

Verslag redactieraad SUI 27-9-2023 van 12-13 uur met experts inzake longzorg

(In aanvulling op bijgaande PP-presentatie)

Aanwezig: Corien de Groot (redactieraad), Paul Paques (redactieraad), Mila Tjoa (SHB), Kees van Amerongen (SUI), Dennis Siersma (SUI), Luuk Roelofsen (SHB), Rob Brouwer (SIG Long) en Heleen Heemstra (SIG Long). Anne Leendertse (SIG Long) was niet aanwezig op de zoommeeting, maar heeft later in gesprek met Kees haar input gegeven.

Ervaringen apothekers inzake Longzorg

Heleen: openbaar apotheker in Vleuten. Betrokken bij richtlijnontwikkeling, met name bij palliatieve zorg van COPD-patiënten. Haar apotheek nodigt alle chronische patiënten (waaronder longpatiënten) uit voor een jaargesprek. Daarnaast organiseert zij inhalatieweken.

Rob: openbaar apotheker in Rotterdam. Al vele jaren berokken bij de richtlijnontwikkeling met een bijzondere belangstelling voor longzorg. Zijn apotheek maakt deel uit van een eerstelijns zorgcentrum. Longzorg inspanning: Aanvankelijk vooral in de vorm van geïntegreerd zorgpad met intensieve samenwerking met andere disciplines. Om een aantal overwegingen (tijdsbeslag, acceptatie van patiënten) is afgestapt van multidisciplinaire zorgpaden voor alle 500 longpatiënten. Thans is zorg gericht op de individuele (long) patiënt, nog steeds in nauwe samenwerking met POH en huisarts. Waar mogelijk worden patiënten voorzien van info die zij thuis kunnen raadplegen.

Anne: werkt niet meer in de apotheek, maar is op tal van manieren betrokken bij longzorg; bij richtlijnontwikkeling, als adviseur Longfonds en als patiënt.

Organisatie longzorg apotheek

Knelpunten liggen vooral op organisatorisch vlak. Signalen zouden altijd to-the-point moeten zijn. De beschikbare tijd is een punt van zorg. Rob stelt dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin apothekers zich voor hun longpatiënten willen en/of kunnen inspannen. Longpatiënten (Nivel longmonitor 2022) geven aan dat de vele wijzigingen van longmedicatie onvoldoende worden gemotiveerd, dat bij nieuwe longmedicatie niet altijd de werking van het nieuwe middel en het verschil met het oude worden toegelicht en dat (herhaling) van inhalatie-instructies niet altijd plaatsvindt.

Heleen: Door de veelheid van signalen op een verkeerd moment, worden veel signalen nu gewoon weggeklikt. Rob: Slimme signalen zouden kunnen helpen om aandacht te schenken aan patiënten die dat het meest nodig hebben. Voorlichting en advies moet zodanig compact en concreet zijn dat het binnen 5 minuten aan de balie kan worden verteld of (thuis) worden getoond. VI's zijn daarbij een prima hulpmiddel.

Anne: Het stellen van vragen blijkt in de apotheekpraktijk (vrijwel) niet te gebeuren; patiënten geven aan dat de apotheek bij EU een standaard verhaal houdt, zonder vragen te stellen. Bij de patiënt navragen waarvoor deze de medicatie gaat gebruiken (bijv. via een intake longzorg) zou een goede zaak zijn. Rob en Heleen hebben een probleem bij de uitvoering daarvan. De vraag naar afgeleide contra-indicaties (of het om astma of COPD gaat) valt op het moment van aanschrijven niet te beantwoorden. Anne realiseert zich dat reden van voorschrijven vaak niet wordt gegeven. Maar Anne vindt eigenlijk wel dat bij de patiënt zou moeten worden nagevraagd waar het bij hem/haar gaat: hoesten, benauwdheid enz. (@Anne: heb jij hiervoor voorbeeldvragen die wij bijv. voor een intake zouden kunnen gebruiken?)

Farmaceutisch Zorgplan

In de richtlijnen is aangegeven dat de patiënt uitleg moet krijgen over het farmaceutisch zorgaanbod van de apotheek (zie 2.5). Geen van de apotheken doet dat en niemand van de aanwezigen is bekend met een voorbeeld zorgplan voor de apotheek, dat aan de patiënt kan worden aangeboden. Anne heeft wel een suggestie voor opstellen van een tekst/beschrijving voor het zorgplan: het Astma actieplan. Zou bij de intake kunnen worden meegenomen.

Over inhalatie-instructies

Anne geeft aan dat er de laatste 10-20 jaar aanzienlijke vooruitgang is geboekt op het gebied van inhalatie-instructies. Daarbij moet worden opgemerkt dat patiënten het van belang vinden, dat zij hun wijze van inhaleren in de apotheek kunnen laten checken. Zo zou dat ook eigenlijk moeten gebeuren, maar het blijkt dat apotheken dit afhouden en zich tot een demonstratie beperken

Moeten alle patiënten jaarlijks worden uitgenodigd voor een inhalatie-instructie – zoals in de richtlijn is aangegeven? Heleen: dat is niet uitvoerbaar. Rob: patiënten zullen er ook geen gebruik van maken (als je er 80 uitnodigt, dan komen er max 10 opdagen); focus op de probleemgevallen. Anne: 1x per 2 jaar inhalatie-instructie is voldoende. Wellicht kunnen we via MFB's de probleemgevallen opsporen.

Over Point of Care testen van gekozen inhalator

Het controleren van de geschiktheid van inhalatortypes met behulp van de Incheck dial wordt (nog) niet algemeen gedaan. Is ook nog niet overal bekend, hoewel de richtlijn COPD er in 2014 al aandacht aan besteedde. Heleen en Anne zijn er positief over. Heleen past dit selectief toe: bij poederinhalatoren voor patiënten die erg benauwd zijn. Anne is voorstander van een check bij ieder nieuw te gebruiken inhalatortype. Bij Rob wordt dit niet in de apotheek gedaan; bij hen wordt de check door de POH gedaan.

Selecties van longpatiënten die de aandacht van hun apotheker behoeven

Richtlijn geeft hier geen duidelijke aanwijzingen over selectie, het moment van evaluatie, de organisatie en de inhoud. Een duidelijke selectie van risicopatiënten vanuit een farmaceutische invalshoek is noodzakelijk. Wij denken dat de volgende patiënt categorieën baat hebben bij een evaluatiegesprek met hun apotheker:

- In het algemeen: focus op chronische longpatiënt
- Bij astmapatiënten, die niet optimaal zijn ingesteld (onderbehandeling) en in aanmerking komen voor een volgende behandelstap. Wij zouden een MFB kunnen opstellen om dat uit te zoeken via een zelftest (de astmatest van het longfonds). Test niet aanbieden aan patiënten waar nog aan de medicatie wordt gesleuteld. Suggestie voor selectie d.m.v. SUI-MFB: patiënten die b-agonist gebruiken en 1 jaar ICS gebruiken. Wellicht hieraan toevoegen; navragen naar gebruik van antibiotica/prednison in het afgelopen jaar?
- Bij COPD-patiënten, die niet uitkomen met de bestaande medicatie en een volgende behandelstap zouden moeten zetten. Nagaan: hoe kunnen we deze doelgroep via een MFB selecteren?

Informatie over afbouwen ICS

Rob; afbouwen van een ICS of teruggaan in sterkte is niet zonder risico en kan ook een terugval veroorzaken. Hoe is dat te bepalen? In verschillende astmarichtlijnen wordt geadviseerd om de ICS-onderhoudsbehandeling bij astmapatiënten af te bouwen als ten minste 3 maanden de astmasymptomen onder controle zijn en de longfunctie stabiel is. Dat is voor de apotheek niet te bepalen. We kunnen er voor kiezen om geen concrete informatie over afbouwen aan te reiken maar de nadruk te leggen op het verantwoord afbouwen en te waarschuwen voor plotseling stoppen met het ICS. Daarbij zouden we de aangegeven doelgroep via een MFB kunnen selecteren.

Registratie longzorg

Heleen en Rob registreren gegeven instructies (deels) via zorgregels. Dat zijn evenwel geen universele (landelijke) ZI-nummers, zodat deze niet zonder meer via MFB's kunnen worden gevolgd. Het via MFB's planmatig werken / plannen van longzorg is moeilijk uitvoerbaar, tenzij hierover landelijk afspraken (gebruik van unieke in Z-index opgenomen zorgregels; deze kunnen eventueel door SUI worden aangevraagd) gemaakt kunnen worden. Vooralsnog zijn ons geen alternatieven voor zorgregels bekend. Hoe consulten en evaluaties moeten worden geregistreerd is niet duidelijk; het zorg registratie systeem (ZRS) lijkt daarvoor in de praktijk niet te worden gebruikt en de bouwstenen daarvan zijn niet via MFB's benaderbaar .

Vervanging voorzetkamers

Heleen doet 1x per jaar een search en benadert dan de patiënten. Rob gebruikt geen searches en benadert patiënten niet systematisch. Een MFB die in staat is om tijdens de receptverwerking te attenderen op het expireren van een voorzetkamer na 1 jaar wordt als toegevoegde waarde gezien.

Actiepunten/voornemens SUI

1. Sanering SUI-signalen; VI-verwijzingen waar mogelijk onderbrengen bij MFB's. Aan SIG Long vraagtekens over nut en noodzaak van afgeleide contra-indicaties voorleggen (is formeel geen SUI-competentie, maar de afgeleide ci-signalen zijn in de huidige vorm storend)
2. Opstellen intake instructie longzorg; hierin voorbeeld vragen opnemen over (contra)indicatie, to-do-zorgacties (instructie medewerker apotheek) zoals inhalatie-instructie, incheck dial, doornemen van het farmaceutisch zorgplan en verwijzing naar beschikbare documentatie (VI's, animaties, beschrijving farmaceutisch zorgplan)
3. Opstellen zorgplan longzorg aan de hand van het Astma actieplan.
4. Aanvulling op bestaande TU; MFB's voor ICS/LABA en SABA opstellen voor het checken van specifieke bijwerkingen en geven van gerichte adviezen
5. MFB opstellen voor selectie van de longpatiënt die in aanmerking komt voor een zelftest astma c.q. COPD
6. Koppelen van zelftests (resp. de astmatest en de COPD-risicotest van het Longfonds) aan de actieregels die voortkomen uit bovenstaande MFB-selectie
7. MFB t.b.v. selectie van longpatiënten die in aanmerking komen voor een evaluatiegesprek (het vervolfbegeleidingsgesprek) en een inhalatie-instructie.
8. MFB opstellen voor reumapatiënten die een dosisaerosol moeten bedienen. Nagaan welke hulpmiddelen er voor hen zijn en dat overzichtelijk presenteren op UI-online (Handigrip, Voorzetkamer van de vortex?)
9. Opstellen voorlichting instructie evaluatiegesprek=vervolgbegeleidingsgesprek astma/COPD Deze VI bevat een uitnodiging voor het maken van een afspraak met de apotheker die op UI-online wordt geplaatst . Waar dat wenselijk is, kan de therapietrouw m.b.v. de TIA als consult voorbereidende vragenlijst worden aangeboden.
10. Aanbieden van een periodiek reisadvies: uitwerken in een nieuwe VI
11. Overweeg om aan bestaande VI-info over stootkuur (VI-58) patiëntinfo over een longaanval toe te voegen.