

VERENIGING

BESTUUR

Visiedocument Preventie huidkanker

Kees-Peter de Roos¹, Ellen de Haas²

¹ Bestuursvoorzitter NVDV

² Voorzitter Domeingroep Oncologie NVDV

Correspondentieadres:

E-mail: kpdr@dermapark.nl

De cijfers spreken voor zich. Het Integraal Kankercentrum Nederland publiceerde begin februari 2017 de nieuwe cijfers over kanker in Nederland (zie kader).¹ Huidkanker staat hoog en eenzaam aan de top van meest voorkomende kankers. Daarnaast neemt het aantal patiënten met de diagnose 'huidkanker' toe met ongeveer 5-9% per jaar, afhankelijk van het type huidkanker. Daarmee is huidkanker de snelste stijger van alle kankers.²

Het gros van de patiënten met huidkanker is boven de vijftig jaar, maar wij dermatologen zien in onze spreekkamers steeds meer veertigers en soms zelfs twintigers met huidkanker. Ondanks alle campagnes van de afgelopen jaren, lijkt het erop dat

Nederlanders zich pas insmeren als het hoogzomer is. En niet in de prille aprilzon die net zo krachtig is als de zon van augustus. Juist op die momenten, wanneer we nog een bleek huidje hebben, loopt de huid schade op, die jaren later kan leiden tot huidkanker.

Huidkanker vormt daarmee een uitdaging voor dermatologen en de gezondheidszorg in het algemeen. Hoe kunnen wij de preventie van huidkanker vormgeven? Met dit visiedocument wil de NVDV een duidelijk standpunt innemen, en haar verantwoordelijkheid nemen.

PREVENTIE VAN HUIDKANKER

Het Nederlandse publiek is zich welbewust van de risico's bij overmatige blootstelling aan zonlicht, maar net als bij overgewicht lukt het de gemiddelde Nederlander niet echt om zijn/haar gedrag aan te passen. Men zit nog steeds graag in de volle zon, men smeert zich onvoldoende in en men gebruikt de zonnebank te achteloos. Dat is wat dermatologen vrijwel dagelijks in de spreekkamer vernemen. Toch blijft primaire preventie een maatschappelijke verantwoordelijkheid. De NVDV is bijzonder verheugd dat KWF Kankerbestrijding sinds enkele jaren weer actief de preventie van huidkanker onder de aandacht brengt via haar campagnes (tabel 1). Sinds vorig jaar loopt de campagne *Smeren, kleren, weren* (zie www.kwf.nl/zonnen).

Daarnaast moet er bij consultatiebureaus meer aandacht komen voor meer voorlichting op zonschade (om de ouders van kinderen al vroeg bewust te maken van de risico's van zonschade). Alsook meer aandacht op scholen, waarbij een taak is weggelegd voor school- en jeugdartsen. In Australië mogen kinderen alleen buiten spelen als ze een cap dragen en goed zijn ingesmeerd. Het is niet onze bedoeling om kinderen het buitenspelen te verbieden, maar het zou mooi zijn als het voorkomen van zonschade (via 'smeren, kleren, weren') eenzelfde geaccepteerde routine zou zijn als het tandenpoetsen en het inmiddels geïnstitutionaliseerde pauzehapje op scholen. Ook bij buitensporten zijn werelden te winnen (watersporten, voetbal, wielrennen; en waarom

HUIDKANKER IN CIJFERS

In 2016 werd officieel bij 15.836 mensen huidkanker (exclusief basaalcelcarcinoom), geregistreerd, ruim 800 gevallen meer dan in het jaar daarvoor. Jaarlijks overlijden ruim 900 mensen aan de gevolgen van huidkanker. Binnen de groep huidkankerpatiënten steeg ook het aantal mensen met een melanoom, namelijk van 5.887 in 2015 naar 6.787 in 2016. In werkelijkheid kregen niet 15.836, maar zo'n 56.000 Nederlanders huidkanker in 2016 (= 1 op de 5 Nederlanders). Het gros kreeg de meest onschuldige variant, basaalcelcarcinoom. Omdat hier vrijwel niemand aan overlijdt en deze vorm van huidkanker goed te behandelen is, komen deze cijfers niet terug in de kankerstatistieken. Volgens de statistieken kregen 108.400 Nederlanders vorig jaar de diagnose kanker 2.500 patiënten meer dan in 2015. Na huidkanker komen darmkanker (15.427) en borstkanker (14.511) het meeste voor.

Tabel 1. Vormen van preventie.

Preventie kent verschillende indelingen. Primaire, secundaire en tertiaire indeling van preventie:
* Primaire preventie is het voorkomen dat gezonde mensen gezondheidsproblemen, een ziekte of een ongeval krijgen.
* Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van ziekten of afwijkingen om ze in een vroeg stadium aan te pakken.
* Tertiaire preventie voorkomt complicaties en wil voorkomen dat de ziekten of afwijkingen verergeren.

bij hockey wel met gebitsbescherming het kunstgras op, maar niet ingesmeerd?). Daarnaast zijn arbotechnische initiatieven en arbeidsvoorwaarden nodig om mensen die veel buiten werken beter voor te lichten en daadwerkelijk te beschermen (denk aan chauffeurs – vooral zij die met open raam rijden – boeren, tuinmannen, postbezorgers, wegenbouwers). Als het voorkomen van huidkanker lastig is, kan vroege opsporing dan uitkomst bieden? Door huidkanker en voorlopers daarvan of personen met (meerdere) risicofactoren op te sporen tijdens bevolkingsonderzoek kan het gediagnosticeerd en behandeld worden voordat het tot problemen leidt. Er zijn vele argumenten om een georganiseerd huidkanker-screeningsprogramma op te zetten: de gigantisch hoge incidentie en de ongerustheid over 'vlekjes en plekjes' onder de algemene bevolking, de aanwezigheid van goede en simpele behandelingen, het bestaan van latente vormen en voorlopers, het non-invasieve huidonderzoek en de beperkte risico's bij eventueel uitvoeren van huidbiopsie. Gezien de duidelijke argumenten voor huidkankerscreening, blijft dit voorstel rondzingen in dermatologische en public health kringen. De tegenargumenten zijn de relatief beperkte mortaliteit van de non-melanoma huidkanker (inclusief basaalcelcarcinoom). Het is met andere woorden onduidelijk wat er precies te winnen valt bij een bevolkingsonderzoek.² Daar denkt men in de ons omringende landen anders over. In Duitsland zit het bevolkingsonderzoek op huidkanker vanaf de leeftijd van 35 jaar sinds 2008 in de basisverzekering. Echter, er is op dit moment geen afdoende bewijs dat deze screening de mortaliteit verlaagt. Maar dat is niet het enige doel. Screening draagt ook bij aan vermindering van morbiditeit. Men kan ook betogen dat de in Duitsland gekozen leeftijdsgrens erg laag ligt. Kortom, het is nog lang niet duidelijk wat de voordelen van screening uiteindelijk zijn. Maar dat mag niet leiden tot niets doen. Er moet iets gebeuren. De NVDV mikt derhalve momenteel op screening/nacontrole van mensen met multiële huidkankers, hoogrisicotumoren, hoogrisicopatiënten (immuuncompromitteerden zoals transplantatiepatiënten en mensen met veel zonschade), patiënten met veel naevi of meer dan vijf klinisch atypische naevi alsook mensen met een lichte huid die veel zonexpositie hebben gehad.

HUISARTS EN DERMATOLOOG

Bij alle vormen van preventie komt allereerst de huisarts en daarna de dermatoloog in beeld. Huisarts en dermatoloog zijn immers elkaars natuurlijke samenwerkingspartners. In de zomer van 2017 verschijnt de NHG-Standaard *Verdachte huidafwijkingen*, geschreven door het NHG in goede samenwerking met de NVDV. In deze richtlijn staan huisarts en dermatoloog centraal als regievoerders voor de secundaire preventie van huidkanker, hetgeen in feite neerkomt op vroegdiagnostiek. Uitgangspunt is dat laagrisicopatiënten bij de huisarts blijven, met veel aandacht voor zonpreventie. Ziet de huisarts een patiënt met veel zonschade of meerdere verdachte huidafwijkingen, dan doet de huisarts er verstandig aan deze patiënt door te sturen naar de dermatoloog. Bij hoogrisicopatiënten (patiënten met immunosuppressieve geneesmiddelen, patiënten met bepaalde genetische predispositie, patiënten die eerder al een huidkanker hadden en degenen met reeds veel 'voorlopers' zoals actinische keratose of [atypische] naevi) luidt het advies aan de huisarts de patiënt voor controle door te sturen naar een dermatoloog. Na diagnostiek en mogelijke behandeling door de dermatoloog keert een groot deel van de patiënten terug onder de hoede van de huisarts. De hoogrisicopatiënten en degenen met veel huidkankers zullen onder de hoede van een dermatoloog blijven.

Dit klinkt allemaal redelijk overzichtelijk, maar er is een belangrijk knelpunt. Hoewel 1 op de 6 consulten bij de huisarts huidklachten betreft, ontbreekt bij menige huisarts op dit moment de kennis, kunde en ervaring om verdachte huidafwijkingen op een juiste manier in te schatten.^{3,4} Om de eerstelijns dermatologische zorg te verbeteren, is de NHG-standaard *Verdachte huidafwijkingen* ontwikkeld. Meer aandacht voor dermatologie in de basisopleiding (in sommige curricula is dermatologie een facultatief co-schap) én betere verankering in de huisartsopleiding zijn nodig wil preventie van huidkanker en de samenwerking tussen huisarts en dermatoloog, een kans van slagen hebben. De NVDV zal, gesteund door de Domeingroep Oncologie, hiervoor actief beleid ontwikkelen, en spreekt de hoop en de verwachting uit dat het NHG dit zal steunen. Het NHG gaat al een cyclus voor scholing en nascholing opstellen, inclusief evaluaties. Dat is een eerste stap in de goede richting.

De NHG-Standaard *Verdachte huidafwijkingen* bevestigt de rol van de dermatoloog als expert op het gebied van huidkanker. De kerncompetenties van de dermatoloog willen we als volgt omschrijven: "De kracht van de dermatoloog is efficiënte diagnostiek en behandeling als orgaanspecialist; tijdens een 5-jarige opleiding krijgt hij/ zij voortdurend directe feedback op het eigen handelen. Enerzijds door in groepsverband te werken onder voortdurende supervisie van ervaren dermatologen, anderzijds door de mogelijkheid om met grote regelmaat bijvoorbeeld via histologisch onderzoek terugkoppeling te krijgen op eigen diagnostiek en handelen. Een verbeter-

cyclus die nooit ophoudt.”⁵

Duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap en bijbehorende verantwoordelijkheden is daarnaast gewenst vanuit het perspectief van de patiënt:

“Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.”⁶

INCIDENTAL FINDINGS

Dat de dermatologie zich mag verheugen in een groeiende interesse van allerlei zorgverleners en instellingen zien we terug in de wildgroei van aan de huid gelieerde, vaak verzonden namen en titels: huidanalist, huidspecialist, huiddeskundige, huidzorgverlener, huidprofessional, huidkliniek, huidcentrum, enz. De titel dermatoloog/huidarts is beschermd, en misbruik wordt gestraft. Huidtherapeut wordt in de toekomst waarschijnlijk ook via het BIG-register een beschermde titel. Alle andere termen hebben geen enkele waarde en zijn vaak zelfs misleidend. Zo weet iedereen dat met een ‘hartspecialist’ een cardioloog wordt bedoeld. Huidspecialist is daarom misleidend als het door een niet-dermatoloog gebruikt wordt. Al die tegen de dermatologie aanschurkende beroepen stellen vaak ook nog eens hun eigen ‘huiddiagnose’, of ‘huidtherapeutische diagnose’ waardoor het begrip ‘diagnose’ zwaar aan inflatie onderhevig is. Zelfs het bijvoeglijk naamwoord ‘dermatologisch’ biedt nauwelijks wettelijke bescherming want vrijwel iedereen kan schermen met uitdrukkingen als ‘dermatologische kennis’ of ‘dermatologisch getest’.⁷

De NVDV is van mening dat het bewust en systematisch zoeken naar (voortekenen van) huidkanker, nu en in de toekomst, valt onder de verantwoordelijkheid van de arts. Immers, het constateren dat er niets aan de hand is en geruststelling geven, is in feite het stellen van een benigne diagnose, met soms fatale gevolgen als het niet klopt.

Dat neemt niet weg dat de veelal huidverzorgende beroepen rond huidkanker een signalerende en waarschuwende functie kunnen hebben. Wanneer die beroepsbeoefenaren een mogelijk verdachte huidafwijking zien, doen zij er goed aan de cliënt/patiënt te adviseren de huisarts te raadplegen. Deze toevalstreffers heten ‘nevenbevindingen’ en dat deze beroepsbeoefenaren de huid verzorgen, betekent niet dat daarom screening tot hun (kern) taken behoort. Het verwijzen naar de huisarts of dermatoloog als er iets afwijkends in het oog springt, hoort bij het vak. Bovendien zit hun kracht in het geven van goede voorlichting over hoe je je het beste beschermt tegen de zon, welke huidverzor-

gende producten passen het best bij welk huidtype?

Wanneer beter wel en wanneer beter niet in de zon? Ook voor de juiste informatie hierover kunnen bovengenoemde zorgverleners bij de NVDV en het KWF terecht. Signaleren is prima, maar vroegsignaleren (of verwante termen als vroegopsporing, vroegherkenning, vroegattendering en vroegdetectie) komt in feite neer op screening. En screening hoort in handen te blijven van de medische professional die hier dagelijks mee bezig is: de huidarts.

Het is mogelijk om praktijkondersteuner, verpleegkundige of huidtherapeut onder supervisie van een arts bepaalde controletaken te laten uitvoeren.

Zowel verpleegkundige als huidtherapeute zijn onder de eigen BIG tuchtrechtelijk aansprakelijk.

Het zelfstandig uitvoeren van een vlekjes-en-plekjes-middag voor controle op huidmaligniteiten bij cliënten is onverstandig. Zij zijn hiervoor onvoldoende geschoold en getraind en daarmee niet bekwaam en dat maakt onbevoegd. Zoals eerder gezegd, het stellen van een medische diagnose is en blijft het exclusieve terrein van huisarts en medisch specialist. Dan gaat het om maximale kwaliteit en transparantie en daar moet de patiënt op kunnen vertrouwen.

Het onderwerp ‘nevenbevindingen’ is actueel in de zorg. Zo publiceerde de Gezondheidsraad in 2014 een advies over nevenbevindingen in de diagnostiek van de patiëntenzorg. In dit advies raadt de Gezondheidsraad artsen aan altijd zo gericht mogelijk (aanvullend) onderzoek te doen bij patiënten, om de kans op nevenbevindingen te minimaliseren. De Gezondheidsraad is niet overtuigd van het medisch voordeel van veel nevenbevindingen, en legt de nadruk op de risico’s van ‘overdiagnostiek’ en ‘overbehandeling’.⁸ Die argumenten gelden des te klemmender als ‘diagnostiek’ wordt overgelaten aan paramedische en niet-medische beroepsgroepen. Er zijn aanwijzingen dat controles door bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten vanuit hun defensieve houding tot meer biopsieën leidt dan wanneer de dermatoloog de controles uitvoert.

VOORLICHTING

Alle ondersteunende, paramedische en huidverzorgende beroepsgroepen kunnen voorlichting en begeleiding geven, over bijvoorbeeld verantwoord zongedrag, het goed smeren van zonnebrandcrèmes alsook de risico’s van zonnebanken.⁹ De koepelorganisatie van schoonheidsspecialisten ANBOS onderschrijft deze opvatting.¹⁰ Het is altijd goed de eigen grenzen te kennen en te bewaken, vooral vanwege de patiëntveiligheid. Een recent door de NVH uitgegeven rapport gaat echter verder. De beroepsvereniging van huidtherapeuten ziet voor zichzelf naast voorlichting een rol weggelegd in de screening op huidkanker in de vorm van proeftuinen of zorgpaden.¹¹ Hoewel zij zelf preten-deren geen ‘dermatoloog light’ te willen zijn en alleen een ‘huidtherapeutische diagnose’ te stellen, begeven zij zich hiermee wel binnen het domein van de dermatoloog.

Wat een huidtherapeut niet kan, en eigenlijk ook niet moet willen, is het stellen van een medische diagnose en het met het ongeoefende blote oog uitsluiten van pathologie bij huid- of moedervlekcontroles. Dat behoort expliciet tot de competentie van de huisarts en de medisch specialist.⁵ Bovendien rijst de vraag welk probleem wij hiermee oplossen. De huisarts is immers in ons gezondheidszorgsysteem poortwachter en spil, en daardoor bij uitstek geschikt als coördinator van huidkankerpreventie en herkenning van risicosymptomen (net als bij roken, overgewicht, et cetera). En twijfelt de huisarts, dan heeft hij altijd een dermatoloog als expert achter de hand.

TOEKOMST

Huidkanker en de preventie ervan vormen voor dermatologen dé grote uitdaging voor de toekomst. Echter, de NVDV denkt met dit visiedocument een goede basis te leggen om de preventie, samen met huisartsen, adequaat vorm te geven. De NHG-Standaard *Verdachte huidafwijkingen* is een uitstekend gezamenlijk vertrekpunt, om werkafspraken met huisartsen te maken. En hopelijk een stimulans om dermatologie een steviger verankering te laten krijgen in de basis- en huisartsopleiding. De dermatologen zijn goed in hun vak en beschikken over alle noodzakelijke kennis en ervaring. Wij zijn er klaar voor!

Met dank aan het NHG en de leden van de Domeingroep Oncologie voor hun waardevolle inbreng en commentaar op eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

1. http://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Incidentie_huid/img58a047d9dd40c
2. Nijsten TEC. *Huidkanker: zorg om de zorg*. Erasmus MC, Rotterdam, 2012 [oratie]
3. Rijssingen M van. *Current skin cancer practice in primary and secondary care [thesis]*. Radboudumc, Nijmegen, 2016.
4. Buis PAJ. *The cutting edge of skin lesions in general practice and pathology [thesis]*. Harderwijk, 2012.
5. Roos K-P de. 'De beste arts is toch de huidarts'. *Ned Tijdschr Dermat Venereol* 2015;9:507-8.
6. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht, 2010.
7. Maessen-Visch MB. *Titelgevecht*. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2016;1:25-6.
8. Gezondheidsraad. *Nevenbevindingen bij diagnostiek in de patiëntenzorg*. Den Haag, 2014.
9. Hollestein LM, Bos RR van den, Nijsten TEC. *De tegens & tegens van de zonnebank*. *Ned Tijdschr Dermat Venereol* 2015;4:170-3.
10. Bunnik EM, Meulenberg F, De Beaufort ID. *Ethiek voor de schoonheidsverzorging*. Anbos/Lakerveld, Woerden/Rijswijk, 2016.
11. NVH. *Spot on! Huidzorg 2020*. Ecorys, Rotterdam, 2015.