



Huidkankerzorg door de huisarts

M. Wakkee¹, J. Eekhof²

Terwijl het bordje van de huisarts al vol ligt, ervaart ook de huisarts een toegenomen vraag om moedervlekken en andere plekken te beoordelen. Daarnaast zijn er initiatieven om laag-complexe dermatologie als onderwerp voor substitutie naar voren te schuiven. Maar hoe haalbaar is dit voor de huisarts en wat kunnen we leren van initiatieven uit de afgelopen jaren waarmee is geprobeerd de huisarts een grotere rol in dermatologische diagnostiek en behandeling te geven?

HET HANDELEN VAN DE HUISARTS

Vragen over huidandoeningen maakt een belangrijk deel uit van het spreekuur van de huisarts, 14% van alle zorgvragen bij de huisarts betreft een huidandoening. De top drie van aandoeningen waarvoor mensen contact hebben met de huisartsenpraktijk zijn hypertensie, diabetes en urineweginfecties. De dermatologische aandoeningen waarvoor mensen het meest contact hebben met de huisartsenpraktijk zijn wratten en dermatomycosen (plek 10 en 11). Zoals bij de meeste klachten in de huisartsenpraktijk worden ook huidandoeningen voor verreweg het grootste gedeelte (86%) in de huisartspraktijk afgehandeld/behandeld. Een klein deel (14%) wordt verwezen. [1]

Als de huisarts verwijst naar een medisch specialist verwijst hij het vaakst naar de dermatoloog (30 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar, zie tabel 1). [1] Als de huisarts naar de dermatoloog verwijst, is dat numeriek gezien het meest voor eczeem, knobbels op de huid, naevi, andere ziekten van de huid (onder andere actinische keratose en verruca seborrhoeica) en maligniteit van de huid. Op basis van een gestelde diagnose verwijst hij het meest: maligniteit van de huid (76%), alopecia (37%), lipoom (31%), ulcus cruris (30%) en andere ziekten van de huid (30%, onder andere actinische keratose en verruca seborrhoeica) (tabel 2 op pagina 18). [2]

De huisarts werkt voornamelijk vraaggericht, mensen komen met een klacht of vraag bij de huisarts en de huisarts is erop gericht om binnen het gewoonlijke consult van tien minuten een oplossing voor de gepresenteerde vraag of klacht te bieden. In die tien minuten doet de huisarts anamnese, lichamenlijk onderzoek, het bespreken van diagnose en beleid, eventueel voorschrijven van medicatie of maken van een verwijzing en het maken van een kort verslag in het Huisarts Informatie Systeem. Alle diagnoses worden volgens een vast huisarts-systeem gecodeerd (ICPC). Naast de gewone consulten wordt in de huisartsenpraktijk gestructureerde zorg verleend aan patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes, (risico op) hart- en vaatziekten en astma en COPD. Deze zorg wordt grotendeels uitgevoerd door de praktijkondersteuner onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Een huisarts heeft in zijn dagelijks werk met alle geneeskundige specialismen te maken. Hij moet dus van alle specialismen over relevante kennis beschikken met als vanzelfsprekend gevolg dat hij weinig weet van elk specialisme op zich. Dit is zoals de Nederlandse geneeskunde werkt. In regionale nascholingsagenda's voor huisartsen wordt vaak in een periode van vijf jaar zoveel mogelijk aandacht besteed aan alle verschillende specialismen. Nascholingen zijn gericht op onderhoud en verbeteren van kennis en daarnaast ook op het inlichten over actuele ontwikkelingen in de verschillende specialismen.

HUISARTS EN (VERDACHTE) HUIDAFWIJKINGEN

In de huisartsenpraktijk is er een toenemende vraag om naar moedervlekken en andere plekkjes te kijken waarbij de patiënt de vraag heeft of er wat mee moet, of gerustgesteld kan worden. Hiermee wordt de huisarts in zijn spreekuur meerdere keren per week geconfronteerd. Soms als reden van komst, maar vaak ook als extra (deurknop)vraag in het consult. Over het algemeen kijkt de huisarts alleen naar het gepresenteerde plekje. In enkele gevallen beoordeelt hij de hele huid. Wanneer hij naar een 'plekje' kijkt, krijgt hij een willekeur aan beelden voorgeschoteld: allerlei bobbeltjes, knobbeltjes, vlekjes, blauwe plekken etc. In korte tijd moet hij uitmaken of het (hoogstwaarschijnlijk) goed of (mogelijk) fout is.

Om de huisarts te ondersteunen heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2017 de NHG Standaard Verdachte huidafwijkingen uitgebracht. [3] Hierin wordt de huisarts handvatten geboden om hem te ondersteunen in de diagnostiek en behandeling. De diagnostiek van huidkanker blijkt voor de huisarts niet eenvoudig. In een onderzoek bleek de huisarts voor de diagnose 'huidmaligniteit' een sensitiviteit van 38 tot 42,7% en een specificiteit van 92 tot 98% te hebben. Van alle als benigne ingestuurde preparaten bleek bij histopathologisch onderzoek 3% maligne te zijn. [4,5] Omdat de diagnostiek van de huisarts duidelijk beter moet kunnen, is de verbetering van de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen als uit te zoeken onderzoeksvraag opgenomen in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. [6]

¹ Dermatoloog, Erasmus MC Kankerinstituut, Rotterdam

² Huisarts, senior stafid-epidemioloog, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden

Tabel 1. Aantal verwijzingen van de huisarts naar de medisch specialist (per 1000 ingeschreven patiënten) per jaar, 2014-2018.

Specialisme	2014	2015	2016	2017	2018 [†]
Dermatologie	27,2	30,2	31,3	30,2	32,4
Oogheelkunde	33,3	33,0	33,0	31,8	32,4
KNO-heelkunde	28,7	31,7	31,4	30,8	31,0
Orthopedie	30,2	32,2	32,4	30,9	30,4
Heelkunde	23,2	24,9	25,6	25,1	25,8
Neurologie	22,3	22,6	23,6	23,1	22,9
Psychiatrie	14,1	13,1	14,6	17,1	20,2
Gynaecologie/verloskunde	17,1	17,1	17,8	18,8	19,4
Cardiologie	12,8	13,7	14,6	15,0	15,3
Interne geneeskunde	13,5	14,4	15,5	15,4	14,3
Urologie	11,4	11,6	12,0	11,6	11,8
Plastische chirurgie	8,2	7,6	8,3	9,6	9,7
Maag-darm-leverziekten	8,6	8,5	8,4	9,3	9,4
Kindergeneeskunde	7,6	8,9	9,3	8,6	9,0
Longziekten	6,9	7,3	8,0	7,7	7,8
Reumatologie	4,7	5,0	5,4	5,2	5,2
Geriatric	2,2	2,5	2,7	2,7	3,0
Anaesthesiologie	1,9	2,1	2,3	2,3	2,6
Revalidatiegeneeskunde	2,3	2,2	2,3	2,8	2,6
Mondziekten en kaakchirurgie	1,5	1,6	1,8	1,7	1,8
Sportgeneeskunde	0,9	0,9	1,5	1,6	1,3
Allergologie	0,4	0,7	0,8	0,9	1,0
Klinische genetica	0,8	0,7	0,8	0,9	0,9
Medische psychologie	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Multidisciplinaire en speciale poli	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Totaal	280,0	293,0	303,5	303,3	310,4

[†] Percentages 2018 zijn gestandaardiseerd naar Nederland op leeftijd, geslacht en stedelijkheid

Uit: Meijer et al. Zorg door de huisarts Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018. Utrecht NIVEL 2019.

Ook het beleid door de huisarts is niet (altijd) volgens de NHG Standaard. Mogelijke redenen hiervoor zijn onder andere dat deze standaard relatief nieuw is en er geen systematische nascholing is om implementatie van deze NHG Standaard, naast de ruim honderd andere standaarden, in de dagelijkse praktijk te ondersteunen. Ten slotte is het voor huisartsen lastig alle standaarden (volgens de letter) te volgen, het blijven immers aanbevelingen die niet altijd precies overeenkomen met de situatie van de individuele patiënt waarbij anders handelen niet altijd persé fout is.

HET VERGROTEN VAN DE ROL VAN DE HUISARTS

Een actueel probleem in het specialisme dermatologie is de toename van de zorg voor verdachte huidafwijkingen.

De voornaamste oorzaken hiervan zijn de UV-blootstelling (in het verleden), toegenomen bewustzijn van huidkanker en toename van het aantal ouderen door de dubbele vergrijzing. Vanuit het perspectief van de dermatoloog zou de huisarts kunnen helpen bij dit probleem door bij alle patiënten die hij op het spreekuur ziet gericht aandacht te hebben voor mogelijke verdachte huidafwijkingen (zoals actinische keratosen). Ook zou de huisarts de zorg voor laagrisico basaalcelcarcinomen van de dermatoloog over kunnen nemen. [7] Dit lijkt heel logisch. De werkelijkheid van de huisarts is echter dat dit niet het enige specialisme is dat vraagt om de zorg over te nemen. Als voorbeeld, in het kader van preventie van hart- en vaatziekten zou de huisarts ook een belangrijke bijdrage kunnen leveren om mensen die roken, adipeus zijn en/of weinig

bewegen hierop ongevraagd aan te spreken. Zoals bijna dagelijks in de krant is te lezen, is de dubbele vergrijzing en het opheffen van verzorgingshuizen, waardoor ouderen langer thuis blijven, een actueel probleem waar de meeste huisartsen hun handen meer dan vol aan hebben.

Daarnaast zijn er in de afgelopen jaren meerdere dermatologische initiatieven gestart om de huidkankerzorg in de eerste lijn te verbeteren. De meeste initiatieven vallen onder een vorm van anderhalvelijnszorg waarbij de dermatoloog met name ingezet wordt bij de diagnostiek en het opstellen van een behandelplan voor laag-complexe dermatologische vragen. Bij de meeste anderhalvelijnsprojecten wordt de patiënt niet gezamenlijk door de huisarts en de dermatoloog gezien. In veel gevallen blijkt de dermatoloog in een aparte kamer binnen de huisartsenpraktijk zijn spreekuur te draaien en is er dus helaas maar weinig sprake van overdracht van kennis. Deze projecten worden meestal bekostigd door zorgverzekeraars in het kader van zorgvernieuwing en vallen zo buiten het ziekenhuisbudget. Het betreft vaak projecten met een bepaalde duur. Na afloop van het project wordt er telkens niet voor gekozen om de in het project geleverde zorg met een structurele financiering voort te zetten. Een recent voorbeeld hiervan is het anderhalvelijnsproject in samenwerking met Ziekenhuis Bernhoven. [8]

Naast anderhalvelijnsprojecten is er ook een tweede groep initiatieven, gericht op een toename van de dermatologische kennis van de huisartsen. Door scholing gaat inderdaad de kennis van de huisarts omhoog, maar het is de vraag hoe lang de geleerde kennis paraat blijft als de huisarts toch relatief weinig huidkanker in zijn dagelijkse praktijk ziet. Een belangrijk punt is dat dit soort projecten steunen op het enthousiasme van de deelnemende huisartsen en dermatologen die er veel tijd en energie in steken terwijl er meestal geen financiële ondersteuning beschikbaar is.

De laatste groep betreft de teledermatologie al dan niet in combinatie met dermatoscopie. Op deze manier kan zowel worden overlegd met een dermatoloog uit de regio, als met een onbekende expert via een app en krijgt de huisarts binnen enkele uren of dagen een advies. Teledermatologie wordt inmiddels frequent toegepast in de huisartsenpraktijk, per 1000 ingeschreven patiënten werden er de afgelopen jaren tussen de 1,6 en 1,9 teledermatologische consulten gedeclareerd. [1] De kwaliteit van de doorgestuurde medische gegevens moet wel van voldoende niveau zijn om een goed advies te kunnen geven, niet alle aandoeningen (bijvoorbeeld melanomen) en vraagstellingen (zoals ten aanzien van een behandeladvies) zijn geschikt voor teledermatologie en ook een teledermatologisch

Tabel 2. Top 20 van diagnoses en aantallen patiënten per jaar.

ICPC	Omschrijving aandoening	Totaal verwezen		Totaal niet verwezen		Totaal aantal diagnosen
		abs.	%	abs.	%	
S88.00	Contact eczeem/ander eczeem	493	8%	5.471	92%	5.964
S74.00	Dermatomyose(n)	213	5%	3.810	95%	4.024
S03.00	Wratten	224	6%	3.655	94%	3.879
S82.00	Naevus/moedervlek	422	19%	1.838	81%	2.260
S87.00	Constitutioneel eczeem	200	10%	1.823	90%	2.023
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis	487	24%	1.511	76%	1.998
S06.00	Lokale roodheid/erytheem huid	196	13%	1.283	87%	1.479
S02.00	Pruritus/jek	162	12%	1.244	88%	1.406
S11.00	Andere lokale infectie(s) huid/subcutis	139	10%	1.251	90%	1.390
S93.00	Atheroomcyste/epitheelcyste	263	22%	953	78%	1.215
S99.00	Andere ziekte(n) huid/subcutis	340	29%	816	71%	1.156
S79.00	Ander benigne neoplasma huid/subcutis	137	12%	984	88%	1.121
S96.00	Acne	165	18%	737	82%	902
S78.00	Lipoom	217	31%	478	69%	695
S91.00	Psoriasis (met of zonder artropathie)	171	25%	510	75%	681
S29.00	Andere symptomen/klachten huid/subcutis	135	27%	374	73%	509
S77.00	Maligniteit huid/subcutis	295	76%	93	24%	389
S98.00	Urticaria	36	10%	330	90%	367
S23.00	Haaruitval/alopecia	105	37%	181	63%	285
S97.00	Ulcus cruris/decubitus/chronisch ulcus	28	30%	66	70%	94
Totaal		4.429	14%	27.408	86%	31.837

Uit: Hansen J, Schepman S. Op de huid. Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie. Utrecht: NIVEL, 2009.

consult kost tijd. [9] Ook teledermatologie werd tot 2015 vergoed vanuit een modernisatie- en innovatieverrichting, maar wordt inmiddels volledig bekostigd met een prestatie uit de tweede lijn. Kortom, het lijkt erop dat de bovengenoemde initiatieven uiteindelijk niet goed (verder) opschaalbaar zijn.

CONCLUSIE

De huisartsenzorg wordt alleen maar veelomvattender en de werkdruk voor de huisarts neemt toe. Mogelijk kan praktijkverkleining deze druk voor de huisarts in de toekomst wat verlagen. Desondanks zijn de meeste huisartsen welwillend om mee te werken aan initiatieven om de kwaliteit van hun dermatologische zorg te verbeteren. De eerdere initiatieven waarbij gekeken werd of de huisarts een belangrijkere rol in dermatologische diagnostiek kan spelen, hebben ons geleerd dat vaak structurele financiering niet mogelijk blijkt. Ook blijkt bij pogingen om de dermatologische kennis van huisartsen te vergroten dat dit niet succesvol is, omdat het bijscholen tijdrovend is en de huisarts uiteindelijk veel dermatologische aandoeningen te weinig frequent ziet om zijn kennis op peil te houden.

Dit laatste zal bij eventuele praktijkverkleining nog relevanter worden. Het lijkt dus tijd om buiten de al gebaande paden te denken, waarbij mogelijk innovatieve technieken gebaseerd op *artificial intelligence* waarmee snelle, betrouwbare (dermatologische) diagnostiek mogelijk is, een belangrijke rol kunnen gaan spelen.

LITERATUUR

1. Meijer WM, Verberne LDM, Weesie YM, et al. *Zorg door de huisarts. Uit: Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018. Uit: Nivel Zorgregistraties eerste lijn. <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/modernisering-innovatie-aantal-verrichtingen>.*
2. Hansen J, Schepman S. *Op de huid Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie. Utrecht NIVEL 2009.*
3. Baaten GG, Buis PA, Damen Z, et al. *NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60:276-90.*
4. Van Rijnsingen MC, Vossen R, Van Huystee BE, Gorgels WJ, Gerritsen MJ. *Skin tumour surgery in primary care: do general practitioners need to improve their surgical skills? Dermatology 2015;230:318-23.*
5. Buis PA, Chorus, RM, Van Diest PJ. *Value of histopathologic analysis of skin excisions by GPs. Br J Gen Pract 2005;55:458-60.*
6. *Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde Utrecht: NHG, 2018.*
7. Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. *Substitution of low-risk skin cancer hospital care towards primary care: a qualitative study on views of general practitioners and dermatologists. PLoS One 2019;14(3):e0213595.*
8. *Spreekuur dermatoloog bij huisarts stopt ondanks groot succes. Brabants Dagblad. 23-12-19 <https://www.bd.nl/uden-veghel-e-o/spreekuur-dermatoloog-bij-huisarts-stopt-ondanks-groot-succes~abdcaced/?referrer=https://www.google.com/>*
9. de Bruijn APC, Hegger I, Molto CP, et al. *Diagnostiek op afstand. Randvoorwaarden en belemmeringen. RIVM Briefrapport 2017-0171.*

SAMENVATTING

Dermatologie is een significant onderdeel van de zorgvragen bij de huisarts en de meest voorkomende reden voor de huisarts om mensen te verwijzen. Verdachte plekjes maken een relevant deel uit van deze verwijzingen. De sensitiviteit van de huisarts voor het herkennen van huidkanker is relatief laag. Met de stijgende huidkankerincidentie zijn er de afgelopen jaren verschillende initiatieven geweest om de diagnostiek in de eerste lijn te verbeteren. In dit artikel beschrijven we de zorg vanuit het perspectief van de huisarts inclusief zorgvragen voor verdachte huidafwijkingen en hoe de verschillende dermatologische initiatieven de laatste jaren hierop van invloed zijn geweest.

TREFWOORDEN

huisarts – substitutie – huidkanker – eerste lijn – teledermatologie

SUMMARY

Dermatology forms a significant part of a GP's service and the most common reason for GP referral. Suspicious lesions make up a significant proportion of these referrals. The GP's ability to recognize skin cancer is relatively low. With the increasing incidence of skin cancer, there have been several initiatives in recent years to improve the diagnostics in primary care. In this article we describe the dermatologic care from the general practitioners perspective, including requests for evaluating suspicious skin lesions and how the various dermatological initiatives have influenced this service in recent years.

KEYWORDS

general practitioner – substitution of care – skin cancer – primary care – teledermatology

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling
Marlies Wakkee: unrestricted research grant Skinvision
Just Eekhof: geen

CORRESPONDENTIEADRES

Marlies Wakkee

E-mail: m.wakkee@erasmusmc.nl