



ZE&GG Uniforme Data Definitie¹

**Patiënten die behandeld zijn voor een
basaalcelcarcinoom en een laag risico
hebben op een recidief, hoeven niet
routinematig op controle te komen bij de
dermatoloog**

DoL-R1-004

8 november 2024

¹ Zie ook het separate document *Toelichting op ZE&GG Uniforme Data Definitie*



Inhoud

| | |
|--|-----------|
| 1. Inleiding | 3 |
| 1.1 Spiegelinformatie | 4 |
| 2. Brondata | 5 |
| 2.1 Dekkingspercentage | 5 |
| 2.2 Compleetheid van de data | 5 |
| 2.3 Updatefrequentie | 6 |
| 3. Analyse | 7 |
| 3.1 Definitie basispopulatie | 7 |
| 3.1.1 Basispopulatie – Diagnose | 7 |
| 3.1.2 Basispopulatie – nieuwe patiënten | 8 |
| 3.2 Meerdere instellingen | 8 |
| 3.3 Exclusie patiënten met hoog risico | 8 |
| 3.4 Percentage patiënten met meer dan één herhaal-poli | 9 |
| 3.5 Definitie meetperiode | 10 |
| 4. Keuzes bij definities, verduidelijkingen en interpretatie van resultaten | 11 |
| Bijlage 1. Resultaten van datadefinitie (nulmeting) | 13 |
| Bijlage 2. Resultaten van in kaart brengen van de optimale meetperiode | 19 |
| Bijlage 3. Resultaten initieel onderzoek DHD registratie diagnose | 20 |

1. Inleiding

In de Nederlandse richtlijn staat als aanbeveling dat alleen voor patiënten met een hoog risico basaalcelcarcinoom (BCC) nacontrole zinvol is. Advies is om patiënten met laag risico BCC te ontslaan met adviezen voor zelfonderzoek. In de praktijk blijkt dat laag risico patiënten nog wel vaak gecontroleerd worden, met als reden om te voldoen aan de wens van de patiënt, onvoldoende vertrouwen in de nacontrole vanuit huisartsen, financiële redenen of de gewoonte om extra te controleren². Aangezien het BCC de meest voorkomende kankersoort is in Nederland en de incidentie nog toeneemt, kan dit resulteren in toenemende druk op spreekuren van dermatologen³.

De richtlijn geeft de volgende aanbeveling voor controle na behandeling van BCC:

Patiënten die behandeld zijn voor een basaalcelcarcinoom en een laag risico hebben op een recidief, hoeven niet routinematig op controle te komen bij de dermatoloog.

De richtlijn voor BCC van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)⁴ onderscheidt BCC's in tumoren met een (relatief) 'laag risico' versus 'hoog risico' op recidief op basis van prognostische factoren (Tabel 1). Hoewel het risico op een opeenvolgend BCC hoog is (30%), is de mening van de werkgroep dat het niet nodig is alle patiënten met een primair BCC routinematig in een nacontroleschema te houden. Vanwege dit risico dient bij elke patiënt waarbij een eerste BCC gediagnosticeerd wordt, de gehele huid nagekeken te worden op aanwezigheid van een tweede BCC. De werkgroep legt vervolgens de nadruk op goede instructie en zelfcontrole door de patiënt.

Tabel 1: Prognostische factoren

| | 'laag risico' | 'hoog risico' |
|------------------------|---|---|
| Histologisch groeitype | niet agressief (nodulair, superficiael) | agressief (sprieterig, micronodulair) |
| Lokalisatie | Romp | H-zone (ogen, oren, lippen, nasolabiale ploi, neus) |
| Grootte | < 2cm | ≥ 2cm |
| Eerdere therapie | primaire tumor | recidief tumor |

² 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 Jun;180(6):1420-1429. doi: 10.1111/bjd.17594. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30597525; PMCID: PMC6850416.

³ <https://doenoflaten.nl/projects/nacontroles-na-basaalcelcarcinoom/>

⁴ <https://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-basaalcelcarcinoom-2015.pdf>

Na initieel onderzoek door Dutch Hospital Data (DHD) heeft Vektis in het kader van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik onderzocht of hierover spiegelinformatie gegenereerd kan worden op basis van de data waarover Vektis beschikt. Dit was een iteratief proces waarbij de resultaten steeds zijn besproken in overleggen met de expertgroep en vervolgens de definitie verder is aangescherpt en verfijnd.

De UDD is opgesteld door Vektis en in afstemming met ZE&GG en inhoudsdeskundigen verenigd in een expertteam (Tabel 2) uitgebreid doorgesproken en gereviewd.

Tabel 2: Leden expertteam

| Naam | Functie |
|-----------------|---|
| Marlies Wakkee | Dermatoloog, Erasmus MC |
| Marcus Muche | Dermatoloog, Mohs klinieken |
| Sven van Egmond | Post-doctoraal onderzoeker, Erasmus MC |
| Agnes Witteman | Medisch adviseur, VGZ |
| i2i | Betrokken datapartij |
| Vektis | Data-analyse en uitwerken Uniforme Data Definitie |

1.1 Spiegelinformatie

Spiegelinformatie geeft inzicht in de mate van implementatie van gepast gebruik op basis van bestaande dataregistraties. Zo kunnen (zorg)instellingen zien hoe zij het doen: ten opzichte van zichzelf in de tijd, en waar mogelijk ten opzichte van andere instellingen. Met deze informatie zijn instellingen beter in staat om, waar nodig, acties te ondernemen om het toepassen van gepast gebruik te bevorderen. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) wil spiegelinformatie beschikbaar stellen, zowel op landelijk- als op instellingsniveau. Momenteel worden er verschillende datadefinities gehanteerd door verschillende datapartijen. Dat kan discussie opleveren bij het gebruik van spiegelinformatie. Daarom wil ZE&GG per onderwerp op de implementatieagenda Uniforme Data Definities vaststellen. Vektis en DHD zijn gekozen om hierbij als landelijke datapartijen te ondersteunen.

2. Brondata

Voor deze datadefinitie en de nulmeting gebruiken we de declaratiedata die Vektis aangeleverd krijgt door de Nederlandse zorgverzekeraars⁵, specifiek over de medisch-specialistische zorg en over medicijngebruik, zowel extramuraal verstrekte geneesmiddelen die binnen het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) worden vergoed als intramuraal verstrekte geneesmiddelen die door instellingen voor medisch specialistische zorg als add-on worden gedeclareerd. Deze declaratiedata beslaan vrijwel alle in Nederland gedeclareerde zorg en zijn daarom praktisch compleet. De data, die declaraties vanuit de Zvw (Zorgverzekeringswet) bevatten worden door Vektis, maar ook partijen als de NZa en Zorginstituut Nederland gebruikt voor vele analyses over de zorg. Deze gegevens worden in het kader van de Zvw bij Vektis verzameld.

In deze UDD betreft het declaraties van DBC-zorgproducten uit de jaren 2013 tot en met 2022 en declaraties over verstrekkingen van medicijnen door de openbare apotheken (inclusief eventuele apotheekhoudende huisartsen) en instellingen voor medisch specialistische zorg uit de jaren 2018 tot en met 2022. Er is met een populatie per kalenderjaar gewerkt.

2.1 Dekkingspercentage

De gegevens zijn gebaseerd op alle Nederlandse verzekerden (in het kader van de Zorgverzekeringswet). Dit betreft vrijwel alle inwoners van Nederland.

2.2 Compleetheid van de data

Er is voor de genoemde jaren gewerkt met declaratiegegevens van DBC-zorgproducten die aangeleverd zijn en verwerkt bij zorgverzekeraars tot en met 31 januari 2024. De DBC-gegevens over 2013 tot en met 2021 zijn daarmee praktisch compleet en over 2022 voor 99% compleet.

Voor de data over medicijngebruik is voor de genoemde jaren gewerkt met declaratiegegevens die aangeleverd zijn en verwerkt bij zorgverzekeraars tot en met 31 januari 2024. De declaratiegegevens over geneesmiddelen zijn voor 2019 tot en met 2022 praktisch compleet.

⁵ <https://www.vektis.nl/over-vektis/datawarehouse>

2.3 Updatefrequentie

De nu getoonde resultaten worden periodiek geüpdatet waarbij jaarlijks het meest vanzelfsprekend is, vooral omdat de analyses betrekking hebben op een heel jaar. De update zal jaarlijks zijn op het moment waarop een jaar nagenoeg volledig is gedeclareerd en vergoed. Er zijn verschillen in declaratiesnelheid tussen instellingen, bijvoorbeeld omdat prijsafspraken soms lang op zich laten wachten en declaraties daardoor bij sommige instellingen 'op de plank blijven' liggen tot de afspraken met zorgverzekeraars helemaal rond zijn. Om van alle instellingen evenveel 'declaratiemassa' te hebben wachten we tot het jaar nagenoeg volledig is gedeclareerd. Dit om te voorkomen dat er naar resultaten gekeken wordt die vertekend worden door verschillen in declaratiesnelheid tussen instellingen.

3. Analyse

In dit hoofdstuk wordt gespecificeerd hoe de spiegelinformatie bepaald is. Dit begint met de definitie van de basispopulatie.

3.1 Definitie basispopulatie

De basispopulatie bestaat uit nieuwe patiënten met maligne dermatosen, d.w.z. degenen die in het ziekenhuis (of andere instelling voor medisch specialistische zorg) terecht komen en daar een DBC krijgen bij het specialisme 0310-Dermatologie en DBC-diagnose 14 – Maligne dermatosen.

3.1.1 Basispopulatie – Diagnose

Met het selecteren van patiënten met maligne dermatosen wordt de populatie ruimer gedefinieerd dan nieuwe patiënten met BCC. De reden dat een ruimere definitie wordt gehanteerd is dat de typerende diagnose⁶ die is opgenomen in de declaratie geen onderscheid maakt naar de verschillende vormen van maligne dermatosen. Het specifiek selecteren van patiënten met BCC is op basis van declaratiedata niet goed mogelijk. In het initiële onderzoek door DHD is onderzocht welk deel van de patiënten met de typerende diagnose maligne dermatosen een BCC heeft. DHD kon dit onderzoek doen omdat ze voor een groot deel van de in 2021 geregistreerde initiële DBC's voor maligne dermatosen (77%) over zowel de typerende diagnose als de ID uit de diagnosethesaurus (DT) beschikt en binnen de DT nauwkeurig onderscheid wordt gemaakt naar de verschillende aandoeningen. Deze gegevens zijn opgenomen in de Landelijke Basisregistratie Zorg (LBZ).

Uit deze vergelijking is gebleken dat registratie van de diagnose BCC conform de DT vrijwel altijd samenvalt met de typerende diagnose maligne dermatosen (98%). De sensitiviteit van de typerende diagnose is dus hoog. Daarnaast bleek uit de vergelijking dat bij subtrajecten met de typerende diagnose maligne dermatosen in 68% van de gevallen de diagnosethesaurus-ID voor BCC is geregistreerd. De specificiteit van de typerende diagnose maligne dermatosen voor het vaststellen van BCC is dus 68%. De resultaten van dit onderzoek door DHD zijn opgenomen in bijlage 3.

Omdat binnen deze UDD patiënten worden geselecteerd op basis van de typerende diagnose wordt verder gesproken over maligne dermatosen in plaats van basaalcelcarcinoom.

⁶ Met typerende diagnose wordt bedoeld de diagnose die is opgenomen in de door de NZa gepubliceerde typeringslijst. De diagnoses op de typeringslijst wordt gebruikt in het declaratieverkeer.

3.1.2 Basispopulatie – nieuwe patiënten

Een *nieuwe* patiënt is gedefinieerd als iemand met een initiële DBC (zorgtype=11) voor maligne dermatosen die in de 5 jaar voorafgaand aan de openingsdatum deze DBC geen DBC bij het specialisme dermatologie voor de diagnose maligne dermatosen heeft gehad.

3.2 Meerdere instellingen

Een deel van de patiënten wordt gedurende de meetperiode (§ 3.5) bij meer dan één instelling (AGB-code) behandeld voor deze diagnose. Deze specifieke patiëntengroep wordt uitgesloten van de verdere analyse.

3.3 Exclusie patiënten met hoog risico

Patiënten met hoog risico worden uitgesloten. Omdat er in de brondata geen informatie zit over het risicoprofiel van de laesie wordt hiervoor als proxy naar de behandeling gekeken. Of een patiënt hoog risico maligne dermatosen heeft wordt als volgt afgeleid:

- Voor de patiënt is meer dan één operatieve- of therapeutische activiteit geregistreerd binnen de meetperiode van de indicator. Een operatieve of therapeutische activiteit is gedefinieerd als een zorgactiviteit genoemd in tabel 3 die valt binnen een DBC voor maligne dermatosen of een (extramuraal) verstrekking van één van de geneesmiddelen imiquimod of 5-fluorouracil (crème), gedefinieerd in tabel 4. Hierbij telt elke verstrekking van imiquimod of 5-fluorouracil als één therapeutische activiteit, en/of;
- De patiënt heeft één of meer verstrekking(en) van één van de (add-on) geneesmiddelen vismodegib of sonidegib (gedefinieerd in tabel 4) gehad binnen de meetperiode van de indicator.

De bepaling van hoog-risico wordt dus per meetperiode gedaan. Het kan daarom voorkomen dat een patiënt wel binnen de populatie valt van de bepaling van het aantal herhaal-polikliniekbezoeken binnen 1 jaar, maar niet binnen de populatie van de bepaling van het aantal herhaal-polikliniekbezoeken binnen 2 jaar doordat de patiënt in het tweede jaar na de initiële DBC een tweede operatieve- of therapeutische activiteit heeft ondergaan.

Tabel 3: Zorgactiviteitcodes voor operatieve of therapeutische activiteiten

| Zorgactiviteit-code | Zorgactiviteit | Categorie |
|---------------------|--|---------------|
| 39064 | Cryotherapie, diathermienaald-hyfreator, eenvoudige behandeling van bijvoorbeeld een naevus of wrat, per zitting. | operatief |
| 38911 | Operatieve verwijdering van gezwellen uitgaande van cutis, subcutis en/of onderhuids vet- en bindweefsel of verwijderen corpora aliena of inwendige metalen hechtingen e.d. dmv excisie. | operatief |
| 38909 | Operatie van grote en gecompliceerde gezwellen, excl. Moh's chirurgie. | operatief |
| 38907 | Operatieve verwijdering van gezwel door middel van Mohs chirurgie. | operatief |
| 39067 | Coagulatie maligne uitwendige tumoren, evenals de weinig tijdrovende coagulatie van kleinere tumoren van rectum, vulva of mondholte, per zitting. | operatief |
| 39076 | Fotodynamische therapie (fotochemische lichttherapie van (pre-)maligniteiten). | operatief |
| 38912 | Operatieve verwijdering van gezwellen, corpora aliena en dergelijke, uitgaande van of zich bevindende in dieper liggende structuren dan in code 038911 is omschreven. | operatief |
| 38913 | Proefexcisie (stans of mes), al of niet met coagulatie met de hyfreator exclusief het pathologisch onderzoek. | operatief |
| 39992 | Lichttherapie, al of niet ondersteund door medicamenteuze fotosensibiliserende therapie, per behandeling. | therapeutisch |

Tabel 4: definities van geneesmiddelen die zijn gebruikt om onderscheid te maken tussen hoog- en laag-risico.

| Geneesmiddel | ATC-code(s) | Toedieningswegcode | Setting |
|-----------------------------|--|--------------------|----------------------|
| imiquimod (Aldara, Zyclara) | D06BB10 | 53 - cutaan | extramuraal (GVS) |
| 5-fluorouracil (Efudix) | L01BC02 | 53 - cutaan | extramuraal (GVS) |
| vismodegib (Erivedge) | L01XX43 (t/m 2020), L01XJ01 (vanaf 2021) | geen onderscheid | intramuraal (add-on) |
| sonidegib (Odomzo) | L01XX48 (t/m 2020), L01XJ02 (vanaf 2021) | geen onderscheid | intramuraal (add-on) |

3.4 Percentage patiënten met meer dan één herhaal-poli

Van de populatie per instelling (uit §3.1, de noemer) is geteld het aantal personen met meer dan één herhaal-polikliniekbezoek in de meetperiode (de teller).

Voor de noemer van de indicator worden patiënten uitgesloten die eerder behandeld zijn voor maligne dermatosen (§3.1), die in de meetperiode als hoog-risico zijn aangemerkt (§3.2) en/of in meerdere instellingen zijn geweest voor de behandeling van maligne dermatosen (§3.3). De impact van de verschillende exclusiecriteria is weergegeven in bijlage 1.

Een herhaal-polikliniekbezoek is gedefinieerd als een zorgactiviteit genoemd in tabel 5 die valt binnen een DBC voor maligne dermatosen, niet zijnde de initiële DBC.

Tabel 5: Zorgactiviteitcodes voor (herhaal-)polikliniekbezoeken

| Zorgactiviteitcode | Zorgactiviteit |
|--------------------|---|
| 190013 | Herhaal-polikliniekbezoek. |
| 190161 | Screen to screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek. |
| 190162 | Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek. |
| 190163 | Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek. |
| 190166 | Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek. |
| 190060 | Eerste polikliniekbezoek. |
| 190164 | Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek. |
| 190165 | Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek. |
| 190167 | Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek. |

De indicator (berekend als teller/noemer) is dan: *het aandeel (%) nieuwe patiënten met een laag risico tumor met meer dan één herhaal-polikliniekbezoek binnen 1 of 2 jaar na de openingsdatum van de initiële DBC.* Dit percentage betreft patiënten met laag risico maligne dermatosen die voor deze aandoening maar in één instelling zijn behandeld.

Het landelijke aantal en percentage patiënten met meer dan één herhaal-polikliniekbezoek staat per jaar in Bijlage 1.

Rapportageniveau: per jaar, landelijk en per instelling.

3.5 Definitie meetperiode

De periode waarbinnen wordt bepaald hoeveel herhaal-polikliniekbezoeken een patiënt heeft gehad of een hoog-risico patiënt is start steeds op de openingsdatum van de initiële DBC. Voor het tellen van het aantal herhaal-polikliniekbezoeken worden alleen polikliniekbezoeken geteld na de sluitingsdatum van de initiële DBC. Voor de bepaling van hoog-/laag-risico worden activiteiten in de gehele meetperiode meegenomen dus ook die in de initiële DBC vallen.

4. Keuzes bij definities, verduidelijkingen en interpretatie van resultaten

- Voor de basispopulatie worden patiënten met de **diagnose maligne dermatosen** geselecteerd. Basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende vorm van maligne dermatosen (zie bijlage 3) maar maligne dermatosen omvat ook plaveiselcelcarcinoom en melanoom. Patiënten met deze aandoeningen worden derhalve ook meegenomen in deze analyse. Dit is een beperking in de brondata;
- Patiënten die in **meer dan 1 instelling** zijn behandeld voor maligne dermatosen zijn uitgesloten van de bepaling van de indicator. Voor deze groep wordt het aantal contactmomenten beïnvloed doordat meerdere instellingen zijn betrokken. Er is ook geen duidelijk verantwoordelijke instelling voor het aantal herhaal-polikliniekbezoeken. Om deze redenen en omdat deze groep veelal ook een specifieke behandeling zal ondergaan of risicoprofiel zal hebben is de groep uitgesloten;
- Het onderscheid tussen laag risico en hoog risico maligne dermatosen is gemaakt door naar de behandeling te kijken. Dit is een **proxy van het risicoprofiel** omdat gegevens over de klinisch relevante kenmerken zoals omvang, locatie en groeitype van de laesie niet beschikbaar zijn;
- Bij het tellen van het aantal herhaal-polikliniekbezoeken zijn ook zorgactiviteiten voor **eerste polikliniekbezoeken** meegenomen. Dit is gedaan omdat uit een vooranalyse bleek dat een klein aantal instellingen bij vervolg-DBC's zorgactiviteiten voor eerste polikliniekbezoeken registreert in plaats van voor een herhaal-polikliniekbezoek ondanks dat er al eerder in het zorgtraject sprake is van een polikliniekbezoek. Bij het overgrote deel van de instellingen wordt in de vervolg DBC's steeds zorgactiviteiten voor herhaal-polikliniekbezoeken geregistreerd. Daarom is aangenomen dat dit een administratief verschil is en geen verschil in de aard van het polikliniekbezoek. Het meenemen van de zorgactiviteiten voor eerste polikliniekbezoeken heeft dan ook maar bij enkele instellingen significante invloed op de indicatoruitkomst.
- De indicator kijkt naar patiënten met **meer dan één** herhaal-polikliniekbezoek met als reden dat in de richtlijn staat opgenomen dat patiënten na behandeling zonder histologische controle op radicaliteit ten minste éénmalig te controleren, 6-12 maanden na de behandeling.

- De gevonden aantallen patiënten en percentages worden met name in het jaar 2020 zeer waarschijnlijk beïnvloed door de **COVID19-pandemie**. Voor 2020 zal dit vooral invloed hebben op de noemer (aantal nieuwe patiënten). Voor 2018 en 2019 zal dit vooral van invloed zijn op de teller (en dus de uitkomst van de indicator) doordat herhaal-polikliniekbezoeken zijn afgezegd. Deze impact wordt beperkt doordat ook zorgactiviteitcodes voor screen-to-screen consulten en belconsulten zijn meegenomen.

Bijlage 1. Resultaten van datadefinitie (nulmeting)

Onderstaande tabel geeft weer hoe de basispopulatie tot stand komt. Voor deze bepaling is uitgegaan van patiënten met een initiële DBC in 2018 en een meetperiode van 12 maal 30 dagen⁷.

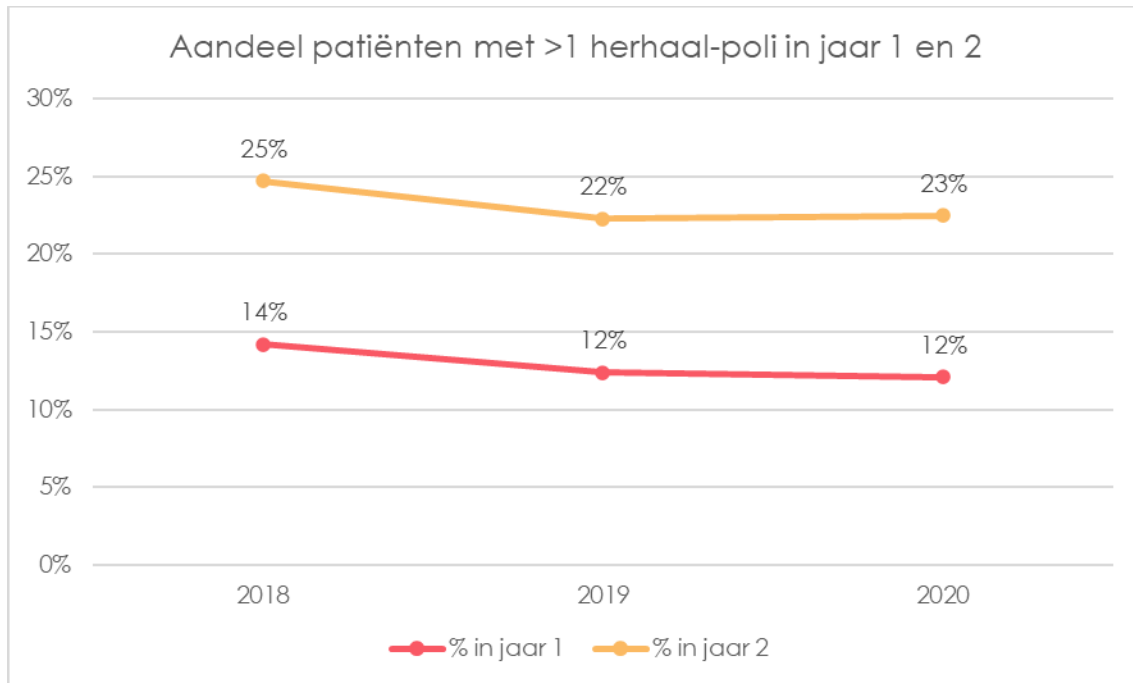
Tabel 6: Het aantal patiënten landelijk in de basispopulatie 2018 bij een meetperiode van 12 maanden.

| criterium | aantal patiënten |
|--|------------------|
| Initiële DBC diagnose maligne dermatosen | 84.257 |
| na exclusie voorgeschiedenis | 64.269 |
| na exclusie DBC maligne dermatosen in >1 instelling in meetperiode | 60.216 |
| na exclusie >1 behandeling (incl. topicale behandeling) | 30.376 |
| na exclusie vismodegib/sonidegib | 30.376 |

De populatie neemt niet verder af met het excluderen van patiënten die in de meetperiode vismodegib of sonidegib hebben gehad. Dit komt niet doordat die patiënten er niet zijn maar doordat deze (zeer kleine groep) patiënten al op één van de eerdere criteria zijn uitgevallen.

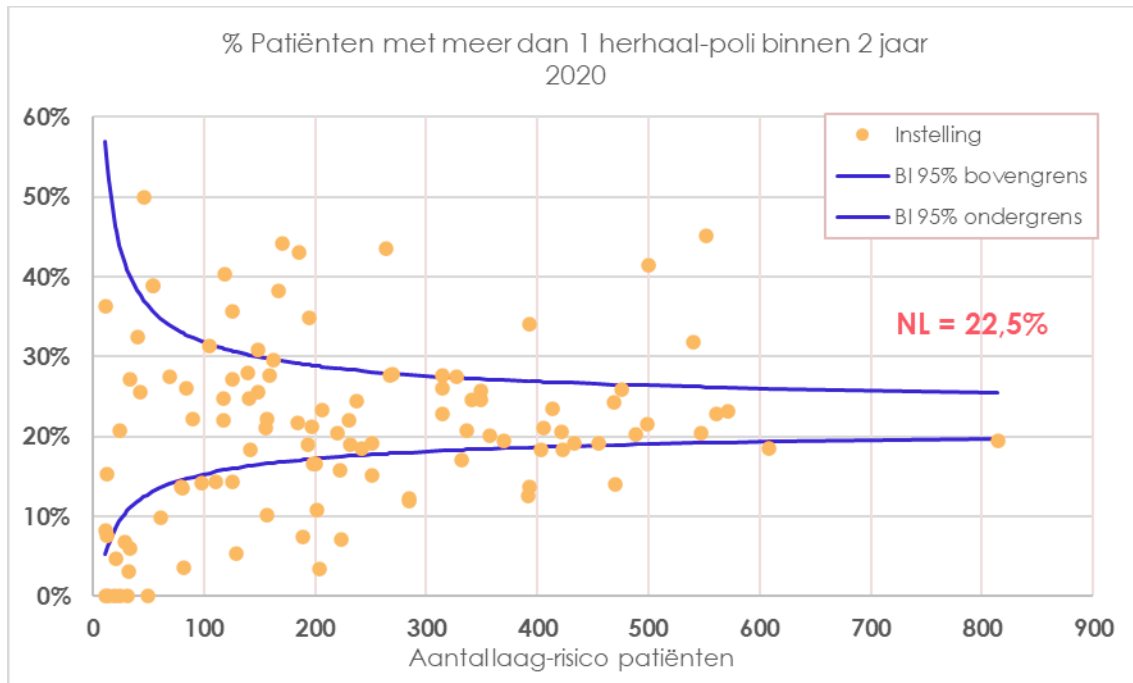
In figuur 1 is de ontwikkeling van de landelijke indicatorscores weergegeven over de onderzoeksjaren 2018 – 2020. Het onderzoeksjaar is hierbij het jaar waarin de patiënt voor het eerst een DBC met de diagnose maligne dermatosen heeft.

⁷ Doordat is uitgegaan van 12 maal 30 dagen en niet van 1 jaar is het aantal patiënten bij deze bepaling iets kleiner dan de noemer in de figuren met de indicatorscores.

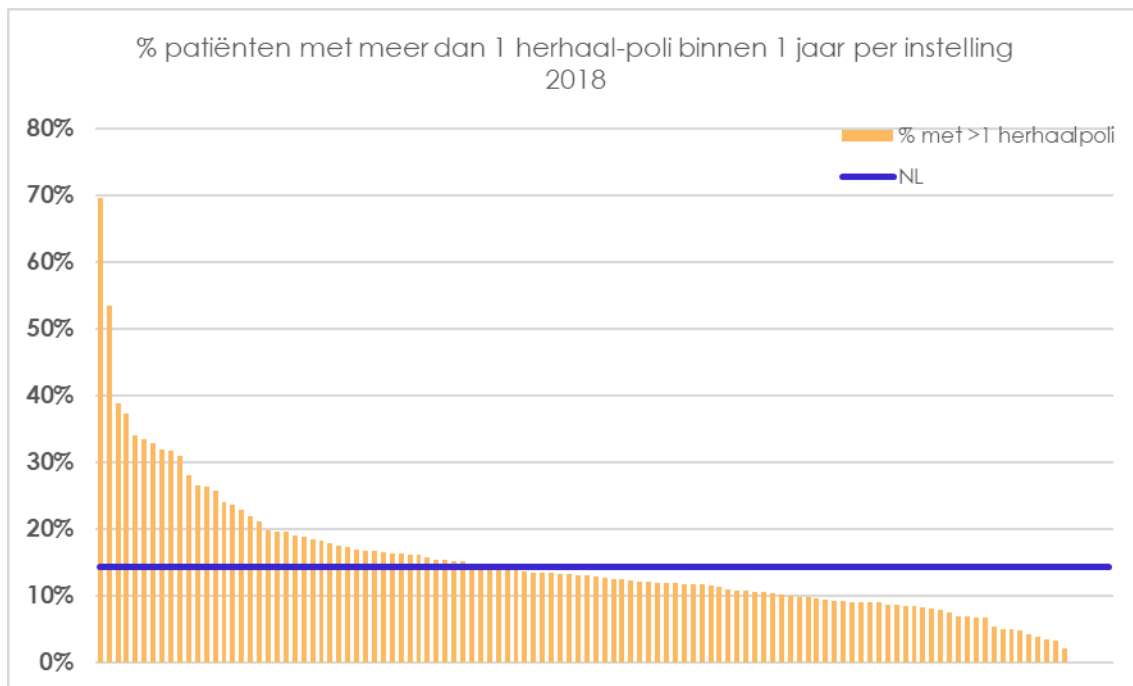


Figuur 1: het landelijk aandeel nieuwe patiënten met laag risico maligne dermatosen waarvoor binnen 1 of 2 jaar na de openingsdatum van de initiële DBC meer dan 1 herhaal-polikliniekbezoek is geregistreerd.

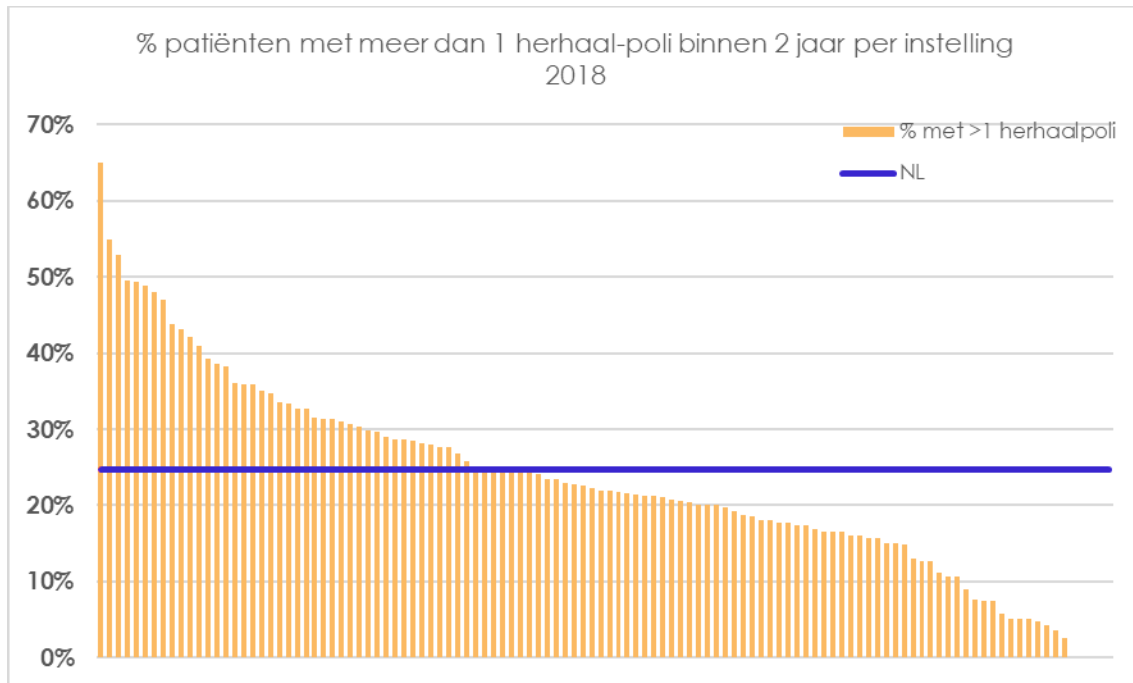
De variatie tussen instellingen in het aandeel met patiënten met meer dan 1 herhaal-polikliniekbezoek is weergegeven in de figuren 2 tot en met 8.



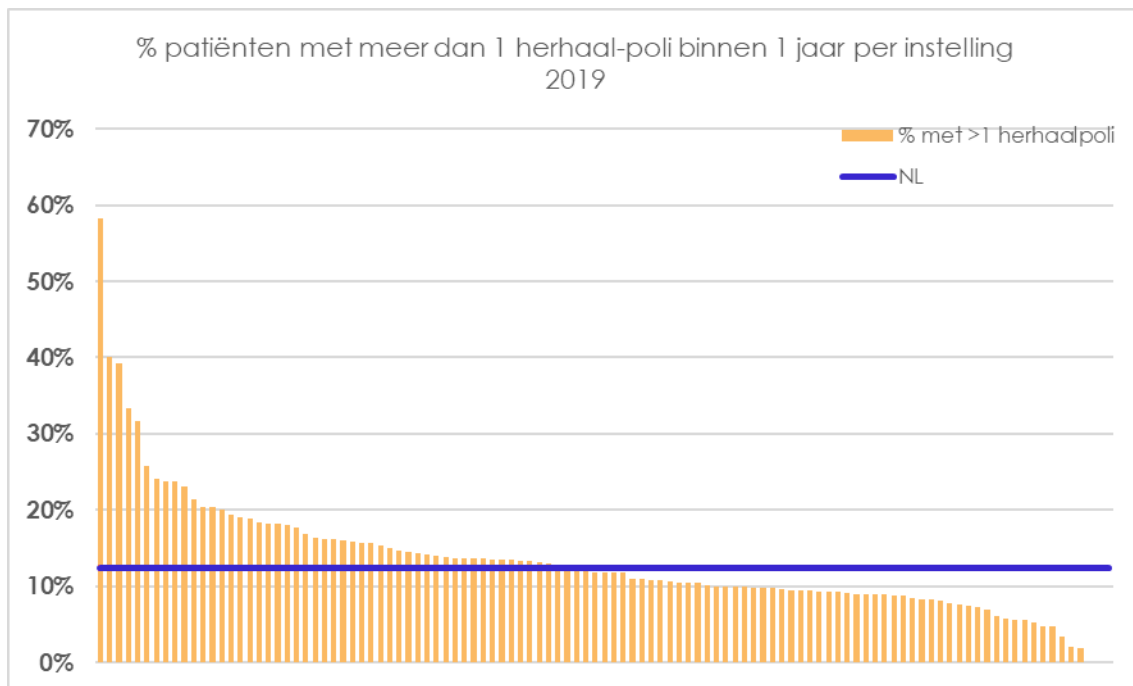
Figuur 2: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polikliniekbezoek binnen 2 jaar na openen van de initiële DBC in 2020. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. Funnelplot met 95%-betrouwbaarheidsinterval.



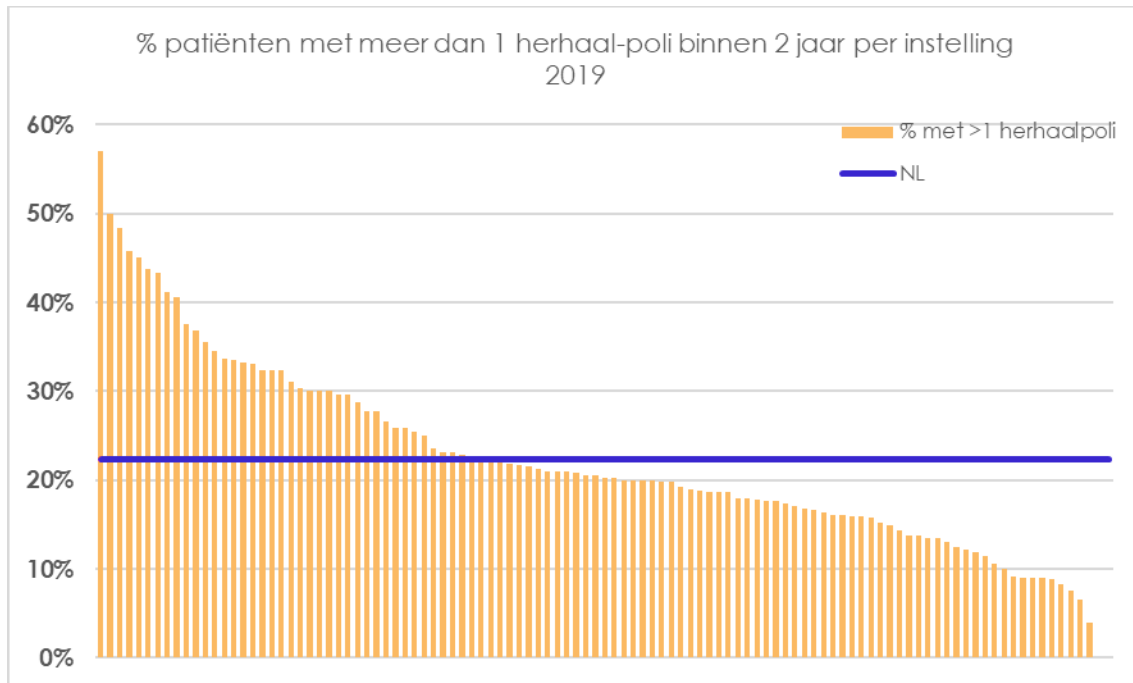
Figuur 3: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polikliniekbezoek binnen 1 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2018. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 5 instellingen met een score van 0%.



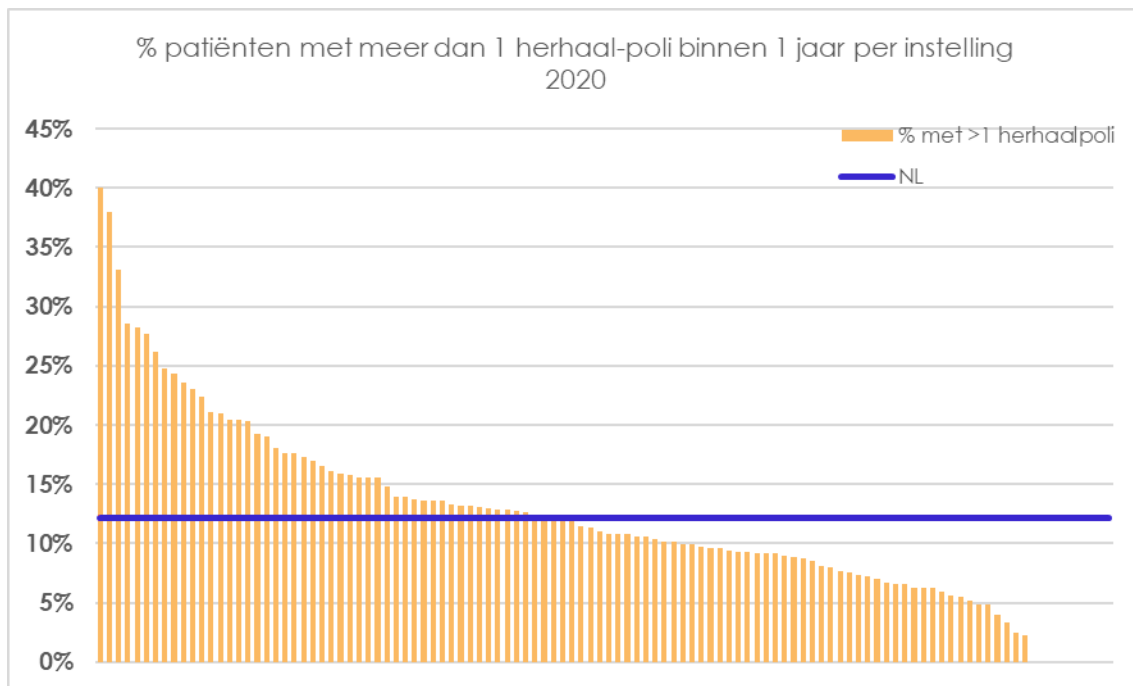
Figuur 4: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polokliniekbezoek binnen 2 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2018. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 5 instellingen met een score van 0%.



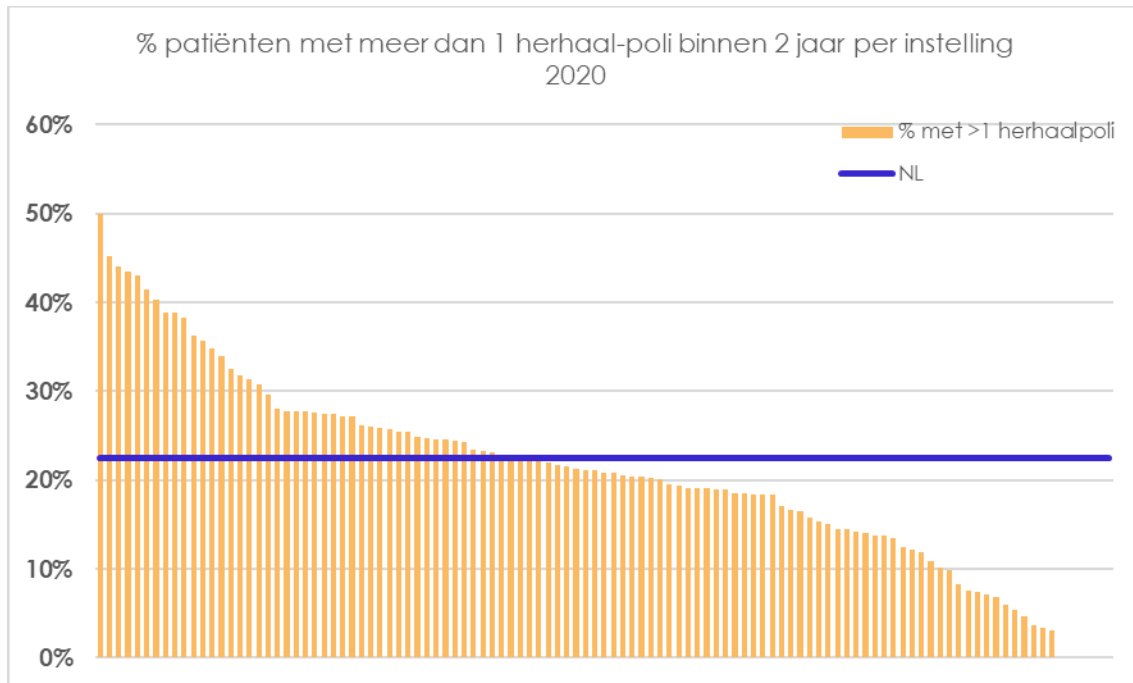
Figuur 5: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polokliniekbezoek binnen 1 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2019. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 3 instellingen met een score van 0%.



Figuur 6: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polokliniekbezoek binnen 2 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2019. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 2 instellingen met een score van 0%.



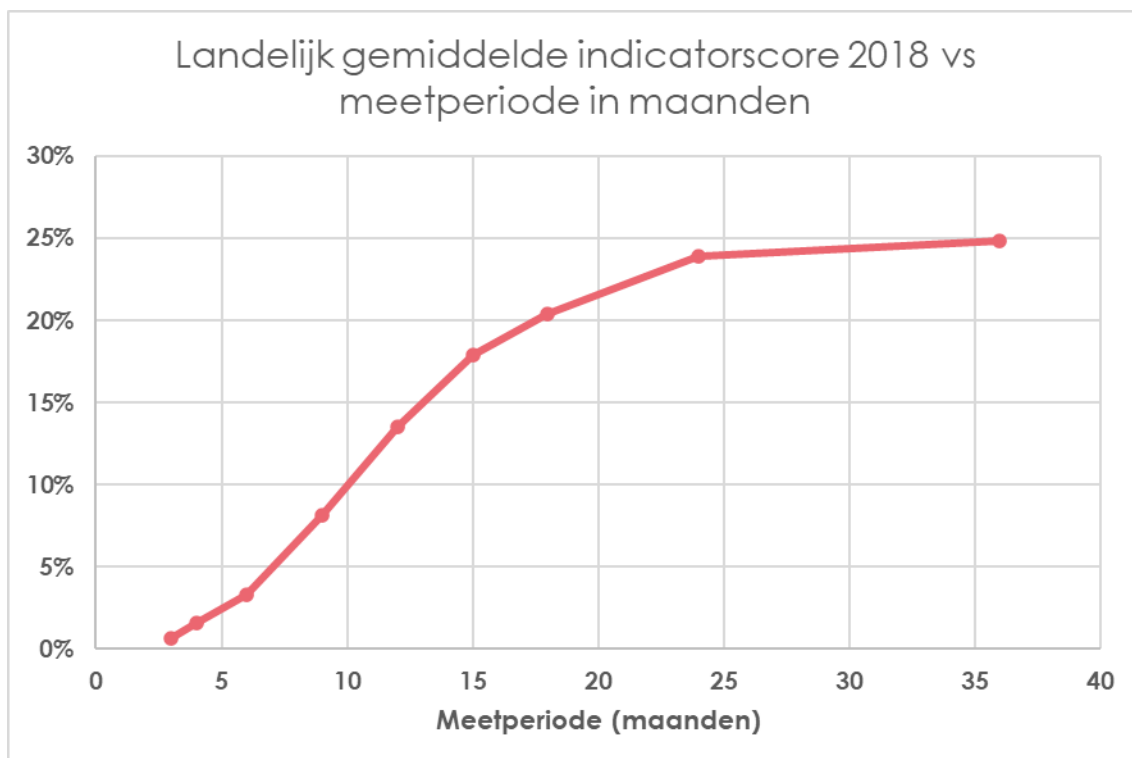
Figuur 7: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polokliniekbezoek binnen 1 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2020. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 9 instellingen met een score van 0%.



Figuur 8: Aandeel laag-risico patiënten per instelling met meer dan 1 herhaal-polokliniekbezoek binnen 2 jaar opening van de initiële DBC voor initiële DBC's geopend in 2020. Instellingen met minder dan 10 laag-risico patiënten zijn niet opgenomen in de figuur. NB er zijn 6 instellingen met een score van 0%.

Bijlage 2. Resultaten van in kaart brengen van de optimale meetperiode

Om te bepalen wat de optimale meetperiode is voor het vaststellen van jaarlijkse herhaal consulten is voor patiënten die voor 2018 binnen de populatie vielen bepaald wat de landelijke indicatorscore is bij een toenemende meetperiode. De meetperiode is daarvoor in stappen van 30 dagen verruimd. De resultaten van deze analyse staan in figuur 9. De optimale meetperiode is een periode waarbinnen alle patiënten met meer dan één herhaal-polikliniekbezoek binnen de meting vallen maar die tegelijk zo kort mogelijk is zodat zo actueel mogelijk gemeten kan worden. Uit figuur 9 is geconcludeerd dat twee jaar de optimale meetperiode is: langer meten leidt niet tot een significant hogere score terwijl korter meten wel tot een significant lagere score, en dus een te lage sensitiviteit, leidt.



Figuur 9: Landelijke indicatorscore bij toenemende meetperiode.

Bijlage 3. Resultaten initieel onderzoek DHD registratie diagnose

In het initiële onderzoek heeft DHD onderzocht hoe de registratie van de typerende diagnose en de registratie conform de diagnosethesaurus samenhangen.

| DBC specialisme – diagnose | Diagnosethesaurus term | Aantal initiële subtrajecten | Aandeel van totaal aantal subtrajecten met DT BCC |
|---|--|------------------------------|---|
| DBC-diagnose 14 – Maligne dermatosen | basaalcelcarcinoom | 31.034 | 74,00% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van gezicht | 6.128 | 14,60% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van romp | 2.314 | 5,50% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van onderste extremiteit | 555 | 1,30% |
| | oppervlakkig basaalcelcarcinoom | 516 | 1,20% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van oor | 434 | 1,00% |
| | sprieterig groeiend basaalcelcarcinoom | 244 | 0,60% |
| | basaalcelcarcinoom van ooglid | 233 | 0,60% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van bovenste extremiteit | 197 | 0,50% |
| | basaalcelcarcinoom van hals en nek | 137 | 0,30% |
| | basaalcelcarcinoom van huid van lip | 92 | 0,20% |
| | gepigmenteerd basaalcelcarcinoom | 42 | 0,10% |
| | basaalcelcarcinoom van hoofdhuid | 1 | 0,00% |

Tabel 7: Diagnoses basaalcelcarcinoom uit de Diagnosethesaurus (DT) die geregistreerd zijn met typerende diagnose Maligne dermatose (2021). Bron: DHD

| Specialisme | DBC-diagnose | Initiële subtrajecten | Initiële subtrajecten met DT | Initiële subtrajecten met DT BCC | Mee-nemen? |
|--|--|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|------------|
| 0310 – Dermatologie | 14 – Maligne dermatosen | 79.499 | 61.431 | 41.927 | Ja |
| | 17 – Premaligne dermatosen | 49.359 | 38.363 | 6 | Nee |
| | 15 – Naevi (alle vormen) | 44.715 | 35.883 | 2 | Nee |
| | 13 – Inflamatoire dermatosen | 20.936 | 16.277 | 1 | Nee |
| | 25 – Vasculaire dermatosen | 10.656 | 8.773 | 1 | Nee |
| 0301 – Oogheekunde | 259 – Overige pathologie oogleden | 9.276 | 6.222 | 1 | Nee |
| 0304 – Plastische chirurgie | 505 – Herstel defect/tekort niet in FG, waarvoor transpositie of transplantatie >3%, of sluiten defect/tekort w.o. in FG 1-3%, incl. evt. verwijderen TE | 2.804 | 1.788 | 1 | Nee |
| 0303 – Heelkunde | 359 – Overige oncologische diagnosen | 2.744 | 1.858 | 531 | Nee |
| 0302 – Keel- neus- en oorheekunde | 88 – Maligne huidtumoren hoofd/hals | 1.541 | 1.079 | 258 | Nee |
| | 21 – Maligne tumoren oor | 814 | 639 | 193 | Nee |
| | 89 – Traanwegpathologie | 545 | 447 | 2 | Nee |

Tabel 8: Overzicht van het aantal initiële subtrajecten naar typerende diagnose, met daarbij het aantal waarbij een diagnosethesaurus-ID is geregistreerd en het aantal waarbij de diagnosethesaurus-ID voor basaalcelcarcinoom is (2021). Bron: DHD