

Toolbox helpt doelmatig gebruik van insulines bevorderen

OMZETTEN NAAR BIOSIMILAR INSULINE VRAAGT EXTRA AANDACHT EN TIJD

Het preferentiebeleid op insulines maakt omzetten in veel apotheken noodzakelijk. Onvoldoende kennis over biosimilar insulines, het beperkt toepassen van de aandachtspunten van de Nederlandse Diabetes Federatie en onvoldoende afstemming tussen zorgverleners zorgt echter voor knelpunten. Om doelmatig gebruik van insulines te bevorderen heeft het Instituut Verantwoord Medicijngebruik een toolbox ontwikkeld.

Auteurs

Marieke van den Berk-Bulsink
Marinka van Dalfsen-Slingerland
en **Marloes Dankers**

Groot knelpunt is de matige communicatie en afstemming tussen arts en apotheek

De NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2018) adviseert een (middel)langwerkend insuline bij patiënten die starten met insuline [1]. Huisartengenootschap NHG geeft hierbij de voorkeur aan NPH-insuline, vanwege de bekende langetermijnveiligheid en kosten. Als een langwerkend insuline in aanmerking komt, adviseert de NHG-Standaard insuline glargine 100 E/ml of insuline detemir. Het NHG beveelt insuline glargine 300 E/ml en insuline degludec niet aan vanwege het ontbreken van duidelijke voordelen ten opzichte van de andere langwerkende insulines en NPH-insuline.

In de praktijk is in de eerste lijn een aantal belangrijke knelpunten gesignaleerd bij het gebruik van insulines:

- bij nieuwe patiënten schrijven artsen vaker de duurdere langwerkende insulines

voor in plaats van het goedkopere voorkeursmiddel NPH-insuline;

- als langwerkend insuline in aanmerking komt, schrijven artsen vaker nieuwe (en duurdere) insulines voor;

- als langwerkend insuline in aanmerking komt, schrijven artsen beperkt biosimilars voor.

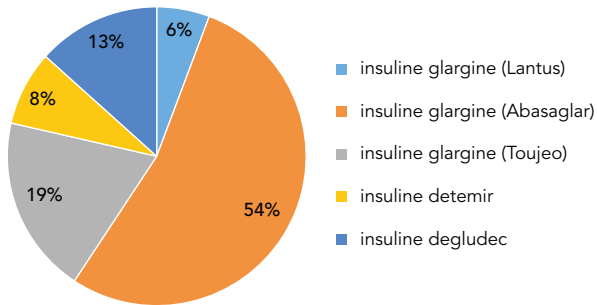
Voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is dit de aanleiding geweest om in 2019 aan het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en Initiatiefgroep Biosimilars Nederland (IBN) te vragen een expertmeeting over insulines in de eerste lijn te organiseren. Tijdens de expertmeeting zijn met circa 25 vertegenwoordigers van artsen, praktijkondersteuners, patiënten, beleidsmakers en andere betrokkenen bovenstaande knelpunten besproken. Hiermee werd in kaart gebracht welke redenen zorgverleners in de eerstelijnszorg hebben om bepaalde insulines voor te schrijven.

De input van deze avond is als uitgangspunt gebruikt voor het project 'Doelmatig insulinegebruik eerste lijn'. Het IVM voert dit project momenteel uit in opdracht van VWS. Dit instituut doet dit in samenwerking met de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG) en de Initiatiefgroep Biosimilars Nederland (IBN). Met het op de markt komen van twee nieuwe biosimilar insulines én nieuw preferentiebeleid in 2021 sluit het project aan bij de huidige actualiteit.

Voorschrijfcijfers

De projectgroep heeft het huidige voorschrijfgedrag van huisartsen inzichtelijk gemaakt met cijfers van de GIP-databank [2]. De cijfers zijn opgevraagd voor de periode juli 2019 tot en met juni 2020. Voor deze analyse is gekeken naar de gebruikers, van wie bekend is dat de huisarts voorschrijver is. Dit is het geval voor

LANGWERKENDE INSULINES (NIEUWE GEBRUIKERS)



Figuur 1.

Gebruik van langwerkende insulines (nieuwe gebruikers) in de eerste lijn.

31% van het totaal aantal gebruikers van (middel)langwerkend insuline. Nieuwe gebruikers zijn gedefinieerd als gebruikers die in het voorgaande jaar geen voorschrift voor insuline hebben gehad.

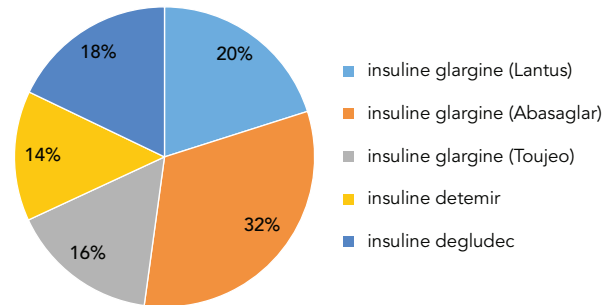
Uit de cijfers blijkt dat voorschrijvers in de eerste lijn bij nieuwe gebruikers van insuline regelmatig – conform de NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* (2018) – starten met NPH-insuline (32%). Andere patiënten starten direct met een langwerkend insuline. Van alle gebruikers (nieuwe en bestaande gebruikers) gebruikt 13% nog NPH-insuline. Van de nieuwe gebruikers van een langwerkend insuline start ongeveer 79% met insuline glargine en 8% met insuline detemir (zie figuur 1).

Het is opvallend dat in de eerste lijn 19% gelijk start met insuline glargine 300 E/ml (Toujeo) en 13% met insuline degludec (Tresiba). Beide nieuwe insulines raadt de NHG-Standaard niet aan. Van alle gebruikers van langwerkende insulines ligt het gebruik van deze insulines op respectievelijk 16% en 18% (zie figuur 2).

Het referentiegeneesmiddel van insuline glargine is Lantus. Na het vervallen van het patent kwam in 2014 de eerste biosimilar van deze insuline op de markt: Abasaglar. Het aantal gebruikers van deze biosimilar was de eerste jaren na marktintroductie laag, maar er is nu een inhaalslag zichtbaar [3]. Bij nieuwe gebruikers die starten met langwerkend insuline krijgt inmiddels 54% biosimilar insuline glargine. Voor het referentiegeneesmiddel (Lantus) is dat 6%. Van het totaal aantal gebruikers van langwerkend insuline ligt het gebruik van biosimilar insuline glargine op 32%. Voor het referentiegeneesmiddel is dat 20%.

Een verklaring voor de stijging van het aantal biosimilar-gebruikers is het preferentiebeleid van grote zorgverzekeraars (CZ, Menzis en VGZ), waarbij biosimilar insuline

LANGWERKENDE INSULINES EERSTE LIJN (ALLE GEBRUIKERS)



Figuur 2.

Gebruik van langwerkende insulines (alle gebruikers) in de eerste lijn.

glargine als preferent middel is aangewezen. Dit brengt een kostenbesparing met zich mee, omdat bekend is dat de concurrerende partijen kortingen bieden op de officiële lijstprijzen.

In 2020 zijn er ook biosimilars van kortwerkende insulines in Nederland op de markt gekomen. In 2021 is bij veel zorgverzekeraars het preferentiebeleid op insuline glargine uitgebreid met de kortwerkende insulines. Een aantal zorgverzekeraars heeft daarnaast ook preferentiebeleid op NPH-insuline. Dit nieuwe beleid leidt ertoe dat een deel van de patiënten moet worden omgezet.

MILJOENEN EURO'S KOSTENBESPARING

De naam biosimilar zegt het al: biosimilars zijn vergelijkbaar met het referentiegeneesmiddel, maar niet identiek. Hoewel kleine verschillen mogelijk zijn, zijn ze bewezen gelijkwaardig wat betreft effectiviteit, veiligheid en kwaliteit. Omdat elke insulinefabrikant een eigen pensysteem heeft ontwikkeld, zijn hierdoor kleine verschillen tussen de injectiepen van de biosimilar en de injectiepen van het referentiegeneesmiddel. Met de komst van biosimilars zijn kortingen gerealiseerd. Door geheime prijsafspraken is de precieze kostenbesparing onduidelijk. Wel bekend is dat de gemiddelde vergoeding per gebruiker voor insuline glargine daalde van € 400 per jaar in 2015 naar € 328 per jaar in 2019 (GIPdatabank, 2020). Over ruim 153.800 gebruikers van Lantus levert dat voor één jaar een kostenbesparing op van zo'n € 11 miljoen.

thema	product
FTO-materiaal	<ul style="list-style-type: none"> • FTO-module <i>Doelmatig insulinegebruik</i> • checklist <i>Taken en verantwoordelijkheden omzetten insulines</i>
materiaal voor (het gesprek met) patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • patiëntenfolder <i>Dezelfde insuline, lagere kosten</i> • voorbeeld patiëntenbrief <i>Omzetting insulines</i> • praatkaarten <i>Omzetten insulines</i> • overzichtskaart <i>Insulines</i> • infographic <i>Voorkeursbeleid insulines</i>
kennis en scholing	<ul style="list-style-type: none"> • e-learning <i>Biosimilars in de eerste lijn</i> • themajournaal <i>Biosimilars</i> • informatieteksten nieuwe insulines • factchecks • powerpointpresentatie voor apotheketeams <i>Biosimilars in de eerste lijn</i>
meer weten?	<ul style="list-style-type: none"> • relevante bronnen/links, zoals NHG-Standaard DM2, overzicht preferentiebeleid en NDF-aandachtspunten

Inhoud van de toolbox Doelmatig insulinegebruik eerste lijn.

De e-learning frist de kennis over biosimilars op. De FTO-module is te gebruiken om met de FTO-groep afspraken te maken over het voorschrijfbeleid bij insulines en de taakverdeling bij het omzetten van of naar een biosimilar insuline. Het apotheketeam kan bijvoorbeeld tijdens een werkoverleg bijgepraat worden over dit thema met behulp van de powerpointpresentatie. Alle materialen zijn te vinden op www.ivm.nl.

De projectgroep heeft via diverse gesprekken knelpunten opgehaald die zorgverleners hebben ervaren bij de eerdere (noodgedwongen) omzetting van Lantus naar Abasaglar. Hiervoor zijn vier digitale focusgroepen georganiseerd, waarbij in totaal met dertien huisartsen, zes apothekers, twee verpleegkundig-specialisten, zeven praktijkverpleegkundigen, drie diabetesverpleegkundigen en zes praktijkondersteuners uit het hele land is gesproken. Ook zijn gesprekken gevoerd met de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), V&VN Diabeteszorg, de Diabetes Vereniging Nederland (DVN), de KNMP en de zorgverzekeraars VGZ, CZ en Zilveren Kruis. Deze gesprekken hebben een aantal knelpunten helder gemaakt.

MARKETING VAN FABRIKANTEN LIJKT SOMS VAN INVLOED OP HET VOORSCHRIJFBELEID

Een aantal zorgverleners geeft aan dat er onvoldoende kennis is over biosimilars. Apothekers blijken hierover al meer achtergrondinformatie te hebben dan de andere zorgverleners. Wanneer zorgverleners zelf onvoldoende kennis hebben over de gelijkwaardigheid, kwaliteit en veiligheid van biosimilars, is het lastiger om het gesprek hierover aan te gaan met de patiënt. Marketinguitingen van de fabrikanten van nieuwere insulines lijken soms van invloed op het voorschrijfbeleid van

zorgverleners. Vooral praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en diabetesverpleegkundigen lijken meer beïnvloedbaar met het aanbod van gesponsorde nascholingsprogramma's. Zorgverleners noemen het lagere risico op hypoglykemieën regelmatig als voordeel van de nieuwere insulines ten opzichte van NPH-insuline: een stelling met twijfelachtige onderbouwing die wel frequent in marketinguitingen naar voren komt. Opvallend is dat bij het doorvragen naar de hypoglykemieën in de dagelijkse praktijk de zorgverleners zelf ook aangeven weinig verschillen in hypo's tussen de verschillende (middel)langwerkende insulines te zien.

Het ontbreken van transparantie in kosten maakt het voor zorgverleners soms nog lastiger om de patiënt te overtuigen bij de omzetting. Prijzen van het referentiegeneesmiddel en de biosimilar zijn op bronnen als het *Farmacotherapeutisch Kompas* of medicijnkosten.nl nagenoeg gelijk. Wat niet alle zorgverleners weten, is dat fabrikanten geheime prijsafspraken maken met zorgverzekeraars, waardoor de uiteindelijke kosten voor de zorgverzekeraar veel lager uitvallen.

Eigen houding

De eigen houding van de zorgverlener is zeer bepalend voor de reactie van de patiënt op de omzetting. Heeft de zorgverlener onvoldoende kennis over biosimilars? Dan kan hij deze onzekerheid overbrengen op de patiënt. Dit

maakt de patiënt ook onzeker en kan een succesvolle omzetting in de weg staan. Zorgverleners bij wie de omzettingen zonder weinig problemen zijn verlopen, geven verder aan: "Maak het niet te zwaar." Een goede begeleiding is belangrijk, maar maak het probleem ook niet groter dan het is.

Onvoldoende kennis over biosimilars kan leiden tot vluchtgedrag naar alternatieven. Insuline degludec en insuline glargine 300 E/ml zijn respectievelijk sinds 2014 en 2015 op de markt en biosimilars van deze insulines liggen nog niet op de loer. Door patiënten op deze insulines in te stellen, ontvluchten zorgverleners mogelijk het gedwongen omzetproces.

HOUDING VAN ZORGVERLENER IS ZEER BEPALEND VOOR REACTIE VAN PATIËNT OP OMZETTING

De Nederlandse Diabetesfederatie (NDF) heeft in 2018 een aantal aandachtspunten beschreven die nodig zijn voor een succesvolle omzetting van of naar een biosimilar insuline [4]. Apothekers blijken niet altijd goed op de hoogte van deze aandachtspunten. In een aantal situaties zijn in het verleden patiënten dan ook omgezet van referentiegeneesmiddel naar biosimilar zonder de nodige begeleiding.

De NDF noemt de volgende punten:

• Afspraken met andere zorgverleners

Zorgverleners moeten afspraken maken over welke patiëntgroepen niet in aanmerking komen voor omzetting, het benaderen van patiënten, het geven van een toedieninstructie, de monitoring en het beleid bij klachten.

• Gesprek met de patiënt

In het gesprek met de patiënt is een duidelijke uitleg belangrijk op het niveau van de patiënt. Verder moet de patiënt voldoende gelegenheid hebben voor het stellen van vragen. En de patiënt moet tijd en ruimte krijgen om een keuze te maken. Ook het geven van achtergrondinformatie (bijvoorbeeld via een folder of brief) over de omzetting is een aandachtspunt.

• Uitvoeren van een zorgvuldige omzetting

Gaat de patiënt akkoord met de omzetting? Dan kunnen de zorgverleners de omzetting zorgvuldig in gang zetten. Een praktisch aandachtspunt hierbij is om onderling het omzettingsmoment af te spreken en dit ook te communiceren richting andere zorgverleners, zoals verzorgenden of thuiszorg. Spreek onderling ook af wie de patiënt de toedieninstructie van de nieuwe pen geeft.

• Monitoring van de patiënt

Bespreek met de patiënt welke (intensievere) monitoring er plaatsvindt tijdens de omzetting. Daarnaast is het

belangrijk dat de patiënt weet waar hij terecht kan bij afwijkende waarden. Evaluatie van de omzetting kan bij de volgende controle door de behandelaar plaatsvinden. Bij eventuele klachten tijdens de omzetting is het belangrijk na te gaan wat de oorzaak is.

• Melden van klachten

Eventuele bijwerkingen kunnen zorgverleners en patiënten melden bij Bijwerkingencentrum Lareb onder vermelding van het batchnummer. Zijn de klachten gerelateerd aan het pensysteem? Meld deze dan bij de fabrikant.

• Evaluatie van het omzettraject

Evaluatie van het omzettraject dient met de betrokken zorgverleners plaats te vinden. Binnen een zorginstelling kunnen zorgverleners ook de cliëntenraad betrekken. Ervaringen uit een eerder omzettraject zijn waardevol bij een eventueel volgend omzettraject.

Uit de gesprekken met zorgverleners blijkt dat het omzetten bij de meeste patiënten goed gaat. Elke zorgverlener heeft slechts een klein aantal patiënten bij wie de omzetting niet goed ging. In een aantal gevallen is de patiënt weer teruggezet op Lantus. Bij andere patiënten lukte het, met wat extra begeleiding, om op Abasaglar te blijven.

Toolbox

Een van de grootste knelpunten dat in elk gesprek is genoemd, is de matige of slechte communicatie, afstemming en samenwerking tussen zorgverleners. Ook de soms slechte of ontbrekende communicatie vanuit de zorgverzekeraar is een knelpunt. Is er wel afstemming tussen de huisartsenpraktijk en apotheek, dan blijken praktijkondersteuners, praktijk- en diabetesverpleegkundigen regelmatig niet meegenomen te worden in het afstemmingsproces. Dit terwijl zij vaak de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk verzorgen.

De informatie uit alle gesprekken heeft de projectgroep duidelijk gemaakt dat zorgverleners behoefte hebben aan handvatten om ze te ondersteunen bij het doelmatig gebruik van insulines. Zij hebben daarom een opzet gemaakt voor een toolbox met diverse materialen. Om te bepalen of deze opzet past bij de behoefte van de zorgverleners is een behoeftepeiling gedaan. 229 zorgverleners hebben deze behoeftepeiling ingevuld. Aan de hand van de uitkomsten van de behoeftepeiling heeft de project de definitieve toolbox samengesteld (zie tabel). ■

Marieke van den Berk-Bulsink, Marinka van Dalfsen-Slingerland en Marloes Dankers zijn apothekers en werken voor het Instituut Verantwoord Medicijngebruik.

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.