

Zorgnetwerken voor mensen met reumatische aandoeningen in Nederland

W.F.H. Peter, F.J. van der Giesen, C.H.M. van den Ende, J. Dekker, S. de Jong, T.P.M. Vliet Vlieland

INLEIDING

Oefentherapie en patiënteducatie zijn effectief bij mensen met reumatische aandoeningen zoals reumatoïde artritis, axiale spondylartritis (zoals de ziekte van Bechterew) en heup- en knieartrose, en wordt aanbevolen in nationale en internationale behandelrichtlijnen. [1-8] Effectieve conservatieve zorg, waaronder oefentherapie, blijkt echter onvoldoende benut te worden in de dagelijkse praktijk. [9-14] Dit kan leiden tot onnodige beperkingen in activiteiten en participatie, en het te vroegtijdig inzetten van intensieve medicamenteuze of chirurgische behandelingen. [13] Om de kwaliteit en toegankelijkheid van oefentherapeutische zorg bij reumatische aandoeningen te optimaliseren zijn en worden reumanetwerken opgericht. Voorbeelden hiervan zijn de in de regio's Leiden en Enschede opgerichte 'Fyranetwerken', die aantoonbaar leidden tot een beter kennisniveau van fysiotherapeuten en oefentherapeuten (hierna aangeduid als therapeuten), een betere communicatie tussen reumatologen en therapeuten en een hogere patiënttevredenheid in vergelijking met de tevredenheid van patiënten die door niet-netwerktherapeuten behandeld waren. [15,16] Later zijn ook andere reumanetwerken opgezet, waarbij het *Stappenplan voor het opzetten van een Reumanetwerk* (Reumapatiëntenbond 2011) vaak als leidraad gebruikt is. Uit een inventarisatie in 2012 door de Sectie fysiotherapie van de Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie (NHPR) bleek

dat er in totaal vijftien verschillende, landelijk verspreide reumanetwerken actief waren. Er werden echter grote verschillen geconstateerd in welke reumapatiënten er behandeld werden, organisatie (zoals wel of geen bestuur) en het zorgaanbod (zoals wel of geen groepsoefentherapie) daarvan. Er bleek daarnaast veel variatie in de eisen voor lidmaatschap van het netwerk en eisen ten aanzien van het bijwonen van de reumanetwerkactiviteiten (mondelijke communicatie).

De geconstateerde variatie ten aanzien van de beschikbaarheid en organisatie van reumanetwerken in Nederland was aanleiding voor het Reumafonds om een onderzoek te starten om meer inzicht in het functioneren van deze netwerken en de behoefte van netwerkleden ten aanzien van de netwerken te krijgen. In het rapport zijn aanbevelingen opgenomen voor kwaliteitsverbetering van de zorg bij mensen met een reumatische aandoening en hoe een optimale organisatie van reumanetwerken in Nederland hieraan kan bijdragen. Hiertoe is een inventarisatie van kenmerken van reumanetwerken gedaan. Ook zijn de visies van alle stakeholders, waaronder patiënten, die betrokken zijn bij reumanetwerken, in het onderzoek meegenomen

METHODE

Definitie reumanetwerk

Door middel van een oriënterend literatuuronderzoek, gericht op internationale en nationale literatuur over 'models of care' en 'care networks', gecombineerd met vaktermen op het gebied van reumatologie, werd allereerst inzicht verkregen in de wijze waarop reumanetwerken kunnen worden gedefinieerd. Dit leidde tot een afgebakende definitie waarmee in het project verder werd gewerkt:

Elk samenwerkingsverband van ten minste 5 behandelaars in de eerste lijn, al dan niet in combinatie met behandelaars in de tweede lijn en/of reumapatiëntenverenigingen, dat gericht is op in ieder geval de conservatieve behandeling, en met formele afspraken over de organisatie van zorg voor en/of over de inhoud van behandeling van mensen met een reumatische aandoening. Het netwerk richt zich in elk

Dr. W.F.H. Peter, fysiotherapeut/onderzoeker, afdeling Orthopaedie, Revalidatie en Fysiotherapie, Leids Universitaire Medisch Centrum, Leiden

Dr. F.J. van der Giesen, physician assistant/onderzoeker, afdeling Orthopaedie, Revalidatie en Fysiotherapie, Leids Universitaire Medisch Centrum, Leiden en afdeling Reumatologie, HagaZiekenhuis, Den Haag

Dr. C.H.M. van den Ende, senior onderzoekscoördinator, afdeling Reumatologie en Farmacie, St. Maartenskliniek, Nijmegen

Prof. dr. J. Dekker, hoogleraar Paramedische Zorg, afdeling Revalidatiegeneeskunde en Psychiatrie, VU medisch centrum, Amsterdam

Drs. S. de Jong, manager Patiëntenbelangen, Reumafonds, Amsterdam

Prof. dr. T.P.M. Vliet Vlieland, hoogleraar Doelmatigheid van revalidatieprocessen, in het bijzonder fysiotherapie, afdeling Orthopaedie, Revalidatie en Fysiotherapie, Leids Universitaire Medisch Centrum, Leiden

geval (maar niet per se exclusief) op de behandeling van mensen met reumatoïde artritis (RA), axiale spondylartritis (zoals de ziekte van Bechterew), en/of heup- en knieartrose (OA).

Inventarisatie structuur en proces reumanetwerken

Uitgangspunt vormde de al beschikbare lijst van vijftien reumanetwerken. Door een internetsearch en gesprekken met diverse stakeholders zijn nog niet bij de projectgroep bekende reumanetwerken geïdentificeerd. Vervolgens zijn, door middel van semigestructureerde interviews met netwerkcoördinatoren en vragenlijstonderzoek onder netwerkleden, kenmerken en het functioneren van netwerken, tevredenheid en wensen voor de toekomst bij de leden in kaart gebracht.

Semigestructureerde interviews netwerk coördinatoren

Door middel van telefonische, semigestructureerde interviews met de coördinatoren van de geïdentificeerde reumanetwerken werden de kenmerken van de netwerken in beeld gebracht. In de interviews werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

Structuur kenmerken: betrokken disciplines met aantallen; organisatorische aspecten (bestuur, doelstellingen); financiële aspecten (contributie, extra vergoeding zorgverzekeraar als netwerklid); toegankelijkheid van het netwerk voor nieuwe leden; inhoudelijke afspraken binnen het netwerk.

Proces kenmerken: communicatie, samenwerking en PR; wensen voor de toekomstige organisatie van het netwerk.

Vragenlijst netwerkleden

De coördinatoren van de netwerken werd gevraagd om een digitale vragenlijst onder alle leden te verspreiden met het verzoek deze in te vullen.

Omdat bijna alle netwerken uitsluitend of grotendeels uit fysiotherapeuten en/of oefentherapeuten bestonden, is dit vragenlijstonderzoek alleen uitgevoerd onder fysio- en oefentherapeuten. In deze vragenlijst werden vragen gesteld met betrekking tot de volgende proces kenmerken: gevolgde (na) scholing; ervaring met de doelgroep; betrokkenheid bij netwerkactiviteiten; het aantal contacten met andere zorgverleners en verwijzers; tevredenheid over de inhoud, organisatie en functioneren van het netwerk; en wensen voor de toekomst van reumanetwerken. Hiervoor werden onder andere vragenlijsten gebruikt die eerder zijn toegepast om het functioneren van de Fyranet-netwerken te meten (aspecten communicatie, tevredenheid met scholing) [15,16] en het aantal contacten te meten dat professionals met elkaar hebben ter verbetering van communicatie binnen een netwerk. [18]

Omdat alleen e-mailadressen bekend waren, is er via de coördinatoren tweemaal een herinneringsmail gestuurd.

Invitational conference

Om tot breed gedragen aanbevelingen te komen op basis van de resultaten van de inventarisatie werd een *invitational conference* met alle betrokken stakeholders georganiseerd. Uitgenodigd werden: reumapatiënten; het Reumafonds; Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR); NHPR; Nederlands Orthopaedische Vereniging (NOV); Nederlands Paramedisch Instituut (NPI); Ergotherapie Nederland; Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM); Transmuraal Netwerk Midden Holland; Reumaverpleegkundigen; eerstelijnsfysio- en oefentherapeuten; vertegenwoordigers van reumanetwerken; zorgverzekeraars; Zorginstituut Nederland; en vertegenwoordigers van onderzoeks- en zorginstellingen op het gebied van de reumatologie; Kaderartsen bewegingsapparaat van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

De *invitational conference* werd voorbereid in twee klankbordgroepbijeenkomsten, waarin patiënten, netwerkleden, netwerkcoördinatoren, het Reumafonds, KNGF en implementatiedeskundigen waren vertegenwoordigd.

In de *invitational conference* werden zes punten plenair (doelstelling netwerken) en in twee rondes van groepsdiscussies met groepen van tien deelnemers (overige punten) bediscussieerd. Om de discussie te faciliteren werden de volgende vragen geformuleerd

- Wat is/zijn de centrale doelstelling(en) van reumanetwerken?
- Zou een **basisscholingsniveau** als instapcriterium voor lidmaatschap voor een reumanetwerk moeten gelden? En eisen aan bij-/nascholing voor continuering van lidmaatschap van een reumanetwerk?
- Zou **werkervaring met de doelgroepen** als instapcriterium voor een reumanetwerk moeten gelden? En een **minimaal behandelvolume** voor continuering van lidmaatschap van een reumanetwerk?
- Is **centrale ondersteuning** van reumanetwerken gewenst? Wat zijn op hoofdlijnen de taken van deze centrale ondersteuning?
- Hoe zou de communicatie en samenwerking **tussen netwerkleden en reumatologen** en tussen **netwerkleden onderling** verbeterd kunnen worden?

- Hoe kunnen **verwijzingen** door reumatologen en **zelfverwijzingen** gestimuleerd worden?

RESULTATEN

Structuur en proceskenmerken reumanetwerken

Semigestructureerde interviews netwerkcoördinatoren

Er werden 19 reumanetwerken geïdentificeerd (aantal leden per netwerk; mediaan 18, range 7-106). De geografische spreiding is weergegeven in figuur 1. De resultaten van de interviews met de 19 coördinatoren van deze reumanetwerken staan vermeld in tabel 1. De Nederlandse reumanetwerken zijn voornamelijk fysio- en oefentherapeutische netwerken. Zij blijken wat betreft de structuur in belangrijke mate van elkaar te verschillen, onder andere ten aanzien van doelstelling, grootte, organisatiestructuur, het al dan niet hanteren van criteria voor lidmaatschap, werkafspraken en financiering. Coördinatoren gaven ook aan dat een verbetering in de communicatie met zowel verwijzers als patiënten qua inhoud en frequentie wenselijk is, evenals ondersteuning bij de organisatie van het netwerk en netwerkbijeenkomsten.

De 19 netwerkcoördinatoren benaderden in totaal 479 therapeuten voor het invullen van de vragenlijst. Hiervan gaven 52 leden aan niet mee te willen doen omdat zij de afgelopen 12 maanden geen patiënten met RA, Bechterew of heup-knieartrose hadden gezien. Van de overige 427 netwerkleden vulden 214 (50%) de vragenlijst in (range per netwerk 3-40).

Vragenlijst netwerkleden

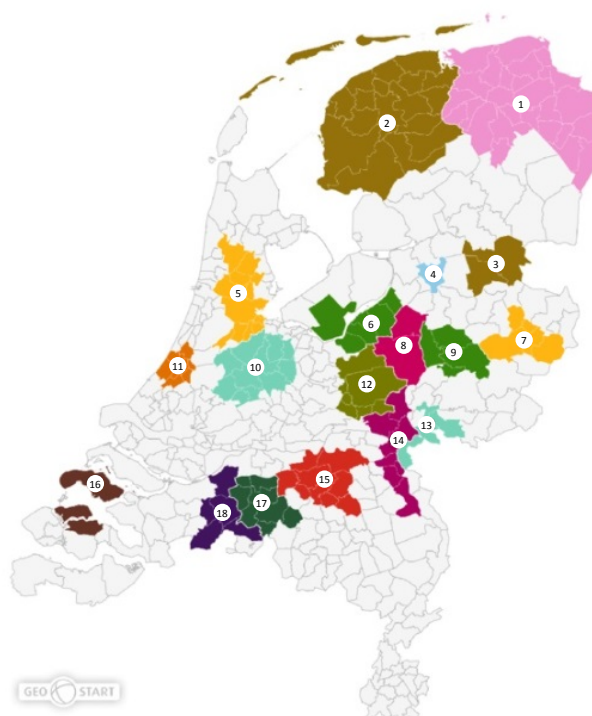
De resultaten van het vragenlijstonderzoek onder de netwerkleden zijn weergegeven in tabel 2. Samengevat heeft ruim twee derde (recent) aanvullende scholing gevolgd op het gebied van reumatische aandoeningen. Een kwart van hen neemt deel aan symposia of congressen op het gebied van reumatologie en ongeveer 20% is lid van de NHPR. Per jaar zien 57%, 55% en 41% van de therapeuten respectievelijk 1-10 RA-, bechterew- of heup- en knieartrosepatiënten. Verder heeft 67% van de therapeuten 1 tot 5 contacten met verwijzers per jaar. In totaal zijn 19% en 10% van de netwerkleden tevreden over de bekendheid van het reumanetwerk bij respectievelijk de verwijzers en patiënten. Het overgrote deel heeft behoefte aan regelmatige, geaccrediteerde nascholing (81%) en een centrale regie over de inhoud en organisatie van de reumanetwerken (81%).

Invitational conference over inrichting reumanetwerken

Tijdens de *invitational conference*, die werd georganiseerd in Utrecht op 29 oktober 2015, zijn discussies gevoerd met 53 aanwezige relevante stakeholders (zie bijlage *project organisatie en deelnemers invitational conference*).

Doelstellingen reumanetwerken

Tijdens de plenaire discussie over doelstellingen waren alle aanwezigen het er mee eens dat het belangrijkste doel van reumanetwerken is om de kwaliteit van de zorg voor mensen met reumatische aandoeningen te verbeteren. Men was van mening dat het in reumazorg vaak gaat om multidisciplinaire zorg en dat daarom ook tweedelijnszorg betrokken moet worden bij de reumanetwerken. De kwaliteit van deze multidisciplinaire zorg bij reuma en de advisering en begeleiding van reumapatiënten moet expliciet genoemd worden in de doelstelling van reumanetwerken. De ple-



- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ReumaNet Noord | 11. Fyranet Leiden |
| 2. Reumanetwerk Friesland | 12. Reumanetwerk Zuid West-Veluwe |
| 3. Reumanet Salland en vechtdal | 13. Reumanetwerk Achterhoek/Liemers |
| 4. Fyranet Zwolle | 14. Artritis/Artrose ZorgNet |
| 5. Reumanet Amsterdam | 15. Fyranet NO-Brabant |
| 6. Reumanetwerk Randmeren | 16. Fyranet Zeeland |
| 7. Fyranet Twente | 17. Reumanetwerk Tilburg |
| 8. Fyranet Apeldoorn | 18. Reumanetwerk Breda e.o. |
| 9. Fyranet Deventer | 19. Artrosenet (landelijke dekking) |
| 10. Reumanet Utrecht | |

Figuur 1. Geografische spreiding van 19 reumanetwerken in Nederland.

naire discussie heeft geresulteerd in de volgende algemene doelstellingen voor een reumanetwerk om de kwaliteit van oefentherapeutische zorg voor mensen met een reumatische aandoening te verbeteren:

1. Het vergroten van de expertise over reumatische aandoeningen (kennis, ervaring en gebruik evidencebased aanbevelingen) van eerstelijns en tweedelijns paramedische zorgverleners.
2. Het verbeteren van de zichtbaarheid/herkenbaarheid van gespecialiseerde eerste- en tweedelijns paramedische zorgverleners voor verwijzers en reumapatiënten.
3. Het verbeteren van de communicatie/samenwerking tussen verwijzers, netwerkleden en reumapatiënten en tussen netwerkleden onderling.

Middelen en aanpak kwaliteitsverbetering

Tijdens de discussiegroepen zijn de overige vijf punten ten aanzien van bij- en nascholing, werkervaring/behandelvolume, centrale organisatie, communicatie en samenwerking en (zelf)verwijzing besproken. Hierbij werden er per punt een aantal eisen/wensen, suggesties en aandachtspunten ter verbetering genoemd, die samengevat zijn in tabel 3.

Scholing

Voorafgaand aan de invitational conference hadden reumapatiënten via het Reumafondspanel al aangegeven dat zij vaak kiezen voor een fysiotherapeut in de buurt en dat behalve het lidmaatschap van een netwerk vooral van belang is of de desbetreffende fysio- en/of oefentherapeut adequaat geschoold is. Dit werd bevestigd tijdens de invitational conference. Bij- en nascholing zouden een verplicht karakter moeten hebben en als criterium kunnen gelden voor een lidmaatschap van een reumanetwerk, niet alleen voor toetreding, maar ook voor behoud. De scholing zou betaalbaar en geaccrediteerd moeten zijn en dienen te bestaan uit een theoretisch, maar ook een praktisch gedeelte, waarbij arbeidsparticipatie en multidisciplinaire samenwerking aan bod zouden moeten komen. Suggesties om te dienen als bij- en nascholing waren onder andere: bijwonen NVR Najaarsdagen, reumanetwerk bijeenkomsten (geaccrediteerd), masterclasses, meelopen met reumatoloog/orthopedisch chirurg.

Werkervaring en Behandelvolume

Het aantal reumapatiënten dat gezien wordt of het aantal jaren werkervaring met reumapatiënten werden beschouwd als lastig te meten en niet

Tabel 1. Kenmerken van 19 reumanetwerken in Nederland.

<i>Structuur kenmerken</i>	
Aantal leden, mediaan (range)	18 (7-106)
Samenstelling netwerk:	
Fysiotherapeuten	18
Oefentherapeuten Cesar en/of Mensendieck	8
Ergotherapeuten	4
Reumaverpleegkundigen	3
Maatschappelijk werkenden	2
Reumatologen	2
Activiteiten en lidmaatschap	
Bijeenkomsten voor professionals	18
Bijeenkomsten voor patiënten	11
Een formele organisatie structuur (stichting, vereniging etc.)	5
Doelstelling geformuleerd	
Kwaliteit zorg verbeteren	14
Bereikbaarheid en toegankelijkheid verbeteren	9
Verwijzingspatroon verbeteren	5
Organisatie van de zorg verbeteren	4
Communicatie verbeteren	4
Samenwerking verbeteren	3
Implementeren en effect vast leggen evidence-based zorg	3
Informatie en kennis uitwisselen	2
Gebruik van behandelprotocollen	2
Een systeem voor kwaliteitsbevordering en borging	13
Criteria voor lidmaatschap	9
Contributie voor leden	17
Hoogte contributie (n = 7), mediaan (range)	7
Initiatiefnemer:	100 (30-150)
1e lijnpraktijk(en) fysiotherapie	
2e lijnzorginstelling	10
Reumapatiënten (vereniging)	6
Anders, namelijk Regiokantoor oefentherapie West Brabant	2
	1
Proces kenmerken	
Beoordeling communicatie met verwijzers (score 0-10, hogere score is betere beoordeling), mediaan (range)	6 (1-8)
Beoordeling communicatie netwerkleden onderling (score 0-10, hogere score is betere beoordeling), mediaan (range)	6 (3-9)
Lokale samenwerkingspartners:	
Polikliniek reumatologie van een ziekenhuis	17
Huisartsenpraktijk	1
Nederlandse health Professionals in de Reumatologie	2
Reumapatiëntenvereniging	3
Sportvereniging	2
Sportloket van de gemeente	2
Zorgverzekeraar	1
PR strategie:	
Een eigen website	14
Informatiefolders	13
Presentaties over het reumanetwerk	8
Wensen toekomstige organisatie:	
Landelijke PR voor reumanetwerken	16
Eenduidige, landelijke criteria voor deelname	15
Geïnformeerd worden over de evidence-based zorg	12
Landelijke protocollen	10

Tabel 2. Resultaten vragenlijst onderzoek onder 214 leden van 19 reumanetwerken in Nederland.

Geaccrediteerde nascholing op het gebied van de reumatologie (%).	82/214 (38%)
Symposium of congres met betrekking tot reumatologie in afgelopen 5 jaar.	53/202 (26%)
Langer dan 10 jaar ervaring met reumatische aandoeningen.	130/214 (61%)
Geen patiënten met RA, M. Bechterew of heup/knieartrose in de afgelopen 12 maanden gezien.	54/256 (21%)
1 of meer netwerkbijeenkomsten gevolgd in het afgelopen jaar.	177/202 (88%)
Hulp geboden bij het organiseren van netwerkbijeenkomsten.	30/202 (15%)
Begeleiden van beweegactiviteiten voor groepen patiënten.	91/202 (45%)
Betrokken bij bestuursactiviteiten.	28/202 (14%)
Lid NHPR.	42/202 (21%)
> 6 vakinhoudelijke contacten met verwijzers afgelopen 12 maanden.	38/200 (19%)
> 6 vakinhoudelijke contacten met andere reumazorgverleners afgelopen 12 maanden.	15/200 (8%)
Tevreden over het aantal verwijzingen.	29/203 (14%)
Tevreden over het functioneren van het netwerk.	72/198 (36%)
Tevreden over bekendheid van het netwerk bij verwijzers.	37/198 (19%)
Tevreden over bekendheid van het netwerk bij patiënten.	20/198 (10%)
Opnieuw lid worden van het netwerk als men voor de keuze stond.	118/198 (60%)
Behoeftte aan een jaarlijkse landelijke geaccrediteerde scholing.	160/197 (81%)
Behoeftte aan meer uniformiteit in inhoud en organisatie van reumanetwerken in Nederland.	149/197 (76%)
Behoeftte aan een centrale ondersteuning ten aanzien van organisatie en inhoud van het netwerk.	159/197 (81%)

RA = Reumatoïde Artritis, NHPR = Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie

voldoende bevonden om als toelatingscriterium voor een netwerk te kunnen dienen. Het werd wel van belang geacht dat men niet solistisch werkt en dat er aantoonbare samenwerking is met andere collega's op het gebied van de behandeling van mensen met een reumatische aandoening, zodat er continuïteit is in de deskundigheid van de therapeut. Een behandelvolume om het lidmaatschap van een reumanetwerk te continueren werd wel zinvol geacht, waarbij een gemiddelde van minimaal 10 patiënten per jaar over een periode van 3 jaar werd genoemd.

Centrale ondersteuning van netwerken

Er was in de discussie veel draagvlak voor een centrale, landelijke ondersteuning van reumanetwerken om eenduidigheid in inhoud en organisatie van de netwerken te bevorderen. Deze centrale ondersteuning zou de ontwikkeling en zichtbaarheid van regionale netwerken, scholing en kwaliteitsborging, uitwisseling van kennis tussen netwerken en netwerkcoördinatoren en beroepsverenigingen en de communicatie met verwijzers en patiënten dienen te faciliteren.

Communicatie en samenwerking

Het bevorderen van de communicatie met patiënten en tussen zorgverleners onderling werden belangrijke aspecten van zorgnetwerken gevonden. Bij het laatste zou het ook gaan om het delen van kennis en het verhogen van inzicht in elkaars behandelwijze en het uitdragen van ieders exper-

tise. Praktische suggesties waren onder andere het uitnodigen van reumatologen en patiënten voor een netwerkbijeenkomst, intervisie- en casuïstiekbijeenkomsten, regionale activiteiten voor patiënten organiseren, meelopen van paramedici met reumatologen, afspraken over telefonische bereikbaarheid van zowel reumatologen als netwerkleiden, en het oprichten van een cliëntenraad binnen een netwerk.

Verwijzingen en zelfverwijzingen

Ten slotte werden suggesties genoemd om het aantal (zelf)verwijzingen te bevorderen: ontwikkelen en verspreiden van folders en een website over het netwerk, zichtbaar maken via andere instanties binnen de reumazorg, via websites, via mond-tot-mondreclame, het organiseren van meet-and-greetbijeenkomsten, samen een communicatieformulier ontwikkelen over informatie over de behandeling en patiënten(verenigingen) goed informeren over de meerwaarde van de gespecialiseerde reumazorg.

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Bestaande reumanetwerken bestrijken slechts een gedeelte van Nederland en verschillen op het gebied van doelstelling, grootte, organisatiestructuur, het al dan niet hanteren van criteria voor lidmaatschap, werkafspraken en financiering. Ook ten aanzien van competenties van netwerkleiden en communicatie onderling en met verwijzers en patiënten zijn er verschillen. Het aantal verwezen

Tabel 3. Eisen/wensen, suggesties en aandachtspunten discussiegroepen Invitational conference reumanetwerken.

<p>1. Scholing</p> <p><i>a. Welk basis scholingsniveau zou als instapcriterium voor lidmaatschap voor een reumanetwerk moeten gelden?</i></p> <p>Criteria basisscholing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De kwaliteit van de scholing moet gewaarborgd zijn (accreditatie) • Er zijn voldoende scholingsaanbieders <ul style="list-style-type: none"> - NPI scholing reumatische aandoeningen - Scholing via een Hogeschool - Eigen scholing via het netwerk • De scholing is betaalbaar • Arbeidsparticipatie is een onderdeel van de scholing. • Multidisciplinaire samenwerking is een onderdeel van de scholing. • De scholing bestaat uit een theoretisch gedeelte en een praktijk gedeelte.
<p><i>b. Welke bij-/nascholing zouden moeten gelden voor continuering van lidmaatschap van een reumanetwerk?</i></p> <p>Criteria bij-/nascholing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verplicht karakter • Betaalbaar • Bestaan uit bespreken richtlijnen, motivational interviewing, beweegprogramma's, leefstijl, nieuwste inzichten uit literatuur, enz. • Kennis en vaardigheden worden getoetst om de kwaliteit te waarborgen. <p>Suggesties voor bij- en nascholing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bijwonen Najaarsdagen Nederlands Vereniging voor Reumatologie (voorwaarde: accreditatie per beroepsgroep). • Bijeenkomsten via reumanetwerken zelf. • Het organiseren van een inhoudelijke Masterclass. • Meelopen bij een reumatoloog/orthopedisch chirurg ('stage'). • EULAR online course voor Health Professionals in de Reumatologie. • Het volgen van andere congressen of symposia op het gebied van de reumatologie.
<p>2. Werkervaring/behandelvolume</p> <p><i>a. Welke werkervaring met de doelgroepen zou als instap criterium voor een reumanetwerk moeten gelden?</i></p> <p>Het aantal reumapatiënten dat gezien wordt of de hoelang men al reumapatiënten behandelt werden is lastig te meten en niet voldoende bevonden om als toelatingscriterium voor een netwerk te kunnen dienen. Wel is een voorstel om bij minder ervaring met de behandeling van mensen met reumatische aandoeningen eerst een aspirant lidmaatschap toe te kennen en na een bepaalde periode met scholing en werkervaring een volwaardig lidmaatschap.</p>
<p><i>b. Wat zou de minimale behandelvolume moeten zijn om lidmaatschap van een netwerk te kunnen continueren?</i></p> <p>Een behandelvolume om het lidmaatschap van een reumanetwerk te continueren werd zinvol geacht, waarbij een gemiddelde van minimaal 10 patiënten per jaar over een periode van 3 jaar werd genoemd.</p>
<p>3. Centrale organisatie</p> <p><i>Hoe zou de centrale ondersteuning van reumanetwerken eruit moeten zien? Wat zijn op hoofdlijnen de taken en wie zou deze rol op zich moeten nemen?</i></p> <p>Inhoudelijke ondersteuning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor eenduidigheid binnen alle netwerken. • Vastleggen scholingscriteria. • Ondersteuning bij het faciliteren van scholing en het borgen van de inhoudelijke kwaliteit. <p>Organisatorische ondersteuning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen vindbaarheid en zichtbaarheid van reumanetwerken regionaal. • Bevorderen kennisuitwisseling: <ul style="list-style-type: none"> - Door stimuleren betere contacten tussen verschillende netwerken; - Stimuleren contacten tussen netwerkcoördinatoren; - Faciliteren contacten tussen beroepsverenigingen. • Het faciliteren van een goede relatie met de verwijzers en patiënten. • Het faciliteren van de ontwikkeling van een netwerk. • Bevorderen zichtbaarheid van inhoud en effect van de zorg richting zorgverzekeraars en overheid met ondersteuning van ICT. • Faciliteren inzichtelijkheid van het onderscheidend vermogen ten opzichte van niet gespecialiseerde reumazorgverleners. • Faciliteren lokale kartrekkers binnen verschillende reumanetwerken. <p>Verantwoordelijkheid centrale ondersteuning:</p> <p>Alliance van stakeholders met in ieder geval vertegenwoordigd: NVR/NHPR, NOV, NHG/LHV, KNGF, Reumafonds en patiëntenverenigingen.</p> <p>Aandachtspunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit van de zorg laten bewaken door de eindgebruiker = patiënt en hiervoor criteria voor opstellen • Leren van andere 'succesvolle' netwerken zoals ClaudicatioNet en ParkinsonNet. • Efficiënt omgaan met de tijdsinvestering. Energie die nu in netwerken wordt gestopt nu gebruiken in nieuwe organisatie. <p>Er wordt door vertegenwoordiger van het zorginstituut aangegeven dat er een register is waarin de noodzakelijk geachte zorg kan worden geregistreerd om deze aan het zorginstituut zichtbaar te maken.</p>

4. Communicatie en samenwerking*a. Hoe zou de communicatie en samenwerking tussen netwerkleden en reumatologen verbeterd kunnen worden?*

- Betrekken van meer zorgverleners en patiënten reumapatiëntenverenigingen (RPV's) bij het netwerk
- Inzicht verkrijgen in elkaars werkwijze en visie ten aanzien van de behandeling van mensen met een reumatische aandoeningen door gezamenlijke bijeenkomsten met casuïstiek en intervisie besprekingen als tool.
- Kennis delen door multidisciplinaire scholingen organiseren.
- Reumatologen uitnodigen voor netwerkbijeenkomsten door RPV's.
- Expertise uitdragen; netwerkleden moeten transparant communiceren wat zij vanuit hun expertise te bieden hebben aan evidence-based zorg voor patiënten.
- Regionale events organiseren b.v. op Wereldreumadag, waarbij verschillende activiteiten georganiseerd worden van lezingen tot beweegactiviteiten. Hierbij worden dan de diverse stakeholders voor uitgenodigd.
- Ze lijnsfysiotherapeuten bij het netwerk aan laten sluiten in verband met kortere lijnen die zij hebben naar de reumatologen.
- Meelopen/meekijken met het spreekuur van de reumatoloog en/of orthopedisch chirurg.
- Afspraken maken over de telefonische bereikbaarheid van zowel reumatologen als netwerkleden.
- Meer fysieke folders met namen en adressen van netwerkleden omdat dit beter lijkt te werken dan website.

b. Hoe zou de communicatie en samenwerking tussen netwerkleden onderling verbeterd kunnen worden?

- Het organiseren van netwerkbijeenkomsten waarbij casuïstiek bespreking en intervisie aan de orde komt. Hierbij dan patiënt/RPV betrekken.
- Het betrekken van een regionaal RPV en andere disciplines aan het netwerk.
- Het vormen van een cliënten(advies)raad binnen het netwerk.
- Meer uniformiteit in meten van de zorg binnen het netwerk en dit dan ook terugkoppelen in het netwerk.
- Netwerk multidisciplinair maken.
- Accreditatie voor scholing, dit werkt als facilitator voor opkomst netwerkbijeenkomsten.

5. (Zelf)verwijzing*Hoe kunnen verwijzingen door reumatologen en zelfverwijzingen gestimuleerd worden?*

- Het verbeteren van de zichtbaarheid en bereikbaarheid van het netwerk.
- Het ontwikkelen en verspreiden van een folder zowel fysiek als digitaal met bij voorkeur een uniform format voor alle netwerken.
- Het ontwikkelen van een website zodat patiënten en verwijzer de netwerken en leden kunnen vinden.
- Het zichtbaar worden en te vinden zijn via de 'Zorgwijzer' of 'Zorgkaart Nederland' en de website van het Reumafonds.
- Gebruik maken van mond-op-mond reclame, door te vertellen dat je als behandelaar lid bent van een reumanetwerk en/of gespecialiseerd bent in de behandeling van reumatische aandoeningen.
- Goede contacten onderhouden met RPV's zodat via die weg de bekendheid van het netwerk ook bij de verwijzers terecht komt.
- In het contact met de zorgverzekeraar informatie geven over het reumanetwerk.
- Het informeren van de huisarts over (de meerwaarde) van het reumanetwerk.
- De communicatie verbeteren door 2 keer per jaar een soort 'meet and greet' te organiseren. Hierdoor ontmoeten verwijzer en netwerkleden elkaar face-to-face. Het idee is dat fysieke zichtbaarheid en herkenbaarheid beter werkt dan contact via de mail om de verwijzer er aan te herinneren wie de netwerkleden zijn.
- Een communicatieformulier voor de terugkoppeling van de behandeling ontwikkelen in samenspraak met de verwijzer en vervolgens hier ook consequent gebruik van maken in contact met de verwijzer over de patiënt.
- Patiënten en RPV's goed informeren over (de meerwaarde van) de gespecialiseerde reumazorg zodat zij hiernaar kunnen vragen bij de verwijzer.

patiënten en ook het aantal contacten met verwijzers en patiënten is relatief laag. Coördinatoren van reumanetwerken hebben moeite met het organiseren en continueren van het netwerk.

Er is behoefte aan een centrale ondersteuning van de reumanetwerken met aandacht voor scholing en zichtbaarheid. Daarnaast dient de communicatie en samenwerking met verwijzers en patiënten verbeterd te worden. Om de kwaliteit van de zorgverlener te waarborgen dient adequate betaalbare en geaccrediteerde scholing voorhanden te zijn en gevolgd te worden als basis, maar ook als continue deskundigheidsbevordering.

Op basis van het literatuuronderzoek, de interviews en vragenlijsten onder reumanetwerkleden en discussies tijdens de *invitational conference* zijn er doelstellingen voor de optimale organisatie van reumanetwerken geformuleerd:

1. Het vergroten van de expertise over reumatische aandoeningen
2. Het verbeteren van de zichtbaarheid en herkenbaarheid
3. Het verbeteren van de communicatie en samenwerking

Daarnaast zijn aanbevelingen gedaan om deze doelstellingen te bereiken door middel van deskundigheidsbevordering, zichtbaarheid en communicatie op nationaal en regionaal/lokaal niveau. Deze aanbevelingen zijn bedoeld voor reumanetwerken en haar leden, maar aangezien er geen landelijke dekking is van de reumanetwerken kunnen ze voor een deel ook van toepassing zijn voor in reumazorg gespecialiseerde therapeuten die (nog) niet georganiseerd zijn in reumanetwerken:

AANBEVELINGEN BIJ DOELSTELLING 1:**Deskundigheidsbevordering**

- Het definiëren van het gewenste niveau van bij- en nascholing (toetreding en continuering lidmaatschap), aansluitend bij de competentieprofielen voor Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie [19], de behoeftes van netwerkleden [20 en dit project].
- Het inventariseren van de beschikbaarheid, inhoud en niveau van het huidige bij- en nascholingsaanbod. En indien nodig aanpassen en verder ontwikkelen.
- Het ontwikkelen van criteria en praktische tools voor de organisatie van geaccrediteerde, lokale netwerkbijeenkomsten gericht op bij- en nascholing waarbij vakinhoud en praktijkorganisatie aan bod komen en intervisie en casuïstiek/communicatie met verwijzers en patiënten een onderdeel vormen.
- Het beschikbaar stellen van de geaccrediteerde bij- en nascholing, niet alleen aan reumanetwerkleden, maar ook aan niet-reumanetwerkverbonden health professionals in de reumatologie.

AANBEVELINGEN BIJ DOELSTELLING 2:**Zichtbaarheidsbevordering**

- Het bevorderen van de bekendheid van de reumanetwerken bij organisaties als NVR/NHPR, NOV, NHG/LHV, KNGF, VvOCM en patiëntenorganisaties.
- Het ontwikkelen van een landelijke website waarop de reumanetwerken, netwerkleden en niet-netwerkgebonden gespecialiseerde zorgverleners in de reumatologie te vinden zijn en waarop informatie met betrekking tot de paramedische zorg voor mensen met een reumatische aandoening gedeeld kan worden.
- Het ontwikkelen van (elektronische) folders en flyers volgens een landelijk format ten behoeve van bekendheid van en informatie over de regionale reumanetwerken.

Organisatie

- Het ondersteunen bij de ontwikkeling en borging van regionale netwerken.
- De zichtbaarheid van de gespecialiseerde reumazorgverleners, al dan niet aan een reumanetwerk verbonden, vergroten.
- Het uitbreiden van het aantal reumanetwerken, afhankelijk van lokale voorkeuren en mogelijkheden, met gebruikmaking van, indien aanwezig, bestaande netwerkstructuren.
- Het ondersteunen van het actief bij het netwerk betrekken van verwijzers (met name reumatologen en reumaverpleegkundigen) en patiëntenorganisaties.

AANBEVELINGEN BIJ DOELSTELLING 3:**Communicatie en samenwerking**

- Ontwikkelen van handvatten voor het verbeteren van de mondelinge en schriftelijke communicatie met verwijzers, patiënten en netwerkleden.
- Het opzetten van overlegstructuren met de polikliniek reumatologie van een ziekenhuis (met reumatoloog of reumaverpleegkundige) en de lokale Reuma Patiënten Vereniging (RPV).
- Het stimuleren van het lidmaatschap van de NHPR.

Speciale dank is verschuldigd aan alle coördinatoren van de netwerken die geïnterviewd zijn: Jorit Meesters, Birgit Bepelaar, Loes van Rijn, Erica Postma, Wilma Huiskamp-van de Haar, Eugene Wiegers, Inette Luttkhuis, Hans Bloo, Hanneke Muijen-Drop, Ilse van Anrooij, Jos van der Biesen, Edwin Reurink, Clarinda Kersten, Els van den Ende, Yvonne Veldhuis, Yvonne van der Veen, Wim Hilberdink, Arianne Roos en Yvonne Stadhouders. Verder worden alle deelnemers aan

de klankbordgroepen en de *invitational conference* bedankt voor hun actieve bijdrage aan dit project en de netwerkleden voor het invullen van de digitale vragenlijst over hun reumanetwerk.

Met dank aan het mogelijk maken van dit project:

 **Reumafonds**

Een volledig rapport van dit onderzoek is te vinden op de website van het Reumafonds.

OPROEP:

Reumanetwerken die aan de genoemde definitie voldoen en die niet vermeld worden in dit project en individuele zorgprofessionals die zich hebben gespecialiseerd in de reumatologie en geen lid zijn van de NHPR worden uitgenodigd zich aan te melden en lid te worden van de NHPR.

In beide gevallen: aanmelden kan bij Wilfred Peter via: w.f.h.peter@lumc.nl

REFERENTIES

1. Hurkmans EJ, Giesen FJ van der, Bloo H, Boonman DC, Esch M van der, Fluit M, et al. Physical therapy in rheumatoid arthritis: development of a practice guideline. *Guideline Steering Committee. Acta Reumatol Port* 2011;36:146-58.
2. Peter WF, Jansen MJ, Hurkmans EJ, Bloo H, Dekker-Bakker LM, Dilling RG, et al. Physical therapy in hip and knee osteoarthritis: development of a practice guideline concerning initial assessment, treatment and evaluation. *Acta Reumatol Port* 2011;36:268-81.
3. Horst-Bruinsma IE van der, Oostveen JCM, Denderen JC van, Sonnaville PBJ de, Nurmohamed MT, Tubergen A van, et al. NVR Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van Axiale Spondyloarthritis. 2014.
4. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *European League Against Rheumatism (EULAR). Ann Rheum Dis* 2013;72:1125-35. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745. Epub 2013 Apr 17.
5. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014;22:363-88.
6. Berg R van den, Baraliakos X, Braun J, Heijde D van der. First update of the current evidence for the management of ankylosing spondylitis with non-pharmacological treatment and non-biologic drugs: a systematic literature review for the ASAS/EULAR management recommendations in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51:1388-96.
7. Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C, et al. European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:954-62.
8. Brosseau L, Rahman P, Poitras S, Toupin-April K, Paterson G, Smith C, et al. A systematic critical appraisal of non-pharmacological management of rheumatoid arthritis with Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II. *PLoS One* 2014;9:e95369.
9. Jacobi CE, Triemstra M, Rupp I, Dinant HJ, Van Den Bos GA. Health care utilization among rheumatoid arthritis patients referred to a rheumatology center: unequal needs, unequal care? *Arthritis Rheum* 2001;45:324-30.
10. Bijlsma JW, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:59-76. Review.
11. Hunter DJ, Lo GH. The management of osteoarthritis: an overview and call to appropriate conservative treatment. *Med Clin North Am* 2009;93:127-43.
12. Ende CHM van den, Bierma-Zeinstra SMA, Vliet Vlieland TPM, Swierstra BA, Voorn TB, Dekker J. Conservatieve behandeling van heup en knieartrose, systematische en stapsgewijze behandelstrategie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1574.
13. Snijders GF, Broeder AA den, Riel PL van, Straten VH, Man FH de, Hoogen FH van den. NOAC Study Group. Evidence-based tailored conservative treatment of knee and hip osteoarthritis: between knowing and doing. *Scand J Rheumatol* 2011;40:225-31. doi: 10.3109/03009742.2010.530611. Epub 2011 Jan 25.
14. Smink AJ, Dekker J, Vliet Vlieland TP, Swierstra BA, Kortland JH, Bijlsma JW, et al. Health care use of patients with osteoarthritis of the hip or knee after implementation of a stepped-care strategy: an observational study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66:817-27. doi: 10.1002/acr.22222.
15. Verhoef J, Vries-van der Zwan HM de, Munneke M, Boonman DCG, Bakker M, Oosterveld FGJ, et al. Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming van fysiotherapeuten op het gebied van reumatische aandoeningen: het FYRANET project. *Nederlands Tijdschrift voor Healthprofessionals in de Reumatologie* 2000;3:5-9.
16. Verhoef J, Oosterveld FG, Hoekman R, Munneke M, Boonman DC, Bakker M, et al. A system of networks and continuing education for physical therapists in rheumatology: a feasibility study. *Int J Integr Care* 2004;4:e19Jan;9:46-54.
17. Muijen-Drop JH. Succes- en faalfactoren van een reumanetwerk, wat werkt wel, wat werkt niet? *Neds Tijdschrift voor Reumatologie* 2015;19:48-53.
18. Wensing M, Eijk M van der, Koetsenruijter J, Bloem BR, Munneke M, Faber M. Connectedness of healthcare professionals involved in the treatment of patients with Parkinson's disease: a social networks study. *Implement Sci* 2011;6:67.
19. Hurkmans EJ, Verhoef J, Arts-Sanders MA, Daanen I, Geven G, Oude-Ophuis T, et al. Competenties en scholingsbehoeften van health professionals werkzaam in de reumatologie. *Ned Tijdschr Reumatol* 2013;16:60-7.
20. Hurkmans EJ, Geenen R, Verhoef J, Vliet Vlieland TPM. Reumazorg door health professionals: inventarisatie van bestaande en gewenste taken en scholing. *Ned Tijdschr Reumatol* 2010;13:61-6.

CORRESPONDENTIE

Wilfred Peter

E-mail: w.f.h.peter@lumc.nl

Landelijke aios-dag @ Fort Vechten

M. van der Goes, L. Schoneveld, M. Kleibeuker

Op vrijdag 27 mei heeft de landelijke aios-dag plaatsgevonden. Het programma vond dit jaar plaats op Fort Vechten. Dit sfeervolle, groene fort met karaktervolle gebouwen is het op een na grootste fort van de Nieuwe Hollandse Waterlinie. Deze locatie bood uitgebreide mogelijkheden voor zowel een inhoudelijk uitdagend programma als een energiek buitenprogramma. Ondanks de druilerige voorjaarsdagen in aanloop naar deze aios-dag brak op 27 mei de hemel open en hadden we een prachtige dag!

Het inhoudelijke deel van de dag werd verzorgd door vier gerenommeerde sprekers. Orthopeed Kirsten Veenstra van de Sint Maartenskliniek Woerden toonde in detail hoe een beschadigde reumavoet onderzocht moet worden, en wat de al dan niet chirurgische behandelmethode kunnen zijn. Haar expertise gecombineerd met betekenisvolle oneliners als 'het eerste bezoek is uit de broek' zette de stemming voor een leuke dag. Ze werd opgevolgd door de volgende vermakende spreker: oud-reumatoloog John Macfarlane, voorheen verbonden aan het Medisch Centrum Haaglanden, sprak over letsel van het bewegingsapparaat bij musici. Hij wist de complete groep enthousiast te maken om mee te doen met het 'gewrichtsonderzoek volgens Macfarlane in een paar seconden'. De oefeningen werden voortgezet tijdens de presentatie van Wout van der Meulen,

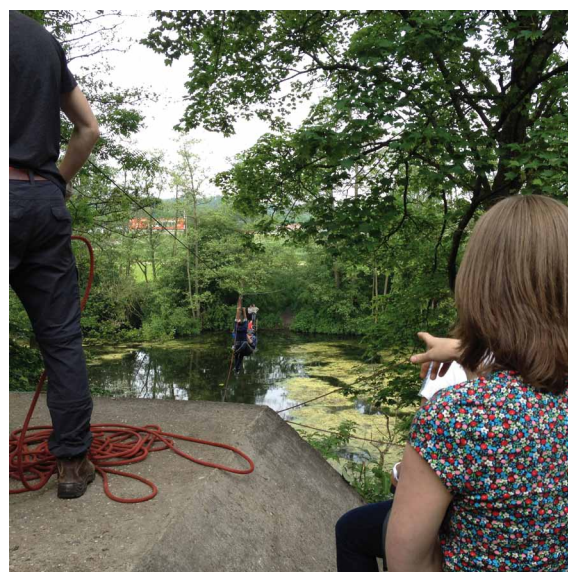
ervaren sportarts aan het UMC Utrecht. Zijn uiteenzetting over knieproblemen in combinatie met leuke anekdotes over zijn werk met topsporters gaven stof tot nadenken. Ten slotte gaf reumatoloog Hans Jacobs uit het UMC Utrecht een mooi overzicht over hypermobiliteit en verschillende subtypes van het ehlers-danlossyndroom. Inhoudelijke vragen werden beantwoord met handige tips en adviezen, zodat iedere aios vooruit kan met de volgende hypermobile patiënt in de spreekkamer.

Hierna was het tijd voor ontspannen deel van het programma. Hoewel...? Conditie en lef werden zeker op de proef gesteld tijdens het buitensportprogramma. Drie teams met aios vermaakten zich onder meer met een tokkelbaan over het water, vlotvaren, boogschieten en touwbruggen. Hierna werd de bar geopend en volgde een heerlijke barbecue.

We kijken terug op een zeer geslaagde dag en dragen met plezier het stokje over aan de aios van het UMC Groningen om deze dag volgend jaar te overtreffen ;-)

CORRESPONDENTIE

E-mail: M.C.vanderGoes@umcutrecht.nl



VERSLAG

Nascholing 'In Zicht' 2016

E. de Moel, A. van Tubergen

Op 23 juni waren ongeveer dertig reumatologen en dermatologen (in opleiding) aanwezig bij de nascholing *In Zicht* in Roosteren. De sprekers werden geïntroduceerd door dr. Astrid van Tubergen, reumatoloog, en dr. Valerie Verstraeten, dermatoloog in het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC). Zeven sprekers gaven uiteenlopende presentaties over de nieuwste inzichten wat betreft therapie en zorgbeleid binnen de reumatologie en dermatologie, waarbij juist het interdisciplinaire karakter centraal stond. Bij drie presentaties zullen we hieronder uitgebreider stilstaan.

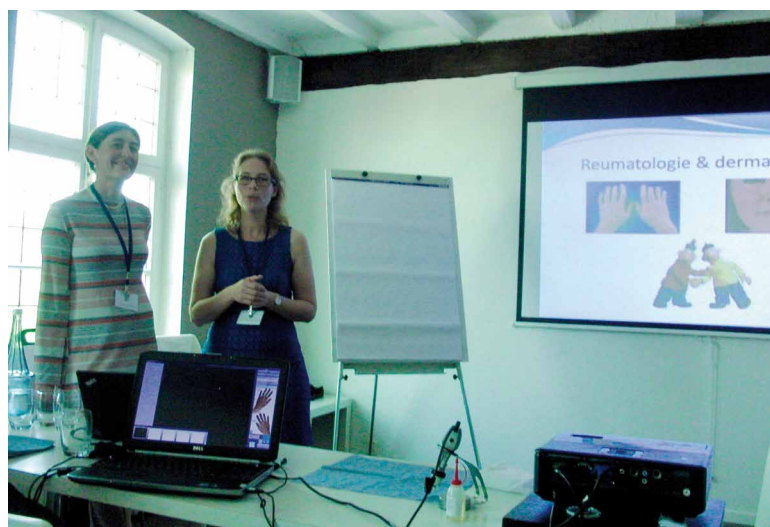
CAPILLAROSCOPIE BIJ HET FENOMEEN VAN RAYNAUD

De eerste spreker was prof. dr. Vanessa Smith, als reumatoloog verbonden aan het Universitair Ziekenhuis in Gent, België. Prof. dr. Smith is specialist op het gebied van systemische sclerose. Tijdens haar presentatie gaf zij uitleg over de validatie en klinische betekenis van capillaroscopie bij patiënten met systemische sclerose. Met capillaroscopie wordt gekeken naar de microcirculatie van de nagelriem van een patiënt met het fenomeen van Raynaud om zowel kwalitatieve als kwantitatieve veranderingen te detecteren die zouden kunnen wijzen op systemische sclerose. [1] 'Een typisch patroon passend bij systemische sclerose bestaat uit

een combinatie van verlies van capillairen, aanwezigheid van reuzencapillairen, microbloedingen en capillaire vertakkingen." Patiënten met klinische uitingen van systemische sclerose (bijvoorbeeld huidbetrokkenheid en digitale ulcera) hebben een verhoogde kans op mortaliteit en morbiditeit. Daarom is het essentieel aandacht te besteden aan het vroeg diagnosticeren van systemische sclerose, voordat er onherstelbare schade optreedt. Capillaroscopie vormt een belangrijk onderdeel bij de vroegdiagnostiek van systemische sclerose. [1] Smith: 'Bij patiënten met gevorderde systemische sclerose en huidafwijkingen is een capillaroscopie niet nodig, maar veel patiënten hebben (nog) geen huidafwijkingen en dan kan het onderzoek wel helpen om de diagnose uit te sluiten of aan te tonen.' Tijdens haar presentatie werden voorbeelden van normale en abnormale capillaroscopiebeelden getoond en ten slotte konden de deelnemers aan de nascholing zelf een capillaroscopie ondergaan.

NIEUWE BEHANDELPERSPECTIEVEN VOOR PSORIASIS EN ARTRITIS PSORIATICA

Dr. Marloes van Onna neemt vervolgens het onderwerp *Nieuwe behandelperspectieven voor psoriasis en artritis psoriatica* voor haar rekening. Na een kort overzicht te hebben gegeven over het bewijs voor de werkzaamheid van de NSAIDs, glucocorticoiden en conventionele synthetische (cs)DMARDs in de literatuur, volgt uitleg over de in 2015 gereviseerde EULAR-aanbevelingen voor de behandeling van artritis psoriatica. [2] In deze aanbevelingen zijn csDMARDs de eerste behandelstap bij actieve ziekte, zeker wanneer bij gebruik van NSAIDs en lokale therapie geen remissie wordt bereikt. Indien de csDMARD niet werkzaam is of wanneer er bijwerkingen ontstaan, kan men een biological DMARD (bDMARD) of een targeted synthetische DMARD (tsDMARD) toevoegen, dan wel hiernaar switchen. De eerste keuze bDMARD is een TNF-alfaremmers. Indien de TNF-alfaremmers niet werkzaam is of wanneer er bijwerkingen ontstaan, dan kunnen middelen gericht op blokkade van interleukine 12/23 (ustekinumab) of IL-17 (secukinumab) worden voorgeschreven. Indien er



Figuur 1. Dr. Astrid van Tubergen en dr. Valerie Verstraeten openen de avond.

een contra-indicatie bestaat voor een bDMARD of wanneer bDMARDs niet werkzaam zijn, kan een fosfodiësterase 4-inhibitor (apremilast) worden overwogen.

In het tweede deel van de presentatie wordt nader ingegaan op de nieuwe pathways en licht Van Onna het bewijs over de werkzaamheid van ustekinumab, secukinumab en apremilast bij psoriasis en artritis psoriatica toe. Voor ustekinumab bij artritis psoriatica worden twee dubbelblinde, gerandomiseerde fase III-studies nader besproken: de PSUMMIT-1 en PSUMMIT-2. [3,4] Actieve artritis psoriatica werd gedefinieerd als aanwezigheid van ≥ 5 gezwollen en ≥ 5 pijnlijke gewrichten (van in totaal 68 beoordeelde gewrichten). In de PSUMMIT-1 werden patiënten geïncludeerd met actieve artritis psoriatica gedurende tenminste 6 maanden, ondanks behandeling met csDMARDs en/of NSAIDs. Ustekinumab werd hier vergeleken met placebo. De PSUMMIT-2 is vergelijkbaar opgezet als de PSUMMIT-1, maar hier werd ook voorafgaande behandeling met een TNF-alfaremmers toegestaan. Voor beide studies was het primaire eindpunt een ACR20-respons op week 24. Dit eindpunt werd in de PSUMMIT-1 behaald bij 42% van de patiënten uit de ustekinumabgroep versus 23% van de placebopatiënten. In de PSUMMIT-2 werd de ACR20-respons gehaald door 54% van de patiënten die TNF-alfaremmers naïef waren en 37% van de patiënten die eerder een TNF-alfaremmers hadden gebruikt, vergeleken met respectievelijk maar 29% en 15% van de placebogroep. [4]

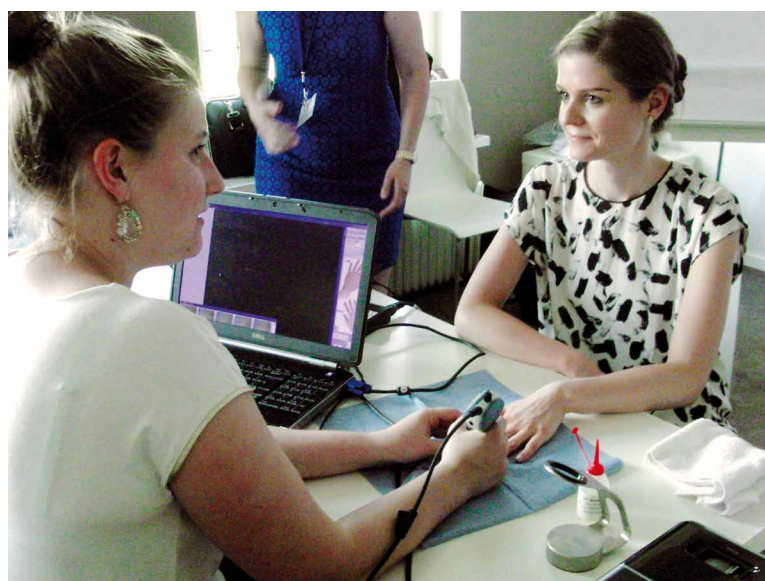
Van Onna vervolgt haar presentatie met data over secukinumab, een humaan anti-IL-17 monokonaal antilichaam. Er zijn twee fase 3-trials bij patiënten met psoriasis verricht: de ERASURE waarbij secukinumab (300 mg en 150 mg) werd vergeleken met placebo, en de FIXTURE waarbij secukinumab werd vergeleken met etanercept en placebo. Het primaire eindpunt in beide studies was het aantal patiënten waarbij de Psoriasis Area and Severity Index (PASI)-score ten minste 75% verbeterde op week 12. In de ERASURE-studie, behaalde 82% van de patiënten met 300 mg secukinumab dit eindpunt, 72% met 150 mg secukinumab, en 5% met placebo. In de FIXTURE studie, behaalde 77% van patiënten met 300 mg secukinumab, 67% met 150 mg secukinumab, 44% met etanercept, en 5% met placebo een PASI-75. Voor de behandeling van artritis psoriatica zijn er ook twee studies uitgevoerd: de FUTURE-1 en FUTURE-2, waarbij de laatste naast secukinumab 75 mg en 150 mg, ook 300 mg vergeleek met placebo. [5,6] In beide studies was het primaire eindpunt het percentage

patiënten dat een ACR20-respons behaalde op week 24. Wanneer we kijken naar de FUTURE-2 behaalde 54% (secukinumab 300 mg) en 51% (secukinumab 150 mg) van de patiënten een ACR20-respons na 24 weken. Ongeveer 15% van de patiënten in de placebogroep behaalde een ACR20-respons. Van Onna: ‘Secukinumab lijkt het dus goed te doen, zowel op reumatologisch als dermatologisch gebied.’

Van Onna sluit haar presentatie af met een toelichting over apremilast. Dit is een fosfodiësterase-4-inhibitor, die onderzocht is voor zowel psoriasis als artritis psoriatica (ESTEEM-1 en -2; PALACE-1, -2, -3). [7-9] Na 16 weken bereikte ongeveer een derde van patiënten met ernstige psoriasis een PASI-75-score, vergeleken met ongeveer 5% in de placebogroep. [8,9] In de studies met betrekking tot artritis psoriatica, bereikte iets meer dan een derde van patiënten bij gebruik van apremilast 20 of 30 mg tweemaal daags een ACR20-respons, vergeleken met 18% in de placebogroep. Er is dus een effect van apremilast bij psoriasis en artritis psoriatica, maar momenteel dient, ook gezien de hoge kosten, apremilast zorgvuldig te worden afgewogen tegen bestaande alternatieve behandelingen.

HUIDMALIGNITEITEN BIJ BIOLOGICAL- GEBRUIK

Via een dubbelpresentatie gaan drs. Christel van Dongen en drs. Janna Havens, respectievelijk aios reumatologie en dermatologie in het MUMC, in op de kans op het ontstaan van huidmaligniteiten bij het gebruik van biologicals. Circa 25-47% van alle patiënten met reumatoïde artritis krijgt anti-TNF-alfatherapie. In het farmacotherapeutisch



Figuur 2. Capillaroscopie wordt voorgedaan bij een dermatoloog in opleiding.

Tabel 1: Studies naar risico op ontwikkelen van non-melanoma huidkanker bij anti-TNF-alfagebruikers versus anti-TNF-alfanaïeve reumatoïde artritispatiënten.

Studie	N anti-TNF-alfatherapie	Follow-up (jaar)	Relatief risico (95% betrouwbaarheidsinterval)
Wolfe [16]	6.597	3,0	OR 1,5 (1,2-1,8)
Amari [13]	4.088	?	HR 1,42 (1,24-1,63)
Mariette [15]	29.663	-	SIR 1,45 (1,15-1,76)
Asking [14]	15.418	-	HR 2,02 (1,11-3,95)
Mercer [11]	11.881	4,0	HR 1,16 (0,35-3,85) (basaalcelcarcinoom) HR 0,95 (0,53-1,71) (plaveiselcelcarcinoom)
Dreyer [10]	3.347	2,1-2,9	SIR 1,10 (0,69-1,76)
Raaschou [12]	12.558	5,1-5,9	HR 1,14 (0,98-1,33) (basaalcelcarcinoom) HR 1,30 (1,10-1,55) (plaveiselcelcarcinoom)

OR: Odds ratio. HR: Hazard ratio. SIR: Standardized incidence ratio.

kompass staat als soms voorkomende bijwerkingen van anti-TNF-alfamiddelen (0,1-1% van gebruikers) 'vormen van non-melanoma huidkanker' vermeld. Van Dongen en Havens zijn nagegaan waarop dit is gebaseerd: 'Er is maar een beperkt aantal studies aanwezig over dit onderwerp, veelal met korte follow-up en veel confounders.' Het *lifetime*-risico van basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom in de algehele bevolking is respectievelijk ongeveer 1:5 en 1:15. Het blijkt uit drie studies dat het hebben van reumatoïde artritis an sich al enig risico op non-melanoma huidkanker geeft; de relatieve risico's liggen tussen 1,2 en 1,9. [10-12] 'Of dit een effect is van de ziekte of van de behandeling ervan, wordt nog in het midden gelaten.' In patiënten met reumatoïde artritis zijn zeven studies uitgevoerd naar het risico op ontwikkelen van non-melanoma huidkanker onder anti-TNF-alfatherapie. [10-16]

Deze studies lijken enig risico van TNF-alfaremmers aan te tonen. De meest recente en grootste studie werd verder toegelicht. [12] Deze Zweedse populatiegecontroleerde cohortstudie toont een verhoogd risico voor het ontwikkelen van plaveiselcelcarcinoom na ongeveer vijf jaar follow-up (HR 1,30 [95% CI: 1,10-1,55]) na correctie voor verschillende confounders. Er werd geen significant verhoogd risico op basaalcelcarcinoom gevonden (HR 1,14 [95% CI: 0,98-1,33]). Verder liet deze studie zien dat er geen verhoogd risico van TNF-alfaremmers is op een recidief van non-melanoma huidkanker (basaalcelcarcinoom: HR 1,19 [95% CI: 0,67-2,15]); plaveiselcelcarcinoom: HR 0,99 [95% CI: 0,44-2,10]). De auteurs concluderen dat de keuze van wel of niet continueren met een TNF-alfaremmers niet afhankelijk hoeft te zijn van een voorgeschiedenis van non-melanoma huidkanker.

Het wetenschappelijk bewijs over dit onderwerp is opgenomen in de NVR-richtlijn *Verantwoord gebruik van biologicals*. [17] Van Dongen: 'De richtlijn noemt dat vooraf screenen op huidmaligniteiten niet geïndiceerd is bij start met een biological en dat een huidmaligniteit geen (absoluut) contra-indicatie voor immunosuppressieve therapie is, maar er wordt wel enige alertheid geadviseerd. Als er een maligniteit (vooral plaveiselcelcarcinoom) ontwikkelt tijdens behandeling, wordt geadviseerd een risicoanalyse uit te voeren in overleg met een dermatoloog. Op basis hiervan dient al dan niet voortzetten van de behandeling met een biological te worden overwogen.' Tot slot zegt Havens: 'Er wordt op basis van deze studies ook geadviseerd om patiënten die behandeld worden met biologicals te informeren over het mogelijk risico op het ontwikkelen van huidkanker, en het belang van zelfinspectie te benadrukken.'

De avond wordt afgesloten door de voorzitters, die concluderen dat de samenwerking tussen de dermatologie en de reumatologie noodzakelijk is en prettig verloopt.

REFERENTIES

1. Smith V, Thevissen K, Trombetta AC, Pizzorni C, Ruaro B, Piette Y, et al. *Nailfold Capillaroscopy and Clinical Applications in Systemic Sclerosis*. *Microcirculation* 2016;23:364-72.
2. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, Wit M de, Cutolo M, Dougados M, et al. *European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update*. *Ann Rheum Dis* 2016;75:499-510.
3. McInnes IB, Kavanaugh A, Gottlieb AB, Puig L, Rahman P, Ritchlin C, et al. *Efficacy and safety*

- of ustekinumab in patients with active psoriatic arthritis: 1 year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT 1 trial. *Lancet* 2013;382:780-9.
4. Ritchlin C, Rahman P, Kavanaugh A, McInnes IB, Puig L, Li S, et al. Efficacy and safety of the anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, ustekinumab, in patients with active psoriatic arthritis despite conventional non-biological and biological anti-tumour necrosis factor therapy: 6-month and 1-year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised PSUMMIT 2 trial. *Ann Rheum Dis* 2014;73:990-9.
 5. McInnes IB, Mease PJ, Kirkham B, Kavanaugh A, Ritchlin CT, Rahman P, et al. Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2015;386:1137-46.
 6. Mease PJ, McInnes IB, Kirkham B, Kavanaugh A, Rahman P, Heijde D van der, et al. Secukinumab Inhibition of Interleukin-17A in Patients with Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med* 2015;373:1329-39.
 7. Edwards CJ, Blanco FJ, Crowley J, Birbara CA, Jaworski J, Aelion J, et al. Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with psoriatic arthritis and current skin involvement: a phase III, randomised, controlled trial (PALACE 3). *Ann Rheum Dis* 2016;75:1065-73.
 8. Papp K, Reich K, Leonardi CL, Kircik L, Chimenti S, Langley RG, et al. Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor, in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results of a phase III, randomized, controlled trial (Efficacy and Safety Trial Evaluating the Effects of Apremilast in Psoriasis [ESTEEM] 1). *J Am Acad Dermatol* 2015;73:37-49.
 9. Paul C, Cather J, Gooderham M, Poulin Y, Mrowietz U, Ferrandiz C, et al. Efficacy and safety of apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis over 52 weeks: a phase III, randomized controlled trial (ESTEEM 2). *Br J Dermatol* 2015;173:1387-99.
 10. Dreyer L, Mellekjaer L, Andersen AR, Bennett P, Poulsen UE, Juulsgaard Ellingsen T, et al. Incidences of overall and site specific cancers in TNFalpha inhibitor treated patients with rheumatoid arthritis and other arthritides - a follow-up study from the DANBIO Registry. *Ann Rheum Dis* 2013;72:79-82.
 11. Mercer LK, Green AC, Galloway JB, Davies R, Lunt M, Dixon WG, et al. The influence of anti-TNF therapy upon incidence of keratinocyte skin cancer in patients with rheumatoid arthritis: longitudinal results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Ann Rheum Dis* 2012;71:869-74.
 12. Raaschou P, Simard JF, Asker Hagelberg C, Askling J, Group AS. Rheumatoid arthritis, anti-tumour necrosis factor treatment, and risk of squamous cell and basal cell skin cancer: cohort study based on nationwide prospectively recorded data from Sweden. *BMJ* 2016;352(i262).
 13. Amari W, Zeringue AL, McDonald JR, Caplan L, Eisen SA, Ranganathan P. Risk of non-melanoma skin cancer in a national cohort of veterans with rheumatoid arthritis. *Rheumatol (Oxford)* 2011;50:1431-9.
 14. Askling J, Fahrback K, Nordstrom B, Ross S, Schmid CH, Symmons D. Cancer risk with tumor necrosis factor alpha (TNF) inhibitors: meta-analysis of randomized controlled trials of adalimumab, etanercept, and infliximab using patient level data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20:119-30.
 15. Mariette X, Matucci-Cerinic M, Pavelka K, Taylor P, Vollenhoven R van, Heatley R, et al. Malignancies associated with tumour necrosis factor inhibitors in registries and prospective observational studies: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1895-904.
 16. Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from a large US observational study. *Arthritis Rheum* 2007;56:2886-95.
 17. Richtlijn Verantwoord gebruik van biologicals. 2011.

CORRESPONDENTIE

Emma de Moel

Kooilaan 45N

2315 EB Leiden

Tel.: 06 11846620

E-mail: e.demoel@student.maastrichtuniversity.nl