

Bijlage 3

Het testen van het zorgpad inhalatiemedicatie in het kader van het metaplan therapietrouw inhalatiemedicatie

1. Metaplan therapietrouw inhalatiemedicatie: systematisch versterken therapietrouw inhalatiemedicatie

De therapietrouw van inhalatiemedicatie is gering, met alle gevolgen van dien voor patiënt en samenleving. Op dit moment wordt hard gewerkt aan de uitvoering van het metaplan therapietrouw inhalatiemedicatie, dat als doel heeft de therapietrouw van inhalatiemedicatie structureel fors te verhogen van nu ruim onder de 50% naar 80% alsmede het goed gebruik van inhalatiemedicatie te vergroten.

Berekend is dat interventies gericht op optimalisatie van de medicamenteuze behandeling met aandacht voor monitoring, inhalatietechniek en therapietrouw zorgt voor een kostenbesparing (in 2014 berekend als €227 per longpatiënt per jaar (Van Boven, 2014)) door minder ziekenhuisopnamen, hogere maatschappelijke- en arbeidsparticipatie en efficiënter gebruik van medicatie.

Analyse is dat er het nodige gebeurt dat bijdraagt aan goed gebruik & therapietrouw bij inhalatiemedicatie. Echter:

- samenhang tussen de activiteiten is er vaak niet en daardoor worden kansen om synergie te bereiken gemist. Voorbeeld: diverse apothekersketens hebben goede ICT en identificeren afhaalontrouwe patiënten. Deze patiënten kunnen extra uitleg krijgen in de apotheek. Deze signalen worden nog onvoldoende gedeeld met andere zorgverleners (huisartsen, longartsen) waardoor zij er niet op terugkomen bij de patiënt en het effect kleiner is dan gewenst.
- De oorzaak van therapieontrouw wordt zelden achterhaald. Standaard wordt teruggesproken op het nogmaals uitleggen van de technische handeling van hoe te inhaleren. Terwijl veel patiënten om andere redenen niet therapietrouw zijn.
- Er zijn veel interventies maar deze lijken vooral aanbod gestuurd te zijn ontwikkeld.
- Mantelzorgers, lotgenoten en referentiegroepen worden nauwelijks betrokken.

Metaplan

Het metaplan moet zowel op landelijk als regionaal en lokaal niveau zorgen voor overzicht, een samenhangende aanpak en systematisch overleg tussen alle betrokkenen. Concreet is de bedoeling de volgende stappen te zetten:

Stap 1: Overzicht verkrijgen / inventariseren van:

- Tools voor identificatie therapie(on)trouw (identificatie)
- Tools voor achterhalen redenen therapieontrouw (interview)
- Tools voor interventie + welke tool bij welke patiënt (interventie)
- (Pseudo) systeemhobbels die verbeteren therapietrouw belemmeren

Stap 2: Opstellen zorgpad inhalatiemedicatie + opstellen scholing

- In het zorgpad worden beschreven: wie (met welke deskundigheid) doet wat wanneer, waarom.
- Scholing gaat over het opzetten van een regionaal formularium + het invoeren van het zorgpad inhalatiemedicatie

Stap 3: Testen van het zorgpad inhalatiemedicatie, door regieprojecten in regio's (circa 4 tot 6 regio's)

- Betrokkenheid alle disciplines

- Koppeling informatiesystemen
- Benutten tools voor identificatie, interview, interventie
- Koppelen aan scholing voor zorgverleners en patiënten/mantelzorgers
- Koppelen aan landelijk kader regionale inhalatiemedicatie formularia

Stap 4: Meten effecten/resultaten van het zorgpad in de pilotregio's

Stap 5: Aanpassen zorgpad en scholing op basis van de effecten/resultaten in de pilotregio's

Stap 6: Opschalen zorgpad inhalatiemedicatie

- koppeling in informatiesystemen & in (na)scholingen
- meer regio's die met het zorgpad inhalatiemedicatie werken
- benutten aanpak naar andere ziektebeelden/medicatiegroepen

Stap 7: Metaplan aanpak. Alle voorgaande stappen vinden plaats in een metaplan aanpak. Alle organisaties betrokken. Frequent overleg. De LAN organiseert deze overleggen.

In 2018 is stap 1 uitgevoerd en in 2019 stap 2: oplevering zorgpad inhalatiemedicatie. Nu is het de bedoeling om in 2020 en 2021 de stappen 3, 4 en 5 zetten. In het volgende deel van deze bijlage wordt dit uitgewerkt.

2. Het testen van het zorgpad inhalatiemedicatie

In de periode 2020 en 2021 wil de Long Alliantie Nederland stap 3, 4 en 5 zetten: het testen van het zorgpad inhalatiemedicatie in meerdere regio's en de effecten daarvan meten, en het aanpassen van het zorgpad en de scholing.

Organisatie

Het zorgpad inhalatiemedicatie wordt in tenminste vier regio's getest, voor dit aantal wordt gekozen omdat dit een goede vergelijking tussen regio's mogelijk maakt. Een regio bestaat uit ten minste één afdeling longziekten van een ziekenhuis, één zorggroep en vijf apotheken. Bij voorkeur is er in de regio al sprake van samenwerking, bijvoorbeeld doordat een regionaal inhalatiemedicatie formularium is ontwikkeld en gezamenlijk is ingevoerd.

In elke regio wordt een regionaal projectteam geformeerd bestaande uit tenminste één openbaar apotheker, één huisarts, één longarts, één (long)verpleegkundige, één praktijkondersteuner huisarts en één apothekersassistent. Ook vertegenwoordigers van andere disciplines (bijvoorbeeld ziekenhuisapotheker, poliklinisch werkzame apotheker,) kunnen lid worden van het projectteam. Het is zeer gewenst dat ook de regionale afdeling van de Longfonds patiëntenvereniging betrokken is (indien deze er is) en een vertegenwoordiger van de regionaal dominante zorgverzekeraar.

In dit projectteam wordt een projectleider benoemd. Deze dient draagvlak te hebben in de betreffende regio en in het betreffende team. Het kan een van de voorschrijvers zijn (huisarts of longarts), het kan ook de openbaar apotheker zijn, mede als vertegenwoordiger van één van de (vier) apothekersketens.

Alle regio's bij elkaar genomen is er bij sterke voorkeur sprake van betrokkenheid van alle vier de grote zorgverzekeraars (CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) alsmede van alle vier de grote apothekersketens.

Ondersteuning

Naast de regionale ondersteuning, is ook een (beperkte) landelijk ondersteuning nodig vanuit de Long Alliantie Nederland en de Rijksuniversiteit Groningen & Radboudumc en mogelijk het ZonMw consortium Therapietrouw dat op dit moment wordt gevormd. Deze ondersteuning is nodig met name om de verschillende regio's van elkaar te laten leren (interventies, selecties, etc.) en te waarborgen dat dataverzameling, verwerking, evaluaties, etc. uniform gebeurt ten behoeve van de metingen en rapportages. Ook voor het organiseren van bijeenkomsten tussen alle regio's tegelijk is landelijke ondersteuning nodig.

De regio's starten niet allemaal tegelijk met het werken volgens het zorgpad; elke 2 maanden wordt een regio geschoold die daarna aan de slag gaat met het zorgpad. De scholing wordt voor het gehele regionale projectteam tegelijk gehouden. Onderdeel van deze scholing is ook een geaccrediteerde (refresher)training van het gebruik van de inhalatoren (conform de LAN protocollen).

Naast de inhoud en toepassing van het zorgpad staat (het organiseren van de) samenwerking centraal. Van het zorgpad inhalatiemedicatie wordt een regionale vertaling gemaakt, waarbij afspraken worden gemaakt over de concrete taak- en verantwoordelijkheidsverdeling over de betrokken zorgverleners (wie doet wat wanneer) en de informatievoorziening.

Gedurende de onderzoeksperiode vinden minimaal twee regionale bijeenkomsten plaats waarin de samenwerking wordt geëvalueerd, hierdoor kunnen eventuele belemmeringen (en succesfactoren) snel worden geïdentificeerd en worden aangepakt indien nodig. Tijdens het proces zal ook minimaal tweemaal een werkconferentie/bijeenkomst plaatsvinden met alle pilotregio's tegelijk. Hierdoor kunnen geleerde lessen en ervaringen met elkaar worden gedeeld.

Uitvoering

Zodra de regionale trainingen zijn afgerond en het zorgpad inhalatiemedicatie regionaal is vastgesteld, begint de inclusie van patiënten. Voor inclusie komen nieuwe patiënten van 18 jaar en ouder in aanmerking die voor het eerst inhalatiemedicatie hebben voorgeschreven gekregen. Voorts komen ook al bekende patiënten van 18 jaar en ouder in aanmerking indien er aanleiding bestaat om naar hun therapietrouw te kijken. Dit is het geval als er in het voorgaande jaar sprake is geweest van ten minste één exacerbatie (prednisonkuren en/of ziekenhuisopname) en/of een apotheek ophaaltrouw < 80% en/of een ACQ ≥ 0.75 of CCQ ≥ 1 en/of veelvuldig gebruik van rescue medicatie.

De inclusie van patiënten zal plaatsvinden gedurende DRIE MAANDEN. Tevoren wordt een minimum aantal van 25 patiënten haalbaar geacht. Een hoger aantal is wenselijk echter er wordt geen maximaal benodigd aantal patiënten bepaald. Hierdoor kunnen procesindicatoren per regio worden bijgehouden, zoals: hoeveel patiënten komen in aanmerking? hoeveel patiënten zijn benaderd? hoeveel patiënten hebben geaccepteerd? en hoeveel patiënten bereiken een beter, vergelijkbaar of slechter resultaat op therapietrouw en goed gebruik inhalatiemedicatie? Deze punten worden in het nog nader uit te werken onderzoeks- en meetprotocol verder geconcretiseerd.

Patiënten die zijn geïncludeerd worden minimaal twaalf maanden vervolgd. Tijdens deze periode worden de diverse stappen uit het zorgpad inhalatiemedicatie doorlopen.

Meten

Zodra de regio is geselecteerd als deelnemer vindt de nulmeting in de regio plaats. Hierbij wordt gekeken naar proces, structuur en uitkomst indicatoren (die hieronder zijn beschreven bij directe effecten).

Nadat alle geïncludeerde patiënten de volledige looptijd zijn vervolgd, vinden de eindmetingen en vindt de eindevaluatie plaats. Hierbij zal opnieuw naar de structuur, proces en uitkomstindicatoren worden gekeken. Op grond van de uitkomsten van de pilots, kunnen de scholing en het zorgpad worden aangepast. Ook kunnen mogelijk aanvullende hulpmiddelen voor de implementatie worden ontwikkeld.

Om de latere opschaling van het zorgpad te bevorderen, worden de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie en gebruik van het zorgpad beschreven. Door betrokkenheid van de apothekersketens, is de verwachting dat de opschaling sneller kan gaan. De opschaling zelf maakt geen onderdeel uit van dit onderzoek. In het kader van het metaplan therapietrouw inhalatiemedicatie, zal deze opschaling worden opgepakt na afronding van het onderzoek.

Beoogde effecten van het testen van het zorgpad in pilotregio's

Met het testen van het zorgpad willen we als directe en indirecte effecten het volgende bereiken.

Directe effecten:

- Vergroten therapietrouw. Hierbij wordt uitgegaan van de afgeleverde hoeveelheid medicatie in relatie tot de volgens de medicamenteuze therapie bepaalde hoeveelheid medicatie die tijdens de periode gebruikt dient te worden bij een goede therapietrouw.
- Vergroten goed gebruik inhalatiemedicatie. Hierbij zal op basis van een nog te bepalen scorelijst) worden gemeten in hoeverre de patiënt (na de diverse instructies conform uniforme instructies van inhalatorgebruik.nl) de inhalator op een juiste manier gebruikt.
- Vergroten kwaliteit van leven van patiënten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van patient reported uitkomsten conform de CCQ of ACQ vragenlijst. Voor nieuwe patiënten wordt bij start van de medicamenteuze therapie de vragenlijst afgenomen na een half jaar en een jaar. Voor bestaande patiënten wordt bij de start van opname

in het zorgpad gemeten en ook na een half jaar en jaar. Indien gegevens beschikbaar zijn, dan wordt ook van historische metingen in het kader van de ketenzorg COPD of astma uitgegaan.

- Verminderen zorggebruik. Van geïnccludeerde bekende patiënten wordt het zorggebruik in het afgelopen jaar vergeleken met het zorggebruik tijdens behandeling conform het zorgpad. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van de cijfers uit een objectieve bron; de cijfers van het ziekenhuis, zorggroep en apotheek en indien dit niet mogelijk is dan zal het door de patiënt opgegeven zorggebruik worden gebruikt. Voor nieuwe patiënten is dit niet na te gaan.
- Samenwerking & werkvreugde zorgverleners. Het effect van het zorgpad op de multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners en de werkvreugde van zorgverleners zal worden gemeten. Ook worden proces indicatoren bijgehouden om te kunnen meten in hoeverre een duurzame samenwerking is opgebouwd, met name een betere uitwisseling van (patiënt)gegevens tussen apotheek, zorggroep en ziekenhuis is nodig. Voorts wordt bijgehouden het aantal verwijzingen (voor ziekenhuisopname of diagnostiek of anderszins) naar de tweede lijn (ziekenhuis). Idealiter ontstaat er een intensievere samenwerking waarbij patiënten eenvoudiger gebruik maken van de ene en de andere expertise.
- Leren van de implementatie. Uiteindelijk willen we een zo breed mogelijke implementatie van het zorgpad bereiken. De geleerde lessen tijdens de implementatie zijn hiervoor belangrijk.

Door deze directe effecten willen we indirect de volgende effecten bereiken:

- Minder ziekenhuisopnamen
De omvang van deze pilot is niet voldoende om voor heel Nederland directe effecten te meten op het terugdringen van het aantal ziekenhuisopnamen. Uit diverse onderzoeken weten we dat een beter en trouwer gebruik van inhalatiemedicatie bijdraagt aan een vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen. Bijvoorbeeld uit het wetenschappelijk onderzoek rond het "zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname" is naar voren gekomen dat na een ziekenhuisopname goede inhalatie instructie geven een significant effect heeft op het voorkomen van nieuwe ziekenhuisopnamen voor COPD longaanvallen.
- Meer participatie in de samenleving en op het werk.
De omvang van deze pilot is niet voldoende om voor heel Nederland voor alle mensen met inhalatiemedicatie de directe effecten te meten op maatschappelijke participatie en arbeidsdeelname. Indirect zal wel een uitspraak worden beredeneerd, op grond van eerdere studies. Van deelnemende patiënten zal worden gevraagd naar het arbeidsverzuim voorafgaand en tijdens de pilotperiode middels de gevalideerde WPAI vragenlijst.

Voor het analyseren van de door de pilotregio's verzamelde gegevens zijn dr. Job van Boven van de Rijksuniversiteit Groningen en prof. dr. Richard Dekhuijzen, Radboudumc verantwoordelijk.

Vergoeding koploperregio's

Voor het uitvoeren van het project in de vier koploperregio's is het volgende bedrag beschikbaar.

Testen van het zorgpad inhalatiemedicatie , door regieprojecten in vier regio's	
Materiële kosten per pilotregio €10.000	€10.000

Coördinatie per pilotregio (door persoon uit de regio) €15.000	€15.000
Tegemoetkoming werkgroep regio, urenbesteding €15.000 #	€15.000
Totaal	€40.000

de regionale werkgroep ontvangt een tegemoetkoming in kosten van €15.000 voor gedeelde inkomsten van bestede uren. Het betreft een tegemoetkoming, de overige kosten worden gezien als eigen bijdrage van de regio. Ervaring leert dat de regionale uren die aan het project besteed worden, aanzienlijk kunnen zijn en het beschikbare vergoedingsbedrag aanzienlijk overtreffen.

Alle meerkosten, zijn een eigen bijdrage van de regio aan het project en kunnen niet door de LAN worden vergoed.

Selectie van regio's

Uit de ontvangen signalen maken wij op dat in veel regio's belangstelling bestaat deel te nemen. Uitgaande van meer belangstelling vanuit regio's dan beschikbare middelen voor vier pilotregio's, zal er een keuze gemaakt moeten worden. Een advies voor de keuze van regio's zal worden opgesteld door prof. dr. Richard Dekhuijzen, drs. Peter Wognum (voorzitters zorgpad inhalatiemedicatie), dr. Job van Boven (Rijksuniversiteit Groningen) en drs. Emiel Rolink (directeur LAN). De uiteindelijke keuze van regio's zal door het LAN bestuur worden gemaakt. In de brief zijn de datums genoemd.

Over alle regio's heen is van belang dat:

- bij sterke voorkeur alle vier de grote zorgverzekeraars en alle vier de apothekersketens betrokken.
- Als de vier regionale inhalatiemedicatie formularia bij elkaar worden opgeteld is bij voorkeur een zo volledig mogelijk assortiment van inhalatiemedicamenten betrokken.

Bij de keuze zal op regioniveau sterk naar in onderstaande tabel opgesomde zaken worden gekeken

overweging keuze koploperregio's

Handreiking aan regio's die starten met het zorgpad inhalatiemedicatie

Aandachtspunten voorafgaand en bij de start van het zorgpad

- 1.** Er is al een regionaal inhalatiemedicatie formularium en de samenwerking tussen apothekersgroep, zorggroep en ziekenhuis (en bij voorkeur ook zorgverzekeraars) verloopt goed.
- 2.** Er is **draagvlak** in de regio voor het werken met het zorgpad.
 - Dit draagvlak is er bij ziekenhuis, zorggroep, apotheek.
 - Dit draagvlak blijkt uit (schriftelijk) commitment van het bestuur en verantwoordelijke medewerkers voor de uitvoering van de astma en COPD zorg.
 - Indien andere partijen gelijkwaardig betrokken zullen zijn, dienen deze partijen eveneens hun draagvlak en (schriftelijke) commitment te tonen.
- 3. Transmurale zorg** heeft de voorkeur. Daarom is er bij voorkeur in de regio al sprake van **samenwerking** tussen ziekenhuis (afdeling longziekten), zorggroep(en) en apotheek / apotheken. Deze samenwerking is bij voorkeur ingebed in een regionale structuur:
 - Er vindt al periodiek overleg plaats.
 - Belangrijkste stakeholders kennen elkaar: longartsen, longverpleegkundigen, thuiszorg, zorggroep/huisarts/POH'ers, apotheker, apothekersassistenten .
 - Indien deze (structurele) samenwerking er nog niet is, heeft het opzetten ervan prioriteit. Daarnaast kan er intern gekeken worden welke interventies reeds zonder (keten) samenwerking opgepakt kunnen worden.
- 4.** Er is adequate **ondersteuning van de samenwerking**. Het verbeteren van goed gebruik inhalatiemedicatie en therapietrouw vereist langdurig commitment en een lange adem. Hiervoor is het nodig dat op regionaal niveau is samengesteld:
Een **projectteam** dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project.
Dit team bestaat in ieder geval uit:
 - een inhoudelijk trekker betrokken in het primaire proces (bv. apotheker, een longverpleegkundige);
 - een medisch/farmaceutisch eigenaar, verantwoordelijk voor medische/farmaceutische beslissingen (apotheker en/of arts);
 - een lijnverantwoordelijke, verantwoordelijk voor taakverdeling (bv. teamleider);
 - een projectbegeleider (bv beleidsmedewerker);
 - ook is op afroep deskundigheid beschikbaar op het gebied van Excel, AIS/HIS/KIS/ZIS en productiecijfers.LET OP: uit lering blijkt dat dit projectteam ook niet te groot moet zijn. Eventueel bij verschillende doelen een andere samenstelling kiezen, echter wel met de vier hierboven besproken teamleden.
- 5.** Er is bij voorkeur **steun** van de preferente **zorgverzekeraar(s)**, **bijvoorbeeld in:**
 - De goedkeuring van de zorgverzekeraar dat de betreffende regio aan de slag gaat met het zorgpad inhalatiemedicatie.
 - Indien mogelijk betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij het alloceren/vrijmaken van middelen voor de regionale ondersteuning van de samenwerking.
- 6.** De **inbreng** vanuit **patiënten** is adequaat geborgd, bijvoorbeeld door betrokkenheid (in een klankbordgroep o.i.d.) van de lokale (Longfonds)patiëntenvereniging, Zorgbelang of cliëntenraad/ cliëntenraden.
- 7.** Er is in de regio **zicht op de productiecijfers/aantallen patiënten** en er is bereidheid deze cijfers met elkaar te delen. Daarbij gaat het om:
 - Aantallen astma en COPD patiënten.
 - Aantal ziekenhuisopnamen voor longziekten en aantal heropnamen.
 - Voorschrijf gegeven inhalatiemedicatie.
 - Afhaalgegevens inhalatiemedicatie.
 - Bereidheid tot het bijhouden van een beperkt aantal indicatoren die a) de eigen vorderingen van de implementatie in kaart brengen en b) (landelijk) nodig zijn om regio's met elkaar en met historische data te vergelijken.
- 8. Regionale focus** is aanwezig
Het systematisch en structureel versterken van goed gebruik en therapietrouw inhalatiemedicatie levert veel op: betere kwaliteit van leven van patiënten en hun

mantelzorgers, meer werkplezier van zorgverleners, voorkomen van longaanvallen, etc. Het implementeren van het project vraagt toewijding en tijd. Het vraagt van alle betrokkenen zijn focus om dit project goed te implementeren. Dit betekent vaak dat er maar één of twee van dit soort projecten tegelijk per regio kunnen lopen.

9. Continuïteit is gewaarborgd

Uiteindelijk is het nodig de vernieuwde aanpak duurzaam te continueren in de regio. Een plan/ idee is wenselijk voor de continuïteit van de aanpak, zodat het nieuwe zorgpad vanzelfsprekend de standaard zorg wordt in de regio.