

Voorkeur voor hulpverlener na behandeling voor colorectaal carcinoom

Thijs Wieldraaijer, Laura Duineveld, Sandra Donkervoort, Wim Busschers, Henk van Weert, Jan Wind

Inleiding De nazorg en follow-up na behandeling van colorectaal carcinoom vinden momenteel plaats in de tweede lijn. De huisarts zou deze zorg kunnen overnemen, maar uit onderzoek blijkt dat een deel van de patiënten daar terughoudend op reageert.

Methode De onderzoekers hebben een vragenlijstonderzoek gedaan onder patiënten waarin deze voor veertien symptomen konden aangeven naar welke hulpverlener zij zouden gaan. Patiënt- en ziektekenmerken werden uit huisarts- en ziekenhuisdossiers gehaald.

Resultaten Er waren 260 deelnemers, met een gemiddelde leeftijd van 67 jaar en een mediane tijd na behandeling van zeven maanden. Mannen, patiënten ouder dan 65 jaar en patiënten met een chronische comorbiditeit hadden vaker een voorkeur voor de huisarts. Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hadden ondergaan, kozen vaker voor het ziekenhuis. Voor alle symptomen gingen patiënten liever naar hun huisarts, behalve bij rectaal bloedverlies en gewichtsverlies, en wanneer ze bang waren dat de kanker was teruggekeerd. In die gevallen hebben ze geen voorkeur.

Conclusie In de huidige situatie raadplegen patiënten na behandeling voor colorectaal carcinoom vaak hun huisarts, waarbij ze voor alarmsymptomen ook de specialist bezoeken. Bij deze symptomen heeft de patiënt geen voorkeur voor een hulpverlener.

INLEIDING

Volgend op de adviezen van de Gezondheidsraad, KWF Kankerbestrijding en NHG/LHV om de mogelijkheid van nazorg voor colorectaal carcinoom (CRC) door de huisarts te onderzoeken, voert de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie AMC, een onderzoek uit waarin patiënten na (in opzet) curatieve behandeling worden gerandomiseerd voor gebruikelijke nazorg of nazorg bij hun huisarts: het ICARE-onderzoek.¹⁻³ Een aantal patiënten twijfelt over deelname en heeft bedenkingen bij deze oncologische nazorg door de huisarts.^{4,5} Wanneer ze voor deelname aan het ICARE-onderzoek worden benaderd, zeggen patiënten geregeld de volgende bedenkingen te hebben: ze blijven liever bij de specialist voor de oncologische nazorg en hebben onvoldoende vertrouwen in de oncologische kennis en ervaring van de huisarts. Anderzijds hebben patiënten die graag meedoen vaak een goede band met hun huisarts en zien ze voordelen in het gemak en de laagdrempeligheid van nazorg bij hun huisarts. De onderzoekers probeerden bij patiënten die reguliere nazorg in de tweede lijn krijgen te achterhalen 1) welke

hulpverlener ze bij voorkeur consulteren voor klachten tijdens de periode van nazorg voor CRC, 2) welke patiëntkenmerken samenhangen met een voorkeur voor een hulpverlener, en 3) of het type symptoom samenhangt met een voorkeur voor een hulpverlener.



De huisarts zou oncologische nazorg kunnen verrichten, maar een deel van de patiënten reageert daarop terughoudend.

Foto: Shutterstock

WAT IS BEKEND?

- Verschillende onderzoeken bekijken momenteel de mogelijkheid om oncologische nazorg door de huisarts te laten uitvoeren.
- Een aantal patiënten reageert na behandeling voor colorectaal carcinoom terughoudend op deze voorgenomen overgang.

WAT IS NIEUW?

- Mannen, patiënten ouder dan 65 en patiënten met een chronische comorbiditeit hebben vaker een voorkeur voor de huisarts.
- Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hebben ondergaan, kiezen vaker het ziekenhuis.
- Voor alle symptomen gaan patiënten liever naar hun huisarts, behalve voor rectaal bloedverlies en gewichtsverlies, en wanneer ze bang zijn dat de kanker is teruggekeerd. Bij deze symptomen heeft de patiënt geen voorkeur voor een hulpverlener.

METHODE

De onderzoekers deden een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek bij CRC-patiënten na (in opzet) curatieve behandeling. De patiënten kregen reguliere nazorg en werden benaderd vanuit de chirurgie-, oncologie- en MDL-afdelingen van zes ziekenhuizen. Hierbij hebben de onderzoekers *alle* patiënten benaderd die na curatieve behandeling deelnamen aan periodieke nacontroles in het kader van oncologische follow-up, die tot vijf jaar na behandeling loopt. Op deze wijze probeerden

zij een zo breed mogelijke steekproef te krijgen van alle patiënten in deze periode van nazorg. Na schriftelijke toestemming tot deelname vulden de patiënten binnen een week een vragenlijst in, waarin zij voor veertien symptomen aangaven of zij hiervoor een hulpverlener zouden consulteren, en zo ja, welke dat dan zou zijn. De opties waren 'niemand', 'huisartsassistent', 'huisarts', 'verpleegkundige in het ziekenhuis' en 'specialist'. De patiënten konden meerdere opties tegelijk kiezen en kregen de mogelijkheid om de antwoorden toe te lichten. De onderzoekers maakten een selectie van de symptomen, bedoeld om een indruk te geven van verschillende domeinen van gezondheid. Het betrof 1) buikpijn, 2) moeheid, 3) misselijkheid, 4) diarree, 5) obstipatie, 6) koorts, 7) rectaal bloedverlies, 8) gewichtsverlies, 9) pijn, 10) verminderde conditie, 11) slaapproblemen, 12) angst dat de kanker terugkeert, 13) sociale problemen en 14) werkgerelateerde problemen.

De patiënt- en ziektekenmerken zijn uit de huisarts- en ziekenhuisdossiers gehaald.

Om de voorkeur voor het type hulpverlener te achterhalen, scoorden de onderzoekers alle antwoorden op voorkeur voor 1) de eerste lijn (huisarts of huisartsassistent), 2) de tweede lijn (verpleegkundige of specialist) of 3) geen voorkeur (geen hulpverlener of meerdere hulpverleners). Met een mixed multinomiaal model vergeleken ze vervolgens de oddsratio's voor hulpverlenersvoorkeur met de verschillende patiënt- en ziektekenmerken, waarbij ze rekening hielden met de mogelijkheid dat een patiënt meerdere antwoorden had gegeven.

RESULTATEN

Van de 483 benaderde patiënten namen er 260 deel (response rate 54%). Weigeraars waren gemiddeld ouder (72 versus 67 jaar, $p < 0,001$), maar verder gelijk aan de groep deelnemers, [tabel 1].

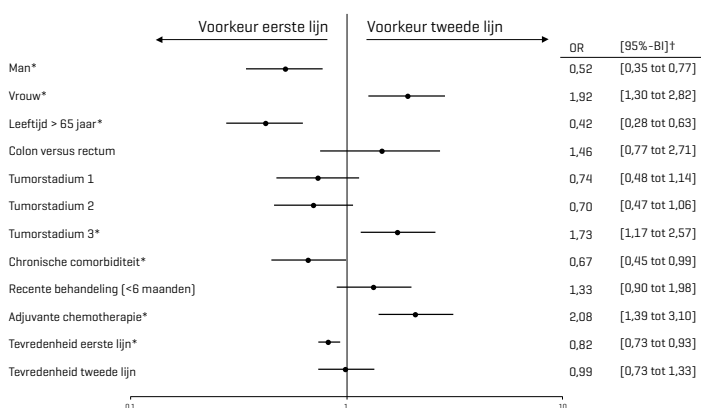
De resultaten voor hulpverlenersvoorkeur per patiënt- en ziektekenmerken staan in de [figuur]. Mannen, patiënten ouder dan 65 en patiënten met een chronische comorbiditeit hadden vaker een voorkeur voor de huisarts. Een hogere waardering van de huisarts was ook gecorreleerd met een voorkeur voor de eerste lijn. Vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die adjuvante chemotherapie hadden ondergaan, verkozen vaker het ziekenhuis.

De meeste patiënten (97%) zouden een hulpverlener consulteren bij rectaal bloedverlies ($n = 252$), de minste patiënten (11%) bij werkgerelateerde problemen ($n = 28$). Voor alle symptomen gemiddeld zou 43% de huisarts consulteren en 21% de tweede lijn. Voor alle symptomen hadden de patiënten een voorkeur voor de huisarts, behalve voor rectaal bloedverlies, gewichtsverlies en angst dat de kanker terugkeert. Voor deze symptomen hadden ze geen voorkeur voor hulpverlener [tabel 2].

Uit de informatie die patiënten zelf toevoegden, kwam naar voren dat zij zich goed geïnformeerd voelden over veelvoorkomende of verontrustende symptomen en al naar gelang de ernst of hinder iemand zouden raadplegen. Enkele voorbeelden: 'Er werd mij verteld dat vermoeidheid erbij hoort en lang kan aanhouden.' 'In het geval van rectaal bloedverlies zou ik

Figuur 1

Karakteristieken die van invloed zijn op hulpverlenersvoorkeur



Deze figuur toont de oddsratio's van verschillende patiënt- en ziektekenmerken voor het hebben van een voorkeur van de tweede lijn boven de eerste lijn.

* Karakteristieken significant verschillend voor type hulpverlener

† Oddsratio met 95%-betrouwbaarheidsinterval

Tabel 1

Karakteristieken van deelnemers en weigeraars

	Deelnemers (n = 260)		Weigeraars (n = 223)	
Leeftijd [gemiddeld, sd]	67	[sd 10,1]	72	[sd 10,2]
Man [%]	141	[54%]	105	[47%]
Mediane tijd na operatie [in maanden, IKS]	7	[4 tot 13]	6	[4 tot 12]
Tumorstadium*				
1 [%]	73	[28%]	53	[24%]
2 [%]	88	[34%]	83	[37%]
3 [%]	99	[38%]	87	[39%]
Tumorlocatie				
Colon	231	[88%]	207	[93%]
Rectum	29	[12%]	16	[7%]
Type operatie				
[Verlengde] hemicolectomie rechts	117	[45%]	99	[44%]
Transversumresectie	6	[2%]	3	[1%]
[Verlengde] hemicolectomie links	21	[8%]	25	[11%]
Sigmoidresectie	55	[21%]	49	[22%]
Rectosigmoidresectie	56	[22%]	41	[18%]
Abdominoperineale resectie	5	[2%]	6	[3%]
Patiënten na neo-adjuvante CRTx	14	[5%]	11	[5%]
Patiënten na adjuvante CTx	86	[33%]	74	[33%]
Leefsituatie				
Samenwonend	199	[77%]		
Alleenwonend	61	[23%]		
Werk				
Actief	46	[18%]		
[Deels met] ziekteverlof	21	[8%]		
Inactief [voornamelijk gepensioneerd]	193	[74%]		
Opleidingsniveau				
Basisschool	12	[5%]		
Middelbare school	150	[58%]		
Beroepsonderwijs	70	[27%]		
Universiteit	28	[11%]		
Chronische comorbiditeit				
Cardiovasculaire ziekte	118	[45%]		
Geen	105	[40%]		
Ernstige artrose	41	[16%]		
Diabetes mellitus	40	[15%]		
Astma/COPD	22	[9%]		
Depressie	22	[9%]		
Zenuwstelselaandoening	18	[7%]		
Overig†	64	[25%]		
Stoma	38	[15%]		
Medicatiegebruik				
Voorgeschreven medicatie	116	[45%]		
Over-the-counter medicatie alleen	67	[26%]		
Geen	77	[30%]		

sd = standaarddeviatie; IKS = interkwartielspanning; neo-adjuvante CRTx = neo-adjuvante chemoradiotherapie; alleen bij rectumcarcinoom; adjuvante CTx = adjuvante chemotherapie.

* Tumorstadium op basis van de TNM5-criteria.

† Bij < 5% van de deelnemers aanwezig; nierziekte, leverziekte, huidaandoeningen, maagzweren en verschillende andere aandoeningen.

eerst naar mijn huisarts gaan en dan om een verwijzing naar de chirurg vragen.'

BESCHOUWING

Alle patiënten die aan dit onderzoek deelnamen, kregen reguliere oncologische nazorg in de tweede lijn. De onderzoekers hebben hen niet benaderd voor deelname aan randomisatie voor nazorg bij hun huisarts en ook niet gevraagd naar een voorkeur voor of mening over eventuele overplaatsing van oncologische follow-up naar de huisarts. Dat patiënten terughoudend zijn

ten aanzien van overplaatsing van oncologische nazorg naar de huisarts blijkt uit eerdere onderzoeken en uit de bezwaren die de onderzoekers te horen kregen toen ze patiënten includeerden voor het ICARE-onderzoek, waarin ze randomiseerden tussen reguliere nazorg en nazorg door de huisarts.^{4,5} De antwoorden die patiënten geven op de vraag naar welke hulpverlener zij zouden gaan in het geval van een van de genoemde symptomen wijzen er echter wel op dat deze groep patiënten in de reguliere oncologische nazorg veelal (eerst) naar de huisarts zou gaan. Daarnaast suggereren de

Tabel 2

Hulpverlenerconsultatie per symptoom

Symptoom	Consulteert een hulpverlener		Consulteert eerste lijn		Consulteert tweede lijn		Voorkeur voor eerste lijn per symptoom	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	Oddsratio	95%-BI*
Rectaal bloedverlies	252	[97]	135	[52]	139	[54]	0,97	0,73 tot 1,28
Pijn	200	[77]	154	[59]	72	[28]	2,30	1,74 tot 3,05
Gewichtsverlies	194	[75]	120	[46]	95	[37]	1,29	0,98 tot 1,71
Buikpijn	190	[73]	135	[52]	73	[28]	1,98	1,50 tot 2,62
Obstipatie	180	[69]	130	[50]	61	[24]	2,21	1,67 tot 2,92
Diarree	165	[64]	118	[45]	57	[22]	2,11	1,59 tot 2,79
Misselijkheid/braken	162	[62]	130	[50]	37	[14]	3,51	2,66 tot 4,64
Angst voor terugkeer kanker	158	[61]	96	[37]	82	[32]	1,21	0,90 tot 1,62
Koorts	157	[60]	130	[50]	40	[15]	3,36	2,54 tot 4,44
Moeheid	151	[58]	102	[39]	32	[12]	3,19	2,40 tot 4,24
Verminderde conditie	126	[49]	111	[43]	30	[12]	3,88	2,93 tot 5,15
Slaapproblemen	114	[44]	104	[40]	17	[7]	5,87	4,42 tot 7,80
Sociale problemen	75	[29]	73	[28]	10	[4]	6,82	5,04 tot 9,22
Werkgerelateerde problemen	28	[11]	25	[10]	4	[2]	6,63	4,28 tot 10,29
Gemiddelde	154	[59]	112	[43]	54	[21]		

Er waren meerdere antwoorden mogelijk, waardoor eerste- en tweedelijnsconsultatiepercentages overlappen.

Deelnemers geven significant vaker aan een eerstelijns-hulpverlener te consulteren voor alle symptomen, behalve voor 1) rectaal bloedverlies, 2) gewichtsverlies en 3) angst voor terugkeer van de kanker.

* 95%-betrouwbaarheidsinterval.

resultaten dat bij vrouwen, patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die chemotherapie krijgen de voorkeur voor consultatie in de tweede lijn sterker is dan bij andere groepen. Deze correlatie van patiënt- en ziektekenmerken met een voorkeur voor een hulpverlener is op dit moment niet direct van invloed op de behandeling van patiënten, maar kan in de toekomst wellicht wel helpen bij het vormgeven van het beleid wanneer de patiënt de overstap van tweede- naar eerstelijnsnazorg maakt.

CONCLUSIE

In de huidige nazorgsituatie geven patiënten na behandeling voor CRC voor de meeste symptomen aan dat ze hun huisarts zouden consulteren. Dit betekent dat voor zowel patiënten als huisartsen de stap na een mogelijke overname van oncologische nazorg voor coloncarcinoom kleiner zal zijn dan men vaak vreest. De voorkeur voor het type hulpverlener wordt beïnvloed door patiënt- en ziektekenmerken, en door het type symptoom dat een patiënt ervaart. Mannen hebben vaker een voorkeur voor de eerste lijn, vrouwen vaker voor de tweede lijn. Oudere patiënten en patiënten met chronische comorbiditeit gaan liever naar hun huisarts, wat mogelijk te verklaren is door de kleinere afstand naar de huisartsenpraktijk en doordat ze de huisarts beter kennen vanwege de behandeling van de chronische comorbiditeiten. Patiënten met stadium 3-ziekte en patiënten die behandeld zijn met chemotherapie verkiezen het ziekenhuis, wat wellicht samenhangt met de bijwerkingen van de behandeling en de ernst van de klachten, en met het feit dat ze de hulpverleners in het ziekenhuis door de intensieve behandelperiode beter kennen. ■

LITERATUUR

1. Gezondheidsraad. Follow-up in oncology. Identify objectives, substantiate actions. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
2. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2011.
3. Eyck MAMF, Rosmalen CFH, Ter Brugge A, Hogendorp J, Romijn EC, De Wit NJ. Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
4. Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, Van Asselt KM, Bemelman WA, Van Weert HC. Follow-up after colon cancer treatment in the Netherlands; a survey of patients, GPs, and colorectal surgeons. *Eur J Surg Oncol* 2013;39:837-43.
5. Nugteren IC, Duineveld LA, Wieldraaijer T, Van Weert HC, Verdonck-de Leeuw IM, Van Uden-Kraan CF, et al. Need for general practitioner involvement and eHealth in colon cancer survivorship care: patients' perspectives. *Fam Pract* 2017;34:473-8.

Wieldraaijer T, Duineveld LAM, Donkervoort SC, Busschers WB, Van Weert HCPM, Wind J. Voorkeur voor hulpverlener na behandeling voor colorectaal carcinoom. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0345-3.

Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: T. Wieldraaijer, aioto, t.wieldraaijer@amc.uva.nl; L.A.M. Duineveld, aioto; W.B. Busschers, statisticus; prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. J. Wind, postdoc. OLVG, Afdeling Heelkunde, Amsterdam: S.C. Donkervoort, chirurg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Wieldraaijer T, Duineveld LAM, Donkervoort SC, Busschers WB, Van Weert HCPM, Wind J. Colorectal cancer patients' preferences for type of caregiver during survivorship care. *Scand J Prim Health Care* 2018;36:14-9. Publicatie gebeurt met toestemming.