

Zinnige Zorg Eczeem en Psoriasis bijeenkomst 2 december 2021

Doel bijeenkomst: Samen verbeterafspraken maken voor de verbetermogelijkheden 'Bevorder gepast gebruik van zorg in de behandeling' en 'Bevorder Samen beslissen'.

Aanwezig

Huid Nederland

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Nederlandse Vereniging voor Psychodermatologie (NVPD)

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)

Psoriasispatiënten Nederland (PN)

Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE)

Zorginstituut Nederland (ZIN)

Afwezig

Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN)

Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Tijdens de bijeenkomst hebben wij gezamenlijk conceptverbeterafspraken geformuleerd voor verschillende doelen die binnen de verbetermogelijkheden 'Bevorder gepast gebruik van zorg in de behandeling' en 'Bevorder Samen beslissen' passen. Het Zorginstituut had voorafgaand aan de bijeenkomst mogelijke conceptverbeterafspraken per verbeterdoel geformuleerd en tijdens de bijeenkomst is er gezamenlijk gediscussieerd om de conceptverbeterafspraken nog concreter en passender te maken. Het Zorginstituut heeft de terugkoppeling die tijdens de bijeenkomst van 2 december jongstleden gegeven is verder verwerkt. In de onderstaande tabel vindt u een overzicht van alle conceptverbeterafspraken omtrent de verbetermogelijkheden 'Bevorder gepast gebruik van zorg in de behandeling' en 'Bevorder Samen beslissen'. Hierna vindt u in dit document een verdere uitwerking van de bijeenkomst.

Overzicht conceptverbeterafspraken:

Verbetermogelijkheid: Bevorder gepast gebruik van zorg in de behandeling	
1	Partijen stellen in samenspraak aanbevelingen op over de indicaties voor de inzet van ontschilferingsmiddelen bij psoriasis en de keuze van het geneesmiddel. Deze aanbevelingen worden opgenomen in de eerstvolgende (modulaire) herziening van hun richtlijnen.
2	<i>Zie voor de afspraak over lichttherapie bij constitutioneel eczeem het verslag van de bijeenkomst van 31 januari. Dit verslag volgt op een later moment.</i>
3	Partijen verkennen wat de mogelijke redenen zijn van het niet starten met of het niet voorschrijven van een medicamenteuze behandeling bij patiënten met constitutioneel eczeem of psoriasis en maken afspraken over uit te voeren acties om de geïdentificeerde redenen aan te pakken.
4	Partijen verduidelijken in de relevante psoriasisrichtlijnen de adviezen (qua formulering en argumentatie) rondom de verschillende klassen dermatocorticosteroiden (al dan niet in combinatie met vitamine D-analoog).
5	Partijen maken een plan waarin zij vastleggen welke acties ¹ nodig zijn om niet-passend

¹ Mogelijke acties die al werden benoemd zijn het samen opstellen van een formulier en het bouwen van een blokkade in het voorschrijfsysteem.

	voorschrijven van combinatiepreparaten met klasse 1 dermatocorticosteroïden te verminderen, en voeren dit plan uit. Dit plan omvat in ieder geval de volgende actie: <ul style="list-style-type: none"> In de relevante richtlijnen wordt de inzet van combinatiepreparaten met (klasse 1) dermatocorticosteroïden bij eczeem en psoriasis verduidelijkt en op elkaar afgestemd. <i>[N.B. Deze actie sluit gedeeltelijk aan op afspraak 4 en kan indien gewenst in samenhang worden opgepakt]</i>
Verbetermogelijkheid: Bevorder Samen beslissen	
6	De partijen maken een plan om de bewustwording over het nut en de noodzaak van Samen beslissen te vergroten en de toepassing van Samen beslissen te stimuleren, en voeren dit plan uit. De acties in dit plan zijn in ieder geval gericht op: <ul style="list-style-type: none"> hoe aandacht geven aan en bewustwording creëren bij zowel de patiënt als zorgverlener over het nut en de noodzaak van Samen beslissen; het vormgeven van Samen beslissen tijdens consulten voor zowel patiënten met eczeem of psoriasis als zorgverleners; hoe keuzemateriaal en welk keuzemateriaal hierbij gebruikt kan worden om samen tot de best passende behandeloptie voor de individuele patiënt te komen.
7	Partijen ontwikkelen keuzemateriaal (door) voor patiënten met constitutioneel eczeem (kinderen en volwassenen) of psoriasis en maken afspraken over de implementatie hiervan in de spreekkamer. Als eerste stap zal een inventarisatie worden gemaakt van het al beschikbare keuzemateriaal en worden beoordeeld of deze doorontwikkeld moet worden. Daarnaast wordt er bepaald of er materiaal voor belangrijke Samen beslismomenten mist. Het te (door)ontwikkelen keuzemateriaal: <ul style="list-style-type: none"> is goed (online) vindbaar, eenduidig en begrijpelijk, ongeacht de mate van taal- en gezondheidsvaardigheden; sluit aan bij de behoeften van patiënten; sluit aan bij de behandelopties zoals opgenomen in de nationale richtlijnen over eczeem en psoriasis; voldoet aan vooraf met elkaar afgesproken kwaliteitscriteria².
8	Partijen gaan met behulp van het programma Uitkomstgerichte Zorg voor psoriasis de belangrijkste Samen beslismomenten in de tweede en derde lijn in kaart brengen.
Conceptverbeterafspraken over door partijen aangedragen onderwerpen	
9	Partijen gaan met elkaar in gesprek over hoe zij gezamenlijk psychosociale zorg ³ voor mensen met huidklachten in de praktijk verder vorm kunnen geven en houden hierbij rekening met bekostiging en beschikbare capaciteit. <p><i>N.B. In de implementatiefase kan door partijen bepaald worden hoe groot of hoe klein deze afspraak vervolg krijgt in acties. Een punt dat al werd genoemd om aan te pakken is het goed inzichtelijk maken van de verschillende lopende initiatieven en die ook op andere plaatsen te implementeren en waar mogelijk te integreren.</i></p>
10	Partijen maken een plan dat ertoe leidt dat een patiënt met constitutioneel eczeem of psoriasis voorlichting en begeleiding ontvangt met betrekking tot leefstijl en inpassing in het algemeen dagelijks leven van niet-medicamenteuze adviezen, en voeren dit plan uit.

² Bijvoorbeeld de kwaliteitscriteria van IPDAS (*International Patient Decision Aids Standards*).

³ Onder psychosociale zorg valt het voorlichten over, het herkennen van, het doorverwijzen voor psychosociale problematiek en het ondersteunen en behandelen van de psychosociale problematiek.

1 Afspraken bij verbetermogelijkheid 'Bevorder gepast gebruik van zorg in de behandeling'

Bij deze verbetermogelijkheid zijn vier verbeterdoelen geformuleerd:

1. Verduidelijk de inzet van ontschilferingsmiddelen bij psoriasis voor zorgverleners
2. Verkrijg meer duidelijkheid over de effectiviteit van lichttherapie bij constitutioneel eczeem
3. Zet behandelingen vaker volgens het stepped care-principe in bij constitutioneel eczeem en psoriasis
4. Schrijf alleen in richtlijnen aanbevolen combinatiepreparaten met dermatocorticosteroiden voor

Per doel zijn in onderstaande tabellen de bijbehorende conceptverbeterafspraken weergegeven. Daaronder zijn per afspraak de zorgen die zijn uitgesproken tijdens de bijeenkomst en overige opmerkingen geplaatst.

1.1 Doel 1: Verduidelijk de inzet van ontschilferingsmiddelen bij psoriasis

Afspraak 1: Partijen stellen in samenspraak aanbevelingen op over de indicaties voor de inzet van ontschilferingsmiddelen bij psoriasis en de keuze van het geneesmiddel. Deze aanbevelingen worden opgenomen in de eerstvolgende (modulaire) herziening van hun richtlijnen.

N.B. De afspraak is eerder schriftelijk gedeeld met het NHG, de NVDV en PN. De gepresenteerde formulering was een (kleine) tekstuele aanpassing op het voorstel van het NHG. Na de bijeenkomst is de afspraak door het Zorginstituut verduidelijkt. Het verschaffen van helderheid is vervangen door het opstellen van aanbevelingen.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

Vanuit de NVDV wordt opgemerkt dat een dikke schilferlaag een barrière vormt voor andere lokale middelen en dat in dat geval het gebruik van een ontschilfermiddel noodzakelijk is. De locatie en specifieke diagnose/ soort psoriasis zijn belangrijk voor de keuze van het medicament. Dit zou je na een systematische review kunnen vertalen in een schema, dat vervolgens opgenomen kan worden in de richtlijnen.

Het NHG vult aan dat voor de huisartsen integratie in het bestaande stappenplan een verbetering in de toepassing zou kunnen geven.

De overige aanwezigen antwoorden bevestigend op de vraag van de voorzitter dat verduidelijking van de richtlijn toegevoegde waarde heeft voor de patiënt.

1.2 Doel 2: Verkrijg meer duidelijkheid over de effectiviteit van lichttherapie bij constitutioneel eczeem

Afspraak 2: Zie voor de afspraak het verslag van de bijeenkomst over lichttherapie die op 31 januari heeft plaatsgevonden. Dit verslag volgt op een later moment.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

De voorzitter meldt dat dit onderzoek deel is van een zorgevaluatie binnen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Dit onderzoek wordt uitgevoerd omdat er onduidelijkheid is over de toegevoegde waarde van lichttherapie bij constitutioneel eczeem.

De NVDV geeft aan dat de subsidie voor het onderzoek nog niet rond is. Daarnaast wordt de richtlijn aangepast op het geheel van de evidentie, niet alleen deze ene studie.

Vanuit het Zorginstituut wordt het belang van deze studie benadrukt, omdat er op dit moment onduidelijkheid is over de toegevoegde waarde van lichttherapie bij constitutioneel eczeem en daarmee of deze zorg aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' voldoet. Om deze reden wordt het onderzoek hiernaar binnen ZE&GG gestart en de verwachting is daarom dat het onderzoek doorslaggevend bewijs zal geven.

De voorzitter concludeert dat deze afspraak in januari verder besproken zal worden met de NVDV, ZN en de VMCE.

1.3 Doel 3: Volg de stepped care-aanpak uit de richtlijnen beter bij lokale behandeling van constitutioneel eczeem of psoriasis

Doel 3 kent drie argumentatielijnen (redenen), namelijk:

1. Mogelijke onderbehandeling door niet starten met medicamenteuze behandeling bij constitutioneel eczeem en psoriasis
2. Mogelijk suboptimale behandeling met dermatocorticosteroïden bij psoriasis voorafgaand aan lichttherapie en conventionele systemische immunosuppressiva
3. Mogelijke onderbehandeling van psoriasis door met een te lage klasse dermatocorticosteroïd te starten

1.3.2 Reden 1: Suboptimale inzet van dermatocorticosteroïden door niet of met een te lage klasse te starten

Afspraak 3: Partijen verkennen wat de mogelijke redenen zijn van het niet starten met of het niet voorschrijven van een medicamenteuze behandeling bij patiënten met constitutioneel eczeem of psoriasis en maken afspraken over uit te voeren acties om de geïdentificeerde redenen aan te pakken.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

De NVDV vindt het percentage patiënten dat niet start met een medicamenteuze behandeling in de eerste lijn zorgelijk veel. Zeker voor de patiënten die niet in de tweede lijn terechtgekomen. Eigenlijk kan je hier ook de patiënten bij optellen die alleen een klasse 1 dermatocorticosteroïd gebruiken. Klasse 1 is vaak niet effectief en is daarom weinig zinvol.

Het NHG is van mening dat er een grote groep is die alleen geholpen is met vette zalf en vraagt zich af of huisartsen daadwerkelijk nalatig zijn geweest. Mogelijk ligt het niet aan de huisarts, maar aan de patiënt. De patiënt kan bijvoorbeeld meteen naar de dermatoloog willen. De percentages zonder medicamenteuze behandeling worden wel als hoog gezien.

Het niet krijgen van een medicamenteuze behandeling (of lichttherapie) in de tweede en derde lijn wordt niet herkend door de aanwezigen. Mogelijk is er sprake van corticofobie, wat aan bod is gekomen bij de verbetermogelijkheid 'Geef betere voorlichting en begeleiding aan patiënten over de behandeling'. De NVPD onderstreept de corticofobie, maar denkt niet dat dit de relatief hoge percentages volledig verklaren.

De aanwezigen willen voordat een afspraak specifiek kan worden gemaakt aanvullende informatie over:

- Percentages voor klasse 1
- Kind versus volwassenen bij constitutioneel eczeem
- Beschrijving van patiëntenpopulatie

Deze informatie is na de bijeenkomst door het Zorginstituut uitgezocht en opgenomen in de bijlage. Hieruit blijkt dat:

- er een relatief grote groep bij zowel constitutioneel eczeem (13,7%-25,2%) als psoriasis (13,0-19,5%) is die geen behandeling of alleen een indifferente behandeling krijgt voorgeschreven. Hierbij wordt gezien dat:

- bij constitutioneel het percentage hoger is voor niet-verwezen patiënten dan voor verwezen patiënten en ook hoger voor kinderen dan volwassenen.
- bij psoriasis het percentage hoger is voor verwezen (19,5%) dan niet-verwezen (13,0%) patiënten. Het hogere percentage bij verwezen patiënten kan mogelijk deels worden verklaard doordat voor sommige indicaties directe verwijzing naar de dermatoloog aanbevolen is.
- een klasse 1 dermatocorticosteroid bij psoriasis nauwelijks als maximale behandeling wordt voorgeschreven (1,7%-2,2%). Bij constitutioneel eczeem komt dit wel relatief vaak voor (13,0%-35,7%) en vaker bij niet-verwezen dan verwezen patiënten, en ook vaker bij kinderen dan volwassenen. Dit is overigens overeenkomstig met de NHG-Standaard Eczeem waar bij kinderen met mild of matig eczeem met een klasse 1 begonnen dient te worden.
- bij constitutioneel eczeem 13% van de patiënten (14% bij kinderen; 13% bij volwassenen) die behandeld worden door een dermatoloog (in de tweede of derde lijn en met meerdere dbc's) geen behandeling of alleen een behandeling met indifferente middelen krijgt. Als er een dermatocorticosteroid wordt voorgeschreven dan is dat veelal een hoger dan een klasse 1. Geen (0%) van de volwassenen en 3% van de kinderen krijgt maximaal een klasse 1 dermatocorticosteroid voorgeschreven.
- bij psoriasis 7% van de patiënten die behandeld worden door een dermatoloog (in de tweede of derde lijn en met meerdere dbc's) geen behandeling of alleen een behandeling met indifferente middelen krijgt. Als er een dermatocorticosteroid wordt voorgeschreven dan is dat altijd hoger dan een klasse 1.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen na schriftelijke consultatie van dit document:

De NVH geeft aan dat in de formulering van de afspraak het niet duidelijk is of het voor zowel eczeem als psoriasis geldt en of het de patiënt of de zorgverlener is die maakt dat er niet wordt gestart met een medicamenteuze behandeling. Dit is nu in de afspraak verduidelijkt.

1.3.3 Reden 2: Suboptimale inzet van dermatocorticosteroiden bij psoriasis door niet op te hogen naar hoogste klasse

Afspraak 4: Partijen verduidelijken in de relevante psoriasisrichtlijnen de adviezen (qua formulering en argumentatie) rondom de verschillende klassen dermatocorticosteroiden (al dan niet in combinatie met vitamine D-analoog).

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

De NVDV benoemt dat het onder andere afhangt van de ernst van de psoriasis en de locatie welke klasse dermatocorticosteroid aanbevolen wordt. Op sommige locaties is een bepaalde klasse gewenst, bijvoorbeeld de behaarde hoofdhuid. Soms wordt een dermatocorticosteroid overgeslagen omdat het niet lukt om het zelf te smeren, bijvoorbeeld op de rug. Ook het type psoriasis speelt een rol. Zo zijn dermatocorticosteroiden bij psoriasis guttata niet effectief. De gevonden percentages worden door de NVDV niet als veel of weinig gezien, maar lijken te verklaren.

PN vindt dat je uitzonderingen prima in de richtlijn kan formuleren en vindt het vreemd dat de eerste en tweede lijn niet exact hetzelfde aanbevelen. Dit zou erin kunnen resulteren dat een patiënt een andere behandeling bij de dermatoloog zou krijgen dan bij de huisarts. De aanwezigen zijn het erover eens dat dit onwenselijk is. Aanpassing van de richtlijn gaat volgens de NVDV wel veel tijd en capaciteit kosten, omdat die modules lang niet geüpdatet zijn. Hierbij is het belangrijk dat dezelfde mensen aan tafel zitten bij het updaten van zowel de eerste- als tweedelijnsrichtlijnen.

1.3.4 Reden 3: Mogelijke onderbehandeling van psoriasis door met een te lage klasse dermatocorticosteroid te starten

De afspraak voor reden 3 is samengevoegd met afspraak 4.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

Het NHG benoemt dat huisartsen mogelijk voorzichtig beginnen qua klasse dermatocorticosteroid, omdat de ernst van de psoriasis meevalt. PN zegt dat het hoge percentage niet alleen te verklaren valt door patiënten die psoriasis alléén in het gelaat of lichaamsplooiën hebben. Psoriasis begint vaak op de ellebogen en knieën. De NVDV benoemt dat het wel vaak in lichaamsplooiën en in het genitale gebied voorkomt, maar dat de patiënt dat vaak niet meldt en dus niet in de data meegenomen kan zijn. De NVDV en het NHG vinden het gevonden percentage van patiënten die met een klasse 1 of 2 dermatocorticosteroid starten hoog en kunnen het niet volledig verklaren.

De NHG-Standaard Psoriasis is duidelijk over hoe de behandeling plaats moet vinden, maar niet alle huisartsen voeren dit zo uit. Terwijl de richtlijn over dit punt al meer dan 10 jaar oud is. Het lijkt daarom meer een implementatiekwestie te zijn. Het NHG zegt dat zij daar geen afspraken over kunnen maken, omdat zij geen invloed op de individuele huisarts heeft. Het Zorginstituut benoemt dat implementatie ook bevorderd kan worden door bijvoorbeeld nieuwsbrieven of een artikel in vakbladen. Het NHG twijfelt of de mate van implementatie verbeterd kan worden en of het ernstig is als psoriasispatiënten met een lagere klasse beginnen. Ook gezien dat de onderbouwing vooral op expert opinion is gebaseerd. De NVDV geeft aan dat patiënten vooral vanwege biologische redenen met een bepaalde klasse moeten starten en dat het belangrijk is dat patiënten niet onderbehandeld bij de dermatoloog komen. De reden voor het starten met een bepaalde klasse dermatocorticosteroid kan volgens de aanwezigheid van het NHG mogelijk opgenomen worden in een volgende richtlijnherziening.

1.4 Doel 4: Schrijf alleen de in richtlijnen aanbevolen combinatiepreparaten met dermatocorticosteroiden voor bij patiënten met eczeem of psoriasis

Afspraak 5: Partijen maken een plan waarin zij vastleggen welke acties⁴ nodig zijn om niet-passend voorschrijven van combinatiepreparaten met klasse 1 dermatocorticosteroiden te verminderen, en voeren dit plan uit.

Dit plan omvat in ieder geval de volgende actie:

- In de relevante richtlijnen wordt de inzet van combinatiepreparaten met (klasse 1) dermatocorticosteroiden bij eczeem en psoriasis verduidelijkt en op elkaar af gestemd.
[N.B. Deze actie sluit gedeeltelijk aan op afspraak 4 en kan indien gewenst in samenhang worden opgepakt]

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

De KNMP geeft aan dat de apotheek vrij regelmatig voorschriften omzet naar een wel vergoed preparaat. Voor de meeste patiënten waarbij een niet-vergoed klasse 1 dermatocorticosteroid combinatiepreparaat wordt voorgeschreven zal waarschijnlijk een omzetting in de apotheek plaatsvinden. De afgevaardigden van de KNMP geven aan dat zij zelf werkafspraken met de huisartsen hebben over omzetting van combinatiepreparaten.

De NVDV geeft aan dat:

- klasse 1 dermatocorticosteroiden nog te vaak wordt ingezet en dat is bij zowel eczeem als psoriasis eigenlijk niet wenselijk, ongeacht of dit een combinatiepreparaat betreft.
- in de richtlijnen meer informatie opgenomen moet worden over klasse 2 of 3 bij eczeem en 3 of 4 bij psoriasis.
- bewijs voor aanbevelingen op dit gebied mager zal zijn. Dit vraagt om nieuw onderzoek uitzetten of aanbevelingen doen op basis van expert opinion.
- uniformeren van het beleid wel mogelijk is en daar kunnen apothekers bij helpen. De

⁴ Mogelijke acties die al werden benoemd zijn het samen opstellen van een formulier en het bouwen van een blokkade in het voorschrijfsysteem.

NVH geeft na schriftelijke consultatie van dit document aan dat zij ook kunnen bijdragen aan het uniformeren van het beleid.

- je ook de voorschrijfoptie om deze niet vergoede combinatiepreparaten met klasse 1 dermatocorticosteroid softwarematig zou kunnen blokkeren.

Het NHG geeft aan dat in de discussie het nu breder wordt getrokken dan combinatiepreparaten met klasse 1 dermatocorticosteroiden waar het onderzoek met betrekking tot dit doel op is gericht.

PN geeft aan dat je ook beide kan doen. Zowel de richtlijnen verduidelijken en uniformeren met betrekking tot dermatocorticosteroiden en daarnaast ook direct in de praktijk actie ondernemen om deze voorschriften te verminderen.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen na schriftelijke consultatie van dit document:

De NVDV heeft aangegeven dat het voor hen niet duidelijk is welke combinatiepreparaten met klasse 1 dermatocorticosteroiden bedoelt worden. Het Zorginstituut geeft aan dat dit voorschriften binnen de ATC-code-groep klasse 1 dermatocorticosteroid met een overig middel (ATC-code D07XA01, zoals hydrocortison met lidocaïne of levomenthol) betreft. Bij eczeem betreft dit ongeveer 80 procent van de combinatiepreparaatvoorschriften en bij psoriasis is dat 48 procent. Onder deze ATC-code bevinden zich met name combinatiepreparaten die door apotheken zelf bereid worden (magistrale bereiding). Vrijwel alle preparaten onder deze ATC-code komen niet in aanmerking voor vergoeding vanuit het basispakket⁵.

⁵ Het combinatiepreparaat Daktacort waarin het antischimmelmedicijn miconazol gecombineerd wordt met het Klasse 1 dermatocorticosteroid hydrocortison heeft ATC-code D01AC20 en valt daarmee niet binnen deze ATC-codegroep.

2 Afspraken bij verbetermogelijkheid 'Bevorder Samen beslissen'

Bij de verbetermogelijkheid 'Bevorder Samen beslissen' is één doel geformuleerd, namelijk: Betrek patiënten meer bij hun eigen behandeling.

2.1 Doel: Zorg dat patiënten beter ondersteund worden om samen te kunnen beslissen over hun eigen behandeling

Afspraak 6: De partijen maken een plan om de bewustwording over het nut en de noodzaak van Samen beslissen te vergroten en de toepassing van Samen beslissen te stimuleren, en voeren dit plan uit. De acties in dit plan zijn in ieder geval gericht op:

- hoe aandacht geven aan en bewustwording creëren bij zowel de patiënt als zorgverlener over het nut en de noodzaak van Samen beslissen;
- het vormgeven van Samen beslissen tijdens consulten voor zowel patiënten met eczeem of psoriasis als zorgverleners;
- hoe keuzemateriaal en welk keuzemateriaal hierbij gebruikt kan worden om samen tot de best passende behandeloptie voor de individuele patiënt te komen.

Afspraak 7: Partijen ontwikkelen keuzemateriaal (door) voor patiënten met constitutioneel eczeem (kinderen en volwassenen) of psoriasis en maken afspraken over de implementatie hiervan in de spreekkamer. Als eerste stap zal een inventarisatie worden gemaakt van het al beschikbare keuzemateriaal en worden beoordeeld of deze doorontwikkeld moet worden. Daarnaast wordt er bepaald of er materiaal voor belangrijke Samen beslismomenten mist. Het te (door)ontwikkelen keuzemateriaal:

- is goed (online) vindbaar, eenduidig en begrijpelijk, ongeacht de mate van taal- en gezondheidsvaardigheden;
- sluit aan bij de behoeften van patiënten;
- sluit aan bij de behandelopties zoals opgenomen in de nationale richtlijnen over eczeem en psoriasis;
- voldoet aan vooraf met elkaar afgesproken kwaliteitscriteria⁶.

Afspraak 8: Partijen gaan met behulp van het programma Uitkomstgerichte Zorg voor psoriasis de belangrijkste Samen beslismomenten in de tweede en derde lijn in kaart brengen.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

Het NHG geeft aan dat duidelijk moet worden gemaakt om welke keuzesituaties het gaat.

Huid Nederland geeft aan dat zij Samen beslissen breed zien en als een continu proces van communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Vragen die gesteld dienen te worden zijn onder andere: Hoe ziet het behandeltraject eruit? Welke opties zijn er? Welke afwegingen moeten worden gemaakt? Wat zijn de effecten voor de patiënt op alle aspecten van kwaliteit van leven (niet alleen fysiek)? Schriftelijke informatie kan ondersteunend zijn, maar is niet alles.

De NVDV geeft aan dat:

- beschikbare keuzehulpen niet volledig zijn en dat hiermee patiënten dus niet volledig worden geïnformeerd;
- bij het opstellen van een keuzehulp er verscheidene belemmeringen zijn:
 - Voor de ene keuzehulp moeten bepaalde partijen betrokken worden en bij andere spelen commerciële partijen een rol.
 - Niet alle elektronische patiëntendossiers ondersteunen dat zo'n keuzesysteem ingebouwd kan worden en dat een patiënt voorafgaand aan een consult hier

⁶ Bijvoorbeeld de kwaliteitscriteria van IPDAS (*International Patient Decision Aids Standards*).

input aan kan leveren.

- ze wel op de goede weg zijn om erover na te denken en eraan te gaan werken. Als er een A4-tje met begrijpelijk taalgebruik beschikbaar komt, zou dat heel fijn zijn.
- niet iedereen binnen de NVDV ervan overtuigd is dat we nog niet aan Samen beslissen doen en nog niet overtuigd zijn van het nut van Samen beslissen. De ontwikkeling van tools wordt niet door iedereen als zinvol gezien en daarmee ook niet om tijd in de ontwikkeling en implementatie ervan te steken. Binnen de NVDV is het dus nog lastig om beweging te vinden voor verdere acties in het kader van Samen beslissen. Bewustwording is eigenlijk nog een stap die voor de voorgestelde afspraken moet komen.

PN geeft aan dat:

- er veel meer hulpmiddelen nodig zijn om het Samen beslissen te ondersteunen;
- naast de hulpmiddelen om het Samen beslissen te doen, zijn ook hulpmiddelen nodig om het te gáán doen. Uit een project waar PN en de NVPD bij betrokken zijn, blijkt dat de belangrijkste reden om een consultkaart niet te gebruiken is dat mensen niet wisten dat die bestond. De belangrijkste reden om hem wel te gebruiken was dat de keuzehulp op een kladblok in de spreekkamer lag. Beide redenen die gemakkelijk aan te pakken zijn;
- zij nog dagelijks op social media signalen krijgen dat de besluitvorming in de spreekkamer niet goed genoeg geweest is en er dus geen of onvoldoende Samen beslissen heeft plaatsgevonden. Hier spelen zowel patiënt als de arts een rol om dit te verbeteren.

De NVPD geeft aan dat:

- de belemmeringen met betrekking tot ontwikkeling van keuzemateriaal die de NVDV aangeeft te herkennen, maar dat daarnaast ook nog speelt dat ze snel verouderd raken;
- ook implementatie van keuzemateriaal een groot struikelblok is. Dus bij het (door)ontwikkelen moeten we ook meteen kijken naar hoe we het gaan implementeren. Dit zou in de verbeterafspraken terug moeten komen;
- Samen beslissen goed op de radar staat en dat je voor Samen beslissen niet altijd een keuzehulp nodig hebt. Het kan ook prima mondeling. Je hebt wel meer educatie bij de patiëntenvereniging als ook in de opleiding van dokters nodig over dat Samen beslissen in de spreekkamer thuisheert, of dat nou met een keuzehulp, consultkaart of gewoon face-to-face is.

Het Zorginstituut informeert de aanwezigen over:

- de subsidieregeling Samen beslissen met kinderen. In januari gaan de aanvragen voor subsidie open. Het Zorginstituut zorgt dat per e-mail aanvullende informatie hierover wordt rondgestuurd.
- dat in het kader van het programma Uitkomstgericht Zorg aan een implementeerbare uitkomstenset voor psoriasis gewerkt gaat worden. Dit start in 2022. PN geeft aan hieraan ook mee te gaan werken en dat we hier ook een verbeterafpraak op aan kunnen laten sluiten.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen na schriftelijke consultatie van dit document:

De NVH vraagt zich bij afspraak 6 af wie deze consulten gaan doen. Het keuzemateriaal moet daarnaast afgestemd worden op welk moment in het zorgtraject de patiënt zit. Het Zorginstituut heeft bij het laatste onderdeel van de opsomming van afspraak 6 op basis van deze inbreng 'welk keuzemateriaal' toegevoegd. Daarnaast ziet het Zorginstituut vooral dat deze afspraak gericht is op de vormgeving van Samen beslissen gedurende het gehele zorgtraject. Samen beslissen is een rol voor alle zorgverleners in het zorgtraject. Daarom gaat deze afspraak niet in op wie deze consulten moeten gaan doen.

De NVH ziet graag opgenomen worden in de (online) informatie (afspraak 7) dat huidtherapeuten direct toegankelijk en laagdrempelig zijn.

De NVH geeft aan dat zij zich kunnen vinden in wat Huid Nederland heeft aangedragen tijdens de bijeenkomst. Er moet voldoende ruimte zijn om in de eerste lijn het gesprek met de patiënt aan te gaan. Deze ruimte is er onvoldoende. Voor de NVH is het belangrijk dat er afspraken gemaakt gaan worden over de rol die de huidtherapeut in het proces van Samen beslissen kan hebben.

Bij afspraak 7 geeft de NVDV aan dat er in de afspraak moet worden opgenomen dat er duidelijk moet worden gemaakt welk materiaal er al is en of het beschikbare materiaal moet worden geüpdatet of uitgebreid. In de afspraak is dit nu toegevoegd. Daarnaast gaf de NVDV aan dat het keuzemateriaal ook aan kwaliteitscriteria moet voldoen, bijvoorbeeld de IPDAS (International Patient Decision Aids Standards)-kwaliteitscriteria.

3 Afspraken over door partijen aangedragen onderwerpen

Er zijn twee onderwerpen waarvan wij in eerdere bijeenkomsten merkten dat betrokken partijen hier mogelijk afspraken over zouden willen maken, namelijk:

1. Psychosociale zorg
2. Voorlichting en begeleiding anders dan leren smeren

Over het eerste onderwerp hebben we het gezamenlijk tijdens de bijeenkomst van 2 december gehad. Over het tweede onderwerp niet. Daarbij hebben wij een voorstel opgenomen voor een afspraak.

3.1 Psychosociale zorg bij mensen met eczeem of psoriasis

Afspraak 9: Partijen gaan met elkaar in gesprek over hoe zij gezamenlijk psychosociale zorg⁷ voor mensen met huidklachten in de praktijk verder vorm kunnen geven en houden hierbij rekening met bekostiging en beschikbare capaciteit.

N.B. In de implementatiefase kan door partijen bepaald worden hoe groot of hoe klein deze afspraak vervolg krijgt in acties. Een punt dat al werd genoemd om aan te pakken is het goed inzichtelijk maken van de verschillende lopende initiatieven en die ook op andere plaatsen te implementeren en waar mogelijk te integreren.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen tijdens de bijeenkomst:

De NVH ziet graag verhelderd of screenen/alert zijn op psychosociale problematiek onder deze afspraak valt.

Huid Nederland geeft aan dat tijdens bijeenkomsten met betrekking tot de kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij chronische aandoeningen duidelijk is geworden dat er geen onwil was om het te gaan uitvoeren, maar dat naast onduidelijkheid over wie wat kon gaan uitvoeren ook de bekostiging niet eenduidig geregeld is. Er zijn onduidelijkheden en verschillen in honorering/vergoeding. Dat punt is met de voorgelegde afspraak nog niet opgelost.

De NVDV geeft aan dat:

- psychosociale problematiek een groot probleem is en veel aandacht verdient. Zonder psychosociale zorg is veel andere zorg weggegooid geld;
- in het Amsterdam UMC een eHealth tool 'Beter gestemd met de huid' ontwikkeld is met betrekking tot psychosociale ondersteuning. In het land zijn meer tools en initiatieven en het is zonde als die niet worden gebruikt;
- continuïteit van de psychosociale zorg erg belangrijk is.

De NVPD vindt het een mooie afspraak, maar gezien wat er met de kwaliteitsstandaard is gebeurd is het lastig of er binnen Zinnige Zorg een concrete stap gemaakt kan worden. De uitdaging zit in het kunnen aanbieden van goede continue psychosociale zorg. Daar kan je heel veel tramalant mee voorkomen. En ook het signaleren van de problematiek, want als het niet wordt gesignaleerd kan je het ook niet behandelen. Het is een grote klus. Dat wil niet zeggen dat het niet onder de aandacht moet. De NVPD vraagt wat het Zorginstituut zou kunnen betekenen voor de betrokken partijen. Als we bij elkaar zouden kunnen komen en 1 actiepoint kunnen effectueren, zou dat al heel mooi zijn.

Het Zorginstituut geeft aan dat zij partijen bij elkaar kunnen brengen en bijeenkomsten kan organiseren op verzoek van de regiehouder van de afspraak. Het Zorginstituut vraagt of er ook voorbeelden in het land zijn van projecten waar ze dit al doen en waar ook de bekostiging is geregeld, een voorbeeld van een 'good practice'. Dan zou je al een stap kunnen zetten door

⁷ Onder psychosociale zorg valt het voorlichten over, het herkennen van, het doorverwijzen voor psychosociale problematiek en het ondersteunen en behandelen van de psychosociale problematiek.

het voorbeeld in het licht te zetten, zodat anderen dit kunnen volgen.

De NVPD geeft aan dat er genoeg voorbeelden zijn met verschillende manieren van bekostiging en hulpverlening en screening. Het lijkt de NVPD een goed idee om de initiatieven meer aan elkaar te linken of te bundelen.

Zorgen en opmerkingen van betrokken partijen na schriftelijke consultatie van dit document:

De NVH geeft aan dat zij tevens benieuwd zijn of het op tijd bieden van begeleiding en educatie psychosociale problemen kan voorkomen. Op dit moment vindt deze begeleiding en educatie in de eerste lijn vrijwel niet plaats waardoor patiënten onnodig met klachten blijven lopen. Dit zou tot (verergering van) psychosociale klachten kunnen leiden. Volgens de NVH zou er ook een preventief karakter moeten zitten in deze verbeterafspraken. Op tijd standaard voorlichting, educatie en begeleiding (rol voor huidtherapeut) zou kunnen bijdragen aan het versterken van de patiënt.

Het Zorginstituut is het eens met de NVH dat het voorkomen van (verergering van) psychosociale klachten belangrijk is. Naar de mening van het Zorginstituut zit dat al in de verbeterafspraken verwerkt. Onder psychosociale zorg valt ook het voorlichten over en het herkennen van psychosociale problematiek. Als dat goed vormgegeven is zal dit tijdig plaatsvinden, wat mogelijk (verergering van) psychosociale klachten voorkomt.

3.2 Voorlichting en begeleiding anders dan leren smeren

<p>Afspraak 10: Partijen maken een plan dat ertoe leidt dat een patiënt met constitutioneel eczeem of psoriasis voorlichting en begeleiding ontvangt met betrekking tot leefstijl en inpassing in het algemeen dagelijks leven van niet-medicamenteuze adviezen, en voeren dit plan uit.</p>

Dit onderwerp is niet besproken tijdens de bijeenkomst. De aanleiding voor deze aanvullende afspraak (afspraak 10) is een door de NVDV schriftelijk voorgestelde verbreding van de eerdere afspraak over het geven van voldoende voorlichting en begeleiding bij leren smeren, gemaakt tijdens de bijeenkomst van 20 september 2021.

Bijlage: Aanvullende informatie voor doel 3 - reden 1

In deze bijlage is de tijdens de bijeenkomst van 2 december gevraagde aanvullende informatie opgenomen, namelijk:

- Percentages voor klasse 1 (in tabel 1)
- Kind versus volwassenen bij constitutioneel eczeem (in tabel 1)
- Beschrijving van patiëntenpopulatie (los beschreven onder de tabel)

Tabel 1. Percentage patiënten met maximaal geen behandeling of alleen indifferente behandeling, of alleen een klasse 1 dermatocorticosteroid

Aandoening	Percentage patiënten met*:	Eerste lijn (o.b.v. voorschriften)		Tweede en derde lijn met meerdere dbc's (o.b.v. declaraties)
		Niet verwezen	Verwezen	
Constitutioneel eczeem (kind)	Alleen geen of indifferente behandeling	25,2%	14,3%	14%
	Alleen klasse 1 dermatocorticosteroid (al dan niet met een indifferent middel)	35,7%	25,9%	3%
Constitutioneel eczeem (volwassenen)	Alleen geen of indifferente behandeling	15,4%	13,7%	13%
	Alleen klasse 1 dermatocorticosteroid (al dan niet met een indifferent middel)	21,2%	13,0%	0%
Psoriasis	Alleen geen of indifferente behandeling	13,0%	19,5%	7%
	Alleen klasse 1 dermatocorticosteroid (al dan niet met een indifferent middel)	2,2%	1,7%	0%

*De percentages bij alleen geen of indifferente behandeling en alleen behandeling met klasse 1 dermatocorticosteroid zijn uniek en kunnen binnen een kolom en aandoeningsgroep opgeteld worden.

Patiëntenpopulaties

Eerste lijn betreft een gemiddelde over de jaren 2016-2019 van een populatie patiënten met een (telefonisch) consult of visite voor de desbetreffende aandoening in het jaar dat zij meegenomen zijn in de analyse.

Tweede en derde lijn betreft een gemiddelde over de jaren 2016-2018 onder patiënten met 2 of meer dbc's. De declaraties ten tijde van de eerste dbc zijn niet meegenomen. Er is gekeken naar patiënten met een dbc geopend in de onderzoeksperiode 2016-2018. Om de diagnosegroep constitutioneel eczeem zo zuiver mogelijk te houden zijn patiënten met dbc's voor meerdere typen eczeem hier niet meegenomen. Voor het vaststellen van de diagnosegroep is naar een bredere tijdsperiode gekeken, namelijk 2012-2019. Daarnaast zijn patiënten met een aantal specifieke comorbiditeiten uitgesloten.