



Anderhalvelijnszorg:

analyse van drie jaar meekijken in de huisartsenpraktijk

J. Spoo¹, R. Huls², R. Riemersma³, B. Arntzen³

Anderhalvelijnszorg in de dermatologie leidt nog steeds tot controversiële discussies. De politiek gemotiveerde veranderingen in het zorgstelsel stimuleren verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Er wordt hierbij gestreefd naar optimale zorg dichtbij de patiënt en besparing van kosten. Dit leidt in de tweede lijn tot vrees voor verlies van kwalitatief goede dermatologische zorg door onvoldoende vertegenwoordiging van de dermatologie in de huisartsenopleiding, terwijl dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk veel voorkomen (14%). [1] Verder vreest de tweede lijn voor verlies van inkomsten.

Het visiedocument *De Toekomst van de Dermatologie* (NVDV 2013) benadrukt de noodzaak van kennisoverdracht naar de huisarts vooral op het gebied van laagcomplexere premaligniteiten en het beter vertegenwoordigen van de dermatologie in de huisartsenopleiding. [2] Het invullen hiervan is op locoregionaal gebied te realiseren en in het land zijn er verschillende initiatieven met anderhalvelijnszorg-poli's ontstaan. [3-5]

Het Ommelander Ziekenhuis Groningen heeft het adagium 'Samen. De beste zorg. Dichtbij.' als leidraad van zijn organisatie gekozen. Het ziekenhuis is sinds juli 2018 gevestigd in Scheemda in Noordoost-Groningen. Het adherentiegebied is groot, de patiëntenpopulatie heeft een hoog aandeel kwetsbare ouderen en sinds de sluiting van de ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten zijn sommige gebieden ineens duidelijk verder van het ziekenhuis c.q. de medisch specialistische zorg verwijderd. Mede hierop anticiperend heeft de ziekenhuisleiding de vakgroepen al vroeg gestimuleerd anderhalvelijnszorg-activiteiten te ontplooiën. De vakgroep dermatologie speelde hierin een voortrekkersrol en heeft in 2015 in samenwerking met huisartsenpraktijk Overdiep in Appingedam een gezamenlijk spreekuur opgezet. Het betreft een goed geoutilleerde huisartsengroepspraktijk met zes participerende huisartsen, in het centrum van Appingedam. Elke huisarts beschikt over een eigen dermatoscoop, twee van de huisartsen hebben een dermatoscopie cursus gevolgd. De spreekuren vinden ongeveer tien keer per jaar gedurende een dagdeel plaats en worden ondersteund door een praktijkverpleegkundige van de huisartsenpraktijk. Elke huisarts brengt op de desbetreffende middag minimaal drie patiënten in die op het eigen spreekuur staan ingeroosterd, zodat de huisarts bij het consult met de dermatoloog aanwezig is en zelf de patiënt presenteert. Op deze manier is er een gemeenschappelijk consult met zowel korte lijnen met betrekking tot de informatieoverdracht

als de mogelijkheid om te leren en bijvoorbeeld gezamenlijk dermatoscopie te verrichten en te bespreken. De praktijk beschikt over de mogelijkheden tot het verrichten van biopsen en cryotherapie tijdens de consulten. Een van de huisartsen heeft als aandachtsgebied de verrichting van kleine ingrepen die in overleg in de behandelkamer kunnen worden uitgevoerd. De documentatie van de consulten verricht de huisarts. De consulten worden bekostigd via het 'Meekijkconsult'. De stichting Eerstelijns Zorg Appingedam huurt de specialist in loondienst in tegen hetzelfde uurtarief à € 112 als in het ziekenhuis. Omdat het meekijkconsult gezien wordt als een eerstelijnsvoorziening gaat dit niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.

Wij presenteren in dit artikel de data van deze consulten uit de jaren 2016 tot en met 2018.

METHODES

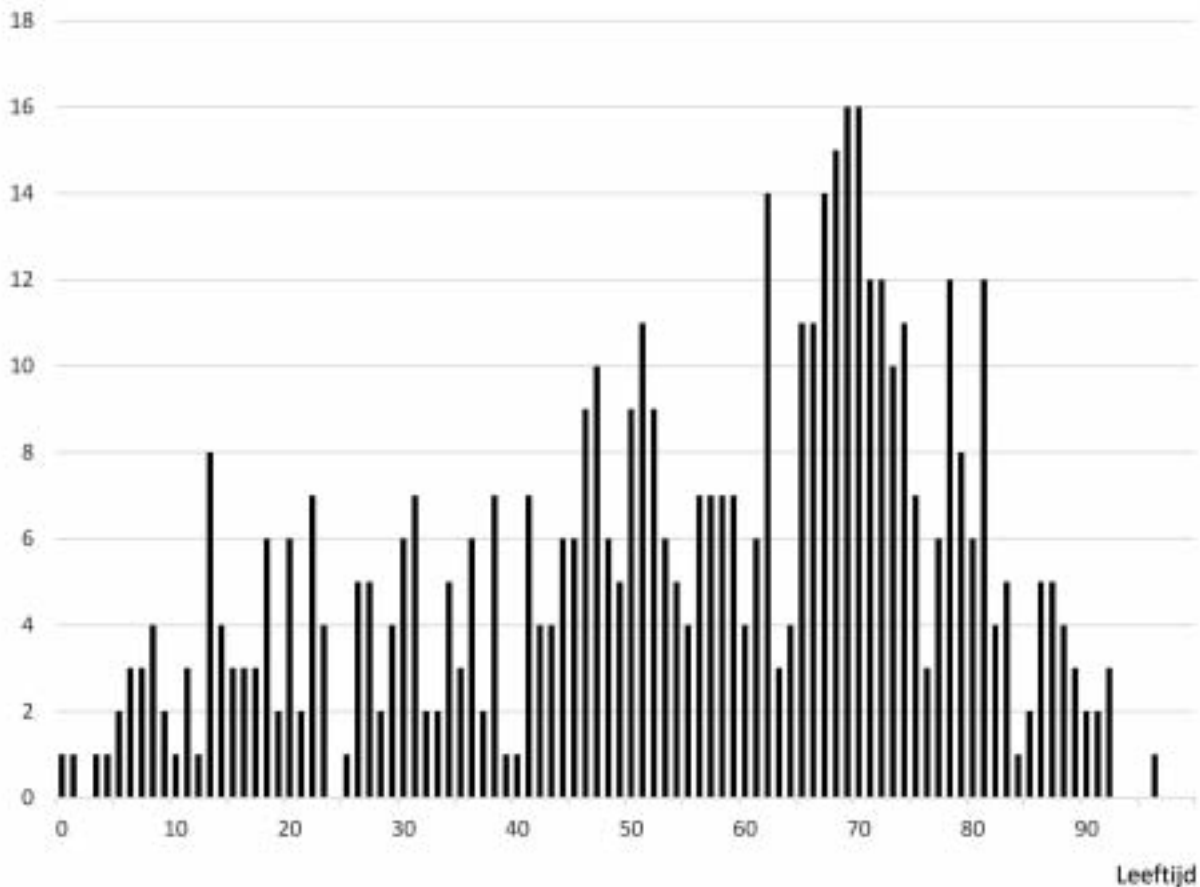
Alle patiënten werden eerst gezien op het eigen spreekuur van de huisarts en vervolgens geselecteerd om gezien te worden op het gezamenlijk spreekuur. De NHG Standaard *Verdachte huidafwijkingen* wordt sinds 2017 toegepast in de praktijk. Criteria voor het gemeenschappelijk spreekuur waren onzekere diagnoses, met name met betrekking tot suspecte vlek-vormige afwijkingen in de zin van naevi, benigne en maligne tumoren, en therapieproblemen bij reeds gestelde diagnoses. Tevens speelden leeftijd en mobiliteit van de patiënten voor beoordeling op het gemeenschappelijk spreekuur een rol. Alle huisartsen verwijzen naast het spreekuur van de anderhalvelijnszorg ook geregeld patiënten door naar ons ziekenhuis (tweede lijn) waardoor er bij verdenking op bijvoorbeeld melanoom en plaveiselcelcarcinoom geen wachttijden ontstaan. Tijdens de spreekuren werd door de praktijkverpleegkundige een geanonimiseerde patiëntenlijst bijgehouden met leeftijd,

¹ Dermatoloog, Ommelander Ziekenhuis Groningen, UMC Groningen

² Praktijkverpleegkundige, Huisartsenpraktijk Overdiep, Appingedam

³ Huisarts, Huisartsenpraktijk Overdiep, Appingedam

Aantal patiënten



Figuur 1. Leeftijdsverdeling van de geziene patiënten, N = 510. De gemiddelde leeftijd was 54,2 jaar, mediaan 59 jaar. Bij twee patiënten was de leeftijd niet gedocumenteerd, deze zijn niet meegenomen.

geslacht, uiteindelijk gestelde diagnose en eventuele differentiële diagnose en behandeling in eerste, tweede of derde lijn. Deze gegevens werden geanalyseerd met behulp van Excel. De diagnoses werden ingedeeld volgens de DBC-codering. Bij meerdere differentiële diagnoses werd van de zwaarste diagnosegroep uitgegaan.

RESULTATEN

Van januari 2016 tot en met december 2018 werden 30 spreekuren verricht (2016: 10, 2017: 11 en 2018: 9). Totaal 512 patiënten (186 mannen, 326 vrouwen) werden gezamenlijk beoordeeld, waarvan 56 patiënten zich presenterden met 2 verschillende en 2 patiënten met 3 verschillende problemen. Het gemiddeld aantal patiënten dat gezien werd per spreekuur was 17,06, variërend van 9-22. Het totale aantal gestelde diagnoses was 572. Van de 512 patiënten was in twee gevallen de leeftijd niet gedocumenteerd. Aangezien de rest van de gegevens volledig was, werden deze patiënten in de analyse geïncludeerd. In figuur 1 is de leeftijdsverdeling weergegeven. De gemiddelde leeftijd bedroeg 54,2 jaar, de mediaan 59 jaar.

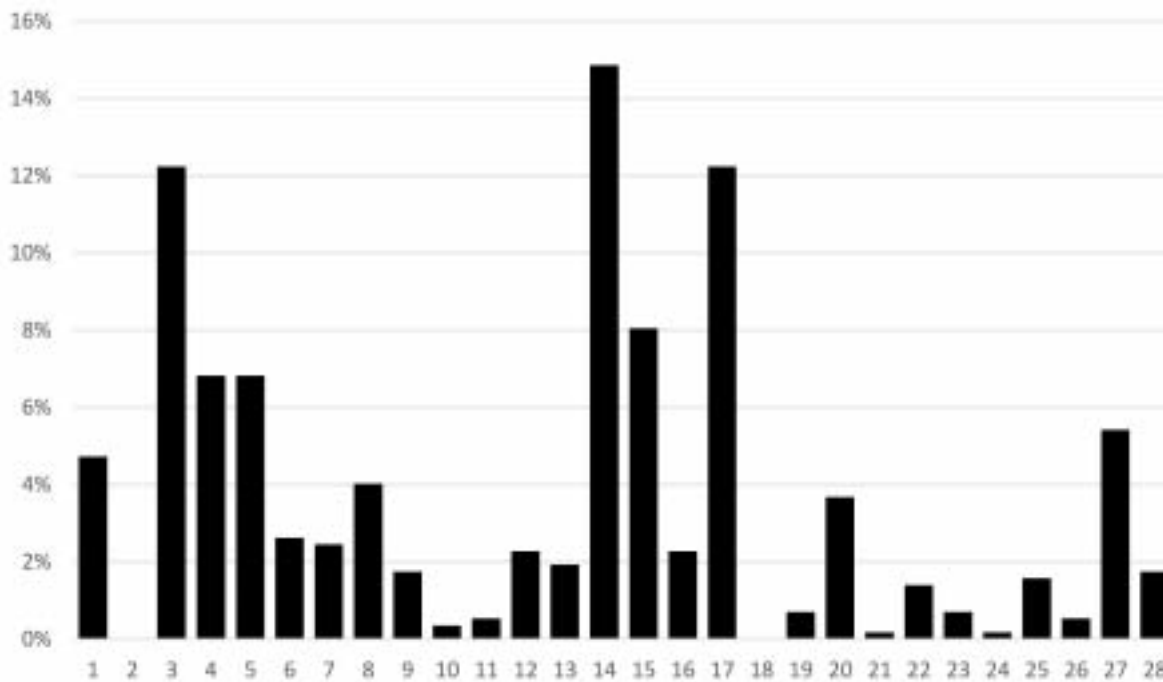
In figuur 2 is de verdeling van gestelde DBC-diagnoses te zien: Van de gestelde diagnoses betrof 15% maligne dermatosen, 12% premaligne dermatosen, 12% benigne tumoren en 8% naevi. Van de overige dermatosen was de eczeemgroep met 16% de meest voorkomende.

Met betrekking tot beleid werd 80% van de diagnoses in de eerste lijn behandeld (tabel 1). Voor 16% van de diagnoses werden patiënten naar de tweede lijn verwezen, in 15% naar de dermatoloog en voor 1% van de diagnoses werd vanuit de

Tabel 1. Beleid met betrekking tot verblijf in de eerste lijn dan wel verwijzing naar tweede of derde lijn (N = 572).

Verwijzing	Percentage
onbekend	1%
1e lijn	80%
2e lijn totaal	16%
2e lijn dermatoloog	15%
2e lijn anders	1%
3e lijn	3%

DBC-codes gebruikt voor de analyse: 01 Acneïforme dermatosen, 02 Allergologisch probleem, 03 Benigne tumoren, 04 Dermatosen door micro-organismen, 05 Eczeem constitutioneel, 06 Eczeem contactallergisch, 07 Eczeem seborrhoïsch, 08 Eczeem overig, 09 Flebologie, lymfologie, 10 Geneesmiddeleruptie, 11 Genodermatosen, 12 Haar- en nagelafwijkingen, 13 Inflammatoire dermatosen, 14 Maligne dermatosen, 15 Naevi, 16 Pigmentstoornissen, 17 Premaligne dermatosen, 18 Proctologische dermatosen, 19 Pruritus/prurigo, 20 Psoriasisiforme dermatosen, 21 Soa, 22 Ulcus cruris, 23 Urticaria, 24 Varices, 25 Vasculaire dermatosen, 26 Verrucae, 27 Diagnose nno, 28 Geen dermatologische diagnose.



Figuur 2. Verdeling van de gestelde DBC-diagnoses in procenten (N = 572).

anderhalvelijnszorg-poli naar andere specialismes verwezen, waaronder vooral plastische chirurgie en vaatchirurgie. Voor 3% van de gestelde diagnoses werd naar de derde lijn (UMCG) verwezen. Verwijzingen naar het academisch ziekenhuis betroffen bijvoorbeeld complex contactallergologisch onderzoek, vasculaire malformaties, mohschirurgie en genodermatosen. In tabel 2 wordt de verwijzing met betrekking tot de gestelde diagnose weergegeven.

DISCUSSIE

Het concept van anderhalvelijnszorg is niet onomstreden in de dermatologische praktijkvoering, maar in 2013 is door het rapport *De toekomst van de Dermatologie* een positiebepaling door de NVDV gemaakt. [2] In Nederland zijn meerdere initiatieven op lokaal niveau ontplooid, waarbij de invulling varieert van het uitvoeren van gezamenlijke spreekuren tot het opzetten van protocollen voor de eerste lijn voor het monitoren van systemische therapie. [3-5] De zorg voor het behoud van kwalitatief hoogstaande dermatologische zorg, de noodzakelijke overdracht van behandeling van bepaalde diagnoses naar de eerste lijn en de vrees voor het inleveren van aan de dermatoloog voorbehouden handelingen, bijvoorbeeld dermatoscopie en excisies, leveren hierin een spanningsveld op. De vakgroep dermatologie van het Ommelander Ziekenhuis Groningen heeft sinds drieënhalf jaar in samenwerking met huisartsenpraktijk Overdiep in Appingedam maandelijks een anderhalvelijnszorg-spreekuur op locatie Appingedam en sinds twee jaar ook in Oude Pekela. De analyse van drie jaar spreekuur in Appingedam laat zien dat vier vijfde van de patiënten die gezien werden in de eerste lijn konden blijven en daar behandeld worden. 16% van de overige patiënten werd verwezen naar de tweede lijn, waarvan de overgrote meerderheid naar de dermatoloog, 3% naar het academisch ziekenhuis. De grote groepen die door de huisartsen werden gepresenteerd,

Tabel 2. Beleid met betrekking tot de gestelde DBC-diagnoses, percentages tussen haakjes (N = 572).

Diagnosegroep	1e lijn	2e lijn	3e lijn
Acneïforme dermatosen	21 (78)	6 (22)	0 (0)
Allergologisch probleem	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Benigne tumoren	66 (94)	4 (6)	0 (0)
Dermatosen door micro-organismen	34 (87)	4 (10)	1 (3)
Eczeem, constitutioneel	36 (92)	0 (0)	3 (8)
Eczeem, contactallergisch	7 (47)	7 (47)	1 (7)
Eczeem, seborrhoïsch	14 (100)	0 (0)	0 (0)
Eczeem, overig	20 (87)	2 (9)	1 (4)
Flebologie, lymfologie	7 (70)	3 (30)	0 (0)
Geneesmiddeleruptie	1 (50)	1 (50)	0 (0)
Genodermatosen	1 (33)	0 (0)	2 (67)
Haar- en nagelafwijkingen	10 (77)	3 (23)	0 (0)
Inflammatoire dermatosen	7 (64)	3 (27)	1 (9)
Maligne dermatosen	50 (59)	31 (36)	3 (4)
Naevi	33 (72)	8 (17)	1 (2)
Pigmentstoornissen	11 (85)	2 (15)	0 (0)
Premaligne dermatosen	61 (87)	9 (13)	0 (0)
Proktologische dermatosen	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pruritus/prurigo	4 (100)	0 (0)	0 (0)
Psoriasiforme dermatosen	21 (100)	0 (0)	0 (0)
Soa	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Ulcus cruris	7 (88)	1 (13)	0 (0)
Urticaria	4 (100)	0 (0)	0 (0)
Varices	0 (0)	1 (100)	0 (0)
Vasculaire dermatosen	4 (44)	2 (22)	3 (33)
Verrucae	3 (100)	0 (0)	0 (0)
Diagnose nno	28 (90)	3 (10)	0 (0)
Geen dermatologische diagnose	9 (90)	1 (10)	0 (0)

waren zoals verwacht naevi en benigne tumoren (samen 20%), waarbij in de praktijk met name de differentiatie tussen naevi en verrucae seborrhoicae relevant was, en verder eczeem (16%), maligne dermatosen (15%) en premaligne dermatosen (12%). Benigne tumoren/naevi en premaligne dermatosen konden in 86% van de gevallen in de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd en behandeld worden.

Verwijzingen in deze groep naar de tweede lijn betroffen vooral de wens naar verwijdering in het kader van cosmetische behandelingen die de zorgverzekeraar niet vergoedt, verdenking op lentigo maligna waarbij gerichte histopathologische diagnostiek en fotodocumentatie noodzakelijk waren of uitgebreide *field cancerization* door multipole actinische keratosen met indicatie voor daglicht-PDT. Onnodige verwijzingen en het 'dichtslibben' van het medisch specialistisch spreekuur met laagcomplexere problemen werden zo op grote schaal voorkomen.

Met betrekking tot de maligne dermatosen is er een bias in onze studie: Voor diagnostiek werd veelal meteen een huidbiopt afgenomen in de huisartsenpraktijk waardoor deze patiëntengroep in de analyse als eerste lijn geïdentificeerd werd. Het is mogelijk dat hierdoor verwijzingen naar de tweede lijn, die later op basis van de histopathologische uitslag zijn gemaakt door de huisarts niet adequaat geregistreerd werden. De data die geregistreerd zijn, laten zien dat 59% in eerste instantie bij de huisarts behandeld werd (met eventuele boven beschreven bias), 36% werd verwezen naar de tweede lijn voor diagnostiek en/of behandeling en 4% naar de derde lijn voor mohs chirurgie of lymfoombehandeling bij respectievelijke indicatie.

Bij de patiënten met constitutioneel eczeem is opvallend dat er geen verwijzingen naar de tweede lijn, doch wél in 8% van de gevallen naar de derde lijn werd geadviseerd. Dit is te verklaren door de mogelijkheid van uitgebreide voorlichting door de eczeemverpleegkundige en de mogelijkheid van opnames in de derdelijnssetting. Verdere verwijzingen naar de derde lijn betroffen vooral zeldzame diagnoses zoals vasculaire malformaties en genodermatosen waar een expertisecentrum dan wel een multidisciplinaire benadering wenselijk is. De analyse van de leeftijd van onze patiënten laat zien dat er veelal oudere patiënten gebruikmaakte van de mogelijkheid van een dermatologisch consult op locatie van de huisarts. In een regio met een hoog percentage ouderen is het van belang de zorg zo te organiseren dat ook voor minder mobiele en afhankelijke patiënten kwalitatief goede zorg dichtbij huis voor iedereen beschikbaar is. Het meekijkconsult in de huisartsenpraktijk vinden wij hierin een waardevolle toevoeging.

Onze cijfers laten zien dat er met name op het gebied van benigne tumoren en premaligne dermatosen veel verwijzingen naar de tweede lijn kunnen worden voorkomen. In de afgelopen tijd werd bij dermatoscopie cursussen voor huisartsen vooral het diagnosticeren en dermatoscopisch beoordelen van benigne huidlaesies aangeleerd. [6,7] Desalniettemin blijven deze diagnoses en differentiële diagnoses een veelvuldige reden voor verwijzing naar de medisch specialist, zoals blijkt uit onze cijfers. Scholing en bijscholing van de huisartsen voor

het herkennen van pluis vs. niet pluis is dus essentieel.

Zoals recentelijk gepubliceerd, is er kwalitatief een groot verschil tussen excisies van basaalcelcarcinomen in de huisartsenpraktijk (70% radicaliteit) en de dermatologische praktijk (93%). [8] Een transfer van deze behandelingen naar de eerste lijn betekent, mits niet gesuperviseerd, een toename van niet-radicalere oncologische behandelingen, morbiditeit en kosten. Samenwerkingsinitiatieven kunnen in deze context helpen de dermato-oncologische perifere zorg in goede banen te leiden en zo nodig te corrigeren. Ook het juist toepassen van de pas medio 2017 uitgekomen NHG Standaard *Verdachte huidafwijkingen* kan dit in de toekomst verbeteren.

Samenvattend vinden wij het concept van de anderhalvelijnszorg-poli zoals uitgevoerd in Appingedam een waardevolle toevoeging aan de patiëntenzorg in een krimpregio waar de afstanden tot de dichtstbijzijnde medisch specialist behoorlijk groot zijn.

De drempelvrees voor soortgelijke initiatieven kan worden gereduceerd door een goed concept waarbij wederzijdse betrokkenheid (huisartsen en medisch specialist), vertrouwen en leren van elkaar leidend moeten zijn. Het is aan te raden hierbij niet op het opleiden van één superspecialistische huisarts in te zetten, maar kennis te spreiden onder een aantal collegae uit de eerste lijn. Op deze manier groeit de kennis bij meerdere collegae, heb je korte lijnen en wordt de band met meerdere verwijzers versterkt. Als dermatoloog leer je het verwijsgedrag van de huisartsen in te schatten en kun je waar nodig bijsturen.

LITERATUUR

1. de Vries E. Huidaandoeningen bij huisarts en dermatoloog. 2013. Geraadpleegd: <https://www.ntvg.nl/academie/infographics/huidaandoeningen-bij-huisarts-en-dermatoloog>
2. Commissie Toekomst van de Dermatologie, NVDV, 2013. De toekomst van de dermatologie. Een verdieping voor de dermatoloog op 'De medisch specialist 2015'.
3. Arnold WP. Anderhalvelijnszorg: devaluatie of juist opwaardering van het vak? *Ned Tijdschr Dermatol Veneerol* 2016;26(7):403-4.
4. Arnold WP, Bousema MT. Experiment in Maastricht: de stadspoli. *Ned Tijdschr Dermatol Veneerol* 2015;25(1):4-6.
5. Damstra RJ. Specialistische hulp buiten het ziekenhuis in een anderhalvelijns centrum (ALC). *Ned Tijdschr Dermatol Veneerol, Special – huisartsen, Groene vlaggen in de huisartsenpraktijk. September 2015:14-6.*
6. van Laar EG. Dermatoscopie en de huisarts. *Ned Tijdschr Dermatol Veneerol, Huisartseneditie, Thema huidkanker. April 2014:11.*
7. Meulenbergh F. Huisartsen leren de groene vlag te hijsen. *Ned Tijdschr Dermatol Veneerol, Special – huisartsen, Groene vlaggen in de huisartsenpraktijk. September 2015:3-4.*
8. Ramdas K, van Lee C, Beck S, et al. Differences in rate of complete excision of basal cell carcinoma by dermatologists, plastic surgeons and general practitioners: A large cross-sectional study. *Dermatology* 2018;234(3-4):86-91.

CORRESPONDENTIEADRES

Julia Spoo

E-mail: j.spoo@ozg.nl

SAMENVATTING

Tegenwoordig vindt er in het zorglandschap steeds vaker een verschuiving plaats van medisch specialistische zorg naar de eerste lijn. Doelstelling hiervan is het leveren van zorg dichtbij de patiënt en kostenbesparing.

In dit artikel geven wij een overzicht van patiënten, diagnoses en verwijfsstromen in drie jaar meekijkconsulten van de dermatoloog in een huisartsenpraktijk in Noordoost-Groningen. Wij zagen 512 vooraf op het eigen spreekuur door de huisarts geselecteerde patiënten met 572 gestelde diagnoses, waarbij 80% een behandeling in de eerste lijn kreeg, 16% werd verwezen naar de tweede en 3% naar de derde lijn. Vooral de diagnosegroepen naevi, benigne tumoren, premaligne dermatosen en eczeem konden in de eerste lijn behandeld worden. De samenwerking tussen dermatoloog en huisarts bleek belangrijk voor het waarborgen van kwalitatief goede dermatologische zorg bij verplaatsing van zorg naar de eerste lijn.

TREFWOORDEN

anderhalvelijnszorg – dermatologie – huisarts – eerste lijn – tweede lijn

SUMMARY

In recent years there has been a shift of medical care from secondary (specialist) care to primary care (general practitioner) within the Dutch healthcare system with the aim of providing medical care close to home and cost reduction.

In this article we give a survey of three year outpatient clinic of a dermatologist at a GP office in the North East of Groningen province, an area with many elderly patients and long distances to second line care institutions. We saw 512 patients with a total of 572 diagnoses, 80% could be diagnosed and treated in the first line setting. 16% were referred to a secondary care center, 3% to tertiary care in the academic setting. Especially nevi, benign tumors and premalignant dermatoses could be kept in primary care. Cooperation between the dermatologist and the GP is important for sustaining high-quality dermatological care when shifting from secondary to primary care settings.

KEYWORDS

dermatology – general practitioner – primary care – secondary care – Netherlands