

Huidkankerzorg verbetert door gerichte training van huisartsen

Elbrich Marra, Margit van Rijsingen, Hans Alkemade, Hans Groenewoud, Kevin Hueskes, Carla Nij Bijvank, et al.

Veel huisartsen vinden het lastig om (pre)maligne huidtumoren te herkennen, waardoor ze patiënten soms naar een dermatoloog verwijzen terwijl dat niet nodig is. Een dermato-oncologisch trainingsprogramma (DOTP) over verdachte huidafwijkingen kan hen daarbij ondersteunen. Huisartsen die zo'n programma volgden, hadden grotere diagnostische vaardigheden en kwalitatief betere verwijzingen dan ongetrainde huisartsen. Dat leidde ook tot minder onnodige verwijzingen. Een DOTP kan daarmee bijdragen aan een efficiënter gebruik van de beperkte capaciteit van de tweedelijnszorg en zorgkosten beheersbaar houden.

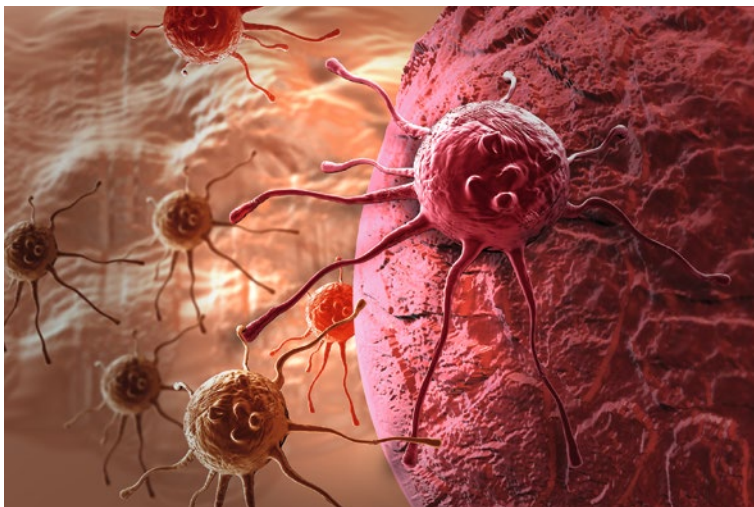
De explosieve toename van huidkanker stelt ons voor grote uitdagingen en de druk op ons zorgsysteem groeit met de dag.¹⁻⁴ Huisartsen spelen een belangrijke rol binnen de huidkankerzorg. Optimale herkenning en differentiatie van huidtumoren zijn hierbij van essentieel belang. Eerder

onderzoek liet zien dat huisartsen huidkanker over het algemeen slecht herkennen en dat het aantal onnodige verwijzingen naar de dermatoloog hoog is.⁵ Betere training van huisartsen kan hun diagnostische vaardigheden verbeteren, waarmee het aantal onnodige verwijzingen mogelijk afneemt.⁶⁻⁹

In dit cohortonderzoek keken we naar de effecten van een dermato-oncologisch trainingsprogramma (DOTP) op de diagnostische vaardigheden en de kwaliteit van verwijzingen van huisartsen.

METHODE

We nodigden alle gevestigde huisartsen aangesloten bij de LHV-kring Nijmegen en omgeving (n = 194) uit om deel te nemen aan een DOTP, van wie uiteindelijk 83 huisartsen (42,8%) meededen. Dit DOTP vond plaats binnen het regionale project Verdachte huidafwijkingen.¹⁰ In het kader van dit project hebben huisartsen en dermatologen onder andere regionale samenwerkingsafspraken gemaakt, die gebaseerd zijn op de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen¹⁰⁻¹¹. Het DOTP bestond uit 1) instructie over projectdoelen en regionale afspraken (verplicht), 2) de online NHG-scholing PIN (Programma's voor Individuele Nascholing) Verdachte huidafwijkingen (verplicht), 3) live groepsscholing Verdachte Huidafwijkingen (NHG-STiP; facultatief) en 4) live dermatoscopie-scholing (facultatief).¹² De 2 facultatieve onderdelen werden aangeboden via de regionale Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen en respectievelijk gevolgd door 46 (55,4%) en 21 (25,3%) van de deelnemende huisartsen. Vervolgens analyseerden we verwijsbrieven aan dermatologen van 2 ziekenhuizen (het Radboudumc Nijmegen en



Een speciale training kan huisartsen helpen om [pre]maligne tumoren eerder te herkennen.

Foto: Shutterstock

Dit is een bewerkte vertaling van Marra E, Van Rijsingen MCJ, Alkemade JAC, Groenewoud JMM, Hueskes KF, Nij Bijvank CHM, et al. The effect of a dermato-oncologic training program on the diagnostic skills and quality of referrals for suspicious skin lesions by general practitioners. *Br J Dermatol* 2020 May 14. Online ahead of print. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Figuur

Voorbeeld van een patiënt met een superficiael basaalcelcarcinoom op de rug.



Foto is geplaatst met toestemming van de patiënt.

het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen) en vergeleken we het getrainde cohort huisartsen (TC; periode 2018-2019) met 2 ongetrainde controlecohorten (ongetraind cohort heden (OCH; periode 2018-2019) en ongetraind cohort verleden (OCV; periode 2008-2010)). We vergeleken de 2 controlecohorten om los van de DOTP een eventueel effect van tijd op de uitkomstmaten te achterhalen.

Primaire uitkomstmaat was de overeenstemming tussen de (eerstgenoemde) diagnose in de verwijfsbrief en de uiteindelijke diagnose die de dermatoloog stelde. Secundaire uitkomstmaten waren: 1) de proportie adequate dermatologische laesiebeschrijvingen in de verwijfsbrief (gedefinieerd als het beschrijven van ≥ 3 PROVOKE-karakteristieken), 2) het aantal diagnostische verrichtingen dat de huisartsen verrichtten voor ze verwezen (stansbiopt en dermatoscopie), 3) het aantal nog niet door de huisarts genoemde huidafwijkingen dat de dermatoloog vond en 4) de proportie van het aantal onnodige verwijfszendingen. De definitie van een onnodige verwijfszending was: 'een huidafwijking die, conform de NHG-Standaard en regionale afspraken, waarschijnlijk binnen de huisartsenpraktijk behandeld had kunnen worden (onder andere actinische keratosen of laaggriscobasaalcelcarcinoom)'.

We excludeerden verwijfsbrieven van huisartsen in opleiding onder supervisie van een huisarts die aan het project deelnam en verwijfszendingen van waarnemend huisartsen. Van deze groepen artsen is namelijk moeilijk te achterhalen of en wanneer ze aan het project deelnamen. Voor meer informatie over de methode, inclusief de statistische analyse, verwijfszen we naar het originele artikel.

RESULTATEN

In totaal analyseerden we 1662 verwijfsbrieven, waarvan 451 (27,1%) binnen het TC, 476 (28,6%) binnen het OCH en 735 (44,2%) binnen het OCV. We vonden geen statistisch signifi-

cante verschillen tussen de verschillende cohorten wat betreft leeftijds- en geslachtsverdeling. De meest voorkomende reden voor verwijfszending was (een vermoeden van) een basaalcelcarcinoom [figuur] (n = 482; 28,1%), gevolgd door een (atypische) melanocytair naevus (n = 309, 18,6%) en actinische keratose (n = 230; 13,8%). In 272 (16,4%) van de verwijfsbrieven had de huisarts helemaal geen (werk)diagnose of differentiële diagnose opgenomen. Bij vergelijking tussen de cohorten bleek dit minder vaak het geval te zijn in het TC (n = 30; 6,7%), dan in het OCH (n = 65; 13,7%; $p < 0,001$) en het OCV (n = 177; 24,1%; $p < 0,001$). De proportie verwijfsdiagnoses die overeenkwamen met de eindiagnose van de dermatoloog was significant hoger in het TC (n = 296/421; 70,3%) dan in het OCH (n = 231/411; 56,2%; $p < 0,001$) en het OCV (n = 288/558; 51,6%; $p < 0,001$). Verder was de laesie-omschrijving van de huisartsen in het TC beter, vermeldden huisartsen in het TC vaker een diagnose in verwijfsbrieven en voerden huisartsen in het TC vaker diagnostiek uit voor verwijfszending. Bovendien deden de huisartsen in het TC minder onnodige verwijfszendingen dan die in het OCH (62,7% versus 73,7%; $p < 0,001$) en het OCV (75,2%; $p < 0,001$). Een vergelijking tussen deelnemers die wel of geen facultatieve onderdelen van de DOTP volgden, leverde geen verschillen op in de beschreven uitkomstmaten. De [tabel] geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten.

BESCHOUWING

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat huisartsen die een DOTP volgden betere diagnostische vaardigheden hadden en dat de kwaliteit van hun verwijfsbrieven hoger was. Bovendien leidde deelname aan de DOTP tot een afname van het aantal onnodige verwijfszendingen naar de dermatoloog. Deze effecten kunnen de efficiëntie binnen de huidkanker-

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen spelen een belangrijke rol in de huidkankerzorg. Hierbij zijn optimale herkenning en verwijfszending essentieel.
- Uit eerder onderzoek bleek dat huisartsen [pre]maligne huidtumoren doorgaans slecht herkennen, wat leidt tot een hoog aantal onnodige verwijfszendingen naar dermatologen.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen die een dermatologisch opleidingsprogramma [DOTP] volgden, hadden betere diagnostische vaardigheden en kwalitatief betere verwijfszendingen dan ongetrainde huisartsen. Dat leidde tot minder onnodige verwijfszendingen.
- Een DOTP kan bijdragen aan een efficiënter gebruik van de beperkte capaciteit van de tweedelijnszorg en zorgkosten beheersbaar houden.

Tabel

De belangrijkste effecten van een dermato-oncologisch trainingsprogramma voor huisartsen, gemeten op basis van verwijfsbrieven naar de dermatoloog, inclusief vergelijking met 2 ongetrainde controlecohorten

Uitkomstmaat	Getraind cohort (TC)	Ongetraind cohort heden (OCH)	Ongetraind cohort verleden (OCV)	p-waarde [†]
Correcte verwijfsdiagnose, n [%]	296/421 [70,3%]	231/411 [56,2%]	288/558 [51,6%]	< 0,001/< 0,001/0,157 [†]
Adequate laesie-omschrijving, n [%]	198/451 [43,9%]	167/476 [35,1%]	176/735 [23,9%]	0,006/< 0,001/0,001**
Stansbipt verricht door huisarts voor verwijfsing conform regionale afspraken, n [%]	67/216 [31,0%]	19/170 [11,2%]	9/209 [4,3%]	< 0,001/< 0,001/0,01**
Aditioneel gevonden [pre]maligne huidafwijkingen door dermatoloog,* n [%]	54/451 [12,0%]	64/476 [13,4%]	146/735 [19,9%]	0,502/0,001/0,004
Potentieel onnodige verwijfsingen, n [%]	283/451 [62,7%]	351/476 [73,7%]	553/735 [75,2%]	< 0,001/< 0,001/0,56**

* Bij 15,9% (n = 264) van alle geïncludeerde patiënten vond de dermatoloog naast de laesie(s) waarvoor de patiënt was verwezen 1 of meer additionele [pre]maligniteiten op de huid. In de meeste gevallen betrof dit een basaalcelcarcinoom (n = 196; 48,3%), actinische keratose (n = 157; 38,7%) of de ziekte van Bowen (n = 26; 6,4%).

† TC versus OCH/TC versus OCV/OCH versus OCV.

‡ [Mixed-models] logistisch regressiemodel.

** Chi-kwadraattoets.

zorg vergroten en het gebruik van de beperkte capaciteit in de tweede lijn optimaliseren. Daarnaast verwachten we dat het zorgproces vanuit patiëntperspectief beter zal verlopen. En dat onnodige belasting voor de patiënt voorkomen kan worden wanneer huisartsen vaker laagrisico(pre)maligniteiten van de huid diagnosticeren en behandelen, en ze gericht naar de dermatoloog verwijfsen wanneer dat geïndiceerd is (bijvoorbeeld wanneer ze reeds een diagnose hebben gesteld met histopathologisch onderzoek). Aanvullend onderzoek dat deze aspecten meeneemt, liefst met een gerandomiseerde opzet, is welkom, ook omdat er in het huidige getrainde cohort sprake kan zijn van een selectiebias door een bovengemiddelde interesse in de dermatologie/dermato-oncologie. Bedenk echter dat het een grote groep huisartsen betreft (n = 83, 42,8% van alle in de regio gevestigde huisartsen), wat de kans hierop vermoedelijk kleiner maakt.

We moeten ook vermelden dat we geen uitspraak kunnen doen over patiënten met verdachte huidafwijkingen die geen verwijfsing naar de tweede lijn kregen (omdat we deze groep in dit onderzoek niet meenamen). Het is zinvol om ook deze groep patiënten te analyseren, om zo bijvoorbeeld na te gaan of er patiënten zijn die geen verwijfsing naar de dermatoloog krijgen, terwijl daar conform de projectafspraken wel een indicatie voor is. Daarnaast moet substitutie van de zorg naar de eerste lijn ook logistiek en financieel mogelijk worden gemaakt.

De resultaten van dit onderzoek wijzen er ook op dat er ruimte voor verbetering is. Zo bleek een aanzienlijk deel van de verwijfsingen actinische keratose te betreffen, hoewel deze – onder de juiste voorwaarden – in de eerste lijn doorgaans goed te behandelen is. Mogelijk komt dat doordat huisartsen zich niet bekwaam genoeg voelen om de behandeling uit te voeren, of het idee hebben dat de dermatoloog dit moet doen. Andere verbeterpunten betroffen het uitvoeren van een totale huidinspectie door de huisarts en het bij de

patiënt bewerkstelligen van voldoende vertrouwen in de huisarts.

Terugkijkend op het trainingsprogramma en de evaluaties (inclusief kennistoetsing) bij de deelnemers blijkt dat de opgedane kennis een jaar na de training nog ruim voldoende is. Daarnaast gaven deelnemende huisartsen aan zich meer vertrouwd te voelen met het diagnosticeren en deels zelfstandig behandelen van verdachte huidafwijkingen, wat ook blijkt uit de resultaten van dit onderzoek. De deelnemers gaven verder aan te verwachten dat het blijven herhalen van trainingen, het opdoen van meer praktijkervaring en het besteden van specifieke aandacht aan verdachte huidafwijkingen mogelijk kunnen bijdragen aan verdere verbetering. Dankzij de huidige COVID-periode zijn er in de regio Nijmegen inmiddels ook ervaringen opgedaan met vormen van digitale scholing, die live scholing (gedeeltelijk) goed lijken te kunnen vervangen en de drempel tot deelname wellicht kunnen verlagen. Landelijke uitrol lijkt een zinvolle vervolgstap.

CONCLUSIE

Huisartsen die een DOTP volgden, hadden betere diagnostische vaardigheden en kwalitatief betere verwijfsingen dan ongetrainde huisartsen. Het volgen van zo'n training leidde ook tot minder onnodige verwijfsingen. Een DOTP kan bijdragen aan een efficiënter gebruik van de beperkte capaciteit van de tweedelijnszorg en zorgkosten beheersbaar houden. ■

LITERATUUR

1. Schreuder K, De Groot J, Hollestein L, et al. Huidkanker in Nederland, cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland, 2019.
2. Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, et al. Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatol Pract Concept* 2017;7:1-6.
3. Vallejo-Torres L, Morris S, Kinge JM, et al. Measuring current and future cost of skin cancer in England. *J Public Health (Oxf)* 2014;36:140-8.

4. Chen JT, Kempton SJ, Rao VK. The economics of skin cancer: an analysis of Medicare payment data. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016;4:e868.
5. Van Rijsingen MC, Hanssen SC, Groenewoud JM, et al. Referrals by general practitioners for suspicious skin lesions: the urgency of training. *Acta Derm Venereol* 2014;94:138-41.
6. Goulart JM, Quigley EA, Dusza S, et al. Skin cancer education for primary care physicians: a systematic review of published evaluated interventions. *J Gen Intern Med* 2011;26:1027-35.
7. Anders MP, Fengler S, Volkmer B, et al. Nationwide skin cancer screening in Germany: evaluation of the training program. *Int J Dermatol* 2017;56:1046-51.
8. Badertscher N, Braun RP, Held U, et al. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. *Swiss Med Wkly* 2013;143:w13834.
9. Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, et al. 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:e0213595.
10. LHV Huisartsenkring Nijmegen e.o. Verdachte huidafwijkingen – Betere diagnostiek en behandeling. Nijmegen: LHV Huisartsenkring Nijmegen e.o., 2020.
11. Baaten GGG, Buis PAJ, Damen Z, et al. NHG-Standaard Verdachte Huidafwijkingen. <https://richtlijnen.nhg.org>.
12. NHG. Online PIN training Verdachte Huidafwijkingen. www.nhg.org.

Marra E, Van Rijsingen MCJ, Alkemade JAC, Groenewoud JMM, Hueskes KF, Nij Bijvank CHM, Van de Laar FA, Lubeeck SFK. Huidkankerzorg verbeterd door gerichte training van huisartsen. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-0967-0. Radboudumc, afdeling Dermatologie, Nijmegen: E. Marra, coassistent; M.C.J. van Rijsingen, arts-onderzoeker; S.F.K. Lubeeck, dermatoloog, Satish.Lubeeck@radboudumc.nl. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Dermatologie, Nijmegen: J.A.C. Alkemade, dermatoloog. Radboudumc, afdeling Health Evidence, Nijmegen: J.M.M. Groenewoud, statisticus. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde: dr. F.A. van de Laar, huisarts, tevens lid Huisartsenkring regio Nijmegen. Landelijke Huisartsenvereniging, Huisartsenkring regio Nijmegen, Nijmegen: K.F. Hueskes, huisarts; C.H.M. Nij Bijvank, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.