

Oncologische nacontroles en nazorg in eerste versus tweede lijn

Julien Vos, Thijs Wieldraaijer, Henk van Weert, Kristel van Asselt

Oncologische nacontroles en nazorg vinden gewoonlijk in de tweede lijn plaats. Door hun persoonsgerichte werkwijze zouden huisartsen in sommige opzichten een verbetering in de kwaliteit van nazorg kunnen geven. Uit ons onderzoek bleken eerste- en tweedelijnszorg vergelijkbare effecten te hebben op klinische uitkomsten (zoals overleving en aantal vastgestelde recidieven) en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker (bijvoorbeeld kwaliteit van leven en symptomen). We zagen wel kleine verschillen in gedocumenteerde en zelfgerapporteerde follow-up, maar die waren niet relevant. Eerstelijnszorg is daarom in een aantal gevallen een alternatief voor tweedelijnszorg.

De afgelopen decennia zien we een sterke toename in het aantal patiënten met kanker.¹ Het is de vraag in hoeverre nacontroles en nazorg in de tweede lijn haalbaar blijven. Bij de oudere patiënt met 1 of meer chronische aandoeningen is de huisarts vaak al betrokken bij het verlenen van de reguliere, niet-oncologische zorg.^{2,3} In 2007 oppeerde een rapport van de Gezondheidsraad daarom aan de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat de huisarts na de behandeling van kanker een grotere rol zou kunnen spelen.⁴ Hiermee zou de druk op de duurdere tweede lijn kunnen afnemen. Een grotere betrokkenheid van de huisarts bij oncologische nacontroles en nazorg heeft mogelijk ook positieve effecten op uitkomstmaten als kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.^{5,6} Bij de meer generalistische benadering van de huisarts komen immers niet alleen de fysieke problemen, maar ook psychosociale aspecten en leefstijlfactoren aan bod. Al eerder hebben Nederlandse patiënten en het KWF gewezen op het belang van psychosociale begeleiding en het tekortschieten hiervan in de huidige tweedelijnszorg.^{7,8} Uit een recente enquête onder Nederlandse kankerpatiënten bleek bovendien dat zij wilden dat de huisarts meer wordt betrokken bij de oncologische zorg, vooral op het gebied van gezamenlijke besluitvorming.⁹ In

het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk staat dat nazorg een onderdeel is van de huisartsenzorg en dat de oncologische nacontroles hier onder bepaalde voorwaarden deel van kunnen uitmaken, mits hier voldoende wetenschappelijke bewijs voor is en de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd.¹⁰ Tot op heden is er echter nog weinig bekend over de uitkomsten na kanker als de huisarts de oncologische zorg op zich neemt.^{11,12} In dit systematische literatuuronderzoek vergelijken we de uitkomstmaten van oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en de tweede lijn.

METHODE

Onderzoeksopzet

In februari 2020 verrichtten we in MEDLINE en EMBASE een systematisch literatuuronderzoek naar originele onderzoeken over oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en de tweede lijn. Onder oncologische nacontroles verstaan we de geplande medische onderzoeken die zijn bedoeld om eventuele terugkeer of nieuwe vormen van kanker op te sporen. Oncologische nazorg richt zich op onder andere revalidatie, begeleiding en behandeling van (late) gevolgen van kanker.¹⁰ We gebruikten algemene zoektermen voor kanker en eerste- en tweedelijnszorg om de zoekstrategie zo breed mogelijk te houden (zie de originele publicatie voor de zoektermen). Alleen de onderzoeken waarbij patiënten alle oncologische nacontroles en nazorg via de eerste (huisarts), dan wel tweede lijn (specialist) kregen, hebben we geselecteerd. Omdat er tot op heden nog weinig literatuur over dit onderwerp beschikbaar is, namen we alle typen kanker en uitkomst-

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Vos JAM, Wieldraaijer T, Van Weert HCPM, et al. Survivorship care for cancer patients in primary versus secondary care: a systematic review. *J Cancer Surviv* 2021;15:66-76. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

WAT IS BEKEND?

- Uit onderzoek onder Nederlandse kankerpatiënten blijkt dat zij willen dat de huisarts meer wordt betrokken bij oncologische zorg.

WAT IS NIEUW?

- Oncologische zorg in de eerste en de tweede lijn heeft vergelijkbare effecten op klinische en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker.
- De zorg in de eerste lijn is goedkoper.

maten mee. Onderzoeken met zorgprofessionals in een vergelijkbare (poortwachters)functie als die van de huisarts (zoals een *family physician* en *primary care physician*) includeerden we ook. We excludeerden onderzoeken naar de voorkeuren van patiënten en zorgverleners voor nacontroles en nazorg, en onderzoeken naar gedeelde zorg voor kanker. Twee onafhankelijke onderzoekers (JV en TW) verrichtten de screening en selectie van onderzoeken. Eén onderzoeker (JV) extraheerde de gegevens op basis van een vooraf opgesteld extractieformulier. We bespraken onduidelijkheden binnen de selectie van artikelen en gegevensextractie, en zo nodig raadpleegden we een derde onderzoeker (KvA).

Gegevensanalyse

Doordat we brede inclusiecriteria hanteerden, was er sprake van een aanzienlijke onderzoeksheterogeniteit. Een meta-analyse was mede om die reden niet mogelijk en daarom kozen we voor een narratieve synthese van de onderzoeksresultaten. We beschreven 3 verschillende typen uitkomsten van eerste- en tweedelijnszorg na kanker: 1) klinische uitkomsten (onder andere overleving, klinische events en gedocumenteerde follow-up), 2) door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (kwaliteit van leven, symptomen, patiënttevredenheid en zelfgerapporteerde follow-up) en 3) kosten (zowel op maatschappelijk als patiëntniveau).

Kwaliteitsbeoordeling

Voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van de onderzoeken gebruikten we gevalideerde tools voor gerandomiseerde trials (Cochrane-instrumenten) en observationele onderzoeken (ROBINS-I).

RESULTATEN

Onderzoekselectie

In totaal vonden we 1766 originele onderzoeken. Op basis van de vooraf gedefinieerde selectiecriteria includeerden we er 16.

Kwaliteitsbeoordeling

Het risico op bias hebben we in 10 onderzoeken laag geschat, in 3 intermediair en in 3 hoog (deze gegevens tonen we hier niet). Het risico op bias was vaak inherent aan de observati-

onele aard van het betreffende onderzoek, zoals het risico op selectie, misclassificatie, *recall* en interviewerbias.

Onderzoekskkenmerken

Zeven artikelen beschreven de uitkomsten van gerandomiseerde trials, waarvan er 3 waren gebaseerd op dezelfde trial, maar verschillende uitkomsten belichtten.¹³⁻¹⁹ Daarnaast includeerden we 9 observationele onderzoeken.^{14-16,20-28} De meeste onderzoeken werden verricht onder patiënten met mamma- (n = 7) of colorectaal carcinoom (n = 3). Het type carcinoom heeft invloed op de frequentie en duur van de nacontroles en nazorg, waarbij voor tumoren met een lager stadium over het algemeen een minder intensief schema wordt aangehouden. Het aantal patiënten varieerde van 98 tot 5009. Twee onderzoeken rapporteerden geen specifieke informatie over de zorgverlener die de eerstelijnszorg had verleend, behalve dat deze arts was.^{25,26} In de gerandomiseerde trials besloeg de follow-up 1 tot 5 jaar. In de observationele onderzoeken was de maximale follow-upduur 15 jaar. Het tijdstip waarop de zorg aan de eerste lijn werd overgedragen varieerde van enkele weken tot jaren na de behandeling. De observationele onderzoeken noemden de overdracht van de zorg vaak niet.

Klinische uitkomsten

Tien onderzoeken beschreven de klinische uitkomsten van eerste- en tweedelijnszorg [tabel 1]. Drie onderzoeken vonden geen duidelijke verschillen in de algehele overleving bij 3 tot 15 jaar follow-up.^{24,27,28} In 1 onderzoek onder patiënten met pancreascarcinoom hing de follow-up in de tweede lijn samen met een kortere ziektevrije overleving en een grotere kans op palliatieve chemotherapie (58% versus 34%, p = 0,03). Dat kwam deels doordat patiënten in de tweede lijn vaker een tumor met een slechtere prognose hadden.²⁷ Acht onderzoeken beschreven klinische events, waarbij er geen belangrijke verschillen waren tussen eerste- en tweedelijnszorg in het aantal (en de tijd tot de diagnose) van recidieven of metastasen, overlijden of andere events.^{13,14,17-20,23,24}

Twee gerandomiseerde trials onderzochten de verschillen in gedocumenteerde follow-up. De ene vergeleek de naleving van het follow-upprotocol tussen eerste- en tweedelijnszorg. Daarbij werden patiënten in de eerste lijn vaker conform het protocol gezien (98,1% versus 80,9%, p = 0,020).¹⁸ In de tweede trial werd geconstateerd dat zorgverleners in de eerste lijn vaker een iFOB-test voor hun patiënt aanvroegen (ratio 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,44; p = 0,003), terwijl dat in de tweede lijn vaker een echografie en colonoscopie was.¹⁹ Het is hierbij niet duidelijk in hoeverre dit conform het protocol was.

Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten

Elf onderzoeken beschreven de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten [tabel 2]. Er was geen verschil tussen eerste- en tweedelijnszorg wat betreft kwaliteit van leven en het voorkomen van angst of depressie.^{13,14,17-20} In 1 onderzoek rapporteerden patiënten die door de huisarts werden begeleid minder vermoeidheid (62,0% versus 81,1%; p = 0,005).²⁵ De

Tabel 1

Klinische uitkomsten

	Referentie (zie literatuurlijst)	Resultaat
Overleving		
Overleving [OS]	24	69,5% [huisarts] versus 68,6% [tweedelijnszorg]; p = 0,888
	27	HR 0,81 (PCP*); 95%-BI 0,49 tot 1,35; p = 0,43
	28	p = 0,34 [‡]
Ziektevrije overleving [RFS]	24	83,0% [huisarts] versus 78,1% [tweedelijnszorg]. Start behandeling bij 17,0% [huisarts] versus 21,9% [tweedelijnszorg]; p = 0,424. Geen verschil in tijd tot behandeling (p = 0,188)
	27	HR 0,62 (PCP*); 95%-BI 0,39 tot 0,98; p = 0,041. Patiënten bij PCP* ondergingen minder vaak palliatief chemotherapie bij een recidief (34% versus 58%; p = 0,03)
	28	p = 0,59 [‡]
Klinische events		
Recidieven en metastasen	13	6 [huisarts] versus 8 [tweedelijnszorg]. Geen verschil in tijd tot diagnose (p = 0,46)
	14	6,8% [huisarts] versus 10,8% [tweedelijnszorg]. Tijd tot diagnose scheelde gemiddeld 1,5 dag [spreiding -13 tot 22]
	17	11,2% [FP*] versus 13,2% [specialist], verschil 2,02%, 95%-BI -2,13 tot 6,16%
	18	1 recidief in beide groepen
	19	Recidiefkans 7,1 per 1000 maanden [huisarts] versus 8,0 [chirurg]; p = 0,92. Geen verschil in tijd tot diagnose (p = 0,76)
	20	1,6% [eerste lijn] versus 0% [tweede lijn]; p = 0,74
Overlijden	17	6,0% [FP*] versus 6,2% [specialist]; verschil 0,18%; 95%-BI -2,90 tot 3,26
	19	Overlijdensrisico 6,6 per 1000 maanden [huisarts] versus 5,4 [chirurg]; p = 0,67. Geen verschil in tijd tot overlijden (p = 0,69)
	23	18,6% [PCP*] versus 20,3% [specialist]; p = 0,7
Andere events	17	Paraneoplastisch event 3,5% [FP*] versus 3,7% [specialist]; verschil 0,19%; 95%-BI -2,26 tot 2,65%
	18	1 nieuwe primaire tumor in beide groepen
	20	Nieuwe primaire tumor bij 5% [eerste lijn] versus 10,4% [tweede lijn]; p = 0,67. Andere ziektebeelden bij 46,7% [eerste lijn] versus 60,5% [tweede lijn]; p = 0,21
Gedocumenteerde follow-up		
Naleving van het protocol	18	Patiënten bij de huisarts werden vaker volgens protocol gezien (98,1% versus 80,9%; p = 0,020)
	19	Patiënten bij de huisarts kwamen vaker op consult (1,27 versus 0,84 keer per kwartaal) en hadden vaker een iFOB-test (ratio 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,4; p = 0,003). Patiënten bij de chirurg hadden vaker een echografie (ratio 0,5; 95%-BI 0,3 tot 1,0; p = 0,040) en coloscopie (ratio 0,7; 95%-BI 0,5 tot 1,0; p = 0,027)

[‡] gerapporteerd als figuur

* FP: family physician; PCP: primary care physician

HR: hazardratio; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval

patiënttevredenheid over zowel de eerste- als de tweedelijnszorg was hoog, hoewel er kleine verschillen binnen onderzoeken waren.^{16,18-21,26} Twee van 3 gerandomiseerde trials lieten een grotere patiënttevredenheid over de eerstelijnszorg zien, wat onder andere te maken had met de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg.^{16,18} Uit 1 observationeel onderzoek kwam echter een hogere tevredenheid over de tweedelijnszorg naar voren, die onder andere samenhang met aandacht en informatievoorziening.²⁰

Vijf observationele onderzoeken betroffen de vraag in hoeverre patiënten zelf rapporteerden dat ze de nacontroles en nazorg voor kanker hadden gekregen. De resultaten van deze onderzoeken liepen uiteen en er werd geen overtuigend

bewijs gevonden voor een relevant voordeel voor eerste- dan wel tweedelijnszorg. Bij 2 onderzoeken rapporteerden mammacarcinoompatiënten dat ze in de eerste lijn minder vaak periodiek lichamelijk werden onderzocht dan in de tweede lijn (ongeveer 80% versus 90%; p < 0,05).^{25,26} In een ander onderzoek rapporteerden mammacarcinoompatiënten juist vaker lichamelijk onderzoek in de eerste lijn (58% versus 36%; p = 0,004).²¹ Een derde onderzoek stelde vast dat mammacarcinoompatiënten in de eerste lijn vaker preventieve onderzoeken ondergingen, zoals cervixcytologie (gecorrigeerde oddsratio (OR) 2,90; 95%-BI 1,05 tot 8,04; p = 0,040) en colonoscopie (gecorrigeerde OR 2,99; 95%-BI 1,5 tot 8,51; p = 0,041).²² Eerstelijnszorgverleners hielpen vaker bij leefstijl-

Tabel 2

Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten

		Referentie Methode [zie litera- tuurlijst]	Resultaat
Kwaliteit van leven			
	13	EORTC QLQ C-30, EuroQol-5D en EQ VAS (tot 24 maanden)	Geen verschil in algehele kwaliteit van leven. Minimale effecten ten gunste van de huisarts op subschalen als rolfunctioneren [-5,1; 95%-BI -9,7 tot -0,5; p = 0,02], emotioneel functioneren [-3,7; 95%-BI -6,8 tot -0,6; p = 0,01] en pijn [4,5; 95%-BI 0,8 tot 8,2; p = 0,01]
	14	SF-36 en EORTC QLQ C-30 (tot 18 maanden)	Geen verschillen
	17	SF-36 (tot 60 maanden)	Geen verschillen
	18	SF-36 (tot 12 maanden)	Geen verschillen
	19	SF-12 PCS en MCS-scores (tot 24 maanden)	Geen verschillen
	20	SF-36 (eenmalig na 5 jaar)	Geen verschillen
Symptomen			
Angst en depressie	14	HADS (tot 24 maanden)	Geen verschillen in angst [verschil 0,4; 95%-BI -0,3 tot 1,2] of depressie [verschil 0,4; 95%-BI -0,2 tot 1,1]
	17	HADS (tot 60 maanden)	Geen verschillen [gerapporteerd als figuur]
	18	HADS (tot 12 maanden)	Geen verschillen in angst (p = 0,868) of depressie (p = 0,912)
	19	HADS (tot 24 maanden)	Geen verschillen in angst (p = 0,106) of depressie (p = 0,796)
Andere symptomen	25	Eenmalig interview	Patiënten bij PCP* rapporteerden minder vermoeidheid [62,0% versus 81,1%; p = 0,005]. Geen relevante verschillen in andere symptomen
Patiënttevredenheid			
	16	Herhaalde vragenlijsten (tot 18 maanden)	Grotere tevredenheid onder patiënten bij de huisarts op 9 van de 15 aspecten [onder andere samenhangend met toegang tot zorg, continuïteit, enzovoort]
	18	Herhaalde vragenlijsten (tot 12 maanden)	Grotere tevredenheid onder patiënten bij de huisarts op 6 van de 15 aspecten. Gemiddelde score 26,4 bij de huisarts [95%-BI 24,9 tot 27,9] versus 33,5 bij tweedelijnszorg [95%-BI 32,5 tot 34,4], waarbij een lagere score een grotere tevredenheid aanduidt
	19	PSVQ (tot 24 maanden)	Geen verschillen
	20	Eenmalige vragenlijst (na 5 jaar)	Grotere tevredenheid onder patiënten bij de specialist op alle 6 dimensies [onder andere voor aandacht, informatievoorziening, respect en aanbeveling van zorg]
	21	Eenmalige vragenlijst (2 tot 5 jaar na diagnose)	Geen verschillen
	26	Eenmalig telefonisch interview	Marginaal hogere score voor zorgcoördinatie door een oncoloog [81,9% versus 73,1%; OR 1,8; 95%-BI 1,0 tot 3,5]
Zelfgerapporteerde follow-up			
Naleving van het protocol	21	Eenmalige vragenlijst (2 tot 5 jaar na diagnose)	Patiënten bij de PCP* rapporteerden minder vaak een 'follow-up onderzoek' [68% versus 89%; p < 0,001], maar vaker lichamelijk onderzoek [58% versus 36%; p = 0,004]. PCP's* bespraken vaker leefstijladviezen [83% versus 63%; p = 0,015] en dieet [70% versus 48%; p = 0,005]
	22	Herhaalde vragenlijsten (tot 36 maanden)	Patiënten bij de PCP* rapporteerden minder vaak een uitstrijkje [AOR 2,90; 95%-BI 1,05 tot 8,04; p = 0,040] en coloscopie [AOR 2,99; 95%-BI 1,5 tot 8,51; p = 0,041]. Er werd geen verschil gerapporteerd in het aantal mammogrammen [p = 0,109]
	25	Eenmalig telefonisch interview	Patiënten bij de PCP* rapporteerden minder vaak lichamelijk onderzoek [85,6% versus 95,7%; p = 0,04]. Er werden geen andere verschillen aangetoond (onder andere in aantal mammogrammen, leefstijladviezen, enzovoort)
	26	Eenmalig telefonisch interview	Patiënten bij de PCP* rapporteerden minder vaak mammae-onderzoek [79,6% versus 90,2%; OR 2,5; 95%-BI 1,2 tot 5,5]. Patiënten bij de oncoloog rapporteerden vaker tumor-markeronderzoek [OR 3,0; 95%-BI 1,5 tot 5,8] en ander bloedonderzoek [OR 2,0; 95%-BI 1,1 tot 3,5]. Er werden geen andere verschillen aangetoond (onder andere in aantal mammogrammen, scans, enzovoort)

* PCP: primary care physician.

OR: oddsratio; 95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval.

veranderingen bij coloncarcinoompatiënten (83% versus 63%; p = 0,015), een verschil dat de onderzoekers niet bij mammacarcinoompatiënten vonden.^{21,25}

Kosten

De kosten van eerstelijnszorg waren in alle geïncludeerde onderzoeken lager dan die van tweedelijnszorg [tabel 3].^{13,15,20,23}



Het is nog onduidelijk in hoeverre oncologische zorg een integraal onderdeel van de Nederlandse huisartsenzorg kan worden.

Foto: ANP

In de 2 gerandomiseerde onderzoeken betrof dit een kosten-effectiviteitsanalyse en in de observationele onderzoeken ging het om een totale kostenanalyse. Het verschil werd vooral bepaald door een verschil in de kosten voor het consult van de huisarts versus die voor een consult van de specialist. Uitgangspunt in alle onderzoeken was een gelijk controleschema in de eerste en tweede lijn, zodat daardoor geen verschillen in kosten zijn te verwachten.

BESCHOUWING

In deze review vonden we vergelijkbare effecten van eerste- versus tweedelijnszorg op klinische en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten na kanker. Die wijzen erop dat de kwaliteit van oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts vergelijkbaar is met die van de zorg door de specialist. De kosten van de zorg in de eerste lijn waren lager. De gehoopte positieve effecten op de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid zagen we echter nauwelijks terug.

Nu het aantal patiënten met kanker toeneemt, is het belangrijk om te onderzoeken of we de druk op de dure tweede lijn kunnen verminderen. Een recente cochrane review onderzocht enkele alternatieven voor tweedelijnszorg na kanker (zoals de nacontroles en nazorg door een huisarts of verpleegkundige).¹¹ Deze cochrane review liet weinig tot geen effecten zien op uitkomstmaten als overleving en kwaliteit van leven, maar het aantal onderzoeken was beperkt en de bewijskracht laag.

De resultaten van ons onderzoek onderschrijven die van de cochrane review. Wij beschrijven bovendien extra uitkomstmaten die samenhangen met de inhoud en kwaliteit van de oncologische zorg. De resultaten tezamen wijzen erop dat oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts op zijn minst vergelijkbare uitkomsten biedt als de zorg door de specialist, en resulteert in lagere zorgkosten. De meeste onderzoeken (waaronder alle gerandomiseerde trials) vonden plaats in landen waarin de organisatie van de eerstelijnszorg vergelijkbaar is met die in Nederland, zoals het Verenigd Koninkrijk, Canada, Noorwegen en Australië. De resultaten zijn dan ook toepasbaar op de Nederlandse situatie.

In hoeverre er ook voldoende capaciteit en draagvlak zijn voor de oncologische zorg in de eerste lijn, hangt af van de context.⁵ Barrières voor oncologische zorg in de eerste lijn, zoals tijd, expertise, werkdruk, IT-ondersteuning en financiën, zijn al vaker beschreven.⁶ Nederlandse patiënten, huisartsen en specialisten denken bovendien wisselend over het idee om de huisarts bij oncologische zorg een centralere rol te geven.^{7,9} Dat er ruimte is voor verbeteringen in de huidige oncologische zorg wordt echter ook onderschreven, waarmee verder onderzoek op Nederlandse bodem gerechtvaardigd is. In 2015 is daarom het I CARE-onderzoek in Nederland van start gegaan, waarbij huisartsen oncologische nacontroles en nazorg voor coloncarcinoompatiënten leveren. In de vergelijkbare PROSPEC-trial is de zorg voor prostaatkankerpatiënten

Tabel 3

Kosten

	Literatuur	Methode	Resultaat
Kosten voor de maatschappij			
	13	Herhaalde vragenlijsten (tot 24 maanden)	Gemiddelde kosten per patiënt na 24 maanden waren £8233; spreiding £7904-£8619 (huisarts), versus £9889, spreiding £9569-£10.194 (chirurg); gemiddeld verschil £1656; $p < 0,001$
	15	Herhaalde vragenlijsten ingevuld door de arts (tot 18 maanden)	Gemiddelde kosten per patiënt na 18 maanden waren £64,7; spreiding £5,8-301,9 (huisarts) versus £195,1, spreiding £62,0-737,4 (chirurg); gemiddeld verschil £130,4; $p < 0,001$
	20	Directe kosten op basis van 1 nationale database	Totale kosten per patiënt per jaar waren gemiddeld €112,86; sd 77,54 (eerste-lijnzorg), versus €184,61; sd 85,87 (tweedelijnszorg); $p = 0,0001$
	23	Directe kosten op basis van meerdere nationale databases	Gemiddelde jaarlijkse kosten per patiënt waren CAD \$6575; 95%-BI \$5563 tot \$7587 (PCP*) versus \$10.832; 95%-BI \$9947 tot \$11.717 (specialist); gemiddeld verschil \$4257; 95%-BI \$2928 tot \$5587 (39,3% reductie)
Kosten voor de patiënt			
	13	Herhaalde vragenlijsten (tot 24 maanden)	Patiënten in de tweede lijn maakten meer kosten voor reizen (£156,9 versus £76,7; $p < 0,001$). Er werd geen andere verschillen gevonden
	15	Herhaalde vragenlijsten (tot 18 maanden)	Patiënten bij de huisarts hadden vaker een betaalde baan (47,8% versus 31,0%; $p = 0,023$), kwamen vaker lopend naar de praktijk (32,4% versus 1,6%; $p = 0,000$), spendeerden minder tijd aan een controleafspraak (52,6 min [sd 22,1] versus 82,2 [sd 31,8]). Patiënten in de tweede lijn namen vaker vrij van werk (61,1% versus 32,3%; $p = 0,006$) en moesten vaker extra contante bedragen betalen, bijvoorbeeld voor parkeren (11,0% versus 2,4%; $p = 0,008$)

* PCP: primary care physician.

95%-BI: 95%-betrouwbaarheidsinterval.

gerandomiseerd tussen huisarts en uroloog. Een onlangs verschenen proefschrift sluit hier verder op aan. Daarin werd een grotere betrokkenheid van de eerste lijn na de diagnose en tijdens de behandeling van kanker onderzocht en bepleit.²⁹ Onze review onderscheidt zich van eerder literatuuronderzoek doordat we ons exclusief richten op de huisarts en vergelijkbare professies. Omdat we een brede zoekstrategie en inclusiecriteria hanteren, kunnen we een uitgebreid overzicht van de beschikbare literatuur geven. Het risico op bias was vaak inherent aan de observationele aard van de geïnccludeerde onderzoeken. Patiënten die de nacontroles en nazorg in de eerste lijn kregen waren vaker ouder of hadden prognostisch gunstigere tumoren dan patiënten in de tweede lijn.^{20,21,24-28} Hierbij lijkt een selectie van patiënten op te treden. Deze vorm van *selection by indication* is mogelijk te wijten aan de voorkeuren van patiënten, huisartsen en specialisten bij bepaalde kenmerken, zoals een prognostisch ongunstige tumor. Deze factoren kunnen de resultaten beïnvloeden. Aangezien de meeste onderzoeken niet zijn opgezet om een verschil in klinische uitkomstmaten aan te tonen, zoals overleving of aantal recidieven, blijft het lastig om een definitieve conclusie over deze uitkomstmaten te trekken. Een meta-analyse was niet mogelijk vanwege onderzoeksheterogeniteit, maar het alternatief – een narratieve synthese – leverde geen belangrijke verschillen tussen eerste- en tweedelijnszorg op, conform eerdere literatuuronderzoeken.^{11,12} De meeste onderzoeken

zijn verricht bij patiënten met mamma- en coloncarcinomen, waarbij het follow-upschema relatief eenvoudig is. Voor deze typen tumoren lijkt eerstelijnszorg een mogelijkheid. Dat betekent nog niet dat de resultaten ook van toepassing zijn op andere vormen van kanker, waarbij vaak complexere en intensievere controles noodzakelijk zijn. De mogelijke voor- en nadelen van eerstelijnszorg na kanker zullen daarom per type tumor goed moeten worden afgewogen. Daarnaast moet ook de rol van de patiënt helder worden gedefinieerd, zodat er meer duidelijkheid ontstaat over de taken en verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van oncologische zorg in de eerste lijn. Andere alternatieven, zoals gedeelde zorg tussen eerste en tweede lijn, en zorg door een verpleegkundig specialist, worden momenteel ook verder onderzocht, maar wezen er eerder al op dat de kwaliteit ten minste even groot is als bij louter specialistische nazorg.³⁰

CONCLUSIE

Het NHG-Standpunt Oncologie stelt dat oncologische nacontroles en nazorg onder bepaalde voorwaarden een onderdeel kunnen zijn van de Nederlandse huisartsenzorg, mits hier voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor is. Dit literatuuronderzoek geeft een uitgebreid overzicht van de uitkomsten van oncologische nacontroles en nazorg in de eerste en tweede lijn. Hiermee lijkt de kwaliteit van deze oncologische zorg door de huisarts vergelijkbaar met die door de specialist,

terwijl deze resulteert in lagere kosten. De gehoopte positieve effecten op het welzijn zijn echter minder duidelijk. Het trekken van een definitieve conclusie wordt belemmerd door onderzoeksheterogeniteit en de omvang. Op basis van deze resultaten kan eerstelijnszorg na kanker in een aantal gevallen, zoals bij mamma- en coloncarcinoom, als alternatief voor zorg door de specialist worden overwogen. De eerstelijnszorg na kanker zal de werkdruk voor de huisarts echter ook vergroten. Daarnaast moet er voldoende draagvlak onder patiënten en zorgverleners zijn. In hoeverre deze oncologische zorg daarom een integraal onderdeel van de Nederlandse huisartsenzorg kan worden, moet blijken uit onderzoek van eigen bodem, met afstemming van patiënt- en huisartsorganisaties, en met heldere randvoorwaarden. ■

LITERATUUR

- Integraal Kanker Centrum Nederland. <https://iknl.nl>, geraadpleegd op 28 november 2020.
- Duineveld LA, Molthof H, Wieldraaijer T, 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.
- Kenzik KM. Health care use during cancer survivorship: review of 5 years of evidence. *Cancer* 2019;125:673-80.
- Nederlandse Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Nederlandse Gezondheidsraad, 2007. Geraadpleegd op 28 november 2020.
- Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16:1231-72.
- Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv* 2016;10:990-1011.
- Wind J, Duineveld LA, Van der Heijden RP, et al. 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.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2011. Geraadpleegd op 28 november 2020.
- Noteboom EA, Perfors IA, May AM, et al. GP involvement after a cancer diagnosis; patients' call to improve decision support. *BJGP Open* 2020;bjpgopen20X101124.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2014.
- Hoeg BL, Bidstrup PE, Karlsen RV, et al. Follow-up strategies following completion of primary cancer treatment in adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019:CD012425.
- Lewis RA, Neal RD, Williams NH, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract* 2009;59:e234-47.
- Augestad KM, Norum J, Dehof S, 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.
- Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ* 1996;313:665-9.
- Grunfeld E, Gray A, Mant D, et al. Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation. *Br J Cancer* 1999;79:1227-33.
- Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 1999;49:705-10.
- Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006;24:848-55.
- Murchie P, Nicolson MC, Hannaford PC, et al. Patient satisfaction with GP-led melanoma follow-up: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2010;102:1447-55.
- Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006;94:1116-21.
- Baena-Canada JM, Ramirez-Daffos P, Cortes-Carmona C, et al. Follow-up of long-term survivors of breast cancer in primary care versus specialist attention. *Fam Pract* 2013;30:525-32.
- Haggstrom DA, Arora NK, Helft P, et al. Follow-up care delivery among colorectal cancer survivors most often seen by primary and subspecialty care physicians. *J Gen Intern Med* 2009;24 Suppl 2:S472-9.
- Maly RC, Liu Y, Diamant AL, et al. The impact of primary care physicians on follow-up care of underserved breast cancer survivors. *J Am Board Fam Med* 2013;26:628-36.
- Mittmann N, Beglaryan H, Liu N, et al. Examination of health system resources and costs associated with transitioning cancer survivors to primary care: a propensity-score-matched cohort study. *J Oncol Pract* 2018;11:e653-64.
- Parry HM, Damery S, Mudondo NP, et al. Primary care management of early stage chronic lymphocytic leukaemia is safe and effective. *QJM* 2015;108:789-94.
- Railton C, Lupichuk S, McCormick J, et al. Discharge to primary care for survivorship follow-up: how are patients with early-stage breast cancer faring? *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13:762-71.
- Risendal BC, Sedjo RL, Giuliano AR, et al. Surveillance and beliefs about follow-up care among long-term breast cancer survivors: a comparison of primary care and oncology providers. *J Cancer Surv* 2016;10:96-102.
- Samawi HH, Yin Y, Lim HJ, et al. Primary care versus oncology-based surveillance following adjuvant chemotherapy in resected pancreatic cancer. *J Gastrointest Cancer* 2018;49:429-36.
- Peixoto RD, Lim HJ, Kim H, et al. Patterns of surveillance following curative intent therapy for gastroesophageal cancer. *J Gastrointest Cancer* 2014;45:325-33.
- Perfors IAA. Improving primary care involvement in cancer care. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2020.
- Boer H, Lubberts S, Bunschoek S, et al. Safety and usefulness of patient-centered shared survivorship care after chemotherapy for testicular cancer. *J Clin Oncol* 2017;35(15_suppl):4561.

Vos JAM, Wieldraaijer T, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. Oncologische nacontroles en nazorg in eerste versus tweede lijn. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1109-z. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: J.A.M. Vos, promovendus, j.a.m.vos@amsterdamumc.nl; dr. T. Wieldraaijer, huisarts; prof. dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. K.M. van Asselt, senior onderzoeker, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.