlijkse controles. Bij het vermoeden op een recidief is het belangrijk dat een specialist de patiënten op korte termijn kan zien. Hiervoor moeten duidelijke zorgpaden aanwezig zijn. Ook dienen er goede afspraken te komen over andere vormen van communicatie en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld over de uitwisseling van patiëntgegevens.

Om deze punten te realiseren, is het belangrijk dat er consensus wordt bereikt over de (mogelijke) rol van de huisarts bij oncologische nacontroles. Hierbij zullen maatschappelijke argumenten en persoonlijke (of disciplinegebonden) voorkeuren een rol spelen.

ANDERE VORMEN VAN ZORGSUBSTITUTIE

In plaats van volledige substitutie van oncologische nacontroles door de huisarts, zijn ook andere vormen van substitutie mogelijk. Zo wordt momenteel in Nederland onderzocht of patiënten na de behandeling van darmkanker nacontroles op afstand kunnen krijgen.²² De patiënten kunnen dan door middel van een online applicatie hun eigen onderzoeksresultaten inzien, zodat ze bij afwijkende resultaten contact kunnen opnemen. Hierdoor komt de verantwoordelijkheid voor het natraject meer bij de patiënt te liggen. Ook zijn er ontwikkelingen op het gebied van oncologische praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

In het I CARE-onderzoek hebben we gekeken naar verschillende uitkomsten van oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts en door de specialist. Oncologische zorg door de huisarts heeft niet geleid tot betere of slechtere uitkomsten, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten. De resultaten geven daarom voldoende aanleiding voor een implementatie-onderzoek op lokale of regionale schaal. Tegelijkertijd verliep de werving van patiënten en huisartsen binnen het I CARE-onderzoek moeizaam en daarom is het nog de vraag of hier voldoende draagvlak voor is. Om implementatie te realiseren, hebben we enkele randvoorwaarden beschreven, waaronder nieuwe zorgpaden en samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten. ■

LITERATUUR

1. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn colorectaal carcinoom (CRC). Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/startpagina_-_cnc.html. Geraadpleegd op 28 november 2022.
2. Noteboom EA, Perfors IA, May AM, Stegmann ME, Duijts SF, Visserman EA, et al. GP involvement after a cancer diagnosis; patients' call to improve decision support. *BJGP Open* 2021;5:bjgpopen20X101124.
3. Duineveld LAM, Molthof H, Wieldraaijer T, Van de Ven AWH, Busschers WB, Van Weert HCPM, et al. General practitioners' involvement during survivorship care of colon cancer in the Netherlands: primary health care utilization during survivorship care of colon cancer, a prospective multicentre cohort study. *Fam Pract* 2019;36:765-70.
4. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16:1231-72.
5. Vos JAM, Wieldraaijer T, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. Oncologische nacontroles en nazorg in eerste versus tweede lijn. *Huisarts Wet* 2021;64:10-6.
6. Nederlandse Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. 2007. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2007/03/27/nacontrole-in-de-oncologie.-doelen-onderscheiden-inhoud-onderbouwen>. Geraadpleegd op 28 november 2022.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2014. Geraadpleegd op 31 augustus 2022.
8. Wieldraaijer T, Duineveld LA, Van Asselt KM, Van Geloven AAW, Bemelman WA, Van Weert, HCPM et al. Follow-up of colon cancer patients; causes of distress and need for supportive care: results from the I CARE Cohort Study. *Eur J Surg Oncol* 2017;43:118-25.
9. Wieldraaijer T, Duineveld LAM, Bemelman WA, Van Weert HCPM, J Wind J. Information needs and information seeking behaviour of patients during follow-up of colorectal cancer in the Netherlands. *J Cancer Surviv* 2019;13:603-10.
10. Duineveld LA, Wieldraaijer T, Van Asselt KM, Nugteren IC, Donkervoort SC, Van de Ven AWH, et al. Improving care after colon cancer treatment in The Netherlands, personalised care to enhance quality of life (I CARE study): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2015;16:284.
11. Duineveld LAM, Vos JAM, Wieldraaijer T, Donkervoort SC, Wind J, Van Weert HCPM, et al. Recruitment challenges to the I CARE study: a randomised trial on general practitioner-led colon cancer survivorship care. *BMJ Open* 2021;11:e048985.
12. Van der Wouden JC, Blankenstein AH, Huibers MJ, Van der Windt DAWM, Stalman WAB, Verhagen AP. Survey among 78 studies showed that Lasagna's law holds in Dutch primary care research. *J Clin Epidemiol* 2007;60:819-24.
13. Vos JAM, Duineveld LAM, Wieldraaijer T, Wind J, Busschers WB, Sert E, et al. Effect of general practitioner-led versus surgeon-led colon cancer survivorship care, with or without eHealth support, on quality of life (I CARE): an interim analysis of 1-year results of a randomised, controlled trial. *Lancet Oncol* 2021;22:1175-87.
14. Vos JAM, Sert E, Busschers WB, Duineveld LAM, Wieldraaijer T, Wind J, et al. Detection of colon cancer recurrences during follow-up care by general practitioners versus surgeons. *J Nat Cancer Inst* 2023;115:523-9.
15. Vos JAM, Van Miltenburg VE, Beverdam FH, Van Weert HCPM, Van Asselt KM; I CARE study group. Patient experiences of GP-led colon cancer survivorship care: a Dutch mixed-methods evaluation. *Br J Gen Pract* 2023;73:e115-e23.
16. Vos JAM, De Best R, Duineveld LAM, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. Delivering colon cancer survivorship care in primary care; a qualitative study on the experiences of general practitioners. *BMC Primary Care* 2022;23:13.
17. Vos JAM, El Alili M, Duineveld LAM, Wieldraaijer T, Wind J, Sert E, et al. Cost-effectiveness of general practitioner- versus surgeon-led colon cancer survivorship care; an economic evaluation alongside a randomised controlled trial. 2023 Apr 25. Online ahead of print.
18. Hakkaart-van Roijen L, Van der Linden N, Bouwmans CAM, Kanters T, Swan Tan S. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: Zorginstituut, 2016.
19. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006;94:1116-21.
20. Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2013;3:e002391.
21. Van Leeuwen A, Wind J, Van Weert H, De Wolff V, Van Asselt K. Experiences of general practitioners participating in oncology meetings with specialists to support GP-led survivorship care; an interview study from the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2018;24:171-6.
22. World Health Organization. Netherlands Trial Register. DIS-TANCE trial. Beschikbaar via: <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=NL9266>. Geraadpleegd op 6 januari 2023.

Vos JAM, Duineveld LAM, Wieldraaijer T, Wind J, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. De rol van de huisarts bij de oncologische nacontroles voor darmkanker. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI: 10.1007/s12445-023-2413-6. Amsterdam UMC, locatie Universiteit van Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde; J.A.M. Vos, huisarts in opleiding, postdoc onderzoeker, j.a.m.vos@amsterdamumc.nl; L.A.M. Duineveld, huisarts; T. Wieldraaijer, huisarts; J. Wind, huisarts; H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; K.M. van Asselt, huisarts, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.