

Blauwe Zorg inkoop regionaal diagnostisch en therapeutisch formularium obstructieve longaandoeningen



Maastricht, najaar 2016

Inleiding

Dit document beschrijft de aanleiding, aanpak en geleerde lessen ten aanzien van de inkoopprocedure 'regionaal diagnostisch en therapeutisch formularium' zoals in het kader van proeftuin Blauwe Zorg in Maastricht is uitgevoerd. Tenslotte wordt stilgestaan bij de inhoudelijke overwegingen om te komen tot het geselecteerde formularium

Aanleiding

Binnen proeftuin 'Blauwe Zorg' staat vanaf het begin (medio 2013) het farmacie dossier hoog op de agenda. De diverse belanghebbenden (huisartsen, medisch specialisten (verschillend per onderwerp), openbare apotheken en ziekenhuisapotheek en de patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg zijn vanaf het begin betrokken.

Startpunt was het definiëren van een gezamenlijke visie waarin het bewerkstelligen van een verandering in de relatie voorschrijver – apotheker centraal staat. Traditioneel bepaalt de voorschrijver de medicatie en levert de apotheker uit wat voorgeschreven is. Blauwe Zorg probeert deze relatie te veranderen waarbij meer gebruik wordt gemaakt van de farmaceutische kennis van de apotheker en hij/zij de voorschrijver adviseert over de meest optimale medicatie voor een individuele patiënt.

Deze visie is in eerste instantie geconcretiseerd binnen het dossier van de cholesterolverlagers.

Aanpak longmedicatie

Als volgende categorie is gekozen voor astma/COPD medicatie, hierna longmedicatie genoemd om de volgende redenen:

- Relatief grote groep in omvang en kosten. Landelijk gaat het om ongeveer €500 miljoen aan geneesmiddelenkosten, de regio Maastricht en Heuvelland neemt hiervan ongeveer 1% voor haar rekening
- Er zijn ongeveer 100 verschillende geneesmiddelen op de markt die deels uitwisselbaar zijn. Deze worden geleverd door enkele tientallen fabrikanten
- Voor enkele geneesmiddelen zijn inmiddels generieke varianten beschikbaar
- Astma/COPD medicatie wordt door voorschrijvers vanwege de uitgebreide mogelijkheden als lastig ervaren: patiënten worden relatief veel omgezet, goede instructie over toediening van medicatie is moeilijk gezien de grote verscheidenheid

Gedurende het traject zijn de volgende stappen gezet:

Verkenningfase:

Er heeft een oriënterend gesprek met prof. dr. Geertjan Wesseling plaatsgevonden in een kleine setting met (ziekenhuis)apothekers. Geertjan is hoogleraar astma/COPD binnen AzM en autoriteit op dit gebied in Nederland.



Daarnaast is hij voor zorggroep ZIO het eerste inhoudelijke aanspreekpunt in het kader van de ketenzorg astma/COPD. Tijdens het gesprek werd vastgesteld dat er, los van doelmatigheid, vanuit kwaliteitsoogpunt diverse verbetermogelijkheden zijn vast te stellen waar een regionaal voorkeursformularium de basis voor kan zijn.

Tijdens de verkenningsfase is samen vastgesteld dat inhoudelijke voorkeuren het vertrekpunt zijn voor het formularium. Alleen wanneer er geen hele sterke inhoudelijke voorkeur is voor een geneesmiddel, bepaalt doelmatigheid welk geneesmiddel de voorkeur krijgt.

Definitie van het concept formularium

Naar aanleiding van de verkenningsfase is een formulariumcommissie opgestart met (kader)huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuis(apothekers) en de regionale patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg. Bij aanvang van dit traject is ook het Longfonds gevraagd om hieraan deel te nemen. Het Longfonds heeft bedankt omdat ze niet betrokken willen zijn bij de ontwikkeling van een regionale formularia. De zorgverzekeraar heeft bewust geen zitting genomen in de formulariumcommissie. De formulariumcommissie is op basis van inhoudelijke overwegingen in een drietal sessies tot een concept formularium gekomen, wat nadien nog op details is bijgesteld. Startpunt voor de discussie bestond uit twee onderdelen:

- a. Definitie van de uitgangspunten: bijvoorbeeld, voor welke groep patiënten gaat het formularium gelden, wat gebeurt er met bestaande patiënten die vanwege medische noodzaak dienen te wisselen van medicatie etc.?
- b. Verdeling van geneesmiddelen in kavels op basis van uitwisselbaarheid

Vervolgens zijn binnen ieder kavel op basis van inhoudelijke overwegingen 1 tot 2 voorkeursgeneesmiddelen aangewezen, inclusief een indicatie hoe sterk deze voorkeur was. Tenslotte is gekeken of een bepaalde mate van uniformiteit kon worden gerealiseerd ten aanzien van toedieningsvormen over de kavels heen. Patiënten verschuiven gedurende het ziekteproces tussen kavels. De therapietrouw wordt bevorderd wanneer de toedieningsvorm zo min mogelijk verandert. Daarnaast wordt het geven van instructies door zorgverleners op deze manier eenvoudiger.

Uitvoering van inkooptraject

Voor het ontwerp en de uitvoering van het inkooptraject is een separate inkoopcommissie ingesteld waarin naast VGZ een apotheker zitting heeft genomen. Hierbij zijn onder meer discussies gevoerd op welke wijze de prijs van het geneesmiddel mede bepalend kon zijn voor het voorkeursformularium.

De inkoopprocedure is conform het plan uitgevoerd, waarbij enige vertraging is opgetreden doordat bepaalde onderdelen meer tijd kostten dan oorspronkelijk gepland. Aanvankelijk zou de ingangsdatum 1 april 2016 zijn maar dat is uiteindelijk 1 juli 2016 geworden.

De procedure is afgesloten met het definitief vaststellen van het formularium inclusief de afweging tussen de oorspronkelijke inhoudelijke overwegingen en de inkoopresultaten uit de inkoopprocedure.



Implementatie en monitoring

De zorgprofessionals hebben een implementatieplan opgesteld zodat het formularium zo goed mogelijk ingevoerd gaat worden. Belangrijk hierin is dat voorschrijvers makkelijk kunnen vinden welke medicatie de voorkeur heeft in een bepaalde fase van de ziekte. Een combinatie van FTO's, opname van het formularium in het Keten Informatie Systeem en EVS in het ziekenhuis en een toegankelijke vraagbaak voor voorschrijvers zijn belangrijke elementen in dit plan. Daarnaast is op voorschrijver niveau spiegelinformatie beschikbaar in hoeverre hij/zij zich houdt aan het afgesproken formularium.

Geleerde lessen

Vanuit beide trajecten, cholesterolverlagers en longmedicatie zijn de volgende lessen te trekken:

1. Allerbelangrijkste is dat enthousiaste voortrekkers met statuur binnen de professionals bereid zijn om aan een dergelijk initiatief mee te werken
2. Om draagvlak en acceptatie te verwerven bij de professionals en patiënten is het een grote pre wanneer de discussie vanuit kwaliteit wordt ingestoken en doelmatigheid hierna volgt
3. Respect voor en vertrouwen in ieders rol: zorgverzekeraar heeft geen enkel moment het concept formularium ter discussie gesteld, waarmee ze hebben laten zien te vertrouwen op het inhoudelijk oordeel van de formularium commissie



Inhoudelijke overwegingen bij geselecteerde formularium

Binnen dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen besproken: uitgangspunten voor het opgestelde formularium, formularium voor astma en COPD, onderbouwing van het formularium en tenslotte een overzicht van de geraadpleegde literatuur

Uitgangspunten voor het opgestelde formularium

Doelstelling van formularium

Met behulp van het formularium wordt meer eenduidigheid bereikt ten aanzien van de toedieningsvormen voor longmedicatie. Dit vergemakkelijkt de instructie voor zowel de patiënt als professional (arts, POH, apotheker, dokters- en apothekersassistent). Naar verwachting zal dit een positief effect hebben op de therapietrouw.

Opbouw van formularium

- Met behulp van het formularium wordt een voorkeur aangegeven voor ongeveer 30 geneesmiddelen en toedieningsvormen, ten opzichte van de ruim 90 varianten die binnen de regio worden voorgeschreven.
- Het formularium veronderstelt een adequate diagnostiek op basis waarvan de juiste categorie geneesmiddel wordt geselecteerd en de keuze voor de verschijningsvorm dosisaerosol of inhalatiepoeder
- Binnen dit formularium wordt per categorie en verschijningsvorm een voorkeur aangegeven voor maximaal twee middelen. Deze voorkeur is gemaakt op basis van werkzaamheid, uniformiteit in toedieningsvorm, gebruiksgemak en tenslotte doelmatigheid.

Patiënten binnen reikwijdte

- Het formularium heeft een transmuraal karakter en hiermee van toepassing voor patiënten onder behandeling bij huisarts en patiënten onder behandeling bij de medisch specialist.
- Het formularium geldt in principe voor (nieuwe) patiënten vanaf 18 jaar (astma ketenzorg is vanaf 16 jaar).
- Bestaande patiënten worden niet per definitie overgezet naar het gedefinieerde formularium.
- De voorschrijver is verantwoordelijk voor zijn eigen afwegingen op individueel patiëntniveau. Naar verwachting is het opgestelde formularium voor zeker 80% van de astma en COPD patiënten van toepassing

Formularium voor chronische obstructieve longaandoeningen (COLA, astma en COPD)

Er is gekozen voor één formularium voor chronisch obstructieve longaandoeningen (COLA), bestaande uit astma en COPD. Ongeveer 90% van het formularium voor beide ziektebeelden is gelijk. De formulariumverschillen voor beide aandoeningen worden specifiek aangegeven.

Het voorkeursformularium is in twee tabellen vastgelegd:



- tabel 1: behandelstappen voor astma en COPD
- tabel 2: voorkeursmedicatie per behandelstap voor astma en COPD (zie separate document)

Tabel 1: behandelstappen voor astma en COPD

Behandelstappen		COLA aandoening	
		Astma	COPD
Stap 1	Kortwerkende luchtweg-verwijder	a. Start met SABA ('short acting β 2-antagonist')	a. Start met SABA ('short acting β 2-antagonist') of SAMA ('short acting muscarinic antagonist') b. Stap over op andere kortwerkende luchtwegverwijder of combineer SABA en LAMA bij aanhoudende klachten
Stap 2	(Combi) langwerkende luchtweg-verwijder	a. Startdosis ICS bij persisterende astma (klachten > 2 keer per week) b. Verdubbel bij onvoldoende resultaat de dosis ICS na 4-6 weken	a. Stap over op LABA ('long acting β 2-antagonist') of LAMA ('long acting muscarinic antagonist') bij het niet behalen van behandeldoelen b. Combineer indien nodig LABA met LAMA
Stap 3		a. Voeg LABA ('long acting β 2-antagonist') toe aan ICS als ondanks dubbele startdosis ICS geen goede controle wordt bereikt	a. Overweeg toevoegen inhalaticorticosteroiden (ICS) gedurende één jaar bij patiënten met 2 of meer exacerbaties
Algem een	Verminderen / stoppen van (medicatie)-therapie	Wanneer behandeldoelen gedurende 3 maanden bereikt zijn, probeer dan de medicatie te verminderen (halveren ICS of stoppen LABA) tot de laagste effectieve dosis	Staak de behandeling met ICS indien het aantal exacerbaties na één jaar niet is verminderd of als er gedurende een langere periode (arbitrair) 2 jaar geen exacerbaties meer zijn



Geraadpleegde literatuur

- NHG-standaard astma bij volwassenen 2007 en NHG-standaard COPD 2007
- Longalliantie Nederland (LAN) rapport 'goed gebruik inhalatiemedicatie', 2014
- M. Decramer e. al. efficacy and safety of umeclidinium plus vilanterol versus tiotropium, vilanterol, or umeclidinium monotherapies over 24 weeks in patients with chronic obstructive pulmonary disease: results from two multicentre, blinded, randomised controlled trials, *Lancet Respir Med* 2014, p.472-86
- Chong J et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Sep 12;9:CD009157
- Formularium astma en COPD, onderbouwing door PoZoB en DOH, September 2014
- Stichting formularium Commissie Nijmegen. *Formularium Nijmegen* 2014, 2014.

