

Transmurale samenwerking allergie-immunotherapie regio Rijnmond

Verbetering kwaliteit en doelmatigheid door nauwe samenwerking eerste en tweede lijn

Transmural cooperation allergen immunotherapy Rijnmond region

Improving quality and cost-effectiveness through close cooperation first and second line

Dr. G.J. Braunstahl¹, mw. S. Ruijckes², mw. T.H. Mennema³, R.H.L. Paping⁴, M. Elias⁵, mw. B. Hanselaar⁶, L.M. Chow⁷, M.C. van der Kaaden⁸, prof. dr. P.J.E. Bindels⁹, prof. dr. R. Gerth van Wijk¹⁰ (namens de BeterKeten-projectgroep)

SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft de ambitie van een werkgroep van zes medisch specialisten uit verschillende ziekenhuizen en drie huisartsen uit de regio Rotterdam-Rijnmond om de behandeling van patiënten met allergische klachten te verbeteren door op het juiste moment op de juiste plaats immunotherapie aan te bieden. Doelstelling is om door een goede samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn de kwaliteit en doelmatigheid van deze zorg in de Rotterdamse regio op een hoger plan te brengen. Deze ervaringen zouden ook van waarde kunnen zijn voor andere regio's en wellicht tot navolging kunnen leiden.

(Ned Tijdschr Allergie & Astma 2017;17:138-142)

SUMMARY

This article describes the ambition of a task force of six medical specialists from various hospitals and three general practitioners in the area Rotterdam Rijnmond to improve the treatment of allergic patients by offering immunotherapy at the right time on the right place. The objective is to further improve quality and cost-effectiveness of allergy care together as hospitals and primary care centres. We think that our experience may be of value for other regions as well.

¹longarts, afdeling Longziekten, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam, ²internist-allergoloog, afdeling Allergologie, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam, ³longarts, afdeling Longziekten, Havenziekenhuis, Rotterdam, ⁴KNO-arts, afdeling Keel-, neus-, oorheelkunde, IJsseland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel, ⁵KNO-arts, afdeling Keel-, neus-, oorheelkunde, Vlietland Ziekenhuis, Schiedam, ⁶huisarts, huisartsenpraktijk Nesselande, Rotterdam, ⁷huisarts, huisartsenpraktijk Tarwezig, Rotterdam, ⁸adviseur, stichting BeterKeten, Rotterdam, ⁹hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam, ¹⁰internist-allergoloog, afdeling Allergologie, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentie graag richten aan: dr. G.J. Braunstahl, afdeling Longziekten, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Kleiweg 500, 3045 PM, Rotterdam, e-mailadres: g.braunstahl@franciscus.nl.

Belangenconflicten en financiële ondersteuning: G.J. Braunstahl heeft advieswerk/presentaties gedaan voor GSK, Novartis, Boehringer-Ingelheim, ALK, Meda Pharma, AstraZenaca, Chiesi en Takeda. R.H.L. Paping heeft advieswerk gedaan voor Meda Pharma en presentaties gehouden voor ALK. Overige auteurs melden geen belangenconflict.

Trefwoorden: allergie, immunotherapie, ketenzorg, multidisciplinair, netwerk.

Keywords: allergy, care, immunotherapy, multi-disciplinary, network.

INLEIDING

Onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer 20-25% van de Nederlandse bevolking op enig moment last heeft van allergische aandoeningen, zoals allergische neus- en oogklachten of allergisch astma.¹ De behandeling hiervan is veelal symptomatisch of ontbreekt geheel. Bij een deel van de patiënten leidt dit niet tot een goede controle van de klachten, met als gevolg onder andere een verminderde kwaliteit van leven en werk- en schoolverzuim. Immunotherapie is een effectieve tweedelijnsbehandeling voor een deel van deze patiënten-categorie. Allergeenimmunotherapie kan worden overwogen bij patiënten die een klinisch relevante inhalatie-allergie hebben, die niet voldoende onder controle is te krijgen met farmacotherapie en allergeenvermijding. In de praktijk gebeurt dit echter te weinig.

Immunotherapie wordt in de regio Rotterdam-Rijnmond in verschillende ziekenhuizen door verschillende specialismen toegepast. Een rondvraag onder de betrokken ziekenhuizen bracht aan het licht dat er in 2013 ruim 300 patiënten immunotherapie (instel- en/of onderhoudsfase) ontvangen hebben bij een allergoloog, longarts of KNO-arts. Dit is slechts een fractie van het aantal patiënten dat potentieel in aanmerking komt voor immunotherapie. Het volgende rekenvoorbeeld illustreert de mogelijke omvang van het probleem: in de regio Rijnmond wonen ongeveer 1 miljoen mensen. Bij een prevalentie van 20% hebben 200.000 mensen in de regio Rijnmond een klinisch relevante respiratoire allergie. Hiervan heeft 20% zodanige klachten dat symptomatische behandeling niet volstaat ($n=40.000$).² De aanname is dat ongeveer 50% aan de criteria voldoet om immunotherapie te starten, naar schatting gaat het regionaal dus om 20.000 patiënten. Uiteraard is dit een puur hypothetische redenering, maar het geeft duidelijk aan dat er een verschil zit tussen het aantal mensen dat mogelijk in aanmerking komt voor immunotherapie en het aantal patiënten dat op dit moment daadwerkelijk behandeld wordt met immunotherapie. Rekening houdend met de voordelen op langere termijn ligt hier dus nog een groot verbeterpotentieel.

PROBLEEMSTELLING

Het Maasstad Ziekenhuis heeft in 2012 een 'survey' gedaan bij een aantal huisartsenpraktijken in Rotterdam-Zuid waaruit blijkt dat huisartsen immunotherapie weinig voorschrijven in vergelijking met andere therapieën zoals antihistaminica en neussprays (niet-gepubliceerde data). Als patiënten doorverwezen worden voor immunotherapie naar de tweede lijn, dan is dat vaak in een late fase van de ziekte en veelal op verzoek van de patiënt zelf. Een gebrek aan kennis over allergie, de waarde van immunotherapie en verwijscriteria lijken hieraan ten grondslag te liggen. In een recente uitgave van het *Nederlands*

Tijdschrift voor Allergie en Astma werd aan dit onderwerp uitgebreid aandacht besteed.³

Het niet (op tijd) behandelen met immunotherapie kan belangrijke implicaties hebben voor de kwaliteit van leven van een deel van de allergische patiënten. Met immunotherapie zal op lange termijn een doelmatigheidswinst behaald kunnen worden doordat levenslang gebruik van antihistaminica, corticosteroïdenneussprays en inhalatiemedicatie wordt voorkomen.^{4,5}

OBSTAKELS

Zowel uit het onderzoek van het Maasstad Ziekenhuis als uit de dagelijkse praktijk van de medisch specialisten blijkt dat patiënten deze intensieve zorg het liefst bij de huisarts krijgen. Toch lukt het slechts in een beperkt aantal gevallen om na het instellen van de immunotherapie in de tweede lijn, de patiënt voor de onderhoudsfase van de behandeling terug te plaatsen naar de huisarts. Een belangrijke reden voor het niet (willen) uitvoeren van allergeenimmunotherapie in de eerste lijn is het gebrek aan kennis. Ten eerste over het nut, de werking en toepassing van immunotherapie. Ten tweede, als immunotherapie wel beperkt uitgevoerd wordt, over de risico's van het toedienen van immunotherapie en hoe hier mee om te gaan. Scholing voor huisartsen en praktijkondersteuners en het ontwikkelen van uniforme protocollen (ook voor de eerste lijn) zouden deze belemmeringen kunnen oplossen. Ten derde is het verdwijnen van de vergoeding van de aparte verrichting die immunotherapie eerst was een belangrijk obstakel.

AMBITIE: OPTIMALE ZORGAFSTEMMING TUSSEN DE EERSTE EN TWEEDE LIJN

De werkgroep ziet een slechte transitie en afstemming tussen de tweede en eerste lijn als belangrijke reden voor de onderbehandeling van allergiepatiënten en de matige therapietrouw bij immunotherapie, met als gevolg een grotere kans op falen van de therapie. Om de diagnostiek en behandeling van patiënten met allergische klachten te verbeteren worden als belangrijke kansen gezien:

- optimaliseren van kennis en expertise door het uniformeren van de behandeling van patiënten met immunotherapie;
- onderbehandeling voorkomen door eerder herkennen van patiënten die in aanmerking komen voor immunotherapie;
- zorg dichtbij huis waar dit mogelijk is; verhogen van therapietrouw door nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn en een betere informatievoorziening en patiëntenoverdracht;
- onderzoek naar kosteneffectiviteit;
- optimale monitoring van de therapie.

TABEL 1. Indicaties voor immunotherapie.

Duidelijke, klinisch relevante IgE-afhankelijke allergie voor graspollen, boompollen (berk, els, hazelaar) of huisstofmijt
Klachten gerelateerd aan allergeenexpositie
Leeftijd 6-60 jaar
Eliminatiemaatregelen onvoldoende effectief of niet goed mogelijk
Medicamenteuze therapie onvoldoende effectief
Aversie tegen medicatie
Bijwerkingen van medicatie

ZORGPAD EN UNIFORME PROTOCOLLEN

In het visiedocument te vinden op www.allergie-netwerk.nl wordt het ketenzorgpad beschreven met alle processtappen vanaf het moment dat een patiënt met allergische klachten zich meldt in de huisartsenpraktijk tot en met de nazorgfase na de behandeling met immunotherapie. In het ketenzorgpad worden verwijscriteria helder beschreven (zie Tabel 1 en 2). De indicaties en contra-indicaties zijn vastgesteld op basis van de thans vigerende richtlijnen en een EAACI ‘position paper’.⁶ Het ketenzorgpad kent de volgende uitgangspunten:

- de indicatie voor immunotherapie wordt bij voorkeur gesteld in de eerste lijn en vervolgens bevestigd in de tweede lijn;
- de instelfase van immunotherapie vindt altijd plaats in het ziekenhuis;
- de onderhoudsfase van de behandeling vindt bij voorkeur plaats bij de huisarts. In uitzonderlijke gevallen zal deze echter in het ziekenhuis plaatsvinden;
- er wordt gebruikgemaakt van 1 protocol, zodat de behandeling naadloos op elkaar aansluit;
- de effectiviteit van de behandeling wordt jaarlijks geëvalueerd in het ziekenhuis.

ALLERGIENETWERK REGIO RIJNMOND

Momenteel wordt de zorg voor allergische patiënten in de tweede lijn verleend door longartsen, KNO-artsen, kinderartsen, kinderarts-allergologen, dermatologen en internist-allergologen. Een intensievere samenwerking tussen deze disciplines levert meerwaarde op voor de patiënt. Door het inrichten van een patiëntgebonden dossier met gespecialiseerde kennis, op interactie gerichte behandelplannen en zelfmanagementprogramma’s, beschikbaar voor huisarts en

TABEL 2. Absolute (A) en relatieve (R) contra-indicaties voor subcutane immunotherapie met inhalatieallergenen.⁶

Astma (gedeeltelijk gecontroleerd)	R
Astma (ongecontroleerd)	A
Maligniteit	R
β-blokkers	R
ACE-remmers	geen
Cardiovasculaire aandoeningen	R
Zwangerschap (instelfase)	A
Zwangerschap (onderhoudsfase)	geen
Kinderen (<2 jaar)	A
Kinderen (2-5 jaar)	R
Kinderen (andere leeftijdsgroepen)	geen
Hiv (A, B stages; CD4 > 200)	R
Aids	A
Psychiatrische/mentale stoornissen	R
Chronische infecties	R
Immuundeficiënties	R
Gebruik van immunosuppressiva	R
Naast deze (relatieve) contra-indicaties is immunotherapie niet aan te bevelen bij patiënten met:	
Klinisch relevante sensibilisatie voor dieren in huis	
Speciale omstandigheden, zoals beroeps- of sociaalgebonden expositie	
Ernstig actief eczeem	
Matige therapietrouw	
Een bekende allergie tegen een van de hulpstoffen van de allergeenvloeistof	

patiënt, wordt getracht deze meerwaarde te realiseren. Op deze wijze ontstaat de mogelijkheid een transmuraal zorgcontinuüm te creëren (‘stepped care’) voor alle mensen met allergieën, ouders/verzorgers en betrokken professionals, waarbij de behoefte van de patiënt centraal staat. Dit netwerk biedt ook mogelijkheden voor een multidisciplinair overleg waar casuïstiek over de allergiepatiënt met meerdere orgaanmanifestaties kan worden ingebracht en besproken. Ten slotte zullen de gegevens van deze complexere allergiepatiënten

AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- 1** Er is een grote mate van ondergebruik van immunotherapie bij een deel van de allergiepatiënten in Nederland.
- 2** Het opzetten van regionale allergienetwerken leidt tot betere afstemming van protocollen en zorgpaden.
- 3** Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is essentieel om te komen tot integrale allergiezorg.
- 4** Dit zou op termijn kunnen leiden tot kostenefficiëntere, veiliger en betere zorg voor de allergiepatiënt dicht bij huis.

worden verzameld in een door wachtwoorden afgeschermd online database en hierdoor bruikbaar zijn voor follow-up en onderzoek. Deze database wordt beheerd door de stichting BeterKeten.

KENNIS EN EXPERTISE ONTWIKKELEN IN DE EERSTE LIJN

Het toepassen van immunotherapie bij allergische patiënten vindt minder vaak plaats dan gewenst. Een deel van de allergiepatiënten heeft hierdoor meer klachten dan nodig. Het ontwikkelen van meer kennis en expertise in de eerste lijn richt zich enerzijds op het ontwikkelen van voldoende kennis over immunotherapie, zodat geschikte patiënten tijdig worden herkend, en anderzijds op het geven van de behandeling zelf. Hiervoor wordt een geaccrediteerde nascholing voor huisartsen(praktijken) ontwikkeld waarin het ketenzorgpad en de uniforme protocollen zullen worden behandeld. Ook dokters-assistenten en praktijkondersteuners zullen hierbij worden betrokken. Het doel is om uiteindelijk te komen tot gecertificeerde gezondheidscentra met eenduidige zorg en een veilige behandelomgeving voor de patiënt.

Een gespecialiseerde huisartsenpraktijk zou ten minste aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- kennis en expertise op peil houden via nascholing;
- voldoende volume: ten minste 10 patiënten per gezondheidscentrum/instroom 3-4 per jaar;
- aanwezigheid van een huisarts in de praktijk tijdens het geven van de injectie en de 30 minuten erna;
- aanwezigheid van faciliteiten en noodmedicatie om een allergische reactie op te kunnen vangen.

OMVANG EN BEKOSTIGING

Verplaatsen van immunotherapie van de tweede naar de eerste lijn biedt een aantal uitdagingen op het gebied van bekostiging. Het huidige tarief voor een dubbelconsult

(€ 18,-) biedt weinig stimulans voor de huisarts om deze intensieve begeleiding op zich te nemen. Er zal dus onderhandeld moeten worden met verzekeraars over een aanpassing van het huisartsentarief, alsmede over de mogelijkheid om de vrijgekomen productieruimte in de tweede lijn te benutten om nieuwe patiënten in te stellen op immunotherapie. Het is de ambitie van het allergienetwerk om in 2020 gezamenlijk 600 patiënten per jaar in te stellen op immunotherapie.

VERVOLGSTAPPEN

De komende periode zal ingezet worden om het ketenzorgpad te implementeren, de huisartsen via nascholing te informeren over de mogelijkheden van immunotherapie en de expertiseontwikkeling in de tweede lijn verder vorm te geven. Om de transitie van de onderhoudsfase naar de eerste lijn daadwerkelijk te realiseren, zal eerst een pilot gestart worden. De pilot is bedoeld om te toetsen of de (onderbouwde) aannames kloppen in de praktijk:

- betere bekendheid met de therapie leidt tot meer verwijzingen voor instellen immunotherapie;
- onderhoudsfase kan in veel gevallen in de huisartspraktijk plaatsvinden;
- veiligheid in de huisartsenpraktijk is voldoende gewaarborgd door de opgestelde randvoorwaarden;
- kosteneffectiviteit van ketenzorg op korte termijn;
- positieve effect van de therapie op de klachten, gemeten met CARAT-vragenlijst.

Om te kunnen voldoen aan de volumennormen is het voorstel om de pilot uit te voeren in een HOED of gezondheidscentrum waar meerdere huisartsen geclusterd zijn. Elk participerend ziekenhuis zal hiervoor 2 huisartsencentra benaderen. Dit betekent dat de pilot in minstens 12 praktijken gaat lopen, waarbij minimaal 120 patiënten uiteindelijk geïncludeerd zullen worden. Gezien de duur van de therapie zal de pilot minimaal 3 jaar lopen.

Transmurale immunotherapie in de regio Rijnmond is een van de projecten die begeleid worden door het projectbureau van de stichting BeterKeten. In deze stichting werken ziekenhuizen en professionals met elkaar samen zodat de kwaliteit en doelmatigheid van zorg in de Rotterdamse regio naar een nóg hoger niveau getild wordt. Het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland en Maastad Ziekenhuis zijn de formele partners van de stichting BeterKeten, waarbij nauw samengewerkt wordt met de SRZ (Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen). Op projectniveau participeren ook de andere ziekenhuizen uit de regio.

Voor meer informatie: www.beterketen.nl

REFERENTIES

1. Bousquet J, Schünemann HJ, Samolinski B, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:1049-62.
2. Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, et al. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy* 2007;62 Suppl 85:17-25.
3. Hellingman CA, Hafkamp HC, Bommelje CC, et al. Plaatsbepaling van subcutane immunotherapie bij inhalatie-allergie: eerste of tweede lijn? *Ned Tijdschr Allergie Astma* 2016;16:49-54.
4. Hankin CS, Cox L, Bronstone A, et al. Allergy immunotherapy: reduced health care costs in adults and children with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131:1084-91.
5. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD001186.
6. Pitsios C, Demoly P, Bilo MB, et al. Clinical contraindications to allergen immunotherapy: an EAACI position paper. *Allergy* 2015;70:897-909.

ONTVANGEN 10 JULI 2016, GEACCEPTEERD 23 OKTOBER 2017.