



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg,  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

2024007513

Datum 23 april 2024  
Betreft Aanbieding Verbetersignalement Zinnige Zorg Reumatoïde Artritis

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg  
Medisch-specialistische Zorg

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**  
mw. I. van Hoogstraten  
T +31612414311

**Onze referentie**  
2024007513

Geachte mevrouw Dijkstra,

Hierbij ontvangt u het *Zinnige Zorg Verbetersignalement Reumatoïde Artritis*. Dit is opgesteld samen met de betrokken organisaties van zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars in het kader van het programma Zinnige Zorg. Het rapport is gebaseerd op systematisch onderzoek naar de toepassing in de praktijk van zorg in het verzekerde pakket. De verbeterafspraken worden onderschreven door de partijen in het veld. Zij zijn al gestart met het uitvoeren van de verbeterafspraken.

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte. Het lichaam maakt antistoffen aan tegen structuren van het eigen lichaam, waardoor ontstekingsreacties in gewrichten ontstaan. RA treft vooral de kleine gewrichten van de handen, polsen en voeten. Ook in structuren rond de gewrichten kunnen ontstekingen voorkomen, zoals in peesscheden en slijmbeurzen. Deze ontstekingen kunnen leiden tot schade van het kraakbeen in het gewricht en het onderliggende bot. In 2021 waren er bijna 270.000 personen met RA. De zorguitgaven voor reumatoïde bedroegen in 2019 € 292 miljoen. We hebben onderzocht of de zorg voor mensen met RA aansluit op de richtlijnen en literatuur. Daaruit blijkt dat verbeteringen mogelijk zijn.

De implementatie van de verbeterafspraken leiden tot meer passende zorg. De afspraken gaan over het zinnig inzetten van diagnostische tests, zoals het achterwege laten van reumaserologie in de eerste lijn en aanbevelingen voor röntgenfoto's van handen en voeten in de tweede lijn. Er zijn verbeterafspraken over het herzien van aanbevelingen in de richtlijnen over biologicals en JAK-remmers. Het is mogelijk om meer rekening te houden met de prijs van deze dure geneesmiddelen zonder verlies voor de patiënt van werkzaamheid, kwaliteit of veiligheid. Verder zijn er afspraken over afstemming in de keten bij cardiovasculair risicomangement en over het bevorderen van vaccinatie ter voorkoming van pneumokokkenziekte. Tot slot zijn er verbeterafspraken opgenomen over duidelijke en goed vindbare patiënteninformatie over verschillende onderwerpen die samenhangen met RA.

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de verbeterafspraken. Hoofdstuk 7 van het verbetersignalement bevat een gedetailleerdere uitwerking.

## Verbeterafspraken en verantwoordelijken

Onderwerpen	Verantwoordelijken
Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn	NHG, ZN, RZN, ReumaNL
Verbeter in de richtlijn de aanbevelingen voor röntgenfoto's van de handen en voeten	NVR
Herzie de aanbevelingen voor biologicals en JAK-remmers	NVR, ZN
Verbeter het cardiovasculair risicomangement bij reumatoïde artritis	NHG, NVR, V&VN, RZN, ReumaNL
Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie	NHG, NVR, V&VN, RZN, ReumaNL
Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten	NHG, NVR, V&VN, RZN, ReumaNL

Zorginstituut Nederland  
Zorg  
Medisch-specialistische Zorg

**Datum**  
23 april 2024

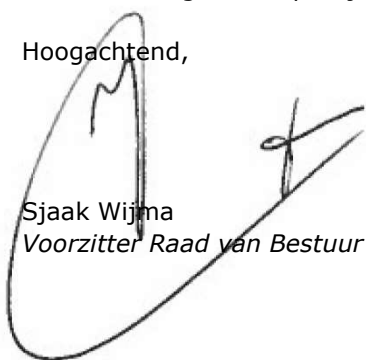
**Onze referentie**  
2024007513

Als vervolgstappen gaan we het volgende doen:

- De betrokken partijen nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de verbeterafspraken te implementeren. Het realiseren van de verbeterpunten uit het verbeter signalement is aan de partijen in de zorg. Dit is in lijn met de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgstelsel.
- Het Zorginstituut heeft een verbindende en stimulerende rol. In de volgende fase van dit proces, de implementatiefase, ondersteunen wij partijen bij het organiseren van bijeenkomsten om ervaringen en *good practices* te delen, bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie te bespreken. Alle relevante partijen zijn daarbij betrokken.
- Het Zorginstituut heeft tenslotte een monitorende rol en zal het uitvoeren van de verbeterafspraken volgen en terugkoppelen aan de partijen. Jaarlijks rapporteren we over de voortgang aan de minister van VWS. In 2026 onderzoeken we in hoeverre de verbeteracties zijn opgepakt. In 2028 evalueren we wat de impact van de verbeteracties is.

Met dit verbeter signalement en genoemde vervolgstappen maken de betrokken partijen een beweging naar meer passende zorg voor patiënten met RA. Vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg volgt het Zorginstituut deze ontwikkeling met belangstelling en vertrouwen in de samenwerking tussen partijen.

Hoogachtend,

  
Sjaak Wijma  
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

# Verbetersignalement **Reumatoïde artritis**

## Passende zorg verbetertraject

April 2024

| Van goede zorg verzekerd |

# Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	7
<b>1 Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn</b>	<b>10</b>
1.1 Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aanvragen van reumaserologie in de eerste lijn	11
1.2 Pas de patiënteninformatie aan over aanvullend onderzoek in de eerste lijn	12
1.3 Verwachte resultaten	12
<b>2 Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn</b>	<b>14</b>
2.1 Pas de richtlijn aan: verbeter de indicaties voor het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten in de diagnostische fase	14
2.2 Pas de richtlijn aan: neem een aanbeveling op over het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten tijdens de follow-up	16
2.3 Verwachte resultaten	16
<b>3 Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers</b>	<b>17</b>
3.1 Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op prijs	18
3.2 Herzie de richtlijn: neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers	20
3.3 Betrek de prijs bij het kiezen van een b/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens	21
3.4 Verwachte resultaten	22
<b>4 Verbeter het cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis</b>	<b>23</b>
4.1 Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verricht CVRM bij patiënten met RA	24
4.2 Verbeter de toepassing van de richtlijn: verwijst de patiënt na het stellen van de diagnose naar de huisarts voor CVRM	25
4.3 Verbeter de toepassing van de richtlijn: vermeld de noodzaak voor CVRM in de diagnosebrief	25
4.4 Informeer patiënten over CVRM en het belang ervan	26
4.5 Verwachte resultaten	27
<b>5 Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie</b>	<b>28</b>
5.1 Update de aanbevelingen over pneumokokkenvaccinatie in de richtlijnen	29
5.2 Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA	30
5.3 Informeer patiënten over pneumokokkenvaccinatie en het belang daarvan	30
5.4 Verwachte resultaten	31
<b>6 Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten</b>	<b>32</b>
6.1 Informeer patiënten over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland en het belang daarvan	32
6.2 Informeer patiënten over nieuwe aanbevelingen voor vaccinaties	33
6.3 Verwachte resultaten	33
<b>7 Overzicht van de verbeterafspraken en vervolgstappen</b>	<b>34</b>
7.1 Overzicht van de verbeterafspraken	34
7.2 Vervolgstappen	35
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage A Werkwijze Zinnige Zorg	36
Bijlage B Overzicht betrokken partijen	38
Bijlage C Aanvullende informatie over reumatoïde artritis	39
Bijlage D Overzicht richtlijnen, standpunten en standaarden van de beroepsgroepen	41
Bijlage E Aanbevelingen in richtlijnen die betrekking hebben op de verbeterafspraken	42
Bijlage F Impactanalyse	47
Bijlage G Begrippen- en afkortingenlijst	60
Bijlage H Geïdentificeerd kennishiaat	62
Bijlage I Reacties bestuurlijke consultatie	63

# Samenvatting

Samen met partijen in de zorg heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheden onderzocht voor verbeteringen in het zorgtraject voor mensen met reumatoïde artritis (RA). In dit verbeteringsrapport beschrijven we het onderzoek en de daaruit voortvloeiende afspraken en acties voor mensen met reumatoïde artritis. Reumatoïde artritis is een chronische auto-immuunziekte waarbij ontstekingsreacties in en om gewrichten ontstaan. De ontstekingsreacties leiden tot schade aan het kraakbeen in het gewricht en onderliggend bot, met als gevolg pijn en functieverlies. De behandeling door de reumatoloog is erop gericht om de gewrichtsschade te beperken. Daarvoor worden geneesmiddelen ingezet die het immuunsysteem onderdrukken. Als de ziekte in een rustige fase is, worden de geneesmiddelen zo veel mogelijk afgebouwd. Bij opvlamming van de ziekte worden de geneesmiddelen opgestart. In 2021 waren er bijna 270.000 personen met RA. De zorguitgaven voor reumatoïde bedroegen in 2019 € 292 miljoen.

In het kader van het programma 'Zinnige Zorg' heeft het Zorginstituut het zorgtraject van reumatoïde artritis doorgelicht. Dit hebben we gedaan in samenwerking met betrokken organisaties van patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We concluderen dat op vele onderdelen van het zorgtraject sprake is van zinnige zorg. Op sommige punten in het zorgtraject zijn verbeteringen wenselijk en te realiseren door richtlijnen te ontwikkelen, richtlijnen beter de volgen en de voorwaarden daarvoor te verbeteren.

## Afspraken met partijen over verbeteringen

Samen met betrokken partijen zijn we tot de volgende verbeterafspraken gekomen die de zorg voor patiënten met reumatoïde artritis zinniger maken.

### Diagnose

#### 1. Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn

Als huisartsen vermoeden dat een patiënt RA heeft, vragen ze soms de bepaling van reumaserologie aan. Maar bij een vermoeden van RA bevelen de richtlijnen van de beroepsgroepen laboratoriumbepalingen in de eerste lijn niet aan. De bepaling van reumaserologie toont RA namelijk onvoldoende aan of sluit het onvoldoende uit. Dit kan voor patiënten leiden tot vertraging in de verwijzing naar de reumatoloog, het stellen van de diagnose en het starten van de behandeling. Als de huisarts RA vermoedt, is dat voldoende om patiënten zo snel mogelijk naar de reumatoloog te verwijzen. De reumatoloog stelt de diagnose en kan dan zo snel mogelijk starten met de behandeling.

#### 2. Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn

De indicaties voor het maken van röntgenfoto's in de diagnostische fase en tijdens de follow-up zijn niet helder. Er is veel variatie en de huidige praktijk wijkt af van de richtlijn. Uit dataonderzoek van het Zorginstituut blijkt dat röntgenfoto's in de vroege fase van RA niet zinvol zijn. Indicaties voor het maken van röntgenfoto's tijdens de follow-up zijn niet vastgelegd in de richtlijnen. De verbeterafspraken gaan over het in de richtlijn opnemen van de juiste indicaties voor röntgenfoto's.

### Behandeling

#### 3. Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers

Biologicals en JAK-remmers zijn een belangrijke aanvulling op de traditionele geneesmiddelen (zoals methotrexaat) bij de behandeling van RA. De ontwikkelingen van deze dure geneesmiddelen gaan snel. Reumatologen hebben veel gedaan om deze geneesmiddelen prijsbewust in te zetten. Toch is het mogelijk om meer rekening te houden met de prijs van deze dure geneesmiddelen zonder verlies van werkzaamheid, kwaliteit of veiligheid. De verbeterafspraken zijn erop gericht om de prijs nog meer te betrekken bij het kiezen van het voor te schrijven geneesmiddel. En om nog vaker te kiezen voor biologicals waarvoor biosimilars op de markt zijn, zeker bij mensen met RA die starten met dure geneesmiddelen. Ook bij vrouwen die zwanger zijn of dat graag willen worden kan prijsbewust een biological gekozen worden. Daarnaast is recent gebleken dat mensen die JAK-remmers gebruiken een verhoogd risico hebben op ziekten als kanker, hart- en vaatziekten en ernstige infecties. Daarom is in de richtlijn verduidelijking nodig van wanneer en bij wie deze middelen ingezet kunnen worden.

## Preventie

### 4. Verbeter het cardiovasculair risicomanagement bij RA

Mensen met RA hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Door cardiovasculair risicomanagement (CVRM) kunnen mensen met een verhoogd risico hun persoonlijke risico verlagen. Meer dan een derde van de RA-patiënten geeft aan dat bij hen geen CVRM heeft plaatsgevonden. Door het nakomen van aanbevelingen in de richtlijnen over verwijzing en communicatie, en door het verbeteren van de informatie zal het aantal mensen met RA dat CVRM krijgt toenemen.

### 5. Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie

Verschuillende richtlijnen geven adviezen over pneumokokkenvaccinatie. Maar die aanbevelingen over vaccinatie zijn niet op elkaar afgestemd en zijn niet eenduidig. Het is ook niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van mensen met RA. Het updaten van de aanbevelingen en het verbeteren van de informatie zal ertoe bijdragen dat meer mensen met RA gevaccineerd worden om pneumokokkenziekte te voorkomen.

### 6. Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten

Mensen met RA die geneesmiddelen gebruiken die het immuunsysteem onderdrukken zijn extra vatbaar voor infectieziekten. Niet iedereen met RA is zich bewust van dit verhoogde risico. Vaccinatie en bescherming tijdens buitenlandse reizen helpen om infectieziekten te voorkomen. De verbeterafspraken gaan over het verstrekken van informatie en het actueel houden van de aanbevelingen over vaccinaties.

## Verwachte resultaten voor patiënten

We verwachten de volgende opbrengsten van de verbeterafspraken voor patiënten:

- Patiënten krijgen sneller toegang tot goede zorg als de huisarts geen reumaserologie aanvraagt en patiënten tijdig doorstuurt naar de reumatoloog. Hoe eerder de reumatoloog de diagnose kan stellen, hoe eerder de patiënt met de behandeling kan beginnen. Dat vermindert de klachten van de patiënt in een vroeg stadium van de ziekte.
- Voor patiënten neemt de blootstelling aan röntgenstraling af als er duidelijke aanbevelingen over röntgenfoto's zijn. Ook bevordert dit dat patiënten met RA overal in Nederland dezelfde zorg aangeboden krijgen.
- De kans dat patiënten moeten switchen van geneesmiddelen neemt af door al bij de start van de behandeling rekening te houden met de prijs van het geneesmiddel.
- Patiënten ervaren minder bijwerkingen en negatieve gevolgen door aanscherping van de aanbevelingen over JAK-remmers.
- De gezondheid van patiënten verbetert, doordat meer mensen gescreend worden op het risico op hart- en vaatziekten en hierover actuele informatie krijgen. Zo nodig kunnen zij tijdig starten met een leefstijlinterventie of medicijnen.
- Patiënten met RA zijn optimaal beschermd tegen pneumokokkenziekte als zorgverleners de afspraken over vaccinatie met elkaar afstemmen.
- Patiënten zijn goed geïnformeerd over eventuele risico's van infectieziekten en kunnen preventieve maatregelen nemen.

## Verwachte gevolgen voor de zorgkosten

Van twee verbeterafspraken hebben we berekend wat de invloed is op de zorgkosten:

1. Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn (hoofdstuk 1);
2. Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers (hoofdstuk 3).

Door deze twee verbeterafspraken na te komen dalen de zorgkosten jaarlijks naar schatting met € 6,5 miljoen. Door de eerste verbeterafpraak is het mogelijk dat er meer verwijzingen naar de reumatoloog komen. De omvang van die toename is onbekend; daarvan kunnen we geen kosten berekenen. Van de overige verbeterafspraken kunnen we de gevolgen voor de zorgkosten niet berekenen. Bij die afspraken is aangegeven wat de financiële gevolgen zijn voor de individuele patiënt.

### **Implementatie, monitoring en evaluatie**

Het nakomen van de verbeterafspraken en acties is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken partijen. Het Zorginstituut zal de voortgang volgen en waar mogelijk de implementatie ondersteunen en faciliteren. Jaarlijks rapporteert het Zorginstituut over de voortgang aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In 2026 onderzoekt het Zorginstituut in hoeverre de verbeteracties zijn opgepakt. In 2028 evalueren we wat de impact van de verbeteracties op de geleverde zorg in de praktijk is.

## Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte. Het lichaam maakt antistoffen aan tegen structuren van het eigen lichaam. Daardoor ontstaan ontstekingsreacties in gewrichten. RA treft vooral de kleine gewrichten van de handen, polsen en voeten.

## Hoe maken we de zorg voor mensen met reumatoïde artritis beter?

### Samenwerken met partijen uit het veld



Patiënten

ReumaNL en RZN



Zorgprofessionals

NHG, NVR, V&VN, VRA, NVZA, NVAB, Nerass, NHPR, KNGF en WoCM



Zorgverzekeraars

ZN



Zorginstituut Nederland

Ondersteunt partijen

### Afspraken met partijen over verbeteringen

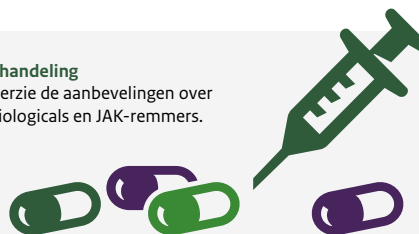
#### Diagnose

- Doe geen onnodig bloedonderzoek (reumaserologie) bij de huisarts.
- Verbeter in de richtlijn de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten.



#### Behandeling

- Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers.



#### Preventie

- Verbeter cardiovasculair risicomanagement bij RA. Dit zijn controles op het risico op hart- en vaatziekten.



- Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie.



- Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten.



### Wat gaan patiënten van de verbeteringen merken?



Sneller passende zorg als de huisarts geen reumaserologie aanvraagt en de patiënt verwijst naar de reumatoloog bij het vermoeden van RA.



Door duidelijke aanbevelingen over röntgenfoto's minder blootstelling aan röntgenstraling en bevorderen van gelijke RA-zorg overal in Nederland.



Minder kans op switchen tussen medicijnen door vanaf de start van de behandeling rekening te houden met de prijs.



Minder bijwerkingen en negatieve gevolgen door aangescherpte aanbevelingen voor JAK-remmers.



Door verbeterde screening op het risico op hart- en vaatziekten tijdig preventieve maatregelen om erger te voorkomen.



Maximale bescherming tegen pneumokokkenziekte als zorgverleners duidelijke afspraken hebben over vaccinatie en die nakomen.



# Inleiding

Met dit verbeteringsignalement zet Zorginstituut Nederland in op meer passende zorg voor volwassenen met reumatoïde artritis. Op basis van een systematische doorlichting van het zorgtraject volgens de methodiek van Zinnige Zorg (zie bijlage A voor een toelichting op de werkwijze) stellen we vast welke mogelijkheden er zijn om zorg voor volwassenen met reumatoïde artritis te verbeteren. De verbeterafspraken in dit verbeteringsignalement betreffen meerdere elementen van passende zorg. Passende zorg is waardegedreven, wordt verstrekt door de juiste zorgprofessional, komt samen met en rondom de patiënt tot stand en richt zich ook op het voorkomen van ziekte. In de implementatiefase zullen we daarom spreken van Passende zorg verbetertraject Reumatoïde artritis. In dit verbeteringsignalement beschrijven we de resultaten van de verdiepingsfase van het Zinnige Zorg-project.

Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg de kwaliteit van zorg voor patiënten verbeteren. Het Zorginstituut beoordeelt daarom of de diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Het programma omvat verschillende projecten. In elk project lichten we een bepaald aandoeningsgebied systematisch door. Hierbij gaan we uit van de indeling van aandoeningen volgens de *World Health Organization International Classification of Diseases*, versie 10 (ICD-10) uit 2016.<sup>1</sup> Reumatoïde artritis is opgenomen in hoofdstuk 13.

## *Screeningsfase Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel*

In oktober 2019 publiceerde het Zorginstituut het screeningsrapport *Systematische analyse Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel*.<sup>2</sup> Samen met partijen is toen gekozen om een verdiepingsonderzoek naar het zorgtraject reumatoïde artritis (RA) uit te voeren. In de screening kwamen onder andere aanwijzingen naar voren dat de herkenning van RA in de eerste lijn en de doorverwijzing naar de tweede lijn mogelijk beter kunnen. Ook waren er aanwijzingen dat patiënten meer betrokken kunnen worden bij hun behandeling, dat de implementatie van cardiovasculair risicomanagement beter kan worden en dat de inzet van dure geneesmiddelen mogelijk verminderd kan worden.

## *Verdiepend onderzoek naar de zorg bij RA*

Als vervolg op het screeningsrapport heeft het Zorginstituut in de verdiepingsfase de verwachte verbetermogelijkheden verder onderzocht en onderbouwd. Dit verbeteringsignalement gaat over de uitkomsten van de verdiepende onderzoeken. Kern van de verdiepingsfase is dat we opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschappelijke literatuur vergelijken met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk (zie figuur 1). Op deze wijze worden verschillen zichtbaar. Onderliggende onderzoeksrapporten bij dit verbeteringsignalement zijn separaat beschikbaar op de website van het Zorginstituut. Een beschrijving van het zorgtraject vindt u in bijlage C.

Dit verbeteringsignalement bevat geen aanbevelingen opgenomen over fysiotherapie en oefentherapie bij RA. Op dit moment onderzoekt het Zorginstituut samen met partijen in de zorg of de toegankelijkheid van fysio- en oefentherapie kan worden verbeterd. Hierbij bekijken we welke onderdelen van fysio- en oefentherapie onder welke voorwaarden mogelijk vergoed kunnen worden uit het basispakket van de zorgverzekering om zoveel mogelijk bij te dragen aan passende zorg in Nederland.

We hebben voor dit verbeteringsignalement nauw samengewerkt met de partijen die betrokken zijn bij het zorgtraject RA. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorgorganisaties en zorgverzekeraars. Een overzicht van deze partijen vindt u in bijlage B. Een klankbordgroep, bestaande uit leden van eerdergenoemde partijen, heeft meerdere malen meegedacht. Onder meer bij het opstellen van onderzoeksvragen en bij de interpretatie van onderzoeksresultaten. Voorafgaand aan de publicatie van het verbeteringsignalement zijn partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

<sup>1</sup> [ICD-10 Version:2016 \(who.int\)](https://www.who.int/standards/classifications/icd-10).

<sup>2</sup> [Zinnige Zorg - Rapport screeningsfase Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

Figuur 1 | De kern van het onderzoek binnen de verdiepingsfase van Zinnige Zorg



Het Zorginstituut heeft een deel van het onderzoek zelf uitgevoerd, namelijk:

- zorggebruik op basis van declaratiedata;<sup>3</sup>
- inzet biologicals en JAK-remmers op basis van declaratiedata.<sup>4</sup>

Het zorggebruik in de eerste en tweede lijn is in opdracht van het Zorginstituut door verschillende externe partijen onderzocht:

- zorggebruik in de eerste lijn;<sup>5</sup>
- zorggebruik in de tweede lijn (door de Sint Maartenskliniek i.s.m. IQ Healthcare).<sup>6</sup>

Uit de onderzoeken bleek dat de zorg voor patiënten met RA op verschillende onderdelen goed gaat. Maar ook bleken er mogelijkheden voor verbetering te zijn. In dit verbeteringsignaleмент beschrijven we alleen de onderzoeksresultaten die tot concrete verbetermogelijkheden leiden voor de zorg voor patiënten met RA. Daarnaast geven we kennishiaten aan die tijdens het verdiepingsonderzoek zijn aangetroffen. Op basis van de afspraken over de verbetermogelijkheden hebben we een zogeheten impactanalyse gedaan. De conclusies hiervan zijn als bijlage F opgenomen in dit verbeteringsignaleмент.

#### Leeswijzer

In dit verbeteringsignaleмент beschrijven we voor een aantal onderdelen van het RA-zorgtraject de verbetermogelijkheden die volgen uit de uitkomsten van het verdiepingsonderzoek. Ieder hoofdstuk begint met een korte inleiding. De paragrafen beschrijven verbeterafspraken. De subparagrafen bevatten de onderbouwing van de verbeterafspraken. Een subparagraaf kan bijvoorbeeld de aanbevelingen van de bestaande richtlijnen bevatten of de conclusies uit dataonderzoek of wetenschappelijke literatuur. In sommige subparagrafen zijn mogelijke verbeteracties beschreven, dit zijn uitwerkingen van verbeterafspraken. In de laatste paragraaf van ieder hoofdstuk beschrijven we de verwachte resultaten van iedere verbeteractie.

In hoofdstuk 1 beschrijven we verbeterafspraken over het bepalen van reumaserologie in de eerste lijn in de diagnostische fase. De daaruit volgende verbeteracties gaan over het passend en in overeenstemming met de richtlijn inzetten van reumaserologie. Hoofdstuk 2 gaat over verbeterafspraken over het aanpassen van de richtlijn 'Diagnostiek reumatoïde artritis'. Deze verbeterafspraken hebben als doel om duidelijkheid te verschaffen over het wel of niet maken van röntgenfoto's in de diagnostische fase en tijdens de follow-up. Hoofdstuk 3 gaat over het gebruik van biologicals en JAK-remmers. De verbeterafspraken in dit hoofdstuk gaan over het passend inzetten van deze geneesmiddelen. In hoofdstuk 4 bespreken we het cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Mensen met RA hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De verbeterafspraken uit dit hoofdstuk zijn erop gericht dat alle mensen met RA CVRM aangeboden krijgen om hart- en vaatziekten te voorkomen. En om mensen goed te informeren over CVRM en het belang daarvan. Hoofdstuk 5 gaat over het vaccineren tegen pneumokokkenziekte. Het doel van de verbeterafspraken is te verduidelijken welke RA-patiënten met een risico op pneumokokkenziekte gevaccineerd moeten worden, op welk moment, met welke vaccins en wie daarvoor verantwoordelijk is. Eenduidige actuele informatie voor patiënten over pneumokokkenvaccinatie is daarbij belangrijk. Hoofdstuk 6 gaat over patiënteninformatie.

<sup>3</sup> [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>4</sup> [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>5</sup> [1004041\\_o.pdf \(nivel.nl\).](#)

<sup>6</sup> [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)

Er is eenduidige en actuele informatie nodig over het voorkomen van infectieziekten en bescherming tegen infectieziekten tijdens reizen naar het buitenland. We sluiten het verbeter signalement af met hoofdstuk 7. Dit hoofdstuk bevat een overzicht van de verbeterafspraken, uitgesplitst naar mogelijke verbeteracties om de afspraken uit te voeren. We beschrijven ook hoe het Zorginstituut de voortgang gaat volgen.

De bijlagen bevatten de impactanalyse, aanvullende informatie over dit Zinnige Zorg-traject en de aanpak reumatoïde artritis, een overzicht van richtlijnen, standpunten en standaarden, een lijst met stakeholders en een begrippenlijst. Bijlage D bevat een overzicht van de richtlijnen die betrekking hebben op de verbeterafspraken. In dit overzicht vindt u een link naar de website waarop u de richtlijn kunt raadplegen. In bijlage H is een kennishiaat opgenomen. Een Zinnige Zorg-traject is namelijk niet bedoeld voor het onderzoeken van kennishiaten. Maar we kunnen ze wel onder de aandacht brengen door ze te benoemen en op te nemen in dit verbeter signalement.

# 1 Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn

**In dit hoofdstuk gaan we in op het aanvragen van reumaserologie door de huisarts. We hebben uitgewerkt waarom het geen zin heeft om in de eerste lijn bij een vermoeden van RA reumaserologie aan te vragen. We beschrijven welke verbeterafspraken en verbeteracties nodig zijn en wat de verwachte resultaten daarvan zijn. Passende zorg voor mensen waarbij een verdenking van RA bestaat is deze te verwijzen naar de reumatoloog.**

Tijdens de screeningsfase van dit Zinnige Zorg-traject<sup>7</sup> en in gesprekken met stakeholders is aangegeven dat de indruk bestaat dat bij verdenking op RA (onnodig) laboratoriumonderzoek in de eerste lijn plaatsvindt, terwijl de richtlijnen dit niet aanbevelen. Er zijn geen aanwijzingen dat de richtlijnen gewijzigd moeten worden.

Het vroeg stellen van de diagnose reumatoïde artritis (RA) is van groot belang voor patiënten. De behandeling kan dan zo snel mogelijk starten. Het vroeg in het ziekteproces onderdrukken van gewrichtsontstekingen is essentieel voor een goede prognose (NHG-Standaard 'Artritis'). Voor diagnostiek en het zo nodig snel starten met de behandeling is verwijzing naar de reumatoloog noodzakelijk. De reumatoloog stelt vervolgens de diagnose op basis van het klinisch beeld in combinatie met gericht gekozen aanvullend onderzoek. Het bepalen van reumaserologie in de eerste lijn is geen goede manier om zekerheid te verkrijgen over de diagnose RA omdat RA hiermee onvoldoende kan worden aangetoond of uitgesloten. Bij een negatieve uitslag van reumaserologie in de eerste lijn wordt de diagnose RA soms onterecht verworpen of onwaarschijnlijk geacht. Hierdoor kan het stellen van de diagnose vertraging oplopen.

Bij de huisarts komen patiënten met allerlei gewrichtsklachten. Op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek maakt de huisarts onderscheid tussen inflammatoire gewrichtsklachten verdacht voor RA en gewrichtsklachten op basis van andere oorzaken. Als de huisarts een vermoeden heeft van RA, is dat voldoende om patiënten zo snel mogelijk te verwijzen naar de reumatoloog. Voor het uitsluiten van andere oorzaken van de gewrichtsklachten kan in enkele situaties screenend bloedonderzoek op zijn plaats zijn. In de NHG-Standaard 'Artritis' zijn de aanbevelingen over aanvullend onderzoek bij gewrichtsklachten opgenomen.<sup>8</sup>

De aanbevelingen over laboratoriumonderzoek bij een vermoeden van RA in de eerste lijn zijn in kaart gebracht. Het Nivel heeft de toepassing van deze aanbevelingen in de praktijk onderzocht.<sup>9</sup> Uit de onderzoeksresultaten kwamen twee mogelijkheden voor verbetering naar voren, die tot twee verbeterafspraken hebben geleid.

1. Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aanvragen van reumaserologie in de eerste lijn.
2. Pas de patiënteninformatie aan over aanvullend onderzoek in de eerste lijn.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeterafspraken uit. Daarna geven we in de laatste paragraaf aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

## Reumaserologie

Reumaserologie omvat de volgende laboratoriumbepalingen: reumafactoren (Rf) en antistoffen tegen cyclische, gecitrullineerde peptiden (anti-CCP-antistoffen, ook wel ACPA genoemd).

## Algemene serologie

De laboratoriumbepalingen C-reactief proteïne (CRP) en bezinkingssnelheid erythrocyten (BSE) zijn onderdeel van algemene serologie.

<sup>7</sup> Zinnige Zorg - Rapport screeningsfase Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel | Rapport | Zorginstituut Nederland.

<sup>8</sup> Artritis | NHG-Richtlijnen.

<sup>9</sup> 1004041\_o.pdf (nivel.nl).

## 1.1 Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aanvragen van reumaserologie in de eerste lijn

De aanbevelingen van de NHG-Standaard 'Artritis', de LESA-laboratoriumdiagnostiek artritis, de 'beter-niet-doen-lijst' van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en het Zinnige diagnostiek-advies van laboratoriums specialisten 'Laboratoriumdiagnostiek bij gewrichtsklachten en verdenking Reumatoïde Artritis' adviseren om bij een vermoeden van RA in de eerste lijn geen laboratoriumonderzoek aan te vragen. Zij adviseren dit omdat het bepalen van Rf en/of ACPA, CRP en BSE de aandoening onvoldoende uitsluit of aantoonst.

1. Rf komen ook bij andere ziekten en bij gezonde mensen voor.
2. CRP/BSE zijn algemene markers voor ontsteking.
3. Een deel van de RA-patiënten hebben geen Rf en ACPA.
4. ACPA kunnen soms al vele jaren voor de manifestatie van RA meetbaar zijn.

Het onderzoek van het Nivel laat zien dat reumaserologie in de eerste lijn bij een deel van de patiënten toch bepaald wordt. Wij concluderen dat de zorg voor patiënten met (mogelijke) RA verbetert, als in de eerste lijn de richtlijnen gevolgd worden en geen reumaserologie wordt aangevraagd. Het voorkomt onnodig gebruik van middelen. En het bevordert het tijdig doorverwijzen van patiënten naar de reumatoloog.

### 1.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen

Onderstaande richtlijnen en documenten met samenwerkingsafspraken bevatten aanbevelingen over het bepalen van reumaserologie in de eerste lijn:

- NHG-Standaard 'Artritis';
- de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) 'Laboratoriumdiagnostiek Artritis';<sup>10</sup>
- de 'beter-niet-doen-lijst' van het NHG;<sup>11</sup>
- Zinnige Diagnostiek - Laboratoriumdiagnostiek bij gewrichtsklachten en verdenking Reumatoïde Artritis.<sup>12</sup>

De kwaliteitsdocumenten zijn eenduidig over aanbevelingen over reumaserologie: doe geen RA-specifiek laboratoriumonderzoek bij klinische verdenking op RA binnen de huisartsenpraktijk. Zie ook bijlage E.

### 1.1.2 Gegevens over reumaserologie in de eerste lijn

Het Nivel heeft onderzocht hoe vaak reumaserologie (Rf en ACPA) wordt bepaald bij mensen met een vermoeden op RA. Bij 22,6 procent van de mensen bij wie uiteindelijk de diagnose RA wordt vastgesteld is in de eerste lijn aanvullend laboratoriumonderzoek uitgevoerd (zie tabel 1). Als patiënten al langer bekend zijn met RA, worden de testen ingezet bij minder dan 1 procent van de patiënten. Bij patiënten bij wie de diagnose RA (L88) uiteindelijk niet wordt vastgesteld, is bij 0,4 procent reumaserologie bepaald. Dit percentage lijkt klein, maar vertaald naar 17,6 miljoen Nederlanders wordt bij ongeveer 70.000 mensen onnodig reumaserologie bepaald.

Tabel 1 | Verrichte reumadiagnostiek bij patiënten met en zonder een geregistreerde diagnose L88 in de huisartsenpraktijk

	Alle patiënten (niet L88)	Reumatoïde artritis (L88)	
		Incident <sup>10</sup>	Prevalent <sup>11</sup>
N totaal	1.003.696	775	14.904
% geen test	99,5%	77,4%	99,0%
% reumafactor	0,4%	18,0%	0,8%
% 1 test reumafactor	0,4%	16,1%	0,8%
% 2 of meer testen reumafactor	0,02%	1,9%	*
% ACPA#	0,4%	19,8%	0,8%
% 1 test ACPA	0,4%	17,9%	0,8%
% 2 of meer testen ACPA	0,03%	1,9%	*

Bron: Nivel, Huisartsenzorg aan patiënten met RA

\* Aantallen zijn te klein om weer te geven (< 10)

# Anti-CCP-antistoffen

<sup>10</sup> [Laboratoriumdiagnostiek | NHG-Richtlijnen.](#)

<sup>11</sup> [Huisartsen presenteren 'beter-niet-doen' lijst | NTVG.](#)

<sup>12</sup> [ZD-RA-antiCCP-def.pdf \(nvkc.nl\).](#)

### 1.1.3 Mogelijke verbeteracties

- **Betrek laboratoriumspecialisten bij het toepassen van de aanbevelingen**

Reumaserologie voor de eerste lijn wordt uitgevoerd in laboratoria onder leiding van klinisch chemici of medisch immunologen. De aanbevelingen van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC) en het College van Medisch Immunologen (CMI) zijn duidelijk: doe geen reumaserologie in de eerste lijn. Een mogelijke verbeteractie is het betrekken van deze laboratoriums-specialisten bij het toepassen van de aanbevelingen over reumaserologie in de eerste lijn. Afspraken tussen laboratoria en aanvragers kunnen onnodige bepalingen van reumaserologie voorkomen. Scholing over zinnige diagnostiek kan de kennis bij huisartsen vergroten.

- **Verwijder de aanvraag van ACPA- en Rf-bepaling bij verdenking op RA uit het probleemgestuurd laboratoriumformulier (eerste lijn)**

Voor het aanvragen van laboratoriumonderzoek wordt in een deel van de huisartspraktijken gebruik-gemaakt van zogenaamde probleemgestuurde formulieren. Op dit formulier worden op grond van een (vermeend) ziektebeeld suggesties gedaan voor laboratoriumonderzoek. Als huisartsen via zo'n aanvraag-formulier de suggestie krijgen om bepaalde onderzoeken aan te vragen bij een vermoeden van reumatoïde artritis, kan dit de aanleiding zijn van onnodig laboratoriumonderzoek. Onnodige aanvragen zijn te voor-komen door de bij RA voorgestelde bepalingen van dit formulier te verwijderen.

### 1.2 Pas de patiënteninformatie aan over aanvullend onderzoek in de eerste lijn

De patiënteninformatie over het bepalen van reumaserologie in de eerste lijn is niet in lijn met de aan-bevelingen in de richtlijnen. Aanpassing van de informatie op de website [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) en van de tekst op de website van [Reuma.nl](http://Reuma.nl) is nodig. Patiënten willen graag antwoord op vragen die ze hebben. Goede informatie over de zin van aanvullend onderzoek in de eerste lijn is voor patiënten van belang.

#### 1.2.1 Beschikbare informatie op websites

##### **Thuisarts.nl**

Op de website [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl)<sup>13</sup> staat niets over aanvullend laboratoriumonderzoek. Dit is op zich in over-eenstemming met de aanbevelingen in de NHG-Standaard 'Artritis'. Er staat wel dat het belangrijk is om bij RA zo snel mogelijk te starten met een behandeling: "Hoe eerder de behandeling begint, hoe beter." Om patiën-ten duidelijkheid te geven en vragen te voorkomen kan hier worden toegevoegd dat reumaserologie in de eerste lijn geen zin heeft. Bij een gerede verdenking op RA is een snelle verwijzing naar de reumatoloog het belangrijkste. Daar volgt dan uitgebreid laboratoriumonderzoek.

##### **Reuma.nl**

Op de website van Reuma Nederland<sup>14</sup> staat: "Je huisarts laat soms bloedonderzoek doen of röntgenfoto's maken. Daarmee kan hij meestal de oorzaak van je klachten vaststellen en je verder behandelen."

De informatie van Reuma Nederland over bloedonderzoek en röntgenfoto's op aanvraag van de huisarts is niet in overeenstemming met de NHG-Standaard 'Artritis' en wekt de suggestie dat aanvullend onderzoek bij een vermoeden van RA zinvol is. Aanpassing van de patiënteninformatie voorkomt onduidelijkheid voor patiënten en onnodig onderzoek.

### 1.3 Verwachte resultaten

Als huisartsen geen reumaserologie aanvragen bij het vermoeden van RA, wordt geen onnodig onderzoek gedaan en wordt voorkomen dat patiënten onterecht niet verwezen worden of te laat verwezen worden. Voor patiënten met RA betekent dit dat zij tijdig toegang krijgen tot goede zorg. Als door de reumatoloog RA wordt vastgesteld, kan de patiënt zo snel mogelijk starten met de behandeling en verminderen de klachten van de patiënt in een vroeg stadium van de ziekte.

Correcte uitvoering van de aanbevelingen in de NHG-Standaard 'Artritis' en goede patiënteninformatie over de beperkte zin van aanvullend laboratoriumonderzoek (reumaserologie) zal huisartsen en patiënten helpen bij het omgaan met de twijfel over de verdenking op RA. Het kan betekenen dat huisartsen bij twijfel

<sup>13</sup> Ik wil weten of ik reumatoïde artritis heb | [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl).

<sup>14</sup> [Reuma.nl](http://Reuma.nl).

patiënten eerder naar de tweede lijn verwijzen. Een vermoeden van RA op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek zijn voldoende aanleiding om patiënten te verwijzen naar de tweede lijn. Reumatologen onderstrepen het belang van vroege verwijzing naar de tweede lijn bij het vermoeden van RA.

We berekenen in de impactanalyse (Bijlage F) de besparing van het achterwege laten van reumaserologie in de eerste lijn. Dit levert een maximale besparing van € 4,8 miljoen op. De hoogte van een eventuele toename van het aantal verwijzingen kunnen we niet bepalen.

## 2 Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn

**In dit hoofdstuk gaan we in op passende zorg bij het maken van röntgenfoto's van handen en voeten om de diagnose reumatoïde artritis te stellen. Dit gebeurt in de praktijk niet altijd of niet overal op dezelfde manier, omdat informatie daarover ontbreekt in medische richtlijnen. We laten zien hoe we dit hebben onderzocht. Daarna beschrijven we welke verbeterafspraken en verbeteracties daaruit zijn voortgekomen en wat de verwachte resultaten daarvan zijn.**

Aanbevelingen over het maken van röntgenfoto's staan in de richtlijn Diagnostiek van Reumatoïde Artritis<sup>15</sup> uit 2016. Deze richtlijn is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) in samenwerking met het NHG. De richtlijn beveelt aan om röntgenfoto's te maken van de handen (met ook polsen zichtbaar) en de voeten bij een artritispatiënt met een verdenking van RA. Afgevaardigden van betrokken partijen geven aan dat er variatie is en dat de huidige praktijk afwijkt van de richtlijn. Het maken van röntgenfoto's tijdens de follow-up is niet vastgelegd in richtlijnen, maar gebeurt in de praktijk wel. Het is belangrijk dat de aanbevelingen in de richtlijn duidelijk zijn, dat ze onderbouwd worden door literatuur en in de praktijk worden toegepast. Daarmee zijn de indicaties voor röntgenfoto's duidelijk voor zorgverleners en patiënten, wat variatie voorkomt.

De signalen van de afgevaardigden en de bevindingen uit het onderzoek van de Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare<sup>16</sup> hebben geleid tot twee verbeterafspraken.

1. Pas de richtlijn aan: verbeter de indicaties voor het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten in de diagnostische fase.
2. Pas de richtlijn aan: neem een aanbeveling op over het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten tijdens de follow-up.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeterafspraken uit. In laatste paragraaf geven we de verwachte resultaten van de verbeteringen aan.

### 2.1 Pas de richtlijn aan: verbeter de indicaties voor het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten in de diagnostische fase

In de richtlijn 'Diagnostiek van Reumatoïde Artritis' (2016) staat een aanbeveling over het maken van röntgenfoto's van de handen en voeten ter bevestiging van de diagnose RA.

Uit gesprekken met afgevaardigden van de NVR, medisch experts en uit de literatuur blijkt dat de indicatie 'ter bevestiging van de diagnose' achterhaald is. De huidige zorg is gericht op het diagnosticeren van RA in een vroege fase. Dan zijn meestal nog geen radiografische afwijkingen zichtbaar.<sup>17,18</sup>

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 is het stellen van de diagnose RA in de klinische praktijk gebaseerd op de deskundigheid en expertise van de reumatoloog. Het is niet nodig om standaard röntgenfoto's van handen en voeten te maken om erosies vast te stellen ter bevestiging van de diagnose RA. Daarom moet de aanbeveling uit de richtlijn worden aangepast.

<sup>15</sup> Richtlijn Diagnostiek van Reumatoïde Artritis (nvr.nl).

<sup>16</sup> Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis (verdiepingsfase) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

<sup>17</sup> Herkenning van reumatoïde artritis | NTVG Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2902.

<sup>18</sup> Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis' | NTVG Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A944.



Afgevaardigden van de NVR geven aan dat er andere indicaties zijn voor het verrichten van röntgenfoto's van handen en voeten, bijvoorbeeld:

1. uitwerken van een differentiaaldiagnose;
2. volgen van het verloop van de ziekte;
3. voorspellen van het verloop van de ziekte.

In de genoemde richtlijn staan deze indicaties niet. Het is belangrijk om de richtlijn aan te passen en de juiste en onderbouwde aanbevelingen op te nemen voor het maken van röntgenfoto's in de diagnostische fase.

### 2.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen

De NVR-richtlijn 'Diagnostiek van Reumatoïde Artritis' bevat aanbevelingen over het maken van röntgenfoto's. De aanbeveling is om röntgenfoto's te maken bij alle patiënten met artritis verdacht voor RA, ter bevestiging van de diagnose. De aanwezigheid van erosies op een röntgenfoto bij een patiënt met ongedifferentieerde artritis vergroot de kans op de diagnose RA, maar in het ziekteproces duurt het enige tijd voordat radiografische afwijkingen zichtbaar zijn. Daarom staan in de richtlijn ook kanttekeningen over de waarde van de röntgenfoto's voor het bepalen van de diagnose RA. De andere indicaties die de reumatologen noemen staan niet in de richtlijn. De betreffende aanbevelingen in de richtlijn vindt u in bijlage E.

### 2.1.2 Dataonderzoek naar het belang van röntgenfoto's voor het vaststellen van de diagnose

Dataonderzoek in opdracht van het Zorginstituut toonde aan dat röntgenfoto's in de vroege fase van de aandoening niet zinvol zijn voor het stellen van de diagnose RA. Tegenwoordig wordt de diagnose meestal in een eerdere fase gesteld. Dan zijn vaak nog geen afwijkingen op de röntgenfoto zichtbaar.

In het kader van dit Zinnige Zorg-project Reumatoïde artritis is onderzoek gedaan naar de praktijk van verschillende onderdelen van het zorgtraject voor patiënten met RA. Dit onderzoek werd gedaan door de Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare.<sup>19</sup> Het onderzoek werd uitgevoerd in zeven Nederlandse ziekenhuizen (één academisch, twee categorale en vier algemene ziekenhuizen). Een van de onderzoeksvragen ging over het belang van röntgenfoto's voor de diagnose RA:

*“Bij hoeveel nieuwe RA-patiënten zijn er erosieve afwijkingen op röntgenfoto's van de handen en de voeten (X-handen/voeten) ten tijde van de diagnose en bij hoeveel patiënten was dit doorslaggevend voor de diagnose?”*

Bij 96 procent van de onderzochte nieuwe patiënten (n=197) werd een X-handen en X-voeten gemaakt vanaf het moment van openen van de diagnosebehandelcombinatie (dbc) tot zes maanden na de diagnose RA. Binnen deze groep werden bij ongeveer 5 procent (9 patiënten) erosieve afwijkingen passend bij RA vastgesteld. Hiervan was bij slechts één patiënt de bevinding doorslaggevend voor het vaststellen van de diagnose RA.

### 2.1.3 Literatuuronderzoek naar röntgenfoto's ter bevestiging van de diagnose RA

In de wetenschappelijke literatuur hebben we geen onderbouwing gevonden voor het maken van röntgenfoto's ter bevestiging van de diagnose RA.

L. Sizova et al. 2015<sup>20</sup> toonden aan dat de waarde van röntgenfoto's voor de diagnose RA beperkt is. Heel vroege manifestaties, zoals veranderingen in de weke delen en subtiele schade aan het bot, kunnen hiermee niet worden gevisualiseerd. Het ontwikkelen van radiografische afwijkingen, zoals peri-artculaire osteoporose, kan weken tot maanden duren. En het ontwikkelen van erosies en gewrichtsspleetversmalling, als tekenen van destructie van het bot en kraakbeen, nog veel langer.

R. Koevoets et al. 2011<sup>21</sup> hebben systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de diagnostische en voorspellende waarde van conventionele röntgenfoto's bij patiënten met ongedifferentieerde artritis (UA). Verschillende onderzoeken, bij patiënten met ongedifferentieerde artritis en gemengde populaties, tonen duidelijk aan dat conventionele röntgenfoto's nuttig zijn bij het voorspellen van de toekomstige diagnose

<sup>19</sup> Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis (verdiepingsfase) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

<sup>20</sup> Sizova L. Imaging Methods of Joint Damage in Early Rheumatoid Arthritis. *Curr Rheumatol Rev.* 2015;11(1):64-67. doi: 10.2174/1573397111666150522094405. PMID: 26002456.

<sup>21</sup> Koevoets R, Machado P, Bombardier C, van der Heijde DM. The value of conventional radiographs in undifferentiated arthritis: a systematic review. *J Rheumatol Suppl.* 2011; 87:26-30. doi: 10.3899/jrheum.101071. PMID: 21364053.

van RA of een slechtere prognose. De afwezigheid van afwijkingen op conventionele röntgenfoto's sluit RA of een andere ongunstige uitkomst echter niet voldoende uit.

## **2.2 Pas de richtlijn aan: neem een aanbeveling op over het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten tijdens de follow-up**

In de richtlijnen voor RA staan geen aanbevelingen over het maken van röntgenfoto's van handen en voeten tijdens de follow-up van RA. De optimale frequentie voor het maken van X-handen en X-voeten in de follow-up van RA is onbekend. Ook de literatuur geeft hierover geen duidelijkheid (zie bijlage H).

Uit gesprekken met afgevaardigden van de reumatologen blijkt dat de indicatie voor een röntgenfoto voornamelijk wordt bepaald door de ziekteactiviteit. Is de ziekte helemaal rustig, dan is niets nodig, ook geen röntgenfoto. Maar als er ziekteactiviteit is, dan helpt een foto bij het bepalen van de behandeling. Ook bij switchen naar een ander geneesmiddel wordt de röntgenfoto soms herhaald als nieuwe uitgangswaarde. Omdat erosies door de betere behandelmogelijkheden tegenwoordig minder vaak voorkomen, is de beroepsgroep van mening dat het standaard jaarlijks maken van röntgenfoto's van handen en voeten tijdens de follow-up niet nodig is. De optimale frequentie ligt ergens tussen de een en vijf jaar. Vanwege het ontbreken van bewijs is het nu niet mogelijk om een wetenschappelijk onderbouwde aanbeveling in de richtlijn op te nemen. Een mogelijk alternatief is het opnemen van een standpunt op basis van *expert opinion*.

## **2.3 Verwachte resultaten**

Door in de richtlijn onderbouwde indicaties op te nemen voor het maken van röntgenfoto's van handen en voeten in de diagnostische fase komen er duidelijke aanbevelingen voor zorgverleners. Het zorgt ervoor dat de richtlijn en praktijk overeenkomen. De reumatologen onderstrepen het belang van duidelijke aanbevelingen over het maken van röntgenfoto's.

Het kan zijn dat er soms te veel en soms te weinig röntgenfoto's worden gemaakt, doordat de aanbevelingen niet duidelijk zijn over de frequentie van het maken van röntgenfoto's in de follow-upfase. Het wordt duidelijk wanneer het zin heeft om röntgenfoto's te maken, door (in de vorm van een standpunt) een aanbeveling op te nemen over het maken van röntgenfoto's van handen en voeten tijdens de follow-upfase. Dit voorkomt onnodige stralenbelasting voor patiënten en variatie, en geeft duidelijkheid aan patiënten.

De afgevaardigden van de NVR verwachten niet dat deze aanpassingen leiden tot grote wijzigingen in aantallen röntgenfoto's en kosten. Zij geven aan dat er andere indicaties zijn voor röntgenfoto's. De impactanalyse (zie bijlage F) bevat een overzicht van de kosten van röntgenfoto's per patiënt.

# 3 Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers

**In dit hoofdstuk gaan we in op de hoge maatschappelijke kosten van biologicals en JAK-remmers. Passende zorg voor patiënten gaat ook over kosten. Met dit hoofdstuk beogen we de kosten terug te brengen zonder verlies van kwaliteit van de behandeling. Daarom heeft het Zorginstituut onderzocht of verder terugdringen van de inzet van dure geneesmiddelen mogelijk is.**

De behandeling van RA is erop gericht om gewrichtsonsteking te onderdrukken en zo gewrichtsschade te voorkomen. De geneesmiddelen die bij de behandeling worden ingezet zijn de zogenoemde DMARDs (zie groene kader). Als de initiële behandeling met csDMARDs onvoldoende werkt, kunnen zogenoemde dure geneesmiddelen worden ingezet. Dit zijn biologicals en biosimilars (b/bsDMARDs) en JAK-remmers (tsDMARDs). Binnen de groep dure geneesmiddelen zijn medicijnen waar een patent op rust over het algemeen extra duur. Dit zijn de JAK-remmers en een deel van de biologicals. De prijzen dalen als het patent eindigt en er alternatieve geneesmiddelen op de markt komen, de zogenoemde biosimilars. De ontwikkeling van biosimilars zorgt voor prijsconcurrentie. Als er een biosimilar verkrijgbaar is, kunnen behandelaars en patiënten uit meerdere middelen kiezen. Als er naast de oorspronkelijke biological ook biosimilars (bsDMARDs) verkrijgbaar zijn, spreken we over *multi-source* geneesmiddelen (zie groene kader op volgende pagina). Het aandeel *multi-source* geneesmiddelen bij RA-patiënten die starten met dure geneesmiddelen ligt in de jaren 2017-2021 vrij constant rond de 85 procent. Bij 15 procent van de patiënten wordt vrij constant gekozen voor extra dure *single-source* geneesmiddelen.

In dit Zinnige Zorg-verdiepingsonderzoek hebben we de aanbevelingen over de inzet van b/bs/tsDMARDs bij RA in kaart gebracht. Ook hebben we de declaratiedata geanalyseerd wat betreft de inzet van verschillende *single-source* geneesmiddelen. Op grond van de onderzoeksresultaten zijn drie mogelijkheden voor verbetering naar voren gekomen, die hebben geleid tot drie verbeterafspraken.

1. Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op prijs.
2. Herzie de richtlijn: neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers.
3. Betrek de prijs bij het kiezen van een b/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens.

De ontwikkelingen op het gebied van biologicals en JAK-remmers gaan snel. Er komen regelmatig nieuwe middelen op de markt en de prijzen wijzigen sterk onder invloed van verschillende factoren, zoals marktwerking en prijsafspraken. Reumatologen hebben aangegeven dat ze geanticipeerd hebben op de prijsontwikkelingen en al veel gedaan hebben om deze dure geneesmiddelen prijsbewust in te zetten.

## DMARDs

Een geneesmiddel tegen RA wordt een *disease-modifying anti-rheumatic drug* (DMARD) genoemd.

## Conventional synthetic DMARDs (csDMARDs)

Klassieke DMARDs maken deel uit van de eerste stap van de behandeling met medicijnen. De bekendste is Methotrexaat.

## Biologicals (bDMARDs)

Biologicals zijn medicijnen op basis van dierlijk en/of menselijk eiwit. De biologicals remmen de werking van ontstekings-eiwitten of afweercellen in het lichaam. Er zijn meerdere soorten biologicals met elk een ander werkingsmechanisme.

## Biosimilars (bsDMARDs)

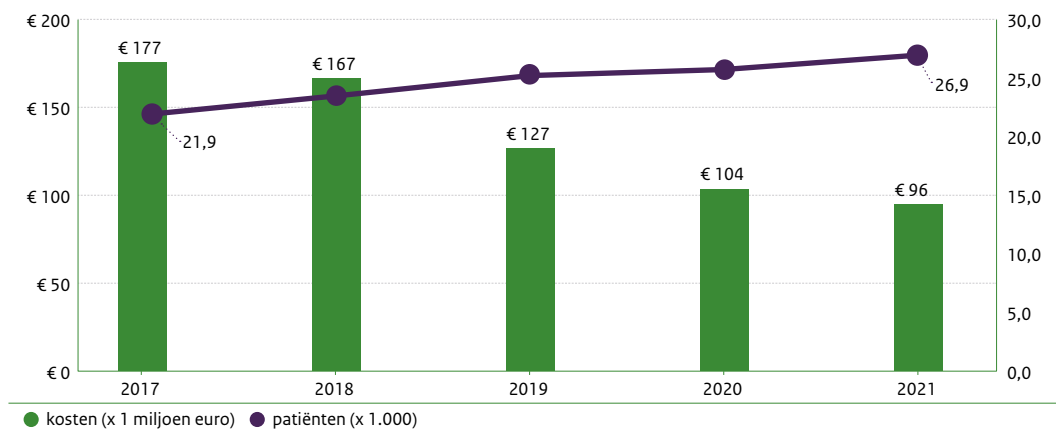
Na het vervallen van het patent van een biological kunnen alternatieve geneesmiddelen beschikbaar komen, de zogenoemde biosimilars.

## JAK-remmers (tsDMARDs)

Janus kinase (JAK)-remmers zijn *targeted synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs*. Deze middelen remmen de signaaloverdracht in ontstekingscellen, waardoor de ontstekingsreactie wordt onderdrukt. JAK-remmers heten ook wel JAKi, wat staat voor *Janus kinase inhibitors*.

Om meer te weten te komen over het gebruik van deze dure geneesmiddelen bij mensen met RA heeft het Zorginstituut declaratiedata geanalyseerd. Onze data-analyse bevestigt de uitspraak van de reumatologen over het prijsbewust inzetten van deze geneesmiddelen. We zien afname van kosten bij toename van patiënten (zie figuur 2).

Figuur 2 | Aantal patiënten dat vanwege RA dure geneesmiddelen (biologicals, biosimilars en JAK-remmers) gebruikt en de kosten daarvan (periode 2017-2021)



Bron: Vektisdata

De uitkomsten van de data-analyse over de periode 2017-2021 laten zien dat er een stijging is van het aantal patiënten met RA dat biologicals, biosimilars of tsDMARDs gebruikt (van 21.900 naar 26.900). Tegelijkertijd is een daling zichtbaar in de totale kosten van de dure geneesmiddelen die deze groep krijgt voorgeschreven. Over de periode 2017-2021 dalen die kosten van € 177 miljoen naar € 96 miljoen. Per patiënt zijn de gemiddelde kosten van een medicamenteuze behandeling met bDMARDs/bsDMARDs/tsDMARDs teruggebracht van € 8000 naar € 3600. Deze daling (meer dan een halvering van de kosten per patiënt) is een gevolg van de introductie van biosimilars en de daarmee gepaarde beschikbaarheid van goedkopere middelen.

In de volgende paragrafen werken we de verbeterafspraken uit. In laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

### 3.1 Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD<sup>22</sup> naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op prijs

De effectiviteit, kwaliteit en veiligheid van een biosimilar zijn vergelijkbaar met die van een biological (module 7, richtlijn RA-NVR, 2020). Een bsDMARD kan iets verschillen ten opzichte van de originator, maar tussen verschillende batches van originators kunnen ook verschillen bestaan. Dit komt doordat deze geneesmiddelen uit menselijke en/of dierlijke eiwitten bestaan. Het voorschrijven van een multi-sourcemiddel (zie kader) vermijdt hoge kosten en voorkomt dat patiënten moeten switchen vanwege de hoge kosten van een medicijn. Vaak switchen moet zoveel mogelijk worden voorkomen, omdat de effecten daarvan op termijn onduidelijk zijn. Iedere patiënt die start met een biological kan beginnen met een multi-sourcemiddel.

#### 3.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen en standpunten

De NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020) bevat aanbevelingen over een optimale behandelstrategie. Hoewel de biosimilars (bsDMARDs, module 5) worden benoemd als een aparte klasse geneesmiddelen naast bDMARDs (module 4) en tsDMARDs (module 6), worden de bsDMARDs niet genoemd in het algemene en samenvattende deel van de aanbevelingen. Voor het selecteren van een geneesmiddel is in de richtlijn

#### Single-source en multi-source

Als naast het oorspronkelijke geneesmiddel (de originator) vergelijkbare alternatieven bestaan, spreken we van multi-sourcegeneesmiddelen. Als een medicijn nog onder patent valt en er geen vergelijkbaar alternatief beschikbaar is, spreken we van een single-source-geneesmiddel.

Alle JAK-remmers vallen op dit moment nog onder patent. Deze situatie duurt nog zeker tot 2031.

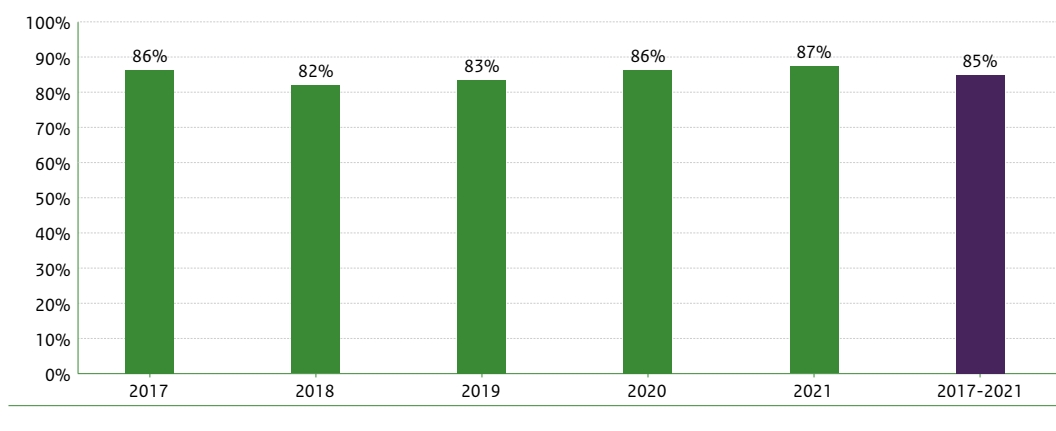
<sup>22</sup> Een disease-modifying anti-rheumatic drug is een ziekteverloop beïnvloedend geneesmiddel tegen reuma.

een 'flowdiagram reumatoïde artritis'<sup>23</sup> opgenomen. Dit flowdiagram geeft de ideale volgorde weer om de verschillende klassen geneesmiddelen in te zetten. Het inzetten van bDMARDs is een van de stappen uit het flowdiagram. Maar bsDMARDs staan er niet in, terwijl dit een volwaardige keuze is naast de bDMARDs. Om de inzet van multi-sourcemiddelen te bevorderen zijn verbeteracties opgesteld (zie paragraaf 3.1.3).

### 3.1.2 Dataonderzoek naar de inzet van single-sourcemiddelen

Gemiddeld krijgt jaarlijks 85 procent van de b/bs/tsDMARD-starters multi-sourcemiddelen voorgeschreven (zie figuur 3). Dat betekent dat vrij constant 15 procent van de b/bs/tsDMARD-starters de extra dure single-sourcemiddelen krijgt voorgeschreven. Dit is een uitkomst van ons dataonderzoek naar het gebruik van dure geneesmiddelen bij RA. Hiervoor hebben we data geanalyseerd uit de periode 2017-2021. Daarbij zijn originator biologicals waarvoor nog geen biosimilars bestaan en JAK-remmers geteld als single-sourcemiddel.

Figuur 3 | Aandeel multi-sourcogeneesmiddelen per jaar (periode 2017-2021) ingezet bij RA-patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD



We hebben de groep waarbij gekozen wordt voor single-sourcogeneesmiddelen nader onderzocht. Kunnen we verklaren waarom gekozen wordt voor een single-sourcemiddel? Een aantal factoren kunnen meewegen in de keuze voor het eerste geneesmiddel. In de uitgevoerde analyses is gekeken naar de volgende drie factoren:

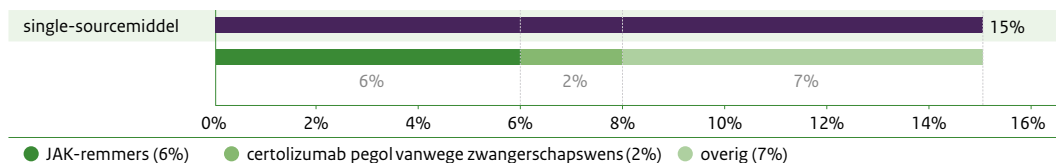
1. De inzet van **JAK-remmers**. Van alle patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD begint 6 procent met een JAK-remmer (zie figuur 4 en verdere uitwerking in paragraaf 3.2).
2. De inzet van **certolizumab pegol** bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Van alle patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD begint 3 procent met het single-sourcemiddel certolizumab pegol. Twee-derde van deze groep (2 procent) betreft vrouwen in de vruchtbare leeftijd (zie figuur 4 en verdere uitwerking in paragraaf 3.3).
3. Een **maligniteit** in de voorgeschiedenis. Het percentage single-sourcemiddelgebruikers bij RA-patiënten met en zonder een maligniteit in de voorgeschiedenis is vergelijkbaar binnen de groep patiënten die start met een b/bs/tsDMARD. Respectievelijk 16 procent en 15 procent (data niet getoond). Maligniteit in de voorgeschiedenis is dus geen aanleiding om te kiezen voor een single-sourcemiddel en dus geen verklaring voor een keuze tot deze middelen.

De factoren *vrouwen met een zwangerschapswens* en *maligniteit in de voorgeschiedenis* zijn volgens de richtlijn Biologicals (NVR, 2011) mogelijke contra-indicaties voor bepaalde biologicals. In de data is de groep vrouwen met een zwangerschapswens niet gedefinieerd. Daarom hebben we de groep *vrouwen in de vruchtbare leeftijd* gekozen. In deze groep zijn de vrouwen in de leeftijd van 18-40 jaar opgenomen.

De factoren certolizumab pegol vanwege zwangerschapswens en JAK-remmers verklaren 8 procent van de 15 procent single-sourcengebruikers binnen b/bs/tsDMARD-starters (zie figuur 4). Voor de overige 7 procent hebben wij geen duidelijke verklaring.

<sup>23</sup>[https://richtlijnenindatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/bijlage/019909/1/10/Flowdiagram\\_reumatoïde\\_artritis.html](https://richtlijnenindatabase.nl/gerelateerde_documenten/bijlage/019909/1/10/Flowdiagram_reumatoïde_artritis.html).

Figuur 4 | Mogelijke verklaringen voor het gebruik bij RA-patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD, in de periode 2017-2021



De volgende andere factoren kunnen een rol spelen bij de keuze voor een DMARD:

- werkingsmechanisme;
- toedieningsvorm;
- toedieningsfrequentie;
- prijsafspraken;
- comorbiditeit, zoals een ernstige hartziekte of multiple sclerose naast de RA, kan een verklaring zijn voor het niet kiezen van een anti-TNF.

De invloed van deze factoren hebben we niet nader kunnen onderzoeken vanwege ontbrekende gegevens, zoals prijsafspraken, voorkeur voor toedieningsvorm en toedieningsfrequentie. Het volledige analyseverslag kunt u vinden op de website van het Zorginstituut.<sup>24</sup>

### 3.1.3 Mogelijke verbeteracties

Wij concluderen dat de aanbevelingen over biosimilars een duidelijkere plaats moet krijgen in de richtlijnen. Het standpunt over biosimilars van de FMS *Goedkoop als het kan, duur als het moet*, bevestigt het belang hiervan. Samen met partijen hebben wij de volgende verbeteracties geformuleerd:

- **Maak gebruik van de DQRA<sup>25</sup> om de inzet van single-sourcegeneesmiddelen te monitoren.**
- **Bespreek de inzet van biologicals en van single- en multi-sourcegeneesmiddelen tijdens spiegelbijeenkomsten.**
- **Pas het flowdiagram aan overeenkomstig de verbeterafpraak.**

### 3.2 Herzie de richtlijn: neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers

Alle JAK-remmers vallen nog onder patent en zijn extra duur binnen de groep van dure geneesmiddelen. Naast de kosten zijn er nieuwe argumenten om terughoudend te zijn met het voorschrijven van JAK-remmers. Op grond van recent advies van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en nieuw inzicht over verhoogde risico's voor mensen die JAK-remmers gebruiken is het van groot belang de aanbevelingen over JAK-remmers op korte termijn aan te passen. De aanpassingen moeten worden opgenomen in het flowdiagram van de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis' (2020).

Ten tijde van de publicatie van de richtlijn was op basis van de literatuur geen uitspraak te doen over de exacte plaats van de tsDMARDs in de behandelstrategie van reumatoïde artritis (richtlijn 'Reumatoïde Artritis' (2020), module 6, overwegingen). Op basis van onderzoeken is inmiddels duidelijk geworden dat patiënten die JAK-remmers gebruiken een grotere kans lopen op kanker, hart- en vaatziekten, ernstige infecties of overlijden dan patiënten die TNF- $\alpha$ -blokkers gebruiken.<sup>26</sup> Nu deze literatuur en de risico's wel bekend zijn is het belangrijk om de richtlijn aan te passen. De NVR heeft aangegeven dat het hun voorkeur heeft om deze informatie en de verduidelijking van de indicatie voor de inzet van JAK-remmers op te nemen in een NVR-standpunt. Dat kan een snelle tijdelijke oplossing zijn. Aanpassing van de richtlijn is nodig als definitieve oplossing.

#### 3.2.1 Aanbevelingen in richtlijnen en standpunten

De aanbevelingen over de inzet van tsDMARDs staan in:

- het advies van het CBG over het gebruik van JAK-remmers;
- de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020).

<sup>24</sup> Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis (verdiepingsfase) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

<sup>25</sup> Dutch Quality registry Rheumatoid Arthritis (DQRA) - DHD.

<sup>26</sup> DHPC JAK-remmers | Brief | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (cbg-meb.nl).

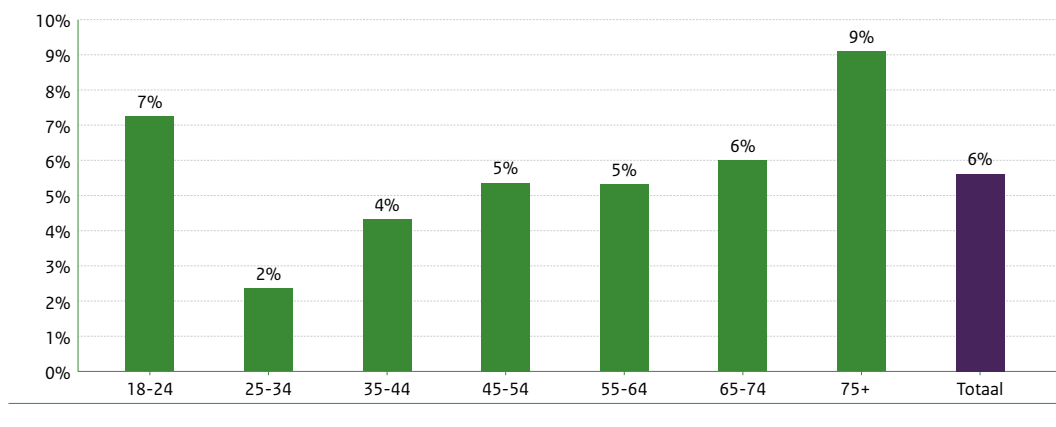
Relevante aanbevelingen van het advies en de richtlijn zijn weergegeven in bijlage E. In de NVR-richtlijn hebben de JAK-remmers een gelijkwaardige plaats naast de biologicals. Het advies van het CBG luidt om terughoudend te zijn met JAK-remmers bij patiënten van 65 jaar en ouder met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en op veneuze trombo-embolie, en bij patiënten met risicofactoren voor kanker.

De conclusie van het Zorginstituut is dat de aanbevelingen in de richtlijn en het bijbehorende flowdiagram niet in lijn zijn met de aanbevelingen van het CBG.

### 3.2.2 Dataonderzoek naar gebruik van JAK-remmers

We hebben het gebruik van JAK-remmers onderzocht door declaratiegegevens te analyseren. Van alle patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD begint 6 procent met een JAK-remmer. Bij patiënten van 75 jaar en ouder is het percentage dat JAK-remmers als eerste b/bs/tsDMARD gebruikt hoger dan bij alle andere leeftijdsgroepen (zie figuur 5).

Figuur 5 | Het percentage patiënten dat een JAK-remmer gebruikt in leeftijdscategorieën binnen de groep patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD (periode 2017-2021)



### 3.3 Betrek de prijs bij het kiezen van een b/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens

De behandelopties met b/bs/tsDMARDs zijn beperkt voor zwangere vrouwen of voor vrouwen met een zwangerschapswens. Tot 2022 was certolizumab pegol de meest gebruikte behandeloptie. Vanaf 2022 zijn een aantal multi-sourcemiddelen aan de aanbevelingen toegevoegd. Certolizumab pegol is een single-sourcemiddel. Het patent is verlopen, maar er zijn (nog) geen biosimilars beschikbaar.

Binnen de groep *vrouwen in de vruchtbare leeftijd* gebruikt 20 procent certolizumab pegol. Van overige starters gebruikt slechts 1% certolizumab pegol. Het percentage van certolizumab pegol kan dus omlaag door ook bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd te kiezen voor een multi-sourcemiddel.

#### 3.3.1 Aanbevelingen in richtlijnen

NVR-richtlijn 'Medicatiegebruik bij inflammatoire reumatische aandoeningen rondom de zwangerschap' (2022)  
In 2022 zijn de aanbevelingen over het gebruik van biologicals voor zwangere vrouwen of vrouwen met een zwangerschapswens gewijzigd. In tegenstelling tot eerdere aanbevelingen waarbij multi-sourcemiddelen werden afgeraden, kunnen vrouwen met RA en zwangerschapswens ook de multi-sourcemiddelen etanercept, adalimumab en infliximab gebruiken. Daarbij moet worden aangetekend dat adalimumab<sup>27</sup> en infliximab<sup>28</sup> alleen tijdens het eerste trimester van de zwangerschap gebruikt mogen worden. Etanercept mag gedurende de gehele zwangerschap worden gebruikt.<sup>29</sup> Deze gewijzigde aanbevelingen zijn inmiddels opgenomen in de NVR-richtlijn 'Medicatiegebruik bij inflammatoire reumatische aandoeningen rondom de zwangerschap' (2022), op de webpagina's van het Bijwerkingencentrum Lareb<sup>30</sup> en in het Farmacotherapeutisch Kompas (FK).

<sup>27</sup> [adalimumab \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](https://farmacotherapeutischkompas.nl).

<sup>28</sup> [infliximab \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](https://farmacotherapeutischkompas.nl).

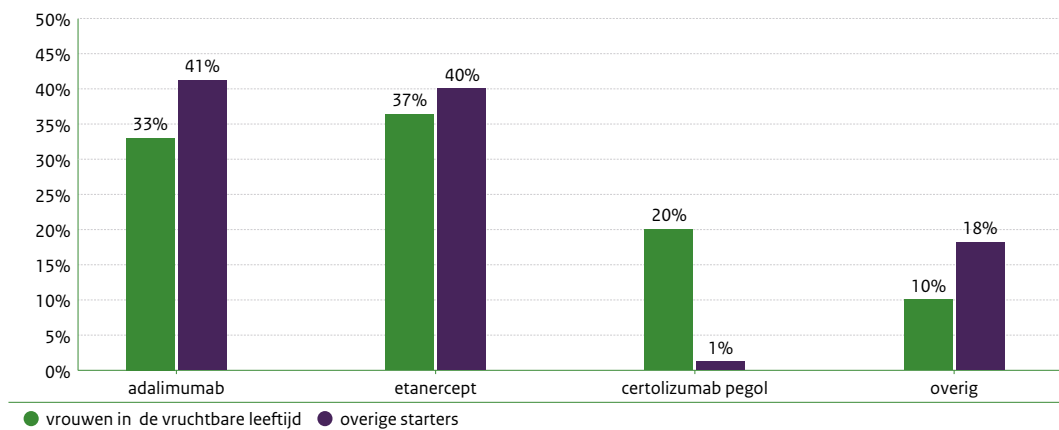
<sup>29</sup> [Etanercept \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](https://farmacotherapeutischkompas.nl).

<sup>30</sup> [De behandeling van reuma tijdens de zwangerschap \(lareb.nl\)](https://www.lareb.nl).

### 3.3.2 Dataonderzoek naar de inzet van single-sourcemiddelen bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd

De analyse van de declaratiedata over het gebruik van single-sourcemiddelen bij patiënten met RA bestrijkt de periode 2017-2021. De inclusiecriteria voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd zijn gedefinieerd als: vrouw en leeftijd 18-40. Dit zijn ruime inclusiecriteria, maar deze criteria zijn nauwkeurig te vertalen naar de data. Van de starters met een b/bs/tsDMARD voldoet 10 procent aan de inclusiecriteria van vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Binnen de groep RA-patiënten vrouwen in de vruchtbare leeftijd die starten met een b/bs/tsDMARD hebben we gekeken naar de drie meest gebruikte middelen. Figuur 6 toont per groep (vrouwen in de vruchtbare leeftijd versus overige starters) de resultaten van die analyse.

Figuur 6 | Gemiddeld gebruik per jaar (periode 2017-2021) van de drie meest gebruikte b/bs/tsDMARDs bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd versus overige starters



De belangrijkste bevindingen zijn:

- Binnen de groep vrouwen in de vruchtbare leeftijd met RA die starten met b/bs/tsDMARD start gemiddeld 20 procent per jaar met het single-sourcemiddel certolizumab pegol.
- Bij de overige patiënten (hier afgebeeld als 'overige starters') begint gemiddeld 1 procent per jaar met certolizumab pegol.

Hieruit concluderen wij dat een zwangerschapswens de belangrijkste reden is om te starten met certolizumab pegol.

### 3.4 Verwachte resultaten

Biologicals, biosimilars en JAK-remmers zijn een belangrijke aanvulling op de conventionele synthetische DMARDs. Door de keuze voor een b/bsDMARD te baseren op grond van werking en prijs (kosteneffectiviteit) zullen reumatologen eerder kiezen voor de minder dure geneesmiddelen (de multi-sourcemiddelen) en zal het gebruik van single-sourcemiddelen verder afnemen. Deze keuze kan vaker worden gemaakt bij RA-patiënten met een zwangerschapswens. Dit zal helpen bij het terugdringen van de kosten, zonder verlies van effectiviteit en veiligheid. Door al bij de start van het gebruik van biologicals rekening te houden met de prijs ervan is de kans kleiner dat mensen moeten switchen van geneesmiddel. Meer terughoudendheid bij de inzet van JAK-remmers voorkomt bijwerkingen en negatieve gevolgen, en bevordert de veiligheid.

Het is niet mogelijk om nauwkeurig de financiële consequenties van deze verbeterafspraken te berekenen. De prijzen van b/bs/tsDMARDs zijn afhankelijk van meerdere en niet exact te kwantificeren variabelen, zoals marktwerking en prijsafspraken. De impactanalyse (zie bijlage F) bevat een berekening op basis van de huidige prijzen. Door bij patiënten die starten met een b/bs/tsDMARD te kiezen voor een multi-sourcemiddel is een maximale besparing van € 1,65 miljoen mogelijk. Voor de volledige resultaten en de gevolgde methode van de impactanalyse verwijzen we naar bijlage F.



# 4 Verbeter het cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis

**Mensen met RA hebben een verhoogde kans om hart- en vaatziekten te krijgen. Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) kan helpen omdat risico te verkleinen. Het blijkt dat in de praktijk niet alle RA-patiënten CVRM krijgen aangeboden. In dit hoofdstuk laten we zien hoe we dit hebben onderzocht. We beschrijven welke verbeterafspraken en verbeteracties daaruit zijn voortgekomen en wat de verwachte resultaten daarvan zijn.**

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)<sup>31</sup> is het opsporen en aanpakken van risicofactoren die hart- en vaataandoeningen veroorzaken, en het monitoren van mensen met een verhoogd risico. De aanpak is gericht op leefstijladvisering, leefstijlbegeleiding en zo nodig behandeling met medicijnen. Volgens de medische richtlijnen moet CVRM bij alle patiënten met RA plaatsvinden. Maar meer dan een derde van de RA-patiënten geeft aan dat bij hen geen CVRM heeft plaatsgevonden.

RA gaat gepaard met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.<sup>32</sup> Dit staat los van de klassieke risicofactoren, zoals verhoogde bloeddruk, roken en verhoogd cholesterol. Daarom wordt bij RA-patiënten de berekende risicoschatting met 1,5 vermenigvuldigd.<sup>33</sup> Deze factor is gebaseerd op onderzoeken. Het is belangrijk dat mensen met RA op de hoogte zijn van het verhoogde risico. En dat zij bekend zijn met de eventueel nodige leefstijlaanpassingen en het belang van CVRM, zodat zij hun persoonlijk risico kunnen verminderen.

Tijdens de screeningsfase van dit Zinnige Zorg-traject<sup>34</sup> en in gesprekken met stakeholders is aangegeven dat CVRM niet bij alle patiënten met RA gedaan wordt. De indruk bestond dat er sprake is van onderbehandeling. Stakeholders noemden als mogelijke oorzaak dat de diagnose RA in de tweede lijn wordt gesteld, terwijl CVRM in de huisartspraktijk plaatsvindt, dus in de eerste lijn. Genoemde mogelijke onderbehandeling treft geen RA-patiënten die al een hart- of vaatziekte hebben en daarvoor bij de cardioloog of internist komen.

Goede communicatie, afstemming en voorlichting over het risico op hart- en vaatziekten dragen eraan bij dat alle RA-patiënten in de eerste lijn worden gemonitord op het risico op hart- en vaataandoeningen.<sup>35</sup> Dat is wat de richtlijnen aanbevelen. Mensen met een verhoogd risicoprofiel kunnen zo eerder de juiste hulp en begeleiding krijgen.

## De uitvoering van CVRM

CVRM start met het maken van het persoonlijke risicoprofiel van de patiënt. De NVR adviseert in hun standpunt 'CVRM' om het risicoprofiel vast te stellen in een periode van geen of minimale ziekteactiviteit in het eerste jaar na het stellen van de diagnose RA. Afhankelijk van het risicoprofiel stellen zorgverlener en patiënt samen de doelen en acties op om het krijgen van hart- en vaatziekten zo lang mogelijk uit te stellen of te voorkomen. Het gaat om haalbare doelen en acties, waarbij duidelijk is wat het aandeel van de patiënt en wat het aandeel van de zorgverleners is. De rol van de patiënt is cruciaal: die moet, vaak levenslang, een meer gezonde leefstijl bereiken en vasthouden. Bij een laag risico is het advies om eens in de vijf jaar het CVRM te herhalen. Bij een (licht) verhoogd risico is het advies één keer per jaar.

<sup>31</sup> Op basis van een gesprek, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek stelt een arts het cardiovasculair risicoprofiel vast. Dat is een overzicht van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De hoogte van het risico wordt uitgedrukt in een risicoscore die varieert van 'zeer hoge', 'hoge' of 'laag tot matig verhoogde' kans op hart- en vaatziekte binnen 10 jaar en/of sterfte daardoor. Volgens de NHG-Standaard 'CVRM' zijn mensen met een (zeer) verhoogde kans op (sterfte door) hart- en vaatziekten altijd aangewezen op leefstijlaanpassing en meestal ook op behandeling met medicijnen. Als de hoogte van het risico bekend is, kan eventuele behandeling tijdig worden gestart, wat het risico op hart- en vaataandoeningen verlaagt.

<sup>32</sup> Avina-Zubieta JA, Thomas J, Sadatsafavi M, Lehman AJ, Lacaille D. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2012 Sep;71(9):1524-9. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200726. Epub 2012 Mar 16. PMID: 22425941.

<sup>33</sup> [Reumatoïde artritis bij CVRM - Richtlijn - Richtlijnen database.](#)

<sup>34</sup> [Zinnige Zorg - Rapport screeningsfase Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>35</sup> Mensen met een (zeer) verhoogde kans op hart- en vaatziekten en mensen die al hart- en vaatziekte hebben, komen in aanmerking voor het CVRM-ketenzorgprogramma bij hun huisarts. Deze consulten worden vergoed vanuit de ketenzorggroep waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is.

Het risico op hart- en vaataandoeningen bij patiënten met RA wordt in het standpunt 'CVRM' van de NVR als volgt beschreven: "De cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit zijn bij patiënten met RA 50% verhoogd ten opzichte van de algemene bevolking.<sup>36</sup> Hartinfarcten worden, ten opzichte van de algemene bevolking, 70% vaker gerapporteerd bij RA en dit is vergelijkbaar met diabetes mellitus".<sup>37,38,39</sup>

De signalen van de stakeholders en ons verdiepend onderzoek (zie groene kader) hebben geleid tot vier verbeterafspraken.

1. Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verricht CVRM bij patiënten met RA.
2. Verbeter de toepassing van de richtlijn: verwijst de patiënt na het stellen van de diagnose naar de huisarts voor CVRM.
3. Verbeter de toepassing van de richtlijn: vermeld de noodzaak voor CVRM in de diagnosebrief.
4. Informeer patiënten over CVRM en het belang ervan.

Deze verbeterafspraken hebben als doel om de bekendheid van CVRM te vergroten. En om de communicatie tussen zorgverleners over CVRM te verbeteren, zodat eventueel noodzakelijke begeleiding en behandeling zo snel mogelijk in gang gezet kunnen worden.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeterafspraken uit. In laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

#### 4.1 Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verricht CVRM bij patiënten met RA

In praktijkonderzoek van Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare<sup>40</sup> (zie groene kader) geeft 37 procent van de RA-patiënten aan dat bij hen geen CVRM heeft plaatsgevonden. Deze onderbehandeling komt doordat het proces – van constateren dat CVRM nodig is tot het uitvoeren ervan – bestaat uit verschillende opeenvolgende stappen die allemaal goed doorlopen moeten worden. Daarbij zijn meerdere zorgverleners betrokken: de reumatoloog stelt de diagnose RA en de huisarts moet CVRM verrichten. Maar de huisarts heeft geen systeem waarmee hij of zij gealarmeerd wordt dat CVRM gedaan moet worden.

Een reumatoloog kan een eerste risicoprofiel opstellen. Dit is dan de start van het CVRM. Ook in een eventuele acute fase van een hart- of vaatziekte start CVRM in de tweede lijn. Dan blijft de patiënt voor CVRM onder verantwoordelijkheid van de internist of cardioloog zolang de patiënt onder behandeling is. Volgens huidige afspraken zijn de huisartsen verantwoordelijk voor het uitvoeren van CVRM. De huisarts bepaalt verder wat er eventueel nog aan aanvullend onderzoek moet plaatsvinden, zorgt voor het starten van leefstijlinterventies en zo nodig behandeling met medicijnen van cardiovasculaire risicofactoren. Als CVRM in de tweede lijn is gestart, dan moet er een goede overdracht naar de eerste lijn plaatsvinden om daar met CVRM door te gaan. RA-patiënten krijgen beter passende zorg als CVRM in de eerste lijn plaatsvindt, zoals de richtlijnen voorschrijven.

#### CVRM in de praktijk

In de verdiepingsfase van het Zinnige Zorg-traject 'Reumatoïde artritis' is onder meer onderzoek gedaan naar de uitvoering van CVRM in de praktijk voor patiënten met RA. Het onderzoek werd uitgevoerd door de Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare. Het onderzoek werd uitgevoerd in zeven Nederlandse ziekenhuizen (één academisch, twee categorale en vier algemene ziekenhuizen) en bestond uit drie onderdelen:

1. statusonderzoek;
2. vragenlijstonderzoek bij RA-patiënten;
3. vragenlijstonderzoek bij tweedelijnszorgverleners die zijn betrokken bij de behandeling van RA-patiënten.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn opgenomen in de paragrafen van dit hoofdstuk.

36 Avina-Zubieta, J.A., Thomas, J., Sadatsafavi, M., Lehman, A.J., Lacaille, D. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 2012 Sep;71(9):1524-9. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200726. Epub 2012 Mar 16. PMID: 22425941.

37 Lindhardsen, J., Ahlehojff, O., Gislason, G.H., Madsen, O.R., Olesen, J.B., Torp-Pedersen, C., Hansen, P.R. The risk of myocardial infarction in rheumatoid arthritis and diabetes mellitus: a Danish nationwide cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jun;70(6):929-34. doi: 10.1136/ard.2010.143396. Epub 2011 Mar 9. PMID: 21389043.

38 Ogdie, A., Yu, Y., Haynes, K., Love, T.J., Maliha, S., Jiang, Y., Troxel, A.B., Hennessy, S., Kimmel, S.E., Margolis, D.J., Choi, H., Mehta, N.N., Gelfand, J.M. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2015 Feb;74(2):326-32. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205675. Epub 2014 Oct 28. PMID: 25351522; PMCID: PMC4341911.

39 Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie: Een praktische leidraad over cardiovasculair risicomanagement (CVRM) bij patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen.

40 [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)

#### 4.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen

In de volgende richtlijnen staan aanbevelingen over CVRM voor mensen met RA:

- NHG-Standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2019);
- NHG-Standaard 'Artritis' (2017);
- NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020);
- Richtlijn 'Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)' (2019);
- NVR-standpunt 'CVRM' (2022).

De aanbevelingen in de richtlijnen over CVRM bij mensen met RA zijn eenduidig: bij alle mensen met de diagnose RA moet CVRM plaatsvinden. De reumatoloog moet mensen met de diagnose RA verwijzen naar de huisarts voor CVRM en de noodzaak van CVRM vermelden in de diagnosebrief. De huisarts heeft bij het verrichten van CVRM de regie. Een uitzondering zijn patiënten die vanwege hart- of vaataandoeningen onder behandeling zijn van een cardioloog of internist.

#### 4.1.2 Dataonderzoek naar CVRM bij mensen met RA

De aanbevelingen in bovengenoemde richtlijnen over CVRM bij patiënten met RA worden niet gevolgd bij meer dan een derde van de patiënten. In het onderzoek van de Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare is met een vragenlijst aan RA-patiënten gevraagd of bij hen CVRM is gedaan. Het onderzoek laat zien dat 37 procent van de patiënten aangeeft dat geen CVRM is gedaan. Daarnaast weet 12 procent van de patiënten niet of bij hen CVRM heeft plaatsgevonden. De 37 procent zou dus een schatting aan de lage kant kunnen zijn. Bij RA-patiënten die behandeld worden voor hart- en vaatziekten is de cardioloog of internist verantwoordelijk voor het CVRM. De uitkomsten van dit onderzoek zijn opgenomen in tabel 2.

Tabel 2 | Percentage RA-patiënten bij wie cardiovasculair risicomanagement is gedaan

Is CVRM gedaan sinds u reuma heeft?	(%) N=619
Ja	44%
N.v.t., onder behandeling van cardioloog of internist	7%
Nee	37%
Weet ik niet	12%

Bron: Nivel, Huisartsenzorg aan patiënten met RA

#### 4.1.3 Mogelijke verbeteractie

- **Ontwikkel een signaleringssysteem voor huisartsen voor het monitoren van CVRM.**

Een signaleringssysteem maakt het voor huisartsen makkelijker om patiënten te identificeren en op te roepen voor CVRM.

#### 4.2 Verbeter de toepassing van de richtlijn: verwijs de patiënt na het stellen van de diagnose naar de huisarts voor CVRM

Op dit moment krijgt een aanzienlijk deel van de mensen met RA geen CVRM. Als de reumatoloog na het vaststellen van de diagnose RA de patiënt informeert over de noodzaak van CVRM en de patiënt voor CVRM naar de huisarts verwijst, vermindert de kans op onderbehandeling (het niet-verrichten van CVRM). Het is belangrijk dat de reumatoloog de patiënt voor CVRM naar de huisarts verwijst. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het CVRM. Zij kunnen patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten identificeren en beoordelen of patiënten in aanmerking komen voor een interventie op basis van hun risicoprofiel. Een deel van het CVRM in de eerste lijn kan gedaan worden door praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH'ers).

#### 4.2.1 Aanbevelingen in de richtlijnen

Bovenstaande verbeterafspraken is conform de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020) en het NVR-standpunt 'CVRM' (2022). De relevante aanbevelingen vindt u in bijlage E.

#### 4.3 Verbeter de toepassing van de richtlijn: vermeld de noodzaak voor CVRM in de diagnosebrief

Uit statusonderzoek bleek dat bij gemiddeld een derde van de nieuwe RA-patiënten (37 procent) de reumatoloog in de diagnosebrief de huisarts wijst op het belang van screening op een verhoogd cardiovasculair risico en CVRM. Als de noodzaak van CVRM in de diagnosebrief staat, heeft de huisarts een reminder voor het verrichten van CVRM. Deze reminder vermindert onderbehandeling.

#### 4.3.1 Aanbevelingen in de richtlijnen

Bovenstaande verbeterafpraak is conform het NVR-standpunt 'CVRM' (2022). Relevante aanbevelingen vindt u in bijlage E.

#### 4.4 Informeer patiënten over CVRM en het belang ervan

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat ongeveer een derde van de RA-patiënten aangeeft niet te zijn geïnformeerd over het verhoogde risico op hart- en vaatziekten. Het is essentieel om patiënten goed te informeren over CVRM en het belang ervan. Door CVRM leren patiënten meer over het persoonlijke risico op hart- en vaatziekten en over maatregelen om dit risico te verlagen, zoals leefstijlaanpassingen. Stakeholders vertellen dat niet alle patiënten zich bewust zijn van het verhoogde risico op hart- en vaatziekten en vaak niet weten dat CVRM nodig is. Dit blijkt ook uit onderzoek. Goede informatie vergroot de bekendheid van het risico op hart- en vaatziekten en noodzaak van CVRM. Op de website van ReumaNederland is te lezen:

*“Bewustwording van het verhoogde risico op hart- en vaatziekten is een stap in het proces om de levenskwaliteit van patiënten met een chronische gewrichtsontsteking te behouden.”<sup>41</sup>*

Op de websites [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) en [ReumaNederland.nl](https://www.reumaneederland.nl) is te lezen dat mensen met RA een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten. Beide websites verwijzen RA-patiënten voor advies naar de huisarts. Maar informatie over terugkerende controles en het belang daarvan ontbreekt. Het zou voor patiënten duidelijker zijn als er op de sites eenduidige informatie over CVRM wordt toegevoegd.

#### 4.4.1 Beschikbare informatie op websites

In deze paragraaf hebben we de patiënteninformatie over CVRM bij elkaar gezet. Onze conclusie is dat deze informatie niet eenduidig is.

##### Thuisarts.nl

Pagina 'Ik wil weten of ik reumatoïde artritis heb'.

*“Maak ook weer een afspraak bij de huisarts als u reumatoïde artritis heeft. De huisarts bepaalt dan wat uw risico op hart- en vaatziekten is”*

Pagina 'Ik heb reumatoïde artritis'.

*“U heeft meer kans op hart- en vaatziekten. Bijvoorbeeld een hartinfarct of beroerte.*

*Daarom controleert uw huisarts regelmatig uw gewicht, bloeddruk, bloedsuiker, nieren en cholesterol. Daarmee voorspelt uw huisarts hoe groot de kans is dat u hart- en vaatziekten krijgt. Is de kans groot? Dan krijgt u extra advies voor uw leefstijl of medicijnen om uw risico te verlagen.”*

Pagina 'Ik wil weten wat mijn risico op hart- en vaatziekten is'.

*“Uw risico hierop is verhoogd bij:*

- 1. Roken, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, diabetes, nierschade, reuma, hart- en vaatziekten in uw familie, veel stress.*
- 2. Ga naar uw huisarts om uw persoonlijke risico te weten.*
- 3. Met uw huisarts bespreekt u wat dit risico betekent. En wat u zelf kunt doen aan uw risico.”*

##### ReumaNederland.nl

Pagina 'Hoe verloopt reumatoïde artritis'<sup>42</sup>

*“Door de gewrichtsontstekingen heb je een hoger risico om hart- of vaatziekten te krijgen dan mensen zonder RA. Dit komt doordat de ontstekingen ook de vaatwanden aan kunnen tasten. Het is daarom belangrijk om andere risicofactoren zoveel mogelijk te beperken. De risicofactoren die, naast de RA, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten geven zijn onder meer:*

- roken*
- verhoogde bloeddruk*
- te hoog cholesterolgehalte in het bloed*
- suikerziekte*
- overgewicht*

*Overleg met je arts of je extra risico loopt, en wat jullie daar samen aan kunnen doen.”*

<sup>41</sup> [Hart- en vaatziekten bij reuma](https://www.thuisarts.nl) • ReumaNederland.

<sup>42</sup> [Reumatoïde artritis \(RA\)](https://www.reumaneederland.nl) • ReumaNederland.

#### 4.4.2 Dataonderzoek naar de bekendheid van CVRM

In een vragenlijstonderzoek geeft 61 procent van alle patiënten aan dat ze door een zorgverlener zijn geïnformeerd over het verhoogde risico op cardiovasculaire aandoeningen dat RA met zich meebrengt. Een derde (30 procent) geeft aan dat ze hierover niet zijn geïnformeerd en 9 procent weet het niet meer.

Van de patiënten die geïnformeerd zijn (61 procent) is het grootste deel geïnformeerd door de reumatoloog en/of de huisarts. Patiënten die aangaven dat ze door iemand anders zijn geïnformeerd, noemden vooral de cardioloog of de internist.

#### 4.4.3 Mogelijke verbeteracties

- **Zorg voor complete actuele informatie over CVRM voor RA-patiënten op Thuisarts.nl**
- **Verwijs op andere websites naar Thuisarts.nl voor informatie over CVRM.**

Zo hebben patiënten altijd toegang tot complete actuele informatie.

#### 4.5 Verwachte resultaten

Door het hele proces te verbeteren – van het constateren dat CVRM nodig is tot het uitvoeren ervan – zal het aantal patiënten waarbij CVRM wordt gedaan toenemen. Door RA-patiënten te informeren over het verhoogde risico op hart- en vaatziekten en voor CVRM naar de huisarts te verwijzen, zal het percentage patiënten bij wie CVRM wordt gedaan hoger worden. CVRM is een gelegenheid om te spreken over het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten. In overleg met de huisarts kan de patiënt bepalen wat nodig is en zo nodig starten met leefstijlinterventies en/of medicamenteuze behandeling. Als meer mensen met een verhoogd risico CVRM krijgen, kunnen meer mensen tijdig starten met een leefstijlinterventie of medicamenteuze behandeling. Dat zal dan leiden tot individuele en maatschappelijke gezondheidswinst. In 2023 heeft het Zorginstituut een signalement uitgebracht over passende zorg bij hart- en vaatziekten:

*“De grootste individuele én maatschappelijke gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten ligt in het vroegtijdig voorkómen van hart- en vaatziekten.”<sup>43</sup>*

Het is niet mogelijk om de financiële consequenties van deze verbeterafspraken te berekenen. De te verwachten effecten liggen vooral op het gebied van kwaliteit van leven en levensduur. Ook de kosten die nodig zijn voor het verrichten van CVRM bij mensen die dat nu (onterecht) niet krijgen hebben we niet berekend omdat we niet precies weten hoe groot die groep is. Recent is een signalement Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten uitgebracht. Hierin wordt geconcludeerd dat de organisatie van de CVRM-zorg anders moet. Tijdens de implementatiefase zullen we de ontwikkelingen op het gebied van CVRM volgen.

<sup>43</sup> [Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

# 5 Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie

**Mensen met RA hebben een verhoogde kans om ernstig ziek te worden omdat de behandeling van RA hun immuunsysteem kan onderdrukken. De vaccinatiezorg voor RA-patiënten kan beter en passender. In de praktijk blijkt het voor zorgverleners niet altijd duidelijk welke RA-patiënten gevaccineerd moeten worden ter voorkoming van pneumokokkenziekte. We hebben de richtlijnen vergeleken en verbeterafspraken geformuleerd zodat zorgverleners meer duidelijkheid krijgen over de noodzaak van vaccinatie. Dit zal bijdragen aan passende zorg voor mensen met RA.**

Mensen met RA die behandeld worden met immuunsuppressiva (afweeronderdrukkende middelen)<sup>44</sup> komen in aanmerking voor vaccinatie tegen micro-organismen die ernstige ziekten kunnen veroorzaken. In dit hoofdstuk beperken we ons tot pneumokokkenvaccinatie, omdat we daarbij verschillen zien in de aanbevelingen. Op het gebied van vaccins gaan de ontwikkelingen zeer snel. Het is daarom belangrijk om de aanbevelingen up-to-date te houden.

Bij mensen met RA keert het immuunsysteem zich tegen het eigen lichaam, waardoor gewrichtsontstekingen ontstaan. De medicamenteuze behandeling van RA is gericht op het onderdrukken van reacties van het immuunsysteem. De medicijnen die hiervoor worden ingezet noemen we immunosuppressiva. Afhankelijk van het type medicijn en de dosis veroorzaakt dit verzwakking van het immuunsysteem. We spreken dan van een immuungecompromiteerde patiënt. Deze RA-patiënten zijn vatbaarder voor pneumokokkenziekte. Pneumokokkenziekte kan leiden tot ernstige ziekte, soms zelfs met dodelijke afloop. Daarom is het voorkomen van pneumokokkenziekte belangrijk voor immuungecompromiteerde RA-patiënten. Door gerichte vaccinatie zijn zij beter beschermd tegen infectie door pneumokokken.

Uit de screeningsfase van dit Zinnige Zorg-traject<sup>45</sup> en gesprekken met stakeholders kwam naar voren dat er onduidelijkheid bestaat over welke RA-patiënten gevaccineerd moeten worden om pneumokokkenziekte te voorkomen. En op welk moment dit moet gebeuren, met welke vaccins en wie daarvoor verantwoordelijk is.

In 2021 heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht over knelpunten binnen de vaccinatiezorg:

*“Goede vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is alleen mogelijk wanneer behandelaren en patiënten weten van het bestaan en voldoende kennis hebben van deze zorg. Daarbij is het essentieel dat deze zorg beschreven staat (kenbaarheid) in zorginhoudelijke richtlijnen. De aanbevelingen over vaccinatie van medische risicogroepen zijn echter versnipperd over een groot aantal richtlijnen, waardoor de informatie over deze vaccinatiezorg vaak lastig te vinden is. Dit draagt bij aan het wisselend opvolgen van deze aanbevelingen door zorgverleners en beperkte informatievoorziening richting de patiënt.”<sup>46</sup>*

Deze passage bevestigt het signaal uit de screeningsfase.

## **Pneumokokkenziekte**

De *Streptococcus pneumoniae* (pneumokok) behoort tot de commensale flora van de bovenste luchtwegen van de mens. Dragerschap van deze bacterie kan overgaan in de zogeheten pneumokokkenziekte. Dit kan gebeuren wanneer iemands afweer verzwakt is of tijdens een virale luchtweginfectie.

Pneumokokkenziekte is een verzamelnaam voor verschillende ziekten, zoals longontsteking en sinusitis.

<sup>44</sup> Afweeronderdrukkende middelen.

<sup>45</sup> Zinnige Zorg - Rapport screeningsfase Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel | Rapport | Zorginstituut Nederland.

<sup>46</sup> Advies Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen | Advies | Zorginstituut Nederland.

De signalen van de stakeholders en het verdiepend onderzoek hebben geleid tot drie verbeterafspraken.

1. Update de aanbevelingen voor pneumokokkenvaccinatie in de richtlijnen.
2. Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA.
3. Informeer patiënten over pneumokokkenvaccinatie en het belang ervan.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeterafspraken uit. In laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

### 5.1 Update de aanbevelingen over pneumokokkenvaccinatie in de richtlijnen

De aanbevelingen in diverse richtlijnen over pneumokokkenvaccinatie voor mensen met RA zijn niet up-to-date en niet op elkaar afgestemd. Voor mensen met RA staan in de volgende richtlijnen aanbevelingen over vaccinatie tegen pneumokokkenziekte:

- pneumokokkenziekte<sup>47</sup> (RIVM-LCI);
- vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen<sup>48</sup> (RIVM-LCI);
- immuungecompromitteerde patiënten<sup>49</sup> (RIVM-LCI);
- addendum: vaccinatie en afweerstoornissen<sup>50</sup> (Rijksvaccinatieprogramma);
- NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)';
- NHG-Praktijkhandleiding Pneumokokkenvaccinatie.<sup>51</sup>

Een deel van de patiënten met RA krijgt immuunsuppressieve medicatie voor de behandeling van hun klachten. Niet alle doseringen van immuunsuppressieve geneesmiddelen die bij RA worden gebruikt leiden tot immuungecompromitteerdheid. Maatwerk is dus van belang.

#### 5.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen

De aanbevelingen uit de richtlijnen zijn niet eenduidig, waardoor onduidelijkheid ontstaat. In de meeste richtlijnen wordt aanbevolen om patiënten die immuunsuppressieve middelen gebruiken te vaccineren tegen pneumokokkenziekte, vanwege het verhoogde risico op het oplopen van infecties en op een gecompliceerder verloop van infecties. De NVR-richtlijn adviseert vaccinatie te overwegen bij patiënten die b/tsDMARDs gebruiken. In deze richtlijn staan geen aanbevelingen over het toedienen van een conjugaatvaccin. De NHG-Praktijkhandleiding behandelt vaccinatie tegen pneumokokkenziekte voor mensen met een medische indicatie en noemt het facultatief voor de huisarts. De LCI-richtlijnen zijn niet meer geüpdatet sinds 2018. In bijlage E staan de aanbevelingen.

#### 5.1.2 Literatuuronderzoek naar pneumokokkenvaccinatie bij RA

In de literatuur lezen we dat vaccinatie van belang is ter voorkoming van pneumokokkenziekte. Van Aalst et al. toonden in 2018 met een *systematic review* en meta-analyse aan dat immuungecompromitteerde patiënten een verhoogd risico hebben op invasieve pneumokokkenziekte en dat dit is geassocieerd met hoge morbiditeit en mortaliteit. Voor deze groep bevelen zij vaccinatie aan.<sup>52</sup> RA-patiënten die bepaalde immuunsuppressieve geneesmiddelen gebruiken, kunnen immuungecompromitteerd raken en hebben dan een verhoogd risico op pneumokokkenziekte. Als patiënten met RA alleen methotrexaat gebruiken (dosering < 0,4 mg/kg per week), vallen ze niet in de groep immuungecompromitteerde mensen.<sup>53</sup>

#### Vaccins ter preventie van pneumokokkenziekte bij medische risicogroepen

Momenteel zijn er twee soorten vaccins beschikbaar die beide een plaats hebben in het vaccinatieschema van medische risicogroepen:

1. pneumokokkenconjugaat-vaccin (PCV13, Prevenar of PCV15, Vaxneuvance, die beschermen tegen 13 of 15 serotypes pneumokokken);
2. pneumokokkenpolysaccharide vaccin (PPV23, Pneumovax dat beschermt tegen 23 serotypes pneumokokken).

Na vaccinatie met het polysaccharidevaccin wordt geen langdurig immunologisch geheugen opgebouwd en is de beschermingsduur beperkt (twee tot vijf jaar). Daarentegen zorgt het conjugaatvaccin voor langdurige immuniteit, wat belangrijk is voor mensen met een verzwakt immuunsysteem als gevolg van de medamenteuze behandeling van een chronische ontstekingsziekte. Voor hen zijn hervaccinaties met PPV23 belangrijk om de bescherming uit te breiden naar de 23 serotypes.

47 [Pneumokokkenziekte | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#).

48 [Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#).

49 [Immuungecompromitteerde patiënten | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#).

50 [Addendum: vaccinatie en afweerstoornissen | Rijksvaccinatieprogramma.nl](#).

51 [Praktijkhandleiding Pneumokokkenvaccinatie - NHG](#).

52 Van Aalst, M., et al., *Incidence of invasive pneumococcal disease in immunocompromised patients: A systematic review and meta-analysis*. *Travel Med Infect Dis*, 2018. 24: p. 89-100.

53 <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vaccinatie-bij-chronisch-inflammatoire-aandoeningen>, hoofdstuk 1, paragraaf 2.



## 5.2 Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA

Om de risico's op infectie met pneumokokken en de mogelijke gevolgen daarvan te voorkomen zijn afspraken nodig over de verantwoordelijkheid en uitvoering van pneumokokkenvaccinatie bij immunogecompromitteerde patiënten met RA. Deze afspraken moeten worden vastgelegd en opgenomen in de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020) en in de NHG-Praktijkhandleiding 'Pneumokokkenvaccinatie'.

Uit de screening, gesprekken met reumaverpleegkundigen en patiëntenverenigingen, en uit het adviesrapport *Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen; wie neemt de regie?* (2021)<sup>54</sup> blijkt dat onduidelijkheid bestaat voor patiënten en zorgverleners over de pneumokokkenvaccinatie.

*“Er is niet duidelijk vastgelegd bij welke zorgverleners de verantwoordelijkheid van vaccinatiezorg ligt. Het gevolg hiervan is dat er geen duidelijkheid is waar vaccinatiezorg onderdeel van is: medisch specialistische zorg (intramuraal) of eerstelijns zorg (extramuraal)?”*

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft een kwaliteitsproject over vaccinatie voor risicogroepen geïnitieerd, het Immunostart-project. In het vierde kwartaal van 2023 wordt dit afgerond. Een van de voorgestelde verbeteringen van dit project is de introductie van een 'Immunostart-consult'.<sup>55,56</sup> Beoordeeld moet worden of dit Immunostart-consult een goede oplossing is voor immunogecompromitteerde patiënten met RA. Een aandachtspunt hierbij is dat het voor patiënten van belang is dat zij tijdig kunnen starten met hun medicatie. Een punt van aandacht is ook dat de bekostiging eenduidig geregeld wordt.

### 5.2.1 Mogelijke verbeteracties

- **Onderzoek of de leidraad van het Immunostart-project een goede oplossingsrichting is voor een update van de richtlijnen.**
- **Onderzoek of het Immunostart-consult een goede oplossingsrichting is voor het uitvoeren van de vaccinatie onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener.**

## 5.3 Informeer patiënten over pneumokokkenvaccinatie en het belang daarvan

Het aanbod van informatie over het belang van pneumokokkenvaccinatie voor mensen met RA is nu beperkt en niet eenduidig. Op verschillende websites over reuma en in patiëntenfolders staat verschillende informatie over de noodzaak van pneumokokkenvaccinatie. Als overal dezelfde informatie over pneumokokkenvaccinatie staat, is dat voor de lezers het meest duidelijk. [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) is een belangrijke informatiebron voor patiënten, maar geeft hierover geen informatie. Het heeft onze voorkeur actuele informatie via [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) te delen.

### 5.3.1 Beschikbare informatie op websites

Op internet is de volgende informatie over pneumokokkenvaccinatie te vinden.

#### Reuma.nl

Op de website<sup>57</sup> staat onderstaande informatie:

*“Vaccinatie tegen pneumokokken: heb je een vorm van ontstekingsreuma en gebruik je afweeronderdrukkende medicijnen, dan is het aan te bevelen om je te laten vaccineren tegen pneumokokken. Pneumokokken is een bepaald soort bacterie waar je ernstige ontstekingen door kan krijgen, zoals een longontsteking. Ben je de afgelopen 5 jaar niet gevaccineerd tegen pneumokokken dan kan je reumatoloog met je huisarts overleggen of je een vaccinatie tegen pneumokokken kan en mag krijgen. Als het mogelijk is, is het het beste om je vóór de behandeling al te laten vaccineren.*

*Let op: gebruik je rituximab? Bij dit medicijn mag je van 4 weken voor tot tenminste 4 maanden na je inhuus niet worden gevaccineerd tegen pneumokokken.”*

Op deze website staat geen informatie over het conjugaatvaccin.

<sup>54</sup> [Advies Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen | Advies | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>55</sup> [Immuno-start \(immunostart.nl\).](#)

<sup>56</sup> Achtergrondinformatie bij dit project: ongeveer 4 procent van de bevolking is immunogecompromiteerd. De groeiende groep van immunogecompromitteerde patiënten (ICP) heeft niet alleen verhoogd risico op een ernstig verloop van infecties, maar ook van vaker opvlammingsen en bijzondere infecties. Zo ondervindt 30 procent van de ICP ernstige complicaties van een longontsteking. Screening en vaccinatie vóór start kan ernstige complicaties voorkomen. Deze zorg kent geen duidelijke plaats in ziekenhuizen.

<sup>57</sup> [Medicijnen | Vaccinaties en reuma | Reuma.nl.](#)



### ReumaZorg Nederland

Op de website<sup>58</sup> staat veel informatie over de pneumokokkenvaccinatie, onder andere voor mensen met een verminderde afweer, zoals bij reuma. De site verwijst naar andere websites, waaronder die van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM.) De hoeveelheid informatie op deze website is zo groot dat het te overweldigend is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

### Thuisarts.nl

Op de website staat geen informatie over vaccinatie tegen pneumokken voor mensen met reuma of voor mensen met een verminderde weerstand.<sup>59</sup> Op de pagina 'Ik denk erover om de prik tegen pneumokokken te halen'<sup>60</sup> worden reuma of mensen met een verminderde weerstand niet genoemd. Op de pagina 'Ik heb reumatoïde artritis en krijg een reumamedicijn (DMARD)'<sup>61</sup> wordt vaccinatie niet vermeld.

#### 5.3.2 Mogelijke verbeteracties

- **Vermeld het belang van pneumokokkenvaccinatie bij patiënten met RA op Thuisarts.nl.**
- **Vermeld het actuele vaccinatieschema voor patiënten met RA op Thuisarts.nl.**
- **Verwijs op websites van patiëntenorganisaties naar Thuisarts.nl voor actuele informatie over pneumokokkenvaccinatie.**

#### 5.4 Verwachte resultaten

RA-patiënten zullen goede en eenduidige adviezen krijgen over preventie van pneumokokkenziekte door middel van vaccinatie. Zorgverleners weten op grond van duidelijke afspraken over pneumokokkenvaccinatie wat hun rol en verantwoordelijkheid is. Dit zal de vaccinatiegraad tegen pneumokokkenziekte verhogen en RA-patiënten beter beschermen. Uiteindelijk is het doel om met passende vaccinatiezorg gezondheidswinst te behalen voor patiënten met onderliggende aandoeningen en een verhoogd risico op een infectieziekte.

Het is niet mogelijk om de financiële consequenties van deze verbeterafspraken te berekenen. We kunnen niet bepalen wat de totale omvang van de patiëntengroep is die gevaccineerd moet worden en we weten niet hoe hoog de huidige vaccinatiegraad is. De effecten zijn vooral te verwachten op het gebied van kwaliteit van leven en levensduur. De impactanalyse (bijlage F) bevat een overzicht van de kosten van pneumokokkenvaccinatie per patiënt.

<sup>58</sup> [Vaccinatie - pneumokokken - Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland.](#)

<sup>59</sup> [Reumatoïde artritis | Thuisarts.nl.](#)

<sup>60</sup> [Ik denk erover om de prik tegen pneumokokken te halen | Thuisarts.nl.](#)

<sup>61</sup> [Ik heb reumatoïde artritis en krijg een reumamedicijn \(DMARD\) | Thuisarts.nl.](#)

# 6 Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten

**Mensen met RA weten vaak zelf niet dat zij een verhoogde kans hebben op een infectieziekte. De patiënteninformatie hierover is niet duidelijk en niet goed vindbaar. We hebben dit onderzocht door de huidige informatie op belangrijke websites te vergelijken. We beschrijven in dit hoofdstuk welke verbeterafspraken en verbeteracties nodig zijn voor het verbeteren van de patiënteninformatie en wat de verwachte resultaten daarvan zijn.**

Informatie voor mensen met RA over bescherming tegen infectieziekten is van groot belang. Als mensen met RA immuunsuppressiva gebruiken, zijn zij soms niet bekend met het verhoogde risico op infecties dat zij lopen. Het gaat hierbij om informatie over infectieziekten waar je mee te maken kunt krijgen binnen Nederland en op reis. Reumaverpleegkundigen geven aan dat zij regelmatig tijd besteden aan het informeren van patiënten over vaccinaties. Niet alle ziekenhuizen hebben een reumaverpleegkundige in dienst die deze informatie kan geven. Er is op dit moment voor mensen met RA onvoldoende eenduidige informatie over vaccinaties beschikbaar. Eenduidige, actuele patiëntenfolders en makkelijk vindbare digitale informatie die geschikt is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken informatie voor patiënten toegankelijk.

De signalen van de stakeholders en verdiepend onderzoek hebben geleid tot twee verbeterafspraken.

1. Informeer patiënten over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland en het belang daarvan.
2. Informeer patiënten over nieuwe aanbevelingen voor vaccinaties.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeterafspraken uit. In laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

## 6.1 Informeer patiënten over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland en het belang daarvan

Als op alle websites en in alle patiëntenfolders dezelfde informatie staat over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland, is dat voor de lezers het meest duidelijk. Het aanbod van informatie is nu beperkt. Mensen met RA die een verre reis willen maken moeten tijdig op de hoogte zijn van het risico op infectieziekten in de landen die zij bezoeken. Mensen die immunosuppressiva gebruiken hebben deskundig advies nodig bij het afwegen van de risico's op infectieziekten.

### 6.1.1 Aanbevelingen in richtlijnen

In deze paragraaf zijn de aanbevelingen over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland bij elkaar gezet. De conclusie van het Zorginstituut is dat de informatie onvolledig is.

NVR-Richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020)

*"Voor vragen over reizigersvaccinaties bij gebruik van DMARDs wordt patiënt door de hoofdbehandelaar verwezen naar de GGD, afdeling reizigersvaccinatie of een expertisecentrum."*

### 6.1.2 Beschikbare informatie op websites

Als patiënten op internet zoeken naar informatie over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland, kunnen ze de volgende informatie vinden (datum raadpleging 19 juli 2023):

#### Reuma.nl

Op de website<sup>62</sup> staat onderstaande informatie:

*"Bijtijds bespreken reizigersvaccinaties: gebruik je afweeronderdrukkende medicijnen die je afweer remmen? Bespreek dan tenminste 6 weken voordat je je reis gaat boeken of vertrekt, of je reizigersvaccinaties nodig hebt, met je reumatoloog. Als je vaccinaties kunt gebruiken, dan verwijst jouw arts je naar de afdeling reizigersvaccinaties van de GGD of naar een speciaal vaccinatiecentrum.*

*Als je afweeronderdrukkende medicijnen tegen je reuma gebruikt, kunnen sommige vaccinaties minder goed werken, doordat jouw afweersysteem minder sterk reageert. De vaccinatie-arts kan soms aan de hand van bloedonderzoek kijken wat het effect van de vaccinatie was en of het nodig is om die nog een keer te herhalen.*

*Soms moet je helaas je reisbestemming veranderen, omdat vaccinatie niet altijd mogelijk is. Kijk voor meer informatie op de website van GGD-reizen<sup>63</sup> en de LCR<sup>64</sup>."*

#### ReumaZorg Nederland

Op de website van ReumaZorg Nederland is veel informatie te vinden voor mensen met RA die een verre reis willen maken.<sup>65</sup>

#### Thuisarts.nl

Op de pagina's 'Ziekte op reis voorkómen'<sup>66</sup> en 'Ik wil ziekte op reis voorkómen'<sup>67</sup> staat geen informatie voor reizigers die afweeronderdrukkende medicijnen gebruiken. In de paragraaf 'Meer informatie over ziektes op reis voorkomen' wordt verwezen naar de website van het RIVM<sup>68</sup>.

## 6.2 Informeer patiënten over nieuwe aanbevelingen voor vaccinaties

De ontwikkelingen in en aanbevelingen over het voorkomen van infectieziekten en het beschermen door middel van vaccinaties volgen elkaar in snel tempo op. Het is belangrijk deze ontwikkelingen goed te volgen en de aanbevelingen hierover up-to-date te houden. Ook patiënten moeten de beschikking hebben over actuele en eenduidige informatie.

### 6.2.1 Mogelijke verbeteracties

- **Pas Thuisarts.nl aan met actuele informatie over benodigde vaccinaties.**
- **Verwijs op andere websites naar Thuisarts.nl voor informatie over benodigde vaccinaties.**

Het is belangrijk dat de behandelend arts en verpleegkundige de patiënt wijzen op het belang van vaccinatie en bescherming tegen infectieziekten. Ook nieuwe adviezen moeten met de patiënt gecommuniceerd worden. Goede informatie ondersteunt behandelaren bij het voorlichten van patiënten.

## 6.3 Verwachte resultaten

Goede eenduidige patiëntenfolders en digitale informatie die makkelijk vindbaar én goed leesbaar zijn voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden maken informatie voor patiënten toegankelijker. Zij zijn hierdoor sneller op de hoogte van eventuele risico's van infectieziekten en de maatregelen die zij kunnen treffen. Ook zijn zij hierdoor beter geïnformeerd over het belang van vaccinatie ter preventie van infectieziekten die iemand kan oplopen tijdens verre reizen. Mensen kunnen dan tijdig deskundig advies inwinnen en maatregelen nemen. Het is niet mogelijk om de financiële consequenties van deze verbeterafspraken te berekenen.

<sup>62</sup> [Medicijnen | Vaccinaties en reuma | Reuma.nl](#).

<sup>63</sup> [Afweerstooris en reizen | GGDReisvaccinaties](#).

<sup>64</sup> [Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering: Bijzondere-reizigers - \(lcr.nl\)](#)

<sup>65</sup> [Vaccinatie - op reis - Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland](#).

<sup>66</sup> [Ziekte op reis voorkomen | Thuisarts.nl](#).

<sup>67</sup> [Ik wil ziekte op reis voorkómen | Thuisarts.nl](#).

<sup>68</sup> [Reizigersziekten | RIVM](#).

# 7 Overzicht van de verbeterafspraken en vervolgstappen

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk geven we een overzicht van de verbeterafspraken en mogelijke verbeteracties. Deze verbeterafspraken zijn overlegd met de partijen die betrokken zijn bij dit Zinnige Zorg-traject. In de laatste paragraaf vindt u een opsomming van de vervolgstappen.

## 7.1 Overzicht van de verbeterafspraken

Paragraaf	Verbeterafpraak	Mogelijke verbeteracties	Regi houder en betrokkenen
1.1	Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aantal aanvragen van reumaserologie in de eerste lijn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betrek laboratoriumspecialisten bij het toepassen van de aanbevelingen.</li> <li>Verwijder de aanvraag van ACPA- en Rf-bepaling bij verdenking RA uit het probleemgestuurd laboratoriumformulier (eerste lijn).</li> </ul>	NHG, ZN
1.2	Pas de patiënteninformatie aan over aanvullend onderzoek in de eerste lijn.		NHG, RZN, ReumaNL
2.1	Pas de richtlijn aan: verbeter de indicaties voor het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten in de diagnostische fase.		NVR
2.2	Pas de richtlijn aan: neem een aanbeveling op over het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten tijdens de follow-up.		NVR
3.1	Baseer de keuze van de eerste b/bsDMARD naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken, ook op de prijs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maak gebruik van de DQRA om de inzet van single-sourcegeneesmiddelen te monitoren.</li> <li>Bespreek de inzet van biologicals en van single- en multi-sourcegeneesmiddelen tijdens spiegelbijeenkomsten.</li> <li>Pas het flowdiagram aan overeenkomstig de verbeterafpraak.</li> </ul>	NVR, ZN
3.2	Herzie de richtlijn: neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers.		NVR
3.3	Betrek de prijs bij het kiezen van een b/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens.		NVR
4.1	Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verricht CVRM bij patiënten met RA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkel een signaleringssysteem voor huisartsen voor het monitoren van CVRM.</li> </ul>	NHG, NVR, V&VN
4.2	Verbeter de toepassing van de richtlijn: verwijst de patiënt na het stellen van de diagnose naar de huisarts voor CVRM.		NVR, NHG
4.3	Verbeter de toepassing van de richtlijn: vermeld de noodzaak voor CVRM in de diagnosebrief.		NVR
4.4	Informeert patiënten over CVRM en het belang daarvan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorg voor complete actuele informatie over CVRM voor RA-patiënten op <a href="http://Thuisarts.nl">Thuisarts.nl</a>.</li> <li>Verwijst op andere websites naar <a href="http://Thuisarts.nl">Thuisarts.nl</a> voor informatie over CVRM.</li> </ul>	NVR, NHG, V&VN, RZN, ReumaNL
5.1	Update de aanbevelingen over pneumokokkenvaccinatie in de richtlijnen.		NVR, NHG

Paragraaf	Verbeterafpraak	Mogelijke verbeteracties	Regiehouder en betrokkenen
5.2	Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Onderzoek of de leidraad van het Immunostart-project een goede oplossingsrichting is.</li> <li>– Onderzoek of het Immunostart-consult een goede oplossingsrichting is.</li> </ul>	<b>NVR</b> , NHG, ZN, V&VN
5.3	Informeert patiënten over pneumokokkenvaccinatie en het belang daarvan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vermeld het belang van pneumokokkenvaccinatie bij patiënten met RA op Thuisarts.nl.</li> <li>– Vermeld het actuele vaccinatieschema voor patiënten met RA op Thuisarts.nl.</li> <li>– Verwijs op websites van patiëntenorganisaties naar Thuisarts.nl voor actuele informatie over pneumokokkenvaccinatie.</li> </ul>	<b>NVR</b> , NHG, V&VN, RZN, ReumaNL
6.1	Informeert patiënten over bescherming tegen infectieziekten bij reizen naar het buitenland en het belang daarvan.		<b>NVR</b> , NHG, V&VN, RZN, ReumaNL
6.2	Informeert patiënten over nieuwe aanbevelingen voor vaccinaties.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas Thuisarts.nl aan met actuele informatie over benodigde vaccinaties.</li> <li>– Verwijs op andere websites naar Thuisarts.nl voor informatie over benodigde vaccinaties</li> </ul>	<b>NVR</b> , NHG, V&VN, RZN, ReumaNL

## 7.2 Vervolgstappen

Na bestuurlijke consultatie van betrokken partijen stelt de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve verbeteringsignalelement vast en biedt dit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan. Vervolgens start de volgende fase van het Zinnige Zorg-traject 'Reumatoïde artritis', de implementatiefase. Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Omdat dit zal leiden tot daadwerkelijke veranderingen die bijdragen aan de beweging naar passende zorg, verandert de naam van 'Zinnige zorg' naar 'Passende zorg'. In de implementatiefase spreken we van 'Passende zorg verbetertraject Reumatoïde artritis'. De verantwoordelijkheid voor het realiseren van de verbeterafspraken ligt bij de partijen in de zorg, in lijn met de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgstelsel. Partijen stellen hierbij een regiehouder aan die aanspreekpunt is voor de betreffende verbeterafpraak. De regiehouder bewaakt de planning en het nakomen van de afspraken. Bij aanvang van de implementatiefase zal samen met de regiehouders van verbeterafspraken worden nagegaan welke verbeteracties worden ingezet en welke andere partijen betrokken moeten worden voor het uitvoeren van verbeteracties.

Het Zorginstituut zal zo nodig partijen ondersteunen bij de implementatie. Daarnaast behoudt het Zorginstituut een monitorende rol, waarbij we het proces en de realisatie van de gemaakte afspraken volgen. In 2026 halen we op in hoeverre de verbeteracties zijn opgepakt. In 2028 evalueren we wat de impact van de verbeteracties is. Over deze voortgang rapporteren wij jaarlijks aan de minister van VWS.

# Bijlage A Werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en daarnaast onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

## Uitgangspunten

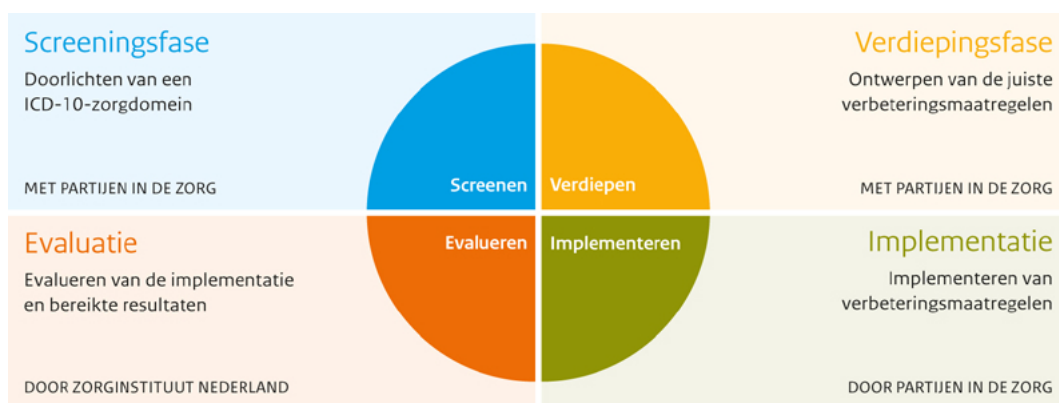
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffektieve en onnodige zorg en het identificeren en realiseren van nodige zorg die niet of nog niet wordt geleverd. Met het doel dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntenperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het hele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt op zorg die valt onder de *Zorgverzekeringswet (Zvw)* of de *Wet langdurige zorg (Wlz)*.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek en de resultaten te duiden. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

## Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



### Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is één of meer zorgtrajecten voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratiedata of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast

in een rapport *Systematische analyse*. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister voor Medische Zorg.

### **Verdiepingsfase**

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek identificeert het Zorginstituut met de betrokken partijen verbetermogelijkheden en maakt hierover afspraken en bespreekt verbeteracties. Het onderzoek, de verbetermogelijkheden (inclusief impactanalyse) en verbeteracties leggen we vast in een *Verbetersignalement*. Het definitieve rapport bieden we aan partijen in de zorg aan en aan de minister voor Medische Zorg.

### **Implementatiefase**

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de voorgenomen verbetering binnen de vastgestelde verbetermogelijkheden. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de betrokken partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase, waar nodig, een ondersteunende of faciliterende rol hebben. Het Zorginstituut volgt de implementatie door de voortgang jaarlijks te monitoren. Over de voortgang rapporteren we aan de direct betrokken partijen en de minister voor Medische Zorg.

### **Evaluatiefase**

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de voorgenomen verbetering binnen de verbetermogelijkheden in de praktijk zijn gerealiseerd en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan de betrokken partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg.

### **Onderzoek**

In de systematische doorlichting kunnen we gebruikmaken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken diverse zorg- en declaratiedatabases, waaronder DBC Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Zorg- en declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Toch zijn deze data wel een belangrijke – en soms zelfs de enige informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

### **Van Zinnige Zorg naar Passende zorg**

Zinnige Zorg is onderdeel van passende zorg. De Zinnige Zorg-verbetersignalementen beschrijven concrete verbeterafspraken over effectieve en kwalitatief goede zorg, die op de juiste plek wordt geleverd en samen met de patiënt tot stand komt. Ook voor preventie is aandacht in Zinnige Zorg. Daarmee zijn de vier principes van Passende zorg in de verbeterafspraken vertegenwoordigd. Met de implementatie van verbeterafspraken wordt vanuit Zinnige Zorg een actieve bijdrage geleverd aan de beweging naar Passende zorg. Omdat het implementeren van verbeterafspraken leidt tot daadwerkelijke veranderingen die bijdragen aan passende zorg, verandert de naam van 'Zinnige Zorg' naar 'Passende zorg verbetertrajecten'.

## Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepingsfase hebben we samengewerkt met onderstaande partijen.

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland (RZN)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie (NHPR)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Reumachirurgie (Nerass)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Reuma Nederland (ReumaNL), organisatie voor onderzoek en voor patiënten
- ReumanetNL, netwerk voor specifiek deskundige fysiotherapeuten en oefentherapeuten in de behandeling van mensen met reumatische aandoeningen
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)



# Bijlage C Aanvullende informatie over reumatoïde artritis

In deze bijlage beschrijven we de aandoening RA, het zorgtraject en de behandeling van mensen met RA.

## Reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte. Het lichaam maakt antistoffen aan tegen structuren van het eigen lichaam, waardoor ontstekingsreacties in gewrichten ontstaan. RA treft vooral de kleine gewrichten van de handen, polsen en voeten. Kenmerkend voor RA is een symmetrische ontsteking (zowel links als rechts aanwezig in dezelfde gewrichtsgroep). Deze symmetrie kan in het begin van het ziekteproces nog ontbreken. De ontstekingen gaan vaak gepaard met zwelling, pijn, stijfheid, warmte, roodheid en bewegingsbeperking van het gewricht. Ook in structuren rond de gewrichten kunnen ontstekingen voorkomen, zoals in peesscheden en slijmbeurzen. Deze ontstekingen kunnen leiden tot schade van het kraakbeen in het gewricht en het onderliggende bot. Hoe eerder de behandeling start, hoe gunstiger het verloop van RA vaak is. Daarom is het belangrijk de diagnose zo vroeg mogelijk te stellen.

## RA in cijfers<sup>69</sup>

- In 2021 waren er bijna 270.000 personen met RA.
- In 2021 waren er ruim 11.000 nieuwe patiënten met RA.
- De zorguitgaven voor reumatoïde bedroegen in 2019 € 292 miljoen.
- Bijna 80 procent van de uitgaven voor RA was voor ziekenhuiszorg.
- In 2020 waren er 280 ziekenhuisopnamen vanwege RA.

## Het zorgtraject

Mensen met gewrichtsklachten melden zich bij de huisarts (of fysiotherapeut). Op grond van de aard van de klachten, de anamnese en het lichamelijk onderzoek maakt de huisarts onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten. De huisarts kan RA onvoldoende via laboratoriumonderzoek aantonen of uitsluiten. Ook beeldvormend onderzoek door de huisarts wordt voor de diagnostiek van RA niet aangeraden. Bij een vermoeden van reumatoïde artritis verwijst de huisarts de patiënt op korte termijn naar de reumatoloog.

De reumatoloog ziet de patiënt bij voorkeur binnen zes weken na aanvang van de artritissymptomen. De reumatoloog streeft ernaar het diagnostisch proces zo kort mogelijk te houden om zo snel mogelijk een eventuele behandeling te kunnen inzetten. Tijdige behandeling met medicatie voorkomt bij veel patiënten een ernstig verloop van de ziekte. Het stellen van de diagnose RA in de klinische praktijk is gebaseerd op de expertise van de reumatoloog en niet op classificatiecriteria. Een complete anamnese en volledig lichamelijk onderzoek zijn nodig om te kunnen inschatten of er aan een beginnende RA moet worden gedacht en alternatieve diagnoses kunnen worden uitgesloten.

Laboratoriumonderzoek zoals BSE (bezinkingssnelheid (mm/uur) van erythrocyten in plasma) en C-reactief proteïne (CRP) hebben een beperkte diagnostische waarde. De tests zijn matig sensitief en matig specifiek voor RA. De uitslagen van deze tests worden bovendien beïnvloed door vele factoren, waaronder leeftijd en geslacht. De uitkomsten zijn ook verhoogd bij andere ziektes dan RA.

Röntgenfoto's hebben een lage sensitiviteit (ongeveer 30 procent), maar een hoge specificiteit (ongeveer 95 procent) voor het stellen van de diagnose RA. De aanwezigheid van erosies op een röntgenfoto van een patiënt met ongedifferentieerde artritis vergroot de kans op de diagnose RA. Ondanks de lage sensitiviteit, maar vanwege de hoge specificiteit wordt in richtlijnen aanbevolen röntgenfoto's te maken van de handen (opnames waarbij de polsen ook zichtbaar zijn) en de voeten bij een patiënt met artritis verdacht op RA. In de praktijk is de waarde voor het stellen van de diagnose beperkt vanwege de lage sensitiviteit.

Mensen met RA worden behandeld door de reumatoloog, die in de meeste gevallen samenwerkt met een gespecialiseerd reumaverpleegkundige. In sommige centra wordt een aantal medische taken, zoals medicatie voorschrijven, uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of een physician assistant. Patiënten blijven ook in de stabiele fase onder controle en verantwoordelijkheid van de reumatoloog. De reumatoloog zorgt

<sup>69</sup> [Reumatoïde artritis \(RA\) | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](#).

voor informatieoverdracht naar de huisarts, onder andere over relevante veranderingen in het medicatiebeleid, inclusief mogelijke bijwerkingen en interacties.

### De behandeling

Reumatoïde artritis is nog niet te genezen. De behandeling richt zich daarom op het verminderen van de klachten en ontstekingen. Mensen met RA worden stapsgewijs met verschillende medicijnen behandeld. De medicamenteuze behandeling van patiënten RA begint bij voorkeur zo snel mogelijk na het stellen van de diagnose om de schade aan de gewrichten in een vroeg stadium van de ziekte te beperken. De ziekte heeft hierdoor minder ernstige gevolgen. Bij de behandeling wordt een zogenaemde *treat-to-target* strategie toegepast: de medicatie wordt aangepast op basis van systematische monitoring van de ziekteactiviteit om het gestelde behandelgoal (remissie of lage ziekteactiviteit) te bereiken. Voor de monitoring van de ziekteactiviteit wordt meestal een samengestelde score gebruikt, zoals de DAS-28. De medicamenteuze behandeling van RA wordt gedaan met disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs). Binnen de DMARDs zijn verschillende middelen beschikbaar. In principe wordt gestart met methotrexaat (MTX), een conventionele synthetische DMARD (csDMARD). Bij onvoldoende effect kan een biologische (bDMARD) of targeted synthetische DMARD (tsDMARD of JAK-remmer) worden toegevoegd. De optimale behandelstrategie staat in detail beschreven in de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020).

Biologicals (sinds 25 jaar beschikbaar) en JAK-remmers (sinds 2018) behoren tot een nieuwe generatie geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen werken doelgericht op bepaalde processen van het immuunsysteem en onderdrukken zo de ontstekingsreactie die optreedt bij RA. Biologicals en JAK-remmers zijn zeer effectief gebleken. Ze vormen naast de gangbare middelen een belangrijke aanvulling op het arsenaal van ontstekingsremmers die de ziekteactiviteit onderdrukken. Er is geen bewijs dat er een verschil in effectiviteit is tussen de diverse b/tsDMARDs. Daarom is er geen duidelijke voorkeur voor wat de volgorde van deze middelen in de behandeling moet zijn. Voorkeuren van de patiënt en kosteneffectiviteit spelen een rol in het maken van de keuze voor een b/tsDMARD.

Als stabiele remissie of lage ziekteactiviteit is bereikt, wordt geprobeerd de dosis b/tsDMARDs te reduceren en eventueel te stoppen. Het gebruik van b/tsDMARDs kent namelijk bijwerkingen voor patiënten (onder andere een verhoogd infectierisico) en gaat gepaard met hoge kosten. Als patiënten alleen csDMARDs gebruiken en er sprake is van stabiele remissie of lage ziekteactiviteit, dan kan het afbouwen van de csDMARDs worden overwogen. Ook het gebruik van csDMARDs kan namelijk bijwerkingen geven.

### Niet-medicamenteuze behandeling

De komst van de nieuwe generatie geneesmiddelen heeft ervoor gezorgd dat medicamenteuze behandelingen op de voorgrond zijn gekomen. Maar er zijn ook verschillende niet-medicamenteuze interventies, zoals oefentherapie en educatie, om met de gevolgen van RA om te gaan. Afhankelijk van de zorgvraag van mensen met RA kunnen de volgende zorgverleners bij de behandeling betrokken zijn: de fysiotherapeut, oefentherapeut, bedrijfsarts, ergotherapeut, podotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, diëtist, orthopedisch schoentechnicus, orthopedisch chirurg of revalidatiearts.

## Bijlage D Overzicht richtlijnen, standpunten en standaarden van de beroepsgroepen

Naam richtlijnen, standpunten en standaarden	Beroepsgroep (en)	Jaar van publicatie	Verwijzing
Artritis	NHG	2017	<a href="#">Artritis   NHG-Richtlijnen</a>
Biologicals	NVR	2011	<a href="#">Startpagina - Biologicals - Richtlijn - Richtlijnen-database</a>
Cardiovasculair risicomanagement	NHG	2019	<a href="#">Cardiovasculair risicomanagement   NHG-Richtlijnen</a>
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	NHG, NIV, NVCC	2019	<a href="#">Samenvatting CVRM - Richtlijn - Richtlijnen-database</a>
De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Laboratoriumdiagnostiek Artritis	Huisartsen, klinisch chemici en artsen-microbioloog. De LESA is grotendeels gebaseerd op de NHG-Standaarden.	2021	<a href="#">Laboratoriumdiagnostiek   NHG-Richtlijnen</a>
Immuungecompromitteerde patiënten	RIVM-LCI		<a href="#">Immuungecompromitteerde patiënten   LCI richtlijnen (rivm.nl)</a>
JAK-remmers bij reumatoïde artritis	NVR	2018	<a href="#">Jak-remmers-sept-2018.pdf (nvr.nl)</a>
Laboratoriumdiagnostiek bij gewrichtsklachten en verdenking Reumatoïde Artritis (advies)	NVVC, CMI	onbekend	<a href="#">ZD-RA-antiCCP-def.pdf (nvkc.nl)</a>
Medicamenteuze behandeling van reumatoïde artritis	NVR	2020	<a href="#">NVR Richtlijnen, standpunten en zorgpaden - NVR Nederlandse Vereniging voor Reumatologie</a>
Medicatiegebruik bij inflammatoire reumatische aandoeningen rondom de zwangerschap	NVR	2022	<a href="#">Startpagina - Medicatiegebruik bij inflammatoire reumatische aandoeningen rondom de zwangerschap - Richtlijn - Richtlijnen-database</a>
NHG-registratie advies bij Standaard CVRM	NHG	2020	<a href="#">NHG-registratie advies bij Standaard CVRM_2020.pdf</a>
Pneumokokkenziekte	RIVM-LCI	2019	<a href="#">Pneumokokkenziekte   LCI richtlijnen (rivm.nl)</a>
Praktijkhandleiding Pneumokokkenvaccinatie	NHG	2019	<a href="#">Praktijkhandleiding Pneumokokkenvaccinatie (nhg.org)</a>
Reumatoïde Artritis	NVR	2020	<a href="#">Startpagina - Reumatoïde Artritis (RA) - Richtlijn - Richtlijnen-database</a>
Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	NHG, NVR, NVAB, VRA, Reumapatiëntenbond (nu opgegaan in Reumafonds), Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (nu Ergotherapie Nederland)	2015	<a href="#">Reumatoïde artritis en participatie (in arbeid)   NHG-Richtlijnen</a>
Diagnostiek van   Reumatoïde Artritis	NVR	2016	<a href="#">Richtlijn Diagnostiek van Reumatoïde Artritis (nvr.nl)</a>
Standpunt CVRM	NVR	2022	<a href="#">Standpunt CVRM_2022.pdf (nvr.nl)</a>
Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen	RIVM-LCI	2019	<a href="#">Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen   LCI richtlijnen (rivm.nl)</a>
Reumatoïde artritis	KNGF	2018	<a href="#">reumatoïde-artritis (kngf.nl)</a>

# Bijlage E Aanbevelingen in richtlijnen die betrekking hebben op de verbeterafspraken

## Aanbevelingen bij hoofdstuk 1: doe geen onnodige reumaseroLOGIE in de eerste lijn

In deze bijlage zijn de aanbevelingen voor huisartsen over algemeen en specifiek laboratoriumonderzoek bij mensen met verdenking RA bij elkaar gezet. Consistent wordt aanbevolen geen RA-specifiek laboratoriumonderzoek te doen bij klinische verdenking op RA binnen de huisartsenpraktijk.

### NHG-Standaard 'Artritis'

#### Over reumafactoren

*"Op individueel niveau is de voorspellende waarde gering: een positieve bevinding bewijst reumatoïde artritis niet, en een negatieve bevinding sluit de aandoening niet uit."*

*"Belangrijk is te beseffen dat de helft van de RA-patiënten géén Rf heeft. Een test op hun aanwezigheid moet alleen worden ingezet als op basis van gegevens uit lichamelijk onderzoek, anamnese en beloop van de klachten reeds een gereede verdenking op reumatoïde artritis bestaat. Omdat in dat geval verwijzing naar een reumatoloog toch al aan de orde is, heeft de reumafactortest geen plaats in de diagnostiek van reumatoïde artritis in de huisartsenpraktijk."*

#### Over anti-CCP-antistoffen (ACPA)

*"Belangrijk is te beseffen dat de helft van de RA-patiënten geen anti-CCP heeft. De relatief lage sensitiviteit van de ACPA-testen maakt de tests ongeschikt om als screeningsinstrument te fungeren. Ze moeten dus alleen worden ingezet als op basis van gegevens uit lichamelijk onderzoek, anamnese en beloop van de klachten reeds een gereede verdenking op reumatoïde artritis bestaat. Omdat in dat geval verwijzing naar een reumatoloog toch al aan de orde is, heeft de anti-CCP-test geen plaats in de diagnostiek van reumatoïde artritis in de huisartsenpraktijk."*

### De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Laboratoriumdiagnostiek Artritis

Deze is afgeleid van de NHG-Standaard 'Artritis'. Deze LESA beveelt laboratoriumbepalingen (BSE, CRP, reumafactor, anti-CCP-test) bij een vermoeden van reumatoïde artritis niet aan.

### De 'beter-niet- doen lijst' van het NHG

De beter-niet-doen-lijst is gebaseerd op de aanbevelingen van de NHG-Standaard 'Artritis'. De vijfde aanbeveling van deze lijst gaat over het niet-standaard uitvoeren van laboratoriumonderzoek bij verdenking op een ontsteking in het gewricht.

### Zinnige Diagnostiek - Laboratoriumdiagnostiek bij gewrichtsklachten en verdenking Reumatoïde Artritis (RA)

Reumafactor en anti-CCP-antistoffen - Advies van de Nederlandse Vereniging van Klinische Chemie (NVKC) en het College Medisch Immunologen (CMI).

Volgens dit advies is de bepaling van de reumafactor en/of anti-CCP-antistoffen in de eerste lijn vrijwel nooit zinvol, omdat alleen een sterke klinische verdenking al voldoende is voor een verwijzindicatie naar de reumatoloog.<sup>[12]</sup> Ook bij een lage kans op RA, met name bij afwezigheid van artritis, zijn deze laboratoriumbepalingen niet zinvol.

## Aanbevelingen bij hoofdstuk 2: verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn

### NVR-richtlijn 'Diagnostiek van Reumatoïde Artritis'

*"Röntgenfoto's hebben een lage sensitiviteit (ongeveer 30 procent), maar een hoge specificiteit (ongeveer 95 procent) voor het stellen van de diagnose RA. De aanwezigheid van erosies op een röntgenfoto in een patiënt met ongedifferentieerde artritis vergroot de kans op de diagnose RA. Bewijskracht: matig (niveau 2).*

*Aanbeveling: ondanks de lage sensitiviteit, maar vanwege de hoge specificiteit wordt aanbevolen röntgenfoto's te maken van de handen (opnames waarbij de polsen ook zichtbaar zijn) en de voeten bij een patiënt met artritis verdacht op RA."*

### Aanbevelingen bij hoofdstuk 3: herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers

De aanbevelingen over behandeling met b/bs/tsDMARDs in de richtlijn van de NVR en het standpunt hierover van de FMS zijn hier bij elkaar gezet.

#### Aanbevelingen bij paragraaf 3.1

##### NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020)

*"Patiënten met RA worden volgens de richtlijn Reumatoïde Artritis middels een treat-to-targetstrategie behandeld. Dat betekent dat de medicatie wordt aangepast op basis van systematische monitoring van ziekteactiviteit teneinde een gezamenlijk geformuleerd doel (remissie of lage ziekteactiviteit) te bereiken."*<sup>70</sup>

*"Biosimilars en originator bDMARDs zijn even effectief en even veilig en derhalve uitwisselbaar. Omdat onduidelijk is wat de effecten op termijn zijn van veelvuldig omzetten, dient dit zoveel mogelijk voorkomen te worden."*

*"Diverse studies hebben laten zien dat bDMARDs gelijkwaardig zijn aan de originator biologicals wat betreft effectiviteit, veiligheid en kwaliteit. Het protocollair omzetten van een originator naar een bDMARD is derhalve inhoudelijk mogelijk voor de gehele groep patiënten die een biological gebruiken en waarvan een bDMARD lokaal beschikbaar is."*

*"Indien het behandelgoal niet is bereikt met een csDMARD strategie, wordt behandeling met een bDMARD aanbevolen. De keuze van het middel wordt bepaald door patiëntfactoren, bestaande ervaring en kosten."*

*"Vooralsnog kan er geen duidelijke voorkeur uitgesproken worden wat de volgorde in behandeling moet zijn van de diverse bDMARDs gezien er geen bewijs is dat er verschil in effectiviteit is tussen de verschillende bDMARDs."*

##### Standpunt Federatie Medisch Specialist (FMS) over biosimilars

Als het gaat om het voorschrijven van geneesmiddelen, hanteert de FMS het standpunt: 'Goedkoop als het kan, duur als het moet'.<sup>71</sup> De verbeterafspraken zijn in lijn met het standpunt van de FMS.

*"Biosimilars zijn biologische geneesmiddelen die 'vergelijkbaar' zijn met de originele biologische geneesmiddelen (originators) die al zijn geregistreerd. De effectiviteit en veiligheid is vergelijkbaar, en dus is bij de eerste behandeling het goedkoopste middel vanuit het oogpunt van kostenbeheersing bij nieuwe patiënten de eerste keus, ook als dat een biosimilar is. De Federatie is voorstander van het voorschrijven van biosimilars, onder bepaalde voorwaarden."*

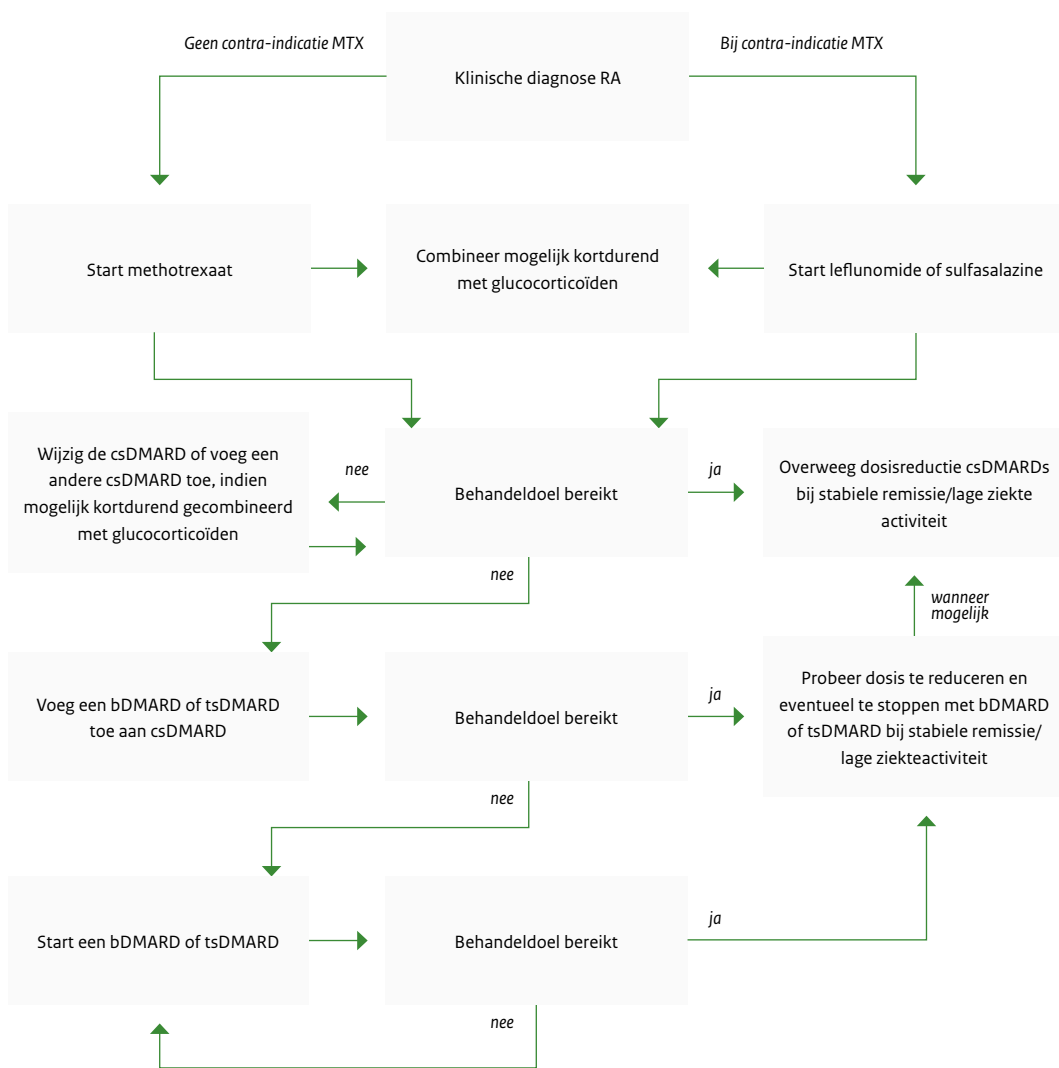
##### Flowdiagram reumatoïde artritis

Onderstaand diagram (figuur 6) is opgenomen in de NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020). Dit diagram is niet in overeenstemming met de recente aanbevelingen van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Bij het aanpassen van de richtlijn moet ook het flowdiagram aangepast worden.

<sup>70</sup> [Optimale behandelstrategie bij reumatoïde artritis - Richtlijn - Richtlijnen database.](#)

<sup>71</sup> [Geneesmiddelen | Federatie Medisch Specialist \(demedischspecialist.nl\).](#)

Figuur 6 | Flowdiagram reumatoïde artritis, NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020)



### Aanbevelingen bij paragraaf 3.2

#### Aanbevelingen van het CBG over het gebruik van JAK-remmers

Op 22 maart 2023 heeft het CBG artsen via een nieuwsbrief in kennis gesteld van de risico's bij het gebruik van JAK-remmers<sup>72</sup>:

*“Patiënten die JAKi gebruiken, lopen een grotere kans op kanker, hart- en vaatziekten, ernstige infecties of overlijden dan patiënten die TNF- $\alpha$ -remmers gebruiken. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) adviseert artsen daarom deze JAK-remmers alleen voor te schrijven bij patiënten met een verhoogd risico op deze aandoeningen als er geen goede behandelalternatieven beschikbaar zijn.”*

Na beoordeling door het Europees geneesmiddelenbewakingscomité *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* (PRAC) is een aantal aanbevelingen opgesteld voor zorgverleners. Het CBG adviseert het volgende:

- Gebruik JAKi alleen als er geen andere geschikte behandeling mogelijk is bij patiënten:
  - van 65 jaar en ouder;
  - die roken of in het verleden lang hebben gerookt;
  - met verhoogd risico op hart- en vaatziekten en patiënten met risicofactoren op kanker.
- Wees voorzichtig bij patiënten met andere risicofactoren voor veneuze trombo-embolie (VTE) dan de hierboven genoemde risico's.

<sup>72</sup> [Beperk de risico's op hartinfarct en kanker bij gebruik JAK-remmers | Nieuwsbericht | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen \(cbg-meb.nl\)](https://www.cbg-meb.nl/nieuwsberichten/2023/03/22/beperk-de-risico-s-op-hartinfarct-en-kanker-bij-gebruik-jak-remmers).

- Voor sommige patiëntengroepen met risicofactoren zijn de aanbevolen doseringen herzien.
- Bespreek met patiënten de risico's van het gebruik van deze medicijnen, zoals hartinfarct of kanker.
- Doe periodiek onderzoek naar huidkanker bij patiënten die onder behandeling staan met deze JAKi.
- Bestudeer voor meer informatie de bijgewerkte samenvatting van de productkenmerken (SmPC) van deze medicijnen.

#### **NVR-richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020)**

*"Indien het behandeldoel niet is bereikt met een csDMARD strategie, wordt behandeling met een tsDMARD aanbevolen. De keuze van het middel wordt bepaald door patiëntfactoren, bestaande ervaring en kosten.*

*Na falen op een bDMARD wordt switchen naar een ander bDMARD (inclusief een tweede TNF-alfa-blokker) of tsDMARD aanbevolen.*

*Voor de plaats van deze middelen in de behandeling verwijzen wij u naar het Flowdiagram reumatoïde artritis."*

#### **Aanbevelingen bij hoofdstuk 4: verbeter het cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis**

De aanbevelingen voor het verwijzen van de patiënt na de diagnose naar de huisarts voor CVRM en het vermelden van de noodzaak voor CVRM in de diagnosebrief staan in de richtlijnen. De richtlijnen zijn consistent en bevelen CVRM aan onder regie van de huisarts.

#### **NHG-Standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (2019)**

*"Stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met reumatoïde artritis" (meerdere aandoeningen worden in de richtlijn genoemd).*

#### **NHG-Standaard 'Artritis' (2017)**

*Deze NHG-Standaard beveelt aan een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen conform de NHG-Standaard 'CVRM'.*

#### **NVR-Richtlijn 'Reumatoïde Artritis (RA)' (2020)**

In module 8 van deze richtlijn staat:

*"Patiënten met RA hebben een verhoogd cardiovasculair risico. Indien er nog geen cardiovasculair risicomanagement plaatsvindt, verwijst de hoofdbehandelaar de patiënt voor cardiovasculair risicomanagement naar de huisarts."*

#### **Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) (2019)<sup>73</sup>**

Deze multidisciplinaire richtlijn is opgesteld door het NHG, de NIV en de NVCC en is te vinden in de richtlijnen-database van de FMS. De richtlijn is in 2019 gepubliceerd. In module 6 van deze richtlijn staan aanbevelingen over de organisatie van zorg bij CVRM.

*"CVRM aanbod door de verschillende zorgverleners:*

*Bied als huisarts een cardiovasculair risicomanagementprogramma aan vanuit de eerste lijn bij personen met een hoog of zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Betrek hierbij andere zorgverleners uit de eerste lijn indien nodig. Overweeg als huisarts cardiovasculair risicomanagement vanuit de eerste lijn bij sommige personen met een licht of matig hoog risico op hart- en vaatziekten."*

#### **NVR-Standpunt CVRM (2022)**

Een praktische leidraad over CVRM bij patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen  
Het Standpunt CVRM van de NVR is een praktisch hulpmiddel voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) bij patiënten met chronische inflammatoire reumatische aandoeningen. De basis voor dit standpunt is de genoemde multidisciplinaire richtlijn CVRM en de in 2017 geactualiseerde EULAR<sup>74</sup>-aanbevelingen (The European Alliance of Associations for Rheumatology) voor cardiovasculair risicomanagement.

#### **NVR-standpunt CVRM (2022)**

Een praktische leidraad over CVRM bij patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen  
*"De reumatoloog informeert de huisarts in een brief over het cardiovasculaire risicoprofiel en vraagt de huisarts de CVRM te doen (leefstijladviezen en/of eventuele medicamenteuze behandeling met statines en/of antihypertensiva)."*

<sup>73</sup> [Samenvatting CVRM - Richtlijn - Richtlijnen-database.](#)

<sup>74</sup> [Homepage | EULAR.](#)

## **Aanbevelingen bij hoofdstuk 5: geef eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie aan mensen met RA**

De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI, onderdeel van het RIVM) ontwikkelt samen met deskundigen op het gebied van infectieziektebestrijding richtlijnen voor de preventie en bestrijding van infectieziekten zoals pneumokokkenziekte. Deze richtlijnen van het LCI worden geschreven door vaccinatie-experts. Genoemde LCI-richtlijnen zijn geschreven met input van reumatologen en geaccordeerd door de NVR. In alle LCI-richtlijnen is speciale aandacht voor mensen met afweerstoornissen zoals RA. Onderstaand overzicht bevat de aanbevelingen over vaccinatie vanwege het risico op pneumokokkenziekte.

### **RIVM-LCI-Pneumokokkenziekte**

*“Voor de medische risicogroepen - ongeacht de leeftijd - wordt geadviseerd te vaccineren met een conjugaatvaccin met de breedste dekking (tot op heden het 13-valente pneumokokkenconjugaatvaccin-13; PCV13) in combinatie met het 23-valente polysaccharidevaccin; PPV23 met als doel een zo breed mogelijke dekking van de serotypen. Het polysaccharidevaccin wordt geadviseerd vanaf de leeftijd van 2 jaar.”*

*“Start de vaccinaties met PCV13 gevolgd door PPV23 na een minimuminterval van 2 maanden in verband met de mogelijkheid van het optreden van hyporesponsiviteit tegen de 13 overlappende vaccintypen bij een korter interval. Indien PPV23 eerder dan PCV is toegediend, wordt een interval van minimaal 1 jaar tussen PPV23 en PCV13 geadviseerd. Revaccinatie met PPV23 elke 5 jaar wordt voor de onderstaande groepen aangeraden.”*

*“Bij immuungecompromitteerde risicogroepen dient een individuele afweging door de behandelend specialist te worden gemaakt die kijkt op welk moment er het beste gevaccineerd kan worden met het oog op optimale vaccineffectiviteit, vaccinatioediening(en) en het vervolgtraject voor de patiënt (meestal in overleg met de huisarts).”*

### **RIVM-LCI-Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen**

#### **Pneumokokken**

Elke patiënt met immuunsuppressiva:

- Universele aanbeveling PCV13 gevolgd door PPV23.
- Uitzondering tijdens of 6-12 maanden na anti-CD20 (Rituximab).

#### **NVR-Reumatoïde artritis (RA) (module 8, organisatie van zorg)**

*“Pneumokokkenvaccinatie: wanneer een patiënt wordt behandeld met bDMARDs kan een pneumokokkenvaccinatie worden overwogen. In dat geval kan de huisarts worden verzocht om na te gaan of de patiënt de afgelopen 5 jaar een pneumokokkenvaccinatie heeft gehad. Als dat niet het geval is en er is geen contra-indicatie dan kan de hoofdbehandelaar de huisarts vragen pneumovax 23 toe te dienen.”*

*“Bij het gebruik van rituximab is het van belang dat de griepvaccinatie van 4 weken voor tot tenminste 8 weken na infuus niet wordt toegediend (dit geldt tevens voor de pneumokokken vaccinatie).”*

#### **NHG-Praktijkhandleiding Pneumokokkenvaccinatie**

*“Vaccinatie bij medische risicogroepen: wanneer er een medische indicatie is voor vaccinatie tegen pneumokokkenziekte, wordt geadviseerd om eerst met een conjugaatvaccin te vaccineren en vervolgens na minstens 2 maanden met PPV23. PPV23 wordt levenslang iedere 5 jaar herhaald. Voor de huisarts zijn alleen sikkelcelziekte en (functionele) asplenie van toepassing. Voor het indiceren van overige medische indicaties ligt de verantwoordelijkheid bij de behandelend specialist in de tweede lijn.”*



## Bijlage F Impactanalyse

Inleiding	48
<b>F1 Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn</b>	<b>49</b>
F1.1 Wat gaan de patiënt en de huisarts ervan merken?	49
F1.2 Impact op zorg uit de Zvw	49
<b>F2 Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn</b>	<b>52</b>
F2.1 Wat gaan de patiënt en de reumatoloog ervan merken?	52
F2.2 Impact op zorg uit de Zvw	52
<b>F3 Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers</b>	<b>54</b>
F3.1 Wat gaan de patiënt en de reumatoloog ervan merken?	54
F3.2 Impact op zorg uit de Zvw	54
<b>F4 Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie</b>	<b>57</b>
F4.1 Wat gaan de patiënt en de zorgverlener ervan merken?	57
F4.2 Impact op zorg uit de Zvw	57
<b>F5 Totale impact van alle verbeterafspraken op zorg in de Zvw</b>	<b>59</b>

# Inleiding

Het Zorginstituut presenteert in een impactanalyse (IA) een raming van het potentiële effect dat gepaard gaat met voorgestelde verbeteringen in de zorg. Het gaat daarbij om de impact voor de patiënt en de mogelijke financiële impact op het zorgstelsel. Voor het berekenen van de financiële impact wordt gekeken naar de kosten die vallen binnen de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en de *Wet langdurige zorg* (Wlz). Naast dit hoofdsce­nario met de Zvw en Wlz als uitgangspunt, kunnen de zorgkosten ook vanuit andere perspectieven inzichtelijk gemaakt worden, bijvoorbeeld die van de patiënt.

Deze IA hoort bij het *Zinnige Zorg Verbetersignale­ment Reumatoïde artritis*. In deze IA beschrijven we de impact van de verbeterafspraken uit vier hoofdstukken:

1. Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn.
2. Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn.
3. Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers.
4. Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie.

Van de verbeterafspraken in twee hoofdstukken is het niet mogelijk de financiële consequenties te berekenen. Het betreft hoofdstuk 4 'Verbeter cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis' en hoofdstuk 6 'Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten'. Voor hoofdstuk 4 is van belang dat in het recent uitgebrachte *Signale­ment passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten* geconcludeerd wordt dat de organisatie van CVRM-zorg moet veranderen. We kunnen wel de impact voor de patiënt is beschrijven. Dat doen we in de laatste paragraaf van hoofdstuk 4 en hoofdstuk 6 van dit verbeter­signale­ment.

De verschillende verbeterafspraken komen in deze IA achtereenvolgens aan bod. Allereerst wordt de impact voor de patiënt kort beschreven. Vervolgens maken we een schatting van het aantal patiënten dat baat heeft bij de verbeterafpraak. Als de verbeterafpraak gaat over diagnostiek of behandeling, wordt ook de impact op het aantal diagnostische tests of behandelingen vermeld. Vervolgens wordt berekend of de verbeterafpraak mogelijk zorgt voor meerkosten of minderkosten binnen de gezondheidszorg. Waar mogelijk maken we inzichtelijk welke kosten voorkomen kunnen worden. In het laatste hoofdstuk van deze IA wordt de impact van de verbeterafspraken bij elkaar opgeteld om tot een totaalbedrag te komen.

Als basis voor de berekeningen gelden de declaratiegegevens en gegevens die voortkomen uit onderzoek in dit verbeter­signale­ment. Ondanks het gebruik van al deze gegevens is de raming van de impact een schatting, mede omdat we verschillende aannames moeten doen. We maken onze keuzes in dit document expliciet. Belangrijk om op te merken is dat het resultaat van de verbeterafspraken mede afhankelijk is van de implementatie van de verbeteracties door het veld.

## Algemene uitgangspunten

Voor het bepalen van de omvang van de landelijke prevalentie en incidentie patiënten met RA zijn we uitgegaan van de gegevens van het Nivel.<sup>75</sup> Deze cijfers zijn een overschatting, omdat huisartsen RA registreren onder de ICPC-code L88. Dit is een code waaronder ook verwante aandoeningen vallen, bijvoorbeeld de ziekte van Bechterew. In de data is dus niet te onderscheiden wie van de mensen RA heeft. We weten wel dat het overgrote deel van de mensen met code L88 RA heeft.

<sup>75</sup> Nivel, <https://www.nivel.nl/nl/resultaten-van-onderzoek/cijfers-ziekten-op-jaarbasis>, ICPC code L88.

# F1 Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn

In dit hoofdstuk beschrijven we de impact van de verbeterafspraken uit hoofdstuk 1 van het Verbeter-signalement Reumatoïde artritis. Het gaat om twee verbeterafspraken.

1. Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aanvragen van reumaserologie in de eerste lijn (1.1).
2. Pas de patiënteninformatie aan over aanvullend onderzoek in de eerste lijn (1.2).

## F1.1 Wat gaan de patiënt en de huisarts ervan merken?

Als huisartsen geen reumaserologie aanvragen bij het vermoeden van RA, vindt geen onnodig onderzoek plaats en wordt voorkomen het dat patiënten onterecht niet of te laat worden verwezen. Voor patiënten met RA betekent dit dat zij tijdig toegang krijgen tot goede zorg. Als door de reumatoloog RA wordt vastgesteld, kan de patiënt zo snel mogelijk starten met de behandeling en verminderen de klachten van de patiënt in een vroeg stadium van de ziekte.

Correcte uitvoering van de aanbevelingen in de NHG-Standaard 'Artritis' en goede patiëntinformatie over de beperkte zin van aanvullend laboratoriumonderzoek (reumaserologie) zal huisartsen en patiënten helpen bij het omgaan met de twijfel over de verdenking op RA. Het kan betekenen dat huisartsen bij twijfel patiënten eerder naar de tweede lijn verwijzen. Een vermoeden van RA op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek zijn voldoende aanleiding om patiënten te verwijzen naar de tweede lijn. Reumatologen onderstrepen het belang van vroege verwijzing naar de tweede lijn bij het vermoeden van RA.

We berekenen in dit hoofdstuk de besparing van het achterwege laten van reumaserologie in de eerste lijn. De hoogte van een eventuele toename van het aantal verwijzingen kunnen we niet bepalen.

## F1.2 Impact op zorg uit de Zvw

In deze analyse gaan we ervan uit dat in de eerste lijn geen reumaserologie meer wordt aangevraagd. We berekenen de maximale uit te sparen kosten die uitgespaard kunnen worden. Doordat geen reumaserologie meer wordt aangevraagd, is het mogelijk dat meer patiënten naar de tweede lijn worden verwezen. Dit kan leiden tot een stijging van de kosten. De impact op het totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn is onbekend. We maken geen aannames over de mogelijke toename van het aantal verwezen patiënten.

Voor het bepalen van de huidige omvang van het aantal aanvragen voor reumaserologie gaan we uit van de resultaten van het Nivel-onderzoek 'Zinnige Zorg - Huisartsenzorg aan patiënten met reumatoïde artritis'. In dit onderzoek is gekeken naar de omvang van het aantal bepaalde reumafactoren en anti-CCP-antistoffen (ACPA) in de eerste lijn.<sup>76</sup>

### F1.2.1 Aantallen

#### Patiënten

Het Nivel heeft onderzocht hoe vaak laboratoriumonderzoek in de eerste lijn is verricht vanwege verdenking van RA. In 2017 en 2018 is bij ruim 70.000 patiënten reumaserologie bepaald. Bij 0,4 procent van alle bij het Nivel ingeschreven patiënten is reumaserologie bepaald ongeacht de diagnose (zie tabel F1.1). De resultaten uit het Nivel-onderzoek zijn gebaseerd op onderzoek onder patiënten van 273 praktijken met ruim één miljoen ingeschreven patiënten. Het Nivel geeft aan dat deze onderzoekspopulatie representatief is voor heel Nederland. Voor het berekenen van de maximaal mogelijke omvang van de verbeterafpraak gaan we uit van de omvang van de bevolking in 2022 die het CBS rapporteert.<sup>77</sup>

<sup>76</sup> NIVEL, *Zinnige Zorg - Huisartsenzorg aan patiënten met reumatoïde artritis*, [1004041\\_o.pdf \(nivel.nl\)](#).

<sup>77</sup> CBS, *StatLine - Bevolking: kerncijfers, 1950-2022* ([cbs.nl](#)).

Tabel F1.1 | Reumaserologie bij patiënten in de eerste lijn

	Alle patiënten (niet L88)	Reumatoïde artritis (L88)		Totaal ingeschreven*
		Incident	Prevalent	
N totaal	1.003.696	775	14.904	1.019.375
% reumafactor	0,4%	18,0%	0,8%	0,4%
% ACPA	0,4%	19,8%	0,8%	0,4%
N test	4.015	140	119	4.274

Bron: Nivel

\*Metingen 2017-2018, gemiddeld per jaar.

### Laboratoriumbepalingen

De verbeterafspraken uit dit verbeter signalement hebben betrekking op twee laboratoriumbepalingen: reumafactoren en ACPA. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat beide laboratoriumbepalingen bij 0,4 procent van alle ingeschreven patiënten even vaak worden gedaan (zie tabel F1.1).

### F1.2.2 Kosten

Voor het bepalen van de kosten gaan we ervan uit dat beide laboratoriumbepalingen tegelijkertijd zijn verricht, dus één afnamemoment voor beide bepalingen. Het ordertarief en de decentrale toeslag zijn hierbij van toepassing. Het totale tarief voor het bepalen van reumaserologie in 2022 was € 68,40. In tabel F1.2 is gespecificeerd hoe dit tarief is opgebouwd.

De gebruikte tarieven voor reumafactoren en ACPA-bepalingen zijn in 2022 respectievelijk € 15,49 en € 36,22.<sup>78</sup> Het gaat hier om de NZa-prestaties 79004 'Reumafactoren (Elisa) (CLB-B)' en 79003 'Antistoffen tegen weefselantigenen, bijzonder (CLB-B)'. Deze laatste prestatie wordt gebruikt voor de ACPA-test. De NZa-prestaties 79990 'Toeslag op ordertarief bij decentrale afname van patiëntmateriaal' (€ 4,12) en 79991 'Ordertarief klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken, inclusief bloedafname' (€ 12,57) komen hier bij. Door de tarieven van deze vier prestaties op te tellen komen we tot het totaal tarief van € 68,40 (zie tabel F1.2)

Tabel F1.2 | Kosten voor bepaling van reumaserologie in de eerste lijn (2022)

Prestatiecode	Reumaserologie	Tarief 2022
79004	Reumafactoren (Elisa) (CLB-B)	€ 15,49
79003	Antistoffen tegen weefselantigenen, bijzonder (CLB-B)	€ 36,22
79991	Ordertarief	€ 12,57
79990	Decentrale toeslag	€ 4,12
<b>Totaal tarief voor één gelijktijdige bepaling van reumafactoren en ACPA</b>		<b>€ 68,40</b>

Kosten zijn voor één gelijktijdige bepaling van reumafactoren en ACPA.

Als in de eerste lijn geen reumaserologie bepaald wordt, is het mogelijk dat meer mensen verwezen worden naar de tweede lijn. We kunnen geen uitspraken doen over de mogelijke toename van het aantal verwijzingen van patiënten. Om een indruk te geven van de kosten hebben we berekend wat een verwijzing naar de reumatoloog kost. In tabel F1.3 staan twee voorbeelden van dbc's (zorgproducten) die kunnen worden gedeclareerd als patiënten een reumatoloog consulteren. De kosten kunnen liggen tussen € 265 en € 580<sup>79</sup> Hoewel het eerste zorgproduct uit de tabel om een vervolcontact gaat, laten we deze zien omdat het gaat om het zorgproduct dat in 2022 veruit het meest is gedeclareerd (64.588 keer). Het bijbehorende gemiddelde tarief (€ 265) is te beschouwen als een ondergrens.

<sup>78</sup> STAR-shl, <https://www.star-shl.nl/patient/tarieven-nza>.

<sup>79</sup> Open DIS-data zorgproducten reumatologie, 101 reumatoïde artritis, <https://www.opendisdata.nl> (geraadpleegd op 1-8-2023).

Tabel F1.3 | Gemiddelde tarieven zorgproducten poliklinisch consult reumatologie (2022)<sup>5</sup>

Zorgproduct	Omschrijving	Aantal 2022	Gemiddeld tarief 2022
131999190	1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand tijdens vervolcontact bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)	64.588	€ 265,00
131999192	1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een gewrichtsontsteking als gevolg van reuma (reumatoïde artritis)	2.824	€ 580,00

Een verwijzing naar de reumatoloog kost (ruim) drie keer meer dan reumaserologie in de eerste lijn.

### F1.2.3 Berekeningen

In 2022 zijn de berekende kosten voor reumaserologie € 4,8 mln. (zie onderstaande tabel). Deze kosten worden niet meer gemaakt als reumaserologie niet meer in de eerste lijn plaatsvindt. Dit bedrag is de maximale besparing op de kosten binnen de Zvw.

Omdat laboratoriumonderzoek in de eerste lijn onder het eigen risico valt, zal een deel van de besparing direct bij de patiënt terecht komen. Het is niet mogelijk dit in de berekening te betrekken.

Tabel F1.4 | Kosten en mogelijke besparing reumaserologie in de eerste lijn (2022)

	2022
Bevolking omvang (CBS)	17.590.672
% patiënten met reumaserologie (Nivel)	0,4%
<b>Aantal verrichtingen (berekend)</b>	<b>70.363</b>
<b>Totaal tarief</b>	<b>€ 68,40</b>
<b>Kosten reumaserologie eerste lijn</b>	<b>€ 4.812.808</b>

## F2 Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn

In dit hoofdstuk bespreken we de impact van de verbeterafspraken over röntgenfoto's van de handen en voeten. Het gaat om twee verbeterafspraken.

1. Pas de richtlijn aan: verbeter de indicaties voor het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten in de diagnostische fase (2.1).
2. Pas de richtlijn aan: neem een aanbeveling op over het maken van een röntgenfoto van de handen en voeten tijdens de follow-up (2.2).

### F2.1 Wat gaan de patiënt en de reumatoloog ervan merken?

Door in de richtlijn onderbouwde indicaties op te nemen voor het maken van röntgenfoto's van handen en voeten in de diagnostische fase komen er duidelijke aanbevelingen voor zorgverleners. Het zorgt ervoor dat de richtlijn en praktijk overeenkomen. De reumatologen onderstrepen het belang daarvan.

Het kan zijn dat er soms te veel en soms te weinig röntgenfoto's worden gemaakt, doordat de aanbevelingen niet duidelijk zijn over de frequentie van het maken van röntgenfoto's in de follow-upfase. Het wordt duidelijk wanneer het zin heeft om röntgenfoto's te maken, door (in de vorm van een standpunt) een aanbeveling op te nemen over het maken van röntgenfoto's van handen en voeten tijdens de follow-upfase. Dit voorkomt onnodige stralenbelasting voor patiënten en behandelvariatie, en geeft duidelijkheid aan patiënten.

We kunnen niet overzien in welke mate deze verbeterafpraak leidt tot wijzigingen in het totale aantal foto's en dus kosten.

We hebben het ontbreken van een optimale frequentie voor het maken van röntgenfoto's tijdens follow-up opgenomen als kennishiaat (bijlage H).

### F2.2 Impact op zorg uit de Zvw

We verwachten dat deze verbeterafspraken geen of nauwelijks impact hebben op het totaal aantal gemaakte röntgenfoto's. In de praktijk worden röntgenfoto's om andere redenen gemaakt dan het bevestigen van de diagnose RA. Bijvoorbeeld voor het volgen en voorspellen van het verloop van de ziekte of het uitsluiten van een andere aandoening.

De optimale frequentie voor het maken van röntgenfoto's tijdens de follow-up is onbekend. Het is daarom niet mogelijk aan te geven of de frequentie te hoog of te laag is.

Omdat de indicatie voor een röntgenfoto in de diagnostische fase en de optimale frequentie van röntgenfoto's (in de follow-up) onbekend is, kunnen we de impact niet in kaart brengen. We laten alleen de gemiddelde kosten per individuele patiënt zien.

#### F2.2.1 Aantallen patiënten

Jaarlijks consulteren gemiddeld 70.000 patiënten een reumatoloog vanwege klachten die mogelijk veroorzaakt worden door reumatoïde artritis.<sup>80</sup> Uit analyse van de declaratiegegevens blijkt dat bij ongeveer 21.000 van deze patiënten (30 procent) röntgenfoto's gemaakt worden. Per patiënt worden röntgenfoto's gemaakt van iedere hand en van iedere voet.

#### F2.2.2 Kosten

Het tarief voor het maken van röntgenfoto's van handen of voeten is ongeveer € 40 (zie tabel F2.1). Het zijn vrije tarieven dus we baseren ons op gemiddelden.<sup>81</sup>

<sup>80</sup> DIS open data ([opendisdata.nl](https://opendisdata.nl)), dbc reumatologie met typerende diagnose 101 Reumatoïde artritis.

<sup>81</sup> Gemiddelde gecontracteerde tarieven van Zilveren Kruis 2022, <https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zorg-regelen/wat-kost-een-behandeling-in-het-ziekenhuis>, geraadpleegd op 28 augustus 2023.

Tabel F2.1 | Tarieven voor röntgenfoto's van handen of voeten (2022)

Zorgactiviteit	Omschrijving	Gemiddeld tarief 2022
084602	Radiologisch onderzoek pols en/of hand en/of vingers	€ 38,06
089602	Radiologisch onderzoek enkel en/of voet(wortel) en/of tenen	€ 40,71

### F2.2.3 Berekeningen

De totale kosten voor het maken van röntgenfoto's aan beide handen en voeten voor een enkele patiënt zijn gemiddeld € 157,55 (tabel F2.2). Omdat het vrije tarieven zijn, kan dit per instelling en per zorgverzekeraar verschillen.

Tabel F2.2 | Kosten röntgenfoto's per patiënt

Omschrijving	Tarief	Factor	Bedrag
Radiologisch onderzoek pols en/of hand en/of vingers	€ 38,06	2	€ 76,13
Radiologisch onderzoek enkel en/of voet(wortel) en/of tenen	€ 40,71	2	€ 81,42
<b>Totaal per patiënt</b>			<b>€ 157,55</b>

## F3 Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers

In dit hoofdstuk bespreken we de impact van de verbeterafspraken over biologicals en JAK-remmers. Het gaat om drie verbeterafspraken.

1. Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD<sup>82</sup> naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op prijs (3.1).
2. Herzie de richtlijn: neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers (3.2).
3. Betrek de prijs bij het kiezen van een b/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens (3.3).

### F3.1 Wat gaan de patiënt en de reumatoloog ervan merken?

Biologicals, biosimilars en JAK-remmers zijn een belangrijke aanvulling op de conventionele synthetische DMARDs. Door de keuze voor een b/bsDMARD te baseren op grond van werking en prijs (kosteneffectiviteit) zullen reumatologen eerder kiezen voor de minder dure geneesmiddelen (de multi-sourcemiddelen) en zal het gebruik van single-sourcemiddelen verder afnemen. Deze keuze kan ook nog meer worden gemaakt bij RA-patiënten met een zwangerschapswens. Dit zal helpen bij het terugdringen van de kosten, zonder verlies voor patiënten van effectiviteit en veiligheid. Door al bij de start van het gebruik van biologicals rekening te houden met de prijs is de kans kleiner dat mensen moeten switchen van geneesmiddel. Meer terughoudendheid bij de inzet van JAK-remmers voorkomt bijwerkingen en negatieve gevolgen, en bevordert de veiligheid.

### F3.2 Impact op zorg uit de Zvw

De gemiddelde kosten van de behandeling met een single-source b/tsDMARD per jaar zijn ongeveer € 6.500 per patiënt. Voor een multi-source b/bs/tsDMARD is dat ongeveer € 1.500 per patiënt. Het prijsverschil van € 5.000 is stabiel in de onderzochte jaren (2020-2021, zie tabel F3.3).

In deze impactanalyse laten we zien wat de baten zijn als in één jaar alle patiënten met RA die voor het eerst een b/tsDMARD gebruiken starten met een multi-sourcegeneesmiddel. Dit is de maximaal haalbare financiële impact. Iedere patiënt die start met biologicals kan starten met een multi-sourcemiddel, omdat die even effectief en veilig zijn als single-sourcemiddelen. In de praktijk zal het niet helemaal mogelijk zijn om alle RA-patiënten te laten starten met een multi-sourcegeneesmiddel. Comorbiditeit of voorkeuren/angsten van patiënten kunnen een rol spelen bij de keuze van het geneesmiddel. Daarnaast heeft het implementeren van (effectievere) afbouwschema's invloed op het dalen van de gemiddelde kosten per patiënt per jaar.<sup>83</sup> Omdat deze ontwikkelingen gezamenlijk spelen, is de totale financiële impact van de verbeterafspraken niet exact in kaart te brengen. Voorbeelden van nieuwe biosimilars die de komende jaren beschikbaar kunnen komen zijn die voor certolizumab pegol, golimumab en tocilizumab.

Patiënten met RA die een single-sourcemiddel gebruiken en switchen naar een multi-sourcemiddel nemen we niet mee in de berekeningen van deze impactanalyse. Dat doen we niet, omdat we niet weten of deze patiënten al eerder geswitcht zijn en omdat volgens de huidige richtlijn veelvuldig switchen zoveel mogelijk voorkomen moet worden.<sup>84</sup>

#### F3.2.1 Aantallen patiënten

In de periode 2017-2021 zijn jaarlijks gemiddeld 2.200 patiënten met RA gestart met een b/bs/tsDMARDs. Van deze patiënten is gemiddeld 15 procent met een single-sourcegeneesmiddel gestart. Dit zijn 330 patiënten.

#### F3.2.2 Kosten

We zijn voor de berekening in deze impactanalyse uitgegaan van gemiddelde kosten. De gemiddelde kosten van single-source-b/tsDMARD voor een individuele patiënt zijn per kalenderjaar ongeveer € 6.500. Voor een multi-sourcegeneesmiddel is dit ongeveer € 1.500. Het prijsverschil van € 5.000 is stabiel in de onderzochte periode (2020-2021, zie tabel F3.3). Van dit verschil zijn wij in de berekening uitgegaan. De gemiddelde kosten per patiënt per jaar zijn berekend op basis van door Vektis gerapporteerde kosten voor alle patiënten

<sup>82</sup> Een disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) is een ziekteverloop beïnvloedend geneesmiddel tegen reuma.

<sup>83</sup> Personalized dose reduction of biological drugs in Rheumatoid Arthritis patients using dynamic prediction | ZonMw Projects.

<sup>84</sup> [https://richtlijnen database.nl/richtlijn/reumato\\_de\\_artritis\\_ra/biosimilars\\_bij\\_reumatoide\\_artritis.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/reumato_de_artritis_ra/biosimilars_bij_reumatoide_artritis.html), 'Omdat onduidelijk is wat de effecten op termijn zijn van veelvuldig omzetten, dient dit zoveel mogelijk voorkomen te worden'.



(zie tabel F3.2).<sup>85</sup> De indeling naar single-sourcemiddelen en multi-sourcemiddelen is gebaseerd op de beschikbare b/bs/tsDMARDs in 2022 (zie tabel F3.1). We hebben deze berekening in de impactanalyse opgenomen om een indicatie te geven van de maximaal mogelijke impact.

Tabel F3.1 | Lijst b/bs/tsDMARDs met indeling naar single- en multi-sourcemiddelen geldig in 2022

ATC	Stof	Type	Werking	Single/multi source
L01XC02	Rituximab	bDMARD	B- en T-celremmer	multi
L04AA24	Abatacept	bDMARD	B- en T-celremmer	single
L04AA29	Tofacitinib	tsDMARD	JAK-remmer	single
L04AA37	Baricitinib	tsDMARD	JAK-remmer	single
L04AA44	Upadacitinib	tsDMARD	JAK-remmer	single
L04AA45	Filgotinib	tsDMARD	JAK-remmer	single
L04AB01	Etanercept	bDMARD	TNF-alfa blokker	multi
L04AB02	Infliximab	bDMARD	TNF-alfa blokker	multi
L04AB04	Adalimumab	bDMARD	TNF-alfa blokker	multi
L04AB05	Certolizumab pegol	bDMARD	TNF-alfa blokker	single
L04AB06	Golimumab	bDMARD	TNF-alfa blokker	single
L04AC03	Anakinra	bDMARD	IL1-remmer	single
L04AC07	Tocilizumab	bDMARD	IL6-remmer	single
L04AC14	Sarilumab	bDMARD	IL6-remmer	single

Tabel F3.2 | Kosten b/bs/tsDMARDs van alle patiënten met RA opgesplitst naar gebruik van single- en multi-sourcemedicijnen\*

Totalen (Vektis)	2020	2021	2022**
<b>Single-source</b>			
Zvw-bedrag (mln)	€ 67,00	€ 69,40	€ 70,90
Aantal patiënten	8.974	10.078	11.166
<b>Multi-source</b>			
Zvw-bedrag (mln)	€ 44,40	€ 37,50	€ 28,40
Aantal patiënten	19.537	20.368	20.793
<b>Totaal</b>			
Zvw-bedrag (mln)	€ 111,40	€ 106,90	€ 99,30
Aantal patiënten	28.511	30.446	31.959

Bron: Vektis

\* Het zijn afgeronde bedragen, dus totalen hoeven niet aan te sluiten.

\*\* De gegevens van kalenderjaar 2022 zijn nog niet volledig opgenomen in het Vektisbestand.

Tabel F3.3 | Kosten b/bs/tsDMARDs van individuele patiënten met RA bij gebruik van single- of multi-sourcemedicijnen\*

Kosten per patiënt	2020	2021	2022**
Single-source	€ 7.469	€ 6.886	€ 6.351
Multi-source	€ 2.273	€ 1.839	€ 1.366

Bron: Vektis

\* Het zijn afgeronde bedragen, dus totalen hoeven niet aan te sluiten.

\*\* De gegevens van kalenderjaar 2022 zijn nog niet volledig opgenomen in het Vektisbestand.

<sup>85</sup> Vektis, <http://www.zorgprisma.nl>, Ziekenhuiszorg - Add-ons Dure Geneesmiddelen en IC, Download indicatiegegevens (geraadpleegd op 1-8-2023).

### F3.2.3 Berekeningen

Als alle patiënten met RA starten met een multi-source-b/bs/tsDMARD, dan betekent dat een besparing van bijna € 1,7 mln. per kalenderjaar.

Omdat de impact van deze verbeterafspraken afhankelijk is van meerdere, niet exact te kwantificeren variabelen, kunnen we geen exacte berekening maken van de impact. De berekening in tabel F3.4 gaat uit van gemiddelden. Het gemiddelde bedrag dat per patiënt bespaard kan worden door een multi-source-middel te gebruiken in plaats van een single-sourcemiddel is € 5.000. We hebben deze berekening in de impactanalyse opgenomen om een indicatie te geven van de maximaal mogelijke impact.

Tabel F3.4 | De maximaal mogelijke besparing door optimale inzet van multi-sourcemiddelen

	Aantal patiënten	Gemiddelde kosten per patiënt per jaar	Bedrag Zvw
Patiënten die starten met b/bs/tsDMARD	2.200		
Single-source (15%)	330	€ 6.500	€ 2.145.000
Multi-source (85%)	1.870	€ 1.500	€ 2.805.000
<b>Totaal</b>			<b>€ 4.950.000</b>
Als alle patiënten starten met multi-source			
<b>Multi-source (100%)</b>	<b>2.200</b>	<b>€ 1.500</b>	<b>€ 3.300.000</b>
<b>Vershil</b>			<b>€ -1.650.000</b>

## F4 Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie

In dit hoofdstuk brengen we de impact in kaart van de verbeterafspraken die in het verbeteringsplan beschreven zijn in hoofdstuk 5. Het gaat om drie afspraken:

1. Update de aanbevelingen over pneumokokkenvaccinatie in de richtlijnen (5.1).
2. Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA (5.2).
3. Informeer patiënten over pneumokokkenvaccinatie en het belang daarvan (5.3).

### F4.1 Wat gaan de patiënt en de zorgverlener ervan merken?

RA-patiënten zullen goede en eenduidige adviezen krijgen over preventie van pneumokokkenziekte door middel van vaccinatie. Zorgverleners weten op grond van duidelijke afspraken over pneumokokkenvaccinatie wat hun rol en verantwoordelijkheid hierbij is. Dit zal de vaccinatiegraad tegen pneumokokkenziekte verhogen en RA-patiënten beter beschermen. Uiteindelijk is het doel om met passende vaccinatiezorg gezondheidswinst te behalen voor patiënten met onderliggende aandoeningen en een verhoogd risico op een infectieziekte.

### F4.2 Impact op zorg uit de Zvw

Het is niet mogelijk voor deze verbeterafspraken een realistische financiële impact te berekenen. De huidige vaccinatiegraad van mensen met RA met het pneumokokken vaccin is onbekend. Het is ook niet duidelijk hoeveel mensen zich willen laten vaccineren vanwege het risico op pneumokokkenziekte. Pneumokokkenvaccinatie met Pneumovax wordt sowieso via het Rijksvaccinatieprogramma aangeboden aan alle mensen van 60 jaar en ouder. Pneumokokkenvaccinatie met een pneumokokkenconjugaatvaccin (PCV) wordt in het Rijksvaccinatieprogramma sinds 2006 aangeboden aan kinderen. Deze vaccinatie hoeft niet te worden herhaald bij RA-patiënten.

Het is ook niet mogelijk om een berekening van de financiële impact te maken van de op termijn verkregen gezondheidswinst door de preventieve werking van de vaccinaties. We weten namelijk niet bij hoeveel mensen een pneumokokkeninfectie wordt voorkomen. In het farmacotherapeutisch rapport van het Zorginstituut<sup>86</sup> uit 2021 wordt het positieve effect van de pneumokokkenvaccinatie beschreven. Vaccinatie levert gezondheidswinst op, maar we kunnen die niet kwantificeren in deze impactanalyse.

We berekenen alleen de kosten van de vaccinaties voor een individuele patiënt. De vaccinaties kunnen in de eerste lijn toegediend worden (extramuraal) of in de tweede lijn (intramuraal). We brengen de kosten van beide opties in kaart.<sup>87</sup>

#### F4.2.1 Aantallen patiënten

In de richtlijnen wordt aanbevolen dat patiënten die immuunsuppressieve middelen gebruiken die leiden tot immuungecompromitteerdheid zich laten vaccineren tegen pneumokokkenziekte vanwege het verhoogde risico op het oplopen van infecties en vanwege een gecompliceerder verloop van infecties.

We kunnen niet de totale omvang bepalen van de patiëntengroep die gevaccineerd moet worden. We weten namelijk niet hoeveel mensen met RA immuungecompromitteerd zijn en hoe hoog de huidige vaccinatiegraad is. Daarom beperken we ons tot het in kaart brengen van de kosten van de vaccinatie voor een individuele patiënt met RA.

#### F4.2.2 Kosten en berekeningen vaccinaties extramuraal

Wanneer de pneumokokkenvaccinatie in de eerste lijn wordt gedaan zijn de totale kosten voor de initiële vaccinaties voor een enkele patiënt € 111,51. En voor de onderhoudsvaccinatie € 31,36.

In tabel F4.1 staan de kosten van de pneumokokkenvaccins. De initiële vaccinaties bestaan uit een eerste vaccinatie met een conjugaatvaccin PCV13 (of PCV15)<sup>88</sup>, na ten minste twee maanden gevolgd door

<sup>86</sup> Zorginstituut, Farmacotherapeutisch rapport 13-valent pneumokokkenconjugaatvaccin (Prevenar13®) voor de actieve immunisatie ter preventie van pneumonie en invasieve ziekten veroorzaakt door *S. pneumoniae* bij medische risicogroepen in sequentiële combinatie met het 23-valente pneumokokkenpolysaccharide vaccin (Pneumovax®), 2021.

<sup>87</sup> [Vergoeding vaccins - Immuno-start \(immunostart.nl\)](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten/2021/09/01/farmacotherapeutisch-rapport-13-valent-pneumokokkenconjugaatvaccin)

<sup>88</sup> In plaats van Prevenar (PCV13) kan Vaxneuvance (PCV15) worden toegediend. Dit vaccin is gelijkwaardig aan Prevenar 13 en heeft hetzelfde prijsniveau.

Pneumovax-23. De twee pneumokokkenvaccinaties bieden samen bescherming tegen 23 verschillende typen pneumokokken. De vaccinatie met het conjugaatvaccin, PCV13 of PCV15 is eenmalig. De kosten van deze vaccins zijn € 74,73. Het andere vaccin, Pneumovax-23, kost € 25,94. Het advies van het RIVM is om de vaccinatie met Pneumovax-23 elke vijf jaar te herhalen om een goede blijvende bescherming te bieden.<sup>89</sup> Voor de vaccinatie met Pneumovax-23 moet de patiënt in de apotheek gemiddeld € 12,69 bijbetalen.

We gaan er vanuit dat volgens de richtlijn in het eerste jaar beide vaccins worden toegediend. Daarna volgt iedere vijf jaar alleen een vaccinatie met Pneumovax-23.

Voor het berekenen van de kosten voor het verrichten van de vaccinaties in de eerste lijn gaan we uit van het NZa-tarief voor de prestatie 'Vaccinatie regulier'. Het tarief hiervoor is € 5,42 per vaccinatie.<sup>90</sup> Beide vaccins kunnen niet in één keer worden toegediend. Dat betekent dat in het eerste jaar twee keer het tarief van een toediening wordt gerekend.

Tabel F4.1 | Kosten pneumokokkenvaccinaties per patiënt voor de initiële vaccinaties (extramuraal)

Vaccinaties eerste jaar	Totaal	Vergoed (Zvw)	Eigen bijdrage
Pneumovax-23 <sup>17</sup>	€ 25,94	€ 13,26	€ 12,69
Prevenar 13 (PCV13) <sup>18</sup> /	€ 74,72 /	€ 74,72 /	€ 0
Vaxneuvance (PCV15) <sup>19</sup>	€ 74,73	€ 74,73	€ 0
2 x toedienen door huisarts (2 x € 5,42)	€ 10,84	€ 10,84	
<b>Totale kosten</b>	<b>€ 111,51</b>	<b>€ 98,83</b>	<b>€ 12,69</b>

Bron: Farmacotherapeutisch Kompas

Tabel F4.2 | Kosten pneumokokkenvaccinaties per patiënt voor de onderhoudsvaccinaties (1x per 5 jaar, extramuraal)

Onderhoud	Totaal	Vergoed (Zvw)	Eigen bijdrage*
Pneumovax-23	€ 25,94	€ 13,26	€ 12,69
Toedienen door huisarts (1 x)	€ 5,42	€ 5,42	
<b>Totale kosten</b>	<b>€ 31,36</b>	<b>€ 18,68</b>	<b>€ 12,69</b>

### F4.2.3 Kosten en berekeningen vaccinaties intramuraal

De kosten voor het verrichten van de initiële vaccinaties intramuraal zijn per patiënt € 695,91. Dit is het maximumtarief, waarin de gemiddelde kosten voor het vaccineren in het ziekenhuis verwerkt zijn.<sup>91</sup>

Tabel F4.3 | Tarief medisch geïndiceerde vaccinaties vanaf 1 januari 2024 intramuraal (NZa)

Declaratiecode	Omschrijving	Tarief (2024)
190591	Medisch geïndiceerde vaccinaties tegen 1 of 2 infectieziekten	€ 695,91

<sup>89</sup> [Pneumokokkenvaccinatie | LCI richtlijnen \(rivm.nl\)](#)

<sup>90</sup> Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - TB/REG-22622-04 - Nederlandse Zorgautoriteit ([overheid.nl](#))

<sup>91</sup> [https://puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadDocument.ashx?identifier=PUC\\_739905\\_22&versienummer=1](https://puc.overheid.nl/PUC/Handlers/DownloadDocument.ashx?identifier=PUC_739905_22&versienummer=1) "Er wordt één prestatie gedeclareerd voor het gehele vaccinatiepakket waarvoor de patiënt in aanmerking komt. Hierbij maakt het niet uit hoeveel vaccins de patiënt toegediend krijgt en hoeveel tijd er tussen de (herhaal)vaccins zit. Pas wanneer een patiënt het gehele vaccinatiepakket opnieuw ontvangt, wordt een nieuwe prestatie in rekening gebracht."

## F5 Totale impact van alle verbeterafspraken op zorg in de Zvw

Tabel F5.1 bevat het overzicht van de financiële impact van de verbeterafspraken uit het *Zinnige Zorg Verbetersignalement Reumatoïde artritis* waarvan we de impact kunnen berekenen staat in. De totale financiële impact van het verbeteringsbeleid is niet goed in kaart te brengen. In een aantal gevallen weten we de impact van de verbeterafspraken niet of kunnen we deze niet berekenen. De bedragen in de tabel geven daarom een onvolledig beeld van wat daadwerkelijk aan financiële impact wordt verwacht.

Tabel F5.1 | Maximaal mogelijke financiële impact verbeterafspraken

Hoofdstuk	Verbeterafspraken	Meerkosten Zvw	Baten Zvw
1	Doe geen onnodige reumaserologie in de eerste lijn	Ja, bedrag onbekend	€ 4.812.808
2	Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn	Geen	Geen
3	Herzie de aanbevelingen over biologicals en JAK-remmers	Geen	€ 1.650.000
4	Geef mensen met RA eenduidige adviezen over pneumo-kokkenvaccinatie	Ja, bedrag onbekend	Ja, bedrag onbekend
<b>Totaal</b>		<b>Ja, bedrag onbekend</b>	<b>€ 6.462.808</b>

## Bijlage G Begrippen- en afkortingenlijst

Anamnese	Het in kaart brengen van de ziektegeschiedenis en de huidige klachten van de patiënt.
ACPA	Antistoffen tegen cyclische, gecitrullineerde peptiden (laboratoriumbepaling)
Anti-CCP	Antistoffen tegen cyclische, gecitrullineerde peptiden (laboratoriumbepaling)
Artritis	Gewrichtsontsteking
bDMARDs	Biological disease-modifying anti-rheumatic drugs: biologische, ziekteverloop-beïnvloedende geneesmiddelen tegen reuma
bsDMARD	Een biosimilar DMARD; gelijkwaardig aan een bDMARD
BSE	Bezinking, bloedtest als maat voor ontsteking, in mm/uur
CMI	College van Medisch Immunologen
CRP	C-reactief proteïne (laboratoriumbepaling)
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is het opsporen en aanpakken van risicofactoren op hart- en vaataandoeningen. De aanpak betreft leefstijladvisering, leefstijlbegeleiding en zo nodig behandeling met medicijnen.
DAS28	Disease activity score: ziekteactiviteitscore op basis van 28 gewrichtenscore (pijn/zwelling), globale ziekteactiviteit volgens de patiënt en CRP waarde in het bloed.
DMARDs	Disease-modifying anti-rheumatic drugs: ziekteverloop-beïnvloedende geneesmiddelen tegen reuma
Ergotherapie Nederland	Nederlandse beroepsvereniging voor ergotherapeuten
EULAR	The European Alliance of Associations for Rheumatology
ICD-10	De tiende revisie van de International classification of diseases and related health problems
Immuunsuppressie	Onderdrukking van het immuunsysteem
Immuunsysteem	Afweersysteem van het lichaam
Incidentie	Het aantal nieuwe patiënten met de ziekte per tijdseenheid in een specifieke populatie
JAK-remmers	JAK-remmers of Janus kinase inhibitors (JAKi) behoren tot de groep tsDMARDs. JAKi's zijn medicijnen die het afweersysteem onderdrukken.
JAKi	Zie JAK-remmers
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LESA	Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken
Nerass	Nederlandse Vereniging voor Reumachirurgie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap

NHPR	Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVKC	Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
Prevalentie	Het aantal mensen dat de ziekte heeft op een bepaald moment
ReumanetNL	Reumanet Nederland; netwerk voor specifiek deskundige fysiotherapeuten en oefentherapeuten in de behandeling van mensen met reumatische aandoeningen
ReumaNL	Reuma Nederland; organisatie voor onderzoek en voor mensen met reuma
Reumaserologie	Reumafactoren en ACPA (in serum)
Reuma- verpleegkundige/ reumaconsulent	Gespecialiseerd reumaverpleegkundige
Rf	Reumafactor (laboratoriumbepaling)
RZN	Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland
T2T	Treat-to-target: het meten van ziekteactiviteit met een valide maat, het stellen van een doel, en het aanpassen van de reumamedicatie (dosis veranderen, middelen toevoegen of stoppen) tot het behandeldoel is gehaald. Ook na het bereiken van het behandeldoel de medicatie afbouwen/stoppen.
TNF-blokkers	Synthetische geneesmiddelen die specifiek binden aan tumornecrosefactor-alfa (bijvoorbeeld adalimumab en etanercept).
tsDMARDs	Targeted synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs: doelgerichte, synthetische, ziekteverloop-beïnvloedende geneesmiddelen tegen reuma
Verbeteractie	Handeling die nodig is voor het nakomen van een verbeterafpraak; hoe.
Verbeterafpraak	De afspraak waarin vastgelegd is wat bereikt moet worden om een specifiek aspect van de zorg te verbeteren; wat.
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

## Bijlage H Geïdentificeerd kennishiaat

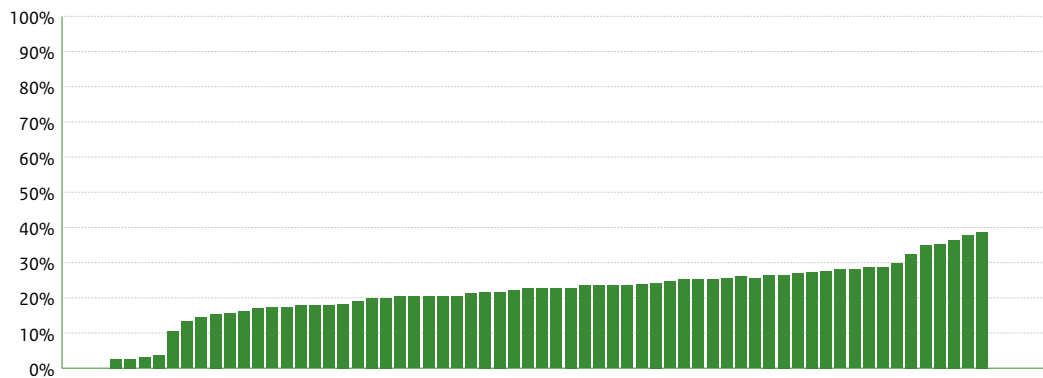
### Noodzakelijke frequentie van röntgenfoto's tijdens de follow-up

Er is geen literatuur beschikbaar over hoe vaak de röntgenfoto's herhaald moeten worden om van nut te zijn in de diagnostiek of opvolging van patiënten met ongedifferentieerde artritis.

Uit onderzoek van declaratiedata door het Zorginstituut<sup>92</sup> blijkt dat er een opvallende praktijkvariatie bestaat tussen ziekenhuizen in het percentage RA-patiënten dat een X-handen en X-voeten krijgt in de follow-up. Gemiddeld wordt bij 11,7 procent van de prevalentie (bestaande, dus geen nieuwe) RA-patiënten een handfoto en bij 11,8 procent een voetfoto aangevraagd. Het percentage RA-patiënten bij wie in 2019 een X-handen en/of X-voeten werd verricht verschilt tussen ziekenhuizen van minder dan 5 tot 40 procent (zie figuur 7).

Uit onderzoek van de Sint Maartenskliniek en IQ Healthcare<sup>93</sup> blijkt dat de onderzochte ziekenhuizen hierover verschillende afspraken hebben.

Figuur 7 | Percentage bestaande RA-patiënten bij wie door een reumatoloog röntgenfoto's van handen en/of voeten zijn gemaakt in 2019\*



\* Elke staaf geeft een ziekenhuis weer met meer dan 100 RA-patiënten

Er is variatie van 5-40 procent. Deze uitkomsten zijn gebaseerd op declaratiedata. Er zijn geen patiëntkenmerken opgenomen in de data. Dat betekent dat er niets bekend is over de indicatie van de foto. Dit is bovendien slechts een uitkomst van één jaar.

Individuele verschillen lijken te begrijpen, maar verschillen tussen klinieken niet. De vraag is interessant wat bij gelijke casuïstiek in den lande gebeurt. Is daar veel variatie tussen? De data geven onvoldoende aanknopingspunten om hier iets zinnigs over te zeggen. Dit kennishiaat moet worden opgenomen op de kennisagenda van de NVR.

<sup>92</sup> [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)

<sup>93</sup> [Zinnige Zorg voor mensen met reumatoïde artritis \(verdiepingsfase\) | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.](#)



# Bijlage I Reacties bestuurlijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit verbetersignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de reactie van het Zorginstituut daarop kunt u hier vinden.

## Reacties op schriftelijke consultatie verbetersignalement

Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
<b>Nederlandse Vereniging voor Reumatologie</b>	
1 <b>Hoofdstuk 1:</b> Wijzig de titel van hoofdstuk 1 in 'Doe geen reumaserologie'. Onnodig suggereert dat er ook situaties kunnen bestaan waarin het wel nodig is, en die zijn er eigenlijk niet, beargumenteren jullie ook.	Het NHG heeft ons erop gewezen dat er (bij uitzondering) situaties bestaan waarbij een huisarts reumaserologie wil aanvragen. Wij schrijven niet voor hoe de zorg gedaan moet worden. Een discussie tussen NVR en NHG over dit onderwerp faciliteren wij graag.
2 <b>Hoofdstuk 1:</b> Graag de tekst aanpassen over het stellen van de diagnose: De reumatoloog stelt vervolgens de diagnose op basis van het klinisch beeld in combinatie met gericht gekozen aanvullend onderzoek (er bestaan immers ook andere vormen van reuma waarbij andere serologie wordt ingezet, bijv. ANA).	De tekst is aangepast.
3 <b>Hoofdstuk 1:</b> Graag de tekst aanpassen 'omdat RA hiermee onvoldoende kan worden aangetoond of uitgesloten'. De ervaring is dat er soms onterecht diagnose RA verworpen of onwaarschijnlijk wordt geacht in de eerste lijn als reumaserologie negatief is, en daardoor vertraging ontstaat in het stellen van de juiste diagnose.	Aan de tekst is toegevoegd dat hierdoor vertraging ontstaat bij het stellen van de diagnose.
4 <b>Hoofdstuk 1:</b> De tekst is niet duidelijk, wat wordt bedoeld met algemene laboratoriumbepalingen bij iemand met gewrichtsklachten.	De tekst is aangepast.
5 <b>Hoofdstuk 1:</b> In de tekst staat: 'verminder het verrichten van reumaserologie in de eerste lijn'. Eigenlijk zou je willen zeggen: doe geen reumaserologie in de eerste lijn toch?	Zie ook onze reactie onder 1.
6 <b>Hoofdstuk 1:</b> tekstueel is bloedarmoede als oorzaak van gewrichtsklachten lastig te begrijpen. Suggestie: deze schrappen en verwijzen naar de NHG-Standaard 'Artritis'.	De tekst is conform uw suggestie aangepast.
7 <b>Paragraaf 1.1:</b> Nu wordt er toch weer over RA-specifiek labonderzoek gesproken, terwijl de titel en kader reumaserologie als term hanteert. Ik zou aanbevelen RA-specifiek labonderzoek (want dat is een pseudoterm) niet te gebruiken.	De tekst is aangepast.
8 <b>Paragraaf 2.1:</b> Verbeter de aanbevelingen over röntgenfoto's van de handen en voeten in de richtlijn. Eens. Dit zal de komende jaren meegenomen worden in de update van de richtlijn Diagnostiek RA (verwachte oplevering eind 2026).	Wij blijven graag op de hoogte van de ontwikkelingen.
9 <b>Paragraaf 2.2:</b> Bij switchen naar een ander medicijn wordt de röntgenfoto soms herhaald als nieuwe uitgangswaarde.	De indicatie is toegevoegd.
10 <b>Paragraaf 3.1:</b> De keuze dient te gaan over welk medicijn is voor deze specifieke patiënt met zijn specifieke ziekte en comorbiditeit op dit moment het beste vanuit medisch oogpunt. Daarna kies je de goedkoopste uit die klasse. Zoals het nu geformuleerd staat, zal dat in ogen van patiënten lijken alsof kosten zwaarder wegen dan het beste medicijn voor hen. Voorstel: baseer de keuze van eerste b/bsDMARD naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op de prijs.	We hebben uw voorstel overgenomen, de tekst is aangepast.
11 <b>Paragraaf 3.1:</b> <i>Maak gebruik van de DQRA om de inzet van single-sourcegeneesmiddelen te monitoren / Bespreek de inzet van biologicals en van single- en multi-sourcegeneesmiddelen tijdens spiegelbijeenkomsten.</i> Dat kan op voorwaarde dat de DQRA en de spiegelbijeenkomsten duurzame financiering krijgen, anders lukt dat niet.	Tijdens de implementatiefase kan onderzocht worden of dit mogelijk is.
12 <b>Hoofdstuk 3:</b> Een bijna halvering van de kosten! Mag dat niet worden benadrukt? En kosten per patiënt is dat ruim een halvering van 8000 naar 3600 per patiënt per jaar?	Toegevoegd is dat per patiënt de gemiddelde kosten van een medicamenteuze behandeling met bDMARDs/bsDMARD/ tsDMARDs zijn teruggebracht van € 8000 naar € 3600.
13 <b>Paragraaf 3.1:</b> In hoofdstuk 6 van de RA-richtlijn staat wel als aanbeveling geformuleerd 'dat de bDMARD en de bsDMARD vergelijkbaar en daarmee uitwisselbaar zijn'. Dus het schema is in principe te lezen ook als bsDMARD waar bDMARD staat. Dat zou met een voetnoot makkelijk nog extra verduidelijkt kunnen worden.	Een verduidelijking met een voetnoot is een eerste stap. Zie ook onze reactie bij opmerking 16.
14 <b>Subparagraaf 3.1.2:</b> Patiëntfactoren met name comorbiditeit, bijv. ernstige hartziekte of multiple sclerose zou verklaring kunnen zijn voor niet kiezen voor anti-TNF.	Deze factoren zijn toegevoegd.

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
15	<b>Paragraaf 3.2:</b> <i>Herzie de richtlijn. Neem het advies van de EMA over en verduidelijk de indicatie voor JAK-remmers.</i> Dit wordt momenteel verwerkt in een NVR-standpunt en zal eind 2024 ook in de richtlijn Biological en targeted synthetic DMARDs komen (verwachte publicatie eind 2024).	Wij blijven graag op de hoogte van de ontwikkelingen.
16	<b>Paragraaf 3.2:</b> Het flowdiagram aanpassen overeenkomstig de verbeterafpraak moet kunnen. Kan meegenomen worden met de herziening richtlijn/ bepaalde modules ervan (nieuwe commissie RA?)	Goed om het flowdiagram aan te passen bij de herziening van de richtlijn of bepaalde modules ervan. Tot die tijd kan het flowdiagram verduidelijkt worden met een voetnoot. Zie ook onze reactie bij regel 13.
17	<b>Paragraaf 3.2:</b> Bij de tekst 'Op basis van onderzoeken is inmiddels duidelijk geworden dat patiënten die JAK-remmers gebruiken...' Dit is genanceerder: het betreft een deel van de patiënten en ook eigenlijk een deel van de middelen, het is volgens mij niet aangetoond dat dit voor de hele groep geldt. Het wordt beschouwd als een klasse effect, maar niet bewezen.	De tekst is aangepast in: 'Op basis van onderzoeken is inmiddels duidelijk geworden dat een deel van de patiënten die JAK-remmers gebruiken....'
18	<b>Paragraaf 3.3:</b> Ik zou het anders formuleren omdat deze formulering op het eerste gezicht lijkt te suggereren dat single-sourcemiddelen op een of andere manier niet veilig zouden zijn. Dat is mijn eerste indruk bij het woord vermijden en zwangerschapswens. Dit zou lezers op het verkeerde been kunnen zetten. Ik zou het positief formuleren: kies ook bij vrouwen met een zwangerschapswens een multi-sourcemiddel waarvan het veilig is deze te gebruiken tijdens (een deel van de) de zwangerschap. Het patent van cimzia is al verlopen toch?	De titel is aangepast in: Betrek de prijs bij het kiezen van een bDMARD/bsDMARD voor vrouwen met een zwangerschapswens. Het patent van Cimzia (certolizumab pegol) is verlopen, maar er zijn vooralsnog geen biosimilars beschikbaar.
19	<b>Paragraaf 3.4:</b> Door al bij start....switchen van geneesmiddel. Deze zin loopt niet.	De tekst is aangepast.
20	<b>Hoofdstuk 4:</b> De acties voor de verbetermaatregelen liggen deels bij de NVR en deels bij het NHG. De verwijzing ligt bij de reumatoloog, de uitvoer en het signaleringssysteem bij de huisarts. Voor de verbetering van de informatie op Thuisarts.nl is de NVR afhankelijk van het NHG en de FMS. Recente ontwikkeling is dat het NHG, de FMS en Patiëntenfederatie Nederland meer gelijkwaardig willen gaan samenwerken in een stuurgroep voor Thuisarts.nl. Er is veel achterstallig onderhoud dat in fases zal worden aangepakt. Er wordt in januari 2024 een grote SKMS-aanvraag gedaan om dit te realiseren, voorwaarde is dat deze wordt gehonoreerd.	Wij blijven graag op de hoogte van de ontwikkelingen.
21	<b>Paragraaf 4.1:</b> Ontwikkel een signaleringssysteem voor huisartsen voor het monitoren van CVRM. Deze verbeteractie ligt dan bij het NHG.	In het verbeteringsignalelement is aangegeven dat dit een mogelijke verbeteractie is. Wij vragen het NHG naar oplossingen te zoeken. Mogelijk is de samenwerking met andere partijen hierbij nodig.
22	<b>Hoofdstuk 5:</b> 'Pneumokokkenziekte', misschien nog duidelijk maken dat dit een verzamelnaam is voor de verschillende ziekten, zoals longontsteking, sinusitis, etc.	De tekst is aangepast.
23	<b>Hoofdstuk 5:</b> Medicinale wijzigen in medicamenteuze.	De tekst is aangepast.
24	<b>Paragraaf 5.1:</b> Niet alle RA-medicatie werkt immuunsuppressief en niet ieder immuunsuppressivum werkt systemisch. Ik betwijfel dat? Ik ken geen immuunsuppressivum dat niet systemisch werkt? Medicijnen kunnen wel een ander aangrijpingspunt hebben of bepaald pathway preferentieel blokkeren, maar het effect is wel systemisch.	Uw opmerking is terecht. De tekst is aangepast.
25	<b>Hoofdstuk 5:</b> Het is niet geheel duidelijk aan wie deze verbeterafpraak specifiek gericht is. Wie wordt hier aangesproken? Immunostart is niet behulpzaam om het verschil tussen richtlijnen op te lossen, dus draagt niet bij aan het verbeteren, en dus lijkt het Immunostart-consult ook geen verbetering te gaan geven. Teksten op website zoals Thuisarts verbeteren: dat heeft pas zin als er helderheid is over wie moet worden gevaccineerd (als de richtlijnen herzien zijn). Zie de notitie Herziening RIVM-handleiding, de opmerkingen in de tekst en het antwoord op de volgende vraag.	In hoofdstuk 7 zijn de regiehouders en de betrokken partijen op dit verbeterpunt weergegeven. Mochten hier partijen ontbreken dan vernemen wij dat graag. Het Immunostart-project is een kwaliteitsproject met als doel de preventieve zorg voor immuungecompromiteerde patiënten te verbeteren d.m.v. vaccinatie, screening en profylaxe, om zo ernstige infectieuze complicaties te voorkomen. De projectgroep maakt een leidraad o.b.v. richtlijnen. Tijdens de implementatiefase bespreken we graag of het Immunostart-consult een goede oplossing is voor het verlenen van preventieve zorg voor immuungecompromiteerde mensen met RA.
26	<b>Paragraaf 5.2:</b> Immunostart is een samenvatting van de bestaande richtlijnen (die niets eensluitend zijn), dus Immunostart zal niet kunnen leiden tot een verbetering. Daarvoor zullen de richtlijnen zelf moeten worden verbeterd/op elkaar moeten worden afgestemd. Dit geldt ook voor hierna genoemde punt. Verder is het adequaat regelen van een financiële vergoeding voor het vaccineren een belangrijke factor.	Zie onze reactie bij regel 25. Subparagraaf 5.2.1. gaat over mogelijke verbeteracties. Tijdens de implementatiefase denken we graag mee over mogelijke succesvolle verbeteracties die tot verbetering van de situatie kunnen leiden. Afstemming van de richtlijnen is hierbij van belang. Een vergoeding voor het vaccineren in de tweede lijn bestaat sinds 1 januari 2024.

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
27	<b>Paragraaf 5.2:</b> Deze verbeteractie lijkt me niet zinnig als niet eerst de richtlijnen wijzigen.	Zie onze reactie in regel 26.
28	<b>Paragraaf 5.3:</b> En dat geldt dan ook voor 5.3.2.	Zie onze reactie in regel 26.
29	<b>Hoofdstuk 6:</b> Geef eenduidige patiënteninformatie over bescherming tegen infectieziekten. Algemene informatie uit een richtlijn kan worden toegevoegd aan Thuisarts.nl. Het is niet helemaal duidelijk wat voor verbeteractie het Zorginstituut hier precies beoogt.	Voor patiënten is het lastig om goede en eenduidige informatie te vinden. Het verstrekken van informatie over infectieziekten aan patiënten kan op meerdere manieren gebeuren. Tijdens de implementatiefase bespreken we graag met de betrokken partijen hoe dit punt het beste uitgevoerd kan worden.
30	<b>Subparagraaf 6.1.2:</b> Reuma.nl is de website met patiënteninformatie van ReumaNederland, dus dan hoeft er niet apart ook nog informatie op corporate website van ReumaNederland te staan.	De tekst is aangepast.
31	<b>Hoofdstuk 7, regel 3.1:</b> Ik denk dat de keuze allereerst gaat over welk medicijn is voor deze specifieke patiënt met zijn specifieke ziekte en comorbiditeit op dit moment het beste vanuit medisch oogpunt. Daarna kies je de goedkoopste uit die klasse. Zoals het nu geformuleerd staat, zal dat in ogen van patiënten lijken alsof kosten belangrijker wegen dan het beste medicijn voor hen. Voorstel: baseer de keuze van de eerste b/bsDMARD naast werkingsmechanisme en patiëntkenmerken ook op de prijs.	De tekst is aangepast. We hebben uw voorstel overgenomen.
32	<b>Hoofdstuk 7, tabel, 4.1:</b> Dit ligt buiten de invloedssfeer van de NVR. De NVR kan geen signaleringssysteem bij de huisartsen opzetten, dus lastig om dan deze verbetering aan de NVR te koppelen. Wij steunen deze verbetering wel.	Zie onze reactie in regel 55.
33	<b>Hoofdstuk 7, tabel, 5.2:</b> zie de eerdere opmerking (betreffen mogelijke verbeteracties m.b.t. pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA).	Zie onze reactie in regel 25 en 26.
34	<b>Voorstel voor een aanvullende verbeteractie:</b> Bij verbeterafpraak 5: eerst zal de RIVM-handleiding Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen moeten worden herzien (zie notitie Herziening RIVM-handleiding). Omdat het nog een aantal jaren kan duren voor deze nieuwe leidraad er is, zal de NVR een eigen standpunt uitbrengen dat aangeeft bij welke RA-patiënt pneumokokkenvaccinaties zijn geïndiceerd, wie die kan toedienen en hoe dit wordt gefinancierd (verwachte publicatiedatum medio 2024).	Wij blijven graag op de hoogte van de ontwikkelingen.

#### Zorgverzekeraars Nederland

35	<b>Hoofdstuk 2:</b> Wellicht goed om te vermelden dat röntgenfoto's van de pols en/of hand, en/of vingers (084602) en röntgenfoto's van de enkel en/of voet(wortel) en/of tenen (089602) niet meetellen bij de afleiding van een dbc. Deze verrichtingen leiden dus wel tot extra kosten, maar daar staan geen extra opbrengsten tegenover.	De opmerking is verwerkt in de impactanalyse.
36	<b>Hoofdstuk 3:</b> In aanvulling op de tekst van bijlage 1. blz 16 onderaan en blz. 17 3.1. Hier wordt de stelling geponeerd dat een patiënt op een bestaande biosimilar niet zomaar kan worden omgezet. Met de kennis die er nu is, is deze mening/stelling aanvechtbaar. In een individueel geval zou het natuurlijk kunnen en een arts moet de zaak goed begeleiden, maar deze tekst is een stap terug in de tijd. Zie bijv: Uitwisselbaarheid van biosimilars - Ge-Bu <a href="https://www.ge-bu.nl/artikel/uitwisselbaarheid-van-biosimilars">https://www.ge-bu.nl/artikel/uitwisselbaarheid-van-biosimilars</a> .	De tekst is aangepast. Dank voor het toesturen van dit artikel.
37	<b>Hoofdstuk 3:</b> In de tekst is meermalen sprake van 'goedkopere biosimilars'. Dat is naar onze mening een onzorgvuldige formulering. T.g.v. de concurrentie van biosimilars ontstaat er prijsdruk en zoals bekend is het spécialité van adalimumab een tijdje de goedkoopste geweest versus de biosimilars van dat product. Dus 'biosimilars zorgen voor prijsconcurrentie' is de juiste terminologie.	De tekst is aangepast.
38	<b>Hoofdstuk 3:</b> We missen een hoofdstuk over dosering van de biologicals (m.n. de TNF-middelen). De Maartenskliniek heeft aangetoond dat doseringen in veel gevallen lager kunnen. Een analyse van gemiddelde doseringen per ziekenhuis zou volgens ons zeer nuttig zijn om de patiënt te beschermen tegen lagere kosten. Het is voor ons de vraag of deze strategie in alle ziekenhuizen geïmplementeerd is. Zie: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/">Dose reduction and withdrawal strategy for TNF-inhibitors in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: design of a pragmatic open-label, randomised, non-inferiority trial - PubMed (nih.gov)</a> .	Dank voor de suggestie om een verbeteractie op te nemen over de dosering van biologicals. Als er voldoende kennis is verkregen over het inzetten van lagere doseringen, verdient dit een plek in de richtlijnen. We blijven graag van de ontwikkelingen op de hoogte.

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
39	<p>Door het hele stuk wordt de nadruk nogal gelegd op problemen bij het wisselen en bronnen worden soms uit hun context gehaald.</p> <p>Bijvoorbeeld pagina 16 verbeteringspunt: 3.1 <i>Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD18 op basis van de prijs naast eventuele afwegingen rond het werkingsmechanisme..... Dat vermijdt hoge kosten en voorkomt dat patiënten moeten switchen vanwege de hoge kosten van een medicijn.</i></p> <p>Hierbij hebben we de volgende opmerkingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vulstof (wordt bij tabletten/capsules gebruikt, niet bij biologicals) is inhoudelijk onjuist. Het hoort niet bij bsDMARD, maar bij de orale bDMARD.</li> <li>2. de opmerking vulstof geeft het gevoel dat hier de discussie over 'de wisselen ongewenst-lijst' hier per ongeluk geland is en dit mogelijk verward is met de biologicals.</li> <li>3. één batch van het spécialité is al niet identiek, het is dus vreemd om op basis van het feit dat biosimilars niet identiek zijn te stellen dat wisselen ongewenst is.</li> <li>4. de bron waarop dit stuk is gebaseerd is de NVR-richtlijn 'RA'. In dezelfde richtlijn staat het volgende: Diverse studies hebben laten zien dat bsDMARDs gelijkwaardig zijn aan de originator biologicals wat betreft effectiviteit, veiligheid en kwaliteit. Het protocolair omzetten van een originator naar een bsDMARD is derhalve inhoudelijk mogelijk voor de gehele groep patiënten die een biological gebruiken en waarvan een bsDMARD lokaal beschikbaar is.</li> </ol> <p>Hierdoor is het niet navolgbaar hoe men gekomen is tot bovengenoemde passage, omdat het dus niet overeenkomt met de genoemde bron en de huidige tijdsgeest. Met name de dikgedrukte onderstreepte zin zou naar onze mening verwijderd moeten worden.</p>	<p>Ad 1 en 2. Vulstoffen worden alleen gebruikt bij tsDMARDs (orale middelen). Dit staat inderdaad niet juist genoteerd. De tekst is aangepast.</p> <p>Ad 3. Uw opmerking is terecht. De tekst is aangepast. De essentie van deze paragraaf blijft staan: iedere patiënt die begint met het gebruik van biologicals kan starten met een multi-sourcemiddel.</p> <p>Ad 4. De dikgedrukte onderstreepte zin is verwijderd. De tekst is aangepast.</p>
40	<p><b>Hoofdstuk 5:</b> Het is nog niet duidelijk wat het effect is van pneumokokkenvaccinatie bij mensen met RA. In dit hoofdstuk wordt alleen naar algemene literatuur verwezen. In de LCI-richtlijn 'Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen' staat hierover: Deze aanbevelingen zijn tot stand gekomen door expertconsensus en consultatie van medische beroepsverenigingen. Een update is in de toekomst voorzien, omdat nieuwe onderzoeken meer bewijskracht zullen bieden voor effectiviteit, immunogeniciteit en veiligheid. Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen   LCI richtlijnen (rivm.nl)</p>	<p>In een verbeteringspunt staat beschreven hoe de praktijk zich verhoudt tot de aanbevelingen in de bestaande richtlijnen. Een update van de LCI-richtlijn is in de toekomst voorzien. Zolang er nog geen update van de aanbevelingen is volgen wij de aanbevelingen uit de huidige richtlijnen.</p>
41	<p><b>Paragraaf 1.1:</b> Verbeter de toepassing van de richtlijnen: verminder het aantal vragen van reumaserologie in de eerste lijn. Wat wordt in dit verband van ZN verwacht?</p>	<p>In het begin van de implementatie kunnen partijen afstemmen wat ieders taken worden. Uw opmerking raakt aan de opmerking van het NHG (zie regel 52).</p>
42	<p><b>Paragraaf 5.2:</b> Leg vast welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de pneumokokkenvaccinatie van patiënten met RA. Goed om hier ook de zorgverzekeraars (ZN) bij te betrekken met het oog op inkoop en bekostiging (zie opmerking bij Impactanalyse over bekostiging van de vaccinaties in de tweede lijn).</p>	<p>In de tabel in hoofdstuk 7 is ZN als betrokkene toegevoegd.</p>

#### Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

43	<p>De rol van een gespecialiseerd reumaverpleegkundige staat niet vermeld, ons expertisegebied reumaverpleegkundige is als document niet benoemd.</p>	<p>In een verbeteringspunt staat beschreven hoe de praktijk zich verhoudt tot de aanbevelingen in de bestaande richtlijnen. De verbeterafspraken richten zich op situaties waarbij de praktijk afwijkt van de richtlijnen. Een verbeteringspunt is geen document waarin aandacht gevraagd wordt voor specifieke beroepsgroepen. De rol en de expertise van een reumaverpleegkundige staan daarom in dit document niet genoemd. Dat neemt niet weg dat in de uitvoering van een aantal verbeteracties een mogelijke rol is weggelegd voor de reumaverpleegkundige. We hebben V&amp;VN daarom als betrokken partij toegevoegd aan een aantal verbeterafspraken (hoofdstuk 7).</p>
44	<p>Wij kunnen ons vinden in de verbeterafspraken en verbeteracties, echter missen geheel de rol van verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten in de zorg voor de mens met reumatoïde artritis, terwijl zij al jaren een prominente rol hebben in de zorg rondom RA</p>	<p>Zie ons antwoord bij regel 43.</p>
45	<p>Voorstel voor een aanvullende verbeteractie, bij hoofdstuk 4: verbeter de toepassing van de richtlijn CVRM. In het kader van de toenemende zorgvraag, in oog nemende het integraal zorgakkoord, is het goed om te bespreken wie doet wat en wanneer. De verpleegkundige kan hierin een grote rol pakken om bij de voorlichting en begeleiding direct een risicoscore af te nemen. In de follow-up kunnen dan ook de risicofactoren, zoals roken, overgewicht, etc., een vervolg krijgen. In de literatuur is ook terug te vinden (zie richtlijn CVRM) dat de verpleegkundigen hier mooie resultaten boeken.</p>	<p>Zie ons antwoord bij regel 43. We hebben de V&amp;VN daarom als betrokken partij toegevoegd verbeterafpraak 4.1. (hoofdstuk 7).</p>

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
46	Voorstel voor aanvullende verbeteractie: hoofdstuk 5/6: informeer patiënten over bescherming bij infectieziekten en aanbeveling vaccinatie: de verpleegkundige en verpleegkundig specialist kunnen binnen deze zorg een belangrijke speler zijn in de educatie.	Zie ons antwoord bij regel 43. We hebben de V&VN daarom als betrokken partij toegevoegd verbeterafspraken 5.1 en 5.2 (hoofdstuk 7).
47	In geen enkele van de genoemde betrokkenen en regiehouder wordt de V&VN genoemd. Bij de hoofdstukken 4, 5 en 6 is zeker de input vanuit de V&VN gewenst in het kader van passende zorg.	Zie ons antwoord bij regel 43. Dank voor uw suggestie. We hebben de V&VN als betrokken partij toegevoegd aan een aantal verbeterafspraken (hoofdstuk 7).

#### Vereniging van Revalidatie Artsen

48	Graag willen wij u laten weten dat wij akkoord zijn met het concept-verbeter-signalement Zinnige Zorg Reumatoïde artritis. De conclusies en daaruit volgend beleid zijn conform de wens die wij eerder in het traject hebben uitgesproken, dus wij hebben geen verder commentaar. Overige studiedetails lijken ook conform eerdere beoordeling en bespreking.	Dank voor de instemmende reactie.
----	---	-----------------------------------

#### Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

49	Beide rapporten richten zich op het medisch handelen, waarbij de door de NVAB ingebrachte informatie over samenwerking tussen de curatieve zorg/reumatologen en bedrijfsartsen niet is terug te zien. De richtlijn die specifiek gaat over participatie in arbeid, en dus over arbo-curatieve samenwerking, is wel genoemd in de rapportage, maar er zijn geen conclusies of aanbevelingen aan verbonden.	Wij hebben ons in dit verbeter-signalement expliciet gericht op richtlijnen over RA. Samenwerking en afstemming tussen de curatieve zorg/reumatologen en bedrijfsartsen is van groot belang voor patiënten met RA. Als wij tijdens de implementatiefase een gesprek tussen reumatologen en bedrijfsartsen mogen initiëren, doen wij dat graag.
50	Neem ook verbeterafspraken en -acties op over samenwerking tussen de reumatologen en bedrijfsartsen. Specifieke informatie over hoe en wanneer deze samenwerking kan plaatsvinden staat beschreven in de richtlijn die opgenomen is in het conceptrapport <i>Reumatoïde artritis en participatie in arbeid</i> ( <a href="https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/reumatoïde-artritis-en-participatie-arbeid">https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/reumatoïde-artritis-en-participatie-arbeid</a> ). De verbeteractie is dan het implementeren van de richtlijn in de praktijk van met name reumatologen, en uiteindelijk van alle betrokken zorgverleners. Binnenkort wordt de richtlijnmodule 'Arbeid in de spreekkamer' gepubliceerd, ontwikkeld door de FMS/Kennisinstituut. Het verdient aanbeveling deze richtlijnmodule op te nemen in richtlijnen voor reumatologen en waar nodig verder te specificeren voor de richtlijn waarvan de module deel uitmaakt. Voor de verbeteractie gebruiken van de richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' door reumatologen lijkt de NVR de meest logische regiehouder. Ook is Reuma Nederland een optie als regiehouder. De beroepsgroepen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de richtlijn zijn de logische betrokkenen.	De ontwikkeling van deze richtlijn is een goede stap in de verbetering van de samenwerking van reumatologen en bedrijfsartsen. Voor het implementeren van een nieuwe richtlijn is geen verbeteractie nodig.

#### Nederlands Huisartsen Genootschap

51	<b>Hoofdstuk 1, inleiding:</b> hier worden bloedarmoede, schildklierandoening en spierreuma genoemd als oorzaken van gewrichtsklachten. De eerste twee oorzaken zou ik weglaten, omdat ik mij daar weinig bij kan voorstellen.	De tekst is aangepast. We verwijzen naar de NHG-Standaard 'Artritis'.
52	<b>Hoofdstuk 1:</b> onze standaard, zoals in de titel, over gewrichtsontsteking of artritis, gaat niet zozeer over gewrichtsklachten. De huisarts moet juist mensen met (mogelijk) RA en mensen met andere oorzaken van artritis, zoals een infectieuze artritis of jicht van elkaar onderscheiden. De wens om reumaserologie verder terug te dringen is begrijpelijk, maar via onze richtlijn kunnen we daar niet meer aan doen. Het is vermeldenswaard dat het aantal aanvragen van reumaserologie de afgelopen 20 jaar (min of meer sinds die wordt afgeraden) al sterk gedaald is. Wel gebeurt het overgrote merendeel reumaserologie bij mensen die (achteraf) geen RA blijken te hebben. Wat zijn de redenen reumaserologie toch aan te vragen? Om hoeveel huisartsen gaat het, gaat het om oudere huisartsen die de ontwikkelingen hebben gemist of spelen er andere zaken? Zonder zicht daarop kunnen we als NHG weinig actie ondernemen. Het NHG heeft ondertussen wel een lijn gelegd met prof. Tijn Kool, die in het kader van zijn leerstoel Passende zorg transformatie-middelen probeert te verkrijgen om te evalueren welke passende interventies denkbaar zijn.	Goed om te lezen dat actief gehandeld wordt om reumaserologie in de eerste lijn te verminderen. Dit zijn goede stappen. We horen graag wat het vervolg is. Zo nodig denken we mee tijdens de implementatiefase.

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
53	<p><b>Hoofdstuk 4:</b> Bij de sectie over CVRM bij mensen met RA moet vooral worden nagedacht over het praktisch organiseren hiervan. Ik mis onder andere een expliciete instructie c.q. verzoek van de reumatoloog aan de patiënt om zich bij de huisarts te melden voor CVRM. Patiënten moeten immers wel gewoon het advies krijgen om daarvoor een afspraak te maken. Alleen vermelding van de wenselijkheid in de verwijfsbrief en voorlichting aan de patiënt via Thuisarts.nl of door reumatoloog is onvoldoende om dit probleem op te lossen. We moeten er wel begrip voor hebben dat er weinig huisartsen zijn die de patiënt gaan opbellen als zij iets in een brief zien staan, of die eraan denken als de patiënt nadien voor iets heel anders op het spreekuur komt.</p>	<p>Tijdens de implementatiefase zal de praktische organisatie hiervan besproken moeten worden.</p> <p>In het verbeteringsignalement is toegevoegd dat de reumatoloog de patiënt hierover moet informeren</p>
54	<p><b>Hoofdstuk 4:</b> Ik adviseer ook de praktische ontwikkeling van het advies om een signaleringssysteem voor huisartsen te ontwikkelen voor het monitoren van CVRM beter tegen het licht te houden. Ten eerste is reuma niet bepaald de enige indicatie voor CVRM. Die ontwikkeling zou generalistisch moeten worden ingestoken. Ten tweede bestaat zo'n systeem allang in de vorm van het ketenzorgprogramma CVRM, dat moet niet worden genegeerd. Binnen het bestaande systeem is een van de daadwerkelijk grootste problemen dat mensen zonder bloeddruk- of cholesterolverlagers niet voor ketenzorg CVRM in aanmerking komen. Zonder (beter) passende financiering komt zo'n systeem nooit verder van de grond. Ten derde is de werkdruk voor huisartsen al te groot. Het periodiek controleren en waar nodig instrueren van mensen over CVRM alsmede het monitoren van de uitvoering, zou onevenredig veel extra werk opleveren voor huisartsen. Er mag gevreesd worden dat lang niet iedereen overtuigd is van de meerwaarde daarvan en er valt niet uit te sluiten dat die scepsis terecht is.</p>	<p>Tijdens de implementatiefase gaan we graag met het NHG en de andere betrokkenen in gesprek over de verbetermogelijkheden. De drie aandachtspunten die genoemd worden kunt u dan inbrengen.</p>
55	<p><b>Hoofdstuk 4:</b> Mijn advies is daarom tweeledig: Allereerst om de plannen met zo'n signaleringssysteem zorgvuldiger en voorzichtiger te formuleren. Vervolgens om zo'n (generalistisch) signaleringssysteem voor CVRM onderzoekend in pilot(s) te ontwikkelen – binnen de context van de academische werkplaatsen. Momenteel wordt daartoe samen met ZonMW een programma ingericht waarin het NHG een actieve rol vervult. Academische werkplaatsen zijn bij uitstek de setting om met oog voor nut, bruikbaarheid en draagvlak in de praktijk, onderzoek te doen naar uitkomstmaten gericht op opbrengst/gezondheidswinst, werkbelasting, praktische uitvoerbaarheid en doelmatigheid.</p>	<p>Wij volgen deze ontwikkeling graag. U kunt deze ontwikkelingen inbrengen tijdens de implementatie. Zie ook onze reactie bij 53.</p>

#### Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

56	<p>Goed leesbaar document.</p> <p>Als enige voetnoot wil ik nogmaals aangeven dat ik het bijzonder jammer vind dat de verbetering in passende zorg bij RA nu alleen is gericht op de medicamenteuze behandeling en dat de gehele niet-medicamenteuze behandeling, een zeer belangrijk, waardevol instrument voor de patiënt met (beginnende) RA, uit dit verbeteringsignalement is gehaald. Mijns inziens een gemiste kans.</p> <p>Derhalve heb ik ook wat moeite met de opmerking in bijlage C, pagina 45:</p> <p><i>Niet-medicamenteuze behandeling</i>  <i>De komst van de nieuwe generatie geneesmiddelen heeft ervoor gezorgd dat niet-medicamenteuze behandelingen op de achtergrond zijn geraakt. Afhankelijk van de zorgvraag van mensen met RA kunnen ook andere zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling. Dit zijn bijvoorbeeld de fysiotherapeut, oefentherapeut, bedrijfsarts, ergotherapeut, podotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, diëtist, orthopedisch schoentechnicus, orthopedisch chirurg of revalidatiearts.</i></p> <p>Vooral de opmerking “.....op de achtergrond zijn geraakt” wekt de suggestie dat dit niet-noodzakelijke zorg is voor de RA-patiënt. Toch raar als er tegelijkertijd een studie loopt (L-Extra) met zeer belangrijke uitkomsten waarbij onderbouwd wordt dat de vergoeding voor de RA- patiënt m.b.t. behandeling oefentherapie/fysiotherapie weer terug zou moeten naar de basisverzekering. Het feit dat de niet-medicamenteuze behandeling in dit verbeteringsignalement niet is meegenomen, wil niet zeggen dat deze meer op de achtergrond staat, dat is m.i. niet juist.</p> <p>Suggestie tekst: De niet-medicamenteuze behandeling is in dit verbeteringsignalement niet meegenomen.</p>	<p>In een verbeteringsignalement staat beschreven hoe de praktijk zich verhoudt tot de aanbevelingen in de bestaande richtlijnen.</p> <p>De tekst over niet-medicamenteuze behandeling is aangepast.</p> <p>De vergoeding van oefentherapie/fysiotherapie is onderwerp van gesprek in het PAFOZ-traject. In dit verbeteringsignalement doen we hier geen uitspraken over. We hebben een opmerking over de scope van het verbeteringsignalement toegevoegd aan de inleiding van het verbeteringsignalement.</p> <p>Zie ook onze reactie bij regel 61.</p>
57	<p>Ik vind het teleurstellend dat in het document <i>Zinnige Zorg RA</i> inderdaad alleen gesproken wordt over de zinnige medische of medicamenteuze zorg, terwijl in eerdere bijeenkomsten diverse malen door verschillende uitgenodigde stakeholders het belang van niet-medische zorg werd genoemd.</p>	<p>Zie onze reactie bij regel 56.</p>



	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
58	<p>Een aantal redenen waarom de niet-medische zorg door de fysio- en oefen-therapeut genoemd moet worden als het document over zinnige zorg voor de RA patiënt gaat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er bestaat al geruime tijd een KNGF-richtlijn waarin de fysio-/oefen-therapeutische zorg voor RA-patiënten wordt beschreven en onderbouwd is met systematisch literatuuronderzoek en expert opinion.</li> <li>2. Internationaal wordt aanbevolen dat een RA-patiënt toegang moet hebben tot multidisciplinaire teamzorg (waaronder fysio- en oefen-therapie als hiertoe aanleiding is op basis van gezondheid gerelateerde problemen geïnventariseerd m.b.v. de ICF-classificatie).</li> <li>3. In lijn met landelijke ontwikkelingen met betrekking tot waardegerichte zorg is het pas zinnige zorg als er ook wordt gekeken naar aanwezige problemen en daaraan gekoppeld behandelingen die niet alleen worden veroorzaakt door de ziekte, maar ook door de gevolgen van de ziekte op het domein van fysieke activiteiten en mentale gezondheid, en maatschappelijke participatie.</li> <li>4. Recent is voor een specifieke deelgroep van RA-patiënten de effectiviteit aangetoond van langdurige oefen-therapie voor patiënten met RA en ernstige beperkingen in dagelijks functioneren (de L-EXTRA studie. Het Zorginstituut gaat op basis van deze resultaten de minister adviseren dat deze behandeling opgenomen moet worden in de basisverzekering, omdat zij beoordeeld hebben dat deze voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk.</li> </ol>	<p>Zie onze reactie bij regel 56. We hebben de KNGF-richtlijn toegevoegd aan bijlage D.</p> <p>Voor een meer nauwkeurige beschrijving van de werkwijze van een Zinnige Zorg-traject verwijzen wij u naar bijlage A: Het doel van de verdiepingfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals verwacht mag worden op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes.</p>
59	<p>Ook is genoemd dat het pas zinnige zorg is als de eerste- en tweedelijnszorgverleners beter samenwerken, waarbij de juiste zorg op de juiste plek centraal staat. Hier is nog een slag te winnen.</p>	<p>Goede samenwerking en afstemming tussen eerste en tweede lijn, de juiste zorg op de juiste plek, dit zijn allemaal ingrediënten van passende zorg. Mochten er nog suggesties zijn voor verbeteracties die in lijn zijn met de methodiek van dit traject dan horen wij het graag.</p>

#### Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

60	<p>Veel van de voorgestelde verbeteracties bevinden zich buiten het domein van de fysiotherapie. Hierdoor is het voor ons niet mogelijk om de vraag (Kunt u zich vinden in de voorgestelde verbeterafspraken en verbeteracties?) naar behoren te beantwoorden.</p>	
61	<p>Graag brengen wij de recente duiding van het Zorginstituut onder uw aandacht met betrekking tot de L-extra studie van het LUMC. Uit de studie en de duiding blijkt dat langdurige gepersonaliseerde actieve oefen-therapie onder supervisie van een fysio- of oefen-therapeut als een effectieve behandelmethode kan worden beschouwd voor volwassen patiënten met ernstige functionele beperkingen als gevolg van reumatoïde artritis. Deze zorg voldoet hiermee aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het gevolg van deze duiding is dat deze behandeling wordt aangedragen om vanaf 2025 uit het basispakket te vergoeden.</p> <p>Het is van groot belang dat deze behandelvorm de aandacht krijgt van alle zorgverleners die in contact komen met deze patiëntenpopulatie. Dat vraagt ook om aanpassingen in de richtlijnen, inclusief die van ons.</p>	<p>Dat is goed nieuws voor mensen met RA. Het is in principe niet aan het Zorginstituut om (nieuwe) aanbevelingen of richtlijnen te implementeren, dat is aan de beroepsgroep zelf. Binnen het netwerk van dit Zinnige Zorg-traject zou u aandacht kunnen vragen voor dit onderwerp. In dit netwerk zijn vele zorgverleners van mensen met RA aangesloten.</p>
62	<p>Bij de herziening van onze eigen richtlijn zullen wij ook de zorg voor CVRM opnemen.</p>	<p>Dat is een goede stap. Wij blijven graag op de hoogte van de ontwikkelingen.</p>
63	<p>Daarnaast merken wij op dat de richtlijn 'Reumatoïde Artritis' van het KNGF niet is opgenomen in de lijst met richtlijnen. Wij verzoeken vriendelijk om deze richtlijn toe te voegen aan de lijst, gezien de waardevolle bijdrage die deze kan leveren aan de verbetering van de zorg voor deze patiënten.</p>	<p>We hebben de richtlijn aan bijlage D toegevoegd.</p>

#### Nederlandse Vereniging voor Reumachirurgie (Netherlands Rheumatoid Arthritis Surgical Society)

64	<p><b>Paragraaf 3.3:</b> In 2022 zijn de aanbevelingen..... en de webpagina's van het Bijwerkingencentrum Lareb en Farmacotherapeutisch Kompas (FK). Dit klopt volgens mij niet. Adalimumab en infliximab kunnen wel tot het derde trimester veilig gebruikt worden, maar het belang van behandeling van de moeder moet vanaf het tweede trimester afgewogen worden tegen het feit dat deze middelen de placenta passeren en nog lang in de baby aanwezig kunnen blijven en de afweer van de baby kunnen onderdrukken. In de FMS-richtlijn staat "Overweeg TNF-blokkers adalimumab en infliximab te stoppen bij 20 weken zwangerschap (dat is halverwege het tweede trimester)." In de NVR-richtlijn staat ook dat overwogen moet worden etanercept na 30-32 weken te staken. Dit is dus anders dan in de aanbevelingen in dit Zinnige Zorg-concept. <a href="https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/medicatiegebruik_bij_inflammatoire_reumatische_aandoeningen_rondom_de_zwangerschap/startpagina_-_medicatiegebruik_bij_inflammatoire_reumatische_aandoeningen_rondom_de_zwangerschap.html#attachment-3">https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/medicatiegebruik_bij_inflammatoire_reumatische_aandoeningen_rondom_de_zwangerschap/startpagina_-_medicatiegebruik_bij_inflammatoire_reumatische_aandoeningen_rondom_de_zwangerschap.html#attachment-3</a>.</p>	<p>Uw opmerking 'Adalimumab en infliximab kunnen wel tot het derde trimester veilig gebruikt worden, maar het belang van behandeling van de moeder moet vanaf het tweede trimester afgewogen worden tegen het feit dat deze middelen de placenta passeren en nog lang in de baby aanwezig kunnen blijven en de afweer van de baby kan onderdrukken' is niet helemaal duidelijk. Tijdens de implementatiefase komen we er graag op terug.</p>
----	---	--

	Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
65	<p><b>Hoofdstuk 5:</b> Mensen met RA komen in aanmerking voor vaccinatie..... Het is daarom belangrijk om de aanbevelingen up-to-date te houden.</p> <p>Klopt dit wel? Zijn patiënten met RA of artritis psoriatica in remissie met csDMARDs immuungecompromiteerd? Zijn csDMARDs en TNF-blokkers in lage dosering te beschouwen als immuunsuppressiva? Ik zou liever zien dat het aan de behandelend arts is om de afweging te maken of pneumokokkenvaccinatie noodzakelijk is. Is er recent onderzoek gedaan naar pneumokokkeninfecties en de ernst ervan, waarbij onderscheid is gemaakt tussen verschillende reumatische aandoeningen? Hier is wellicht een kennishiaat?</p> <p>Ik kan mij dus niet helemaal vinden in de verbeteracties 5.3.2 op pg. 33.</p>	<p>We hebben de tekst aangepast en aangegeven dat het om immuungecompromiteerde patiënten gaat.</p> <p>Subparagraaf 5.1.2: 'Als patiënten met RA alleen methotrexaat gebruiken (dosering &lt; 0,4 mg/kg per week), vallen ze niet in de groep immuungecompromiteerde</p>

#### ReumaZorg Nederland

66	<p><b>Hoofdstuk 1:</b> Misschien hier nog duidelijk maken wie dit screenend onderzoek doet. De huisarts of de reumatoloog?</p>	De tekst is aangepast.
67	<p><b>Paragraaf 2.2:</b> De optimale frequentie.....op te nemen. Dit is wel een kennishiaat: 'Wat is de optimale frequentie van het maken van een röntgenfoto van handen en voeten bij de follow-up van mensen met een RA-diagnose?'</p>	<p>Het aangeven van een optimale frequentie is inderdaad niet mogelijk. Uit gesprekken met afgevaardigden van de reumatologen is duidelijk geworden dat het wel mogelijk is de indicaties voor röntgenfoto's vast te leggen. Daarom bevelen wij aan in de richtlijn een standpunt op te nemen op basis van expert opinion.</p> <p>Het kennishiaat is beschreven in bijlage H. Door dit kennishiaat te benoemen brengen we dit onder de aandacht van wetenschappelijke verenigingen.</p>
68	<p><b>Hoofdstuk 3:</b> is dit in de praktijk mogelijk? Weet een reumatoloog welke b/bsDMARD het goedkoopst is? En heeft het ziekenhuis geen prijsafspraken gemaakt waardoor de eerste keuze voor een b/bsDMARD al is bepaald door het ziekenhuis?</p>	Prijzen en prijsafspraken kunnen bij reumatologen bekend zijn. Wij denken dat dit uitvoerbaar is.
69	<p><b>Paragraaf 3.2:</b> Goed om vóór publicatie van dit rapport de laatste onderzoeken over de veiligheid van JAK-remmers bij risicogroepen te analyseren. Nieuw onderzoek laat zien dat het risico bij risicogroepen wellicht lager ligt dan in eerste instantie werd gedacht.</p>	Deze verbeterafpraak is gebaseerd op de meest recente publicatie van de EMA over JAK-remmers. Voor publicatie van dit rapport is geen gelegenheid meer om nieuw onderzoek te duiden. Wij zien nu geen noodzaak de verbeterafpraak aan te passen. Mocht in de implementatiefase van dit traject blijken dat de EMA en/of het CBG afwijken van genoemde publicatie, dan kan deze verbeterafpraak herzien worden.
70	<p><b>Paragraaf 4.2:</b> Als de noodzaak van CVRM in de diagnosebrief staat, heeft de huisarts een reminder voor het verrichten van CVRM. Toch moet CVRM vaker dan één keer plaatsvinden door de huisarts. Hoe bewaak je dat de huisarts CVRM periodiek blijft uitvoeren? En hoe vaak zou dit dan moeten zijn?</p>	Verbeterafpraak 4.1 gaat over het navolgen van de aanbevelingen van verschillende richtlijnen over CVRM. In deze richtlijnen staat de uitvoering van CVRM en de benodigde frequentie daarvan beschreven. Het is in eerste instantie aan de beroepsgroep om de uitvoering van de richtlijnen te bewaken. Een reumatoloog kan bij een volgend consult eventueel navraag doen of CVRM verricht is en zo nodig CVRM nogmaals bij de patiënt onder de aandacht brengen.
71	<p><b>Hoofdstuk 4:</b> Is dit niet ook een aanbeveling voor dit rapport? Verbeter de organisatie van CVRM-zorg bij mensen met RA.</p>	Iedere mogelijke verbetering in de organisatie van CVRM-zorg kan tijdens de implementatiefase worden ingebracht. De verbeterafspraken uit hoofdstuk 4 zijn een stap in de goede richting.
72	<p><b>Paragrafen 5.3 en 6.1:</b> (2x), Wijzig Reumazorg Nederland in ReumaZorg Nederland.</p>	Tekst is aangepast.

#### Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers

73	<p><b>Paragraaf 3.1:</b> Persoonlijk vind ik de verbeterafpraak 'Baseer de keuze van een eerste b/bsDMARD op basis van de prijs naast eventuele afwegingen rond het werkingsmechanisme' niet zo duidelijk. Feitelijk wordt bedoeld dat het de voorkeur verdient om als eerste DMARD een multi-source DMARD te kiezen en dan vervolgens de keuze (binnen één bepaalde ATC) te laten baseren op prijs en mogelijke verschillen in producteigenschappen, zoals vulstoffen. Dit blijkt niet uit de aanbeveling als je die zo leest.</p>	De tekst is aangepast. Vulstoffen spelen alleen een rol bij tsDMARDs.
----	---	---



## ReumaNederland

74	<p><b>Hoofdstuk 3:</b> Het patiëntenperspectief en de Samen Beslissen-principes komen in hoofdstuk 3 geenszins naar voren, terwijl dit een van de uitgangspunten van Zinnige Zorg/Passende zorg is. Factoren die voor een patiënt belangrijk zijn in de keuze voor een b/bs/tsDMARD (zoals prikangst, gevoeligheid voor bepaalde hulpstoffen, comorbiditeiten, etc.) zijn net zo belangrijk als afwegingen op basis van prijs. Daarnaast wordt het belang van het monitoren van zowel ziekteactiviteit als patiëntgerapporteerde uitkomsten tijdens het wisselen, afbouwen, maar ook indien nodig uitbouwen van medicatie niet benoemd.</p> <p>Wij kunnen ons dus niet vinden in huidige benadering die slechts gericht is op kostenbesparing en volledig voorbijgaat aan het perspectief van de patiënt.</p>	<p>Verbeterafspraken 3.1 is iets anders geformuleerd. Patiëntkenmerken zijn een criterium in de afwegingen bij de keuze van een b/bs/tsDMARD.</p> <p>In paragraaf 3.1 noemen wij als mogelijke verbeteracties gebruik te maken van de DQRA voor het monitoren van het gebruik van single-sourcemiddelen. Tijdens de implementatiefase horen we graag of deze mogelijke verbeteracties duidelijkheid kan brengen. Wij gaan hierover graag in gesprek.</p> <p>Wij onderschrijven uw conclusie dat dit hoofdstuk voorbijgaat aan het perspectief van de patiënt niet. Naast de bestaande aanbevelingen in de richtlijnen waarin het patiëntenperspectief aan de orde komt vragen we aandacht voor de prijs.</p>
75	<p><b>Overig:</b> In het verbeteringsmoment wordt al benoemd: "de komst van de nieuwe generatie geneesmiddelen heeft ervoor gezorgd dat niet-medicamenteuze behandelingen op de achtergrond zijn geraakt." Het is een gemiste kans om niet-medicamenteuze zorg buiten de scope van dit traject te laten vallen. Er is vanuit patiënten steeds meer behoefte aan handelingsperspectief wat zij zelf kunnen doen voor hun gezondheid. Daarnaast is er steeds meer bewijs dat leefstijlaanpassingen effect hebben op ziekteverloop en medicatiegebruik bij reumatische aandoeningen, zie ook de 2021 EULAR-aanbevelingen: 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases   <a href="https://www.annalsrheumdis.com">Annals of the Rheumatic Diseases (bmj.com)</a>.</p>	<p>Zie ook onze reactie bij regel 58 en bijlage A. <i>Het doel van de verdiepfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes.</i></p> <p>Aandacht vragen voor behandelingen valt buiten de scope van dit Zinnige Zorg-traject. Het belang van leefstijlaanpassingen en mogelijkheden voor patiënten om zelf hun gezondheid te bevorderen onderschrijven wij.</p>
76	<p>Verder nemen we de verbeterafspraken met betrekking tot patiënteninformatie in de andere hoofdstukken ter harte en zijn uiteraard bereid om mee te werken aan de voorgestelde verbeteracties.</p>	<p>Dank voor uw toegezegde inzet.</p>
77	<p>Bij sommige verbeterafspraken met betrekking tot het informeren van patiënten staan verbeteracties geformuleerd: "Zorg voor complete actuele informatie over [onderwerp] voor RA-patiënten op <a href="https://www.thisarts.nl">Thisarts.nl</a>; Verwijs op andere websites naar <a href="https://www.thisarts.nl">Thisarts.nl</a> voor informatie over [onderwerp]. De verbeterafspraken 1.2 en 6.1 kunnen op deze wijze worden aangevuld.</p>	<p>Dank voor uw suggestie. Tijdens de implementatiefase kunnen altijd nog verbeteracties toegevoegd worden.</p>

## Reacties op schriftelijke consultatie impactanalyse

Opmerking stakeholder	Reactie Zorginstituut Nederland
<b>Nederlandse Vereniging voor Reumatologie</b>	
1 <b>Bijlage F, impactanalyse, hoofdstuk 3, Sommige RA-patiënten zullen aangewezen zijn op een single-sourcemiddel omdat ze niet goed reageren op de biosimilars, klopt niet. Als ze niet goed reageren, was dit wel als eerste middel gegeven :-). Redenen om niet direct te starten met een bDMARD of multi-source liggen denk ik het meest in de comorbiditeitsfeer of voorkeuren/angsten van patiënten.</b>	De tekst is aangepast.
2 <b>Bijlage F, impactanalyse, hoofdstuk 3, We nemen ze niet mee, omdat volgens de huidige richtlijn (veelvuldig) omzetten zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Dit klopt niet. De eerste keer switch van single-source naar een bDMARD wordt volgens mij door iedere reumatoloog ondersteund en dit is niet bezwaarlijk zoals in hoofdstuk 6 richtlijn RA duidelijk staat. Veelvuldig doorswitchen van de ene naar andere bDMARD (binnen één medicijn) is mogelijk wel bezwaarlijk.</b>	De tekst is aangepast om de exclusiecriteria duidelijker te verwoorden.
<b>Zorgverzekeraars Nederland</b>	
3 <b>Bijlage F, impactanalyse, hoofdstuk 3, Patiënten met RA die een single-source-middel gebruiken en omgezet worden naar een multi-sourcemiddel nemen we niet mee in de berekeningen van deze impactanalyse. We nemen ze niet mee, omdat volgens de huidige richtlijn (veelvuldig) omzetten zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Ook hier wederom uit de context: dit is niet vanwege omzetten, maar veelvuldig omzetten waarover bijvoorbeeld in de eerste lijn afspraken zijn gemaakt (denk aan 'verantwoord wisselen' traject) t.a.v. de frequentie van het wisselen. Richtlijn: Biosimilars en originator bDMARDs zijn even effectief en even veilig en derhalve uitwisselbaar. Omdat onduidelijk is wat de effecten op termijn zijn van veelvuldig omzetten, dient dit zoveel mogelijk voorkomen te worden. Dit slaat in het stuk tekst uit de richtlijn terug op veelvuldig, niet op wisselen.</b>	De tekst is aangepast. Zie ook regel 1.
4 <b>Bijlage F, impactanalyse, hoofdstuk 4, Geef eenduidige adviezen over pneumokokkenvaccinatie voor mensen met RA. De kostenberekening is gebaseerd op de kosten van het vaccin. Per 1-1-2024 zijn in de tweede lijn nieuwe prestaties in de MSZ (ziekenhuiszorg) ingevoerd voor vaccinatie van medische risicogroepen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de volgende categorie-indeling en max-tarieven:</b>  <b>Declaratiecode: 190591</b> Medisch geïndiceerde vaccinaties tegen 1 of 2 infectieziekten Tarief: € 695,91  <b>Declaratiecode: 190592</b> Medisch geïndiceerde vaccinaties tegen 3 of meer infectieziekten Tarief: € 1.141,78  <b>Declaratiecode: 190593</b> Medisch geïndiceerde vaccinaties bij hematologische stamceltransplantatie Tarief: € 1.662,89  <b>Declaratiecode: 190594</b> Medisch geïndiceerde vaccinaties bij een patiënt met (functionele) asplenie Tarief: € 518,03  Het tarief voor 1 of 2 vaccinaties (declaratiecode 190591) is € 695,91. Aanzienlijk hoger dat de bedragen waarmee in de impactanalyse wordt gerekend.	Naar aanleiding van deze opmerking hebben we in de impactanalyse onderscheid gemaakt tussen vaccinatie intramuraal en extramuraal.
<b>Verpleegkundigen &amp; Verzorgenden Nederland</b>	
5 De impactanalyse is goed opgezet. In een vervolg zou gekeken kunnen worden naar de kosten en baten van taakherschikking naar de verpleegkundige en verpleegkundig specialist bij de onderdelen waarvan nu niet duidelijk is wat het kan opleveren.	Taakherschikking is geen onderdeel van de verbeterafspraken. Dat is de reden dat het niet is berekend.
<b>Vereniging van Revalidatie Artsen</b>	
6 Geen commentaar of aanvullingen	
<b>Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde</b>	
7 De analyse lijkt goed uitgevoerd. Echter, omdat het werken volgens de richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid niet is opgenomen als verbeteractie, mist deze ook in de impactanalyse.	Zie onze reactie in regel 49 van bovenstaande tabel. Mocht er behoefte zijn aan een gesprek tussen de verschillende partijen, dan kunnen we dat in de implementatiefase faciliteren.

Opmerking stakeholder		Reactie Zorginstituut Nederland
<b>Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck</b>		
8	Geen opmerkingen over de impactanalyse.	
<b>Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie</b>		
9	Wij kunnen ons vinden in de impactanalyse. We begrijpen dat de L-extra-studie niet is meegenomen vanwege de actualiteit, maar benadrukken dat het cruciaal is om de impact ervan in overweging te nemen bij toekomstige verbeter-signalerings. Hartelijk dank voor de mogelijkheid om onze standpunten te delen. Mochten er nog vragen zijn of behoefte aan verdere toelichting, dan staan we graag klaar.	Het evalueren van de effecten van de L-extra-studie valt buiten de scope van dit Zinnige Zorg/Passende zorg verbetertraject.
<b>ReumaZorg Nederland</b>		
10	<b>Pagina 6:</b> De optimale frequentie van het maken van röntgenfoto's tijdens de follow-up is onbekend. Dit is een belangrijke kennislacune en heeft verder onderzoek nodig. Goed om dit duidelijk in het rapport aan te geven.	Deze kennislacune is al opgenomen in bijlage H 'Geïdentificeerd kennishiaat' van het verbeter-signalelement. Zo brengen we de kennislacune onder de aandacht bij de wetenschappelijke verenigingen.
<b>ReumaNederland</b>		
11	Over de impactanalyse kunnen wij geen uitspraak doen.	

## Colofon

**Dit is een uitgave van**  
Zorginstituut Nederland  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

April 2024

**Afdeling**  
Afdeling Zorg

**Contact**  
zzra@zinl.nl  
www.zorginstituutnederland.nl