

# Landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie

Leidraad voor het opstellen van een  
regionaal formularium





# Introductie

Geachte collegae,

Met genoegen presenteren wij u het resultaat van de werkgroep Landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie.

Het kader bevat handvatten voor de zorgverlener bij het opstellen van een regionaal formularium inhalatiemedicatie. Het biedt geen kant en klaar sjabloon voor een formularium, maar schetst lijnen waarbinnen u als zorgverlener het formularium zelf vorm geeft. Juist het zelf, transmuraal, gezamenlijk invullen van het formularium door zorgverleners in de regio, uitgaande van praktijkervaringen, maakt dat een formularium een bruikbaar en door ieder gedragen instrument kan worden.

Wij geven u een aantal overwegingen mee over 'lastige' zaken waar u mee te maken krijgt: medische noodzaak, 'nieuwe' versus 'bestaande' patiënt, de rol van de apotheker versus de voorschrijver, de rol van de zorgverzekeraar, en het bewaken van kwaliteit van zorg in deze tijden van kostenbewustzijn en kostenbeperking.

De opzet van het kader is door zorgverleners opgesteld. Hierbij waren zorgverzekeraars niet betrokken, ondanks het feit dat enkele zorgverzekeraars hiertoe werden uitgenodigd.

Het is aan u als zorgverlener om samen met uw collega's in de regio en in overleg met de zorgverzekeraar(s) een bewuste keuze te maken met betrekking tot de rol die u de zorgverzekeraar wilt toekennen.

Wij denken dat keuzes voor medicatie in het formularium niet in beton zijn gegoten. Immers, veel, maar niet alle patiënten zullen het goed doen op de geneesmiddelen die u in uw formularium opneemt. Ervan afwijken moet dus mogelijk zijn.

In onze gesprekken met de diverse partijen is ons duidelijk geworden dat er nog een aantal obstakels liggen op het financiële domein om tot goede en doelmatige longzorg via een formularium te komen. Eén daarvan is de afwijkende wijze van het maken van prestatie-afspraken en bekostigingssystematiek tussen huisartsen en apothekers. Het feit dat de ene groep andere prestatie-indicatoren kent en werkt met leidende afspraken gemaakt met de regionaal dominante zorgverzekeraar versus het maken van afspraken met alle zorgverzekeraars. Onze dringende oproep is om de obstakels in kaart te brengen en vanuit de gedeelde visie en belangen met elkaar (regionale) oplossingen voor deze obstakels te vinden.

Wij wensen u een vruchtbare regionale samenwerking op het gebied van longmedicatie toe.

Richard Dekhuijzen en Hendrien Witte





# Inhoud

Een landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie	7
1. Proces om te komen tot een regionaal formularium	9
2. (Technische) Inhoud regionaal formularium	13
3. Afspraken tussen zorgverleners en patiënten in de regio	15
4. Communicatie richting patiënten	21
5. Zorginkoop	23
6. Onderhoud, monitoring en evaluatie	25
<b>Bijlage 1: Noten</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage 2: Taakopdracht en samenstelling werkgroep</b>	<b>29</b>




# Een landelijk kader regionale formularia inhalatiemedicatie

Inhalatiemedicatie voor patiënten met astma en COPD wordt honderden malen per dag voorgeschreven. Huisartsen, longartsen en andere voorschrijvers kunnen een keus maken uit een heel groot en verder groeiend arsenaal van medicamenten en toedieningsvormen. En die keus moet uiteraard zo goed mogelijk passen bij de behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt. Dit proces van ‘matchen’ van patiënt en toedieningsvorm is niet eenvoudig. Technische kenmerken van inhalatoren en het gebruik ervan zijn per device zeer verschillend. Daarbij is continuïteit van beleid belangrijk. Ook diverse patiënt-kenmerken spelen hierbij een rol, zoals de aard en ernst van de aandoening, de mate van begrip, cognitie en handvaardigheid, en natuurlijk de ervaring en voorkeur van de patiënt. En ook bij een optimale match is goed inhaleren van medicatie een hele kunst.

Dit vraagt om onderlinge afstemming tussen de patiënt en al zijn hulpverleners in eerste en tweede lijn. Het is daarom wenselijk dat hulpverleners in een bepaalde regio dezelfde overwegingen en criteria hanteren bij het maken van een keuze voor een bepaald medicament en een bepaalde inhalator. Deze keuze dient gebaseerd te zijn op een juiste diagnose, en na enige tijd geëvalueerd te worden. De instructie en het onderhoud van vaardigheden om deze inhalator goed te gebruiken moeten daarbij eenduidig zijn, en worden gegeven door hiertoe goed toegeruste hulpverleners binnen een goed gestructureerde zorg rondom inhalatiemedicatie.

Transmurale regionale formularia met betrekking tot inhalatiemedicatie zijn een voorwaarde om dit te bereiken. Het streven is dat deze formularia bijdragen aan effectieve, veilige en betaalbare zorg, waar patiënten en zorgverleners tevreden over zijn.

Het landelijk kader kan zorgverleners helpen in regio's waar een regionaal formularium wordt opgezet, en waar vragen rijzen rondom inhoud en het betrekken van diverse actoren inclusief hun mogelijke rol. Een belangrijke vraag is of en in welke mate de prijs van de medicamenten (mede) een rol speelt in de keuze van specifieke medicamenten/toedieningsvormen. De werkgroep adviseert hierover als volgt: effectiviteit, veiligheid, en tevredenheid bij patiënten en voorschrijvers met betrekking tot gebruiksgemak zijn leidend in het maken van keuzes. Prijs kan een rol spelen bij de keuze ingeval preparaten identiek zijn voor wat betreft effectiviteit, veiligheid en gebruiksgemak. Het kader biedt tevens een handvat bij het omgaan met knelpunten rond het op niet-medische gronden wisselen van medicatie - of dit nu gebeurt door preferentiebeleid of door ander farmaceutisch inkoopbeleid. Het is aan regionale partners om over deze onderwerpen samen afspraken te maken.



Met het kader worden alle belangrijke onderdelen van deze zorg rond inhalatiemedicatie geadresseerd, zoals handvatten voor de totstandkoming van een keuze voor medicament en inhalator zelf, maar ook aanwijzingen met betrekking tot implementatie, borging, evaluatie en bijsturing. Het sluit aan bij bestaande richtlijnen en bij het LAN-rapport 'Goed Gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD', dat beoogt gebruik van inhalatiemedicatie binnen een ketenbrede benadering te optimaliseren.

De werkgroep hoopt dat allen die betrokken zijn bij prescriptie, uitgifte en vergoeding de inhoud van dit rapport zullen onderschrijven, en dat dit kader bijdraagt aan een optimale zorg voor de patiënten met astma en COPD.





# 1 Proces om te komen tot een regionaal formularium

Het belang van het proces tot het komen tot een regionaal formularium is groot. Meerdere mensen en organisaties zijn nodig om in een regio tot een **leidraad** voor goed gebruik en goede keuzes van inhalatiemedicatie te komen. De leidraad kan ook zorgen voor continuïteit van beleid en aanknopingspunten bieden om de begeleiding van de gebruiker te verbeteren en knelpunten aan te pakken. Iedere regio is anders georganiseerd en heeft andere mensen en organisaties. Hoe meer het formularium gezamenlijk **door alle betrokkenen in de regio, zowel in de eerste als in de tweede lijn**, wordt ontwikkeld en gedragen, hoe groter de kans op succesvol gebruik en op goed gebruik van inhalatiemedicatie. Daarbij is het essentieel dat het formularium **transmuraal** is.

Zorgverleners in de regio kunnen het best zelf, samen, hun eigen afspraken rond inhalatiemedicatie maken. Het invoeren van een gekopieerd formularium uit een andere regio, zonder dat in de eigen regio een gezamenlijk proces heeft plaatsgevonden, is gedoemd te mislukken. Initiatieven kunnen het best worden ingebed in bredere transmurale samenwerking.

Om te beginnen is een **behoeftepeiling** nodig: hebben voorschrijvers, praktijk- en longverpleegkundigen, apothekers en patiënten behoefte aan een formularium? Vervolgens, bij de start van het project, is het van belang eerst een regionale **“actoren analyse”** uit te voeren, waarbij in kaart wordt gebracht welke mensen en organisaties een rol spelen bij inhalatiemedicatie. Daarbij is het van belang tevens de regionale key opinion leaders te identificeren.

Aanbeveling is te starten met een **regionale bijeenkomst** waar alle betrokkenen voor worden uitgenodigd. Tijdens deze bijeenkomst kunnen de huidige regionale knelpunten rond inhalatiemedicatie in kaart worden gebracht en kan worden gekeken welke oplossingsmogelijkheden er zijn. Belangrijk is dat voor alle betrokken partijen het doel en de weg hoe daar te komen duidelijk is en door iedereen gedeeld en onderschreven wordt. Afhankelijk van het probleem kan het ontwikkelen van een regionaal formularium één oplossing zijn, maar mogelijk zijn er ook andere oplossingen. Voor een succesvol proces is het van belang dat er een **kartrekker** is, zoals de kaderarts van de zorggroep, een longarts of vertegenwoordiger van apothekers. Overweeg een disclosure document over belangenverstrengeling op te nemen voor de leden van de formulariumcommissie.

## **Wie betrekken bij het opstellen van een regionaal formularium**

Als wordt besloten een regionaal formularium inhalatiemedicatie te ontwikkelen is het nodig per partij vast te stellen wie welke rol krijgt, in welke fase van het ontwikkeltraject. Overweeg de volgende partijen te betrekken:

- Voorschrijvers: huisartsen, longartsen, verpleegkundig specialisten, longverpleegkundigen met voorschrijfbevoegdheid

- Praktijkondersteuners, longverpleegkundigen
- Openbaar apothekers, ziekenhuisapothekers, poliklinische apothekers, apotheekhoudende huisartsen
- Patiënten: de lokale afdeling van de Longfonds patiëntenvereniging

Van belang is te waarborgen dat de persoon namens zijn regionale achterban spreekt.

- Zorgverzekeraars: geadviseerd wordt deze vanaf het begin te betrekken, en van te voren te bespreken welke rol de zorgverzekeraar hierin kan hebben voor wat betreft de keuze van inhalatiemedicatie en inkoop (zie ook het hoofdstuk Zorginkoop)
  - Vooraf: informeer iedereen in de regio dat het initiatief is genomen tot de ontwikkeling van een regionaal formularium inhalatiemedicatie.
  - Tijdens: bij het opstellen van het formularium worden alle partijen betrokken die een rol hebben bij het voorschrijven en/of uitgegeven van inhalatiemedicatie.
  - Vaststellen: door partijen gezamenlijk.
  - Na: iedereen in de regio informeren.

#### **Wie beheert, evalueert, onderhoudt het formularium**

Voor het bestendigen van het formularium dient men vooraf vast te leggen welke partijen verantwoordelijk zijn voor beheer, evaluatie, en onderhoud. Advies is hierbij per betrokken partij één persoon te betrekken. Zo houdt men feeling met iedere beroepsgroep die te maken heeft met het formularium.

#### **Is het regionaal formularium bindend**

Belangrijk is om afspraken te maken over de mate waarin het regionaal formularium bindend is. Hierbij dient te worden voorkomen dat het formularium limitatief is, en daarmee de mogelijkheid van zorg op maat en een goede match tussen patiënt en inhalator inperkt. De bestaande regionale formularia zijn niet bindend.

#### **Looptijd**

Met het oog op continuïteit van zorg, passend bij de individuele patiënt, en op het doel in het formularium met een gelijkblijvend, niet te groot, aantal inhalatoren te werken, wordt aanbevolen het formularium 3 tot 5 jaar te laten gelden en het jaarlijks te evalueren.

#### **Hoe zorgen voor toepassing en implementatie van het formularium**

Voor het laten slagen van een formularium is het van belang dat alle partijen – in de eerste én tweede lijn - het formularium een goede zaak vinden en zich eraan willen committeren. **Inzicht in de mate van toepassing van het formularium** zorgt voor versterking van kwaliteit en doelmatigheid<sup>1</sup> van de zorg.

Mogelijkheden het inzicht te versterken:


- **Gebruik data van apotheken** over de verstrekking van inhalatiemedicatie.
- **Meet ervaringen van zowel patiënten als zorgverleners** met wisselen van inhalatiemedicatie, inhalatie-instructie, medicatiegebruik, bijvoorbeeld door middel van een enquête.

Wanneer een formularium alleen voor nieuwe patiënten wordt ingezet – dit is bij de meeste formularia het geval – kan het wel enige jaren duren voor voldoende cijfers beschikbaar zijn om toepassing te monitoren.

Om te komen tot goede toepassing zal tijdens de ontwikkeling van het formularium ook nagedacht moeten worden hoe men de toepassing gaat **borgen**. Het verdient aanbeveling **met elkaar in gesprek te gaan** over keuzes, duur van de keuzes en de vrijheid om af te wijken van het formularium.

Voorbeelden van mogelijkheden om het formularium te **implementeren** zijn bespreking tijdens FTO of nascholing, implementeren in het EVS, rondsturen van een handige overzichtskaart met afbeeldingen van toedieningsvormen en geneesmiddelen, beschikbaarheid via een app en het zorgen voor een elektronische versie van het formularium.





## 2 (Technische) Inhoud regionaal formularium

### Richtlijnen en inzichten

- Beschrijf op welke richtlijnen de aanbevelingen gebaseerd zijn; nationale en internationale richtlijnen, zorgpaden; zoals de GOLD-classificatie, NHG-standaard astma, NHG-standaard
- COPD, ziektelastmeter, KNMP-richtlijn COPD, KNMP-richtlijn astma (in ontwikkeling).

Beschrijf, zeker in geval van regionale voorkeuren, de evidence levels voor de aanbevelingen (inclusief expert based).

### 1 Diagnose -> medicatieklasse -> toedieningsvorm -> stofnamen

- Binnen 1 medicatieklasse is het afstemmen van de toedieningsvorm op de patiënt minstens even belangrijk als, zo niet belangrijker dan het afstemmen van de werkzame stof op de patiënt. De verschillen tussen toedieningsvormen zijn groter dan de verschillen tussen werkzame stoffen binnen één medicatieklasse. Overweeg de keuzes in deze volgorde te presenteren.
- Laat voldoende keuze, zodat er voor iedere patiënt een geschikte toedieningsvorm gevonden kan worden.

### 2 Optimale match patiënt – toedieningsvorm<sup>2</sup>

- Beschrijf de factoren die van belang zijn voor het maken van de keuze voor een bepaalde toedieningsvorm.
- Bijvoorbeeld: bewust inhaleren, voldoende inspiratoire stroomsterkte, coördinatie, voorkeur patiënt.
- Beschrijf uw advies, rekening houdend met ziektelast en ziektecarrière.
- Streef naar uniformiteit van toedieningsvorm, daar gebruik door de patiënt van meerdere verschillende inhalatoren de kans op fouten vergroot.

### 3 Toedieningsvormen

- Beschrijf de belangrijkste kenmerken van de meest gebruikte toedieningsvormen (dosisaerosolen (ademgestuurd of met voorzetkamer), droogpoederinhalatoren (single dose, multi dose), soft mist inhalatoren, voorzetkamers ), zoals beschreven op pag. 45 van het LAN-rapport<sup>3</sup>.
- Overweeg om in het formularium een beperkt aantal inhalatoren op te nemen om de kennis en ervaring daarmee te vergroten en instructieprocessen te optimaliseren.

### 4 Werkzame stoffen

- Beschrijf per medicatieklasse welke werkzame stoffen u adviseert en waarom.
- Geef kort aan waarom deze uw voorkeur hebben.



## **5 Voorschrijven**

- Beschrijf uw advies stapsgewijs bij patiënten met astma (GINA 1-5) en met COPD (GOLD 2017, A-D)<sup>4</sup>.

## **6 Kinderen<sup>5</sup>**

- Hanteer bij voorschrijven de NHG-standaard Astma bij Kinderen.

## **7 Zwangerschap en lactatie**

- Beschrijf per medicatieklasse de geschiktheid voor gebruik tijdens zwangerschap en lactatie.



## 3 Afspraken tussen zorgverleners en patiënten in de regio

### **Informatie-uitwisseling**

Onderdeel van een goede regionale samenwerking met de diverse zorgverleners rondom de astma- en COPD-patiënt is goede informatie-uitwisseling over wat er is voorgeschreven en waarom er wordt gekozen voor bepaalde toedieningsvormen/stoffen. Dit kan in de vorm van een regionaal afgesproken formularium.

### **Toepassing van het formularium**

In dit formularium wordt afgesproken welke middelen bij welke indicatie de voorkeur hebben. De arts kan hier om medische redenen van afwijken.

Het is raadzaam om in het formularium vast te leggen wat men afspreekt over situaties waarin de apotheker zou willen afwijken van het recept. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn bij medicijntekorten, wanneer het medicijn niet samen kan gaan met andere medicatie van de patiënt, of vanwege preferentiebeleid<sup>6</sup>. Ook kan hij constateren dat de patiënt met de voorgeschreven inhalator niet in staat is op de juiste manier te inhaleren. In die gevallen gaat de apotheker op zoek naar het voor de patiënt meest geschikte alternatief, in overleg met de patiënt en diens voorschrijver.

In dit formularium wordt afgesproken welke middelen bij welke indicatie de voorkeur hebben. De arts kan hier om medische redenen van afwijken.

In het formularium wordt voorts afgesproken dat de apotheker het middel en specifieke toedieningsvorm aflevert conform het voorschrift van de arts. De deskundigheid en rol van de apotheker ligt in de eerste plaats in het afleveren conform de vigerende richtlijnen Medicatiebewaking en Ter hand stellen. Daarnaast geeft hij de patiënt inhalatie-instructie, en evalueert of de patiënt het op de juiste manier (blijft) gebruik(-en)t. Ook geeft hij uitleg over werking en bijwerkingen van medicatie en beantwoordt vragen hierover van de patiënt.

Het is raadzaam om in het formularium vast te leggen wat men afspreekt over situaties waarin de apotheker zou willen afwijken van het recept. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn bij medicijntekorten, wanneer het medicijn niet samen kan gaan met andere medicatie van de patiënt, of vanwege preferentiebeleid<sup>7</sup>.

Voorwaarden die hierbij kunnen gelden zijn o.a.

- Voordat er een wijziging plaats vindt tussen voorschrift en aflevering van medicatie dient er **altijd contact** te zijn **tussen voorschrijver en apotheker**.
- De **patiënt wordt hierover expliciet geïnformeerd**. De reden voor wijziging wordt hem op begrijpelijke wijze uitgelegd, hij wordt op zijn rechten gewezen en geadviseerd bij problemen na omzetting contact op te nemen met zijn behandelaar.
- **Zonder medische aanleiding** is er geen omzetting gewenst en ook niet nodig.
- Patiënten **onder de 18 jaar** en goed ingestelde patiënten worden niet omgezet.
- Er is sprake van **medische noodzaak**.

### **Medische Noodzaak**

In de praktijk wordt soms een ander medicijn afgeleverd dan op het recept staat. De werkzame stof is dezelfde, maar het merk is verschillend. Wanneer dit gebeurt, dient overleg tussen voorschrijver en apotheker plaats te vinden. Soms zet de voorschrijver Medische Noodzaak op het recept om aan te geven dat hij wenst dat de apotheker dit specifieke middel levert.<sup>6</sup>

Overweeg daarom over MN de volgende afspraken met elkaar te maken – binnen een FTO of anderszins:

- De redenen voor Medische Noodzaak (allergie voor een vul- of hulpstof van het voorkeursgeneesmiddel; het belang van juiste match tussen patiënt en inhalator; goed ingesteld zijn van de patiënt; uniformiteit van inhalatoren; leeftijd: onder 18 jaar; ziektelast etc. etc.).
- De manier waarop de voorschrijver de diverse redenen van Medische Noodzaak op het recept aanduidt of desgewenst toelicht.

Bespreek deze afspraken ook met de zorgverzekeraar.

### **Definitie nieuwe en bestaande patiënten**

Duidelijk zal moeten zijn wat de definitie is van een nieuwe en een bestaande patiënt. Aanbevolen wordt de volgende definitie te hanteren:

**Nieuwe patiënt:** een patiënt die nog geen medicamenteuze behandeling voor zijn longziekte heeft gekregen.

**Bestaande patiënt:** een patiënt die al eerder een medicamenteuze behandeling kreeg voor zijn longziekte.

In de praktijk wordt de term 'nieuwe patiënt' verschillend geïnterpreteerd en toegepast. Terwijl voorschrijvers de nieuwe patiënt definiëren als iemand die nog nooit inhalatiemedicatie heeft gebruikt, hanteren zorgverzekeraars over het algemeen de definitie van de NZa: iemand die de afgelopen 12 (soms zelfs 6) maanden of langer geleden het betreffende medicijn niet heeft gebruikt. Daardoor kan het gebeuren dat een patiënt die een middel intermitterend gebruikt, en dus volgens de definitie van voorschrijvers een bestaande patiënt is, – en daarom niet moet worden omgezet op andere (preferente of goedkopere) medicatie – volgens de NZa-definitie een nieuwe patiënt is. Dit kan in de praktijk problemen opleveren: deze patiënt kan worden omgezet op andere medicatie.

### **Formularium: met name voor 'nieuwe' patiënten**

Het verdient aanbeveling

- om het formularium toe te passen bij patiënten die nog nooit inhalatiemedicatie hebben gebruikt.
- om niet te tornen aan de medicatie van patiënten die goed zijn ingesteld
- dat patiënten die al eerder naar tevredenheid een bepaald inhalatiemedicijn/ inhalator hebben gebruikt, maar niet het laatste half jaar of jaar, de mogelijkheid hebben weer hun eerdere inhalator te krijgen.
- dat bij patiënten die om medische redenen moeten veranderen van medicatie overwegingen uit het formularium worden meegenomen; echter deze mogen zorg op maat niet belemmeren.



Vermeden moet worden

- dat bestaande patiënten om een niet puur medische reden gestimuleerd worden een ander middel te gebruiken. De aanleiding voor omzetting naar een ander middel moet medisch zijn.
- dat het formularium limitatief is: ook alle andere opties buiten het formularium moeten beschikbaar zijn wanneer dit - om uiteenlopende redenen - beter is voor de patiënt.

### **Informatiesysteem en verbetering therapietrouw**

Om zicht te krijgen op het medicijngebruik en de wijzigingen hierin kan men zeer goed gebruik maken van de bestaande informatiesystemen in apotheken. Zij beschikken vaak over ruime informatie waarmee zij zowel de 1e als de 2e lijn kunnen informeren over het medicijngebruik van hun patiënt, zoals bijvoorbeeld over onder- en overgebruik. Dit kan gesprekken over therapietrouw ondersteunen. Andere opties zijn het signaleren van patiënten bij wie een herhaalde check of doorverwijzing nodig is op basis van criteria als bijvoorbeeld herhaalde OCS-kuren.

Indien mogelijk wordt het formularium opgenomen in het HIS en AIS (apothek informatie-systeem).

### **Inhalatie-instructie**

Er zullen afspraken moeten worden gemaakt over de taakverdeling bij inhalatie-instructie. Patiënten dienen volgens de richtlijn minimaal jaarlijks instructie te krijgen, hetgeen lang niet altijd gebeurt. Ook de patiënt zelf moet hierop worden geattendeerd, zodat hij zijn verantwoordelijkheid kan nemen en zelf kan vragen om instructie. Het is daarom goed vast te leggen wie wanneer inhalatie-instructie geeft. Dit om te voorkomen dat hier onvoldoende aandacht voor is of wordt aangenomen dat een andere zorgverlener dit al heeft gedaan. Het verdient aanbeveling om inhalatie-instructie vaker dan één keer per jaar te herhalen, bijvoorbeeld ook in combinatie met een tweede-uitgiftegesprek.

Instructie vindt plaats aan de hand van de uniforme, door de LAN ontwikkelde, materialen voor zorgverleners en patiënten op [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl).

### **Instelling FTO/FTTO**

Geadviseerd wordt, om voor zover dit nog niet plaatsvindt in de regio, een FTO/FTTO (farmacotherapeutisch transmuraal overleg) in te stellen, waarbij het formularium en de afspraken er omheen een vast punt op de agenda zijn.

### **Borging van deskundigheid van zorgverleners over inhalatiemedicatie**

In de praktijksetting dient ervoor gezorgd te worden dat de kennis over bestaande en nieuwe astma- en COPD-medicatie up-to-date is. Inhalatie-instructie dient te worden uitgevoerd door hierin geschoolde zorgverleners.

### **LAN-rapport Goed Gebruik Inhalatiemedicatie en KNMP-handleiding substitutie**

Naast bovenstaande aanbevelingen wordt geadviseerd zich te houden aan het LAN-rapport Goed Gebruik Inhalatiemedicatie astma en COPD (Leidende principes en Randvoorwaarden voor preferentiebeleid) en de KNMP-handleiding Geneesmiddelssubstitutie (Product-gebonden factoren: substitutie is ongewenst bij bepaalde product-gebonden factoren; Handleiding Geneesmiddelssubstitutie, KNMP 2013, in revisie).

### **Herziene leidende principes goed gebruik inhalatiemedicatie astma en COPD<sup>8</sup>**

*(LAN-rapport Goed gebruik inhalatiemedicatie Astma en COPD nov. 2014)<sup>3</sup>.*

- 1 *De zorg voor patiënten met astma en COPD is ketenbrede zorg, en betreft niet alleen de medicatie.*
- 2 *Selecteer inhalatiemedicatie volgens de richtlijnen en zorgstandaarden voor astma en COPD.*
- 3 *Zoek een optimale match tussen de inhalator en de karakteristieken van de patiënt, rekening houdend met vaardigheden, levensstijl, gebruikersgemak en de plaats van longdepositie. Zo nodig wordt de keuze van de inhalator na (herhaal)instructie bijgesteld (zie de beslisboom in bijlage 3 van het LAN-rapport).*
- 4 *Kies indien mogelijk bij voorkeur een inhalator met teller of dosis indicator.*
- 5 *Streef zoveel mogelijk naar uniformiteit van inhalatortype.*
- 6 *Kies bij gebruik van meerdere inhalatoren in een continue dosering en gebruik, voor een (indien beschikbaar) combinatieinhalator om het gebruiksgemak en therapietrouw te bevorderen, daarbij rekening houdend met de kosten van de monopreparaten en het combinatiepreparaat.*
- 7 *Schrijf een niet ademgestuurde dosis-aerosol (pressurized metered dose inhaler pMDI) altijd voor in combinatie met een voorzetkamer, of kies anders voor een ademgestuurde aerosol, tenzij patiënt adequaat een pMDI kan gebruiken.*
- 8 *Geef bij elk nieuwe inhalator een passende inhalatie-instructie. Controleer de inhalatietechniek en herhaal de inhalatie-instructie jaarlijks; de inhalatie-instructie dient conform de landelijke infrastructuur voor eenduidige inhalatie instructie te zijn ([www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)). Indien na instructie blijkt dat de patiënt niet kan omgaan met de inhalator, wordt de keuze van de inhalator bijgesteld.*
- 9 *Evalueer het effect van de voorgeschreven inhalatiemedicatie.*
- 10 *Stimuleer het inzetten van middelen en maatregelen om de therapietrouw te monitoren en te bevorderen.*
- 11 *Schrijf geen herhaalrecepten uit indien de patiënt langer dan 1 jaar geleden door een zorgverlener is gezien.<sup>9</sup>*
- 12 *Om verspilling tegen te gaan, dienen niet te grote hoeveelheden medicatie per keer afgegeven te worden (maximaal 3 maanden).<sup>10</sup>*
- 13 *Bij het vergroten van het aanbod aan inhalatiemedicatie dient de vraag centraal te staan of het nieuwe product een bewezen meerwaarde heeft.*

## **Randvoorwaarden voor preferentie van medicatie**

*(LAN-rapport Goed gebruik inhalatiemedicatie Astma en COPD nov. 2014)<sup>3</sup>*

- 1 *Waarborg dat het preferentiebeleid geen gezondheidsrisico's voor de individuele patiënten oplevert.*
- 2 *Voer geen preferentiebeleid bij kinderen tot 18 jaar, gezien de risico's van preferentiebeleid bij inhalatiemedicatie en de kwetsbaarheid van kinderen. Bij patiënten Voer geen preferentiebeleid bij kinderen tot 18 jaar, gezien de risico's van preferentiebeleid bij inhalatiemedicatie en de kwetsbaarheid van kinderen. Bij patiënten <18 jaar zullen de voordelen van het wisselen van genees- en hulpmiddel meestal niet opwegen tegen de nadelen van verminderde compliance en inhalatietechniek. Goed naleven van diagnostiek en behandelrichtlijnen kan een extra bijdrage leveren in doelmatigheid van medicatiegebruik en zorgconsumptie. De gekozen inhalatoren moeten met de groei en ontwikkeling van het kind mee veranderen (zie bijlage 8 van het LAN-rapport).*
- 3 *Waarborg uitwisselbaarheid tussen inhalatiemedicatie -dat wil zeggen de keuze voor én werkzame stof, farmaceutische vorm én de soort inhalator. In het algemeen is uitwisselbaarheid alleen mogelijk binnen dezelfde PRK-cluster (zie bijlage 5 van het LAN-rapport).*
- 4 *Pressurized metered dose inhalers (pMDI) met salbutamol, niet ademgestuurd, zijn veelal onderling uitwisselbaar.\**
- 5 *Als patiënten al een instructie bij een specifieke inhalator hebben ontvangen van de zorgverlener, dient de inhalator omwille van het preferentiebeleid verderop in de keten niet aangepast te worden, tenzij de behandelaar na overleg met de patiënt van mening is dat de patiënt prima in staat is te switchen.*
- 6 *Bij de keuze en vergoeding van genees- en hulpmiddelen is een escape mogelijk door een eenduidig geformuleerd "medische noodzaak". De voorgeschreven inhalator dient te worden uitgeleverd en vergoed.*

*\*In voorkomende gevallen dient uitwisselbaarheid te worden gecheckt.*





## 4 Communicatie richting patiënten

Het formularium is een leidraad voor de behandelaar bij een goed onderbouwde keuze van inhalatiemedicatie. Patiënten hoeven daarom niet direct te merken dat in de regio een formularium astma en COPD wordt gebruikt. Maar of er nu wel of niet een formularium is, adequate informatie aan patiënten over inhalatiemedicatie is nodig om medicatietrouw en juiste inhalatietechniek te bevorderen. Op beide punten scoren longpatiënten relatief laag.

### **Rollen zorgverleners bij uitleg eerste en vervolggebruik**

Informeer patiënten duidelijk over de rollenverdeling voor wat betreft instructie:

- bij wie en wanneer zij **jaarlijks** - of zo nodig vaker - moeten laten controleren of zij nog goed inhaleren,
- bij wie zij terecht kunnen voor vragen over het inhaleren, en
- over werking en bijwerkingen

Maak de drempel voor patiënten om vragen over medicatie te stellen zo laag mogelijk.

### **Shared Decision Making (keuze toedieningsvorm) en regie bij wisselen van medicatie**


De zorgverlener dient de patiënt waar mogelijk te ondersteunen om bij zijn behandeling een duidelijke rol te hebben, en *in the lead* te zijn. Nu weet een patiënt vaak niet om welke reden hij een bepaalde inhalator heeft.

Zo dient de zorgverlener de patiënt ook te versterken bij het nemen van zijn eigen verantwoordelijkheid wanneer sprake is van wisselen van medicatie om redenen van preferentiebeleid of inkoopbeleid. Informeer de patiënt hierover duidelijk en laat hem wanneer hier sprake van is terugkomen bij de voorschrijver. De patiënt kan hierbij tegelijkertijd ook een melding maken bij het Meldpunt longzorg van het Longfonds ([www.longfonds.nl/meldpunt-longzorg](http://www.longfonds.nl/meldpunt-longzorg)).

Bij de keuze voor een toedieningsvorm is het van belang het principe van Shared Decision Making toe te passen. Wanneer de keuze van de inhalator samen met de patiënt wordt besproken én geëvalueerd, bevordert dit de medicatietrouw. De zorgverlener bespreekt met de patiënt of hij de inhalator op de juiste manier kan gebruiken, er vertrouwen in heeft en hem zowel binnen- als buitenshuis praktisch vindt in het gebruik.

### **Inhalatie-instructie, uitleg medicatie, medicatietrouw**

Goede begeleiding bij het inhaleren is van groot belang, willen patiënten in staat zijn én blijven hun inhalatiemedicatie op de juiste manier en trouw te gebruiken. Tegelijkertijd is inhalatiemedicatie complexer dan de meeste andere soorten medicatie. De patiënt moet tegelijkertijd informatie tot zich nemen over medicijnen met een verschillende werking en (vaak) verschillende tijdstippen van gebruik, én goed kunnen inhaleren met een inhalator - vaak zelfs met verschillende soorten



inhalatoren. Voor optimale medicatietrouw is het van belang dat de patiënt dit proces goed doorloopt.

Controleer daarom altijd of de patiënt begrijpt hoe de medicijnen werken en óf en zo ja waaróm hij ze dagelijks moet gebruiken. Ga bij weerstand tegen gebruik van medicijnen na waar deze vandaan komt en zoek samen met de patiënt naar een oplossing waar hij vertrouwen in heeft. Blijf steeds in gesprek over het medicijn, de inhalator, het gebruik en eventuele belemmeringen.

Geef de patiënt de gebruiksaanwijzing(-en) van zijn inhalator(-en) mee behorende bij de LAN-protocollen op [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl) en wijs de patiënt op de bijbehorende filmpjes.

Herhaling en uniformiteit van inhalatie-instructie is van essentieel belang.



## 5 Zorginkoop

Het verdient aanbeveling dat zorgverzekeraars de inkoop van ketenzorg en geneesmiddelen zodanig afstemmen op de afspraken tussen zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn dat deze het formularium ondersteunen. De zorginkoop De focus moet hierbij liggen op kwaliteit, veiligheid en wat goed is voor de patiënt. Prijs mag een rol spelen, maar mag hierbij niet leidend zijn.

Waar het gaat om zorginkoop door zorgverzekeraars specifiek gekoppeld aan een regionaal formularium, wordt aanbevolen zorgverzekeraars zo vroeg mogelijk te betrekken bij (plannen voor) een regionaal formularium. Het is noodzakelijk vooraf afspraken te maken over de rolverdeling tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Zorgverleners blijven eindverantwoordelijk voor de keuze van de middelen. Het is ongewenst de verantwoordelijkheid over de finale keuze van middelen bij de zorgverzekeraar neer te leggen.

Daarbij kunnen de volgende overwegingen worden meegenomen:

### **Inhoud**

- De inhoudelijke keuzes bij het opstellen van een regionaal formularium worden bepaald door voorschrijvers samen met andere zorgverleners.
- Bij de inkoop van inhalatoren baseren zorgverzekeraars zich op het oordeel van voorschrijvers over de geschiktheid van inhalatoren voor verschillende ziektefasen van astma en COPD. Dit betekent ook dat, wanneer zorgverleners reden hebben om te twijfelen aan de kwaliteit van bepaalde inhalatoren of medicijnen, deze uit het formularium moeten (kunnen) worden gehaald.
- Bij het opstellen van het formularium wordt overwogen in hoeverre, voor welke middelen, het wenselijk en nodig is de inhoud in detail dan wel globaal vast te leggen.


### **Inkoopproces en -afspraken**

- De zorgverzekeraar speelt een rol bij het bewaken van effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid<sup>1</sup>.
- Na de inhoudelijke keuzes voor het formularium kunnen, wanneer daarvoor gekozen is, zorgverzekeraars hun inkoop starten. Vooraf worden afspraken gemaakt over de rolverdeling tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Zorgverleners blijven eindverantwoordelijk voor de keuze van de middelen, die niet beperkend mag zijn voor de mogelijkheid van zorg op maat en match patiënt-device. Zij zijn daarom betrokken bij de eindafspraken over inkoop van inhalatiemedicatie.
- Als er sprake is van inkoop specifiek voor het formularium, dient deze voor meerdere jaren, 3 tot 5 jaar, vast te staan. Dit om te zorgen dat de keuzes in een formularium overeind blijven.

### **Niet afwijken van voorgeschreven medicijn**

- Zorgverzekeraars kunnen meedenken over de manier waarop kan worden voorkomen dat preferentiebeleid en zorginkoop de inhoudelijke keuzes van het formularium beïnvloeden, of het werken volgens het formularium hinderen; dit om ervoor te zorgen dat patiënten om die redenen niet worden omgezet op andere medicijnen.
- Inkoop gebeurt zodanig dat patiënten de hun voorgeschreven medicijnen kunnen blijven gebruiken. Voorkomen moet worden dat de wijze van inkopen leidt tot het wisselen van medicatie bij patiënten.
- In de inkoop- en contractafspraken met zorgverzekeraars moet duidelijkheid zijn over de praktische uitvoering van Medische Noodzaak op het recept, en over de definitie 'nieuwe patiënt'. Dit is van essentieel belang voor een goede kwaliteit van zorg, waarbij de patiënt het medicijn krijgt dat de arts voorschrijft. Zie ook het hoofdstuk 'Afspraken tussen zorgverleners in de regio' in dit landelijk kader.
- Een formularium waaraan zorginkoop is gekoppeld mag niet limitatief zijn. Immers, ook alle andere opties buiten het formularium moeten beschikbaar zijn wanneer dit - om uiteenlopende redenen - beter is voor de patiënt. Dit is nodig om te garanderen dat de patiënt zorg op maat kan ontvangen.





## 6 Onderhoud, monitoring en evaluatie

### **Onderhoud**

Onderhoud van het formularium is nodig om ervoor te zorgen dat het formularium up-to-date blijft en een optimale leidraad is en blijft voor de juiste keuze van inhalatiemedicatie, passend bij de patiënt.

Bij voorkeur jaarlijks wordt geïnventariseerd: - of het formularium nog conform de actuele richtlijnen is; - welke nieuwe longmedicatie voor de eerste en tweede lijn op de markt is gekomen voor welke groepen van patiënten; - en welke nieuwe actuele informatie beschikbaar is over bijwerkingen, gebruik van en ervaringen met longmedicatie.

Om te bepalen of nieuwe medicatie dient te worden opgenomen in het formularium kan - net als bij het opnemen van bestaande longmedicatie - waar mogelijk worden afgegaan op richtlijnen en zorgpaden. Wanneer deze er (nog) niet zijn, kan men zich baseren op wetenschappelijke evidence.

### **Monitoring**

Idealiter worden al tijdens het opstellen van het formularium afspraken gemaakt over wanneer, op welke punten, hoe en door wie wordt gemonitord. Hierbij moet rekening worden gehouden met een juiste balans tussen registratie en monitoring om additionele administratieve lasten te voorkomen. Om dit haalbaar te maken zou kunnen worden aangesloten bij reeds bestaande registraties en mogelijkheden van monitoring.

#### *Wanneer monitoren*

Advies is om na een half jaar uit te vragen of men bekend is met het formularium en het toepast. En in hoeverre men het nuttig vindt, wat men nodig heeft om het toe te passen dan wel wat belemmeringen hiervoor zijn.

- Is het voor iedereen duidelijk wat het formularium inhoudt?
- Is iedereen –voor zover nodig- geschoold in het werken met het formularium?
- Is de onderlinge taakverdeling helder?

Het formularium kan het best tenminste een maal per jaar worden gemonitord. Ook verdient het aanbeveling de ervaringen met alle betrokkenen te bespreken. Als de looptijd 2 jaar is, kan de monitoring eens in de 2 jaar plaatsvinden.

Aangezien het formularium zich alleen op nieuwe patiënten zou moeten richten, kan het wel enige jaren duren voor voldoende cijfers beschikbaar zijn om toepassing te monitoren.

Ook is voor een goede monitoring een o-meting nodig.

#### *Op welke punten monitoren*

Onderdelen waar de monitoring zich op kan richten zijn:

- Werken zorgverleners ermee?

- Vindt er nog substitutie plaats van medicatie zonder medische reden?
- Zijn er minder wisselingen van medicatie?
- In hoeverre wordt de medicatie voorgeschreven en afgeleverd volgens de opzet van het formularium?

#### *Hoe monitoren*

Monitoring kan gebeuren binnen regionale FTO- of zorggroepen. Daarnaast kan voor wat betreft cijfers over voorschrijven gebruik gemaakt worden van de gegevens uit het Apotheek Informatie Systeem. Data die hieruit kunnen worden opgehaald zijn: aflevergegevens over afgeleverde medicatie, waaronder stootkuren en antibiotica; therapietrouw; overgebruik; zonodig medicatie; uniformiteit van device en door de apotheek uitgevoerde inhalatie-instructies.

#### *Wie monitort?*

Diverse vormen van monitoring zijn mogelijk: van zelfmonitoring door de opstellers van het formularium, tot monitoring door een externe organisatie. Er kan een patiëntpanel als klankbord worden ingesteld.

Van belang is de resultaten jaarlijks te bespreken met alle betrokkenen en hier gezamenlijk lessen uit te trekken voor eventuele verbeteringen in het proces en de inhoud van het formularium.

#### **Evaluatie**

- In hoeverre wordt de medicatie voorgeschreven en afgeleverd volgens de opzet van het formularium?
- Helpt het formularium de zorgverlener in zijn keuzes bij het geven van zorg?
- Wat heeft men nodig om het formularium toe te passen?
- Is de samenwerking en het overleg tussen diverse zorgverleners verbeterd waar het gaat om inhalatiemedicatie? Zit men meer op een lijn bij het voorschrijven?
- Heeft het formularium geleid tot evaluatie van de keuze voor inhalatiemedicatie met de patiënt? Zo ja, heeft dit de keuze beïnvloed?
- Vindt er nog substitutie van medicatie plaats zonder medische reden?
- Zijn er minder wisselingen van medicatie?
- Zijn patiënten tevreden?
- Zijn zorgverleners tevreden?
- Wat is het effect van het formularium op de doelmatigheid van de zorg?
- Wat is het effect van het formularium op therapietrouw?


Deze onderdelen kunnen deels bij zorgverleners en deels bij patiënten worden uitgevraagd. Waar mogelijk kan hierbij worden aangehaakt bij bestaande onderzoeken.



## Bijlage 1: Noten

- 1 Definitie van doelmatigheid, zie rapport Goed Gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD, LAN 2014, pag.10:  
Doelmatigheid kent verschillende interpretaties en omvat twee aspecten, namelijk “effectiviteit/kwaliteit” en “kosten”. Aan de effectiviteit van de behandeling wordt het kostenaspect verbonden. Hierin ligt het belangrijke onderscheid met kostenbeheersing, dat zich alleen richt op de directe kosten, zonder een link te leggen met de effectiviteit en de bijbehorende indirecte kosten. Deze beide aspecten zijn belangrijk om mee te nemen. De directe kostenkant is vaak goed te kwantificeren en omvat onder meer medicatiekosten, kosten als gevolg van longaanvallen (exacerbaties) en ziekenhuisopnamen. De indirecte kosten zijn moeilijker te achterhalen en bevatten onder meer het ziekteverzuim, verminderde arbeidsproductiviteit en verminderde maatschappelijke participatie. De LAN hanteert voor het begrip doelmatigheid de bredere insteek waarbij “effectiviteit en kwaliteit” in relatie wordt gezien met de kosten. Daar waar in dit advies wordt gesproken over “doelmatigheid” wordt een optimale mix tussen werkzaamheid/effectiviteit, veiligheid en kosten met behoud van kwaliteit bedoeld. Dit alles wordt in een ketenbrede context geplaatst waarbij wordt gefocust op de totale behandelketen en dus niet uitsluitend op inhalatiemedicatie (als schakel in de keten).
- 2 Gebruik hiervoor de Beslisboom voor de keuze van inhalatoren (LAN-rapport [http://www.longalliantie.nl/files/8614/1647/9380/Rapport\\_Goed\\_Gebruik\\_Inhalatiemedicatie\\_2014.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/8614/1647/9380/Rapport_Goed_Gebruik_Inhalatiemedicatie_2014.pdf), bijlage 3) en raadpleeg het overzicht Belangrijke aspecten bij keuze inhalator (idem, bijlage 4)
- 3 LAN-rapport Goed Gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD 2014 [http://www.longalliantie.nl/files/8614/1647/9380/Rapport\\_Goed\\_Gebruik\\_Inhalatiemedicatie\\_2014.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/8614/1647/9380/Rapport_Goed_Gebruik_Inhalatiemedicatie_2014.pdf)
- 4 Hiermee wordt NIET de spirometrische classificatie van GOLD (I-IV) bedoeld.
- 5 Volgens kaderhuisartsen en kinderlongartsen is het voor kinderen niet nodig regionale afspraken te maken. De NHG-standaard geeft voldoende handvatten voor de medicamenteuze behandeling. Ook is het arsenaal aan inhalatiemedicatie kleiner dan bij volwassenen, omdat veel inhalatiemedicijnen niet geschikt zijn voor kinderen. Daarnaast zou in principe de problematiek van substitutie vanwege inkoopbeleid onder de 18 jaar niet mogen spelen, wanneer men zich houdt aan de ‘Randvoorwaarden’ uit het LAN-rapport Goed Gebruik Inhalatiemedicatie.
- 6 Uitleg van preferentiebeleid: <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/bekostiging/preferentiebeleid>

- 7 In de praktijk wordt Medische Noodzaak op twee manieren geïnterpreteerd:
- Voorschrijvers bedoelen ermee dat **de patiënt het op het recept aangegeven middel moet meekrijgen**, om redenen als 'goed ingesteld zijn', 'juiste match patiënt/inhalator', 'uniformiteit van inhalator', 'combinatiemedicijn', bevordering therapietrouw;
  - Juridisch gezien is de term ontstaan bij de start van het preferentiebeleid, (art.2.8 lid 4 Besluit Zorgverzekering). Zorgverzekeraars zien Medische Noodzaak als een aanwijzing van de voorschrijver dat het **medisch niet verantwoord is het preferente middel aan de patiënt mee te geven**, omdat hij er (bewezen) allergisch voor is of om een andere, dringende, medische reden.
- Tekst artikel 2.8 lid 4 van het Besluit Zorgverzekering: Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
- De apotheker wordt door de zorgverzekeraar geacht de tweede interpretatie van MN te hanteren en de medische noodzaak te verifiëren. De financiële gevolgen van de keuze van een duurder medicijn worden in de praktijk neergelegd bij de apotheker. Wanneer deze meer dan een bepaald percentage afwijkt van de voorkeursmiddelen van de zorgverzekeraar, kan dit verregaande financiële consequenties hebben. Sommige zorgverzekeraars bepalen, dat de patiënt het preferente geneesmiddel twee weken moet uitproberen om te bepalen of hij echt allergisch is; zo ja, dan moet hij soms eerst alsnog een ander generiek middel uitproberen, met hetzelfde doel, voordat er sprake kan zijn van vergoeding van het spécialité.
- 8 In de oorspronkelijke versie van de Leidende principes goed gebruik inhalatiemedicatie astma en COPD (2014) stond als aanbeveling 8 "Wanneer er voor dezelfde werkzame stof een keuzemogelijkheid is tussen een poederinhalator singledose en een poederinhalator multidose dan is het advies om in het algemeen vanwege het gebruiksgemak een poederinhalator multidose voor te schrijven." Besloten is deze aanbeveling hier weg te laten, omdat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor werd gevonden.
- 9 Dit advies betreft chronische medicatie; het geldt niet wanneer patiënten medicatie zoals bijvoorbeeld luchtwegverwijders intermitterend gebruiken – zoals ook de Zorgstandaard astma beschrijft.
- 10 Bij een eerste uitgifte dient voor maximaal 2 weken te worden meegegeven of de kleinste verpakking. (prescriptieregeling <https://www.knmp.nl/nieuws/prescriptieregeling-kleinste-afleververpakking>).



## Bijlage 2: Taakopdracht en samenstelling werkgroep

### **Inleiding**

Inhalatiemedicatie vormt een belangrijk onderdeel van de zorg voor een groot deel van de circa één miljoen mensen met een chronische longziekte. Naar schatting is met het gebruik van longmedicatie jaarlijks een bedrag van circa €500 miljoen gemoeid.

Het Nationaal Actieprogramma Chronische Longziekten stelt als doel om 20% meer rendement te behalen in kwaliteit van leven (ACQ/CCQ) per euro die aan inhalatiemedicatie wordt besteed.

Het behandelaanbod van inhalatiemedicatie is volop in ontwikkeling met de introductie van nieuwe geneesmiddelen en het uit patent raken van geneesmiddelen. Het behandelaanbod is in de afgelopen jaren ruimer geworden.

In 2011 heeft de Long Alliantie Nederland het rapport Goed gebruik inhalatiemedicatie Astma en COPD uitgebracht. Het rapport formuleert leidende principes voor goed gebruik van inhalatiemedicatie en voor verantwoord substitutiebeleid. Het rapport trekt conclusies en doet aanbevelingen richting de betrokken organisaties. In 2014 is het rapport geactualiseerd en opnieuw uitgebracht.

Als uitwerking van het LAN rapport is de website [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl) gelanceerd en opgebouwd met inhalatie instructies en gebruiksaanwijzingen. Maandelijks bezoeken inmiddels meer dan 17.000 mensen (patiënten en zorgverleners) de website en gewerkt wordt aan een bredere verspreiding via [apotheek.nl](http://apotheek.nl) en [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl).

Henk Bakker heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een rapport uitgebracht voor het versterken van de therapietrouw bij geneesmiddelen. De therapietrouw bij inhalatiemedicatie is gering en behoort tot de geneesmiddelgroep met de laagste therapietrouw. Het advies is voor inhalatiemedicatie extra activiteiten uit te voeren.

In 2015 heeft NIVEL in opdracht van het Longfonds het rapport "gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop, ervaringen van gebruikers van longmedicatie" uitgebracht. Het onderzoek gaat in op wat de gevolgen zijn van het wisselen van medicijnen bij mensen met een longziekte. Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk aantal mensen een ander inhalatiemedicament krijgt dan de arts voorschreef en dat dit grote gevolgen heeft voor ervaren klachten, therapietrouw en controle over de ziekte. In 2016 heeft het Longfonds een Invitational Conference georganiseerd en daaruit kwam onder andere naar voren dat regionale afspraken of formulieren de kwaliteit van farmaceutische zorg kunnen verhogen. Mits aangevuld met aanvullende randvoorwaarden, om hier succesvol mee te kunnen werken. Bovendien kunnen middels regionale afspraken knelpunten rond het op niet-medische gronden wisselen van medicatie worden geadresseerd.

Mede in relatie tot bovenstaande punten, zijn in Nederland in de afgelopen jaren diverse regionale inhalatieformularea ontwikkeld.

### **Proces**

Het rapport zal door de werkgroep aan het bestuur van de LAN worden uitgebracht. Het bestuur van de LAN zal het rapport uitbrengen aan de LAN ledenvergadering. Vervolgens wordt het rapport na vaststelling aangeboden aan de verschillende regio's en aan de landelijk betrokken organisaties (patiënten- en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven, onderzoekers etc.). Bij het uitvoeren van de taakopdracht is het van belang dat de leden van de LAN en regio's worden betrokken.

Het proces voor het opstellen van het rapport bestaat uit de volgende stappen.

- 1 Het inventariseren van bestaande regionale formularia (deels reeds uitgevoerd door het Longfonds) en gebruik maken van de kennis en ervaringen in regio's.
- 2 Het benutten van de inzichten van landelijk betrokken organisaties en (landelijke en regionale) rapporten en richtlijnen.
- 3 Het uitwerken van het concept rapport dat wordt aangeboden aan het bestuur van LAN en Longfonds, zodat het vervolgens in de LAN-ledenvergadering kan worden besproken.
- 4 Het opstellen van het eindrapport, waarbij gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de ledenvergadering van de LAN en die vanuit het Longfonds.
- 5 Het rapport wordt vastgesteld in de LAN ledenvergadering.

### **Tijdpad**

De werkgroep wordt gevraagd het concept rapport in augustus/september 2016 uit te brengen zodat het kan worden besproken tijdens de LAN ledenvergadering van 8 september. Gevraagd wordt om het eindrapport uiterlijk in november op te leveren zodat het tijdens de LAN ledenvergadering van 7 december 2016 kan worden vastgesteld. Het uitdragen van het rapport kan vanaf december 2016 worden uitgevoerd. \*

### **Samenstelling**

Voor het opstellen van het rapport wordt de volgende werkgroep ingesteld:

- Richard Dekhuijzen, longarts, covoorzitter
- Hendrien Witte, Longfonds Patiëntenvereniging, covoorzitter
- Katelijne van de Vooren, KNMP
- Rob Brouwer, KNMP
- Peter Merkus, NVK - SKL
- Ellen van Heijst, NVLA
- Sami Simons, Wendy Burgersdijk, Eric van Haren, Els Weersink, NVALT\*\*
- Regien Kievits, CAHAG
- Jos Luers, IMIS
- Janneke de Jong, V&VN Longverpleegkundigen
- Bernie Roozkrans, V&VN Longverpleegkundigen, mede namens de V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners
- Ineke van Dijk, VND
- Emiel Rolink, LAN
- Irene Westera, LAN
- Xana van Jaarsveld, Longfonds Patiëntenvereniging

De werkgroep wordt ondersteund vanuit het Longfonds en de Long Alliantie Nederland.

\* Het tijdpad is aangepast, het kader kan worden vastgesteld in de ledenvergadering van december 2017.

\*\* deze leden namen afwisselend deel aan de werkgroep

