

Kanttekeningen COPD (1)

NHG-Standaard COPD. Geen plaats meer voor acetylcysteïne. [Pharm Weekbl. 2007;142(43): 37-9]. Van kort- en langwerkende luchtwegverwijders is werkzaamheid bij COPD aangetoond. De meeste onderzoeken met langwerkende luchtwegverwijders zijn echter verricht bij patiënten met ernstig COPD. De Standaard gaat vooral over de behandeling van patiënten met licht- of matig-ernstige COPD. Mede vanwege de kosten wordt op pragmatische gronden geadviseerd te beginnen met een kortwerkende luchtwegverwijder. Fenoterol wordt niet vermeld in de NHG-Standaard omdat het Farmacotherapeutisch Kompas het niet meer noemt. In noot 36 van de NHG-Standaard wordt de werkzaamheid van inhalatiecorticosteroiden besproken. In drie onderzoeken met fluticason (1000 µg/dag) werd een vermindering van exacerbaties gezien [1-3]. Twee onderzoeken met budesonide (800 µ/dag) gaven een vermindering van het aantal corticosteroidekuren te zien maar niet van (ernstige) exacerbaties [4-5]. Onderzoeken met budesonide in een hogere dosis (1600 µ/dag) of met beclometason werden niet gevonden. De werkzaamheid van inhalatiecorticosteroiden bij COPD berust waarschijnlijk op een groepseffect. De keuze van de dosering van fluticason (1000 µg/dag) is goed onderbouwd. De adviesdosering van budesonide (800 µ/dag, maximaal 1600 µg/dg) is enigszins arbitrair en gebaseerd op de twee besproken onderzoeken.

In de doseringstabel van inhalatiecorticosteroiden is inderdaad abusievelijk een te lage dosering bij de dosis-aerosolen opgegeven. De juiste doseringen zijn: beclometason/budesonide tweemaal daags 400 µg en fluticason tweemaal daags 500 µg. Het samenvattingskaartje is overigens wel correct. De opmerkingen over hogere adviesdoseringen van ipratropium, formoterol en salmeterol zijn ongegrond omdat in de tabellen ook de maximumdagdosering genoemd wordt.

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van deze reactie op pw.nl.

R.M.M. Geijer, senior wetenschappelijk medewerker Nederlands Huisartsen Genootschap
Utrecht, 27 november 2007

Grote verschillen polissen Salland en Univé

De verschillen in polissen van zorgverzekeraars zijn enorm. Zo mogen Salland-verzekerden alleen gebruik maken van internetapotheken waarmee Salland een contract heeft. Terwijl mensen die de goedkope Zekur-polis van Univé hebben, juist worden ontmoedigd om naar een gewone apotheker te gaan. Met uitzondering van spoedmedicatie krijgen zij alleen een bestelling bij een internetapotheek geheel vergoed.

Salland verzekeringen in Deventer wil een intensieve samenwerking met zorgverleners. In de Zekur-polis van Univé is sprake van sturing naar geselecteerde zorgverleners. Salland gelooft heilig in regionaal georganiseerde zorg. Daarom wil deze verzekeraar niet dat klanten medicijnen bestellen bij internetapothekers die geen contract hebben met Salland. Zorginkoper Pieter Folkeringa: "We vinden dat de medicatiebewaking gegarandeerd moet worden."

Univé doet met de Zekur-polis het omgekeerde: medicatie via internet is een voorwaarde. Sandra de Jong, persvoorlichting Univé. "Deze polis is voor een specieke doelgroep: jonge mensen die van gemak houden. De polis is bijvoorbeeld niet voor mensen die jonge kinderen hebben of zwanger willen worden. Voor mensen met een chronische ziekte als diabetes hebben we een andere polis bij Univé."

Salland verzekeringen heeft een intensieve samenwerking met alle apotheken. Zo gaat de verzekeraar met veertien apotheken in Deventer unieke leveringen terughalen.

"Ondanks dat is de prijs-kwaliteitverhouding bij ons is gewoon goed", vertelt Folkeringa.

Voor de Zekur-polis heeft Univé contracten afgesloten met een select aantal zorgverleners. De Jong: "We hebben afspraken met een aantal ziekenhuizen voor planbare hulp. Voor spoedhulp kunnen verzekerden uiteraard overal terecht. Voor medische hulpmiddelen hebben we twee leveranciers. En we hebben voorkeurshuisartsen. Wij spreken over zorgkeuzebeloning."

Salland heeft 87.000 verzekerden. De verzekeraar kan doorgroeien tot 120.000. Sandra de Jong wil niet vertellen hoeveel mensen inmiddels de Zekur-polis afgesloten hebben.

Ook wil Salland geen preferentiebeleid. "We hebben alle vertrouwen in de regionale apothekers en huisartsen. Als die samenwerking goed is, en zij spannen zich in om goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven, dan zijn we ook goedkoper uit. Onze polis is tijdloos. Deze polis heeft veel weg van het ouderwetse ziekenfonds."

Univé wil dat de beperkingen voor een door zorgverzekeraars te voeren preferentiebeleid in 2009 van tafel zijn.

Kanttekeningen COPD (2)

NHG-Standaard COPD. Geen plaats meer voor acetylcysteïne. [Pharm Weekbl. 2007;142(43): 37-9]. De tips voor FTO raken mijns inziens niet de kern van de N-andaard. Hier enkele aanvullende tips.

Het bespreken van overgebruik van inhalatiecorticosteroiden bij licht- en matig-ernstige COPD. Bij lichte COPD is er geen indicatie, bij < 14 % van matige COPD is er mogelijk een indicatie. Dit staat in schril contrast met de prescriptie van inhalatiecorticosteroiden en van de combinatiepreparaten (langwerkende + inhalatiecorticosteroiden), waarvoor eigenlijk geen indicatie bij lichte en matige COPD is. Het beleid bij het staken van inhalatiecorticosteroiden kan de revue passeren, geïllustreerd aan het aantal voorschriften inhalatiecorticosteroiden bij licht- en matig-ernstige COPD. Het kan omgezet worden in een haalbaar en meetbaar doel waarop tijdens een volgend FTO teruggekomen kan worden. De NHG-Standaard adviseert te starten met

kortwerkende bronchusverwijders. Aan de hand van prescriptiecijfers, die een helder beeld hierover kunnen geven, kan dit besproken worden.

Onduidelijk is wat met de tip over "klinisch effect" van luchtwegverwijders bedoeld wordt. De verschillen in effectiviteit tussen kortwerkende en langwerkende bronchusverwijders zijn (ook in de GOLD-richtlijnen) gebaseerd op onderzoek bij (zeer) ernstige COPD. Volgens de CBO-richtlijn [1] en de NHG-Standaard [2] zijn de verschillen in effectiviteit tussen de anticholinergica en β_2 -sympathicomimetica gering en is er weinig direct vergelijkend onderzoek tussen kortwerkende en langwerkende middelen gedaan bij milde en matige COPD [3].

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op pw.nl.

Ivo Smeele, voorzitter werkgroep NHG-Standaard COPD
Eindhoven, 3 december 2007

LITERATUUR BIJ KANTEKENINGEN

COPD (1)

- 1 Burge PS, Calverley PM, Jones PW, et al. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ*. 2000;320:1297-303.
- 2 Calverley PM, Pauwels R, Vestbo J, et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003a;361:449-56.
- 3 Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:775-89.
- 4 Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, et al. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2003b;22:912-9.
- 5 Szafranski W, Cukier A, Ramirez A, et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2003;21:74-81.

LITERATUUR BIJ KANTEKENINGEN

COPD (2)

- 1 Richtlijn medicamenteuze therapie van COPD. Utrecht: Nederlandse Vereniging Artsen Longziekten en Tuberculose; 2007. www.cbo.nl.
- 2 Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, et al. NHG-Standaard COPD. *Huisarts Wet*. 2007;50:362-79.
- 3 Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, et al. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007;147:639-53.