



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

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

T +31 (0)20 797 85 55

2019053216

Datum 29 oktober 2019
Betreft Aanbieding Screeningsrapport Ziekten van botspierstelsel en
bindweefsel

Onze referentie
2019053216

Geachte heer Bruins,

Hierbij ontvangt u het rapport *Zinnige Zorg - Systematische analyse Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel*. In dit rapport beschrijven we de uitkomsten van de eerste fase (screening) van de systematische doorlichting van het zorggebied 'botspierstelsel en bindweefsel'. Dit betreft ziekten van spieren, pezen, botten, gewrichten en bindweefsel, ook wel omschreven als aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. In Zinnige Zorg-projecten brengt het Zorginstituut in beeld hoe de zorg die vanuit het basispakket wordt vergoed, in de praktijk wordt geleverd.

Het afgelopen jaar heeft het Zorginstituut samen met betrokken partijen gekeken naar mogelijkheden voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg rond de ziekten van botspierstelsel en bindweefsel. Uitgangspunten hierbij zijn het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft. Op basis van de input van de betrokken partijen, aangevuld met eigen analyses, is het zorgtraject 'reumatoïde artritis' gekozen voor verder onderzoek in de verdiepingsfase.

In de screening komen onder andere aanwijzingen naar voren dat de herkenning van reumatoïde artritis in de eerste lijn en de doorverwijzing naar de tweede lijn mogelijk beter kunnen. Ook zijn er aanwijzingen dat patiënten meer betrokken kunnen worden bij hun behandeling, dat de implementatie van cardiovasculair risicomanagement kan worden verbeterd en dat de inzet van dure geneesmiddelen mogelijk verminderd kan worden.

De onderbouwing van de keuze voor reumatoïde artritis voor nader onderzoek en de redenen waarom andere onderwerpen niet zijn geselecteerd, vindt u in het bijgevoegde rapport. Dit rapport heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut op 8 oktober 2019 vastgesteld.

In de verdiepingsfase van het project gaan we de bovenstaande aanwijzingen over verbetermogelijkheden binnen het gekozen zorgtraject samen met de betrokken partijen verder onderzoeken. Het doel is om tot concrete afspraken te komen voor verbetering van de patiëntgerichtheid, effectiviteit en doelmatigheid van zorg in het zorgtraject 'reumatoïde artritis'.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
29 oktober 2019

Onze referentie
2019053216

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Screeningsfase

Systematische analyse Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel

Zinnige Zorg | ICD-10 hoofdstuk 13

8 OKTOBER 2019 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	5
1 Gekozen zorgtraject: reumatoïde artritis	6
1.1 Aandoening van grote omvang met hoge ziektelast	7
1.2 Actuele richtlijnen beschikbaar	7
1.3 Praktijkdata beschikbaar	7
1.4 Vermoedens van meer zinnige zorg	7
2 Niet-gekozen zorgtrajecten	10
2.1 Zorgtraject dérangement interne van de knie	10
2.2 Zorgtraject schoudersyndroom	11
2.3 Zorgtraject artrose (met uitzondering van knie- en heupartrose)	12
Bijlagen	
Bijlage A. Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	13
Bijlage B. Overzicht partijen	15
Bijlage C. Selectieproces aandoeningen	16
Bijlage D. Dataverantwoording	18
Bijlage E. Reacties van geconsulteerde partijen met reacties van ZIN	20
Literatuurlijst	26

Samenvatting

Zorginstituut Nederland brengt het screeningsrapport 'Systematische analyse Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' uit in het kader van Zinnige Zorg, het programma waarin we het verzekerde pakket systematisch doorlichten. Het doel hiervan is om de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren, ineffectieve of onnodige zorg terug te dringen en onnodige kosten te vermijden. Ieder Zinnige Zorg-project bestaat uit vier fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. Dit rapport beschrijft de resultaten van de screeningsfase voor het ICD-10-hoofdstuk 13 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel'.

Gekozen zorgtraject

Het zorgtraject reumatoïde artritis (RA) is geselecteerd voor verder onderzoek in de verdiepingsfase. RA komt zowel in de eerste als in de tweede lijn veel voor en gaat gepaard met hoge kosten en een hoge ziektelast. Voor RA zijn actuele richtlijnen en praktijkdata beschikbaar om het zorgtraject verder te onderzoeken. Op basis van literatuur, data en inbreng van de betrokken partijen bestaan er vermoedens van verschillende mogelijkheden om meer zinnige zorg te realiseren (bijvoorbeeld met betrekking tot onderen overdiagnostiek).

Niet-gekozen zorgtrajecten

Naast RA zijn ook de onderwerpen knieklachten door dérangement interne van de knie, schouderklachten door schouder syndroom en artrose (met uitzondering van knie,- en heupartrose) gescreend. Uit deze systematische screening komen aanwijzingen voor meer zinnige zorg naar voren. We kiezen er op dit moment echter niet voor om deze zorgtrajecten nader te onderzoeken in de verdiepingsfase.

Vervolg

Het Zorginstituut gaat het gekozen zorgtraject reumatoïde artritis (RA) verder onderzoeken in de verdiepingsfase. Daarbij wordt hetgeen wat volgens richtlijnen en wetenschap goede zorg is getoetst aan de uitvoering in de praktijk. Gerezen vermoedens van meer zinnige zorg worden hierbij verder onderzocht. De verdiepingsfase zal eveneens plaatsvinden in samenwerking met relevante partijen.

Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van de screeningsfase van het Zinnige Zorg-project 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel'. Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg de zorg in het basispakket systematisch doorlichten. Het doel is de kwaliteit van de zorg te verbeteren, gezondheidswinst voor de patiënt te realiseren en onnodige kosten te vermijden. Hierbij staat de patiënt centraal.

In het Zinnige Zorg-programma voeren we verschillende projecten uit. In elk project lichten we een bepaald aandoeningsgebied systematisch door. Hierbij gaan we uit van de *International Classification of Diseases (ICD)* versie 10, 2016. Dit is de internationaal gehanteerde lijst met ziektes van de *World Health Organization (WHO)*. Elke systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. In bijlage A vindt u informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

In dit project hebben we het ICD-10-hoofdstuk 13 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' doorgelicht. Het betreft ziekten van spieren, pezen, botten, gewrichten en bindweefsel. Aandoeningen uit dit ICD-10-gebied worden ook omschreven als ziekten van het houdings- en bewegingsapparaat. De aandoeningen knie- en heupartrose, osteoporose en lage rugklachten worden al in andere Zinnige Zorg-projecten bekeken¹ en laten wij daarom buiten beschouwing.

Het doel van de screeningsfase is het selecteren van zorgtrajecten met verbeterpotentieel voor de verdiepingfase. Deze selectie is tot stand gekomen in samenwerking met de partijen die bij de zorg voor aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat zijn betrokken: patiënten, zorg-professionals, instellingen en zorgverzekeraars (zie bijlage B voor een overzicht van de betrokken partijen). In gesprekken en bijeenkomsten hebben we samen met deze partijen vermoedens van niet-zinnige zorg en mogelijkheden voor verdiepend onderzoek verkend. De partijen zijn voor de publicatie van het rapport op bestuurlijk niveau geconsulteerd.

Bij de keuze van zorgtrajecten voor de verdieping wegen we de volgende criteria:

- omvang en ernst van de aandoening (in vergelijking met de andere geanalyseerde aandoeningen);
- vermoedens waar de zorg zinniger kan dan deze nu is (op basis van literatuur, data en gesprekken met partijen);
- beschikbaarheid van richtlijnen (waarin staat beschreven wat goede zorg is voor ziekten van botspierstelsel en bindweefsel);
- beschikbaarheid van praktijkdata (mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk).

In de screeningsfase voor ICD-10-gebied 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' zijn de volgende zorgtrajecten geselecteerd voor nadere verkenning:

- reumatoïde artritis (RA);
- dérangement interne van de knie, met degeneratief meniscusletsel als grootste groep;
- schouder syndroom, met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) als grootste groep;
- artrose, met artrose van hand, schouder en enkel als grootste groepen.

Voor een toelichting op het selectieproces verwijzen we naar bijlage C.

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 1 beschrijven we de keuze van het zorgtraject dat doorgaat naar de verdiepingfase. In hoofdstuk 2 beschrijven we de niet-gekozen zorgtrajecten.

¹ Zie bijvoorbeeld het Zinnige Zorg Verbetersignalement bij zorg voor artrose van knie en heup: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2014/06/30/zinnige-zorg-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup>.

1 Gekozen zorgtraject: reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische auto-immuunziekte.^[1] Dat betekent dat het afweersysteem zich tegen het eigen lichaam keert. RA tast vooral gewrichten aan. Kenmerkend zijn symmetrische ontstekingen rond perifere gewrichten, zoals polsen en gewrichten ter hoogte van de vingerbasis. De ontstekingen kunnen leiden tot aantasting van gewrichtsstructuren. Ook kan RA zich buiten de gewrichten manifesteren, bijvoorbeeld in onderhuids weefsel, hart en longen. RA kan gepaard gaan met moeheid en koorts. De diagnose RA berust op lichamelijk onderzoek en laboratorium- en beeldvormingsuitslagen. Aandoeningen die zich op eenzelfde manier kunnen uiten als RA zijn onder meer: systemische lupus erythematosus, sarcoidose, reactieve artritis en artrose. Het is belangrijk om de juiste diagnose te stellen, omdat patiënten met RA een andere behandeling nodig hebben dan patiënten met aandoeningen die erop lijken. Behandeling van RA kan onder andere bestaan uit medicijnen, hulpmiddelen, begeleidende oefentherapie door een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck en een operatie. Ziektemodificerende antireumatische geneesmiddelen, waaronder 'biologicals'², kunnen helpen om de symptomen te beheersen en de voortgang van de ziekte te vertragen.

Het Zorginstituut heeft het zorgtraject RA gekozen om verder te onderzoeken in de verdiepingsfase. Daarbij toetsen we wat volgens richtlijnen en wetenschap goede zorg is aan de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk. De redenen om RA voor de verdiepingsfase te kiezen zijn:

- RA is een veelvoorkomende aandoening met hoge zorgkosten en grote ziektelast voor patiënten.
- Er zijn richtlijnen en praktijkdata beschikbaar om theorie en praktijk te vergelijken en het zorgtraject verder te onderzoeken.
- Op basis van literatuur, data en inbreng van de betrokken partijen zijn er aanwijzingen dat de zorg voor deze patiënten nog beter kan.

In de volgende paragrafen lichten we deze redenen toe.

1.1 Aandoening van grote omvang en met hoge ziektelast

In 2017 waren ongeveer 248.000 mensen in Nederland bekend bij de huisarts met RA. In de tweede lijn waren dat circa 89.600 mensen. De zorgkosten in de tweede lijn voor RA bedroegen in 2017 ongeveer 73,8 miljoen euro. In de eerste lijn bedroegen de kosten in 2015 ongeveer 4,9 miljoen euro. De ziektelast voor RA is geraamd op 40.400 DALY's³. In tabel 1 zijn toekomstverwachtingen opgenomen van het aantal patiënten per jaar (prevalentie) en de zorgkosten. Deze zijn berekend op basis van demografische voorspellingen voor 2030.^[2]

Tabel 1 | Epidemiologische data RA

Aantal patiënten		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	248.300	(+15,7%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	89.600	(+13,9%)
Zorgkosten (mln. euro's)		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	4,9	(+16,4%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	73,8	(+12,0%)
Ziektelast (DALY's)		40.400

De vermelde kosten in de tweede lijn vormen naar schatting maar 40 procent van de totale tweedelijnskosten van RA. De resterende 60 procent bestaat uit kosten voor dure geneesmiddelen. Die worden veel ingezet bij de behandeling voor RA.^[2]

2 Voor meer uitleg over biologicals verwijzen we u naar <https://reumanederland.nl/reuma/behandelingen/medicijnen/biologische-medicijnen/>.

3 De ziektelast is een indicator om de volksgezondheid te beschrijven. Het is een samengestelde maat voor verlies aan gezondheid en wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life-Years (DALY's).

1.2 Actuele richtlijnen beschikbaar

Er zijn actuele richtlijnen beschikbaar die beschrijven wat goede zorg is voor patiënten met RA. Dit zijn onder andere richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR):

- De NHG-Standaard 'Artritis' (2016) besteedt aandacht aan diagnostiek en beleid bij RA in de eerste lijn.
- De NHG-Standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (herzien in 2019) benoemt specifieke aandachtspunten voor patiënten met RA.
- De KNGF-richtlijn 'Reumatoïde artritis' (2018) beschrijft wat goede fysio- en oefentherapeutische zorg is voor mensen met artrose.
- De NVR-richtlijn 'Diagnostiek van reumatoïde artritis' (2016) besteedt aandacht aan diagnostiek van RA in de tweede lijn.
- De NVR-richtlijn 'Verantwoord gebruik van biologicals' (2014) beschrijft de indicatie- en behandelstrategie voor biologicals.
- De NVR-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis' (2009). Het onderdeel medicamenteuze behandeling is op dit moment in herziening. Het onderdeel diagnostiek is herzien in 2016.
- De NVR en Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde hebben in 2015 de richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' uitgebracht.

1.3 Praktijkdata beschikbaar

Er zijn data beschikbaar om inzicht te krijgen hoe zorg voor RA in de praktijk wordt uitgevoerd. Data over onderdelen van eerstelijnszorg bij RA zijn te vinden via de ICPC-⁴ en DCSPH-⁵ coderingsystemen. De tweede lijn heeft een aparte diagnosecode voor RA in het DBC-systeem⁶.

We kunnen informatie over geneesmiddelengebruik bij RA halen uit declaratiedata van extramurale geneesmiddelen (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project) en uit declaratiedata van intramurale geneesmiddelen.

Verder zijn er de *Dutch Quality registry Rheumatoid Arthritis (DQRA)*^[5] en de *DREAM-RA registry*^[4]. Deze registers bevatten onder andere informatie over ziekteactiviteit, medicatiebeleid en patiënttevredenheid bij RA.

1.4 Vermoedens van meer zinnige zorg

Uit de inbreng van de betrokken partijen, literatuur en data zijn in de screening aanwijzingen naar voren gekomen over mogelijkheden voor verbetering van diagnostiek, behandeling en overige onderdelen van zorg bij RA.

1.4.1 Vermoedens van onder- en overdiagnostiek

Gesprekken met partijen doen vermoeden dat mogelijk sprake is van onderdiagnostiek. Het herkennen van RA in de eerste lijn en het tijdig doorsturen naar de tweede lijn kunnen waarschijnlijk beter. Deze aanwijzing wordt ondersteund door bevindingen uit de literatuur. Uit onderzoek blijkt dat slechts 31 procent van de Nederlandse patiënten met RA binnen twaalf weken na het ontstaan van de gewrichtsklachten door een reumatoloog wordt gezien.^[5] Daarnaast blijkt uit onderzoek van het Nivel onder patiënten met chronisch ontstekingsreuma, dat 60 procent van de patiënten binnen zes maanden na het eerste huisartsenbezoek de diagnose RA kreeg.^[6] Het is belangrijk om de diagnose RA zo vroeg mogelijk te stellen en te beginnen met de behandeling. Bij RA geldt namelijk dat hoe eerder de behandeling start, hoe gunstiger het verloop van de ziekte vaak is.^[7] Een reumatoloog stelt deze diagnose.^[8] Het grootste deel van de vertraging blijkt te bestaan uit de tijd tussen het bezoek aan een huisarts en het bezoek aan een reumatoloog. Dit lijkt samen te hangen met de waarneming dat het voor een huisarts niet altijd makkelijk is om artritis (vroeg) te herkennen tussen alle patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.^[7]

4 De International Classification of Primary Care (ICPC) wordt in Nederland gebruikt als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

5 Het Diagnose Coderingssysteem Paramedische Hulp (DCSPH) is het coderingssysteem voor paramedische zorg.

6 Nederlandse ziekenhuizen registreren en declareren zorgkosten via diagnosebehandelcombinaties (DBC's).

Uit gesprekken met partijen komt ook een vermoeden van overconsultatie bij patiënten met gewrichtsklachten naar voren. Een aanzienlijk deel van patiënten dat door reumatologen wordt behandeld, lijkt slechts eenmalig of kortdurend door een reumatoloog te worden gezien. Mogelijk heeft doorverwijzing voor deze patiënten weinig meerwaarde. Nadelige gevolgen voor een patiënt, zoals bijvoorbeeld overdiagnostiek, het aanspreken van het eigen risico en onzekerheid over een mogelijke ziekte, kunnen beperkt worden door het aantal mogelijk onterechte doorverwijzingen te verminderen. Het vermoeden van overdiagnostiek wordt ondersteund door een analyse van het Zorginstituut. Van ongeveer 115.000 nieuwe poliklinische patiënten die in 2017 een reumatoloog hebben geconsulteerd, heeft ongeveer een kwart (ongeveer 30.000 patiënten) slechts één of twee poliklinische consulten gehad zonder aanvullende diagnostiek of behandeling. Dit kan wijzen op onnodige doorverwijzingen. Voor een nadere toelichting op deze analyse verwijzen we u naar bijlage D.

1.4.2 *Vermoedens van onder- en overbehandeling*

Met betrekking tot onderbehandeling bestaan er aanwijzingen dat de implementatie van cardiovasculair risicomanagement (CVRM) kan worden verbeterd. In twee richtlijnen (de NHG-Standaard 'Artritis'^[18] en de NHG-Standaard 'CVRM'^[9]) wordt aanbevolen om voor iedere RA-patiënt een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen. Uit onderzoek in 2017 onder Nederlandse RA-patiënten volgt dat 69 procent van de patiënten een indicatie had om te starten met een preventieve behandeling. Deze behandeling is bedoeld om de door de ziekte toegenomen kans op hart- en vaatziekten te verlagen. Van deze groep werd 42 procent onvoldoende behandeld en 40 procent helemaal niet.^[10] Volgens de betrokken partijen vindt CVRM niet standaard plaats. Dit komt overeen met bevindingen uit het Verbetersignalement Zinnige Zorg 'Pijn op de borst'.^[11]

In de screening kwam ook een aanwijzing over mogelijke overbehandeling bij RA naar voren. De inzet van dure geneesmiddelen kan mogelijk verminderd worden. De betrokken partijen zeggen aandacht te hebben voor optimalisatie van de dosis van dure geneesmiddelen, waaronder biologicals. Uit literatuur blijkt dat daar mogelijk nog meer ruimte voor is. De dosering voor individuele patiënten lijkt nog niet overal waar mogelijk te worden afgebouwd^[12], terwijl dit in de dagelijkse praktijk wel lijkt te kunnen.^[13, 14] Het optimaliseren van de dosering van biologicals kan voordelen opleveren, zowel voor patiënten als voor de maatschappij. Patiënten hoeven minder vaak medicatie te nemen en hebben minder kans op bijwerkingen. Voor de maatschappij kan het een aanzienlijke kostenbesparing opleveren.^[15]

1.4.3 *Vermoedens van andere verbetermogelijkheden*

De betrokken partijen hebben nog vier gebieden aangegeven waar verbetering van de zorg voor RA-patiënten mogelijk kan zijn. Dat zijn Samen Beslissen, e-health⁷, zelfmanagement en aandacht voor RA en werk. Deze aanwijzingen zullen we nader onderzoeken in de verdiepingsfase.

Er zijn aanwijzingen dat patiënten meer betrokken kunnen worden bij hun behandeling en de keuzes die daarin kunnen worden gemaakt. De aanwijzingen komen voort uit gesprekken met de betrokken partijen en worden ondersteund door literatuur. Het Nivel heeft in 2018 onderzoek gedaan onder patiënten met een reumatische aandoening die biologicals gebruiken. Daaruit komt naar voren dat patiënten niet vaak de vraag krijgen hoe zij willen meebeslissen en of ze een voorkeur voor een bepaalde behandeling hebben. Volgens het onderzoek van het Nivel kan de zorg voor deze patiënten verder verbeteren door meer rekening te houden met hun voorkeuren, ze beter bij de besluitvorming te betrekken en ze beter te informeren.^[17]

E-health kan ondersteunend werken bij de behandeling van RA, maar wordt mogelijk nog spaarzaam ingezet.^[15] Er zijn onduidelijkheden over de effecten van e-health maar door inzet van e-health in de communicatie tussen patiënt en behandelaar hoeft een patiënt misschien minder vaak naar de reumatoloog voor controle en voor patiënteducatie. E-health kan ook helpen om de ziekteactiviteit te volgen, Patiënt Reported Outcome Measures (PROMs) uit te vragen of patiëntervaringen te verzamelen. Op deze wijze zou e-health kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor RA-patiënten.

7 Onder e-health wordt verstaan: "het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name internet, om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren".^[16]

Daarnaast kan volgens de betrokken partijen meer aandacht uitgaan naar zelfmanagement bij de behandeling van RA. Patiënten kunnen hiermee handvatten krijgen om te leren omgaan met gevolgen van RA, zoals vermoeidheid en pijn.

Ten slotte is er volgens betrokken partijen weinig aandacht voor de gevolgen van RA voor het arbeidsproces. Werk en het behoud daarvan kunnen bijdragen aan de gezondheid en het herstel van RA-patiënten.^[18] Mogelijk kan de richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid'^[19] beter worden geïmplementeerd.

2 Niet-gekozen zorgtrajecten

Dérangement interne van de knie, schouder syndroom en artrose (met uitzondering van knie- en heup-artrose) zijn ook volgens de Zinnige Zorg werkwijze gescreend. Op basis van de resultaten hebben we besloten deze aandoeningen niet te selecteren voor nader onderzoek in de verdiepingfase. Deze conclusie lichten we in dit hoofdstuk per aandoening toe.

2.1 Zorgtraject dérangement interne van de knie

Knieklachten door dérangement interne van de knie met degeneratief meniscusletsel als grootste groep komen veel voor in de tweede lijn en gaan gepaard met hoge kosten. In 2017 waren circa 24.000 mensen in Nederland hiermee bekend bij de huisarts. In de tweede lijn waren dat ongeveer 62.200 mensen. De zorgkosten in de tweede lijn bedroegen in 2017 circa 74,1 miljoen euro. In de eerste lijn bedroegen de kosten in 2015 ongeveer 0,5 miljoen euro. De ziektelast voor dérangement interne van de knie is benaderd op 10.300 DALY's⁸. In tabel 2 staan een toekomstverwachting voor het aantal patiënten en voor de zorgkosten. Deze zijn berekend op basis van demografische voorspellingen voor 2030.^[2]

Tabel 2 | Epidemiologische data dérangement interne van de knie

Aantal patiënten		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	24.000	(+3,6%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	62.200	(-1,7%)
Zorgkosten (mln. euro's)		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	0,5	(+0,9%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	74,1	(-2,3%)
Ziekte last (DALY's)		16.800

Uit de inbreng van de partijen en uit de literatuur komen voor knieklachten door degeneratief meniscusletsel aanwijzingen dat de behandeling mogelijk zinniger kan. Dit betreft met name het versterken van conservatieve behandeling⁹ voordat wordt overgegaan tot artroscopie (kijkoperatie). Uit de literatuur blijkt dat conservatieve behandeling bij degeneratief meniscusletsel even effectief is als artroscopie.^[20-22] Toch wordt artroscopie vermoedelijk nog altijd vaker toegepast dan op grond van wetenschappelijke inzichten verwacht mag worden.^[23]

Een ander vermoeden is dat het grootste verbeterpotentieel een meer doelmatige inzet van artroscopieën (kijkoperaties) bij degeneratieve meniscusklachten zou zijn. Hierin zien we de volgende ontwikkelingen:

- Het aantal artroscopieën daalt. Literatuuronderzoek^[23] en analyse van declaratiedata door het Zorginstituut tonen dit aan. In 2012 werd nog ruim 60 procent van de patiënten die met meniscusklachten bij de orthoëde kwamen geopereerd. In 2017 lag dit percentage onder de 40 procent. Voor een toelichting op deze analyse verwijzen we naar bijlage D.
- Er loopt een initiatief om het aantal artroscopieën te verminderen. Het LUMC stuurt het SMART-onderzoek aan. Dit is de afkorting van *Step-down knee MRI and ARthroscopy for orthopedic patients >50yrs*. Hieraan doen dertien ziekenhuizen mee. Het doel is om het aantal MRI's en artroscopieën te verminderen bij patiënten ouder dan 50 jaar met knieklachten.^[24]
- De NOV-richtlijn 'Artroscopie van de knie' is onlangs herzien (2019) op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten.^[25] We merken wel op dat de aanbevelingen over conservatieve behandeling hierin niet eenduidig zijn. Zo staat bijvoorbeeld niet expliciet beschreven waaruit de conservatieve behandeling zou moeten bestaan en wat er moet gebeuren na drie maanden conservatieve behandeling.
- Het aantal artroscopieën bij patiënten boven de 55 jaar is als kwaliteitsindicator opgenomen in de indicatorgids 'Voorste kruisband en artroscopie van de knie'^[26]. De uitkomsten hiervan worden jaarlijks gepubliceerd.

⁸ De ziektelast is een indicator om de volksgezondheid te beschrijven. Het is een samengestelde maat voor verlies aan gezondheid en wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life-Years (DALY's).

⁹ Hiermee worden behandelingen zonder operatie bedoeld.

We kiezen er op dit moment niet voor om het zorgtraject dérangement interne van de knie nader te onderzoeken in de verdiepingsfase. Bij partijen die zorg verlenen is al op verschillende manieren aandacht voor meer doelmatige inzet van arthroscopieën bij degeneratieve meniscusklachten. Vanwege onze taak om kwaliteit en inzichtelijkheid in de zorg te bevorderen, zullen we wel met relevante partijen in gesprek gaan. Daarbij willen we kijken naar manieren om het effect van de lopende ontwikkelingen te volgen.

2.2 Zorgtraject schouder syndroom

Schouderklachten door schouder syndroom met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) als grootste groep komen in de eerste en tweede lijn veel voor en gaan gepaard met hoge kosten. In 2017 waren circa 301.700 mensen in Nederland hiermee bekend bij de huisarts. In de tweede lijn waren dat ongeveer 83.300 mensen. De zorgkosten in de tweede lijn bedroegen in 2017 circa 76,7 miljoen euro. In de eerste lijn bedroegen de kosten in 2015 ongeveer 9,5 miljoen euro. De ziektelast voor schouder syndroom is benaderd op 9.500 DALY's. In tabel 3 staan een toekomstverwachting voor het aantal patiënten en voor de zorgkosten. Deze zijn berekend op basis van demografische voorspellingen voor 2030.^[2]

Tabel 3 | Epidemiologische data schouder syndroom

Aantal patiënten		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	301.700	(+8,0%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	83.800	(+4,1%)
Zorgkosten (mln. euro's)		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	9,5	(+6,9%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	76,7	(+3,5%)
Ziekte last (DALY's)		9.500

Uit de inbreng van de partijen en uit de literatuur komen voor schouderklachten door SAPS aanwijzingen voor meer zinnige zorg bij de behandeling naar voren. Dit betreft met name het versterken van conservatieve behandeling¹⁰ voordat tot subacromiale decompressie (een operatie aan het schoudergewricht) wordt overgegaan. Deze operatie wordt momenteel vermoedelijk vaker ingezet dan noodzakelijk is.^[27] Literatuuronderzoek laat namelijk zien dat deze operatieve behandeling van SAPS niet effectiever is dan conservatieve behandeling of een placebo-operatie.^[28] In een recente publicatie van een klinische richtlijn in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTVG; 2019) staat dat artsen niet langer subacromiale decompressie bij SAPS moeten aanbieden.^[29]

We signaleren de volgende ontwikkelingen op het gebied van de doelmatige inzet van subacromiale decompressie:

- Momenteel wordt de module 'Operatieve behandeling van SAPS' in de NOV-richtlijn herzien.^[30] Naar verwachting worden genoemde wetenschappelijke inzichten hierin meegenomen.
- Voorlichting voor patiënten over de effecten van een operatie in vergelijking met niet-operatieve behandeling zal naar aanleiding van de eerdergenoemde publicatie in het NTVG op de website Thuisarts.nl worden opgenomen.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) stelt jaarlijks een set kwaliteitsindicatoren op (de Basisset Medisch Specialistische Zorg), waarvan de resultaten worden gepubliceerd. In deze Basisset is de kwaliteitsindicator 'Verhouding tussen conservatief en operatief behandelde patiënten met een SAPS' opgenomen.^[31]

Op dit moment kiezen we er niet voor om het zorgtraject schouder syndroom nader te onderzoeken in een verdiepingsfase. Bij partijen die zorg verlenen is namelijk al op verschillende manieren aandacht voor de meer doelmatige inzet van subacromiale decompressie bij SAPS. Vanwege onze taak om kwaliteit en inzichtelijkheid in de zorg te bevorderen, zullen we ook hierover met relevante partijen in gesprek gaan. Daarbij willen we kijken naar manieren om het effect van de lopende ontwikkelingen te volgen.

¹⁰ Hiermee worden behandelingen zonder operatie bedoeld.

2.3

Zorgtraject artrose (met uitzondering van knie- en heupartrose)

In het zorgtraject artrose hebben we knie- en heupartrose buiten beschouwing gelaten. De verbetermogelijkheden daarvan zijn al vastgesteld in een ander Zinnige Zorg-project.¹¹ Artrose, met artrose van hand, schouder en enkel als grootste groep, komt veel voor en gaat gepaard met hoge kosten. In 2017 waren ongeveer 565.400 mensen in Nederland hiermee bekend bij de huisarts. In de tweede lijn waren dat ongeveer 68.500 mensen. De zorgkosten in de tweede lijn bedroegen in 2017 circa 72 miljoen euro. In de eerste lijn bedroegen de kosten in 2015 ongeveer 3,3 miljoen euro. De ziektelast voor artrose is benaderd op 53.900 DALY's. In tabel 4 staan een toekomstverwachting opgenomen voor het aantal patiënten en voor de zorgkosten. Deze zijn berekend op basis van demografische voorspellingen voor 2030.¹²

Tabel 4 | Epidemiologische data artrose (met uitzondering van knie- en heupartrose)

Aantal patiënten		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	565.400	(+21,1%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	68.500	(+13,9%)
Zorgkosten (mln. euro's) (+ verwachting voor 2030 in %)		
Eerste lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	3,3	(+17,1%)
Tweede lijn (+ verwachting voor 2030 in %)	72	(+15,7%)
Ziektelast (DALY's)	53.900	

De volgende Nederlandse richtlijnen zijn beschikbaar voor artrose:

- Voor de eerste lijn bestaat de NHG-Standaard 'Hand- en polsklachten' (2010).^[32] In deze richtlijn komt ook handartrose aan bod.
- Er is een NHG-Standaard 'Schouderklachten' (2008; in herziening)^[33], waarin schouderartrose als mogelijke oorzaak van schouderklachten wordt genoemd.
- De tweede lijn heeft een richtlijn 'Duimbasisartrose' (2015) van de NVVH.^[34]
- Er wordt momenteel een tweedelijnsrichtlijn ontwikkeld voor schouderprothesen. Hierin wordt artrose als indicatie voor een schouderprothese meegenomen.

De NHG-Standaard 'Schouderklachten' bevat geen specifieke aanbevelingen voor schouderartrose. Ook bestaat er in de eerste lijn geen Nederlandse richtlijn voor bijvoorbeeld enkel- en voetartrose. Nederlandse tweedelijnsrichtlijnen voor bijvoorbeeld handartrose, schouderartrose en enkel- en voetartrose ontbreken.

De volgende internationale richtlijnen zijn voor artrose beschikbaar:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): 'Osteoarthritis: care and management' (2014)^[35];
- European League Against Rheumatism (EULAR): 'Update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis' (2018)^[36];
- American College of Rheumatology (ACR): 'Recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip and knee' (2012, in herziening)^[37];
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS): 'The treatment of glenohumeral joint osteoarthritis. Guideline and evidence report' (2009)^[38];
- British Elbow and Shoulder Society (BESS) & British Orthopaedic Association (BOA): 'Guidelines for management of glenohumeral osteoarthritis' (2015)^[39].

We hebben het zorgtraject artrose op dit moment niet als verdiepingsonderwerp gekozen, omdat er niet voor alle lokalisaties van artrose Nederlandse richtlijnen beschikbaar zijn om afspraken over goede zorg te toetsen aan de uitvoering van zorg in de praktijk. Op dit moment zijn er wel richtlijnen in ontwikkeling. Het Zorginstituut wilt hier vooralsnog niet op vooruitlopen en adviseert om bij lokalisaties van artrose waarvoor nog geen Nederlandse richtlijnen zijn, aandacht te besteden aan het ontwikkelen van richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, die voldoen aan het Toetsingskader.¹²

¹¹ Zie het Zinnige Zorg Verbetersignalement bij zorg voor artrose van knie en heup: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2014/06/30/zinnige-zorg-verbetersignalement-zorg-bij-artrose-van-knie-en-heup>.

¹² Op basis van het Toetsingskader beoordeelt het Zorginstituut of een kwaliteitsstandaard, informatiestandaard of meetinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd. Voor meer informatie klik [hier](#).

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en 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

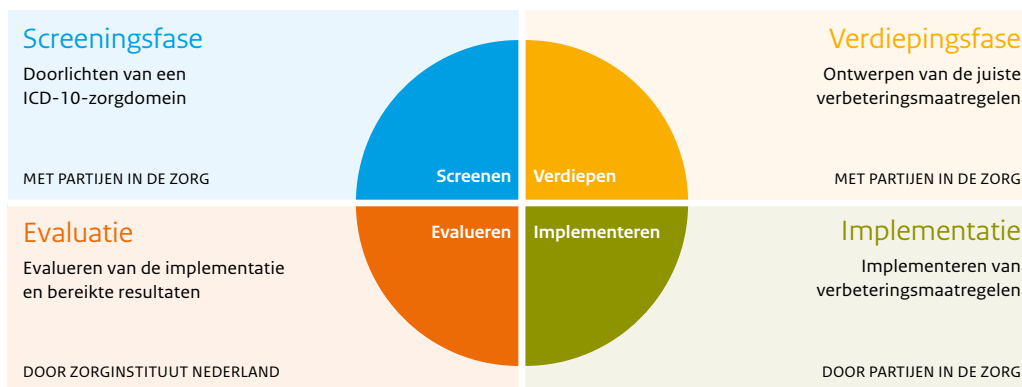
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of onnodige zorg, zodat 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 gehele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *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: patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. 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 een of meer zorgtraject(en) voor patiënten met een bepaalde aanpak uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingfase. 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 declaratie- 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 van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

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 maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen afspraken over verbeteracties. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'Verbetersignalement'. Het definitieve rapport bieden we aan partijen in de zorg aan en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn 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 partijen in de zorg en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Onderzoek

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

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

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie 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. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs 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.

Bijlage B Overzicht partijen

Voor deze screeningsfase hebben we samengewerkt met onderstaande partijen. In bijlage A staat beschreven hoe we deze samenwerking hebben vormgegeven.



- KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
- NOV: Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- NVA: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- NVAB: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- NVR: Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- RSI Repetitive Strain Injury-vereniging
- SKF: Stichting Keurmerk Fysiotherapie
- SRPN: Samenwerkende Reuma Patiëntenorganisaties Nederland
- V&VN: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- VvOCM: Vereniging van Oefentherapeuten Caesar en Mensendieck
- VRA: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland

Verkennde gesprekken zijn gevoerd met de:

- NVVI: Nederlandse Vereniging voor Immunologie
- NVN: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Spierziekten NL
- SSCH Sternocostoclaviculaire hyperostose vereniging

Bijlage C Selectieproces voor de vier screeningsaandoeningen

In dit screeningsrapport beschrijven we de vier aandoeningen binnen het ICD-10- hoofdstuk 13 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' die we nader hebben verkend in de screeningsfase. Dat zijn: reumatoïde artritis, dérangement interne van de knie met degeneratieve meniscusklachten als grootste groep, schouder syndroom met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) als grootste groep en artrose (met uitzondering van knie- en heupartrose). Deze bijlage geeft weer hoe we tot die selectie zijn gekomen.

Voorselectie van tien aandoeningen

Het Zorginstituut heeft het ICD-10-hoofdstuk 13 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' gekozen als gebied voor een Zinnige Zorg-programma. Om inzicht te krijgen in de omvang van dit ICD-10-gebied, hebben we epidemiologisch onderzoek laten uitvoeren door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).^[2]

We hebben een voorselectie van tien aandoeningen gemaakt op basis van:

- uitsluiting van aandoeningen die al in andere Zinnige Zorg-projecten zijn opgepakt, onder meer artrose van knie en heup, lage rugklachten en osteoporose;
- uitsluiting van aandoeningen die niet direct één specifieke aandoening betreffen, bijvoorbeeld de diagnose 'Knie symptomen/klachten' of 'Symptomen meerdere/niet-gespecificeerde gewrichten' of 'Spierpijn';
- ranglijsten van aantal bestaande patiënten (prevalentie) en kosten in de eerste lijn;^[2]
- een eerste verkennende analyse (op basis van declaratiedata) naar aantal bestaande patiënten (prevalentie) en kosten van de overgebleven aandoeningen in de tweede lijn.¹³

In de verkennende analyse hebben we een aantal specifieke aandoeningen meegenomen die wel tot ICD-10-hoofdstuk 13 behoren, maar niet apart in de eerste lijn worden geregistreerd. Zo vallen meerdere specifieke diagnoses onder de huisartsdiagnose 'Verworven afwijking(en) extremiteiten' en 'Andere ziekte(n) bewegingsapparaat'. Onder 'Verworven afwijking(en) extremiteiten' vallen bijvoorbeeld de specifieke diagnoses hallux valgus, pes planus en hamerteen. Onder 'Andere ziekte(n) bewegingsapparaat' vallen bijvoorbeeld de specifieke diagnoses contractuur van Dupuytren, trigger finger en hielspoor. De tweede lijn heeft wel een aparte registratiecode voor genoemde aandoeningen. Daarom zijn ze wel in het verdere selectieproces meegenomen.

We hebben de volgende tien aandoeningen voorgeselecteerd:

- 1 syndroom cervicale wervelkolom;
- 2 scoliose;
- 3 ganglion;
- 4 reumatoïde artritis;
- 5 artrose (met uitzondering van artrose van knie en heup);
- 6 schouder syndroom;
- 7 dérangement interne van de knie;
- 8 hallux valgus;
- 9 contractuur van Dupuytren;
- 10 jicht.

Tabel C.1 geeft een overzicht van schattingen van aantal bestaande patiënten (prevalentie) en kosten in de eerste en tweede lijn en ziektelast in DALY's van de tien voorgeselecteerde aandoeningen.^[2]

¹³ Deze analyse is uitgevoerd op basis van DIS-data. We zijn hierbij uitgegaan van de variabele waarin de ICD-10-code genoteerd staat. We hebben alle kosten per ICD-10-code opgeteld. De analyse is uitgevoerd voor het jaar 2016, omdat hier de vulling van de declaraties nagenoeg 100% betreft.

Tabel C.1 | Aantal bestaande patiënten (prevalentie), kosten en ziektelast van de voorgeselecteerde tien aandoeningen

ICPC	ICD-10	Ziekte	Prevalentie 2017		Kosten (miljoen €)		DALY's
			1 ^e lijn	2 ^e lijn	1 ^e lijn 2015	2 ^e lijn 2017	
L83	M50, M48.01 t/m M48.03, M53.0, M53.1	Syndroom cervicale wervelkolom	81.700	38.500	2,0	51,4	5.800
L85	M41	Scoliose	166.600	12.800	0,8	18,2	6.700
L87	M67.4	Ganglion	76.100	12.300	2,2	9,8	200
L88	M05, M06, M08, M45	Reumatoïde artritis/ verwante aandoening(en)	248.300	89.600	4,9	73,8	40.400
L91	M15, M18, M19	Artrose (exclusief knie- en heupartrose)	565.400	68.500	3,3	72,0	53.900
L92	M75	Schouder syndroom	301.700	83.800	9,5	76,7	9.500
L97	M23	Dérangement interne van de knie	24.000	62.200	0,5	74,1	10.300
T92	M10	Jicht	477.300	24.000	6,2	14,2	16.800
L98.03	M20.1	Hallux valgus	Onbekend	12.500	Onbekend	16,8	Onbekend
L99.03	M72.0	Contractuur van Dupuytren	Onbekend	14.300	Onbekend	19,6	Onbekend

Van tien naar vier aandoeningen

Op basis van:

- de grootste aantallen patiënten en de hoogste kosten in de eerste en tweede lijn;
- de grootste ziektelast voor patiënten; en
- de eerste aanwijzingen voor een verbeterpotentieel
- hebben we de vier aandoeningen geselecteerd voor nadere screening.

Bijeenkomst met betrokken partijen

We hebben het zorgtraject van de geselecteerde vier aandoeningen besproken met de betrokken partijen tijdens een bijeenkomst op 19 maart 2019. Het verslag hiervan is te vinden op <https://www.zorginstituut-nederland.nl/werkagenda/bewegingsapparaat/zinnige-zorg---ziekten-van-botspierstelsel-en-bindweefsel-screeningsfase>.

Tijdens deze bijeenkomst zijn mogelijkheden tot meer zinnige zorg per zorgtraject verkend. Ook zijn er onderwerpen door de partijen benoemd die nadien naast de Zinnige Zorg criteria (zoals op pagina 5 vermeld) zijn gelegd. Deze onderwerpen bleken in vergelijking met RA en de drie andere gescreende aandoeningen in omvang beperkt of er waren onvoldoende concrete aanwijzingen voor meer zinnige zorg op dit moment. Daarom zijn deze niet geselecteerd voor verdere verdieping.

Bijlage D Dataverantwoording

Het Zorginstituut selecteert bij voorkeur onderwerpen met een zo groot mogelijk verbeterpotentieel om een zo groot mogelijke impact te behalen. Om gevoel te krijgen van de grootte van dit verbeterpotentieel heeft het Zorginstituut waar mogelijk enkele aanvullende analyses uitgevoerd. We lichten in deze bijlage onze analyses en gegevensbronnen toe.

Gebruik van data

In het programma Zinnige Zorg maken we gebruik van declaratiedata. Het Zorginstituut zorgt bij onderzoek van de declaratiedata voor optimale borging van veiligheid en privacy door verschillende maatregelen. Zo gebruiken we gegevens op gepseudonimiseerd persoonsniveau, over meerdere jaren en vanuit verschillende te combineren gegevensbronnen.

Bij de systematische analyse voor het Zinnige Zorg-project 'Botspierstelsel en bindweefsel' hebben we de volgende databronnen gebruikt:

- de zorgproductendeleclaratiedata (ZPD) van de zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis;
- het DBC-informatiesysteem (DIS), verstrekt via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), in dit geval via open DIS-data.

Analyse naar patiënten die de reumatoloog bezoeken

Onderzoeksvraag

Welk deel van de patiënten met een polikliniekbezoek bij de reumatoloog krijgt aanvullende diagnostiek of behandeling? We hebben hiervoor gekeken naar patiënten met een nieuw zorgtraject in 2017 die in dat jaar een of twee polikliniekbezoeken hadden. Ook voor de aanvullende diagnostiek en behandeling hebben we alleen naar het jaar 2017 gekeken. De analyse is uitgevoerd op basis van declaratiedata uit zorgproductendeleclaratiedata (ZPD).

Voor het bepalen van het aantal polikliniekbezoeken hebben we naar de volgende zorgactiviteiten gekeken:

- 190060: eerste polikliniekbezoek;
- 190013: herhaalpolikliniekbezoek;
- 190019: screen-to-screen beeldcontact tussen poortspecialist en patiënt;
- 190161: screen-to-screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek;
- 190162: belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek;
- 190163: schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek.

Vervolgens hebben we gekeken naar het aantal patiënten dat ofwel alleen één of twee poliklinische consulten heeft gehad (geregistreerd met een van de codes uit bovenstaande lijst) ofwel aanvullende zorg kreeg bij de reumatoloog.

Resultaten

In 2017 waren er ongeveer 115.000 patiënten die een nieuw zorgtraject startten bij de reumatoloog. Ongeveer een kwart van deze patiënten heeft alleen één of twee poliklinische consulten gehad (geregistreerd met een van de codes uit bovenstaande lijst) zonder aanvullende diagnostiek of behandeling.

We plaatsen de kanttekening dat alleen het zorggebruik in 2017 is bekeken. Mogelijk is het aantal patiënten overschat, omdat patiënten die eind 2017 voor het eerst bij de reumatoloog kwamen in 2018 nog verder zijn behandeld of onderzocht. Deze fase van de screening betreft een eerste grove analyse. In de verdiepingsfase van dit Zinnige Zorg-project kunnen we dit nader specificeren.

Analyse naar knieoperaties bij patiënten met meniscusklachten

Onderzoeksvragen

- Hoeveel patiënten die de orthooped bezoeken met klachten aan de meniscus krijgen een meniscusoperatie?
- Is er een afnemende trend waar te nemen over de afgelopen jaren?

Voor deze analyse hebben we gebruikgemaakt van open DIS-data (www.opendisdata.nl) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). DIS staat voor DBC-informatie systeem. We hebben eerst vastgesteld hoeveel patiënten jaarlijks de orthooped bezoeken en daarbij de diagnose 'Meniscuslaesie' (diagnosecode '1805') krijgen. Vervolgens hebben we gekeken naar het aantal patiënten dat een operatie aan de knie kreeg (binnen dezelfde diagnose). De analyse is uitgevoerd voor de jaren 2012 tot en met 2017. De website van open DIS-data geeft aan dat de vulling van de declaratiebestanden voor de jaren 2015 en 2017 op 95 procent zit. De invloed hiervan op de resultaten is naar verwachting minimaal.

We hebben een analyse gedaan voor de drie meest voorkomende type operaties (zorgproducten):
131999199: uitgebreide operatie knie bij een ziekte van botspierstelsel;
131999102: operatie aan de knieband(en) bij een ziekte van botspierstelsel;
131999251: operatie knie bij een ziekte van botspierstelsel.

Door het aantal patiënten met een operatie bij de orthooped te delen door het totaal aantal patiënten bij de orthooped (alleen binnen de diagnose 'meniscuslaesie') hebben we benaderd welk percentage patiënten een operatie kreeg.

Resultaten

Het percentage patiënten dat geopereerd wordt vertoont een dalende trend over de tijd: in 2012 was dit percentage ruim 60 procent; in 2017 lag het percentage onder de 40 procent.

Toelichting bij de gebruikte bronnen

DBC-informatiesysteem (DIS)

Voor het weergeven van de aantallen patiënten hebben we gebruikgemaakt van de zorg- en behandeldata die Nederlandse ziekenhuizen hebben aangeleverd aan het DIS. De aantallen patiënten gaan uit van het aantal verzekerden waarvoor in het betreffende jaar een DBC-zorgproduct is geopend in een Nederlands ziekenhuis. Door de registratiesystematiek van de DBC's duurt het ongeveer drie jaar tot de registratie volledig bij de NZa aangeleverd kan worden. De DIS-data bevatten ook gegevens over mensen die voorafgaand aan het kalenderjaar gediagnosticeerd werden, maar in dat kalenderjaar nog onder behandeling waren. De DIS bevat geleverde zorgproducten binnen een bepaald jaar. Hierbij geldt de startdatum van het DBC-zorgproduct als basis.

De 'omzetwaarde' is gebaseerd op landelijke prijzen en vastgesteld op basis van declaraties die door medisch-specialistische zorginstellingen zijn aangeleverd bij het DIS. Het betreft ziekenhuiskosten voor o.a. consulten, opnames, diagnostiek, operaties en intramurale medicatie. Er is een limitatieve lijst van (dure) geneesmiddelen (de zogenaamde add-on geneesmiddelen) opgesteld die los van de DBC-systematiek worden bekostigd. Omdat de DBC-zorgproducten op basis van kostenhomogeniteit zijn ingestoken, worden de kosten van deze dure geneesmiddelen via een aparte route verwerkt. Ook de kosten van IC-opnames worden gefinancierd uit de add-on-systematiek.

De zorgproductendeleteratiedata (ZPD) van de zorgverzekeraars

De declaratiedata van de verzekeraars bevatten eerstelijns- en tweedelijnsgegevens. De tweedelijnsdata zijn vergelijkbaar met de data van DIS. Het inhoudelijke verschil tussen de bronnen is dat de DIS-data bevat van hetgeen de ziekenhuizen aanleveren als declaraties, terwijl de ZPD-data de vergoeding van declaraties bevat. Deze bronnen komen dus grotendeels met elkaar overeen.

Bijlage E Reacties van geconsulteerde partijen met reacties van ZIN

Zorginstituut Nederland bedankt nogmaals alle betrokken partijen voor hun input.

Hieronder volgt een weergave van de ontvangen opmerkingen bij de consultatie van het screeningsrapport 'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel' met daaronder de reacties van het Zorginstituut op inhoudelijke opmerkingen.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
NVA	
In reactie op uw vraag: wij kunnen ons vinden in de argumentatie om het zorgtraject 'Reumatoïde artritis' in de verdiepingsfase verder te onderzoeken. Het is een weloverwogen en verklaarbare keuze, gezien de hoge ziektebelasting, het groot aantal patiënten en de hoge kosten.	
SKF	
Wij kunnen ons vinden in de conclusies, er resten twee opmerkingen van verschillende orde:	
<ol style="list-style-type: none">Op pagina 19 sluit u aandoeningen uit die niet direct één specifieke aandoening betreffen. De inclusie van het schouder syndroom is daarmee niet consistent. Het schouder syndroom is niet één specifieke aandoening, het begrip syndroom is zelfs de definitie van een verzameling symptomen en tekenen zonder duidelijke onderliggende aandoening. Dit is geen principiële punt: wij hebben geen bezwaar tegen de opname van dit syndroom in een eventuele latere verdiepingsfase.Een groter aandachtspunt is de sterke gerichtheid op de medische diagnose. Hoewel de medische diagnose een noodzakelijk beperking geeft van de patiënt populatie gaat zij geheel voorbij aan het meest essentiële deel van het probleem: het gezondheidsprofiel van de patiënt. Er zijn vele niet aandoening specifieke factoren die bepalen of een medische aandoening leidt tot een vermindering van kwaliteit van leven. Deze factoren bepalen mede of een verwijzing naar de 2e lijn of een behandeling door een fysiotherapeut wel of niet noodzakelijk is. Het zijn de gevolgen van de medische aandoening die het beleid grotendeels bepalen. Deze zienswijze is te zien in de ontwikkeling van de ICF eind vorige eeuw en meer recent in de aandacht voor het concept positieve gezondheid dat in de basis dezelfde zienswijze hanteert. Het verdient aanbeveling hier sterker rekening mee te houden in verder uitrol van dit traject.	<p>Het klopt dat het schouder syndroom niet één specifieke aandoening betreft. Bij de registratie door huisartsen zijn er meerdere coderingen voor schouderklachten. Omdat de volledige codering 'schouder syndroom/PHS' betreft, hebben wij PHS met synoniem SAPS als richtinggevend beschouwd bij de registratie door huisartsen. Daarom hebben we deze codering als aandoening meegenomen naar de voorselectie, en is de codering 'schouder symptomen/klachten' buiten beschouwing gelaten.</p> <p>De gerichtheid op diagnoses is bewust, omdat er gewerkt wordt met coderingen die berusten op diagnoses. Het belang van gezondheidsprofielen wordt onderkend, maar er zijn momenteel geen mogelijkheden om daarmee een patiëntengroep te selecteren waarvoor kwaliteit van verzekerde zorg verbeterd kan worden.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
<p>NVAB</p> <p>De NVAB stemt in met de keuze voor het zorgtraject reumatoïde artritis, gezien de hoge ziektelast en potentiële mogelijkheden om de zorg te verbeteren. In het rapport is kort het belang beschreven van werk en werkbehoud voor de gezondheid van mensen met reumatoïde artritis. De NVAB onderschrijft de conclusie dat implementatie van de richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid hierbij van belang is. Voor optimale ondersteuning van patiënten/werknemers is een goede arbocuratieve samenwerking nodig</p>	
<p>KNGF</p> <p>Het KNGF kan de conclusie om het verbetertraject te richten op reumatoïde artritis (RA) delen, mits de fysiotherapie in dat traject de plaats krijgt die het conform de actuele wetenschappelijke opvattingen (nationaal en internationaal) en de actuele richtlijnen toekomt. Meer gedetailleerd hebben wij de volgende opmerkingen bij het concept-rapport:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiotherapie maakt bij alle vier de beschreven aandoeningen een uiterst belangrijk onderdeel uit van wat in het rapport conservatieve behandeling wordt genoemd. Ten algemene is bij alle vier de aandoeningen het belang van bewegen (en de noodzakelijke begeleiding daarbij) groot. Een probleem is dat fysiotherapie bij geen enkele aandoening vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Om het zorgtraject bij RA daadwerkelijk te verbeteren zou dat naar onze opvatting op korte termijn moeten veranderen. Voor fysiotherapie bij RA wordt nu een traject met voorwaardelijke toelating gestart. Dat is in onze opvatting nadrukkelijk een “next best” oplossing, waarvan het merendeel van de patiënten pas op langere termijn profijt zal kunnen hebben. Wij krijgen de indruk dat het feit dat fysiotherapie bij deze aandoeningen niet vanuit de ZVW wordt vergoed meespeelt in de analyses van het rapport. De focus ligt (ook bij RA) op medicatie en verwijzing naar de medisch specialist (voor diagnostiek en begeleiding). Het niet vanuit de ZVW vergoeden van fysiotherapie kan ook reden zijn waarom RA in veel gevallen (te) laat wordt gedetecteerd. Wij missen deze aspecten nadrukkelijk in de analyse. In de adviezen van het CvZ uit 2011, de voorganger van het Zorginstituut, die leidden tot het uit de basisverzekering elimineren van fysiotherapie bij RA, werd al vastgesteld dat kortdurende fysiotherapie bij RA effectief en kosteneffectief was. Toen ging het CvZ er echter van uit (volgens huidige praktijk onterecht) dat patiënten kortdurende fysiotherapie wel aanvullend zouden kunnen verzekeren of de kosten voor eigen rekening zouden kunnen nemen. 2. In de kostenramingen wordt voorbij gegaan aan de kosten die in de eerste lijn worden gemaakt voor zorg die niet onder de Zorgverzekeringswet wordt vergoed. De kostenramingen geven daarmee een aanzienlijke onderschatting van de feitelijke kosten. 3. De KNGF-richtlijn RA is in 2018 vastgesteld/geactualiseerd. 	<p>Fysiotherapie is een behandeling die wordt ingezet bij RA en wordt als zodanig meegenomen in dit Zinnige Zorg-project. Daarin willen we graag samenwerken. De zorgen over de vergoedingen voor fysiotherapie en de daarmee gepaard gaande discussies zijn ons bekend. Deze worden echter primair in het systeemadvies van het Zorginstituut gevoerd. We kunnen daar met dit Zinnige Zorg-project geen andere toezeggingen in bewerkstelligen.</p> <p>Het feit dat fysiotherapie momenteel niet voor alle aandoeningen vergoed wordt, heeft geen invloed gehad op de uitkomst van dit screeningsrapport. Tijdens de screening is geen onderbouwing gevonden voor een signaal dat het niet vergoeden van fysiotherapie leidt tot late detectie van RA.</p> <p>Dat klopt. Deze kosten zijn voor alle aandoeningen buiten beschouwing gelaten.</p> <p>Dit is aangepast.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
<p>4. Op pagina 9 wordt gesproken over CVRM; ook daar is fysiotherapie een belangrijk onderdeel. Hier is sprake van een dubbele drempel, omdat fysiotherapie noch bij RA noch bij CVRM vanuit de ZVW wordt vergoed.</p>	<p>Hierbij verwijzen we graag naar onze reactie input bij punt 1. Hetzelfde geldt voor CVRM.</p>
<p>5. In het rapport (zie pagina 14) wordt de indruk gewekt dat alleen wanneer voor alle mogelijke gespecificeerde lokalisaties van aandoeningen richtlijnen aanwezig zijn, verbetertrajecten kunnen worden opgepakt. Deze opvatting leidt tot een grote rem op de mogelijkheden om verbetertrajecten op te pakken. De zorg voor patiënten met bijvoorbeeld artrose kan op basis van een meer generieke benadering aanzienlijk worden verbeterd. Het is onze overtuiging dat dit voor meerdere aandoeningen van het botspierstelsel het geval is. Ook in dit verband wijzen we met nadruk op de adviezen die de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving over de toepassing van bewijs heeft uitgebracht</p>	<p>Bij een Zinnige Zorg-programma wordt de uitvoering van zorg in de praktijk getoetst aan afspraken over goede zorg. Deze afspraken worden gemaakt door partijen in de zorg en o.a. vastgelegd in richtlijnen. Het Zorginstituut moedigt richtlijnontwikkeling dan ook aan. Het is aan de partijen om te bepalen of zij richtlijnen voor specifieke lokalisaties of vanuit een meer generieke benadering willen ontwikkelen.</p>

ReumaNL namens SRPN

Gekozen zorgtraject: reumatoïde artritis.

Wij onderschrijven de constatering dat er verschillende mogelijkheden zijn om meer zinnige zorg te realiseren voor mensen met reumatoïde artritis. Wij kunnen ons heel goed vinden in de argumentatie om voor dit traject te kiezen. Graag worden wij betrokken bij het vervolg van het zorgtraject rondom Reumatoïde artritis (screeningsfase) voor het inbrengen van het patiëntenperspectief.

Het belang van het realiseren van een vroegtijdige diagnose, alsook het voorkomen van overbehandeling is hierbij groot. Rondom biologicals heeft ReumaNederland meegewerkt aan het door ZiN genoemde onderzoek van Nivel waarin is geconstateerd dat er veel winst te boeken is rondom gezamenlijke besluitvorming. Ook meer gepast van gebruik van biologische geneesmiddelen vinden wij vanuit het perspectief van patiënten belangrijk. Hierbij vinden wij goede monitoring cruciaal, ook aan de hand van PROM's. Het aandacht geven aan preventieve behandelingen tegen hart- en vaatziekten (CVRM) aan mensen met RA die hierop verhoogde kansen hebben, vinden wij eveneens erg belangrijk. ReumaNederland wil zich komende jaren inzetten om ontwikkelingen op het gebied van e-health, PROM's en zelfmanagement verder te ontwikkelen en ziet net als ZiN hier kansen voor mensen met reumatoïde artritis voor verbeteringen van de behandeling. Verder is ReumaNederland nauw betrokken bij het VT-onderzoek voor mensen met RA en ernstige functiebeperking waarbij de effectiviteit van langdurige oefentherapie wordt onderzocht. Naar onze mening noodzakelijke zorg voor deze groep. Daarnaast heeft RNL samen met het KNGF een onderzoekscall uitgezet voor onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie op (arbeids)participatie bij mensen met RA. Fysiotherapie heeft een belangrijke plek in het zorgpad van mensen met RA en moet naar onze mening ook meegenomen worden in het zinnige zorg traject.

Fysiotherapie is een behandeling die wordt ingezet bij RA en wordt als zodanig meegenomen in dit Zinnige Zorg-project. Daarin willen we graag samenwerken. De zorgen over de vergoedingen voor fysiotherapie en de daarmee gepaard gaande discussies zijn ons bekend. Deze worden echter primair in het systeemadvies van het Zorginstituut gevoerd. We kunnen daar met dit Zinnige Zorg-project geen andere toezeggingen in bewerkstelligen.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
<p>Niet-gekozen zorgtrajecten: zorgtraject artrose (met uitzondering van knie- en heupartrose)</p> <p>ReumaNederland vindt het jammer dat niet is gekozen voor het zorgtraject artrose, gezien de grote groep mensen (1,4 miljoen mensen met artrose) die hiermee te maken heeft of krijgt. Gezien de grote groep mensen die hiermee te maken heeft of krijgt. ReumaNederland is zelf gestart met een zogenaamd 'Artrose offensief', waarbij één van de doelstellingen is dat patiënten beter geïnformeerd worden over artrose en wat de huidige behandelopties zijn, zodat zij tijdig bij de juiste zorg terecht komen. Dit is in eerste instantie gericht op de eerstelijnszorg.</p> <p>ZiN heeft niet gekozen voor het zorgtraject artrose als verdiepingsonderwerp gekozen, omdat er niet voor alle lokalisaties van artrose Nederlandse richtlijnen beschikbaar zijn om afspraken over goede zorg te toetsen aan de uitvoering van zorg in de praktijk. Wij komen graag in gesprek met het Zorginstituut hoe we samen met andere partijen ervoor kunnen zorgen dat deze kwaliteitsstandaarden en richtlijnen ontwikkeld kunnen worden. Zodat de huidige zorg voor mensen met artrose (met uitzondering van heup en knie) verbeterd en getoetst kan worden.</p>	
NHG	
NHG kan zich vinden in de argumentatie	
VRA	
Het bestuur van de VRA heeft besloten om in te stemmen met het gekozen verdiepingsonderwerp Reumatoïde Artritis.	
NVR	
Het bestuur van de NVR kan zich vinden in het gekozen onderwerp, reumatoïde artritis.	
<p>Wel wil ik enkele kanttekeningen aanbrengen:</p> <p>1.4.1 De opmerkingen of delay in verwijzing naar huisarts zien we graag onderbouwd met recente data. Het inzetten op vroegdiagnostiek en dus ook snelle verwijzingen is voor ons een belangrijk punt.</p>	<p>Waar mogelijk zal dit worden meegenomen in de verdieping.</p>
<p>1.4.1: De opmerking over vermoeden van overdiagnostiek was niet specifiek bedoeld voor reumatoïde artritis. Maar in de brede zin voor analyse van gewrichtsklachten.</p>	<p>Dit is aangepast.</p>
<p>1.4.2: De NVR is een voorstander van Samen Beslissen en het betrekken van de patiënt bij de keuze van een biological. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met het feit dat de reumatologen in veel ziekenhuizen te maken hebben met preferentiebeleid wat de keus voor een 1^e biological beïnvloed. Preferentiebeleid is een van de manieren waarop de kosten van biologicals beheerd worden.</p>	

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
<p>1.4.2: De NVR heeft mede onderzoek geïnitieerd naar de dosisvermindering of het staken van de biologicals. Dit is in de POEET-studie gebeurd en de TARA studie (1). De 1e resultaten van de Poeet studie zijn gepresenteerd in 2015 op de Eurar. Verder zijn hier meerdere publicaties over verschenen (2,3,4) alsmede een publicatie in de Mediator (5). Wij zijn zeker voorstander van dosis-optimalisatie gezien ook mogelijke kostenreductie voor de maatschappij. Wat belangrijk is in deze discussie is de dosis te relateren ook aan de casemix van patiënten. Als voorbeeld: Een dosisverlaging is vaak makkelijker bij een 1e biological als bij een 3^e.</p>	
<p>1.4.3: De NVR heeft recent een werkgroep E-health opgericht. Ons voorstel is te onderzoeken in hoeverre deze werkgroep betrokken kan worden bij de uitwerking van E-health modules.</p>	<p>Waar mogelijk zoeken we uiteraard de samenwerking op met alle betrokken partijen.</p>
<p>Referentielijst</p> <p>1 Gradual tapering TNF inhibitors versus conventional synthetic DMARDs after achieving controlled disease in patients with rheumatoid arthritis: first-year results of the randomised controlled TARA study. van Mulligen E, et al. Ann Rheum Dis. 2019 Jun;78(6):746-753.</p> <p>2 Impact of Stopping Tumor Necrosis Factor Inhibitors on Rheumatoid Arthritis Patients' Burden of Disease. Ghiti Moghadam M, et al Dutch National POET Collaboration. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Apr;70(4):516-524.</p> <p>3 Multi-biomarker disease activity score as a predictor of disease relapse in patients with rheumatoid arthritis stopping TNF inhibitor treatment. Ghiti Moghadam M, et al. Dutch National POET Collaboration. PLoS One. 2018 May 23;13(5):e0192425.</p> <p>4 Stopping Tumor Necrosis Factor Inhibitor Treatment in Patients With Established Rheumatoid Arthritis in Remission or With Stable Low Disease Activity: A Pragmatic Multicenter, Open-Label Randomized Controlled Trial. Ghiti Moghadam M, et al. Dutch National POET Collaboration. Arthritis Rheumatol. 2016 Aug;68(8):1810-7.</p> <p>5 https://mediator.zonmw.nl/mediator-15-januari-2016/gepast-gebruik-tnf-blokkers-bij-reuma/</p>	
<p>VvOCM</p>	
<p>De reacties vanuit de VvOCM zijn in het concept-document geplaatst en komen neer op</p>	
<p>- Pg.7, t.a.v. toevoeging fysio –oefentherapie Cesar/Mensendieck bij behandelopties RA</p>	<p>- Dit is toegevoegd.</p>
<p>- Pg. 8, t.a.v. publicatiedatum KNGF-richtlijn 2018 en - Pg. 8, t.a.v. toevoeging aan omschrijving KNGF-richtlijn en toevoeging DCSPH-codering</p>	<p>- Dit is aangepast. - Deze zijn toegevoegd.</p>
<p>- Pg. 9, t.a.v. overdiagnostiek</p>	<p>- Dit is aangepast.</p>
<p>- Pg. 9, t.a.v. volgorde alinea's</p>	<p>- Dit is ongewijzigd want deze is al conform de vorige paragraaf.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie ZIN
- Pg. 9, t.a.v. Samen Beslissen	- Dit is nu geplaatst onder paragraaf 'Vermoedens van andere verbetermogelijkheden'.
- Pg. 9, t.a.v. CVRM	- CVRM wordt vermeld bij vermoedens op onderbehandeling.
- Pg. 9, t.a.v. biologicals	- Er is een voetnoot met toelichting toegevoegd.
- Pg. 10, t.a.v. vergoeding fysio- en oefentherapie	- Tijdens de screening is er geen onderbouwing voor gevonden of aangedragen.
- Pg. 10, t.a.v. e-health	- Er wordt niet zomaar gesteld dat een controle te vervangen is. Hier wordt slechts een vermoeden uitgesproken over verbetering van zorg gebaseerd op de vermelde literatuur. Tijdens de verdiepingsfase kan mogelijk nader onderzoek worden gedaan.
- Pg. 10, t.a.v. onderbouwing keuze RA en overige verbeterinitiatieven.	- De redenen waarom dit onderwerp wordt aangedragen zijn opgesomd in de inleiding van dit hoofdstuk. Deze worden in de daaropvolgende paragrafen toegelicht. In de verdieping zal waar mogelijk een toelichting volgen op overige verbeterinitiatieven bij RA.
- Pg. 14, t.a.v. Zinnige Zorg criteria bij onderbouwing keuze RA	- Voor elke aandoening is een tabel opgenomen en in de teksten zijn per aandoening vermeldingen m.b.t. richtlijnen en praktijkdata. De redenen voor het kiezen van RA zijn gesomd in de inleiding van hoofdstuk 1 en nader uitgewerkt in de daaropvolgende paragrafen.
- Pg. 20, t.a.v. selectie 10 naar 4 aandoeningen	- Het geheel is gebaseerd op overwegingen aan de hand van de opgesomde criteria. Hierbij is niet 1 criterium leidend (geweest).
- Pg. 20, t.a.v. bijeenkomst maart 2019	- Bij de bijeenkomst is gelegenheid geboden om andere onderwerpen aan te dragen via het noteren op een blanco poster. De onderwerpen op deze poster zijn daarna net zoals de overige 4 voorgeselecteerde aandoeningen plenair besproken.

V&VN

Heldere uiteenzetting. Waar nodig denk ik graag weer mee rondom het stukje RA. In het kader van ehealth bijvoorbeeld ontwikkelen we op dit moment een zelfmanagement app in het ErasmusMC.

NOV

Geen reactie

ZN

Geen reactie

RSI-vereniging

Geen reactie

Literatuurlijst

1. Kontzias A. MSD Manual Professional Version. Reumatoid Arthritis (RA). December 2019. Geraadpleegd via <https://www.msmanuals.com/professional/musculoskeletal-and-connective-tissue-disorders/joint-disorders/rheumatoid-arthritis-ra>.
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Rapportage Epidemiologische data binnen ICD-10 hoofdstuk 13 "Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel" t.b.v. programma Zinnige Zorg. 2019. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/bewegingsapparaat/zinnige-zorg---ziekten-van-botspierstelsel-en-bindweefsel-screeningsfase>.
3. Dutch Quality Registry Rheumatoid Arthritis. DQRA. Geraadpleegd op <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Dutch-Quality-registry-Rheumatoid-Arthritis>.
4. DREAM-RA register. Geraadpleegd via <http://www.dreamregistry.nl/nl/registers/reumatoide-artritis>.
5. van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 3537-46.
6. Sloot R, Flinterman L, Heins M, et al. Reumatische aandoeningen in Nederland. Ervaringen en kengetallen. Utrecht, Nivel 2016.
7. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Richtlijn Diagnostiek van reumatoïde artritis. 2016. Geraadpleegd via https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2018/09/Richtlijndiagnostiekreumatoofdearthritis_FINAL-def.pdf.
8. NHG-werkgroep Artritis. NHG-Standaard Artritis. Eerste herziening. November 2017. Geraadpleegd via <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/3522>.
9. NHG-werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Tweede herziening. Mei 2019. Geraadpleegd via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement#Richtlijnen diagnostiek>.
10. van den Oever IAM, Heslinga M, Griep EN, et al. Cardiovascular risk management in rheumatoid arthritis patients still suboptimal: the Implementation of Cardiovascular Risk Management in Rheumatoid Arthritis project. *Rheumatology (Oxford)* 2017; 56: 1472-8.
11. Zorginstituut Nederland. Zinnige Zorg verbeteringsignalement 'Pijn op de borst'. 31 januari 2019. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignalement-'pijn-op-de-borst'>.
12. Lesuis N, Baudoin P, Bruyn G, et al. Op biologicals valt flink te besparen. Lagere dosering van biologicals vaak goed mogelijk. *Medisch Contact* 2015; 22: 1086-9.
13. Lesuis N, Verhoef LM, Nieboer LM, et al. Implementation of protocolized tight control and biological dose optimization in daily clinical practice: results of a pilot study. *Scand J Rheumatol* 2017; 0: 1-4.
14. NRC. Hoe de Maartenskliniek de uitgaven aan dure medicijnen verlaagde. 12 april 2019. Geraadpleegd via <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/04/12/goedkoperemedicijnen-voorschrijven-dat-moet-je-durven-a3956763>.
15. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Kennisagenda Reumatologie. 2019. Geraadpleegd via https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2019/01/OnlineVersieKennisAgendaNVR2019_website.pdf.
16. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) Inzicht in eHealth. Den Haag: RVZ. Krijgsman J, Klein Wolterink, G. Ordening in de wereld van eHealth. Whitepaper. Den Haag: Nictiz 2012.
17. Vervloet M and van Dijk L. Patiëntervaringen met biologische geneesmiddelen. Deel II: aanvullend vragenlijstonderzoek onder patiënten met een reumatische aandoening. Utrecht, Nivel 2018.
18. Centrum Werk Gezondheid (binnen het Fit for Work programma) met inbreng van de werkgroep SER Chronische Zieke Werkenden. Impact Graphic Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op? April 2019. Geraadpleegd via https://www.fitforworknederland.nl/wp-content/uploads/2019/04/FitforWork_ImpactGraphic_2019.pdf.
19. Lems W, Vliet Vlieland T, Hoving J, et al. Multidisciplinaire richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid. 2015. Geraadpleegd via https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ra_en_participatie_in_arbeid_2015.pdf.
20. Brignardello-Petersen R, Guyatt GH, Buchbinder R, et al. Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. *BMJ Open* 2017; 7: e016114.

21. Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ* 2017; 357: j1982.
22. van de Graaf VA, Noorduyn JCA, Willigenburg NW, et al. Effect of Early Surgery vs Physical Therapy on Knee Function Among Patients With Nonobstructive Meniscal Tears: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 320: 1328-37.
23. Rongen JJ, van Tienen TG, Buma P, et al. Meniscus surgery is still widely performed in the treatment of degenerative meniscus tears in The Netherlands. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2018; 26: 1123-9.
24. Projectsamenvatting Step-down knee MRI and ARthroscopy for orthopaedic patients ≥ 50 years (SMART). NFO Doen of Laten. Geraadpleegd via <https://www.doenoflaten.nl/projecten/project-3-verminderen-van-het-aantal-mris-en-arthroscopieen-bij-patienten-m/>.
25. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Richtlijn Artroscopie van de knie. 2019. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/artroscopie_van_de_knie/startpagina_-_artroscopie_van_de_knie.html.
26. Indicatorgids 'Voorste kruisband en artroscopie van de knie'. Verslagjaar 2019. Geraadpleegd via <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/voorste-kruisband-en-artroscopie-van-de-knie>.
27. Broersen S. Niet opereren bij subacromiale schouderpijn. *Medisch Contact* 2019; 10.
28. Vandvik PO, Lahdeoja T, Ardern C, et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 364: l294.
29. Burgers J, van den Bekerom M and Poolman R. Decompressiechirurgie bij subacromiaal pijnsyndroom. Doen of laten? Een klinische richtlijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D3945.
30. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Herziening module 'Operatieve behandeling subacromiaal pijnsyndroom' uit richtlijn 'SAPS'. 7 november 2018. Geraadpleegd via <https://www.orthopeden.org/nieuws/herziening-module-operatieve-behandeling-ubacromiaal-pijnsyndroom-uit-richtlijn-subacromiaal-pijnsyndroom-van-de-schouder>.
31. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren. 2019. Geraadpleegd via <https://www.igi.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/documenten/indicatorensets/2017/01/01/basisset-medisch-specialistische-zorg>.
32. Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets J, et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten. *Huisarts Wet* 2010; 53: 22-39.
33. Winters J, Van der Windt D, Spinnewijn W, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. Tweede herziening. *Huisarts Wet* 2008; 51: 555-65.
34. Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie. Richtlijn Primaire artrose van de duimbasis. 2015. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/primaire_artrose_van_de_duimbasis/primaire_artrose_duimbasis_-_korte_beschrijving.html.
35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis: care and management. 2014. Geraadpleegd via <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>.
36. Kloppenburg M, Kroon FPB, Blanco FJ, et al. Update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Annals of rheumatic diseases* 2019; 78(1): 16-24.
37. Hochberg MC, Altman RD, Toupin April K, et al. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64(4): 465-74.
38. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). The treatment of glenohumeral joint osteoarthritis. Guideline and evidence report. 2009. Geraadpleegd via https://www.aaos.org/uploaded-Files/PreProduction/Quality/Clinical_Quality_and_Value/Upper_Extremities/glenohumeral-joint-osteoarthritis-clinical-practice-guideline.pdf.
39. British Elbow and Shoulder Society (BESS) & British Orthopaedic Association (BOA). Guidelines for management of glenohumeral osteoarthritis. 2015. Geraadpleegd via <https://www.boa.ac.uk/uploads/assets/074e40a6-8a61-4acf-9e231a53ad7edfc4/care%20pathway%20draft.pdf>.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Zorg 1 | Team Bewegingsapparaat en Neurologie

Contact

Projectmanagementondersteuning Zinnige Zorg-project ICD-10 hoofdstuk 13
'Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel'

E-mail: czhou@zinl.nl

Volgnummer: 2019038439