

# Oncologie in de huisartsenpraktijk: een onderzoek

*Joke Korevaar, Marianne Heins, Gé Donker, Mieke Rijken en François Schellevis*

2.1	Inleiding – 10
2.2	Onderzochte maligniteiten – 10
2.3	Aantal patiënten – 11
2.4	Aantal patiëntcontacten – 13
2.4.1	Waarvoor komen patiënten met kanker in de huisartsenpraktijk? – 14
2.5	Beschouwing – 15
2.6	Conclusie – 16
	Literatuur – 16

### Kernpunten

- Het aantal patiënten in een huisartsenpraktijk die in het verleden een behandeling voor kanker hebben gehad, zal aanzienlijk toenemen. Zij hebben meer zorg nodig dan de gemiddelde patiënt.
- In een normpraktijk is bij gemiddeld 73 volwassen patiënten ergens in de laatste 9 jaar de diagnose kanker gesteld, en krijgen ieder jaar 25 nieuwe volwassen patiënten die diagnose.
- In de eerste twee jaar na de diagnose heeft een patiënt met kanker gemiddeld 11 contacten met de huisartsenpraktijk, dat is ruim tweemaal zoveel als andere patiënten.
- Twee tot drie van die contacten zijn direct gerelateerd aan kanker. Van de overige houden er gemiddeld 3 verband met alledaagse klachten, 1 met infectieziekten en minder dan 1 met psychosociale problemen.

## 2.1 Inleiding

Artsen stellen de diagnose kanker vaak.<sup>1</sup> In 2008 kregen in Nederland zo'n 89.000 patiënten de diagnose kanker.<sup>2</sup> Dit aantal zal de komende jaren verder stijgen – voor 2020 schat men het aantal nieuwe patiënten met kanker op 123.000 per jaar.<sup>3</sup> De afgelopen jaren heeft men de behandelmethoden verbeterd en is de kans op sterfte aan kanker afgenomen. Het percentage patiënten dat vijf jaar na de diagnose nog in leven is, steeg van 47% in de periode 1989-1993 tot 59% in de periode 2004-2008.<sup>2</sup> Een groot Europees onderzoek laat eenzelfde trend zien, waarbij de toename in vijfjaarsoverleving het sterkste is voor colonkanker, borstkanker, prostaatkanker, schildklierkanker, de ziekte van Hodgkin en het non-hodgkinlymfoom.<sup>1</sup> Doordat zowel het aantal nieuwe patiënten met kanker, als de overleving na kanker toeneemt, zal de groep patiënten met kanker die na de actieve behandelperiode nog in leven is, de komende jaren dus aanzienlijk in omvang toenemen.

Veel patiënten met kanker ondervinden jaren na de diagnose nog de gevolgen van kanker en/of de behandeling. Vermoeidheid, klachten van het bewegingsapparaat of seksuele problemen komen veel voor bij deze patiënten.<sup>4</sup> Het eerstelijnszorggebruik van deze patiënten is dan ook vaak hoger dan gemiddeld en dat blijft zo tot ten minste tien jaar na de diagnose.<sup>5</sup>

De huisarts is meestal betrokken bij het diagnostisch traject en ziet dus geregeld nieuwe patiënten met kanker. Als de diagnose eenmaal is gesteld, draagt de huisarts de zorg voor de patiënt deels over aan een medisch specialist. Op het moment dat de behandeling is afgerond, neemt de huisarts de zorg vaak weer (grotendeels) over. Gezien het stijgende aantal patiënten dat kanker heeft of heeft gehad, zal de huisarts steeds vaker met deze patiënten en hun gezondheidsproblemen te maken krijgen.

Dit hoofdstuk geeft de resultaten van een onderzoek naar maligne aandoeningen in de huisartsenpraktijk: hoe vaak komen verschillende vormen van kanker voor en wat is het bijbehorende zorggebruik in de huisartsenpraktijk in de eerste twee jaar na de diagnose?

## 2.2 Onderzochte maligniteiten

De cijfers in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).<sup>6</sup> Dit is een landelijk representatief netwerk van 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 ingeschreven patiënten (juli 2010). Het doel van LINH is het leveren van

representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg. Hiervoor maakt men gebruik van geanonimiseerde gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van de deelnemende praktijken. Het gaat hierbij om aantallen contacten, morbiditeit, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Huisartsen coderen diagnoses volgens de codering van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>7</sup> Jaarlijks krijgen huisartsen feedback over de door hen geregistreeerde gegevens; hiermee kunnen ze hun handelen vergelijken met dat van andere praktijken.


Voor dit onderzoek hebben we de gegevens geselecteerd van patiënten van achttien jaar en ouder die in de periode tussen 2002 en 2010 de diagnose kanker hebben gekregen. Deze diagnose is gebaseerd op de ICPC-codes voor een maligniteit. Neoplasmata van het bewegingsapparaat (L97) hebben we hierbij uitgesloten, omdat het hier om zowel kwaadaardige als goedaardige aandoeningen kan gaan en wij binnen LINH daar geen onderscheid tussen kunnen maken. De cijfers over zorggebruik betreffen het aantal contacten (consult, telefonisch consult of visite) in het jaar 2010 van patiënten die in de voorafgaande twee jaar de diagnose kanker hebben gekregen.

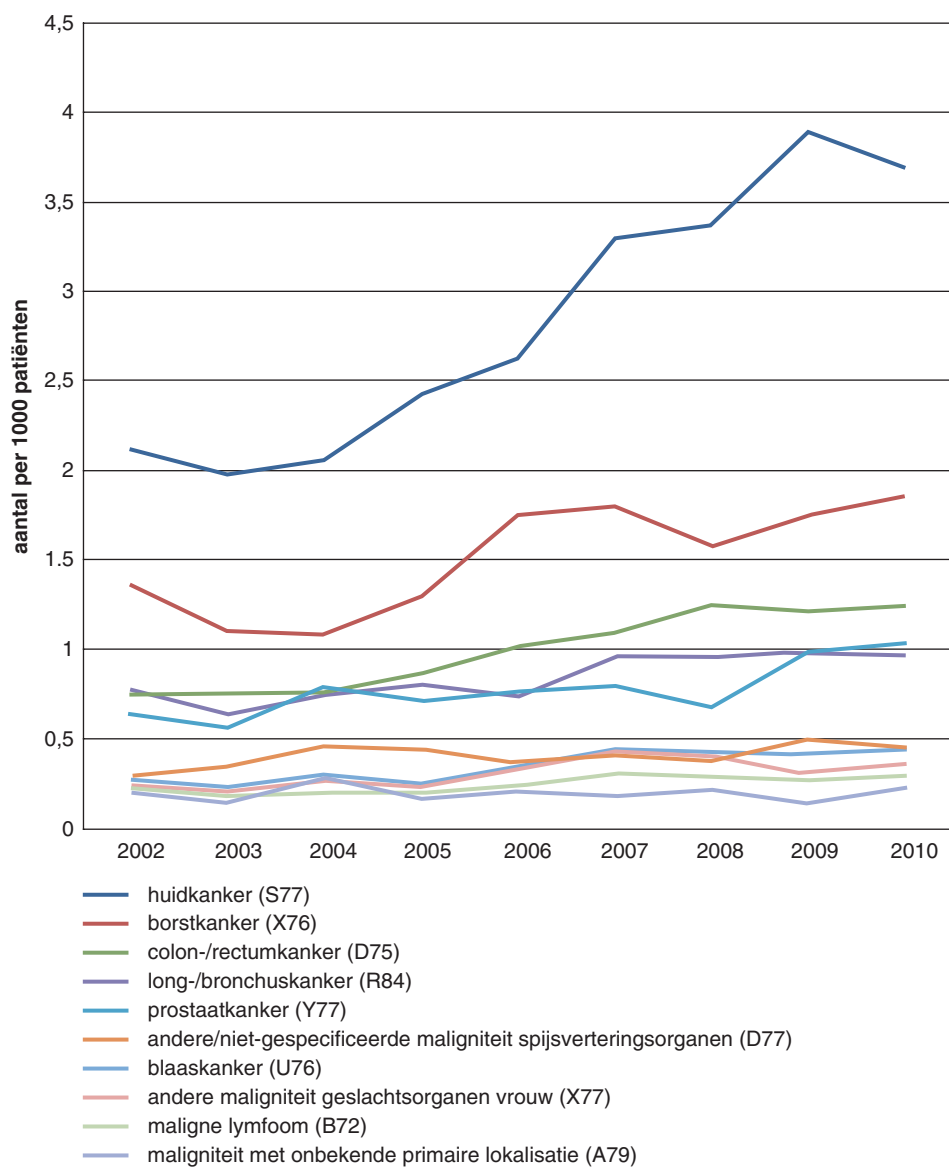
We beperken ons in dit hoofdstuk tot de tien meest voorkomende kankersoorten: huidkanker (ICPC-code S77), borstkanker (X76), colon-/rectumkanker (D75), longkanker (R84), prostaatkanker (Y77), andere/niet-gespecificeerde maligniteit in de spijsverteringsorganen (D77), blaaskanker (U76), andere maligniteit in de geslachtsorganen van de vrouw (X77), maligne lymfoom (B72) en maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79).

Voor de berekeningen hebben we de patiënten geselecteerd die in het jaar van de diagnose (incidentiecijfers) of in 2010 (zorggebruik) als vaste patiënt in de huisartsenpraktijk waren ingeschreven. Verder hebben we alleen de gegevens van praktijken geselecteerd die in het betreffende jaar (diagnosejaar c.q. 2010) aan de LINH-kwaliteitseisen voldeden, dat wil zeggen (bijna) volledige ICPC-codering van de diagnose op de E-regel en gedurende meer dan 48 weken registreren. De incidentiecijfers uit de periode 2002-2010 hebben we gebaseerd op alle patiënten, totaal ongeveer 600.000 vast ingeschreven patiënten in deze periode. De cijfers over het zorggebruik in 2010 hebben we gebaseerd op patiënten bij wie de diagnose kanker in 2008 tot en met 2010 is gesteld. Dit betrof 4616 patiënten.

De reden van het zorggebruik is geformuleerd op basis van de diagnose (ICPC-code) zoals de huisarts die heeft geregistreerd. Voor de weergave daarvan hebben we de ICPC-codes in ziekteclusters ondergebracht. Deze hebben we deels gebaseerd op de onderverdeling zoals gebruikt bij de Eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.<sup>8</sup> We hebben deze aangepast door benigne neoplasmata (F74/H75/K72/L71/T73) uit het cluster oncologiegerelateerde problemen te laten. Binnen deze indeling bevindt zich geen cluster psychosociale problemen. Aangezien dit een relevante cluster is voor patiënten met kanker, hebben we deze toegevoegd. Deze is gebaseerd op de hoofdstukken P en Z van de ICPC-codering. De cluster chronische ziekten is beperkt tot vijf aandoeningen: ischemische hartziekte/hartfalen (K74-77), CVA/TIA (K89/90), COPD/astma (R91, R95/96), reumatoïde artritis/artrose (L88-91) en diabetes mellitus (T90).

## 2.3 Aantal patiënten

In 2010 kregen 13,6 van de 1000 patiënten boven de 18 jaar de diagnose kanker. In een normpraktijk, 2350 patiënten, van wie 1840 van 18 jaar en ouder, heeft een huisarts dus gemiddeld 25 nieuwe volwassen patiënten met kanker per jaar. Dit aantal ligt iets hoger voor vrouwen dan voor mannen (respectievelijk 13 en 12 patiënten per jaar). In  figuur 2.1 is voor de 10 meest



**Figuur 2.1** Top tien van incidenties van maligne aandoeningen bij de huisarts ( $\geq 18$  jaar), per duizend patiënten in de periode 2002-2010. Tussen haakjes staat de gebruikte ICD-code.

voorkomende vormen van kanker het aantal nieuwe gevallen per jaar weergegeven voor de periode 2002-2010. Huidkanker blijkt in de huisartsenpraktijk het meest voor te komen, gevolgd door borstkanker. Voor bijna alle vormen van kanker is over de jaren een stijging te zien, voor alle vormen tezamen zien we een toename van 50%. Bij huidkanker en colorectaal carcinoom is deze stijging het meest uitgesproken.

■ **Tabel 2.1** Jaarlijks aantal contacten in eerste twee jaar na de diagnose

	18-45 jaar	45-65 jaar	65-75 jaar	75+ jaar
	gem (SD)	gem (SD)	gem (SD)	gem (SD)
huidkanker (S77)	3,9 (3,8)	5,4 (5,4)	8,1 (7,3)	11,6 (9,7)
borstkanker (X76)	6,7 (6,4)	7,6 (6,8)	8,7 (7,7)	13,8 (10,5)
colon- of rectumkanker (D75)	7,0 (10,2)	8,3 (6,2)	12,1 (9,1)	13,8 (11,0)
long- of bronchuskanker (R84)	7,9 (7,7)	14,3 (11,2)	16,7 (12,8)	16,3 (11,6)
prostaatkanker (Y77)	4,7 (1,5)	6,9 (7,4)	7,4 (6,1)	12,2 (8,4)
andere/niet-gespecificeerde maligniteit spijsverteringsorganen (D77)	8,7 (7,3)	10,4 (9,1)	15,4 (13,6)	16,4 (14,3)
blaaskanker (U76)	8,1 (6,9)	8,3 (7,0)	9,8 (10,0)	14,9 (14,5)
andere maligniteit geslachtsorganen vrouw (X77)	8,3 (8,9)	7,6 (5,9)	11,0 (8,8)	13,9 (9,1)
maligne lymfoom (B72)	4,3 (4,4)	7,6 (6,1)	11,3 (9,8)	13,2 (15,7)
maligniteit met onbekende primaire lokalisatie (A79)	16,5 (23,5)	15,6 (14,2)	21,7 (17,9)	18,6 (13,5)

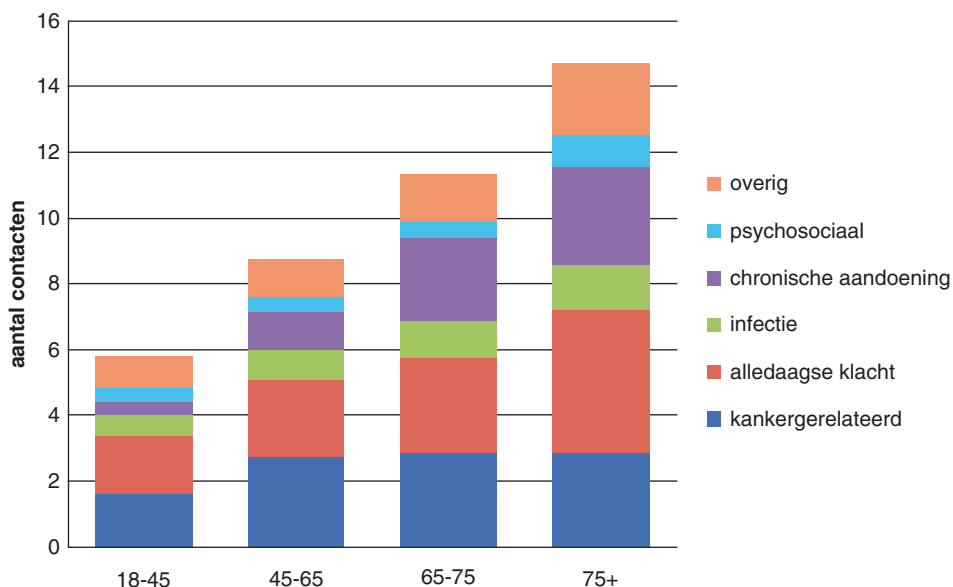
Gemiddeld aantal contacten per jaar (consult, visite, telefonisch consult) per leeftijdsgroep, in de periode tot twee jaar na de diagnose kanker voor de tien meest voorkomende vormen van kanker. Tussen haakjes staat de gebruikte ICPC-code.

In 2010 waren er per 1000 patiënten 18 die minder dan twee jaar geleden de diagnose kanker hebben gekregen. Het aantal ‘chronische’ oncologiepatiënten, dat wil zeggen dat de diagnose kanker langer dan twee jaar geleden gesteld is, ligt hoger. In 2010 waren er per 1000 volwassen patiënten 22 bij wie men 2 tot 9 jaar geleden de diagnose kanker heeft gesteld. Uit eerder onderzoek blijkt dat het zorggebruik tot tien jaar na de diagnose van kanker verhoogd is.<sup>5</sup> Een huisarts heeft gemiddeld zo’n 73 patiënten in de praktijk van 18 jaar en ouder die binnen deze periode (0-9 jaar) vallen, van wie 33 tamelijk recent (tot twee jaar na het stellen van de diagnose).

## 2.4 Aantal patiëntcontacten

In ■ tabel 2.1 hebben we voor de 10 meest voorkomende vormen van kanker het gemiddeld aantal contacten met de huisartsenpraktijk in de eerste twee jaar na de diagnose weergegeven. Het gaat hier om bezoeken aan de praktijk, telefonische consulten en visites door de huisarts. Gemiddeld hebben patiënten met kanker per jaar 11 contacten met de huisartsenpraktijk. Zoals te verwachten neemt het aantal contacten met de huisarts toe met de leeftijd, van 5,8 keer per jaar bij 18- tot 45-jarigen tot 14,7 keer bij 75-plussers.

Vooraf in de jongere leeftijdsgroepen blijken patiënten met een maligniteit met onbekende lokalisatie relatief veel zorg te gebruiken en hebben patiënten met huid- of prostaatkanker rela-



■ **Figuur 2.2** Reden voor contact met de huisarts in de eerste twee jaar na de diagnose kanker.

tief weinig contact met de huisarts. De verschillen in zorgvraag tussen de verschillende vormen van kanker nemen af naarmate de patiënten ouder zijn op het moment van de diagnose. In de groep patiënten van 75 jaar en ouder is de gemiddelde zorgvraag in de periode tot twee jaar na de diagnose voor bijna alle vormen van kanker tussen de 11 en 18 contacten per jaar. Dat er grote verschillen zijn tussen patiënten met eenzelfde diagnose is te zien aan de hoge standaarddeviaties, die soms zelfs hoger zijn dan het gemiddelde.

Indien we apart kijken naar mannen en vrouwen, dan zien we een iets hogere zorgvraag bij vrouwen dan bij mannen. Dit is het geval bij bijna alle vormen van kanker en alle leeftijdsgroepen.

In de totale LINH-populatie is het absolute aantal contacten per jaar voor de leeftijdsgroep 18 tot 45 jaar gemiddeld 2,9 per jaar, voor de groep 45 tot 65 jaar 4,2 per jaar, voor 65- tot 75-jarigen 6,2 per jaar, en voor de groep van 75 jaar en ouder 10,1 per jaar. Oncologiepatiënten hebben veel vaker contact met de huisarts – patiënten tussen de 18 en 45 jaar hebben 2 keer zo vaak contact met de praktijk en dit daalt tot 1,5 keer zo vaak voor oncologiepatiënten van 75 jaar of ouder.

### 2.4.1 Waarvoor komen patiënten met kanker in de huisartsenpraktijk?

Van de jaarlijks gemiddeld 11 contacten met de huisarts hielden er 2-3 (25%) direct verband met de diagnose kanker, van de overige contacten waren er 3 (28%) geassocieerd met alledaagse klachten, minder dan 1 met psychosociale klachten en gemiddeld 1 (10%) met infecties.

■ **Figuur 2.2** geeft de verdeling van het aantal contacten per leeftijdsgroep per ziektecluster.

■ **Tabel 2.2** laat per cluster zien hoe vaak de huisarts de drie meest voorkomende niet-kankergerelateerde diagnosen registreerde.

**Tabel 2.2** De meest voorkomende diagnoses in de eerste twee jaar na de diagnose kanker

hoofdgroep	diagnose	percentage binnen hoofdgroep
alledaagse klachten	hoesten	5,0%
	obstipatie	4,1%
	overmatig cerumen	4,0%
infectieziekten	urinewegsinfecties	33,3%
	verkoudheid	7,5%
	acute bronchitis	7,3%
chronische aandoeningen	hypertensie	34,2%
	diabetes mellitus	26,3%
	COPD	10,3%
psychosociaal	slaapstoornis	14,7%
	depressie	14,0%
	gespannen gevoel	9,6%

## 2.5 Beschouwing

In de periode 2002-2010 is het aantal volwassen patiënten met kanker fors toegenomen. In het jaar 2010 kregen per normpraktijk gemiddeld 25 volwassen patiënten de diagnose kanker, 50% meer dan in 2002. Dat is slechts voor een klein deel te verklaren door de (licht) gestegen gemiddelde leeftijd, het gaat om echte groei van het aantal patiënten.

Een patiënt met kanker heeft in de eerste twee jaar na de diagnose vaker dan gemiddeld contact met de huisarts. Een kwart van die contacten houdt rechtstreeks verband met de ziekte; het overgrote merendeel betreft alledaagse aandoeningen (28% gaat over klachten zoals hoesten, overmatig cerumen of obstipatie, 10% over infecties zoals urinewegsinfecties, acute bronchitis of verkoudheid).

Kankerpatiënten kunnen, voor zover het de huisarts betreft, gedurende de eerste twee jaar na diagnose in verschillende fasen van de ziekte verkeren. Een deel van hen zit middenin een actieve behandeling in de tweede lijn en komt bij de huisarts voor aanvullende zorg. Tegen het einde van deze twee jaar is de actieve behandelfase meestal voorbij. Een aantal patiënten is dan aanbeland in de nazorgfase, en een derde groep bevindt zich in de palliatieve fase. Het is bekend dat deze laatste groep een grotere zorgvraag heeft,<sup>9-10</sup> maar op het totaal aan kankerpatiënten is hun aantal relatief laag. De palliatieve fase is in principe niet langdurig, en de verhoogde zorgvraag in die fase doet de gemiddelde zorgconsumptie op jaarbasis nauwelijks stijgen.

Er zijn duidelijke verschillen in de zorgvraag van patiënten met verschillende soorten kanker. Patiënten met huidkanker vragen relatief weinig zorg, maar vermoedelijk zijn de verschillen tussen patiënten met een basaalcelcarcinoom of een melanoom behoorlijk groot. Helaas is dat onderscheid op basis van de LINH-gegevens niet te maken. Patiënten met een maligniteit waarvan de primaire lokalisatie onbekend is, vragen de meeste zorg van de huisarts. Als de oorsprong van een tumor niet (meer) te achterhalen is gaat het mogelijk om kanker in een vergevorderd stadium, wat het hoge zorggebruik kan verklaren.

De extra contacten met de huisartsenpraktijk in de eerste twee jaar na de diagnose zijn slechts voor een deel kankergerelateerd. Het overgrote deel heeft betrekking op andere aandoeningen, zoals alledaagse klachten en infectieziekten. Uit eerder onderzoek kwamen andere problemen naar voren, zoals vermoeidheid, klachten aan het bewegingsapparaat of seksuele problemen.<sup>4</sup> Dit verschil kan mogelijk komen doordat beide onderzoeken naar verschillende tijdsperiodes kijken. Stein en collega's onderzochten de periode vanaf vijf jaar na de diagnose en ons onderzoek betreft de periode tot twee jaar na de diagnose. Daarnaast betroffen de klachten in het artikel van Stein zelfgerapporteerde klachten, waarmee patiënten niet noodzakelijkerwijs naar de huisarts gaan.

De resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit het EPD van de huisarts. Het doel van het EPD is de zorg te ondersteunen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Gebruik voor wetenschappelijk onderzoek is niet het primaire doel, waardoor er wellicht enige ruis in de resultaten is gekomen. Zo is het mogelijk dat de datum van de diagnose zoals te vinden in het EPD niet de exacte datum van de diagnose is, maar bijvoorbeeld de dag betreft waarop de informatie vanuit het ziekenhuis bij de huisarts aankomt. Ook kan er sprake zijn van een onderrapportage van patiënten die kort na de diagnose overlijden. Misschien neemt de huisarts de diagnose kanker in dat geval niet meer op in het EPD.

## 2.6 Conclusie

Patiënten met kanker vormen een relatief kleine groep patiënten in de huisartsenpraktijk die een hoge zorgvraag genereert, die tot vele jaren na het stellen van de diagnose kanker blijft bestaan. Gedurende de periode tot twee jaar na de diagnose is de zorgvraag voor een klein deel kankergerelateerd. Het merendeel van de vragen betreft alledaagse klachten en infectieziekten. Gezien de verwachte toename in het aantal patiënten met kanker (vanwege de toegenomen vijfjaarsoverleving), de hogere zorgvraag van patiënten met kanker en de mogelijke verschuiving van de oncologische zorg van de tweede naar de eerste lijn zullen deze patiënten een steeds belangrijker aandeel van de totale huisartsenzorg verlangen.

Aan de grotere zorgvraag van oncologische patiënten kan men alleen voldoen indien er ook voldoende zorgaanbod is, anders gaat het ten koste van de zorg voor deze of andere patiënten. Het is dus van belang dat alle betrokken partijen tijdig anticiperen op deze verhoogde en mogelijk complexere zorgvraag, want het uitbreiden van het zorgaanbod vraagt de nodige tijd en inspanning. Tot de mogelijkheden om het zorgaanbod te vergroten behoren uitbreiding van de capaciteit van de huisartsenopleiding, taakherschikking en/of doorverwijzing naar andere zorgprofessionals in de eerste lijn.<sup>11</sup> Huisartsen moeten vooral nadenken over de rol die de reguliere praktijkondersteuners en de praktijkondersteuners ggz kunnen spelen in de somatische en psychosociale begeleiding van deze groeiende groep patiënten. Daarnaast moeten huisartsen goed toegerust zijn, of worden, om deze specifieke groep patiënten goede zorg en begeleiding te kunnen bieden. De patiënten komen vaker, en dan vooral met alledaagse klachten. Een vraag die een huisarts kan hebben is of hij tijdens consulten voor alledaagse klachten wel of niet de angst moet bespreken dat deze klachten weer met kanker te maken hebben.

## Literatuur

1. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007;8:784-96.



2. Siesling S, Visser O, Luth TK, Karim-Kos HE, Poll F, Aben KH, et al. Survival of adult cancer patients in the Netherlands increases: 5-year survival increased with 12% between 1989-1993 and 2004-2008. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2011;155:A3169.
3. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland tot 2020, trends en prognoses. Oisterwijk: VDB Almedeon, 2011.
4. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer* 2008;112:2577-92.
5. Khan NF, Watson E, Rose PW. Primary care consultation behaviours of long-term, adult survivors of cancer in the UK. *Br J Gen Pract* 2011;61:197-9.
6. Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ; 2010.
7. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992;9:330-9.
8. Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
9. Claessen SJ, Echteld MA, Francke AL, Van den Block L, Donker GA, Deliens L. Important treatment aims at the end of life: a nationwide study among GPs. *Br J Gen Pract* 2011;62:121-6.
10. Meeussen K, Van den Block L, Echteld MA, Boffin N, Bilsen J, Van Casteren V, et al. End-of-life care and circumstances of death in patients dying as a result of cancer in Belgium and the Netherlands: A retrospective comparative study. *J Clin Oncol* 2011;29:4327-34.
11. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Oisterwijk: VDB Almedeon, 2011.

Ontwikkelingen in de oncologie

Klinische relevantie voor de huisarts

Bröker, L.; Eekhof, J. (Eds.)

2014, XII, 269 p. 59 illus., 58 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-0435-6