

Zorg aan borstkankerpatiënten tijdens de behandeling

Samenvatting

Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. *Zorg aan borstkankerpatiënten tijdens de behandeling*. *Huisarts Wet* 2011;54(11):598-601.

Achtergrond Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de gecoördineerde oncologische zorg aan borstkankerpatiënten. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar hun rol tijdens de behandelingsfase. Wij onderzochten welk beroep vrouwen met borstkanker doen op hun huisarts, en vergeleken hun zorggebruik met dat van vrouwen zonder borstkanker.

Methode Uit de database van het Registratie Netwerk Groningen selecteerden wij 185 patiënten die tussen 1998 en 2007 een eerste diagnose borstkanker kregen, en wij matchten hen met 548 vrouwen zonder borstkanker uit dezelfde populatie. Beide groepen waren vergelijkbaar qua geboortjaar en huisarts.

Resultaten De borstkankerpatiënten hadden in het jaar volgend op de diagnose tweemaal zo vaak contact met hun huisartsenpraktijk als vrouwen zonder borstkanker (mediaan 6,0 versus 3,0 consulten en visites, $p < 0,001$), en zij kregen ruim anderhalf keer zo vaak een recept (11,0 versus 7,0 medicatievoorschriften, $p < 0,001$). Daarbij ging het veelal om aan de borstkanker gerelateerde klachten, zoals maagdarmproblemen, psychische klachten en om hormoontherapie.

Conclusie Huisartsen leveren een actieve bijdrage aan de behandeling van borstkanker, met name waar het gaat om de bestrijding van bijwerkingen en om hormoontherapie.

INLEIDING

Patiënten met borstkanker ervaren vaak psychische problemen en een verminderde kwaliteit van leven. De bijwerkingen van de behandeling maken het moeilijk de therapie trouw te blijven volgen.^{1,3} De huisarts kan tijdens de behandeling dan ook in principe een belangrijke bijdrage leveren aan de gecoördineerde oncologische zorg.⁴⁻⁸ Er is echter weinig bekend over wat die bijdrage nu precies inhoudt. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met borstkanker in het jaar na de diagnose vaker hun huisarts raadplegen dan in het jaar vóór de diagnose.^{9,10} Niet bekend is of zij ook vaker contact zoeken met hun huisarts dan vrouwen zonder borstkanker, en om welke redenen zij naar de huisarts gaan. Wij hebben beide aspecten onderzocht.

METHODEN

Voor dit onderzoek hebben wij patiënten geselecteerd uit de database van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Twee onderzoekers zijn teruggegaan naar de betrokken huisartsenpraktijken om in de dossiers de diagnose borstkanker te verifiëren en aanvullende gegevens te verzamelen over de tumor, de behandeling en de eventuele terugkeer van borstkanker. Alle data zijn geanonimiseerd.

De in- en exclusie van patiënten hebben wij elders in detail beschreven.¹¹ Onze onderzoekspopulatie omvatte 185 vrouwen die tussen 1998 en 2007 een eerste diagnose borstkanker hadden gekregen en een referentiegroep van 548 vrouwen zonder borstkanker uit dezelfde populatie, gematcht op geboortjaar en huisarts. De vrouwen uit de referentiegroep waren ten tijde van de diagnose vrijwel even oud als de patiënt en ingeschreven bij dezelfde huisarts.

We berekenden het zorggebruik van beide groepen door het aantal contacten met de huisartsenpraktijk – in de vorm van consulten en visites – en het aantal medicatievoorschriften in het jaar voor en het jaar volgend op de diagnose te tellen en deze te delen door de observatietijd in de beide periodes. Ook berekenden we het percentage vrouwen met ten minste één contact of één recept per jaar en per maand, waar mogelijk ingedeeld op basis van ICPC- en ATC-codes. Eventuele verschillen in zorggebruik door dezelfde patiënt toetsten we met de wilcoxon- en de mcnemartoets. Verschillen tussen patiënten en referentiepersonen sinds de diagnose borstkanker toetsten we met de mann-whitneytoets (M-W-toets) en de chikwadraattoets. Bij het toetsen beschouwden we $p < 0,05$ als statistisch significant.

RESULTATEN

Vrouwen met borstkanker maakten in het jaar volgend op de diagnose significant meer gebruik van huisartsenzorg dan

Wat is bekend?

- De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de gecoördineerde oncologische zorg aan borstkankerpatiënten.
- Vrouwen met borstkanker hebben in het jaar sinds de diagnose vaker contact met hun huisarts dan in het jaar daarvoor.

Wat is nieuw?

- Vrouwen met borstkanker hebben in het jaar volgend op de diagnose vaker contact met de huisartsenpraktijk dan vrouwen zonder borstkanker, en ze krijgen ook vaker medicijnen voorgeschreven.
- Redenen om de huisarts te hulp te roepen zijn klachten door de ziekte en bijwerkingen van de behandeling. Het gaat veelal om maagdarmproblemen, huidproblemen, psychische problemen, pijn en slaapproblemen.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en afdeling Epidemiologie, Postbus 196, 9700 AD Groningen; ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; dr. W.J. van der Veen, epidemioloog; A. Lindeman, huisarts in opleiding; prof.dr. K. van der Meer, huisarts. Afdeling Epidemiologie: prof.dr. G.H. de Bock, epidemioloog. Afdeling Chirurgie: dr. L. Jansen, chirurg • Correspondentie: c.roorda-lukkien@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is eerder gepubliceerd als: Roorda C, De Bock GH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: An analysis of health care use. *Support Care Cancer* 2011 Mar 25 [epub ahead of print]. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

in het jaar vóór de diagnose, en ook meer dan de referentiegroep. In het jaar sinds de diagnose hadden zij tweemaal zo vaak contact met hun huisartsenpraktijk als de referentiepersonen (mediaan 6,0 versus 3,0 contacten, M-W-toets $p < 0,001$) en zij kregen ook vaker een recept (mediaan 11,0 versus 7,0 medicatievoorschriften, M-W-toets $p < 0,001$). Het percentage patiënten met ten minste één contact of recept in het jaar sinds diagnose was hoger dan in de referentiegroep [tabel 1].

In de [figuur] is te zien dat in de eerste maand sinds de diagnose 166 borstkankerpatiënten (89,7%) contact hadden met hun huisartsenpraktijk en dat 100 patiënten (54,1%) medicijnen kregen voorgeschreven. Het percentage borstkankerpatiënten dat elke maand minstens éénmaal contact had met de huisarts daalde na die eerste maand geleidelijk tot het niveau van de referentiegroep, maar het percentage dat maandelijks minimaal één recept kreeg, bleef gedurende het eerste jaar sinds diagnose hoger dan in de referentiegroep.

[Tabel 2] laat zien dat de klachten en aandoeningen waarmee borstkankerpatiënten in het jaar na diagnose de huisarts raadpleegden, significant vaker dan in de referentiegroep behoorden tot de ICPC-hoofdgroepen ‘algemeen en niet gespecificeerd’, ‘bloed en bloedvormende organen’, ‘psychische problemen’, ‘huid/subcutis’ en ‘vrouwelijke geslachtsorganen’. Ook schreef de huisarts aan de patiëntengroep significant vaker een geneesmiddel voor uit de ATC-hoofdgroepen ‘spijsverteringsstelsel en stofwisseling’, ‘huidpreparaten’, ‘systemische hormoonpreparaten’, ‘anti-infectiemiddelen voor systemisch gebruik’, ‘antineoplasmaata en immunomodulatoren’ en ‘zenuwstelsel’. Nadere indeling op basis van ATC-codes laat zien dat het met name ging om middelen tegen functionele maag-darmstoornissen, middelen tegen misselijkheid en braken, laxeermiddelen, middelen tegen diarree, antibacteriële huidpreparaten,

Tabel 1 Zorggebruik door vrouwen met borstkanker (n = 185) en referentiegroep zonder borstkanker (n = 548) in het jaar vóór en het jaar sinds diagnose

	Voor diagnose		Sinds diagnose	
	patiënten	referentiegroep	patiënten	referentiegroep
Contacten (consulten + visites)				
■ mediaan (range)	2,2 (0,0-18,7)	2,0 (0,0-32,0)	6,0 (0,0-46,0)	3,0 (0,0-31,7)
■ ten minste één contact, n (%)	149 (80,5%)	428 (78,1%)	184 (99,5%)	428 (78,1%)
Recepten				
■ mediaan (range)	6,0 (0,0-220,0)	6,0 (0,0-111,0)	11,0 (0,0-212,0)	7,0 (0-127,0)
■ ten minste één recept, n (%)	156 (84,3%)	437 (79,7%)	170 (91,9%)	447 (81,6%)

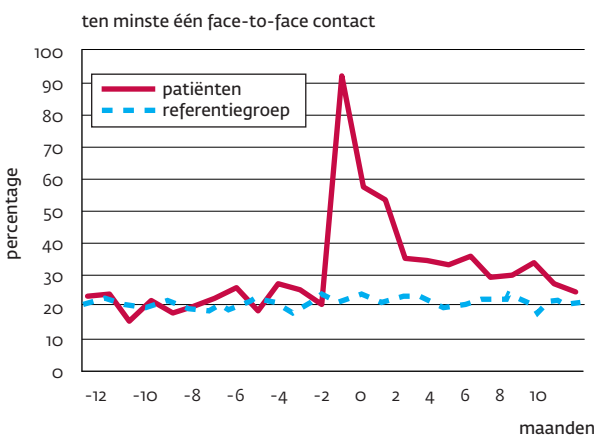
*Alle verschillen zijn statistisch significant (wilcoxon-toets $p < 0,001$, mcnemartoets $p < 0,01$) evenals alle verschillen in zorggebruik tussen patiënten en vrouwen uit de referentiegroep in het jaar sinds de diagnose (mann-whitneytoets $p < 0,001$, chikwadraattoets $p < 0,01$).

corticosteroiden, hormoonantagonisten (voornamelijk tamoxifen), middelen voor pijnbestrijding en slaap- en kalmeringsmiddelen (waaronder benzodiazepinederivaten).

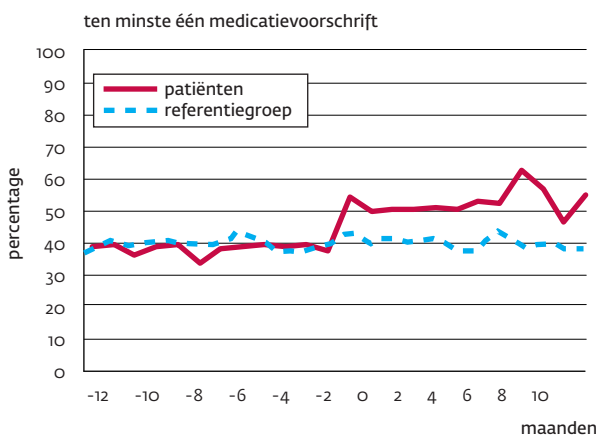
DISCUSSIE

Wij hebben als eersten het beroep dat vrouwen met borstkanker in de behandel fase doen op huisartsenzorg vergeleken met het zorggebruik door vrouwen zonder borstkanker, en ook de redenen voor dit zorggebruik onderzocht. De resultaten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek, dat aantoonde dat vrouwen met borstkanker in het jaar sinds de diagnose vaker hun huisarts raadplegen dan in het jaar vóór de diagnose.^{9,10} Het percentage borstkankerpatiënten dat sinds de diagnose ten minste éénmaal per maand contact had met de huisarts daalde in ons onderzoek geleidelijk, na een piek in de eerste maand. Het percentage vrouwen dat maandelijks minimaal één recept kreeg, bleef gedurende het jaar sinds diagnose hoger dan in de referentiegroep.

Figuur A Zorggebruik in de huisartsenpraktijk



Figuur B Zorggebruik in de huisartsenpraktijk



Percentage vrouwen met borstkanker (n = 185) en vrouwen zonder borstkanker (n = 548) met ten minste één contact (A) en ten minste één recept (B) in de betreffende maand. 0 is het tijdstip van diagnose.

Tabel 2 Redenen voor consult en aard van het medicatievoorschrift bij vrouwen met borstkanker (n = 185) en referentiegroep zonder borstkanker (n = 548)

	Patiënten		Referentiegroep		p*
	n	%	n	%	
Ten minste één contact (ICPC-code)					
▪ algemeen en niet gespecificeerd (A)	62	33,5%	78	14,2%	< 0,001
▪ bloed en bloedvormende organen (B)	13	7,0%	16	2,9%	< 0,05
▪ spijsverteringsorganen (D)	40	21,6%	92	16,8%	ns
▪ oog (F)	10	5,4%	34	6,2%	ns
▪ oor (H)	12	6,5%	51	9,3%	ns
▪ hart vaatstelsel (K)	40	21,6%	142	25,9%	ns
▪ bewegingsapparaat (L)	69	37,3%	188	34,3%	ns
▪ zenuwstelsel (N)	20	10,8%	60	10,9%	ns
▪ psychische problemen (P)	34	18,4%	64	11,7%	< 0,05
▪ luchtwegen (R)	54	29,2%	121	22,1%	ns
▪ huid en subcutis (S)	65	35,1%	135	24,6%	< 0,01
▪ endocriene klieren/metabolisme/voeding (T)	18	9,7%	48	8,8%	ns
▪ urinewegen (U)	13	7,0%	34	6,2%	ns
▪ zwangerschap/bevalling/anticonceptie (W)	1	0,5%	12	2,2%	–
▪ geslachtsorganen en borsten vrouw (X)	177	95,7%	99	18,1%	< 0,001
- symptomen borsten vrouw (X18-X21)	131	70,8%	11	2,0%	< 0,001
- maligniteit borsten vrouw (X76)	157	84,9%	0	0,0%	< 0,001
▪ sociale problemen (Z)	12	6,5%	37	6,8%	ns
Ten minste één medicatievoorschrift (ATC-code)					
▪ spijsverteringsstelsel en stofwisseling (A)	94	50,8%	165	30,1%	< 0,001
- preparaten bij functionele maagdarfstoornissen (A03)	34	18,4%	16	2,9%	< 0,001
- propulsiva (A03F)	31	16,8%	10	1,8%	< 0,001
- preparaten tegen misselijkheid/braken (A04)	24	13,0%	2	0,4%	< 0,001
- serotonineantagonisten (A04AA)	24	13,0%	2	0,4%	< 0,001
- laxantia (A06)	35	18,9%	41	7,5%	< 0,001
- osmotisch werkende laxantia (A06AD)	27	14,6%	28	5,1%	< 0,001
- anti-diarrhoica, orale elektrolyten en anti-inflammatoire darmpreparaten (A07)	16	8,6%	9	1,6%	< 0,001
▪ bloed en bloedvormende organen (B)	31	16,8%	77	14,1%	ns
▪ hart vaatstelsel (C)	72	38,9%	206	37,6%	ns
▪ huidpreparaten (D)	55	29,7%	114	20,8%	< 0,05
- antibacteriële preparaten voor dermatologisch gebruik (D06)	12	6,5%	13	2,4%	< 0,01
▪ urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G)	17	9,2%	94	17,2%	< 0,01
- geslachtshormonen en modulators van het genitaal stelsel (G03)	9	4,9%	79	14,4%	< 0,01
- hormonale anticonceptiva voor systemisch gebruik (G03A)	3	1,6%	43	7,8%	< 0,01
▪ systemische hormoonpreparaten, excl. insuline en geslachtshormonen (H)	32	17,3%	60	10,9%	< 0,05
- corticosteroiden voor systemisch gebruik (H02)	22	11,9%	34	6,2%	< 0,05
- corticosteroiden voor systemisch gebruik, enkelvoudig (H02A)	22	11,9%	34	6,2%	< 0,05
▪ anti-infectiemiddelen voor systemisch gebruik (J)	98	53,0%	211	38,5%	< 0,01
- antibacteriële preparaten voor systemisch gebruik (J01)	77	41,6%	134	24,5%	< 0,001
- bètalactam-antibiotica en penicillines (J01C)	35	18,9%	45	8,2%	< 0,001
▪ antineoplasmata en immunomodulators (L)	66	35,7%	6	1,1%	< 0,001
- hormonen (L02)	65	35,1%	0	0,0%	< 0,001
- hormoonantagonisten en aanverwante middelen (L02B)	64	34,6%	0	0,0%	< 0,001
- anti-oestrogenen (L02BA)	53	28,6%	0	0,0%	< 0,001
- tamoxifen (L02BA01)	53	28,6%	0	0,0%	< 0,001
▪ spier- en skeletstelsel (M)	50	27,0%	145	26,5%	ns
▪ zenuwstelsel (N)	96	51,9%	203	37,0%	< 0,001
- analgetica (N02)	47	25,4%	80	14,6%	< 0,01
- andere analgetica en antipyretica (N02B)	31	16,8%	50	9,1%	< 0,01
- aniliden (N02BE)	31	16,8%	45	8,2%	< 0,001
- psycholeptica (N05)	81	43,8%	133	24,3%	< 0,001
- anxiolytica (N05B)	62	33,5%	90	16,4%	< 0,001
- benzodiazepinederivaten (N05BA)	61	33,0%	88	16,1%	< 0,001
- hypnotica en sedativa (N05C)	37	20,0%	55	10,0%	< 0,001
- benzodiazepinederivaten (N05CD)	37	20,0%	53	9,7%	< 0,001
▪ antiparasitische middelen (P)	0	0,0%	0	0,0%	–
▪ ademhalingsstelsel (R)	54	29,2%	125	22,8%	ns
▪ sensorische organen (S)	26	14,1%	68	12,4%	ns
▪ overige preparaten (V)	0	0,0%	2	0,4%	–

* Chikwadratoets; ns = niet-significant; groepen met een verwachte frequentie < 5 zijn niet getoetst (–).

De kracht van dit onderzoek is dat we gebruik konden maken van gegevens uit een huisartsenregistratie, zodat geheugeneffecten en non-respons geen rol spelen zoals dat bij gezondheidsenquêtes vaak wel het geval is.¹² Aangezien een huisartsenregistratie echter niet primair is opgezet voor wetenschappelijk onderzoek, zijn de validiteit van de geregistreerde diagnoses en de volledigheid van de gegevens niet boven iedere wetenschappelijke twijfel verheven.^{12,13} Wij hebben daarom de juistheid van de diagnose geverifieerd door dossieronderzoek in de betrokken huisartsenpraktijken, en gecorrigeerd voor verschillen in registratiegedrag door de patiënten op huisarts te matchen met vrouwen uit de referentiegroep. Het blijft evenwel mogelijk dat vrouwen borstkanker in de voorgeschiedenis hadden zonder dat die diagnose in hun dossier verscheen.¹⁴ Immers, de registratie bevat slechts die klachten en aandoeningen die aan de huisarts worden gepresenteerd en de ICPC-codes die de huisarts heeft toegekend.¹⁵

Wij ontdekten dat de redenen om tijdens de behandelingsfase van borstkanker contact te zoeken met de huisarts vooral betrekking hebben op gevolgen van de ziekte en bijwerkingen van de behandeling, zoals misselijkheid en braken, constipatie, diarree, huidproblemen, psychische problemen, pijn en slaapproblemen. Uit onderzoek is bekend dat ernstige bijwerkingen en comorbiditeit tijdens een behandeling voor borstkanker samenhangen met verminderde therapietrouw bij patiënten.^{3,16-20} Aandacht voor de bijwerkingen is dus belangrijk om de kwaliteit van leven en de therapietrouw van deze patiënten te bevorderen.¹⁻⁴ Ons onderzoek laat ook zien dat huisartsen betrokken zijn bij de hormoonbehandeling door het voorschrijven van tamoxifen en andere hormoonantagonisten. Goede communicatie tussen de eerste en de tweede lijn over de behandeling en de bijwerkingen is dan ook van groot belang.^{21,22} ■

DANKWOORD

De auteurs bedanken het Registratie Netwerk Groningen voor het verstrekken van de gegevens voor dit onderzoek. Wij bedanken ook de huisartsen en praktijkassistenten voor hun hulp tijdens de aanvullende gegevensverzameling in de huisartsenpraktijken.

LITERATUUR

- 1 Cella D, Fallowfield LJ. Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2008;107:167-80.
- 2 Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:32.
- 3 Hadji P. Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;73:156-66.
- 4 Campbell NC, Macleod U, Weller D. Primary care oncology: Essential if high quality cancer care is to be achieved for all. *Fam Pract* 2002;19:577-8.
- 5 McAvooy BR. General practitioners and cancer control. *Med J Aust* 2007;187:115-7.
- 6 Weller DP, Harris MF. Cancer care: What role for the general practitioner? *Med J Aust* 2008;189:59-60.
- 7 Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL, Selby PJ, Wright EP. Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Fam Pract* 2004;21:437-42.
- 8 Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: Treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010;2010:25-30.
- 9 Macleod U, Ross S, Twelves C, George WD, Gillis C, Watt GC. Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: Retrospective review of hospital and general practice records. *BMJ* 2000;320:1442-5.
- 10 Del Giudice L, Bondy SJ, Chen Z, Maaten S. Physician care of cancer patients. In: Jaakkimainen L, Upshur R, Klein-Geltink JE, Leong A, Maaten S, Schultz SE, et al, editors. *Primary care in Ontario: ICES Atlas*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006.
- 11 Roorda C, De Bock CH, Van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, Van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: An analysis of health care use. *Support Care Cancer* 2011 Mar 25.
- 12 Tate AR, Martin AG, Murray-Thomas T, Anderson SR, Cassell JA. Determining the date of diagnosis—is it a simple matter? The impact of different approaches to dating diagnosis on estimates of delayed care for ovarian cancer in UK primary care. *BMC Med Res Methodol* 2009;9:42.
- 13 Lawrenson R, Williams T, Farmer R. Clinical information for research: The use of general practice databases. *J Public Health Med* 1999;21:299-304.
- 14 Pascoe SW, Neal RD, Heywood PL, Allgar VL, Miles JN, Stefanoski-Mikeljevic J. Identifying patients with a cancer diagnosis using general practice medical records and Cancer Registry data. *Fam Pract* 2008;25:215-20.
- 15 Van der Veen WJ, Meyboom-de Jong B. Age and gender. In: Jones R, Britten N, Culppepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. *Oxford textbook of primary medical care*. Oxford (UK): Oxford University Press, 2004.
- 16 Hawfield A, Lovato J, Covington D, Kimmick G. Retrospective study of the effect of comorbidity on use of adjuvant chemotherapy in older women with breast cancer in a tertiary care setting. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006;59:250-5.
- 17 Owusu C, Buist DS, Field TS, Lash TL, Thwin SS, Geiger AM, et al. Predictors of tamoxifen discontinuation among older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:549-55.
- 18 Bickell NA, Weidmann J, Fei K, Lin JJ, Leventhal H. Underuse of breast cancer adjuvant treatment: Patient knowledge, beliefs, and medical mistrust. *J Clin Oncol* 2009;27:5160-7.
- 19 Garg P, Rana F, Gupta R, Buzaianu EM, Guthrie TH. Predictors of toxicity and toxicity profile of adjuvant chemotherapy in elderly breast cancer patients. *Breast J* 2009;15:404-8.
- 20 Van Herk-Sukel MP, Van de Poll-Franse LV, Voogd AC, Nieuwenhuijzen GA, Coebergh JW, Herings RM. Half of breast cancer patients discontinue tamoxifen and any endocrine treatment before the end of the recommended treatment period of 5 years: A population-based analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2010;122:843-51.
- 21 Grunfeld E. Primary care physicians and oncologists are players on the same team. *J Clin Oncol* 2008;26:2246-7.
- 22 Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: Results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2008;26:2272-7.