

Implementatieplan

Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn. 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 tijdsplan 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 en impact op zorgkosten

Voor de volgende aanbevelingen geldt dat implementatie op korte termijn gerealiseerd zou moeten worden. In onderstaande aanbevelingen is dat **1 jaar**.

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

NB: Aanbevelingen uit deze herziening die de lezer aanbevelen iets 'te overwegen' zijn niet meegenomen.

Aanbeveling	Toelichting
Betreft alle aanbevelingen uit module: 'Keuze voor en tussen biologics en JAK-remmers'.	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht. Zie ook bijlage 5.
Betreft alle aanbevelingen uit module: 'Behandeldoelen'.	Geen harde aanbevelingen enkel overwegingen. Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.

Betreft alle aanbevelingen uit module: 'Switchen tussen de verschillende nieuwe systemische middelen'.	Geen harde aanbevelingen enkel overwegingen/handvatten. Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbeveling bij alle besproken systemische middelen: <ul style="list-style-type: none"> • Beoordeel de ernst van de ziekte met ten minste één arts-gerapporteerd meetinstrument (zoals EASI, vIGA-AD) en ten minste één patiënt-gerapporteerd meetinstrument (zoals NRS jeuk, POEM, PO-SCORAD, DLQI, RECAP/ADCT).[Williams et al., 2022 + HOME website] 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht. In principe geen substantiële verschillen met huidige richtlijn CE.
Betreft aanbevelingen over 'lichamelijk onderzoek en 'anamnese' bij alle besproken systemische middelen.	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbevelingen over laboratorium onderzoek biologics (dupilumab en tralokinumab).	Mogelijk kostenverlagend omdat er minder laboratoriumonderzoek wordt aanbevolen dan bij dupilumab in de vorige richtlijn CE over biologics.
Betreft aanbevelingen over laboratorium onderzoek JAK-remmers (baricitinib, upadacitinib en abrocitinib).	Mogelijk kostenverhogend gezien JAK-remmers nieuw zijn toegevoegd aan de richtlijn CE. Echter, heden is in de kliniek reeds ervaring met deze middelen en hoewel de standpunten van de NVDV enkele parameters meer adviseren dat deze herziening worden er géén grote veranderingen verwacht ten opzichte van de huidige situatie in de kliniek.
Betreft aanbevelingen over 'anticonceptie gebruik tijdens en tot en met periode na stoppen' bij alle besproken systemische middelen.	Mogelijk impact op zorgkosten. Echter, meestal betalen patiënten dit zelf.
Betreft aanbevelingen over 'overleggen en verwijzen naar oogarts' op basis van de in de modules genoemde indicaties bij dupilumab en tralokinumab.	Waarschijnlijk geen impact op zorgkosten. Dit betreft geen grote verandering t.o.v. eerdere richtlijn CE (dupilumab) en tevens worden er in deze herziening meer handvatten gegeven voor de dermatoloog voordat er daadwerkelijk verwezen wordt.
Betreft alle aanbevelingen over Shingrix bij JAK-remmers.	Mogelijk kostenverhogend; ± 350 euro per patiënt. Patiënten op een JAK-remmer behoren tot de minderheid van de totale groep patiënten met biologic of JAK-remmer voor CE; in 2022 17,5% van de voorschrijvingen (kinderen ook meegenomen). Momenteel is Shingrix echter nog niet vergoed voor genoemde indicatie bij personen met CE van 18 t/m 50 jaar die niet ook een (andere dan JAK-remmer) immuun

	compromitterende indicatie hebben voor Shingrix.
Betreft aanbevelingen over 'pneumokokkenvaccinatie' en 'influenzavaccinatie' bij JAK-remmers conform LCI-richtlijn: Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen .	Aanbevelingen komen niet uit deze richtlijn maar zijn afgeleid uit een bestaande richtlijn. Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbeveling biologics: <ul style="list-style-type: none"> Adviseer bij verbetering van het CE de topicale steroïden geleidelijk af te bouwen en niet abrupt te staken. 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbeveling over alle besproken systemische middelen: <ul style="list-style-type: none"> Inventariseer eventuele geplande/benodigde vaccinaties met een (verzwakt) levend vaccin in de toekomst conform LCI-richtlijn: Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen. 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbeveling over alle besproken systemische middelen: <ul style="list-style-type: none"> Het bespreken van dosisreductie/intervalverlenging bij gecontroleerde ziekte of bijwerkingen in het geval van gecontroleerde ziekte. 	Mogelijk kostenverlagend effect; mogelijk door dit te bespreken is het proces van afbouwen/interval verlenging succesvoller waardoor kosten kunnen dalen. Dit mag niet ten koste gaan van tevredenheid/ziektelast. Het afbouwen/interval verlengen zelf is een overweging en geen harde aanbeveling.
Betreft aanbeveling over alle besproken systemische middelen: <ul style="list-style-type: none"> Monitor de ziekteactiviteit en behandelwensen van patiënt en pas hier de toekomstige therapie op aan. 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbeveling dupilumab: <ul style="list-style-type: none"> Wijs patiënten met comorbide astma op een mogelijke astma-exacerbatie na staken dupilumab. 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.
Betreft aanbevelingen alle JAK-remmers <ul style="list-style-type: none"> Een zwangerschap moet vóór start en bij alle controlemomenten anamnestic worden uitgesloten, bij twijfel wordt een zwangerschapstest aanbevolen 	Er wordt geen impact op zorgkosten verwacht.

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
N.v.t.	N.v.t.

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, NIV/NVvAKI, NOG, NVZA, V&VN, NVH, VMCE)

- 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;

Initiatiefnemende 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 richtlijndatabase. Opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.