

# Nazorg bij darmkanker en samenwerking met de tweede lijn

Anne van Leeuwen, Jan Wind, Henk van Weert, Vrony de Wolff, Kristel van Asselt

**Inleiding** Huisartsen en specialisten in Brielle organiseren nazorg in de eerste lijn voor patiënten die behandeld zijn voor kanker. Maandelijks oncologiebijeenkomsten maken deel uit van het project. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van huisartsen die nazorg leveren aan patiënten met darmkanker.

**Methode** Een kwalitatief interviewonderzoek met huisartsen.

**Resultaten** De bijeenkomsten met huisartsen en medisch specialisten vervullen een belangrijke rol in de communicatie en scholing. Doordat huisartsen beter op de hoogte zijn van het traject van diagnostiek tot overdracht, ervaren zij dat hun band met de patiënt verbetert. Laagdrempelig contact met de specialist maakt terugverwijzen makkelijker. De huisartsen zien de nazorg bij de kankerpatiënt als een gedeelde verantwoordelijkheid. Preventieve zorg, zoals veranderen van leefstijl bij darmkankerpatiënten, is geen gemeengoed.

**Conclusie** Huisartsen en specialisten zijn in staat om nazorg bij darmkanker te organiseren met behulp van gezamenlijke oncologiebijeenkomsten.

## INLEIDING

De nazorg voor darmkankerpatiënten bestaat uit nacontroles en opsporing van recidieven of metastasen, en er is aandacht voor de langetermijneffecten van de behandeling en de lichamelijke, functionele en psychosociale gevolgen van de ziekte.<sup>1,2</sup> De incidentie van darmkanker neemt toe door de veroudering van de bevolking en daarmee zal de behoefte aan nazorg ook stijgen. Deze nazorg vindt meestal plaats in het ziekenhuis, maar ook de eerste lijn zou deze kunnen uitvoeren.

In Nederland blijkt de bereidheid om de nazorg en controle door de eerste lijn te laten uitvoeren niet groot. In een eerder onderzoek reageerden huisartsen gereserveerd wanneer hen werd gevraagd naar dergelijke ontwikkelingen. Veel huisartsen zien nazorg door de huisarts niet zitten – slechts een derde van de huisartsen staat er positief tegenover.<sup>3</sup> Eerstelijnsnazorg bij kankerpatiënten heeft ook internationale interesse.<sup>4-6</sup> Verschillende reviews beschrijven de problemen die huisartsen verwachten wanneer de eerste lijn verantwoordelijk wordt voor deze zorg. Ze denken dan aan het gebrek aan deskundigheid, de tijdsdruk en werklast, de slechte financiering, het gebrek aan protocollen en de medische risico's.<sup>7-9</sup> Daarnaast vinden huisartsen ook dat er onduidelijkheid bestaat over de rol die ze zouden moeten spelen en over het overdrachtsmoment na de ziekenhuisbehandeling.

Dat huisartsen en oncologen niet altijd de gebaande wegen bewandelen bewijst een groep huisartsen en specialisten uit Brielle. In 2012 startte daar een innovatief project waarbij huisartsen de verantwoordelijkheid kregen voor de volledige nazorg [**kader**]. Ter ondersteuning organiseren zij maandelijks bijeenkomsten met de betrokken medisch specialisten. In dit onderzoek beschrijven we de ervaringen van deze huisartsen.

## PILOT NAZORG BIJ KANKER

De pilot van het oncologieproject vond plaats in Medisch Centrum Brielle, waar de Huisartsgroep Brielle en specialisten van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland samenwerken. De specialisten verwijzen patiënten met mamma- en colorectaalcarcinoom na afronding van de curatieve behandeling voor nazorg terug naar de huisartsen. De deelnemende huisartsen werken in het centrum of in huisartsenpraktijken in de directe omgeving. Ze krijgen een nacontroleschema, dat is gebaseerd op landelijke richtlijnen. De patiënten ontvangen het nacontroleschema bij het laatste bezoek aan de polikliniek. Het hele project is ingericht door de huisartsen en medisch specialisten. Maandelijks vinden er in het medisch centrum oncologiebijeenkomsten plaats. Dan bespreken specialisten en huisartsen de patiënten, en komen de diagnostische, behandel-



Huisartsen en specialisten kunnen samen nazorg bij darmkanker organiseren.

Foto: iStock

en de palliatieve fase aan de orde. Hierdoor zijn de betrokken artsen veel beter op de hoogte van de actuele situatie en de cruciale momenten in de verschillende fasen.

De pilot heeft in Brielle geleid tot structurele nazorg in de eerste lijn. Zorgverzekeraar CZ, die deze pilot (mede) heeft bekostigd, heeft inmiddels voor de betrokken huisartsengroep een apart tarief ingesteld voor de nacontroles.

#### METHODE

Via interviews hebben we de ervaringen van huisartsen aan een kwalitatief onderzoek onderworpen. Bij dit pro-

ject waren vijftien huisartsen betrokken, van wie we er tien hebben geïnterviewd. De vragen van de interviews betroffen de bronnen van informatie en scholing, het oordeel over de oncologiebijeenkomsten, de ervaringen met het nacontroleprotocol en de logistiek in de huisartspraktijk, en mogelijke verbeterpunten. De interviews duurden 15 tot 45 minuten, en werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Vervolgens hebben we een thematische gegevensanalyse op de transcripties uitgevoerd.

#### RESULTATEN

De kenmerken van de deelnemende huisartsen staan in de [tabel].<sup>10</sup> De huisartsen noemen het individuele zorgplan en de oncologiebijeenkomsten als de belangrijkste vereisten voor het bieden van nazorg. Deze opzet creëert een gedeelde verantwoordelijkheid.

De meeste huisartsen vinden dat de relatie met de patiënt verbetert door het afleggen van visites op de belangrijke momenten tijdens de diagnostische en behandel fase, waarvan ze goed op de hoogte worden gehouden dankzij de maandelijkse bijeenkomsten. Huisartsen zijn van mening dat ze in staat zijn goede nazorg te bieden doordat ze al een goede relatie met de patiënt hebben. Tijdens de bijeenkomsten delen de huisartsen en specialisten kennis die relevant is voor de behandeling en begeleiding.

*‘Vóór de start van dit project verdween een patiënt in de tweede lijn en zou hij terugkeren als hij genezen of ongeneeslijk was. Nu volg ik het volledige proces, waardoor ik een heel andere band met de patiënt kan ontwikkelen.’*

De huisartsen stellen het op prijs dat collega-huisartsen of medisch specialisten kunnen meedenken over behandelkeuzen en interacties van de kankerbehandeling met medicatie voor

#### WAT IS BEKEND?

- De nazorg bij darmkanker is voor een belangrijk deel geprotocolleerde zorg, die internationaal steeds vaker overgedragen wordt aan de eerste lijn.
- Er is behoefte aan best practices voor deze zorg.
- Ook in Nederland zijn er initiatieven om de nazorg door de huisarts te laten uitvoeren.

#### WAT IS NIEUW?

- In Brielle is de nazorg georganiseerd door huisartsen en specialisten. Er zijn maandelijkse oncologiebijeenkomsten om de kwaliteit van zorg en scholing van de huisartsen te borgen.
- De huisartsen zijn tevreden over de verbetering van de relatie met de patiënt door deze zorgconstructie.
- Maandelijkse bijeenkomsten motiveren de huisartsen om de zorg op lange termijn te blijven bieden.
- Huisartsen bieden darmkankerpatiënten niet actief leefstijlinterventies aan.

comorbide aandoeningen. De mogelijkheid om ex-kankerpatiënten preventieve zorg aan te bieden, zoals leefstijladviezen, benutten ze niet.

*‘Ik denk dat stoppen met roken niet past bij darmkankerpatiënten. Dat bieden we aan COPD-patiënten aan, niet aan kankerpatiënten.’*

Omdat de nacontroles geprotocolleerd zijn, vinden de meeste huisartsen niet dat ze de benodigde deskundigheid missen. Daarnaast kent de huisarts de veelvoorkomende problemen (diarree, vermoeidheid, angst voor terugkeer van de kanker). De specialisten verwijzen patiënten in een stabiele fase naar hun huisarts. De huisartsen stellen dat de mogelijkheden voor snel terugverwijzen en laagdrempelig overleg met specialisten belangrijke randvoorwaarden zijn.

*‘Het voordeel van de specialist is dat hij beter geïnformeerd is, qua kennis. Huisartsen raken echter betrokken in een rustiger fase van de ziekte. We doen hetzelfde als een specialist die de patiënt heeft uitbesteed aan zijn verpleegkundig specialist. Ik heb het idee dat een huisarts hetzelfde werk even goed kan doen. Zoals het lichamelijk onderzoek – ik denk dat we evenveel ervaring hebben met het onderzoeken van de buik als een chirurg.’*

Sommige huisartsen stellen dat patiënten het nog niet gewend zijn om kankercontroles met de huisarts te bespreken. Zij menen dat de grootste angst bij patiënten die voor terugkeer van de kanker is en niet zozeer de onzekerheid doordat ze alleen de huisarts zien.

*‘Nee, niet onzeker omdat ze bij de huisarts worden gecontroleerd, maar vooral omdat ze kanker hebben gehad en bang zijn voor een recidief. Dat is een groot deel van het consult.’*

Een nadeel blijkt het gebrek aan structurele vergoeding voor het verlenen van deze zorg. De organisatie van de oncologiebijeenkomsten ligt bij de huisartsenpraktijk zelf en valt niet onder een speciaal consulttarief. Een aantal huisartsen vindt het bezwaarlijk dat speciale vergoedingen ontbreken.

*‘Ik denk dat de huisarts een structurele vergoeding voor dit werk moet krijgen. We voeren tenslotte ziekenhuiswerk uit, wat geld bespaart. Dus het zou raar zijn als we daar geen compensatie voor krijgen.’*

Vier van de tien huisartsen vinden dat je deze vorm van nazorg alleen kunt doen als je gemotiveerd bent en een specifieke interesse in oncologie hebt, en achten deze zorg dan ook optioneel.

*‘Een huisarts kan niet worden gedwongen om deel te nemen aan oncologische zorg. Net als het uitvoeren van chirurgische ingrepen in de praktijk. Bovenal moet je dit alleen doen als je daar zin in hebt.’*

## Tabel

Kenmerken van de deelnemende huisartsen

Geslacht	Ervaringsjaren van de huisarts	Aantal patiënten met darmkanker per huisarts
Vrouw	19	4
Man	35	6
Man	18	4
Vrouw	14	1
Man	23	5
Vrouw	5	1
Man	24	1
Vrouw	29	1
Man	7	1
Vrouw	4	3
Gemiddelde	17,8	3

## BESCHOUWING

Het Brielle-project voldoet aan de voorwaarden die volgens eerder onderzoek belangrijk zijn: de huisartsen hebben een langdurige relatie met hun patiënten, er is een specifiek protocol en het moment van overdracht naar de eerstelijnszorg is duidelijk. Huisartsen vinden unaniem dat de maandelijks oncologiebijeenkomsten essentieel zijn. De bijeenkomsten vergemakkelijken de communicatie met specialisten en bieden een platform voor continue scholing. Deelname aan dit project resulteert volgens de huisartsen in een betere relatie met de patiënt, mede omdat ze beter in staat zijn om tijdens de diagnostische en behandelfase op cruciale momenten contact te zoeken met de patiënt. Hoewel de huisarts hoofdbehandelaar is tijdens nazorgfase, voelt het als een gedeelde verantwoordelijkheid. Een recent onderzoek laat zien dat ex-kankerpatiënten zaken als voeding en fitheid liever met hun huisarts bespreken.<sup>10</sup> De risicofactoren voor darmkanker komen gedeeltelijk overeen met die voor hart- en vaatziekten, maar dat is nog niet algemeen erkend,<sup>11</sup> en de deelnemende huisartsen geven geen preventieve adviezen, maar continueren preventieve zorg in het kader van reeds gestarte ketenprogramma's voor cardiovasculaire, long- of diabetische zorg. Meer nadruk op preventieve maatregelen tijdens de nazorgfase van kanker kan gezondheidsbevordering in de eerste lijn verbeteren. In het Brielle-project was het relatief eenvoudig om een zorgplan op te stellen en oncologiebijeenkomsten te organiseren. Periodieke bijeenkomsten waren lastiger te organiseren wanneer een huisartsenpraktijk met meerdere ziekenhuizen samenwerkte. Toch vormt dit project een aanvulling op bestaande initiatieven, waarbij duidelijk mag zijn dat geen enkel model in alle mogelijke contexten geschikt is.<sup>12</sup> Geen van de geïnterviewde huisartsen aarzelde om deel te nemen aan de nazorg of gaf aan twijfels te hebben over hun eigen capaciteiten. Omdat zij oprichters en voorstanders van dit project zijn, is het voorstelbaar dat zij een positief beeld willen geven. Ze noemen wel enkele nadelen.

## CONCLUSIE

Huisartsen en specialisten zijn in staat om met behulp van gezamenlijke oncologiebijeenkomsten nazorg bij darmkanker te organiseren. ■

## LITERATUUR

1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Den Haag: KWF Kankerbestrijding; 2011.
2. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Publicatienr. 2007/10. Den Haag: Gezondheidsraad; 2007.
3. Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, Van Asselt KM, Bemelmann 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.
4. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract* 2009;59:e234-47.
5. 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.
6. 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.
7. Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary care physicians' perspectives of their role in cancer care: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2016;31:1222-36.
8. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv* 2016;10:990-1011.
9. Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Feters MD, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: a systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *CA Cancer J Clin* 2017;67:156-69.
10. Huibertse LJ, Van Eenbergen M, De Rooij BH, Bastiaens MT, Fosson LM, De la Fuente RB, et al. Cancer survivors' preference for follow-up care providers: a cross-sectional study from the population-based PROFILES-registry. *Acta Oncol* 2017;56:278-87.
11. Harriss DJ, Atkinson G, Batterham A, George K, Cable NT, Reilly T, et al. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (2): a systematic review and meta-analysis of associations with leisure-time physical activity. *Colorectal Dis* 2007;11:689-701.
12. Nekhlyudov L, O'Malley DM, Hudson SV. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. *Lancet Oncol* 2017;18:e30-e38.

Van Leeuwen A, Wind J, Van Weert H, De Wolff VAG, Van Asselt, KM. Nazorg bij darmkanker en samenwerking met de tweede lijn. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0081-3. Amsterdam UMC, locatie AMC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: A. van Leeuwen, co-assistent; J. Wind, huisarts en onderzoeker; H. van Weert, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde; K. van Asselt, huisarts en onderzoeker, k.m.vanasselt@amc.uva.nl. Huisartsgroep Brielle, Brielle: V.A.G de Wolff, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van 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.