

PUF

THEMANUMMER

- Elke patiënt verdient een eigen inhalatie-instructie
- Twentse samenwerking draagt bij aan goed gebruik van inhalatiemedicatie



Hoe voorkomt u
INHALATIEFOUTEN?

Hoe voorkomt u INHALATIEFOUTEN?



Uitzending gemist?
Kijk dan nu terug

**GRATIS
WEBCAST**

www.puf-academy.nl/inhalatiefouten

Meer inhalatoren
= meer fouten¹

Rol apotheker

LAN-zorgpad

Praktische oplossingen

Beperken kritische fouten

Voor informatie: klantenservice@esculaapmedia.nl

Het webinar wordt financieel mogelijk gemaakt door:



Accreditatie voor 1 uur
voor huisartsen, longartsen, apothekers,
verpleegkundig specialisten, longverpleegkundigen
en praktijkondersteuners.



¹ Sulku et al. Critical inhaler technique errors in Swedish patients with COPD: a cross-sectional study analysing video-recorded demonstrations. NPJ Prim Care Respir Med. 2021 Feb 9;31(1):5.

INHOUD

4 Therapietrouw is een belangrijke factor voor inhalatiefouten

7 Elke patiënt verdient een eigen inhalatie-instructie
Interview met gespecialiseerd verpleegkundige astma/COPD
Anne-Marie van Zanten

9 Twentse samenwerking draagt bij aan goed gebruik van inhalatiemedicatie
Interview met openbaar apothekers
Monique aan de Stegge en
Kirsten Koehorst-ter Huurne

COLOFON

Themanummer Hoe voorkomt u inhalatiefouten?
© 2023, Esculaap Media bv

Dit themanummer wordt verspreid onder artsen, apothekers en verpleegkundig specialisten, betrokken bij de behandeling van astma en COPD. Dit themanummer valt niet onder de verantwoordelijkheid van de redactieraad van PUF.

UITGEVER
Esculaap Media BV
Dhr. J.M. Butter
Porrenhofstraat 128
6663 SG Lent
Tel.: 06 53 22 80 00
E-mail: klantenservice@esculaapmedia.nl
Website: www.esculaapmedia.nl

TEKST- EN EINDREDACTIE
Mw. M. de Wijs, TekstFocus

VORMGEVING
Mw. L. Hendrickx, Lianinline Grafisch Ontwerp

COPYRIGHT
© Esculaap Media, Lent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag openbaar worden gemaakt of worden overgenomen door middel van druk, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever. De uitgever wijst elke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor (de juistheid van) de gepresenteerde gegevens af en garandeert noch ondersteunt enig product of dienst geadverteerd in deze uitgave, noch staat zij garant voor enige door de vervaardiger van dergelijke producten of diensten gemaakte beweringen. De uitgever is eveneens niet aansprakelijk voor enig nadelig gevolg of schade voortvloeiend uit het gebruik van de informatie uit dit tijdschrift.

Dit gesponsorde themanummer (advertorial) is tot stand gekomen in samenwerking met en met financiële ondersteuning van



PM-2023-12091

PM-2023-11983

VOORWOORD

U ziet het vast vaker in uw eigen praktijk: goed inhaleren is nog niet zo makkelijk. Zo'n 90% van de mensen met astma of COPD maakt fouten bij het inhaleren.^{1,2} Een slechte inhalatietechniek wordt in verband gebracht met slechtere controle van de longziekte en meer ziekenhuisopnames.^{1,2}

Maar hoe kunt u die inhalatiefouten voorkomen? Daarover gaat het webinar waarover u in deze uitgave kunt lezen. Apotheekhoudend huisarts Boudewijn Dierick, projectleider Lidewij Sekhuis (Long Alliantie Nederland) en openbaar apothekers Piet Ooms en Jos Lüers bespreken het belang van het voorkomen van inhalatiefouten. Er worden diverse strategieën besproken om het aantal inhalatiefouten te verminderen om zo de zorg voor mensen met astma en COPD te verbeteren.

Gespecialiseerd verpleegkundige astma/COPD Anne-Marie van Zanten geeft vervolgens een kijkje in haar praktijk. Herkent u de inhalatiefouten die zij beschrijft? Van Zanten vertelt hoe zij dit aanpakt. Zij pleit voor inhalatie-instructie op maat en de inzet van regionale formularia.

Dat regionale formularia hun vruchten afwerpen vertellen apothekers Monique aan de Stegge en Kirsten Koehorst-Ter Huurne. Zij ervaren dat regionale samenwerking bijdraagt aan betere instructie en minder inhalatiefouten. Het Twentse longformularium wordt gedragen door de Twentse Apothekers Organisatie UA, twee grote huisartsgroepen en de twee ziekenhuisgroepen in de regio. Ook de zorgverzekeraars zijn betrokken. Op dit moment wordt bijna 85% van de uitgiftes conform het longformularium behandeld.

Al met al voldoende tips om inhalatiefouten te voorkomen en ideeën om regionale samenwerking op dit gebied vorm te geven.

Wij wensen u veel leesplezier!

REFERENTIES

1. Bosnic-Anticevich SZ, et al. Identifying critical errors: addressing inhaler technique in the context of asthma management. *Pulm Ther* 2018;4:1-12.
2. Usmani OS, et al. Critical inhaler errors in asthma and COPD: a systematic review of impact on health outcomes. *Respir Res* 2018;19:10.

THERAPIETROUW IS EEN BELANGRIJKE FACTOR VOOR INHALATIEFOUTEN

Patiënten met astma of COPD maken nog steeds veel kritieke fouten bij het inhaleren. In het PUF Academy-webinar 'Hoe voorkomt u inhalatiefouten?' bespraken Boudewijn Dierick, Lidewij Sekhuis, Piet Ooms en Jos Lüers het belang van het voorkomen van inhalatiefouten en diverse strategieën om het aantal inhalatiefouten te verminderen om zo de zorg voor patiënten met astma en COPD te verbeteren. Hierbij kwamen het Zorgpad Inhalatiemedicatie, regionale ketenzorgprogramma's en de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen aan bod. In totaal volgden eind juni 457 apothekers, huisartsen, longartsen, verpleegkundig specialisten, longverpleegkundigen en praktijkondersteuners dit PUF Academy-webinar.

RELATIE TUSSEN THERAPIEONTROUW EN INHALATIEFOUTEN

"Dertig jaar geleden zagen we al dat patiënten met astma of COPD veel fouten maakten bij het gebruik van inhalatoren", begon Boudewijn Dierick, apothekhoudend huisarts in Makkum en promovendus aan het UMCG. "En het aantal inhalatiefouten is vandaag de dag nog steeds groot."¹ Een belangrijke factor hierbij is therapietrouw, liet hij zien. "Er worden drie soorten therapieontrouw onderscheiden: sporadische, onbewuste en opzettelijke therapieontrouw.² Dit onderscheid is belangrijk, want als we kunnen achterhalen waarom patiënten therapieontrouw zijn, kunnen we ze beter helpen therapieontrouw te worden." De *real-world*-studies PIFotal en MISMATCH onderzoeken de therapietrouw bij inhalatiemedicatie en welke fouten kunnen worden gemaakt bij het gebruik van een droogpoederinhalator (DPI).^{1,3} In de PIFotal werd bijvoorbeeld gekeken naar de relatie tussen de piek-inspiratoire luchtstroom (PIF), de inhalatietechniek en therapietrouw van patiënten met COPD die een DPI gebruikten. Hieruit kwam naar voren dat een suboptimale PIF geassocieerd was met een lagere gezond-

heidsstatus. Dit kwam met name doordat patiënten incorrect inademden door de inhalator. In de MISMATCH-studie zijn patiënten die een combinatie van een DPI en een dosisaerosol gebruikten, vergeleken met patiënten die alleen een DPI gebruikten. Een eerdere studie van Bosnic et al. liet zien dat als patiënten één soort inhalator gebruikten, ze 18% minder longaanvallen hadden dan wanneer ze verschillende soorten inhalatoren gebruikten.⁴ "Dit zagen we niet zo duidelijk in de MISMATCH-studie, maar we zagen wel dat patiënten veel andere fouten maken – naast de inhalatiefou-

ten die niet in de standaard vragenlijsten staan.³ Dit betekent dat er in veel studies waarschijnlijk een onderschatting wordt gegeven van het aantal inhalatiefouten van patiënten." Daarom is het volgens Dierick belangrijk mee te kijken hoe patiënten inhaleren. "Digitale inhalatoren kunnen hierbij nuttig zijn."⁵

ZORGPAD INHALATIEMEDICATIE

Vervolgens besprak Lidewij Sekhuis, projectleider bij Long Alliantie Nederland, het Zorgpad Inhalatiemedicatie.⁶ "Dit zorgpad is in 2019 ontwikkeld en in vier regio's geïmplementeerd." Het



Openbaar apotheker Jos Lüers en Lidewij Sekhuis, projectleider LAN

doel van het zorgpad is de zorg voor astma- en COPD-patiënten te verbeteren, evenals het bewerkstelligen van een intensievere samenwerking tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met astma of COPD. Sekhuis: "Goede samenwerkingsafspraken tussen apotheken, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en patiënten zijn hierbij essentieel." Het zorgpad is opgedeeld in zes stappen:

- Het uitleggen van de diagnose en het opstellen van behandeldoelen.
- Het correct, volledig en tijdig stellen van de diagnose.
- Het samen met de patiënt vaststellen van het optimale medicamenteuze beleid en het voorschrijven van de medicatie.
- De eerste instructie.
- De eerste uitgifte, waarbij een inhalatie-instructie wordt gegeven volgens de *Inhaler Research Workgroup (IRW)*-methode.
- De vervolghandelingen op korte en lange termijn.

"Er kwamen verschillende succesfactoren naar voren bij het implementeren van dit zorgpad in de vier pilotregio's", zei Sekhuis. Dit waren het maken van samenwerkingsafspraken, het volgen van interdisciplinaire scholingen en het organiseren van feedbackbijeenkomsten. "Te weinig kennis over astma en COPD, een gebrek aan *awareness* over het belang van therapietrouw bij astma en COPD, en een gebrek aan borging van de werkafspraken, scholing en financiële ondersteuning bleken belangrijke knelpunten voor de implementatie van het zorgpad", aldus Sekhuis. Zij had tot slot nog een belangrijk advies voor regio's die aan de slag willen met het zorgpad. "Begin klein, bijvoorbeeld met een apotheek en een huisartspraktijk, en breid dat verder uit." De ervaringen met de implementatie van dit zorgpad en de ontwikkelde

materialen zijn terug te vinden in een toolbox op www.goedinhaleren.nl.

BELANG MULTIDISCIPLINAIRE REGIONALE SAMENWERKING

"Om patiënten zo goed mogelijk te kunnen helpen, is het belangrijk de zorg rondom een patiënt samen te brengen. Dat kan alleen als je als keten samenwerkt", zei Piet Ooms, apotheker in Katwijk. In de regio Rijn en Duin zijn verschillende ketenzorgprogramma's opgesteld, onder andere voor de longziekten astma en COPD. Hierin staat precies beschreven welke zorgverlener welke taken heeft. "Het is wel belangrijk zich te realiseren dat na het opzetten van een dergelijk ketenzorgprogramma dit moet worden onderhouden. Zijn er veranderingen in de vergoedingen van zorg, zijn er belangrijke nieuwe ontwikkelingen of zijn de behandelrichtlijnen veranderd? Ieder ketenzorgprogramma heeft een soort APK-keuring nodig om te zorgen dat het actief en actueel blijft", aldus Ooms.

Bij de ketenzorgprogramma's voor astma en COPD in de regio Rijn en Duin wordt ervoor gezorgd dat iedere patiënt een passende inhalator krijgt, gaf Ooms aan. "We kijken hiervoor goed naar patiëntkenmerken als leeftijd, ernst van de ziekte, kracht van de (ademhalings)spieren en cognitie, en wijzen patiënten op het belang van therapietrouw." Nog steeds maakt meer dan 70% van de patiënten fouten bij het inhaleren.⁷ "In de apotheek maken we daarom veel gebruik van de In-Check DIAL. Dit apparaat meet de inhalatiekracht van patiënten, waardoor we kunnen nagaan of een bepaalde inhalator geschikt is voor een patiënt." Een regionaal longformulier kan vervolgens helpen om de enorme hoeveelheid



Piet Ooms, openbaar apotheker

beschikbare inhalatoren terug te brengen naar een behapbaar aantal, liet Ooms verder zien. "In onze regio hebben we afspraken gemaakt over de inhalatoren die we kunnen aanbieden aan patiënten op basis van kenmerken van de inhalator, zoals het type inhalator en de inhalatorweerstand."

LEIDRAAD VERANTWOORD WISSELEN MEDICIJNEN EN KNMP-RICHTLIJN ASTMA

Hoewel niet wenselijk, komt het in de praktijk voor dat patiënten van de apotheek een ander geneesmiddel meekrijgen dan zij gewend zijn. "Dit kan komen door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, maar ook door afspraken tussen apothekers en leveranciers", zei Jos Lüers, openbaar apotheker in Groningen en bestuurslid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). De *Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen* is ontwikkeld om op basis van werkafspraken te komen tot een verantwoorde wisseling van een medicijn met dezelfde werkzame stof,

"Veel studies geven een onderschatting van het aantal inhalatiefouten"



Apotheekhoudend huisarts Boudewijn Dierick

sterkte, toedieningspatroon en afgiftepatroon.⁸ In deze leidraad zijn verschillende categorieën geneesmiddelen opgenomen: rood, oranje en groen. Inhalatiemedicatie valt in de oranje categorie, wat betekent dat er alleen kan worden gewisseld als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Voor inhalatiemedicatie geldt ook dat ernaar gestreefd wordt het aantal combinaties van hulpmiddelen en medicijnen te beperken. Hiervoor is een addendum opgesteld, dat tijdens de uitzending van het webinar nog in concept was, maar inmiddels is gepubliceerd.⁹ Een belangrijk onderdeel van dit addendum

vormen de afspraken over de uitwisselbaarheid van verschillende inhalatoren." Inhalatoren zijn uitwisselbaar als zij van hetzelfde type zijn, met dezelfde werkzame stof, met een bio-equivalente dosering, met hetzelfde doseersysteem en een vergelijkbare benodigde inhalatiekracht en inhalatietechniek, legde Lüers uit.

Tot slot besprak Lüers de KNMP-richtlijn Astma.¹⁰ "Deze is afgeleid van bestaande behandelrichtlijnen voor astma en beschrijft wat voor apothekers de optimale zorg voor patiënten met astma is. Het uitgangspunt hierbij is ketenzorg, want zonder afspraken in de keten is het

niet mogelijk optimale zorg te leveren." Belangrijke aandachtspunten voor het verbeteren van de zorg voor patiënten met astma zijn volgens Lüers het opsporen van patiënten die alleen (en vaak te veel) salbutamol gebruiken, het streven naar het gebruik van zo veel mogelijk identieke preparaten, het inzetten van combinatiepreparaten en samenwerking. Lüers: "Het samen beginnen aan bijvoorbeeld het ontwikkelen van een longformulier of een IMIS-training creëert in mijn ervaring enthousiasme voor verdere samenwerking." ●

Webinar gemist?

Geen probleem, het webinar wordt u door PUF Academy on demand aangeboden. Ga naar www.puf-academy.nl/inhalatiefouten voor het webinar 'Hoe voorkomt u inhalatiefouten?'.



REFERENTIES

1. Kocks JW, et al. NPJ Prim Care Respir Med 2022;32:18.
2. Vrijens B, et al. Br J Clin Pharmacol 2012;73:691-705.
3. Dijk L, et al. Does mixing inhaler devices lead to unchecked inhaler technique errors in patients with COPD? The MISMATCH study. Submitted.
4. Bosnic-Anticevich S, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016;12:59-71.
5. Dierick BJ, et al. BMJ Open 2022;12:e059929.
6. LAN. Zorgpad Inhalatiemedicatie. Te raadplegen via <https://www.longalliantie.nl/projecten/zorgpad-inhalatiemedicatie>.
7. Price D, et al. IPCRG 2014; abstr OR-100.
8. Leidraad Verantwoord wisselen medicijnen. Te raadplegen via <https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/verantwoord-wisselen-medicijnen>.
9. Addendum Longinhalatiemedicijnen. Te raadplegen via <https://richtlijnen.nhg.org/files/2023-09/Leidraad%20verantwoord%20wisselen%20addendum%20longinhalatie.pdf>.
10. KNMP-richtlijn Astma. Te raadplegen via <https://www.knmp.nl/richtlijnen/astma>.

AANDACHTSPUNTEN

- Therapietrouw bij astma en COPD is meer dan alleen inhalatietechniek.
- Heldere samenwerkingsafspraken over inhalatiemedicatie staan aan de basis van goede astma- en COPD-zorg.
- De In-Check DIAL is onlosmakelijk verbonden aan juist gebruik van inhalatoren.
- Iedere patiënt die inhalatiemedicatie gebruikt moet minstens eenmaal per jaar een controle van de inhalatietechniek aangeboden krijgen.
- Bij inhalatiemedicatie moet worden gestreefd naar het beperken van het aantal combinaties van inhalatoren en medicijnen.

ELKE PATIËNT VERDIENT EEN EIGEN INHALATIE-INSTRUCTIE

Gespecialiseerd verpleegkundige Anne-Marie van Zanten geniet van haar werk. Ze ziet bij haar patiënten met astma en COPD veel inhalatiefouten langskomen en deelt haar ervaringen. Ze pleit voor zorg, en dus ook inhalatie-instructie, op maat.

"Ik had laatst een meneer die veel bezig was met yoga en alles graag heel goed wilde doen. Bij het inhaleren ging hij op zijn hurken zitten, boog zijn hoofd naar voren en terwijl hij inhaleerde ging hij staan en gooide zijn hoofd naar achteren. Oei, dat gaat niet goed, dacht ik." Van Zanten, gespecialiseerd verpleegkundige astma/COPD in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist, vertelt enthousiast over haar ervaringen met inhalatie-instructie. "Ik heb zo'n leuk vak! Goede instructie kan zo veel helpen, je kunt wezenlijk dingen veranderen."

VERKEERDE INSTRUCTIE

Hoe leuk ook, inhalatie-instructie geven is zeker niet makkelijk. "Vanmorgen zag ik een mevrouw met twee verschillende poederinhalatoren die instructie had gekregen bij de apotheek. Dat hoor ik weinig, dus dat vond ik hoopvol. Maar ze had het advies gekregen om bij de NEXThaler haar hoofd eerst helemaal naar voren te buigen en tijdens het inhaleren recht op te trekken, en bij de Diskus juist naar voren te kijken. Terwijl de juiste inhalatietechniek bij deze twee poeders erg vergelijkbaar is: hoofd iets achterover, goed uitademen, dan krachtig en diep inademen en tien tellen vasthouden." Gebruik van meerdere inhalatoren werkt sowieso fouten in de hand. "Je

ziet soms dat patiënten devices dan net verkeerd om hanteren. Je probeert dus zo veel mogelijk dezelfde techniek te geven."

VOORBEREIDING

Bij deze patiënten begonnen de inhalatiefouten bij de houding, maar ook bij het klaarmaken van de inhalator gaat veel mis. "Twee keer in de voorzetkamer spuiten bijvoorbeeld. De dosis-aerosol verkeerd op de voorzetkamer zetten, of eraf halen nadat ze de medicatie erin gespoten hebben."

Soms hebben patiënten onvoldoende kracht in hun handen om de dosis-aerosol goed in te drukken, anderen missen juist inhalatiekracht. "Soms doen patiënten de inhalatie voor en blijkt dat ze het poeder helemaal niet uit het apparaat krijgen. Je hoort de capsule niet ratelen of het venstertje verspringt niet. Of ze blijken door hun neus te ademen in plaats van door hun mond."

LAAGDREMPELIG

Bij instructie doet Van Zanten de inhalatie altijd eerst voor als het device voor de patiënt nieuw is. Als de patiënt het inhalatiemedicijn al langer gebruikt, dan laat zij de patiënt het eerst voor doen. "Als het niet goed gaat, laat ik het nog een keer zien. Maar je kunt niet eindeloos blijven oefenen, dan



Anne-Marie van Zanten, gespecialiseerd verpleegkundige astma/COPD

"Je kunt het niet op een automatische piloot doen"

worden mensen onzeker. Zorg op maat is heel belangrijk. Je kunt het niet op een automatische piloot doen."

Ze geeft de instructiekaarten mee die te downloaden zijn op www.inhalatorgebruik.nl en laat patiënten laagdrempelig bellen. "We hebben dagelijks een telefonisch spreekuur, en ik verwijs naar inhalatorgebruik.nl. Als ik de inhalatietechniek twijfelachtig vind, laat ik ze op korte termijn terugkomen. Soms schakel ik de thuiszorg in."

REGIONALE AFSPRAKEN

Er is in de afgelopen jaren veel verbeterd op het gebied van inhalatieme-

"Het is een kneiterleuk vak!"

dicatie, ziet Van Zanten. “Jaren geleden kreeg je in Groningen een andere instructie dan in Utrecht. Door Stichting IMIS en inhalatorgebruik.nl is de eenduidigheid enorm toegenomen. Ook regionaal zijn er afspraken. We hebben bijvoorbeeld met huisartsen, apothekers, het St. Antonius Ziekenhuis, UMC Utrecht en het Diaconessenhuis een formularium voor COPD en astma.”

Regionale formularia bieden wel ruimte om beargumenteerd vanaf te wijken, vooral in de ziekenhuissetting. “Mensen komen in het ziekenhuis omdat ze instabiel zijn. Het eerste waar je naar kijkt is de inhalatietechniek. Je gaat *finetunen*. Moeten we misschien op een ander middel over? Er worden zeker uitstapjes gemaakt, maar we proberen wel eenzelfde lijn te volgen.”

Van Zanten wordt regelmatig door de longarts gevraagd mee te denken over de meest geschikte inhalator. “Ik let dan op kracht, maar ook cognitieve vaardigheden: is iemand in de war, kan iemand goed lezen en verschillende technieken hanteren. Ik kijk echt: wat past er bij jou?”

WEERBARSTIGE PRAKTIJK

Het is niet altijd duidelijk wie vervolgens de inhalatie-instructie zou moeten geven. “Bij een huisarts die het goed heeft geregeld, doet de praktijkondersteuner vaak de instructie. De apotheek moet bij uitgifte ook instructie geven. De praktijk is wel wat weerbarstiger. Iedereen gaat ervan uit dat iemand anders instructie gaat geven. In zulke situaties pakt niemand de verantwoordelijkheid.”

“Waar ze eerst niet willen meewerken, zijn ze vervolgens verbolgen dat er nooit iemand naar heeft gekeken”



BLIJVEN HERHALEN

De instructie zakt bij veel mensen na verloop van tijd toch wat weg, dus Van Zanten checkt minimaal jaarlijks de inhalatietechniek. Het kan zoeken zijn naar de meest laagdrempelige manier om herhaling aan te bieden. “Soms zou ik een patiënt vaker willen zien, maar wil die patiënt niet. Dan koppel ik de afspraak aan een controle bij de longarts of een andere afspraak die de patiënt in het ziekenhuis heeft. Of ik bel de patiënt. Soms bel ik de praktijkondersteuners in de huisartspraktijk of zij bij de patiënt thuis langs kunnen gaan voor de inhalatietechniek. Dan blijven ze wel onder controle bij mij, maar iemand anders houdt de inhalatietechniek in de gaten.”

OMGAAN MET WEERSTAND

Als patiënten weerstand hebben tegen een gesprek over inhalatietechniek, geeft Van Zanten niet op. “Ik praat eerst over andere onderwerpen en na een tijdje zeg ik: vindt u het goed dat we toch even kijken, want ik doe mijn werk niet goed als we dat niet doen. Dan doen ze de inhalatie voor en blijkt

er van alles mis te gaan. Het is mooi om dan de verandering te zien. Waar ze eerst niet willen meewerken, zijn ze vervolgens verbolgen dat zij dit allemaal niet weten en dat er nooit iemand naar heeft gekeken.”

“Hoe harder je pusht, hoe meer ze niet willen, dus je moet luisteren naar het waaróm.” Van Zanten geeft een voorbeeld: “Een mevrouw kwam zeer boos bij mij de spreekkamer in, gooide een zak medicijnen om op mijn bureau, en zei: ‘denk je dat ik dit allemaal ga gebruiken? Ik begin er niet aan!’ Toen ben ik met haar eerst in gesprek gegaan over het verloop. Wat is er precies gebeurd? Mevrouw ontdeedte en neigde ernaar om haar medicatie toch te gaan gebruiken, maar eigenlijk wilde ze het niet. Toen heb ik voorgesteld een nieuwe afspraak te maken om het er nog eens over hebben. Ze gebruikte de medicatie al tien jaar niet, die twee weken maken dan ook niet uit. Toen ontspande ze pas echt. Ze is teruggekomen en ik heb haar uitgebreid uitleg gegeven over het hoe en waarom. Ik heb de keuze bij haar gelaten en ze besloot ervoor te gaan. Toen konden we gaan oefenen.” ●

TWENTSE SAMENWERKING DRAAGT BIJ AAN GOED GEBRUIK VAN INHALATIEMEDICATIE

Apotheken in de regio Twente werken nauw samen in de Twentse Apothekers Organisatie UA (TAO-UA). Het longformulier was één van de eerste succesvolle projecten na het oprichten van TAO-UA. Apotheker Monique aan de Stegge is één van de grondleggers van dit formulier. Samen met collega-apotheker Kirsten Koehorst-ter Huurne deelt ze de ervaringen met regionale samenwerking voor inhalatiemedicatie.

Monique aan de Stegge is al sinds 1997 openbaar apotheker in Almelo. De samenwerking in haar regio begon met een goed samenwerkingsverband in het medisch centrum waar ze sinds 2015 deel van is. “Daar is ons longformulier eigenlijk gestart. Samen met huisarts Jan Rauws heb ik specialisten benaderd en een werkgroep opgericht om het longformulier naar onze wensen samen te stellen. We wisten elkaar als apotheek en huisartsen altijd al te vinden. Zo ook nu: we hadden het met drie overleggen klaar. En het mooiste was: het werd in één keer gedragen door de regio.”

Dit regionale mandaat werd met het opstellen van het formulier in 2018 gevat in de oprichting van de Twentse Apothekers Organisatie UA. “De TAO-UA is erg gericht op samenwerking tussen eerste en tweede lijn,” zegt Kirsten Koehorst-ter Huurne, sinds 2011 apotheker in Haaksbergen en gepromoveerd op therapietrouw bij COPD. “De TAO-UA voorkomt bijvoorbeeld dat twintig apothekers een ziekenhuis

“Een check van de inhalatietechniek moet net zo gewoon zijn als je bloeddruk laten controleren”



Monique aan de Stegge, openbaar apotheker

gaan bellen als medicatie niet leverbaar is. Zij doen het contact en koppelen terug naar de leden. Op die manier ondervang je veel ruis.”

INHOUD FORMULIARIUM

Het Twentse longformulier wordt gedragen door de TAO-UA, twee grote huisartsgroepen (SHT-THOON en CHPA-FEA) en de twee grote ziekenhuisgroepen in de regio (Medisch Spectrum Twente en Ziekenhuisgroep Twente ZGT). Ook de zorgverzekeraars zijn betrokken. “We hebben met het



Kirsten Koehorst-ter Huurne, openbaar apotheker

samenstellen van het longformulier bewust rekening gehouden met het preferentiebeleid en hebben veel overleg gehad met Menzis. Het is *killing* als je een formulier hebt en een zorgverzekeraar fietst er met preferentiebeleid doorheen. Gelukkig hebben we dat hier nog niet meegemaakt. Op dit moment wordt bijna 85% van de uitgiftes conform het formulier behandeld. Dat is een mooi succes na een moeilijke start in coronatijd”, vertelt Aan de Stegge trots.

Koehorst: “Mijn ervaring is dat de POH's het longformulier heel goed in hun hoofd hebben. Bij een huisarts is dat minder, maar die wordt wel door de computer gestuurd. Als huisartsen de ingang astma of COPD kiezen, krijgen

ze als eerste keuze een product uit het longformularium. Als je een niet-formulariummiddel wilt kiezen, moet je daar veel meer moeite voor doen."

Hoewel het formularium gedegen tot stand is gekomen en breed wordt gedragen, is de inhoud niet in steen gebeiteld. Koehorst: "Vanuit de TAO-UA kijken we naar de resultaten en stellen bij. We zitten nu aan de derde versie." Aan de Stegge: "We bewegen ook mee met de markt. Bij nieuwe introducties overleggen we binnen de werkgroep of het zinvol is om het product op te nemen. Zo ja, dan passen we ons longformularium aan."

SCHOLING EN ONDERHOUD

De medicatievoorkeuren zijn vastgelegd in het formularium, de overige samenwerkingsafspraken in een apart stappenplan 'wie doet wat'. Scholing is essentieel bij het implementeren en levend houden van dit soort afspraken. Aan de Stegge: "Het heeft onderhoud nodig en je moet echt iedereen betrekken: assistentes, POH's, apothekers, huisartsen, iedereen. Mensen moeten blijvend worden bijgepraat dat het longformularium er is en hoe het werkt. Dat is echt iets waar je aandacht aan moet besteden, anders komt het onder in de la te liggen en kijkt niemand er nog naar."

VOORKOMEN INHALATIEFOUTEN

Beide apothekers zien dat de regionale samenwerking bijdraagt aan betere instructie en minder inhalatiefouten. Koehorst: "Ik heb het idee dat mensen nu structureel meer instructie krijgen, vooral ook herhaal instructie." Aan de Stegge: "Bij de eerste uitgifte en instructie vraagt de apotheek of de patiënt al een afspraak heeft staan bij de POH of longverpleegkundige. Zo ja, dan doen zij de tweede instructie." Koehorst vult aan: "Als ze die afspraak niet of pas

na drie maanden hebben, laten wij ze terugkomen in de apotheek." Het wordt volgens Aan de Stegge steeds meer gemeengoed dat de apotheek een tweede check op inhalatietechniek doet. "Het moet gewoon worden om het even te laten controleren. Dit moet net zo gewoon zijn als je bloeddruk laten controleren."

"Het klinkt soms wel bemoederend, maar het wordt door patiënten als erg fijn ervaren", zegt Aan de Stegge over de herhaalde instructie. Koehorst merkt soms ook wel weerstand, niet alleen bij patiënten, die het soms gedoe vinden om vaker terug te komen, maar ook bij haar team. "Die zeiden in het begin: moeten we nou echt met die mensen in discussie gaan? Maar je haalt er zo vaak wat uit! Dat is wat mijn team nu ook begint te ervaren. Ze zien vaker mensen terug en halen er echt grove fouten uit. En mensen gaan ook blij de deur uit."

JAARLIJKSE INSTRUCTIE

Patiënten die al langer inhalatiemedicatie gebruiken, krijgen in de Twentse regio elk jaar instructie. Aan de Stegge: "Als patiënten alleen bij de huisarts komen, krijgen ze daar geen instructie en neemt de apotheek het over. Komen ze elke drie maanden bij de POH, dan vertrouwen wij erop dat daar instructie wordt gegeven." Volgens Koehorst geldt

dit voor de meeste patiënten: "De POH's houden daar heel strak de hand in."

ÉÉN DEVICE

Binnen de regionale afspraken wordt gestreefd naar zo veel mogelijk gebruik van één device. "Met twee devices is het bijna onmogelijk om op een correcte manier te inhaleren", zegt Aan de Stegge. "We hebben nu mandaat van de huisarts om die patiënten om te zetten naar één device." Koehorst vult aan hoe dit in de praktijk werkt: "Je informeert de voorschrijver natuurlijk wel, maar we hoeven het niet te overleggen. Het longformularium is opgezet in 'straatjes'. Je hebt daardoor de ruimte om omhoog of omlaag te gaan zonder naar een ander device uit te wijken."

TIPS

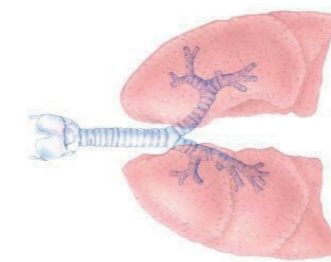
"Ik denk dat wij de eerste regio waren waar dit zo professioneel is opgezet", besluit Aan de Stegge. Koehorst valt haar bij: "Dat is ook de tip aan de andere regio's: organiseer het professioneel. Als Monique en ik iets doen, dan mogen wij bijvoorbeeld onze uren declareren voor een regulier tarief. Daarmee bind je mensen en daar heeft de hele regio profijt van." Aan de Stegge: "Een andere tip is: trek samen op met de huisartsen en de tweede lijn. Je hebt niets aan een longformularium als je het alleen vanuit de apotheken doet. Je moet het echt multidisciplinair oppakken." ●

ANNE-MARIE VAN ZANTEN ZIET DE VOLGENDE INHALATIEFOUTEN IN HAAR PRAKTIJK:

- Te krachtig inhaleren
- De knop van de inhalator ingedrukt houden, niet loslaten
- Niet schudden of niet schudden tussen doseringen als dat nodig is
- Niet schoonmaken
- Uitademen in de inhalator
- Poederinhalatoren bewaren in de badkamer

INHALATIE-INSTRUCTIE WIE DOET WAT?

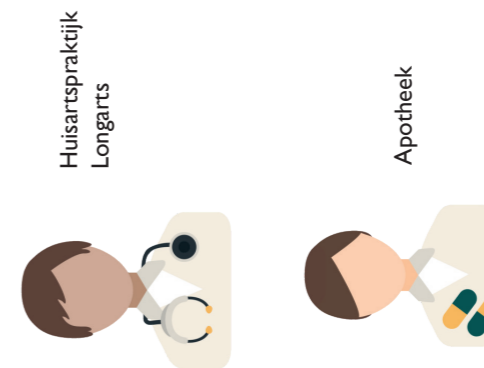
Het meteen goed aanleren van de juiste inhalatietechniek is essentieel voor de effectiviteit van de medicatie en dus het gewenste effect van de behandeling.



5-stappenmethode:

1. **Voordoorn:** de zorgverlener voert de handeling uit.
2. **Uitleggen:** de zorgverlener legt alle afzonderlijke stappen uit.
3. **Benemen:** de patiënt benoemt de stappen, terwijl de zorgverlener ze uitvoert.
4. **Zelf doen:** de patiënt doet de totale inhalatie met alle afzonderlijke stappen nu zelf voor.
5. **Feedback:** de patiënt krijgt feedback op de uitvoering van de zorgverlener.

WIE ZIJN BETROKKEN BIJ INHALATIE-INSTRUCTIE?



Afhankelijk per patiënt: maak risico-inschatting en eventueel vervolgspraken.
Minimaal inhalatiecheck na longaanval en na wijziging medicatie.
Altijd inhalatiecheck na één jaar.

WWW.INHALATORGEBRUIK.NL

ROUTE INHALATIE-INSTRUCTIE

Eerste recept:

- Huisartspraktijk: keuze passend device op basis van toedieningsvorm (inhalator) -> stofnaam -> dosering.
- Apotheek: eerste uitgifte: patiënt ontvangt eerste inhalatie-instructie.

Na twee weken: huisartspraktijk of apotheek

- Evalueer met patiënt keuze inhalator.
- Check inhalatietechniek.
- Optioneel: check m.b.v. de In-Check DIAL de inspiratieflow van de patiënt. Coach patiënt naar de passende inspiratieflow bij het gekozen device.

Indien klachten: huisartspraktijk

- Evalueer met patiënt keuze inhalator.
- Check inhalatietechniek.
- Optioneel: In-Check DIAL
- Eventueel aanpassen medicatie en/of device.

Herhaal receptuur: apotheek

- Evalueer met patiënt keuze inhalator.
- Check inhalatietechniek
- Optioneel: In-Check DIAL

Na één jaar: huisartspraktijk

- Evalueer met patiënt keuze inhalator.
- Check inhalatietechniek.
- Optioneel: In-Check DIAL

Jongleren met inhalatoren

Ook dat kan makkelijker



Bekijk hier hoe je de inhalatie-
medicatie kunt vergemakkelijken

