

Bijlagedocument

Richtlijn Hidradenitis suppurativa (HS)

Bimekizumab en Secukinumab



Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

Postbus 8552, 3503 RN Utrecht

Telefoon 030-2006800

E-mail secretariaat@nvdv.nl

Website www.nvdv.nl

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
VERANTWOORDING	3
GELDIGHEID	3
INITIATIEF	4
AUTORISATIE	5
ALGEMENE GEGEVENS	5
DOEL EN DOELGROEP	5
SAMENSTELLING WERKGROEP	5
BELANGENVERKLARINGEN	6
INBRENG PATIËNTEN PERSPECTIEF	7
IMPLEMENTATIE	7
WERKWIJZE	8
AGREE	8
Knelpuntenanalyse	8
Uitgangsvragen en uitkomstmaten	8
Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur	8
Kwaliteitsbeoordeling individuele studies	8
Samenvatten van de literatuur	8
Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs (2021)	8
Formuleren van de conclusies	9
Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)	9
Formuleren van aanbevelingen	10
Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)	10
Indicatorontwikkeling	10
Kennislacunes	10
Juridische betekenis van richtlijnen	10
Commentaar- en autorisatiefase	10
ZOEKVERANTWOORDING	11
AFKORTINGENLIJST	11
LITERATUUR	11
BIJLAGE 1: ZOEKSTRATEGIEËN, PICO EN SELECTIECRITERIA	12
BIJLAGE 2: OVERZICHT VAN GEËXCLUDEERDE STUDIES (O.B.V. FULL-TEKST)	14
BIJLAGE 3: RISICO OP BIAS ANALYSE	15
BIJLAGE 4: GRADE TABELLEN	17
BIJLAGE 5: IMPLEMENTATIEPLAN	21
Inleiding	21
Werkwijze	21
Implementatietermijnen	21
Te ondernemen acties per partij	22
BIJLAGE 6: KENNISLACUNES	24
BIJLAGE 7: WKKGZ & KWALITATIEVE RAMING VAN MOGELIJKE SUBSTANTIËLE FINANCIËLE GEVOLGEN	25

Verantwoording

Autorisatiedatum 30 juni 2025

Laatst beoordeeld 30 juni 2025

Herbeoordelingsdatum 01-06-2030

Geldigheid

Voor het beoordelen van de actualiteit van deze richtlijn is de werkgroep grotendeels in stand gehouden. Op modulair niveau is een onderhoudsplan beschreven. Bij het opstellen van de richtlijn heeft de werkgroep per module een inschatting gemaakt over de maximale termijn waarop herbeoordeling moet plaatsvinden en eventuele aandachtspunten geformuleerd die van belang zijn bij een toekomstige herziening (update).

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) is regiehouder van deze richtlijn Hidradenitis Suppurativa en eerstverantwoordelijke op het gebied van de actualiteitsbeoordeling van de richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de regiehouder over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Initiatief

Tabel 1: Overzicht betrokken partijen (modulaire herziening) jaartal

Overzicht betrokken partijen Richtlijn HS 2025	Zitting neming in werkgroep	Knelpunten analyse	Commentaarfase	Autorisatie	Opmerkingen
Wetenschappelijke verenigingen					
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)	X	X	X	X	
Overige organisaties					
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)			X		
Nederlandse Vereniging Huidtherapeuten (NVH)			X		
V&VN Verpleegkundig Specialisten Dermatologie en V&VN Wondexpertise			X		
Patiëntenverenigingen					
Hidradenitis Patiënten Vereniging (HPV)	X		X	X	
Huid Nederland (HN)			X		
Patiëntenfederatie Nederland			X		
Stakeholders					
Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ)			X		
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)			X		
Zelfstandige klinieken Nederland (ZKN)			X		
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)			X		
Zorginstituut Nederland (ZiN)			X		
Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)			X		
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)			X		
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Apothekers (NVZA)			X		

*alle partijen werden uitgenodigd voor de knelpuntenanalyse (invitational conference) en de commentaarfase.

Deelname aan de werkgroep en autorisatie wordt enkel aan de wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en overige organisaties voorgelegd.

Autorisatie

De richtlijn is op 30 juni 2025 geautoriseerd door:

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- Hidradenitis Patiënten Vereniging (HPV)

Algemene gegevens

Aanleiding

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie is de richtlijn Hidradenitis suppurativa (HS) in 2025 modulair herzien. Dit modulair onderhoud werd gestart, omdat er nieuwe literatuur beschikbaar was gekomen over verschillende biologicals als beschikbare systemische therapiekeuze.

Afbakening onderwerp en definitie

Wanneer in deze richtlijn gesproken wordt over HS, dan worden daarmee ook de termen acne ectopica ofwel acne inversa bedoeld.

Financiering

De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De SKMS ondersteunt medisch-specialistische beroepsverenigingen bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg. De financiering heeft geen invloed gehad op de inhoudelijke totstandkoming van de richtlijn. De werkgroep heeft onafhankelijk gewerkt conform de geldende methodologische standaarden

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het vaststellen van goed medisch handelen. De richtlijn geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met hidradenitis suppurativa.

Doelgroep

De richtlijn is bestemd voor leden van de medische en paramedische beroepsgroep. Voor patiënten is reeds informatie op thuisarts.nl beschikbaar. Voor huisartsen geldt primair de NHG-Behandelrichtlijn Hidradenitis suppurativa.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn werd een multidisciplinaire werkgroep ingesteld. Bij het samenstellen van de werkgroep werd rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en met een evenredige vertegenwoordiging van academische en niet-academische achtergrond. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en geen enkel lid ontving gunsten met het doel de richtlijnen te beïnvloeden. Naast de afgevaardigden van de verschillende beroepsgroepen is er ook een patiëntenvertegenwoordiger betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Werkgroepleden – modulair onderhoud 2025	Vereniging
Ineke Terra Janse (voorzitter, dermatoloog)	NVDV
Barbara Horváth (dermatoloog)	NVDV
Hessel van der Zee (dermatoloog)	NVDV
Janine Dickinson-Blok (dermatoloog)	NVDV
Sylvia van Kan (patiëntvertegenwoordiger)	HPV
Ondersteuning werkgroep	Vereniging
Carin Smit (arts-onderzoeker)	NVDV

Belangenverklaringen

De KNMG-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatie management, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

Werkgro eplid	Hoofdfunctie(s)	Nevenfuncti e(s)	Persoo nlijke financiële belangen	Persoo nlijke relaties	Extern gefinanc ierd onderzo ek	Intellectue le belangen en reputatie	Overi ge belan gen	Getek end op	Acties (voor stel)
Ineke Terra Janse (voorzitter)	Dermatoloog, Meander Medisch Centrum Amersfoort	Bestuurslid NVDV	Nee	N.v.t.	Nee	Nee	Nee	5-3- 2025	
Barbara Horváth	Dermatoloog, Universitair Medisch Centrum Groningen	*Associate Editor the British Journal of Dermatology (Q1 3/64) *Medisch adviseur patiënten vereniging Blaarziekten *Medisch adviseur patiënten vereniging Hidradenitis *Lid Board ERN-Skin * Lid EADV taskforce Autoimmune Blistering Diseases *Bestuurslid Stichting IMID coach (in progress)	Nee	N.v.t.	Janssen- Cilag – Advisory Board in Autoimm une Blaarziek ten – geen projectlei der Janssen- Cilag – Investiga tor Initiative Studies: Guselku mab voor Hidraden itis – wel projectlei der AbbVie - Ontwikke ling van de blauwdru k voor HS coach – wel projectlei der	Nee	Nee	22-11- 2024	

Hessel van der Zee	Dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum	Geen	Adviseur bij: * AbbVie * Novartis * UCB * Insmad * Incyte * InmaRx	N.v.t.	AbbVie – HiCare Registry NVDV – Studie naar laserontharing	Medisch adviseur Hidradenitis Patiënten Vereniging	Nee	22-11-2024	
Janine Dickinson-Blok	Dermatoloog, Meander MC	*Dermatoloog, Ziekenhuis Nij Smellinghe *Aangesloten bij VASCERN werkgroep PPL *Docent Groene vlaggen cursus via SCEM	Nee	N.v.t.	Nee	Nee	Nee	19-1-2024	
Sylvia van Kan	*Bestuurslid HPV *Vrijwilligerscoördinator HPV *Planning en administratie voor ZZP'ers bij EasyFlowService	Lid projectgroep re-integratie voor arbeidsdeskundigen NVAB	Nee	Werkgroeplid zelf en meerdere familieleden van werkgroeplid hebben HS	Nee	Boegbeeldfunctie bij een patiëntenvereniging	Nee	3-1-2025	

Inbreng patiënten perspectief

Er is aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door de zitting neming van een patiënt in de werkgroep en de opname van het patiëntenperspectief in de modules. In de werkgroep nam een afgevaardigde van de patiëntenvereniging plaats, zie ook de samenstelling van de werkgroep. De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan patiëntenvereniging.

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn(module) en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. De richtlijn wordt via het internet verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en ziekenhuizen en er zal in verschillende specifieke vaktijdschriften aandacht worden besteed aan de richtlijn. Tevens zal een samenvatting worden gemaakt. De voorlichtingsfolder van de NVDV zal worden afgestemd op de richtlijn. Het volledige implementatieplan is opgenomen in het bijlagedocument.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Onderstaand is de methode stapsgewijs beschreven.

Knelpuntenanalyse

In de voorbereidingsfase heeft een bijeenkomst plaatsgevonden waarvoor alle belanghebbenden zijn uitgenodigd. In deze bijeenkomst zijn knelpunten aangedragen door de werkgroepleden; NVDV en HPV. Tevens werden uitgenodigd Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), Zorginstituut Nederland (ZiNL), Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. Daarbij inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als cruciaal (kritiek voor de besluitvorming), belangrijk (maar niet cruciaal) en onbelangrijk. Tevens definieerde de werkgroep tenminste voor de cruciale uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Voor de afzonderlijke uitgangsvragen werd aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen en consultatie van experts. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. Literatuur is geselecteerd op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekstrategie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in bijlage 1.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB) tabellen. De gebruikte RoB instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR - voor systematische reviews; Cochrane - voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; Newcastle-Ottawa - voor observationeel onderzoek; QUADAS II – voor diagnostisch onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur. Bij een voldoende aantal studies en overeenkomstigheid (homogeniteit) tussen de studies werden de gegevens ook kwantitatief samengevat (meta-analyse) met behulp van Review Manager 5.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs (2021)

A) Voor interventievragen (vragen over therapie of screening)

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>). GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	- er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

B) Voor vragen over diagnostische tests, schade of bijwerkingen, etiologie en prognose
De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd eveneens bepaald volgens de GRADE-methode: GRADE-diagnostiek voor diagnostische vragen (Schünemann, 2008) en een generieke GRADE-methode voor vragen over schade of bijwerkingen, etiologie en prognose. In de gehanteerde generieke GRADE-methode werden de basisprincipes van de GRADE methodiek toegepast: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van bewijskracht op basis van de vijf GRADE-criteria (startpunt hoog; downgraden voor risk of bias, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, en publicatiebias).

C) Voor vragen over de waarde van meet- of classificatie-instrumenten (klinimetrie)
Deze instrumenten werden beoordeeld op validiteit, intra- (test-hertest) en inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid, responsiviteit (alleen bij meetinstrumenten) en bruikbaarheid in de praktijk. (naar keuze: optie-1 'Bij ontbreken van een gouden standaard, werd een beoordeling van de bewijskracht van literatuurconclusies achterwege gelaten.' Of optie-2 'De kracht van het wetenschappelijk bewijs werd bepaald met de generieke GRADE-methode').

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in één of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek. De werkgroepleden maakten de balans op van elke interventie (overall conclusie). Bij het opmaken van de balans werden de gunstige en ongunstige effecten voor de patiënt afgewogen. De overkoepelende bewijskracht wordt bepaald door de laagste bewijskracht gevonden bij een van de cruciale uitkomstmaten. Bij complexe besluitvorming waarin naast de conclusies uit de systematische literatuuranalyse vele aanvullende argumenten (overwegingen) een rol spelen, werd afgezien van een overkoepelende conclusie. In dat geval werden de gunstige en ongunstige effecten van de interventies samen met alle aanvullende argumenten gewogen onder het kopje 'Overwegingen'.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk. Door gebruik te maken van de Guideline Development Tool werd het Evidence to decision framework conform GRADE methodiek toegepast. Alle werkgroepleden hebben systematisch antwoord gegeven op vragen over de grootte van het effect en grootte van negatieve consequenties, waarden en voorkeuren van de patiënt, kosten en kosteneffectiviteit,

beschikbaarheid van voorzieningen, aanvaardbaarheid, en overwegingen voor subgroepen in de patiëntenpopulatie. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methode sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur).

Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in de module Organisatie van zorg

Indicatorontwikkeling

Er werden geen indicatoren ontwikkeld voor deze richtlijn.

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Een overzicht van de onderwerpen waarvoor (aanvullend) wetenschappelijk van belang wordt geacht, is als aanbeveling beschreven (zie bijlage 6).

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften maar wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van 'gemiddelde patiënten', kunnen zorgverleners in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Een richtlijn beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van een richtlijn in een register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de richtlijn beschreven zorg verzekerde zorg is. Informatie over kosten zoals beschreven in de richtlijn is gebaseerd op beschikbare gegevens ten tijde van schrijven.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen, (patiënt) organisaties en stakeholders voorgelegd ter commentaar (zie ook tabel 1). De commentaren zijn verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd ter autorisatie.

Zoekverantwoording

Zie bijlage 1.

Afkortingenlijst

HS	Hidradenitis suppurativa
mg	Milligram
IgG	Immunoglobuline G
IL	Interleukine
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
DLQI	Dermatology Life Quality Index
s.c.	Subcutaan
IHS4	Hidradenitis Suppurativa Severity Score System
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
SMPC	Samenvatting van de productkenmerken
QoL-HS	Quality of Life Hidradenitis Suppurativa
HSSDD	Hidradenitis Suppurativa Symptom Daily Diary
HSSQ	Hidradenitis Suppurativa Symptom Questionnaires
NRS	Numeric Rating Scale
HS-PGA	Hidradenitis Suppurativa Physician's Global Assessment
Hi-SCR	Hidradenitis Suppurativa Clinical Response
TEAE	Treatment Emergent Adverse Event

Literatuur

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.
- Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.handbook.cochrane.org.
- Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.. Online beschikbaar op <http://richtlijnendatabase.nl/> Laatst geraadpleegd op [DATUM geraadpleegd voor concepttekst]
- Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Bohn Stafleu Van Loghum 2004.
- Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html

Bijlage 1: Zoekstrategieën, PICO en selectiecriteria

Voor alle hoofdstukken geldt dat de zoekstrategieën zijn uitgevoerd in de databases van Embase en Medline. Experts op het gebied van hidradenitis suppurativa werden geraadpleegd voor eventuele ontbrekende artikelen en / of *case reports*. De zoekactie is geüpdatet tot 3-5-2024 voor secukinumab en tot 3-11-2024 voor bimekizumab. .

De zoekactie is met behulp van de PICO-systematiek opgebouwd. De zoekvragen hebben de P als gemeenschappelijke onderdeel. De Interventie was afhankelijk van de uitgangsvraag.

De volgende afbakening is gebruikt:

P: Patiënten met hidradenitis suppurativa

I: Secukinumab, bimekizumab

C: Placebo of andere (systemische) behandeling

O: Klinische respons en bijwerkingen

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Patiënten met matige tot ernstige HS	Dierenstudies
RCT's en CCT's	
Volledig tekst beschikbaar in Nederlands of Engels	
Follow-upduur van minimaal 16 weken	

Uitgangsvragen

1. Wat is de effectiviteit en veiligheid van secukinumab bij volwassen patiënten met hidradenitis suppurativa (HS)?
2. Wat is de effectiviteit en veiligheid van bimekizumab bij volwassen patiënten met hidradenitis suppurativa (HS)?

EMBASE (datum 3-5-2024)

Zoektermen

('suppurative hidradenitis'/exp OR 'suppurative hidradenitis' OR hidradenitis* OR 'acne inversa' OR 'acne ectopica') AND ('secukinumab'/exp OR secukinumab OR cosentyx OR 'il 17 inhibitor' OR 'il-17 inhibitor' OR 'anti il17' OR 'anti-il-17')

Resultaten = 346

MEDLINE (datum 3-5-2024)

Zoektermen

Search Strategy:

1. Hidradenitis Suppurativa/ (3436)
2. Hidradenitis*.mp. (5248)
3. Acne ectopica.mp. (1)
4. Acne inversa.mp. (564)
5. 1 or 2 or 3 or 4 (5287)
6. Secukinumab.mp. (2220)
7. IL 17 inhibitor.mp. (148)
8. IL17 inhibitor.mp. (2)
9. cosentyx.mp. (45)
10. Anti-IL-17 (576)
11. Anti IL 17 (576)
12. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (2294)
13. 5 and 12 (88)

Alle resultaten

Database	Datum	# hits
EMBASE	3-5-2024	346
MEDLINE	3-5-2024	88
Totaal		434
Duplicates		89
Netto aantal		345

EMBASE (datum 30-11-2024)*Zoektermen*

('suppurative hidradenitis'/exp OR 'suppurative hidradenitis' OR hidradenitis* OR 'acne inversa' OR 'acne ectopica') AND ('bimekizumab'/exp OR bimekizumab OR bimzelx OR 'il 17 inhibitor' OR 'il-17 inhibitor' OR 'anti il17' OR 'anti-il-17')

Resultaten = 137

MEDLINE (datum 30-11-2024)*Zoektermen*

Database: Ovid MEDLINE (ALL)

Search Strategy:

14. Hidradenitis Suppurativa/ (5493)
15. Hidradenitis*.mp. (5924)
16. Acne ectopica.mp. (1)
17. Acne inversa.mp. (639)
18. 1 or 2 or 3 or 4 (5967)
19. Bimekizumab.mp. (315)
20. IL 17 inhibitor.mp. (175)
21. bimzelx.mp. (14)
22. Anti-IL-17 (633)
23. Anti IL 17 (633)
24. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (1084)
25. 5 and 11 (51)

Resultaten = 51

Alle resultaten

Database	Datum	# hits
EMBASE		137
MEDLINE		51
Totaal		188
Duplicates		44
Netto aantal		144

Bijlage 2: Overzicht van geëxcludeerde studies (o.b.v. full-tekst)

Artikel	Reden van exclusie
Secukinumab	
Blum, 2023	Geen controlegroep
Gottlieb, 2023	Uitkomsten worden ook gepresenteerd in geïnccludeerd artikel Kimball, 2023(a)
Kimball, 2023b	Zelfde artikel als Gottlieb, 2023
Kimball, 2023c	Ingezonden abstract
Kokolakis, 2023	Ingezonden abstract
Zouboulis, 2023	Ingezonden abstract
Zouboulis, 2024	Valt buiten de PICO
Bimekizumab	
Molinelli, 2024	Brief als reactie op geïnccludeerd artikel Kimball, 2024(a)
Molinelli, 2023	Brief aan de editor
Orenstein, 2024	Ingezonden abstract
Zouboulis, 2024	Ingezonden abstract
Ingram, 2024	Deeluitkomsten los gepresenteerd vanuit hoofdartikel Kimball, 2024(A)
Gottlieb, 2024	Deeluitkomsten los gepresenteerd vanuit hoofdartikel Kimball, 2024(A)

Bijlage 3: Risico op bias analyse

Randomized controlled trial (RCT)

Beoordeling risk of bias door middel van Cochrane collaboration tool.

Study reference (first author, publication year)	Describe method of randomisation ¹	Random sequence generation (selection bias) ²	Allocation concealment (selection bias) ³	Blinding of participants and personnel (performance bias) ^{4,6} <i>All outcomes</i>	Blinding of outcome assessor (detection bias) ^{5,6} <i>All outcomes</i>	Incomplete outcome data (attrition bias) ⁷ <i>All outcomes</i>	Selective reporting (reporting bias) ⁸	Other bias ⁹
		(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)	(high/unclear/low risk)
Kimball, 2023	In both trials, patients were randomly assigned (1:1:1) by means of interactive response technology to receive subcutaneous secukinumab 300 mg every 2 weeks, subcutaneous secukinumab 300 mg every 4 weeks, or subcutaneous placebo all via a 2 mL prefilled syringe in a double-dummy method as per treatment assignment.	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Some analysis are only reported in the appendix, this is clearly stated in the article. Low risk	Low risk

Kimball, 2024	Patients aged 18 years or older with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa were randomly assigned 2:2:2:1 using interactive response technology (stratified by worst Hurley Stage at baseline and baseline systemic antibiotic use) to receive subcutaneous bimekizumab 320 mg every 2 weeks; bimekizumab 320 mg every 2 weeks to week 16, then every 4 weeks to week 48; bimekizumab 320 mg every 4 weeks to week 48; or placebo to week 16, then bimekizumab 320 mg every 2 weeks.	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Some analysis are only reported in the appendix, this is clearly stated in the article. Low risk	Low risk
---------------	--	----------	----------	----------	----------	----------	---	----------

Bijlage 4: GRADE tabellen

Vergelijking: secukinumab vs. placebo Kimball, 2023

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importantie
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren			
Quality of life									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet ernstig	niet gevonden	In the SUNSHINE trial, both the secukinumab every 2 weeks (64 [48%] of 134 patients) and secukinumab every 4 weeks (62 [48%] of 128 patients) groups had higher DLQI responder rates than the placebo group (37 [29%] of 128 patients) at week 16. Likewise, in the SUNRISE trial a higher proportion of patients in the secukinumab every 2 weeks (54 [38%] of 144 patients) and secukinumab every 4 weeks groups (67 [47%] of 142 patients) had higher DLQI responder rates than in the placebo group (46 [32%] of 145 patients).	 Redelijk ^a	CRUCIAAL
Pain reduction									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	For the pooled analysis of skin pain at week 16, NRS30 response was significantly higher in the secukinumab every 2 weeks group (97.2 [37%] of 266 patients) than in the placebo group (57.8 [23%] of 251 patients; OR 2.1 [95% CI 1.4–3.2]; p=0.0003). Although the proportion of patients achieving NRS30 at week 16 was higher in the secukinumab every 4 weeks group (84.4 [33%] of 252 patients) than in the placebo group (57.8 [23%] of 251 patients), the difference was not statistically significant on the basis of hierarchical testing (1.8 [1.2–2.7]; p=0.0044)	 Hoog	CRUCIAAL
Hi-SCR									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	Compared with the placebo group (57.1 [31%] of 183 patients), significantly more patients in the secukinumab every 2 weeks group (76.2 [42%] of 180 patients; 1.6 [1.1–2.6]; p=0.015) and the secukinumab every 4 weeks group (83.1 [46%] of 180 patients; 1.9 [1.2–3.0]; p=0.0022) had a hidradenitis suppurativa clinical response in the SUNRISE trial.	 Hoog	BELANGRIJK

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importantie
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren			

Reduction in flares

1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	Significantly fewer patients had flares in the secukinumab every 2 weeks group than in the placebo group in the SUNSHINE trial (27.8 [15%] of 181 patients in the secukinumab every 2 weeks group vs 52.2 [29%] of 180 patients in the placebo group; OR 0.4 [95% CI 0.3–0.7]; $p=0.0010$ during the first 16 weeks. There was no significant difference between the two groups in the SUNRISE trial (36.1 [20%] of 180 patients in the secukinumab every 2 weeks group vs 49.5 [27%] of 183 patients in the placebo group; 0.7 [0.4–1.1]; $p=0.073$) during the first 16 weeks. Although numerically fewer, there was no statistically significant difference in the proportion of patients with flares between the secukinumab every 4 weeks group (41.7 [23%] of 180 patients) and the placebo group (52.2 [29%] of 180 patients; 0.7 [0.4–1.2]; $p=0.093$) during the first 16 weeks in the SUNSHINE trial, whereas, in the SUNRISE trial, a significant difference was reported (28.0 [16%] of 180 patients in the secukinumab every 4 weeks group vs 49.5 [27%] of 183 patients in the placebo group; 0.5 [0.3–0.8]; $p=0.0049$).	 Hoog	BELANGRIJK
---	------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---	---	------------

TEAE

1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	The most common adverse event by preferred term up to week 16 was headache in both the SUNSHINE (17 [9%] patients in the secukinumab every 2 weeks group, 20 [11%] in the secukinumab every 4 weeks group, and 14 [8%] in the placebo group) and SUNRISE (21 [12%] patients in the secukinumab every 2 weeks group, 17 [9%] in the secukinumab every 4 weeks group, and 15 [8%] in the placebo group) trials. No study-related deaths were reported up to week 16. The safety profile of secukinumab in both trials was consistent with that previously reported, with no new or unexpected safety findings detected.	 Hoog	BELANGRIJK
---	------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	--	--	------------

CI: Confidence interval

Explanations

a. The DLQI is a general dermatologic questionnaire and is therefore at some points less suitable for patients with HS. Recently a HS specific questionnaire is validated, but this questionnaire was not used in this trial.

Vergelijking: bimekizumab vs. placebo
Kimbal, 2024

Literatuur:

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importantie
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren			
Quality of life									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet ernstig	niet gevonden	Across BE HEARD I and BE HEARD II, both bimekizumab treatment regimens had numerically greater improvements (ie, decreased score) in DLQI versus placebo at week 16, with clinically meaningful improvements observed.	 Redelijk ^a	CRUCIAAL
Pain reduction									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	Across BE HEARD I and BE HEARD II, both bimekizumab treatment regimens had numerically greater improvements in HSSDD worst skin pain versus placebo at week 16, with clinically meaningful improvements observed. Patients treated with bimekizumab had rapid improvements in HSSDD worst skin pain, as early as week 2, that were maintained over the 16 weeks in which HSSDD was assessed.	 Hoog	CRUCIAAL
Hi-SCR									
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	Hi-SCR at week 16 was met in the group who received bimekizumab every 2 weeks using modified non-responder imputation; higher responder rates were observed with bimekizumab versus placebo in both trials: 138 (48%) of 289 patients versus 21 (29%) of 72 patients in BE HEARD I (odds ratio [OR] 2.23 [97.5% CI 1.16–4.31]; p=0.0060) and 151 (52%) of 291 patients versus 24 (32%) of 74 patients in BE HEARD II (2.29 [1.22–4.29]; p=0.0032). In BE HEARD II, HiSCR50 was also met in the group who were administered bimekizumab every 4 weeks (77 [54%] of 144 vs 24 [32%] of 74 with placebo; 2.42 [1.22–4.80]; p=0.0038).	 Hoog	BELANGRIJK

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importantie
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren			

TEAE

1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	The most frequently reported treatment-emergent adverse events to week 48 were hidradenitis in both trials, in addition to coronavirus infection and diarrhoea in BE HEARD I, and oral candidiasis and headache in BE HEARD II. One death was reported across the two trials, and was due to congestive heart failure in a patient with substantial cardiovascular history treated with bimekizumab every 2 weeks in BE HEARD I (considered unrelated to bimekizumab treatment by the investigator). No new safety signals were observed.	⊕⊕⊕⊕ Hoog	BELANGRIJK
---	------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---	--------------	------------

CI: Confidence interval

Explanations

a. The DLQI is a general dermatologic questionnaire and is therefore at some points less suitable for patients with HS. Recently a HS specific questionnaire is validated, but this questionnaire was not used in this trial.

Bijlage 5: Implementatieplan

Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn Hidradenitis suppurativa. 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

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

Aanbeveling
Neem voor het starten met een biological de overwegingen zoals beschreven in het 'Professioneel perspectief' in acht.
Zie ook 'Leidraad voor behandeling van HS' voor een nadere toelichting op de indicatiestelling en het behandelalgoritme.

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
Volwassen patiënten met een matige tot ernstige vorm van HS met een duidelijk inflammatoire component waarbij behandeling middels antibiotica niet effectief blijkt of niet mogelijk is en waarbij chirurgische behandeling (nog) niet mogelijk is komen in	Niet elk centrum zal de mogelijkheid hebben om een breed arsenaal aan (dure) systemische behandelingen in te kopen en dus toe te passen.

aanmerking voor behandeling met secukinumab/bimekizumab.	
De behandeling met secukinumab/bimekizumab dient in beginsel in combinatie met chirurgische interventie plaats te vinden.	Zie hierboven.

Impact op zorgkosten

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

Aanbeveling	Toelichting
Volwassen patiënten met een matige tot ernstige vorm van HS met een duidelijk inflammatoire component waarbij behandeling middels antibiotica niet effectief blijkt of niet mogelijk is en waarbij chirurgische behandeling (nog) niet mogelijk is komen in aanmerking voor behandeling met secukinumab/bimekizumab.	Door het beschikbaar komen van nieuwe dure geneesmiddelen kunnen de zorgkosten stijgen. De zorgkosten kunnen dalen doordat aan patiënten een effectievere behandeling kan worden geboden waardoor de ziekteduur wordt verkort en daarmee aanvullende behandeling kan worden voorkomen. Het Zorginstituut heeft een budgetimpactanalyse uitgevoerd voor beide geneesmiddelen.
(Secukinumab) Overweeg op basis van de klinische respons de onderhoudsdosering te verhogen naar 300 mg elke 2 weken.	Zie hierboven.

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)

- 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 kwaliteitsvisitatie;

Initiatief nemende wetenschappelijke vereniging (NVDV)

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

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

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

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

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ter mede toezien op implementatie van de zorg die in deze richtlijn wordt aanbevolen. Over het algemeen is het waarschijnlijk dat noodzakelijke investeringen voor de baat uit gaan. De 'sterk geformuleerde aanbevelingen' in deze richtlijn kunnen, na verloop van de aangegeven implementatietermijnen door zorgverzekeraars worden gebruikt voor de inkoop van zorg.

Wetenschappers en subsidieverstrekkers

- Onderzoek initiëren naar de kennislacunes.

Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten

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

Bijlage 6: Kennislacunes

Bij het modulair onderhoud van de richtlijn Hidradenitis suppurativa is geconstateerd dat er een aantal vragen zijn die niet beantwoord kunnen worden omdat er onvoldoende bewijs beschikbaar is.

De werkgroep heeft de volgende aanbevelingen gedaan voor onderzoek:

1. Wat is de effectiviteit en veiligheid van de verschillende biologicals ten opzichte van elkaar in de behandeling van matig tot ernstige HS?
2. Welke factoren zijn geassocieerd met een goede respons op biologicals bij patiënten met matig tot ernstige HS?

Bijlage 7: Wkkgz & Kwalitatieve raming van mogelijke substantiële financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst (gebaseerd op het stroomschema ontwikkeld door FMS).

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn, zie onderstaande tabel.

Module	Uitkomst Raming	Toelichting
Secukinumab en Bimekizumab	Geen substantiële financiële gevolgen	Het Zorginstituut heeft voor beide geneesmiddelen een budgetimpactanalyse uitgevoerd.