Bachelorscriptie
2018

Behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker

Kelly Zuidgeest
Bachelor Opleiding
Huidtherapie
De Haagse Hogeschool

DE HAAGSE HOGESCHOOL

Aantal woorden: 7209

Gegevens

Student

Auteur:	Kelly Zuidgeest
Studentnummer:	14012626
E-mail:	14012626@student.hhs.nl

Opleiding

School:	De Haagse Hogeschool
Studie:	Huidtherapie

Cursus

Studiejaar:	2015-2016
Naam cursus:	Afstuderen 2
Cursuscode:	HDT-BV410-15

Begeleider

Naam:	Amber Barten
Functie:	Senior instructeur praktijkonderwijs
Telefoon:	070-4458752
E-mailadres:	A.Barten@hhs.nl

Meelezer

Naam:	Femke van Waalen
Functie:	Hogeschooldocent
E-mailadres:	-

Opdrachtgever

Naam:	Manon Bergenhenegouwen
Functie:	Huidtherapeut

Reinier de Graaf

Alrijne ziekenhuis

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker' geschreven als afstudeerscriptie voor de opleiding Huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. De incidentie van huidkanker is de laatste jaren flink gestegen en de prognose is dat deze incidentie de komende jaren alleen maar verder zal stijgen. Niet alleen ouderen zijn een risicovolle doelgroep ook steeds jongere mensen krijgen te maken met huidkanker, dat hoofdzakelijk te maken heeft met overmatig zongedrag, waardoor voor 85% basaalcelcarcinomen optreden in de huid. Vanwege de stijging in huidkankerpatiënten zal er ook steeds meer behoefte zijn aan nazorg na excisie van huidmaligniteiten. Cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker kunnen tot zowel psychische als functionele beperkingen leiden. Mijn opmerkelijke interesse in huidkanker en littekens heeft geresulteerd in de formulering van de volgende hoofdvraag:

Wat is de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker na excisie volgens patiënten, huidtherapeuten en andere zorgdisciplines in de regio Zuid-Holland?

Aangezien er hoogstwaarschijnlijk wel degelijk behoefte is aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker, ben ik gestart met dit onderzoek. Tijdens mijn werk als schoonheidsspecialiste is mijn interesse in dit onderwerp verder ontwikkelt naarmate ik zelf een huidkankerpatiënt ging behandelen in het nazorgtraject van huidkanker. De resultaten waren echter verbluffend door verschillende technieken toe te passen. Vele patiënten die huidkanker hebben gehad, weten niet van de behandelmogelijkheden die kunnen worden toegepast in het nazorgtraject bij huidkanker. Daar zou ik graag verandering in brengen, want naar mijn idee is deze doelgroep in zeer goede handen bij de huidtherapeut voor de behandeling aan zijn of haar litteken.

Graag wil ik mijn docentbegeleider Amber Barten en meelezer bedanken voor de begeleiding en de feedback tijdens mijn scriptie. Daarnaast wil ik mijn opdrachtgever Manon Bergenhenegouwen bedanken voor het meedenken en de interesse in de scriptie.

Kelly Zuidgeest

Wateringen, 21 februari 2018

Samenvatting

Inleiding

Excisie van huidmaligniteiten kan leiden tot cosmetisch storende littekens. Vaak laten huidkankepatiënten zich niet behandelen aan het litteken dat ontstaan is na huidkanker. Wat de reden hiervan is, is nog onbekend. Er zijn meerdere mogelijkheden binnen de huidtherapie voor de behandeling van deze littekens, waaronder littekentherapie en siliconentherapie bij o.a hypertrofische littekens. Dit onderzoek geeft inzicht in de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker. De resultaten zijn gebaseerd op de ervaring en tevredenheid omtrent de littekenbehandeling van zowel de patiënten, als van huidtherapeuten. Daarnaast wordt er ingespeeld op de tevredenheid m.b.t. de voorlichting die is gegeven tijdens het nazorgtraject van huidkanker door de patiënten en disciplines. Het doel van dit onderzoek is om de huidtherapeut een grotere rol te laten spelen in het nazorgtraject van huidkanker en de patiënten te informeren over de mogelijke behandelmethodes voor het litteken.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Wat is de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker na excisie volgens patiënten, huidtherapeuten en andere zorgprofessionals in de regio Zuid-holland?

Methode

Er is gebruik gemaakt van zowel literatuuronderzoek als kwalitatief en kwantitatief praktijkonderzoek door middel van interviews en enquêtes. Er zijn twee dermatologen, één plastische chirurg en één operatieassistent geïnterviewd en daarnaast hebben huidtherapeuten en huidkankerpatiënten een enquête ingevuld. Middels literatuuronderzoek is o.a onderzocht welke littekens er kunnen ontstaan na excisie van huidmaligniteiten en wat de rol van de huidtherapeut is of kan zijn binnen het nazorgtraject van huidkanker.

Resultaten

Uit de literatuurstudie is gebleken dat chirurgische littekens impact hebben op het leven van huidkankerpatiënten. De patiënten die aan het praktijkonderzoek hebben deelgenomen storen zich voornamelijk aan de verdikking en structuur van het litteken. Meer dan de helft geeft aan niet bekend te zijn met de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut kan toepassen in het nazorgtraject van huidkanker. De helft van de patiënten geeft aan dat zij niet behandeld willen worden en het merendeel wil zich wel of misschien laten behandelen aan het litteken. Dit terwijl uit de interviews onder de vier disciplines is gebleken dat er weinig behoefte is aan nazorg m.b.t. het litteken.

Conclusie

De patiënten uit de leeftijdscategorie eenendertig tot vijftig jaar hebben behoefte aan nazorg en willen zich laten behandelen aan het litteken. De patiënten in de leeftijd van vijftig jaar en ouder hebben geen behoefte aan nazorg.

Abstract

Introduction

Excision of skin malignancies can lead to cosmetically disturbing scars. However, skin cancer patients often do not make use of any kind of skin treatment on scars that have developed after having skin cancer. The reason for this is still unknown. There are multiple skin treatment options available for the treatment of these scars, including scar therapy, laser therapy, and silicone therapy for the treatment of hypertrophic scars. This research provides insight into the need for aftercare for cosmetically disturbing scars as a result of skin cancer. The results of this research are based on the experience with the scar treatment of both patients and skin therapists, as well as their level of satisfaction with that particular treatment. In addition, this research also addresses to what extent patients, as wells as two dermatologists, one plastic surgeon, and one operation assistant (from now on referred to as "disciplines") are satisfied with the information being provided in the aftercare process of skin cancer. The aim of this research is to assess whether or not it is desirable that the skin therapist would be more involved in the aftercare process of skin cancer, as well as in informing patients about possible treatment methods for their scars.

The main research question is:

What is the need for aftercare for cosmetically disturbing scars as a result of skin cancer after excision according to patients, skin therapists and other healthcare professionals in the region Zuid-Holland?

Methodology

The impact of cosmetically disturbing scars as a result of skin cancer on a skin cancer patient has been investigated through literature research. The literature research was focused on what kind of scars may arise after excision of skin malignancies and what the role of the skin therapist is or can be during the aftercare process of skin cancer. After completing the literature research, the aftercare process of skin cancer has been researched, using both qualitative and quantitative research methods. In terms of qualitative research, in-depth interviews have been performed across all four disciplines. Afterwards, quantitative data has been gathered with a survey, in which fifty-nine skin therapists and sixty-two skin cancer patients have participated.

Results

The literature study has shown that surgical scars have an impact on the life of skin cancer patients. More specifically, surgical scars that can be associated with considerable cosmetic and functional morbidity have a major impact on the life of a skin cancer patient. In addition, skin cancer appears to be a chronic disease, because new spots of skin cancer may arise over time. The patients who participated in the practical research are mainly concerned with the thickening and structure of the scar. More than half indicate that they are not familiar with the treatment options that can be offered by the skin therapist in the aftercare process of skin cancer. Hospitals hardly ever refer patients to a skin therapist for a follow-up treatment of a scar that has developed after excision of skin cancer. The reason for this is that, according to the four disciplines, patients usually do not indicate the need for a follow-up treatment. A large percentage of the patients indicate that they

do not require any kind of skin treatment. At the same time, however, a similar sized group do indicate that they would like to receive treatment for their scars.

Conclusion

Practical research has shown that there is little need for the aftercare of cosmetically disturbing scars that have arisen after excision of skin cancer for both men and women. Patients in the age category thirty-one to fifty indicated they need aftercare and would like to receive treatment for their scars. On the other hand, patients in the age category of fifty and older, state that they do not require aftercare, because their main concern was to be cured from skin cancer. Moreover, the scars that have developed after excision of skin cancer do not bother them that much. In the first phase, just after the treatment of skin cancer, patients do not require a post-treatment of the scar, because they first want to see how the scar will heal. If doctors are better informed about the treatment options that the skin therapist could offer in the aftercare process of skin cancer and in particular for the treatment of the scar, more patients could be referred to the skin therapist. Doctors, however, currently see no point in referring skin cancer patients for a follow-up treatment of the scar, as there is little demand amongst patients. This research indicates that despite the positive impact of skin treatment after skin cancer excision, both patients and doctors have mixed opinions about the need for this treatment. More research is needed as to why this is the case.

Inhoudsopgave

Inleiding **8**

1.1 Aanleiding **8**

1.2 Relevantie voor het beroep **9**

1.3 Doelstelling **9**

1.4 Hoofdvraag **9**

1.5 Deelvragen **9**

1.5.1 Literatuuronderzoek **9**

1.5.2 Praktijkonderzoek **10**

1.6 Operationalisering **10**

2. Onderzoeksmethode **11**

2.1 Literatuuronderzoek **11**

2.11 Dataverzameling **11**

2.1.2 Data-analyse **12**

2.2 Praktijkonderzoek **12**

2.2.1 Dataverzameling **13**

2.2.2 Data-analyse **13**

3. Resultaten **14**

3.1 Resultaten literatuuronderzoek **14**

3.2 Resultaten enquête huidtherapeuten **18**

3.3 Resultaten enquête patiënten **20**

3.4 Resultaten interviews **24**

4. Conclusie **26**

5. Discussie & aanbevelingen **27**

6. Relevantie **29**

7. Literatuurlijst **30**

Bijlage: 1 Logboek literatuuronderzoek 33

Bijlage 2: E-mail naar de NVH (Nederlandse Vereniging Huidtherapie) 35

Bijlage 3: E-mail naar de Dermatoloog van het Reinier de Graaf Ziekenhuis 36

Bijlage 4: E-mail naar plastisch chirurg van het Alrijne Ziekenhuis in Leiden 37

Bijlage 5: Herinnerings e-mails plastische chirurg 38

Bijlage 6: Enquête huidkankerpatiënten 39

Bijlage 7: Enquête Huidtherapeuten 45

Bijlage 8: Interview vragen 48

Bijlage 9: Uitgeschreven interviews 50

Bijlage 10: Gecodeerde interviews 62

Bijlage 11: Resultaten enquête huidtherapeuten 66

Bijlage 12: Resultaten enquête patiënten 70

Bijlage 13: Resultaten interviews 77

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader besproken waarin de kernbegrippen van dit onderzoek worden uitgelicht. Daarnaast komen in dit hoofdstuk de doelstelling, hoofdvraag, deelvragen en de definiëring van de begrippen aan bod.

1.1 Aanleiding

Huidkanker neemt in Nederland epidemische vormen aan en het einde hiervan is voorlopig nog niet in zicht (de Groot & Toonstra,2010). Het totaal aantal nieuwe patiënten met huidkanker is gestegen van 47.500 in 2012 naar 50.339 in 2014. Daarmee is huidkanker de meest voorkomende soort kanker in Nederland. Als deze trend doorzet, hebben we naar verwachting tegen de 75.000 nieuwe patiënten met huidkanker in 2020 (IKNL,2014).

Globaal is huidkanker op te delen in melanoom en niet-melanoom huidkanker. Niet-melanoom huidkanker omvat het basaalcelcarcinoom, het plaveiselcelcarcinoom en het voorstadia van het plaveiselcarcinoom. Het basaalcelcarcinoom (71%) is de meest voorkomende vorm van huidkanker, hierna volgt het plaveiselcelcarcinoom (16%) en het melanoom van de huid (11%) (Lubeek & Gerritsen,2017). De belangrijkste behandeling van zowel het BCC als het PCC, is conventionele excisie met vooraf vastgestelde marges (Kelleners-Smeets, Bekkenk & de Haas,2013).
Het melanoom wordt in twee sessies behandeld, eerst door diagnostische excisie en vervolgens door re-excisie (Verbeek, Poll-Franse, Bekkenk, Bergman, Hoekstra & Jansen- Landheer; et al. 2010). Beschadiging van de huid na een operatie maakt dat er een wond is ontstaan, waardoor littekenvorming zal optreden. Als gevolg hiervan kunnen littekens functionele en psychische problemen opleveren (Penn, Grobbelaar & Rolfe; Wal et al. 2012).

In de huidtherapeutische praktijk van mijn opdrachtgever, is gebleken dat er nog weinig huidkankerpatiënten behandeld worden aan littekens na excisie van maligne tumoren, terwijl op dit vlak wel genoeg behandelmogelijkheden zijn om deze cosmetisch storende littekens minder zichtbaar te maken. De meest frequente behandelingen voor de behandeling van littekens door huidtherapeuten zijn littekenmassage, peelings, camouflagetherapie, dermatografie en behandeling met lymftape, siliconenpleisters en siliconengel (NVH, n.d.). Standaard behandelingen die vaak worden toegepast bij littekens zijn: drukverband, cryotherapie of chirurgische ingrepen. In een aantal gevallen wordt ook gebruik gemaakt van lasertherapie (Gauglitz & Kunte, 2011).

Vanwege het feit dat er nog onduidelijkheid is over de precieze behoefte aan nazorg bij cosmetische storende littekens na excisie bij maligne tumoren, is dit onderzoeksrapport opgesteld. Door middel van het kijken naar de behoefte van de huidkankerpatiënten wordt mogelijk het werkterrein van de huidtherapeut verbreed, waardoor dit onderzoeksrapport een toegevoegde waarde heeft. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken hoeveel huidtherapeuten momenteel een rol spelen in het nazorgtraject bij excisie na huidkanker, aangezien de incidentie van huidkanker steeds verder toeneemt.

Met dit onderzoek wordt een duidelijk beeld geschetst van de ontwikkelingen en activiteiten binnen de huidtherapie op het gebied van littekens na excisie van huidkanker, zodat er mogelijk een nieuw werkterrein voor de huidtherapeut wordt ontwikkeld, dat van belang is door de steeds maar groeiende groep huidtherapeuten (Hansen & Schepman,2009).

1.2 Relevantie voor het beroep

De top van de huidkankerepidemie is nog niet bereikt en nu al vormt het onderdeel 'vlekjes en plekjes' een derde of meer van de werkzaamheden van de dermatoloog. Dit betekent dat de huidtherapeut een steeds belangrijkere rol zou kunnen innemen in de huidoncologische zorg (Reefman, Barten, Kukutsch & Bergman, 2015). Volgens een onderzoek van Krekels (2013) is huidkanker een groot gezondheidsprobleem geworden, waardoor dermatologen een grotere werklast dragen en de nazorg van huidkanker steeds verder zal toenemen. Door de groeiende incidentie, vraag naar preventie en diagnostiek van huidkanker zal er een grote aanpassing moeten worden uitgevoerd in het werkveld van de dermatologie.

In het algemeen is de prognose van huidkanker redelijk goed, maar huidkanker kan wel leiden tot een aanzienlijke functionele en cosmetische morbiditeit (Nijsten & de Vries, 2009). Indien deze praktijkstudie een duidelijk resultaat oplevert over de mogelijke behoefte aan nazorg bij excisie van maligne tumoren, kunnen huidtherapeuten hierop inspelen en de behoefte aan nazorg hierdoor optimaliseren. De eerste lijn moet een steeds grotere rol spelen in de nazorg bij kankerpatiënten doordat patiënten steeds langer in de nazorgfase zitten, dit biedt kansen om de interdisciplinaire zorg te verbeteren, waardoor huidtherapeuten mogelijk deze rol kunnen vervullen en nazorg kunnen leveren (Heins, M., Kloek, C., Francke, A., Sinnige, J., Swinkels, I., Korevaar, J.,et al. (2016).

1.3 Doelstelling

Voor dit afstudeeronderzoek is een onderzoeks-en praktijkdoel opgesteld. Het onderzoeksdoel is onderzoeken welke littekens er ontstaan na excisie van huidmaligniteiten en wat voor impact deze littekens kunnen hebben op het leven van een huidkankerpatiënt. Het praktijkdoel is huidkankerpatiënten informeren over de mogelijke behandelmethodes van het litteken, met als hoofddoel huidtherapeuten een grotere rol te laten spelen in het nazorgtraject van huidkanker.

1.4 Hoofdvraag

Wat is de behoefte aan nazorg bij cosmetische storende littekens ten gevolge van huidkanker na excisie volgens patiënten, huidtherapeuten en andere zorgprofessionals in de regio Zuid-Holland?

1.5 Deelvragen

Bij de deelvragen wordt er onderscheid gemaakt tussen de deelvragen die vanuit de literatuur worden beantwoord en de deelvragen die beantwoord zullen worden met behulp van het praktijkonderzoek.

1.5.1 Literatuuronderzoek

De volgende vragen zullen beantwoord worden met behulp van het literatuuronderzoek:

- Wat is volgens de literatuur de impact van littekens die zijn ontstaan na excisie van maligne tumoren?
- Welke soorten littekens ontstaan er na excisie van maligne tumoren?
- Welke rol speelt de huidtherapeut in het nazorgtraject bij huidkanker?
- Op welke manier zou de huidtherapeut nazorg kunnen leveren aan de huidkankerpatiënt?

1.5.2 Praktijkonderzoek

De volgende deelvragen zullen beantwoord worden door de patiënten, huidtherapeuten en disciplines d.m.v. praktijkonderzoek:

- Hoe worden huidkankerpatiënten met cosmetische storende littekens momenteel behandeld aan hun litteken(s)?
- Met welke reden laten huidkankerpatiënten zich wel of niet behandelen aan het litteken dat is ontstaan na excisie?
- Welke behoefte hebben huidkankerpatiënten in het nazorgtraject van huidkanker?

1.6 Operationalisering

Behoefte

Wat de huidkankerpatiënt nodig heeft aan voorlichting en/of behandeling m.b.t het litteken en met welke reden.

Impact

De invloed van littekens op de kwaliteit van leven van de huidkankerpatiënt

Huidkanker

Hier wordt onder verstaan: het Basaalcelcarcinoom, het Plaveiselcelcarcinoom, het Melanoom en het voorstadium van het Plaveiselcelcarcinoom de Actinische Keratose en Morbus Bowen (Niehoff,2015).

Patiënten

Mannen en vrouwen van iedere leeftijdscategorie

Andere zorgprofessionals

Dermatologen, plastische chirurgen en operatieassistenten die werkzaam zijn in het ziekenhuis en huidkanker behandelen

<u>Cosmetisch storende littekens</u>

Hypertrofisch litteken

Een hypertrofisch litteken wordt veroorzaakt door afwijkingen in de normale wondgenezing en wordt gekenmerkt door proliferatie van weefsel met buitensporige afzetting van fibroblasten (Karagoz, 2009).

Atrofisch litteken

Een atrofische litteken ligt verzonken in de huid en ontstaat wanneer het normale genezingsproces wordt verstoord, waardoor er onvoldoende collagene en elastine vezels worden aangemaakt. Dit soort littekens ontstaan vaak na bestralingstherapie.

Keloïd litteken

Een keloïd kan zowel direct optreden als pas na jaren en vertoont na enkele maanden een rond, egaal oppervlak dat uitbreidt buiten de grenzen van de originele verwonding, zonder neiging naar spontane regressie (Van Laethem, 2014). Een keloïd ontstaat ten gevolge van een trauma, ontsteking, chirurgie of brandwond (Yang et al., 2012).

Excisie

Chirurgische ingreep die het afwijkende weefsel in z'n geheel verwijderd.

2. Onderzoeksmethode

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn er deelvragen opgesteld. De deelvragen zijn beantwoord door middel van literatuur- en praktijkonderzoek. In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek zijn uitgevoerd.

2.1 Literatuuronderzoek

Om antwoord te kunnen geven op de eerste vier deelvragen is kwalitatief literatuuronderzoek uitgevoerd. Er is gezocht naar wetenschappelijke artikelen over atrofische, hypertrofische en keloïd littekens, waarbij voornamelijk gebruik is gemaakt van primaire en secundaire literatuur. De wetenschappelijke artikelen zijn beoordeeld met behulp van onderstaande criteria (Verhoeven, 2011).

Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
De artikelen zijn gepubliceerd tussen 2008 en 2017	De artikelen zijn gepubliceerd voor 2008
De literatuur is geschreven in het Nederlands of Engels	De literatuur is niet geschreven in het Nederlands of Engels
De artikelen zijn volledig beschikbaar	De artikelen zijn niet volledig beschikbaar
De artikelen komen uit wetenschappelijke tijdschriften of databanken	De artikelen zijn niet wetenschappelijk
De literatuur heeft betrekking op littekens na excisie van huidmaligniteiten en/of op de van rol huidtherapeut in het nazorgtraject	De literatuur gaat niet over het onderwerp van het onderzoek
Beoordeeld op Evidence based niveau aan de hand van Cochrane beoordelingslijst	Niet beoordeeld op Evidence based niveau

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria literatuur

2.11 Dataverzameling

Via wetenschappelijke literatuur, vaktijdschriften, gepubliceerde onderzoeken, (studie) boeken en databanken is er informatie verzameld. De databanken die hiervoor ingezet zijn: PubMed, Google Scholar, HBO-kennisbank en Springerlink. Het logboek van de dataverzameling staat in bijlage 1.

In de databanken is er gezocht in het Nederlands en Engels met de volgende zoektermen:

Nederlands	**Engels**
Littekens na excisie	Surgical scars
Nazorg huidkanker	Hypertrofisch scars
Cosmetisch storende littekens	Cosmetically disturbing scars
Huidtherapeut en huidkanker	Hypertrophic scar treatment
Huidtherapeut in nazorgtraject van huidkanker	Wound healing
Microneedling	Treatments for keloid
Huidtherapeut in de toekomst	Treatments for atrophic scars
Impact van littekens na excisie van huidkanker	Skin cancer and quality of life

Tabel 1: Overzicht zoektermen dataverzameling

2.1.2 Data-analyse

De data die is verzameld en aan de inclusie-en exclusiecriteria voldeden, is geselecteerd op: Impact littekens in leven van huidkankerpatiënt, littekens na excisie van maligne tumoren, huidtherapeut in nazorgtraject van huidkanker en behandeling van littekens. Allereerst werd de samenvatting of het geheel globaal gelezen van alle verzamelde data. Niet alle data bleek even relevant en deze zijn dan ook niet opgenomen in het onderzoek en uit de literatuurlijst gehaald. De verzamelde literatuur werd aan de hand van Cochrane lijsten beoordeeld op 'level of evidence', daarna werden de gekozen artikelen met elkaar vergeleken en vervolgens geanalyseerd. Tijdens deze analyse zijn er uit de onderzoeken steekwoorden gehaald (Verhoeven, 2011).

2.2 Praktijkonderzoek

Om de laatste drie deelvragen te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van praktijkonderzoek. Er wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelingsmethodes, waardoor de geldigheid van de onderzoeksresultaten worden verhoogd, dit wordt ook wel triangulatie genoemd (Verhoeven, 2011). Er is gekozen om een enquête te verspreiden onder huidkankerpatiënten en huidtherapeuten uit de regio Zuid-Holland, omdat een enquête gebruik maakt van kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken, waardoor er ook naar meningen en behoeften kan worden gevraagd. Daarnaast kon er op deze manier rekening worden gehouden met de bereikbaarheid van de huidtherapeuten aangezien het invullen van de enquête weinig tijd vergt.

Er is een enquête met 16 gesloten vragen opgesteld voor huidkankerpatiënten met betrekking tot de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker. Er is verder een enquête verspreid onder de huidtherapeuten van Zuid-Holland en een interview met disciplines gedaan. Er is gekozen om vier disciplines te interviewen waaronder één plastische chirurg, één operatie-assistent en twee dermatologen, omdat het interessant is om te weten in hoeverre 'zij´ denken dat patiënten behoefte hebben aan nazorg en op welke manier er voorlichting wordt gegeven in het nazorgtraject van huidkanker. Het interview bestond uit maximaal 10 vragen, waardoor het interview vrij weinig tijd in beslag nam over het algemeen.

2.2.1 Dataverzameling

De enquête voor zowel de patiënten als huidtherapeuten is opgesteld via Survio en op meerdere manieren digitaal verspreid. Er is contact opgenomen met het secretariaat van de Nederlandse Vereniging Huidtherapie (NVH) met de vraag of zij de enquête wilde verspreiden onder de leden (bijlage 2.) De NVH heeft de enquête via het e-nieuws verspreid onder de huidtherapeuten uit de regio Zuid-Holland.

De enquête die verspreid is onder de huidtherapeuten van Zuid-Holland bestond uit 10 gesloten vragen. Bij één vraag is er gebruik gemaakt van de 5-punts likertschaal. Er kwamen bij de enquête van de huidtherapeut diverse onderwerpen aan bod met betrekking tot de nazorg bij littekens, behandeling van littekens, behandelfrequentie en de behandelresultaten. Er is gekozen voor 10 gesloten vragen, zodat deze snel en gemakkelijk in te vullen waren voor de huidtherapeuten.

Via social media, het Alrijne ziekenhuis in Leiden en het Reinier de Graaf ziekenhuis in Voorburg en Delft is de enquête onder de patiënten verspreid. De enquête onder de patiënten is ook uitgeprint en schriftelijk ingevuld waarna dit later digitaal is ingevoerd. De enquête voor de patiënten bestond uit 16 gesloten vragen en één open vraag. Bij twee gesloten vragen is er gebruik gemaakt van de 5-punts likertschaal. Er kwamen verschillende onderwerpen aan bod bij de enquêtevragen. Er wordt gevraagd naar het soort huidkanker, welke behandelmethode er is toegepast, de tevredenheid over informatie van de arts en naar de behoefte aan nazorg.

Er is verder gekozen om vier disciplines, waaronder drie artsen kort te interviewen over o.a de behandeling die zij toepassen bij huidkanker (Zie bijlage 9). De interviews zijn mondeling afgenomen en geven meer inzicht over de informatievoorziening met betrekking tot het nazorgtraject van huidkanker. De interviews hadden een duur van ongeveer een half uur en zijn opgenomen en getranscribeerd (bijlage 9).

2.2.2 Data-analyse

Allereerst is er een controle uitgevoerd op de volledigheid van de enquête. Onvolledig ingevulde enquêtes zijn dan ook niet in dit onderzoek verwerkt. Het online programma Survio geeft de mogelijkheid om de respons op de enquête direct in grafieken, staaf en cirkeldiagrammen weer te geven. Enkele grafieken en diagrammen zijn van Survio gebruikt, andere tabellen en grafieken zijn met behulp van excel of word gemaakt. In het hoofdstuk resultaten zijn enkele grafieken, diagrammen en tabellen weergegeven. De figuren dienen ter ondersteuning van de tekst bij de beschrijving van de resultaten. De uitgeschreven interviews van de disciplines zijn terug te vinden in bijlage 9. De interviews zijn gecodeerd met alleen bruikbare en relevante informatie voor het beantwoorden van deelvragen 5,6 en 7 . Er is bij het coderen gebruik gemaakt van topics, waarvan iedere topic een andere kleur heeft gekregen. Deze kleuren zijn overzichtelijk toegevoegd aan de interviews en antwoorden. Hierna zijn er overzichtelijke tabellen gemaakt waarin thema's gekoppeld zijn aan de kleuren, waardoor in een oogopslag duidelijk wordt welke informatie bij welk thema hoort (bijlage 10). De tabellen, codebomen en grafieken zijn met behulp van excel en word gemaakt, waardoor de antwoorden duidelijk in kaart zijn gebracht (Wouters & van Zaalen, 2013). De tabellen, grafieken en codebomen vormen een aanvulling op de beschreven resultaten, een aantal zijn toegevoegd aan het hoofdstuk resultaten en de overige zijn te vinden in bijlage 11, 12 en 13.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt met behulp van de verkregen onderzoeksresultaten antwoord gegeven op de deelvragen. De onderzoeksresultaten worden weergeven in grafieken en tabellen. In bijlage 11,12 en 13 zijn de grafieken en tabellen weergeven.

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

Deelvraag 1: Wat is volgens de literatuur de impact van cosmetisch storende littekens ten gevolge van excisie van maligne tumoren?

Volgens een onderzoek van Maciel *et al.* (2014) betekent het hebben van huidkanker niet automatisch dat een patiënt gaat sterven. De genezingspercentages worden steeds beter, waardoor het concept van genezing niet alleen gebaseerd moeten zijn op het biologische herstel, maar juist op het welzijn van de patiënt, psychische overleving en op kwaliteit van leven. Het onderzoek van Maciel *et al.* (2014) laat zien dat patiënten met een huidcarcinoom een lager zelfbeeld hebben in vergelijking met patiënten die dit niet hebben.

De diagnose 'kanker' heeft een enorme impact op het emotioneel welbevinden en functioneren van de patiënt. Kanker kan ingrijpen op de verschillende aspecten van kwaliteit van leven. De impact is het hoogst rondom de tijd van diagnose en behandeling (Nijsten,2009).

Een goede prognose van huidtumoren leidt niet zozeer tot sterfte, maar wel tot ziektelast, cosmetische problemen en zorgconsumptie. Huidkanker is een groot volksgezondheidsprobleem geworden, zowel in termen als incidentie en prevalentie (De Vries, Nijsten, Louwman & Coebergh, 2009). Als de tumor ruim is verwijderd, kan dit ook veranderingen in de vorm van het gezicht en of hals achterlaten die pijnlijk zijn, jeuken, dikker worden of verkleefd raken aan het onderliggende weefsel.

Unieke aspecten van de impact van huidkanker op het leven van de patiënt zijn de chirurgische littekens die gepaard kunnen gaan met aanzienlijke cosmetische en functionele morbiditeit, de kans op meerdere huidkankers, de mogelijkheid om zelf de huid te monitoren en de gekende relatie met de zon. Inmiddels is gebleken dat huidkanker een chronische ziekte is, waarbij er snel nieuwe plekjes huidkanker zullen ontstaan (Nijsten, 2009).

Uit onderzoek van De Vries *et al.* (2009) wordt gesuggereerd dat huidkanker grotendeels een vermijdbare aandoening is, vanwege het feit dat de meeste huidtumoren het gevolg zijn van overmatige blootstelling van de zon. In de praktijk is gebleken dat het moeilijk of zelfs onmogelijk is om het zongedrag van de mens te veranderen, vooral onder jongeren is dit lastig. Het is belangrijk om na de eerste diagnose huidkanker voorzichtig om te gaan met uv-straling.

Deelvraag 2: Welke soorten littekens ontstaan er na excisie van maligne tumoren?

Bijna alle huidkankers komen in het gezicht voor, waardoor mensen littekens in het gezicht kunnen krijgen of soms een deel van hun neus of oog verliezen (Hollestein, 2014). Littekenvorming is een normaal proces van de wondgenezing. Wanneer gezond weefsel is vernietigd door verwonding of ziekte, vervangt bindweefsel dit gezonde weefsel (Sussman,2010). Bij de één geneest het litteken beter en mooier dan bij de ander. Dit verschilt per ingreep, per plaats en per persoon. Op de borst en de rug worden littekens vaak niet mooi, waarschijnlijk omdat die huid continu in beweging is met de ademhaling. Daarnaast speelt het immuunsysteem van de patiënt en mogelijk de manier waarop de bloedvaten reageren een rol (Niessen, 2016).

Chirurgische littekens kunnen hypertrofisch, atrofisch of vlak zijn (Dalvari et al, 2012). Het is bekend dat een ontsteking bijdraagt aan de ontwikkeling van hypertrofische littekens. Het is daarom van belang om de kans op een ontstekingsreactie te minimaliseren, door na te gaan of er sprake is van een schone operatie omgeving en een goede wondgenezing om infectie daarna te voorkomen (Rabello, Souza & Júnior, 2014).

Hypertrofische en keloïd littekens komen evenveel voor bij mannen als bij vrouwen op elke leeftijd, maar minder snel op jonge en zeer oude leeftijd. Een keloïd litteken komt meer voor bij donkere huidtypes. Hypertrofische en keloïd littekens presenteren zich als verheven littekens en zijn het resultaat van een abnormale wondheling met excessieve fibrose. Hoewel elk litteken voor de patiënt cosmetisch storend en psychosociaal belastend kan zijn, geldt dit nog meer voor hypertrofische of keloid littekens, aangezien deze vaak gepaard gaan met pijn, jeuk en functionele hinder (Van Laethem, 2014).

De wondgenezing bestaat uit vier fasen: De reactiefase, ontstekingsfase, regeneratiefase en de rijpingsfase. Indien er in de wondgenezing iets mis gaat kan er een abnormale wondgenezing ontstaan dat kan leiden tot roodheid, hypertrofische littekens en keloid (Reish & Eriksson,2008).

Hypertrofische littekens zijn verdikte, hard en erythemateuze littekens bedekt met dun epitheel en matige inflammatie van omringend weefsel, dat in combinatie met pijn en jeuk voorkomt. Hypertrofische littekens zijn herkenbaar aan de overmatige hoeveelheid collageenvezels binnen de litteken-randen door de progressieve groei van collageenvezels. Het proces start vaak na vier tot zes weken na het trauma en groeit doorgaans drie tot zeven maanden en stabiliseert na ongeveer één jaar. De oorzaak hiervan is onbekend (Vrijman et al, 2011).

Keloïd littekens worden gekenmerkt door een overmatige vorming van collageenvezels, die buiten de litteken-randen optreden. Keloïd littekens ontstaan ten gevolge van een trauma, ontsteking, brandwonden of chirurgie.
Vier tot zes weken na het trauma of de ingreep start dit proces en groeit door tot ongeveer zes maanden hierna (Gauglitz & Kunte, 2011). De precieze oorzaak is niet bekend. Predisponerende factoren zijn genetische aanleg, donkere huidskleur en leeftijd onder de dertig jaar. Over het algemeen worden deze littekens gekenmerkt door zeer duidelijk aanwezig erytheem en verdikking van het litteken. Ze zijn vaak pijnlijk en jeuken (Van Leeuwen et al, 2015).

Atrofische littekens komen meer voor dan keloïd en hypertrofische littekens en zijn geclassificeerd als ice pick, boxcar en rolling scars. Atrofische littekens of vlakke littekens worden gekenmerkt door de afwezigheid van structuren onder de dermis en liggen meestal wat verzonken in de huid. Deze littekens zijn dun, droog en zacht door een afname van bindweefsel in de dermis en subcutis. Een atrofische litteken ontstaat wanneer het normale genezingsproces wordt verstoord waardoor er onvoldoende collageenvezels en elastinevezels worden aangemaakt (Fabbrocini et al, 2010).

Deelvraag 3: Welke rol speelt de huidtherapeut in het nazorgtraject van huidkanker?

De huidtherapeut heeft een adviserende rol met betrekking tot welk huidtype men heeft, de risico's van de zon en de daarop afgestemde persoonlijke zonpreventie. De huidtherapeut is daarnaast ondersteunend in het nazorgtraject van huidkanker en kan daarbij wonden, littekens of kleurverschillen in de huid behandelen (NVH,2017). Chemotherapie en bestralingen kunnen de huid beschadigen, de huid kan hierdoor krimpen, verkleuren, allergisch reageren, droog of schilferig worden. Ook kan na een operatie littekenweefsel tot pijn en bewegingsbeperkingen leiden of zichtbare delen van het lichaam ontsieren. De huidtherapeut biedt een breed scala behandelingen aan die ertoe bijdragen dat pijn en lichamelijke ongemakken verminderen en de zichtbare gevolgen van huidkankerbehandelingen zoveel mogelijk worden weggenomen. Daarnaast heeft de huidtherapeut aandacht voor de psychologische en sociale aspecten van het genezings- en verwerkingsproces; met behandelingen, advies en een luisterend oor biedt de huidtherapeut graag een ondersteunende rol in het herstellen van het zelfvertrouwen en het door de patient laten accepteren van de lichamelijke veranderingen (NVH,2017).

Er bestaan verschillende therapieën voor de behandeling van littekens, echter zullen de littekens niet volledig verdwijnen na deze behandelingen. Er kunnen wel zichtbare verbeteringen optreden, waardoor de littekens minder opvallen. Een huidtherapeut kan littekens o.a behandelen met manuele littekenmassage, siliconengels en siliconenpleisters, dermatografie, medische camouflage, chemische peelings, microdermabrasie, microneedling, laser en LED-therapie. Bij iedere patiënt en/of litteken staat een ander behandeldoel centraal. Behandeldoelen kunnen zijn:
-het egaliseren van de afwijkende huidskleur en het verbeteren van de huidstructuur
-verbeteren van de wondgenezing en de stofwisseling van de huid
-verminderen van pijn en jeuk aan en rondom het litteken
-verminderen of voorkomen van littekenhypertrofie en contracturen
-normaliseren van huid mobiliteit (van der Kleij & de Visser, 2015-2016).

Atrofische littekens kunnen op verschillende manieren behandeld worden. Uit onderzoek van El Domyati et al. (2015) is gebleken dat microneedling een positief effect heeft op de behandeling van atrofische littekens. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Arora (2014) microdermabrasie uitstekende resultaten te geven bij lichte atrofische littekenvorming (bij zeven van de vijftig patiënten). 84% van de vijfentwintig patiënten met matige atrofische littekenvorming behaalde in dit onderzoek goed resultaat. Verder zijn non-ablative lasers steeds populairder geworden voor de behandeling van atrofische littekens, omdat ze het risico op bijwerkingen en de behoefte aan postoperatieve zorg verminderen. Deze lasers zijn ontworpen om de dermis te stimuleren om nieuw collageen te produceren (Valeska & Zhou, 2015).

Hypertrofische en keloïd littekens moeten zo vroeg mogelijk behandeld worden met siliconen en compressietherapie. Druk en siliconentherapie zou routinematig moeten worden toegepast in elke wond die 2 tot 3 weken nodig heeft om te genezen of na een huidtransplantatie. Druktherapie wordt wereldwijd gebruikt ter behandeling van hypertrofische en keloïd littekens, doordat de druk de zuurstofspanning verminderd, ontstaat er in de wond occlusie van kleine bloedvaten wat resulteert in een afname van (myo)fibroblast proliferatie en collageensynthese. Hierdoor wordt het hypertrofische proces verminderd. Keloïden moeten naast siliconen en compressietherapie behandeld worden met corticosteroïden injecties. Als de keloïde

niet reageert na 12 maanden op bovenstaande behandelmethodes, moet chirurgische excisie overwogen worden (Monstrey et al, 2014).

Deelvraag 4: Op welke manier zou de huidtherapeut nazorg kunnen leveren aan de huidkankerpatient?

Steeds meer patiënten hebben nazorg bij kanker nodig en dit heeft twee oorzaken. Ten eerste krijgen steeds meer mensen kanker, vooral mensen op oudere leeftijd, en door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal kankerpatiënten toe. Ten tweede neemt de overleving van kanker toe, waardoor patiënten langer in de nazorgfase zitten. De vraag naar nazorg bij kanker zal in de komende jaren dan ook alleen maar verder toenemen. Om ook in de toekomst kwalitatief goede nazorg bij kanker te kunnen garanderen, is het belangrijk om nu al na te denken over manieren waarop deze zorg toekomstbestendig gemaakt kan worden (Heins et al, 2016).

Uit onderzoek van Gonggrijp (2015) is gebleken dat 47% van de Nederlandse dermatologen van mening is dat de huidtherapeut kan bijdragen aan het tekort van dermatologische zorg door de huidkankerepidemie. Er wordt momenteel onderzoek gedaan en nagedacht om een meer gespecialiseerde huidtherapeut op te leiden die in dienst is van de dermatoloog en onder de verlengde-armconstructie veel (routine) werk kan verzetten. De huidtherapeut zou de nacontrole kunnen uitvoeren, hechtingen kunnen verwijderen en direct nazorg kunnen leveren (Reefman, Barten, Kututsch & Bergman, 2015).

Uit onderzoek van Hansen & Schepman (2009) komt naar voren dat door de samenwerking van huidkankerpatiënten, huidtherapeuten met huisartsen en medisch specialisten, de toename van zorgkosten worden beperkt. Hierdoor zullen behandelingen en nazorg dichter bij huis mogelijk worden. Voor het versterken van de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders is het noodzakelijk nieuwe richtlijnen en financiële afspraken te ontwikkelen.

Huidtherapeuten spelen nu al een rol in de preventie van huidkanker, zo bieden zij voorlichting aan potentiële patiënten over zongedrag en attenderen zij mensen op de de mogelijkheid om hun moedervlekken te laten bekijken. Inmiddels is er actieve bij- en nascholing voor huidtherapeuten ontwikkeld om verdachte plekjes te herkennen en bij twijfel te verwijzen naar de huisarts. Daarnaast zullen er in de toekomst met behulp van de juiste nascholing bepaalde behandelingen zoals cryotherapie bij benigne aandoeningen door de huidtherapeut worden uitgevoerd. Ten slotte bestaat er ook op het gebied van nazorg nog behoefte aan begeleiding van huidkankerpatiënten in de thuissituatie (Reefman, Barten, Kututsch & Bergman, 2015).

De gespecialiseerde huidtherapeut zal met een grote mate van zelfstandigheid een cruciale rol spelen in preventie, voorlichting en in het herkennen van actinische keratose, basaalcelcarcinomen, plaveiselcelcarcinomen en melanomen. Daarnaast zal de huidtherapeut de behandeling van laag risico basaalcelcarcinomen en actinische keratosen op zich nemen en een opmerkelijke rol spelen in het nazorgtraject van huidkankerpatiënten, waardoor de dermatoloog zich vooral kan richten op de diagnose en behandeling van melanoompatiënten en complexe basaalcelcarcinoom- en plaveiselcelcarcinoom-patiënten (Reefman, Barten, Kututsch & Bergman, 2015).

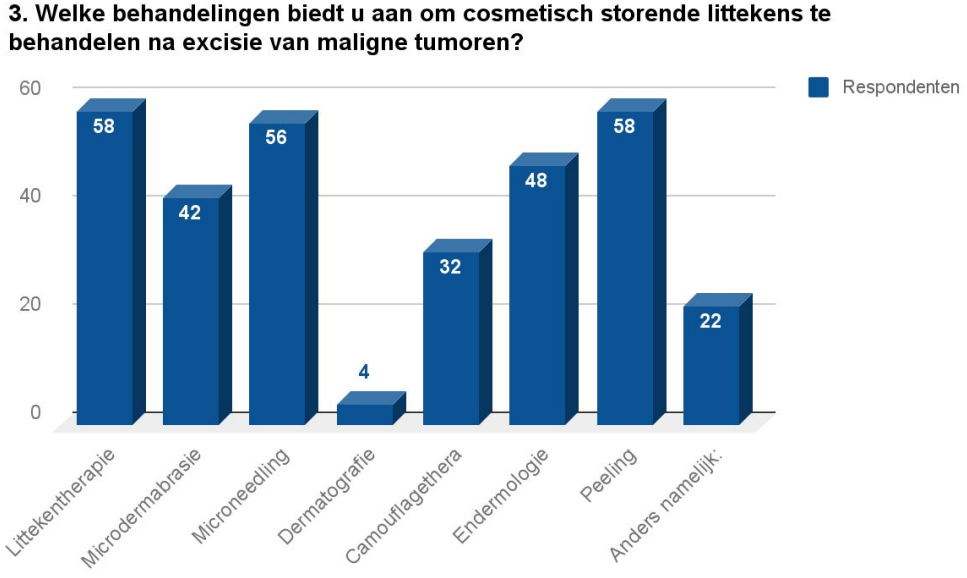
3.2 Resultaten enquête huidtherapeuten

De resultaten van de enquête onder de patiënten geven met name antwoord op deelvraag 5 van het praktijkonderzoek.

Deelvraag 5: Hoe worden huidkankerpatiënten met cosmetische storende littekens momenteel behandeld aan hun littekens?

Aan het praktijkonderzoek hebben 59 huidtherapeuten uit de regio Zuid-Holland deelgenomen, daarvan geeft 100% aan in de toekomst meer cosmetische nazorg te leveren aan de huidkankerpatiënt (Figuur 10, bijlage 11). Gemiddeld behandelen huidtherapeuten 1 tot 5 keer per week ex-huidkankerpatiënten aan het litteken dat is ontstaan na excisie (Figuur 4 ,bijlage). Maligne tumoren komen vooral voor in het gezicht, op de decolleté en op de rug, waardoor het litteken in het zicht is en hierdoor de behoefte aan nazorg groter is.

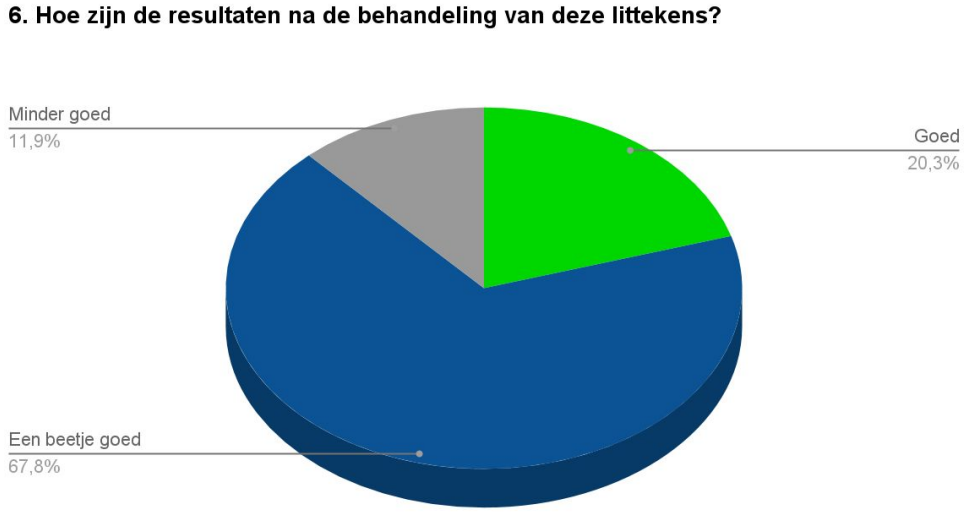
De huidtherapeuten gaven aan dat 74,6% van de patiënten in de praktijk behoefte heeft aan nazorg met betrekking tot het litteken dat is ontstaan na excisie van maligne tumoren (Figuur 1, bijlage 11). Alle 59 respondenten bieden dan ook behandelingen voor cosmetisch storende littekens aan. Littekentherapie of bindweefselmassage en chemische peelings zijn de meest voorkomende behandelingen die worden aangeboden, tegenover dermatografie dat relatief maar vier keer als behandelmogelijkheid wordt aangegeven. 22 van de 59 huidtherapeuten hebben bij 'anders namelijk': laser, siliconenpleisters voor kleurverbetering en taping ingevuld (zie figuur 3).



<u>Anders namelijk:</u>
Thuisproducten + siliconenpleisters voor kleurverbetering
Laser (16 x)
Lasertherapie + siliconenpleisters
Non-ablative laser
Siliconenpleisters + taping
Siliconenpleisters/ laser
Taping + Lasertherapie

Figuur 3: Behandelingen voor cosmetische storende littekens

40 van de 59 huidtherapeuten vindt de resultaten van de behandeling van littekens een 'beetje goed'. 12 huidtherapeuten geven aan dat de resultaten na de behandeling van littekens goed zijn en 7 huidtherapeuten vinden de resultaten na de behandeling van littekens 'minder goed' (Zie figuur 6). Gemiddeld zijn er 5 tot 10 behandelingen nodig geweest per patiënt (Figuur 7, bijlage 11).



Figuur 6: Resultaten behandeling litteken

37,3 % van de huidtherapeuten geven aan dat patiënten alleen op eigen verzoek komen voor de behandeling van het littekens na excisie van maligne tumoren (Figuur 8, bijlage 11). 58 van de 62 patiënten komen bij de huidtherapeut terecht via de website en 50 patiënten via doorverwijzing van de huisarts (Figuur 9, bijlage 11).

3.3 Resultaten enquête patiënten

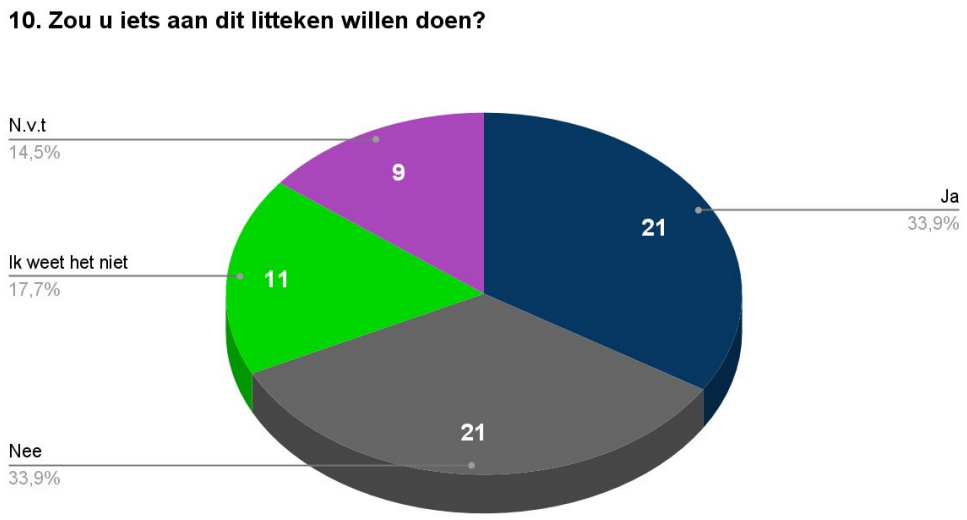
De resultaten van de enquête onder de patiënten geven met name antwoord op deelvraag 6 van het praktijkonderzoek.

Deelvraag 6: Met welke reden laten huidkankerpatiënten zich wel of niet behandelen aan het litteken dat is ontstaan na excisie?

Er hebben aan het praktijkonderzoek 62 respondenten uit de regio Zuid-Holland deelgenomen, die zijn behandeld aan een of meerdere maligne tumoren. 29 van de 62 respondenten is behandeld aan een of meerdere basaalcelcarcinomen, waarbij excisie als behandelmethode is toegepast. 24 van de 62 respondenten geeft aan behandeld te zijn aan een of meerdere melanomen met behulp van excisie (Figuur 3, bijlage 12).

Het merendeel van de respondenten hebben huidkanker in het gezicht gehad, 17 van de 62 respondenten hebben huidkanker op de rug gehad en 10 respondenten op een andere plek van het lichaam (Figuur 6, bijlage 12).

52 van de 62 respondenten hebben een litteken overgehouden na excisie van huidkanker. 33,9% van de respondenten geeft aan iets te willen doen aan het litteken dat is ontstaan na excisie van huidkanker, terwijl 33,9% aangeeft dit niet te willen. 17,7% van respondenten weten nog niet of zij een nabehandeling willen, omdat het nog vrij vroeg in na het behandeltraject is (zie figuur 10).



Figuur 10: Litteken(s) laten behandelen

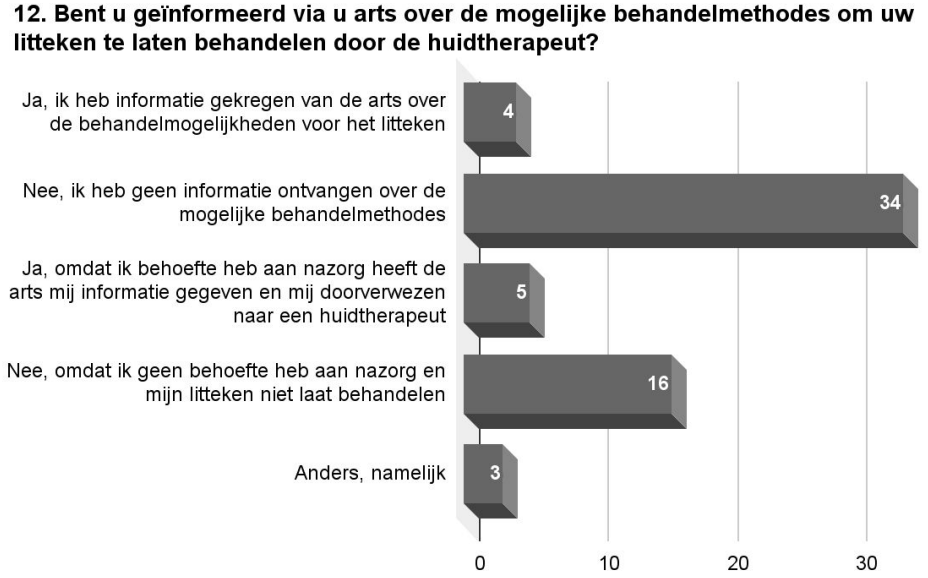
33,9% van de respondenten met behoefte aan nazorg is een vrouw in de leeftijdscategorie van 31 tot 50 jaar. De meeste respondenten storen zich aan de verdikking van het litteken. Als tweede wordt de structuur van het litteken als meest storend ervaren (Figuur 11, bijlage 12). De leeftijdscategorie vijftig jaar en ouder heeft daarentegen geen behoefte aan nazorg m.b.t. het litteken. Verder is uit de resultaten gebleken dat geen enkele man behoefte heeft aan nazorg.

75,8% van de respondenten zijn niet bekend met de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut toepast in het nazorgtraject van huidkanker, in tegenstelling tot 24,2% die hier wel mee bekend zijn (Figuur 7, bijlage 12).

Opvallend is dat 20 van de 62 respondenten niet is geïnformeerd of zelf informatie heeft gezocht over mogelijke behandelingen voor het litteken. Tien respondenten

geven aan te zijn geïnformeerd door de dermatoloog en drie door de plastische chirurg (Figuur 8, bijlage 12).

34 van de 62 respondenten hebben geen informatie ontvangen van hun behandelende arts over de mogelijke behandelmethodes van het litteken. Vijf respondenten hebben zelf aangegeven behoefte te hebben aan de nazorg, waarna zij informatie hebben ontvangen en zijn doorverwezen naar een huidtherapeut. Daarnaast hebben 16 respondenten geen informatie ontvangen, aangezien zij geen behoefte hebben aan een nabehandeling van het litteken (zie figuur 12).

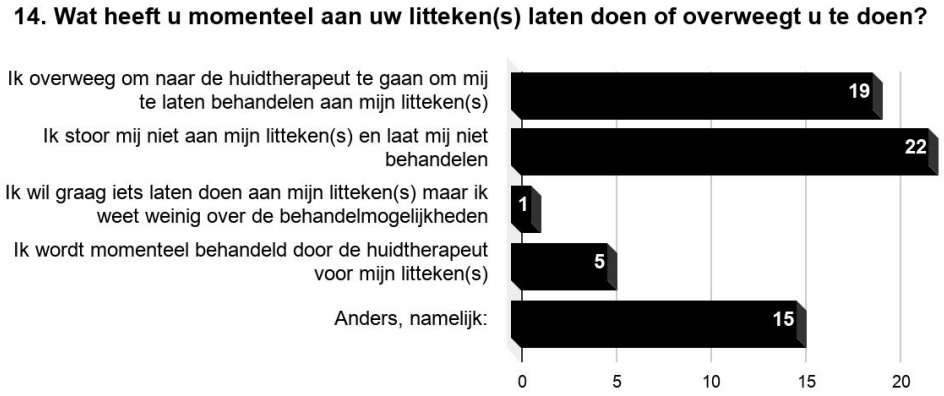


Anders namelijk:
- Was bij fysio voor iets anders en die heeft bindweefsel massage gedaan
- Misschien nog te vroeg voor reconstructie cq nazorg
- N.v.t.

Figuur 12: Informatie gekregen over behandelmethodes huidtherapeut

Het grootste gedeelte van de respondenten is een beetje tot redelijk tevreden met de informatie die zij hebben ontvangen in het nazorgtraject van hun behandelende arts. 10 van de 62 respondenten zegt erg tevreden te zijn met de informatie die zij hebben gekregen (Figuur 13, bijlage 12).

22 van de 62 respondenten stoort zich niet aan zijn of haar litteken(s) en laat zich niet behandelen, terwijl 19 respondenten de overweging willen maken om naar een huidtherapeut te gaan om zich te laten behandelen aan het litteken. Vijf respondenten geven aan op dit moment onder behandeling te zijn bij de huidtherapeut (zie figuur 14).



<u>Anders namelijk:</u>
- Ik heb van de dermatoloog zalf gekregen om het litteken dunner te maken
- Nog niets (2x)
- Ik heb geen litteken overgehouden aan de behandeling van huidkanker
- Bindweefsel massage door fysio therapeut
- Ik heb geen littekens overgehouden na de behandeling van huidkanker
- Ik heb geen littekens overgehouden
- Ik laat het bij de huisarts behandelen met stikstof
- Niets, ik heb geen litteken overgehouden
- N.v.t. (2x)
- Niets (2x)
- Ik moet nog 1x terugkomen bij de arts en zal hem dan vragen of hij nog mogelijkheden tot verbetering ziet, die makkelijk te bereiken zijn. Zo niet, dan leg ik me daarbij neer.

Figuur 14: Overweging behandeling litteken(s)

Het merendeel van de respondenten heeft zijn of haar litteken(s) niet laten behandelen. In totaal zijn er 9 respondenten die wel zijn behandeld aan het litteken dat ontstaan is na huidkanker. Vijf respondenten zijn onder behandeling van de huidtherapeut, waarbij voornamelijk peelings, bindweefselmassage, siliconentherapie, microneedling en endermologie zijn toegepast. Drie respondenten hebben zich laten behandelen bij de dermatoloog voor het litteken met corticosteroïden injecties, siliconentherapie en zalven om het litteken dunner te maken. Daarnaast is één respondent behandeld door de fysiotherapeut (Zie figuur 15).

Figuur 15: Behandeling toegepast op het litteken

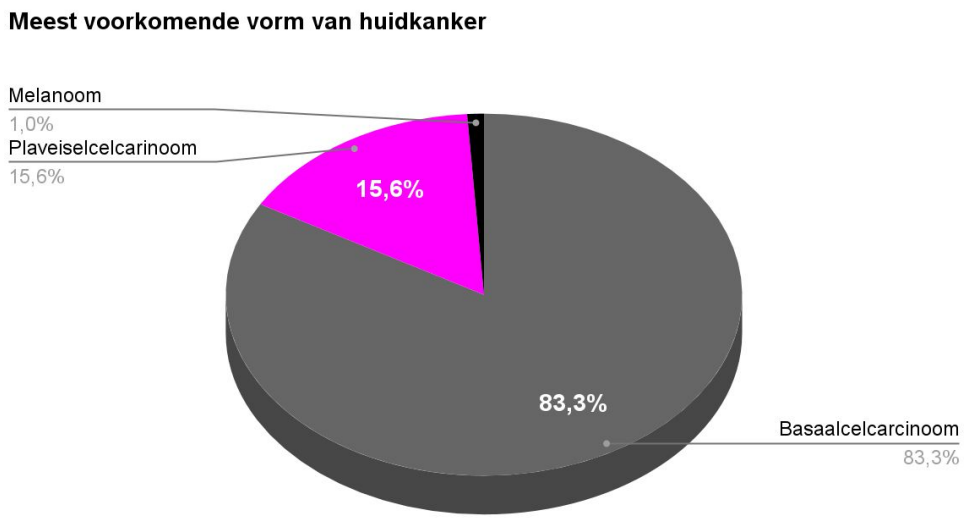
Vijf van de negen respondenten die een behandeling heeft ondergaan voor zijn of haar litteken zegt redelijk tevreden te zijn over het resultaat. Één respondent geeft aan ontevreden te zijn over het resultaat, daarentegen geven drie respondenten aan erg tevreden te zijn over het resultaat van de behandeling voor het litteken (Figuur 17, bijlage 12).

3.4 Resultaten interviews

De resultaten van de interviews onder de disciplines geven met name antwoord op deelvraag 7 van het praktijkonderzoek.

Deelvraag 7: Welke behoefte hebben huidkankerpatiënten in het nazorgtraject van huidkanker?

Aan dit praktijkonderzoek hebben vier disciplines deelgenomen die allen werkzaam zijn in het ziekenhuis. Er zijn twee dermatologen, een plastische chirurg en een operatie-assistent geïnterviewd vanuit het Alrijne Ziekenhuis in Leiden en het Reinier de Graaf in Delft. Aan de vier disciplines is gevraagd welke vormen van huidkanker zij behandelen en op welke manier. Basaalcelcarcinomen worden verreweg het meeste behandeld, daarop volgend plaveiselcelcarcinomen en nog een paar procent melanomen (Zie figuur 1). De basaalcelcarcinomen worden niet-operatief behandeld of met behulp van excisie. Plaveiselcelcarcinomen worden behandeld met een excisie dat primair wordt gesloten met een huidtransplantaat of door secundaire genezing. Dit terwijl een melanoom altijd behandeld wordt met behulp van een excisie en primair wordt gesloten met een huidtransplantaat.



Figuur 1: Meest voorkomende vorm van huidkanker

In bijlage 13 is een codeboom zichtbaar met betrekking tot de informatie die wordt gegeven tijdens het nazorgtraject van huidkanker. Volgens de vier disciplines die hebben meegewerkt aan het praktijkonderzoek wordt de informatie gegeven tijdens de nacontrole of na het verwijderen van de hechtingen. Er wordt voornamelijk informatie gegeven over de genezing van de littekens en wat de patiënt zou moeten doen bij een nabloeding of ontsteking. Twee disciplines gaven aan niet tevreden te zijn over de informatie die zij meegeven tijdens het nazorgtraject. Beiden vinden de informatie die wordt meegeven onvoldoende, daarbij zou er meer informatie moeten worden geven over de nazorg en voorlichting over bijvoorbeeld zongedrag en risicofactoren. De operatie-assistente was daarentegen juist wel tevreden over de informatie die zij meegeeft. Tevens was een dermatoloog ook tevreden over zijn zelf ontworpen voorlichtingsmateriaal.

In grafiek 2 van bijlage 13 is een codeboom weergegeven over doorverwijzing naar de huidtherapeut. Twee disciplines hebben nog nooit een patiënt doorverwezen naar een huidtherapeut voor een nabehandeling van het litteken. Redenen hiervoor waren dat

men geen interesse had in die fase van de behandeling, daarnaast gaven de disciplines aan dat de littekens mooi genezen, waardoor men geen reden ziet om een patiënt door te verwijzen naar een huidtherapeut voor een nabehandeling. Volgens alle vier de disciplines hebben patiënten weinig tot geen behoefte aan nazorg van het litteken, zij zijn al blij dat de huidkanker verwijderd is.

4. Conclusie

Er wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de volgende hoofdvraag:

Wat is de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker na excisie volgens patiënten, huidtherapeuten en andere zorgprofessionals in de regio Zuid-Holland?

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat er weinig behoefte is aan de nazorg van de cosmetisch storende littekens die zijn ontstaan na excisie van huidkanker bij zowel mannen als vrouwen. Vooral bij ouderen, in de leeftijd van vijftig jaar en ouder, is geen behoefte aan nazorg. De jongere leeftijdscategorie daarentegen heeft wel behoefte aan nazorg, aangezien deze doelgroep meer bezig is met zijn of haar uiterlijk.

Het merendeel van de patiënten die deelnamen aan het praktijkonderzoek zijn niet bekend met de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut kan toepassen in het nazorgtraject van huidkanker. Dit komt voornamelijk door de behandelende artsen die hier geen informatie over meegeven. Een reden hiervoor kan zijn dat patiënten geen behoefte hebben aan nazorg met betrekking tot het litteken. Alle disciplines gaven aan dat de patiënten vooral bezig zijn met de huidkanker dat weg moet en niet met het litteken dat achterblijft.

Twee van de vier disciplines vinden dat de informatie die zij meegegeven aan de patiënt onvoldoende is en dit komt ook terug in de tevredenheid van de patiënten. Zij geven aan een beetje tot redelijk tevreden te zijn over de informatie die zij ontvangen in het nazorgtraject van huidkanker. Daarvan geven 34 patiënten aan niet te zijn geïnformeerd over de mogelijke behandelmethodes die de huidtherapeut kan toepassen.

De meeste patiënten overwegen om een behandeling bij de huidtherapeut te ondergaan of worden momenteel behandeld voor het achtergebleven litteken bij de huidtherapeut. 22 patienten geven aan zich niet te storen aan het litteken en laten zich niet behandelen. De huidtherapeuten zeiden dat patiënten alleen op eigen verzoek komen voor een behandeling van het litteken.

Op grond van de resultaten van zowel het literatuur- als het praktijkonderzoek kan worden geconcludeerd dat een huidtherapeut veel kan betekenen in het nazorgtraject van huidkanker. Echter, er is nog weinig bekendheid over wat de huidtherapeut daadwerkelijk kan betekenen, voor zowel patiënt als voor de behandelend arts. De behandelende artsen informeren de patiënten niet over een mogelijke nabehandeling voor het litteken bij een huidtherapeut. Daarnaast wordt er momenteel geen enkele patiënt doorverwezen naar een huidtherapeut voor zijn of haar litteken.

5. Discussie & aanbevelingen

In dit hoofdstuk komen de discussiepunten van het onderzoeksrapport aan bod en worden er aanbevelingen gedaan.

Ten eerste is de hoeveelheid respons op de enquête van de patiënten met een aantal van 62 minimaal. De hoeveelheid respons heeft invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek, hierdoor kunnen er geen betrouwbare conclusies worden getrokken over de gehele populatie, maar enkel van de ondervraagde in dit onderzoek. Dit onderzoek heeft zich alleen gericht op de regio Zuid-Holland, waardoor dit onderzoek niet te generaliseren is over de gehele populatie. Het zou namelijk goed kunnen dat een andere provincie van Nederland meer of minder behoefte heeft aan nazorg. Tevens had de enquête meer respons opgeleverd als de gehele populatie de enquête had kunnen invullen.

Om het onderzoek te generaliseren over de gehele populatie is een grootschalig onderzoek nodig, waarbij er alleen wordt gefocust op de drie kwaadaardige huidkankervormen, waar excisie als behandelvoorkeur wordt gebruikt. Bij excisie ontstaat er namelijk bijna altijd een litteken. In dit onderzoek zijn alle mogelijke vormen van huidkanker aan bod gekomen, waardoor ook patiënten met goedaardige vormen van huidkanker konden deelnemen aan de enquête. Er is hierdoor geen onderscheid gemaakt in de vormen van huidkanker, waardoor niet iedere patiënt dezelfde behandelmethode heeft ondergaan. Dit kan zeker van invloed zijn geweest op de resultaten.

Tijdens het verwerken van de ontvangen data is gebleken dat de enquête niet voor iedereen even duidelijk was, met name bij de oudere doelgroep. De enquêtes met foutieve of ontbrekende antwoorden zijn dan ook niet meegenomen in de verwerking van de resultaten. Tijdens het afnemen van de enquêtes kan de interne validiteit van dit onderzoek zijn beïnvloed, doordat de behandelende arts de enquête heeft overhandigd aan de patiënt. Hierdoor kan het zijn dat de patiënten niet altijd eerlijk de enquête vragen hebben beantwoord. Opvallend is namelijk dat geen enkele patiënt vanuit het ziekenhuis heeft aangegeven een nabehandeling te willen voor zijn of haar litteken. Een enkeling gaf aan dit misschien wel te willen, maar dit eerst met de arts te willen overleggen. De resultaten van dit onderzoek zijn hierdoor minder betrouwbaar.

Het literatuuronderzoek heeft enkele discussiepunten opgeleverd, waaronder dat het literatuuronderzoek los staat van de uiteindelijke hoofdvraag en vooral antwoord geeft op de deelvragen van dit onderzoek. Het literatuuronderzoek beïnvloed hierdoor de waarde van het onderzoek en fungeert meer als achtergrondinformatie. Daarnaast wordt duidelijk dat alleen de behoefte aan nazorg kan worden gemeten door een praktijkonderzoek te doen, aangezien hier verder nog nooit onderzoek naar is gedaan. In het literatuuronderzoek wordt bij de mogelijke rol van de huidtherapeut vooral inzichtelijk gemaakt wat de toekomstige rol van de huidtherapeut kan zijn in het nazorgtraject van huidkanker. Tevens worden er in veel onderzoeken naar het effect van de behandeling op littekens niet duidelijk gemaakt op welke manier er behandeld is en hoe de resultaten zijn gemeten. Dit kan zeker interessant zijn om verder te onderzoeken in een eventueel vervolgonderzoek.

Binnen de interviews die zijn gehouden onder de vier disciplines wordt er vooral genoemd dat huidkankerpatiënten geen behoefte hebben aan nazorg m.b.t. het litteken. Uit de resultaten van de enquête is gebleken dat huidkankepatiënten wel degelijk behoefte hebben aan nazorg. Ook uit de resultaten van de enquête onder de huidtherapeuten wordt aangegeven dat patiënten behoefte hebben aan nazorg m.b.t. het litteken. Hieruit kan worden geconcludeerd dat huidkankerpatiënten vanuit het

Alrijne ziekenhuis en Reinier de Graaf ziekenhuis geen behoefte hebben aan nazorg m.b.t. het litteken in tegenstelling tot patiënten die hier niet zijn behandeld. De respondenten vanuit het ziekenhuis kwamen daarnaast allemaal uit de leeftijdscategorie van 50 jaar en ouder, wat overeenkomt met de resultaten van de interviews waaruit blijkt dat deze doelgroep geen behoefte heeft aan nazorg.

Uit onderzoek van Nijsten (2009) komt naar voren dat chirurgische littekens een dusdanig impact hebben op het leven van de huidkankerpatiënten, omdat deze gepaard gaan met aanzienlijke cosmetische en functionele morbiditeit. Er wordt in dit onderzoek vooral ingegaan op de behoefte aan nazorg van het litteken, waardoor niet duidelijk wordt in welke maten huidkankerpatiënten last van hebben van het litteken op cosmetisch als functioneel vlak. In andere onderzoeken komt dit ook niet naar voren, waardoor dit kan leiden tot een interessant vervolgonderzoek.

Tenslotte zijn niet alle wetenschappelijke bronnen even actueel,sommige artikelen stammen uit 2007 of 2008, aangezien er over dit onderwerp geen recentere versies of onderzoeken zijn.

6. Relevantie

Ieder jaar stijgt opnieuw het aantal huidkankerpatiënten, waardoor huidkanker de meest voorkomende vorm van kanker is in Nederland. Dit onderwerp is hierdoor zeer relevant voor de huidige maatschappij, aangezien steeds meer mensen een vorm van huidkanker ontwikkelen en hierdoor de zorgvraag sterk is toegenomen.

Doordat dit onderzoek licht heeft geworpen op de huidige situatie in het ziekenhuis omtrent de behandeling van huidkanker, is duidelijk geworden dat behandelende artsen in ziekenhuizen weinig huidkankerpatiënten doorverwijzen voor een nabehandeling van het litteken. De reden hiervoor is dat behandelende artsen aangeven dat huidkankerpatiënten geen behoefte hebben aan nazorg m.b.t. het litteken in de fase van behandeling. Echter, het is gebleken dat er wel degelijk behoefte is aan een nabehandeling van het litteken na het inzien van de resultaten van de enquête onder de patiënten en huidtherapeuten uit de regio Zuid-Holland. De uitkomst van dit onderzoek kan, hierdoor een positieve waarde hebben om een nieuwe doelgroep aan te reiken bij de huidtherapeut. Er is gebleken dat behandelende artsen bijna geen informatie verschaffen over de mogelijke behandelmethodes die de huidtherapeut zou kunnen inzetten om het litteken te behandelen. Behandelende artsen van huidkanker moeten daarom ingelicht worden over de behandelmogelijkheden van de huidtherapeut, waardoor patiënten sneller worden doorverwezen, ook al wordt dit niet altijd door de patiënt zelf aangegeven.

Als de bekendheid bij deze behandelende artsen zal toenemen dan zal dit ook de bekendheid onder de patiënten verhogen. De uitkomst van dit onderzoek leidt tot een groter werkterrein voor huidtherapeuten aangezien vooral patiënten tussen de 31 en 50 jaar behoefte hebben aan nazorg m.b.t. het litteken. Daarnaast leidt de uitkomst van dit onderzoek tot hopelijk een betere voorlichting omtrent de nazorg van het litteken bij de behandelende artsen met als uiteindelijk doel meer patiënten door te verwijzen voor een nabehandeling van het litteken.

7. Literatuurlijst

Arora, S. (2014). A study of efficacy of microdermabrasion in treatment of facial acne scars – original research. International Journal of Dental and Medical Speciality, 1 (2):11-19.

Baarda, D., & De Goede, M. (2011). Basisboek methoden en technieken, Noordhoff uitgevers.

Davari, P. , Gorouhi, F. , Hashemi, P. , Behnia, F. , Ghassemi, A. , Nasiri-Kashani, M. & Firooz, A. (2012). Pulsed dye laser treatment with different onset times for new surgical scars: a single-blind randomized controlled trial. Lasers in Medical Science, 27, 1095-1098.

De Groot, A.C., & Toonstra, J. (2010). Kanker en huid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

De Vries, E., Nijsten, T., Louwman, M.W.J.& Coebergh, J.W.W. (2009). Stand van zaken: Huidkanker epidemie in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153, (50):2440-2445.

El-Domyati, M., Barakat, M., Awad, S., Medhat, W., El-Fakahany H.& Farag, H. (2015). Microneedling therapy for atrophic acne scars. 29 The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 8 (7):36-42.

Fabbrocini, G., de Vita, V., Monfrecola, A., de Padova, M.P., Brazzini, B.,& Texeira, F., et al. (2014). Percutaneous collagen induction: An effective and safe treatment for post-acne scarring in different skin phototypes. Journal of Dermalogical Treatment, 25, 147-152.

Flanagan, M. (2013). Wound healing and skin integrity: Principles and Practice. Hoboken, United States: John Wiley & sons.

Gauglitz, G.C. , Kunte, C. (2011). Empfehlungen zur Prävention und Therapie hypertropher Narben und Keloide. Hautarzt, 62, 337-346.

Gonggrijp, J & Gonggrijp L. (2015). Mogelijke rol van de huidtherapeut bij screening op (pre) huidmaligniteiten. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 25, (5): 219-221.

Gozali, M.V. & Zhou, B. (2015). Effective treatments of atrophic acne scars. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 8(5): 33-40.

Hansen, J. & Schepmans, S. (2009). Op de huid. Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie, NIVEL: 5-77.

Heins, M., Kloek, C., Francke, A., Sinnige, J., Swinkels, I., Korevaar, J.,et al. (2016). Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker: is er ruimte voor een grotere rol voor de eerste lijn? NIVEL: 2-66.

Hollestein, I.M. (2014). Burden and Chemoprevention of skincancer. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 24,(4):219-220.

Integraal Kankercentrum Nederland. (2014). Cijfers huidkanker. Geraadpleegd op 8 mei,2017, van https://www.kwf.nl/over-kwf/Pages/persbericht-huidkanker.aspx.

Karagoz H., Yuksel F., Ulkur E., Evinc R. (2009). Comparison of efficacy of silicone gel, silicone gel sheeting, and topical onion extract including heparin and allantoin for the treatment of postburn hypertrophic scars. Burns, 35(8), 1097-1103.

Kelleners-Smeets, N., Bekkenk, M., & de Haas, E. (2013). Huidkanker: van smeren tot snijden, Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde. Geraadpleegd op 7 mei, 2017, van https://www.ntvg.nl/artikelen/huidkanker-van-smeren-tot-snijden/volledig

Krekels,G., & Borgonjen,R. (2015). Samenvatting richtlijnen dermatologie. Nederlandse vereniging voor dermatologie en venereologie, 19, 197-208.

Krekels, G. (2013). Huidtherapeuten: de partner van de dermatoloog. Nederlands Tijdschrift Voor Huidtherapie ,8, 15-16.

Lubee ,S.,& Gerritsen,R. (2017) Huidkanker bij kwetsbare ouderen: een overzicht. Geraadpleegd op 7 mei, 2017, van http://www.verensotijdschrift.nl/om2017/april-2017/praktijk/huidkanker-bij-kwetsbareouderen-een-overzicht/#.WSrZGxiLRD8

Maciel, P.C., Veiga-Filho, J., Carvalho, M.P, Fonseca, F.E.M., Ferreira, L.M., & Veiga, D.F. (2014). Quality of life and self-esteem in patients submitted to surgical treatment of skin carcinomas: long-term results. Anais Brasileiros De Dermatologia, 89 (4): 594-598.

Monstrey, S., Middelkoop, E., Vranckx, J., Bassetto, F., Ziegler, U., et al. (2014). Updated scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures, Plastic Reconstructive Aesthetics Surgery, 67, (8): 1017-25.

Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. (N.d). Littekens. Geraadpleegd op 15 mei, 2017, van http://www.huidtherapie.nl/huidtherapeut/

Niehoff, M. (2015). Huidkanker: voorkomen is beter dan behandelen. Pharmaceutisch weekblad, 150-14.

Niessen, F. (2016). Beeldhouwer met de huid als materiaal. Heel de Huid, jaargang 1, 14-15.

Nijsten, T.E.C., de Vries, E. (2009). Epidemie van huidkanker in Nederland en de gevolgen voor de zorg. Kankerbreed, Tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Oncologie, 1, 3-8.

Nijsten, T.E.C. (2012). Huidkanker: Zorg om de zorg. Erasmus MC. faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam, 6-52.

Penn, J., Grobbelaar, A., & Rolfe, K. (2012). The role of the TGF-b family in wound healing, burns and scarring: a review. International Journal of Burns and Trauma 2(1):18-28.

Rabello,B, Souza, D, & Júnior, F. (2014). Update on hypertrophic scar treatment, Clinics, 69, (8):565-573.

Reefman, E., Barten, A., Kukutsch, N., & Bergman, W. (2015). Huidige en toekomstige rol huidtherapeuten in huid oncologische zorg. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie,25. (7):211-219.

Reish, R.G. & Eriksson, E. (2008). Scars: A Review of Emerging and Currently Available Therapies. Plastic and Reconstructive surgery, 122(4): 1068-78.

Sachadeva, S.(2007). Fitzpatrick skin typering applications in dermatology, idian journal of dermatology. Venereology and leprology, vol. 75, 93-96.

Van der Kleij, E. & de Visser, T. (2015-2016). Syllabus littekentherapie, De Haagse Hogeschool.

Van Laethem,A. (2014). Een strategie voor littekens. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 24, 607-613.

Van Leeuwen, M., Stokmans, S., Bulstra, A., Meijer, O., Heymans, M., Ket, J., Et al. (2015). Surgical excision with adjuvant irradiation for treatment of keloid scars: A systematic review. Plastic Reconstructive Surgery Global Open, 3, (7):440.

Veerbeek,L., Poll-Franse,L., Bekkenk, M., Bergman,W., Hoekstra,H., Jansen-Landheer, M., et al. (2010). Betere navolging van de richtlijn 'melanoom'. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 1-5.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek. Den Haag: Boom onderwijs.

Vrijman, C. , van Drooge, A.M., Limpens, J. , Bos, J.D. , van der Veen, J.P.W., Spuls, P.I. & Wolkerstorfer, A. (2011). Laser and intense pulsed light therapy for the treatment of hypertrophic scars: a systematic review. British Association of Dermatologists, 165, 934-942.

Wouters, E., & van Zaalen, Y. (2013). Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg. Bussum: Coutinho.

Yang, Q. , Ma, Y., Zhu, R. , Huang, G. , Guan, M. , Avram, M.M. & Lu, Z. (2012). The Effect of Flashlamp Pulsed Dye Laser on the Expression of Connective Tissue Growth Factor in Keloids. Lasers in Surgery and Medicine, 44, 377-383.

Bijlage: 1 Logboek literatuuronderzoek

In deze bijlage wordt inzichtelijk gemaakt welke wetenschappelijke bronnen er zijn gebruikt voor het beantwoorden van o.a het literatuuronderzoek.

Datum	**Databank**	**Zoekwoorden**	**Hits**	**Gebruikte bron**
20-11-2017	Google Scholar	Surgical scars	16	Davari, P. , Gorouhi, F. , Hashemi, P. , Behnia, F. , Ghassemi, A. , Nasiri-Kashani, M. & Firooz, A. (2012). Pulsed dye laser treatment with different onset times for new surgical scars: a single-blind randomized controlled trial. Lasers in Medical Science, 27, 1095-1098
20-11-2017	Google Scholar	Hypertrophic scars	5	Vrijman, C. , van Drooge, A.M., Limpens, J. , Bos, J.D. , van der Veen, J.P.W. , Spuls, P.I. & Wolkerstorfer, A. (2011). Laser and intense pulsed light therapy for the treatment of hypertrophic scars: a systematic review. Britisch Association of Dermatologists, 165, 934-942.
22-11-2017	Google Scholar	Wound healing	87	Reish, R.G. & Eriksson, E. (2008). Scars: A Review of Emerging and Currently Available Therapies. Plastic and Reconstructive surgery, 122(4):1068-78.
22-11-2017	Google Scholar	Scarring	1 4	Flanagan, M. (2013). Wound healing and skin integrity: Principles and Practice. Hoboken, United States: John Wiley & sons. Gauglitz, G.C. , Kunte, C. (2011). Empfehlungen zur Prävention und Therapie hypertropher Narben und Keloide. Hautarzt, 62, 337-346.
24-11-2017	Google Scholar	Littekens na excisie	5	Van Laethem,A. (2014). Een strategie voor littekens. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 24, 607-613.
24-11-2017	Google Scholar	Hypertrophic scar treatment	5	Rabello,B, Souza, D, & Júnior, F. (2014). Update on hypertrophic scar treatment. Clinics, 69, (8):565-573.
27-11-2017	Google Scholar	Treatment for keloid	3	Van Leeuwen, M., Stokmans, S., Bulstra, A., Meijer, O., Heymans, M., Ket, J., et al. (2015). Surgical excision with adjuvant irradiation for treatment of keloid scars: A systematic review. Plastic Reconstructive Surgery Global Open, 3, (7):440.
29-11-2017	Pubmed	Treatments for atrophic scars	32	Fabbrocini, G., de Vita, V., Monfrecola, A., de Padova, M.P., Brazzini, B.,& Texeira, F., et al. (2014). Percutaneous collagen induction: An effective and safe treatment for post-acne scarring in different skin phototypes. Journal of Dermalogical Treatment, 25,147-152.
29-11-2017	Google Scholar	Treatments for atrophic scars	30	Arora, S. (2014). A study of efficacy of microdermabrasion in treatment of facial acne scars – original research. International Journal of Dental and Medical Speciality, 1 (2), 11-19.

30-11-2017	Cinahl	Microneedling	9	El-Domyati, M., Barakat, M., Awad, S., Medhat, W., El-Fakahany H.& Farag, H. (2015). Microneedling therapy for atrophic acne scars. 29 The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 8 (7):36-42.
30-11-2017	Pubmed	Atrophic scars	2	Gozali, M.V. & Zhou, B. (2015). Effective treatments of atrophic acne scars. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 8(5), 33-40.
1-12-2017	Pubmed	Scar management	7	Monstrey, S., Middelkoop, E., Vranckx, J., Bassetto, F., Ziegler, U., et al. (2014). Updated scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures. Plastic Reconstructive Aesthetics Surgery, 67, (8): 1017-25.
1-12-2017	Google scholar	Nazorg huidkanker	1	Heins, M., Kloek, C., Francke, A., Sinnige, J., Swinkels, I., Korevaar, J.,et al. (2016). Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker: is er ruimte voor een grotere rol voor de eerste lijn? NIVEL,2-66.
4-12-2017	Google scholar	Huidtherapeut en huidkanker	1	Gonggrijp, J & Gonggrijp L. (2015). Mogelijke rol van de huidtherapeut bij screening op (pre) huidmaligniteiten. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 25, (5):219-221.
4-12-2017	Google scholar	Huidtherapeut in nazorgtraject huidkanker	2	Reefman, E., Barten, A., Kukutsch, N., & Bergman, W. (2015). Huidige en toekomstige rol huidtherapeuten in huid oncologische zorg. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie,25. (7):211-219.
5-12-2017	Google scholar	Huidtherapeut in de toekomst	3	Hansen, J., & Schepmans, S. (2009). Op de huid. Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie, NIVEL, 5-77. .
29-12-2017	Google scholar	Cosmetische storende littekens	1	De Vries, E., Nijsten, T., Louwman, M.W.J.& Coebergh, J.W.W. (2009). Stand van zaken: Huidkanker epidemie in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153, (50):2440-2445.
29-12-2017	Google scholar	Impact van littekens na excisie van huidkanker	1	Nijsten, T.E.C. (2012). Huidkanker: Zorg om de zorg. Erasmus MC. faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam, 6-52.
30-12-2017	Pubmed	Skin cancer and quality of life	123	Maciel, P.C., Veiga-Filho, J., Carvalho, M.P, Fonseca, F.E.M., Ferreira, L.M., & Veiga, D.F. (2014). Quality of life and self-esteem in patients submitted to surgical treatment of skin carcinomas: long-term results. Anais Brasileiros De Dermatologia, 89 (4):594-598.
19-02-2018	Google scholar	Littekens na huidkanker	1	Hollestein, I.M. (2014). Burden and Chemoprevention of skincancer. Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 24,(4):219-220.

Bijlage 2: E-mail naar de NVH (Nederlandse Vereniging Huidtherapie)

Beste heer/mevrouw,

Mijn naam is Kelly Zuidgeest, momenteel ben ik vierdejaars student huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. Ik ben zojuist gestart met mijn scriptie.

Ik wil graag onderzoeken wat de behoefte is aan nazorg bij cosmetische storende littekens na excisie van maligne tumoren bij zowel mannen als vrouwen uit de regio Zuid-Holland. Nu ben ik benieuwd hoeveel huidtherapeuten deze doelgroep momenteel behandeld aan het litteken dat is ontstaan na de behandeling van huidkanker. Ik wil dit onderzoeken door een enquête te versturen naar alle huidtherapeuten uit Zuid-Holland. aangezien de NVH de beroepsvereniging is van huidtherapeuten dacht ik misschien is het via jullie mogelijk om deze huidtherapeuten in het werkveld te kunnen benaderen.

De enquête wil ik naar zoveel mogelijk huidtherapeuten versturen. De enquête zal bestaan uit maximaal 10 vragen en zal weinig tijd in beslag nemen. De enquête wil ik via Survio, een online programma, verspreiden. De bedoeling is dat deze link dan wordt verspreid aan de huidtherapeuten in de genoemde regio. Ik hoop dat jullie bereid zijn mij te helpen, om dit onderzoek te laten slagen.

Bij voorbaat hartelijk dank.

Met vriendelijke groet,

Kelly Zuidgeest

Vierdejaars student Huidtherapie

De Haagse Hogeschool

Bijlage 3: E-mail naar de Dermatoloog van het Reinier de Graaf Ziekenhuis

Beste *naam dermatoloog* ,

Via ….. heb ik te horen gekregen dat ik met u contact op mocht nemen.

Ik ben momenteel vierdejaarsstudent van de opleiding huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. Voor mijn scriptie wil ik onderzoeken wat de behoefte is aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker. Dit wil ik graag onderzoeken d.m.v. een enquête die bestaat uit 16 meerkeuzevragen. De enquête is volledig anoniem.

Is het mogelijk dat de assistentes en/of receptioniste van de afdeling dermatologie de enquête overhandigen aan de patiënten, Zodat de enquête tijdens het wachten kan worden ingevuld aangezien het een korte enquête is?

Via onderstaande link komt u bij mijn online enquête terecht.

https://www.survio.com/survey/d/G3J6E9D1L3E3W9R9A

Ik hoor graag wat de mogelijkheden zijn,
Alvast hartelijk voor u bijdragen.

Met vriendelijke groet,

Kelly Zuidgeest

Bijlage 4: E-mail naar plastisch chirurg van het Alrijne Ziekenhuis in Leiden

Hoi *naam plastische chirurg*,

Hoe gaat het met je?

Ik heb stage gelopen in de kliniek en bij jou in het ziekenhuis, zoals je vast nog weet;)

De kliniek ziet er mooi uit zeg!

Een tijdje terug ben ik langs geweest om de kliniek te komen bewonderen, helaas was je toen niet aan het werk in de kliniek.

Inmiddels ben ik nu derdejaars student van de opleiding huidtherapie en start ik in September met mijn scriptie en afstudeeronderzoek. Nu heb ik een interessant onderwerp vind ik zelf over de behoefte aan nazorg bij ex-huidkankerpatiënten.

Is het mogelijk om deze behandelde doelgroep te benaderen in het Alrijne ziekenhuis met een enquête om de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens te kunnen onderzoeken? Deze enquête zal ik dan willen afnemen tijdens de nacontrole ivm het genezingsproces van het litteken.

Hopelijk is dit mogelijk,

Ik hoor het graag!

Groetjes Kelly Zuidgeest

Derdejaars student

De Haagse Hogeschool

Bijlage 5: Herinnerings e-mails plastische chirurg

Goedemorgen *naam plastisch chirurg*,

Alles goed met je?

Al lekker met vakantie geweest?

Een tijdje terug heb ik je gemaild over mijn scriptie, nu zou ik nog een keer langs komen om hier met jou over te praten, is het mogelijk om vrijdag 25 augustus, woensdag 30 augustus of vrijdag 1 september langs te komen?

Ik hoor graag wat mogelijk is.

Fijne dag vandaag!

Groetjes Kelly

Hey *naam plastische chirurg*,

Hoe gaat het met je?

Misschien was je het alweer een beetje vergeten maar ik wilde graag nog een keertje met jou praten over mijn scriptie;)

Ik wil graag een enquête onder de patiënten verspreiden om de behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker te onderzoeken.

Hopelijk heb jij binnenkort tijd om hier met mij even naar te kijken. Ik ben op woensdag vrij, de rest van de week loop ik stage in een huid-en oedeem kliniek in Maassluis.

In het weekend (op zondag) kan ik eventueel ook langskomen wanneer jij werkzaam bent in de kliniek

Ik hoor graag van je,

Fijne dag

Groetjes Kelly

Bijlage 6: Enquête huidkankerpatiënten

Behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van huidkanker

Beste deelnemer,

Mijn naam is Kelly Zuidgeest en momenteel zit ik in mijn afstudeerjaar van de opleiding huidtherapie aan de Haagse Hogeschool.

Voor mijn scriptie doe ik een onderzoek naar de behoefte aan nazorg bij cosmetische storende littekens ten gevolge van huidkanker.Nu wil ik onderzoeken of u behoefte heeft aan een nabehandeling voor uw litteken dat ontstaan is na huidkanker. Gezien het feit dat huidkanker steeds vaker voorkomt is het belangrijk om te onderzoeken of er behoefte is aan nazorg bij deze littekens.

De onderstaande enquête zal bestaan uit 16 meerkeuzevragen en is volledig anoniem. Indien het antwoord er niet bij staat kunt u bij het antwoord: anders namelijk, uw eigen antwoord noteren.

De enquête zal hooguit 10 minuten duren.
U zal mij ontzettend op weg helpen door deze enquête in te vullen

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw bijdrage!

Met vriendelijke groet,

Kelly Zuidgeest

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Transgender

Wat is uw leeftijd?

- 20 jaar of jonger
- 21 tot 30 jaar
- 31 tot 40 jaar
- 41 tot 50 jaar
- 51 tot 60 jaar
- 61 jaar of ouder

Aan welke vormen van huidkanker bent u behandeld? Meerdere antwoorden mogelijk.

- [ ] Actinische keratose (voorstadium)
- [ ] Morbus Bowen (voorstadium)
- [ ] Basaalcelcarcinoom
- [ ] Plaveiselcelcarcinoom
- [ ] Melanoom
- [ ] Ik weet het niet

Wanneer was u voor het laatst onder behandeling van huidkanker?

- ( ) 0 tot 3 maanden geleden
- ( ) 4 tot 8 maanden geleden
- ( ) 9 tot 12 maanden geleden
- ( ) 13 tot 18 maanden geleden
- ( ) 19 tot 24 maanden geleden
- ( ) langer dan 24 maanden geleden

Welke meest recente behandelmethode(s) zijn er bij u toegepast? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Excisie (wegsnijden)
- [ ] Cryotherapie (bevriezen)
- [ ] Bestraling (radiotherapie)
- [ ] Fotodynamische therapie (lichttherapie)
- [ ] Chemotherapie
- [ ] Laser
- [ ] Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Op welke plek heeft u huidkanker gehad? Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- [ ] In het gezicht
- [ ] Hoofdhuid
- [ ] Hals
- [ ] Decolleté
- [ ] Armen
- [ ] Benen
- [ ] Rug
- [ ] Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Bent u bekend met de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut toepast in het nazorgtraject bij huidkanker?

- ( ) Ja
- ( ) Nee

Door wie bent u geïnformeerd over de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut kan toepassen in het nazorgtraject bij huidkanker?

- [ ] Door de huisarts
- [ ] Door de dermatoloog
- [ ] Door de oncoloog
- [ ] Door de plastische chirurg
- [ ] Door een vriend/vriendin, kennis of familie
- [ ] N.v.t
- [ ] Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Wat heeft u overgehouden na de behandeling van huidkanker? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- [ ] Een litteken
- [ ] Roodheid van de huid
- [ ] Oedeem (vochtophopingen in het behandelgebied)
- [ ] Verkleuringen van de huid
- [ ] Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Zou u iets aan dit litteken willen doen?

- ( ) Ja
- ( ) Nee
- ( ) Ik weet het niet
- ( ) N.v.t

Waar stoort u zich het meest aan, als u kijkt naar het litteken?

- ( ) De verdikking van het litteken
- ( ) De kleur van het litteken
- ( ) De structuur van het litteken
- ( ) De verkleving van het litteken
- ( ) De pijn en beperkingen die het litteken veroorzaken
- ( ) N.v.t
- ( ) Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Hoe tevreden bent u over de verkregen informatie die u heeft ontvangen via uw behandelende arts m.b.t. het nazorgtraject van huidkanker?

- Ontevreden
- Een beetje tevreden
- Redelijk tevreden
- Erg tevreden

Wat heeft u momenteel aan uw litteken(s) laten doen of overweegt u te doen?

- Ik overweeg om naar de huidtherapeut te gaan om mij te laten behandelen aan mijn litteken(s)
- Ik stoor mij niet aan mijn litteken(s) en laat mij niet behandelen
- Ik wil graag iets laten doen aan mijn litteken(s) maar ik weet weinig over de behandelmogelijkheden
- Ik wordt momenteel behandeld door de huidtherapeut voor mijn litteken(s)
- Anders, namelijk:

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Welke behandeling(en) is / zijn er toegepast op uw litteken(s) en wie was uw behandelaar?

Typ een zin

250 tekens resterend

Hoelang geleden bent u behandeld aan uw litteken(s)?

- 0 tot 3 maanden geleden
- 4 tot 6 maanden geleden
- 7 tot 9 maanden geleden
- 10 tot 12 maanden geleden
- Langer dan 12 maanden geleden
- N.v.t

Hoe tevreden bent u met het resultaat van de behandeling(en) aan het litteken tot nu toe?

- Ontevreden
- Een beetje tevreden
- Redelijk tevreden
- Erg tevreden
- N.v.t

Indien u behoefte heeft aan een nabehandeling voor uw litteken kunt u vrijblijvend voor een intakegesprek bij de huidtherapeut terecht. U ontvangt van de huidtherapeut alle informatie omtrent de behandelmogelijkheden voor uw litteken.

Kijk voor een dichtstbijzijnde huidtherapeut op: www.huidtherapie.nl

Hartelijk dank voor uw deelname

ENQUÊTE INDIENEN

Bijlage 7: Enquête Huidtherapeuten

Beste huidtherapeuten van Zuid-Holland,

Mijn naam is Kelly Zuidgeest, momenteel ben ik vierdejaars student huidtherapie aan de Haagse Hogeschool. Voor mijn afstudeeronderzoek in leerjaar vier wil ik onderzoeken wat de behoefte is aan nazorg bij cosmetisch storende littekens ten gevolge van excisie na maligne tumoren. Mijn onderzoek is gericht op zowel mannen als vrouwen uit Zuid-Holland in iedere leeftijdscategorie.

Met behulp van deze enquête wil ik meer inzicht verkrijgen in de nazorg die momenteel wordt aangeboden bij ex-huidkankerpatiënten.

Bent u werkzaam als huidtherapeut in de regio Zuid-Holland en wilt u een bijdragen leveren aan dit onderzoek door deze enquête in te vullen? U zult mij hiermee ontzettend op weg helpen.

De enquête zal slechts 5 minuten duren en bestaan uit 10 meerkeuzevragen.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw deelname!

Met vriendelijke groet,

Kelly Zuidgeest

Is er in uw praktijk behoefte aan nazorg bij cosmetisch storende littekens na excisie van maligne tumoren?

- Ja
- Nee

Biedt u behandelingen aan om cosmetisch storende littekens te behandelen na excisie van maligne tumoren?

- Ja
- Nee

Welke behandelingen biedt u aan om cosmetisch storende littekens te behandelen na excisie van maligne tumoren?

- Littekentherapie of Bindweefselmassage
- Microdermabrasie
- Microneedling
- Dermatografie
- Camouflagetherapie
- Endermologie
- Chemische peeling
- Anders namelijk,

Typ uw antwoord

Hoe vaak behandelt u ex-huidkankerpatiënten aan cosmetisch storende littekens?

- 1 keer in de twee weken
- 1 tot 5 keer per week
- 5 tot 10 keer per week
- 10 tot 15 keer per week

Op welke plaatsen van het lichaam wordt er een nabehandeling gegeven?

- [ ] Gezicht
- [ ] Decolleté
- [ ] Ledematen
- [ ] Rug
- [ ] Anders namelijk,

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Hoe zijn de resultaten na de behandeling van deze littekens?

- Uitstekend
- Goed
- Een beetje goed
- Minder goed
- Slecht

Hoeveel behandelingen zijn er gemiddeld nodig geweest per patiënt?

- 1 tot 3 behandelingen
- 3 tot 5 behandelingen
- 5 tot 10 behandelingen
- Meer dan 10 behandelingen
- Anders namelijk,

Typ uw antwoord

100 tekens resterend

Bespreekt u de mogelijkheid tot nabehandeling van het litteken of komen patiënten alleen op verzoek bij u terecht?

- Ja, ik bespreek dit indien de patiënt hier naar vraagt
- Ja, ik geef aan dat de mogelijkheid er is
- Nee, Ik bespreek deze mogelijkheid niet
- Nee, patiënten komen alleen op eigen verzoek voor de nabehandeling van het litteken

Hoe weten patiënten dat ze bij u terecht kunnen voor de nazorg van het cosmetische storende litteken na excisie van maligne tumoren?

- [ ] Via de website, daar staat informatie over de behandelmogelijkheden
- [ ] Via doorverwijzing van huisarts
- [ ] Via doorverwijzing vanuit het ziekenhuis door dermatoloog of plastische chirurg
- [ ] Via de samenwerking met andere disciplines

Denkt u in de toekomst meer cosmetische nazorg te leveren aan deze doelgroep?

- Ja
- Nee

ENQUÊTE INDIENEN

Bijlage 8: Interview vragen

Interviewvragen plastische chirurg

1. Hoeveel patiënten behandeld u ongeveer aan huidkanker per week?
2. Welke vormen van huidkanker behandeld u het meeste?
3. Hoe vaak ziet u een ex-huidkankerpatiënt gemiddeld na de behandeling van huidkanker?
4. Welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
5. Wanneer geeft u deze informatie mee aan de patiënt, is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?
6. Hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
7. Wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?
8. Hoe vaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken na de behandeling van huidkanker?
9. Hoe vaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar een huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achtergebleven litteken?
10. Wanneer verwijst u een patiënt door naar de dermatoloog voor de behandeling van huidkanker?

Interviewvragen operatie assistente

1. Hoeveel patiënten behandeld u ongeveer aan huidkanker per week?
2. Welke vormen van huidkanker behandeld u en op welke manier?
3. Hoe vaak ziet u een ex-huidkankerpatiënt gemiddeld na de behandeling van huidkanker?
4. Welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
5. Wanneer geeft u deze informatie mee aan de patiënt, is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?
6. Hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
7. Wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?
8. Hoe vaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken na de behandeling van huidkanker?
9. Hoe vaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar een huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achtergebleven litteken?
10. Wanneer verwijst u een patiënt terug naar de plastische chirurg in het nazorgtraject?

Interviewvragen Dermatoloog

1. Hoeveel patiënten behandeld u ongeveer aan huidkanker per week?

2. Welke vormen van huidkanker behandeld u en op welke manier?

3. Hoe vaak ziet u een ex-huidkankerpatiënt gemiddeld na de behandeling van huidkanker?

4. Welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?

5. Wanneer geeft u deze informatie mee aan de patient, is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?

6. Hoe tevreden bent u zelf met de informatie die je geeft in het nazorgtraject van huidkanker?

7. Wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?

8. Hoe vaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken na de behandeling van huidkanker?

9. Hoe vaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar een huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achtergebleven litteken?

10. Wanneer verwijst u een patiënt door naar de plastische chirurg bij huidkanker?

Bijlage 9: Uitgeschreven interviews

Interview plastische chirurg

K: Vind u het goed als ik dit interview opneem, zodat ik de antwoorden kan terugluisteren?
P: Ja tuurlijk!
K: Goed, dan ga ik beginnen met mijn interviewvragen, deze zullen bestaan uit ongeveer 10 vragen wat gericht is op de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker.
K: Hoeveelp atiënten behandeld u ongeveer per week aan huidkanker?
P: Ongeveer 5 patiënten per week denk ik, ik krijg meestal de complexere gevallen.
K: Oke en welke vormen van huidkanker behandeld u en op welke manier?
P: Basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen behandeling ik met een excisie die ik primair sluit met huidtransplantaat of secundair genezing en melanomen en lentigo maligna met excisie primair sluiten met een huidtransplantaat.
K: Oké en welke vormen van huidkanker behandeld u het meeste?
P: Basaalcelcarcinoom
K: Ja?
P: Ja, verreweg! Het basaalcelcarcinoom is 80% van alle huidmaligniteiten en dan heb je nog wat is het een dikke 15% Plaveiselcelcarcinomen en dan nog een paar procent melanomen, maar die komen relatief gelukkig weinig voor en nog wat exotische dingen.
K: Ja precies.
P: Maar ik denk dat ruim 80% basaalcelcarcinomen zijn.
K: En dan voornamelijk in het gezicht zei u al net?
P: Ja! 85% van de Basaalcelcarcinomen komen in het gezicht voor en misschien nog wel meer. Nou het zou wel zoiets zijn. Want ik denk dat de dermatologen daarvan relatief veel zelf houden, terwijl ze juist in het gezicht relatief meer doorsturen.
K: Dus de dermatologen in het ziekenhuis waar u werkt die sturen ze eigenlijk door naar u?
P: Ja! De meeste maligniteiten krijg ik via de dermatoloog
K: Oké
P: Ja, ook wel via de huisartsen, maar eerlijk is eerlijk het merendeel gaat eerst langs de dermatoloog die huisartsen verwijzen voor maligniteiten en de dermatoloog verwijst ze dan door naar ons.
K: Ja, tenzij ze dus een biopt hebben afgenomen dan komen ze gelijk via de huisarts
P: Ja, de huisartsen worden natuurlijk steeds meer gestimuleerd om zelf te doen, hebben ze een biopt afgenomen of hebben ze zelf al een excisie gedaan dat komt ook voor dat ze dachten dat het iets goedaardigs was of dat ze dachten dat ze dat wel even weg kregen en dat dan hebben ze iets in radicaal geopereerd en dan in radicale maligniteiten bij een huisarts sturen ze relatief vaak door, dat weet ik natuurlijk niet helemaal zeker, want als ze de re-excisie ook zelf doen dat gaat goed dan zie ik die patiënten niet.
K: Nee
P: Dus misschien is het een topje van de ijsberg, maar ik heb het idee dat huisartsen toch zelf nog steeds een beetje schikken van het kwaadaardigheid in het gezicht ojee of dat wordt weggehaald en als het dan ook nog niet radicaal is, dat ze dan denken hier trek ik de grens nu stuur ik door.
K: Ja beter inderdaad
P: Waar ik overigens ook relatief veel maligniteiten vandaan krijg is uit de mauritskliniek uit Den Haag
K: Ja?

P: Er zit daar een Dermatoloog Benardie, er zitten er natuurlijk meer, maar Bernardie stuurt standaard huidmaligniteiten in het gezicht naar mij toe, vraag me niet waarom, wat ze hebben daar zelf plastische chirurgen werken in die kliniek en waarom die ze toch naar mij toestuurt ik weet het niet…Hij suggereert naar die patiënten toe allemaal dat wij heel dik bevriend zijn en dat we een kort lijntje hebben
K: Ja
P: Ik heb die man nog nooit gezien en nog nooit gesproken. Ik heb hem een paar keer een mailtje gestuurd waar die nog nooit op heeft geantwoord en toch blijft hij zijn patiënten consequent naar mij sturen
K: Misschien wel omdat hij tevreden is en goede verhalen heeft gehoord
P: Ja precies hij is tevreden over het resultaat dus dat is ook wel grappig, want dat is een categorie patiënten die hier binnenkomt en allemaal zo iets hebben van o nu gaan we het beleven want u moet wel heel bijzonder zijn dat ze me helemaal uit de mauritskliniek in Den Haag helemaal hier naar toe sturen.
K: Ja inderdaad heel bizar, maar daarna gaan ze wel weer terug naar die dermatoloog zeker?
P: Voor de nacontrole wel
K: Precies, Ja oké
K: Hoe vaak ziet u ongeveer die ex-huidkankerpatiënten na de behandeling?
P: Ja weinig, ik zie ze als het radicaal is of als er een complicatie is en als ze ontevreden zijn over het uiteindelijke resultaat, dan zie ik ze.
K: Oké, welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
P: Ja dat is vrij minimaal, we geven ze eigenlijk alleen informatie mee die slaat op de acute fase dus wat voor soort pijnstiller ze mogen nemen of wat ze moeten doen als als het een beetje na gaat bloeden en wat ze moeten doen als ze een infectie krijgen of wat ze moeten doen als ze het niet vertrouwen en dat soort informatie, maar als je het hebt over wat ze zouden moeten smeren, hoe ze met de zon om moeten gaan of dat soort dingen dan moet ik eerlijk bekennen daar doen we heel weinig mee. De assistentes de doktersassistentes bespreken dat wel, maar het is grappig genoeg ook een categorie die daar niet heel veel interesse in hebben. Als ik kijk naar hier, mensen die voor een ooglidcorrectie komen die zeuren allemaal over wat ze voor cremétje ze achteraf moeten gebruiken en die kun je dus allemaal een cremétje verkopen. Dat is een categorie mensen die daar echt in geïnteresseerd is en die doen het ook om cosmetische redenen. Soms ook functioneel maar er zit altijd een cosmetische component bij.
K: Ja precies
P: En die mensen die voor huidkanker komen, ja daarvan heb je meer het gevoel dat ze het overkomt ze worden er een beetje door overrompelt, sommige niet hoor, sommige komen voor de 20e keer, omdat ze dan al heel vaak eerder huidkanker hebben gehad en ja die hebben toch gemiddeld gesproken minder behoefte aan dat soort dingen en wat ze er dan aan behoefte aan hebben, die informatie krijgen ze eigenlijk van mijn assistenten. Dus alleen om die reden al is het goed om een keertje met Diana mee te lopen
K: Ja dat is ook wel interessant
P: Ja om te kijken wat geef jij nou eigenlijk mee kwa informatie
K: Ja ik kan haar inderdaad ook wel interviewen
P: Ja! Want specifiek voor jouw vraag is het veel logischer om met haar te praten dan met mij
K: Precies! Ja inderdaad
K: Ja die informatie geeft u dan al voor de behandeling van huidkanker, want daarna ziet u ze niet altijd meer
P: Nee, maar ik moet heel eerlijk bekennen dat als ik dat vergelijk met andere ingrepen dat dat redelijk basaal is hoor. En dan denk ik dat ik nog de plastische chirurg ben die

het meest uitgebreidt er over praat met de patiënten. En dan nog is het zo dat mensen daar toch niet zo vaak interesse in hebben.
K: Nee
P: Er zit huidkanker en het moet weg, wanneer gaan we het doen dokter? Ja u moet er wel rekening mee houden dat u littekentjes over kan houden, ja maar wanneer gaan we het doen dokter? Ja, maar ik wil u toch nog even vertellen hoe de ingreep gaat, oké dat is allemaal mooi maar ik hoef geen schoonheidsprijs te winnen dokter. Wanneer gaan we het doen?
K: En u krijgt er ook geen vragen over?
P: Dat is hetgene waar ze het meest geïnteresseerd zijn, in die vraag.
K: Ja
P: Ik associeer het een beetje en dat geldt niet voor allemaal
K: Nee maar ik snap het wel
P: De jongere categorie patiënten maken zich wel degelijk zorgen over de cosmetiek en hoe gaat het eruit zien en hoelang ben ik ermee bezig en kan ik dan naar me werk en hoe zit dat met de zon en kan ik wel op vakantie en dat soort dingen
K: Ja, die oudere die geven er niet zoveel meer om
P: Ja nou veel minder, in die zin zou het me ook niks verbazen als uit jouw onderzoek zou komen dat er een bepaalde categorie cut of lijn zit en natuurlijk kun je alle jonge mensen niet op een hoop vegen en alle oude mensen niet op een hoop vegen, maar het zou me niks verbazen als zou blijken dat men boven de 65 helemaal geen interesse hebben in dit soort dingen.
K: Nee, nee precies
P: Ik denk dat dat een categorie patiënten is waarbij je het eigenlijk wel kan laten zitten, maar dat weet je pas als je het onderzocht hebt en dat kan ook een uitkomst zijn. De uitkomst is natuurlijk leuk als blijkt dat al die mensen huidtherapie nodig hebben, maar dat gaat in de praktijk natuurlijk niet zo zijn.
K: Nee
P: Ik weet zeker dat die oudere categorie patiënten zoiets hebben van we zien het wel en als ik een probleem heb dan kom ik wel.
K: Ja, die zijn al blij dat het weg is
P: Ja
K: Ja precies
P: Maar jonge mensen daar in tegen je die maken zich er wel druk om, wat voor cremétje moet ik smeren? Komt het ooit nog goed? Ik krijg toch geen hazenlip? Ik wordt toch niet mismaakt?
K: Ja en ik denk dat het steeds erger wordt!
P: Ja en dan zou het natuurlijk best mooi zijn als je nouja ik bedoel ik verwijs ook naar een huidtherapeut in de buurt en ik werk samen met huidtherapeuten en een enkele keer stuur ik ze ook wel hier naar toe voor littekenbehandeling, maar we hebben eigenlijk hier natuurlijk geen verzekerde zorg dus dan moeten ze het zelf betalen en dan zie je grappig genoeg dat de noodzaak om die dingen te laten doen ineens hard afneemt als mensen het zelf moeten betalen.
K: Ja klopt, zeker!
P: Kijk voor jouw generatie en ietsje ouder is dat misschien wel een andere zaak, maar ik zeg iedereen vanaf mijn generatie die vindt dat alles vergoed moet worden, want ik betaal toch premie. Ja tuurlijk je betaalt premie maar je hebt geen idee hoeveel de gezondheidszorg kost met je ik betaal premie.
K: Ja die willen alles inderdaad vergoed krijgen
P: Ja
K: Hé hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
P: Nou dat is gewoon onvoldoende!
K: Onvoldoende?

P: Ja tuurlijk, daar valt heel veel aan te verbeteren
K: Hoe tevreden bent u op een schaal van 1 tot 10 over de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker, waarbij 1 ontevreden is en 10 erg tevreden.
P: Dan geef ik een 5 op een schaal van 1 tot 10
K: Oke dat is realistisch
K: Wat zou bijvoorbeeld beter kunnen?
P: Nou er is voor de nazorg bij ons niks structueels geregeld en ik durf te zeggen dat we daarmee heel gemiddeld zijn in Nederland. Ik denk dat ziekenhuizen op de afdeling plastische chirurgie, maar ook dermatologie, ik denk dat de echte informatie na een dergelijke ingreep is minimaal. Eigenlijk ga je uit van het tegenovergestelde namelijk dat als mensen een probleem hebben wel contact zoeken met jou en iedereen die dat niet doet heeft dus geen probleem. Nou dat is natuurlijk redelijk kort door de bocht, maar omdat je te maken hebt met een categorie redelijk oude mensen, ja die zijn niet kritisch die zeuren daar niet over.
K: Nee
P: Die hebben zoiets van dat hoort erbij dat moet ik accepteren.
K: Ja en ze geven dan denk ik ook niet aan of ze wel behoefte hebben
P: Nee en waarschijnlijk is het ook nog zo dat een goed deel daarvan en als je het omdraait die mensen bestoken met folders, websites dingen die jij en ik heel fijn zouden vinden, maar waarschijnlijk bij het grootste gedeelte komt die folder niet meer uit de tas of thuis in de kattenbak of prullenbak wordt gegooid. De meeste denken vast ik wacht het wel af en een huidtherapeut wat is dat dan precies of dat heb ik toch niet nodig.
K: Ja veel weten er natuurlijk ook niet wat er allemaal mogelijk is natuurlijk
P: Volstrekt niet
K: Nee
K: Ja wel jammer maar daar hoop ik met mijn onderzoek ook weer wat meer bekendheid te creëren.
P: Ja voor de huidtherapie geldt natuurlijk dat het nog jaren gaat duren, voordat de gemiddelde burger van jullie bestaan weet. Ik denk dat jij nog steeds op feestjes en partijen uit moet leggen wat je doet als je huidtherapeut bent
K: Ja
P: Oh schoonheidsspecialiste nee huidtherapeut
K: Ja of dermatologie
P: Oh je bedoelt dan zeker huidarts, nee huidtherapeut
K: Ja wat is dat? Ja dat is echt zo
P: Wat doe je dan?
K: Ja van alles
P: Ja en dat weet jij beter dan ik
K: Maar inderdaad die vraag krijg je heel vaak
P: Dat geeft aan dat jullie vak nog steeds vrij exclusief en onbekend vak, meeste mensen kennen het gewoon niet. Iedereen weet wat een fysiotherapeut is, iedereen
K: Klopt
P: Dat kan iedereen je uitleggen en vraag je aan een gemiddelde burger wat een huidtherapeut is dan zit iedereen je aan je kijken want daar hebben ze nog nooit van gehoord. Dus dat is aan de ene kant een imagoprobleem en aan de andere kant er ligt een enorme markt voor jullie
K: Ja zeker
P: En eerlijk gezegd denk ik dat die markt met name cosmetisch is of je dat nou leuk vindt of niet, omdat de verzekerde zorg alleen maar verder wordt teruggeschroefd
K: Ja klopt
P: Dus de zorgverzekeraars zien jullie als niet noodzakelijke mooimakers, ja wat kan hun het schelen dat een litteken mooi wordt of niet. De huidkanker is eruit dus verder niet zeiken.

K: Ja dat is waar en dat wordt steeds erger
P: Ja dus denk ik ook hoe leuk je de verzekerde zorg misschien ook vind en dan denk ik dat als je de grootste kans wil maken op een goed gevulde praktijk in de toekomst dan zou je in ieder geval hoofdzakelijk op de cosmetiek moeten richten. Wat daarvan weten mensen dat ze het zelf moeten betalen, er is niemand die zijn behandeling bij de schoonheidsspecialiste naar de zorgverzekeraar stuurt. Dan zitten jullie nog op de grens wanneer is een litteken behandeling cosmetisch en wanneer niet?
K: Ja dat is nog lastig om dat duidelijk te maken
P: Nou dat is het soms ook, soms zelfs voor jou als behandelaar is het nog lastig
K: U gaf net al aan dat weinig patiënten behoefte hebben aan nazorg of dat weinig mensen dit aangeven, maar gemiddeld gezien hoe vaak geven mensen dat wel aan dat ze behoefte hebben aan nazorg na huidkanker?
P: Ja die vraag moet je aan Diana stellen dat weet ik niet, als je het hebt over preoperatief dan heel weinig, enkele keer krijg ik de vraag dan of ze er mee in de zon kunnen. De jongere mensen maken zich wel iets meer zorgen over littekens, maar het is weinig. In die zin zouden zorgverzekeraars ook kunnen zeggen jij bent je eigen werk aan het creëren, er is helemaal geen probleem, nou dat is natuurlijk niet helemaal eerlijk. Het feit dat mensen niet aangeven dat er een probleem is wil niet zeggen dat ze ook geen probleem hebben.
K: Precies
P: Ik bedoel er wordt al 100 jaar borstkankerpatienten behandeld, maar sinds een aantal jaar heb je pas mammacare verpleegkundige consulten die zich daarmee bezighouden. Het is niet dat deze mensen daarvoor niet behandeld werden, maar ze kregen toen geen adequate zorg. We weten nu dat er een hoop ellende en zorg achter zit wat toen weinig aandacht kreeg en nu er veel aandacht voor is, is de kwaliteit van zorg enorm verbeterd.
K: Ja klopt, ik had een patiënt op mijn stage die een melanoom in haar been had gehad, dat was uitgezaaid naar de lymfeklier in haar been wat uiteindelijk ervoor gezorgd heeft dat ze nu oedeem heeft aan haar been. Deze patiënt was perfect voor mij enquête, maar ook echt dat litteken op haar been dat ging verkleven en ging pijn doen. Als je dan nu kijkt heeft dat been nog weinig vocht en dat litteken is soepel geworden en daar hebben we echt wel veel meegedaan.
P: Ja dat geloof ik ook
K: Ja dat is leuk
K: Hoe vaak verwijst u patiënten door naar de huidtherapeut?
P: In percentages van specifiek deze doelgroep?
K: Ja
P: Laag, heel laag als ik dat vergelijk met traumatische wonden dat zijn vaak relatief jonge mensen die gevallen zijn met de fiets of door een ruit zijn gegaan of met sporten, traumatische littekens daar verwijs ik een heel hoog percentage, misschien wel 70 tot 80% dat is ook niet gemiddeld hoor dat doen de meeste plastisch chirurgen niet. Maar als ik denk aan huidkanker, echt een enkeling. Als het 1 per jaar is dan is het al heel wat.
K: 1% ofzo?
P: Ja echt laag
K: En waarom is dat zo?
P: Omdat mensen er hoog waarschijnlijk geen behoefte aan hebben en in die fase van de behandeling wanneer ik ze zie interesseert ze dat niet. Ze willen van die kanker af dat is het enige wat ze interesseert.
K: Ja groot gelijk
P: En in de fase daarna zie ik ze niet meer en dat ze dan in die fase wel vaker die vraag gesteld wordt. Daarom moet je dat nog maar eens met Diana bespreken.
K: Ja precies kijken wat zij daarvoor antwoord op heeft

P: Maar preoperatief in de fase dat ik ze zie en fer operatief zijn ze daar niet in geïnteresseerd En dan kan ik wel vertellen over een huidtherapeut maar dan zeggen ze ja maar wat is dat dan en wat moet ik dan bij die huidtherapeut en krijg ik het dan vergoed? Kansloos
K: Ja precies, eigenlijk zou het wel vergoed moeten worden
P: Ja dat is ook kansloos, op een enkeling na
K: Ja zo'n oedeem geval inderdaad die wordt wel vergoed
P: Ja en daar werken zorgverzekeraars aan mee, maar om echt littekenbehandelingen te gaan vergoeden daar geloof ik niet in
K: Ja dan ga ik denk de rest aan Diana vragen, dankjewel
P: Graag gedaan, leuk om je weer even te zien!
K: Zeker!

Interview Operatie-assistent

K: Vind u het goed als ik dit interview opneem, zodat ik de antwoorden kan terugluisteren?
O: Ja, geen probleem.
K: Goed, dan ga ik beginnen met mijn interviewvragen, deze zullen bestaan uit ongeveer 10 vragen wat gericht is op de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker.
K: Hoeveel patiënten behandelt u ongeveer aan huidkanker per week?
O: Tussen de 15 en 30 patiënten per week ongeveer.
K: Oke, dat is vrij veel en welke vormen van huidkanker behandelt u en op welke manier?
O: Basaalcelcarcinomen behandelen we het meeste, door excisie primair te sluiten met een huidtransplantaat of door secundaire genezing.
Plaveiselcelcarcinomen behandelen we op dezelfde manier als basaalcelcarcinomen, maar die komen relatief weinig voor. En melanomen of een lentigo maligna komt bijna niet voor, maar behandelen we door een excisie primair te sluiten met een huidtransplantaat.
K: Wat zijn de hoeveelheden in percentages denkt u per huidkankervorm?
O: Uhm met 85% zeker basaalcelcarcinomen, 13% plaveiselcelcarcinomen en dan 2% ongeveer melanomen of lentigo maligna.
K: En hoe vaak ziet u een ex-huidkankerpatiënt gemiddeld na de behandeling van huidkanker?
O: Bedoel je dan als een patiënt onder behandeling is of wanneer een patiënt weer terug komt met een nieuwe plek?
K: Ik bedoel met deze vraag hoevaak u de patiënt na de behandeling van huidkanker nog ziet, wanneer de patiënt onder behandeling is bij jullie?
O: Indien het radicaal is verwijderd 1x, daarna is hij of zij verder onder controle bij de dermatoloog. Met een huidtransplantaat is het 2x, als het huidje goed is ingegroeid. indien dit niet het geval is zijn het nog 2 tot 3x extra.
K: Oke, dus nadat het plekje radicaal is verwijderd, wordt de patiënt na de eerste nacontrole bij jullie doorverwezen naar de dermatoloog die de patiënt verder onder controle houdt?
O: Ja precies, en bij een secundaire genezing komen mensen de eerste 2 tot 3 weken, 3x per week bij ons. En meestal gaan de patiënten daarna 2x per week de verzorging zelf doen met nog 1x bij ons.
K: Wat bedoeld u precies met secundaire genezing?
O: Bij een secundaire genezing verloopt de wondgenezing gecompliceerd, waardoor er meer kans is op een ontsteking.
K: Dan wil de wond dus niet goed genezen?
O: Ja klopt.

K: Hoelang duurt het gemiddeld voor de wond dicht is bij een excisie van huidkanker?
O: De plekjes zijn gemiddeld rond de 2 maanden dicht.
K: Wow dat duurt vrij lang eigenlijk.
O: Ja klopt en bij een secundaire genezing kan dit soms nog langer duren, omdat de wondranden niet willen sluiten, goede wondzorg is dan heel belangrijk.
K: Ja precies, welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
O: Als de korstjes weg zijn moet de patiënt de plek insmeren met cremé, het liefst 2x daags. Daarnaast is het belangrijk dat de littekens beschermd worden tegen de zon. Littekens zullen eerst wat rood zijn en na een aantal weken worden ze wat paars van kleur, daarna trekken ze naar huidskleur weg.
K: Wanneer geeft u deze informatie mee aan de patiënt, is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?
O: Nee, altijd bij de nacontrole, deze informatie geven wij standaard mee.
K: Oke duidelijk, en hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
O: Tevreden
K: Tevreden? Hoe tevreden bent u op een schaal van 1 tot 10 met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
O: Ja dan moet ik wel een 8 geven, met de informatie die we geven is een goed resultaat, maar als je aanvullende informatie voor ons hebt zijn we daar uiteraard in geïnteresseerd.
K: En wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?
O: Geen idee, waarschijnlijk kan jij nog iets voor ons betekenen.
K: Zijn er helemaal geen dingen die er beter kunnen m.b.t. de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker?
O: Nee, we hebben weinig klachten van patiënten met betrekking tot de littekens die ze niet mooi vinden, dus ik zou niet weten wat we er meer mee kunnen doen.
K: Ja precies
K: Hoevaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken na de behandeling van huidkanker?
O: Niet
K: Helemaal niet?
O: Nee, dit wordt in ieder geval niet bij ons aangeven door de patiënt.
K: Oke, en in hoeverre vraagt u aan de patiënt of hij of zij behoefte heeft aan nazorg m.b.t het litteken?
O: Zo specifiek vragen we dat niet. We zeggen wel tegen patiënten dat als er problemen zijn of als ze het niet mooi vinden dat ze dan terug mogen komen. Maar bij huidkankerpatiënten gebeurd dat maar zelden. Dat is meer voor bovenoogleden, borstverkleining, buikwandcorrectie, echt meer het cosmetische aspect.
K: En hoeveel is zelden in percentage denkt u?
O: Uhm ik denk zo'n 2%, is echt weinig.
K: Ja dat is zeker weinig.
K: Hoevaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar een huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achter gebleven litteken?
O: Nooit
K: Oke, wat is de reden dat u geen patiënten doorverwijst naar een huidtherapeut voor een nabehandeling van het litteken?
O: In de meeste gevallen is er na een aantal weken niets meer te zien van het litteken, dus overbodig om dat door te verwijzen.
K: Oke, maar net gaf u aan dat een wond ongeveer 2 maanden nodig heeft om te genezen, dus dan zullen de littekens niet na een aantal weken weg zijn toch?
O: Nee dat klopt, daar heb je gelijk in.

K: En bij een secundaire genezing is het wel te verwachten dat het litteken niet erg mooi zal genezen, aangezien er in de wondgenezing dingen zijn misgegaan.
O: Ja, bij secundaire genezing lopen de patiënten meer risico op een lelijk litteken, maar vooralsnog hebben wij geen bericht gekregen van patiënten die hierover zijn begonnen of dit hebben aangegeven.
K: Nou dat is alleen maar mooi, dan zijn de patiënten waarschijnlijk wel tevreden over het resultaat.
O: Ja zeker.
K: Wanneer verwijst u een patiënt terug naar de plastische chirurg in het nazorgtraject?
O: Als een plek niet radicaal verwijderd is of ducieus.
K: Ja, dus als ik het goed begrijp bij de huidtransplantaten en secundaire genezingen van de wonden.
O: Ja, correct.
K: Nou dit waren mijn interviewvragen, hartelijk dank voor u tijd en bijdrage aan mijn onderzoek.
O: Ja heel graag gedaan.

Interview Dermatoloog 1

K: Vind u het goed als ik dit interview opneem, zodat ik de antwoorden kan terugluisteren?
D: Prima!
K: Goed, dan ga ik beginnen met mijn interviewvragen, deze zullen bestaan uit ongeveer 10 vragen wat gericht is op de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker.
K: Hoeveel patiënten behandelt u ongeveer aan huidkanker per week?
D: Uhm ongeveer 10 a 15 patiënten per week.
K: Oke en dat is ongeveer het gemiddelde per dermatoloog bij jullie?
D: Ja klopt, de ene dermatoloog zal er iets meer dan andere behandelen, maar dit is het gemiddelde.
K: Oke duidelijk, welke vormen van huidkanker behandelt u en op welke manier?
D: Ik behandel voornamelijk basaalcelcarcinomen met excisie of met niet-operatieve behandeling. Plaveiselcelcarcinomen en melanomen behandel ik altijd met een excisie en sluit ik met een huidtransplantatie.
K: Basaalcelcarcinomen behandeld u dus het meeste, neem ik aan?
D: Ja voor 85% denk ik vooral basaalcelcarcinomen
K: En wat is het percentage bij plaveiselcarcinomen en melanomen?
D: Ik denk 15% plaveiselcarcinomen en nog een paar procent melanomen, misschien is dat hooguit 1%.
K: Wat is de reden dat basaalcelcarcinomen relatief zoveel meer voorkomen dan plaveiselcarcinomen?
D: Dat komt puur door zonschade, mensen liggen tegenwoordig veel langer in de zon en gaan meer op vakantie. Een basaalcelcarcinoom ontstaat daarnaast sneller dan de twee andere vormen van huidkanker, omdat deze vorm alleen lokaal groeit en niet uitzaait.
K: Oke maar dan moet iemand echt uren liggen bakken in de zon om een basaalcelcarcinoom of andere vormen van huidkanker op te lopen?
D: Nee dat hoeft niet, het gaat om de keren dat iemand een zonnebrand heeft opgelopen. Zeker als er op jonge leeftijd al zonverbrandingen zijn ontstaan maakt iemand meer kans om huidkanker te krijgen.
K: Oke, en hoevaak ziet u een ex-huidkankerpatiënt gemiddeld na de behandeling van huidkanker?

D: Huidpatiënten blijven bij ons op controle voor minimaal 5 jaar. Op jaarbasis zie ik ze ongeveer om de 6 maanden.
K: Komt het vaak voor dat een huidmaligniteit weer teruggroeit of een nieuwe plek ontstaat?
D: Ja dit verschilt, maar de grootste kans om een nieuwe tumor te krijgen is na 6 maanden na de eerste diagnose.
K: En na die 5 jaar ziet u uw patiënten niet meer?
D: Nee dan zijn ze in principe schoon verklaart en mogen ze zelf weer aan de bel trekken als ze een verdacht plekje hebben gevonden. Wel is er een grote kans dat er na 5 jaar weer een nieuwe tumor ontstaat omdat de huid met de jaren op meer dan 1 plek beschadigd kan zijn door uv-straling, dit vertellen wij uiteraard de patiënten als wij ze voor de laatste keer zien.
K: Ja dat begrijp ik, maar dan zullen er vast patiënten zijn die liever op controle willen blijven als die mogelijkheid er is neem ik aan?
D: Ja er zijn veel patiënten die dan alsnog onder controle willen blijven.
K: En welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
D: Uhm wij geven vooral informatie mee over het wondgenezingsproces na de ingreep, dus bijvoorbeeld over hoelang de plek gevoelig blijft en hoe het litteken zal genezen en dat ze aan de bel moeten trekken als er een nabloeding is ontstaan of een ontsteking.
K: Oke en wanneer geeft u deze informatie mee aan de patiënt is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?
D: Nee altijd op de nacontrole direct na verwijdering van de hechtingen
K: U geeft dus aan vooral informatie te geven over hoe de wond zal genezen na de ingreep, maar betekent dit dat u verder geen informatie geeft over de risico's van de zon bijvoorbeeld?
D: Nee eigenlijk geven wij hier geen informatie over
K: Oke en hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
D: Niet tevreden, daar kan nog veel aan verbeteren
K: Hoe tevreden bent u op een schaal van 1 tot 10 over de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker, waarbij 1 ontevreden is en 10 erg tevreden.
D: Helaas moet ik dan een 4 geven
K: Wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?
D: Ja meer voorlichting geven over de gevaren van de zon en wat ze zouden kunnen smeren als de wond geïrriteerd is. Nu geven wij vooral deze informatie pas als hierom gevraagd wordt eerlijk gezegd.
K: Jullie geven hier ook geen informatiefolder over mee?
D: Ja deze ontvangen de patiënten digitaal wanneer de diagnose is gesteld.
K: Oke en hoe vaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken dat is ontstaan na de behandeling van huidkanker?
D: Nagenoeg niet
K: Waarom denkt u dat patiënten dit niet aangeven?
D: Omdat weinig patiënten behoefte hebben aan nazorg voor het litteken, zij zijn al blij dat de huidkanker weg is daar gaat het om bij hun.
K: Oke helder en hoevaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar de huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achtergebleven litteken?
D: Dit hebben wij nog nooit gedaan
K: Wat is de reden dat u nog nooit een patiënt heeft doorverwezen naar een huidtherapeut voor de nabehandeling van het litteken?
D: De reden die ik net al aangaf, patiënten hebben geen behoefte aan de nazorg van het litteken.
K: Is dit alleen denkt u vanwege het feit dat dit niet wordt aangegeven door de patiënten?

D: Ja mocht een patiënt hier behoefte aan hebben dan wordt dit wel aangeven, maar zelfs al is het litteken helemaal genezen wordt hier niet naar gevraagd.
K: Oke helemaal duidelijk, dan ben ik nu bij mijn laatste vraag aangekomen. Wanneer verwijst u een patiënt door naar een plastische chirurg in het nazorgtraject van huidkanker?
D: Ik verwijs alleen complexen gevallen bijvoorbeeld in het gezicht door naar de plastische chirurg, maar dit doe ik dan direct wanneer de diagnose is gesteld.
K: Oke, ik wil u bedanken voor u tijd en voor het zo volledig beantwoorden van mijn vragen.
D: Geen dank ik vond het een leuk interview en wens je veel succes verder met je scriptie.
K: Bedankt, dat komt helemaal goed.

Interview Dermatoloog 2

K: Vind u het goed als ik dit interview opneem, zodat ik de antwoorden kan terugluisteren?
D: Ja hoor.
K: Goed, dan ga ik beginnen met mijn interviewvragen, deze zullen bestaan uit ongeveer 10 vragen wat gericht is op de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker.
K: Hoeveel patiënten behandelt u ongeveer aan huidkanker per week?
D: Gemiddeld 15 excisies huidkanker per week, en circa 10 niet-operatieve behandelingen
K: Oke en wat wordt er verstaan onder niet-operatieve behandelingen?
D: Alles behalve de excisie waarbij de tumor met marges wordt verwijderd, dus denk aan cryotherapie, chemozalven, lichttherapie of het wegbranden van plekjes.
K: Ja dit doet u voornamelijk bij zeer oppervlakkige plekjes huidkanker, neem ik aan?
D: Ja klopt.
K: En welke vormen van huidkanker behandeld u en op welke manier?
D: Basaalcelcarcinomen behandeld ik per week 12 keer met excisie en 10 keer voer ik niet-operatieve behandelingen uit. Plaveiselcelcarcinomen behandel ik 2 a 3 keer per week met behulp van excisie en melanomen zo'n 1 keer in de 2 weken.
K: En een melanoom behandeld u op dezelfde manier als een basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom?
D: Ja een melanoom behandel ik altijd met excisie en sluit ik altijd primair met een huidtransplantaat. Dit geldt niet altijd voor de twee andere vormen.
K: Ja precies een melanoom groeit natuurlijk dieper in de huid.
K: En hoe vaak behandeld u basaalcelcarcinomen, plaveiselcelcarcinomen en melanomen in percentages?
D: Basaalcelcarcinomen het meeste met zo'n 80% denk ik en plaveiselcelcarcinomen ongeveer 15% en melanomen maar een paar procent, hooguit 2% misschien.
K: Hoevaak ziet u ex-huidkankerpatiënten gemiddeld na de behandeling van huidkanker?
D: Patiënten met basaalcelcarcinomen zie ik 6 maanden na behandeling, hierna jaarlijkse check-up bij meerdere tumoren in voorgeschiedenis.
K: Waarom ziet u pas de patiënt pas na 6 maanden, is hier een reden voor?
D: Ja hier is zeker een reden voor, in de eerste 6 maanden na de operatie heeft men de meeste kans om een nieuwe tumor te ontwikkelen.
K: U ziet dus alleen patiënten met meerdere tumoren in de voorgeschiedenis jaarlijks terugkomen?
D: Ja, omdat er dan een grote kans bestaat dat er een nieuwe tumor is gegroeid.

K: Maar er wordt wel eens gezegd dat je een huidkankerpatiënt blijft, aangezien er bij de meeste binnen een jaar een nieuwe tumor is ontstaat.
D: Ja dat klopt, bij de meeste patiënten zullen er weer snel nieuwe tumoren ontstaan, omdat de huid zodanig is beschadigd door de zon dat dit proces door blijft gaan.
K: U ziet dan denk ik veel patiënten zonder meerdere tumoren in de voorgeschiedenis weer terug komen na een aantal jaar?
D: Ja sommige wel
K: En welke informatie geeft u mee in het nazorgtraject van huidkanker?
D: Een folder met informatie over zelfcontrole van de huid
K: Ja dat de patiënt zelf zijn huid kan controleren op eventuele nieuwe plekjes
D: Ja precies, dat is zeer belangrijk in de beginfase na de operatie
K: Wanneer geeft u deze informatie mee aan de patiënt, is dit op de nacontrole of alleen indien ze hier behoefte aan hebben en dit zelf aangeven?
D: Altijd, meestal na hechtingen verwijderen
K: Hoe tevreden bent u zelf met de informatie die u geeft in het nazorgtraject van huidkanker?
D: Wel tevreden, ik heb de informatie zelf ontwikkeld.
K: Hoe tevreden bent u op een schaal van 1 tot 10 over de informatie die u meegeeft in het nazorgtraject van huidkanker, waarbij 1 ontevreden is en 10 erg tevreden.
D: Uhm een dikke 7 denk ik
K: Wat zou er eventueel beter kunnen denkt u?
D: Vaker belang controle en zonprotectie herhalen bij vervolgbezoeken
K: Ja, krijgt u dit ook vaak terug van uw patiënten?
D: Nouja, sommige patiënten begrijpen soms niet waarom het belangrijk is om op controle te blijven en denken dit gebeurt mij geen tweede keer, maar vaak gebeurt het juist wel dat de huidkanker terugkeert.
K: Ja zij zien het belang van die controles niet in begrijp ik?
D: Nee sommige absoluut niet.
K: Nee precies
K: Hoevaak geven patiënten aan behoefte te hebben aan nazorg m.b.t. het litteken na de behandeling van huidkanker?
D: Bijna nooit.
K: Wat is daar de reden van denkt u?
D: Geen behoefte aan nazorg in die fase van behandeling, misschien in een latere fase wel hoor maar daar krijg ik weinig bericht over.
K: Ja precies
K: En hoe vaak verwijst u patiënten met huidkanker door naar een huidtherapeut voor een nabehandeling voor het achtergebleven litteken?
D: Bijna nooit.
K: Wat is de reden dat u uw patiënten niet doorverwijst naar een huidtherapeut voor een nabehandeling van het litteken?
D: Patiënten geven niet aan dat zij behoefte hebben aan nazorg dus waarom zou ik ze dan doorverwijzen naar een huidtherapeut
K: Ja dat kan ik mij goed voorstellen alleen is huidtherapie een vrij onbekend beroep nog voor de mensen dus als dit niet wordt verteld zullen er ook geen patiënten van de mogelijkheid af weten
D: Ja klopt helemaal, maar de littekens die ontstaan na huidkanker genezen vrijwel altijd mooi en de meeste patiënten zijn al blij als de huidkanker weg is, want dat is inmiddels het allerbelangrijkste.
K: Ja klopt
K: Wanneer verwijst u een patiënt door naar de plastische chirurg bij huidkanker?
D: Als ik denk dat de plastisch chirurg het mooier kan verwijderen dan ik of wanneer bijvoorbeeld een transpositie of transplantatie mogelijk nodig is
K: Oke helemaal duidelijk, dit waren mijn interviewvragen

K: Ik wil u hartelijk danken voor u tijd en voor het beantwoorden van mijn vragen hier kan ik zeker wat mee.
D: Geen dank, ik vond het een interessant interview waarbij je goede vragen hebt gesteld.
D: Succes verder!
K: Dankuwel.

Bijlage 10: Gecodeerde interviews

Frequentie behandeling huidkanker

1. Plastische chirurg: 5 patiënten per week

2. Operatieassistent: Tussen de 15 en 30 patiënten per week

3. Dermatoloog 1: Tussen de 10 en 15 patiënten per week

4. Dermatoloog 2: Gemiddeld 15 excisies huidkanker per week, en circa 10 niet-operatieve behandelingen

Vormen van huidkanker

1. Plastische chirurg: 80% Basaalcelcarcinomen, 15% plaveiselcelcarcinomen en nog wat procenten melanomen.

2. Operatieassistent: 85% Basaalcelcarcinomen, 13% plaveiselcelcarcinomen en 2% melanomen of lentigo maligna.

3. Dermatoloog 1 : 85% Basaalcelcarcinomen, 15% plaveiselcelcarcinomen en hooguit 1% melanomen

4. Dermatoloog 2: 80% Basaalcelcarcinomen, 15% plaveiselcelcarcinomen en melanomen maar een paar procent, hooguit 2% misschien.

Behandeling van huidkanker

1. Plastische chirurg: Basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen - excisie primair sluiten met huidtransplantaat of secundaire genezing en melanomen en lentigo maligna - excisie primair sluiten met een huidtransplantaat.

2. Operatieassistent: Basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen - excisie primair sluiten met huidtransplantaat of secundaire genezing en melanomen en lentigo maligna - excisie primair sluiten met een huidtransplantaat.

3. Dermatoloog 1: Basaalcelcarcinomen met excisie of met niet-operatieve behandeling. Plaveiselcelcarcinomen en melanomen met excisie primair sluiten met huidtransplantaat

4. Dermatoloog 2: Basaalcelcarcinomen met excisie of niet-operatieve behandeling. Plaveiselcelcarcinomen en melanomen behandel ik met excisie.

Patiëntcontact na behandeling

1. Plastische chirurg: Weinig, indien het radicaal is of als er een complicatie is en als ze ontevreden zijn over het uiteindelijke resultaat.

2. Operatieassistent: Bij radicaal alleen 1x, verder is de patiënt onder behandeling van de dermatoloog. Met een huidtransplantaat is het 2x, als het huidje goed is ingegroeid. Zo niet dan zijn het nog 2 tot 3x extra. Bij secundaire genezing komen mensen de eerste 2 tot 3 weken, 3x per week bij

ons ons. Meestal gaan de patiënten daarna 2x per week verzorging zelf doen en nog 1x bij ons.

3. Dermatoloog 1: Patiënten blijven op controle voor minimaal 5 jaar en op jaarbasis zie ik ze om de 6 maanden.

4. Dermatoloog 2: Patiënten met basaalcelcarcinomen zie ik 6 maanden na behandeling, hierna jaarlijkse check-up bij meerdere tumoren in voorgeschiedenis.

Informatie in nazorgtraject

1. Plastische chirurg: Vrij minimaal, alleen over de acute fase na de operatie.

2. Operatieassistent: Als de korstjes weg zijn insmeren met creme, liefst 2x daags. De littekens beschermen tegen de zon. De littekens zijn eerst wat rood van kleur en na een aantal weken worden ze wat paars van kleur, daarna trekken ze naar huidskleur weg.

3. Dermatoloog 1: Informatie over wondgenezingsproces na de ingreep over bijvoorbeeld hoelang de plek gevoelig blijft en hoe het litteken zal genezen. Verder moeten ze aan de bel trekken indien er een nabloeding of ontsteking ontstaat.

4. Dermatoloog 2: Een folder met informatie over zelfcontrole van de huid

Moment van informatie

1. Plastische chirurg: Via mijn assistentes tijdens de nacontrole

2. Operatieassistent: Altijd bij de nacontrole

3. Dermatoloog 1: Altijd op de nacontrole na verwijdering van de hechtingen

4. Dermatoloog 2: Altijd, meestal na hechtingen verwijderen

Tevredenheid

1. Plastische chirurg: Onvoldoende, daar valt heel veel aan te verbeteren!

2. Operatieassistent: Tevreden. met de informatie die we geven is een goed resultaat, maar als je aanvullende informatie voor ons hebt zijn we daar uiteraard in geïnteresseerd.

3. Dermatoloog 1: Niet tevreden, daar kan nog veel aan verbeteren.

4. Dermatoloog 2: Wel tevreden, ik heb de informatie zelf ontwikkeld.

Verbeterpunten

1. Plastische chirurg: Voor de nazorg is er niets structureel geregeld.

2. Operatieassistent: Geen idee, waarschijnlijk kan jij niet iets voor ons betekenen. We hebben weinig klachten van patiënten dat ze de littekens niet mooi vinden, dus ik zou niet weten wat we er meer mee kunnen doen.

3. Dermatoloog 1: Meer voorlichting over gevaren van de zon, wat ze zouden kunnen smeren als de wond geïrriteerd is. Deze informatie geven we pas als hierom gevraagd wordt.

4. Dermatoloog 2: Vaker belang controle en zonprotectie herhalen bij vervolgbezoeken

Aantallen met behoefte

1. Plastisch chirurg: Weinig, de jongere mensen maken zich iets meer zorgen over littekens.

2. Operatieassistent: Niet, en zo specifiek vragen we dat niet. We zeggen wel tegen de patiënten dat als er problemen zijn of als ze het niet mooi vinden dat ze dan terug kunnen komen. Maar bij huidkanker patiënten gebeurd dat maar zelden. Dit is meer voor bovenoogleden, borstverkleining, buikwandcorrectie, echt meer het cosmetische aspect.

3. Dermatoloog 1: Weinig patiënten hebben behoefte aan nazorg, ze zijn al blij als de huidkanker weg is.

4. Dermatoloog 2: Bijna nooit

Doorverwijzing naar huidtherapeut

1. Plastisch chirurg: Heel weinig, een enkeling 1%

2. Operatieassistent: Nooit, In de meeste gevallen is er na een aantal weken niets meer te zien van het litteken.

3. Dermatoloog 1: Dit hebben wij nog nooit gedaan.

4. Dermatoloog 2: Bijna nooit

Reden van geen doorverwijzing naar huidtherapeut

1. Plastische chirurg: Omdat mensen er hoog waarschijnlijk geen behoefte aan hebben en in die fase van de behandeling wanneer ik ze zie interesseert ze dat niet. Ze willen van die kanker af dat is het enige wat ze interesseert.

2. Operatieassistent: In de meeste gevallen is er na een aantal weken niets meer te zien van het litteken, dus overbodig om dat door te verwijzen

3. Dermatoloog 1: Patiënten hebben geen behoefte aan nazorg.

4. Dermatoloog 2: Patienten geven niet aan dat zij behoefte hebben aan nazorg dus waarom zou ik ze dan doorverwijzen naar een huidtherapeut

Terug of doorverwijzing

1. Plastisch chirurg: De dermatologen verwijzen de complexere gevallen naar ons door.

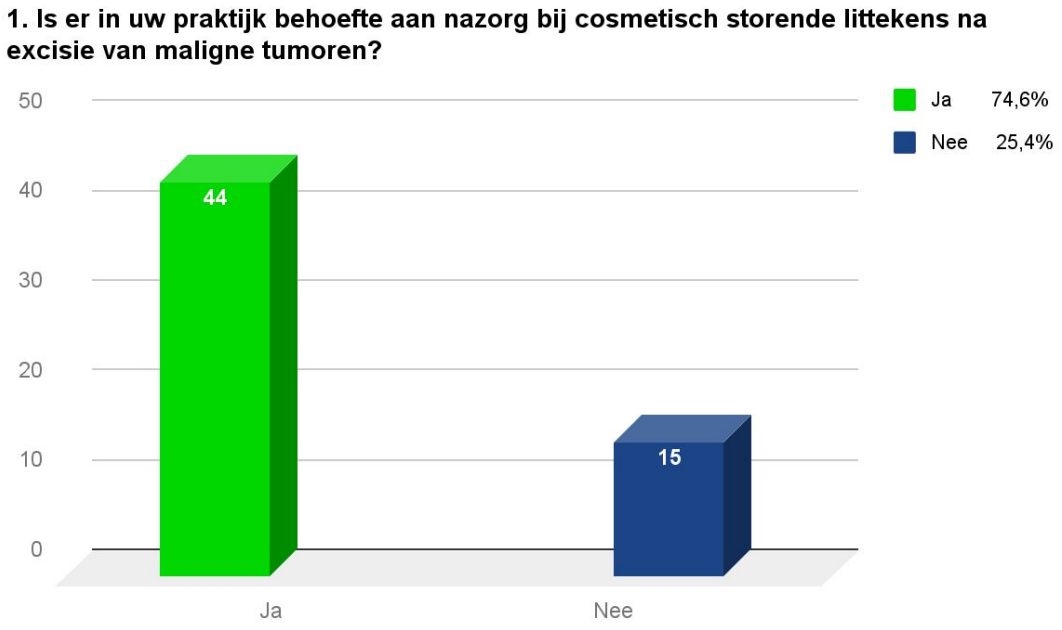
2. Operatieassistent: Als een plek niet radicaal verwijderd of ducieus is verwijzen we de patient terug naar de plastische chirurg.

3. Dermatoloog 1: De complexere gevallen in het gezicht verwijzen we door naar de plastische chirurg.

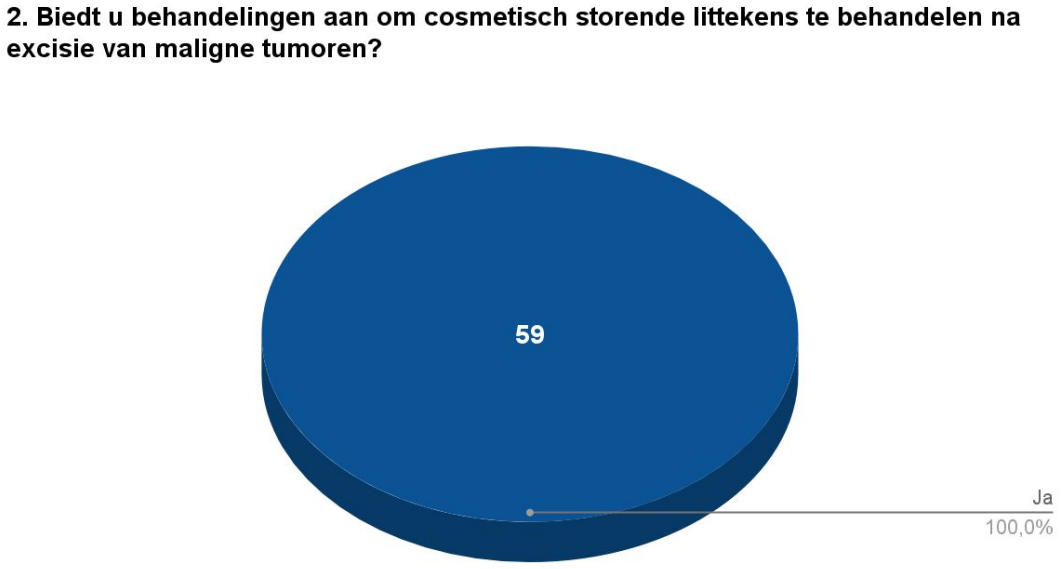
4. Dermatoloog 2: Als ik denk dat de plastisch chirurg het mooier kan verwijderen dan ik of wanneer bijvoorbeeld een transpositie of transplantatie mogelijk nodig is

Bijlage 11: Resultaten enquête huidtherapeuten

In deze bijlage zijn de overige cirkeldiagrammen en grafieken met de resultaten van de enquête van de huidtherapeuten weergegeven.

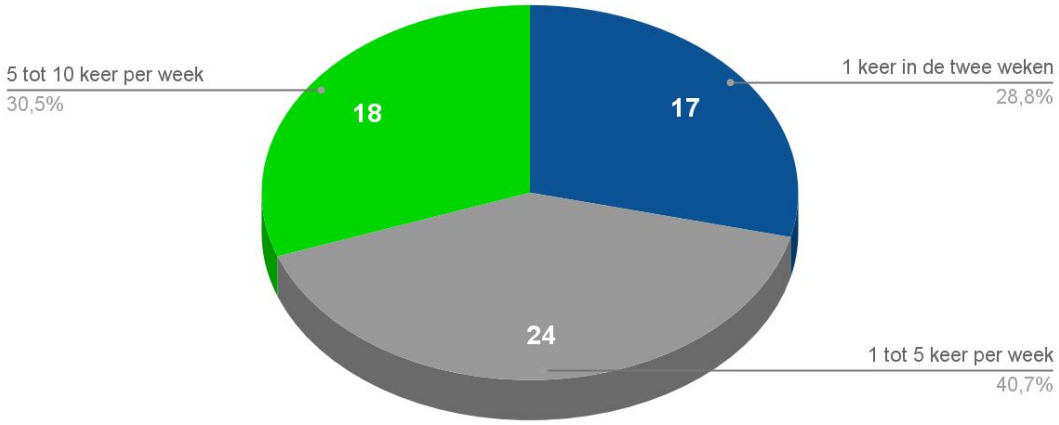


Figuur 1: Behoefte aan nazorg m.b.t. het litteken



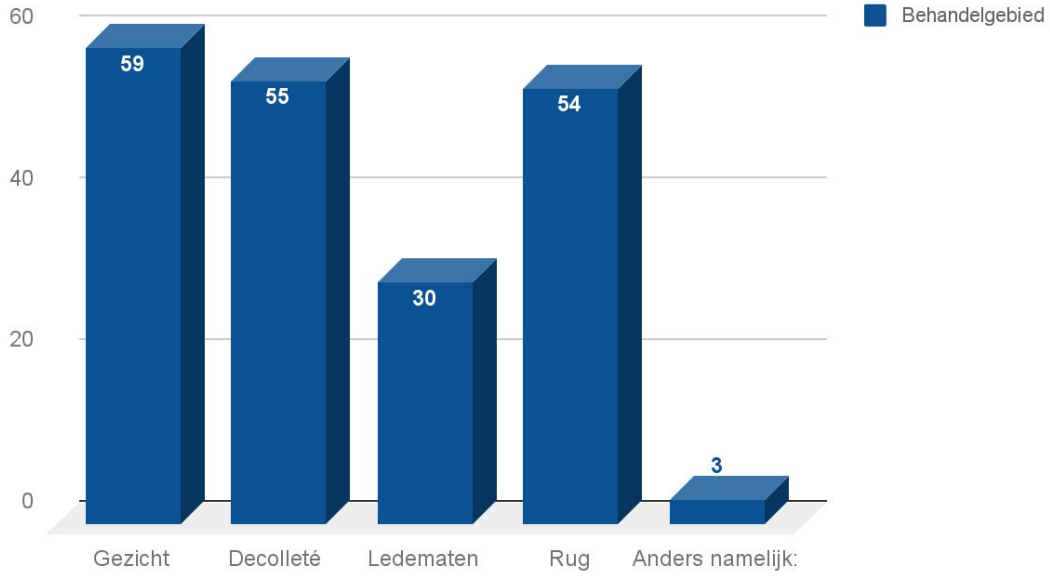
Figuur 2: Hoeveelheid huidtherapeuten die behandelingen voor littekens aanbiedt

4. Hoe vaak behandelt u ex-huidkankerpatiënten aan cosmetisch storende littekens?



Figuur 4: Frequentie behandeling littekens

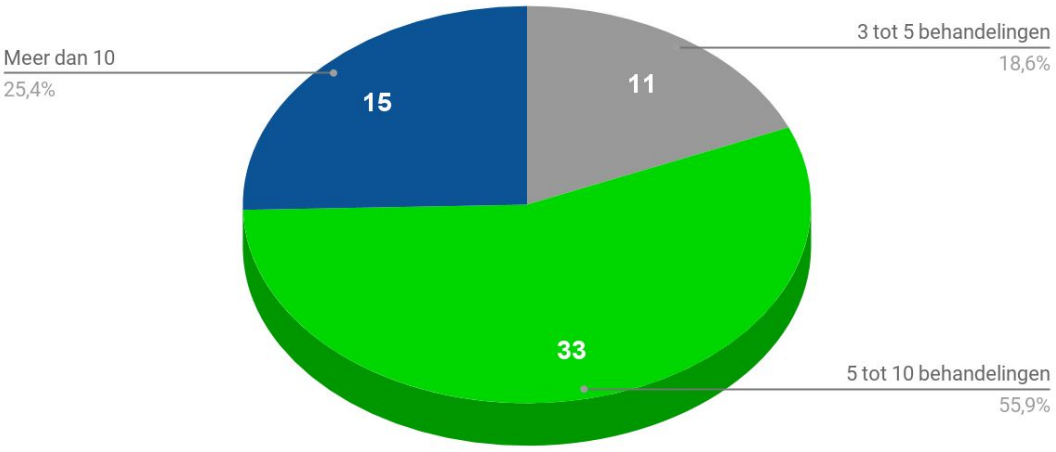
5. Op welke plaatsten van het lichaam wordt een nabehandeling gegeven?



<u>Anders namelijk:</u>
Het gehele lichaam (3x)

Figuur 5: Plek van de nabehandeling

7. Hoeveel behandelingen zijn er gemiddeld nodig geweest per patiënt ?

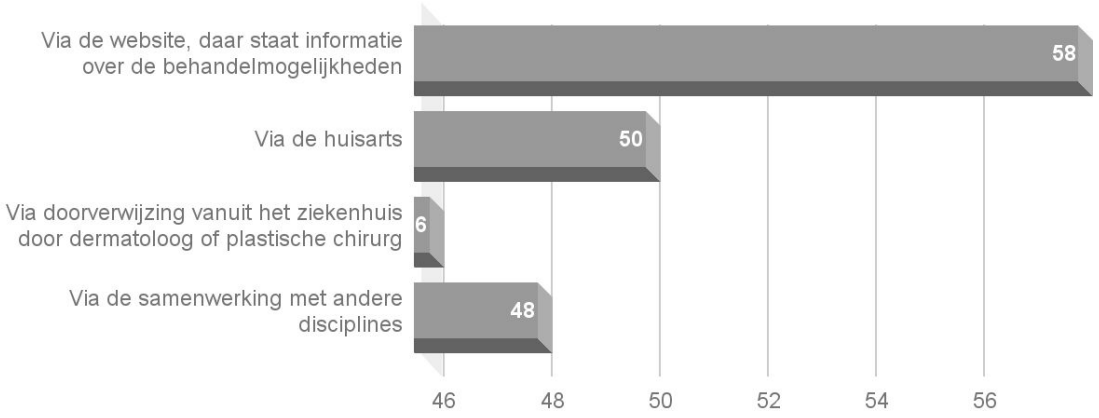


Figuur 7: Hoeveelheid behandelingen per patiënt?

8. Bespreekt u de mogelijkheid tot nabehandeling van het litteken of komen patiënten alleen op eigen verzoek bij u terecht?

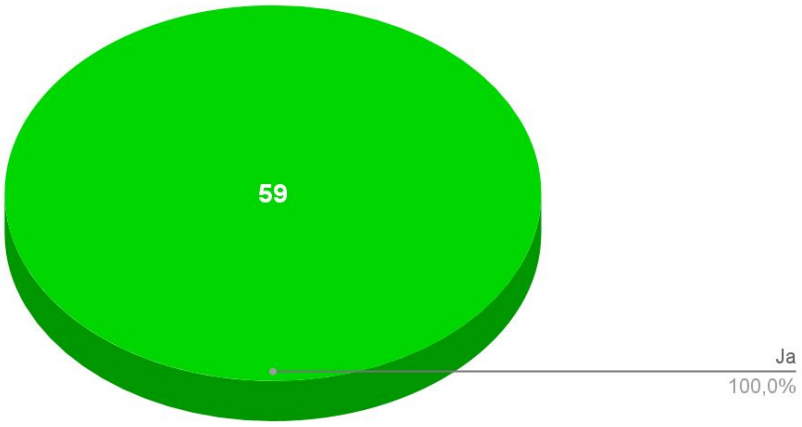
Figuur 8: Bespreekbaarheid nabehandeling litteken

9. Hoe weten patiënten dat ze bij u terecht kunnen voor de nazorg van het cosmetisch storende litteken na excisie van maligne tumoren?



Figuur 9: Doorverwijzing naar huidtherapeut

10. Denkt u in de toekomst meer cosmetische nazorg te leveren aan deze doelgroep?

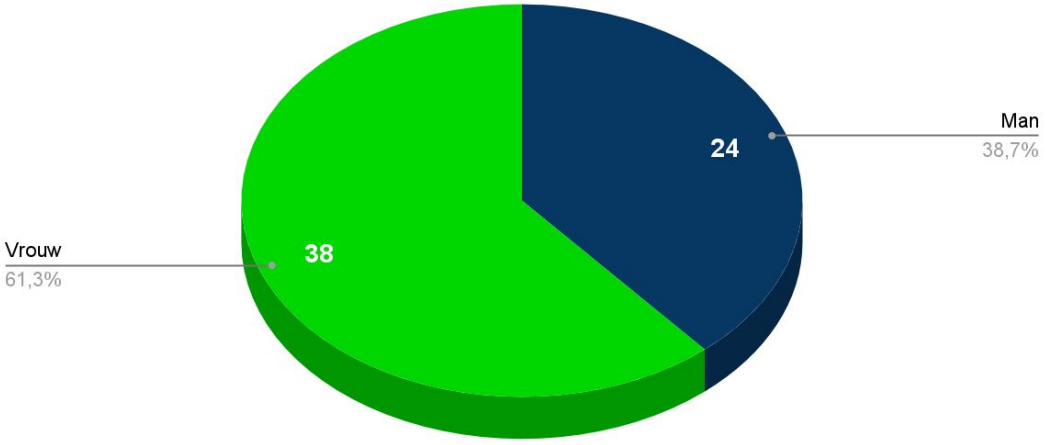


Figuur 10: Toekomst meer cosmetische nazorg

Bijlage 12: Resultaten enquête patiënten

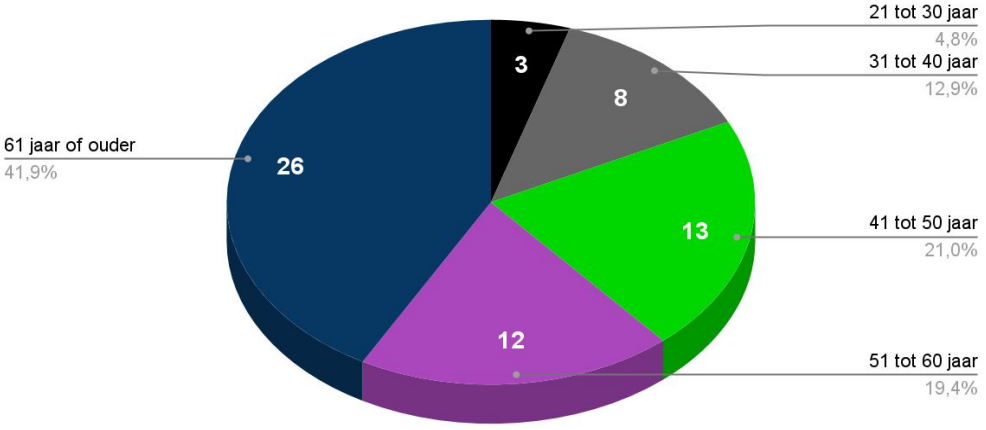
In deze bijlage vindt u de overige cirkeldiagrammen, staafdiagrammen en grafieken terug over de resultaten van enquête van de patiënten.

1. Wat is uw geslacht?



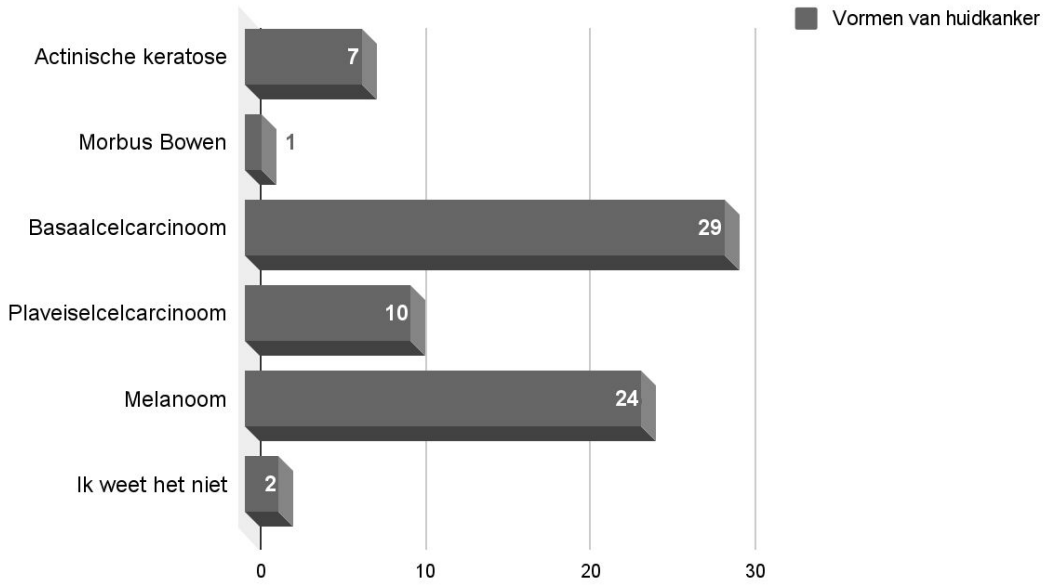
Figuur 1: Geslacht respondenten

2. Wat is uw leeftijd?



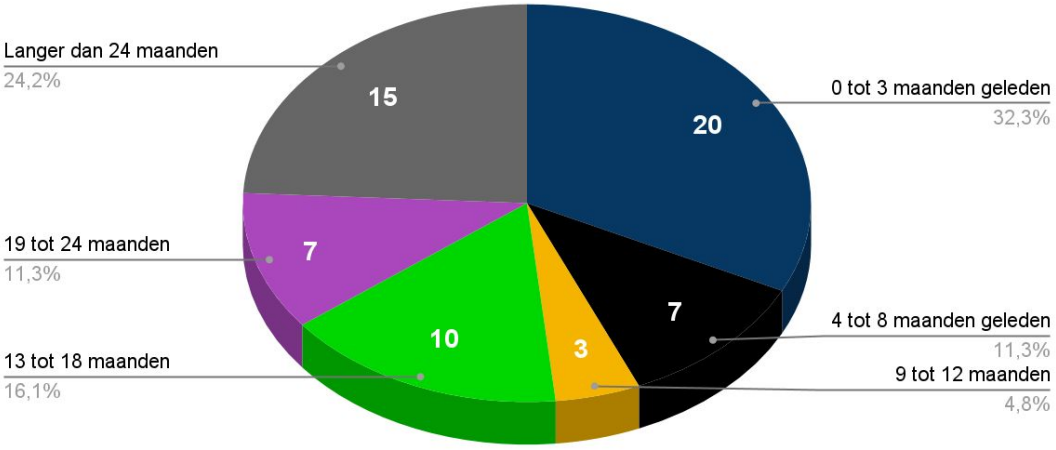
Figuur 2: Leeftijd respondenten

3. Aan welke vormen van huidkanker bent u behandeld?

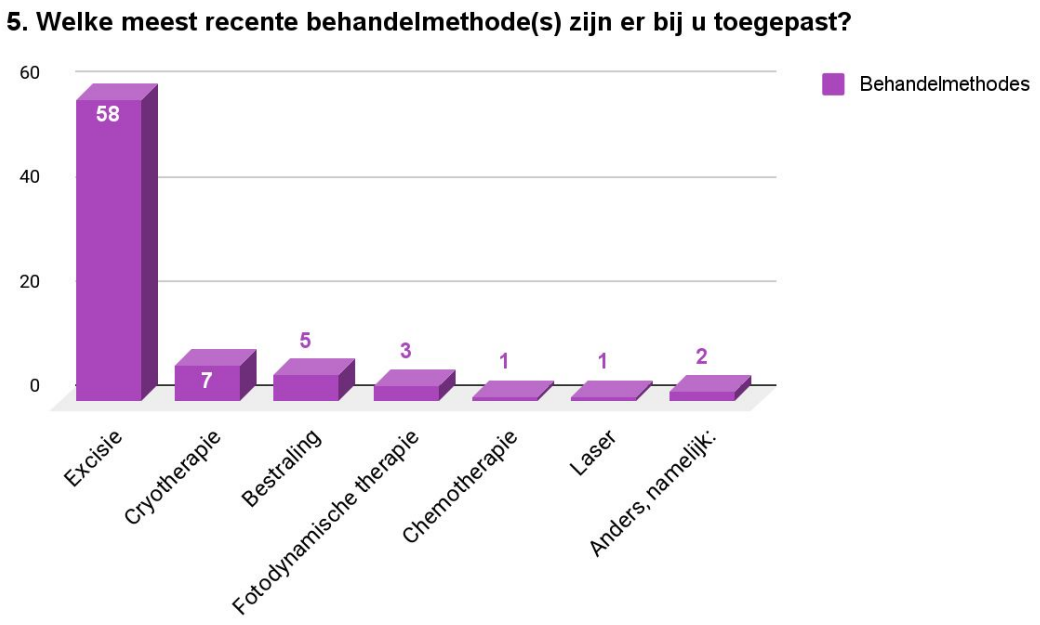


Figuur 3: Vorm van huidkanker bij respondenten

4. Wanneer was u voor het laatst onder behandeling van huidkanker?

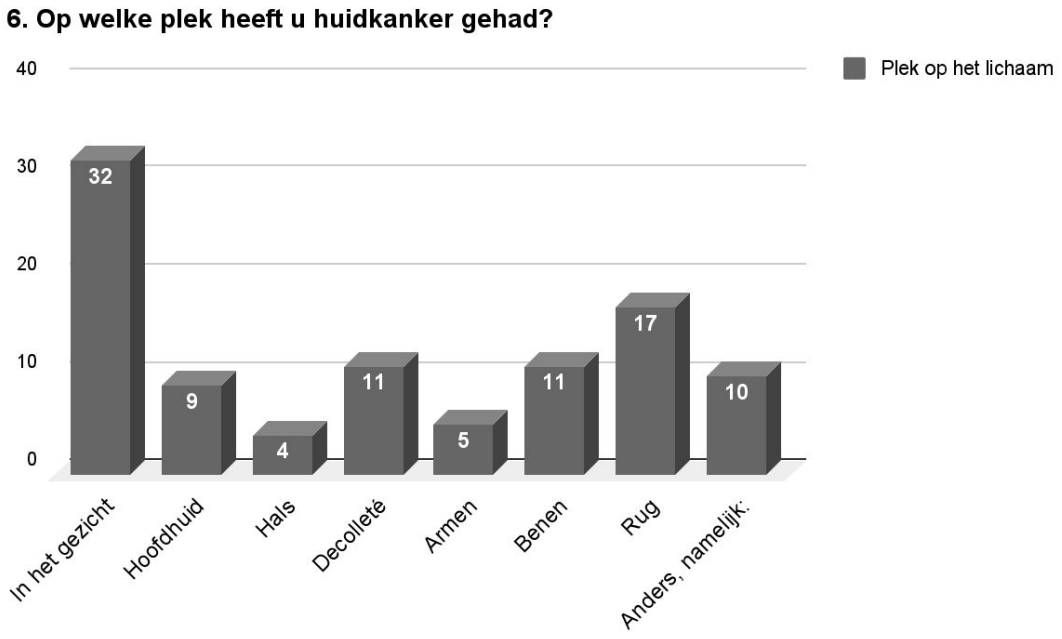


Figuur 4: Behandeltijd van respondenten



Anders namelijk:
- Na 1x was de rand niet schoon en is het nog een keer weggehaald (1x)
- Cremé voor oppervlakkige plekken (1x)

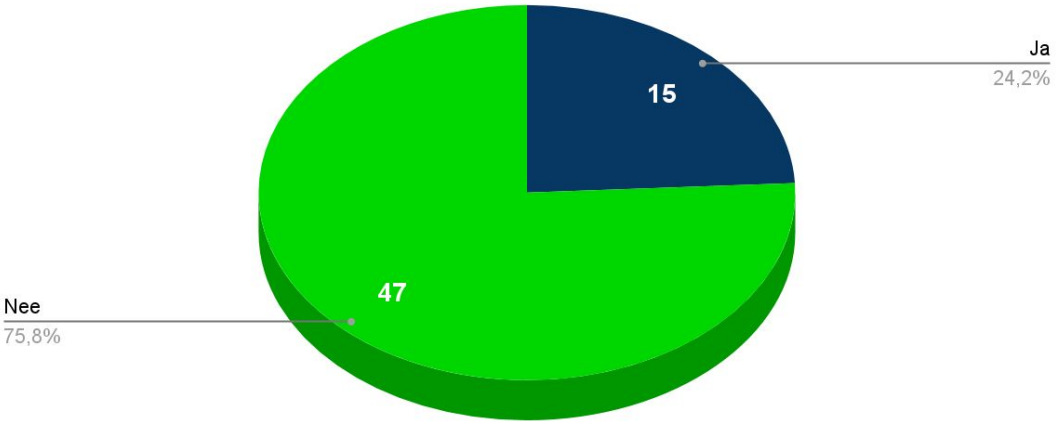
Figuur 5: Toegepaste behandelmethodes



Anders namelijk:
- Lymfeklier in bovenbeen door uitzaaiing
- Handen
- Onder bikini rand
- Oksel en zijkant borst
- Oren
- Net boven aan mijn borst
- Schouderblad
- Over het gehele lichaam
- Liezen
- In het oor

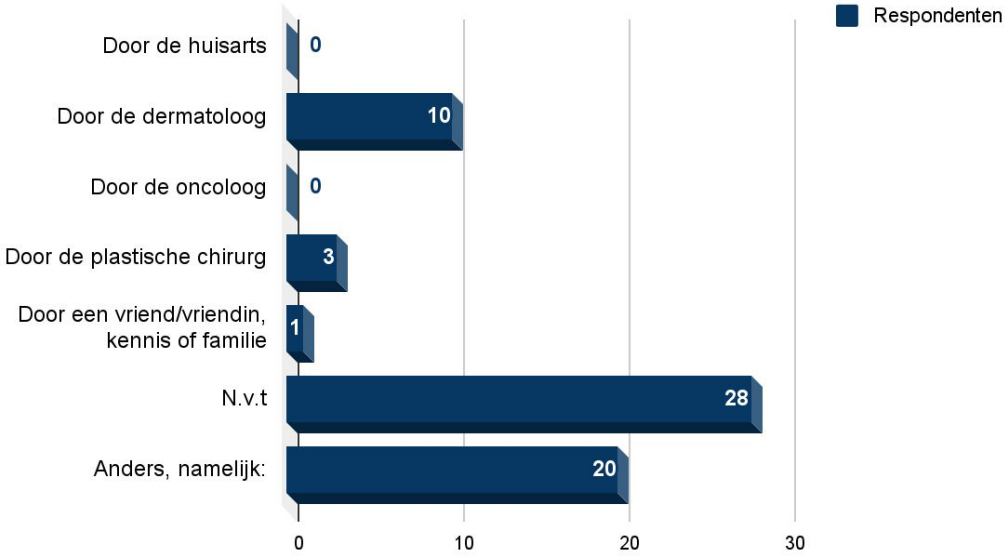
Figuur 6: Plek van de huidkanker

7. Bent u bekend met de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut toepast in het nazorgtraject bij huidkanker?



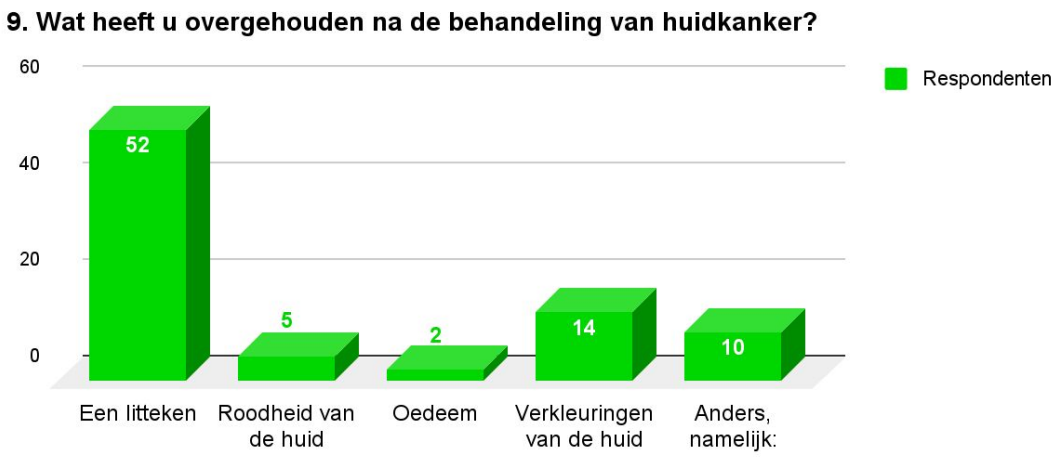
Figuur 7: Bekendheid behandelingen huidtherapeut

8. Door wie bent u geïnformeerd over de behandelmogelijkheden die de huidtherapeut kan toepassen in het nazorgtraject bij huidkanker?



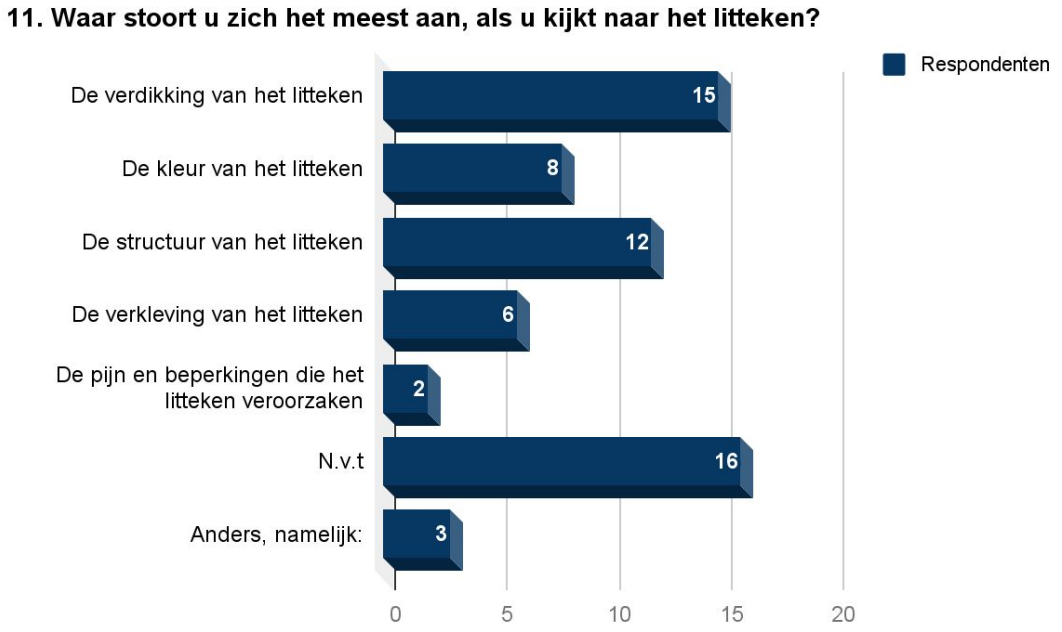
<u>Anders namelijk:</u>
- Ik ben niet geïnformeerd over mogelijke behandelmethodes bij de huidtherapeut
- Ik ben niet geïnformeerd (4x)
- Niemand (2x)
- Ik heb zelf informatie opgezocht op internet
- Ik heb geen informatie gekregen
- Geen informatie gekregen
- Ik heb daar zelf informatie over opgezocht
- Wist dit niet niet besproken
- Via internet (2x)
- Ik heb geen informatie ontvangen
- Ik heb geen informatie gehad
- Niet geïnformeerd (3x)
- Via facebook

Figuur 8: Informatie over behandelingen van huidtherapeut



Anders namelijk:
- Geen plekjes aan over gehouden
- Altijd strak gevoelige plek
- 1 oorlel is verwijderd
- Deuk in voorhoofd
- Niet van toepassing
- Niets (3x)
- De vorm van mijn lip is iets veranderd

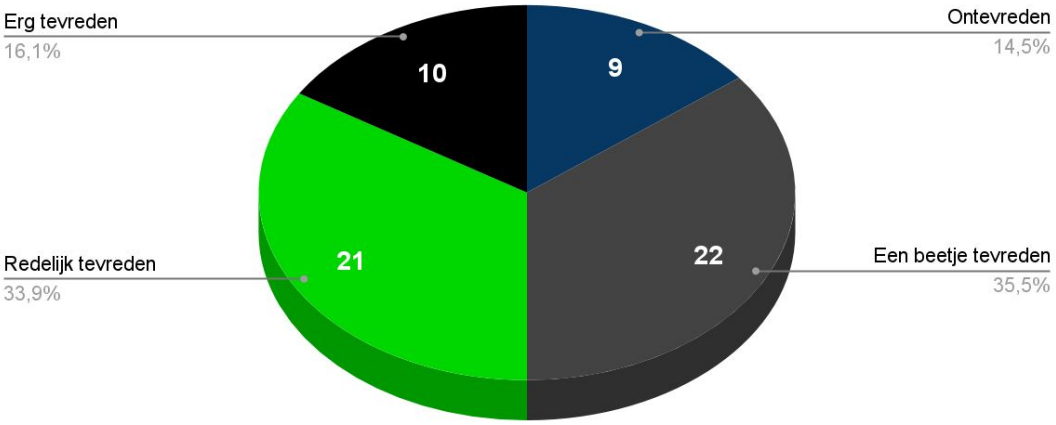
Figuur 9: Overgehouden na verwijdering van huidkanker



Anders namelijk:
- Gevoelige plek in de zomer soms vervelend met een laag uitgesneden topje goed te zien
- Het is een kuiltje
- Dat mijn lip niet meer helemaal symmetrisch is, het stoort me overigens maar zeer beperkt.

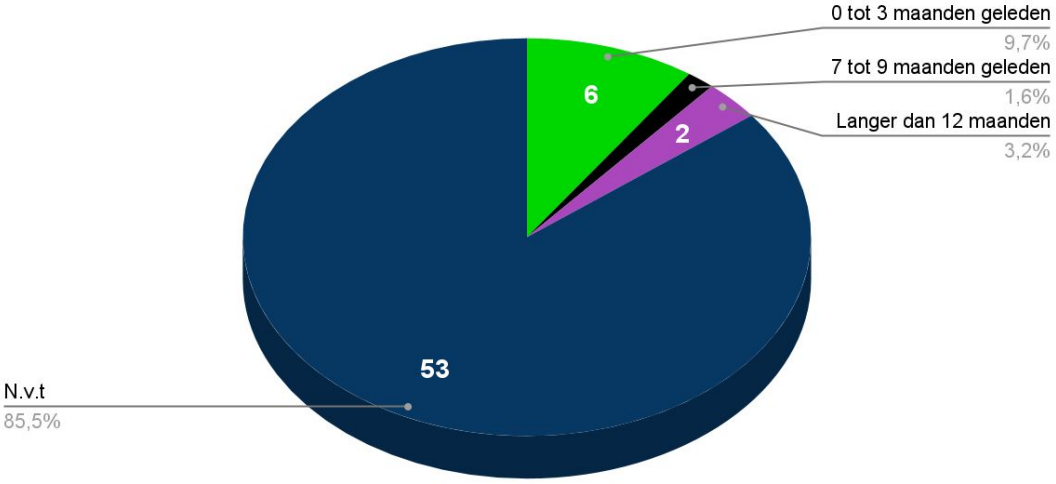
Figuur 11: Redenen om misschien iets aan het litteken te laten doen

13. Hoe tevreden bent u over de verkregen informatie die u heeft ontvangen via uw behandelende arts m.b.t. het nazorgtraject van huidkanker?



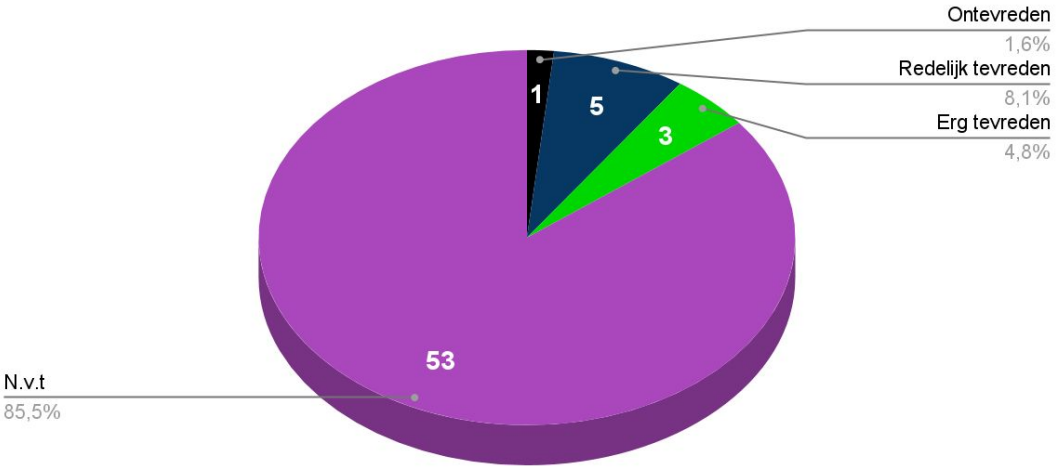
Figuur 13: Tevredenheid over informatie in nazorgtraject

16. Hoelang geleden bent u behandeld aan uw litteken(s)?



Figuur 16: Wanneer behandeld aan het litteken

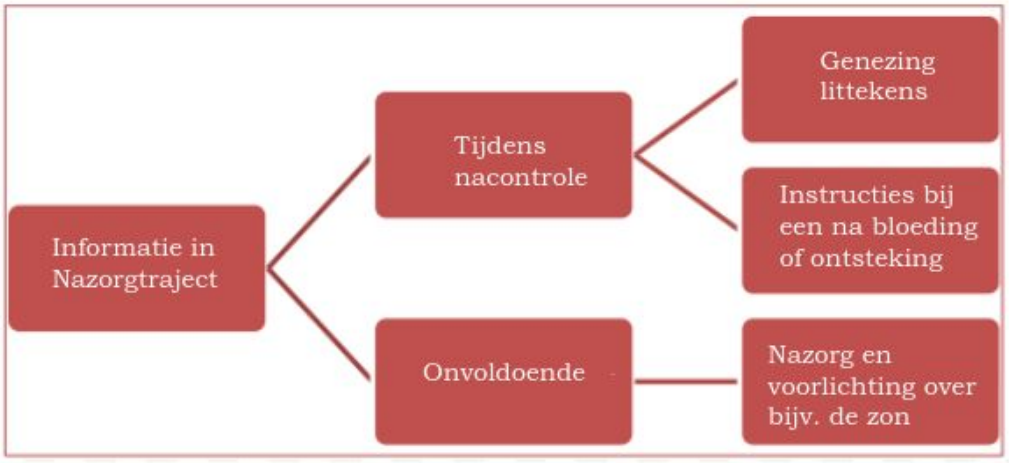
17. Hoe tevreden bent u met het resultaat van de behandeling(en) aan het litteken tot nu toe?



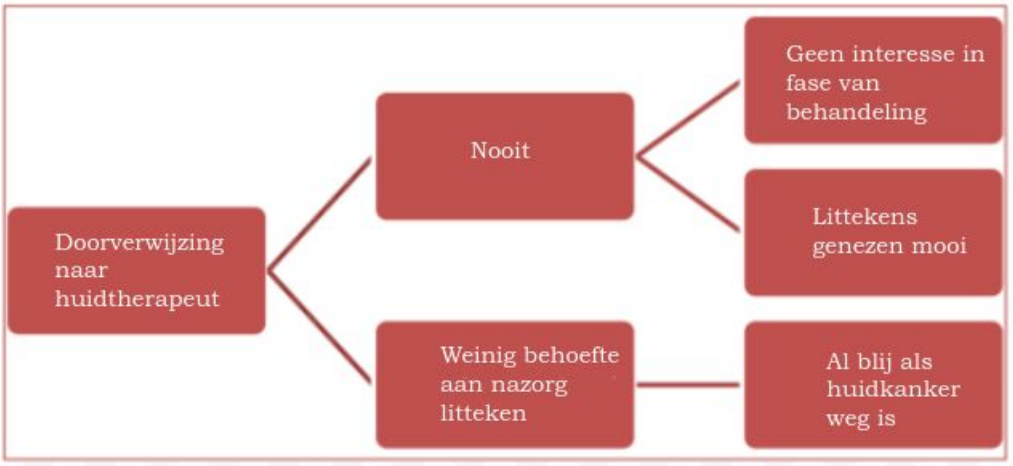
Figuur 17: Tevredenheid resultaat behandeling litteken

Bijlage 13: Resultaten interviews

In deze bijlage worden de overige grafieken en tabellen van de resultaten van de interviews met de disciplines weergeven.



Grafiek 1: Codeboom informatie in nazorgtraject



Grafiek 2: Codeboom doorverwijzing naar huidtherapeut

Discipline	**Cijfer op schaal van 1 tot 10 Tevredenheid informatie in nazorgtraject**
Plastische chirurg	5
Operatie-assistente	8
Dermatoloog 1	4
Dermatoloog 2	7
Gemiddeld cijfer	6

Tabel 1: Cijfer op schaal van 1 tot 10 disciplines

Discipline	**Aantal behandelingen per week**
Plastische chirurg	5
Operatie-assistente	15-30
Dermatoloog 1	10-15
Dermatoloog 2	15-10
Gemiddeld aantal behandelingen	14

Tabel 2: Aantal behandelingen per week