



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan belanghebbende partijen betrokken bij

Verdiepingstraject zinnige nacontrole bij patiënten met niet-melanoom  
huidkanker of actinische keratose

2018037304

Datum 24 oktober 2018  
Betreft Verdiepingstraject zinnig nacontrole bij patiënten met niet-melanoom  
huidkanker of actinische keratose

**Zorginstituut Nederland**

Zorg I  
Oncologie  
Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**

B. van Nistelrooij  
T +31 (0)6 531 759 23

**Onze referentie**

2018037304

Geachte heer en mevrouw,

Eind 2015 is Zorginstituut Nederland binnen het programma Zinnige Zorg gestart met de verdieping van het onderwerp zinnig nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. Wij willen u hierbij informeren over het afronden van de verdieping en de start van de implementatie en monitoring.

*Geen verbeteringsignalement*

De vraag die centraal stond tijdens de verdieping is hoe de nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose verbeterd kan worden. Om deze vraag te beantwoorden zijn er onderzoeken uitgevoerd om tot zo concreet mogelijk tot verbeteringsignalen te komen. De synthese van de onderzoeksresultaten uit de verdiepingfase is op 17 mei 2018 met (relevante) stakeholders besproken. U vindt in de bijlage de synthese van de verdieping. Wij zijn samen met de (relevante) stakeholders tot de conclusie gekomen dat het geen toegevoegde waarde heeft om een verbeteringsignalement op te stellen om de nazorg bij met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose te verbeteren. We zetten hieronder uiteen waarom wij, met partijen deze toegevoegde waarde niet zien.

*Onderbouwing*

De stakeholders herkennen het beeld dat het lastig is op basis van de onderzoeksresultaten tot een duidelijke synthese te komen. Het doel van de onderzoeken was om meer inzicht te krijgen in de nazorg bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. Waarbij in het bijzonder is gekeken naar de patiënt selectie. Het beeld dat de praktijkfoto laat zien geeft geen aanleiding om aan te nemen dat veel patiënten te lang in de nazorg blijven. De praktijkfoto laat niet zien hoe de patiënt selectie voor nazorg in de praktijk eruit ziet. Ook geeft de praktijkfoto geen inzicht in hoe en of daadwerkelijk alleen hoog risico patiënten en/of patiënten met hoog risico leasie nazorg krijgen. Het is daarom niet mogelijk evidente verbeteringsignalen te formuleren voor de nazorg gebaseerd op de praktijkfoto.

Partijen kunnen zich vinden in onze bevinding dat uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de nacontrole praktijk lijkt aan te sluiten bij de meest recente (gereviseerde) richtlijnen. In deze huidige richtlijnen worden heldere aanwijzingen

gegeven dat niet elke patiënt onder controle gehouden hoeft te worden. Op deze manier geeft de huidige richtlijn houvast aan de invulling van de nazorg. Wij merken hierbij op dat de richtlijnen (deels) gebaseerd zijn op consensus omdat 'harde' evidence voor de inrichting van de nazorg, en in het bijzonder de nacontrole bij AK, BCC en PCC in de literatuur ontbreekt.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**Datum**  
24 oktober 2018

**Onze referentie**  
2018037304

#### *Lopende initiatieven*

Wij constateren verder dat partijen verscheidene initiatieven hebben opgepakt ter verbetering en verheldering van de nacontrole en van de nazorg in brede zin.

- De landelijke multidisciplinaire richtlijnen voor niet-melanoom huidkanker zijn herzien (of de revisie is bijna afgerond).
- De opgestelde huisartsen standaard 'Verdachte huidafwijkingen' behandelt niet-melanoom huidkanker en actinische keratose.

Deze richtlijnen en standaard voor de medische specialist en huisartsen bieden houvast voor het verbeteren van de invulling van de nazorg bij niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. Het implementeren van deze richtlijnen zal de kwaliteit van de nazorg bij niet-melanoom huidkanker of actinische keratose ten goede komen. Voor implementatie (en de inhoud) van de richtlijnen hebben de stakeholders al een knelpunt analyse uitgevoerd, die de relevante vraagstukken adresseren. De gevonden knelpunten zijn geprioriteerd en worden door hen opgepakt.

#### *Conclusie*

Gezien deze initiatieven van partijen, zijn wij samen met de (relevante) stakeholders tot de conclusie gekomen dat het niet nodig is om een verbeter signalement op te stellen om de nazorg bij niet-melanoom huidkanker of actinische keratose te verbeteren.

Op basis van deze conclusie willen wij de stakeholders complimenteren hoe zij dit, door hen zelf geagendeerde, vraagstuk dat uit de screeningsfase naar voren is gekomen, hebben opgepakt en dit bij het opstellen/reviseren van richtlijnen hebben meegenomen. Deze aanpak vormt een goede basis voor een gedegen implementatie proces. Het uitbrengen van een verbeter signalement om de verdiepingsfase af te ronden heeft daarom weinig toegevoegde waarde. Het is meer zinvol dat de stakeholders zich richten op de implementatie van de richtlijnen. Waar nodig en op verzoek zal Zorginstituut Nederland de implementatie van de richtlijnen in de praktijk ondersteunen en monitoren.

#### *Vervolg*

Wij zullen u in 2019 informeren over de voortgang van het implementatie proces en de uitkomsten van de monitorfase.

Hoogachtend,

  
Sjaak Wijma  
Lid Raad van Bestuur

**Bijlage:** Verdiepingstraject zinnige nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

## 1 Conclusie

**Datum**  
24 oktober 2018

**Onze referentie**  
2018037304

Het Zorginstituut heeft besloten geen Verbetersignalement vast te stellen. De onderzoeksdata laten het niet toe om een verbeterpotentieel met harde verbetervoorstellen te formuleren voor de nacontrole op basis van de praktijkfoto. Het beeld van de praktijkfoto geeft geen aanleiding om aan te nemen dat veel patiënten te lang onder (na)controle blijven. Hiermee lijkt de praktijk aan te sluiten bij de meest recente landelijke behandelrichtlijnen en de huisartsen standaard.

Zorginstituut Nederland is tot deze conclusie gekomen door de hier gepresenteerde synthese van de onderzoeksresultaten. Deze synthese hebben wij voorgelegd aan de betrokken partijen in een consultatiebijeenkomst.<sup>i</sup> Het doel van deze consultatiebijeenkomst was om samen te bespreken waar er verbeterpotentieel ligt voor de nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker en actinische keratose. In dit hoofdstuk beschrijven wij onze conclusie over het verbeterpotentieel welke mede tot stand is gekomen met input van partijen tijdens deze consultatiebijeenkomst.

### *Extern onderzoek*

Wij hebben extern onderzoek laten doen naar de zorgpraktijk na de initiële behandeling bij niet-melanoom huidkanker en actinische keratose ('de praktijkfoto'). Het doel van het onderzoek was om het verbeterpotentieel inzichtelijk te maken en zo concreet mogelijk verbeterpunten te signaleren voor de nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. De resultaten van dit onderzoek (de 'praktijkfoto') kunnen mogelijk een basis bieden voor de betrokken partijen bij het opstellen van verbeteringen met betrekking tot de nacontrole en de invulling van de organisatie daarvan. Het verbeterpotentieel wordt vastgesteld in een Verbetersignalement. Voor een volledige beschrijving van de onderzoeksresultaten wordt verwezen naar het onderliggende externe onderzoeksrapport.<sup>ii</sup> Omdat op basis van beschikbare gegevens alleen maar teruggekeken kan worden naar patiënten bij wie in de periode 2010 – 2013 een nieuwe diagnose niet-melanoom huidkanker of actinische keratose gesteld werd, is de analyse mogelijk niet volledig toe te passen op de huidige zorgpraktijk. Toch biedt het bespreken van de onderzoeksresultaten en een analyse hoe deze zich verhouden tot de richtlijnadviezen inzichten die relevant kunnen zijn voor de huidige zorgpraktijk.

### **1.1 Aanleiding van dit onderzoek**

Basaalcelcarcinoom (BCC) en plaveiselcelcarcinoom (PCC), en de (pre)maligniteit actinische keratose (AK) zijn de belangrijkste vormen van niet-melanoom huidkanker. De verwachting is dat de incidentie zal blijven toenemen. Actinische keratose is een premaligne huidafwijking met lage kans op maligne ontanding. Een gemeenschappelijke etiologische factor bij niet-melanoom huidkanker en actinische keratose is overmatige blootstelling aan UV-straling (zon-expositie of zonnebank gebruik) waardoor chronische schade aan de huidcellen kan ontstaan

en op den duur huidkanker of premaligniteit. Door de vergrijzing in de algehele bevolking en de toegenomen zon-expositie zal naar verwachting het aantal patiënten met niet-melanoom huidkanker en/of actinische keratose in de nabije toekomst toenemen. Hierdoor zal mogelijk ook het aantal mensen dat zorg na de initiële behandeling behoeft toenemen. De vraag is hoe de nacontrole, gelet op de verschillende doelen van nazorg, zo optimaal mogelijk ingericht kan worden.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**Datum**  
24 oktober 2018

**Onze referentie**  
2018037304

Bij het bepalen van het nacontrolebeleid spelen een aantal overwegingen een rol. In het algemeen geldt dat huidafwijkingen, waarvan verondersteld wordt dat zij een verhoogd risico hebben om te recidiveren, een doorgaans intensiever behandel- en controlebeleid vergen dan huidafwijkingen waarvan het risico daarop niet hoog wordt ingeschat. Dit wordt ook wel risicostratificatie van het behandelbeleid genoemd. Kenmerken van de tumor die gepaard gaan met een verhoogd risico op terugkeer van de ziekte (recidief of nieuwe tumor, of locoregionale en systematische ziekte in het geval van PCC) zijn onder andere de lokalisatie en groeiwijze van de tumor (zie bijlage 1). In deze gevallen spreken we van een hoog-risico tumor of laesie. Daarnaast lijkt een uitgebreide actinische beschadigde huid en een doorgemaakte (niet-melanoom) huidkanker een verhoogd risico te geven op alle andere vormen van huidkanker.<sup>iii,iv v,vi,vii</sup> Hetzelfde geldt voor patiënten met een gestoorde immuniteit, zoals na orgaantransplantatie.<sup>viii</sup> In deze gevallen spreken we van een hoog risico patiënt.

In de meest recente richtlijnrevisies van de NVDV voor BCC en AK zijn geen vergelijkende studies geïdentificeerd die onderzoeken of nacontrole zinvol is.<sup>ix</sup> De risicostratificatie, is grotendeels historisch ontstaan en op basis van consensus opgenomen in de nationale en internationale behandelrichtlijnen. Hoewel de kans op een opeenvolgende tumor toeneemt na een doorgemaakte primaire tumor stellen de werkgroepen van de meest recente landelijke richtlijnen over niet-melanoom huidkanker, dat het niet nodig is alle patiënten met een primaire tumor onder controle te houden. Doorgaans wordt bij afwezigheid van hoog risico kenmerken de nadruk gelegd op zelfcontrole, en controle alleen op basis van (hernieuwde) klachten. Recent is een NHG-standaard 'Verdachte huidafwijkingen' tot stand gekomen. Hierin zijn eveneens aanbevelingen opgenomen voor het doen van controles.<sup>xi</sup>

## **1.2 Onderzoekresultaten nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker en AK in de praktijk**

Hieronder beschrijven we telkens eerst de onderzoeksresultaten voor nacontrole bij de dermatoloog waarna we ingaan op de onderzoeksresultaten voor de nacontrole bij de huisarts.

### *1.2.1 Nacontrole bij de dermatoloog*

Bij de zorg die geleverd wordt door de dermatoloog kijken wij eerst naar het algemene beeld van de nacontrole bij patiënten met BCC, PCC of AK aan de hand van de DIS-data. Daarna kijken wij specifiek naar de geleverde zorg aan patiënten met BCC of PCC aan de hand van de NKR-data.

#### *1.2.1.1 Algemeen beeld (DIS)*

#### 1.2.1.2 Toelichting op de DIS data

We gebruiken declaratiedata uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS) en vanuit zorgverzekeraars (via Vektis) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. De dermatologische zorg kan tot 2014 niet op het niveau van afzonderlijke ziektebeelden worden geanalyseerd, maar alleen op het niveau van diagnosegroepen maligne (diagnosecode 310.14) of pre-maligne huidaandoeningen (diagnosecode 310.17). Voor een deel zijn deze diagnosegroepen daarom 'vervuild' met minder frequent voorkomende huidaandoeningen. Hierdoor zijn de data alleen bruikbaar voor inschatting van het relatieve percentage van de niet-melanoomkankers en de actinische keratosen binnen respectievelijk de maligne en de pre-maligne diagnosegroepen. Daarnaast is in DIS geen informatie beschikbaar op het niveau van een hoog- of laag risico BCC, PCC of AK. Ondanks deze beperkingen hebben wij DIS-data gebruikt voor een kwantitatieve schattingen op landelijk niveau over het zorgtraject van patiënten met een niet-melanoom huidkanker in de tijd.

#### *Wat laten de data zien?*

Voor de beschrijving van de nacontrolepraktijk bij de dermatoloog zijn patiënten geselecteerd met een nieuwe diagnose BCC, PCC of AK in 2010. De DIS-data laten zien dat er in 2010 circa 75.000 nieuwe patiënten zijn met een nieuwe diagnose voor maligne huidkanker en circa 71.500 met een nieuwe diagnose premaligniteit. Hiervan schatten wij in dat 37.000 mensen een AK hebben die niet bekend zijn bij de dermatoloog met huidkanker. Deze schatting is gebaseerd op hun zorggebruik, waarbij de aanname is dat niet-invasieve behandelingen vooral bij AK-patiënten worden ingezet. Dertig procent van de personen met een nieuwe diagnose BCC, PCC of AK bezoekt de specialist vaker dan één keer. Wanneer wij de nacontrole periode laten beginnen 90 dagen na een nieuwe diagnose, dan krijgen 16.000 personen met een maligne diagnosecode nacontrole en 14.000 met een premaligne diagnosecode nacontrole. Dit komt neer op nacontrole bij ongeveer 20% van alle patiënten met een nieuwe diagnose in 2010. De gemiddelde duur van de nacontrole (bij trajecten langer dan 90 dagen) is voor de maligne huidaandoeningen circa 1 jaar. Dit is voor BCC en PCC korter dan de voorgeschreven nacontrole van vijf jaren volgens de vigerende richtlijn van 2010 en 2014/2015 (zie bijlage 1). Voor de premaligne huidaandoeningen is de gemiddelde duur van de nacontrole eveneens circa 1 jaar. Bijna de helft van alle consulten uit de periode van 5 controlejaren vindt plaats in het eerste controle jaar. Vijfentwintig procent van de consulten vindt plaats in het tweede tot en met vijfde controlejaar. Het beeld van nacontrole bij AK is korter dan de voorgeschreven vier jaren nacontrole volgens de vigerende richtlijn van 2010 voor AK met hoog risico kenmerken.

#### 1.2.1.3 Beeld nacontrole van BCC en PCC bij de dermatoloog (NKR)

##### *Toelichting op de NKR data*

De NKR ontvangt gegevens van de pathologisch bevestigde tumoren van het Pathologisch Anatomisch Landelijke Geautomatiseerd Archief (PALGA). Voor dit onderzoek werden patiënten geselecteerd met een nieuwe BCC of PCC (ieder cohort n=500). Bij de initiële tumor wordt niet vermeld of het om een recidief of om een nieuwe primaire tumor gaat (een recidief kan als een nieuwe primaire tumor bestempeld zijn). Desalniettemin kunnen de NKR data gebruikt worden om,

daar waar de data het toelaten, de nacontrolepraktijk te beschrijven in relatie tot de vigerende richtlijnadviezen voor de hoog- en laag risico patiënten. Vanaf 2013 vindt in het PALGA geprotocolleerde verslaglegging plaats voor het PCC. Dit heeft tot gevolg dat voor de cohorten 2010 en 2013 in een groot deel van de patiënten geen informatie over bepaalde hoog-risico kenmerken van de tumor beschikbaar zijn (in 33% onbekend).

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Oncologie

**Datum**  
24 oktober 2018

**Onze referentie**  
2018037304

#### 1.2.1.4 *Wat laten de data zien?*

Uit de NKR data is informatie beschikbaar van n=723 BCC patiënten en 571 PCC patiënten. Van alle BCC-patiënten had de tumor in 30% hoog-risico kenmerken (lokalisatie in de H-zone, grootte >2.0 cm). Van alle PCC's had 7,5%<sup>1</sup> hoog-risico kenmerken van de tumor (TNM-stadium II en III). Wanneer het hebben van een recidief als hoog risico kenmerk wordt meegenomen wordt de hoog-risico patiëntenpopulatie groter. Van de patiënten met een BCC ontwikkelt binnen 5 jaar 39% een nieuw BCC, 7% een PCC en 46% een AK. Van de patiënten met een PCC ontwikkelt binnen vijf jaar 25% een BCC, 29% een nieuw PCC en 66% een AK. Het eerste recidief lijkt zich vaak in de eerste twee jaren na diagnose te ontwikkelen (cohort 2010 met follow-up periode van vijf jaar versus cohort 2013 met follow-up periode van twee jaar: de incidentie is nagenoeg gelijk).

Het beeld dat uit de NKR-data naar voren komt is dat van alle patiënten in de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn met een BCC of PCC 83% respectievelijk 89% bij de dermatoloog komt in het eerste jaar na diagnose. Gemiddeld gaat het om respectievelijk twee bezoeken bij patiënten met een BCC en om gemiddelde drie bezoeken bij patiënten met een PCC. In het 2<sup>e</sup> jaar na diagnose daalt dit gemiddelde aantal controlebezoeken aan de dermatoloog naar ongeveer 1 bezoek, om daarna nauwelijks meer af te nemen. In het derde controle jaar komt ongeveer 50% (214 van de 415 patiënten) nog bij de dermatoloog. Na het 5<sup>e</sup> jaar na diagnose komt minder dan de helft van de patiënten nog terug bij de dermatoloog. De data maken niet inzichtelijk welke groep nieuwe (pre)maligniteiten ontwikkeld. Hierdoor is het moeilijk om een beeld te vormen van tumor-specifieke risicostatificatie in de nacontrole.

Van de laag-risico BCC patiënten (die geen nieuwe BCC, PCC of AK ontwikkelden) komt circa 19% (20/108 patiënten) in eerste jaar helemaal niet terug bij de dermatoloog, en in het tweede jaar komt 62% (55/89 patiënten) niet voor controle terug, en tot en met het 5<sup>e</sup> controlejaar komt 72% (60/83 patiënten) niet bij de dermatoloog voor jaarlijkse controle terug.

#### 1.2.2 *Nacontrole bij de huisarts*

Bij de zorg die geleverd wordt door de huisarts kijken wij eerst naar het algemene beeld waarna wij specifiek kijken naar de geleverde zorg aan patiënten met BCC of PCC en AK. In de onderliggende onderzoeksrapporten kan meer informatie worden gevonden over de diagnostiek en behandeling bij de huisarts.

##### 1.2.2.1 *Beeld nacontrole van BCC en PCC bij huisarts (IPCI)*

---

<sup>1</sup> hierbij zijn de personen waarbij het stadium niet bekend is buiten beschouwing gelaten.

#### 1.2.2.2 Toelichting op de IPCI data (BCC/PCC)

Voor de nacontrolepraktijk bij patiënten met een BCC en PCC in de 1<sup>e</sup> lijn zijn patiënten geselecteerd uit het IPCI-datasysteem. Het IPCI-datasysteem bevat gegevens uit 385 huisartsenpraktijken uit de regio's Westland, Utrecht, Veluwe en de band tussen Hilversum en Veenendaal. Op deze wijze worden zowel plattelandspraktijken als ook stadspraktijken vertegenwoordigd. Patiënten met BCC of PCC tussen 2009-2010 (n=500 per tumorsoort) en 2012-2013 (n=500 per tumorsoort) werden geselecteerd.

#### 1.2.2.3 Wat laten de data over BCC/PCC zien?

Van de patiënten die uitsluitend door de huisarts zijn behandeld, komt ongeveer de helft van de BCC en de PCC-patiënten voor nacontrole. Patiënten komen een tot drie keer bij de huisarts voor een huidkanker gerelateerde zorgvraag gedurende de twee en vijf jaar follow-up periode. 35% komt meer dan drie keer terug, 6-13% wordt niet meer terug gezien in de follow-up periode. Voor zowel de verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn, de behandeling, en het doen of het achterwege laten van de nacontrole was het aan de hand van de beschikbare data niet mogelijk om te onderzoeken om welke patiënten het ging, in het bijzonder kon niet onderzocht worden of hier risicostratificatie heeft plaats gevonden.

#### 1.2.2.4 Beeld nacontrole van AK bij huisarts (Rotterdam Studie)

##### *Toelichting op de data uit de 'Rotterdam Studie' (AK)*

Voor de beschrijving van de nacontrolepraktijk bij patiënten met AK in de 1<sup>e</sup> lijn wordt gebruik gemaakt van de Rotterdam Studie. De 'Rotterdamstudie' betreft een op de algehele populatie gebaseerde cohortstudie van 15.000 deelnemers van 45 jaar en ouder uit de wijk Ommoord in Rotterdam.<sup>2</sup> Om de 4 jaar bezoeken de deelnemers het onderzoekscentrum in de wijk. Sinds 2010 participeert ook de afdeling dermatologie van het Erasmus MC in het onderzoek. Meer dan 6000 deelnemers zijn gezien voor een dermatologisch onderzoek, waarvan 1510 deelnemers met AK konden worden geselecteerd voor nadere analyse. De onderzoekers hadden bij het registreren van de gegevens toegang tot het medische dossier van 1322 deelnemers. Op deze manier was het mogelijk om te evalueren hoe de nacontrole plaatsvond bij de huisarts.

##### *Wat laten de data over AK zien?*

Van de personen die een huisarts bezochten in verband met AK, wordt in tweederde van de gevallen de huisarts eenmalig geconsulteerd. Van de overige personen komt twee-derde van de patiënten zes maanden na de initiële diagnose nogmaals bij de huisarts. Aan de hand van de beschikbare data was het niet mogelijk om te onderzoeken of nacontrole plaatsvond of dat een consult en/of behandeling plaatsvond wegens een nieuwe verdachte huidafwijking. Ook was het aan de hand van de beschikbare data niet duidelijk om welke patiëntgroep het ging, in het bijzonder was niet duidelijk of hier risicostratificatie had plaatsgevonden. Uit het onderzoek bleek namelijk ook dat er bij 80% van de deelnemers bij wie door de onderzoekers tenminste één AK laesie werd geconstateerd, geen huisartsbezoek teruggevonden kon worden in het patiëntendossier. Ditzelfde geldt voor 68% van de deelnemers met meer dan 10 AK laesies.

---

<sup>2</sup> <http://www.ergo-onderzoek.nl/wp/>

### 1.3 Synthese

Het beeld dat de praktijkfoto laat zien geeft geen aanleiding om aan te nemen dat veel patiënten te lang in de nazorg blijven. Echter laat de praktijkfoto niet zien hoe de patiënt selectie voor nazorg in de praktijk eruit ziet. Helaas geeft de praktijkfoto geen inzicht in hoe en of daadwerkelijk alleen hoog risico patiënten en/of patiënten met hoog risico laesies nazorg krijgen. Het is daarom niet mogelijk harde verbeteringsignalen te formuleren voor de nazorg gebaseerd op de praktijkfoto.

In de huidige richtlijnen worden aanwijzingen gegeven dat niet elke patiënt onder controle gehouden hoeft te worden. Op deze manier geven de huidige richtlijn houvast voor een risicostratificatie in de nazorg. Waarbij opgemerkt moet worden dat de richtlijnen gebaseerd zijn op consensus omdat 'harde' evidence voor de inrichting van de nazorg, en in het bijzonder de nacontrole bij AK, BCC en PCC in de literatuur ontbreekt.

*De brief is aan de volgende personen-organisaties verstuurd:*

Mevrouw M. Minnaard, namens NHG

Mevrouw M. Dieleman, namens NHG

Mevrouw H.C. de Vijlder, namens NVDV

De heer M. Muche, namens NVDV

De heer J.L.P. Kuijpers, namens ZN

De heer J.N. Bouwens, namens NFU

De heer P. van den Broek, namens Huidpatiënten Nederland

Mevrouw M. Wakkee, namens Erasmus MC

Mevrouw L.M. Hollestein, namens Erasmus MC

**Zorginstituut Nederland**

Zorg I  
Oncologie

**Datum**

24 oktober 2018

**Onze referentie**

2018037304



---

<sup>i</sup> 17 mei 2018 vond een consultatiebijeenkomst met betrokken partijen: NHG, NVDM NVZ, hoofdonderzoekers van Afdeling Dermatologie en Venereologie van het Erasmus EMC

<sup>ii</sup> Afdeling Dermatologie en Venereologie van het Erasmus MC i.s.m. de Rotterdam Study van het Erasmus MC, afdeling Medische informatica Erasmus MC en het Integraal Kankercentrum Nederland. Zinnige nacontrole bij niet-melanoom huidkanker en actinische keratose. Rotterdam februari 2017. Rapport in opdracht van Zorginstituut Nederland

<sup>iii</sup> Khalesi M, Whiteman DC, Doi SA, Clark J, Kimlin MG, Neale RE. Cutaneous markers of photo-damage and risk of basal cell carcinoma of the skin. A meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013a;22:1483-9.

<sup>iv</sup> Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma. III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer* 2005c;41:2040-59.

<sup>v</sup> Flohil SC, Koljenović S, De Haas ERM, Overbeek LIH, De Vries E, Nijsten T. Het blijft vaak niet bij één basaalcelcarcinoom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011a;155:A4110.

<sup>vi</sup> Flohil SC, Van der Leest RJ, Arends LR, De Vries E, Nijsten T. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior keratinocyte carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2013a;49:2365-75.

<sup>vii</sup> Van der Leest RJ, Flohil SC, Arends LR, De Vries E, Nijsten T. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior melanoma. A systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1053-62.

<sup>viii</sup> Harwood CA, Mesher D, McGregor JM, Mitchell L, Leedham-Green M, Raftery M, et al. A surveillance model for skin cancer in organ transplant recipients. A 22-year prospective study in an ethnically diverse population. *Am J Transplant* 2013;13:119-29.

<sup>ix</sup> Oncoline, NVDV richtlijn Basaalcelcarcinoom, 2015. via: <https://oncoline.nl/basaalcelcarcinoom>

<sup>x</sup> Oncoline, NVDV Richtlijn Actinische keratose, modulaire update 2017. via: [https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/actinische\\_keratose/ontrole\\_en\\_follow-up\\_actinische\\_keratose.html](https://richtlijnenendatabase.nl/richtlijn/actinische_keratose/ontrole_en_follow-up_actinische_keratose.html)

<sup>xi</sup> NHG standaard Verdachte huidafwijkingen, Utrecht 17 juni 2017