

# implementatieplan

## Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn Basaalcelcarcinoom. Voor het opstellen van dit plan is een inventarisatie gedaan van de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen. Daarbij heeft de richtlijnwerkgroep een advies uitgebracht over het tijdsfad voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die door verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

## Werkwijze

Om tot dit plan te komen heeft de werkgroep per aanbeveling in de richtlijn nagedacht over:

- Het tijdstip waarop de aanbeveling de implementatie gerealiseerd zou moeten zijn;
- De verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- Randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- Mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- Mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- Welke partijen aan zet zijn.

Lezers van dit implementatieplan dienen rekening te houden met het feit dat er verschillen zijn tussen 'sterke aanbevelingen' en 'zwakke aanbevelingen'. In het eerste geval doet de richtlijncommissie een duidelijke uitspraak over iets dat wel of niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld en spreekt de werkgroep haar voorkeur of advies uit, maar laat zij meer ruimte voor alternatieven. Een reden hiervoor is bijvoorbeeld dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om de aanbeveling te onderbouwen. Een zwakke aanbeveling is te herkennen aan de formulering en begint bijvoorbeeld met 'Overweeg om...'. Zowel voor de sterke als voor de zwakke aanbevelingen heeft de werkgroep nagedacht over de implementatie. Alleen voor sterk geformuleerde aanbevelingen worden implementatietermijnen gegeven.

## Implementatietermijnen

Voor de volgende aanbevelingen geldt dat implementatie op korte termijn gerealiseerd zou moeten worden. In de meeste gevallen geldt hiervoor de termijn van 1-3 jaar. In onderstaande aanbeveling is dat 1 jaar:

Aanbeveling	Toelichting
Zie de algemene inleiding voor overwegingen omtrent samen beslissen en patiëntvoorlichting.	
Stel bij klinische verdenking de diagnose BCC op basis van dermatoscopische kenmerken; hierbij is bekwaamheid in dermatoscopie vereist (opleiding tot dermatoloog dan wel een meerdaagse, gecertificeerde dermatoscopie cursus).	Zie kopje 'Impact op zorgkosten'
Verricht een aanvullende diagnostische test in de volgende gevallen: <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is geen dermatoscopische bevestiging bij klinische verdenking op BCC</li><li>- Het subtype is belangrijk voor de behandelkeuze</li><li>- Lokalisatie in de H-zone</li></ul>	
Aanvullend onderzoek bestaat in principe uit een biopt; bij voor BCC verdachte laesies buiten de H-zone kan ook OCT-geleide diagnostiek overwogen worden.	Zie kopje 'Impact op zorgkosten'

<p>Stel de diagnose BCNS in de volgende gevallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- één major criterium en genetische bevestiging (mutatie in PTCH1- of SUFU-gen)</li> <li>- twee major criteria</li> <li>- één major en 2 minor criteria</li> <li>- bij jonge kinderen met 1 of meerdere minor criteria kan genetisch onderzoek bijdragend zijn, aangezien een aantal van de major en minor criteria pas op latere leeftijd optreden.</li> </ul>	
<p>Verwijs naar de klinisch geneticus voor counseling en DNA-diagnostiek bij klinische verdenking op BCNS en de aanwezigheid van minimaal één major criterium of meerdere minor criteria.</p>	
<p>Bespreek met regelmaat een adequate zonbescherming met de patiënt met BCNS en overweeg Vitamine D suppletie.</p>	
<p>Verricht bij patiënten met BCNS jaarlijks inspectie van de gehele huid tot de ontwikkeling van het eerste BCC. Verhoog vanaf dat moment de frequentie van de controles naar halfjaarlijks of driemaandelijks (afhankelijk van aantal en frequentie van optreden nieuwe BCC's).</p>	
<p>Vermijd zoveel mogelijk (aanvullend) röntgenonderzoek vanwege het mogelijk verhoogde risico op BCC's door lage dosis straling, ook naar andere manifestaties van het syndroom.</p>	
<p>Classificeer afzonderlijke BCC's als laag- of hoog-risico aan de hand van de kans op een radicale behandeling/recidiefkans na behandeling voor het maken van beleidsafwegingen. Zie tabel 'Criteria voor laag- en hoog-risico BCC' onder het 'Professioneel perspectief'.</p>	
<p>Gebruik de vier histopathologische subtypen (nodulair, superficieel, infiltratief/sprieterig of micronodulair) om het groeipatroon te definiëren in de pathologie- en algemene rapportage.</p>	
<p>Benoem de volgende kenmerken in het pathologieverslag indien aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Lymf)angioinvasie</li> <li>- Perineurale invasie</li> <li>- Basosquameus carcinoom</li> </ul>	
<p>Gebruik de term lokaal gevorderd BCC voor BCC's met uitgebreide destructie van het omliggende weefsel waarbij genezing middels chirurgie en/of radiotherapie niet haalbaar wordt geacht. De term wordt ook wel afgekort tot laBCC (locally advanced BCC ).</p>	
<p>(Overige behandelopties bij een laag-risico BCC)</p> <p>Bespreek de mogelijke behandelopties en informeer de patiënt per behandeling die overwogen wordt, over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de procedure en eventuele herstelperiode (denk aan mobiliteit en werkhervatting);</li> <li>het te verwachten resultaat van de behandeling</li> <li>de mogelijke complicaties van de behandeling</li> <li>andere gevolgen, zoals bijvoorbeeld het litteken</li> </ul>	

Bespreek ook de mogelijkheid van afzien van behandeling en de te verwachten gevolgen bij een expectatief beleid.	
Bespreek de mogelijke behandelopties en informeer de patiënt per behandeling die overwogen wordt, over: het ziektebeloop en het te verwachten resultaat van de behandeling de mogelijke bijwerkingen van de behandeling	
Bespreek ook de mogelijkheid van afzien van behandeling en de te verwachten gevolgen bij expectatief beleid.	
Biedt behandeling met vismodegib of sonidegib aan bij volwassen patiënten met laBCC indien curatieve chirurgie of radiotherapie (primair of postoperatief) niet haalbaar wordt geacht en er wordt voldaan aan de voorwaarden (zie professioneel perspectief).	
Biedt behandeling met vismodegib aan bij volwassen patiënten met mBCC indien er wordt voldaan aan de voorwaarden (zie professioneel perspectief).	
Bespreek alvorens te starten met behandeling middels vismodegib of sonidegib de overwegingen in een MDO in een referentiecentrum met een multidisciplinair team dat bestaat uit tenminste een dermatoloog, patholoog, oncologisch (hoofd-hals) chirurg, plastisch/reconstructief chirurg, medisch oncoloog, radioloog/nucleair-geneeskundige en radiotherapeut. Het team kan daarnaast per tumorlocatie of vraagstelling variëren, waarbij bij BCC's in het hoofd-hals gebied een hoofdhals chirurg vanuit de KNO en/of MKA aanwezig is en bij BCC's buiten het hoofd-hals gebied een chirurg-oncoloog. Het MDO bevat bij voorkeur een verpleegkundig specialist/physician assistant of een oncologisch gespecialiseerd verpleegkundige.	

Voor sommige aanbevelingen geldt echter dat zij niet direct overal kunnen worden ingevoerd, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan middelen, expertise of de juiste organisatievormen. In sommige gevallen dient ook rekening te worden gehouden met een leercurve. Daarnaast kan de aanwezigheid van personeel of faciliteiten of de afstemming tussen professionals een belemmering zijn om de aanbevelingen op korte termijn in te voeren. Voor de volgende aanbevelingen geldt daarom een implementatietermijn van één tot drie jaar:

Aanbeveling	Toelichting
Niet van toepassing	

### Impact op zorgkosten

Veel aanbevelingen brengen geen of nauwelijks gevolgen met zich mee voor de zorgkosten. Een aantal aanbevelingen doet dit echter wel. In onderstaande tabel wordt per module beschreven welke aanbevelingen volgens de richtlijncommissie een belangrijk effect met zich meebrengen op de zorgkosten en welk effect dit is.

Aanbeveling	Toelichting
Stel bij klinische verdenking de diagnose BCC op basis van dermatoscopische kenmerken; hierbij is bekwaamheid in dermatoscopie vereist (opleiding tot dermatoloog dan wel een meerdaagse, gecertificeerde dermatoscopie cursus).	Mogelijk verlaging van zorgkosten doordat er minder biopten worden afgenomen voor diagnostiek.

<p>Aanvullend onderzoek bestaat in principe uit een biopt; bij voor BCC verdachte laesies buiten de H-zone kan ook OCT-geleide diagnostiek overwogen worden.</p>	<p>M.b.t. OCT-geleide diagnostiek:          Bij onduidelijke dermatoscopie buiten de H-zone kan OCT een rol spelen als alternatief voor een diagnostisch biopt. Dit zou de patiënt een extra ingreep besparen en, met oog op de hoge incidentie van het BCC, kostenbesparend kunnen zijn.</p>
--	---

## Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij volgens de richtlijncommissie zouden moeten ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

### *Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties*

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden;
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen;
- Verzorgen van (bij)scholing en training om ervoor te zorgen dat de gewenste expertise geleverd kan worden voor het naleven van de richtlijn;
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie;

### *Initiatief nemende wetenschappelijke vereniging (NVDV)*

- Bekend maken van de richtlijn onder de andere betrokken wetenschappelijke – en beroepsverenigingen en patiëntorganisaties.

### *De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals*

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen;
- Het afstemmen van lokale protocollen op de aanbevelingen in de richtlijn;
- Aanpassen patiënten informatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden;
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen;

### *De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, NZA, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders)*

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ter mede toezien op implementatie van de zorg die in deze richtlijn wordt aanbevolen. Over het algemeen is het waarschijnlijk dat noodzakelijke investeringen voor de baat uit gaan. De 'sterk geformuleerde aanbevelingen' in deze richtlijn kunnen, na verloop van de aangegeven implementatietermijnen door zorgverzekeraars worden gebruikt voor de inkoop van zorg.

### *Wetenschappers en subsidieverstrekkers*

- Onderzoek initiëren naar de kennislacunes.

### *Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten*

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnendatabase. Opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.