

Zorg rond relatief lichtere vormen van huidkanker

Tekst - Redactie



Sven van Egmond (foto: Sven Scholten)

Op 23 maart promoveerde Sven van Egmond op het proefschrift *Evaluation of skin cancer care*. Het is niet voor het eerst dat professor Tamar Nijsten een promovendus begeleidde op evaluatie van zorg. Steeds vaker verschijnen er proefschriften waarin promovendi kritisch kijken hoe de dagelijkse praktijk van huisartsen en dermatologen in Nederland eruitziet, hoe patiënten die ervaren en hoe die eventueel te verbeteren valt. In dit geval dus de zorg voor mensen met huidkanker.

Twee typen huidkanker

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland en het aantal gevallen neemt nog steeds toe. De twee meest voorkomende subtypen van huidkanker zijn basaalcelcarcinoom

(BCC) en plaveiselcelcarcinoom (PCC). Bij ongeveer 48.000 Nederlanders werd in 2017 voor het eerst BCC gediagnosticeerd en bij 12.000 PCC. Hoewel deze vormen van huidkanker over het algemeen niet dodelijk zijn, kunnen ze wel functionele en cosmetische schade veroorzaken, omdat ze meestal worden aangetroffen op gebieden die aan de zon worden blootgesteld, zoals het gezicht. Deze hoge getallen zetten de gezondheidszorg onder druk. In zijn proefschrift beperkte Van Egmond zich tot deze twee oppervlakkige vormen van huidkanker. In dit artikel gaat het alleen daarover als we het over huidkanker hebben. Het melanoom, de gevaarlijkste vorm van huidkanker, blijft buiten beschouwing.

Van Egmond begint met een analyse van de gegevens van ruim 3000 patiënten, die afkomstig waren uit twee registratiesystemen. Het ging om ruim 1500 patiënten die hun huisarts hadden

geraadpleegd voor een voor huidkanker verdachte huidafwijking en ruim 1500 patiënten bij wie dermatologen de diagnose stelde, die een patholoog nadien bevestigde. Uit de analyses bleek dat de diagnose van de huisarts bij een derde van de patiënten klopte. Toch gaf de huisarts dan aanvankelijk een behandeling die hier niet op was gericht. Waarom handelt de huisarts zo?

Van Egmond: 'Nou, dat is best goed te verklaren. De huisarts schreef bijvoorbeeld vrij regelmatig op "Eczeem (pas op huidkanker)", behandelde het dan met een corticosteroid (gericht op eczeem) en als het dan niet overging, was dat een reden om opnieuw te denken aan een oppervlakkige vorm van huidkanker. Andersom kwam overigens vaker voor, namelijk dat het wel degelijk eczeem was. Dan is zo'n opmerking in de status 'pas op huidkanker' vooral een reminder voor de huisarts zelf. Eigenlijk is het behandelen met een corticosteroid door de huisarts een soort diagnostiek waarbij in een groot deel van de gevallen de patiënt meteen van zijn/haar eczeemplek af is en in het andere deel toch sprake is van iets anders, zoals huidkanker.'

Nacontrole: hoe vaak?

In de analyses van de dermatologische zorg merkte Van Egmond op dat patiënten met huidkanker met een laag risico op problemen meer nacontroles kregen dan in de richtlijnen werd aanbevolen. Hierop richtte Van Egmond zich in de rest van zijn proefschrift.

Hij analyseerde alle zorgdeclaraties over huidkanker. Voor meer dan 220.000 patiënten werd in 124 zorgcentra een declaratie voor huidkanker vergoed. Hij zag een grote praktijkvariatie in zowel de behandelingen als de nacontroles. In 2016 kregen huidkankerpatiënten gemiddeld 1,8 nacontroles. Kunnen de dermatologen hier iets mee?

Van Egmond: 'Dermatologen kunnen via Vektis (verzamelaar van declaratiegegevens) hun eigen score opvragen. En dan kunnen ze zien of ze boven of onder het gemiddelde van 1,8 nacontroles zitten. Dat geeft hun de mogelijkheid te reflecteren op hun eigen handelen.'

Behoeften en voorkeuren

Welke behoeften en voorkeuren hebben huidkankerpatiënten als het gaat om hun zorg? Van Egmond organiseerde zes focusgroepen met in totaal 42 patiënten. Patiënten noemden de volgende behoeften: (1) alle relevante informatie op maat ontvangen; (2) serieus genomen worden door de arts, die goed communiceert; (3) een korte wachttijd en de beste behandeling met direct resultaat; (4) gezien worden door dezelfde arts; bij voorkeur de dermatoloog tijdens (5) behandeling en (6) nazorg; (7) gestructureerde nazorg en (8) een volledig huidonderzoek tijdens de nacontrole. Zijn deze voorkeuren specifiek voor huidkanker/kanker, of zijn het meer algemene wensen van patiënten?

Van Egmond: 'Sommige voorkeuren zijn inderdaad (huid) kankerspecifiek. We zagen in de literatuur dat kankerpatiënten veelal een voorkeur hebben voor de dermatoloog; ze hebben op dit gebied onvoldoende vertrouwen in de huisarts. Meer behoefte aan informatie is iets wat terugkomt bij alle soorten diagnoses.'

Geldt dit ook voor patiënten met complexe huidkanker, d.w.z. patiënten die chirurgisch zijn behandeld voor huidkanker door een dermatoloog met daaropvolgend een reconstructie door een plastisch chirurg?

Van Egmond: 'Er waren veel overeenkomsten met de patiënten met niet-complexe huidkanker, maar toch ook een paar opvallende verschillen. De groep met complexe huidkanker acht met name de samenwerking tussen artsen belangrijk. Bij hen speelde ook beduidend meer psychosociale problematiek. Zij vonden dan ook dat er meer aandacht moest komen voor psychologische gevolgen voor de partner. En omdat deze patiënten vaker van ver kwamen, was voor hen de reistijd ook een issue. Zij hadden bijvoorbeeld voorkeur voor meerdere afspraken van verschillende afdelingen op 1 dag.'

In een volgend hoofdstuk bekeek de promovendus in welke mate patiënten en dermatologen bereid zijn om een vermindering in nacontroles te accepteren (zoals in de richtlijn aanbevolen wordt), met behoud van kwaliteit van de zorg. Zo'n driekwart van de patiënten zou minder nacontroles prima vinden, op voorwaarde dat steeds de behandelaar de eerste controle na de behandeling zou doen én zij gepersonaliseerde informatie op papier zouden meekrijgen.

Personaliseer ontslagbrief

Een dergelijke gepersonaliseerde ontslagbrief testte Van Egmond uit in vier ziekenhuizen en twee zelfstandige behandelcentra. Het resultaat? De gepersonaliseerde brief verminderde het aantal nacontroles bij de dermatoloog met 13% in één jaar. Maar ervaren patiënten dit nu ook als betere zorg?, aldus de slotvraag aan Van Egmond.

'De patiënttevredenheid met informatie, dokters en zorg is min of meer gelijk gebleven. Als ik door mijn oogcharen kijk, lijkt de tevredenheid eerder toe te nemen bij de patiënten die de brief wel kregen. Dus zelfs als het effect kleiner is dan de 13% afname in onnodige nacontrolebezoeken bij implementatie in Nederland, zal de brief een goede toevoeging zijn voor de kwaliteit van de huidkankerzorg. De zorg wordt namelijk steeds meer gericht op het individu, ook wel patiëntgerichte zorg genoemd. Daarom denk ik dat in de toekomst iedereen gepersonaliseerde informatie krijgt. Momenteel zijn we bezig met een koppeling van de gepersonaliseerde brief in de elektronische patiëntendossiers, zodat de dermatoloog deze makkelijk kan opmaken en meegeven. De eerste stap naar gepersonaliseerde informatie in de huidkankerzorg wordt hiermee gezet, en deze zal een basis bieden voor makkelijke uitbreiding van gepersonaliseerde informatie naar andere aandoeningen.'