



ZE&GG Uniforme Data Definitie¹

Vraag bij voorkeur alleen een C-reactief proteïne (CRP) of bezinking (BSE) aan tijdens de follow-up van patiënten met reumatoïde artritis (RA).

VK-REU-001

25 maart 2025

Datum	Versie	Aanpassingen
08-11-2024	1 ^e Versie	
12-12-2024	2 ^e Versie	Figuur 1 met oorspronkelijk 2022 data is vervangen door een figuur met 2023 data. NB de overige figuren in de UDD betreffen 2022.
18-02-2025	3 ^e Versie	Tekstuele correctie doorgevoerd over de exclusie criteria. Er wordt gekeken of de labbepaling in de twee weken voorafgaand aan telefonisch consult is geweest, deze worden vervolgens uitgesloten. In de vorige versie stond: 'Meetmomenten waarbij in de twee weken voorafgaand een telefonisch consult is geweest, zijn uitgesloten'.
25-03-2025	4 ^e Versie	Tekstuele correctie doorgevoerd met betrekking tot de discrepantie tussen de omschrijving van de exclusiecriteria onder subkop '3.1 Informatie per indicator' en bijlage 3. De exclusie betreft 'Meetmomenten die samenvallen met een SEH-bezoek, verpleegdag of IC-dag'. Voorheen stond er foutief onder subkop 3.1: "Meetmomenten die samenvallen met een SEH-bezoek of verpleegdag en IC-dag."

¹ Zie ook het separate document *Toelichting op ZE&GG Uniforme Data Definitie*

Inhoud

1. Inleiding.....	3
1.1 Achtergrond.....	3
1.2 Spiegelinformatie.....	4
2. Brondata.....	5
3. Analyse.....	6
3.1 Informatie per indicator.....	6
3.2 Analysestappen.....	7
4. Interpretatie en kanttekeningen.....	8
Bijlage 1. Nulmeting	10
Bijlage 2. Aanvullende analyse.....	12
Bijlage 3. Exclusies CRP of BSE bij RA	14

1. Inleiding

Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) heeft DHD gevraagd hen te faciliteren bij het opstellen van een Uniforme Data Definitie (UDD) voor het monitoren van de implementatie van Verstandige Keuzes in de praktijk. Het doel van een UDD is om de basis voor het monitoren van de Verstandige Keuzes te uniformeren, zodat op basis van een UDD gemeten kan worden in hoeverre de verstandige keuze wordt opgevolgd.

Deze UDD richt zich op de Verstandige Keuze in de reumatologie die stelt:

“Vraag bij voorkeur alleen een C-reactief proteïne (CRP) of bezinking (BSE) aan tijdens de follow-up van patiënten met reumatoïde artritis (RA).

De correlatie tussen CRP en BSE is hoog, waardoor het niet zinvol is om bij patiënten met RA beide bepalingen tegelijkertijd te doen. Op basis van testkarakteristieken (CRP hogere specificiteit dan BSE), kosten (BSE is goedkoper dan CRP) en overige factoren (CRP wordt minder beïnvloed door leeftijd en geslacht), kan één van beide bepalingen komen te vervallen zodat alleen BSE of CRP gedaan wordt tijdens de follow-up van RA patiënten.”^{2,3}

1.1 Achtergrond

De NVKC vult hier inhoudelijk op aan dat er voor RA verschillende ziekteactiviteit scores zijn ontwikkeld (waaronder DAS en SDAI) die gebruik maken van een BSE of CRP-uitslag. Beiden zijn niet specifiek voor RA. Een BSE kan op verschillende manieren worden uitgevoerd en is minder goed gestandaardiseerd dan de CRP-bepaling. De originele DAS28-ESR score is gebaseerd op een BSE-meting volgens Westergren (gouden standaard methode, bezinkingsnelheid van ery's in 1h). Echter in veel laboratoria wordt een 'snelle' BSE-methode toegepast (Alifax methode). Deze methoden vertonen in de basis een goede correlatie met een BSE gemeten volgens Westergren, echter een individuele RA patiënt kan gemist worden met een BSE op basis van deze 'snelle' methode⁴. Tegelijkertijd is de BSE vrij specifiek en wordt het ook beïnvloed door onder andere leeftijd, geslacht, geneesmiddelengebruik en concentratie van plasma-eiwitten. De CRP-bepaling wordt veel minder beïnvloed door dergelijke factoren. Het lijkt daarom onwenselijk om voor de follow-up van een RA patiënt twee testen met eenzelfde doel uit te voeren. Gelet op de technische aspecten van beide testen heeft

² <https://www.nvr.nl/verstandige-keuzen/>

³ https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/201505_Verstandige%20keuzes%20in%20de%20reumatologie.pdf

⁴ Erythrocyte sedimentation rate measurements by TEST 1 better reflect inflammation than do those by the Westergren method in patients with malignancy, autoimmune disease, or infection. Cha et al. Am J Clin Pathol. 2009 Feb;131(2):189-94

de CRP-bepaling wellicht de voorkeur, echter patiënt-specifieke argumenten kunnen de keuze voor de BSE als maat voor ziekteactiviteit rechtvaardigen.

De UDD is opgesteld door DHD en in afstemming met ZE&GG en inhoudsdeskundigen verenigd in een expertteam (**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). De UDD beschrijft de bron voor de monitoringinformatie, de data-analyse en kanttekeningen bij de interpretatie van de resultaten.

Tabel 1: Deelnemers expertteam

Naam	Functie	Organisatie
Yael de Man	Reumatoloog	ZGT
Karen Visser	Reumatoloog	HagaZiekenhuis
Madeleen de Geus-Bosma	Klinisch chemicus	LUMC
Brigitte Wevers	Klinisch chemicus	LUMC
Christine Kestens	Medisch Adviseur Zorgverzekeraars	CZ
Logex en Performance	Betrokken data partijen	Logex en Performance
DHD	Data-analyse en uitwerken UDD	DHD

1.2 Spiegelinformatie

Spiegelinformatie geeft inzicht in de mate van implementatie van gepast gebruik op basis van bestaande dataregistraties. Zo kunnen zorgaanbieders zien hoe zij het doen: ten opzichte van zichzelf in de tijd, en waar mogelijk ten opzichte van andere zorgaanbieders. Met deze informatie zijn zorgaanbieders beter in staat om – waar nodig – acties te ondernemen om het toepassen van gepast gebruik te bevorderen. ZE&GG wil spiegelinformatie beschikbaar stellen, zowel op landelijk- als op zorgaanbiedersniveau.

Momenteel worden er verschillende datadefinities gehanteerd door verschillende datapartijen. Dat kan discussie opleveren bij het gebruik van spiegelinformatie. Daarom wil ZE&GG per onderwerp op de implementatieagenda uniforme datadefinities vaststellen. Vektis en DHD zijn gekozen om hierbij als landelijke datapartijen te ondersteunen.

2. Brondata

Voor het monitoren van dit onderwerp hanteren we de volgende brondata:

Zorgactiviteiten: c-reactive protein (ZA 70689) en Bezinkingssnelheid (ZA 70703).

- Mits deze zorgactiviteiten zijn uitgevoerd binnen een subtraject met specialisme Reumatologie en diagnose reumatoïde artritis (DBC-diagnose (101).
- Mits deze zorgactiviteiten zijn aangevraagd in vervolg subtrajecten (zorgtype 21).
- Mits deze zorgactiviteiten zijn aangevraagd door specialisme Reumatologie (0324).

3. Analyse

3.1 Informatie per indicator

Indicator: Aandeel meetmomenten met gelijktijdig een CRP en BSE tijdens de follow-up van patiënten met RA.

Meetmoment = Datum waarop een zorgactiviteit plaatsvindt, voor dezelfde patiënt, in dezelfde zorginstelling en voor dezelfde diagnose.

In bijlage 2: Aanvullende analyse wordt ook nog een splitsing gemaakt in de resultaten naar alleen CRP en alleen BSE.

Teller: Aantal meetmomenten met gelijktijdig een CRP en BSE tijdens de follow-up van patiënten met RA.

Noemer: Totaal aantal meetmomenten voor CRP of BSE tijdens de follow-up van patiënten met RA.

Inclusiecriteria:

- Door reumatologie aangevraagde zorgactiviteiten.
- Zorgtype 21 (vervolg subtraject).

Exclusiecriteria:

- Meetmomenten die samenvallen met een SEH-bezoek, verpleegdag of IC-dag.
- Meetmomenten waarbij in de twee weken daarna een telefonisch consult is geweest (binnen zelfde traject als lab bepaling en door reumatoloog uitgevoerd).
- Patiënten met comorbiditeit (op basis van parallelle subtrajecten).
 - Hematologische maligniteiten
 - C77 Secundaire en niet gespecificeerde maligne neoplasmata van lymfeklieren
 - C81-C96 Maligne neoplasmata van lymfoïd, hematopoëtisch en verwant weefsel
 - Chronische orthopedische infecties
 - T84.5 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van inwendige gewrichtsprothese
 - T84.6 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van inwendig fixatiemateriaal [elke lokalisatie]
 - T84.7 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van overige inwendige orthopedische prothesen, implantaten en transplantaten

In bijlage 3: 'Exclusies CRP of BSE bij RA' staat het selectieproces verder uitgewerkt.

Uitsplitsing indicator: Ziekenhuis, jaar.

Zorgzwaartecorrectie: Geen.

3.2 Analysestappen

We voerden de volgende analysestappen uit om het aantal meetmomenten tijdens de follow-up van patiënten met RA te bepalen, en het aantal / aandeel waarop gelijktijdig een CRP en BSE plaatsvond.

1. Groeperen verrichtingen uit brondata per datum – elke datum is een meetmoment.
2. Berekenen indicator:
 - a. Teller: aantal meetmomenten waarop gelijktijdig een CRP en BSE plaatsvond.
 - b. Noemer: aantal meetmomenten.

4. Interpretatie en kanttekeningen

Graag noemen we de volgende kanttekeningen en achtergrondinformatie t.b.v. een juiste interpretatie van de spiegel.

- In deze spiegel is alleen het specialisme reumatologie geïnccludeerd, omdat daar het zorgpad RA wordt gevolgd. Daarmee zijn de uitkomsten van de analyses een weerslag van dit zorgpad. Het specialisme interne geneeskunde is niet geïnccludeerd omdat internisten doorgaans geen RA patiënten zien.
- RA is geïnccludeerd en polyartritis is geëxcludeerd. Bij polyartritis wordt uitgebreidere diagnostiek uitgevoerd, en bevat uiteindelijk in sommige gevallen andere diagnoses dan RA.
- De NZA-codes zijn specifiek voor CRP en BSE, dus op basis van deze codes kan betrouwbare data verzameld worden.
- Meetmomenten tijdens klinische opnamedagen zijn uitgesloten omdat tijdens opnamedagen frequent CRP wordt gemonitord i.v.m. infecties.
- Veel lab bepalingen worden gedaan bij het opstarten van de medicatie zonder fysieke controles, dit is niet meegenomen in de analyses. Deze indicator betreffen de bepalingen afgenomen rondom het bezoek moment waarop een ziekteactiviteit is vastgelegd waarvoor de CRP of BSE nodig is.
- Er wordt gekeken of de labbepaling in de twee weken voorafgaand aan telefonisch consult is geweest. Deze meetmomenten worden niet meegenomen. De focus ligt namelijk op fysieke consulten waarbij een DAS bepaling is gedaan. Een telefonisch consult kan ook een andere reden hebben dan een DAS bepaling voor controle.
- Er zijn naast telefonische consulten ook andere 'op afstand' consulten zoals 'screen to screen'. Dit komt overeen met een DAS bepaling op afstand. Daarom zijn deze niet uitgesloten.
- Vanaf 2020 is te zien dat er aanzienlijk minder fysieke controles zijn uitgevoerd als gevolg van de coronapandemie. De afname in aantallen meetmomenten is echter vergelijkbaar voor de teller als de noemer, waardoor het effect op de indicator gering is.
- Om follow-up te bepalen is alleen zorgtype 21 (vervolg subtraject) meegenomen. Bij zorgtype 11 (nieuwe zorgvraag) zit ook de eerste lab bepaling als diagnose RA nog niet duidelijk is. Op dat

moment is het nog heel gebruikelijk om een BSE en CRP samen te bepalen om andere diagnoses uit te sluiten.

- De nulmeting (zie bijlage 1: Nulmeting) bevat de data van 2018 t/m 2022. Gezien het aanleverschema van de LBZ financieel is mogelijk de data van 2022 nog niet compleet.
- In een aanvullende analyse (zie bijlage 2: Aanvullende analyse) is een splitsing gemaakt in de resultaten naar alleen CRP en alleen BSE. Hierbij is gekeken naar het aantal meetmomenten waarop alleen een CRP of alleen een BSE op dezelfde dag is uitgevoerd. Het totale aantal meetmomenten zijn het aantal dagen waarop een CRP en/of BSE plaatvond, voor dezelfde patiënt, in dezelfde zorginstelling en voor dezelfde diagnose. Daarnaast is het gemiddeld aantal meetmomenten per patiënt berekend. Dit is in figuur 6 afgezet tegen het aantal patiënten per zorginstelling. Ook hier betreffen de meetmomenten het aantal dagen waarop een CRP en/of BSE plaatvond, voor dezelfde patiënt, in dezelfde zorginstelling en voor dezelfde diagnose.

Bijlage 1. Nulmeting

In deze bijlage presenteren we voorlopige resultaten op basis van de UDD en berekend door DHD op basis van de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ), onderdeel financieel.

De nulmeting in deze bijlage is toegevoegd aan de UDD, maar zal geen onderdeel uitmaken van de UDD die uiteindelijk gepubliceerd zal worden door ZE&GG. Wel kunnen grafieken onderdeel worden van een Landelijke ZE&GG Monitor.

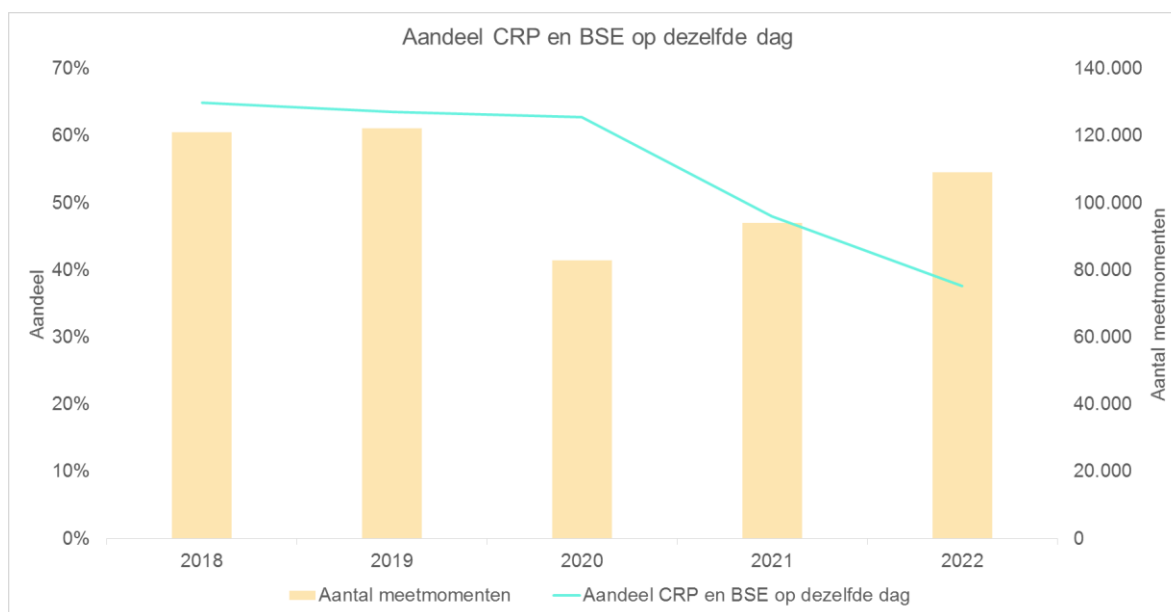
Bron

De basis van deze nulmeting is de Landelijke Basisregistratie Zorg (LBZ), onderdeel financieel. Nagenoeg alle ziekenhuizen leveren gegevens aan LBZ-financieel: Voor registratiejaar 2018, 2019, 2020, 2021 en 2022 zijn de gegevens gebaseerd op 97%, 99%, 99%, 99% en 100% van de ziekenhuizen in Nederland, respectievelijk.

Verslagjaar

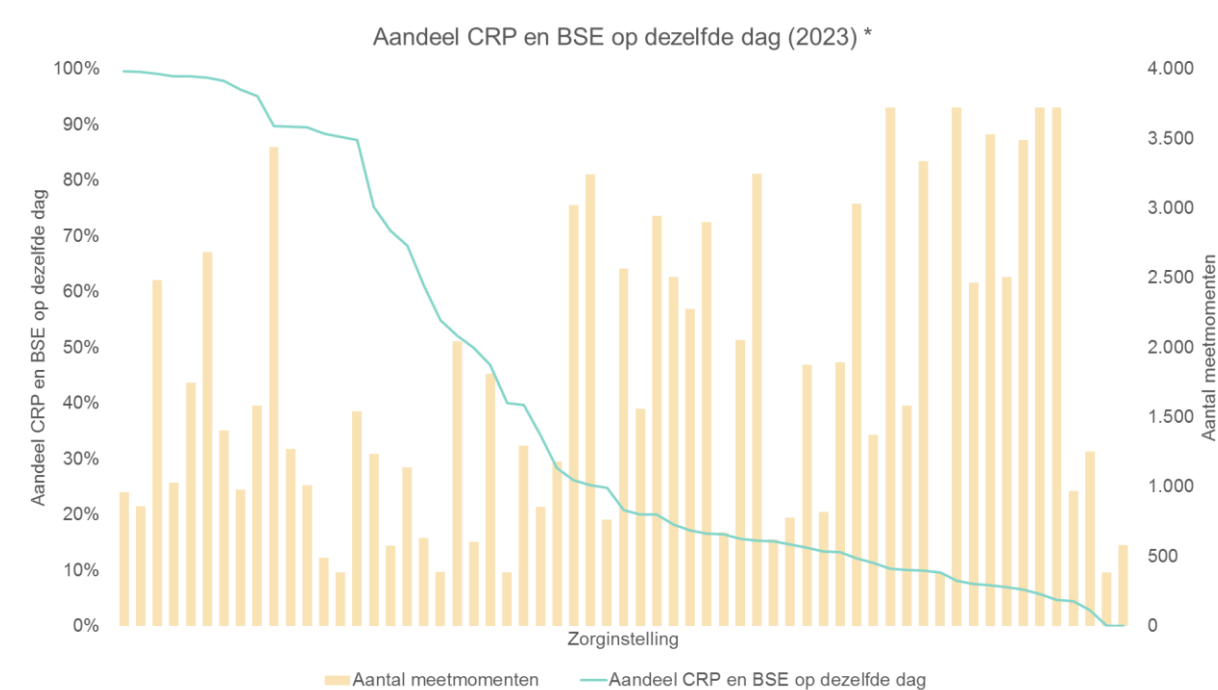
De voorlopige resultaten van de nulmeting zijn gebaseerd op verslagjaren 2018 t/m 2022 op basis van de verrichtingsdatum.

Resultaten nulmeting



Figuur 1. Trendanalyse (2018 t/m 2022) aantal en aandeel meetmomenten waarbij CRP en BSE op dezelfde dag zijn uitgevoerd. Vanaf 2020 is te zien dat er aanzienlijk minder fysieke controles zijn

uitgevoerd als gevolg van de coronapandemie. De afname in aantallen meetmomenten is echter vergelijkbaar voor de teller als de noemer, waardoor het effect op de indicator gering is.

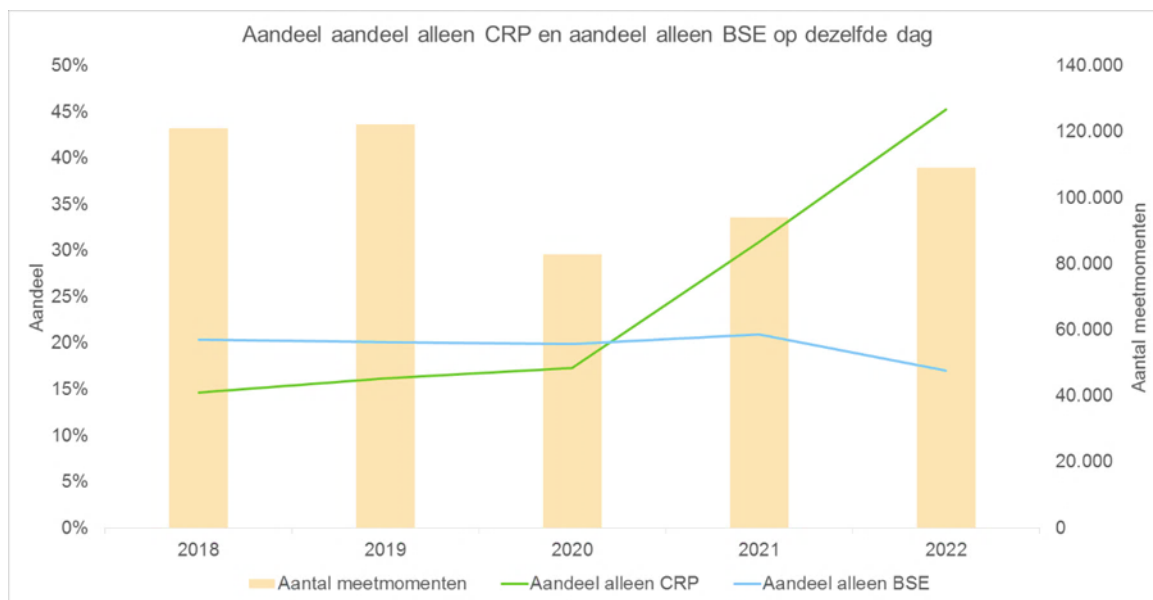


Figuur 1. Praktijkvariatie (2023) aantal en aandeel meetmomenten waarbij CRP en BSE op dezelfde dag zijn uitgevoerd per zorginstelling.

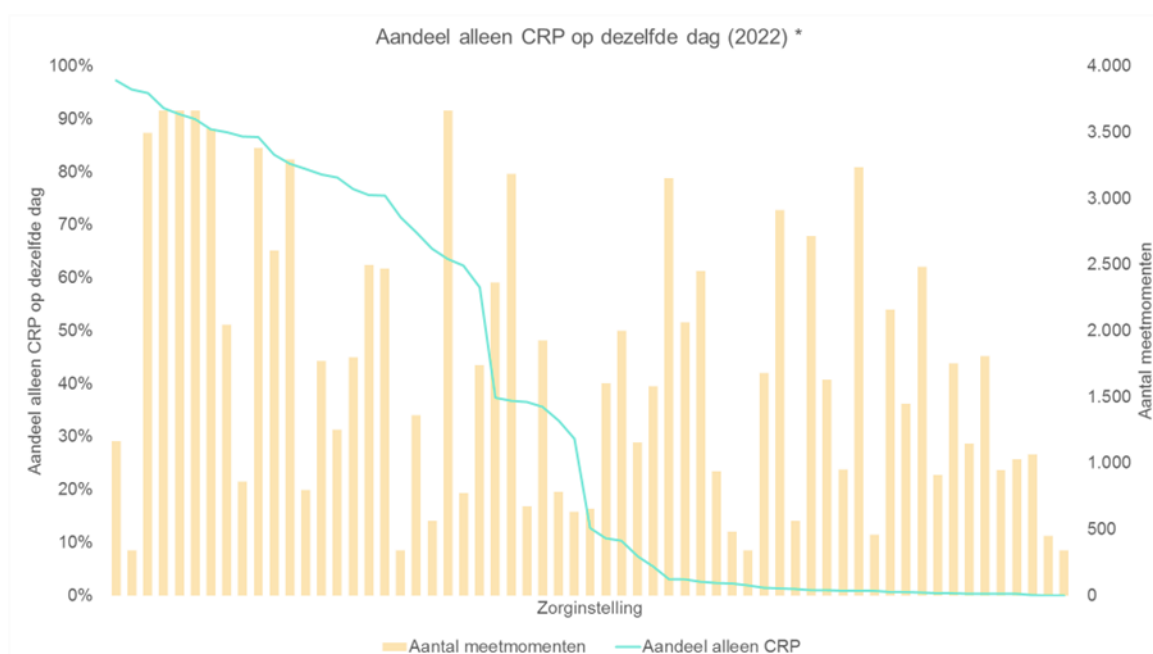
*Het aantal meetmomenten dat boven het 95e percentiel en onder het 5e percentiel ligt, wordt gelijkgetrokken met respectievelijk het 95e percentiel en 5e percentiel.

Bijlage 2. Aanvullende analyse

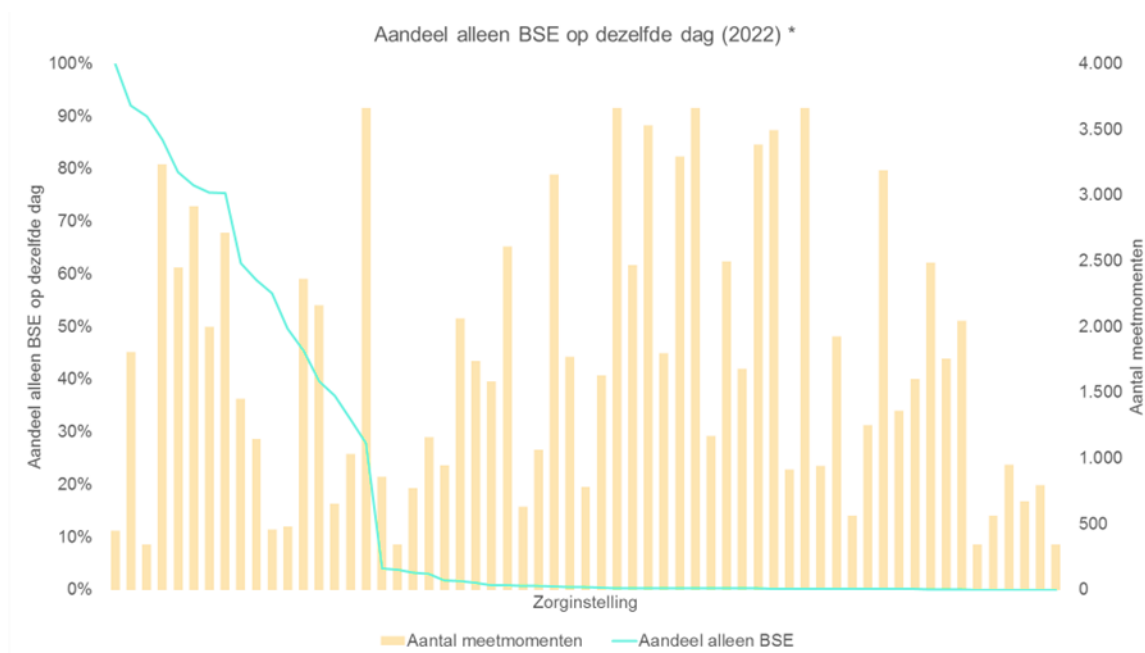
Splitsing resultaten naar alleen CRP en alleen BSE.



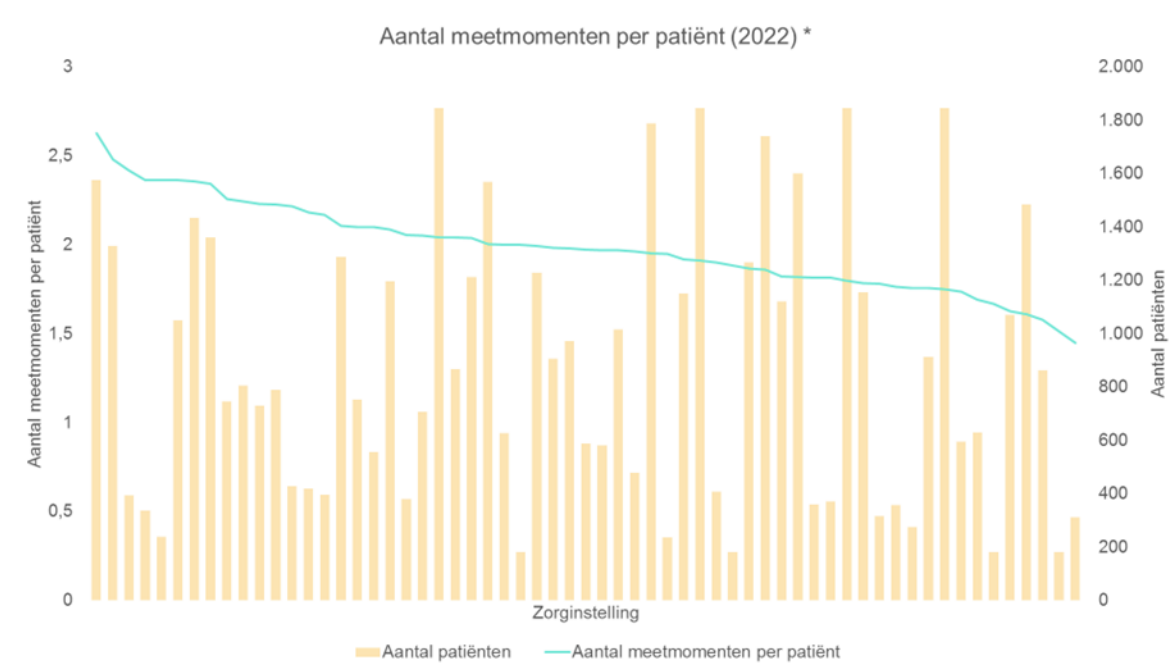
Figuur 3. Trendanalyse (2018 t/m 2022) aantal en aandeel meetmomenten waarbij alleen CRP of alleen BSE op dezelfde dag is uitgevoerd.



Figuur 4. Praktijkvariatie (2022) aantal en aandeel meetmomenten waarbij alleen CRP op dezelfde dag is uitgevoerd per zorginstelling.



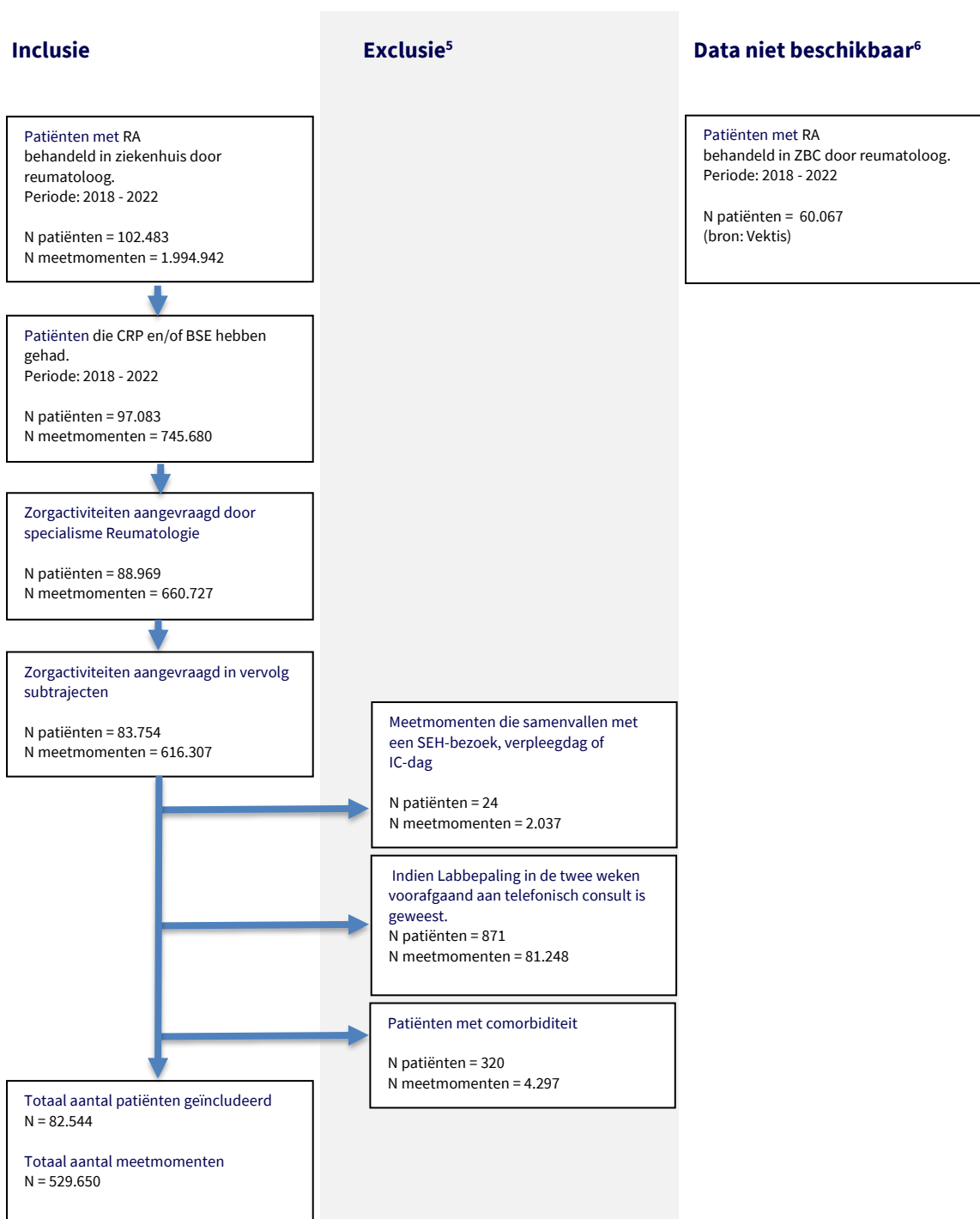
Figuur 5. Praktijkvariatie (2022) aantal en aandeel meetmomenten waarbij alleen BSE op dezelfde dag is uitgevoerd per zorginstelling.



Figuur 6. Praktijkvariatie (2022) gemiddeld aantal meetmomenten per patiënt afgezet tegen het aantal patiënten per zorginstelling.

*Het aantal meetmomenten dat boven het 95e percentiel en onder het 5e percentiel ligt, wordt gelijkgetrokken met respectievelijk het 95e percentiel en 5e percentiel.

Bijlage 3. Exclusies CRP of BSE bij RA



⁵ Een patiënt en/of meetmoment kan door meerdere redenen worden uitgesloten. Daarom tellen de exclusies niet exact op tot het uiteindelijke aantal patiënten en meetmomenten in de analyse.

⁶ Voor 2022 geldt dat een klein deel van de declaraties nog ontbreekt, dus het aantal patiënten kan op basis van definitieve data iets hoger zijn.