

Gevarieerde aanpak voor het groeiende aantal huidkankerpatiënten

Een olievlek van vlekjes

Evelien Jagtman

Dermatologen staan voor een lastige opgave. Hun wachtkamers zitten vol huidkankerpatiënten. Er is een breed scala aan oplossingen nodig om ze allemaal te behandelen.

‘We zagen de wachtkamer steeds voller lopen’ zegt Han van Pelt, dermatoloog in het VieCuri ziekenhuis in Noord-Limburg. Van 2005 tot en met 2006 steeg het aantal nieuwe huidkankerpatiënten in zijn praktijk met 30 procent. De wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek liep op tot ruim boven de Treck-norm. Dit is de maximaal aanvaardbare wachttijd die door zorgaanbieders en verzekeraars is afgesproken. Volgens de gegevens van de Nederlandse kankerregistratie (NKR) neemt de huidkankerincidentie de laatste jaren in hoog tempo toe. In 2001 registreerde de NKR 6400 nieuwe patiënten met huidkanker. In 2005 waren dat er al ruim 2000 meer. ‘En hierbij zijn de basaalcelcarcinomen niet meegerekend, wat verreweg de meest voorkomende vorm van huidkanker

is’, aldus Rob Beljaards. Beljaards werkt als dermatoloog bij het zelfstandig behandelcentrum Dermicis in Haarlem. Hij is voorzitter van de Domeingroep Oncologie van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie. Beljaards liet het PALGA (pathologisch anatomisch landelijk geautomatiseerd archief) een uitdraai maken van het aantal basaalcelcarcinomen. Daaruit bleek dat er in 2005 grofweg 5000 basaalcelcarcinomen meer waren gediagnosticeerd dan in 2001, een stijging van 20 procent. En dat zijn volgens Beljaards alleen nog de carcinomen waarop pathologisch onderzoek is verricht. ‘Bedenk daarbij dat de capaciteit aan dermatologen in dezelfde periode met 9 procent is uitgebreid. Dan is het duidelijk: de beroepsgroep staat voor een grote opgave om de toename aan huidmaligniteiten op te vangen.’

Basaalcelcarcinoom, gezien door dermatoloog Han van Pelt bij patiënten in zijn praktijk.

beeld: H. van Pelt





‘De beroepsgroep staat voor een grote opgave om de toename van de huidmaligniteit op te vangen’, meent dermatoloog Rob Beljaards.

beeld: De Beeldredactie, Bas Beentjes

Een deel van de nieuwe patiënten komt in een follow-upschema terecht. Het aantal controlepatiënten stijgt dus ook. Of hun aantal is terug te schroeven, is nog onduidelijk. De richtlijn melanoom geeft aanbevelingen voor de follow-upfrequentie afhankelijk van de dikte van het melanoom. Maar in de richtlijn staat ook dat er geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is waaruit blijkt dat regelmatige controle tot een betere kans op overleving leidt. ‘Het controleschema voor basaalcelkankers wordt wel minder streng’ zegt Beljaards. De herziene richtlijn basaalcelcarcinoom ligt klaar, maar moet nog worden goedgekeurd door de zusterverenigingen. ‘In Engeland wordt eenzelfde controlebeleid gehanteerd. Eigenlijk was het ook raar dat we patiënten met een basaalcelcarcinoom onder controle hielden, terwijl sommige patiënten met een melanoom na één keer handen schudden niet meer terug hoefden te komen.’

Voor het plaveiselcelcarcinoom is nog geen richtlijn beschikbaar.

Verlichting

Zowel Van Pelt als Beljaards pleit voor het zoeken naar een oplossing binnen de dermatolo-

gische praktijk. Op de vraag of substitutie door de huisarts niet voor verlichting kan zorgen, antwoordt Van Pelt: ‘De huisarts kan zeker wat betekenen. Sommige huisartsen hebben interesse voor dermatologie en doen zelf ook histologisch onderzoek.’ Er zijn volgens hem wel grenzen aan de substitutie door de eerste lijn. ‘Huisartsen die geen histologische diagnostiek doen, kunnen beter doorverwijzen. Daarnaast kan de huisarts niet het volledige therapiepalet aanbieden, iets wat wij wel kunnen.’

Beljaards ziet wel een rol voor de markt: ‘Op alles waarvan te veel aanbod is of een tekort aan capaciteit, werkt marktwerking. Dus ook op dermato-oncologie.’ Het zou hem niet verbazen als er tussen nu en een jaar zelfstandige behandelcentra ontstaan, die zich helemaal richten op patiënten met huidkanker. Hij wijst op de Centers for Skin Cancer in de Verenigde Staten. ‘Die zijn daar al heel normaal.’

Volgens Van Pelt is marktwerking niet de oplossing voor het probleem. ‘Daarbij vallen oncologische patiënten buiten de boot. Oncologische patiënten zijn duur, ze consumeren veel en dure zorg. Dat is markttechnisch gezien helemaal niet gunstig.’

Beljaards en Van Pelt zijn het met elkaar eens dat de dermatologische praktijk moet worden aangepast om het probleem op te lossen. In het VieCuri is Van Pelt inmiddels begonnen met een ‘vlekjes-plekjes’-spreekuur. ‘We werken met een zogenaamde verlengde-armconstructie’ legt Van Pelt uit. De verlengde arm is in dit geval Anja Ebus, zijn nurse practitioner (NP). Van Pelt draait samen met Ebus het spreekuur. Elk kwartier zien ze beiden één patiënt: terwijl Ebus een nieuwe patiënt ontvangt, ziet Van Pelt een controlepatiënt. Als hij klaar is, loopt Van Pelt nog even bij Ebus binnen voor supervisie: Hij beoordeelt haar diagnose en het behandelplan. Verder handelt zij het consult in principe verder af. Daarbij hoort bijvoorbeeld ook de verslaglegging in het dossier en de rapportage aan de huisarts. ‘Voorheen zag ik iedere tien minuten één patiënt, althans volgens de planning’, aldus Van Pelt. ‘Ieder middagspreekuur kunnen er nu zeven patiënten meer worden ingepland dan voorheen. We doen vier spreekuren in de week - dat betekent een winst van 28 patiënten per week.’

Vlekjes plekjes

Het ‘vlekjes-plekjes’-spreekuur is volgens Van Pelt slechts één van de aanpassingen om de toenemende oncologipopulatie weg te werken. Het spreekuur ontstond in het kader van het CBO-project Werken zonder wachtlijst (WZW).



Dermatoloog Han van Pelt:
 'Huisartsen die geen histo-
 logische diagnostiek doen,
 kunnen beter doorverwijzen.'

beeld: De Beeldredactie,
 Vincent van den Hoogen

In het project wordt de patiëntenstroom op meerdere manieren aangepakt, zoals het aannemen van een extra anios. 'Maar we moesten ook roeien met de riemen die we hebben. Bijvoorbeeld door onze eigen mensen anders in te zetten en het spreekuur efficiënter in te richten.' Het opzetten van het 'vlekjes-plekjes'-spreekuur had wel wat voeten in aarde. 'De bottleneck

was de scholing van de nurse practitioner'. Vooral voor het leren kijken naar de huid was een lange leercurve nodig. 'We hebben een experiment gedaan waarin we iemand in zes weken het onderzoek van de huid probeerden te leren, maar dat was veel te kort', aldus Van Pelt. 'Een halfjaar moet je er zeker voor uittrekken.' Zo iemand moet je ook uitroosteren van andere dingen. 'Als iemand aan het leren is een anamnese af te nemen, kun je niet tijdens een druk spreekuur zeggen "help even met benen zwachtelen".'

Zwak punt is verder dat het hele systeem staat of valt met één persoon', zegt Van Pelt. 'Als de nurse practitioner ziek is, zakt het kaartenhuis in elkaar. En als ze ergens anders gaat werken, heb je al die uren voor niets in iemand gestoken.' Verder ziet hij geen nadelen aan het 'vlekjes-plekjes'-spreekuur. 'Je moet het wel leuk vinden om met een nurse practitioner samen te werken. Daarnaast moet je bereid zijn tijd en energie in de opleiding te steken. Als je een poli hebt waar je iedere vijf minuten een patiënt wilt zien, dan is daar geen ruimte voor.'

Lichttherapie

Inmiddels zijn de wachttijden voor controlepatiënten door het WZW-project naar anderhalve maand teruggebracht. 'Op de locatie in Venray zitten we zelfs binnen de Treek-norm', aldus Van Pelt. De wachttijden zijn korter en hij heeft nu ook meer tijd voor de patiënt. 'Daardoor kan ik tijd steken in voorlichting over risicovol zongedrag en kan ik een luisterend

UV-straling

Van 2004 tot en met 2006 lag de hoeveelheid UV-straling gemiddeld 9 procent boven die in de periode 1979 tot 1981. De belangrijkste oorzaak voor deze toename is de aantasting van de ozonlaag. Als de hoeveelheid UV-straling op dit niveau blijft, leidt dit in de toekomst tot een toename van het aantal huidkankerpatiënten, nog bovenop de stijging die nu al is te zien. Huidkanker ontstaat doordat de UV-straling het DNA in de huidcellen beschadigt en de afweer onderdrukt. Na vele jaren blootstelling kan dit tot huidkanker leiden. Daarom zorgt een toename in de UV-dosis in 2006 niet meteen voor een stijging van het aantal huidkankerpatiënten, maar pas na verloop van enkele tientallen jaren. In het Montreal Protocol zijn afspraken gemaakt om de productie en het gebruik van stoffen die de ozonlaag aantasten te beperken of stop te zetten (UNEP 1987-2000). Behalve door de hoeveelheid UV-straling die beschikbaar is, wordt het risico op huidkanker bepaald door het zongedrag. Bescherming door kleding of in de schaduw blijven verkleinen het risico. Maud Huynen wijst op het belang van gezond zongedrag; zij is onderzoeker aan de Universiteit Maastricht en co-auteur van het recentelijk uitgebrachte rapport* over klimaatverandering en het effect daarvan op de volksgezondheid. 'Je hoopt natuurlijk dat het zongedrag verbetert. Op die manier wordt het gevaar van de extra UV-straling hopelijk weer wat uitgevlakt.'

* Huynen MMTE, Hollander AEM de, Martens P, Mackenbach JP. Mondiale milieuveranderingen en volksgezondheid: stand van kennis. Bilthoven, RIVM, 2008.




Meer informatie over UV-straling en de stijging van de incidentie van huidkanker vindt u via de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

'De winst zit 'm vooral in de wachttijdverkorting'

oor bieden. Daarvoor ben je ook dokter, dat vind ik belangrijk.' In de toekomst hoopt hij de tijdwinst te kunnen gebruiken om moeilijke patiënten meer aandacht te geven. Van Pelt: 'Dat is van belang, omdat er steeds meer patiënten met multipole carcinomen op het spreekuur komen.' Hij verwacht niet dat het grotere aantal patiënten op de poli zal leiden tot stagnatie aan de achterkant van de behandelketen: de chirurgie. 'Met de komst van de fotodynamische therapie is een deel van deze groep al weggevangen', zegt Van Pelt. Fotodynamische therapie is een vorm van lichttherapie die kan worden gebruikt bij de behandeling van oppervlakkige huidtumoren. Voordeel ervan is dat er geen chirurgie aan te pas

komt. De behandeling kan door verpleegkundigen worden uitgevoerd. 'Wat er aan chirurgische behandelingen overblijft, kunnen we tot nu toe met de beschikbare dermatologen wel behappen', aldus Van Pelt.

De financiering van de nurse practitioner komt ten dele op het conto van de maatschap. Het andere deel betaalt het ziekenhuis. 'Voorwaarde daarvoor is natuurlijk wel dat we productie draaien', zegt Van Pelt. Op de vraag of de maatschap er iets aan verdient, antwoordt hij: 'Nu nog niet, maar misschien kunnen we daar in de toekomst over onderhandelen. De winst zit hem nu vooral in wachttijdverkorting en in het feit dat ik meer tijd heb voor de patiënten.' 

Een keratoacanthoom (goedaardige tumor) gezien op het 'vlekjes-plekjes'-spreekuur.

beeld: H. van Pelt



veldwerk

Gemiste kans

Eerder zette ik uiteen waarom ik niks zie in de verscherpte richtlijnen voor cardiovasculair risicomangement. De implementatie van dat beleid is inmiddels echter in volle gang. Verzet heeft dus weinig zin meer. En omdat de rol van Don Quichot mij niet ligt, zal ik het er na deze column niet meer over hebben. Maar mag ik nog eenmaal het vingertje opsteken? Is het niet merkwaardig dat het besluit om deze grootscheepse preventieve medicaliseringsoperatie uit te voeren alleen is genomen door medische beroepsverenigingen? En dat daaraan – bij mijn weten – geen debat van betekenis te pas is gekomen? Wat zouden we ervan vinden als de gezamenlijke Nederlandse wegebouwers met elkaar zouden uitmaken waar en hoeveel wegen er worden aangelegd? En wat als de Delta-commissie onder leiding van oud-minister Veerman geheel op eigen houtje had beslist dat de zeespiegelstijging moest worden beteugeld? En of wij burgers alleen even de benodigde 1,5 miljard per jaar willen dokken.

Zo zijn we toch niet getrouwd. Daar hebben we toch ons parlement en onze regering voor? Waarom schakelen we dat parlement dan wel in bij ethische, maar kwantitatief gezien mini-issues als euthanasie en embryoselectie, en niet bij deze cardiovasculaire megaoperatie? Het gaat tenslotte over een miljard euro per jaar en heeft grote gevolgen voor de kwaliteit van leven van een miljoen Nederlanders. Me dunkt een te belangrijke kwestie om alleen aan medische professionals over te laten. Een gemiste kans.

Maarten Cox,
huisarts