

# Implementatieplan

## Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn Plaveiselcelcarcinoom. 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
Denk bij een niet-genezende, snelgroeiende, ulcererende nodulus of een groeiende hyperkeratotische tumor aan een cPCC.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verricht bij voorkeur een stansbiopt voor histologisch onderzoek en stadiëring bij verdenking van PCC. Er kan hiervan worden afgeweken indien een directe excisie wenselijk is.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Informeer de patiënt mondeling en schriftelijk over de diagnose cPCC. Benoem daarbij dat	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.

het een potentieel metastaserende tumor betreft en daarmee adequate behandeling aangewezen is.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek de mogelijke behandelopties en informeer de patiënt per behandeling die overwogen wordt, over: - de procedure en eventuele herstelperiode (denk aan mobiliteit en werkhervatting); - het te verwachten resultaat van de behandeling - de mogelijke complicaties van de behandeling - andere gevolgen, zoals bijvoorbeeld het litteken	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Besluit samen met de patiënt over eventuele behandeling of verwijzing, rekening houdend met comorbiditeiten, roken en wensen van de patiënt.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Adviseer de patiënt om: - overmatige zonexpositie te vermijden - beschermende kleding te dragen - zonnebrandcrèmes met hoge beschermingsfactor (spf 30) te gebruiken - zonnebanken te vermijden - te stoppen met roken (een verwijzing naar de Stoppen met roken poli/huisarts kan overwogen worden)	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Geef tijdens het consult naast mondelinge informatie ook patiëntinformatie mee en/of wijs op beschikbare voorlichtingsmiddelen en informatiebronnen.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Benadruk het belang van zelfcontrole bij patiënten met een plaveiselcelcarcinoom in het verleden. Instrueer patiënten om zelfinspectie van litteken en omliggende huid, en locoregionale lymfklieren uit te voeren	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Informeer patiënten met uitgebreide actinische keratosen over het feit dat zij een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom. Voor meer informatie wordt verwezen naar de NVDV-richtlijn 'Actinische keratose'.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Gebruik de achtste editie van de American Joint Committee on Cancer (AJCC8) voor het stadiëren van cutane plaveiselcelcarcinomen van alle locaties (inclusief peri-oculaire tumoren, het lippenrood en de 'vermillion border').	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Gebruik voor de risicoclassificatie van patiënten met een primair cPCC het stadiëringssysteem van de AJCC (8e editie) aangevuld met onderstaande aanvullende histologische parameters: - Lymfovasculaire invasie - Slecht gedifferentieerd of ongedifferentieerd	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.

- Dermale perineurale invasie van elke zenuwdiameter aanwezig buiten de contour van de tumor Zie tabel 1 'Risicogroepen cutaan plaveiselcelcarcinoom op basis van tumorkarakteristieken met bijbehorend beleid' en de bijbehorende tekst voor nadere toelichting.	
Verhoog bij aanwezigheid van een van bovengenoemde aanvullende parameters de risicoklasse (laag wordt intermediair, intermediair wordt hoog).	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verhoog een recidief cPCC direct naar de hoogste risicoklasse	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Kleur en beschrijf de randen van het excisiepreparaat voorafgaand aan de bewerking. Voor oriëntatie kan eventueel met meerdere kleuren worden gewerkt.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Vermeld in de conclusie van een pathologierapport: de aard van de ingreep, anatomische locatie, diagnose, differentiatiegraad, invasiediepte, doorgroei voorbij het subcutane vet, perineurale groei (indien aanwezig de locatie van de zenuw en diameter) en angio-invasie.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Vermeld bij een excisie tevens de radicaliteit en de krapste marge richting de zijsnijrand en de bodem.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Palpeer bij laag-risico en intermediair-risico cPCC de regionale lymfeklieren en verricht alleen een echografie bij suspecte bevindingen	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verricht in de diagnostische fase bij hoog-risico cPCC en bij laag- en intermediair risico cPCC met regionale lymfadenopathie en/of klinisch palpabele lymfeklieren een echografie die gecombineerd kan worden met een cytologische punctie van radiologisch suspecte lymfeklieren, bij voorkeur in één sessie.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Echografie wordt verricht door een ervaren radioloog met het betreffende aandachtsgebied.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Vermeldt in de radiologieverslaglegging duidelijk welke lymfeklieren zijn onderzocht.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verricht een FDG PET-CT bij patiënten met lymfogeen gemetastaseerd cPCC als screeningsonderzoek naar afstandsmetastasen.	Sterker geformuleerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.

Verricht een conventionele chirurgische excisie als eerste keuze behandeling bij patiënten met een resectabel primair cPCC.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Laat de klinische resectiemarge afhangen van de risicoclassificatie van het cPCC: laag-risico tumoren 4 mm; intermediair risico tumoren 6 mm en hoog-risico tumoren 10 mm. Zie ook module 'Risicoclassificatie'.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verricht een re-excisie als de beoogde histopathologische marge niet behaald is. Hiervan is sprake wanneer één of meer marges betrokken of krap radicaal (< 1 mm maar > 0 mm) zijn. Zie ook module 'Risicoclassificatie'.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek de patiënt in een multidisciplinair overleg indien de beoogde histopathologische marge niet haalbaar is. Zie ook module 'MDO'.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn. Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Sluit defecten, waar geen plastic nodig is, direct.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Wacht bij voorkeur histopathologisch onderzoek af alvorens het defect te sluiten wanneer een plastic nodig is danwel een andere reconstructie.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Indien kennis van aanvullende risicofactoren consequenties heeft voor de stadiëring, dient de Mohs-chirurg een histopathologische beoordeling van een representatieve centrale lamel van de tumor te overwegen.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Documenteer het invasieniveau (dermis/subcutis/voorbij subcutis) in het operatieverslag.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
De werkgroep is van mening dat cryochirurgie, C&C, CO2 laser, topicale therapie en PDT inferieur zijn t.o.v. chirurgie en beveelt derhalve aan deze uitsluitend bij hoge uitzondering toe te passen en dan uitsluitend door ervaren clinici.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verricht histologisch onderzoek na curettage en coagulatie om de aanwezigheid op hoog risicofactoren te identificeren. Indien deze aanwezig zijn, bespreek dan het verdere beleid in een multidisciplinair overleg. Zie voor nadere toelichting tevens module 'Organisatie van zorg – MDO'.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Overweeg radiotherapie bij patiënten met cPCC wanneer chirurgie niet mogelijk is en/of wanneer weefselbesparing belangrijk is voor de functie en/of cosmetiek van de specifieke locatie, zoals in het gelaat en extremiteiten of	ader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn. Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.

wanneer persoonlijke patiëntfactoren een rol spelen (zie tabel 1).	
Overweeg behandeling middels adjuvante lokale radiotherapie in de volgende gevallen: - Een cPCC waarbij chirurgisch de beoogde histopathologische marges niet behaald kunnen worden bij re-excisie - Lokaal recidiverende cPCC's - Perineurale invasie Gekozen wordt voor een orthovolt, elektronen of VMAT techniek in een dosisschema van 54 – 66 Gy in 18 – 33 fracties	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Behandel patiënten met één of meerdere lymfekliermetastasen van een cPCC middels chirurgische dissectie van het betreffende lymfekliergebied.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek behandelopties voor patiënten met (locoregionaal) gemetastaseerd cPCC altijd binnen een gespecialiseerd centrum in een multidisciplinair team met ervaring met deze behandelingen.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Verwijs patiënten al bij opwerking voor orgaantransplantatie door naar de dermatologie voor voorlichting over het verhoogde risico op huidkanker, preventie maatregelen en zelfinspectie. Eventueel kan dit ook nog in het eerste jaar na transplantatie.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Weeg per individuele patiënt die een orgaantransplantatie heeft ondergaan af of de medicatie omgezet dient te worden. Dit dient te worden gedaan in nauw overleg tussen dermatoloog en behandelend orgaanspecialist.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Overleg zo nodig met de betreffend transplantatiespecialist of een dermatoloog met expertise op dit gebied.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Geef specifieke voorlichting en informatie over huidafwijkingen met bijbehorende instructies over zelfinspectie bij patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan, chronische lymfatische leukemie hebben of behandeling krijgen middels Hydroxyurea of DMD's.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Volg het follow-up schema zoals beschreven in tabel 1 'Risicogroepen cutaan plaveiselcelcarcinoom op basis van tumorkarakteristieken met bijbehorend beleid'.	Zie kopje 'impact op zorgkosten'.
Houd bij het follow-up schema rekening met de individuele patiënt. Zowel de belastbaarheid van de patiënt als individueel risico op basis van het predictiemodel spelen hierbij een rol. Zie ook module 'Risicoclassificatie'.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.

De follow-up dient te worden verricht door de hoofdbehandelaar. Indien dit niet de dermatoloog is, betrek hierbij dan de dermatoloog.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Instrueer alle patiënten mondeling en schriftelijk over zelfonderzoek van het litteken, de omgevende huid en de lymfeklieren. Patiënten dienen informatie te krijgen met heldere instructies wat te doen als ze een recidief/metastase vermoeden (zie ook module 'Preventie en voorlichting').	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek in een lokaal MDO patiënten met laag-risico cPCC waarbij met een conventionele excisie geen histopathologisch tumorvrije marge te behalen is van $\geq 1$ mm of een vrije marge met micrografisch gecontroleerde chirurgie.	ader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek in een lokaal MDO patiënten met intermediair-risico cPCC waarbij met een conventionele excisie geen histopathologisch tumorvrije marge te behalen is van $\geq 2$ mm of een vrije marge met micrografische gecontroleerde chirurgie.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek in een multidisciplinair team van een referentiecentrum patiënten met cPCC met hoog risico. Dit betreft voor een hoog-risico cPCC in het hoofd-hals gebied een NWHHT geaccrediteerd hoofd-hals centrum.	Sterker geformuleerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek in een referentiecentrum het gemetastaseerde cPCC. Dit betreft voor locoregionaal gemetastaseerd cPCC in het hoofd-hals gebied een NWHHT geaccrediteerd hoofd-hals centrum en indien immunotherapie wordt overwogen een NWHHT referentiecentrum met ervaring in de systemische behandeling van deze patiënten.	Nader gespecificeerd ten opzichte van vorige richtlijn.  Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek in een multidisciplinair team in een referentiecentrum T1- en T2-tumoren wanneer chirurgie niet mogelijk is en/of wanneer weefselbesparing belangrijk is voor de functie en/of cosmetiek van de specifieke locatie.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.
Bespreek behandelopties voor patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor behandeling middels adjuvante lokale radiotherapie in een multidisciplinair team in een referentiecentrum met ervaring met deze behandelingen.	Er wordt geen belangrijk effect op zorgkosten verwacht.

## 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
Volg het follow-up schema zoals beschreven in tabel 1 'Risicogroepen cutaan plaveiselcelcarcinoom op basis van tumorkarakteristieken met bijbehorend beleid'.	<p>De zorgkosten dalen doordat er een minder intensief follow-up schema wordt gehanteerd ten opzichte van de vorige richtlijn. Zie onderstaand.</p> <p><u>Richtlijn 2024</u> Follow-up schema laag-risico cPCC: Verricht een post-operatieve controle binnen 3 maanden 1 keer per 6-12 maanden gedurende de eerste twee jaar</p> <p>Follow-up schema intermediair-risico cPCC: 1 keer per 3-4 maanden gedurende de eerste twee jaar 1 keer in het derde jaar</p> <p>Follow-up schema hoog-risico cPCC: 1 keer per 3-4 maanden gedurende de eerste twee jaar 1 keer per jaar gedurende het derde, vierde en vijfde jaar.</p> <p><u>Richtlijn 2018</u> Follow-up schema laag-risico cPCC: 1 keer per 6 maanden gedurende de eerste 2 jaar 1 keer per jaar gedurende het derde, vierde en vijfde jaar</p> <p>Follow-up schema hoog-risico cPCC: 1 keer per 3 maanden gedurende het eerste jaar 1 keer per 4 maanden gedurende het tweede jaar 1 keer per 6 maanden gedurende het derde jaar 1 keer per jaar gedurende het vierde en vijfde jaar</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 kwaliteitsvisite;

### *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 Richtlijndatabase. Opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.