



Hoe staan we ervoor en waar willen we naartoe?

Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en dermatoloog

M. van Oosterhout¹, S.F.K. Lubeek²

De wereldpopulatie groeit en de levensverwachting neemt verder toe, hiermee zijn de alleroudste patiënten (≥80 jaar) de snelst groeiende leeftijdsgroep. [1] Binnen deze groeiende groep komen huidafwijkingen vaak voor. Elke dermatoloog komt in toenemende mate in aanraking met deze vaak kwetsbare en hulpbehoevende patiëntengroep tijdens het spreekuur. Relatief veel voorkomende problemen binnen deze groep kunnen een extra uitdaging vormen om tot het meest optimale beleid te komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de vaak aanwezige multimorbiditeit, cognitieve en/of fysieke beperkingen en polyfarmacie. [2] Een goede samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde (SO) en dermatoloog is onder andere daarom essentieel. In dit overzichtsartikel bespreken wij aan de hand van de literatuur en eigen ervaringen hoe deze samenwerking momenteel verloopt en waar mogelijke verbeterpunten liggen voor de toekomst.

DERMATOSEN BIJ DE ALLEROUDESTEN

De huid vertoont een verouderingsproces onder invloed van verschillende intrinsieke en extrinsieke factoren. Hierbij treden uiteenlopende morfologische en functionele veranderingen op die leiden tot een afname van fysiologische reservecapaciteit, een toename van kwetsbaarheid en een verhoogde kans op het ontwikkelen van verschillende huidafwijkingen. [3] Daarnaast spelen andere (risico)factoren die relatief vaak voorkomen bij ouderen een rol. Denk hierbij aan de genoemde multimorbiditeit (bijvoorbeeld nierinsufficiëntie, hartfalen, oedeem en diabetes), polyfarmacie, immobiliteit, incontinentie en ondervoeding. Naast de rol die deze factoren kunnen spelen bij het ontstaan van sommige huidafwijkingen, dienen ze ook in ogenschouw genomen te worden bij het opstellen van een behandelplan vanwege bijvoorbeeld mogelijke interacties, een verhoogde kans op bijwerkingen van een behandeling of de noodzakelijke ondersteuning bij het toepassen van een behandeling. [4]

De meest voorkomende (groepen) dermatosen bij de alleroudsten zijn: eczeem, pruritus sine materia, infecties, (druk)ulcera, en benigne en (pre)maligne huidtumoren. [5,6] Een aanzienlijk deel van de dermatosen bij de alleroudsten kan in de eerstelijns en/of het verpleeghuis gediagnosticeerd en behandeld worden door huisarts en/of SO. De meest voorkomende reden voor verwijzing naar de tweede lijn is (de verdenking op) huidkanker, gevolgd door (druk)ulcera, bulleuze dermatosen, eczeem, psoriasis en pruritus sine materia. [2]

WIE DOET WAT?

Hoewel (pre)maligne huidafwijkingen niet de meest voorkomende huidafwijkingen zijn waar de SO in het verpleeghuis en daarbuiten mee wordt geconfronteerd, komen (pre)maligniteiten wel ontzettend vaak voor bij ouderen en toonde eerder onderzoek aan dat dit wel de voornaamste reden is voor een bezoek van de dermatoloog aan het verpleeghuis (zie figuur 1). [7] Hoewel een consult van of verwijzing naar de dermatoloog in veel gevallen geïndiceerd is, zou bij een deel van de verwezen patiënten met laag-risico afwijkingen, met de juiste randvoorwaarden, prima een behandelafweging in de eerstelijns of het verpleeghuis gemaakt kunnen worden en bij wens tot behandeling, zou deze ook in de eerstelijns respectievelijk het verpleeghuis plaats kunnen vinden (conform aanbevelingen uit de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen). [8-12] Belangrijke belemmerende factoren hiervoor die uit eerder onderzoek naar voren kwamen, zijn een beperkte kennis van huisarts en SO over behandelmogelijkheden en onvoldoende beschikbaarheid van diagnostische/therapeutische hulpmiddelen, alsmede gebrek aan logistieke ondersteuning binnen het verpleeghuis. [13] Daarbovenop komt dat binnen de ouderengeneeskunde steeds meer verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) worden ingezet. De komst van de VS en PA als behandelaar en daarmee ook als verwijzer kan mogelijk zorgen voor een grotere toestroom aan hulpbehoevenden naar een poli dermatologie. Anderzijds kan de inzet van VS en PA en verdere subspecialisatie en training van VS, PA en SO juist ook verwijzingen voorkomen. Wetenschappelijk onderzoek naar de impact van de inzet van

¹ Specialist ouderengeneeskunde, Avoord, West-Brabant

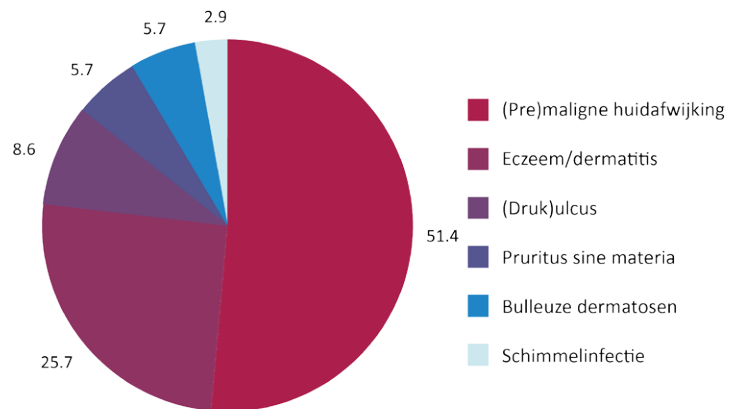
² Dermatoloog, afdeling dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

een VS en PA op verwijzingen vanuit de ouderengeneeskunde naar de dermatologiepolikliniek is wenselijk, evenals de invloed van scholing en subspecialisatie van VS, PA en SO.

De overgrote meerderheid van de behandelaren van oudere patiënten kan aanvullende medische training over huidproblemen goed gebruiken en op dit gebied zijn daarom reeds tal van initiatieven gestart. Zo ontvingen huisartsen in de regio Nijmegen bijvoorbeeld een dermato-oncologisch trainingsprogramma, waarbij recent onderzoek aantoonde dat dit van positieve waarde was op de diagnostische vaardigheden en op het terugdringen van onnodige verwijzingen. [14,15] Ook worden door dermatologen medische trainingen aan specialisten ouderengeneeskunde in opleiding geboden binnen alle opleidingsinstituten voor SO. Tijdens één van deze medische trainingen, met als onderwerp behandelmogelijkheden van (pre)maligne huidafwijkingen, werd onderling informatie uitgewisseld over hoe invloed uit te oefenen op het logistieke proces van onder andere bioptafnames. Zo kan bijvoorbeeld het ophalen van het materiaal, afgenomen in een verpleeghuis, geborgd worden door samenwerking op te zoeken met een naastliggende huisartsenpraktijk. Een ander initiatief om tot betere huidzorg te komen is een pilotstudie dat komend jaar in de regio West-Brabant zal plaatsvinden waarbij de SOs een dermato-oncologisch trainingsprogramma volgen. Voor zowel de dermatoloog als de SO ligt hier een rol om een bijdrage te leveren aan kwaliteit van huidzorg bij de alleroudsten door kennis en expertise uit te wisselen en over te dragen aan medebehandelaars, waaronder VS en PA. Naast scholing werden andere suggesties voor het verbeteren van de huidzorg in verpleeghuizen reeds aangedragen vanuit eerder onderzoek onder Nederlandse dermatologen (figuur 2). [13]

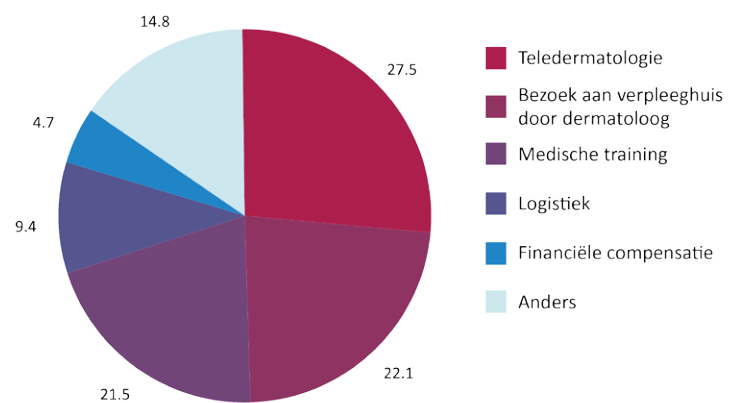
De telezorg maakt inmiddels een grote opmars, ook onder SOs. Navraag bij de twee grootste aanbieders van teledermatologie in Nederland (Zorgdomein/TCCN en Ksyos) maakt duidelijk dat het aantal aangevraagde teledermatologie consulten door SOs de afgelopen vijf jaar (2017-2021) met een factor 3 tot 5 is toegenomen. Daarnaast is ook het aantal individuele SOs die gebruik maakt van teledermatologie in vergelijkbare mate toegenomen. Tot slot waren SOs ook goed vertegenwoordigd binnen de recente pilot van de NVDV met een eigen online consultplatform, waarbij de deelnemend SOs regelmatig consulten aan hebben gevraagd en enthousiast waren over de mogelijkheden.

Daarnaast wordt er op verschillende plekken in Nederland door dermatologen periodiek een bezoek gebracht aan het verpleeghuis. De specifieke financiële compensatie van een dermatologisch consult binnen het verpleeghuis is helaas nog niet landelijk geregeld. Uit rondvraag blijkt dat er momenteel op verschillende manieren vergoeding plaatsvindt, variërend van declaratie als zijnde polikliniekbezoek tot een directe vergoeding op basis van consulturen aan de consulerend dermatoloog. Tevens zijn er subsidieregelingen voor gezondheidscentra en is er experimentele ruimte voor proeftuinen waarbij zorginhoudelijke varianten van anderhalve lijn worden geanalyseerd. [16] Helaas ontbreekt ook



Figuur 1. De meest voorkomende redenen voor dermatologen om patiënten in een verpleeghuis te bezoeken gedurende het afgelopen jaar, uitgedrukt in percentages [7]

een juiste bekostiging voor bijvoorbeeld bioptafname door SO. Bij verblijf in verpleeghuis mét behandeling bij dezelfde instelling heeft de cliënt recht op integrale zorg. Dat houdt in dat naast geneeskundige, farmaceutische en paramedische zorg ook onder andere aanvullend onderzoek en verrichtingen integraal onderdeel uitmaken van de Wet langdurige zorg (Wlz)-behandeling. [17] Diagnostische activiteiten zoals een bioptafname komen daarom ten laste van de Wlz en kunnen niet worden gedeclareerd, wat inhoudt dat voor een ander deel van de geleverde zorg binnen het verpleeghuis financieel moet worden gecompenseerd.



Figuur 2. Suggesties voor het verbeteren van de huidzorg in verpleeghuizen. [13]

MOGELIJKE VERBETERPUNTEN

Een goede transmurale samenwerking tussen SO en dermatoloog is noodzakelijk om de aangedragen verbeterpunten aan te pakken. Een suggestie voor verbetering van samenwerking geleverd door SO betreft hierin het aanzetten van de zorginstelling tot de juiste facilitering. Want hoewel de teledermatologie in toenemende mate wordt gebruikt via onder andere Zorgdomein, zijn er nog steeds regio's waarbij de verpleeghuizen nog niet zijn aangesloten bij Zorgdomein. Dit in tegenstelling tot huisartsen waarvan ruim 90% is aangesloten bij Zorgdomein. [18]

De inhoudelijke bijdrage van de SO aan verbetering van samenwerking kan geboden worden tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Omdat 'de groep oudere patiënten' een zeer heterogene groep betreft, is het essentieel om verder te kijken dan kalenderleeftijd alleen en om de algehele situatie, context en wensen te betrekken bij uw behandelvoorstel. Deze toenemende complexiteit vraagt om expertise en ondersteuning. [19-23] Een gestructureerde samenwerking kan bijdragen aan een beleid dat gericht is op de hulpvraag waarbij, binnen de medische mogelijkheden en in principe vanuit de gedachte van positieve gezondheid, de wens van de patiënt centraal staat. Een MDO biedt de SO en de dermatoloog deze gewenste overlegstructuur waarbij de wederzijdse expertise wordt gedeeld en kan tevens dienen als broedplaats voor de totstandkoming van duurzame samenwerking en landelijke en regionale transmurale afspraken. De potentiële rol van de SO betreft hierin onder andere de initiatiefnemer van een eventueel MDO.

De dermatoloog kan een inhoudelijke bijdrage leveren aan verbetering op gebied van samenwerking door een kwetsbare patiënt tijdig te signaleren, alsmede deze kwetsbaarheid daadwerkelijk te betrekken bij de eigen behandelafweging. [24] Verwijs bijvoorbeeld terug naar de eerste lijn of het verpleeghuis indien de vraag van de SO of patiënt beantwoord is, de diagnostiek is afgerond of de zorg van u als dermatoloog niet verder bijdraagt aan de kwaliteit van leven van uw patiënt. Om de implementatie van passende financiering voor transmurale huidzorg te realiseren, is een gezamenlijke (potentiële) rol weggelegd om een bijdrage te leveren aan het gesprek met regionale zorgverzekeraars. Een overzicht van verbetermogelijkheden op het gebied van samenwerking en (potentiële) rolverdeling staat in tabel 1.

Tabel 1. Verbetermogelijkheden op het gebied van samenwerking - wie doet wat?

WAT IS DE (POTENTIËLE) ROL VAN DE SO?

- Uitbreiding van kennis en kunde betreffende behandelmogelijkheden en deze expertise overdragen aan medebehandelaars.
- De rol van coördinator en initiatiefnemer van een MDO met dermatoloog.
- Het aanzetten van de zorginstelling tot juiste facilitering waaronder Zorgdomein, diagnostische hulpmiddelen en logistiek.

WAT IS DE (POTENTIËLE) ROL VAN DE DERMATOLOOG?

- De kwaliteit van regionaal medische training aan SOs waarborgen
- Een inschatting maken van de kwetsbaarheid van uw patiënt, deze kwetsbaarheid betrekken bij uw behandelvoorstel.
- Verwijs terug indien uw expertise niet verder bijdraagt aan de zorgvraag van de patiënt of diens kwaliteit van leven.

WAT IS ONZE GEZAMENLIJKE (POTENTIËLE) ROL IN HET VERBETEREN VAN ONZE SAMENWERKING?

- Bijdrage leveren aan MDO en tot stand brengen van duurzame transmurale samenwerkingsafspraken.
- Bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek ter specificatie van welke kwetsbare patiënt in de 1e lijn of het verpleeghuis behandeld kan worden en wie verwezen dient te worden naar de 2e lijn.
- Bijdrage leveren aan gesprek met regionale zorgverzekeraars over passende financiering voor transmurale huidzorg.

LITERATUUR

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: highlights*. New York: United Nations. Opgehaald via: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Koopmans RT, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Current dermatologic care in Dutch nursing homes and possible improvements: a nationwide survey. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(8):714.e1-6. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.015.
3. Lubeek SF. Veranderingen in de ouder wordende huid. *Ned T Dermatol Venereol*. 2017;9:462-467.
4. Linos E, Chren MM, Covinsky K. Geriatric dermatology - a framework for caring for older patients with skin disease. *JAMA Dermatol*. 2018;154(7):757-758. doi:10.1001/jamadermatol.2018.0286.
5. Li DG, et al. Outcomes of early dermatology consultation for inpatients diagnosed with cellulitis. *JAMA dermatology*. 2018;154:757-8.
6. Blume-Peytavi U, Kottner J, Sterry S, et al. Age-associated skin conditions and diseases: current perspectives and future options. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S230-42. doi:10.1093/geront/gnw003.
7. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Dermatologic care of institutionalized older patients: a survey among dermatologists in the Netherlands. *Eur J Dermatol*. 2015;25(6):606-12.
8. Baaten GG, Buis PA, Damen Z. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (2017). Opgehaald via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-verdachte-huidafwijkingen>
9. Lubeek SF, Van Gelder MM, Van Der Geer ER, Van De Kerkhof PC,

Gerritsen MJ. Skin cancer care in institutionalized older adults in the Netherlands: a nationwide study on the role of nursing home physicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(12):e236-e2.

10. Van Dijk C, Korevaar J, De Jong J, Koopmans B, van Dijk M, De Bakker D. Ruimte voor substitutie? Verschuiving van tweedelijns naar eerstelijnszorg. NIVEL, 2013. Available from: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kennisvraag-ruimte-voor-substitutie-verschuivingen-van-tweedelijns-naar-eerstelijnszorg>.
11. De Jong J, Korevaar J, Kroneman M, Van Dijk M, Bouwhuis S, De Bakker D. Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg. *Communicerende vaten of gescheiden circuits?* NIVEL, 2016. Opgehaald van: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf>
12. Standpunt Substitutie van Ouderenzorg, op zoek naar mogelijkheden voor nieuwe richtlijnen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018. Opgehaald van: <https://www.nvkg.nl/sites/nvkg.nl/files/Standpunt%20Substitutie%20van%20Ouderenzorg%20-%20aan-gepaste%20oversie.pdf>
13. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Improving dermatological care for older adults living in permanent healthcare institutions: suggestions from Dutch dermatologist. *Acta Derm Venereol*. 2016;96:253-254.
14. Marra M, et al. The effect of a dermato-oncological training programme on the diagnostic skills and quality of referrals for suspicious skin lesions by general practitioners. *Br J Dermatol*. 2021;184:538-544.
15. Van Rijsingen M, et al. Referrals by general practitioners for suspicious skin lesions: the urgency of training. *Acta Derm Venereol*. 2014;94:138-141.
16. Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Samen werken aan duurzame zorg landelijke monitor proeftuinen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015.
17. Zorginstituut Nederland. Standpunt diagnostiek afbakening Wlz en medisch specialistische zorg. 2020. Opgehaald van: www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz/documenten.
18. Zorgdomein. Zorgdomein in één oogopslag. Opgehaald van: <https://zorgdomein.com/over-ons/>. (geraadpleegd op 19 mei 2022).
19. Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*. 2015(31):900-914.
20. Wildiers H, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014(20);32(24):2595-2603.
21. Ankolekar A. Shared decision-making in oncology: challenges and opportunities. 2021. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20211125aa>.
22. Moor CC, Tak van Jaarsveld NC, Owusuua C. Respiration. The value of the surprise question to predict one-year mortality in idiopathic pulmonary fibrosis: a prospective cohort study. *Respiration*. 2021;100(8):780-785.
23. Gurtner C, Schols JM, Lohrmann C. Shared decision making in the psychiatric inpatient setting: an ethnographic study about interprofessional psychiatric consultations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19, 3644: 1-16.
24. Lubeek SF, Borgonjen RJ, Van Vugt LJ, Olde Rikkert MG, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Improving the applicability of guidelines on nonmelanoma skin cancer in frail older adults: a multidisciplinary expert consensus and systemic review of current guidelines. *Br J Dermatol*. 2016; 175(5): 1003-1010.

CORRESPONDENTIEADRES

Marleen van Oosterhout

E-mail: ma.van.oosterhout@avoord.nl