

Implementatieplan

Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn psoriasis. Voor het opstellen van dit plan is een inventarisatie gedaan van de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen. Daarbij heeft de richtlijnwerkgroep een advies uitgebracht over het tijdspad voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die door verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

Werkwijze

Om tot dit plan te komen heeft de werkgroep per aanbeveling in de richtlijn nagedacht over:

- Het tijdstip waarop de aanbeveling de implementatie gerealiseerd zou moeten zijn;
- De verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- Randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- Mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- Mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- Welke partijen aan zet zijn.

Lezers van dit implementatieplan dienen rekening te houden met het feit dat er verschillen zijn tussen 'sterke aanbevelingen' en 'zwakke aanbevelingen'. In het eerste geval doet de richtlijncommissie een duidelijke uitspraak over iets dat wel of niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld en spreekt de werkgroep haar voorkeur of advies uit, maar laat zij meer ruimte voor alternatieven. Een reden hiervoor is bijvoorbeeld dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om de aanbeveling te onderbouwen. Een zwakke aanbeveling is te herkennen aan de formulering en begint bijvoorbeeld met 'Overweeg om...'. Zowel voor de sterke als voor de zwakke aanbevelingen heeft de werkgroep nagedacht over de implementatie. Alleen voor sterk geformuleerde aanbevelingen worden implementatietermijnen gegeven.

Implementatietermijnen

Voor de volgende aanbevelingen geldt dat implementatie op korte termijn gerealiseerd zou moeten worden. In de meeste gevallen geldt hiervoor de termijn van 1-3 jaar. In onderstaande aanbeveling is dat 1 jaar:

Aanbeveling	Toelichting
Voer laboratoriumcontroles uit voor de parameters genoemd in de tabel volgens aangegeven frequentie. Betreft: alle modules omtrent systemische medicatie	Mogelijk kostendalend door minder laboratoriumcontroles t.o.v. de vorige richtlijnherziening. Er volgt een herziening toxicologie screening via de NVR.
Behandel patiënten met psoriasis en een inflammatoire darmziekte niet met IL-17-antagonisten.	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.
Overweeg CsA niet te gebruiken bij psoriasispatiënten met niet-melanoom huidkanker in de voorgeschiedenis.	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.

<p>Diabetes mellitus is geen absolute contra-indicatie voor systemische behandelingen voor psoriasis, echter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Overweeg om CsA of MTX niet te gebruiken als behandeling bij patiënten met diabetes en/of kenmerken van het metabool syndroom. ○ Overweeg om acitretine niet te gebruiken als behandeling bij patiënten met dyslipidemie en/of diabetes mellitus. 	<p>Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.</p>
<p>Psoriasis en ischemische hartziekten:</p> <p>Gebruik geen CsA bij patiënten met psoriasis en ischemische hartziekten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Overweeg om acitretine niet te gebruiken bij patiënten met psoriasis en ischemische hartziekten. <p>Psoriasis en gevorderd hartfalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gebruik geen CsA of TNF-alfa-blokkers bij patiënten met psoriasis en gevorderd hartfalen. 	<p>Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.</p>
<p>Vermijd of stop het gebruik van CsA en dimethylfumaraat bij psoriasispatiënten met een matig tot ernstig verminderde nierfunctie (eGFR <45 ml/min), omdat het gebruik tot nierfalen kan leiden. Informeer de patiënt over een risico op chronische nefrotoxiciteit.</p>	<p>Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.</p>
<p>Vermijd of stop het gebruik van MTX bij psoriasispatiënten met een matig tot ernstig verminderde nierfunctie (eGFR <45 ml/min), omdat het gebruik het risico op toxiciteit sterk verhoogt. Overleg met een internist(-nefroloog) indien er geen alternatief voor MTX is.</p>	<p>Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.</p>
<p>Gebruik geen TNF-alfa-blokkers bij psoriasispatiënten met MS of een andere demyeliniserende ziekte.</p> <p>Bij psoriasispatiënten met een eerstegraads familielid met MS of een andere demyeliniserende ziekte, wordt het gebruik van TNF-alfa-blokkers afgeraden indien er een andere geschikte behandeloptie is.</p>	<p>Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.</p>

Behandel bovengenoemde patiëntengroep (hepatitis B) bij voorkeur niet met TNF-alfa-blokkers.	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.
<p>Gebruik geen acitretine in de reproductieve levensfase van vrouwen. Indien toch noodzakelijk moet er dubbele anticonceptie worden gebruikt. Acitretine is teratogeen en is gecontra-indiceerd bij vrouwen die zwanger kunnen worden, zwangerschap plannen, borstvoeding geven of geen anticonceptie kunnen gebruiken tot drie jaar na stopzetting van de therapie.</p> <p>Gebruik geen dimethylfumaraat en apremilast tijdens de zwangerschap. Er is onvoldoende informatie over dimethylfumaraat en apremilast om deze als veilig te beschouwen tijdens de zwangerschap.</p>	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.
Overweeg de behandeling met biologics te stoppen in het tweede en derde trimester (behalve certolizumab pegol) om foetale blootstelling en het mogelijk infectierisico voor de pasgeborene te minimaliseren.	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.
Onderbreek het immunosuppressivum enige tijd vóór toediening van een levend vaccin (zie opsomming in inleiding*). Voor de duur van deze onderbrekingsperiode dient de halfwaardetijd van het medicijn en het werkingsmechanisme in ogenschouw te worden genomen (zie tabel 1 voor advies omtrent duur onderbreking).	Redenen om middel niet voor te schrijven bij desbetreffende comorbiditeit zijn beschreven in de bijbehorende module.

Voor sommige aanbevelingen geldt echter dat zij niet direct overal kunnen worden ingevoerd, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan middelen, expertise of de juiste organisatievormen. In sommige gevallen dient ook rekening te worden gehouden met een leercurve. Daarnaast kan de aanwezigheid van personeel of faciliteiten of de afstemming tussen professionals een belemmering zijn om de aanbevelingen op korte termijn in te voeren. Voor de volgende aanbevelingen geldt daarom een implementatietermijn van één tot drie jaar:

Aanbeveling	Toelichting
Verwijs naar de reumatoloog voor het stellen van de diagnose PsA bij patiënten met een verdenking op PsA.	Mogelijk kostenstijging door verwijzingen. Mogelijk kostendaling door tijdige interventie.
Overleg met een MDL-arts bij het voorschrijven van systemische therapie bij	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen.

psoriasispatiënten die ook bekend zijn met een inflammatoire darmziekte.	
Overleg bij psoriasispatiënten met een actuele maligniteit of een maligniteit in de voorgeschiedenis waarvoor nog follow-up bij een behandelaar, met de behandelaar alvorens te starten of continueren met immunosuppressiva om zo tot een geïnformeerd, weloverwogen beslissing te komen, rekening houdend met patiënt (en diens voorkeur).	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen.
Bespreek de keuze voor systemische therapie inzake psoriasis bij psoriasispatiënten met gevorderd hartfalen met een cardioloog.	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen.
Werk samen met of consulteer een internist(-nefroloog) in de volgende situaties: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bij een mild tot matig (of ernstiger) verminderde nierfunctie (eGFR <45 ml/min) voor of tijdens behandeling met systemische therapie. ○ Bij een afname van de nierfunctie tijdens systemische therapie van een eGFR >15 ml/min ○ Bij ernstig verhoogde albuminurie (>30 mg/mmol) voor of tijdens behandeling met systemische therapie. 	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen. Mogelijk kostenstijgend door verwijzingen. Mogelijk kostendalend door tijdige interventie.
Overleg met een MDL-arts inzake het volgende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Voorafgaand aan de behandeling, bij patiënten met positieve testresultaten voor HBsAg of positief HBV-DNA. ○ Bij de keuze van een systemische behandeling van patiënten met een positieve anti-HBc en een neg. HBsAg/HBV-DNA-test. 	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen. Mogelijk kostenstijgend door verwijzingen. Mogelijk kostendalend door tijdige interventie.
Overleg bij vrouwen met psoriasis die systemische therapie (gaan) gebruiken, preconceptioneel en in de zwangerschap met een gynaecoloog met expertise in de zorg voor zwangere vrouwen met medische problemen.	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen. Mogelijk kostenstijgend door verwijzingen. Mogelijk kostendalend door tijdige interventie.
Bespreek het belang van een adequate vaccinatiestatus alvorens het starten van systemische immunosuppressieve medicatie inzake psoriasis. Verwijs zo nodig naar een gespecialiseerd centrum.	Hiervoor is nodig dat alle betrokken verenigingen dit uitdragen. Mogelijk kostenstijgend door verwijzingen. Mogelijk kostendalend door het niet onderbreken van de behandeling waardoor betere en consistentere ziektecontrole.
Het wordt aanbevolen om patiënten in een register in te schrijven (indien beschikbaar). Bespreek dit met de patiënt.	Hiervoor is nodig dat de bestaande registers toegankelijk zijn elke dermatoloog in elk centrum.

	Verwacht wordt dat dit kostenneutraal is want dit wordt berekend binnen dezelfde DBC. Mogelijk vergt dit extra wel een extra tijdsinvestering van de dermatologen.
--	--

Impact op zorgkosten

Veel aanbevelingen brengen geen of nauwelijks gevolgen met zich mee voor de zorgkosten. Een aantal aanbevelingen doet dit echter wel. In onderstaande tabel wordt per module beschreven welke aanbevelingen volgens de richtlijncommissie een belangrijk effect met zich meebrengen op de zorgkosten en welk effect dit is.

Aanbeveling	Toelichting
Voer laboratoriumcontroles uit voor de parameters genoemd in de tabel volgens aangegeven frequentie. Betreft: alle modules omtrent systemische Medicatie	Mogelijk kosten dalend door minder laboratoriumcontroles t.o.v. de vorige richtlijnherziening.
Maak een economische afweging bij het voorschrijven van dure geneesmiddelen op basis van duurzaamheid en de punten genoemd in de eerste aanbeveling. Neem biosimilars mee in de overweging.	Ontwikkeling van biosimilars zorgt voor een daling in de kosten, dit geldt ook voor toekomstige biosimilars. Er is een 'Budget Impact Analyse' (BIA) verricht.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij volgens de richtlijncommissie zouden moeten ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties (NVDV, NVOG, NVVC, NVVP, NVR, NVMDL, NVZA, NHG, NIV, NVALT)

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden;
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen;
- Verzorgen van (bij)scholing en training om ervoor te zorgen dat de gewenste expertise geleverd kan worden voor het naleven van de richtlijn;
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisite;

Initiatief nemende wetenschappelijke vereniging (NVDV)

- Bekend maken van de richtlijn onder de andere betrokken wetenschappelijke – en beroepsverenigingen en patiëntorganisaties.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen;
- Het afstemmen van lokale protocollen op de aanbevelingen in de richtlijn;
- Aanpassen patiënten informatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden;
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen;

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, NZA, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders)

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ter mede toezien op implementatie van de zorg die in deze richtlijn wordt aanbevolen. Over het algemeen is het waarschijnlijk dat

noodzakelijke investeringen voor de baat uit gaan. De 'sterk geformuleerde aanbevelingen' in deze richtlijn kunnen, na verloop van de aangegeven implementatietermijnen door zorgverzekeraars worden gebruikt voor de inkoop van zorg.

Wetenschappers en subsidieverstrekkers

- Onderzoek initiëren naar de kennislacunes.

Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan richtlijnendatabase. Opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.