

Substitutie van laagrisicohuidkankerzorg naar de huisarts

Eline Noels, Marlies Wakkee, Renate van den Bos, Patrick Bindels, Tamar Nijsten en Marjolein Lugtenberg

Door stijgende zorgkosten staat substitutie van zorg hoog op de politieke agenda. In dit onderzoek verkenden wij middels interviews welke opvattingen zorgverleners hebben over de verplaatsing van laagrisicohuidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Hoewel de betrokken zorgverleners over het algemeen gematigd positief waren over substitutie van huidkankerzorg, blijken substantiële barrières een succesvolle implementatie op dit moment in de weg te staan. Maatregelen die substitutie kunnen bevorderen zijn dermato-oncologiescholing voor huisartsen en het verbeteren van de samenwerking tussen de lijnen. Huisartsen verwachten daarnaast inspanningen van dermatologen om hun vertrouwen en dat van patiënten in huisartsen te verhogen, en compensatie in tijd en geld.

Substitutie van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn staat hoog op de politieke agenda. Laagrisicohuidkanker (ofwel laagrisicobasaalcelcarcinomen) lijkt daarvoor een geschikt domein.¹ Wanneer deze zorg naar de eerste lijn zou worden verplaatst en onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis zouden worden voorkomen, kunnen er kosten worden bespaard. Daarbij blijft de toegankelijkheid van de zorg behouden en is de continuïteit van de huisartsenzorg groter.

Om een complexe verandering als substitutie van zorg in de praktijk te realiseren is het van belang om vooraf na te gaan of er hiervoor voldoende draagvlak onder de betrokkenen is.^{2,3} Wij wilden inzicht krijgen in de opvattingen van huisartsen en dermatologen over verplaatsing van deze zorg en potentiële barrières die substitutie belemmeren en strategieën die deze bevorderen.

METHODEN

Opzet van het onderzoek

We voerden 40 interviews uit met zorgverleners (18 dermatologen en 22 huisartsen) en 3 focusgroepgesprekken

met in totaal 18 huisartsen die een aangetoonde interesse hadden in de substitutie van huidkankerzorg. We kozen voor interviews omdat deze bij uitstek geschikt zijn om inzicht te krijgen in individuele opvattingen.⁴ De interviews vulden we aan met focusgroepgesprekken omdat deze praktische interventies voor substitutie kunnen opleveren.

Selectie van deelnemers

We hebben huisartsen en dermatologen geworven uit ons eigen netwerk. Hierbij hebben we bewust naar een maximale variatie gestreefd wat betreft het geslacht, het aantal jaren praktijkervaring, het type van de praktijk/het ziekenhuis en de stedelijkheid van de praktijk/het ziekenhuis en de verspreiding van de deelnemers over Nederland (zogenaamd *purposive sampling*).

De huisartsen voor de focusgroepen hebben we geworven onder de deelnemers aan de SKINCATCH-Trial, een multicentrum randomised controlled trial, die het proces van substitutie van zorg in de praktijk evalueert.⁵ Aan deze RCT doen 128 huisartsen mee, verspreid over Nederland, waarbij de interventiegroep intensieve scholing heeft gekregen over de diagnostiek en behandeling van huidtumoren (benigne, premaligne, maligne). Het doel is te meten welk effect aanvullende dermato-oncologische scholing heeft op de diagnostiek en behandeling (het percentage radicale excisies) van huidtumoren, en om te bepalen of substitutie van huidkankerzorg naar de eerste lijn op een veilige manier kan gebeuren.

Interviews en focusgroepen

De interviews vonden plaats vlak voordat de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen uitkwam (in juni 2017). De focusgroepgesprekken hebben we tussen december 2017 en maart 2018 gehouden. Een ervaren kwalitatief onderzoeker heeft alle interviews en focusgroepgesprekken uitgevoerd samen met een tweede onafhankelijke onderzoeker. Voor de interviews is een *topic guide* gebruikt die gericht is op algemene opvattingen over substitutie van huidkankerzorg, ervaren barrières en bevorderende strategieën. Bij de focusgroepgesprekken lag de nadruk op praktische interventies die substitutie van huidkankerzorg kunnen faciliteren.

Dit is een bewerkte vertaling van Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. Substitution of low-risk skin cancer hospital care towards primary care: a qualitative study on views of general practitioners and dermatologists. PLoS One 2019;14(3):e0213595.

WAT IS BEKEND?

- Laagrisicohuidkankerzorg zou een geschikt domein zijn voor substitutie van zorg.
- Inzicht in draagvlak en potentiële barrières bij implementatie is essentieel om substitutie te bevorderen.

WAT IS NIEUW?

- Hoewel zorgverleners gematigd positief zijn over de substitutie van huidkankerzorg, ervaren zij substantiële barrières die een succesvolle implementatie in de weg lijken te staan.
- Het uitbreiden van dermato-oncologiescholing, verbeteren van samenwerking tussen de lijnen, compenseren van bestede tijd en kosten, maar ook geclusterde spreekuren, horizontaal verwijzen, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining kunnen volgens de deelnemers substitutie faciliteren.

Gegevensanalyse en -synthese

We hebben de interviews en focusgroepen met een audiorecorder opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Voor de gegevensanalyse hanteerden we een inductieve benadering, voortbordurend op elementen van een gefundeerde theoriebenadering (de zogenaamde *grounded theory*). Twee onderzoekers namen de transcripties onafhankelijk van elkaar door en kenden in verschillende fasen codes toe aan de tekst. De onderzoekers vergeleken tussentijds hun codes en bespraken de discrepanties, totdat ze consensus bereikten. Thematische saturatie werd bereikt na achttien interviews met dermatologen, 22 interviews met huisartsen en drie focusgroepgesprekken met huisartsen. Vervolgens heeft de onderzoeksgroep (groepen van) codes met elkaar vergeleken, geclusterd en geïnterpreteerd, en ontstonden thema's waartussen verbanden werden gelegd.

RESULTATEN

Algemene opvattingen van zorgverleners over substitutie

De deelnemende huisartsen waren over het algemeen redelijk positief over substitutie van laagrisicohuidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Ze vonden dat deze zorg geschikt is voor verplaatsing en dat deze ook gewenst is vanwege de stijgende kosten en wachlijsten in de tweede en derde lijn [tabel 1]. Wel stelden ze dat er eerst aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan, zoals verbeterde scholing. Enkele huisartsen waren negatief over deze zorgsubstitutie, omdat ze van mening waren dat er al genoeg op het bordje van de huisarts ligt en dat de patiënt beter af is bij de dermatoloog. De dermatologen waren meer verdeeld in hun opvattingen: hoewel sommige van hen de noodzaak van substitutie inzag, vooral vanwege stijgende zorgkosten en een toenemend patiëntenvolume, vroeg een deel zich af of verplaatsing van deze zorg niet tot verlies van kwaliteit leidt [tabel 1]. Ook opperden enkele dermatologen dat substitutie zich zou moeten beperken tot bepaalde delen van de zorg, zoals nazorg of preventie.

Factoren die substitutie belemmeren

Zowel voor huisartsen als dermatologen vormt een gebrek aan vertrouwen in de kennis en kunde van huisartsen met betrekking tot huidkankerzorg een barrière voor substitutie [tabel 2]. Huisartsen noemen gebrekkige communicatie en samenwerking tussen huisartsen en dermatologen, gebrek aan vertrouwen van zowel patiënt als dermatoloog, en gebrek aan tijd en financiële compensatie als overige barrières die substitutie van laagrisicohuidkankerzorg in de weg kunnen staan.

Volgens dermatologen speelt behalve een gebrek aan scholing ook het lage patiëntenvolume van laagrisicohuidkanker in de eerste lijn een rol bij hun gebrek aan vertrouwen in huisartsen [tabel 2]. Ze denken ook dat waargenomen patiëntvoorkeuren voor behandeling door een dermatoloog een barrière voor substitutie vormen.

Tabel 1

Voorbeelden van citaten die opvattingen van zorgverleners over substitutie van laagrisicohuidkankerzorg illustreren

Zorgverleners	Mening	Citaten
Huisartsen	Positief over substitutie	'Ik denk dat het bij de huisartsenzorg past en met name als het om die basaalcelcarcinomen gaat, wat toch ook de grootste groep is van de stijgingen van de afgelopen tijd.'
	Twijfels over substitutie	'Ik weet niet wie de tijd heeft om zich daarin te bekwamen [...] Nou dat ik denk dat wij daar gewoon niet goed genoeg in zijn, te weinig zien.'
Dermatologen	Positief over substitutie	'Ja, het wordt een steeds grotere groep hè [...] dan kan je het gewoon niet meer alleen aan, als dermatoloog opvangen, dus naarmate dat aantal patiënten stijgt moet je toch andere oplossingen gaan vinden.'
	Twijfels over substitutie	'Als ik dingen moet overdoen die in de eerste lijn niet goed zijn gedaan, dan kost het uiteindelijk meer geld. En het is niet mijn bedoeling om tegen de eerste lijn aan te schoppen, want ik respecteer huisartsen op hun gebied, maar het heeft er gewoon niet van wat mag je verwachten van de eerste lijn? Ja, en dat heeft weer te maken met hoe simpel, en hoe eenvoudig zie je huidkanker. Ik denk dat het moeilijker is dan veel mensen denken.'



Substantiële barrières staan een succesvolle implementatie van de laagrisico huidkankerzorg in de weg.

Foto: Shutterstock

Strategieën die substitutie bevorderen

Als voornaamste strategie om substitutie van laagrisico huidkankerzorg te bevorderen noemden huisartsen en dermatologen het uitbreiden van de dermato-oncologiescholing voor huisartsen [tabel 3]. Sommige huisartsen pleitten daarbij voor het opleiden van kaderhuisartsen. Daarnaast hadden beide groepen behoefte aan een NHG-Standaard over huidkan-

kerzorg en een adequate implementatie hiervan, naast het verbeteren van samenwerking tussen de lijnen.

Huisartsen verwachtten bovendien inspanningen van dermatologen om hun vertrouwen en dat van patiënten in huisartsen te verhogen [tabel 3]. Zo zouden ze meer begrip moeten krijgen voor het feit dat het vak van de huisarts heel breed is en zouden ze laagrisico huidkankerpatiënten ook daadwerke-

Tabel 2

Voorbeelden van citaten die waargenomen barrières illustreren

Zorgverleners	Waargenomen barrières	Citaten
Huisartsen	Gebrek aan vertrouwen in eigen kennis en kunde met betrekking tot huidkankerzorg Gebrek aan vertrouwen (van patiënten) en dermatologen	'Onzekerheid bij de dokters [huisartsen] over hun kennis en onzekerheid bij de patiënt of de dokter het wel voldoende in de in de vingers heeft.' Huisarts 14 '[...] geeft altijd over en weer wat wantrouwen hè, als de tweede lijn merkt dat sommige huisartsen wel iets doen en andere niet, dan zijn ze geneigd de huisartsen die iets niet doen als slechte huisartsen te bestempelen en dat is natuurlijk niet zo, want we hebben een enorm breed vak.' Huisarts 20
	Beperkingen in tijd en financiële barrières	'[...] als die patiënten allemaal massaal naar ons spreekuur komen, daar is ons honorarium niet echt op berekend.' Huisarts 9
Dermatologen	Gebrek aan vertrouwen in huisartsen om huidkankerzorg uit te voeren	'Nee, er zijn prima huisartsen die het kunnen, maar er zijn ook prima veel huisartsen van waaruit je uit de verwijzing op kan maken dat ze echt geen idee hebben.' Dermatoloog 16
	Gebrek aan vertrouwen vanwege tekort aan scholing	'Er zit heel weinig dermatologie in de huisartsenopleiding, terwijl 1 op de 5 problemen waar de patiënt mee komt, is een huidprobleem. Dat is toch verschrikkelijk, in drie jaar opleiding.' Dermatoloog 5
	Voorkeur van patiënt voor behandeling door dermatoloog	'Het heeft er mee te maken met hoe ze in het begin bejegend zijn geweest. Want vaak zijn ze in het begin zelf al ongerust geweest over een plekje, en dat werd dan gebagatelliseerd door de huisarts. Dan hebben ze er veel meer moeite mee om weer verwezen te worden naar diezelfde man of vrouw, want ze hebben gewoon geen vertrouwen meer in, dus dat maakt dat dan moeilijker.' Dermatoloog 3

Tabel 3

Voorbeelden van citaten als illustratie van strategieën om substitutie te implementeren

Zorgverleners	Strategieën	Citaten
Huisartsen	Opleiden van kaderhuisartsen	'[...] Het zou fijn zijn als je kunt terugvallen op iemand die het gewone als het ware beheerst, die master is, die jou gewoon, want het is niet moeilijk te begrijpen, alleen je moet wel even iemand hebben die eventjes die kar trekt, en die jou even op pad helpt van kijk dat pak je zus en zo aan.'
	Implementatie van NHG-Standaard	'Het helpt altijd enorm als er een NHG-Standaard is, en dat krikt meteen de kennis van de huisarts en het zelfvertrouwen een eind omhoog.'
	Inspanningen van dermatologen	'Ik heb nu vaak een beetje het idee dat het wat betuttelend is. Dat als je iemand verwijst, en het blijkt niet te zijn wat je dacht, komt er zo'n brief van 'ja, dat moet je toch weten' [...] Ze [dermatologen] moeten begrijpen dat we generalisten zijn.'
	Compensatie in tijd en financiële middelen	'[...] Eigenlijk vooral voldoende tijd bij de huisartsenzorg. Het is inderdaad een groeiende populatie natuurlijk dit soort dingen [...] dan hebben we denk ik wel extra mankracht nodig. Het is toch vrij tijdrovend, je bent al gauw 15 tot 20 minuten bezig met zo'n controle, om het goed te doen.'
Dermatologen	Uitbreiden van dermato-oncologiescholing van huisartsen	'Je moet ze scholen, je moet ze leren hoe ze [...] het is moeilijk alleen, want ik bedoel het is natuurlijk ingewikkeld, het is voor ons ook ingewikkeld om de juiste diagnose te stellen, dus laat staan voor een huisarts.'
	Verbeteren van samenwerking tussen dermatologen en huisartsen	'[...] als de huisartsen echt een grotere rol gaat meespelen, ja dan denk ik wel dat dat de communicatie moet verbeteren. Dat de huisarts er dan ook geruster op is wat hij doet.'
	Verhogen van vertrouwen van patiënten in huisartsen door het verbeteren van publiciteit	'Ik denk niet alleen dat scholing daarin belangrijk is, maar ook zeker een stukje marketing of PR bijna vanuit de huisartsen van "hé wij doen mee in de huidkankerbehandeling". Misschien ook vanuit de dermatoloog van "wij doen het als een team samen met de huisartsen".'

lijk moeten terugverwijzen naar de eerste lijn. Ook compensatie in tijd en geld vonden huisartsen een zinvolle strategie. Dermatologen noemden als strategie nog het verhogen van het vertrouwen van patiënten in hun huisarts door positieve publiciteit via dermatologen en de media.

Praktische interventies

De huisartsen die een aangetoonde interesse hadden in substitutie van huidkankerzorg stelden een aantal praktische interventies voor, die zich richtten op het herstructureren van de zorg binnen en tussen de lijnen. Ze noemden onder andere geclusterde spreekuren voor huidkankerzorg, horizontale verwijzingen binnen en tussen praktijken, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining [tabel 4]. Deze praktische interventies zouden volgens hen leiden tot het vrijmaken van tijd en/of het bundelen van expertise bij een bepaalde groep huisartsen, om zo deze zorg adequaat in de eerste lijn te bevorderen.

BESCHOUWING

We gingen na welke opvattingen huisartsen en dermatologen hebben over substitutie van laagrisico-huidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Daarnaast onderzochten we potentiële barrières die de substitutie van zorg belemmeren en strategieën die deze bevorderen. Verder gingen we na wat volgens huisartsen met een aangetoonde interesse in substitutie van huidkankerzorg praktische interventies zijn om deze substitutie te bevorderen.

Het gebrek aan vertrouwen in het vermogen van huisartsen om huidkankerzorg adequaat uit voeren vormt voor zowel dermatologen als huisartsen zelf een belangrijke barrière voor substitutie van deze zorg. Deze bevinding is zonder meer

gerelateerd aan de beperkte dermato-oncologiescholing die huisartsen over het algemeen krijgen, wat meerdere onderzoeken in binnen- en buitenland bevestigen.⁶⁻⁸ Het uitbreiden en verbeteren van de dermato-oncologiescholing voor huisartsen, vooral met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van niet-melanoomhuidkanker, is volgens alle betrokken zorgverleners dan ook een essentiële voorwaarde om substitutie van deze zorg te laten slagen. Hierdoor zal waarschijnlijk ook het vertrouwen van patiënten in huisartsen toenemen. Als aanvulling op scholing is de implementatie van de NHG-Standaard zinvol. Deze standaard is inmiddels beschikbaar (sinds juni 2017), maar succesvolle implementatie blijkt in de praktijk de nodige tijd en inspanningen te vergen.^{9,10}

De deelnemende huisartsen (en dermatologen) zijn echter verdeeld over het antwoord op de vraag voor wie deze uitbreiding en verbetering van scholing moet dienen, zoals ook naar voren komt in een recente discussie over de kaderopleiding dermato-oncologie in *Huisarts en Wetenschap*.¹¹⁻¹³ Zolang de huisarts in het zorglandschap als poortwachter fungeert, is het zaak alle huisartsen te voorzien van betere en meer scholing in dermato-oncologie. Uit een recent onderzoek van onze onderzoeksgroep blijkt dat een tweedaagse scholing bij gemotiveerde huisartsen leidt tot een toename van het juist diagnosticeren van huidtumoren van 39 naar 56%.⁵ Hetzelfde onderzoek liet een significante verbetering zien in het diagnostische traject (waaronder het gebruik van biopten) en de accuraatheid van verwijzingen. Toch betwijfelen sommige (huis)artsen of substitutie van zorg haalbaar is met het aanbieden van dermato-oncologiescholing aan alle huisartsen. Zo zou volgens dermatologen het patiëntenvolume op het gebied van laagrisico-huidkanker in de eerste lijn te laag zijn om voldoende

Tabel 4

Voorbeelden van citaten over praktische interventies [van huisartsen met een aangetoonde interesse in substitutie van huidkankerzorg]

Interventie	Citaten
Geclusterde spreekuren voor huidkankerzorg	'Zo'n geclusterd spreekuur, heb ik ook, dat helpt ook enorm. Dat mensen die merken dat je gefocust bent op dermatologie.'
Implementatie van horizontale verwijzingen binnen en tussen praktijken	'Ik ben in de praktijk de enige die hè, ik heb een duopraktijk met mijn collega, ik doe alle snijdingen en eh, we vinden het kwalitatief ook goed, want ik houd de handigheid erin en zij doet de diabetes.'
Anderhalvelijnszorg	'[...] Denk aan anderhalvelijnszorg dat er makkelijk een dermatoloog met je mee kan kijken hè, dat je samen ingreepjes doet in je eigen praktijk, waardoor je ook weer je kennis verbreedt. Eh, dat maakt het gewoon allemaal veel leuker en interessanter en veel interactiever met elkaar [...].'
Praktijkverkleining	'Ik reserveer meestal 20 minuten voor een ingreep en als ik dus heel veel ingrepen heb, dan had ik dus twee keer zoveel patiënten op mijn spreekuur kunnen zien. Dus dan ga ik eh, in de klem hè. Dus ik vind eh, gewoon de praktijkverkleining, dat we kleinere praktijken krijgen, ehm, dat vind ik ook bij dit absoluut noodzakelijk.'

expertise op dit gebied op te bouwen. Huisartsen zijn van mening dat de huisartsenzorg zo'n breed vak is dat elke huisarts zijn eigen interesse- en aandachtsgebied zal kiezen. Een aantal praktische interventies die huisartsen noemen richt zich dan ook op het centraliseren van substitutie bij een kleinere groep huisartsen en niet bij alle huisartsen. Voorbeelden hiervan zijn kaderhuisartsen, geclusterde spreekuren voor huidkankerzorg, horizontale verwijzingen en anderhalvelijnszorg. Deze interventies zorgen voor het vrijmaken van tijd en/of het bundelen van expertise bij een bepaalde groep huisartsen, en kunnen de samenwerking tussen huisartsen en dermatologen verbeteren, en het vertrouwen van zowel patiënten, huisartsen als dermatologen vergroten.^{14,15}

Uit ons onderzoek blijkt ook dat het vergroten van vertrouwen van patiënten en dermatologen in de rol van huisartsen in de huidkankerzorg als een essentieel element wordt gezien bij het implementeren van effectieve substitutie van zorg. Een beperkt vertrouwen van patiënten kan er namelijk toe leiden dat ze liever naar de dermatoloog verwezen willen worden, wat ook eerdere onderzoeken al lieten zien.^{16,17} Ook een gebrek aan vertrouwen van dermatologen kan deze substitutie van zorg in de weg zitten. Naast het centraliseren van substitutie noemen betrokkenen dan ook strategieën die specifiek gericht zijn op het vergroten van het vertrouwen van patiënten en dermatologen in huisartsen, zoals het hanteren van een positieve benadering door dermatologen en media, en het adequaat terugverwijzen van patiënten naar de huisarts.

Huisartsen vonden meer tijd en financiële compensatie essentieel voor een succesvolle substitutie. Om de tijdsbarrière te slechten stelden ze voor om praktijken te verkleinen. Dat vergroot de aandacht en tijd voor de patiënt, wat uiteindelijk zou leiden tot betere uitkomsten (minder verwijzingen) en een verhoging van de kwaliteit van zorg. Er is nog weinig bewijs voor de effectiviteit daarvan. Verder is de huidige financieringsstructuur van de huisartsenzorg niet ingericht op praktijkverkleining, noch op veel van de andere aangedragen praktische interventies. Deze vragen om een herstructurering van de financiële stromen om de substitutie van zorg te

faciliteren, met een focus op kwaliteit in plaats van kwantiteit.¹⁸

CONCLUSIE

We kunnen weliswaar zeggen dat zorgverleners over het algemeen gematigd positief zijn over substitutie van huidkankerzorg, maar ook dat er momenteel substantiële barrières bestaan die geslecht moeten worden voordat we deze substitutie succesvol kunnen implementeren. Essentiële voorwaarden lijken strategieën als het uitbreiden van de dermato-oncologiescholing van huisartsen, het implementeren van de NHG-Standaard en het beschikbaar stellen van meer tijd en financiële compensatie. Daarnaast kunnen volgens huisartsen verschillende praktische interventies de substitutie van deze zorg faciliteren, bijvoorbeeld horizontaal verwijzen, geclusterde spreekuren, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining. ■

LITERATUUR

1. Van Hoof SJ, Kroese ME, Spreuwenberg MD, Elissen AM, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of hospital care with primary care: defining the conditions of primary care plus. *Int J Integr Care* 2016;16:12.
2. Lugtenberg M, Burgers JS, Han D, Westert GP. General practitioners' preferences for interventions to improve guideline adherence. *J Eval Clin Pract* 2014;20:820-6.
3. Green AE, Aarons GA. A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. *Implement Sci* 2011;6:104.
4. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 3rd revised edition. London: Sage Publications Ltd, 2014:360.
5. Noels EC, Klink MLV, Hollestein LM, Ramdas K, Bindels P, Nijsten T, et al. Short training improves diagnostic skin cancer skills of general practitioners; a multi-centre cluster RCT. *Aangeboden*. 2019.
6. Hansra NK, O'Sullivan P, Chen CL, Berger TG. Medical school dermatology curriculum: are we adequately preparing primary care physicians? *J Am Acad Dermatol* 2009;61:23-9.e1.
7. Hayes SF. Early detection of melanoma is key, so let's teach it. *BMJ* 2009;338:a3138.

8. Yaakub A, Cohen SN, Singh M, Goulding JMR. Dermatological content of U.K. undergraduate curricula: where are we now? *Br J Dermatol* 2017;176:836.
9. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation – a scoping review. *Healthcare (Basel)* 2016;4: pii: E36.
10. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009;4:54.
11. Bruens M. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie. *Huisarts Wet* 2019;3:30-2.
12. Sigurdsson V. Dermato-oncologie is voor alle huisartsen belangrijk. *Huisarts Wet* 2019;3:33-4.
13. Goudswaard L. Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur. *Huisarts Wet* 2019;3:35-6.
14. Quanjel TCC, Struijs JN, Spreeuwenberg MD, Baan CA, Ruwaard D. Shifting hospital care to primary care: an evaluation of cardiology care in a primary care setting in the Netherlands. *BMC Fam Pract* 2018;19:55.
15. Seierstad TG, Brekke M, Toftemo I, Haavet OR. GPs' and child and adolescent psychiatry specialists' experiences of joint consultations in the GP's office: a qualitative study. *BMC Res Notes* 2017;10:458.
16. Van Egmond S, Wakkee M, Van Rengen A, Bastiaens MT, Nijsten T, Lugtenberg M. Factors influencing current low-value follow-up care after basal cell carcinoma and suggested strategies for de-adoption: a qualitative study. *Br J Dermatol* 2019;180:1420-9.
17. Van Egmond S, Wakkee M, Droger M, Bastiaens MT, Van Rengen A, De Roos KP, et al. Needs and preferences of patients regarding basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma care: a qualitative focus group study. *Br J Dermatol* 2019;180:122-9.
18. OECD. *Better Ways to Pay for Health Care*. Parijs: OECD, 2016.

Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. Substitutie van laagrisicohuidkankerzorg naar de huisarts. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-019-0402-6. Erasmus MC, Erasmus MC Kankerinstituut, afdeling Dermatologie, Rotterdam: E.C. Noels, arts-onderzoeker, e.noels@erasmusmc.nl; M. Wakkee, dermatoloog; R.R. van den Bos, dermatoloog; prof. dr. T. Nijsten, hoogleraar Dermatologie; M. Lugtenberg, senior onderzoeker. Afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg: E.C. Noels, arts-onderzoeker; M. Lugtenberg, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerking van Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. Substitution of low-risk skin cancer hospital care towards primary care: a qualitative study on views of general practitioners and dermatologists. *PLoS One* 2019;14(3):e0213595.