



Controle na borstkanker: voorkeuren van patiënten

Samenvatting

Roorda-Lukkien C, De Bock GH, Scholing C, Van der Meer K, Berger MY, De Fouw M, et al. Controle na borstkanker: voorkeuren van patiënten. *Huisarts Wet* 2015;58(8):417-9.

ACHTERGROND Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts. Door middel van een kwalitatief onderzoek wilden wij de voorkeuren van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn verder uitdiepen.

METHODE Met zeventig patiënten van het Registratie Netwerk Groningen hielden wij semigestructureerde interviews. Daarvoor maakten wij gebruik van een interviewleidraad. We hebben de interviews opgenomen en verbatim getranscribeerd. Twee onderzoekers hebben vervolgens onafhankelijk van elkaar een kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse op de transcripten uitgevoerd. We hebben verschillen in codering tussen de onderzoekers besproken, totdat we consensus bereikten.

RESULTATEN De meerderheid van de patiënten (43/56) had een voorkeur voor specialistische nacontrole, vergeleken met andere vormen van nacontrole. Meer dan de helft (39/68) zou nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren, onder de voorwaarden van goede communicatie tussen huisarts en specialist en voldoende kennis bij huisartsen over nacontrole. Patiënten noemden zowel voordelen als belemmeringen ten aanzien van de nacontrole in de eerste lijn. Voordelen waren: de persoonlijke aard van de huisarts-patiëntrelatie en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Belemmeringen waren: beperkte kennis en vaardigheden, tijd en motivatie van huisartsen. Een andere belemmering betrof het vertrouwen van patiënten in de specialistische nacontrole.

CONCLUSIE Meer dan de helft van de patiënten stond open voor nacontrole in de eerste lijn. Mogelijk kan het vertrouwen in nacontrole door de huisarts toenemen als de communicatie tussen de eerste en tweede lijn verbetert en de kennis en vaardigheden van huisartsen worden vergroot door goede instructie en training.

INLEIDING

Borstkanker is de meestvoorkomende maligniteit en de belangrijkste oorzaak van kankergerelateerde sterfte onder vrouwen, zowel wereldwijd¹ als in Europa.² De toegenomen incidentie van borstkanker en de verbeterde overlevingskansen hebben geresulteerd in een toename van het aantal vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis.³ Voor deze vrouwen is nacontrole belangrijk, gezien het risico op locoregionale recidieven en contralaterale tumoren,⁴ de specifieke problemen die deze vrouwen kunnen ervaren als gevolg van (de behandeling van) borstkanker⁵⁻⁷ en de aanwezigheid van comorbiditeit.^{8,9} Tot nu toe is het onduidelijk welke zorgverleners – specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, of een combinatie van hen – verantwoordelijk moeten zijn voor de nacontrole.^{10,11}

Volgens de werkgroep ‘Kankerzorg in de eerste lijn’ van de signaleringscommissie van KWF Kankerbestrijding zouden specialisten zich – gezien de te verwachten groei van het aantal patiënten met kanker – meer moeten richten op de zorg rondom diagnostiek en behandeling.¹² De eerste lijn zou dan behalve bij de vroege opsporing en herkenning ook een belangrijke rol moeten krijgen bij de nacontrole van patiënten met kanker.¹² Acceptatie van deze nieuwe rol door de verschillende partijen, onder wie de patiënten, is daarbij van belang. Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts.¹³⁻²¹ Door middel van een kwalitatief onderzoek wilden wij de voorkeuren van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn verder uitdiepen.

METHODEN

Met zeventig patiënten met borstkanker in de voorgeschiedenis hielden wij semigestructureerde interviews. Deze patiënten zijn geïncludeerd door huisartsen van het Registratie Netwerk Groningen. In een eerdere publicatie hebben we de in- en exclusie van patiënten beschreven.²² Patiënten die volgens hun huisarts konden meedoen aan het onderzoek ontvingen via de post een brief, een informatiefolder en een *informed consent*-formulier. Met pa-

Wat is bekend?

■ Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts.

Wat is nieuw?

- Hoewel de meerderheid van de patiënten in ons onderzoek een voorkeur had voor specialistische nacontrole, zou meer dan de helft nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren.
- Dan zou wel de communicatie tussen huisarts en specialist goed moeten verlopen en zou de huisarts voldoende kennis over nacontrole moeten hebben. Patiënten noemden zowel voordelen als belemmeringen ten aanzien van nacontrole in de eerste lijn.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr.ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; C. Scholing, in opleiding tot spoedeisendehulparts; prof.dr. K. van der Meer, huisarts; prof.dr. M.Y. Berger, huisarts; M. de Fouw, in opleiding tot arts Internationale Gezondheid en Tropengeneeskunde; dr. A.J. Berendsen, huisarts. UMC Groningen, afdeling Epidemiologie: ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; prof.dr. G.H. de Bock, epidemioloog • Correspondentie: c.roorda-lukkien@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gesubsidieerd door de Stichting Stoffels-Hornstra te Coevorden.

Dit is een bewerkte vertaling van Roorda C, De Bock GH, Scholing C, Van der Meer K, Berger MY, De Fouw M, Berendsen AJ. Patients' preferences for post-treatment breast cancer follow-up in primary care vs. secondary care: a qualitative study. *Health Expect* 2014 Mar 25. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

tiënten die het formulier terugstuurden maakten we een afspraak. Tijdens de interviews gebruikten we een leidraad met open vragen over de voorkeuren van patiënten ten aanzien van de nacontrole voor borstkanker. Ter introductie bevatte de leidraad open vragen over de ervaringen van patiënten met de diagnose, behandeling en nacontrole van borstkanker, zodat patiënten eerst hun eigen verhaal konden vertellen. We hebben de leidraad op basis van de eerste tien interviews aangepast.

Een zesdejaars geneeskundestudent (CS) heeft de interviews uitgevoerd. Eén patiënte is op haar verzoek door een vrouwelijke onderzoeker (CR) geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen op band en verbatim getranscribeerd. Twee onderzoekers voerden onafhankelijk van elkaar een kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse uit op de transcripten. Vervolgens hebben we de verschillen in codering tussen de onderzoekers besproken, totdat we consensus bereikten. Omdat de gegevensanalyse na de gegevensverzameling plaatsvond is het punt van verzadiging niet tijdens de gegevensverzameling bepaald. Na het grootste deel van de interviews kwam er echter geen

nieuwe informatie meer, wat wijst op verzadiging. We hebben alle interviewgegevens geanonimiseerd verwerkt en geanalyseerd.

RESULTATEN

De mediane leeftijd van de geïnterviewde patiënten ten tijde van het interview was 63 jaar (spreiding: 34-88 jaar). De mediane tijd sinds de diagnose bedroeg 7 jaar (spreiding: 1-23 jaar). De overige kenmerken van de geïnterviewde patiënten hebben we in een eerdere publicatie beschreven.²² De meerderheid van de patiënten (43/56) had een voorkeur voor specialistische nacontrole, vergeleken met andere vormen van nacontrole, zoals nacontrole door de huisarts (4/56), nacontrole door een verpleegkundige (2/56) en nacontrole afwisselend uitgevoerd door een specialist en/of huisarts en/of verpleegkundige (5/56). Twee patiënten wilden het liefst voor nacontrole naar de zorgverlener gaan die deze het best kon uitvoeren.

‘Ja, je zou zeggen de huisarts, omdat je die het beste kent. Maar ja, de chirurg heeft er toch meer verstand van. Ja, dan toch de chirurg.’ (P30, 48 jaar)

Meer dan de helft van de patiënten (39/68) zou nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren [tabel 1]. Eén patiënte zei deze te willen accepteren na vijf jaar nacontrole in het ziekenhuis. Een ander gaf aan alleen nacontrole door haar eigen huisarts te willen accepteren. Als redenen om nacontrole in de eerste lijn te accepteren noemden patiënten de vertrouwensband met de huisarts, de persoonlijke aandacht van de huisarts en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk (dichtbij, laagdrempelig). Patiënten stelden echter ook voorwaarden aan de nacontrole door de huisarts: een goede communicatie tussen huisarts en specialist, en voldoende kennis bij de huisartsen over de nacontrole [tabel 2].

‘Nou, zou ik wel goed vinden... Als je ouder wordt, dan is dat voor ons heel mooi. Dat het dichtbij is en dan hoeft je niet naar het ziekenhuis en dan heb je ook die afschuwelijke wachtkamer niet.’ (P58, 70 jaar)

‘Vind ik goed, mits hij wel overleg heeft met de verschillende artsen en op de hoogte blijft. Want over het algemeen is de huisarts iets minder op de hoogte van wat er echt speelt qua therapieën.’ (P10, 36 jaar)

Ongeveer 40% van de patiënten (28/68) gaf aan geen nacontrole door de huisarts te willen accepteren [tabel 1]. Patiënten maakten zich zorgen over de beperkte opleiding, kennis en ervaring van huisartsen op het gebied van kanker. Verder dachten zij dat huisartsen te weinig tijd beschikbaar zouden hebben en niet gemotiveerd zouden zijn om de nacontrole uit te voeren. Ook zeiden patiënten tevreden te zijn met de specialistische nacontrole en in specialisten meer vertrouwen te hebben dan in de huisarts. Andere barrières om nacontrole in de eerste lijn te accepteren hadden te maken met het missen

Tabel 1 Acceptatie van nacontrole voor borstkanker in de eerste lijn (n = 68)

	n	%
Ja	39	57,4
Nee	28	41,2
Neutraal	1	1,5

Tabel 2 Acceptatie van nacontrole voor borstkanker in de eerste lijn: redenen/voorwaarden

Ja: redenen/voorwaarden	
■	Patiënt heeft een vertrouwensband met huisarts
■	Huisarts geeft meer persoonlijke aandacht dan specialisten
■	Huisartsenpraktijk is dichtbij
■	Huisartsenpraktijk is goed toegankelijk/laagdrempelig
■	Mits goede communicatie tussen huisarts en specialist
■	Mits huisartsen voldoende kennis hebben over nacontrole
Nee: redenen	
■	Huisarts is breed geschoold
■	Huisarts is niet gespecialiseerd/geschoold in nacontrole
■	Huisarts heeft te weinig ervaring/kennis wat betreft nacontrole
■	Huisarts heeft te weinig tijd/te hoge werklast om nacontrole uit te voeren
■	Huisarts is niet gemotiveerd om nacontrole uit te voeren
■	Patiënte heeft minder vertrouwen in huisarts/meer vertrouwen in specialist
■	Patiënte is tevreden met specialistische nacontrole
■	Huisarts heeft de diagnose borstkanker gemist
■	Huisarts moet patiënten doorverwijzen naar het ziekenhuis (doorverwijsfunctie)
■	Huisarts is niet betrokken geweest bij behandeling
■	Mammografie moet in het ziekenhuis worden uitgevoerd
■	Korte lijnen in het ziekenhuis

van de diagnose borstkanker door de huisarts, de doorverwijsfunctie van de huisarts, het feit dat de huisarts niet betrokken was bij de behandeling, de uitvoering van mammografie in het ziekenhuis en met korte lijnen in het ziekenhuis [tabel 2].

'Ik denk hoe kundiger je vingers zijn, hoe sneller je ook iets opspoort... En een huisarts heeft net iemand met een snotneus gehad, en ik kom er tussendoor met mijn borsten, want er zit ook een meneer met een zere teen te wachten. Voor mijn gevoel lijkt het beter om iemand die daar dagelijks mee bezig is dat te laten doen.' (P44, leeftijd 61 jaar)

BESCHOUWING

Door middel van dit kwalitatieve onderzoek hebben wij de voorkeuren geëxploreerd van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn. De kracht van dit onderzoek is dat we beschikten over de interviewgegevens van een groot aantal patiënten.²² Daardoor konden wij zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve inhoudsanalyse uitvoeren. Verder betrof het onderzoek patiënten van verschillende leeftijden (34-88 jaar), bij wie de diagnose borstkanker 1 tot 23 jaar eerder was gesteld. Tegelijkertijd kan de vraag worden gesteld of de voorkeuren van vrouwen bij wie de diagnose lang geleden is gesteld relevant zijn voor een uitspraak over de nacontrole van patiënten anno 2015. In de richtlijnen is de nacontrole in de loop van de tijd immers aangepast. Zo is de aanbeveling van de frequentie van de nacontrolebezoeken teruggebracht tot eenmaal per jaar. Desondanks menen wij met dit onderzoek een beeld te kunnen schetsen van de visie van patiënten op nacontrole voor borstkanker in de eerste versus de tweede lijn. Een beperking van het onderzoek is dat we niet alle thema's uit de interviewleidraad met alle 70 patiënten hebben besproken. Dit ontdekten wij tijdens de gegevensanalyse (die plaatsvond na de gegevensverzameling).

Net als patiënten in andere onderzoeken¹³⁻²¹ hadden de patiënten van ons onderzoek²² een voorkeur voor specialistische nacontrole. Al eerder is gebleken dat patiënten een voorkeur hebben voor datgene wat zij het beste kennen:²³ in ons onderzoek was dit de specialistische nacontrole. Wanneer de optie van specialistische nacontrole niet beschikbaar is, prefereren patiënten (uit Australië) huisartsen en verpleegkundigen die zijn gespecialiseerd in borstkanker.²⁴ Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat patiënten tevreden kunnen zijn met nacontrole in de eerste lijn, ondanks hun voorkeur voor tweedelijnsnacontrole.¹³

Meer dan de helft van de patiënten uit ons onderzoek zou nacontrole in de eerste lijn willen accepteren. Ze noemden de persoonlijke aard van de huisarts-patiëntrelatie en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk als voordelen van nacontrole in de eerste lijn, wat overeenkwam met de bevindingen van een onderzoek onder patiënten met borstkanker in Australië.^{14,15} In ons onderzoek zagen de patiënten goede communicatie tussen huisarts en specialist, en vol-

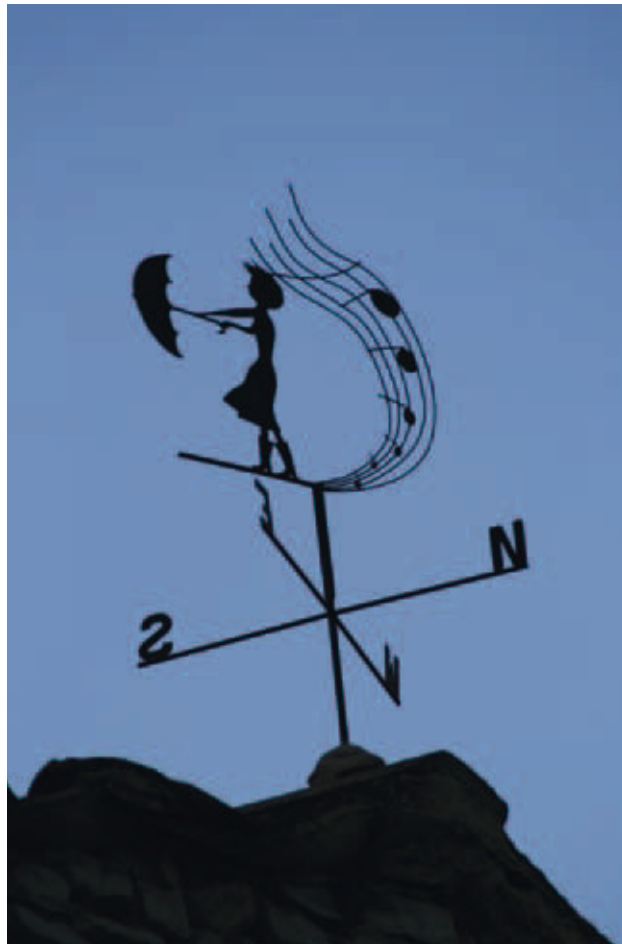


Foto: Jean-Louis Zimmerman/Flickr

doende kennis bij huisartsen over nacontrole als voorwaarden. Beperkte communicatie tussen huisarts en specialist en beperkte scholing, kennis, ervaring, tijd en motivatie van huisartsen stond in ons onderzoek en in ander onderzoek^{14,15,17,19,25,26} acceptatie van nacontrole door de huisarts in de weg.

CONCLUSIE

Meer dan de helft van de patiënten stond open voor nacontrole in de eerste lijn. Mogelijk kan het vertrouwen van patiënten in de nacontrole in de eerste lijn toenemen als de communicatie tussen huisarts en specialist verbetert en als de kennis en vaardigheden van huisartsen door goede instructie en training worden vergroot.

DANKWOORD

Wij bedanken de geïnterviewde vrouwen voor hun deelname aan dit onderzoek. Onze dank gaat ook uit naar de huisartsen voor hun hulp tijdens de gegevensverzameling in de huisartsenpraktijken en voor het includeren van de vrouwen met borstkanker. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.