



Cijfers over huidkankerzorg in Nederland

M. Wakkee¹, E. Noels², S. van Egmond², L. Hollestein^{3,4}

De nog steeds stijgende huidkankerincidentie in Nederland maakt dat we zorgvuldig om moeten gaan met de beschikbare middelen. De laatste cijfers van de Nederlandse Kanker Registratie (NKR) laten zien dat in Nederland in 2018: 14.000 patiënten in de tweede of derde lijn voor het eerst de diagnose plaveiselcarcinoom (PCC) kregen, dit waren er 7.000 voor het melanoom en de laatste schatting (2014) van het basaalcelcarcinoom (BCC) resulteerde in ongeveer 37.700 nieuwe patiënten. Deze getallen maken dat het ook voor een instantie als het Zorginstituut Nederland in het kader van Zinnige Zorg relevant wordt in kaart te brengen hoe deze huidkankerzorg, inclusief patiënten met actinische keratosen (AK's), verloopt in Nederland. [1] In dit artikel beschrijven we onze bevindingen over huidkankerzorg in Nederland met een beschrijving over bijbehorende huidkankerkosten waarbij voor het eerst ook de systemische therapieën zijn meegenomen. [2-4]

ACTINISCHE KERATOSEN

Op basis van de Rotterdam Studie, waarin een populatiegebaseerde screening op onder andere cutane (pre)maligniteiten heeft plaatsgevonden onder een groep van 45-plussers uit de wijk Ommoord in Rotterdam, weten we dat een kwart van de Nederlandse populatie boven de 50 jaar minimaal een AK heeft. [5] Van 1.322 deelnemers met een AK was het mogelijk om terug te gaan naar huisartsenstatus. Hieruit bleek dat bij ongeveer 70% (n = 918) geen AK-gerelateerd consult bij de huisarts in de status terug te vinden was in de voorgeschiedenis. Dit getal nam af naar ongeveer 50% bij deelnemers met 10 of meer AK's. In de algemene populatie lijkt het bewustzijn over AK dus beperkt, zelfs onder mensen met uitgebreide veld-dysplasie. Ook de huisarts lijkt deze groep niet in het bijzonder te signaleren, maar hierbij moet worden opgemerkt dat de huisarts pas sinds 2017 (dus na onze analyse) beschikking heeft over de NHG-standaard *Verdachte huidafwijkingen* en zorg bij de huisarts over het algemeen vanuit de patiënt gedreven is. [6] De behandelstrategie van de huisarts bestond voor AK's vrijwel uitsluitend uit cryotherapie, terwijl bij de dermatoloog ongeveer een kwart van de patiënten werd behandeld met een veldbehandeling. In een kwalitatieve studie naar motieven voor behandelkeuzes bij AK gaven veel huisartsen aan dat gebrekkige kennis en ervaring van alternatieve behandelmodaliteiten bij AK (zoals met 5-fluoro-uracil) een belangrijke rol speelt in deze beperkte behandelkeuze. [7] In de nieuwe NHG-standaard is behandeling met 5-fluoro-uracil nu wel expliciet toegevoegd aan het behandelarsenaal van de huisarts.

Om de ziektelast van AK op landelijk niveau in kaart te brengen werden ziekenhuisdeclaratiedata van het DBC Informatie

Systeem (DIS) gebruikt. Over een periode van 5 jaar (2011-2015) werden jaarlijks gemiddeld 40.000 eerste consulten in Nederland geregistreerd voor cutane premaligniteiten waaronder AK in de tweede lijn. Het totale aantal AK-gerelateerde consulten zal in de praktijk veel hoger zijn, aangezien patiënten met een cutane maligniteit in de voorgeschiedenis werden geëxcludeerd en parallelle DBC's van cutane premaligniteiten en maligniteiten niet zijn toegestaan. Van deze 200.056 nieuwe patiënten had 56% minstens een follow-upvisite, resulterend in totaal 317.642 consulten. Hierbij vond twee derde van deze consulten plaats in het eerste jaar met gemiddeld 1,8 follow-upvisites per patiënt. Van het 'DBC-cohort' uit 2011 (n = 46.415) met de langste follow-up, bleek dat uiteindelijk 18% binnen 5 jaar ook een declaratie had gekregen voor een cutane maligniteit. Ondanks beperkte aandacht voor AK in de eerste lijn zijn de getallen in de tweede/derde lijn van patiënten met uitsluitend AK's reeds hoog met meer follow-upvisites dan op basis van de adviezen uit de *Richtlijn actinische keratosen* werd verwacht. [8] Dermatologen in de eerder genoemde kwalitatieve studie beschreven in interviews dat voorkeuren ten aanzien van follow-up grotendeels vanuit de patiënt worden gestuurd. [7]

KERATINOCYTENKANKER

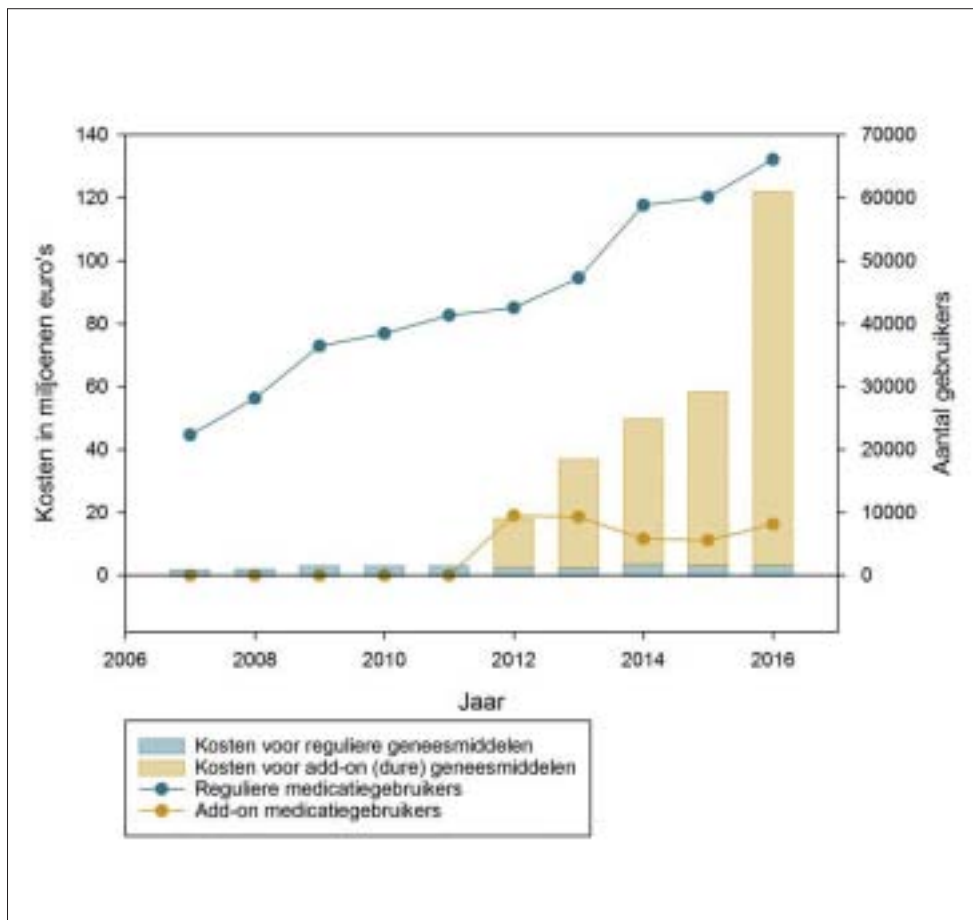
Uit de *Integrated Primary Care Information* (IPCI)-database van elektronische medische dossiers van Nederlandse huisartsen (n = 4 miljoen patiëntendossiers) werden 967 patiënten met keratinocytenkanker (KC; BCC en PCC tezamen) geselecteerd vanaf 2009 tot en met 2013. Hieruit bleek dat in de eerste lijn bij ongeveer 50% van alle KC's een verdenking op huidkanker werd beschreven in de (differentiële) diagnose van de huisarts. Verder ingezoomd bleek dat bij ongeveer 50% van alle

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC Kanker Instituut, Rotterdam

² Promovendus, afdeling Dermatologie, Erasmus MC Kanker Instituut, Rotterdam

³ Epidemioloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC Kanker Instituut, Rotterdam

⁴ Epidemioloog, afdeling Onderzoek, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Utrecht



Figuur 1. Jaarlijkse huidkankergerelateerde medicatiekosten versus het aantal gebruikers van deze medicatie, 2007-2016. Reguliere medicatie betreft middelen met relatief lage kosten, zoals 5-fluoro-uracil en imiquimod. Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die apart van de behandeling, naast het DBC-zorgproduct, in rekening kunnen worden gebracht (bijvoorbeeld ipilimumab en vemurafenib). De relatieve piek in het aantal add-on medicatiegebruikers in 2012-2013 is te wijten aan de behandeling van zowel incidente als prevalente cases bij markttoelating van deze geneesmiddelen.

door dermatoloog en/of patholoog bevestigde BCC's de huisarts deze diagnose specifiek genoemd had in de differentiële diagnose, terwijl dit bij het PCC slechts bij ongeveer 15% van de patiënten het geval was. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze data zijn gebaseerd op wat de huisarts in de status had genoteerd, waarbij de huisarts mogelijk meer diagnoses in gedachten had. Qua beleid werd in de eerste lijn het merendeel (gemiddeld 66%) van de KC-patiënten verwezen naar de tweede lijn, waarbij in 4% vooraf door de huisarts een biopsie was afgenomen en in 10% (BCC) tot 27% (PCC) vond excisie plaats door de huisarts zonder voorafgaand biopsie.

Op basis van data van de NKR met aanvullende registratie over het beloop van 1.569 KC-patiënten, bleek dat het grootste deel van de KC-patiënten werd behandeld bij de dermatoloog en dat bij twee derde van de BCC-patiënten en de helft van de PCC-patiënten voor behandeling een biopsie beschikbaar was. Na behandeling van 83% van de patiënten met een laagrisico-BCC werden meer follow-upbezoeken geregistreerd dan aanbevolen in de richtlijn. Geïnterviewde dermatologen in een andere kwalitatieve studie gaven hierover aan dat ze weinig vertrouwen hebben in huisartsen betreffende huidkankerzorg, maar dat ook factoren als de voorkeur van de patiënt, financiële prikkels en de macht der gewoonte een rol spelen bij het aanbieden van deze follow-upzorg. [9] Opvallend genoeg had 90% van de laagrisico-PCC- alsmede 71% van de hoogrisico-PCC-patiënten minder follow-upafspraken dan aanbevolen in de richtlijnen. [10,11]

HUIDKANKERZORGKOSTEN

Landelijke cijfers over declaraties gerelateerd aan medicatie en ziekenhuiskosten van benigne en (pre)maligne huidtumoren zijn afkomstig van Vektis. Ten opzichte van andere maligniteiten nam huidkanker in 2014 de vijfde plek in na borst-, long-, colonkanker en leukemie. In de afgelopen tien jaar zijn de totale gedeclareerde kosten voor huidtumoren met 165% toegenomen van 279 miljoen euro voor 384.390 patiënten in 2007 naar 460 miljoen euro voor 574.309 patiënten in 2016. Hierbij werd 85% van alle patiënten behandeld door de dermatoloog met gemiddelde kosten van 380 euro per patiënt. Daarentegen behandelde de oncoloog slechts een fractie van deze populatie (0,5%) met gemiddeld 6.390 euro per patiënt. De totale medicatiekosten zijn sinds 2007 gestegen van 1,6 miljoen euro naar 122 miljoen euro in 2016 en dit is vooral gerelateerd aan de introductie van dure geneesmiddelen met name voor de behandeling van vergevorderd of gemetastaseerd melanoom (figuur 1).

CONCLUSIE

Evaluatie van huidkankerzorg in Nederland laat zien dat er zowel in de eerste als tweede lijn ruimte is voor efficiëntere inzet van middelen door bijvoorbeeld betere risicofratificatie in de eerste lijn, maar ook reductie van laagrisicofollow-upbezoeken bij de dermatoloog. Daarnaast benadrukken de alsmat stijgende huidkankerkosten de noodzaak tot effectieve prijsonderhandelingen over de betreffende medicatie, maar de tijd lijkt ook meer dan ooit rijp voor het inzetten op actieve preventie om de stijgende huidkankerincidentie in te dammen.

LITERATUUR

1. Zinnige Zorg screeningsrapport: zorg rondom nieuwvormingen. <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2015/04/16/zinnige-zorg-sreeningsrapport—systematische-analyse-nieuwvormingen>. 2015.
2. Noels EM, Hollestein LM, van Egmond S, et al. Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care in the Netherlands: a multiple complementary database analysis. *Br J Dermatol* 2019, accepted for publication.
3. Wakkee M, van Egmond S, Louwman M, et al. Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care: a complementary database analysis. In preparation.
4. Noels EC, Hollestein L, Luijkx K, et al. Rising reimbursed costs of benign and (pre) malignant skin tumors due to increasing incidence and introduction of pharmaceuticals in the Netherlands, 2007-2016. Submitted
5. Flohil SC, van der Leest RJ, Dowlatshahi EA, Hofman A, de Vries E, Nijsten T. Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: the Rotterdam Study. *J Invest Dermatol* 2013;133:1971-8.
6. Verdachte huidafwijkingen. *Nederlands Huisartsen Genootschap*.
7. Noels EC, Lugtenberg M, van Egmond S, et al. Insight into the management of actinic keratosis; a qualitative interview study among general practitioners and dermatologists. *Br J Dermatol* 2019, accepted for publication.
8. Richtlijn Actinische keratose. *Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)* 2017.
9. van Egmond S, Wakkee M, van Rengen A, Bastiaens MT, Nijsten T, Lugtenberg M. Factors influencing current low value follow up care after basal cell carcinoma and suggested strategies for de adoption: a qualitative study. *Br J Dermatol* 2018, accepted for publication
10. Richtlijn Basaalcelcarcinoom. *Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)* 2015.
11. Richtlijn Plaveiselcelcarcinoom. *Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)* 2018.

SAMENVATTING

De nog steeds stijgende huidkankerincidentie maakt dat we zorgvuldig en efficiënt om moeten gaan met beschikbare middelen. In dit artikel evalueren we de huidkankerzorg en impact in Nederland middels verschillende longitudinale databases van routinezorgdata en een populatiegebaseerde cohortstudie.

TREFWOORDEN

huidkanker – epidemiologie – kosten – huisartsen

SUMMARY

Because of the still rising incidence of skin cancer it is important that we should carefully and efficiently handle available resources. In this article we evaluate skin cancer care and its impact in the Netherlands using various longitudinal databases of routinely recorded care data and a population-based cohort study.

KEYWORDS

skin cancer – epidemiology – costs – general practitioners

Gemelde (financiële) belangenverstregeling
Geen

CORRESPONDENTIEADRES

Marlies Wakkee

E-mail: m.wakkee@erasmusmc.nl