

Voorwoord

In de werkstages van het derde en het vierde jaar van de opleiding huidtherapie is ons opgevallen dat veel patiënten vragen stellen over naevi's. De meest voorkomende vraag: Is deze moedervlek kwaadaardig? Omdat wij geen diagnose mogen stellen, kunnen wij op dit gebied alleen informatie en advies geven. Maar op welke manier kunnen huidtherapeuten dit het beste doen? Moet dit individueel of in groepen? Of zijn er nog andere mogelijkheden om ons werkveld op dit gebied te verbreden? Bovendien is de incidentie van het melanoom van de huid in de laatste decennia sterk gestegen. Genoeg redenen dus om op onderzoek uit te gaan.

Om antwoord te krijgen op deze vragen hebben wij een literatuuronderzoek verricht. Om te controleren of deze gegevens overeenkomen met de praktijk, is ook een praktijkonderzoek gedaan door middel van een enquête onder huidtherapeuten.

Graag willen wij via deze weg onze begeleider Peter Vermeulen, docent aan de opleiding Huidtherapie te Utrecht, bedanken voor zijn begeleiding, bruikbare tips, adviezen en snelle reacties. Daarnaast willen wij alle huidtherapeuten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek, bedanken.

We hebben met plezier aan dit onderzoek gewerkt. Het heeft veel energie en tijd gekost, maar gezien het resultaat zijn we trots op ons werk.

Utrecht, 25 april 2008

Lenneke van Klaren
Lysette Rietveld

Inleiding

Probleembeschrijving

De incidentie van het melanoom van de huid is de laatste decennia sterk gestegen. Vanaf 1990 was dit weer redelijk stabiel. De hoogste melanoomincidentie wordt gezien in Queensland, Australië. Namelijk 39:10.000. Een veranderd zonnebaadgedrag is een belangrijke factor; met name een doorgemaakte zonnebrand op de kinderleeftijd zou het risico doen toenemen. De stijging in incidentie wordt alleen waargenomen bij het blanke ras en is het opvallendst bij mensen met een lichte, pigmentarme huid. (Van Vloten, Degreef, Stolz, Vermeer & Willemze, 2000).

Melanomen zijn onder te verdelen in 3 stadia. Een patiënt met een melanoom van stadium 3, heeft metastasen op afstand. Er is de laatste tijd geen grote therapeutische vooruitgang geboekt in de behandeling van melanomen van stadium 3. De nadruk ligt dan ook sterk op voorlichting en vroege diagnostiek. (Van Vloten et al., 2000).

Dit grijpt ons als huidtherapeuten erg aan. Wat is er voor de patiënt belangrijker dan deze afwijking in een vroeg stadium te ontdekken? Wij vinden dat wij als huidtherapeuten hierin iets kunnen betekenen. Door ons te verdiepen in het klinische beeld, risicofactoren en preventie, kunnen wij onze kennis op dit gebied vergroten. Daarnaast kunnen wij door middel van bijvoorbeeld voorlichting, de bekendheid van ons beroep vergroten. Niet alleen voor patiënten en huidtherapeuten is het van belang om dit probleem aan te pakken. Huisartsen en dermatologen kunnen hier ook profijt van hebben. Door patiënten vroegtijdig voor te lichten over de eventuele gevolgen van veelvuldig zonnebaden, zien wij een kans, dat op lange termijn de werkdruk vermindert. Dit komt ten goede aan wachtlijsten in de zorg en zal de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.

Doelstelling

Wij willen door middel van literatuuronderzoek dit probleem verduidelijken, uitdiepen en inventariseren. Door middel van de verkregen informatie willen wij onderzoeken welke manier van voorlichting het meest relevant is, en voor welke doelgroepen dit het meest effectief is.

Hoofdvraagstelling

Op welke wijze kunnen huidtherapeuten bijdragen aan een vroegtijdige diagnostiek van tumoren uitgaande van de melanocyten?

Om de hoofdvraagstelling goed te kunnen begrijpen, hebben we subvragen opgesteld. De antwoorden kunnen van belang zijn voor het onderwerp.

Subvraag 1:

Welke disciplines houden zich nu bezig bij verdenking van melanomen?

Subvraag 2:

Wat is de rol van een huidtherapeut op dit moment bij melanomen?

Subvraag 3:

Wat wordt er nu aan vroegtijdige diagnostiek gedaan?

Subvraag 4:

Voor welke doelgroepen kunnen huidtherapeuten op het gebied van vroegtijdige diagnostiek een bijdrage leveren?

Afbakening literatuuronderzoek

Literatuur voor onze hoofdvraagstelling willen we vinden door middel van de zoekmachines Pubmed en Medline. Hiermee zoeken we naar onderzoeken en artikelen om literatuur te kunnen onderbouwen. Tevens komen casusbesprekingen en effectonderzoeken van pas. Leerboekinformatie zullen we uiteraard gaan gebruiken, net als patiënteninformatie. We willen gebruik maken van de interactieve handleiding van de homepage van HU. Tijdschriften en vakbladen zullen mede het onderzoek ondersteunen. De gevonden literatuur wordt beoordeeld op niveau voordat het gebruikt wordt.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt beschreven, welke disciplines zich nu bezig houden bij een verdenking van een melanoom en wat de rol van een huidtherapeut op dit moment is. Ook wordt er in het kort beschreven wat er nu aan vroegtijdige diagnostiek gedaan wordt en welke bijdrage een huidtherapeut in de toekomst kan bieden.

In hoofdstuk 2 wordt de pathologie van tumoren, uitgaande van de melanocyten beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven welke middelen van vroegtijdige diagnostiek er op dit moment zijn.

In hoofdstuk 4 wordt er beschreven op welke manieren huidtherapeuten een bijdrage kunnen leveren.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven voor welke doelgroepen groepsvoorlichting gegeven kan worden.

In hoofdstuk 6 wordt een evaluatie van het literatuuronderzoek beschreven.

In hoofdstuk 7 wordt er beschreven wat voor onderzoekstype er wordt uitgevoerd, de populatie onderzoekseenheden enz. Ook staat er beschreven hoe de respondenten zijn benaderd en met welke vragen dit gedaan is.

In hoofdstuk 8 wordt beschreven wat voor vragen er zijn gebruikt voor de enquête. Ook staat er beschreven bij wie er een proefenquête gemaakt is en hoe de gegevens verzameld zijn.

In hoofdstuk 9 worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven.

In hoofdstuk 10 wordt de evaluatie van het praktijkonderzoek besproken.

In hoofdstuk 11 wordt de discussie besproken.

In hoofdstuk 12 wordt de conclusie geformuleerd.

In hoofdstuk 13 is de literatuurlijst te vinden. Daarnaast is er aan het einde de bijlage te vinden, met onder andere de brief voor de respondenten, enquête, codeboek en datamatrix. Tevens is er informatie te vinden, betreffende vormen van preventie.

Hoofdstuk 1: Verkenning

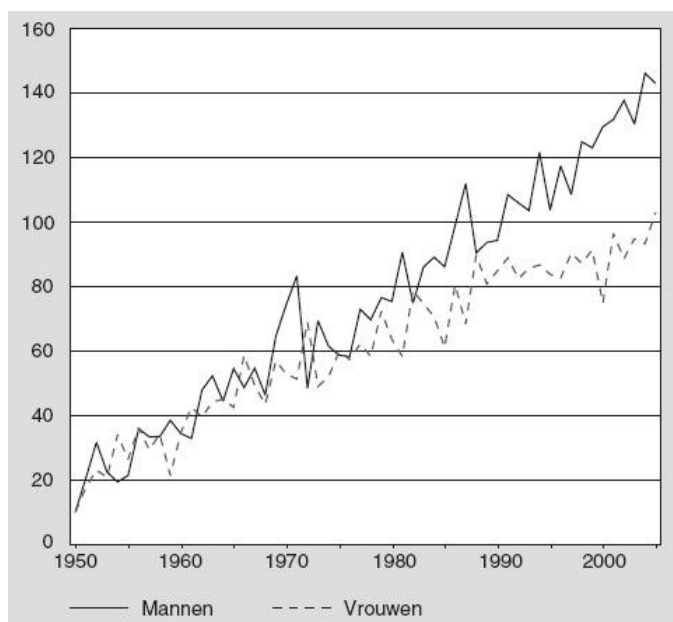
1.1 Hypothese

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 25.000 nieuwe gevallen van huidkanker gediagnosticeerd en overlijden bijna 500 mensen aan huidkanker. Dit zijn voornamelijk mensen met een melanoom. In de nabije toekomst wordt een sterke stijging in het aantal huidkankerpatiënten in Nederland en in andere Europese landen verwacht. Dit komt deels door de nog steeds stijgende incidentie, maar ook door het verouderen van de bevolking. Door de toenames in incidentie, met een min of meer gelijkblijvende sterfte zijn de verwachte toenames in het jaarlijks aantal nieuwe huidkankerpatiënten zeer sterk: van 20.800 patiënten in het jaar 2000 naar 36.800 in 2015.

Als gevolg van de stijgende incidentie van huidkanker wordt alleen al voor de huisartsen een verdrievoudiging van de zorgvraag voorspeld en zal de totale zorgvraag met meer dan 5% per jaar toenemen. Binnen enkele jaren zullen huis- en huidartsen waarschijnlijk niet meer aan de vraag naar (preventieve) zorg kunnen voldoen. ^A

Zoals in Van Vloten als genoemd is, blijkt dat er de laatste tijd geen grote therapeutische vooruitgang is geboekt in de behandeling van melanomen van stadium 3. De nadruk ligt dan ook sterk op voorlichting en vroege diagnostiek.

Sterfte door melanoom, 1950–2005



1.2 Uitwerking van subvragen

Om inzicht te krijgen, waar de huidtherapeut zich in het proces van de diagnose melanoom bevindt of eventueel een plaats kan innemen, is het relevant om antwoord te geven op de subvragen. Met deze antwoorden wordt duidelijk waar in het proces de zwakke punten liggen. Huidtherapeuten kunnen een rol spelen in het versterken van de zwakke punten.

Subvraag 1:

Welke disciplines houden zich nu bezig bij verdenking van melanomen?

Zodra er door de patiënt een verdenking is op een melanoom zal als eerste de huisarts geraadpleegd worden. Op grond van het klinisch beeld kan een geoefend arts in veel gevallen de diagnose van een “gewone” of “dysplastische” naevi vaststellen. Een hulpmiddel hierbij kan een dermatoscoop zijn. Bij een verdenking op een dysplastische naevi of een melanoom wordt de patiënt via de huisarts verwezen naar de dermatoloog, die vervolgens de (plastisch) chirurg opdracht geeft om door middel van een excisie de naevi te verwijderen. Deze wordt altijd voor histologisch onderzoek opgestuurd naar de patholoog anatoom. Afhankelijk van de Breslow dikte wordt de patiënt via follow-up gecontroleerd. In de bijlage wordt uitgelegd wat de Breslow dikte inhoudt.

Subvraag 2:

Wat is de rol van een huidtherapeut op dit moment bij melanomen?

De huidtherapeut houdt zich bezig met de zieke en beschadigde huid. Behandelingen die veel voorkomen zijn onder andere; acnebehandelingen, camouflagetherapie, littekenmassage, manuele lymfdrainage, zwachtelen, aanmeten therapeutische elastische kousen, elektrische epilatie, enzovoorts. Deze behandelingen zijn voornamelijk gericht om de klacht van de patient te verhelpen of het zo dragelijk mogelijk te kunnen maken. Hoewel je als huidtherapeut veel in aanmerking komt met vragen over naevi's, is er in het beroep huidtherapie hiervoor nu geen grote rol weggelegd. Huidtherapeuten mogen geen diagnose stellen. Het enige wat huidtherapeuten kunnen betekenen, is advies geven over verdere diagnostiek, benoemen van risicofactoren en hoe deze risicofactoren te kunnen voorkomen, in hoeverre dat mogelijk is.

Subvraag 3:

Wat wordt er nu aan vroegtijdige diagnostiek gedaan?

- Controle na melanoom door dermatoloog (follow-up)
- GGD maandthema. Extra aandacht voor huidziekten en allergieën door middel van folders en informatie van patiëntenverenigingen of landelijke organisatie.
- Sms-alarm zonkracht RIVM.
- Vip-controle Dr. Brinkmann kliniek.

In hoofdstuk 3 worden deze onderwerpen met literatuur onderbouwd.

Subvraag 4:

Voor welke doelgroepen kunnen huidtherapeuten op het gebied van vroegtijdige diagnostiek een bijdrage leveren?

- Voorlichting voor groepen met een familiair verhoogd risico.
- Voorlichting voor groepen met verhoogd melanoomrisico op grond van huidtype en UV- schade aan de huid.
- Voorlichting aan jongeren onder de 20 jaar.
- Voorlichting aan andere zorgverleners.
- Bevolkingsonderzoek door middel van een oproepkaart.
- Invoering moedervlek kaart als controlemiddel.

In hoofdstuk 5 worden deze onderwerpen met literatuur onderbouwd.

1.3 Proces bij verdenking van melanoom

Door het proces voor en na de diagnose melanoom te beschrijven, wordt duidelijk waar de zwakke punten in dit proces liggen en waar de huidtherapeut op dit gebied iets kan betekenen.

Wanneer een naevus naevocellularis (kortweg; naevi) gaat jeuken, steken geeft, pijn gaat doen, korstvorming geeft en/of gaat bloeden, worden sommige mensen wantrouwend. Vaak berusten deze verschijnselen op onschuldige veranderingen. Toch is het belangrijk om hier onderzoek naar te doen. De prognose van het melanoom wordt overwegend bepaald door het tumorstadium en de Breslow-dikte op het moment van diagnose. (Van Vloten et al., 2000). Hoe eerder de diagnose wordt gesteld, hoe beter de overlevingskansen zijn. Dat sommige mensen wantrouwend worden, blijkt uit bovengenoemd stuk noodzakelijk te zijn. Het probleem is, dat veel mensen niet optimaal op de hoogte zijn van de risicofactoren en welke symptomen passen bij een melanoom. Zie grafiek in hoofdstuk 1.1. Bovendien is voor mensen die wel op hoogte zijn van de symptomen de drempel naar de huisarts misschien te hoog. Of lopen ze liever langer door met hun klachten, want “zo erg kan het ook weer niet zijn”.

Het veranderd zonnebaadgedrag en doorgemaakte zonnebrand op kinderleeftijd zou het risico doen toenemen. (Van Vloten et al., 2000). Dit gedrag zou redelijk eenvoudig beïnvloed kunnen worden, door het geven van preventieve voorlichting. Als mensen niet weten wat voor gevolgen langdurige blootstelling van de zon kunnen hebben, is het logisch dat het sterftecijfer in de laatste jaren gestegen is. Door middel van voorlichtingscampagnes en/of bevolkingsonderzoek zou dit aantal kunnen dalen. Maar wellicht is er voor de huidtherapeut een rol weggelegd op dit gebied. In het vroege stadium van verdenking op een melanoom is misschien wel de meeste begeleiding nodig. Het is belangrijk om hier aandacht aan te schenken.

Wanneer de huisarts een verdenking op een melanoom heeft geconcludeerd, zal de patiënt worden doorverwezen naar de dermatoloog. Deze zal de diagnose stellen door middel van een eventueel huidbiopt. Tevens wordt de patiënt van informatie voorzien, mondeling door de dermatoloog en/of schriftelijk via folders of internetsites. Gemiddeld 2 weken na het biopt volgt de uitslag. De plastisch chirurg zal het melanoom door middel van excisie verwijderen. Afhankelijk van de breslow-dikte van het melanoom, wordt een controle door de dermatoloog ingesteld, de follow-up. Verschillend in jaren, wordt de patiënt onderzocht op eventuele recidieven en lymfkliermetastasen. Tevens wordt de patiënt begeleid door middel van adviezen en door middel van psychische ondersteuning als dat van toepassing is. Er kan aangenomen worden dat de begeleiding op dit gebied voldoende is.

Hoofdstuk 2: Pathologie

Als huidtherapeuten een bijdrage willen leveren in het proces dat een patiënt met een melanoom ondergaat, moeten zij beschikken over kennis van tumoren uitgaande van de melanocyten. Zij moeten beschikken over onderstaande informatie.

2.1 Verschil tussen benigne, premaligne en maligne tumoren

Benigne tumoren zijn goedaardige tumoren. Dit betekent dat de tumorencellen het omliggende weefsel niet kunnen infiltreren en destrueren en de cellen ook niet uitzaaien. (Sillevis Smit, Van Everdingen, Starink, & De Haan, 2004).

Premaligne tumoren zijn tumoren die zonder behandelingen maligne kunnen transformeren. (Van Vloten et al, 2000).

Maligne tumoren zijn kwaadaardige tumoren. Deze kwaadaardige tumoren ontstaan uit cellen die zich ongeremd delen, die het omliggende weefsel vernietigen en al of niet kunnen uitzaaien. (Sillevis Smit et al, 2004).

2.2 Verschillende tumoren uitgaande van de melanocyten

Melanocytennaevi

Etiologie:

Melanocytennaevus zijn kleine tumoren van de huid. Het gaat hier om goedaardig gepigmenteerde tumoren met proliferatie van melanocyten in nestjes bij de overgang van epidermis en dermis, die later migreren naar de dermis.

Er zijn twee soorten melanocyttaire naevus te onderscheiden, zoals de congenitale melanocyttaire naevi (aangeboren) en de verworven melanocyttaire naevi (komt op latere leeftijd). De verworven melanocytennaevi is te onderscheiden in verschillende vormen zoals:

- junction naevus
- samengestelde naevus
- intradermale naevus
- spitz naevus
- blauwe naevus
- dysplastische naevus

Klinisch beeld:

De morfologie van de melanocytennaevus is erg variërend. De naevus is vlak, tot mogelijk iets verheven. De kleur is egaal en kan wisselen van lichtbruin tot zeer donker bruin. De grootte varieert van 0,1-1 cm. De naevus komt zowel voor bij kinderen, als bij volwassenen.

Lokalisatie:

Dit type komt bij alle rassen en op alle leeftijden voor. De lokalisatie hangt af van de vorm, maar kan gezien worden op het gelaat en de extremiteiten.

Behandeling:

Bij dit type is er geen behandeling nodig, omdat men hier spreekt over een goedaardige tumor. (Van Vloten et al., 2000).

*Dysplastische naevus***Etiologie:**

Deze naevus heeft een ongewoon uiterlijk en is vaak nog niet kwaadaardig, maar bevindt zich in een voorstadium van kwaadaardigheid. (Fokke, 2005)

Klinisch beeld:

De naevus heeft verschillende kenmerk zoals; een afwijkende vorm, bestaat uit meerdere kleuren, licht verheven, is groter dan vijf millimeter en heeft vaak een grillige en soms vage begrenzing. Men ziet deze naevus vaak op delen van de huid die door kleding bedekt zijn, dit in tegenstelling tot de meeste naevus. (Fokke, 2005)

Lokalisatie:

De naevus komen verspreid voor over het gehele lichaam, maar voornamelijk op de romp. Zowel de nates, mammae en genitaliën, evenals de handen, voeten en behaarde hoofdhuid. (Van Vloten et al., 2000).

Behandeling:

Als de naevus verschillende symptomen gaat vertonen zoals, asymmetrie, sterk contrasterende pigmentverschillen, blauw- of grijs tinten en bij (vage) symptomen zoals jeuk of pijn bestaat er een verdenking op een beginnend melanoom. Er is dan reden tot een excisie. Tot die tijd is het belangrijk om de naevus goed in de gaten te houden. (Van Vloten et al., 2000).

*Lentigo maligna***Etiologie:**

Dit type groeit zeer langzaam (vele jaren). Een lentigo maligna melanoom zal in de toekomst altijd aanleiding geven tot een melanoom.

Klinisch beeld:

Een lentigo maligna is een maculeuze vlek, sterk onregelmatig gepigmenteerd met een grillige rand. De omliggende huid vertoont actinische schade zoals, atrofie, hyperpigmentaties, hyperkeratosen en rimpels.

Lokalisatie:

Deze laesie komt voornamelijk voor in het gelaat van oudere mensen (50-80 jaar), met een buiten beroep. Dit komt, omdat de lentigo maligna samen hangt met een cumulatieve blootstelling aan zonlicht.

Behandeling:

Dit type dient bij voorkeur chirurgisch behandeld te worden. Doordat dit type een grote afmeting heeft, wordt er vaak gekozen voor bestraling of cryotherapie. (Van Vloten et al., 2000)

Maligne melanoom

Etiologie:

Het melanoom van de huid is een maligne tumor die uitgaat van de melanocyten in de epidermis. Deze kan optreden in een epidermale melanocyt of in de melanocyten van een precursorlaesie.

Klinisch beeld:

Vroege verandering die duiden op een maligne ontaarding kunnen zijn; (asymmetrische) groei en pigmentverschuivingen. Ook wordt er vaak jeuk of een stekend gevoel op de plek waargenomen. Bij gevorderde melanomen neem de dikte toe en is er kans op ulceratie en kan een bloeding ontstaan.

Lokalisatie:

Er worden verschillende melanomen van de huid onderscheiden. Hieronder worden de verschillen beschreven.

- Het lentigo maligna melanoom is de invasief groeiende vorm van de lentigo maligne. Dit melanoom komt voor op de aan zonlicht blootgestelde huid, zoals; gelaat en handruggen. En vooral bij oudere mensen met een blanke huid.
- Het acrolentigineuze type is per definitie gelokaliseerd aan de handpalmen, voetzolen of onder de nagel (de acra). Dit melanoom wordt gezien op oudere leeftijd en niet blanke rassen. (Van Vloten et al., 2000).
- Het superficieel spreidend melanoom en het nodulair melanoom kunnen het beste als één type worden besproken. Het superficieel spreidend melanoom maakt een vroege horizontale groei, waarbij deze beperkt blijft in de oppervlakkige dermis. Daarna breidt de tumor zich verticaal uit, naar de diepere laag. Dit wordt het nodulair melanoom genoemd. Het nodulair melanoom heeft een slechte prognose. Dit komt, omdat het melanoom snel groeit (maanden) en later voorkomt. Deze melanomen kunnen op alle leeftijden voorkomen, met een piek tussen de veertig en vijftig jaar. (Sillevis Smit et al., 2004)

Behandeling:

Dit type dient bij voorkeur chirurgisch behandeld te worden. Doordat dit type een grote afmeting heeft, wordt er vaak gekozen voor bestraling of cryotherapie. (Van Vloten et al., 2000).

Hoofdstuk 3: Middelen tot vroeg diagnostiek op dit moment

Om te inventariseren welke middelen tot vroeg diagnostiek nu toegepast worden, wordt er een overzicht gecreëerd, waarin duidelijk wordt waar aandacht aan besteed moet worden. Door middel van literatuuronderzoek wordt beschreven of deze manier van vroeg diagnostiek relevant is.

3.1 Controle na melanoom door dermatoloog (follow-up)

Het belangrijkste doel van vervolgonderzoeken van patiënten met een melanoom is een vroege diagnose van het ontwikkelen van een terugkomende of een tweede tumor. De follow-up heeft een relevant effect op de prognose. In 80% van de gevallen worden recidieven gediagnosticeerd wanneer de follow-ups systematisch worden uitgevoerd.² De belangrijkste reden voor de follow-up is het vroeg ontdekken van regionale lymfekliermetastasen, omdat na chirurgische behandeling hiervan nog genezing mogelijk is. Tevens dient het behandelde gebied geïnspecteerd en gepalpeerd te worden om een lokaal recidief, satellieten of in-transitmetastasen op te sporen. Bij de controle moet ook gelet worden op eventuele nieuwe primaire melanomen. (Van Vloten et al., 2000).

Uit dit onderzoek blijkt dat een follow-up zinvol kan zijn. Toch houdt niet ieder land zich aan de zelfde regels betreft deze controle. Bij een melanoom met een Breslowdikte van < 1 mm, wordt er in Nederland aanbevolen dat een eenmalige controle 1 maand na de behandeling voldoende is. Daarna kan zelfcontrole door de patiënt plaatsvinden. De Amerikaanse richtlijn adviseert voor melanoma in situ minimaal jaarlijkse controle. Voor melanomen met een Breslowdikte < 1 mm wordt een controle van elke 3-6 maanden aanbevolen gedurende de eerste 3 jaar, daarna wordt de frequentie afgebouwd tot minimaal 1 maal per jaar. De Engelse richtlijn adviseert voor alle invasieve melanomen een controle elke 3 maanden gedurende de eerste 3 jaar. Patiënten met melanomen < 1 mm worden daarna eventueel ontslagen uit de follow-up.³ Wat naar boven komt uit een ander artikel, is dat de follow-up na de behandeling van een primair melanoom varieert in de praktijk. Volgens de richtlijn 'melanoom van de huid' van het CBO is er geen bewijs waaruit blijkt dat regelmatige controle tot een betere kans op overleving leidt.⁴

Bovendien wordt in de bespreking van de richtlijn 'Melanoom van de huid' het volgende vermeld: "De kanttekeningen die nog te plaatsen zijn bij de richtlijn hebben betrekking op de inhoud, waarbij discussies gevoerd kunnen worden over onder andere de follow-up en de aanvullende behandelingen. Het probleem bij deze discussies is het grote gebrek aan wetenschappelijk onderzoek. Er zijn zeer weinig prospectief gerandomiseerde studies beschikbaar."³

Zoals in de tekst beschreven wordt kan aangenomen worden dat een controle door de dermatoloog (follow-up) effectief is. De vraag is of de frequentie van controle in Nederland na een melanoom met een Breslowdikte van < 1 mm voldoende is. In het buitenland worden controles langer doorgevoerd. Daarnaast kan je afvragen of zelfcontrole toegepast kan worden door iedere patiënt, kijkend naar leeftijd en therapietrouw.

3.2 Maandthema GGD

Sinds vorig jaar heeft de GGD een maandthema in het leven geroepen. Hierin wordt aandacht gegeven aan de gevolgen die kunnen ontstaan na langdurige blootstelling van UV licht. In samenwerking met de gezondheidswijzer in de regio is een informatiepakket samengesteld. In het maandpakket wordt informatie gegeven over veilig zonnen, een droge huid van de zon, droog haar, uv-straling en het beste advies voor de zomerzon.

GGD Zuidoost Brabant en GGD Zuid-Hollandse Eilanden hebben vorig jaar deelgenomen aan dit thema, met succes. Door artikelen te publiceren in de plaatselijk kranten, werden veel doelgroepen bereikt.

In een wetenschappelijk artikel dat opgesteld is door verschillende Amerikaanse organisaties is onderzocht of er een reactie is op het zongedrag na actief verstrekken van informatie via kranten en televisie. Bijna 64% van de ondervraagden had de informatie vernomen. Daarvan verklaarde 38% van de ondervraagden dat zij of hun familie hun manier van zonbescherming als resultaat van de informatie, veranderden.⁵

Het Koninklijk Wilhelmina Fonds (KWF kankerbestrijding) zet zich ook in voor vroeg diagnostiek bij huidkanker. Voor de tweede keer dit voorjaar is de campagne: “Ken de 9 signalen” van start gegaan. Hiermee wordt de nadruk gelegd op vroeg diagnostiek van kanker. Een onderdeel daarvan is herkenning van een mogelijk melanoom. Op deze manier wordt de mens bewust gemaakt van het feit dat zij zelf kunnen bijdrage aan een vroege diagnostiek. Op de site www.kwflachtadvies.nl wordt meer informatie gegeven. B

Het belang van vroeg diagnostiek zoals de GGD en KWF dit aanpakt, wordt benadrukt in een onderzoek uit november 2006. Daarin wordt vermeld dat huidkanker grote risico's met zich meebrengt. Medewerkers in de gezondheidszorg zouden zich op preventieve maatregelen moeten concentreren, zoals regelmatige huidexamens, zelfonderzoek, openbaar onderwijs en onderzoeksprogramma's.⁶

Het is goed dat de GGD zich bezig houdt met preventieve maatregelen betreft UV blootstelling aan de huid. Of dit de meest effectieve manier is van voorlichting is te betwijfelen. Je bereikt op deze manier een beperkte doelgroep. De GGD is regionaal, maar in dit geval ben je afhankelijk van de keuze van provincies die willen deel nemen aan dit thema.

3.3 Sms-alarm zonkracht RIVM

Langdurige en regelmatige blootstelling aan sterke UV straling kan huidkanker veroorzaken. De zonkracht is een maat voor de hoeveelheid ultraviolette straling in het zonlicht die de aarde bereikt. Deze zonkracht is niet af te leiden uit de warmte van de zon. Op een koele zomerdag kan de zonkracht groter zijn dan op een warme zomerdag. Wolken houden de UV straling deels tegen. De zonkracht neemt daardoor af tot 3.5. Bij die waarde bestaat er geen verbrandingsgevaar. Wanneer deze waarde zich verhoogt, is er wel degelijk kans op verbranding. Waarde 8 is het hoogste niveau dat in Nederland mogelijk is. Omdat de waarde van zonkracht steeds dichterbij dit getal komt, heeft de KWF Kankerbestrijding in samenwerking met het KNMI vorig jaar voor het eerst een sms-alarm afgegeven, met daarin de zonkracht vermeldt. “Mensen moeten voorkomen dat hun huid verbrandt, want dat verhoogt het risico op huidkanker”, zegt een woordvoerder van KWF Kankerbestrijding. Volgens de stichting is het beter om tussen 12:00 uur en 15:00 uur helemaal niet in de zon te komen en huidbedekkende kleding te dragen.

Deze manier van preventie is betrekkelijk nieuw. Wat het effect is op lange termijn, is helaas niet terug te vinden in een wetenschappelijk onderzoek.

Wat wel degelijk onderzocht is, zijn de gevolgen van bovenmatige blootstelling van UV straling. Dit beïnvloedt de gezondheid door grotere kans op zonnebrand en huidkanker. In een onderzoek is de UV dosis gemeten bij openlucht activiteiten. Daaruit blijkt dat goede bescherming tegen UV stralen noodzakelijk is.⁷ De blootstelling aan ultraviolette straling is de belangrijkste risicofactor voor melanomen. Het sterke epidemiologische en moleculaire bewijsmateriaal verbindt zonblootstelling aan de ontwikkeling van melanomen, zo melden Bordeaux, Lu en Cooper in een onderzoek.⁸

Deze manier van preventie is nieuw. Het is goed om mensen te waarschuwen welke zonsterkte er verwacht wordt. Een nadeel hiervan is dat je aangemeld moet zijn om deze sms te kunnen ontvangen. Daarnaast beperkt het tot een bepaalde doelgroep, namelijk mensen die in het bezit zijn van een mobiele telefoon. Oudere mensen zijn hierdoor minder goed te bereiken.

3.4 Vipcontrole Dr. Brinkmann kliniek

Dr. Margrit Brinkmann is opgeleid op het vakgebied van dermatologie en dermatochirurgie. Zij heeft door middel van algehele lichaamscontrole op moedervlekken of op vormen van huidkanker dit specifieke gebied binnen de dermatologie tot een van haar speerpunten gekozen.

Dr. Brinkmann geeft een vipcontrole bij verdenking van een melanoom. Sinds 10 jaar is in de klinische dermatologie de dermatoscopie in opkomst. Deze techniek wordt inmiddels door de meeste dermatologen gebruikt voor de beoordeling van gepigmenteerde huidafwijkingen. Dermascopie is een non-invasieve, in vivo techniek waarbij een 10 keer vergroot beeld wordt verkregen van een gepigmenteerde laesie, nadat de hoornlaag doorzichtig is gemaakt door applicatie van olie. Dit apparaat wordt een dermatoscoop genoemd. Deze techniek heeft de potentie om de klinische diagnostiek van het melanoom te verbeteren omdat het een aantal beoordelingscriteria toevoegt. De auteurs van een drietal reviews concluderen, dat de sensitiviteit van de melanoom diagnostiek verhoogd kan worden tot ongeveer 90 %. Ook de specificiteit van de dermatoscopie bij de diagnostiek, is in ervaren handen ongeveer 90 %. c

Hoewel veel dermatologen gebruik maken van dit apparaat, wordt in de Brinkmann kliniek ook gebruik gemaakt van een Visual Image Picture (VIP). Bij de VIP-controle® van de huid kan door middel van een digitale dermatoscoop een moedervlek tot 50 keer uitvergroot worden zonder verlies van beeldkwaliteit. Dit beeld kan met behulp van een aangesloten computer worden vastgelegd. Aan de hand van uiterlijke kenmerken van een moedervlek kan deze computer ook een berekening op kwaadaardigheid uitvoeren. Tevens biedt dit systeem de mogelijkheid tot het bewaren van de digitale beelden voor vervolgonderzoek. Helaas is er geen wetenschappelijk artikel te vinden over deze digitale dermatoscoop.

In dit geval is het de dermatoloog die vast stelt wat de diagnose is, door middel van een digitale dermatoscoop. Huidtherapeuten mogen geen diagnose stellen. Daarmee wordt het gebruik van de dermatoscoop door huidtherapeuten niet benut.

Hoofdstuk 4: Mogelijke middelen tot vroeg diagnostiek in de toekomst

Er zijn verschillende disciplines waarmee een huidtherapeut samen zou kunnen werken, maar is dit ook relevant? In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden besproken. De disciplines waarmee een huidtherapeut nauw verbonden is, zijn uitgewerkt.

4.1 Huidtherapie en teledermatologie

Teledermatologie kan gedefinieerd worden als het door de dermatoloog op afstand beoordelen van huidafwijkingen bijvoorbeeld via per e-mail verstuurd foto's. In het Martini Ziekenhuis Groningen is een studie gedaan naar de mogelijkheden van teledermatologie in Nederland. In beide gevallen bleek dat de methode goed toepasbaar is in de dagelijkse praktijk en betrouwbare adviezen voor de 1e lijn oplevert. Teledermatologie maakt gebruik van een teleconsult. Een teleconsult is een consult van huisarts bij dermatoloog bestaande uit digitale foto's en een korte beschrijving van de anamnese via elektronische weg (internet en/of intranet). De aanvrager van het teleconsult (in dit geval de huisarts) is en blijft hoofdbehandelaar. Deze manier kan ook door huidtherapeuten toegepast worden. Door middel van medische fotografie tijdens de opleiding is het mogelijk om deze manier over te nemen. Er komen ten slotte veel mensen die vragen hebben over melanomen. Bovendien bestaat er in de huidige gezondheidszorg een ontwikkeling van een sterke groei van de vraag naar zorg en een beperkte capaciteit bij de zorginstellingen; zowel financieel als qua bemensing. Het is daarom een uitdaging om ondanks deze beperkingen, de kwaliteit van zorg te waarborgen en te zoeken naar nieuwe mogelijkheden van samenwerking. Binnen de gezondheidszorg bestaan wachttijden; zowel voor een eerste polikliniek bezoek als soms tijdens het spreekuur. Bij een teleconsult vervallen deze wachttijden. Ondanks dat de afstanden in Nederland veelal gering zijn, spaart de patiënt hier ook reis en (soms) parkeerkosten. Wel zal in bepaalde gevallen toch, voor verder onderzoek, een beoordeling door de dermatoloog in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. De huidtherapeut kan op deze manier een goede invulling geven aan de beperkte capaciteit bij zorginstellingen. Dit is voor de patiënt ook een voordeel.

In diverse wetenschappelijke artikelen is de haalbaarheid van dit systeem onderzocht. Teledermatologie werd vergeleken met face to face techniek (het gewone consult bij de dermatoloog). Daaruit blijkt dat in driekwart van de gevallen de telediagnose volledig overeenstemmend was met de face to face diagnose. Dit is echter afhankelijk van de kwaliteit van het beeldmateriaal.

Voor de zorgverzekeraar betekent teledermatologie een verbetering van de kwaliteit van zorg voor haar verzekerden door samenwerking tussen hulpverleners in 1e en 2e lijn. Tevens kan een kostenreductie voor vervoer worden bereikt; met name voor taxivervoer en reiskostendeclaratie.

4.2 Huidtherapie in samenwerking met andere disciplines

Huisarts

De taak van de huisarts is in eerste instantie aanspreekpunt zijn voor problemen met de gezondheid van zijn patiënten en overzicht te houden over de totale situatie van de patiënt; de kracht van de huisarts is erin gelegen dat hij van heel veel dingen wat weet, niet zoveel als een specialist maar voldoende om te weten wanneer iets een kwestie is voor een specialist.

Als een naevi gaat jeuken, pijn geeft of gaat bloeden, wordt de huisarts geraadpleegd. Deze zal eerst nagaan of de naevi maligne is. Is dit het geval, dan zal hij deze zelf verwijderen door middel van een excisie of de patiënt doorverwijzen naar een dermatoloog/plastisch chirurg voor verder onderzoek. Is de naevi benigne, dan zal de patiënt gerustgesteld worden en geattendeerd worden op eventuele veranderingen van de naevi die van belang zijn.

De huisarts stelt de diagnose en behandelt waar nodig. De huidtherapeut kan in dit geval advies geven over een recidief. De vraag is of dit zinvol is. De huisarts is er ook van bewust dat een recidief kan optreden en zal de patiënt hier dan ook over voorlichten. In deze situatie kan de huidtherapeut weinig betekenen. Het komt betrekkelijk weinig voor dat een huisarts een huidtherapeut in dienst neemt. Dit is niet relevant. Het komt echter wel voor dat huidtherapeuten zelfstandig zijn gevestigd in een gezondheidscentrum. Hierdoor wordt het aantrekkelijker voor de huisarts om iemand door te verwijzen.

Dermatoloog

De dermatoloog is een medisch specialist die zich bezighoudt met aandoeningen van de huid, de nagels en het haar, samen 'huidziekten' genoemd. Wanneer de huisarts vermoedt dat er sprake is van een melanoom, zal hij de patiënt in de regel doorverwijzen naar de dermatoloog. De dermatoloog beoordeelt de verdachte afwijking met het blote oog en vaak ook met een dermatoscoop dat op de huid kan worden geplaatst. Wanneer de dermatoloog een melanoom vermoedt zal hij de verdachte plek operatief verwijderen met een marge van enkele millimeters. Het huidbiopt zal door de patholoog worden onderzocht. Als het inderdaad blijkt te gaan om een melanoom zal de patholoog de dikte van het melanoom meten ('Breslow-dikte'). In dit proces kan de huidtherapeut niets betekenen. Nadat de behandeling is uitgevoerd wordt de patiënt gedurende 5 tot 10 jaar gecontroleerd. Meestal gebeurt dit door de dermatoloog of door de dermatoloog en chirurg gezamenlijk.

De controles worden in het 1e jaar 3-4x uitgevoerd. Daarna neemt, als zich geen problemen voordoen, de controlefrequentie af.

De controle bestaat uit inspectie van het litteken en het voelen naar de lymfeklieren. Tevens wordt de huid nagekeken op onrustige moedervlekken. In bijzondere situaties zal uitgebreider onderzoek plaatsvinden. Helaas mogen huidtherapeuten geen diagnose stellen, waardoor de controle na een melanoom niet overgenomen kan worden door huidtherapeuten. Zodra de diagnose melanoom zeker is zal de behandelend arts naar de lymfeklieren voelen. Melanomen kunnen zich wanneer zij uitzaaien namelijk nestelen in de lymfeklieren, en wanneer dit al heeft plaatsgevonden wordt het verder behandelbeleid hierop aangepast. In de meeste gevallen zullen de verdachte lymfeklieren worden verwijderd voor onderzoek. Is het melanoom uitgezaaid, dan zal waarschijnlijk de lymfklier verwijderd worden. De mogelijkheid is aanwezig dat er oedeem ontstaat. De huidtherapeut kan dit behandelen door middel van oedeemtherapie.

Het is echter wel mogelijk om door middel van bovengenoemde teledermatologie samen te werken met een dermatoloog.

Hoofdstuk 5: Doelgroepen voor preventieve voorlichting

Door de uitwerking van bovengenoemd hoofdstuk, wordt er duidelijk dat er voor huidtherapeuten in samenwerking met andere disciplines weinig mogelijkheden zijn. De methode teledermatologie is een mogelijkheid. Door middel van literatuuronderzoek, is duidelijk geworden dat er op het gebied van preventie veel verbeterd kan worden. Huidtherapeuten kunnen het werkveld op dit gebied vergroten. Om te achterhalen voor welke doelgroep voorlichting het meest effectief is, volgt een overzicht.

5.1 Voorlichting voor groepen met een familiair verhoogd risico

Aangetoond is, dat er in bepaalde families gendragers zijn, waardoor het risico op een melanoom wordt verhoogd. Dit wordt ook wel, familial atypical multiple mole-melanoma syndroom genoemd (FAMMM-syndroom). Deze diagnose wordt gesteld, als er ten minste 2 eerste graadsverwanten of bij ten minste 3 tweede graadsverwanten een melanoom aanwezig is. Bij aangedane familieleden, ook wel gendragers genoemd, hebben 70% meer kans op het verkrijgen van een melanoom.⁹

Leden uit FAMMM families dienen levenslang regelmatig gecontroleerd te worden, tenminste 1 x per jaar. Dit geldt ook in geval het familielid geen atypische naevi toont, omdat de phenotypische expressie van het gen sterk wisselt. Regelmatige screening van FAMMM families blijkt te leiden tot ontdekking van steeds dunnere, dus prognostisch gunstiger melanomen. Het onderzoek van de patiënt omvat inspectie van de totale huid onder goede (daglicht imiterende) belichting. Elke naevi die klachten geeft of verandert van aspect dient geëxcideerd te worden. In verband met de grote kans op melanoom dient het niveau van suspectie zeer hoog te zijn, veel hoger dan bij inspectie van naevi bij personen met niet-familiaire atypische naevi. Screening van risicopopulaties ten aanzien van melanoom is een methode voor vroegdiagnostiek en verbetering van de overlevingskansen. Leden van families waarin het melanoom familiair voorkomt vormen zo'n risicopopulatie. Ongeveer 10% van alle melanomen vallen in de familiale categorie, dus in grootte orde vergelijkbaar met erfelijke borstkanker.¹⁰

W. Bergman van de werkgroep: melanomen, is ook van mening dat regelmatige controle van gepigmenteerde laesies bij bekend familiair verhoogd risico op melanoom aanbeveling verdient. Een controle een per 6-12 maanden wordt voldoende geacht. Verhoogde oplettendheid bij mensen met een dussdanige combinatie van risicofactoren dat een aanzienlijk verhoogd risico op melanoom aanwezig is, wordt door de werkgroep wenselijk geacht.¹⁰

Uit al deze onderzoeken blijkt dat het van belang is om een regelmatige controle te ondergaan. Dit wordt minstens 1 keer per jaar gedaan. Het is dan ook belangrijk dat iemand met het FAMMM-syndroom zelf vroegtijdig eventuele veranderingen kan waarnemen. Wat logisch is, is dat mensen met het FAMMM-syndroom zelf goed weten waar aandacht aan besteed moet worden. De arts heeft ze hierover geïnstrueerd. Voorlichting geven aan deze doelgroep heeft niet de hoogste prioriteit.

5.2 Voorlichting voor groepen met verhoogd melanoomrisico op grond van huidtype en UV-schade aan de huid

De bekendste interne (genetische) factoren, zijn een lichte, pigmentarme huid en rood haar. Het risicofactor, lichte huid, blijkt te berusten op bepaalde varianten van een soort gen, wat bij dit huidtype voorkomt. Dit gen wordt, melonocortinereceptor (MC1R)-gen genoemd. Deze varianten veroorzaken een verschuiving in de aanmaak van melaninepigment van eumelanine naar feomelanine. Dit melaninetype veroorzaakt oxidatieve stress in de cel, waardoor er DNA-schade veroorzaakt kan worden.¹¹ Interessant is dat niet de daadwerkelijk opgelopen zonneshade medeverantwoordelijk is voor het ontstaan van melanomen, maar het gaat vooral om de wijze waarop, de lichte, pigmentarme huid reageert op zonlicht.¹² Onder aan deze pagina is de schaal volgens Fitzpatrick toegevoegd: Huidreactie na zonblootstelling.

De bekendste externe risicofactor voor een verhoogd risico op melanomen, is overmatige blootstelling aan zonlicht met zonverbranding, met name voor het twintigste jaar en zonnebankgebruik.¹³ De chronische blootstelling aan UV straling geeft schade van DNA en kan bijdragen tot de ontwikkeling van huidkanker, zoals in vele onderzoeken is beschreven.¹⁴

In tegenstelling tot wat hierboven genoemd wordt, wijzen andere studies uit, dat jezelf blootstellen aan de zon een must is, om het risico op melanomen zo klein mogelijk maken. De zon maakt namelijk vitamine D aan en dit is een belangrijk vitamine voor onze gezondheid. Verbranden is nog steeds niet goed voor de huid, maar insmeren met een vette zonnebrandcrème lijkt ter discussie te staan. De vette zonnebrandcrème blokkeert namelijk vitamine D voor 99%. Deskundigen zeggen dan ook, om de eerste twintig minuten in de volle zon, niet in te smeren. Daarna is het verstandig om een zonnebrandcrème te gebruiken, om verbranding te voorkomen. Insmeren met buiten lopen in de zon is niet nodig zeggen ze. Elke dag enkele uren in het zonlicht is voor de mens belangrijk, voor de aanmaak van vitamine D. Of we te weinig aanmaak van vitamine D serieus moeten nemen is te betwifelen. Het blad Elsevier schrijft namelijk dat een goed gezond dieet meer dan voldoende vitamine D oplevert. Er duiken de laatste tijd meer van dit soort artikelen op. Steeds meer onderzoekers stellen de vraag of zonlicht echt zo schadelijk is voor het menselijk lichaam. Gezien de grote hoeveelheid onderzoeken die bewijzen dat UV-schade en huidtype I en II een verhoogd melanoomrisico heeft, wordt aangenomen dat deze informatie juist is. Of zonnen niet schadelijk is voor het menselijk lichaam, moet door meerdere onafhankelijke onderzoekers onderzocht worden.

Fototype	Bruint	Verbrandt	Roodheid	Kenmerken
I	niet	zeer snel	altijd bleke huid	blond of rood haar
II	langzaam	snel	soms bleke huid	donkerblond tot kastanjebruin haar
III	makkelijk	zelden	geen licht bruine huid	donker haar, licht Mediterraans
IV	zeer goed	nooit	nooit	donker Mediterraans, licht Aziatisch
V	idem	idem	idem	donker Aziatisch
VI	idem	idem	idem	Afro-Caribbeaans

(Volgens de schaal van Fitzpatrick: huidreactie na zonblootstelling)

5.3 Voorlichting aan jongeren onder de 20 jaar

Bij steeds meer jongeren, vooral vrouwen onder de veertig, wordt huidkanker geconstateerd. Huidkanker, net als andere vormen van kanker, kwam in het verleden vooral voor bij ouderen. De extreme groei van kankergevallen in de leeftijdsgroep tot veertig jaar is voor onderzoekers het bewijs dat jonge mensen zich niets aantrekken van de waarschuwingen over de gevaren van zonnen.

Er wordt aangenomen dat een toename in onregelmatige overmatige blootstelling aan UV-straling, bijvoorbeeld tijdens zonvakanties, een belangrijk deel van de stijging in de incidentie veroorzaakt. Een dergelijke blootstelling, vooral tijdens de kinderjaren, zou de kans op het later ontwikkelen van melanoom verhogen.

In een ander onderzoek is er uit migrantenstudies gebleken, dat het melanoomrisico op jongere en middelbare leeftijd voornamelijk beïnvloed wordt, door overmatige zon blootstellingen op de kinderleeftijd. ^E

Hieruit blijkt dat voorlichting op jonge leeftijd erg belangrijk is. Je kunt je afvragen of de voorlichting gegeven moet worden aan de kinderen of aan de ouders. In de jonge kinderjaren zijn de ouders hiervoor verantwoordelijk. Vrijwel alle ouders van kleine kinderen zeggen goede bescherming van hun kinderen belangrijk te vinden. Toch neemt 23% geen enkele maatregel om hun kinderen te beschermen tegen de zon als ze buiten spelen. Een project op school kan ook een goede mogelijkheid zijn om de informatie over te brengen op kinderen die ouder zijn. Tevens wordt er een theatervoorstelling gegeven voor ouders en kinderen, om de gevolgen van verbranding door de zon duidelijk te maken.

5.4 Voorlichting aan andere zorgverleners

Zorgverleners komen veel in aanraking met patiënten. In ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, wijkverzorging enzovoort. Dit zijn voornamelijk verpleegkundigen, doktersassistentes, praktijkondersteuners enzovoorts. Tijdens een onderzoek of bijvoorbeeld bij het wassen van een patiënt, kan het oog vallen op een verdachte naevi. Om te beoordelen of dit een melanoom kan zijn, moeten zorgverleners beschikken over enige kennis hierover. Dit kan gegeven worden door middel van groepsvoorlichting door huidtherapeuten. Deze informatie kan vervolgens weer doorgegeven worden naar de patiënt.

De vraag is of dit wel haarmaal is. Het is bekend dat de zorg te maken heeft met veel bezuiniging en dat de werkdruk erg hoog is. Is er dan wel genoeg aandacht voor dit probleem? De voorkeur gaat uit naar voorlichting geven aan een groep, wat het meest zinvol is. Waar het meeste resultaat mee bereikt kan worden en waar mensen echt geïnteresseerd zijn, omdat het hen zelf aangaat.

5.5 Bevolkingsonderzoek door middel van een oproepkaart

Uit onderzoek is gebleken dat melanomen, die in een vroeg stadium ontdekt worden, een grotere kans op genezing biedt. Dit komt vanwege de beschikbaarheid en werkzaamheid van betrekkelijk eenvoudige chirurgische behandelingen en het ontbreken van effectieve behandeling van uitzaaiing. Het doel van tijdige detectie is beperking van mutilatie en voorkoming van sterfte. ^F

Bevolkingsonderzoeken zijn bedoeld om levensbedreigende ziekte op te sporen en zo een vroegtijdige diagnostiek toe te passen. Bevolkingsonderzoeken zijn vooral gericht op ziekten die bij een vroegtijdige behandeling een grotere kans op genezing hebben.

In geen enkel land ter wereld, wordt de bevolking gescreend, voor het vroegtijdig op sporen van melanomen. Uit onderzoek is gebleken, dat screening van de algemene bevolking, de daling van melanomen niet beïnvloedt. Het melanoom wordt, zonder screening, in veel gevallen in een relatief gunstig stadium gediagnosticeerd. Bij mannen is dit 50% en bij vrouwen is dit bij ruim 80%. Het is daarom niet effectief om de gehele bevolking te screenen op melanomen. Dit, omdat een bevolkingsonderzoek geld en tijd kost. Als dit geen daling van het melanoom oplevert, is dit zonde van het geld en de tijd die erin worden gestoken. Het is van belang, om vroegtijdige diagnostiek van melanomen, op een andere manier te ondersteunen. ^G

5.6 Invoering moedervlek kaart als controlemiddel

Wat uit vele onderzoeken naar voren komt, is dat zelfonderzoek belangrijk is om vroegtijdig melanomen op te sporen. In het artikel Melanoma: prevention and early detection wordt besproken dat de patiënten zelf het beste kunnen bijdragen aan de vroege opsporing.¹⁵ Naar aanleiding van deze gegevens hebben onderzoekers van de Brown University Medical School onderzoek gedaan. Zij willen mensen aanzetten tot systematisch zelfonderzoek van de huid door middel van een moedervlekkaart. Bij deze methode is het van belang dat mensen een zelfonderzoek doen van de huid. Dit kan op verschillende manieren gedaan worden. Één manier is om een schets te maken van het lichaam. Hier kunnen bestaande moedervlekken op aangeduid worden en eventueel veranderingen aan de huid op getekend worden. Een andere manier is om een digitale foto van het lichaam te maken. Door middel van deze methodes, kan na een bepaalde periode de tekening of foto met elkaar vergeleken worden. Bij de vergelijkingen kan worden gekeken of er verschillende kenmerken aanwezig zijn op de huid. Belangrijk is om op de volgende kenmerken te letten: grootte, vorm en kleur. Uit onderzoek is gebleken dat meer dan de helft van de deelnemers veranderingen heeft bemerkt door middel van hun foto. Een kleine 33% kon dit visueel waarnemen.

Mensen slagen er in om veranderingen in de huid te herkennen. Wat niet naar voren komt uit dit onderzoek, is de leeftijd van de deelnemers. Voor oudere mensen is het minder eenvoudig om veranderingen waar te nemen, denkend aan de visuele achteruitgang en omgang met digitale fotografie. Bovendien is therapietrouw zijn hierbij erg belangrijk.

Hoofdstuk 6: Evaluatie literatuuronderzoek

In het kort worden de gegevens van het literatuuronderzoek beschreven. Daaruit is een evaluatie ontstaan.

Vooraf aan het literatuuronderzoek is vastgesteld dat een huidtherapeut een bijdrage kan leveren op het gebied van preventieve zorg rondom de diagnose melanoom. De middelen die op dit moment gebruikt worden voor vroeg diagnostiek bij melanomen zijn o.a. follow-up, maandthema GGD, sms-alarm zonkracht en de VIP controle bij de Brinkmann Kliniek. Uit onderzoek blijkt dat follow-up een van de belangrijkste instrumenten zijn om een primair melanoom of recidief te diagnosticeren. In 80% van de gevallen blijkt dit zinvol te zijn. Een nadeel is dat alleen de patiënten die eerder in aanraking met een melanoom zijn geweest, gecontroleerd worden. Dit is een beperkte groep. Wat opvalt, is dat door de andere middelen ook een kleine doelgroep als uitgangspunt wordt genomen. Helaas bereik je op deze manier een klein publiek.

Door een groter publiek te kunnen bereiken is literatuuronderzoek gedaan naar middelen/manieren die de doelgroep kunnen vergroten, waarin een huidtherapeut een bijdrage kan leveren. Daaruit is gebleken dat de voorkeur uitgaat naar groepen met verhoogd melanoomrisico op grond van huidtype en UV-schade aan de huid. Daarnaast wordt voorlichting aan jongeren onder de 20 jaar ook gezien als een belangrijke doelgroep. Dit zijn groepen die een verhoogd risico hebben op melanomen, mede door doorgemaakte zonnebrand in de kinderjaren. Screening van de gehele bevolking geeft niet het gewenste resultaat, naast de kosten en tijd die erin worden gestoken.

De resterende groepen worden niet als relevant beschouwd, gezien de werkdruk, kosten en ze therapietrouw moeten zijn. Bij het FAMMM-syndroom is er voldoende begeleiding door de dermatoloog.

Nu onderzocht is dat preventieve voorlichting belangrijk is en toegepast kan worden door huidtherapeuten, is het relevant om na te gaan of huidtherapeuten hierin geïnteresseerd zijn. Bovendien kan er getoetst worden of de uitkomsten van het literatuuronderzoek overeenkomen met de praktijk. Door middel van een praktijkonderzoek is te achterhalen of er voldoende animo voor is. Het praktijkonderzoek wordt in de volgende hoofdstukken beschreven.

Hoofdstuk 7: Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat voor onderzoekstype er wordt uitgevoerd, de populatie, onderzoekseenheden enz. Ook staat er beschreven hoe de respondenten worden benaderd en met welke vragen dit gedaan wordt.

7.1 Onderzoekstype

Dit onderzoekstype valt onder een beschrijvend onderzoek. (Baarda & de Goede, 2006)

7.2 Populatie

De populatie van dit onderzoek zijn huidtherapeuten, die lid zijn van de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten. (Baarda & de Goede, 2006)

7.3 Afbakening populatie

Er is sprake van een selecte steekproef, omdat de resultaten gelden voor alle huidtherapeuten, die lid zijn van de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten. (Baarda & de Goede, 2006)

7.4 Kenmerken

Kenmerk 1: Personalia

Kenmerk 2: Preventie

Kenmerk 3: Disciplines

Kenmerk 4: Uitbreiding

7.5 Wijze van benaderen

De respondenten worden schriftelijk via de e-mail benaderd. De e-mail adressen zijn te vinden op www.huidtherapie.nl. Hier staan alle werkzame huidtherapeuten in Nederland, die lid zijn van de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH).

7.6 Opbouw van de vragen

De meeste vragen zijn opgebouwd uit gesloten vragen, omdat je bij die vragen een antwoord kan kiezen. Verder is er gebruik gemaakt van nominale meetniveaus en interval meetniveaus. Ook komen er 1 van P vragen aan bod.

7.7 Verwerking van de gegevens

Na de binnenkomst van de enquêtes worden ze verwerkt via Excel.

Hoofdstuk 8: Onderzoeksuitvoering

Achtergrond informatie

Dit hoofdstuk beschrijft de kenmerken van de enquête vragen,

8.1 Kenmerken

Kenmerk 1:

Vraag 1: Leeftijd → Interval

Vraag 2: Uit oefenen van beroep → Interval

Kenmerk 2:

Vraag 3: Preventie → Nominaal

Vraag 4: Preventie → Interval

Vraag 5: Preventie → Nominaal

Vraag 6: Preventie → 1 van P

Vraag 7: Preventie → 1 van P

Vraag 8: Preventie → Nominaal

Kenmerk 3:

Vraag 9: Disciplines → 1 van P

Vraag 10: Disciplines → 1 van P

Kenmerk 4:

Vraag 11: Uitbreiding → Open nominaal (Baarda & de Goede, 2006)

8.2 Gegevens enquête

De enquête is uitgezet via de e-mail, aan alle huidtherapeuten die lid zijn van de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten en waar het e-mail adres van bekend is op de internetsite www.huidtherapie.nl. Nadat de gegevens retour zijn gekomen en allemaal juist zijn ingevuld, is er een coderingsboek gemaakt. Daarna zijn de gegevens in een datamatrix geplaatst. Op deze manier zijn de resultaten goed af te lezen. Dit is met behulp van het programma Excel gedaan. Het codeboek en datamatrix zijn terug te vinden in de bijlage. De resultaten zijn terug te vinden in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 9; resultaten van praktijkonderzoek). In totaal zijn er 136 enquêtes verstuurd, waarvan 48 enquêtes retour zijn gekomen.

Hoofdstuk 9: Resultaten van praktijkonderzoek

9.1 Analyse van onderzoeksresultaten:

De survey, bestaande uit 11 vraagstellingen is verstuurd naar desbetreffende respondenten. In totaal zijn er 136 enquêtes verstuurd en zijn er 48 enquêtes retour gekomen. De onderzoeksresultaten worden in onderstaande pagina's besproken en weergegeven in bijbehorende tabellen en grafieken. Het codeboek en de datamatrix worden weergegeven in de bijlage.

Vraag 1: Wat is uw leeftijd?

Deze vraag is gesteld, om te kijken of er een verband bestaat tussen de leeftijd van de respondenten en het geven van voorlichting. Hebben jongere huidtherapeuten meer aandacht om voorlichting te geven of hebben oudere huidtherapeuten er minder of meer behoefte aan?

Antwoord:

In figuur 1: staafdiagram, is de leeftijd van de respondenten weergegeven. Van de 48 respondenten zijn er 21 huidtherapeuten tussen de 21-30 jaar, 13 huidtherapeuten tussen de 31-40 jaar, 11 huidtherapeuten tussen de 41-50 jaar en 3 huidtherapeuten die 51 jaar of ouder zijn. Uit de grafiek is op te maken dat de gemiddelde leeftijd van de huidtherapeuten, die de enquête hebben ingevuld, tussen de 21-30 jaar oud ligt.

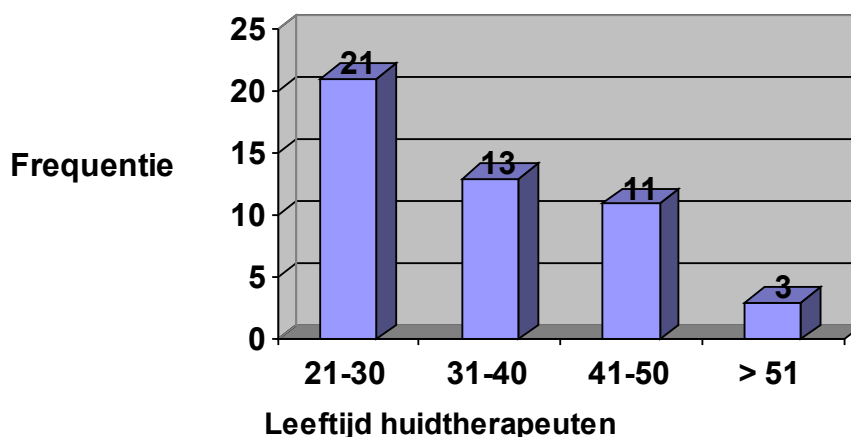


Fig. 1: Staafdiagram: Leeftijd van de respondenten.

Vraag 2: Hoelang beoefent u het vak huidtherapie?

Met deze vraag is te zien of huidtherapeuten die meer werkervaring hebben, meer interesse hebben in het vroegtijdig opsporen van melanomen of misschien andersom. Huidtherapeuten die meer ervaring in het vak hebben, kunnen misschien beter een verdachte naevi beoordelen.

Antwoord:

Uit de enquête is gebleken, hoelang de respondenten het vak huidtherapie beoefenen.

Van de 48 respondenten beoefenen 23 huidtherapeuten het beroep 0-5 jaar, 12 huidtherapeuten 6-10 jaar en 13 huidtherapeuten beoefent het beroep 11-20 jaar. Geen één huidtherapeut beoefent het beroep langer dan 21 jaar. Het gemiddelde ligt tussen de 0-5 jaar.

Vraag 3: Komen er in uw praktijk vragen van patiënten, die betrekking hebben op een naevi?

Met deze vraag wordt het duidelijk of er patiënten zijn, die met vragen over een naevi naar een huidtherapeut gaan. Als er weinig vragen zijn van patiënten, is het dan haalbaar om veel energie in een vroegtijdig opsporingsprogramma te steken als huidtherapeut?

Antwoord:

In fig. 2: cirkeldiagram, is waar te nemen of huidtherapeuten vragen krijgen van patiënten met een naevi. In totaal zijn er 41 huidtherapeuten die deze vraag met ja hebben beantwoord en 7 huidtherapeuten met nee. In de onderstaande cirkeldiagram is dit te zien in procenten.

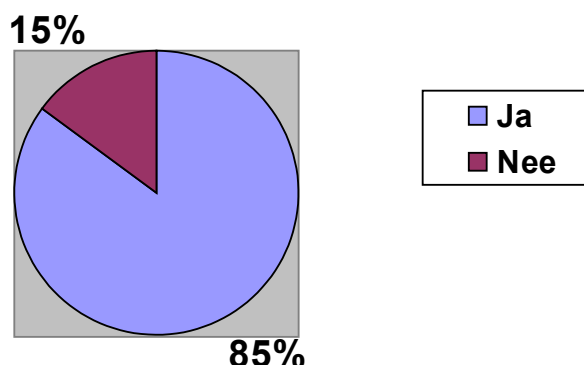


Fig. 2: Cirkeldiagram: Vragen van patiënten.

Vraag 4: Hoe vaak komt dit procentueel voor, in één jaar?

Hoeveel patiënten komen met vragen over een naevi? En is het percentage haalbaar om als huidtherapeuten hier een extra bijdrage aan te leveren. Als het niet vaak voor komt, is het de kostbare tijd en geld niet waard.

Antwoord:

Uit de enquête is gekomen dat 21 huidtherapeuten 0%-10% vragen krijgt over een naevi, 13 huidtherapeuten 11%-20%, 6 huidtherapeuten 21%-30% en 1 huidtherapeut die 31% of meer vragen krijgt over een naevi. Het gemiddelde ligt tussen de 0%-10%.

Vraag 5: Wordt er nu in uw praktijk iets gedaan, aan vroegtijdige diagnostiek van melanomen?

Met deze vraag kun je te weten komen of er nu iets gedaan wordt aan vroegtijdige diagnostiek. Is er op dit moment door huidtherapeuten animo voor?

Antwoord:

Uit de enquête is gebleken dat 30 huidtherapeuten, nu iets aan vroegtijdige diagnostiek doen. 18 huidtherapeuten geven aan zich op dit moment niet bezig te houden met vroegtijdige diagnostiek.

Vraag 6: Met welke middelen/manieren wordt dit uitgevoerd?

Met deze vraag is te zien, met wat voor manieren/middelen er gewerkt wordt in de praktijk. Door deze methodes te groeperen, kun je inzicht krijgen welke methodes de voorkeur hebben.

Antwoord:

Van de 30 huidtherapeuten die nu iets aan vroegtijdige diagnostiek doen, hebben de huidtherapeuten ingevuld, met welke manieren/ middelen die wordt gedaan. Slechts 3 huidtherapeuten doen dit door middel van alleen individuele voorlichting, 14 huidtherapeuten doen dit door de patiënten terug te verwijzen naar de huisarts, 7 huidtherapeuten door middel van individuele voorlichting en terug verwijzing naar de huisarts, 1 huidtherapeut doet dit door middel van individuele voorlichting, een dermatoscoop en de patiënten terug te verwijzen naar de huisarts, 2 huidtherapeuten door middel van individuele voorlichting, terug verwijzing naar de huisarts en anders. Bij anders hadden de huidtherapeuten ingevuld, dat ze de patiënten naar een dermatoloog doorverwijzen en 3 huidtherapeuten verwijzen de patiënten naar de huisarts en anders, namelijk dermatoloog. Wat opvalt bij deze vraag, is dat niemand de patiënten groepsvoorlichting geeft. In de onderstaande cirkeldiagram zijn de antwoorden verwerkt in procenten.

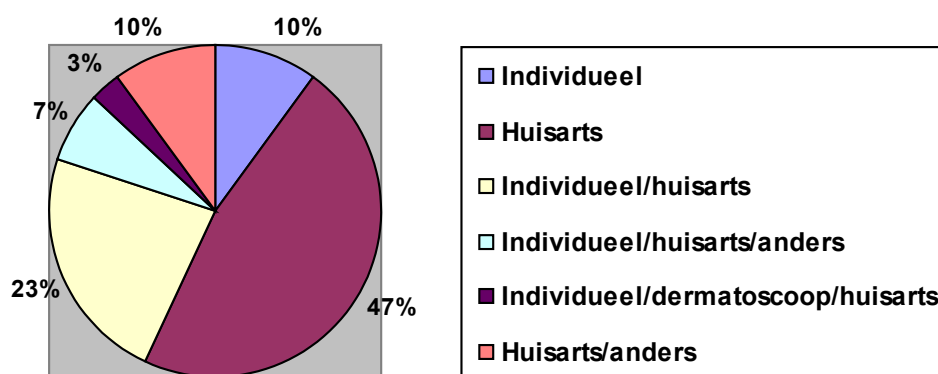


Fig. 3: Cirkeldiagram: Manieren/middelen vroegtijdige diagnostiek.

Vraag 7: Voor welke doelgroep denkt u, dat groepsvoorlichting het meest relevant is?

Literatuur studie heeft uitgewezen voor welke doelgroepen voorlichting effectief is. Met deze vraag kom je te weten hoe huidtherapeuten in het werkveld hierover denken.

Antwoord:

Uit de enquête is gebleken voor welke doelgroep huidtherapeuten denken dat groepsvoorlichting het meest relevant is. Van de 48 huidtherapeuten, hebben 6 huidtherapeuten patiënten met het FAMMM-syndroom ingevuld, 14 huidtherapeuten patiënten met een licht huid en UV-schade, 12 huidtherapeuten patiënten jonger dan 20 jaar, 3 huidtherapeuten hulpverleners in de zorg, 8 huidtherapeuten patiënten met een lichte huid, UV-schade en patiënten jonger dan 20 jaar, 2 huidtherapeuten patiënten met het FAMMM-syndroom en patiënten jonger dan 20 jaar en 3 huidtherapeuten hebben alle mogelijkheden ingevuld. Uit de enquête is gebleken dat de meeste huidtherapeuten patiënten met een lichte huid en UV-schade het meest relevant vinden, om groepsvoorlichting aan te geven. Daarop volgt patiënten jonger dan 20 jaar.

Vraag 8: Vindt u dat huidtherapeuten meer aandacht moeten besteden aan vroegtijdige diagnostiek?

Door deze vraag is te achterhalen of huidtherapeuten vinden dat er meer aandacht aan vroegtijdige diagnostiek besteed moet worden. Als huidtherapeuten vinden dat er op dit moment voldoende aan gedaan wordt, zullen weinig huidtherapeuten hier een bijdrage gaan leveren aan een nieuwe methode van vroegtijdige diagnostiek.

Antwoord:

Van de 48 huidtherapeuten, vinden 42 huidtherapeuten dat er meer aandacht aan vroegtijdige diagnostiek moet zijn en 6 huidtherapeuten vinden van niet.

Vraag 9: Vindt u dat deze bijdrage geleverd moet worden door alleen huidtherapeuten, of in samenwerking met andere disciplines?

Met deze vraag is te achterhalen of huidtherapeuten interesse hebben om met andere disciplines samen te werken, om een betere bijdrage te kunnen leveren aan vroegtijdige diagnostiek.

Antwoord:

Van de 42 huidtherapeuten, die vinden dat er meer aandacht aan vroegtijdige diagnostiek moet zijn, is er één huidtherapeut die vindt dat de deze bijdrage alleen door huidtherapeuten plaats moet vinden. De overige 41 respondenten, vindt dat dit beter in samenwerking met andere disciplines gedaan kan worden.

Vraag 10: Welke voorkeur heeft u, met betrekking tot de samenwerking met andere disciplines?

Met deze vraag is te achterhalen met welke disciplines huidtherapeuten een voorkeur hebben om mee samen te werken. Zou er een voorkeur zijn om met één discipline samen te werken of met meerdere disciplines?

Antwoord:

Uit de enquête is gebleken dat 41 huidtherapeuten, graag samen willen werken met andere disciplines. Daarbij willen er 14 huidtherapeuten met een dermatoloog samenwerken, 22 huidtherapeuten met een dermatoloog en een huisarts, 2 huidtherapeuten met een dermatoloog, huisarts en de GGD, 1 huidtherapeut wil graag samenwerken met een dermatoloog en de GGD en 2 huidtherapeuten willen dit graag anders combineren. Zij zouden dit graag zien met een schoonheidsspecialiste en een oncoloog/chirurg. Uit de enquête is gebleken dat de meeste voorkeur uitgaat naar een dermatoloog en een huisarts.

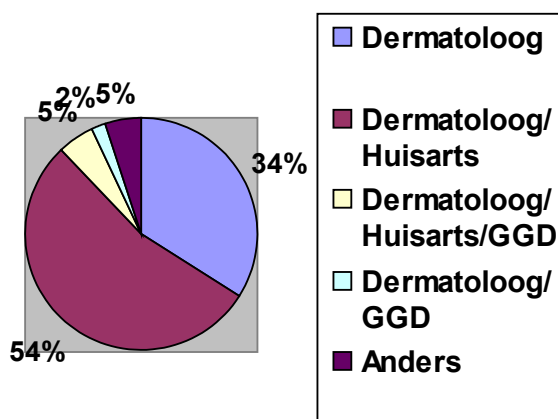


Fig. 4: Cirkeldiagram: Samenwerken andere disciplines.

Vraag 11: Lijkt het u leuk om uw beroep op deze manier uit te breiden? Motivatie.

Met deze vraag is te achterhalen of huidtherapeuten een mogelijkheid zien, om op deze manier hun werkveld te verbreden. Als het merendeel van de huidtherapeuten geen interesse tonen, is het dan wel verstandig om als huidtherapeuten op deze manier het werkveld te verbreden? Is er dan voldoende motivatie en wordt het onderwerp dan wel serieus aangepakt?

Antwoord:

Van de 48 huidtherapeuten zijn er 6 huidtherapeuten die vinden, dat huidtherapeuten geen bijdrage moeten leveren aan vroegtijdige diagnostiek. De overige huidtherapeuten hebben verschillende motivaties. De huidtherapeuten vinden dat het belangrijk is om melanomen vroegtijdig op te sporen. Een huidtherapeut kan hier een bijdrage aan leveren, omdat huidtherapeuten patiënten de huid behandelen. Ook vinden huidtherapeuten het belangrijk hun werkveld te verbreden. Andere huidtherapeuten geven als mening, dat ze het leuk vinden om voorlichting te geven aan patiënten. De huidtherapeuten vinden het wel belangrijk om samen met andere disciplines samen te werken, omdat huidtherapeuten geen diagnose mogen stellen.

Hoofdstuk 10: Evaluatie praktijkonderzoek

In het kort worden de gegevens van het praktijkonderzoek beschreven. Daaruit is een evaluatie ontstaan.

Om de resultaten uit het literatuuronderzoek te toetsen, is er een praktijkonderzoek opgesteld. Via een schriftelijke enquête zijn huidtherapeuten benaderd om hun mening te geven over het gebied van vroegtijdige diagnostiek. Daaruit is gekomen dat het merendeel van de huidtherapeuten tussen de 21 en 30 jaar oud zijn. Hieruit kun je opmaken dat huidtherapie een betrekkelijk jong beroep is. Deze huidtherapeuten zijn tussen de 0 en 5 jaar werkzaam. Wat erg belangrijk is voor het onderzoek, is dat 85% van de ondervraagden aangeeft dat er vragen komen van patiënten die betrekking hebben op een naevi. De rol die de huidtherapeut in dit proces speelt, is het geven van advies en voorlichting en de patiënt terug verwijzen naar de huisarts.

Wat leuk is om te zien, is dat de evaluatie uit het literatuuronderzoek overeenkomt met de antwoorden uit het praktijkonderzoek. Daaruit blijkt namelijk dat de meeste huidtherapeuten patiënten met een lichte huid en UV-schade het meest relevant vinden, om groepsvoorlichting aan te geven. Daarop volgt patiënten jonger dan 20 jaar. Deze gegevens komen sterk overeen. Waar dit praktijkonderzoek voor opgezet is, wordt beantwoord in de vraag of huidtherapeuten meer moeten betekenen op het gebied van vroeg diagnostiek. Daarin stemmen 42 van de 48 ondervraagde toe. Daaruit valt op te maken dat maar liefst 41 van de 42 huidtherapeuten dit graag zou willen doen door middel van samenwerking met een andere discipline, bij voorkeur een huisarts of dermatoloog.

Er zijn verschillende redenen waarom een huidtherapeut zijn/haar beroep zou willen uitbreiden. Zo geven sommige als reden dat het tijd wordt om iets aan vroeg diagnostiek te doen, anderen vinden voorlichting geven erg leuk. Ook wordt op deze manier het werkveld van de huidtherapeut vergroot, wat zeer belangrijk wordt gevonden.

Hoofdstuk 11: Discussie

Uit het literatuuronderzoek zijn verschillende gegevens naar voren gekomen. Deze gegevens zijn voortgekomen, nadat de subvragen beantwoord zijn.

Er is onderzocht welke middelen tot vroeg diagnostiek er op dit moment zijn en hoe dit in de toekomst door huidtherapeuten gedaan zou kunnen worden.

De manieren op dit moment zijn verschillend.

Door een dermatoloog wordt er een follow-up behandeling toegepast. Deze behandeling wordt echter alleen toegepast, bij een eerder doorgemaakt melanoom. Uit onderzoek is gebleken dat deze behandeling effectief is. In Nederland krijgen de patiënten (afhankelijk van Breslow-dikte) een eenmalige controle 1 maand na de behandeling.

Daarna is het van belang dat patiënten zelfcontrole uitvoeren. In andere landen worden de controles echter langer doorgevoerd. Je kunt ja afvragen of een eenmalige controle of zelfcontrole voldoende is. Waarom worden controles in andere landen langer toegepast en wat is de reden dat Nederland hier niet in mee gaat?

De GGD Zuidoost Brabant en GGD Zuid-Hollandse Eilanden houden sinds vorig jaar een maandthema. Hierin wordt aandacht gegeven aan de gevolgen die kunnen ontstaan na langdurige blootstelling van UV licht. Zij hebben dit gedaan door artikelen te publiceren in de plaatselijke kranten. Met dit middel bereik wordt een kleine doelgroep bereikt. Deze manier kan effectief zijn, maar ligt een grotere doelgroep niet voor de hand?

Net als bij het sms-alarm is het goed om mensen op deze manieren te bereiken. De doelgroep wordt hier echter weer beperkt. Je moet in bezit zijn van een mobiele telefoon en aangemeld zijn voor het alarm. Bereik je op deze manier voldoende mensen?

In de Dr. Brinkmann kliniek wordt gebruikt gemaakt van een VIP-controle. Dit is een dermatoscoop, die een naevi tot 50 keer uit kan vergroten. Dit is een goede manier om adequaat een diagnose te stellen. Een dermatoloog beoordeelt de gegevens. Mensen melden zich voor een onderzoek aan, als ze de situatie zelf niet vertrouwen. Maar waar halen mensen de gegevens vandaan om ongerust te moeten worden?

Voorlichting aan jongeren onder de 20 jaar wordt belangrijk geacht.

Zonnebrand, vooral tijdens de kinderjaren, zou de kans op het later ontwikkelen van een melanoom verhogen. Voorlichting is in dit geval van belang. Maar op welke wijze? Moeten de ouders voorlichting krijgen, omdat kinderen in hun jonge jaren afhankelijk van hen zijn? Is een lesprogramma op school succesvoller?

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat huidtherapeuten een voorkeur geven aan samenwerking met een dermatoloog en/of een huisarts. In de toekomst is het misschien mogelijk om ons werkveld te verbreden door middel van teledermatologie. Daarbij is het verstandig om te onderzoeken of dermatologen hier interesse in tonen? Of hebben zien zij liever een andere manier van samenwerken? Misschien is voor samenwerking geen animo.

Tijdens de ontwikkelingen rondom de enquête, hebben we de hoeveelheid enquêtes die retour zouden komen onderschat. Van de 136 verstuurde enquêtes zijn er ongeveer 30 retour gekomen. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek vonden wij dit te weinig. Door een reminder te sturen, hebben we nog 18 enquêtes retour gekregen, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt verhoogd.

Hoofdstuk 12: Conclusie

Om een juiste conclusie te formuleren, wordt de hoofdvraagstelling van het onderzoek nogmaals genoemd.

Op welke wijze kunnen huidtherapeuten bijdragen aan een vroegtijdige diagnostiek van tumoren uitgaande van de melanocyten?

Om de hoofdvraagstelling te beantwoorden, is er gebruik gemaakt van subvragen. Deze antwoorden zijn verwerkt door middel van literatuur en praktijkonderzoek.

Subvraag 1: Welke disciplines houden zich nu bezig bij verdenking van melanomen?

Er zijn meerdere disciplines die zich op dit moment bezighouden bij verdenking van een melanoom. De huisarts speelt daarin een belangrijke rol. De huisarts bepaald of er verdere diagnostiek moet plaatsvinden. De dermatoloog, patholoog anatoom en plastisch chirurg dragen bij aan de behandeling van het melanoom.

Subvraag 2: Wat is de rol van een huidtherapeut op dit moment bij melanomen?

De huidtherapeut speelt op dit moment een kleine rol. Patiënten kunnen vragen hebben met betrekking op een melanoom. Hierin kunnen wij voorlichting en advies geven. Hier houdt het proces voor huidtherapeuten op, in verband met de ontbrekende bevoegdheid om te diagnosticeren.

Subvraag 3: Wat wordt er nu aan vroegtijdige diagnostiek gedaan?

Op dit moment wordt door de dermatoloog gebruik gemaakt van een follow-up, na de diagnose melanoom. De GGD heeft een voorlichtingscampagne door middel van folders en advertenties. Daarnaast is er een sms-alarm van kracht om de zonkracht aan te geven. In de Dr. Brinkmann kliniek wordt een VIP-controle gegeven bij verdenking op een melanoom.

Subvraag 4: Voor welke doelgroepen kunnen huidtherapeuten op het gebied van vroegtijdige diagnostiek een bijdrage leveren?

Er zijn verschillende groepen, waarvoor voorlichting van belang is. Dit zijn groepen met een familiair verhoogd risico (FAMMM-syndroom), verhoogd melanoomrisico op grond van huidtype en UV- schade aan de huid, jongeren onder de 20 jaar, andere zorgverleners en voorlichting door middel van bevolkingsonderzoek. Invoering van een moedervlek kaart als controlemiddel is ook een manier om een doelgroep te bereiken.

Het literatuur- en praktijkonderzoek hebben antwoord gegeven op de hoofdvraagstelling. Het zwakke punt in het proces bij verdenking van een melanoom ligt in de fase voordat de diagnose is gesteld. Eenmaal na de diagnose wordt de patiënt voldoende begeleidt door middel van adviezen over symptomen en systematische controles. Voor die tijd, blijkt er te weinig aandacht voor te zijn, als gevolg van onvoldoende bekendheid bij de bevolking. Om de sterfte cijfers terug te dringen, kunnen huidtherapeuten een bijdrage leveren door middel van preventieve voorlichting. Deze voorlichting kan op verschillende manieren en aan verschillende doelgroepen gegeven worden. Uit onderzoek is gebleken dat de voorkeur uitgaat naar mensen op grond van huidtype I & II en UV-schade aan de huid. Op de tweede plaats worden jongeren onder de 20 jaar belangrijk geacht.

Aanbevelingen

Na dit onderzoek zijn er een aantal vragen ontstaan, die betrekking hebben op de voortgang van dit project. Bijvoorbeeld: Is de GGD geïnteresseerd in een samenwerking met de huidtherapeut en hoe zien zij dat? En is het financieel mogelijk om dit uit te voeren? Wegens afbakening van dit onderzoek, is er gekozen om niet in te gaan op deze vragen. Het zou het onderzoek ten goede komen, als in de toekomst een onderzoek gedaan zou worden met betrekking op de aanbeveling.

Hoofdstuk 13: Literatuurlijst

Literatuurlijst volgens de Publication Manual (APA):

Boeken:

Van Vloten, W.A. , Degreef, H.J. , Stolz, E. , Vermeer, B.J. , & Willemze, R. (2000). Dermatologie en venereologie (pp. 239-240-247- 254-255-257-258-259). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. (niveau 1)

Sillevis Smit, J.H., Van Everdingen, J.J.E. , Starink, T.H.M. , & De Haan, M. (2004). Dermatologie en venereologie voor de eerste lijn (pp.114-123-133). Houten: Bohn stafleu van loghum. (niveau 1)

Fokke, H.E. (2005) Kleurveranderingen van de huid. Huid en lichaam (pp. 179). Arnhem: Syntax media. (niveau 2)

Baarda D.B. , & de Goede M.P.M. (2006) Basisboek Methoden en Technieken (pp. 35-93-95-163-166-188-191) Groningen: Wolters-Noordhoff. (niveau 2)

Artikelen:

¹ Huizinga, J., & Leeman, J. (2006). Moedervlek of melanoom. *Derma novum*, 7, 4-7. (niveau 2)

² Garbe, C., Schadendorf, D., & Karger, S. (2003). Surveillance and follow-up examinations in cutaneous melanoma. *International Journal of cancer reasearch and treatment*. (niveau 4)

³ Van der Geer, S., & van Everdingen , J.J.E. (2007). Bespreking van de richtlijn 'Melanoom van de huid'. *Dermatologie en Venereologie*, 10, 422-424. (niveau 6)

⁴ Huizinga, J., & Leeman, J. (2006). Moedervlek of melanoom. *Derma novum*, 7, 4-7. (niveau 2)

⁵ Geller, A.C., Hufford, D., Miller, D.R., Sun, T., Wyatt, S.W., Reilley, B., Bewerse, B., Lisco, J., Brooks, D., Grupenhoff, J., Waery, P., Lew, R.A., & Koh, H.K. (2003). Evaluation of the Ultraviolet Index: media reactions and public response. *Department of Dermatology*, 37. (niveau 5)

⁶ Gloster, H.M., & Neal, K. (2006). Skin cancer in skin of color. *Department of Dermatology*, 55. (niveau 4)

⁷ Gurrea, G., & Cañada, J. (2007). of UV radiation dose received by the Spanish population. *Departamento de Termodinámica Aplicada*, 83. (niveau 4)

⁸ Bordeaux, J.S., Lu, K.Q., & Cooper, K.D. (2007). Melanoma: pevention and early detection. *Department of Dermatology*, 34. (niveau 2)

⁹ Bergman, W. (2007). Cutaneous melanoma, approached by the dermatologist. *Nederlands tijdschrift voor oncologie*, 2, 62-63. (niveau 2)

¹⁰ Bergman, W. Melanoom in de familie: het FAMMM-syndroom (2004) (niveau 2)

¹¹ Pavel, S, van Nieuwpoort, F., van der Meulen H., Out, C., Pizinger, K., Cetkovska, P., Smit, N.P., & Koerten, H.K. (2004). Disturbed melanin synthesis and chronic oxidative stress in dysplastic naevi. *Nederlands tijdschrift voor oncologie*. (niveau 1)

¹² Fears, T.R., Guerry, D., Pfeiffer, R.M., Sagebiel, R.W., Elder, D.E., & Halpern, A.J. (2006). Identifying individuals at high risk of melanoma. *Nederlands tijdschrift voor oncologie*. (niveau 1)

¹³ Bergman, W. (2007) Cutaneous melanoma, approached by the dermatologist. *Nederlands tijdschrift voor oncologie*, 2, 59. (niveau 1)

¹⁴ El-Deiry, W.S. (2007). Targeting mutant p53 shows promise for sunscreens and skin cancer. *Department of Medicine*, 12. (niveau 3)

¹⁵ Bordeaux, J.S., Lu, K.Q., & Cooper, K.D. (2007). Melanoma: prevention and early detection. *Department of Dermatology*, 34. (niveau 2)

Tijdschriften:

A: De Vries, E, & van Kranen, H.J. Huidkanker samengevat. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, 16 juni 2006. (niveau 2)

B: Consumentengids, februari 2008. Blz 6. (niveau 6)

C: Coebergh, J.J.W. & van der Rhee, H.J. Conceptrichtlijn Melanoom van de huid, Kwaliteitsinstituut CBO en VIKC 2004. (niveau 6)

D: Intermediair. Zonnen juist goed tegen kanker. 24 augustus 2005. (niveau 6)

E: Coebergh, J.J.W. & van der Rhee, H.J. Conceptrichtlijn Melanoom van de huid, Kwaliteitsinstituut CBO en VIKC 2004. 13. (niveau 6)

F: Coebergh, J.J.W. & van der Rhee, H.J. Conceptrichtlijn Melanoom van de huid, Kwaliteitsinstituut CBO en VIKC 2004. 17. (niveau 6)

G: Coebergh, J.J.W. & van der Rhee, H.J. Conceptrichtlijn Melanoom van de huid, Kwaliteitsinstituut CBO en VIKC 2004. 20. (niveau 6)

Internet:

www.benevita.be

www.cbs.nl

www.drbrinkmannkliniek.nl

www.elsevier.nl Zonnen niet alleen gevaarlijk; het is gezond 2005

www.elsevier.nl Steeds meer jongeren krijgen kanker, 10 augustus 2005

www.ggd.nl

www.knmi.nl

www.kwfkankerbestrijding.nl

www.kwflachtadvies.nl

www.oncoline.nl

www.rivm.nl

- Niveau 1 systematische review met statistische pooling (=meta-analyse)
(veel verschillende betrouwbare onderzoeken bevestigen dezelfde feiten)
- Niveau 2 systematische review
(alle feiten uit vele verschillende betrouwbare onderzoeken zijn geordend)
- Niveau 3 grote gerandomiseerde studie (RCT)
(feiten komen uit een groot opgezet en blind onderzoek)
- Niveau 4 kleine RCT
(feiten komen uit een klein en blind onderzoek)
- Niveau 5 gecontroleerde studie
(feiten komen uit een onderzoek met een controlegroep)
- Niveau 6 richtlijnen en dergelijke
(betrouwbare informatie is tot voorschrift verwerkt)
- Niveau 7 opinie van een geraadpleegde expert
(informatie berustend op vertrouwen in de kennis van de expert)

Bijlage

Bijlage

Brief aan de respondenten.....	pag. I
Enquête.....	pag. II t/m III
Codeboek.....	pag. IV t/m V
Datamatrix.....	pag. VI t/m VII
Vormen van preventie.....	pag. VIII
Breslow-dikte.....	pag. IX

Brief aan respondenten

Geachte huidtherapeut,

In verband met het afronden van de studie Huidtherapie, zijn wij bezig met een afstudeerproject, met als vraagstelling: 'Op welke wijze kunnen huidtherapeuten bijdragen aan een vroegtijdige diagnostiek van tumoren uitgaande van de melanocyten?'

Op deze manier willen wij achterhalen of wij ons werkveld op dit gebied kunnen verbreden en of hier interesse voor is. Na het raadplegen van wetenschappelijke literatuur, willen wij graag van uw mening gebruik maken om de juiste conclusie te formuleren.

Wij willen u daarom vragen om bijgevoegde enquête in te vullen en te retourneren aan lysette.rietveld@student.hu.nl. De gekozen antwoorden kunnen vet gedrukt worden. Bij elke vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk. Wij hopen op uw medewerking.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Lenneke van Klaren
Lysette Rietveld

4^e jaars studenten opleiding Huidtherapie.

Enquête

1. Wat is uw leeftijd?
 - Tussen 21-30 jaar
 - Tussen 31-40 jaar
 - Tussen 41-50 jaar
 - Ouder dan 51 jaar

2. Hoelang beoefent u het vak huidtherapie?
 - 0-5 jaar
 - 6-10 jaar
 - 11-20 jaar
 - Langer dan 21 jaar

3. Komen er in uw praktijk vragen van patiënten, die betrekking hebben op een naevi?
 - Ja ga verder met vraag 4
 - Nee ga verder met vraag 5

4. Hoe vaak komt dit procentueel voor, in één jaar?
 - 0% - 10%
 - 11% - 20%
 - 21% - 30%
 - 31% of meer

5. Wordt er nu in uw praktijk iets gedaan, aan vroegtijdige diagnostiek van melanomen?
 - Ja ga verder met vraag 6
 - Nee ga verder met vraag 7

6. Met welke middelen/manieren wordt dit uitgevoerd?
 - Individuele voorlichting
 - Groepsvoorlichting
 - Dermatoscoop
 - Terug verwijzing huisarts
 - Anders namelijk;.....

7. Voor welke doelgroep denkt u, dat groepsvoorlichting het meest relevant is?
 - Patiënten met het FAMMM-syndroom
 - Patiënten met een lichte, pigmentarme huid en rood haar (huidtype I en II) en UV-schade.
 - Voorlichting jongeren onder de 20 jaar
 - Voorlichting aan andere zorgverleners

8. Vindt u dat huidtherapeuten meer aandacht moeten besteden aan vroegtijdige diagnostiek?
- Ja ga verder met vraag 9
 - Nee U bent klaar met het invullen van de enquête.
9. Vindt u dat deze bijdrage geleverd moet worden door alleen huidtherapeuten, of in samenwerking met andere disciplines?
- Alleen door huidtherapeuten ga verder met vraag 11
 - In samenwerking met andere disciplines ga verder met vraag 10
10. Welke voorkeur heeft u, met betrekking tot de samenwerking met andere disciplines?
- Dermatoloog
 - Huisarts
 - GGD
 - Anders namelijk;.....
11. Lijkt het u leuk om uw beroep op deze manier uit te breiden? Motivatie.
- Ja, want.....
.....
 - Nee, want.....
.....

U bent klaar met het invullen van de enquête.
Bedankt voor uw medewerking.

Codeboek

Vragenlijst: Op welke wijze kunnen huidtherapeuten bijdragen aan een vroegtijdige diagnostiek van tumoren uitgaande van de melanocyten?

Kenmerk 1: Personalia

<u>Vraag nr.</u>	<u>Antwoord omschrijving</u>	<u>Code</u>
1. Leeftijd	Tussen 21-30 jaar	1
	Tussen 31-40 jaar	2
	Tussen 41-50 jaar	3
	Ouder dan 51 jaar	4
2. Uitoefenen beroep	0-5 jaar	1
	6-10 jaar	2
	11-20 jaar	3
	Langer dan 21 jaar	4

Kenmerk 2: Preventie

<u>Vraag nr.</u>	<u>Antwoord omschrijving</u>	<u>Code</u>
3. Patiënten met naevi	Ja	1
	Nee	2
4. Procentueel	0% - 10%	1
	11% - 20%	2
	21% - 30%	3
	31% of meer	4
5. Vroegtijdige diagnostiek	Ja	1
	Nee	2
6. Welke middelen	Individuele voorlichting	1
	Groepsvoorlichting	2
	Dermatoscoop	3
	Terug verwijzing huisarts	4
	Anders namelijk;	5
7. Groepsvoorlichting	Patiënten met het FAMMM-syndroom	1
	Patiënten met een lichte, pigmentarme huid en rood haar (huidtype I en II) en UV-schade.	2
	Voorlichting op jonge leeftijd	3
	Voorlichting aan andere zorgverleners	4
8. Meer aandacht	Ja	1
	Nee	2

Kenmerk 3: Disciplines

<u>Vraag nr.</u>	<u>Antwoord omschrijving</u>	<u>Code</u>
9. Samenwerking disciplines	Alleen door huidtherapeuten	1
	In samenwerking met andere disciplines	2
10. Voorkeur disciplines	Dermatoloog	1
	Huisarts	2
	GGD	3
	Anders namelijk;	4

Kenmerk 4: Uitbreiding

<u>Vraag nr.</u>	<u>Antwoord omschrijving</u>	<u>Code</u>
11. Motivatie	Ja	1
	Nee	2

Code 9= niet van toepassing

Datamatrix

Respondent nr.	Kenmerk 1		Kenmerk 2					
	Leeftijd	Uitoefenen beroep	Patiënten met naevi	Procentueel	Vroegtijdige diagnostiek	Welke middelen	Groepsvoorlichting	Meer aandacht
1	1	1	1	2	1	1/4	2/3	1
2	4	1	2	9	2	9	3	1
3	3	3	1	2	1	4	2	2
4	3	2	2	9	2	9	2/3	1
5	1	1	2	9	2	9	2	1
6	1	1	1	1	1	1/4	2/3	2
7	2	3	1	1	1	1/4	2	1
8	4	3	1	1	1	4	4	1
9	1	1	1	1	2	9	3	1
10	3	2	1	2	1	1/4	4	1
11	3	2	1	1	1	1	1	1
12	1	3	1	1	1	4	3	1
13	1	1	2	9	1	4	2	1
14	1	1	2	9	2	9	3	1
15	1	2	1	1	1	1/4/5	3	1
16	3	1	1	3	1	4	2	1
17	1	1	1	1	2	9	2	1
18	2	1	1	1	2	9	1	1
19	2	3	1	3	1	4	3	1
20	2	3	1	1	1	1	2	1
21	2	2	1	2	1	4/5	1/2/3/4	1
22	2	2	1	1	2	9	2/3	1
23	1	1	1	3	1	4	2/3	1
24	1	1	1	1	1	1/4	3	1
25	2	2	1	2	2	9	1	1
26	1	1	1	3	1	4	3	1
27	3	2	1	1	2	9	2	2
28	2	1	2	9	1	4	3	1
29	1	1	1	3	1	1/3/4	1/2/3/4	1
30	2	3	1	2	1	4	4	1
31	1	1	1	2	1	1/4	2	1
32	3	2	1	1	2	9	1	1
33	2	3	1	2	1	4	3	1
34	2	3	1	1	2	9	2	1
35	3	2	1	1	2	9	1	1
36	3	3	2	9	2	9	2/3	1
37	3	2	1	2	2	9	1/3	1
38	1	1	1	2	1	4	2	1
39	4	3	1	1	2	9	2/3	2
40	2	2	1	2	1	1	2	2
41	1	1	1	1	2	9	1/3	1
42	1	1	1	1	2	9	2/3	2
43	1	1	1	2	1	4	2	1
44	1	1	1	1	1	4/5	1/2/3/4	1

45	1	1	1	1	1	4/5	2	1
46	2	3	1	2	2	9	3	1
47	1	1	1	3	1	1/4	1	1
48	3	3	1	4	1	4	3	1

Vervolg datamatrix

Respondent nr.	Kenmerk 3		Kenmerk 4
	Samenwerking disciplines	Voorkeur disciplines	Motivatatie
1	2	1	1
2	2	1	1
3	9	9	9
4	2	1/2	1
5	2	1	1
6	9	9	9
7	2	1	1
8	9	9	9
9	2	1	1
10	2	1/2	1
11	2	1	1
12	2	1/2	2
13	2	1/2	1
14	2	1/2	1
15	2	1/2	1
16	2	1/2/3	1
17	2	1/2	1
18	2	1/2	1
19	2	1/2	1
20	2	1/2	1
21	2	1/2	1
22	2	1	1
23	2	4	1
24	2	1/2	1
25	2	1/2	1
26	2	1/2	1
27	9	9	9
28	2	1	1
29	2	1/2	1
30	2	1/2	1
31	2	1/2	1
32	2	1/2	1
33	2	1	1
34	2	1/3	1
35	2	1	1
36	2	1/2/3	1
37	2	1	1
38	2	1	2
39	9	9	9
40	2	1/2	1
41	2	1/2	1
42	9	9	9
43	2	1/2	1
44	2	1	1
45	1	9	1
46	2	1/2	1

47	2	1	1
48	2	4	1

Vormen van preventie

Preventie wordt door drie vormen onderscheiden. Ten eerste is dat gezondheidsbescherming. Vooral rond de vorige eeuwwisseling hebben de aanleg van riolering, veilige drinkwatervoorzieningen en goede huisvesting voor veel gezondheidswinsten gezorgd. Tegenwoordig gaat het bij gezondheidsbescherming ook om het beheersen van blootstelling aan gevaarlijke stoffen op het werk, in voeding of consumentenproducten of in het milieu. Ook de Deltawerken, verkeersveiligheid, voedselveiligheid, of bouwvoorschriften hebben te maken met gezondheidsbescherming. De maatregelen worden gezien als een collectieve verantwoordelijkheid van de overheid en vallen voor een groot deel buiten het domein van de gezondheidszorg.

Ten tweede onderscheiden we gezondheidsbevordering. Maatregelen die zich vooral richten op het gezonder maken van ons gedrag. Ook het creëren van een gezonde sociale en fysieke omgeving rekenen we hiertoe. Gezondheidsbevordering kan zich zowel op de algemene bevolking als op specifieke groepen richten.

De laatste vorm van preventie is ziektepreventie. Hierbij gaat het om maatregelen gericht op het ontstaan van specifieke ziekten (bijvoorbeeld vaccinatie) of om vroegtijdige opsporing van (aanleg voor) een bestaande ziekte (screening). Vroegtijdige opsporing moet dan uiteraard wel gevolgd kunnen worden door adequate leefstijladvisering of gerichte behandeling. Om de effectiviteit van preventie te vergroten, wordt vaak gekozen voor een integrale aanpak waarbij voorlichting, omgevingsgerichte maatregelen, wet- en regelgeving en andere gezondheidsbeschermende maatregelen gelijktijdig worden ingezet. Vaak wordt in de praktijk bij een integrale aanpak niet ingezet op een specifiek gezondheidsprobleem maar op verschillende problemen of risicogedragingen tegelijk. Dat gebeurt in verschillende settings: de wijk, de werkplek, de school en de zorg. Deze settings spelen een cruciale rol bij de uitvoering van een integrale aanpak.

Breslow-dikte

De Breslow-dikte is een manier van classificatie van tumoren die in 1970 door Breslow bedacht is. De patholoog-anatoom meet de dikte van de tumor vanaf de granuleuze laag van de epidermis of vanaf de geïncercereerde laag tot aan de allerdiepste tumorcel. De 5-jaars overleving is duidelijk gerelateerd aan de Breslow-dikte.

	Verdeling		5 jaars		10 jaars	
Dikte	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
0.75 mm	30	47	95%	98%	90%	97%
0.76 - 1.5 mm	25	33	95%	94%	92%	95%
1.51 - 3 mm	30	15	70%	76%	40%	60%
> 3 mm	15	5	42%	55%	32%	46%