idoctor

Nr 13 - 2022

Nascholingsmagazine Longziekten

Onder redactie van:

Drs. Jasmijn van Campen

In dit nummer:

Netwerkzorg: de juiste zorg op het juiste moment | Het kavelmodel
eHealth in netwerkzorg | Preventie

mediamed.nl

Adem een nieuw perspectief[a]

De PONENTE studie* toont bij patiënten met ongecontroleerd ernstig eosinofiel astma op onderhoudsbehandeling OCS tijdens behandeling met Fasenra aan dat:

OCS 0mg — **62,9%** volledig OCS kon afbouwen[2]

OCS ≤5mg — **81,9%** volledig OCS kon afbouwen of kon afbouwen tot ≤5mg/dag in geval van bijnierschorsinsufficiëntie[2]

0 — **74,9%** geen enkele exacerbatie had vs. 15,6% in het voorgaande jaar[2]

Meer weten?

Maak een afspraak. Scan de QR code of ga naar **goto.az/ponente-nl**

*PONENTE studie: single-arm benralizumab 30mg met gepersonaliseerd OCS afbouwschema; ernstig astma pat. ≥6mnd op hoge dosis ICS (fluticasone eq.>500µg/dag) plus LABA en ≥3mnd OCS (prednison ≥5 mg/dag), bEOS ≥150 cellen/µL of ≥300 cellen/µL in voorafgaande jaar, ≥18jaar (N=598). Primaire eindpunten: % pat. 100% OCS reductie en % pat. 100% OCS reductie of ≤5mg wanneer lager niet mogelijk i.v.m. bijnierschorsinsufficiëntie (≥4wkn zonder astmaverslechtering). Secondaire eindpunten: ACQ-6, SGRQ, AER, % pat. zonder exacerbaties, safety outcomes.

[a]Nieuw perspectief op het afbouwen van OCS tijdens behandeling met Fasenra (Benralizumab) uit de PONENTE studie (Menzies-Gow et al. 2021) met een gepersonaliseerd afbouwschema en een handvat voor het meten van de bijnierfunctie.

FASENRA is geïndiceerd als aanvullende onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met ernstig eosinofiel astma die onvoldoende onder controle is ondanks hoog gedoseerde inhalatiecorticosteroïden en langwerkende β-agonisten[1]

Voor verkorte productinformatie zie elders in dit blad.

REFERENTIES 1. Fasenra SmPC, www.cbg-meb.nl
2. Menzies-Gow A, et al. Lancet Respir Med. 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00352-0

Fasenra® (benralizumab) Subcutaneous Injection 30 mg

AstraZeneca

NL-7647/ exp. 10.2023

4
“We moeten onze zorg anders gaan organiseren”
Interview met:
Drs. Jasmijn van Campen

8
Netwerkzorg: de juiste zorg op het juiste moment
Met medewerking van:
Dr. Hans in ’t Veen
Mr. Arno Rutte
Fiona Suwandy, MSc

12
Het kavelmodel: meer gezondheid en betaalbare zorg
Met medewerking van:
Leonie Voragen

18
eHealth in netwerkzorg
Met medewerking van:
Prof. dr. Niels Chavannes
Dr. Anneke van Veen

22
Preventie in het netwerk: samen aan de slag voor betere uitkomsten
Met medewerking van:
Dr. Remco Djamin
Dr. Noortje Koolen

Hoofdredactioneel

Netwerkzorg is een term die de laatste tijd steeds vaker wordt gebruikt. Maar wat is dit nu precies, en waarom zou je het willen inzetten? Nederland vergrijst en het aantal chronisch zieken loopt op. Hierdoor neemt de zorgvraag toe, terwijl het tekort aan zorgprofessionals groeit. Dat maakt de huidige vorm van zorg op termijn niet meer haalbaar. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden is een andere manier van organiseren nodig. Zeker binnen een vak als longziekten met veel chronische patiënten is netwerkzorg een relevant onderwerp. Dat is reden om verschillende aspecten van dit fenomeen in dit magazine voor het voetlicht te brengen, waardoor u uw kennis over dit onderwerp kunt vergroten.

Bij de introductie van netwerkzorg past de vraag: welke stappen kan een netwerk het beste zetten om van meerwaarde te zijn? Kunnen deze stappen verschillen voor zorgnetwerken? Arno Rutte en Hans in ’t Veen geven antwoord op die vragen vanuit het oogpunt van de politiek en de zorg. We spreken met Leonie Voragen over het kavelmodel, hoe dit model van meerwaarde kan zijn voor de longzorg, en de voor- en nadelen. Anneke van Veen en Niels Chavannes spreken over de plaats van eHealth bij de implementatie van netwerkzorg en geven daarbij voorbeelden. Tot slot komen Remco Djamin en Noortje Koolen aan het woord over de rol van preventie in netwerkzorg vanuit hun rol als medicus en paramedicus.

Netwerkzorg kan bijdragen aan het verbeteren van toegankelijkheid, efficiëntie en kwaliteit van longzorg om ook in de toekomst aan de groeiende groep chronische patiënten goede zorg te kunnen blijven leveren. Dat maakt het onderwerp van dit magazine relevant. Hopelijk biedt het inspiratie om hier zelf op kleine of grote schaal mee aan de slag te gaan.

Jasmijn van Campen
Gast-hoofdredacteur

Colofon

Jaargang 5, nummer 13.
Het Nascholingsmagazine Longziekten is een onafhankelijke uitgave van iDoctor B.V. en wordt in Nederland verspreid onder longartsen (i.o) en verpleegkundig specialisten met BIG-registratie.
Oplage 1000 exemplaren.

Contact
iDoctor B.V.
Sleepboot 9a
3991 CN Houten
+31 (0)30 7603620
staff@idoctornet.com

Uitgever
Carlo Nieuwlands

Coördinatie en eindredactie
Sarah Syaranamual
Koen Scheerders

Ontwerp
IJzersterk, Rotterdam

DTP
Michèle Duquesnoy

Drukwerk en verspreiding
Drukkerij Badoux

Adressen
IQVIA

Beeld
istock
blz 14: HealthKIC

© 2022
Het is niet toegestaan zonder voorafgaande toestemming van iDoctor B.V. artikelen of delen daarvan over te nemen en publiceren of verspreiden in de meest brede zin van het woord. De Algemene Voorwaarden van iDoctor B.V., gedeponeerd bij de KvK te Utrecht, zijn van toepassing. iDoctor heeft waar nodig, aan de auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Eenieder die meent aanspraken te moeten ontlenen aan in deze uitgave opgenomen teksten en afbeeldingen, dient zich in verbinding te stellen met de uitgever.

INTERVIEW

Drs. Jasmijn van Campen,
longarts en medisch manager cluster oncologie, Haaglanden Medisch Centrum

Drs. Michiel Hordijk

“We moeten onze zorg anders gaan organiseren”

Longarts Jasmijn van Campen, verbonden aan Haaglanden Medisch Centrum (HMC), is de gasthoofdredacteur van dit nascholingsmagazine. Van Campen wil vanuit verschillende invalshoeken het belang van netwerkzorg belichten. “Als we met z’n allen niet in beweging komen, loopt de chronische zorg in de toekomst onherroepelijk vast.”

Jasmijn van Campen werkt sinds 2014 als longarts in het HMC. Naast algemene longziekten is zij gespecialiseerd in obstructieve longziekten. Van 2015 tot 2017 was Van Campen nauw betrokken bij een pilot van Long Alliantie Nederland (LAN), waarbij de effectiviteit van een landelijk ‘transmuraal zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname’ werd onderzocht.

Haagse longen

“Onze deelname aan de pilot was een mooi startpunt om de COPD-zorg in de regio Den Haag te uniformeren,” vertelt Van Campen. “De grootste verbeterslag in de uniformering van het COPD-zorgpad die we na de pilot hebben gemaakt, is dat we nu vier keer per jaar een overleg hebben tussen de eerste en tweede lijn. Doordat we elkaar nu hebben leren kennen en geregeld spreken, gaat de samenwerking beter. Dit samenwerkingsverband hebben we ‘Haagse Longen’ gedoopt. In combinatie met het voorzitterschap van de taskforce ‘chronische zorg’ in het HMC was dit voor mij de basis om me meer in netwerkzorg te gaan verdiepen.”

Van reactief naar preventief

Van Campen ziet netwerkzorg vooral als zorg waarbij de patiënt centraal staat, met een brede scope aan zorgverleners, waarbij ieders activiteiten meerwaarde opleveren. “Het is een vorm van zorg dichtbij en met de patiënt waarbij iedereen doet waar hij of zij goed in is. Hierbij laat men ook zaken aan een ander over en is er goed onderling contact. Op die manier kunnen mensen elkaar versterken, weten collega’s elkaar makkelijk te vinden en is er naast somatiek ook aandacht voor welzijn en care. Het is belangrijk het onderlinge verband tussen die zaken te zien.”

Volgens Van Campen is er nog veel discussie over de exacte invulling van netwerkzorg, maar wordt het wel steeds duidelijker dat er iets moet veranderen in de manier waarop met name chronisch zorg wordt ingericht. “Het wordt steeds duidelijker dat we onze zorg anders moeten gaan organiseren, willen we het voor alle patiënten op een goed niveau toegankelijk houden. Anders loopt met de toenemende zorgvraag, door onder meer de vergrijzing, de hele zorg vast. De coronapandemie maakt pijnlijk duidelijk dat dit op sommige plaatsen zelfs nu al gebeurt. In Nederland is zorg op dit moment vooral ‘reactief’ geregeld: we wachten tot iemand ziek wordt en dan komen we in actie. Door zorg pro-actiever te organiseren en patiënten bijvoorbeeld te helpen met ziekte-inzicht en gezondheidsvaardigheden, kun je sneller ingrijpen en daarmee erger (bijvoorbeeld een opname) voorkomen. Zo levert secundaire en tertiaire preventie naast een kostenbesparing ook een verbetering van kwaliteit van leven voor patiënten op. Primaire preventie is uiteraard ook belangrijk, maar in secundaire en tertiaire preventie heeft de longarts mijns inziens ook een duidelijke rol.”

Betere communicatie

“Ik hoop met de gekozen onderwerpen in dit magazine de verschillende invalshoeken te belichten en te laten zien waarom dit onderwerp zo relevant is”, zegt Van Campen. “Het zou heel mooi zijn als we patiënten met COPD door gedragsverandering uit het ziekenhuis kunnen houden. Dat was een van de kernpunten van het transmuraal COPD-zorgpad met ziekenhuisopname van de LAN: met een longaanvalsplan mensen leren hoe ze met exacerbaties om moeten gaan dankzij beter ziekte-inzicht, betere gezondheidsvaardigheden en gezonder gedrag. Als patiënten beter snappen wat hen mankeert, kunnen ze zichzelf ook beter motiveren voor behandeling en gezonder gedrag.”

Naast de focus op de patiënt is de communicatie tussen verschillende zorgverleners volgens Van Campen ook een aspect dat kan worden verbeterd. “Ik zie vaak dingen bij een patiënt die ik beter en concreter richting een specifieke collega zou willen adresseren, in plaats van een brief naar de huisarts te sturen waarbij je maar moet afwachten of daar actie uit volgt. Tijdens de pilot met de LAN kreeg ik het inzicht dat je de ‘eerste lijn’ misschien wat breder moet zien dan alleen de huisartsen.

In dit magazine gaat dr. Hans in ‘t Veen (longarts in het Franciscus Gasthuis & Vlietland) samen met mr. Arno Rutte en Fiona Suwandy dieper in op onder meer het doel van netwerkzorg. Ook geven zij aanbevelingen om succesvolle zorgnetwerken uit te rollen. “Samen met In ‘t Veen zijn we aan de slag gegaan om te

Chiesi

FOSTER NEXThaler

Extrafijne formulering met een homogene depositie in de grote en kleine luchtwegen[1,2]

- Geeft **gelijkwaardige longdepositie** als de vertrouwde FOSTER aerosol[1]
- Ervaar het **gemak van MART:** één inhalator voor onderhoud en zo nodig[3]
- **Zekerheid met inhalatieteller** over inhalatie van de volledige dosis[4]

Foster NEXThaler 100/6 µg is geïndiceerd voor de reguliere behandeling van astma bij volwassen patiënten die niet goed onder controle zijn met alleen ICS of reeds goed onder controle zijn met ICS/LABA.

Referenties: 1. SmPC FOSTER 100/6 NEXThaler **2.** Virchow et al. J Aerosol Med Pulm DD. 2018 ;31(5):269-80
3. Johansson et al. Chest 2004; 125(3), 916-923 **4.** Corradi et al. Expert Opin Drug Deliv. 2014;11(9):1497-506

Voor verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave.

PM-2021-9684

FOSTER
Beclometasone + Formoterol

onderzoeken of we netwerkzorg voor COPD in de regio Den Haag en Rotterdam verder vorm kunnen geven", zegt Van Campen. "We hebben daar diverse (kader-)huisartsen, paramedici en leefstijlspecialisten bij betrokken, de beweging 'Gezond en gelukkig Den Haag', twee zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS. Bij al die partijen zijn we gaan inventariseren welke kant de netwerkzorg op moet, zodat we het goed kunnen regelen. Inmiddels ligt er een concept en we hopen binnenkort met een tweetal pilots aan de slag te kunnen gaan."

Kavelmodel

Een van de uitdagingen van het organiseren van netwerkzorg is volgens Van Campen om als arts voorbij de waan van de dag te kijken. "Er is tijd, ruimte en wellicht ook geld nodig om dit in de steigers te zetten. We moeten oppassen niet de boot te missen door continu achter de feiten aan te lopen." Van Campen denkt dat longartsen op de inhoud een sturende en stimulerende rol kunnen spelen bij bijvoorbeeld de organisatie van longzorg in netwerkverband. "Longziekte is bij uitstek een vak waar je grote winst kunt behalen door het inzetten van netwerkzorg," aldus Van Campen. "Dat komt door het vaak chronische en multidisciplinaire karakter van longziekten en de grote invloed die leefstijl hierop heeft. Je moet als behandelaar naar de hele patiënt kijken en aan alle knoppen draaien, wil je succesvol zijn."

Volgens Van Campen kan netwerkzorg niet puur vanuit de tweede lijn over de rest van het land worden uitgestort. "Het moet juist van onderop breed gedragen worden. Dat is ook het mooie van bijvoorbeeld het kavelmodel: daarin wordt goed gekeken hoe je de uitdagingen anders kunt benaderen om zaken efficiënt te organiseren." Het kavelmodel is een hulpmiddel om duurzame gezondheid vanuit regionale netwerken in te richten. In dit magazine licht Leonie Voragen, directeur HealthKIC, het kavelmodel uitgebreid toe.

eHealth binnen netwerkzorg

Volgens Van Campen zijn op dit moment vaak veel zorgverleners met een ander stukje van dezelfde patiënt bezig, omdat een groeiende groep patiënten co-morbiditeiten heeft. "Ik vertel COPD-patiënten bijvoorbeeld iets over levensstijl en een week later komen ze bij de cardioloog vanwege hypertensie die ze precies hetzelfde vertelt. En de diabetoloog en de nefroloog zijn ook druk bezig om allerlei informatie binnen een kwartier aan diezelfde patiënt te geven", zegt Van Campen. "Misschien zou een casemanager die met de verschillende specialisten een behandelplan maakt, en patiënten vervolgens begeleidt bij het daadwerkelijk volgen van alle interventies, veel efficiënter kunnen zijn. We zouden op zo'n manier van de chronische zorg een meer coherent en minder verzuild geheel kunnen maken."

Bij het doorbreken van de verzuiling zou eHealth volgens Van Campen ook meerwaarde kunnen bieden. In dit magazine lichten longarts dr. Anneke van Veen en hoogleraar huisartsgeneeskunde prof. dr. Niels Chavannes de plek van eHealth binnen netwerkzorg nader toe. "eHealth zou kunnen helpen om makkelijker te schakelen tussen verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld in de vorm telecommunicatie en het bijhouden van een actueel behandelplan. Maar eHealth biedt ook mogelijkheden tot het monitoren en begeleiden van de patiënt op afstand, maar voor de patiënt vaak juist heel dichtbij."

Doorbreken vicieuze cirkels

"Dankzij netwerkzorg krijgen mensen meer autonomie," stelt Van Campen. "Ze worden minder ziek en als ze ziek worden kunnen ze daar beter mee omgaan en krijgen ze hoogwaardige begeleiding van zorgverleners die dicht bij hen staan, volgens een multidimensionaal behandelplan." Als voorbeeld van een casus waarbij netwerkzorg duidelijk meerwaarde kan leveren, noemt Van Campen een COPD-patiënt met ernstige gokproblemen. "De stress door het gokken en de schulden die deze patiënt opbouwde leidde ertoe dat hij veel ging roken, wat weer leidde tot exacerbaties van de COPD. Hierbij werd hij opgenomen, kon hij niet werken en had hij minder inkomen, waardoor zijn schulden verder toenamen. Uiteindelijk was sprake van een erbarmelijke woonsituatie, onder meer omdat deze patiënt vanwege schulden zo ongeveer zijn hele huisraad had moeten verkopen. Zo iemand kan je in het ziekenhuis wel elke keer oplappen, maar als hij blijft gokken en financiële problemen blijft hebben, kun je nooit die vicieuze cirkel doorbreken. Bij zo'n casus is het essentieel dat partijen als maatschappelijk werk en paramedici met een patiënt aan de gang gaan om structurele gedragsveranderingen te bewerkstelligen."

Kleine stapjes

Van Campen wijst in dit kader ook op co-morbiditeiten als angst en depressie die vaak voorkomen bij COPD-patiënten, en ook het probleem van eenzaamheid dat regelmatig voorkomt. "Tijdens de coronapandemie durven mensen met COPD bijvoorbeeld niet meer naar de fysiotherapie te gaan. Mensen raken hun conditie kwijt, gaan niet meer naar buiten en kunnen vereenzamen. Dat leidt tot meer angst, wat weer leidt tot meer benauwdheid en meer exacerbaties." Volgens Van Campen zouden mensen met netwerkzorg dichter bij huis kunnen worden geholpen, waarbij zowel aandacht is voor medicatie als leefstijl, welzijn en zingeving. Verderop in dit magazine wordt dieper ingegaan op de wijze waarop de arts als 'aangever' kan dienen voor paramedici in de eerste lijn, die dicht bij de patiënt dergelijke leefstijlproblemen aan kunnen pakken.

"Ik hoop dat dit magazine mensen bewust maakt van het belang om met netwerkzorg aan de slag te gaan," aldus Van Campen. "Hopelijk inspireert en motiveert het collega's om zelf na te denken hoe ze dit vorm kunnen geven. Dat hoeven overigens helemaal geen hele grote veranderingen te zijn. We kunnen beginnen met kleine stapjes. Willen we chronische zorg ook in de toekomst goed kunnen leveren, dan moeten we echt in beweging komen met z'n allen. Anders loopt de boel straks onherroepelijk vast."

NASCHOLING

Netwerkzorg: de juiste zorg op het juiste moment

Dr. Robbert van der Voort

Met medewerking van:

Dr. Hans in 't Veen,
longarts, Franciscus Gasthuis en Vlietland Rotterdam

Mr. Arno Rutte,
director consultancybureau Vintura,
voormalig Tweede Kamerlid (VVD)

Fiona Suwandy, MSc,
manager consultancy-
bureau Vintura

Samenvatting

De afgelopen jaren ontstonden tal van initiatieven om via netwerken de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door de juiste zorg op het juiste moment, op de juiste plek, en daar waar mogelijk dichter bij de patiënt aan te bieden. Deze initiatieven kosten echter veel tijd en energie, en het blijkt een uitdaging om succesvolle netwerken uit te rollen. Een gebrek aan structurele financiering en ondersteuning, regionale verschillen en ook een onvolledige of onduidelijke omschrijving van de doelstellingen kunnen aan dit laatste ten grondslag liggen. Structurele financiering en een ruimere mate van ondersteuning door zorgverzekeraars en/of beroepsverenigingen zouden deze situatie kunnen verbeteren. Daarnaast kunnen nationale en internationale netwerken hun kennis en ervaring delen.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Bent u op de hoogte van het doel van netwerkzorg;
- Kent u het verschil tussen keten- en netwerkzorg;
- Weet u welke factoren netwerkzorg definiëren;
- Bent u bekend met de relatie tussen netwerkzorg en zorgnetwerken;
- Bent u op de hoogte van enkele aanbevelingen om succesvolle zorgnetwerken uit te rollen.

Netwerkzorg heeft als doel de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren en de patiënttevredenheid te verhogen. Volgens de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) is het "een goede, zo niet de beste, manier om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren."[1]

Volgens longarts Hans in 't Veen is netwerkzorg eigenlijk een doorontwikkeling van de reguliere ketenzorg. "Waar ketenzorg zich vooral richt op individuele patiënten met een bepaalde ziekte ligt de focus van netwerkzorg veel meer bij patiëntenpopulaties. Daarbij draait het vooral om de organisatie van de zorg in zorgnetwerken, netwerken waarin patiënten centraal staan en (multidisciplinaire) zorgaanbieders via samenwerkingsverbanden zorg aanbieden. Dit kan thuis zijn, in het ziekenhuis of bijvoorbeeld in een verpleeghuis."

Patiënt

De reguliere inrichting van de zorg werkt goed voor een relatief jonge patiëntenpopulatie, zegt Arno Rutte, director van consultancybureau Vintura en voormalig Tweede Kamerlid voor de VVD. Dat geldt niet voor oudere patiënten, die minder fit zijn en vaak chronische klachten en verschillende comorbiditeiten hebben, zoals vaak het geval is bij oudere patiënten met COPD. "In het razendsnel vergrijzende Nederland functioneert het klassieke model van zorg dan ook steeds minder goed", zegt Rutte. "Ook het reizen naar ziekenhuizen wordt een steeds grotere opgave. Er is dan ook een groeiende behoefte om de zorg zo dicht mogelijk rondom de patiënt te organiseren, bijvoorbeeld door een grotere rol voor de huisarts of verpleegkundige of het gebruik van slimme medische technologie. De patiënt gaat dan alleen nog naar het ziekenhuis als dit daadwerkelijk noodzakelijk is."

Er valt veel te winnen als patiënten de juiste handvatten zouden krijgen om zelf hun ziekte te managen, zegt Fiona Suwandy, manager van Vintura. "Patiënten zijn vaak gemotiveerd om meer grip te krijgen op hun ziekte, maar beschikken niet altijd over de juiste informatie, kennis en vaardigheden, of worden niet tijdig doorverwezen. Soms helpt het alleen al om de patiënt meer te betrekken bij het behandelproces."

Waardegedreven zorg

Als het lukt om op die manier meerwaarde te creëren, kun je netwerkzorg zien als *value-based healthcare*, of, denkt Rutte, liever nog als *value-managed healthcare*. "Je genereert dan niet alleen meerwaarde voor de patiënt, maar tegelijkertijd wordt de zorg doelmatiger georganiseerd, een belangrijk gegeven in een tijd met een tekort aan zorgprofessionals."

Value-based healthcare of waardegedreven zorg heeft betrekking op het creëren van meerwaarde voor de patiënt, die volgens bedrijfseconoom Michael Porter wordt gedefinieerd als de uitkomst van zorg voor de individuele patiënt gedeeld door de kosten van die zorg.[2] Volgens deze definitie streeft *value-based healthcare* naar het optimaliseren van de uitkomst en/of het verminderen van de zorgkosten. Hierbij benadrukt Porter dat voor een optimale en duurzame gezondheidszorg zorgprofessionals hun tijd vooral moeten kunnen besteden aan het eerste.[3]

Kosten

Ook bij de meeste zorgnetwerken ligt de nadruk vooral op het verbeteren van de uitkomst van zorg. Daarnaast is het effect van netwerkzorg op de zorgkosten nog onduidelijk. In 't Veen: "Als je de zorg naar de patiënt brengt, zal de zorg daar niet per se goedkoper van worden. Zo zijn er kosten gemoeid met de aanschaf van apparatuur, zoals monitoringtools voor thuis. Bovendien is een reizende dokter duurder dan een reizende patiënt. Maar met bundeling van technieken denk ik dat je een heleboel op afstand kunt doen." In 't Veen gelooft in de zogenaamde *quadruple aim*, waarbij je niet alleen kijkt naar wat goed is voor de patiënt, de kosten en de populatie, maar ook naar wat goed is voor het behandelteam. "Als je de behandelaar niet meekrijgt, krijg je de hele zorgverandering namelijk niet rond."

Ketenzorg en netwerkzorg

Bij de zorg van sommige chronische aandoeningen is de hulp van meerdere artsen en zorgverleners nodig, bijvoorbeeld de huisarts in samenwerking met een diëtist en een fysiotherapeut of oefentherapeut. Deze samenwerking noemen we ketenzorg. Dit kan het geval zijn bij diabetes, COPD en cardiovasculair risicomanagement (het van tevoren inschatten of er een hoog risico is op hartziekten en/of vaatziekten).

Het doel van netwerkzorg is het probleemloos laten bewegen van een patiënt in een netwerk van zorgverleners. Dit wordt gedaan door de zorg rondom de patiënt te organiseren. Hiervoor moeten regionale zorgorganisaties met elkaar in gesprek.

Ketenzorg past binnen het zorglandschap als er een goede samenwerking is tussen zorgaanbieders binnen dezelfde financieringsschotten. Dat maakt de inzet van ketenzorg praktisch, maar ook beperkt. Waar ketenzorg inzet op optimalisatie van zorg binnen de bestaande schotten van 1e, 2e en 3e lijn, biedt netwerkzorg de mogelijkheid zorg in te richten vanuit de integrale zorgvraag van een patiënt, waarbij er om en over de schotten heen wordt gewerkt.[4]

> “Er is een groeiende behoefte om de zorg zo dicht mogelijk rondom de patiënt te organiseren.

Hoewel de inschatting is dat netwerkzorg in principe doelmatig is en de zorgkosten kan verminderen, is meestal geen sprake van een strakke businesscase, zegt Rutte. “Dat is ook niet eenvoudig, omdat netwerkzorg zich door verschillende lijnen van zorg heen beweegt, die ieder vaak weer andere vormen van financiering kennen. Bovendien komen de financiële baten van netwerkzorg lang niet altijd bij de partij die de grootste investering heeft gedaan.” Daarnaast is er (nog) geen structurele manier van werken: er zijn vele experimenten die zowel qua opzet als doelstelling van elkaar verschillen. Rutte: “Op dit vlak valt er dan ook nog veel te winnen, niet alleen door zoveel mogelijk te homogeniseren, maar ook door de kosten, de baten en de uitkomsten voor de patiënt duidelijk in beeld te brengen.”

Bij die kosten en baten moet men er wel rekening mee houden dat met het opzetten van een zorgnetwerk extra kosten gemoeid zijn, die pas later kunnen worden terugverdiend. “Op dit moment worden zorgnetwerken vrijwel nooit structureel gefinancierd”, zegt Rutte. “Je moet dan ook zeer gemotiveerd zijn en de menskracht beschikbaar hebben om ze op te zetten.” We moeten ons daarom inzetten, vindt Rutte, voor structurele financiering van zorgnetwerken die aantoonbaar tot verbeterde uitkomsten voor patiënten komen en bovendien in macroscopisch opzicht doelmatig zijn. “Verder wil ik zorgprofessionals adviseren om succesvolle zorgnetwerkpilots door te ontwikkelen en de Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars aan boord te halen.”

Voortbestaan

Het opzetten van een zorgnetwerk kost veel tijd en energie. Suwandy: “Het werkt erg demotiverend als een netwerk vervolgens niet wordt doorontwikkeld. Voor het voortbestaan van zorgnetwerken zou het goed zijn als in een vroeg stadium gezamenlijk wordt afgesproken op basis van welke indicatoren kan worden vastgesteld of een zorgnetwerk van waarde en dus succesvol is. Daarbij denk ik dat het ook belangrijk is om de patiëntervaring mee te nemen.”

Rutte is het daarmee eens. “Bij pilots van zorgnetwerken wordt vaak vergeten om vooraf heldere kaders aan te geven en deze gedurende de pilot te bewaken. Hierdoor kan het tegen het einde van de pilot veel lastiger zijn om op te schalen. In Nederland zijn er veel initiatieven voor zorgnetwerken en dat is mooi. De implementatie van deze initiatieven laat echter te wensen over en dat is jammer. Het ontbreekt nog té vaak aan adequate regie om succesvolle pilots door te zetten en uit te rollen. Ik vind dat met name zorgverzekeraars daarin veel meer een sturende rol moeten hebben.”

Voorbeelden

Een mooi voorbeeld van een zorgnetwerk dat meerwaarde genereert voor de patiënt en kosteneffectief is vindt Rutte ParkinsonNet: een landelijk netwerk van meer dan 3000 zorgverleners gespecialiseerd in parkinson. “Zij hebben laten

zien dat je de opname van patiënten met parkinson in een verpleeghuis soms wel jaren kunt uitstellen door heel gericht rondom de patiënt en op het juiste moment de juiste zorg te leveren. Hoewel deze zorg soms bestaat uit dure geneesmiddelen is deze toch doelmatig, omdat andere kostbare zorg wordt vermeden of uitgesteld. Bovendien is de netwerkzorg geassocieerd met een duidelijk verbeterde kwaliteit van leven."

Andere voorbeelden van zorgnetwerken zijn regionale samenwerkingsverbanden tussen centra, zoals die voor ernstige astma in Zuidwest Nederland. In 't Veen: "In deze regio is het Franciscus Gasthuis en Vlietland een expertisecentrum dat wekelijks een MDO organiseert waarin diverse ziekenhuizen uit de regio participeren. In dit MDO worden bijvoorbeeld indicaties gesteld voor dure geneesmiddelen of complexe ziektebeelden besproken. Dit waarborgt ook kwaliteit, want als wij in samenspraak zeggen dat deze patiënt goed is voor dat geneesmiddel, is dat een extra keurmerk voor zorgverzekeraars."

Delen

Netwerkzorg kan behoorlijk verschillen tussen regio's, merkt Rutte op. "Dit heeft onder andere te maken met verschillen in afstanden, de aanwezigheid van grote zorginstellingen, werkcultuur en mantelzorg. Bij het inrichten van zorgnetwerken is het dan ook heel belangrijk om hiermee rekening te houden." Tegelijkertijd zijn er ook elementen die netwerken gemeenschappelijk hebben, maar waarbij nog té vaak het wiel opnieuw wordt uitgevonden, zoals de structuur van zorgpaden, de inzet van technologie en de aanwezige financieringsarrangementen. "Deze fundamenten van zorgnetwerken zouden veel meer moeten worden gedeeld."

Zorgnetwerken worden vaak geïnitieerd door sterk gedreven en betrokken zorgverleners die mogelijkheden zien om de zorg te verbeteren. Dit is inherent aan de zorgverlening, zegt Rutte. "Daarbij is het wel slim om aan te haken bij de beroepsvereniging en daar mogelijk zelfs professionele ondersteuning van te krijgen. Een beroepsvereniging kan bijvoorbeeld ook meedenken over het uitrollen van succesvolle pilots."

Buitenland

De gezondheidszorg in Nederland is van hoog niveau. Toch kunnen we volgens Rutte op het gebied van netwerkzorg nog leren van andere landen, zoals Denemarken en Finland. "In Denemarken heeft men nu de keuze gemaakt om de zorg regionaler te oriënteren en organiseren", zegt Rutte. "Van oudsher werken de Deense gemeenten en zorgverleners en -aanbieders ook intensiever samen dan bijvoorbeeld in Nederland." Toch is er nog geen enkel land waar netwerkzorg op alle fronten optimaal georganiseerd is. Men is vaak nog zoekende naar de juiste vorm. "Misschien komt dit deels doordat netwerkzorg voor veel, maar niet voor alle patiënten de beste vorm van zorg is", zegt Rutte. "Nog steeds heeft een grote groep patiënten baat bij ketenzorg. Ik verwacht dan ook dat de zorg in Nederland zich tot een evenwichtige tussenvorm zal ontwikkelen."

Bij het vergelijken van netwerkzorg plaatst Suwandy wel de kanttekening dat deze zorg sterk afhangt van de inrichting van het zorgsysteem in een gegeven land. "In Nederland beschikken we vergeleken met andere landen bijvoorbeeld over een groot aantal zorgcentra per oppervlakte-eenheid en is de rol van de overheid kleiner dan bijvoorbeeld in Zweden of het Verenigd Koninkrijk."

Conclusie

Netwerkzorg heeft de potentie om de zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften en zorgvraag van de huidige patiënt, met name bij de groeiende groep oudere patiënten met multipele aandoeningen. Om dit te bereiken verdient de financiering en regie van succesvolle pilots met zorgnetwerken extra aandacht, met name van zorgverzekeraars en beroepsverenigingen. Daarnaast kan netwerkzorg zich ontplooien als nationale en internationale zorgnetwerken hun kennis en ervaring onderling delen en daarvan leren.

Referenties

1. Netwerkgeneeskunde volgens de FMS, te raadplegen via https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/netwerkgeneeskunde (geraadpleegd op 24 november 2021)
2. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
3. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. JAMA 2007;297(10):1103-11.
4. Skipr. Van ketenzorg naar netwerkzorg. https://www.skipr.nl/partnernieuws/van-ketenzorg-naar-netwerkzorg/ (geraadpleegd op 6 januari 2022)

NASCHOLING

Het kavelmodel: meer gezondheid en betaalbare zorg

Drs. Bianca Hagenaars

Met medewerking van:
Leonie Voragen,
directeur HealthKIC

Samenvatting

Nederland kent een goed zorgsysteem, maar de kwaliteit ervan staat onder druk door vergrijzing, een toename van het aantal chronisch zieken en een tekort aan zorgprofessionals. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg komen hiermee in het gedrang. Om ervoor te zorgen dat iedereen een gezond en zinvol leven kan leiden, is het noodzakelijk zorg én gezondheid anders te organiseren. Het kavelmodel is een hulpmiddel om duurzame gezondheid in te richten vanuit regionale netwerken. Door met dit model aan de slag te gaan met gezondheidsvraagstukken en deze gelijktijdig anders te organiseren, anders te financieren en anders te monitoren, wordt een omgeving gerealiseerd waarin mensen gezondere keuzes kunnen maken. Daarnaast kunnen zorgprofessionals inwoners en patiënten echt centraal stellen en is er voldoende budget om naast zorg ook gezondheid duurzaam te financieren. Netwerkorganisatie HealthKIC heeft dit model ontwikkeld en probeert in steeds meer Nederlandse regio's met alle betrokken partijen te werken aan duurzame gezondheid.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Wat het kavelmodel inhoudt;
- Welke randvoorwaarden van belang zijn bij het kavelmodel;
- Met welke drie pijlers het kavelmodel kan zorgen voor duurzame gezondheid;
- Hoe het kavelmodel van meerwaarde kan zijn voor de longzorg;
- Wat voor- en nadelen zijn van het kavelmodel.

Waar in de 19e eeuw mensen nog jong overleden en de nadruk van de zorg lag op overleven, is het paradigma van de zorg in de 20e eeuw verschoven naar langer leven. Ziektes werden immers steeds beter behandelbaar. Omdat mensen tegenwoordig steeds ouder worden, gaat de kwaliteit van leven en de tijd die mensen in goede gezondheid leven, een steeds grotere rol spelen. Dit besef leidt nu tot een verschuiving van het zorgparadigma van langer leven naar een gezond leven, zoals onder andere met de term positieve gezondheid door Machteld Huber wordt omschreven.[1] Het huidige zorgsysteem in Nederland is echter nog steeds ingericht op langer leven en zoveel mogelijk behandelen. Door de vergrijzing, een toename van het aantal chronisch zieken en een tekort aan zorgprofessionals is deze manier van zorg niet langer houdbaar. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden is een andere manier van organiseren, financieren en monitoren noodzakelijk. Hiertoe heeft HealthKIC het kavelmodel ontwikkeld.

In Nederland zijn en worden meerdere lokale initiatieven ontplooid rondom gezond leven. Deze zijn echter niet in staat om het oude langer-levenparadigma van de zorg te veranderen naar een gezond-levenparadigma. Bovendien stoppen de initiatieven vaak als de financiering wordt beëindigd. Centraal bij de ontwikkeling van het kavelmodel stond dan ook de vraag: wat is er nodig om gezondheid duurzaam te organiseren? Gezondheid staat daarbij niet alleen voor niet-ziek zijn, maar ook voor het hebben van aandacht voor datgene wat mensen gezond maakt en gezond houdt.

Het kavelmodel is een hulpmiddel om gezondheid duurzaam te organiseren vanuit regionale netwerken, en past binnen het concept van waardegedreven zorg. Binnen het kavelmodel staat de kavel voor een geografisch afgesproken gebied of regio, zoals een gemeente, stad of stadsdeel (zie figuur 1).

Deze kavel moet aan een aantal randvoorwaarden voldoen:

- De mogelijkheid tot een duidelijk aanwijsbare gezondheidsverbetering van de inwoners;
- Voldoende burgerparticipatie;
- De aanwezigheid van een besparingspotentieel;
- Urgentie wat betreft knelpunten in het zorgsysteem;
- Een bestaande samenwerkingsstructuur tussen lokale partijen;
- De mogelijkheid tot het introduceren van andere bekostigingsmodellen.

Betrokken partijen

Welke partijen in een bepaalde regio bij het kavelmodel betrokken zijn verschilt van kavel tot kavel, en is ook afhankelijk van de context van een kavel. Zo heeft iemand in de Achterhoek andere behoeftes wat betreft duurzame gezondheid dan iemand in Amsterdam-Noord. Bij het werken volgens de principes van het kavelmodel zijn vaak de gemeente, een zorgverzekeraar, een ziekenhuis, huisartsen en een geestelijke gezondheidszorg (GGZ)- of verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)-aanbieder betrokken. Per interventie wordt dan bekeken welke partijen binnen het zorg- en sociale domein nog meer nodig zijn.

Ook de inwoners zelf hebben een belangrijke rol bij het gezamenlijk bepalen van de relevante gezondheidsuitdagingen. Binnen een kavel worden (sub)populaties geïdentificeerd met duidelijke kansen op het gebied van gezondheid. De betrokken partijen gaan met de inwoners in gesprek over hun behoeftes op het gebied van duurzame gezondheid. Het kavelmodel is dus als het ware een coproductie tussen inwoners, zorgprofessionals, organisatie en systeem.

Figuur 1. Schematische weergave van het kavelmodel.

Om duurzame gezondheid te kunnen realiseren, steunt het kavelmodel op drie pijlers: 1) een andere manier van organiseren, 2) een andere manier van financieren en 3) een andere manier van monitoren (zie figuur 1). En hoewel de regio (de kavel) uiteindelijk de 'eigenaar' is van de inhoudelijke veranderopgave, biedt HealthKIC met het kavelmodel de expertise en het instrumentarium om gezondheid anders te organiseren, anders te financieren en anders te monitoren.

Anders organiseren

Om samen de aandacht te verleggen van behandelen en langer leven naar kwaliteit van leven, is het nodig dat bestaande partijen zich anders gaan organiseren. Dat houdt onder andere in dat de betrokken partijen de gezondheid van de populatie binnen een kavel vooropstellen in plaats van het belang van hun eigen organisatie. Soms kan dit inhouden dat een partij moet krimpen, met andere partners gaat samenwerken of zich mogelijk gaat richten op andere (nieuwe) markten. Om hiervoor draagvlak te creëren en houden, zijn financiering en afspraken op lange termijn met alle betrokken partijen noodzakelijk.

Anders financieren

Op dit moment wordt de zorg met name gestuurd vanuit kostenperspectief, niet vanuit het verbeteren van de publieke gezondheid. Door binnen een kavel de gezondheidszorg anders te financieren kunnen de stijgende zorgkosten worden geremd. Voor het anders inrichten van de zorg binnen een kavel is een voorinvestering nodig. Met deze voorinvestering – HealthKIC kan hier een extern investeringsfonds voor aanspreken – kan op de lange termijn worden gewerkt aan duurzame gezondheid. Het bedrag dat vervolgens door de andere werkwijze binnen de regio wordt gerealiseerd, komt toe aan de zorgaanbieders, de zorgbekostigers, het investeringsfonds én een revolving fund: een lokaal fonds dat kan worden gebruikt voor nieuwe interventies binnen de kavel.

Anders monitoren

Om vervolgens inzicht te krijgen in de gezondheid van een populatie en daarna te kunnen sturen op gezondheid, is het nodig om op een andere manier te meten en te monitoren. Het kavelmodel gebruikt hiervoor gegevens uit vier domeinen: gezondheid, zorg, omgevingsfactoren en interventies/aanbod.

Voor gezondheid kijkt het kavelmodel bijvoorbeeld naar zelfgerapporteerde gegevens over ervaren gezondheid en gezondheidskenmerken. Ook kijken de betrokken partijen naar welke aandoeningen voorkomen en van welke voorzieningen de inwoners gebruik maken. Daarnaast is aandacht voor omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op de gezondheid, zoals de fysieke omgeving (de aanwezigheid van groen of sportvoorzieningen, de luchtkwaliteit), maar ook de financiële situatie van de inwoners of gegevens over schuldhulpverlening. Tot slot brengt het kavelmodel in kaart welke zorgvoorzieningen (ziekenhuizen, huisartsen) binnen het kavel aanwezig zijn en wat het aanbod is van gezondheidsinterventies zoals leefstijlcoaches, sportvoorzieningen of voorzieningen in het sociaal domein.

> Samenwerking en een gedeelde verantwoordelijkheid zijn cruciaal.

Naast het in kaart brengen van deze gegevens wordt er binnen het kavelmodel ook gemonitord of de interventies uiteindelijk de gewenste impact hebben: worden er niet alleen lagere zorgkosten gerealiseerd, maar is ook sprake van meer ervaren gezondheid?

Longzorg

Zoals uit het voorgaande blijkt, is het kavelmodel niet één op één toe te passen op de longzorg; een mens bestaat immers uit meer dan alleen diens longaandoening. Longartsen en huisartsen kunnen binnen het kavelmodel wel nadenken over wat nodig is om een populatie longzorgpatiënten optimaal te begeleiden. Dat kan op een manier waarbij zij niet alleen kijken naar de behandelmogelijkheden voor de longziekte, maar ook naar de context waarin een patiënt woont en leeft.

Een bekend voorbeeld is de COPD-patiënt die in een omgeving leeft waar wordt gerookt. Iedere longarts zal dit herkennen en wellicht ook de frustratie delen over de geringe effecten van de behandeling op de gezondheid van deze cliënt. Maar hoe kunnen longartsen hier toch meer impact op hebben? Wat hebben zij nodig om beter aan te sluiten bij dat wat de patiënt nodig heeft om ondanks diens aandoening zo gezond mogelijk te blijven? Door na te denken over hoe de samenwerking in de COPD-ketenzorg meer kan aansluiten bij wat patiënten nodig hebben, deze zorg vervolgens anders in te richten en de bekostiging daarop aan te passen, kan de gezondheid van deze COPD-patiënten verbeteren, evenals van toekomstige risicogroepen.

Bij een dergelijke maatschappelijke opgave is het noodzakelijk verder te kijken dan alleen de maatschap of het ziekenhuis, aangezien samenwerking en een gedeelde verantwoordelijkheid cruciaal zijn. De eerdergenoemde langetermijnafspraken en langetermijnfinanciering zijn hierbij essentieel. Maar doordat iedere partij binnen de kavel bereid is aanpassingen te doen en het welzijn van patiënten centraal te stellen, is het mogelijk die verandering te bewerkstelligen.

Voor- en nadelen

Een belangrijk voordeel van het kavelmodel is dat een werkwijze wordt ontwikkeld, gehanteerd en geïmplementeerd die handvatten biedt om op een inclusieve, geen disruptieve manier veranderingen rondom duurzame gezondheid te bewerkstelligen. Het kan als een nadeel worden gezien dat het kavelmodel geen vastomlijnd verandertraject is en dus geen snelle oplossing biedt. Het kavelmodel is een manier om een complex probleem, de inhoudelijke veranderopgave inclusief de randvoorwaarden, aan te pakken. Het is bovendien een model in ontwikkeling, wat implementatie voor de betrokken partijen spannend maakt. Dat kan zorgen voor onzekerheid.

Het eigenaarschap van de veranderopgave waarvoor het kavelmodel een antwoord biedt, ligt bij de regio. Maar de verschillende partijen in deze regio moeten als netwerk dit eigenaarschap oppakken. Voor een succesvolle toepassing van het kavelmodel is dan ook 'netwerkvolwassenheid' nodig: de betrokken partijen maken echte en duidelijke afspraken met elkaar, en zijn bereid tijd en middelen te investeren om deze afspraken na te komen. Dit dient langdurig te gebeuren, waarbij belanghebbenden over bestuurstermijnen heen moeten kunnen regeren en marktwerking deze langetermijnafspraken niet in de weg staat.

Conclusie

Het kavelmodel gaat uit van duurzame gezondheid en biedt een oplossing om de zorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden. Het doel van HealthKIC is niet om op korte termijn in heel Nederland allerlei kavels in te richten, maar wel om met de regio's een werkwijze te ontwikkelen die vervolgens landelijk schaalbaar is. In de Achterhoek en Ede is een start gemaakt met het werken volgens de principes van het kavelmodel. Met andere regio's lopen nog gesprekken. Het kavelmodel is nog volop in ontwikkeling. Omdat het gaat om een lerend systeem, kunnen de lessen van de kavels die met de uitvoerende fase bezig zijn, worden teruggegeven aan het systeem. Hierbij is het belangrijk af te stappen van 'one size fits all' in de zorg, en toe te werken naar een aanpak op maat voor specifieke subpopulaties binnen een regio.

Meer lezen?

- www.kic.nl
- https://8rhk.nl/smart-economy-smart-living/de-gezondste-regio/
- https://www.kic.nl/uploads/Tekenig_Fases_8RHK_Geaond.pdf

Referenties

1. Institute for Positive Health. Wat is Positieve Gezondheid? https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/ (geraadpleegd op 6 januari 2022)

Verkorte productinformatie Foster® NEXThaler® extrafijn inhalatiepoeder

Samenstelling en farmaceutische vorm: 100 of 200 µg beclometasondipropionaat en 6 µg formoterolfumaraat per inhalatie als droogpoederinhalator. De extrafijne deeltjesgrootteverdeling leidt tot een sterker effect waardoor een lagere dosering beclometasondipropionaat volstaat. **Indicatie**: Foster 100/6 & 200/6: Onderhoudsbehandeling van astma wanneer het gebruik van een combinatie van een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkende bèta-2-agonist geschikt wordt geacht bij patiënten wier astma niet adequaat onder controle is met een inhalatiecorticosteroïd en (zonodig) een snelwerkende bèta-2-agonist of bij patiënten bij wie klachten al adequaat onder controle zijn met een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkende bèta-2-agonist. Foster 100/6: Symptomatische behandeling van patiënten met ernstig COPD (FEV_1 < 50% van voorspelde normaalwaarde) en herhaalde exacerbaties in de anamnese, met significante symptomen ondanks reguliere therapie met langwerkende bronchodilatoren. **Dosering en wijze van toediening**: Bestemd voor inhalatie. Astma: 2 maal daags 1-2 inhalaties Foster 100/6 of 2 inhalaties Foster 200/6, maximaal 4 inhalaties per dag. Ook kan gekozen worden voor een Onderhouds- en 'zo nodig'-behandeling met Foster 100/6: 2 maal daags 1 inhalatie en tot 6 extra inhalaties Foster 100/6 indien er symptomen optreden (niet bedoeld voor preventief gebruik). COPD: 2 maal daags 2 inhalaties Foster 100/6. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor beclometasondipropionaat, formoterolfumaraatdihydraat of één van de hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Relevante klinische gegevens over het gebruik van Foster 200/6 voor de behandeling van acute astma-aanvallen ontbreken. Instrueer de patiënt voor het juiste gebruik van de inhalator. Na gebruik de mond goed spoelen. Dagelijks volgens voorschrift gebruiken, ook bij afwezigheid van symptomen. Niet als eerste behandeling voor astma gebruiken. Therapie niet starten tijdens exacerbatie of acuut verslechterend astma. Gebruik de laagst effectieve dosis. Behandeling niet abrupt staken. Adviseer patiënten altijd hun snelwerkende bronchusverwijder bij de hand te hebben. Evt. optredende paradoxale bronchospasmen direct behandelen met een snelwerkende inhalatiebronchusverwijder. Voorzichtig toedienen aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel- en virusinfecties van de luchtwegen. Langdurige behandeling met hoge doses inhalatiecorticosteroïden kan tot bijniersuppressie en acute bijniercrisis leiden. Een toename van pneumonieën, ook die ziekenhuisopname behoefden, is waargenomen bij COPD-patiënten die geïnhaleerde corticosteroïden kregen. Voorzichtig gebruiken (eventueel onder controle) bij patiënten met cardiale aritmieën, m.n. derdegraads AV- blok en tachyaritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte, acuut MI, ischemische hartziekte, congestief hartfalen, occlusieve vaatziekten, met name arteriosclerose, arteriële hypertensie en aneurysma. Betracht voorzichtigheid bij patiënten met (vermoedelijk) verlengd QTc-interval (dat door formoterol zelf ook kan worden veroorzaakt). Voorzichtigheid is vereist bij thyrotoxicose, diabetes mellitus, feochromocytoom en onbehandelde hypokaliëmie. Bèta-2-agonisten kunnen tot ernstige hypokaliëmie leiden. Dit kan bij ernstig astma door hypoxie worden versterkt. Aanbevolen wordt om de serumkaliumspiegel te controleren. Inhalatie van formoterol kan een stijging van de bloedglucosespiegel veroorzaken. Daarom dient de bloedglucosespiegel streng te worden bewaakt bij patiënten met diabetes. Indien een patiënt symptomen ontwikkelt zoals wazig zien of andere visusstoornissen, dient te worden overwogen de patiënt door te verwijzen naar een oogarts. Bevat lactose dat kleine hoeveelheid melkeiwitten kan bevatten, die allergische reacties kunnen veroorzaken. Patiënten met galactose-intolerantie, totale lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Interacties**: Vermijd bètablokkers (w.o. oogdruppels) aangezien het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Concomitant gebruik van andere bèta-adrenerge geneesmiddelen kan potentieel additieve effecten hebben. Wees derhalve voorzichtig bij gelijktijdig gebruik van theofylline of andere bèta-adrenergica. Concomitante behandeling met kinidine, disopyramide, procaïnamide, fenothiazinen, antihistaminica, MAO-remmers en tricyclische antidepressiva kunnen het QTc-interval verlengen en het risico op ventriculaire aritmieën verhogen. L-dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kunnen de cardiale tolerantie tov bèta-2-sympathicomimetica verminderen. MAO-remmers waaronder middelen met dezelfde eigenschappen zoals furazolidin en procarbazine kunnen hypertensieve reacties versneld teweegbrengen. Er is een verhoogd risico op aritmieën bij patiënten die tevens anesthesie krijgen met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Xanthine-derivaten, steroïden of diuretica kunnen een eventueel hypokaliëmisch effect van bèta-2-agonisten versterken. **Bijwerkingen**: Vaak (1/10-1/100): tremor, pneumonie (bij COPD); soms (1/100-1/1.000): nasofaryngitis, orale candidiasis, hypertriglyceridaemie, hoofdpijn, tachycardie, sinusbradycardie, angina pectoris, myocardischemie, keelirritatie, astmatische exacerbatie, dyspnoe, orofaryngeale pijn, dysfonie, hoesten, nausea, vermoeidheid, geïriteerdheid, verlenging QT-interval op ECG, verlaging van vrij cortisol in de urine, verlaging van cortisol in het bloed, verhoging van kalium in het bloed, verhoging bloedglucose, slechte r-top progressie op het ECG. Frequentie onbekend: wazig zien, syndroom van Cushing, palpitaties, atriumfibrilleren, ventriculaire extrasystolen, mogelijk ernstige verhogingen van kalium, spierkrampen, myalgie, overgevoeligheidsreacties en paradoxale bronchospasmen. Meldt bijwerkingen aan LAREB: www.lareb.nl **Afleverstatus**: UR **Registratienr**: Foster NEXThaler 100/6: RVG 110104, Foster NEXThaler 200/6: RVG 115693 **Vergoeding en prijzen**: Foster NEXThaler wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor de prijs: zie Z-index. **Registratiehouder**: Chiesi Pharmaceuticals B.V. **Datum**: 2 april 2019 **Versie verkorte productinformatie**: PM-MED2019-8286. **Chiesi Pharmaceuticals B.V.** Evert van de Beekstraat 1 – 120, 1118 CL Schiphol. Tel. 088-5016410, email info.nl@chiesi.com, www.chiesi.nl PM-2021-9684

Verkorte productinformatie Trimbow® extrafijne dosisaerosol en Trimbow® NEXThaler® extrafijn inhalatiepoeder

Samenstelling en farmaceutische vorm dosisaerosol: beclometasondipropionaat 87 mcg, formoterolfumaraatdihydraat 5 mcg en glycopyrronium 9 mcg per dosis als oplossing. Samenstelling en farmaceutische vorm NEXThaler: beclometasondipropionaat 88 mcg, formoterolfumaraatdihydraat 5 mcg en glycopyrronium 9 mcg per dosis als inhalatiepoeder. **Indicatie dosisaerosol:** COPD: onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta2agonist of een combinatie van een langwerkende bèta2agonist en een langwerkende muscarineantagonist. Astma: onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met astma die niet voldoende onder controle zijn met een onderhoudscombinatie van een langwerkende bèta-2-agonist en een middelmatige dosis inhalatiecorticosteroïde, en die het afgelopen jaar één of meer astma-exacerbaties hebben gehad. **Indicatie NEXThaler:** onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta2agonist of een combinatie van een langwerkende bèta2agonist en een langwerkende muscarineantagonist. **Dosering en wijze van toediening**: 2 maal daags 2 inhalaties. Trimbow dosisaerosol mag gebruikt worden met een AeroChamber Plus. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame of hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen**: Niet voor acuut gebruik. Acute overgevoeligheidsreacties en paradoxale bronchospasmen kunnen optreden. Behandeling niet abrupt staken. Wees voorzichtig bij patiënten met hartritmestoornissen, m.n. derdegraads AV-blok en tachyaritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte (m.n. acuut myocardinfarct, ischemische hartziekte, congestief hartfalen), occlusieve vaatziekten (m.n. arteriosclerose), arteriële hypertensie en aneurysma. Wees ook voorzichtig bij de behandeling van patiënten die (vermoedelijk) verlenging van het QTc-interval hebben, hetzij congenitaal hetzij door geneesmiddelen. Bij anesthesie met gehalogeneerde anesthetica Trimbow niet toedienen gedurende minstens 12 uur voor begin hiervan i.v.m. risico op cardiale aritmieën. Toename van pneumonieën, ook die met ziekenhuisopname, is waargenomen bij COPD-patiënten die geïnhaleerde corticosteroïden kregen. Dien voorzichtig toe aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel- en virusinfecties van de luchtwegen. Mogelijk ernstige hypokaliëmie kan optreden met een bèta-2-agonist; dit kan tot cardiovasculaire bijwerkingen leiden. Voorzichtigheid is m.n. geboden bij ernstige COPD, omdat dit effect kan worden versterkt door hypoxie. Hypokaliëmie kan ook toenemen door gelijktijdige behandeling met andere middelen die hypokaliëmie kunnen induceren, zoals xanthinederivaten, steroïden en diuretica en bij gebruik van meerdere bronchodilatoren. De inhalatie van formoterol kan een stijging van de bloedglucosegehaltes veroorzaken. Contoleer het bloedglucose bij diabetes. Glycopyrronium moet voorzichtig worden gebruikt bij patiënten met nauwekamerhoekglaucoom, prostaathyperplasie of urineretentie. Informeer patiënten dat bij symptomen van acute nauwekamerhoekglaucoom ze Trimbow moeten staken en onmiddellijk contact moeten opnemen met hun arts. Langdurige, gelijktijdige toediening met andere anticholinergica wordt niet aanbevolen. Bij ernstige nierinsufficiëntie of leverfunctiestoornis alleen gebruiken als voordeel opweegt tegen nadeel. Na gebruik mond goed spoelen. Indien een patiënt symptomen ontwikkelt zoals wazig zien of andere visusstoornissen, dient te worden overwogen de patiënt door te verwijzen naar een oogarts. **Interacties:** Farmacokinetische interacties: vanwege mogelijk systemische effecten bij gelijktijdig gebruik van krachtige CYP3A-remmers (bijv. ritonavir, cobicistat) en beclometason wordt voorzichtig gebruik en passende controle hierbij geadviseerd. Farmacodynamische interacties: niet-cardioselectieve bètablokkers (waaronder oogdruppels) moeten worden vermeden bij gelijktijdig gebruik van formoterol per inhalatie: het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Gelijktijdig gebruik van andere bèta-adrenergica kan potentieel aanvullende effecten hebben; derhalve is voorzichtigheid hierbij geboden. Gelijktijdige behandeling met kinidine, disopyramide, procaïnamide, antihistaminica, monoamineoxidaseremmers, tricyclische antidepressiva en fenothiazines kan leiden tot een verlengd QT-interval en een verhoogd risico op ventriculaire aritmieën. L-dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kunnen leiden tot verminderde tolerantie van het hart voor bèta-2-mimetica. Gelijktijdige behandeling met monoamineoxidaseremmers, waaronder middelen met vergelijkbare eigenschappen, zoals furazolidon en procarbazine, kan een versterkende werking hebben op hypertensieve reacties. Risico op aritmieën is verhoogd bij gelijktijdige anesthesie met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Gelijktijdige behandeling met xanthinederivaten, steroïden of diuretica kan het hypokaliëmische effect van bèta-2-agonisten versterken. Hypokaliëmie kan de dispositie voor aritmieën verhogen bij patiënten die digitalisglycosiden krijgen. Langdurige gelijktijdige toediening met andere anticholinergica, is niet onderzocht en wordt dus niet aanbevolen. **Bijwerkingen:** Vaak (1/10-1/100): pneumonie (bij COPD), faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie, nasofaryngitis, hoofdpijn, dysfonie; soms (1/100-1/1.000): griep, orale schimmelinfectie, orofaryngeale candidiasis, slokdarm candidiasis, (oro)faryngitis door schimmels, sinusitis, rinitis, gastro-enteritis, vulvovaginale candidiasis, granulocytopenie, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, dysgeusie, hypo-esthesie, otosalpingitis, atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyaritmie, hartkloppingen, hyperemie, overmatig blozen, hypertensie, astmatische crisis, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, bloedneus, faryngeaal erytheem, diarree, droge mond, dysfagie, nausea, dyspepsie, branderig gevoel van de lippen, tandcariës, (afteuze) stomatitis, huiduitslag, urticaria, pruritus, hyperhidrose, spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspierstelselborstpijn, vermoeidheid, verhoging C-reactief proteïne, verhoging bloedplaatjestelling, verhoging vrije vetzuren, verhoging bloedinsuline en bloedketonlichaam, verlaging bloedcortisol. **Bewaren dosisaerosol:** in de koelkast bewaren (2-8°C). Na aflevering nog maximaal 4 maanden houdbaar bij maximaal 25°C. **Bewaren NEXThaler:** 21 maanden houdbaar. Na openen van het zakje moet het geneesmiddel binnen 6 weken worden gebruikt en op een droge plaats worden bewaard. Bewaren beneden 25 °C. Afleverstatus: UR. **Registratienummer dosisaerosol:** EU/1/17/1208/002. **Registratienummer NEXThaler:** EU/1/17/1208/010. **Vergoeding en prijzen:** Trimbow wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Voor prijzen**: zie Z-index. **Registratiehouder**: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italië. **Datum:** 22 juli 2021. **Versie verkorte productinformatie:** PM-MED2021-10155

Chiesi Pharmaceuticals B.V., Evert van de Beekstraat 1 – 120, 1118 CL Schiphol, tel. 088-5016400, email info.nl@chiesi.com, www.chiesi.nl. PM-2021-10102

Chiesi

FASENRA productinformatie

Verkorte productinformatie: Fasenra® (22JUL2019)

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Farmaceutische vorm en samenstelling: Oplossing voor injectie. Elke voorgevulde spuit of voorgevulde pen bevat 30 mg benralizumab in 1 ml. **Farmacotherapeutische categorie:** Geneesmiddelen tegen obstructieve luchtwegaandoeningen: andere systemische geneesmiddelen tegen obstructieve luchtwegaandoeningen. **ATC-code:** R03DX10. **Indicatie:** Aanvullende onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met ernstig eosinofiel astma die onvoldoende onder controle is ondanks hoog gedoseerde inhalatiecorticosteroïden en langwerkende β-agonisten. **Dosering en wijze van toediening:** De behandeling met Fasenra moet worden gestart door een arts die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van ernstig astma. Na de juiste training in de subcutane injectietechniek en een voorlichting over tekenen en symptomen van overgevoeligheidsreacties, kunnen patiënten zonder bekende voorgeschiedenis van anafylaxie of zorgverleners Fasenra toedienen, als hun arts bepaalt dat dit passend is, met waar nodig medische follow-up. Het zelf toedienen kan alleen worden overwogen bij patiënten die al ervaring hebben met de behandeling met Fasenra. De aanbevolen dosering van benralizumab is 30 mg via subcutane injectie elke 4 weken voor de eerste 3 doses en daarna elke 8 weken. Als een injectie op de geplande datum wordt gemist, moet de dosis zo snel mogelijk worden hervat op het aangegeven regime. Er mag geen dubbele dosis worden toegediend. Fasenra is bestemd voor langdurige behandeling. Er dient minstens jaarlijks beslist te worden of de therapie dient te worden voortgezet op basis van de ernst van de ziekte, de mate waarin exacerbaties onder controle zijn en het aantal eosinofielen in het bloed. Dit middel moet worden geïnjecteerd in de dij of buik. Als een zorgverlener of verzorger de injectie toedient, kan de bovenarm ook worden gebruikt. Het mag niet worden geïnjecteerd in gebieden waar de huid gevoelig is, blauwe plekken heeft, erythemateus of verhard is. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Fasenra mag niet worden gebruikt voor de behandeling van acute astma-exacerbaties. Patiënten moeten worden geïnstrueerd om medisch advies in te winnen als hun astma niet onder controle blijft of erger wordt na het begin van de behandeling. Abrupte beëindiging van corticosteroïden na de start van de Fasenra-behandeling wordt niet aanbevolen. Indien nodig dient een verlaging van de corticosteroïddosering geleidelijk en onder het toezicht van een arts uitgevoerd te worden. Acute systemische reacties, waaronder anafylactische reacties en overgevoeligheidsreacties (bijv. urticaria, papuleuze urticaria, huiduitslag) zijn opgetreden na toediening van benralizumab. Deze reacties kunnen binnen enkele uren na de toediening optreden, maar in sommige gevallen kunnen ze met vertraging optreden (d.w.z. dagen). Een voorgeschiedenis van anafylaxie niet gerelateerd aan benralizumab kan een risicofactor zijn voor anafylaxie na toediening van Fasenra. In overeenstemming met de klinische praktijk dienen patiënten na toediening van Fasenra gecontroleerd te worden gedurende een gepaste periode. In het geval van een overgevoeligheidsreactie moet Fasenra permanent worden stopgezet en een passende behandeling worden geïnitieerd. Eosinofielen kunnen een rol spelen bij de immunologische respons op sommige worminfecties. Patiënten met een reeds bestaande worminfectie moeten worden behandeld vóór het begin van de behandeling met Fasenra. Als patiënten geïnfecteerd raken tijdens de behandeling met Fasenra en niet reageren op de anti-wormbehandeling, moet de behandeling met Fasenra worden gestopt tot de infectie verdwenen is. Het heeft de voorkeur het gebruik van Fasenra te vermijden tijdens de zwangerschap. Risico bij het geven van borstvoeding voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. **Interacties:** De humorale antilichaamrespons geïnduceerd door seizoensgebonden influenzavirusvaccinatie lijkt niet beïnvloed te worden door behandeling met benralizumab. Een effect van benralizumab op de farmacokinetiek van gelijktijdig toegediende geneesmiddelen wordt niet verwacht. Cytochroom P450-enzymen, effluxpompen en eiwitbindende mechanismen zijn niet betrokken bij de klaring van benralizumab. Er is geen bewijs van IL-5Rα-expressie op de hepatocyten. Depletie van de eosinofielen leidt niet tot chronische systemische veranderingen in pro-inflammatoire cytokinen. **Bijwerkingen:** Vaak (≥ 1/100, < 1/10): faryngitis, overgevoeligheidsreacties, hoofdpijn, pyrexie, reactie op de injectieplaats. *Niet bekend:* Anafylactische reactie. **Afleverstatus:** UR. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de SPC-tekst op **www.astrazeneca.nl. Voor overige informatie en literatuurservice:** AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. (079) 363 22 22.

AstraZeneca

Fasenra® (benralizumab) Subcutaneous Injection 30 mg

NL-7411/exp.06.2023

Verkorte productinformatie Trixeo Aerosphere® (oktober 2021)

Farmaceutische vorm en samenstelling: Aerosol, suspensie. Elke geïnhaleerde dosis bevat 5 mcg formoterolfumaraatdihydraat, 9 mcg glycopyrroniumbromide gelijk aan 7,2 mcg glycopyrronium, en 160 mcg budesonide. Dit komt overeen met een afgemeten dosis van 5,3 mcg formoterolfumaraatdihydraat, 9,6 mcg glycopyrroniumbromide gelijk aan 7,7 mcg glycopyrronium, en 170 mcg budesonide. **Farmacotherapeutische groep:** Geneesmiddelen voor obstructieve luchtwegziekten: adrenergica i.c.m. anticholinergica incl. drievoudige combinaties met corticosteroïden. **ATC-code:** R03AL11 **Indicatie:** Onderhoudsbehandeling voor volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet adequaat behandeld worden met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkende β_2-agonist of een combinatie van een langwerkende β_2-agonist en een langwerkende muscarineantagonist. **Dosering:** De aanbevolen en maximale dosis is tweemaal daags 2 inhalaties (2 's ochtends en 2 's avonds). De zorgprofessional dient het correcte inhalatorgebruik te tonen en de juiste inhalatietechniek regelmatig te controleren. Patiënten die het tegelijk indrukken en inademen moeilijk vinden, kunnen Trixeo Aerosphere gebruiken met voorzetkamer (Aerochamber Plus Flow-Vu). **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor (een van) de werkzame stoffen en/of de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Dit geneesmiddel is niet geïndiceerd voor behandeling van acute episoden van bronchospasmen, d.w.z. als noodbehandeling. Als paradoxaal bronchospasme optreedt, dient de behandeling onmiddellijk te worden gestopt en, indien nodig, alternatieve behandeling te worden ingesteld. Het wordt afgeraden plots te stoppen met dit geneesmiddel bij verslechtering van ziekte want dit kan wijzen op een onderliggende aandoening die herbeoordeling vereist. Voorzichtigheid is geboden bij klinisch significante ongecontroleerde en ernstige cardiovasculaire ziekte, bij bekende/vermoede verlenging van het QTc-interval en bij tyrotoxicose, symptomatische prostaathyperplasie, urineretentie en nauwe-kamerhoekglaucoom. Patiënten dienen geïnformeerd te worden over acute nauwe-kamerhoekglaucoom, te stoppen met dit geneesmiddel en onmiddellijk hun arts te contacteren als zij dit ontwikkelen. Als een patiënt visusstoornissen ontwikkelt, dient doorverwijzing naar een oogarts overwogen te worden. Mogelijke systemische corticosteroïde effecten op botdichtheid dienen overwogen te worden, vooral bij langdurig gebruik van hoge doses i.c.m. risicofactoren voor osteoporose. Patiënten die overstappen van orale steroïden, behandeld werden met hoge doses corticosteroïden of langdurig de hoogst aanbevolen dosis inhalatiecorticosteroïden ontvingen, kunnen bijnierinsufficiëntie vertonen bij ernstige stress waarbij, en bij electieve operaties, aanvullende systemische corticosteroïdsuppletie overwogen dient te worden. Alertheid op mogelijke ontwikkeling van pneumonie is geboden omdat de klinische kenmerken kunnen overlappen met die van COPD-exacerbaties. β_2-agonisten kunnen potentieel ernstige hypokaliëmie veroorzaken wat versterkt kan worden door hypoxie, daarom is extra alertheid geboden bij ernstige COPD. Plasmaglucose dient tijdens de behandeling gemonitord te worden. Bij ernstige nierinsufficiëntie en ernstige leverinsufficiëntie mag dit middel alleen worden gebruikt als het verwachte voordeel opweegt tegen de mogelijke risico's. Trixeo Aerosphere heeft geen of een verwaarloosbare invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen. Duizeligheid is echter een soms voorkomende bijwerking waar rekening mee gehouden moet worden tijdens het besturen van voertuigen of gebruik van machines. **Interacties:** Gelijktijdig gebruik van 1) sterke CYP3A-remmers (bijv. itraconazol, ketoconazol, HIV-proteaseremmers en cobicistathoudende producten) voor langdurige behandeling (≥ 2 weken) verhoogt naar verwachting het risico op systemische bijwerkingen en dient vermeden te worden tenzij het voordeel opweegt tegen het verhoogde risico van systemische corticosteroïde bijwerkingen, waarop patiënten gemonitord dienen te worden; 2) ß-adrenerge blokkers kan potentieel versterkende effecten hebben en dient te worden vermeden tenzij het verwachte voordeel zwaarder weegt dan het mogelijke risico, waarbij cardioselectieve ß-adrenerge blokkers de voorkeur hebben; 3) geneesmiddelen die andere anticholinerge en/of langwerkende β_2-adrenerge agonisten bevatten, wordt niet aanbevolen en gelijktijdig gebruik van andere ß-adrenerge geneesmiddelen maakt voorzichtigheid noodzakelijk; 4) o.a. xanthinederivaten, steroïden en niet-kaliumsparende diuretica kan mogelijke initiële hypokaliëmie versterken, wat de kans op aritmieën vergroot bij digitalisglycosidengebruik; 5) anesthesie met gehalogeneerde hydrocarbonaten verhoogt het risico op aritmieën; 6) quinidine, disopyramide, procaïnamide, antihistaminica, monoamineoxidase(MAO)-remmers, tricyclische antidepressiva en fenothiazines kan het QT-interval verlengen en het risico op ventriculaire aritmieën verhogen. 7) L-dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kan de cardiale tolerantie t.o.v. β_2-sympathomimetica verhinderen. 8) MAO-remmers, o.a. die met vergelijkbare eigenschappen als furazolidone en procarbazine, kan hypertensieve reacties uitlokken. **Bijwerkingen:** Vaak (≥1/100, <1/10): orale candidiasis, pneumonie, hyperglykemie, angst, insomnia, hoofdpijn, hartkloppingen, dysfonie, hoesten, nausea, spierspasmen en urineweginfectie. Soms (≥1/1000, <1/100): overgevoeligheid, depressie, agitatie, rusteloosheid, nervositeit, duizeligheid, tremor, angina pectoris, tachycardie, cardiale aritmieën, keelirritatie, bronchospasme, droge mond, blauwe plekken, urineretentie en pijn op de borst. Zeer zelden (<1/10.000): tekenen of symptomen van systemische glucocorticosteroïde effecten en abnormaal gedrag. Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald): angio-oedeem, gezichtsvermogen wazig, cataract en glaucoom. **Afleverstatus:** U.R., volledig vergoed. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de QRD-tekst op www.astrazeneca.nl. Voor overige informatie: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. 079 363 2222.

NL-8159/exp.10.2023

NASCHOLING

eHealth in netwerkzorg

Met medewerking van:

Prof. dr. Niels Chavannes,
hoogleraar Huisartsengeneeskunde bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), oprichter en bestuurslid van National eHealth Living Lab (NeLL)

Dr. Anneke van Veen,
longarts en CMIO, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ)

Dr. Marijke van Oosten

Samenvatting

eHealth kan een belangrijke rol spelen bij netwerkzorg, met name in de zorg van chronische aandoeningen, waar zowel de huisarts als de specialist in het ziekenhuis patiënten regelmatig zien. Hoe dat precies gaat en wat de voorwaarden en belemmeringen zijn bij eHealth in netwerkzorg wordt in dit artikel geïllustreerd aan de hand van verschillende voorbeelden.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel weet u:

- Hoe eHealth in een zorgnetwerk eruit kan zien;
- Op welke plekken in de zorg eHealth doelmatig kan worden ingezet;
- Wat de voorwaarden zijn voor succesvolle implementatie;
- Welke belemmeringen er zijn voor implementatie.

De zorgvraag neemt toe en daardoor de zorgkosten ook. Tegelijkertijd neemt het aantal mensen af dat in de zorg werkzaam is. Om de zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden, is het belangrijk om de tijd die zorgverleners beschikbaar hebben zo efficiënt mogelijk te benutten. eHealth, het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de zorg, kan daar een belangrijke rol in spelen; ook - of misschien wel juist - in een netwerk.

Een belangrijk aspect van eHealth is dat het zorg op afstand mogelijk maakt. Met thuismetingen en communicatiemodules kunnen zorgverleners patiënten op afstand monitoren en coachen, maar kan het ook overleg tussen zorgverleners onderling makkelijker maken. Naast efficiëntie is een ander belangrijk aspect van eHealth dat de patiënt beter participeert en meer centraal staat in de behandeling. Dit maakt de behandeling meer proactief en patiëntgericht. Deze aspecten maken eHealth een goede ondersteuning bij netwerkzorg.

CWZ-thuismeten

CWZ-thuismeten van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis is een goed voorbeeld van een eHealth-toepassing die zorg op afstand mogelijk maakt. Normaliter komen patiënten met chronische problemen, zoals longziekten, hartfalen en diabetes een aantal keer per jaar voor controle op een afspraak van 10 tot 15 minuten. Voor een deel van hen is dat niet afdoende, terwijl bij een ander deel minder controles volstaan. Daarnaast worden metingen alleen gedaan tijdens de controlemomenten, terwijl klachten en/of afwijkende meetwaarden vaak op andere momenten optreden. Door de vele controlebezoeken is de polikliniek dan echter volgeboekt, zodat een patiënt met klachten op een wachtlijst komt.

Met CWZ-thuismeten monitoren en coachen behandelaars van het CWZ een aantal patiëntgroepen op afstand. Dat doen ze met thuismetingen, vragenlijsten en laagdrempelig contact via bijvoorbeeld een app of het patiëntportaal. Het gaat om onder meer COPD-patiënten en patiënten met hartfalen en/of diabetes. Zodra meetwaarden of het klachtenpatroon boven een van tevoren ingestelde drempelwaarde uitkomen, gaat een alarmsignaal naar een regiecenter in het ziekenhuis. Medewerkers nemen dan contact op met de patiënt om advies te geven en vervolgstappen te bespreken. Indien nodig regelen zij een ziekenhuisbezoek. Door deze werkwijze komen stabiele patiënten zonder klachten niet onnodig naar het spreekuur, zodat de zorgverlener meer tijd overhoudt voor patiënten waarvoor (extra) controle wel zinvol is.

Thuismeten in een netwerk

Hoe gaat zorg op afstand in een netwerk? Patiënten die vanuit het CWZ teruggaan naar de eerstelijnszorg, behouden hun toegang tot CWZ-thuismeten (via app of patiëntportaal). Ondanks de terugverwijzing naar de eerste lijn blijven de alarmen blijven echter naar het ziekenhuisregiecenter gaan. Als problemen medische aandacht behoeven, krijgen patiënten het advies om contact op te nemen met de huisarts. Deze basale vorm van netwerkzorg is uit te breiden door regiecentermedewerkers contact te laten regelen met de zorgverlener die het beste bij de situatie past, ongeacht waar de patiënt onder behandeling/controle is: medisch specialist, verpleegkundige, huisarts, thuiszorgverpleegkundige, fysiotherapeut. De patiënt zit dan in één zorgpad en kan door verschillende zorgverleners uit een zorgnetwerk worden gebeld. Bij nog een stap verder is het regiecenter niet alleen vanuit het ziekenhuis geregeld, maar vanuit verschillende zorginstellingen uit eerste en tweede lijn samen.

Patiënt centraal

De eHealth-toepassingen 'Ziektelastmeter' en 'REDUX' stimuleren de betrokkenheid en het zelfmanagement van de patiënt. De Ziektelastmeter meet de ziektelast die een patiënt ondervindt, bijvoorbeeld van COPD. Dankzij de koppeling van deze tool aan zowel huisartsinformatiesystemen (HIS), ziekenhuisinformatiesystemen (bv HIX) en de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) van een patiënt, kunnen verschillende zorgverleners én de patiënt informatie in eenzelfde dossier zetten. Het dossier bevat daardoor zowel medische informatie als informatie vanuit het patiëntperspectief. Dat maakt het voor een zorgverlener inzichtelijker waarom een

bepaalde patiënt veel zorg nodig heeft. Door angst, een slecht sociaal netwerk en/of afwezigheid van mantelzorg kan een patiënt vaker in het ziekenhuis belanden. Proactief handelen kan ziekenhuisopname voorkomen. Bijvoorbeeld door inschakelen van thuiszorg of af te spreken dat de patiënt eerder contact opneemt (met huisarts of verpleegkundige) om respiratoire insufficiëntie te voorkomen.

Het REDUX (REducing Delay through edUcation on eXacerbations)-programma is voor mensen die vaker longaanvallen hebben. De tool stimuleert het zelfmanagement van patiënten. Het leert hen symptomen te herkennen die een longaanval aankondigen en snel actie te ondernemen, opdat een longaanval uitblijft of eerder herstel optreedt. Dat kunnen ze bijvoorbeeld doen door innemen van extra inhalatiemedicijnen of contact te zoeken met de huisarts.

Bij zowel de Ziektelastmeter als het REDUX-programma zijn zorgverleners uit eerste- en tweedelijnszorg betrokken, waarbij geldt: eerstelijnszorg als het kan; tweedelijnszorg als het moet. Op die manier realiseert eHealth zorg in een netwerk.

Waar in te zetten?

Bij zowel CWZ-thuismeten als de Ziektelastmeter en het REDUX-programma gaat het om zorg van patiënten met een chronische ziekte. eHealth zorgt voor een grote efficiëntieslag omdat deze patiënten gedurende een lange periode regelmatig op controle komen. Het aantal polikliekbezoeken kan dus drastisch omlaag. Bovendien kan door stimulatie van zelfmanagement en een betere leefstijl het aantal ziekenhuisbezoeken en -opnamen omlaag.

eHealth kan ook op andere plekken worden ingezet. Veel in het ziekenhuis opgenomen coronapatiënten kunnen dankzij thuismonitoring eerder naar huis. Dat scheelt aanzienlijk in het aantal opnamedagen en dus in kosten en inzet van zorgpersoneel.

Ook binnen de long-oncologie zijn de eerste positieve resultaten op kosten en kwaliteit van leven.[1] Waar verder veel winst valt te behalen is zelfzorg van patiënten. Met de juiste eHealth-tools kunnen patiënten zelf zorg sturen. Een voorbeeld is Thuisarts.nl, een website waarmee mensen kunnen beoordelen of en wanneer zij een arts moeten raadplegen. Sinds de lancering van Thuisarts.nl is het aantal huisartsconsulten met 12 procent gedaald.[2]

Kunstmatige intelligentie

Een opkomend fenomeen bij eHealth is kunstmatige intelligentie (*artificial intelligence*, AI), een zelflerend technisch systeem dat data kan beoordelen of zelfs een diagnose kan stellen. Een voorbeeld hiervan is het AI-systeem van de Babylon-app. Deze app blijkt in een testomgeving accurater te triëren dan artsen, maar of de app het in real-life ook beter doet is discutabel.[3,4] Om een huisarts te kunnen vervangen moet een app in wel zeer veel ziektebeelden thuis zijn.

Voor beperktere taken is AI wel nuttig. McKinney et al. lieten zien dat AI beter is in het beoordelen van borstfoto's dan radiologen, en de PACMED-applicatie kan voorspellen of het veilig is dat een patiënt de ic verlaat.[5,6] In beide gevallen vervangt AI de arts niet, maar functioneert het als een beslisondersteuning. Vervolgens komen arts en patiënt samen tot een behandelbeslissing, afgestemd op de voorkeuren van de patiënt.

Implementatieonderzoek

Inmiddels zijn er heel wat eHealth-initiatieven, die niet allemaal even zinvol zijn. Van de meer dan 374.000 health- en fitnessapps die beschikbaar zijn in de verschillende app-stores is naar schatting 20 procent doelmatig.[7] Voor een succesvolle implementatie van eHealth is implementatieonderzoek van belang. Het National eHealth Living Lab (NeLL) doet daarom onderzoek naar zowel de effectiviteit van allerlei eHealth-toepassingen.

Bij implementatieonderzoek kijkt het NeLL naar de wensen van de zorgverlener en welke toepassing die zou kunnen leveren. Belangrijk is ook om te kijken welke belanghebbenden betrokken zijn en hoe deze enthousiast te krijgen zijn voor de implementatie. Een implementatie is er tevens bij gebaat als de eHealth-toepassing zorgt voor een gestroomlijndere zorgketen en zorgnetwerk een betere samenwerking, meer werkplezier of minder stress. Verder helpt het om enthousiaste kartrekkers in te zetten, bij voorkeur zorgverleners die patiënten begeleiden en met de eHealth-systemen moeten werken, zoals verpleegkundigen. Verder is het essentieel om patiënten te betrekken bij het nieuwe systeem, als zij daarmee overweg moeten kunnen. Er wordt vaak zorg uitgesproken over voldoende digitale vaardigheden van patiënten, maar de digitale vaardigheden van de zorgverlener kunnen ook een beperkende factor zijn.

Koudwatervrees

Zorgverleners zijn vaak terughoudend ten opzichte van eHealth. Over het algemeen zijn zij al erg druk en zijn ze niet altijd van het nut van een toepassing overtuigd. Sterker nog: het lijkt eerder extra gedoe, en het is de vraag of de toepassing (op den duur) wordt vergoed. Het is dan ook cruciaal om het effect van een toepassing aan te tonen. Al bij het begin moet hierover worden nagedacht: kan dat met gegevens uit het ziekenhuisinformatiesysteem of huisartsinformatiesysteem? Moet de registratie worden aangepast? Is apart onderzoek nodig? Is een aanpassing nodig van het ziekenhuisinformatiesysteem voor de juiste informatie?

Bekostiging en ICT

Bekostiging van eHealth was tot voor kort een berucht probleem. Dankzij maatregelen van de NZa kunnen bepaalde eHealth-toepassingen tegenwoordig worden gedeclareerd, zoals digitale consulten. Voor zorgverzekeraars is het van belang dat is aangetoond dat een toepassing doelmatig is. Ook daarom is een effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek raadzaam.

> Het is belangrijk van tevoren te onderzoeken of een eHealth-toepassing de beste oplossing is voor een probleem.

ICT vormt een andere belemmering voor veel eHealth-projecten; zeker als het gaat om netwerkzorg. Vaak zijn er communicatieproblemen tussen zorginformatiesystemen van verschillende zorginstellingen. De leveranciers van deze systemen zijn niet geneigd (betaalbare) oplossingen te leveren voor deze problemen. Onlangs heeft het ministerie van VWS in een kamerbrief laten weten dat softwareleveranciers verplicht zijn om applicaties te leveren, waarmee de verschillende systemen wel met elkaar kunnen communiceren.[8]

Conclusie

eHealth kan netwerkzorg stimuleren door zorgverleners in verschillende zorginstellingen toegang te geven tot een systeem waarin de patiënt centraal staat. Netwerkzorg houdt echter niet op bij de techniek. Er moeten goede afspraken worden gemaakt over het beheer van de techniek, hoe deze wordt ingesteld, wie signalen uit het systeem opvangt en wat de opvolging daarvan is. Ook is digitale zorg geen doel op zich. Het is belangrijk van tevoren te onderzoeken of een eHealth-toepassing de beste oplossing is voor een probleem, wat de problemen bij implementatie kunnen zijn, welke oplossingen daarbij horen en hoe de doelmatigheid ervan kan worden gemeten. Daarbij is het voor zorgverleners van belang dat eHealth hen tijd oplevert in plaats van kost.

Referenties

1. Fabrice et al. Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up With Routine Surveillance in Lung Cancer Patients. First published online April 10, 2017. doi: 10.1093/jnci/djx029
2. Spoelman WA, Bonten TN, de Waal MW, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. BMJ Open. 2016 Nov 9;6(11):e013166. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013166.
3. Razzaki S, et al. 2018 via https://arxiv.org/pdf/1806.10698.pdf
4. Fraser H, Coiera E, Wong D. Safety of patient-facing digital symptom checkers. Lancet. 2018 Nov 24;392(10161):2263-2264. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32819-8.
5. McKinney SM, Sieniek M, Godbole V, et al. International evaluation of an AI system for breast cancer screening. Nature. 2020 Jan;577(7788):89-94. doi: 10.1038/s41586-019-1799-6.
6. https://pacmed.ai/nl
7. https://orchahealth.com/market-facts-and-figures/
8. Kamerbrief over regie op elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. 15-10-2021

NASCHOLING

Preventie in het netwerk: samen aan de slag voor betere uitkomsten

Dr. Jessica Brussee

Met medewerking van:

Dr. Remco Djamin,
longarts, Amphia Ziekenhuis, oprichter van de REVAQ Leefstijl Kliniek

Dr. Noortje Koolen,
(voormalig) onderzoeker bij COPDnet, Radboudumc,
en huidig projectmanager, Longkankernet

Samenvatting

Binnen de netwerkzorg voor patiënten met chronische longaandoeningen zoals COPD is, naast diagnose en behandeling, tertiaire en zorg-gerelateerde preventie van belang om de gezondheidstoestand van patiënten te verbeteren en complicaties te voorkomen. De longarts in de tweede lijn kan hierbij een aangever zijn voor andere zorgverleners in de eerste, tweede of derde lijn. Voor een optimaal resultaat zijn een warme overdracht van patiënten, een brede blik op de problematiek van de patiënt en multidisciplinair overleg tussen de verschillende zorgverleners belangrijke aandachtspunten. Ook een goede organisatiestructuur en de registratie van klinische- en kwaliteitsindicatoren kunnen helpen om zorg en preventie binnen het netwerk te optimaliseren.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Heeft u een beeld van hoe preventie binnen netwerkzorg eruit kan zien;
- Kent u het belang van een multidisciplinaire aanpak;
- Weet u welke punten aandacht verdienen in de samenwerking tussen zorgverleners bij preventie in het netwerk.

Netwerkzorg kan helpen om de zorg rondom patiënten met complexe en/of chronische problematiek effectief en efficiënt te organiseren. Naast diagnose en behandeling is tertiaire en zorg-gerelateerde preventie binnen het netwerk van belang om de gezondheidstoestand van patiënten te verbeteren en complicaties te voorkomen. Hoe richt je dit in binnen het zorgnetwerk? iDoctor sprak met longarts Remco Djamin en klinisch gezondheidswetenschapper Noortje Koolen. Zij geven een bespiegeling op hoe preventie binnen de netwerkzorg voor patiënten met COPD en andere chronische longziekten eruit kan zien, en waar nog aandachtspunten zijn.

Complexe problematiek

Bij patiënten met chronische longziekten beperkt de pathologie zich vaak niet tot één domein. Zo hebben patiënten met COPD vaak niet alleen afwijkingen in de longen, maar komen ook hart- en vaatproblemen, problemen met botten en spieren, metabole problemen en angst en depressie regelmatig voor.[1,2] Daarnaast spelen gedragskenmerken, zoals roken, bewegingsarmoede en een slechte voedingstoestand een rol.[1]

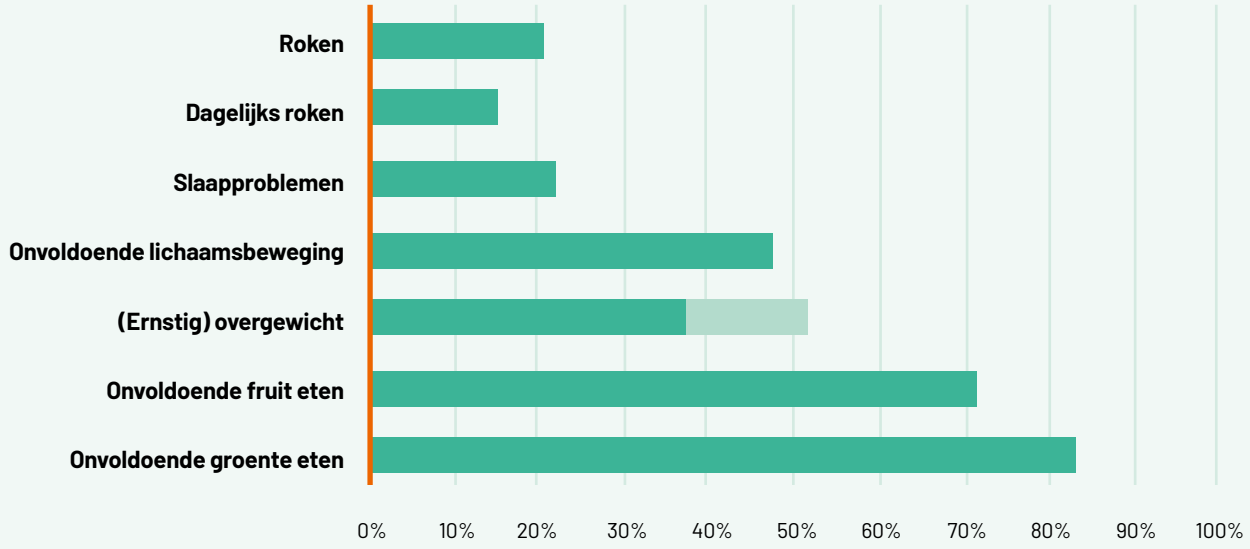
Koolen onderzocht, in het kader van het netwerkzorgmodel COPDnet, de aanwezigheid van verschillende behandelbare kenmerken (‘*treatable traits*’) bij COPD-patiënten. Het betreft negen kenmerken die in aanmerking komen voor behandeling met niet-farmacologische zorg: huidige rookstatus, activiteit-gerelateerde kortademigheid, frequente exacerbaties in het afgelopen jaar, ernstige vermoeidheid, depressieve stemming, slechte fysieke capaciteit, lage fysieke activiteit, slechte voedingstoestand en een lage mate van activering van zelfmanagement. Uit Koolens onderzoek kwam naar voren dat patiënten met een matige tot ernstige ziektelast gemiddeld 3,9 behandelbare kenmerken hebben. Deze komen voor in allerlei verschillende combinaties, relatief onafhankelijk van elkaar. De aanwezigheid van deze kenmerken vergroot de kans op een ernstig verminderde gezondheidstoestand.[3]

Multidisciplinaire samenwerking

“Om op de verschillende domeinen en gedragskenmerken effectief in te grijpen, is bij uitstek multidisciplinaire zorg nodig”, zegt Djamin. “Geen enkele zorgverlener heeft de volledige expertise op alle terreinen. Je kunt de patiënt alleen goed bedienen als je een multidisciplinair zorgnetwerk om de patiënt heen organiseert.”

Bij de zorg voor patiënten met chronische longaandoeningen spelen dan ook meerdere partijen een rol. In de eerste lijn kunnen, naast de huisarts en POH, diverse paramedici betrokken zijn zoals een diëtist, fysiotherapeut en ergotherapeut. Djamin benoemt daarnaast de leefstijlcoach als belangrijke speler. Indien nodig, kunnen voor specifieke patiënten ook andere disciplines zoals een medisch psycholoog of maatschappelijk werker betrokken zijn. In de tweede lijn betreft het allereerst de longarts en longverpleegkundige, maar soms ook andere disciplines zoals de cardioloog of KNO-arts. Ook in de derde lijn zijn, in het kader van longrevalidatie, veel van de bovenstaande disciplines betrokken.

> “COPD-patiënten hebben vaak meerdere behandelbare kenmerken. Een multidisciplinaire aanpak vergroot de kans op een betere gezondheid.



Figuur 1. De prevalentie van verschillende leefstijlfactoren onder de volwassen Nederlandse bevolking in 2020. De data betreffen personen van 18 jaar en ouder, behalve in het geval van overgewicht. Hier betreft het personen van 20 jaar en ouder.[6,7,8]
***Roken**: het percentage personen dat weleens rookt.*
***Dagelijks roken**: het percentage personen dat elke dag rookt.*
***Slaapproblemen**: het percentage personen dat in de afgelopen twee weken 'nogal', 'veel' of 'heel veel' last had van problemen met slapen, zoals moeite met in slaap vallen, moeite om door te slapen, of te vroeg wakker worden.*
***Onvoldoende lichaamsbeweging**: het percentage personen dat niet voldoet aan de beweegrichtlijn.*
***Beweegrichtlijn**: minstens 2,5 uur per week matig intensieve inspanning verrichten zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen én minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten verrichten.*
***(Ernstig) overgewicht**: het percentage personen met matig overgewicht (body mass index (BMI) van 25,0 tot 30,0 kg/m^2; lichtblauwe balk) of ernstig overgewicht (BMI 30,0 kg/m^2 of meer; donkerblauwe balk).*
***Onvoldoende fruit eten**: het percentage personen dat niet elke dag minimaal twee stuks fruit eet. Eén stuk fruit komt overeen met 100 gram.*
***Onvoldoende groente eten**: het percentage personen dat niet elke dag minimaal vijf opscheplepels groente eet. Eén opscheplepel groente komt overeen met 50 gram.*

Hoe werken deze zorgverleners samen? En welke rol heeft tertiaire en zorg-gerelateerde preventie hierin? Djamin en Koolen schetsen allebei een beeld waarin patiënten allereerst worden verwezen van de huisarts naar de longarts en vervolgens naar de juiste behandelaars in de eerste, tweede of derde lijn.

COPDnet

Koolen ontwikkelde, in het kader van haar promotieonderzoek, het integrale zorgmodel COPDnet.[4] Dit model wordt momenteel toegepast in het Radboudumc in Nijmegen en Bernhoven in Uden. Hierin worden COPD-patiënten met een matige tot ernstige ziektelast door de huisarts doorverwezen voor een diagnostisch en therapeutisch traject in de tweede lijn. Daar maken een longarts en longverpleegkundige een volledige analyse van de gezondheidstoestand van de patiënt. Bovendien activeren zij de patiënt ook voor zelfmanagement. Het eindresultaat van het traject is dat zij samen met de patiënt tot een individueel behandelplan komen, gebaseerd op de eigen behandeldoelen van de patiënt. Hierbij kan de patiënt worden doorverwezen naar de eerste lijn voor een niet-medicamenteuze interventie door bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut of diëtist. Een andere mogelijkheid is een doorverwijzing naar longrevalidatie in de tweede of derde lijn.

Ook Djamin is er groot voorstander van dat patiënten in ieder geval één keer door een longarts gezien worden. "De longarts kan, met zijn of haar specifieke expertise en uitgebreide diagnostische arsenaal, bijdragen aan een juiste diagnose en de problematiek van de patiënt scherp in kaart brengen. Op basis daarvan kan hij of zij een voorstel doen voor een behandel-

plan en vervolgens (terug)verwijzen." In het Amphia Ziekenhuis in Breda waar Djamin werkt is de zorg al op deze manier georganiseerd. "De longarts maakt laagdrempelig een eerste analyse van een patiënt. Op basis daarvan volgt een advies en gaat de patiënt weer terug naar de huisarts en/of wordt een behandeling door een paramedicus zoals een fysiotherapeut of diëtist geadviseerd. Patiënten met ernstiger problematiek kunnen terecht bij de longrevalidatie in de derde lijn." Naast een bijdrage in de diagnostiek bestaat er in Breda ook een multidisciplinair overleg tussen de eerste en tweede lijn. Hier brengen huisartsen en praktijkondersteuners (POH) casuïstiek in. "Deze patiënten hoeven niet direct te worden verwezen. Waar nodig kijkt de longarts alleen even mee."

Zowel Djamin als Koolen zien voor de longarts binnen het netwerk vooral een rol op het gebied van de analyse van patiënten. "Kijk als longarts eens door een andere bril naar je eigen patiënten", raadt Djamin aan. "Naast de behandeling die in de tweede lijn moet plaatsvinden kun je ook door veranderingen in leefstijl veel gezondheidswinst behalen. Ik zou iedere longarts aanraden om een klein deel van zijn of haar tijd aan preventie te besteden. Dit betekent overigens niet dat je het allemaal zelf hoeft uit te voeren. Bedenk vooral wie je, binnen de lokale situatie, in het netwerk wilt hebben en ga met diegenen om tafel om dit op te zetten."

Warme overdracht

Waar Djamin aangeeft dat de samenwerking tussen de huisartsen en longartsen al wel vorm heeft, ziet Koolen nog wel een aandachtspunt. "Binnen COPDnet bevatten de verwijsbrieven van de huisarts aan de longarts een korte samenvatting van de situatie en de hulpvraag. De verwijzing terug vanuit COPDnet naar de huisarts is juist ontzettend uitgebreid en bevat alle bevindingen van het gedane onderzoek. Voor de huisarts is het soms lastig te bepalen waar hij of zij mee zal starten. Een warme overdracht, waarbij longarts en huisarts samen overleggen, kan hierbij helpen."

Een warme overdracht kan ook behulpzaam zijn in de samenwerking tussen longartsen in de tweede lijn en paramedici in de eerste lijn. "In de huidige situatie geeft de longarts de patiënt een verwijsbrief mee, maar krijgt deze daarna meestal geen terugkoppeling meer", zegt Djamin. "Als je een patiënt verwijst naar een fysiotherapeut, weet je bijvoorbeeld niet bij welke fysiotherapeut diegene terecht is gekomen en welke behandeling er is gestart. Het zou beter zijn als longartsen en paramedici elkaar kennen en wat vaker overleggen. Zowel in het begin van het traject, om door te spreken wat precies het probleem is en welke behandeldoelen hierbij horen, als gedurende het traject in de vorm van een terugrapportage. Als zij daarnaast elkaars vak beter begrijpen, weten ze ook beter waarvoor ze bij elkaar terecht kunnen."

Onderlinge afstemming

Een ander aandachtspunt voor succesvolle preventie in het netwerk is de afstemming tussen de paramedische disciplines onderling. Djamin heeft, naast zijn werk als longarts in het ziekenhuis, een leefstijlkliniek opgericht. Hier buigt een team, bestaande uit een fysiotherapeut, diëtist en leefstijlcoach, zich over het behandelplan voor patiënten die om medische redenen hun conditie of leefstijl willen verbeteren. "Bij patiënten met een chronische longziekte zijn er vaak meerdere gedragsmatige aspecten die aandacht behoeven, zoals problemen rondom bewegen, voeding, overgewicht, rookverslaving en/of slaapproblemen. Als je dit echt goed wilt aanpakken, is onderlinge afstemming tussen de disciplines cruciaal. Wat belemmert een patiënt in zijn of haar gedrag en hoe kunnen de verschillende zorgverleners daarbij helpen?"

Ook Koolen, zelf voormalig fysiotherapeut, denkt dat het voor paramedici behulpzaam kan zijn om met een brede blik naar patiënten te kijken. "Binnen ziekenhuizen is er veel bekendheid met multidisciplinair overleg (MDO). Ik denk dat een vorm van MDO ook in de eerste lijn zinvol kan zijn. Samen kun je een compleet plaatje creëren en een zo groot mogelijk effect op de gezondheid bereiken." Koolen benadrukt in dit kader ook het belang van *shared decision making*, een van de pijlers in het COPDnet-model. "Wil je succes hebben met je behandeling, dan is het heel belangrijk om, naast het team, ook de patiënt te betrekken bij het formuleren van de behandeldoelen en het nemen van beslissingen."

Secundaire en tertiaire preventie

Naast diagnose en behandeling is tertiaire en zorggerelateerde preventie binnen het netwerk van belang om de gezondheidstoestand van patiënten te verbeteren en complicaties te voorkomen.

Onder secundaire preventie wordt *case finding* gerekend, maar ook het stellen van de juiste diagnose. Dit wordt vaak gedaan in de tweede lijn. COPD is meer dan alleen de mate van obstructie in longfunctie, maar ook benoemen van andere factoren en het identificeren van *treatable traits*.

Tertiaire preventie is het voorkomen van achteruitgang van ziekte. Bij COPD verstaan we daar onder andere onder: meer bewegen, letten op gewicht en stoppen met roken. Interventies op deze gebieden hangen zeer nauw samen met reductie van exacerbaties. Daarom spelen naast leefstijlaspecten gezondheidsvaardigheden ook een rol.

Bij longrevalidatie, waar zo'n multidisciplinaire benadering wordt toegepast, levert dit daadwerkelijk gezondheidswinst op.[1] Koolen vond dit ook in haar onderzoek naar COPDnet. "In ons onderzoek naar de effectiviteit van COPDnet hadden we verwacht dat de gezondheidstoestand van de patiënten aanzienlijk zou verbeteren. Dit als gevolg van alle activiteiten die rondom hen plaatsvinden. In praktijk zagen we dat vooral de multidisciplinaire longrevalidatie een verbetering van de gezondheidstoestand gaf. Patiënten die alleen werden behandeld met medicatie, zelfstandig met hun leefstijl aan de slag gingen of een (doorgaans monodisciplinaire) interventie volgden in de eerste lijn, lieten geen statistisch significante verbetering van de algehele gezondheidstoestand zien."[5] Djamin en Koolen halen allebei het voorbeeld aan van een regelbord of cockpit: aan één knop draaien levert onvoldoende resultaat op, draaien aan meerdere knoppen tegelijk zorgt voor gezondheidswinst.

Organisatiestructuur

Om de processen binnen een zorgnetwerk efficiënt te laten verlopen, is, naast een inhoudelijke samenwerking, ook een goede organisatiestructuur nodig. Koolen is ook betrokken bij een ander zorgnetwerk: Longkankernet. Dit samenwerkingsverband tussen zes ziekenhuizen in Zuidoost Nederland is gericht op het bieden van excellente en innovatieve longoncologische zorg, waar mogelijk dichtbij en rondom de patiënt en waar nodig op een andere locatie. Naast een gezamenlijk MDO is er een innovatieagenda, waar onder andere gezamenlijke oplossingen op het gebied van eHealth, onderzoek, samenwerking, communicatie en gezamenlijke kwaliteitsregistratie, evaluatie en optimalisatie op staan.

"Een verschil met COPDnet is dat Longkankernet zich, naast medisch-inhoudelijke aspecten, ook richt op de structuur en organisatie van de zorg", vertelt Koolen. "Er is een programmaraad waarin longartsen en managers uit alle zes de ziekenhuizen deelnemen en er zijn werkgroepen die zich met de verschillende punten van de innovatieagenda bezighouden. Een dergelijke opzet, waarbij de verschillende partijen gestructureerd met elkaar samenwerken, zou wellicht ook voor COPDnet de processen nog gestroomlijnder en efficiënter kunnen maken." Daarnaast is er voor de longoncologische zorg, waaronder Longkankernet, een (landelijk verplichte) dataregistratie. Daarin worden klinische indicatoren rond longkanker vastgelegd die mogelijk een beeld geven van de kwaliteit van de geleverde zorg. "Voor COPD-patiënten bestaat zoiets (nog) niet", geeft Koolen aan. "Als je informatie over de ervaren ziektelast en klinische uitkomstmaten kunt koppelen aan de zorg die mensen ontvangen, denk ik echt dat je ook de zorg voor COPD-patiënten verder kunt optimaliseren."

Conclusie

Djamin en Koolen schetsen een beeld van hoe preventie in netwerkzorg eruit kan zien. Dit start nadat een patiënt door de huisarts is doorverwezen naar de longarts voor een uitgebreide analyse van de diagnose en problematiek. Deze stelt vervolgens, samen met de patiënt, een behandelplan op. Het is hierbij belangrijk om niet alleen te kijken naar medicamenteuze of andere medische interventies maar ook naar preventie, zoals op het gebied van leefstijlfactoren. Voor de praktische uitvoering van de preventieve interventies kunnen patiënten het beste worden verwezen naar andere zorgverleners, zoals paramedici in de eerste lijn of zorgverleners betrokken bij longrevalidatie in de tweede of derde lijn. Voor de zorgverleners onderling liggen er soms nog uitdagingen in het vormgeven van de multidisciplinaire samenwerking. Een warme overdracht en multidisciplinair overleg kunnen hier mogelijk een oplossing bieden. Ook een goede organisatiestructuur en de registratie van klinische- en kwaliteitsindicatoren kunnen helpen om zorg en preventie (binnen het netwerk) te optimaliseren.

Referenties

1. Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: 2022 report. Beschikbaar op: https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/
2. Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(7):728-735.
3. Van 't Hul AJ, Koolen EH, Antons JC, et al. Treatable traits qualifying for nonpharmacological interventions in COPD patients upon first referral to a pulmonologist: the COPD sTRAITosphere. ERJ Open Res. 2020;6(4):00438-2020.
4. Koolen EH, van der Wees PJ, Westert GP, Dekhuijzen R, Heijdra YF, van 't Hul AJ. The COPDnet integrated care model. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:2225-2235.
5. Koolen EH, van den Borst B, de Man M, et al. The clinical effectiveness of the COPDnet integrated care model. Respir Med. 2020;172:106152.
6. CBS Statline. Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. Beschikbaar via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83021NED/table?ts=1640731706134. Geraadpleegd op 28-dec-2021.
7. CBS Statline. Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Beschikbaar via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?ts=1640731263773. Geraadpleegd op 28-dec-2021.
8. CBS Statline. Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; vanaf 1900. Beschikbaar via: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37852/table?ts=1640730668333. Geraadpleegd op 28-dec-2021.

TRIXEO AEROSPHERE®

(formoterol, glycopyrronium en budesonide) Dosis-aërosol

KRACHTIG TEGEN LONGAANVALLEN[1,2]

VERMINDERING AANTAL MATIGE/ERNSTIGE LONGAANVALLEN

Primair eindpunt ETHOS studie*

24% vs LABA/LAMA (1,08 vs. 1,42, p<0,0001) [1,2]
13% vs LABA/ICS (1,08 vs. 1,24, p=0,0027) [1,2]

VERMINDERING AANTAL LONGAANVALLEN MET ZIEKENHUISOPNAME

Secundair eindpunt ETHOS studie*

20% vs LABA/ICS (0,13 vs. 0,16, p=0,0221) [1,2]
16% vs LABA/LAMA niet significant (0,13 vs. 0,15, p=0,0944) [1,2]

VERLAGING RISICO OP STERFTE (ALLE OORZAKEN)

Secundair eindpunt ETHOS studie*

49% vs LABA/LAMA (37 vs. 64 doden, unadjusted p=0,0035)[3]
28% vs LABA/ICS niet significant (37 vs. 46 doden, p=0,1721)[3]

VOOR MEER INFORMATIE EN MATERIALEN **SCAN DE QR-CODE**

trixeo.nl

LABA/LAMA: FOR/GLY MDI[a]
LABA/ICS: FOR/BUD MDI[b]

TRIXEO AEROSPHERE IS GEÏNDICEERD ALS ONDERHOUDSBEHANDELING VOOR VOLWASSEN PATIËNTEN MET MATIGE TOT ERNSTIGE CHRONISCHE OBSTRUCTIEVE LONGZIEKTE (COPD) DIE NIET ADEQUAAT BEHANDELD WORDEN MET EEN COMBINATIE VAN EEN INHALATIECORTICOSTEROÏD EN EEN LANGWERKENDE β2-AGONIST OF EEN COMBINATIE VAN EEN LANGWERKENDE β2-AGONIST EN EEN LANGWERKENDE MUSCARINEANTAGONIST.[1]

* ETHOS studie: RCT 52 wk, symptomatische COPD patiënten; post-bronchodilatatoire FEV1 ≥25% tot <65% van voorspeld, CAT-score ≥10 bij gebruik van ≥2 dagelijkse onderhoudsbehandelingen ≥6 wkn voorafgaand aan screening, ≥1 matig/ernstige longaanval[c] voorafgaande jaar (N=8.588). Primaire eindpunt: aantal matige/ernstige COPD longaanvallen met FOR/GLY/BUD (Trixeo Aerosphere) vs FOR/GLY[a] en FOR/BUD[b]. Secundaire eindpunten: tijd tot eerste matige/ernstige longaanval, aantal ernstige longaanvallen, mortaliteit (alle oorzaken), gebruik rescue medicatie, SGRQ, EXACT, TDI.

[a] FOR/GLY MDI (LABA/LAMA) bevat 5 mcg formoterolfumaraatdihydraat en 7,2 mcg glycopyrronium (tweemaal daags 2 inhalaties) en is beschikbaar als Bevespi Aerosphere.
[b] FOR/BUD MDI (LABA/ICS) bevat 5 mcg formoterolfumaraatdihydraat en 160 mcg budesonide (tweemaal daags 2 inhalaties) toegediend via Aerosphere en is niet beschikbaar in Nederland.
[c] Matig ernstige longaanvallen werden gedefinieerd als episodes die werden behandeld met systemische corticosteroïden en/of antibiotica voor minimaal 3 dagen. Ernstige longaanvallen, of longaanvallen met ziekenhuisopname, werden gedefinieerd als episodes die resulteerden in SEH bezoek, ziekenhuisopname of COPD-gerelateerd overlijden.

Het veiligheidsprofiel van Trixeo Aerosphere wordt gekenmerkt door corticosteroïde, anticholinerge en β2-adrenerge effecten gerelateerd aan de individuele componenten van de combinatie.

REFERENTIES 1. SmPC Trixeo Aerosphere 2. Rabe et al. NEJM 2020;383:35-48 3. Martinez et al. AJRCCM 2021 Mar 1;203(5):553-564

NL-7148 EXP 04-2023

AstraZeneca

Chiesi

Nieuw

Trimbow

Extrafijne triple-therapie in dosisaerosol en NEXThaler[1,2]

Indicatie: Trimbow dosisaerosol voor astma en COPD. Trimbow NEXThaler voor COPD.
Astma: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met astma die niet voldoende onder controle zijn met een LABA en een middelmatige dosis ICS, en die het afgelopen jaar één of meer astma-exacerbaties hebben gehad. COPD: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige COPD die niet voldoende kunnen worden behandeld met ICS/LABA of LABA/LAMA.

1. SmPC Trimbow® 2. SmPC Trimbow® NEXThaler®

Voor verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave.

PM-2021-10102