



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

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

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. K. Boerman
T +31 (0)6 524 716 56

2019036532

Datum 10 september 2019
Betreft Aanbieding Screeningsrapport Ziekten van huid en onderhuid

Onze referentie
2019036532

Geachte heer Bruins,

Hierbij ontvangt u het rapport *Zinnige Zorg - Systematische analyse Ziekten van huid en onderhuid*. In dit rapport beschrijven we de uitkomsten van de eerste fase (screening) van de systematische doorlichting van het zorggebied 'huid en onderhuid'. 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 van de ziekten van huid en onderhuid. 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, zijn twee zorgtrajecten gekozen voor verder onderzoek in de verdiepingfase. Dit zijn 'eczeem' en 'psoriasis'.

In de screening komen aanwijzingen naar voren dat de zorg bij eczeem nog beter kan op het vlak van het tijdig herkennen van eczeem, het inzetten van minder allergietesten en de behandeling van eczeem. Bij de behandeling gaat het om therapieontrouw en de inzet van lichttherapie en van systemische behandeling. In de zorg bij psoriasis zijn wellicht verbeteringen mogelijk in de snelheid van het stellen van de diagnose, de aandacht voor comorbiditeit en er zijn aanwijzingen dat de toegang tot het ziekenhuis beter kan. Bij zowel eczeem als psoriasis kan ook de ondersteuning tijdens de behandeling mogelijk worden verbeterd.

De onderbouwing van de keuze voor eczeem en psoriasis 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 10 september 2019 vastgesteld.

In de verdiepingsfase van het project gaan we de gekozen zorgtrajecten 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 de zorgtrajecten 'eczeem' en 'psoriasis'.

Met vriendelijke groet,



Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
10 september 2019

Onze referentie
2019036532



Zorginstituut Nederland

Screeningsfase

Systematische analyse Ziekten van huid en onderhuid

Zinnige Zorg | ICD-10: XII L00-L99

10 SEPTEMBER 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: eczeem	7
1.1 Aandoening van grote omvang en met hoge ziektelast	7
1.2 Verscheidene vermoedens over meer zinnige zorg	8
1.3 Actuele richtlijnen zijn beschikbaar	10
1.4 Veel praktijkdata beschikbaar	11
2 Gekozen zorgtraject: psoriasis	12
2.1 Aandoening van grote omvang met hoge kosten en hoge ziektelast	12
2.2 Verscheidene vermoedens over meer zinnige zorg	12
2.3 Actuele richtlijnen zijn beschikbaar	14
2.4 Veel praktijkdata beschikbaar	14
3 Niet-gekozen zorgtrajecten	15
3.1 Zorgtraject acne	15
3.2 Zorgtraject benigne en premaligne huidafwijkingen	15
3.3 Zorgtraject huidinfecties	16
3.4 Zorgtraject huidulcera	17
Bijlagen	
Bijlage A. Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	19
Bijlage B. Overzicht partijen	21
Bijlage C. Reacties schriftelijke consultatie	22
Bijlage D. Selectie van dermatologische aandoeningen voor verdere screening	25
Bijlage E. Ziektelast voor de zes zorgtrajecten	28
Literatuurlijst	29

Samenvatting

Zorginstituut Nederland brengt het rapport Systematische Analyse Ziekten van huid en onderhuid uit in het kader van het programma Zinnige Zorg, de verzamelnaam voor systematische doorlichtingen van het verzekerde pakket. 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 uitkomsten van de screeningsfase van de systematische doorlichting van het zorggebied 'Ziekten van huid en onderhuid'.

Na analyse van het totale zorggebied op aantal patiënten en kosten zijn zes zorgtrajecten verder verkend: acne, benigne (goedaardige) en premaligne (niet goedaardige of kwaadaardige) huidafwijkingen, eczeem, huidinfecties, huidulcera (huidzweren) en psoriasis. Een vervolgeselectie vond plaats samen met patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met huidaandoeningen.

Geselecteerde zorgtrajecten

De zorgtrajecten eczeem en psoriasis zijn geselecteerd voor verder onderzoek in de verdiepingsfase. Eczeem is een veelvoorkomende huidaandoening in Nederland met een relatief hoge ziektelast. Psoriasis is eveneens een veelvoorkomende huidaandoening met een relatief hoge ziektelast en met daarnaast ook hoge gemiddelde zorgkosten per patiënt. Er zijn voldoende actuele richtlijnen en praktijkdata beschikbaar om de zorgtrajecten van deze aandoeningen verder te onderzoeken. Uit de gesprekken met de verschillende partijen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met huidaandoeningen, zijn verscheidene vermoedens naar voren gekomen over waar de kwaliteit van zorg voor patiënten met eczeem of psoriasis kan worden verbeterd.

Niet-geselecteerde zorgtrajecten

Acne, benigne en premaligne huidafwijkingen, huidinfecties en huidulcera zijn niet geselecteerd voor verdere verdieping. De voornaamste redenen hiervoor waren een lage positie op aantal patiënten en kosten ten opzichte van de andere geselecteerde huidaandoeningen (acne), lopende initiatieven (huidulcera, benigne en premaligne huidafwijkingen) of onvoldoende beschikbaarheid van praktijkdata (huidinfecties, benigne en premaligne huidafwijkingen).

Vervolg

In de verdiepingsfase onderzoeken we eczeem en psoriasis samen met de betrokken partijen verder. Daarbij vergelijken we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van de screeningsfase van het Zinnige Zorg-project 'Ziekten van huid en onderhuid'. Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg het verzekerde pakket systematisch doorlichten. Het doel van het programma is de kwaliteit van de zorg verbeteren, gezondheidswinst voor de patiënt realiseren en onnodige kosten vermijden. Hierbij staan het perspectief van de patiënt en de zorg die nodig is centraal.

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

In dit project hebben we ICD-10-gebied 'Ziekten van huid en subcutis' doorgelicht. Naast de huid-aandoeningen in dit gebied hebben wij de volgende aandoeningen uit andere ICD-10-gebieden bekeken: benigne en premaligne huidafwijkingenⁱ, brandwonden en een aantal huidinfecties. Het doel van de screeningsfase is het selecteren van een of meer zorgtraject(en) waarin de zorg voor patiënten met een aandoening van de huid of onderhuid kan worden verbeterd.

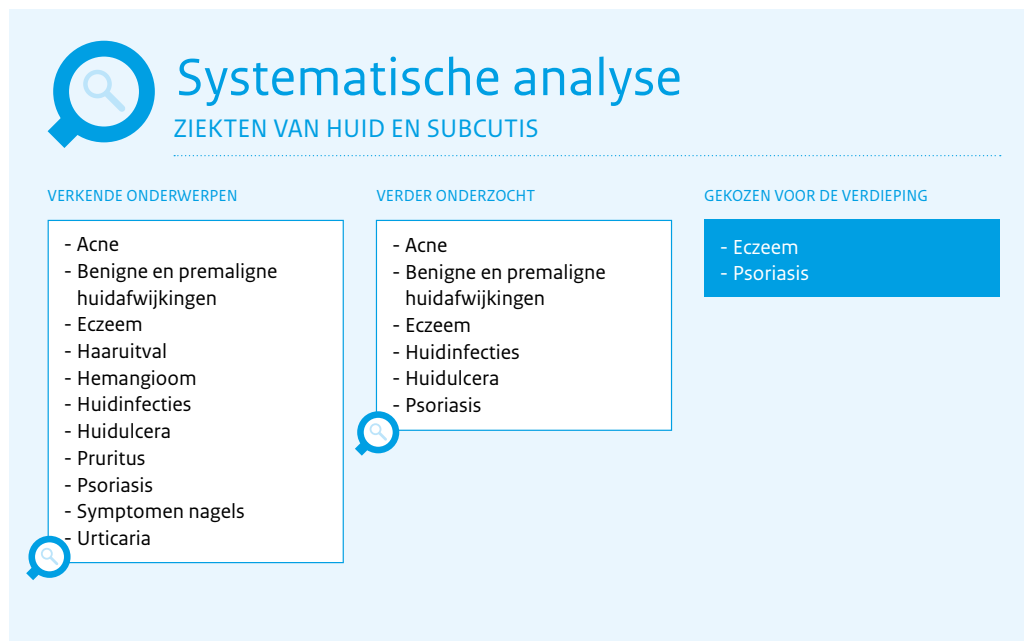
De selectie van de zorgtrajecten waar verbetering mogelijk is, is tot stand gekomen in samenwerking met de partijen die bij de zorg voor ziekten van huid en onderhuid zijn betrokken: patiënten, zorg-professionals en zorgverzekeraars (zie bijlage B voor een overzicht van betrokken partijen). We hebben in gesprekken en een bijeenkomst samen met deze partijen vermoedens over meer zinnige zorg en mogelijkheden voor verdiepend onderzoek verkend. Voorafgaand aan de publicatie van het rapport hebben we de partijen op bestuurlijk niveau geconsulteerd (zie bijlage C voor een overzicht van de reacties van partijen).

Na analyse van het aantal patiënten en de kosten binnen het totale ICD-10-gebied hebben we zes zorgtrajecten verder bekeken vanuit het perspectief van de patiënt: acne, benigne en premaligne huidafwijkingen, eczeem, huidinfecties, huidulcera (huidzweren) en psoriasis. Eczeem en psoriasis zijn uiteindelijk geselecteerd voor verdere verdieping. De keuze voor deze twee zorgtrajecten is gebaseerd op een weging van de volgende criteria:

- de omvang of ernst van de aandoening (in vergelijking met de andere geanalyseerde aandoeningen);
- vermoedens waar de zorg zinniger kan dan deze nu is op basis van gesprekken met de betrokken partijen en literatuur;
- beschikbaarheid van richtlijnen;
- beschikbaarheid van praktijkdata (mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk);

Het proces van de screening en de zorgtrajecten voor verdieping staan in de figuur op de volgende pagina nogmaals samengevat.

ⁱ Benigne staat voor goedaardig en premaligne is niet kwaadaardig (maligne), maar ook niet helemaal goedaardig.



De gekozen zorgtrajecten gaat het Zorginstituut in de verdiepingsfase nader onderzoeken. Daarbij vergelijken we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk. De vermoedens die de partijen in de screening hebben aangedragen, zijn hierin niet leidend, maar kunnen opnieuw naar voren komen in de verdiepingsfase.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 beschrijft waarom we eczeem hebben gekozen voor de verdiepingsfase. In hoofdstuk 2 doen we hetzelfde voor psoriasis. In hoofdstuk 3 lichten we toe waarom we de overige geanalyseerde zorgtrajecten niet hebben gekozen.

1 Gekozen zorgtraject: eczeem

Een van de twee gekozen zorgtrajecten waarin de zorg voor de patiënt kan worden verbeterd, is eczeem. Eczeem is een veel voorkomende, niet-besmettelijke huidziekte met verschillende, naast elkaar optredende verschijnselen. De belangrijkste kenmerken zijn roodheid, schilfering en jeuk, maar ook zwelling, blaasjes, kloofjes en korstjes komen voor. Bij constitutioneel eczeem is sprake van een aangeboren gestoorde barrièrefunctie van de huid of een afwijkende reactie van het immuunsysteem. Acrovesiculeus hand- en voeteuzeem, ook wel blaasjeseczeem genoemd, wordt vaak gezien als een variant van constitutioneel eczeem. Daarnaast zijn er eczemen die voornamelijk ontstaan door stoffen die van buitenaf op de huid terechtkomen; hiertoe behoren allergisch en ortho-ergisch (irritatie) contacteczeem.

De redenen om eczeem voor de verdiepingsfase te kiezen zijn:

- Eczeem is een aandoening van grote omvang met een hoge ziektelast.
- In de gesprekken met de betrokken partijen zijn verscheidene vermoedens naar voren gekomen over meer zinnige zorg bij eczeem.
- Wat onder goede zorg voor de belangrijkste eczeemtypen wordt verstaan, staat beschreven in actuele richtlijnen.
- Er zijn voldoende data beschikbaar om het zorgtraject van ten minste constitutioneel eczeem te bestuderen.

In de volgende paragrafen lichten we deze redenen toe.

1.1 Aandoening van grote omvang en met hoge ziektelast

Eczeem heeft een hoge positie binnen de huidaandoeningen, zowel vanwege het aantal patiënten als de ziektelast (zie bijlage D en E).

Van de huidaandoeningen treft eczeem veruit het grootste aantal patiënten (zie bijlage D). Bij kinderen is eczeem een van de meest voorkomende aandoeningen. Meer dan 1,9 miljoen mensen komen per jaar tenminste één keer bij de huisarts voor constitutioneel eczeem. Hiervan komt ongeveer 2 procent ook in het ziekenhuis. Voor contacteczeem ligt het totale aantal patiënten lager: iets meer dan 900 duizend mensen komen per jaar bij de huisarts voor contacteczeem. Wel komt een veel groter percentage van de patiënten, namelijk 10 procent, ook in het ziekenhuis.

Een groot deel van de Nederlandse bevolking heeft eczeem. Daarbij gaat eczeem gepaard met een relatief hoge ziektelast (zie bijlage E). Eczeem kent minimale uitingsvormen met slechts één of enkele plekjes waarvan iemand niet erg veel last heeft, maar ook uitgebreide vormen waarbij grote delen van de huid zijn aangedaan. Die uitgebreide vorm van eczeem heeft een hoge ziektelast ten opzichte van andere huidaandoeningen. Dat geldt voor constitutioneel eczeem en voor chronisch contacteczeem. Met name wanneer het om een ernstigere vorm gaat, zal een patiënt hier psychisch ook onder lijden. De jeuk wordt door patiënten als erger ervaren dan pijn en geeft ook stress. Een patiënt kan belemmerd worden in het dagelijks leven vanwege verminderde nachtrust door jeuk en reacties van andere mensen.

De zorgkosten in het ziekenhuis (dbc'sⁱⁱ) per patiënt per jaar op basis van de declaratiedata uit 2016 zijn relatief laag ten opzichte van andere huidaandoeningen (zie bijlage D). Constitutioneel eczeem kost per patiënt gemiddeld € 326,- en contacteczeem en andere typen van eczeem € 263,-. Het dure geneesmiddel dupilumab, een biologicalⁱⁱⁱ, is hierin nog niet meegenomen, omdat dit pas begin 2018 op de markt is gekomen. Door het gebruik van biologicals gaan de toekomstige gemiddelde zorgkosten per eczeempatiënt naar verwachting stijgen.

ⁱⁱ Diagnosebehandelcombinatie (dbc)-systematiek is het systeem om de kosten van zorgproducten in de tweede lijn te declareren.

ⁱⁱⁱ Een biological is een geneesmiddel waarbij de werkzame stof overeenkomt met een van nature voorkomende stof (veelal eiwitten) in een levend organisme.

1.2 **Verscheidene vermoedens over meer zinnige zorg**

Op basis van de richtlijnen, literatuur en inbreng van de partijen die betrokken zijn bij de behandeling van huidaandoeningen zijn verscheidene vermoedens naar voren gekomen over waar de kwaliteit van zorg voor patiënten met eczeem kan worden verbeterd. Deze betreffen zowel de diagnostiek als de behandeling.

1.2.1 **Mogelijkheid tot meer zinnige diagnostiek**

Eczeem wordt bij mensen gediagnosticeerd met behulp van een anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel een allergietest. Op basis van het verhaal van de patiënt (onder andere het ziekteverloop, relatie met blootstelling aan metalen, chemicaliën of parfumbestanddelen, overmatig wassen, lokalisatie van de klachten) en de uiterlijke kenmerken, kan in de meeste gevallen het type eczeem worden vastgesteld. Als de behandelaar op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek een contactallergie vermoedt, kunnen plakproeven (epicutane testen) daar uitsluitel over geven. Bij een vermoeden van acute huidklachten door voedselallergenen kunnen aanvullende priktesten (intracutane testen) worden gedaan.

Wat de diagnostiek betreft, bestaan vermoedens dat verbetering mogelijk is in het herkennen van eczeem en dat er minder (aanvullende) allergietesten nodig zijn. In deze paragraaf lichten we deze vermoedens toe.

Vermoedens over herkennen van eczeem

In de gesprekken met betrokken partijen kwam naar voren dat het soms lang duurt voordat eczeem wordt gediagnosticeerd. Eczeem wordt vaak aangezien voor een andere huidaandoening, zoals ook blijkt uit recent onderzoek van TrackCura^{iv}. Onzekerheid in de diagnose leidt mogelijk tot een zekere mate van over- en onderbehandeling en de patiënt kan het gevoel krijgen dat er onvoldoende planmatige behandeling van de klachten plaatsvindt.

Aangegeven werd dat eczeem in de beginfase soms lastig te onderscheiden is van een schimmelinfectie of andere roodschilderende huidaandoeningen, zoals psoriasis, pityriasis rosea en toxicodermie. Als de diagnose onzeker is, kiest de huisarts de behandeling voor de diagnose die het meest waarschijnlijk is of een combinatiemiddel zoals een corticosteroïd met een antischimmelmiddel. Een patiënt krijgt hierdoor niet altijd meteen de specifieke behandeling voor zijn daadwerkelijke aandoening.

Een donkere huidskleur werd door de partijen aangedragen als een extra bemoeilijkende factor bij het herkennen van eczeem. De donkere huid maakt dat het erytheem (roodheid van de huid) niet goed waarneembaar is. Hierdoor zien de patiënt en de behandelaar het aan voor een droge jeukende huid. Ook neemt het risico van onderschatten van de ernst van het eczeem toe.^[1] De NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)-Standaard 'Eczeem' en de JGZ (Jeugdgezondheidszorg)-richtlijn 'Huidafwijkingen' geven de donkere huid duidelijk aan als aandachtspunt.^[2, 3] Het is momenteel echter niet duidelijk of patiënten met een donkere huid dezelfde behandeling krijgen als patiënten met een lichtere huid.

Vermoeden over inzetten van allergietesten

In de gesprekken met de partijen en in de literatuur kwam naar voren dat mogelijk sprake is van ondoelmatig inzetten van allergietesten om de oorzaak of het ziekteverloop van eczeem te verklaren.^[4, 5]

Intracutane testen of bloedonderzoek naar overgevoeligheid voor allergenen zijn meestal niet geïndiceerd bij eczeem. Kinderen met constitutioneel eczeem hebben vaak wel een reactie op een allergeen, maar dit is klinisch niet relevant.^[6] Intracutane testen hebben alleen een plek in het zorgtraject als sprake is van acute verergering van het constitutioneel eczeem na het eten van bepaalde voedingsmiddelen.^[2, 5-7]

^{iv} TrackCura is begin 2019 gestart en richt zich op de dermatologische zorg en het juist stellen van de juiste diagnose en therapie in de huisartsenpraktijk in de regio Rotterdam. Zij vergelijken de verwijfsdiagnose en de behandelkeuzes van de huisarts met die van de dermatoloog om zo mismatches zichtbaar te maken en deze door gerichte kennisvergroting, technologische ondersteuning en ondersteuning vanuit de dermatoloog te verminderen. Resultaten worden nog gepubliceerd.

1.2.2 Mogelijkheid tot meer zinnige behandeling

De behandeling van mild-matig eczeem (contact en constitutioneel) bestaat voor de meeste patiënten uit zalftherapie (basiszalf^v en waar nodig een corticosteroid).^[2, 7, 8] Als het eczeem hierop onvoldoende reageert, wordt bij de meeste patiënten met constitutioneel eczeem gestart met een zalf met calcineurineremmers of koolteer.^[7] Als ook dat onvoldoende helpt bij matig-ernstig constitutioneel eczeem, kan een systemische behandeling^{vi} of lichttherapie worden ingezet.^[2, 7] Follow-up tijdens de behandeling in de vorm van ondersteuning bieden is noodzakelijk, vooral bij chronisch eczemen als constitutioneel eczeem.

Er zijn vermoedens voor meer zinnige zorg binnen de behandeling van eczeem. Deze betreffen therapieontrouw door het aanbod van vergoede basiszalven, therapieontrouw door corticofobie^{vii}, de inzet van lichttherapie en systemische behandeling. Ook op het gebied van ondersteuning tijdens de behandeling lijkt verbetering mogelijk. In deze paragraaf lichten we deze vermoedens toe.

Vermoeden over therapieontrouw door aanbod van vergoede basiszalven

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat het huidige aanbod van vergoede basiszalven mogelijk leidt tot grotere weerstand om te smeren en daardoor tot minder therapieontrouw. Met name een aantal basiszalven die voorheen vaak de voorkeur van patiënten hadden (zoals niet-glimmende of geurloze basiszalven), vallen sinds een aantal jaar niet meer onder de vergoeding vanuit de basisverzekering.

In de behandeling van patiënten met constitutioneel eczeem is het consequent smeren van basiszalven de eerste stap in de behandeling. Dit beschermt de huid tegen uitdroging en vergroot daarmee de barrièrefunctie van de huid. Er is bewijs dat de meeste basiszalven leiden tot minder opvlammingen van de symptomen, een vermindering in de benodigde hoeveelheid corticosteroiden en een verhoogde effectiviteit van de actieve behandeling.^[9] Op basis van het huidige bewijs kan geen duidelijke voorkeur worden uitgesproken voor een specifieke basiszalf.^[9, 10] De NHG-Standaard 'Eczeem' en NVDV (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie)-richtlijn 'Constitutioneel eczeem' geven daarom aan dat samen met de patiënt naar de meest prettige basiszalf moet worden gezocht.^[2, 7]

Vermoeden over therapieontrouw door corticofobie

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat corticofobie (angst voor bijwerkingen van corticosteroiden) mogelijk nog relatief vaak voorkomt, mede door onjuiste of ontbrekende voorlichting door zorgverleners. Hoe vaak corticofobie in Nederland voorkomt, is onbekend, maar studies laten percentages zien tussen de 40 en 81.^[11, 12] Door corticofobie kunnen patiënten of hun verzorgers de neiging hebben om corticosteroiden geheel of zoveel mogelijk te vermijden en abrupt te stoppen.^[12] Lokale behandeling met corticosteroiden is een belangrijk onderdeel van de behandeling om het eczeem te verminderen en toename ervan te voorkomen. Geleidelijk afbouwen van corticosteroiden is noodzakelijk om opvlamming van het eczeem te voorkomen.^[13]

Vermoeden over inzet van lichttherapie en systemische behandeling

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat het niet altijd duidelijk is welke vorm van systemische behandeling of lichttherapie ingezet moet worden bij welke patiënten.

Dit betreft een kennishiaat waar momenteel onderzoek naar loopt. Met het TREAT (TREATment of ATopic eczema)-register^{viii} wordt (inter)nationale praktijkinformatie verzameld over de behandeling met lichttherapie en systemische behandeling bij patiënten (kinderen en volwassenen) met constitutioneel eczeem. De dataverzameling is in 2018 gestart en loopt de komende jaren door. Het is onderdeel van een internationaal initiatief om per land identieke data te verzamelen. Momenteel worden al data geanalyseerd en zijn de eerste uitkomsten op korte termijn te verwachten.

v Met basiszalf wordt in dit rapport alle verschillende dermatologische producten bedoeld (onder andere crème, zalf, pasta en lotion).

vi Systemische behandeling is een behandeling waarbij het medicijn in het hele lichaam terecht komt en niet alleen op de huid zoals bij een lokale behandeling van eczeem. Voorbeelden hiervan zijn methotrexaat, ciclosporine en azathioprine.

vii Corticofobie is angst voor bijwerkingen van corticosteroiden.

viii Meer informatie over het TREAT-register is te vinden op: <https://treatregister.nl>.

Vermoeden over de mate van zelfmanagement

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat relatief veel eczeempatiënten mogelijk niet genoeg over hun eigen aandoening weten. Vooral over wat goed smeren met basiszalven inhoudt en wat je wanneer moet doen (o.a. op welke momenten je contact op moet nemen met de arts), bestaat een onduidelijk of verkeerd beeld. Er werd bijvoorbeeld aangegeven dat patiënten met een ziekenhuisopname wegens een zware opvlamming van het eczeem vaak niet blijken te weten hoe ze moeten smeren.

Voor een effectieve behandeling is het belangrijk om patiënten te wijzen op de noodzaak van goed smeren met basiszalven. Er lopen momenteel verscheidene projecten om zelfmanagement te vergroten (bijvoorbeeld de online training ‘Leef! met eczeem’^[14]). Daarnaast komt in onderzoek van het UMCG naar voren dat behandeling door verpleegkundig specialisten - gericht op vergroten van het eigen inzicht in de behandeling en versterking van zelfmanagement - qua patiënttevredenheid en kosten de voorkeur heeft boven de medische standaardbehandeling door dermatologen.^[15, 16] Daarnaast is in 2017 in Veenendaal een projectgroep gestart die bestaat uit huidtherapeuten, een apotheker, huisartsen, een dermatoloog, een GGZ-praktijkondersteuner en vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging. Het doel hiervan is om de huisartsenzorg voor eczeempatiënten te versterken en zo hun kwaliteit van leven te verbeteren.^{ix}

Vermoeden over aandacht voor psychosociale en psychische problematiek

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat het psychosociale aspect en de daadwerkelijke psychosociale ondersteuning mogelijk nog te weinig aandacht krijgen in de praktijk, ondanks het feit dat het nut hiervan in richtlijnen wel wordt benadrukt.

Eczeem heeft grote gevolgen voor het dagelijks leven van patiënten. De partijen gaven aan dat patiënten zich (tijdens een opvlamming van de symptomen) kunnen onttrekken aan allerlei sociale activiteiten, wat tot isolatie leidt. Op jonge leeftijd kan het ook leiden tot stoornissen in de psychosociale ontwikkeling. Hoe een patiënt met de huidaandoening omgaat, verschilt van mens tot mens.^[17, 18] Uit onderzoek is daarnaast gebleken dat 30 procent van de huidpatiënten een psychische problematiek (bijvoorbeeld angst of depressieve klachten) heeft naast de huidaandoening.^[19] Ook blijkt dat 40 procent van de psychische klachten niet wordt herkend tijdens reguliere consulten.^[19]

Er is een aantal ontwikkelingen op het gebied van de implementatie van psychosociale ondersteuning. In het Amsterdam UMC is de mogelijkheid aanwezig voor cognitieve gedragstherapie door een dermatopsycholoog en medisch psycholoog samen, eventueel ondersteund met de e-health-tool ‘Beter gestemd met de huid’.^[20] Het Erasmus MC onderneemt stappen om psychosociale ondersteuning verder te implementeren.^[18] Daarnaast hebben ook het Radboudumc en het UMCG enige expertise op het gebied van psychodermatologie.

1.3 Actuele richtlijnen zijn beschikbaar

Er zijn voldoende actuele richtlijnen beschikbaar die beschrijven wat goede eczeemzorg is:

- De NHG-Standaard ‘Eczeem’ dateert uit 2014 en omvat de diagnostiek en behandeling van allerlei vormen van eczeem, waaronder constitutioneel eczeem, contact, acrovesiculeus, nummulair, hypostatisch en asteatotisch eczeem.^[2]
- De JGZ-richtlijn ‘Huidafwijkingen’ dateert uit 2012 en besteedt ook aandacht aan de behandeling van eczeem bij kinderen.^[3]
- De NVDV-richtlijn ‘Constitutioneel eczeem’ uit 2014 is opgenomen in de richtlijndatabase van de Federatie voor Medisch Specialisten.^[7] Deze richtlijn is onlangs modulair bijgewerkt, met name het hoofdstuk systemische immunosuppressieve therapie en een addendum over ureum. Naar verwachting wordt deze herziening na de zomer van 2019 geautoriseerd.
- De NVDV-richtlijn ‘Contacteczeem’ dateert uit 2013.^[8] Ook deze is opgenomen in de richtlijndatabase van de Federatie voor Medisch Specialisten. De richtlijn is in 2018-2019 modulair herzien en zit in de commentaarfase. Naar verwachting is de herziening eind 2019 afgerond.

^{ix} Meer informatie over het project is te vinden op: <https://www.dejuistezorgopdejuistelek.nl/praktijkvoorbeelden/betere-begeleiding-voor-mensen-met-eczeem>.

- De NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) is dit jaar gestart met een herziening van hun eigen richtlijn ‘Contacteczeem’ die dateert uit 2006. Deze richtlijn wordt afgestemd met die van de NVDV.^[21]
- Sinds begin 2019 is er een ‘Leidraad dermatocorticosteroiden’ van de NVDV.^[22]

1.4 Veel praktijkdata beschikbaar

Er zijn veel data beschikbaar om inzicht te krijgen in de uitvoering van eczeemzorg (diagnostiek en behandeling met medicijnen) in de praktijk.

De ICPC^x- en dbc-coderingsystematiek hebben een specifieke code voor constitutioneel eczeem, contacteczeem en een aantal andere vormen van eczeem. Geneesmiddelen en vergoede basiszalven (op hoofdgroep) zijn te vinden in de declaraties (GIP-databank). Ongestandaardiseerde magistrale dermatologische bereidingen^{xi} zijn niet op basis van Vektis-gegevens en de GIP-databank in kaart te brengen.

Er bestaat ook een aantal specifieke registers. Een voorbeeld daarvan is het in paragraaf 1.2 genoemde (inter)nationale TREAT-register. Daarnaast is er het BioDay-register^{xii}, gericht op het volgen van effectiviteit en bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen voor constitutioneel eczeem, waarbij ook de atopische comorbiditeit^{xiii} wordt gevolgd. De voorlopige looptijd van dit register is vijf jaar en er wordt al gewerkt aan verdere verlenging.

x International Classification of Primary Care (ICPC) is het in Nederland gebruikte systeem voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

xi Magistrale dermatologische bereidingen zijn dermatologische producten die door een apotheker of grootschalige bereider worden gemaakt. Voor een aantal is een gestandaardiseerde receptuur ontwikkeld (de gestandaardiseerde magistrale bereidingen), maar er zijn ook ongestandaardiseerde magistrale bereidingen.

xii Meer informatie over het BioDay-register is te vinden op: <http://www.bioday.nl>.

xiii Comorbiditeit houdt in dat een patiënt naast het eczeem andere chronische aandoeningen heeft.

2 Gekozen zorgtraject: psoriasis

Psoriasis is na eczeem het tweede zorgtraject dat meegaat naar de verdiepingsfase. Psoriasis, met psoriasis vulgaris als meest voorkomende vorm, is een chronische huidziekte die zich kenmerkt door rode plekken met zilverwitte schilfers verspreid over de huid. Soms gaat de ziekte gepaard met gewrichtsklachten (arthritis psoriatica) en vaak zijn ook de nagels (psoriasis unguium) aangetast. De ziekte kent minimale uitingsvormen met slechts één of enkele plekjes op ellebogen en knieën, maar ook uitgebreide vormen waarbij grote delen van de huid zijn aangedaan. Het ziekteverloop varieert sterk: verbetering en verergering wisselen elkaar af. Psoriasis gaat niet over en iemand heeft er dus altijd in meer of mindere mate last van.

De redenen om psoriasis voor de verdiepingsfase te kiezen zijn:

- Psoriasis is een aandoening van grote omvang, met hoge kosten en hoge ziektelast.
- In de gesprekken met de betrokken partijen zijn verscheidene vermoedens naar voren gekomen over meer zinnige zorg bij psoriasis.
- Wat onder goede zorg voor psoriasis wordt verstaan, staat beschreven in actuele richtlijnen.
- Er zijn voldoende data beschikbaar om het zorgtraject van psoriasis te bestuderen.

In de volgende paragrafen lichten we deze redenen toe.

2.1 Aandoening van grote omvang met hoge kosten en hoge ziektelast

Psoriasis heeft een hoge positie binnen de dermatologische aandoeningen, zowel vanwege het aantal patiënten als de kosten (zie bijlage D).

Meer dan 450 duizend mensen komen ten minste een keer per jaar bij de huisarts voor psoriasis. Zo'n 12 procent hiervan komt hiervoor ook in het ziekenhuis. De kosten in het ziekenhuis (dbc's inclusief add-on geneesmiddelen^{xiv}) per patiënt op basis van de data uit 2016 zijn hoog. Psoriasis heeft van de zes verder onderzochte aandoeningen met € 1.780,- per persoon de hoogste gemiddelde kosten.

De ziektelast voor patiënten met psoriasis en zeker voor patiënten met een ernstige vorm van psoriasis is hoog (zie bijlage E). De impact van de aandoening is groot en patiënten kunnen hier ook psychisch onder lijden. De zichtbaarheid, de jeuk waardoor je veel krabt en de reactie van anderen, maken dat patiënten zich vaak schamen en zich (tijdens opvlammingsen) terugtrekken uit het dagelijks leven. Ook verstoorde nachtrust door de jeuk kan het dagelijks functioneren negatief beïnvloeden.

2.2 Verscheidene vermoedens over meer zinnige zorg

Op basis van de richtlijnen, literatuur en inbreng van de partijen die betrokken zijn bij de behandeling van huidaandoeningen zijn verscheidene vermoedens over meer zinnige zorg gerezen. Deze betreffen de diagnostiek en behandeling in het zorgtraject.

2.2.1 Mogelijkheid tot meer zinnige diagnostiek

Psoriasis wordt bij mensen meestal gediagnosticeerd op basis van de typische huid- en nagelafwijkingen en het verhaal van de patiënt. Een enkele keer is onderzoek van huidweefsel van de patiënt nodig. Vaak is er ook sprake van een positieve familiegeschiedenis (familieleden die ook psoriasis hebben), waardoor al eerder aan psoriasis kan worden gedacht. Daarnaast gaat psoriasis vaak samen met andere aandoeningen, zoals gewrichtsklachten en darmklachten.

Wat de diagnostiek betreft bestaan vermoedens dat de snelheid van het stellen van de diagnose beter kan en dat mogelijk meer aandacht nodig is voor comorbiditeit^{xv}. In deze paragraaf lichten we deze vermoedens toe.

^{xiv} Add-on geneesmiddelen zijn veelal dure geneesmiddelen (onder andere biologicals) die apart van de dbc's in rekening kunnen worden gebracht.

^{xv} Comorbiditeit houdt in dat een patiënt naast de psoriasis andere chronische aandoeningen heeft.

Vermoeden over tijdsduur zorgtraject bij de huisarts

In gesprekken met de partijen kwam naar voren dat patiënten mogelijk relatief lang onder behandeling van een huisarts zijn voordat de diagnose wordt gesteld. Vanuit het ziekteverloop van psoriasis is dit ook (deels) te verklaren. Het begint meestal met maar een paar plekje's en de huisarts herkent die dan nog niet als psoriasis. In de beginfase is psoriasis soms lastig te onderscheiden van andere roodschilderende huidandoeningen, zoals schimmelinfecties, eczeem, pityriasis rosea en toxicodermie. Dit blijkt ook uit recent onderzoek van TrackCura⁴.

Vermoeden over mate van aandacht voor comorbiditeit

In de gesprekken met partijen kwam naar voren dat er na de start van de behandeling mogelijk onvoldoende aandacht is voor comorbiditeit. Het vermoeden is dat in vervolgsconsulten de aandacht voor comorbiditeit afneemt. Hierdoor kan een comorbiditeit onopgemerkt blijven

Vaak treedt comorbiditeit pas op nadat de diagnose psoriasis is gesteld. Patiënten met psoriasis hebben een verhoogd risico op comorbiditeit.^[23] Zij hebben vaak gewrichtsklachten (arthritis psoriatica)^[24-26], maar bijvoorbeeld ook darmklachten^[27] en psychische stoornissen^[19]. Daarnaast bestaat een associatie met hart- en vaatziekten, maar er is nog onvoldoende bewijs voor de conclusie dat psoriasis een onafhankelijke risicofactor voor hart- en vaatziekten is.^[24, 26]

2.2.2 *Mogelijkheid tot meer zinnige behandeling*

De behandeling van psoriasis bestaat voor de meeste patiënten met mild tot matige psoriasis uit zelftherapie (basiszalf en wanneer nodig een corticosteroïd en vitamine-D analoog). Als psoriasis hiermee onvoldoende onder controle komt, kan de dermatoloog lichttherapie of een systemische behandeling^{xvi} inzetten. Psoriasis kent een natuurlijk ziekteverloop, waarbij er periodes zijn dat de psoriasis prominent aanwezig is en periodes waarin het rustiger is (bijvoorbeeld in de zomer). Tijdig ophogen van de behandeling kan een ernstige opvlamming voorkomen. Daarom moet een patiënt zijn hele leven goede begeleiding krijgen. Psoriasis kan ook leiden tot psychische problematiek, waarbij psychosociale ondersteuning wenselijk is.

Wat de behandeling betreft bestaan vermoedens dat de toegang tot het ziekenhuis beperkt is en dat de ondersteuning tijdens de behandeling kan worden verbeterd. In deze paragraaf lichten we deze vermoedens toe.

Vermoeden over toegang tot het ziekenhuis bij een opvlamming

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat mogelijk een deel van de patiënten bij een opvlamming nog onvoldoende snel wordt behandeld en doorverwezen naar het ziekenhuis. Zorgverleners en patiënten weten niet altijd dat in de meeste gevallen geen nieuwe verwijsbrief nodig is voor toegang tot het ziekenhuis. Zolang de behandeling in het ziekenhuis niet is afgesloten, kan een patiënt zonder nieuwe verwijsbrief terugkomen bij de dermatoloog. Partijen hebben aangegeven dat het voor de patiënt wenselijk is dat er makkelijker kan worden gewisseld tussen de huisarts en de dermatoloog dan zoals dat nu geregeld is.

Vermoeden over zelfmanagement en psychosociale ondersteuning

In de gesprekken met de partijen kwam naar voren dat relatief veel patiënten mogelijk nog onvoldoende weten hoe ze moeten smeren en wanneer. Ook krijgt psychosociale ondersteuning mogelijk nog te weinig aandacht in de praktijk. Deze vermoedens zijn vergelijkbaar met die bij eczeem. Zie hoofdstuk 1.2.2. 'zelfmanagement' en 'psychosociale ondersteuning'.

^{xvi} Systemische behandeling is een behandeling waarbij het medicijn in het hele lichaam terecht komt en niet alleen op de huid zoals bij een lokale behandeling van psoriasis. Voorbeelden hiervan zijn methotrexaat en ciclosporine.

2.3 Actuele richtlijnen zijn beschikbaar

Er zijn voldoende actuele richtlijnen beschikbaar die beschrijven wat goede psoriasiszorg is:

- De NHG-Standaard 'Psoriasis' dateert uit 2014 en omvat de diagnostiek en behandeling van psoriasis door de huisarts.^[24]
- De JGZ-richtlijn 'Huidafwijkingen' dateert uit 2012 en besteedt ook aandacht aan de behandeling van psoriasis bij kinderen.^[3]
- De NVDV-richtlijn 'Psoriasis' is voor het laatst deels herzien in 2017 en is opgenomen in de richtlijndatabase van de FMS.^[25]
- Sinds begin 2019 is er een 'Leidraad dermatocorticosteroiden' van de NVDV.^[22]

2.4 Veel praktijkdata beschikbaar

Er zijn veel data beschikbaar om inzicht te krijgen in de uitvoering van psoriasiszorg (diagnostiek en behandeling met medicijnen) in de praktijk.

De ICPC^{xvii}- en dbc-coderingsystematiek hebben een specifieke code voor psoriasis. Deze maakt echter geen onderscheid tussen de verschillende typen psoriasis of tussen psoriasis met of zonder gewrichtsproblemen. Bovendien zijn er meerdere psoriasiforme (psoriasisachtige) huidafwijkingen die ook onder de dbc-diagnosecode 'psoriasis' worden geregistreerd, bijvoorbeeld lichen planus.

Geneesmiddelen en vergoede basiszalven (op hoofdgroep) zijn te vinden in de declaraties (GIP-data-bank). Ongestandaardiseerde magistrale dermatologische bereidingen^{xviii} zijn niet op basis van Vektis-gegevens in kaart te brengen.

Er bestaat ook een aantal specifieke registers. Zo is er het BioCAPTURE-register^{xix} van het Radboudumc en het AMC Psoriasis Biological-register van het Amsterdam UMC. Beide registers verzamelen data over de behandeling met biologicals.

xvii International Classification of Primary Care (ICPC) is het in Nederland gebruikte systeem voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk.

xviii Magistrale dermatologische bereidingen zijn dermatologische producten die door een apotheker of grootschalige bereider worden gemaakt. Voor een aantal is een gestandaardiseerde receptuur ontwikkeld (de gestandaardiseerde magistrale bereidingen), maar er zijn ook ongestandaardiseerde magistrale bereidingen.

xix Meer informatie over het BioCAPTURE-register is te vinden op: <https://biocapture.nl>.

3 Niet-gekozen zorgtrajecten

Naast eczeem en psoriasis hebben we acne, benigne en premaligne huidafwijkingen, huidinfecties en huidulcera bekeken. Deze vielen af omdat:

- Het zorgtraject een lage positie voor aantal patiënten en kosten ten opzichte van de twee geselecteerde huidaandoeningen heeft;
- De huidige beschikbare data ontoereikend zijn; of
- Op dit moment al een initiatief loopt voor kwaliteitsverbetering van de zorg.

We hebben ook gekeken naar de mate waarin vermoedens over meer zinnige zorg naar voren zijn gekomen in de gesprekken met de partijen.

In de volgende paragrafen lichten wij per aandoening toe waarom we deze vier zorgtrajecten niet geselecteerd hebben.

3.1 Zorgtraject acne

Voor acne bestaan actuele richtlijnen, maar acne betreft een relatief laag aantal patiënten en relatief lage kosten ten opzichte van andere dermatologische aandoeningen (zie bijlage D). In de gesprekken met de partijen zijn slechts een beperkt aantal vermoedens over mogelijkheden voor meer zinnige zorg aangedragen en met de beschikbare praktijkdata is onvoldoende onderscheid te maken tussen de verschillende typen van acne. Daarom hebben we acne niet geselecteerd voor verdere verdieping. Dit lichten we hieronder toe.

Er is een NHG-Standaard 'Acne' uit 2017^[28] en een NVDV-richtlijn 'Acne' uit 2014 die binnenkort wordt herzien^[29]. Het NVH Zorgarrangement acne is eveneens herzien in samenwerking met de NVDV. Daarnaast is er een NVDV-richtlijn 'Rosacea' uit 2010, waarvan de herziening in de loop van 2019 wordt verwacht. De NVDV-richtlijn 'Hidradenitis suppurativa' uit 2017 is in 2019 modulair herzien^[30]. Hiermee is helder wat momenteel wordt gezien als goede zorg.

Binnen de huidaandoeningen komt acne op basis van het aantal patiënten op de vijfde plaats. Meer dan 200 duizend mensen per jaar komen bij de huisarts met acne, van wie 25 procent ook in het ziekenhuis komt. De gemiddelde kosten per patiënt zijn relatief laag (€ 281,-).

Partijen geven specifiek voor hidradenitis suppurativa (een variant van acne) een vermoeden over meer zinnige zorg aan. Dit betreft de relatief late herkenning, waardoor patiënten jarenlang zonder adequate behandeling blijven. Daarnaast krijgt psychosociale ondersteuning mogelijk nog te weinig aandacht in de praktijk, net als bij eczeem en psoriasis. Sinus pilonidalis (haarnestcyste) is een vorm van hidradenitis suppurativa. Op dit moment is nog onbekend welke behandeling (lasertherapie of operatie) kosteneffectiever is. Dit staat op de huidige Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)-kennisagenda.^[31]

De ICPC- en dbc-coderingssysteem maken geen onderscheid tussen hidradenitis suppurativa en acne, terwijl dit essentieel is om het vermoeden over de relatief late herkenning van hidradenitis suppurativa te onderbouwen. Er is wel een lokaal registratiesysteem voor hidradenitis suppurativa in Groningen en Rotterdam.

3.2 Zorgtraject benigne en premaligne huidafwijkingen

Benigne en premaligne huidafwijkingen komen relatief vaak voor. Het zorgtraject voor benigne en premaligne huidafwijkingen is beschreven in actuele richtlijnen en er bestaan vermoedens over meer zinnige zorg. Er loopt echter al een Zinnige Zorg-traject voor niet-melanoom huidkanker en actinische keratose (pre-maligne huidafwijking), dat momenteel in de implementatiefase is. Daarnaast zijn op dit moment te weinig praktijkdata beschikbaar om het hele zorgtraject in kaart te brengen. Daarom hebben we dit zorgtraject niet geselecteerd voor verdere verdieping. We lichten dit hieronder toe.

Benigne en premaligne huidafwijkingen komen relatief vaak voor in de Nederlandse bevolking. Er komen ruim 300 duizend mensen met benigne huidafwijkingen per jaar bij de huisarts en bijna 500 duizend mensen met een moedervlek. Hoeveel mensen met premaligne huidafwijkingen, met name actinische keratose, bij de huisarts komen is op basis van de declaratiegegevens niet te achterhalen. Per jaar komen zo'n 230 duizend mensen met benigne en premaligne huidafwijkingen in het ziekenhuis, waarvoor de gemiddelde kosten € 328,- per patiënt bedragen. Daarnaast komen bijna 130 duizend mensen per jaar met een moedervlek in het ziekenhuis en bedragen de gemiddelde kosten € 295,- per patiënt.

Er bestaan verschillende richtlijnen, waaronder de NHG-Standaard 'Verdachte huidafwijkingen' uit 2017^[32] en de NVDV-richtlijn 'Actinische keratose' uit 2018^[33].

De betrokken partijen hebben de volgende vermoedens over meer zinnige zorg aangedragen:

- Onder huisartsen is mogelijk op dit moment nog onvoldoende kennis, kunde en ervaring om onderscheid te kunnen maken tussen benigne en premaligne huidafwijkingen en om te weten wanneer iemand zou moeten worden doorgestuurd naar een dermatoloog.^[34] Mogelijk wordt ook basaalcelcarcinoom nog niet altijd op tijd herkend. Dit blijkt ook uit recent onderzoek van TrackCura.
- Moedervlekken worden vaak weggehaald, terwijl dit misschien niet altijd noodzakelijk is.
- Het insturen van weefsel voor histologie gaat nog niet altijd volgens de juiste procedure, waardoor het weefsel uiteindelijk niet te beoordelen is.

Eind 2015 is al een verdieping gestart voor de nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. De resultaten van deze verdieping zijn in mei 2018 met de betrokken partijen besproken. Er is voor gekozen om geen verbeteringsignalement op te stellen, omdat sinds de start van de verdieping al verscheidene initiatieven door de partijen zijn opgepakt die de nacontrole en de nazorg in brede zin verbeteren. Zo is er de eerder genoemde NHG-Standaard 'Verdachte huidafwijkingen' in 2017 gekomen en zijn de landelijke richtlijnen voor niet-melanoom huidkanker en actinische keratose herzien. In de implementatiefase zal de implementatie van de richtlijnen worden ondersteund en gemonitord. De komst van de NHG-Standaard zal mogelijk ook voor de drie hierboven genoemde vermoedens over meer zinnige zorg effect hebben, aangezien in het verleden hiervoor geen NHG-Standaard bestond.

Op basis van declaratiegegevens is het niet mogelijk het hele zorgtraject voor de specifieke typen benigne en premaligne huidafwijkingen in kaart te brengen. Er bestaat wel een aantal regionale registraties, maar voor een landelijk beeld zijn nog stappen nodig.

3.3 Zorgtraject huidinfecties

Huidinfecties komen relatief vaak voor en voor de belangrijkste huidinfecties bestaan actuele richtlijnen. De beschikbare praktijkdata zijn echter ontoereikend om het zorgtraject van de verschillende huidinfecties goed in kaart te brengen. Daarnaast is slechts een beperkt aantal vermoedens over meer zinnige zorg naar voren gekomen in de gesprekken met de partijen. Daarom hebben we huidinfecties niet geselecteerd voor verdere verdieping. Dit lichten we hieronder verder toe.

Patiënten komen relatief vaak voor een huidinfectie bij de huisarts. De meest voorkomende is een dermatomycose, waarvoor jaarlijks 686.800 patiënten ten minste eenmaal bij de huisarts komen en waarvan 6 procent ook in het ziekenhuis terechtkomt. De hoogste gemiddelde kosten in het ziekenhuis zijn voor de overige groep "andere infecties huid" met € 1773,- per patiënt. De kosten van dermatomycose(n) liggen lager op € 290,- per patiënt.

Er zijn NHG-Standaarden voor onder meer 'Bacteriële huidinfecties' (2017)^[35] en 'Dermatomyosen' (2008)^[36], een NHG-behandelrichtlijn 'Gordelroos'(2018)^[37] en een NVDV-richtlijn voor 'Cellulitis-erysipelas' (2013)^[38]. Daarnaast bestaan vele andere richtlijnen voor huidinfecties. Het ontbreekt echter aan een behandelrichtlijn voor huisartsen met betrekking tot chronische bacteriële huidinfecties. De NHG-Standaard 'Bacteriële huidinfecties' richt zich met name op acute infecties.

De betrokken partijen hebben de volgende vermoedens over meer zinnige zorg aangedragen:

- Er is mogelijk sprake van onvoldoende voorlichting over het antischimmelmiddel miconazol. Dit is beschikbaar als zelfzorgproduct. De kans bestaat dat patiënten niet genoeg weten over de wisselwerking met andere medicijnen. Hierdoor kunnen onbedoeld gevaarlijke gezondheidsproblemen optreden. Patiënten weten mogelijk ook onvoldoende hoe lang ze miconazol moeten gebruiken. Bij te kort gebruik is het middel niet effectief.
- Erysipelas, cellulitis en daarop lijkende ziektebeelden worden mogelijk onvoldoende herkend. Het klassieke beeld van erysipelas lijkt probleemloos te herkennen, maar bij een onduidelijk klinisch beeld (onscherp begrensd rood been) en met name bij ouderen met comorbiditeit vindt doorverwijzing vaak pas plaats als meerdere antibioticakuren geen effect hebben.
- Bij erysipelas wordt mogelijk vaak niet of te laat gestart met preventieve behandeling om herhaling te voorkomen. Ook bestaat mogelijk te weinig aandacht voor leefregels, huidverzorging en elastische kousen.
- Bij erysipelas aan de benen wordt verschillend beleid toegepast bij de verschillende medisch specialisten en huisartsen (direct zwachtelen/compressie in combinatie met medicatie versus alleen medicatie voorschrijven). De effectiviteit van compressietherapie is nog onduidelijk en staat op de kennisagenda van de NVDV.^[39]

Onvoldoende beschikbaarheid van praktijkdata is de belangrijkste beperking voor verder verdiepend onderzoek. Op basis van de dbc's valt namelijk niet te herleiden om welke huidinfectie het gaat, bijvoorbeeld erysipelas. Waarschijnlijk is dit wel uit de Dutch Hospital Data (DHD)-gegevens te halen, maar deze zijn niet aan de dbc-gegevens gekoppeld. De ICPC-systematiek maakt slechts in beperkte mate onderscheid tussen de verschillende infecties, met aparte codes voor candidiasis, erysipelas en dermatomycose(n).

3.4 Zorgtraject huidulcera

Onder de noemer huidulcera hebben wij gekeken naar decubitus (doorligwonden), de diabetische voet en ulcus cruris^{xx} (open been). Er zijn actuele richtlijnen voor huidulcera en de kosten per patiënt zijn relatief hoog. De multidisciplinair ontwikkelde kwaliteitsstandaard 'Wondzorg' uit 2018 wordt op dit moment geïmplementeerd. Naar verwachting worden hiermee ook de gevonden vermoedens over meer zinnige zorg opgepakt en verbeterd, vooral in de organisatie van de zorg. Daarom is het nu te vroeg om huidulcera verder te verdiepen. We lichten dit hieronder toe.

Ongeveer 100 duizend patiënten per jaar worden door een huisarts gezien met een huidulcus. Meer dan 40 procent van deze patiënten komt ook in het ziekenhuis terecht. De kosten bedragen ongeveer € 660,- per persoon. Hierin zijn aantal patiënten en de kosten voor huidulcera binnen de thuiszorg en verpleeghuizen niet meegenomen.

Er bestaan verschillende richtlijnen voor decubitus, waaronder de NHG-Standaard 'Decubitus' uit 2015^[40] De V&VN-richtlijn 'Decubitus' uit 2011 is op dit moment in herziening.^[41] Diabetische voet komt aan bod in de NHG-Standaard 'Diabetes mellitus type 2' uit 2018^[42] en in de NIV-richtlijn 'Diabetische voet' uit 2017^[43]. Voor ulcus cruris venosum is er de NHG-Standaard 'Ulcus cruris venosum' uit 2010^[44] en de NVDV/NVvH-richtlijn 'Ulcus cruris venosum' uit 2014^[45]. Ulcus cruris arteriosum valt onder de NVvH-richtlijn perifeer arterieel vaatlijden (PAV) uit 2016.^[46] Naast specifieke richtlijnen voor huidulcera zijn er richtlijnen voor wondzorg (of een specifieke component daarvan), bijvoorbeeld de NVvH-richtlijn 'Wondzorg' uit 2013^[47] en de NVDV/NVvH-richtlijn 'Compressietherapie' uit 2014^[48]. Een ander belangrijk document is de NVvH/NVDV/NVPC-kwaliteitsstandaard 'Wondzorg' uit 2018 die op dit moment wordt geïmplementeerd.^[49]

De betrokken partijen hebben de volgende vermoedens over meer zinnige zorg aangedragen:

- Bij ulcera aan de benen spelen vaak verschillende problemen en is mogelijk onvoldoende aandacht voor onderliggend lijden (eczeem, blaarziekten et cetera). Het stellen van de juiste diagnose en tijdig doorverwijzen voor aanvullend onderzoek gebeurt mogelijk nog niet optimaal.

xx Er zijn meerdere typen ulcus cruris. Zo kan het ader (ulcus cruris venosum) en slagader gerelateerd (ulcus cruris arteriosum) zijn.

- Combiconsult bij twee huidaandoeningen is nu niet mogelijk, maar zou tijdwinst voor patiënten kunnen opleveren.
- Momenteel is de organisatie van de zorg voor patiënten met een huidulcera nog niet optimaal. Er is een tekort aan zorgverleners (o.a. verpleegkundig specialisten en wondconsulenten) en nog niet alle zorgverleners worden in voldoende mate ingezet (o.a. huidtherapeuten).
- Nazorg en controle in het ziekenhuis is belastend voor patiënten en kan mogelijk ook ergens anders plaatsvinden.
- In de behandeling van patiënten met ulcus cruris venosum is het onzeker of de toegepaste duurdere wondbedekkers meerwaarde opleveren in vergelijking met gebruik van goedkopere wondbedekkers (vet-gaas/zinkolie). De NVDV heeft dit op de NVDV-kennisagenda gezet.^[39]

De zorg bij huidulcera vindt vooral plaats in de thuiszorg, verpleeghuizen en bij huidtherapeuten. Hierdoor is een groot deel van deze zorg onzichtbaar in declaratiegegevens van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er bestaan specifieke dbc-codes voor zowel decubitus als ulcus cruris.

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

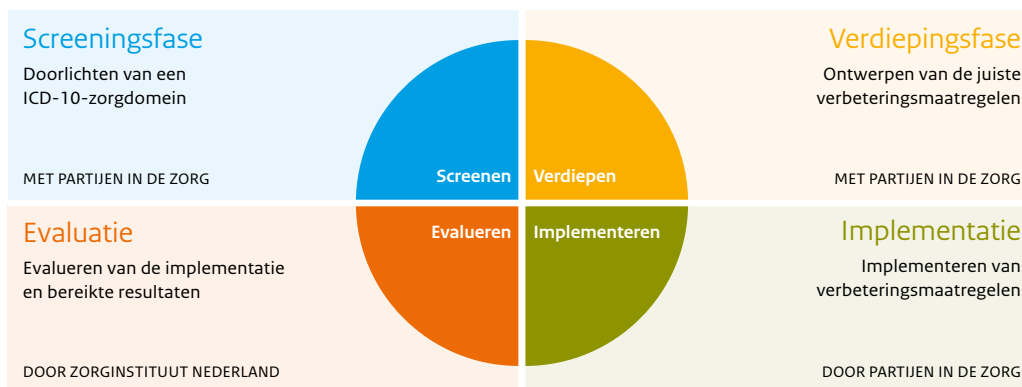
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en/of 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 figuur A.1. 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 aan-doening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast.

Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van 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 voor Medische Zorg 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 voor Medische Zorg 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 voor Medische Zorg 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 voor Medische Zorg 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.

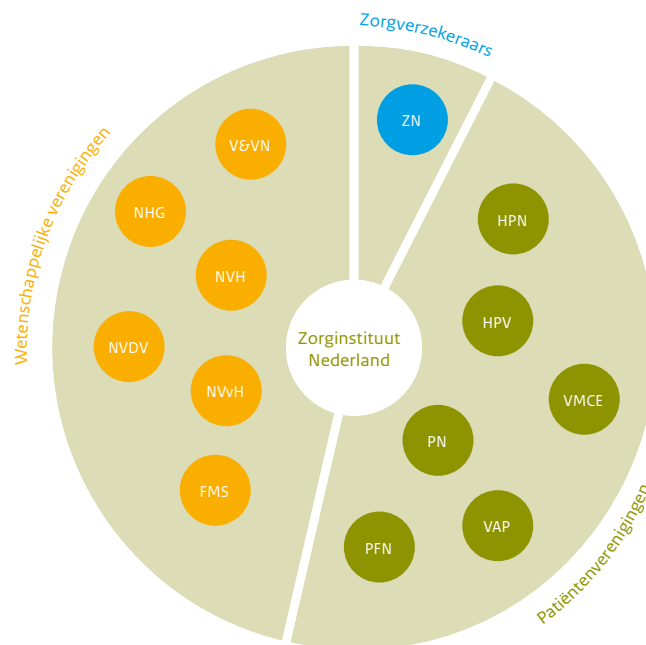
We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP)) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs enige, informatiebron en kunnen 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 partijen die bij de zorg voor patiënten met een huidaandoening betrokken zijn: patiënten (vertegenwoordigd door patiëntenverenigingen), zorgprofessionals (vertegenwoordigd door wetenschappelijke verenigingen) en zorgverzekeraars. Deze partijen zijn weergegeven in figuur B.1. Zo hebben we individuele gesprekken gevoerd met verschillende partijen en is er een interactieve bijeenkomst geweest. Met de partijen hebben we besproken of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. Daarnaast is voorafgaand aan de publicatie van het rapport het concept op bestuurlijk niveau ter consultatie voorgelegd aan partijen. Dit waren de partijen benoemd in figuur B.1 en een aantal andere partijen betrokken bij de zorg voor patiënten met huidaandoeningen, waaronder kinderartsen (NVK), physician assistants (NAPA) en psychodermatologen (NVPD).

Figuur B.1 | Overzicht van betrokken partijen



Afkortingen: Federatie Medisch Specialisten (FMS), Huidpatiënten Nederland (HPN), Hidradenitis Patiënten Vereniging (HPV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Psoriasispatiënten Nederland (PN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging voor Allergie Patiënten (VAP), Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Bijlage C Reacties schriftelijke consultatie

Organisatie	Onderwerp	Reactie van het Zorginstituut
HPN	Heel goed leesbaar rapport en mooi format, alles staat er in. Geen andere opmerking dan een paar tekstuele aanpassingen.	De tekstuele aanpassingen zijn verwerkt in het rapport.
NAPA	<p>Geen aanvullingen op de uitgevoerde analyse.</p> <p>Wij kunnen ons vinden in de twee gekozen zorgtrajecten, eczeem en psoriasis beide tevens in de praktijk bekend zijn als chronische ziekten met een hoge ziektelast, waarbij ruimte is voor verbetering in zowel de opvang/diagnostiek en doorverwijzing in de eerste lijn als aandacht voor ziektelast en behandeling in de tweede lijn.</p> <p>Het andere zorgtraject dat hier ook onder zou kunnen vallen maar niet geselecteerd is, is het zorgtraject 'benigne en maligne huidafwijkingen'. Echter zoals al aangegeven wordt loopt hiervan al een zinnig-zorg traject in de implementatie fase.</p>	
NHG	We kunnen ons in grote lijnen vinden in de analyse in uw screeningsrapport 'Ziekten van huid en onderhuid' en vinden dat eczeem en psoriasis terecht gekozen zijn voor verdere verdieping. We zien dan ook geen reden voor het geven van meer commentaar.	
NVDP	<p>In de diagnostiek bij alle (chronische) huidaandoeningen is het essentieel aandacht te besteden aan screening op de meest voorkomende psychische stoornissen zoals angst- en stemmingsstoornissen. Uit onderzoek blijkt dat gemiddeld 20% van de patiënten op een algemene polikliniek dermatologie (ernstige) psychische klachten heeft. Belangrijk is om onderscheid te maken tussen stemmings- en angstklachten direct veroorzaakt door de huidaandoeningen of de gevolgen van specifieke medicatie wat wordt ingezet voor de huidaandoening als comorbide psychiatrische stoornissen die mogelijk al door een psycholoog of psychiater worden behandeld.</p> <p>In het document wordt de term "psychosociale problematiek" gebruikt. Dit kan verwarrend zijn. Wat mij betreft moet er zoals ik hierboven beschrijf diagnostiek door een medisch psycholoog (bij milde klachten) en/ of psychiater (bij ernstige klachten) worden verricht bij vermoeden op het bestaan van een psychiatrische stoornis. Deze professionals kunnen dan de juiste behandeling indiceren zoals cognitieve gedragstherapie en/ of medicatie. Daarnaast kunnen er allerlei psychosociale problemen bestaan zoals problemen in het systeem (gezin/ partner), of problemen op werk of opleiding door de huidproblemen. Deze problemen kunnen goed worden aangepakt door hulp van medisch psychologen en inzetten van het e-health programma "beter gestemd met je huid".</p> <p>Verder mis ik in het document Radboud en Groningen als centra met enige expertise op gebied van psychodermatologie.</p> <p>In het document wordt het punt van comorbiditeit aangehaald waarbij op de een of andere manier andere somatische aandoeningen en psychiatrische stoornissen uit elkaar worden gehaald. Alleen de somatische stoornissen worden genoemd en in de volgende paragraaf scharen we de psychiatrische stoornissen wederom onder de psychosociale problematiek.</p> <p>In den lande zijn reeds vele initiatieven gestart die raakvlakken hebben met dit concept. Zo wordt er in het AMC samen met HPN, NVDV en andere stakeholders een PGO-app ontwikkeld die zowel screening op psychosociale klachten bij huidaandoeningen moet faciliteren alsmede ziektelast, behandeltevredenheid en kwaliteit van leven moet monitoren. Wellicht is er samenwerking mogelijk (en kan het kostenbesparend zijn) om niet opnieuw het wiel uit te vinden?</p> <p>Kan zich vinden om eerst eczeem en psoriasispatiënten als doelgroep te nemen in de verdiepfingsfase.</p>	<p>We hebben het rapport aangepast en beter onderscheid gemaakt tussen psychosociale en psychische problematiek.</p> <p>We hebben het rapport aangepast en beter onderscheid gemaakt tussen psychosociale en psychische problematiek.</p> <p>Deze aanvulling is verwerkt in het rapport</p> <p>Psychische stoornissen zijn toegevoegd als comorbiditeit in het desbetreffende stuk tekst onder paragraaf 2.2.1.</p> <p>We houden deze initiatieven in de verdiepfingsfase in gedachten. Met het Zinnige Zorg-project proberen we zoveel mogelijk aan te sluiten bij reeds lopende initiatieven.</p>
NVDV	<p>Door de regels in de DOT-systematiek kan het voorkomen dat er allergologisch onderzoek wordt geregistreerd onder DBC eczeem, terwijl er naast eczeem ook sprake is van voedingsallergie. Alleen, er mag geen DBC eczeem tegelijk met een DBC allergie openstaan.</p> <p>Sommige zorgaanbieders zullen de DBC eczeem tijdens het onderzoek naar allergie omzetten in een DBC allergie, maar anderen zullen het allergie-onderzoek onder de DBC eczeem laten vallen. De data m.b.t. allergologisch onderzoek bij eczeem zijn dus niet geheel betrouwbaar en kan je niet zomaar conclusies uittrekken.</p> <p>Verder onze complimenten voor het rapport.</p>	We nemen dit als aandachtspunt mee in de verdieping.

Organisatie	Onderwerp	Reactie van het Zorginstituut
NVH	Wij zien zeker ook relevantie in de andere nu niet-gekozen zorgtrajecten zoals acne en huidulcera, maar kunnen ons vinden in de keuze en onderbouwing om de zorgtrajecten eczeem en psoriasis in de verdiepingfase verder te gaan onderzoeken.	
	Advies richtlijnen is ook informatie en uitleg te geven. Dit in de eerste lijn versterken door inzet huidtherapeut (werd ook door patiëntvertegenwoordiging aangegeven als een belangrijk punt. O.a. zorg onvoldoende bij huisarts, inzet huidtherapeut in de eerste lijn, zorg dichtbij waar het kan, stepped-care). Zorgen voor uitleg over aandoening, uitleg en keuze basiszalfen, juiste hoeveelheid smeren (corticofobie voorkomen) en daarmee therapietrouwheid en zelfmanagement vergroten.	Bij de analyse van de verdieping kijken we naar alle onderdelen van het zorgtraject. Voorlichting is een van de onderdelen. Dit is een mogelijke oplossingsrichting die besproken en ingebracht kan worden in de verdiepingfase.
	Hierbij wordt o.a. ook kwaliteit van leven gemeten om psychosociale ondersteuning op het juiste moment in te kunnen zetten en wordt onderscheid gemaakt in advies bij kinderen en volwassenen.	
	Dit geldt ook voor psoriasis.	
	Pilot loopt en zorgpad is beschreven: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/betere-begeleiding-voor-mensen-met-eczeem .	Deze ontwikkeling is opgenomen in het rapport.
	NVH Zorgarrangement acne wordt herzien met NVDV en meegenomen in de herziening van de 'acne' richtlijn van de NVDV.	Deze aanvulling is doorgevoerd in het rapport.
	Wat is het effect van lasertherapie als geïntegreerde therapie in het multidisciplinaire zorgproces, vergeleken met alleenstaande operatieve behandeling? Opgenomen in NVH Kennisagenda.	Deze aanvulling is doorgevoerd in het rapport.
	Bij erysipelas aan de benen wordt verschillend beleid toegepast bij de verschillende medisch specialisten en huisartsen (direct zwachtelen/compressie in combinatie met medicatie versus alleen medicatie voorschrijven). De effectiviteit van compressietherapie is nog onduidelijk en staat op de kennisagenda van de NVDV.	Deze opmerking is verwerkt in het rapport.
	Het verschil dat tijdens de sessie werd aangegeven, ging over beleid dermatoloog (verwijst naar huidtherapeut voor compressie), en huisarts die dit veelal niet doet en enkel medicatie voorschrijft. (pag. 15-16)	
	Bullet toevoegen: • Organisatie van de zorg nog niet optimaal, tekort aan zorgverleners (verpleegkundig specialist en wondconsulent), en inzet van huidtherapeut in de eerste lijn vergroten.	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport.
Graag toevoegen van schuingedrukte tekst in de volgende zin: De zorg rondom huidulcera vindt vooral plaats in de thuiszorg, verpleeghuizen en bij huidtherapeuten.	Deze aanvulling is doorgevoerd in het rapport.	
Niet alle disciplines kunnen via DBC codes (o.a. decubitus en ulcus cruris) declareren. Geleverde zorg is daarmee niet voldoende transparant te maken.	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport.	
NVK	Geen opmerkingen.	
NVvH	Geen aanvullende punten of tegenargumenten voor de gekozen thema's.	
NVZ	De overwegingen voor de selectie zien er goed beargumenteerd uit. De NVZ heeft geen opmerkingen.	
PN	Tekst: "De ziekte kent minimale uitingsvormen met slechts één of enkele plekjes op ellebogen en knieën waar iemand nauwelijks tot geen last van heeft, maar ook uitgebreide vormen waarbij grote delen van de huid zijn aangedaan."	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport.
	Opmerking: ook van enkele plekken, kan men veel last hebben, met name op psychologische gebied.	
	Tekst: "Psoriasis is een aandoening met hoge kosten en hoge ziektelast."	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport.
	Opmerking: met 4% van de bevolking is er ook een behoorlijke omvang.	
	Paragraaf 2.2.2. Opmerking: ik mis hier ook het idee dat mensen makkelijker tussen eerste en tweede lijn moeten kunnen switchen.	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport.
Paragraaf 2.2.2. Het gaat niet alleen om smeertraining, maar ook om spuittraining, wanneer je aan de bel moet trekken en training welke signalen te controleren en bespreken met je arts.	Er is een aanpassing gemaakt in het rapport bij de paragraaf over zelfmanagement bij eczeem. Naar deze paragraaf wordt in 2.2.2 verwezen.	

Organisatie	Onderwerp	Reactie van het Zorginstituut
PN	<p>Paragraaf 2.3. Actuele richtlijnen zijn beschikbaar. Er zijn voldoende actuele richtlijnen beschikbaar die beschrijven wat goede psoriasiszorg is. De NHG-Standaard 'Psoriasis' dateert uit 2014.</p> <p>Vraag: is ook bekend of de richtlijn bij alle behandelaars bekend is en wordt toegepast?</p> <p>Wij kunnen ons vinden in de gekozen zorgtrajecten eczeem en psoriasis.</p>	<p>In de verdiepingsfase gaan we de richtlijn(en) naast de praktijk leggen en onderzoeken of en in welke mate de richtlijn wordt toegepast. In de verdieping kunnen we deze vraag beantwoorden.</p>
V&VN	<p>Ontbreken overzicht van verkennende onderwerpen binnen 'Ziekten van huid en onderhuid'.</p> <p>Er lijken nu zowel specifieke ziektebeelden (zoals psoriasis) als groepen (zoals huidulcera) door elkaar genoemd te worden als onderwerp. Daarnaast mis ik een aantal ziektebeelden die veelvuldig voorkomen in de ouderenzorg (o.a. xerosis en pruritus).</p> <p>Aanbeveling om richtlijn te ontwikkelen geschikt voor alle doelgroepen met huidproblematiek. Zodat de desbetreffende hoofdbehandelaar de juiste behandeling kan inzetten en eventueel kan doorverwijzen.</p> <p>Logische keuze om te verdiepen op eczeem en psoriasis. Met de kanttekening dat er uitgebreid wordt ingezoomd op specifieke ziektebeelden waardoor het geheel (oppervlakkige huidaandoening zonder infectie) minder opvalt, en er mogelijk minder aandacht is voor een juiste diagnostiek.</p>	<p>In de figuur op pag. 6 is nu een uitgebreider overzicht gegeven.</p> <p>Met de voor ons beschikbare data is het mogelijk om voor sommige aandoeningen alleen op groepsniveau te rapporteren. We hebben waar mogelijk per specifiek ziektebeeld gerapporteerd.</p> <p>De genoemde huidaandoeningen/ huidproblemen die gemist worden, zijn met de voor ons beschikbare data niet in kaart te brengen. Wel vallen een aantal ziektebeelden (o.a. pruritus) in de groep 'overige'. Zie hiervoor de analyse in bijlage D.</p> <p>Deze aanbeveling zullen we in gedachten houden tijdens de verdiepingsfase.</p> <p>Wij zullen tijdens de verdieping voor ogen houden dat er ook voldoende aandacht is voor juiste diagnostiek. Wij hebben in de gesprekken met partijen begrepen dat het stellen van de juiste diagnose bij veel huidaandoeningen speelt. Mogelijk kan de verdieping van eczeem en psoriasis ook verbetering geven voor andere (kleinere) huidaandoeningen.</p>
V&VN VS dermatologie	<p>De analyse is duidelijk en zeer herkenbaar. De argumentatie voor de twee gekozen onderwerpen is duidelijk en relevant. Het ontwikkelen van een onafhankelijke commissie voor de behandeling van psoriasis (zinnige zorg) zou nog wel wat op kunnen leveren.</p>	<p>Tijdens de screening kijken we nog niet naar eventuele oplossingsrichtingen. Deze kunnen eventueel tijdens de verdieping worden ingebracht.</p>
VAP	<p>Degelijk en duidelijk rapport. Geen aanvullingen of verbeteringen.</p>	
VMCE	<p>Wij hebben geen aanvullingen of toevoegingen. De door de VMCE aangevoerde vicieuze cirkels staan beschreven en worden dus serieus genomen. Ook de argumentatie om tot de keuzes van de zorgtrajecten te komen is in orde; er zijn recente richtlijnen, praktijkdata en ideeën genoeg om de verdiepingsfase in te gaan.</p>	
ZN	<p>Geen opmerkingen.</p>	

Bijlage D Selectie van dermatologische aandoeningen voor verdere screening

In de screeningsfase heeft het Zorginstituut een aantal huidaandoeningen geselecteerd die we daarna samen met de betrokken partijen nader hebben verkend. Deze bijlage bevat een beschrijving van de selectiemethode die we hiervoor hebben gebruikt en de uitkomsten van de analyse van huidaandoeningen op basis van het aantal patiënten en de kosten.

Selectiemethode

In de analyse hebben we het ICD-10-hoofdstuk 'Ziekten van huid en subcutis' bekeken. Daarnaast hebben we nog de volgende huidaandoeningen die onder een ander ICD-10-hoofdstuk vallen, in de analyse meegenomen: huidinfecties, benigne en premaligne huidafwijkingen en brandwonden.

Voor het aantal patiënten binnen de huisartsenzorg (eerste lijn) hebben we gebruik gemaakt van de prevalentiegegevens^{xxi} van NIVEL Zorgregistraties uit 2017^[50] en voor het aantal patiënten in de medisch-specialistische zorg (tweede lijn) van de Vektis-gegevens (dbc's) uit 2016. De prevalentiegegevens zijn omgerekend naar het aantal patiënten in de totale populatie. Voor beide databronnen geldt dat het unieke zorggebruikers betreft. Voor de kosten per aandoening zijn de gedeclareerde kosten in de tweede lijn op basis van de Vektis-gegevens (dbc's inclusief add-on geneesmiddelen¹²) uit 2016 gebruikt.

Om inzicht te krijgen in het aantal patiënten in de eerste en de tweede lijn, hebben we de typerende diagnoses van de dbc's gekoppeld aan de ICPC-codes waarop de prevalenties in de eerste lijn worden geregistreerd (de uiteindelijke koppeling is opvraagbaar bij het Zorginstituut). De twee codestelsels zijn aan elkaar gekoppeld op basis van de diagnoseomschrijvingen behorend bij de codes met advies van een medisch expert.

Om te komen tot een selectie van huidaandoeningen binnen het ICD-10-hoofdstuk, hebben wij voor het aantal patiënten in de eerste lijn, het aantal patiënten in de tweede lijn en de kosten een top 10 gemaakt. Zo ontstaan drie lijsten. Hierna hebben wij alle aandoeningen geselecteerd die op ten minste twee van de drie lijsten in de top 5 voorkwamen. Als dit minder dan vijf aandoeningen opleverde, hebben we naar de top 6 gekeken van alle drie de lijsten. Als dat nog geen top 5 opleverde, hebben we ook naar de volgende positie(s) gekeken.

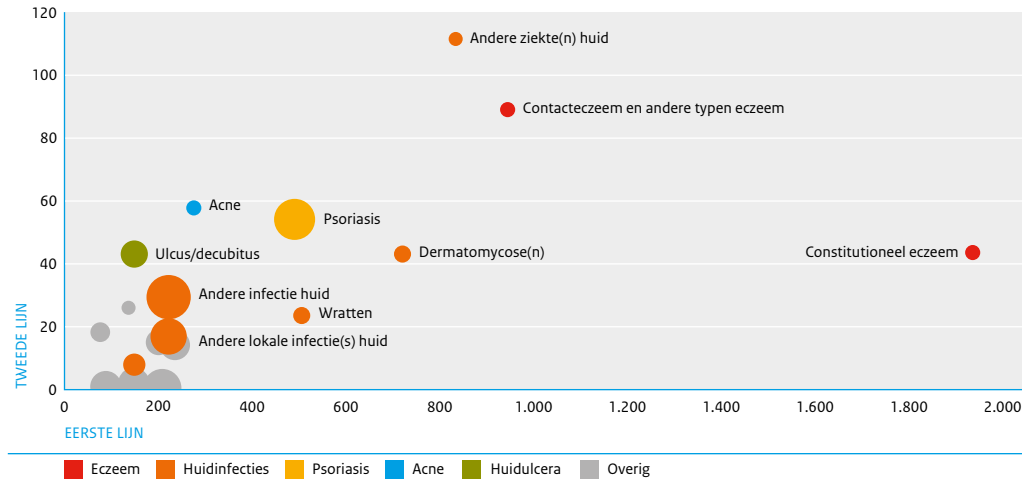
Hiernaast hebben we apart gekeken naar aandoeningen die buiten het ICD-10-hoofdstuk 'Ziekten van huid en subcutis' vallen. Wanneer het aantal patiënten en de kosten even groot of groter zijn dan die van de aandoeningen in de top 5, hebben we deze ook geselecteerd voor verdere screening.

Uitkomsten

Binnen het ICD-10-hoofdstuk is constitutioneel eczeem veruit de meest voorkomende huidaandoening in de huisartspraktijk, gevolgd door contacteczeem en andere vormen van eczeem (zie figuur D.1 en tabel D.1). Psoriasis heeft de hoogste gemiddelde kosten per patiënt van de aandoeningen binnen het ICD-10-hoofdstuk. Deze hoge gemiddelde kosten per patiënt worden voornamelijk veroorzaakt doordat zo'n 10 procent van de patiënten in de tweede lijn wordt behandeld met dure geneesmiddelen (biologicals).

^{xxi} Prevalentie is het aantal patiënten uitgedrukt als proportie van de totale populatie op een gegeven moment in de tijd.

Figuur D.1 | Jaarlijks aantal patiënten (x1000) in de eerste (horizontale as) en tweede lijn (verticale as) en de gemiddelde kosten per patiënt in de tweede lijn (grootte van de bol) per aandoening binnen het ICD-10-hoofdstuk 'Ziekten van huid en subcutis'



Naast eczeem en psoriasis vallen de vele huidinfecties op die ook in sommige gevallen hoge kosten met zich meebrengen. Dit geldt met name voor de groepen “Andere infectie huid” en “Andere lokale infectie(s) huid”. De huidinfectie met het grootste aantal patiënten in zowel de eerste als de tweede lijn zijn de dermatomycosen. Het niveau waarop gespecificeerd kan worden tussen de verschillende huidinfecties is laag. Daarom is ervoor gekozen om huidinfecties als totale groep mee te nemen in de top 5.

Een andere opvallend grote groep zijn de overige huidaandoeningen, die naast hemangioom, pruritus en urticaria ook een aantal verzamelgroepen van niet verder specificeerbare aandoeningen bevat. Deze verzamelgroepen zijn voor het tot stand komen van de uiteindelijke top 5 buiten beschouwing gelaten, omdat onduidelijk is welke aandoeningen dit betreft. Van overige aandoeningen die gespecificeerd zijn, heeft urticaria de hoogste gemiddelde kosten en pruritus het grootste aantal patiënten in zowel de eerste als de tweede lijn. Zowel urticaria als pruritus vallen buiten de uiteindelijke top 5 van aandoeningen voor de screening op basis van aantal patiënten en gemiddelde kosten.

Wanneer de drie lijsten (aantal patiënten in de eerste lijn, aantal patiënten in de tweede lijn en de kosten) gecombineerd worden, blijken (in alfabetische volgorde) acne, eczeem (alle typen), huidinfecties, huidulcera en psoriasis de top 5- aandoeningen binnen het ICD-10-hoofdstuk 'Ziekten van huid en subcutis' te zijn (zie tabel D.1).

In tegenstelling tot de aandoeningen binnen het ICD-10-hoofdstuk, waarin met name de zorg in de eerste lijn plaatsvindt, worden benigne en premaligne huidafwijkingen en moedervlekken veel vaker doorgestuurd en behandeld in de tweede lijn (zie tabel D.2). Hiermee zijn dit ook de meest voorkomende huidaandoeningen in de tweede lijn.

Brandwonden komen relatief weinig voor in zowel de eerste als de tweede lijn. Al zijn de kosten in de tweede lijn het hoogst van alle huidaandoeningen.

Wanneer zowel naar het aantal patiënten in de eerste lijn, aantal patiënten in de tweede lijn als de kosten wordt gekeken zijn benigne en premaligne huidafwijkingen ook relevant om verder te screenen.

Tabel D.1 | Gemiddelde kosten en aantal patiënten per jaar corresponderend met figuur D.1

	Indicatie	Aantal patiënten in de eerste lijn	Aantal patiënten in de tweede lijn	Gemiddelde kosten per patiënt*
Eczeem	Constitutioneel eczeem (CE)	1.932.900	43.827	€ 325,81
	Contacteczeem en andere vormen van eczeem	921.400	89.290	€ 262,58
Huidinfecties	Dermatomycose(n)	686.800	43.562	€ 289,73
	Wratten	467.500	24.140	€ 260,71
	Andere lokale infectie(s) huid	175.100	17.564	€ 1.286,04
	Andere infectie huid	176.800	29.880	€ 1.774,74
	Herpes zoster	102.000	8.150	€ 363,36
Psoriasis	Psoriasis	453.900	55.123	€ 1.780,36
Acne	Acne	231.200	58.148	€ 281,46
Huidulcera	Ulcus/decubitus	100.300	44.208	€ 659,40
Overige	Andere aangeboren afwijking(en) huid	54.400	2.930	€ 295,29
	Andere symptomen aspect huid	156.400	1.027	€ 1.279,35
	Andere symptomen huid	108.800	1.610	€ 1.052,95
	Andere verandering(en) kleur huid	27.200	18.546	€ 309,23
	Andere ziekte(n) huid	802.400	111.982	€ 267,10
	Haaruitval	90.100	26.587	€ 200,37
	Hemangioom	163.200	13.900	€ 323,23
	Pruritus	193.800	15.759	€ 312,33
	Symptomen nagels	39.100	457	€ 919,09
	Urticaria	188.700	13.421	€ 550,45

* Dit zijn de gemiddelde kosten per patiënt in de tweede lijn.

Tabel D.2 | Gemiddelde kosten en aantal patiënten per jaar voor aandoeningen buiten het ICD-10-gebied

	Indicatie	Aantal patiënten in de eerste lijn	Aantal patiënten in de tweede lijn	Gemiddelde kosten per patiënt*
Nieuwvormingen	Benigne en premaligne huidafwijkingen**	312.800	231.155	€ 327,75
	Moedervlekken	498.100	129.152	€ 295,21
Brandwonden	Brandwonden	83.300	9.105	€ 2.354,42

* Dit zijn de gemiddelde kosten per patiënt in de tweede lijn.

** De gegevens van de eerste lijn omvatten alleen benigne huidafwijkingen, de gegevens van de tweede lijn omvatten zowel benigne als premaligne huidafwijkingen.

Conclusie

De aandoeningen die we hebben geselecteerd voor een nadere verkenning in de screeningsfase, zijn:

- De top 5-aandoeningen binnen het ICD-10-gebied 'Ziekten van huid en subcutis': acne, eczeem, huidinfecties, huidulcera en psoriasis. Hierbij heeft constitutioneel eczeem het grootste aantal patiënten en psoriasis de hoogste gemiddelde kosten per patiënt.
- Benigne en premaligne huidafwijkingen. Ook dit zijn aandoeningen met een groot aantal patiënten en relatief hoge kosten.

Bijlage E Ziekte­last voor de zes zorgtrajecten

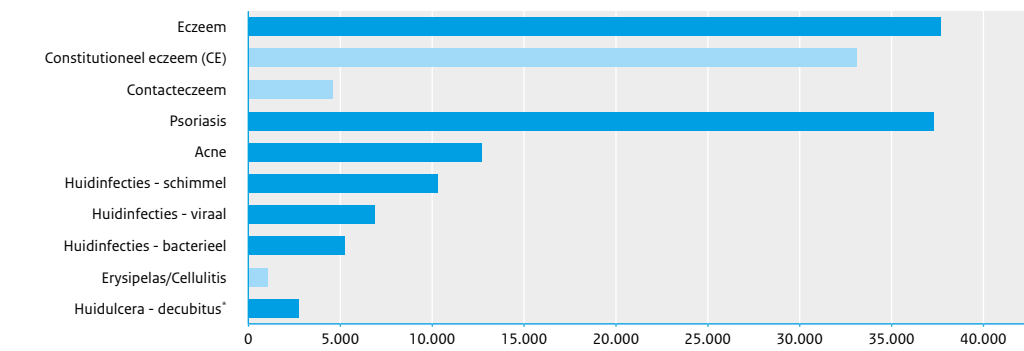
De zes zorgtrajecten die verder bekeken zijn binnen de screening zijn: acne, benigne en premaligne huidafwijkingen, eczeem, huidinfecties, huidulcera en psoriasis (zie bijlage D). Voor deze zes zorgtrajecten hebben we met behulp van de resultaten van de Global Burden of Disease Study uit 2017^[51] naar de ziekte­last van ieder zorgtraject voor onze totale Nederlandse populatie gekeken, ook wel de maatschappelijke ziekte­last genoemd. Hoe groter de groep mensen in Nederland is die een aandoening heeft, hoe groter de maatschappelijke ziekte­last is. Een maat voor de maatschappelijke ziekte­last is de disability-adjusted life years (DALY's)^{xxii}. In een DALY wordt meegenomen hoe vaak een aandoening voorkomt in een populatie en wat de individuele ziekte­last per patiënt is (disability weight). Een disability weight wordt weergegeven in een getal tussen de 0 en 1, waarbij 0 gelijk staat aan een compleet gezond persoon en 1 gelijk staat aan een overleden persoon.

In figuur E.1 is de maatschappelijke ziekte­last voor vijf van de zes zorgtrajecten weergegeven. Constitutioneel eczeem en psoriasis hebben de hoogste ziekte­last van deze vijf zorgtrajecten. Hierna volgen acne en schimmelinfecties.

Op individueel niveau maakt met name de ernst van de aandoening een groot verschil. Voor zowel constitutioneel eczeem, psoriasis, acne en decubitus geldt dat de ernstige vorm een hoge individuele ziekte­last heeft (disability weights 0,4-0,6), terwijl de milde vorm een ziekte­last heeft die zeer vergelijkbaar is met die van compleet gezonde mensen (disability weights 0,011-0,027).^[52] Voor huidinfecties ligt de ziekte­last beduidend lager met disability weights variërend van 0,006-0,133.^[52]

Voor benigne en premaligne huidafwijkingen en voor bepaalde typen huidulcera (diabetische voet en ulcus cruris venosum) was geen informatie over de ziekte­last beschikbaar in deze studie.

Figuur E.1 | Maatschappelijke ziekte­last in Nederland in 2017 uitgedrukt in disability-adjusted life years (DALY's; horizontale as) voor de vijf van zes zorgtrajecten (en eventueel beschikbare onderliggende zorgtrajecten; licht blauw).^[51]



*Voor huidulcera zijn alleen de DALY's voor decubitus beschikbaar.

xxii DALY is een maat voor verloren levensjaren ten gevolge van vroegtijdige sterfte of verlies van kwaliteit van leven. Eén DALY staat daarbij gelijk aan één verloren levensjaar en wordt berekend op basis van prevalentie, ernst en duur van de aandoening.

Literatuurlijst

1. Ben-Gashir MA and Hay RJ. Reliance on erythema scores may mask severe atopic dermatitis in black children compared with their white counterparts. *Br J Dermatol* 2002; 147: 920-5.
2. NHG. NHG-standaard Eczeem. 2014. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-constitutioneel-eczeem>.
3. NCJ. JGZ-richtlijn huidafwijkingen. 2012. Geraadpleegd op via <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/huidafwijkingen>.
4. FMS. Verstandige keuzes bij constitutioneel eczeem en galbulten.
5. Wensink M, Timmer C and Brand PLP. Constitutioneel eczeem bij kinderen wordt niet veroorzaakt door voedselallergie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 4-9.
6. de Bruin Weller MS, Knulst AC, Meijer Y, et al. Evaluation of the child with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy* 2012; 42: 352-62.
7. NVDV. Richtlijn Constitutioneel eczeem. 2014. Geraadpleegd op Apr via <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/constitutioneel-eczeem/constitutioneel-eczeem-korte-beschrijving.html>.
8. NVDV. Richtlijn Contacteczeem. 2014. Geraadpleegd op Apr via <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/contacteczeem/contacteczeem-korte-beschrijving.html>.
9. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, et al. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2: CD012119.
10. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71: 116-32.
11. Stewart S, Suzanne P and de Bruin-Weller M. Dermatocorticosteroiden bij constitutioneel eczeem. *Huisarts Wet* 2013; 56: 346-50.
12. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol* 2011; 165: 808-14.
13. Schussler F. Corticofobie. *WCS Nieuws* 2018; 34: 22-5.
14. Universitair Medisch Centrum Utrecht SVU, VMCE. 'Leef! met eczeem'. Geraadpleegd op 2019 Apr via <https://leefmeteczeem.nl/>.
15. Schuttelaar ML, Vermeulen KM and Coenraads PJ. Costs and cost-effectiveness analysis of treatment in children with eczema by nurse practitioner vs. dermatologist: results of a randomized, controlled trial and a review of international costs. *Br J Dermatol* 2011; 165: 600-11.
16. Schuttelaar ML, Vermeulen KM, Drukker N, et al. A randomized controlled trial in children with eczema: nurse practitioner vs. dermatologist. *Br J Dermatol* 2010; 162: 162-70.
17. Spillekom-van Koulil S and Evers AWM. Psychodermatologie: Psychologische aspecten bij huidaandoeningen. *NTvDV* 2017; 27: 66-8.
18. Waalboer-Spuij R, Tan MBM and Dieleman S. Psychodermatologie in de 21ste eeuw: multidisciplinair? *NTvDV* 2018; 28: 51-3.
19. Kemperman PMJH. Het onderhuidse leed. *Medisch contact* 2018.
20. van Cranenburgh OD, Dekker NN, Kemperman PMJH, et al. Beter Gestemd met je Huid. *Nederlands tijdschrift voor behavioral medicine* 2017; 26: 12 - 5.
21. NVAB. Richtlijn Contacteczeem: preventie, behandeling en begeleiding door de bedrijfsarts. 2006. Geraadpleegd op via <https://nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB/richtlijn-contacteczeem>.
22. NVDV. Leidraad dermatocorticosteroiden. 2019. Geraadpleegd op via <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/09/NVDV-Leidraad-Dermatocorticostero%C3%AFden-2019.pdf>.
23. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol* 2013; 149: 1173-9.
24. NHG. NHG-standaard Psoriasis (derde herziening). 2014. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-psoriasis>.
25. NVDV. Richtlijn Psoriasis. 2017. Geraadpleegd op Apr via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psoriasis/startpagina_-_psoriasis.html.
26. Wakkee M and de Jong EMGJ. Is psoriasis een afhankelijke cardiovasculaire risicofactor? *Ned Tijdschr Geneesk* 2013; 157: A5417.

27. Pouw JN, Leijten EFA, Tekstra J, et al. Spectrum van psoriatische aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 2019; 163.
28. NHG. NHG-Standaard Acne (derde herziening). 2017. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-acne>.
29. NVDV. Richtlijn Acne. 2014. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acne/acne_-_korte_beschrijving.html.
30. NVDV. Richtlijn Hidradenitis suppurativa. 2017. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hidradenitis_suppurativa_hs/startpagina_-_hidradenitis_suppurativa_hs.html.
31. NVH. Kennisagenda Huidtherapie - Focus op Huidzorg. 2018.
32. NHG. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. 2017. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-verdachte-huidafwijkingen>.
33. NVDV. Richtlijn Actinische keratose. 2018. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/actinische_keratose/klinische_aspecten_actinische_keratose.html.
34. de Haas E and Kukutsch N. Visiedocument legt basis onder preventie van huidkanker. Medisch contact 2018: 18-9.
35. NHG. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (tweede herziening). 2017. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-bacteriele-huidinfecties>.
36. NHG. NHG-Standaard Dermatomyosen (eerste herziening). 2008. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-dermatomyosen>.
37. NHG. NHG-Behandelrichtlijn Gordelroos. 2018. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/downloads/nhg-behandelrichtlijn-gordelroos>.
38. NVDV. Richtlijn Cellulitis en erysipelas. 2013. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cellulitis-erysipelas_ouderste_extremiteten/cellulitis_en_erysipelas_-_korte_beschrijving.html.
39. NVDV. Kennisagenda 2019. Geraadpleegd op Apr via <http://www.nvdv.nl/informatie-voor-de-professional/kennisagenda/>.
40. NHG. NHG-Standaard Decubitus (eerste herziening). 2015. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-decubitus>.
41. V&VN. Richtlijn Decubitus. 2011. Geraadpleegd op via https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Dispform_custom.aspx?ID=19.
42. NHG. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (vierde herziening). 2018. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-diabetes-mellitus-type-2-derde-herziening>.
43. NIV. Richtlijn Diabetische voet. 2017. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/startpagina_diabetische_voet.html.
44. NHG. NHG-Standaard Ulcus cruris venosum. 2010. Geraadpleegd op via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-ulcus-cruis-venosum>.
45. NVDV and NVvH. Richtlijn Ulcus cruris venosum. 2014. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_ulcus_cruis_venosum/ulcus_cruis_venosum_-_korte_beschrijving.html.
46. NVvH. Diagnostiek en Behandeling van Patiënten met Perifeer Arterieel Vaatlijden van de Onderste Extremititeit. 2016. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perifeer_arterieel_vaatlijden_pav/pav_-_startpagina.html.
47. NVvH. Richtlijn Wondzorg. 2013. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg/wondzorg_-_korte_beschrijving.html.
48. NVDV and NVvH. Richtlijn Compressietherapie. 2014. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_compressietherapie/compressietherapie_-_korte_beschrijving.html.
49. NVvH, NVDV and NVPC. Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland. 2018. Geraadpleegd op via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_organisatie_van_wondzorg_in_nederland/inventarisatie_bestaande_standaarden_wondzorg.html.
50. Nielen MMJ, Boersma-van Dam ME and Schermer TRJ. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2017. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.
51. Network GBoDC. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results Tool. Seattle, United States 2017. Geraadpleegd op via <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
52. Network GBoDC. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Disability Weights. Seattle, United States 2018. Geraadpleegd op via <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2017-disability-weights>.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Zorg 1 | Team Geboortezorg & Gynaecologie

Contact

Projectleider: Kim Boerman
E-mail: ZZHuid@zinl.nl

Volgnummer: 2019020121