

De tijd is rijp voor oncologische nazorg door de huisarts

Niek de Wit

Nazorg bij kanker is een belangrijk thema, zeker in de huidige tijden van passende zorg en transformaties in het kader van het Integraal Zorg Akkoord. Nazorg door de huisarts, een vertrouwde zorgverlener, is een uitgesproken vraag van patiënten. Wel was er noodzaak voor meer wetenschappelijke onderbouwing van oncologische nazorg door de huisarts. Op basis van recent onderzoek lijkt de kwaliteit van nazorg door de huisarts voldoende onderbouwd. Een pleidooi voor oncologische nazorg door de huisarts.

In de afgelopen jaren is in talrijke adviesrapporten, beleidsnotities en wetenschappelijke beschouwingen gepleit voor een grotere rol van de huisarts in de oncologische zorg, met name in de begeleiding en *survivorshipcare*.¹⁻³ Het NHG-Standpunt Oncologische zorg door de huisarts onderschrijft dat ook oncologische nazorg, onder voorwaarden, heel goed door de huisarts gedaan kunnen worden.⁴

Toch komt dit tot op heden maar moeizaam van de grond, ondanks de toenemende maatschappelijke urgentie en de uitgesproken vraag van patiënten voor meer betrokkenheid van de huisarts bij de zorg voor kanker.⁵ Hierbij speelde de noodzaak voor meer wetenschappelijke onderbouwing een belangrijke rol.⁴ Op basis van recent onderzoek (I CARE-studie) lijkt de kwaliteit van nazorg door de huisarts echter voldoende onderbouwd. Wat rest is de terughoudendheid van de beroepsgroep om deze belangrijke zorg voor een kwetsbare patiëntengroep over te nemen.

KANKER STEEDS MEER CHRONISCH BIJ OUDEREN

Volgens de voorspellingen van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) zal de incidentie van kanker in de komende jaren verder stijgen. Dat komt vooral door de vergrijzing en de gestegen levensverwachting. Sinds 1990 is de kans om kanker te krijgen voor vrouwen toegenomen van 33% naar 47%, en voor mannen van 40% naar 54%.⁶ De overleving bij kanker ligt nu al boven de 60%. Door de betere behandeling zal in de toekomst ook het aantal patiënten dat kanker overleeft steeds verder toenemen. Bovendien gaat de populatie van patiënten met kanker in de voorgeschiedenis steeds meer vergrijzen. Nu al wordt meer dan 80% van de nieuwe kankerdiagnoses gesteld bij patiënten ouder dan 60 jaar. Bij oudere patiënten is kanker een deel van hun multimorbiditeit,

naast bijvoorbeeld metabole- en mobiliteitsproblemen en psychische problemen. Juist voor die groep is het belangrijk dat ze goede en integrale begeleiding krijgen, met oncologische nazorg en psychosociale begeleiding in een breder persoonlijk perspectief, liefst door een vertrouwde zorgverlener. Door de huisarts dus. Als die tenminste dezelfde kwaliteit van zorg kan leveren.

NOODZAAK VERPLAATSING ZORG STEEDS GROTER

De grote maatschappelijke urgentie van beheersing van de zorgkosten vergt dat we alleen de zorg leveren die nodig is (passende zorg) op die plaats waar die zorg ook het meest doelmatig geleverd kan worden (juiste zorg op de juiste plek). Per definitie is alle zorg in het ziekenhuis duurder, dus alleen om die reden ligt substitutie voor de hand: van oncologische nazorg in het ziekenhuis naar oncologische nazorg bij de huisarts.

Maar ook de patiënt vindt een grotere rol van de huisarts in de zorgverlening bij kanker belangrijk, zowel tijdens als na de behandeling. In een enquête onder bijna 5000 patiënten met kanker bleek dat het merendeel graag contact met de huisarts heeft met betrekking tot de diagnose, maar ook tijdens en na de behandeling.⁵ De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor een breed spectrum aan zorgvragen, ook bij kanker. In de praktijk blijkt ook dat in het jaar na de diagnose patiënten met kanker meer dan 10 keer contact met de huisarts hebben, ook voor niet direct oncologische vragen.⁷

KWALITEIT ONCOLOGISCHE NAZORG DOOR HUISARTS BLIJKT GOED

Wetenschappelijke evaluaties laten zien dat de kwaliteit van de nazorg bij patiënten met bijvoorbeeld melanoom, borstkanker en longkanker bij uitvoering door huisarts en specialist in grote lijnen vergelijkbaar is.⁸ Vos et al. voegen



Er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing dat oncologische nacontrole door de huisarts van tenminste dezelfde kwaliteit is als nacontrole door de specialist.

Foto: Margot Scheerder

daar nieuw bewijs aan toe voor nacontroles bij dikkedarmkanker.⁹ In de I CARE-studie werden 303 patiënten met dikkedarmkanker gerandomiseerd naar nacontrole door de huisarts dan wel door de specialist. Over een periode van 12 maanden bleek er geen significant verschil tussen beide groepen in aantal recidieven of kwaliteit van leven van de patiënten. In de I CARE-studie bleek er ook geen verschil in tevredenheid van patiënten over de geboden zorg door de huisarts of de specialist. De oncologische nacontroles in de ziekenhuiszorg bleken wel beter gestructureerd, dus daar ligt binnen de huisartsenzorg nog een punt ter verbetering. Dat niet alle patiënten meteen open staan voor nacontroles in de eerste lijn verklaarde mede de relatief lage deelnamegraad; 25% van de potentiële deelnemers zag daarvan af omdat ze bij hun behandelend specialist wilden blijven. Maar die initiële weerstand zagen we 30 jaar geleden ook bij de overgang van COPD-zorg en diabeteszorg uit het ziekenhuis naar de huisarts. Al met al goed nieuws, zou je zeggen. Hiermee is er zo langzamerhand voldoende wetenschappelijke onderbouwing dat nacontrole door de huisarts van tenminste dezelfde kwaliteit is, dat de patiënt er net zo tevreden over is en het vanuit een maatschappelijk perspectief veel doelmatiger is dan de traditionele controles in het ziekenhuis. Dan is er toch geen reden waarom de huisarts die controles niet op zich zou nemen?

HET PERSPECTIEF VAN DE HUISARTS

Toch zien veel huisartsen barrières tegen volledige overname van oncologische nacontroles van de specialist.¹⁰ Vermeend gebrek aan kennis over oncologie is er één van. In de praktijk valt dat waarschijnlijk wel mee: de meeste oncologische nacontroles zijn tegenwoordig geprotocolleerd¹¹, en met aanpassing voor gebruik in de huisartsenpraktijk, nascholing en de specialist laagdrempelig bereikbaar voor consultatie hoeft de uitvoering niet zo ingewikkeld te zijn. Dat blijkt ook uit de I CARE-studie.

Veel belangrijker is de oplopende druk op de huisarts om allerlei vormen van tweedelijnszorg over te nemen in de eerste lijn. Niet alleen voor kanker, maar ook voor hart- en vaatziekten, ggz en ouderenzorg. Daardoor dreigt overbelasting. Als er niet daadwerkelijk ruimte wordt gemaakt om al die extra taken uit te voeren, loopt ook een goedwerkend systeem als de Nederlandse huisartsgeneeskunde hierdoor vast. Aanvullende financiering voor meer tijd voor de patiënt; is dat dan de oplossing? Het is twijfelachtig of het implementatievraagstuk opgelost wordt met alleen een adequaat tarief. In de huidige arbeidsmarkt rond de huisartsgeneeskunde is er een grens aan de beschikbare capaciteit om de huisarts overal voor in te zetten. Ook als dat moet plaatsvinden in *shared care*-modellen, waarin huisartsen en specialisten de zorg delen.

Een veel meer voor de hand liggende oplossing lijkt het structureel doorvoeren van taakdelegatie in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld door de inzet van verpleegkundig specialisten of *physician assistants* in de eerste lijn. Uit de eerste evaluaties blijkt dat die een belangrijk deel van de zorgvragen in de huisartsenpraktijk zelfstandig kunnen oplossen.¹² In geval van nazorg bij kanker zou de huisarts zich dan primair kunnen richten op de meer complexe oncologische patiënten (co-morbiditeit, ouderen) en de laag complexe oncologische controles aan de verpleegkundig specialist kunnen overlaten.

DE HUISARTS ALS VERTROUWDE ZORGVERLENER

Kanker is een ernstige ziekte met grote impact, en het perspectief van de patiënt moet centraal staan. Kanker vraagt optimale behandeling, maar daarna integrale begeleiding en nazorg, liefst door een vertrouwde zorgverlener in de eigen leefomgeving. Wat mij betreft door de huisarts dus. Met de resultaten van de I CARE-studie is het bewijs dat de kwaliteit daarvan in de eerste lijn minstens zo goed is, wel rond. Laten we het daarom in de regio's gaan implementeren. We hoeven niet voor iedere kankervorm opnieuw evaluatie- en implementatieonderzoek te gaan doen. En natuurlijk moet de huisarts daar dan tijd voor kunnen maken. Dat zit deels in adequate financiering, maar net zo goed in prioritering en taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Mijn pleidooi: laten we daar werk van gaan maken. Passende zorg betekent immers ook dat zorgprofessionals vooral datgene doen waar ze het verschil mee maken. Persoonsgerichte zorg in moeilijke levensfasen en bij complexe ziekten, daar is de huisarts tenslotte voor. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Nederlandse Gezondheidsraad, 2007
2. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16:1231-72.
3. Van Weert HC, de Wit NJ. Oncologische zorg vraagt om prominere rol huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019;163:D3836
4. Nederlands Huisarts Genootschap. Standpunt Oncologische zorg. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2014.
5. Noteboom EA, Perfors IA, May AM, Stegmann ME, Fa Duijts, Visserman EA, et al. GP involvement after a cancer diagnosis; patients' call to improve decision support. *BJGP Open* 2021;5.
6. Puts GCW, Wauben Speatgens BMME, Kruijt AW, Albada A, Praagman J, Visser O, et al. Ontwikkeling van de kans op kanker in 1990-2019. *Ned Tijdschr Geneesk* 2023;167:D7498.
7. Heins MJ, Korevaar JC, Donker GA, Rijken PM, Schellevis FG. The combined effect of cancer and chronic diseases on general practitioner consultation rates. *Cancer Epidemiol* 2015;39:109-14.
8. Hoeg BL, Bidstrup PE, Karlsen RV, Friberg AF, Albiere V, Dalton SO, et al. Follow-up strategies following completion of primary cancer treatment in adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;2019:CD012425.
9. Vos JAM, Sert E, Busschers WB, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Detection of colon cancer recurrences during follow-up care by general practitioners versus surgeons. *BMJ Open* 2013:e002391.
10. Liemburg GB, Korevaar JC, van Zomeren WT, Berendsen AJ, Brandenburg D. Follow-up of curatively treated cancer in primary care: a qualitative study of the views of Dutch GPs. *Br J Gen Pract* 2022 Jul 28;72:e592-e600.
11. Federatie Medisch Specialisten: Richtlijnen in de oncologische zorg. Beschikbaar via: <https://demedischspecialist.nl/richtlijnen-de-oncologische-zorg>. Geraadpleegd op 4 december 2023.
12. Van Erp RMA, van Doorn AL, van den Brink GT, Peters JWB, Laurant MGH, van Vught. Physician Assistants and Nurse Practitioners in Primary Care Plus: A Systematic Review. *Int J Integr Care* 2021 Feb 12;21:6.

De Wit NJ. De tijd is rijp voor oncologische nactonroles door de huisarts. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI:10.1007/s12445-023-2424-3. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: N.J. de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde, n.j.dewit@umcutrecht.nl. Belangenverstrengeling: NdW kreeg onderzoekssubsidies van KWF en Danone.