

VERBETERING VAN DE ZORGKwaliteit VOOR PATIËNTEN MET GEASSOCIEERDE COMORBIDITEIT VAN REUMATOÏDE ARTRITIS

Patrick Durez

Afdeling reumatologie, Clin. Univ. St-Luc, UCLouvain, Brussel

Patiënten met reumatoïde artritis hebben een hogere kans op het ontwikkelen van geassocieerde comorbiditeit. Aanbevelingen voor de aanpak van deze comorbiditeit zijn momenteel in ontwikkeling, maar worden in de dagelijkse praktijk nog maar weinig toegepast. Om die reden werd er onderzoek uitgevoerd in twaalf Europese centra naar interventies voor goede klinische praktijkvoering gericht op comorbiditeit geassocieerd met reumatoïde artritis. De bestudeerde comorbide aandoeningen waren cardiovasculaire ziekten, longziekten, diabetes en depressie. Voor het onderzoek werden meer dan 180 specialisten uit de twaalf centra geïnterviewd en werd een review van de bestaande publicaties en aanbevelingen uitgevoerd. Voor België nam de afdeling reumatologie van de Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCLouvain) aan het onderzoek deel. De bevindingen werden beoordeeld door een groep van 18 experts. Op die manier werden verschillende uitdagingen in het patiëntentraject geïdentificeerd, waaronder vertraging in diagnose en doorverwijzing, een gebrek aan reumatologen en beperkte bewustwording over de ziekte in de eerste lijn. Daarnaast werden 18 interventies voor goede klinische praktijkvoering opgesteld. Die omvatten onder meer zelfmanagement, een *early arthritis clinic*, snelle toegang tot zorg, sterkere communicatie met de eerste lijn en het integreren van patiëntenregisters in de dagelijkse klinische praktijk. Voor de interventies werd afzonderlijk het belang nagegaan in drie ziektestadia, met name bij vermoeden van reumatoïde artritis, na een recente diagnose van reumatoïde artritis en bij vaststaande artritis. De volledige resultaten van dit onderzoek werden gepubliceerd en zijn in *RMD Open* online gratis te lezen (1).

COMORBIDITEIT: REUMATOÏDE ARTRITIS IS GEEN ZIEKTE VAN DE GEWRICHTEN ALLEEN

Alhoewel er de laatste decennia opmerkelijke vooruitgang is geboekt in de zorg voor patiënten met reumatoïde artritis, blijven er nog uitdagingen bestaan. Dit is in het bijzonder het geval voor geassocieerde comorbiditeit, omdat dit samenwerking vereist tussen verschillende specialismen en tussen zorgniveaus. Bovendien blijven ook nog andere uitdagingen aanwezig, zoals vermijden van trage doorverwijzing en van een late diagnose van reumatoïde artritis.

Reumatoïde artritis is één van de frequentste chronische auto-immuunziekten. Het lijkt erop dat de overvallige mortaliteit bij reumatoïde artritis in de laatste 25 jaar is

afgenomen, maar dat betekent ook dat het aantal jaren met invaliditeit kan toenemen (2). In een Zweedse cohortstudie bleken patiënten met reumatoïde artritis een *hazard ratio* van 1,41 te hebben voor hart- en vaatziekten ten opzichte van de algemene populatie, een significant verschil, dat stabiel bleef over de jaren (3). In een andere populatiestudie uit 2010 hadden patiënten met reumatoïde artritis 7,7% kans op interstitiële longziekten, tegenover 0,9% in de algemene bevolking (HR: 8,96; 95%-BI: 4,02-19,94) (4). De mediane overleving bedroeg er slechts 2,6 jaar na de diagnose (4). In een Canadese analyse van medische databases werd een incidentie van diabetes teruggevonden van 8,6 per 1.000 persoonsjaren bij reumatoïde artritis, in vergelijking met 5,8 voor een populatie zonder deze ziekte (gecorrigeerde HR: 1,5; 95%-BI: 1,4-1,5) (5).

Conservatieve schattingen ramen een prevalentie tussen 13 en 20% van depressie bij patiënten met reumatoïde artritis. Een analyse van het Britse register van biologics van de *British Society for Rheumatology* vond een formele diagnose van een ooit doorgemaakte depressie bij 19%, wat twee- tot driemaal hoger is dan in de algemene populatie (6).

Dit onderzoek focuste enkel op cardiovasculaire aandoeningen, longziekten, diabetes en depressie. Andere comorbide aandoeningen, zoals bv. osteoporose, infecties, kanker en gastro-intestinale aandoeningen, kwamen hier niet aan bod.

ONDERZOEK IN TWAALF EUROPESE CENTRA

De twaalf Europese centra die aan dit project deelnamen waren het Diakonhjemmet Hospital in Oslo, het Cochinziekenhuis in Parijs, het Reumatologisch Instituut in Praag, het Santa Maria-ziekenhuis in Lissabon, het Universitair Ziekenhuis La Paz in Madrid, het Chapel Allerton Hospital van de University of Leeds, de CU Saint-Luc in Brussel, het Universitair Ziekenhuis van Genève, de Sint-Maartenkliniek in Nijmegen, het centrum voor reumatologie van het Karolinska Universitair Ziekenhuis in Stockholm, het Rigshospitalet in Kopenhagen en het ASST Gaetano Pini-CTO Instituut in Milaan.

De verschillende centra werden geselecteerd op criteria zoals locatie, focus (gespecialiseerde en algemenere zorg) en het type van centrum (verschillende groottes, privé- en publieke ziekenhuizen, verbinding met de gemeenschap, enz.), zodat een brede representativiteit kon bekomen worden, al waren wat grotere opleidingscentra sterker vertegenwoordigd. Een farmaceutisch bedrijf voorzag in de financiering van dit onderzoek.

In totaal werd van ongeveer 180 medewerkers van deze centra een kwalitatief, semi-gestructureerd interview afgenomen dat een uur duurde. De medewerkers vormden een brede waaier van gezondheidsprofessionals, waaronder reumatologen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, specialisten in met reumatoïde artritis geassocieerde comorbiditeit, apothekers en praktijkmanagers.

RESULTATEN: WEINIG BESTAANDE AANBEVELINGEN OVER COMORBIDITEIT

Er bestaan slechts weinig specifieke aanbevelingen over comorbiditeit bij reumatoïde artritis. De EULAR heeft 2016 wel richtlijnen geformuleerd voor de aanpak van het cardiovasculaire risico bij deze ziekte (7). Daarnaast heeft de EULAR ook punten ter overweging opgesteld voor melding, screening en preventie van bepaalde comorbiditeit

bij chronische inflammatoire reumatische ziekten, waaronder cardiovasculaire ziekte en depressie (8).

Alle andere aanbevelingen zijn ofwel niet specifiek voor comorbiditeit of zijn opgesteld door niet-reumatologische organisaties. Zo komt reumatoïde artritis ter sprake bij de richtlijnen over dyslipidemieën van de *European Society of Cardiology* en de *European Atherosclerosis Society* uit 2019 (9).

Gezamenlijke praktijkrichtlijnen van de *American Thoracic Society* en de *European Respiratory Society* uit 2018 over idiopathische pulmonale fibrose wijzen eveneens op reumatoïde artritis als risicofactor (10). En ook de *Swedish Respiratory Society* heeft recent nationale aanbevelingen over idiopathische longfibrose aanbevelingen opgesteld, waarin reumatoïde artritis aangehaald wordt (11).

Over diabetes bij reumatoïde artritis werden geen regionale of nationale aanbevelingen teruggevonden.

Wat depressie betreft, bestaan er naast de eerder geciteerde punten ter overweging van de EULAR enkel nog Britse NICE-aanbevelingen uit 2009, algemeen handelend over depressie bij volwassenen met een chronische lichamelijke aandoening (12).

Meer aandacht voor comorbiditeit eigen aan reumatoïde artritis is dus zeker wenselijk, wat ook de aanleiding was voor dit onderzoek.

RESULTATEN: MOGELIJKE HINDERNISSEN IN HET ZORGTRAJECT

HINDERNISSEN IN HET ZORGTRAJECT VOOR REUMATOÏDE ARTRITIS ZELF

Een correcte aanpak van comorbiditeit is maar mogelijk wanneer eerst de diagnose, behandeling en follow-up van reumatoïde artritis zelf optimaal gebeurt. Onderzoek naar hindernissen in dit zorgtraject neemt de laatste jaren toe.

In eerste instantie kunnen nieuwe patiënten soms lang wachten vooraleer medische hulp te zoeken, omdat bewustzijn en kennis over de ziekte ontbreekt. Daarna kan doorverwijzing van de eerste lijn naar een reumatoloog ook te traag verlopen. In het Verenigd Koninkrijk bv. wordt een doorverwijzing naar een reumatoloog voorafgegaan door mediaan vier bezoeken aan een huisarts (13). Dit kan te maken hebben met de moeilijkheid van de diagnose, beperkte kennis in de eerste lijn, lange wachttijden voor specialisten, onduidelijke eerste symptomen en het niet beseffen van het belang van snelle doorverwijzing ter vermindering van irreversibele gewrichtsschade. Dit leidt dan tot een vertraagde diagnose, die in verschillende landen zelfs tot een jaar op zich kan laten wachten na het optreden van de eerste symptomen.

De behandeling zelf kan bovendien ook problemen opleveren. Het opstarten ervan kan bemoeilijkt worden door budgettaire beperkingen en door restrictieve aanbevelingen over de therapiekeuze. Bij de keuze van de behandeling kunnen moeilijkheden in het implementeren van de aanbevelingen in de klinische praktijk optreden. De therapeutische adherentie kan in gedrang komen door een ziekteaanpak die niet gericht is op levenskwaliteit, of door gebrek aan regelmatige feedback met een inzicht in de behoeften van de patiënt of door de levensstijl van de patiënt.

Ten slotte kan een ontoereikende opvolging, bv. door beperkte toegankelijkheid van reumatologen, lange wachttijden voor beeldvorming en een slecht geregeld zorgtraject ook nog een hinderpaal vormen voor optimale zorg.

HINDERNISSEN IN HET ZORGTRAJECT VOOR COMORBIDITEIT BIJ REUMATOÏDE ARTRITIS

In de zorg voor comorbiditeit kunnen op vijf niveaus hindernissen optreden, met name bij screening, doorverwijzing, diagnostiek, de (farmacologische en niet-farmacologische) behandeling en de opvolging.

Screening naar geassocieerde aandoeningen gebeurt nog te weinig. Dat kan te maken hebben met de eerder aangehaalde beperkte specifieke aanbevelingen voor comorbiditeit. Ook zijn er nog maar weinig screeningstrajecten en screeningsprogramma's voor comorbiditeit bij reumatoïde artritis ontwikkeld.

Wat doorverwijzing betreft, is er nog een gebrek aan educatie voor gezondheidswerkers over zorgtrajecten. Logistieke problemen en problemen met fysieke toegankelijkheid kunnen ook een barrière vormen voor ambulante patiënten.

De diagnose van comorbiditeit wordt nog vaak niet of pas in een ernstig stadium gesteld. De symptomen van reumatoïde artritis of van de behandeling ervan kunnen in deze context tekenen en symptomen van comorbiditeit verhullen. In de behandeling valt dikwijls een inadequate management van comorbiditeit op. Dat kan te maken hebben met ondoeltreffende communicatie in het multidisciplinaire team. Ook kunnen mogelijke geneesmiddeleninteracties te beperkt worden geregistreerd. Als patiënten toch gediagnosticeerd worden, dan krijgen ze niet altijd de aanbevolen behandeling.

Ten slotte kunnen zich nog moeilijkheden voordoen bij de opvolging. Verschillende databases kunnen soms inconsistente gegevens van de patiënt bevatten. Patiënten komen soms niet opdagen wanneer een follow-upafspraken is vastgelegd.

Bij patiënten met complexe therapeutische behoeften leidt dit alles tot een toename van de morbiditeit en mortaliteit.

RESULTATEN: 18 VOORGESTELDE INTERVENTIES

Op basis van de gesprekken met meer dan 180 specialisten die in de twaalf Europese centra werken, werden 18 interventies geselecteerd door 18 experts (12 reumatologen, een longarts, een cardioloog, een diabetoloog, een psycholoog, een gespecialiseerde verpleegkundige en een patiëntenvertegenwoordiger). De interventies hebben als doel de praktijkvoering te verbeteren. Het nut van de interventies werd beoordeeld naargelang van de fase van de ziekte, met name bij vermoeden van reumatoïde artritis, bij een recente diagnose ervan en bij vaststaande reumatoïde artritis waarbij er al gewrichtsschade aanwezig kan zijn. De 18 interventies staan opgesomd in **tabel 1**.

RESULTATEN: PRIORITAIRE INTERVENTIES PER ZIEKTESTADIUM

Van deze achttien interventies werden er voor elk van de drie ziektestadia drie prioritaire interventies aangeduid door de expertengroep.

Bij vermoeden van reumatoïde artritis zijn dit in dalende volgorde: **snelle toegang tot zorg**, versterkte **communicatie met de eerstelijnszorg** en een **early arthritis clinic**.

Bij een recente diagnose van reumatoïde artritis staat het belang van **zelfmanagement** voorop, gevolgd door een aanpak in een **early arthritis clinic** en **onderzoek naar comorbiditeit**.

Eens de ziekte langer bestaat of wanneer er al gewrichtsschade ontstaan is, dan is er volgens de experts het meest behoefte aan een **toegewijde comorbiditeitspecialist**, gevolgd door **integratie van patiëntenregisters** in de dagelijkse praktijk en het stimuleren van zelfmanagement.

HOE DE INTERVENTIES PRAKTISCH IMPLICEREN?

Om de patiëntenzorg te verbeteren, is het aangewezen dat centra voorrang geven aan de interventies die het geschiktst zijn voor hun patiëntenpopulatie en hun patiëntentrajecten, en voor hun bestaande uitdagingen in het verlenen van zorg. Dit onderzoek maakte duidelijk dat er behoefte is aan het opstellen van richtlijnen en aanbevelingen om de zorg voor patiënten met reumatoïde artritis en de talrijke geassocieerde comorbiditeit te verbeteren. Hiervoor is wel nog verder onderzoek, input van experts en een robuuste methodologie vereist.

De belangrijkste boodschap van dit onderzoek is de beschrijving van voorbeelden van goede klinische praktijkvoering

Tabel 1: Achttien geselecteerde interventies voor goede praktijkvoering, met aanduiding van relevantie voor de drie ziektestadia van reumatoïde artritis (naar [1]).

Interventie	Definitie	Vermoeden	Recente diagnose	Vaststaande RA
Snelle toegang tot zorg	Fast-tracktoegang via online doorverwijsformulieren, die elke 24 uur gecontroleerd worden, met een hotline voor afspraken binnen 48 uur voor diagnostiek, met inbegrip van bloedtests en gewrichtsbeeldvorming	x	x	x
Adequate communicatie in een breder zorgteam	Beschikbaarheid van betrouwbare communicatiekanalen (bv. e-mails, online formulieren) die een gemakkelijke dialoog tussen specialisten en huisartsen mogelijk maken. Voorzien in en coördineren van educatieve programma's om het bredere zorgteam up-to-date te houden over de ontwikkelingen in de beste praktijkzorg	x	x	x
<i>Early arthritis clinic</i>	Kliniek gericht op het verzekeren van tijdige klinische uitwerking en diagnose bij patiënten met een vermoeden van RA	x	x	
Onderzoek naar comorbiditeit	Comorbiditeit onderzoeken bij de eerste medische uitwerking en opvolging van patiënten met een nieuwe diagnose	x	x	x
Educatie op maat van de patiënt en familieleden	Programma's om het begrip van de diagnose, de behandelingsplannen en leven met de ziekte te vergroten, met aandacht voor de individuele behoeften van de patiënt		x	
Rol van de zorgcoördinator	Helpt het aanbod van talrijke contacten met gezondheidswerkers te managen		x	x
Toegewijde comorbiditeitsspecialist	Heeft een specifieke rol of een kliniek om het management van comorbiditeit te ondersteunen		x	x
Stimuleren van zelfmanagement	Voorzien in materiaal en middelen voor patiënten om hun ziekte te monitoren en te managen, en hun afhankelijkheid van zorgverlening te verminderen		x	x
Versterking van therapeutische diensten	Bijkomende zorg geleid door een niet-arts voor therapeutische zorg gericht op revalidatie en herstel			x
Diensten in de dagkliniek	Coördinatie van diensten zodat die op één afspraak op één dag ambulante zorg kunnen leveren over verschillende specialismen en disciplines heen	x	x	x
Virtueel betrekken van patiënten	Digitaal versterken van autonomie, zelfmanagement en empowerment door een direct communicatiekanaal te voorzien met een erkend specialist, toegevoegd aan online toegang tot educatie, netwerken en lotgenotencontact	x	x	x
Integreren van patiëntenregisters in de dagelijkse praktijk	Betrekken van op evidentie gebaseerde praktijkvoering, geïnformeerd door klinisch onderzoek en ondersteund door systematische registratie en monitoring van data. Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde klinische zorg en het promoten van zorgmodellen	x	x	x
Zorgtraject vertrekkende vanuit de patiënt	Creëren van zorgprocessen en van een fysieke omgeving die de patiënt empowered en ondersteund doet voelen gedurende zijn traject door de zorgverlening	x	x	x
Effectief gebruik van de verschillende expertises van het multidisciplinaire zorgteam	Inschakelen van andere gezondheidswerkers dan artsen om een grotere verantwoordelijkheid te nemen in het onderzoek en het management van de patiënt	x	x	x
Geïntegreerde en gedeelde zorgoplossingen	Verzekeren van regelmatige communicatie tussen alle artsen en andere gezondheidswerkers als deel van een holistische en geïntegreerde benadering van de zorg	x	x	x
Samenwerking met patiëntenadviesgroepen	Meer communicatie met lokale en regionale patiëntbelangengroepen, via groepsessies, bijwonen van conferenties, nieuwsbrieven en patiëntliaisons	x	x	x
Ontwikkeling van zorgnetwerken	Ontwikkeling van RA-netwerken in de gemeenschap die zorg van hoge kwaliteit in stand kunnen houden na verlaten ziekenhuis	x	x	x
Programma's voor kwaliteitsmanagement	Een gecoördineerde benadering en een robuust systeem voor het meten, volgen en verbeteren van de zorgkwaliteit	x	x	x

en goede zorgmodellen. Een belangrijke bevinding is het succes van *early arthritis clinics*. Indrukwekkend genoeg hebben veel ziekenhuizen gemeld dat ze in staat zijn patiënten binnen 1 tot 2 dagen op het spreekuur te zien omdat ze focusten op het belang van vroege diagnose en behandeling. Dit lijkt misschien te ambitieus voor afdelingen met beperkte middelen en financiering. Desalniettemin illustreren deze voorbeelden het belang van prioriteit te geven aan zorg en therapie voor reumatoïde artritis in een vroeg stadium.

Niet alle hier geciteerde interventies zijn in elke klinische setting haalbaar, omdat verschillen in klinische setting en in werklust de implementatie kan beperken, zoals bv. de benaderingen voor multidisciplinaire zorg. Toch kunnen de gesuggereerde interventies dan dienen als steun om meer middelen te mobiliseren voor het versterken van de zorgkwaliteit.

De aanpak van comorbiditeit in het Saint-Luc-ziekenhuis in Brussel (14)

Eén van de deelnemende centra in dit onderzoek was de afdeling reumatologie van het Saint-Luc-ziekenhuis in Brussel. Als grootste ziekenhuis in Brussel heeft dit ziekenhuis meer dan 15.000 raadplegingen op de afdeling reumatologie per jaar en beschikt het over tien bedden voor reumapatiënten. Het kernteam bestaat uit vijf professoren, vijf consultant-reumatologen, orthopedisten, een fysiotherapeut, vijf tot zes assistenten in opleiding, twee gespecialiseerde reumaverpleegkundigen, twee afdelingscoördinatoren, een kinesist, een psycholoog, een ergotherapeut, sociale assistenten en researchers.

In haar talrijke activiteiten voorziet de afdeling reumatologie onder meer in een 'arthritis-hotline', bemand door reumatologen voor snelle doorverwijzing. Het medische secretariaat wordt ook getraind om de triage en identificatie van patiënten met een hoog risico op reumatoïde artritis mee helpen uitvoeren, die dan binnen 48 uur een afspraak kunnen krijgen. Daarvoor is een *early arthritis clinic* beschikbaar. Direct contact van patiënten met een reumatoloog is mogelijk via een online platform en e-mail. Een revalidatiecentrum zorgt voor gepersonaliseerde hulp, gespecialiseerde verpleegkundigen staan in voor een holistische benadering van de patiënt en de familie wordt mee betrokken in de educatie over de ziekte. Voor de opvolging van de patiënt is een specifieke database beschikbaar. Zelfmanagement van de patiënt wordt gestimuleerd, terwijl ook actief contact wordt opgenomen met patiënten die niet op een follow-upafspraak verschijnen.

Op het gebied van bewustwording en preventie van comorbiditeit wordt er voorzien in opleiding voor huisartsen en

ziekenhuisverpleegkundigen. Preventie van cardiovasculaire ziekten gebeurt door het evalueren van het cardiovasculaire risico (klassieke risicomodellen onderschatten de invloed van reumatoïde artritis). Vaccinaties worden gegeven ter voorkoming van het hogere infectierisico.

Wat doorverwijzing en diagnose betreft, is er binnen het ziekenhuis een intern netwerk van de reumatologen voor consultatie van cardiologen, pneumologen en oftalmologen. De screening naar het cardiovasculaire risico gebeurt in eerste instantie door de reumatologen zelf. Andere doorverwijzingen gebeuren via contact met de huisarts.

Voor behandeling en management worden ernstig zieke patiënten op een ad-hocbasis in een multidisciplinair team besproken. De opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gegarandeerd via participatie aan jaarlijkse congressen. Wanneer patiënten openstaan voor rookstop, worden ze naar een gespecialiseerde afdeling in het ziekenhuis doorverwezen. Levensstijlveranderingen, zoals fysieke activiteit en gewichtsvermindering, worden gepromoot. Qua medicamenteuze behandeling is het de bedoeling het aantal noodzakelijke geneesmiddelen zo beperkt mogelijk te houden. Patiënten met depressie of die weinig gemotiveerd zijn voor hun zorgtraject kunnen beroep doen op een psycholoog binnen het ziekenhuis.

Ten slotte wordt comorbiditeit eveneens in een specifieke database opgenomen, zodat een continue opvolging van de zorg mogelijk blijft.

Referenties

1. Kvien TK, Balsa A, Betteridge K, et al. Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *RMD Open* 2020;6:e001211. Link: <https://rmdopen.bmj.com/content/6/2/e001211>
2. Norton S, Carpenter L, Nikiphorou E, et al. Excess mortality in rheumatoid arthritis: gains in life expectancy over 25 years. *Rheumatology* 2014;53:i43-i44. Abstract 034.
3. Holmqvist M, Ljung L, Askling J. Acute coronary syndrome in new-onset rheumatoid arthritis: a population-based nationwide cohort study of time trends in risks and excess risks. *Ann Rheum Dis* 2017;76:1642-7.
4. Bongartz T, Nannini C, Medina-Velasquez Y, et al. Incidence and mortality of interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2010;62:1583-91.
5. Solomon DH, Love TJ, Canning C, et al. Risk of diabetes among patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:2114-7.
6. Sheehy C, Murphy E, Barry M. Depression in rheumatoid arthritis: underscoring the problem. *Rheumatology* 2006;45:1325-7.
7. Agca R, Heslinga S, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76:17-28.
8. Baillet A, Gossec L, Carmona L, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75:965-73.
9. Mach F, Baigent C, Catapano A, et al. European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2019;00:1-78.
10. Raghu G, Remy-Jardin M, Myers J, et al. Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;198:44-68.
11. Sköld M. Idiopatisk Lungfibros. Vårdprogram. http://slmf.se/wp-content/uploads/2019/03/vp_ipf_19_web.pdf
12. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, et al. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. NICE 2009. Clinical guideline 91. Link: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
13. Stack R, Nightingale P, Jinks C, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open* 2019;9:e024361.
14. <https://home.kpmg/content/dam/kpmg/uk/pdf/2020/02/improving-quality-of-care.pdf>