

Zorggebruik tijdens de nazorg van coloncarcinoom

Laura Duineveld, Hanneke Molthof, Thijs Wieldraaijer, Anthony van de Ven, Wim Busschers, Henk van Weert, et al.

Huisartsen hebben nog geen formele rol in de nazorgfase voor patiënten met een coloncarcinoom, maar blijken al regelmatig kankergerelateerde klachten van deze patiënten zelfstandig af te handelen. Het lijkt goed mogelijk de geprotocolleerde nazorg na een behandeling van coloncarcinoom te verleggen naar de huisartsenpraktijk. Daarom is onderzocht voor welke redenen patiënten in deze fase de huisarts bezoeken en welke patiënt- en tumorkarakteristieken hiermee samenhangen.

Recent onderzoek maakte duidelijk dat na een oncologische behandeling het zorggebruik bij de huisarts toeneemt.¹⁻⁴ De landelijke richtlijn adviseert na een curatieve behandeling voor coloncarcinoom jaarlijks twee tot vier controles in het ziekenhuis uit te voeren. Doel van deze geprotocolleerde controles is vroegtijdige opsporing van recidieven door middel van periodieke controle van het carcino-embryonaal antigeen (CEA), echoscopie van de buik en colonoscopie,⁵ en verder het signaleren en behandelen van de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Diverse organisaties pleiten voor een meer generalistische aanpak van deze controles.⁶⁻⁸ Omdat coloncarcinoom vaak voorkomt en het follow-up-protocol niet ingewikkeld is, lijkt het goed mogelijk deze nazorg te verleggen naar de huisartsenpraktijk.^{6,7} Daarbij is inzicht in de huidige betrokkenheid van huisartsen bij dit soort zorg nuttig. Doel van dit onderzoek was het inventariseren van het huisartsgeneeskundig zorggebruik door patiënten met een (in opzet) curatief behandeld coloncarcinoom. Wij onderzochten welke patiënt- en tumorkarakteristieken samenhangen met het aantal contacten met de huisarts, en onderscheidde daarbij kankergerelateerde en niet-kankergerelateerde contacten.

METHODE

Opzet, deelnemers en uitkomstmaten

Dit onderzoek maakte deel uit van een prospectief cohortonderzoek naar zorguitkomsten van patiënten met een coloncarcinoom in stadium I-III die in opzet curatief



In de nazorgfase van de behandeling van coloncarcinoom is er veel behoefte aan ondersteuning door de huisarts. Foto: iStock

waren behandeld en reguliere follow-up kregen.⁹ We includeerden patiënten die in de eerste vijf jaar van hun follow-up verkeerden en analyseerden hun zorggebruik in de huisartsenpraktijk gedurende een half jaar. De patiënten werden benaderd via de afdelingen Chirurgie, Oncologie of Maag-, darm- en leverziekten van zes Nederlandse ziekenhuizen. Na schriftelijke toestemming verzamelden we alle contacten met de huisartsenpraktijk (behalve herhaalreceptuur) uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS). We

Dit is een bewerkte vertaling van Duineveld LAM, Molthof H, Wieldraaijer T, Van de Ven AWH, Busschers WB, Van Weert HCPM, Wind J. General practitioners' involvement during survivorship care of colon cancer in the Netherlands: primary health care utilization during survivorship care of colon cancer, a prospective multicenter cohort study. *Fam Pract* 2019;36:765-70.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen hebben nog geen formele rol in de controle van patiënten die behandeld zijn voor een coloncarcinoom.
- Omdat het follow-upprotocol niet ingewikkeld is, lijkt het goed mogelijk deze nazorg te verleggen naar de huisartsenpraktijk.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen zien regelmatig patiënten met klachten die verband houden met colonkanker of met de behandeling daarvan; ze handelen deze klachten grotendeels zelf af.
- Kankergerelateerde redenen om contact te zoeken met de huisarts zijn meestal buikpijn en chemotherapiegerelateerde klachten.
- Patiënten die chemotherapie hebben ondergaan wegens coloncarcinoom blijven gedurende de hele nazorgfase behoefte hebben aan ondersteuning door de huisarts.

beschouwden een contact als kankergerelateerd indien de huisarts, praktijkondersteuner of assistent een klacht toeschreef aan (behandeling van) coloncarcinoom, zowel door koppeling aan de episode 'maligniteit' als in de vrije tekst. Contacten om andere redenen registreerden we als 'niet-kankergerelateerd'.

Statistische analyse

We vergeleken de patiëntkarakteristieken van deelnemers die tijdens de onderzoeksperiode contact hadden met een huisartsenpraktijk met die van deelnemers zonder contact. Met negatieve binomiale regressie bepaalden we welke patiënt- en tumorkarakteristieken geassocieerd waren met het aantal kankergerelateerde dan wel niet-kankergerelateerde contacten (zie het originele artikel voor de selectie van variabelen). De contactfrequenties worden gepresenteerd als het aantal contacten per zes maanden van de referentiepersoon van het model en als *rate ratio* ten opzichte van de referent, beide met 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

RESULTATEN

We verzamelden de HIS-gegevens van 183 van de oorspronkelijk 227 deelnemers. Redenen voor het ontbreken van gegevens waren non-respons van huisartsen ($n = 23$), geen toestemming van de deelnemer voor gegevensuitwisseling ($n = 13$) en vroegtijdige beëindiging van deelname ($n = 8$).

De patiënten hadden in 6 maanden gemiddeld 3,3 contacten met hun huisartsenpraktijk (SD 3,01; mediaan 3; uitersten 0 tot 17). Deelnemers zonder contact waren gemiddeld jonger dan deelnemers met contact (63 versus 68 jaar, $p = 0,005$) en hadden minder vaak comorbiditeit (47 versus 75%, $p = 0,002$). Het gemiddeld aantal kankergerelateerde contacten was 0,87 (SD 1,88). Buikpijn (16%) en chemotherapiegerelateerde klachten (14%) waren de meest voorkomende contactredenen [tabel 1]. Huisartsen handelden 83% van de kankergerelateerde en 92% van de niet-kankergerelateerde zorgvragen zelf af.

Leeftijd, geslacht en comorbiditeit hadden geen relatie met het aantal kankergerelateerde contacten met de huisarts, maar chemotherapie en het optreden van een tumorrecidief wel [tabel 2]. Wel bleek er een interactie te zijn tussen de tijd na operatie en de behandeling met chemotherapie. De referentiepersoon in het model (vrouw, 67,4 jaar, geen chronische comorbiditeit, 11 maanden chemotherapie na chirurgische verwijdering van het coloncarcinoom, geen recidief tijdens de onderzoeksperiode) had in de eerste 5 jaar na de therapie een stabiel aantal kankergerelateerde contacten van 0,95 per 6 maanden. Bij een referentiepersoon met dezelfde kenmerken die géén chemotherapie gekregen had, nam het aantal kankergerelateerde contacten af met 10% per maand.

Variabelen gerelateerd aan het aantal niet-kankergerelateerde contacten waren hogere leeftijd (ouder dan 67 jaar), comorbiditeit en alleen wonen.

BESCHOUWING

Huisartsen zagen patiënten in de nazorgfase van een coloncarcinoom gemiddeld drie keer in de zes maanden, zowel voor niet-kankergerelateerde als voor kankergerelateerde klachten. Ze handelden 83% van de kankergerelateerde problemen zelfstandig af. De meest voorkomende kankergerelateerde

Tabel 1

Redenen voor kankergerelateerde contacten met de huisartsenpraktijk na een in opzet curatieve behandeling van coloncarcinoom

Contactredenen	Omschrijving	n [%]
Buikpijn		29 [18]
Chemotherapiegerelateerd	haaruitval, pijn, verandering van smaak, nagel- en huidafwijkingen, neuropathie, oedeem	26 [16]
Sociale contacten	welzijn, algehele conditie, ziekenhuisopname of polikliniekbezoek voor kanker	22 [14]
Veranderd ontlastingspatroon	obstipatie, diarree	20 [13]
Psychologisch	angst, slaapproblemen, somberheid/depressie, burn-out	19 [12]
Wond- en/of postoperatieve klachten		8 [5]
Anders	stomagerelateerde klachten, misselijkheid, moeheid, erectiele disfunctie, anemie [elk < 5%]	31 [19]
Onbekend		5 [3]

Tabel 2

Factoren die een relatie hadden met de frequentie van kankergerelateerde contacten met de huisartsenpraktijk*

	Rate ratio [RR] [95%-BI]*	p
Geschat aantal contacten [95%-BI]*	0,95 [0,44 tot 2,05]	ref
Leeftijd	0,98 [0,95 tot 1,01]	0,21
Geslacht man	0,70 [0,42 tot 1,17]	0,17
Comorbiditeit ≥ 1	1,37 [0,78 tot 2,42]	0,28
Tumorrecidief	3,88 [1,63 tot 9,20]	0,002
Geen chemotherapie	0,37 [0,18 tot 0,77]	0,008
Tijd na operatie [‡]		
• chemotherapie	1,00 [0,96 tot 1,04]	0,85
• geen chemotherapie	0,90 [0,84 tot 0,97]	0,0049

* RR's ten opzichte van een referentiepersoon: vrouw, 67,4 jaar, geen chronische comorbiditeit, 11 maanden chemotherapie na chirurgische verwijdering van het coloncarcinoom, geen recidief tijdens de onderzoeksperiode.

† RR's zijn berekend met een negatief binominaal regressiemodel. Een RR < 1 betekent 'minder contacten dan de referentiepersoon', een RR > 1 betekent 'méér contacten'.

‡ Gedurende 6 maanden na een in opzet curatieve behandeling.

§ In het model is een interactie opgenomen tussen chemotherapie en tijd na operatie voor patiënten die wel/geen chemotherapie hadden gehad.

contactredenen waren buikpijn en klachten die met de chemotherapie te maken hadden. Chemotherapie en de ontwikkeling van een recidief hingen samen met meer kankergerelateerde contacten ten opzichte van patiënten die geen chemotherapie kregen en geen tumorrecidief ontwikkelden. Bij patiënten die behandeld waren met chemotherapie bleef het aantal kankergerelateerde contacten constant, bij patiënten zonder chemotherapie nam dat na verloop van tijd af.

Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is dat de verslaglegging door huisartsen mogelijk selectief is, waardoor niet alle besproken onderwerpen in het HIS teruggevonden worden. Eerdere onderzoeken lieten zien dat na een behandeling voor coloncarcinoom ICPC-codes voor moeheid, anemie, gastro-intestinale, urologische en psychische klachten vaker in het HIS worden geregistreerd dan bij patiënten zonder kanker.^{1,2,4} Deze klachten worden geduid als mogelijke gevolgen van de ziekte en de behandeling. Ook wij vonden moeheid, urologische en psychische klachten, maar deze bleken vaak niet-kankergerelateerd. Dit verschil is mogelijk te verklaren doordat wij naast de ICPC-codes ook de SOEP-regels hebben geanalyseerd, waaruit bleek dat deze klachten niet altijd direct gerelateerd waren aan de kanker en de behandeling. Dit onderscheid is relevant, aangezien kankergerelateerde moeheid en psychologische klachten om een specifieke benadering vragen.^{10,11} Klachten als buikpijn en veranderd ontlastingspatroon komen vaak voor na colonchirurgie, maar kunnen ook een uiting zijn van een tumorrecidief. Bij deze klachten zijn oplettenheid van de huisarts en snelle verwijzingsmogelijkheden naar de tweede lijn zeer belangrijk.

De rol van de huisarts

Patiënten die zijn behandeld voor coloncarcinoom krijgen routinematig controles in het ziekenhuis, maar ons onderzoek laat zien dat ze ook hun huisarts regelmatig consulteren voor kankergerelateerde klachten. Huisartsen moeten dan kunnen differentiëren tussen kankergerelateerde en niet-kankergerelateerde klachten. Daarbij blijven patiënten die chemotherapie hebben gehad ook lang nadat die is afgerond regelmatig hun huisarts consulteren. Huisartsen moeten er alert op zijn dat chemotherapie tot dit soort chronische klachten kan leiden. Dit alles vereist kennis over de (late) gevolgen en langetermijneffecten van coloncarcinoom en chemotherapie. Nu de betrokkenheid van huisartsen in de oncologische nazorg van coloncarcinoom in kaart is gebracht, kan onderzocht worden welke formele rol de huisarts in de toekomst kan spelen. In de huidige betrokkenheid bij de nazorgfase zouden geprotocolleerde nacontroles verweven kunnen worden die de landelijke richtlijn volgen. Voor de patiënt biedt dat meer continuïteit en maakt het de zorg overzichtelijker, maar het stelt wel eisen aan de organisatie van de praktijk. Men zou oproepsystemen kunnen inzetten zoals die al gebruikt worden binnen de ketenzorg. Op regionaal niveau zouden huisartsen en medisch specialisten samenwerkingsovereenkomsten moeten sluiten die voorzien in informatie-uitwisseling, snelle verwijzingsmogelijkheden en laagdrempelige intercollegiale consultatie. Andere vereisten zijn een richtlijn en nascholing gericht op herkenning en behandeling van de (late) effecten van coloncarcinoom en (chemo)therapie.^{7,12,13}

CONCLUSIE

De huisarts heeft nog geen formele rol in de nazorgfase voor patiënten met een coloncarcinoom. Huisartsen krijgen nu regelmatig te maken met patiënten die kankergerelateerde klachten hebben. Ze handelen deze grotendeels zelfstandig af. ■

LITERATUUR

- 1 Brandenburg D, Roorda C, Groenhof F, De Bock GH, Berger MY, Berendsen AJ. Primary healthcare use during follow-up after curative treatment for colorectal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2017;26: doi: 10.1111/ecc.12581.
- 2 Brandenburg D, Roorda C, Groenhof F, Havenga K, Berger MY, De Bock GH, et al. Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis. *Scand J Prim Health Care* 2014;32:55-61.
- 3 Heins M, Schellevis F, Rijken M, Van der Hoek L, Korevaar J. Determinants of increased primary health care use in cancer survivors. *J Clin Oncol* 2012;30:4155-60.
- 4 Heins MJ, Korevaar JC, Rijken PM, Schellevis FG. For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? *Eur J Cancer* 2013;49:211-8.
- 5 Landelijke richtlijn Coloncarcinoom [laatst gewijzigd 16-04-2014]. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland, 2012.
- 6 Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
- 7 NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.

- 8 Knottnerus A, Wijffels JF. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2011.
- 9 Wieldraaijer T, Duineveld LA, Van Asselt KM, Van Geloven AA, Bemelman WA, Van Weert HC, et al. Follow-up of colon cancer patients; causes of distress and need for supportive care: Results from the ICARE Cohort Study. *Eur J Surg Oncol* 2017;43:118-25.
- 10 Detecteren behoefte psychosociale zorg. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland, 2017. <https://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>, geraadpleegd januari 2020.
- 11 Bower JE. Cancer-related fatigue: mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol* 2014;11:597-609.
- 12 Duineveld LA, Wieldraaijer T, Wind J, Verdonck-de Leeuw IM, Van Weert HC, Van Uden-Kraan CF. Primary care-led survivorship care for patients with colon cancer and the use of eHealth: a qualitative study on perspectives of general practitioners. *BMJ Open* 2016;6:e010777.
- 13 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.

Duineveld LA, Molthof H, Wieldraaijer T, Van de Ven AW, Busschers WB, Van Weert HC, et al. Zorggebruik tijdens de nazorg van coloncarcinoom. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0508-x. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: L.A.M. Duineveld, huisarts en arts-onderzoeker, l.a.duineveld@amsterdamumc.nl; H. Molthof, huisarts; dr. T. Wieldraaijer, huisarts en onderzoeker; W.B. Busschers, statisticus, prof. dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. J. Wind, huisarts en onderzoeker. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Chirurgie, Amsterdam: A.W.H. van de Ven, chirurg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.