

Indicatorenset Psoriasis

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2023

Versie aug 2022

Meer informatie op:

OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens verslagjaar 2023:

<https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/transparantiekalender-kwaliteitsinstituut

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl.

Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl.

Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>.

Samengesteld door:

Federatie Medisch Specialisten

Nederlandse Internisten Vereniging

Patiëntenfederatie Nederland

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Zorgverzekeraars Nederland

Contactinformatie:

Zorginstituut Nederland

<https://www.zorginzicht.nl/Paginas/Contact.aspx>

Deze indicatorset is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland. Vrijwillige en verplichte indicatoren worden aangeleverd via het door de koepelorganisaties gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Dit faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoudsopgave

Overzicht indicatoren psoriasis over verslagjaar 2023	3
Algemene informatie over werkgroep en indicatoren	4
Factsheets indicatoren Psoriasis	6
Wijzigingstabel	17
Afkortingenlijst	18

Overzicht Indicatoren verslagjaar 2023			
<i>Nr</i>	<i>Naam</i>	<i>Operationalisatie</i>	<i>Transparantie</i>
1	Lichttherapie	Percentage patiënten met psoriasis dat lichttherapie heeft gekregen	Verplicht
2	Behandeling met biologicals	a. Percentage patiënten met psoriasis dat is behandeld met biologicals b. Hoeveel biological behandelingen zijn mogelijk op uw locatie? <ul style="list-style-type: none"> ○ Geen ○ 1-2 ○ 3-4 ○ Meer dan 4 	Verplicht
3	Volume	3a. Hoeveel dermatologen op uw ziekenhuislocatie behandelden op de peildatum patiënten met psoriasis? 3b. Hoeveel patiënten met psoriasis werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het specialisme Dermatologie?	Verplicht
4	Tijdsduur consult	4a. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor het <u>eerste consult</u> ingepland bij de dermatoloog op uw ziekenhuislocatie?* ___ minuten (aantal minuten invullen) 4b. Hoeveel minuten worden er per patiënt met psoriasis ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de dermatoloog op uw ziekenhuislocatie?* ___ minuten (aantal minuten invullen)	Verplicht

1. Algemene informatie Indicatoren Psoriasis

Indicatorwerkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van de indicatorenset Psoriasis bestond in 2020 uit:

Psoriasispatiënten Nederland	Dhr. H. Hulshuizen, bestuurslid
Psoriasispatiënten Nederland	Mw. F. van Oort, adviseur patiëntbelang
NVR	Dhr. dr. A. van Kuijk, reumatoloog, Reade
NVDV	Dhr. dr. S. Menting, dermatoloog (OLVG Amsterdam)
NVZ	Dhr. drs. S. van Aalst, beleidsadviseur
Patiëntenfederatie Nederland	Mw. drs. F.M. van Swigchum, senior adviseur patiëntbelang

De werkgroep is in 2020 niet bijeen gekomen.

Afstemming met bestaande richtlijn(en)

Bij het selecteren en opstellen van de indicatorenset Psoriasis is gebruik gemaakt van de NVDV richtlijn 'Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis' uit 2009, de NVDV richtlijn 'Het toepassen van biologicals in de behandeling van patiënten met plaque psoriasis' uit 2009 en de conceptrichtlijn Psoriasis 2010 van de NVDV.

Populatiebepaling Psoriasis

De eerste stap in het bepalen van de indicatoren is het vaststellen van de populatie. Voor de indicatorensets was als uitgangspunt gekozen om de populatie te bepalen aan de hand van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Door de invoering van DOT (DBC's op weg naar transparantie) per 1 januari 2012, is de populatiebepaling van indicatoren gewijzigd. Omdat via zorgproducten niet altijd precies de beoogde populatie geselecteerd kan worden en een aantal ziekenhuizen zich nog in een overgangsfase van DBC naar DOT bevinden, worden in de indicatorensets zowel de zorgproducten als DBC's genoemd.

De populatie voor de indicatorenset Psoriasis bestaat uit het aantal patiënten dat op enig moment in het verslagjaar een zorgproduct heeft dat voldoet aan:

Zorgproduct	Korte omschrijving
120401007	Ingrepen huid/ lasertherapie Enkelvoudig Huid papulosquameuze dermatose
120401008	Ingrepen huid/ lasertherapie Meervoudig Huid papulosquameuze dermatose
120401010	Licht ambulante Huid papulosquameuze dermatose
120401013	Ambulant zwaar/ Dag 1-2 Huid papulosquameuze dermatose
120401014	Ambulant middel Huid papulosquameuze dermatose
120401015	Lichttherapie Huid papulosquameuze dermatose
120401003	Dag >2/ Klin cumulatief kort Huid papulosquameuze dermatose
120401004	Dag >2/ Klin cumulatief (zeer) lang Huid papulosquameuze dermatose
120401005	Dag >2/ Klin cumulatief middel Huid papulosquameuze dermatose

DBC's: 0310.11.20 en 0310.21.20 (Psoriatiforme dermatosen oftewel Psoriasis).

- Het gaat om zowel volwassen patiënten als kinderen.
- Inclusie/exclusiecriteria zoals benoemd in de factsheets in hoofdstuk 2.

De populatie wordt uiteindelijk bepaald door de in het verslagjaar afgesloten DBC-zorgproducten/DBC's.

Om dubbelregistratie te voorkomen, dient – indien de indicator gebaseerd is op tellingen op patiëntniveau – geselecteerd te worden op het unieke patiëntnummer. In alle andere gevallen wordt geteld op verrichtingenniveau en telt iedere verrichting apart mee. Voor codes en instructies, zie de variabelenlijst en rekenregels (tabellen 1 en 2).

Peildatum

De structuurindicatoren worden, in verband met de actualiteit, eenmaal per jaar op peildatum 1 maart geregistreerd.

In- en exclusiecriteria

Om een eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders te kunnen maken, heeft de werkgroep in- en exclusiecriteria vastgesteld. Zo kunnen patiënten bijvoorbeeld op leeftijd of comorbiditeit worden uitgesloten. Ook kunnen extra eisen worden gesteld aan het DBC-zorgproduct. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een specifieke verrichting.

In- en exclusiecriteria hoeven niet per definitie voor alle indicatoren in de set gelijk te worden toegepast. Soms dienen er bijvoorbeeld extra gegevens te worden verzameld om later te kunnen corrigeren voor comorbiditeit, die de waarde van de indicator beïnvloedt. Op basis van de populatie en de in- en exclusiecriteria wordt de noemer van de indicator vastgesteld.

2. Indicatoren Psoriasis

1. Lichttherapie	
Relatie tot kwaliteit	Lichttherapie is een veilige en zeer effectieve behandeloptie voor matige tot ernstige vormen van psoriasis vulgaris. Lichttherapie is gebaseerd op de ervaring dat diverse huidaandoeningen onder invloed van zonlicht genezen of verbeteren. Lichttherapie is een beproefde, effectieve en relatief veilige behandelmethode voor matige tot ernstige vormen van psoriasis die ook eventueel bij zwangerschap kan worden toegepast.
Operationalisatie	Percentage patiënten met psoriasis dat lichttherapie heeft gekregen
Teller	Aantal patiënten met psoriasis dat lichttherapie heeft gekregen
Noemer	Aantal patiënten met psoriasis
Definitie	Lichttherapie ofwel fotherapie maakt gebruik van UV straling. Er zijn twee soorten lichttherapie geschikt voor de behandeling van psoriasis: UVB en PUVA. Lichttherapie kan ook plaatsvinden in de thuissituatie.
In-/exclusiecriteria	N.v.t.
Bron	DBC-registratie of leveranciers van thuisbelichting
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2023 tot en met 31-12-2023
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Rekenregels

Indicator 1	Lichttherapie	Formule
Teller	Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten het aantal dat lichttherapie heeft gekregen.	# patiënten noemer waarvoor P2 geldt
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal patiënten met psoriasis te achterhalen. <i>Deze noemer is hetzelfde als de noemers van indicator 2 en het antwoord op indicator 3b</i>	# patiënten waarvoor P1 geldt

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Psoriasis (psoriasis vulgaris) is een chronische huidaandoening, waarbij de epidermis versneld nieuwe cellen aanmaakt. Dit uit zich in de vorm van lokaal sterke afschilfering van huidschubben. Periodes van vermindering van de symptomen worden afgewisseld met periodes waarin de ziekte verergert. De aangedane huid van een psoriasispatiënt vernieuwt zich in 6 à 7 dagen; bij niet-patiënten is dit 26 à 27 dagen. De structuur van de zich vernieuwende huidlagen wijkt echter belangrijk af van normaal. Psoriasis is niet besmettelijk. Ongeveer 2% van de wereldbevolking heeft de aandoening, alleen bij Zuid-Amerikaanse Indianen is ze veel zeldzamer.

Lichttherapie is een veilige en zeer effectieve behandeloptie voor matige tot ernstige vormen van psoriasis vulgaris (Conceptrichtlijn NVDV, 2010). Lichttherapie is gebaseerd op de ervaring dat diverse huidaandoeningen onder invloed van zonlicht genezen of verbeteren. Eén van de mogelijke lichttherapieën bestaat uit fotherapie met ultraviolette lichtstralen van 280 tot 320 nm (UVB). UVB kan gebruikt worden in poliklinische en klinische setting, in dagbehandelingscentra en in de thuissituatie. Thuis-UVB lichttherapie lijkt een waardevolle behandelingsoptie (Conceptrichtlijn NVDV, 2010). De belangrijkste redenen om thuis-UVB lichttherapie voor te schrijven komt voort uit tijdsoverwegingen en omwille van reisafstand. In gevallen waarin een passende ondersteuning van getrainde teams beschikbaar is, lijkt thuis-UVB lichttherapie even werkzaam als behandeling in het ziekenhuis en even veilig en kosteneffectief voor patiënten (Cameron, 2007).

Een andere vorm van lichttherapie is PUVA. Dit is een combinatiebehandeling van ultraviolet A (320-400 nm) en fotosensibiliserende psoralenen (NVDV, 2009).

Mogelijkheden tot verbetering

De werkgroep is constateert dat er dermatologische praktijken in Nederland zijn waar deze therapie niet uitgevoerd wordt. De werkgroep verwacht daarom voldoende mogelijkheden voor verbetering.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Er worden geen beperkingen bij gebruik en interpretatie verwacht.

Inhoudsvaliditeit

Het geven van lichttherapie wordt gezien als een voorwaarde om goede psoriasiszorg volgens de richtlijnen te realiseren. Er zijn verschillende onderzoeken die rapporteren over foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis (NVDV, 2009). De conclusies zijn dat er goede aanwijzingen zijn dat monotherapie met UVB bij ruim de helft van de patiënten leidt tot partiële of nagenoeg volledige remissie. Het percentage patiënten met nagenoeg volledige remissie varieert sterk (10-96% gemiddeld 53%). De mate van bewijskracht hiervoor is B (Larkö, 1984; Gordon, 1999; Green, 1988; Markham, 2003; Cameron, 2002), dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang zijn, of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohort-onderzoek of patiënt-controleonderzoek).

Voor PUVA geldt dat ondanks de verschillen die blijven bestaan tussen de geïnccludeerde studies, het percentage patiënten met $\geq 75\%$ remissie ten opzichte van de baseline 55-88% is. Het gewogen gemiddelde is 87%. Het gewogen gemiddelde van het percentage patiënten met $\geq 90\%$ verbetering ten opzichte van de baseline is 66% (range 42-97%). De gemiddelde behandelduur varieerde van 3 tot 10 weken. Er werd 2 tot 4 keer per week behandeld. De mate van bewijskracht hiervoor is A2 (Berg, 1994; Saurat, 1988), dat wil zeggen dat er enkele gerandomiseerde vergelijkende klinische onderzoeken van goede kwaliteit, omvang en consistentie bekend zijn.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

De werkgroep verwacht dat er voldoende variatie in de praktijk bestaat, waardoor deze indicator discrimineert tussen de ziekenhuizen.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep verwacht dat er geen verstoringen optreden door verschillen in case-mix. Er zijn enkele centra in Nederland die zich specifiek op lichttherapie richten; dit kan een verklaring zijn voor een hoge score op de indicator.

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden (min of meer) dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

Deze indicator heeft slechts een geringe registratielast omdat de gegevens uit bestaande systemen kunnen worden gehaald.

Referenties

- Berg M, Ros A-M. Treatment of psoriasis with psoralens and ultraviolet A. A double-blind comparison of 8-methoxypsoralen and 5-methoxypsoralen. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1994;10:217-20.
- Cameron H, Dawe RS, Yule S, Murphy J, Ibbotson SH, Ferguson J. A randomized, observer-blinded trial of twice vs. Three times weekly narrowband ultraviolet B phototherapy for chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;147:973-78.
- Cameron H., Yule S., Moseley H., Dawe R. S., Ferguson J. Taking treatment to the patient: development of a home TL-01 ultraviolet B phototherapy service. *Br J Dermatol* 2002;147:957-65.
- Gordon PM, Diffey BL, Matthews JNS, Farr PM. A randomised comparison of narrow-band TL-01 phototherapy and PUVA photochemotherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:728-32.
- Green C, Ferguson J, Lakshminpathi T, Johnson BE. 311 nm UVB phototherapy – an effective treatment for psoriasis. *Br J Dermatol* 1988;119:691-96.
- Larkö O, Swanbeck G, Svartholm H. The effect on psoriasis of clobetasol propionate used alone or in combination with UVB. *Acta Derm Venereol* 1984;64:151-54.
- Markham T, Rogers S, Collins P. Narrowband UV-B (TL-01) phototherapy vs oral 8-methoxypsoralen psoralen-UV-A for the treatment of chronic plaque psoriasis. *Arch Dermatol*. 2003;139:325-28.
- NVDV. Conceptrichtlijn Psoriasis. Utrecht, 2009.
- NVDV. Richtlijn Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis. Utrecht, 2009.

- Saurat JH, Geiger JM, Amblard P, Beaulieu J-C, Boulanger A, Claudy A, Frenk E, Guilhou J-J, Grosshans E, Mérot Y, Meynadier J, Tapernoux B. Randomized double-blind multicenter study comparing acetrein-PUVA and placebo-PUVA in the treatment of severe psoriasis. *Dermatologica* 1988;177:218-24.

2. Behandeling met biologicals	
Relatie tot kwaliteit	Wanneer methotrexaat, ciclosporine en lichttherapie zijn gegeven en onvoldoende werkzaam of gecontraïndiceerd bleken, dan pas mogen biologicals gegeven worden. Biologicals vormen een zinvolle aanvulling op de bestaande therapieën, daar ze werkzaam zijn gebleken bij patiënten met matig tot ernstige psoriasis die niet of onvoldoende reageerden op conventionele behandelingen. Het aantal patiënten dat behandeld is met biologicals zegt niet direct iets over geleverde kwaliteit maar wel iets over de bereidheid van specialisten tot het inzetten van systemische therapie en biologicals bij de behandeling van psoriasis. Het aantal mogelijke behandelingen geeft inzicht in de mogelijkheden en hangt vaak ook samen met ervaring en kennis rond biologicals.
Operationalisatie 2a	2a. Percentage patiënten met psoriasis dat is behandeld met biologicals
Teller 2a	Aantal patiënten met psoriasis dat is behandeld met biologicals
Noemer 2a	Aantal patiënten met psoriasis
	2b. Hoeveel biological behandelingen zijn mogelijk op uw locatie? <ul style="list-style-type: none"> ○ Geen ○ 1-2 ○ 3-4 ○ Meer dan 4
Definitie	'Biologicals' is een verzamelnaam voor gemodificeerde eiwitten die zijn ontwikkeld om immunologische processen te beïnvloeden.
In-/exclusiecriteria	N.v.t.
Bron teller	Status/EPD/ ZIS/gegevens ziekenhuislab/Mantoux-test
Bron noemer	DBC-registratie
Meetfrequentie	Continu
Verslagjaar	01-01-2023 tot en met 31-12-2023
Rapportagefrequentie	1x per verslagjaar
Type indicator	Proces
Meetniveau	Patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

Rekenregels

Indicator 2	Behandeling met biologicals	Formule
Teller	<p>Voor de teller wordt uitgegaan van de populatie patiënten die is verzameld voor de noemer. Bepaal van de geselecteerde patiënten het aantal patiënten dat is behandeld met biologicals.</p> <p>De patiënten die biologicals krijgen moeten geselecteerd worden. Cruciale informatie ontbrak in de indicatorenengids, namelijk de registratiecodes voor biologicals.</p> <p>Suggestie: ATC-codes:</p> <p>L04AB01 Etanercept L04AB02 Infliximab L04AB04 Adalimumab L04AC05 Ustekinumab</p> <p>Een voordeel van het gebruiken van ATC-codes is, dat deze minder aan veranderingen onderhevig zijn dan de verrichtingen op het gebied van dure medicatie.</p>	# patiënten noemer waarvoor P3 geldt
Noemer	Bepaal de populatie door het aantal patiënten met psoriasis te achterhalen.	# patiënten waarvoor P1 geldt

Deze noemer is hetzelfde als de noemer van indicator 1 en het antwoord op indicator 3b

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

In de richtlijn 'Het toepassen van biologicals in de behandeling van patiënten met plaque psoriasis' (2009) van de NVDV staat beschreven dat 'Biologicals' een verzamelnaam is voor gemodificeerde eiwitten die zijn ontwikkeld om immunologische processen te beïnvloeden. De biologicals zijn te verdelen in drie groepen: monoklonale antistoffen, fusie-eiwitten en cytokines. Op dit moment zijn er vier biologicals die in aanmerking komen om te worden voorgeschreven aan patiënten met matige tot ernstige plaque psoriasis: Adalimumab, Etanercept, Infliximab en Ustekinumab (conceptrichtlijn NVDV, 2010). De richtlijn van de NVDV geeft aan dat wanneer methotrexaat of ciclosporine en lichttherapie zijn gegeven en onvoldoende werkzaam of gecontraïndiceerd bleken, dat dan pas biologicals gegeven mogen worden. Wanneer een patiënt biologicals krijgt, wordt hij behandeld volgens de richtlijn. Biologicals vormen een zinvolle aanvulling op de bestaande therapieën daar ze werkzaam zijn gebleken bij patiënten met matig tot ernstige psoriasis die niet of onvoldoende reageerden op conventionele behandelingen. Het voorschrijven van biologicals getuigt van de bereidheid tot het inzetten van systemische therapie bij de behandeling van psoriasis.

Mogelijkheden tot verbetering

Er zijn waarschijnlijk nog steeds dermatologen die om historische (opleidingsperiode), geografische (opleidingsplaats) of persoonlijke redenen geen of nauwelijks biologicals aan patiënten voorschrijven die daarvoor wel in aanmerking zouden moeten komen. Indien patiënten worden onderbehandeld, leidt dit tot onnodige negatieve consequenties voor het psychosociale en/of economische functioneren. De werkgroep is constateert dat er dermatologische praktijken in Nederland zijn waar niet of onvoldoende bijgehouden wordt hoeveel patiënten biologicals krijgen voorgeschreven. De werkgroep verwacht met deze indicator voldoende mogelijkheden voor verbetering te kunnen identificeren waarmee partijen op verbetering kunnen sturen

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Voor deze indicator is het niet van belang dat er hoog of laag wordt gescoord. De indicator geeft wel aan of een instelling bereid is om systemische therapie of biologicals voor te schrijven.

Inhoudsvaliditeit

De mate van bewijskracht is ten minste D, de werkgroep Psoriasis van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen 2010 heeft consensus bereikt over deze indicator. De werkgroep is dan ook van mening dat deze indicator een belangrijke relatie heeft met de kwaliteit van zorg.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Ernstig zieke patiënten zullen vaker biologicals krijgen voorgeschreven en dit kan indicator 3 beïnvloeden. De werkgroep verwacht dat deze invloed gelijkelijk over de ziekenhuizen verdeeld is.

Vergelijkbaarheid

De werkgroep geeft aan dat case-mix voor deze indicator van belang is. Patiënten met ernstige psoriasis zullen eerder biologicals ontvangen. Mogelijk zijn deze ernstige patiënten niet evenredig over de instellingen verdeeld

Registratiebetrouwbaarheid

De werkgroep verwacht dat deze indicator onder gelijkblijvende omstandigheden dezelfde resultaten oplevert. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

De werkgroep verwacht geen problemen bij de registreerbaarheid en slechts een kleine tijdsinvestering. Als de benodigde gegevens niet digitaal en standaard worden geregistreerd dan kan deze indicator een hoge registratielast met zich meebrengen, met name voor de teller.

Referenties

- NVDV. Conceptrichtlijn Psoriasis. Utrecht, 2010.
- NVDV. Richtlijn Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis. Utrecht, 2009.
- NVDV. Richtlijn Het toepassen van biologicals in de behandeling van patiënten met plaque psoriasis. Utrecht, 2009.

3. Volume	
Relatie tot kwaliteit	Zorg vergt deskundigheid en ervaring en faciliteiten. Dit aspect weegt zwaar vanuit veiligheid- en patiëntenperspectief. Patiënten geven o.a. aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling doet; het vaker verrichten van de handeling vergroot de vaardigheid. Groter volume hangt vermoedelijk samen met betere uitkomsten.
Operationalisatie 3a	Hoeveel dermatologen op uw ziekenhuislocatie behandelden op de peildatum patiënten met psoriasis?
Operationalisatie 3b	Hoeveel patiënten met psoriasis werden in het verslagjaar op uw ziekenhuislocatie behandeld door het specialisme Dermatologie?
Definitie	Werken op uw ziekenhuislocatie: Het specialisme registreert haar DBC-zorgproducten op uw ziekenhuislocatie
In-/exclusiecriteria	3a: Exclusief co-assistenten, ANIOS en AIOS 3b: Inclusief behandelingen door co-assistenten, ANIOS en AIOS
Bron	3a: Medische staf 3b: DBC-registratie
Meetfrequentie	3a: 1x per jaar 3b: Continu
Peildatum	3a: 01-03-2024
Verslagjaar	3b: 01-01-2023 tot en met 31-12-2023
Rapportagefrequentie	3a: 1x per jaar 3b: 1x per verslagjaar
Type indicator	3a: Structuur 3b: Proces
Meetniveau	Ziekenhuis- en patiëntniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid

Rekenregels

Indicator 3b	Volume	Variabelen
Selecteer alle patiënten met psoriasis die gezien zijn door de specialist		# patiënten waarvoor P1 geldt
<i>Dit aantal is hetzelfde als de noemers van indicatoren 1 en 2</i>		

Achtergrond en variatie in kwaliteit van zorg

Psoriasis is een veel voorkomende chronische, niet-besmettelijke huidaandoening die gekenmerkt wordt door rode plekken met een witte schilfering. Naast pijn en jeuk kunnen er gewrichtsklachten optreden. Psoriasis komt voor bij zowel mannen als vrouwen, op alle leeftijden. De prevalentie in de Nederlandse bevolking wordt geschat op 1,5 tot 2%. In Nederland zijn er dus ongeveer 225.000 tot 300.000 psoriasispatiënten (Bos & de Rie, 1997). De jaarlijkse incidentie is 2 nieuwe patiënten per 1.000 patiënten (in huisartsenpraktijk). Er zijn verschillende vormen van psoriasis, zoals psoriasis capitis, psoriasis inversa, psoriasis guttata, pustuleuze psoriasis, psoriasis unguium en arthritis psoriatica. Psoriasis vulgaris is echter de meest voorkomende vorm. Behandelopties bestaan uit lokale therapie, lichttherapie (UVB en PUVA), systemische therapie en een restgroep (CBO Richtlijn Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis, 2005). Wanneer psoriasis voldoende ernstig is en de patiënt behandelingen met PUVA- of UVB-lichttherapie, methotrexaat en ciclosporine niet kan verdragen óf dat deze behandelingen niet effectief zijn geweest, kunnen biologicals worden voorgeschreven.

Onderzoek toont bij steeds meer aandoeningen aan dat de kwaliteit beter is naarmate het team dat bij de zorg betrokken is meer ervaring heeft (Birkmeyer, 2001; Dudley, 2000; Luft, 1979; Ross, 2010). Dit hangt samen met onder meer de aan- of afwezigheid van technologische voorzieningen, de ervaring van de betrokken artsen, de kwaliteit van de eventuele operatieve interventie en nazorg, en andere zorgaspecten (IGZ, 2004). Zogenoemde hoogvolume zorgaanbieders hebben in dit type studies veelal een significant lagere ziekenhuismortaliteit, minder complicaties en betere overall resultaten dan laagvolume zorgaanbieders (Murray, 2006; Halm, 2002).

Specifiek bewijs hiervoor bij psoriasis is er in de literatuur echter niet te vinden. Niettemin is de kans aanwezig dat een volume-uitkomst relatie ook van toepassing is bij de behandeling van psoriasis.

Daarbij moet worden opgemerkt dat de behandeling van psoriasis volgens een individueel behandelplan verloopt, waarbij de behandeling wordt afgestemd op de ernst van de psoriasis.

Mogelijkheden tot verbetering

De Nederlandse richtlijn bevat geen aanbeveling over minimale volumes per ziekenhuis of dermatoloog. De behandeling voor psoriasis is niet curatief en dient slechts voor vermindering van de symptomen. De behandeling is niet complex en per patiënt verschillend.

Beperkingen bij gebruik en interpretatie

Psoriasis is een chronische aandoening waarvan de behandeling niet heel complex is, maar het vereist wel het voorlichten van de patiënt over hun toestand en het identificeren van triggers. Psoriasis lijkt geen verband te hebben met aandoeningen waarin een volume-uitkomst relatie aanwezig is. Het aantal patiënten (operationalisatie b) kan niet één-op-één worden gedeeld door het aantal specialisten (operationalisatie a), aangezien er verschillende factoren van invloed zijn zoals omvang van de aanstelling van de medisch specialist en het feit dat een medisch specialist op meerdere locaties werkzaam kan zijn.

Inhoudsvaliditeit

Het is voor patiënten belangrijk om te weten of een arts en een team ervaring hebben met de behandeling. Volume is echter niet per definitie een maat voor kwaliteit. Wetenschappelijk bewijs voor een volume-uitkomst relatie ontbreekt voor psoriasis.

Statistisch betrouwbaar onderscheiden

Voor een procesindicator als deze is het discriminerend vermogen niet relevant, er wordt immers slechts het feitelijke aantal interventies gerapporteerd.

Vergelijkbaarheid

Bij deze indicator spelen bias en case-mix geen rol.

Registratiebetrouwbaarheid

De benodigde informatie wordt door ziekenhuizen geregistreerd in de zorgactiviteiten-registratie en DBC-registratie. Deze indicator is daarmee op een betrouwbare manier te meten en levert onder gelijkblijvende omstandigheden dezelfde resultaten op, mits de kwaliteit van de DBC- en zorgactiviteiten-registratie adequaat is. De resultaten zijn goed retrospectief controleerbaar. Maar de verantwoordelijkheid voor de registratiebetrouwbaarheid ligt bij de aanleverende ziekenhuizen zelf.

Referenties

- Begg CB, Cramer LD, Hoskins HJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1747-51.
- Bos JD, de Rie MA. Immunologie in de medische praktijk. VII. Psoriasis. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1997;141:2334-38.
- Birkmeyer JD, Finlayson EVA, Birkmeyer CM. Volume standards for high-risk procedures: Potential benefits of the Leapfrog initiative. *Surgery* 2001;130:415-22.
- CBO. Richtlijn Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis, 2005.
- Dudley RA, Johansen KL, Bran R, Rennie RJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals estimating potentially avoidable deaths. *JAMA* 2000;283:1159-66.
- Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Int Med* 2002;137:511-20.
- IGZ. Rapport prestatie-indicatoren ziekenhuizen, 2004.
- Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med* 1979 Dec 20;301(25):1364-69.
- Murray GD, Teasdale GM. The relationship between volume and health outcomes – a review. *Scott Med J* 2006;51:17-22.
- Ross JS, Normand ST, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, Keenan PS, Lichtman JH, Bueno H, Schreiner GC, Krumholz HM. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. *N Engl J Med* 2010;362:1110-18.

3. Lijst te verzamelen variabelen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gegevens voor het bepalen van de indicatoren verzameld worden. Dit gebeurt aan de hand van een variabelenlijst. Een variabele is een te verzamelen data-element.

Variabelenlijst

Structuurindicatoren worden op ziekenhuisniveau verzameld. Het is voor deze indicatoren voldoende om één keer per jaar een vraag met ja of nee te beantwoorden. Om de proces- en uitkomstindicatoren te kunnen bepalen, worden gegevens op patiëntniveau verzameld en worden verschillende bronnen geraadpleegd.

Op de volgende pagina's worden alle variabelen beschreven die nodig zijn om de indicatoren te kunnen bepalen van de set Psoriasis. Van de variabelen worden de volgende gegevens vastgelegd:

- Variabele nummer: Het nummer van de variabele wordt later gebruikt om uit te kunnen leggen welke variabelen gebruikt moeten worden voor de berekening van een indicator.
- Naam: Naam/beschrijving van de variabele.
- Vast te leggen waarde: De vast te leggen waarde is een omschrijving om aan te geven wat een ziekenhuis moet vastleggen. Dit kan bijvoorbeeld een codering zijn, ja/nee of een datum.
- Bron: De bron is bedoeld om het zoeken naar de variabele (het data-element) te vereenvoudigen. Dit is gebaseerd op de bevindingen van de ziekenhuizen uit de praktijktest. Het kan zijn dat dit in andere ziekenhuizen onder een andere naam of op een andere plaats/systeem wordt vastgelegd.
- Instructie: Deze beschrijft met welke zoekwaarden gezocht moet worden. Ook worden praktijktips gegeven.
- Nodig voor indicator: Als laatste staat aangegeven voor welke indicatoren de variabele gebruikt wordt.

Voor sommige variabelen is het niet mogelijk om direct uit de data de waarde van de variabele te bepalen. Leeftijd is hierbij het meest duidelijke voorbeeld. Om de leeftijd te kunnen bepalen is een peildatum en een geboortedatum nodig. Deze eerste twee gegevens zijn opgenomen bij de variabelen. Bij de indicatoren zijn rekenregels gedefinieerd die de uiteindelijke variabele berekenen. Een voorbeeld is: $\text{peildatum} - \text{geboortedatum} = \text{leeftijd}$.

Tabel 1: Variabelen uit verschillende bronnen in het ziekenhuis

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
P0	Patiëntnr		ZIS	Het patiëntnummer is een uniek element dat de basis vormt om koppelingen te maken tussen registratiesystemen.	1. Lichttherapie 2. Biologicals
P1	Patiënten met psoriasis	Zorgproducten: 120401007 120401008 120401010 120401013 120401014 120401015 120401003 120401004 120401005 <u>DBC codering:</u> 0310.11.20 0310.21.20 Specialisme 0310. Dermatologie Zorgtype 11. Reguliere zorg 21. Vervolg Diagnose 20. Psoriatiforme dermatosen Behandeling 81. UV-behandeling poliklinisch 82. UV-behandeling met dagopname(n)	DBC registratie	De patiënten die psoriasis hebben en behandeld worden bij de dermatoloog.	1. Lichttherapie 2. Biologicals 3. Volume
P2	Lichttherapie	Zorgactiviteiten 39992 Lichttherapie, al of niet ondersteund door medicamenteuze fotosensibiliserende therapie 190347 Lichttherapie-apparaat voor UVB thuisbelichting <u>DBC codering:</u> 0310.11.20.81 0310.21.20.81 0310.11.20.82 0310.21.20.82 Specialisme 0310. Dermatologie	DBC registratie	De patiënten die lichttherapie krijgen. Hierbij horen ook de patiënten die thuisbelichting krijgen. Het gaat in alle gevallen om totaalbelichting en niet over deelbelichting.	1. Lichttherapie

Varia- bele	Naam	Vast te leggen waarde	Bron	Instructie	Benodigd voor indicator
		Zorgtype 11. Reguliere zorg 21. Vervolg Diagnose 20. Psoriatiforme dermatosen Behandeling 81. UV-behandeling poliklinisch 82. UV-behandeling met dagopname(n)			
P3	Biologicals	Biologicals: ja/nee Of Mantouxtest 039942. Huidreactie volgens Mantoux Of Aantal aangevraagde gestandaardiseerde labsetjes biologicals bij laboratorium	Via status of EPD/ZIS of verrichting ncode of aantal aangevraagde gestandaardiseerde labsetjes biologicals	De patiënten die biologicals krijgen moeten geselecteerd worden. De registratiecodes voor biologicals ontbraken tot nu toe in deze gids. Suggestie: ATC-codes: L04AB01 Etanercept L04AB02 Infliximab L04AB04 Adalimumab L04AC05 Ustekinumab Een voordeel van het gebruiken van ATC-codes is, dat deze minder aan veranderingen onderhevig zijn dan de verrichtingen op het gebied van dure medicatie.	2. Biologicals

De volgende vragen gaan in op het aanbod van de zorg rondom psoriasis. Deze informatie maakt het mogelijk dat de patiënt/consument een beter geïnformeerde keuze kan maken voor een zorgaanbieder.

Om te achterhalen welke informatie de patiënt wil gebruiken om een ziekenhuis op te kiezen, zijn er focusgroepen en/of telefonische interviews gehouden. Door middel van een vragenlijst aan een grotere groep patiënten is onderzocht welke aspecten voor deze groep patiënten het meest van belang zijn. In 2019 zijn deze aspecten en de uit te vragen indicatoren herzien.

Waar nodig zijn definities beschreven en is de technische haalbaarheid toegelicht..

4. Tijdsduur consult	
(was 6)	<p>4a. Hoeveel minuten worden er per patiënt voor het <u>eerste consult</u> ingepland bij de dermatoloog op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p>___ minuten (aantal minuten invullen)</p> <p>4b. Hoeveel minuten worden er per patiënt met psoriasis ingepland voor een <u>vervolgconsult</u> bij de dermatoloog op uw ziekenhuislocatie?*</p> <p>___ minuten (aantal minuten invullen)</p>
<i>Definities</i>	Daar waar 'ziekenhuis' of 'ziekenhuislocatie' staat, kan ook 'zelfstandig behandelcentrum' gelezen worden
<i>Technische haalbaarheid</i>	* Peildatum: 1 maart 2023

Bijlage 1: Wijzigingstabel

Voor het verslagjaar 2023 zijn er geen wijzigingen ten opzichte van het verslagjaar 2022.

Afkortingenlijst indicatorenengids Psoriasis

AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
ANIOS	Arts Niet In Opleiding tot Specialist
ATC-code	De ATC-code is de code die binnen het Anatomisch Therapeutisch Chemische classificatiesysteem wordt toegekend.
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVDV	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PDBC	PsoriasisDagBehandelingsCentrum
PUVA	Psoraleen UltraViolet A
UV	UltraViolet
UVB	UltraViolet B
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland