

Medicatiebeoordeling afgedwong

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft sinds 1 juli jongstleden de medicatiebeoordeling in de eerstelijnszorg. De inspectie was ontevreden over de voortgang die de sector zelf realiseerde en heeft daarom een toetsingskader opgesteld. De Eerstelijns analyseert.

Medicatiebeoordeling is een belangrijke vorm van veiligheid bij farmaceutische zorg. Verkeerd gebruik van medicatie levert veel gezondheidsverlies en hogere kosten op. Medicatiebeoordeling of *reviews* is een gestructureerde methode om de kwaliteit bij polyfarmacie te verbeteren en onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen. Het RIVM wijst hierop in onderzoek uit 2013, maar publiceert geen exacte aantallen of kosten. Het meest bekende onderzoek is het HARM-onderzoek van LAREB uit 2006. Daar wordt geconcludeerd dat 2,4 procent tot 5,6 procent van alle ziekenhuisopnames geneesmiddel-gerelateerd was, waarvan 46 procent als potentieel vermijdbaar is gekwalificeerd. Daarmee zou anno 2006 al 85 miljoen euro per jaar aan kosten bespaard en verlies van kwaliteit van leven voorkomen kunnen worden.

Niet snel genoeg

Beroepsorganisaties en wetenschappelijke organisaties hebben in 2012 de multidisciplinaire richtlijn “Polyfarmacie bij ouderen” opgesteld. De richtlijn is

er, maar de implementatie gaat niet snel genoeg naar oordeel van de patiëntenverenigingen en de inspectie. Daarom is er een toetsingskader opgesteld voor handhaving. Dit kader bestaat uit vier normen:

- 1 Samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordeling tussen voorschrijvers en apothekers zijn vastgelegd.
- 2 Voorschrijvers en apothekers voeren medicatiebeoordelingen uit bij patiënten die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de richtlijn “Polyfarmacie bij ouderen”. In ieder geval alle patiënten van 75 jaar en ouder, die zeven of meer geneesmiddelen gebruiken en een verminderde nierfunctie [$eGFR < 50 \text{ ml/min/1,73m}^2$] hebben, krijgen een medicatiebeoordeling.
- 3 Zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit.
- 4 Het minimumaantal medicatiebeoordelingen dat zorgverleners jaarlijks uitvoeren is gebaseerd op een groeimodel voor de jaren 2015-2017.



Figuur 1 Groeimodel – aantal medicatiebeoordelingen per jaar per zorgverlener

Jaar	Huisartspraktijk/ Apotheek- houdend Huisarts*	Openbare Apotheek/ Poliklinische Apotheek
2015**	5	20
2016	15	60
2017	25	100

* gerelateerd aan de normpraktijk

** vanaf 1 juli 2015.

VGZ contracteert medicatiebeoordeling in zorggroepen

Al vanaf 2014 experimenteert zorgverzekeraar VGZ met medicatiebeoordeling in DBC's. Bij aanvang zijn er implementatieproblemen geweest op gebied van ict, logistiek en registratie, maar inmiddels worden de beoogde aantallen vrijwel overal gerealiseerd.

Door een combinatie met een regionaal formularium, eerste en tweede uitgifte en samenwerkingsafspraken met de wijkverpleging en specialist ouderengeneeskunde, wordt integrale farmaceutische kwaliteitsverbetering nagestreefd. Door ondersteuning van

een kwaliteitsfunctionaris en een staf-apotheker voor enkele uren per week, gerichte spiegelinformatie en polyfarmacie als onderdeel van bij- en nascholing wordt de kwaliteitsverbetering via een meerjarenproject opgepakt.

en door de inspectie



Foto: Thinkstock

Op basis van de inclusiecriteria die de IGZ hanteert, wordt op basis van het aantal (poliklinische) apotheken en (apothekhoudende) huisartsenpraktijken ingeschat dat ruim 220 duizend patiënten een medicatiebeoordeling krijgen in 2015. Dat aantal loopt daarna op.

Pragmatisch afkappunt

De IGZ heeft de KNMP en NHG benaderd om mee te helpen aan de ontwikkeling van een toetsingskader. Uit het voorstel van de NHG en KNMP zijn deze aanvullende criteria overgenomen op basis van de vigerende zorgprogramma's kwetsbare ouderen. Het belangrijkste verschil met de richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" is dat patiënten pas vanaf 75 jaar worden geïncludeerd. Dit is een pragmatische benadering, want er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor dit afkappunt. Het is echter wel een goede methode om

binnen het algemene kader een start te maken met medicatiebeoordelingen bij een deelpopulatie. Doordat er daarnaast een opbouw van drie jaar is en de aantallen beperkt, is de realisatie van de nieuwe IGZ-norm haalbaar en implementeerbaar. Een overweging is om bij de handhaving ook medicatiebeoordelingen bij andere specifieke doelgroepen binnen de totale populatie van de richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" (2012) mee te tellen.

Individueel of in organisatie

De medicatiebeoordeling is een onderdeel van veiligheid bij farmaceutische zorg en een multidisciplinaire aanpak van apotheek en huisartsenpraktijk samen levert meerwaarde op. Echter het gezamenlijk contracteren door zorgverzekeraars gebeurt nog sporadisch. Daarbij is de therapietrouw van de patiënt waarschijnlijk van net zo'n grote betekenis, maar is de rol van mantelzorg en wijkverpleegkundige geen integraal onderdeel van de polyfarmacie. Daarbij kan e-health een belangrijkere rol spelen, maar staan de experimenten nog in de kinderschoenen of worden experimenten te weinig gecontracteerd. Tot slot zijn transmurale regionale afspraken van grote meerwaarde.

Individuele apothekers en huisartsen kunnen in het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) afspraken maken omtrent medicatiebeoordeling en deze individueel contracteren. Dan komen de kosten ten laste van het eigen risico van de patiënt. Hoewel veel van hen dit uiteindelijk zullen overschrijden zijn

er signalen uit het veld dat patiënten om financiële redenen een medicatiebeoordeling weigeren. Een andere optie die echter nog maar zelden plaatsvindt is een medicatiebeoordeling als onderdeel van een zorgprogramma en DBC. Dan vindt de aansturing plaats vanuit de hoofdaannemer en is er geen eigen risico, omdat ketenzorg als huisartsenzorg is vrijgesteld.

Conclusie

Medicatiebeoordeling is een waardevol instrument in het verbeteren van de farmaceutische zorg. De apotheker en huisartsenpraktijk (huisarts, praktijkondersteuner en doktersassistente) zijn hierin belangrijke spelers. Maar door een bredere oriëntatie over het gehele ketenproces is een integrale verbetering haalbaar. Door de specialist (ouderengeneeskunde), wijkverpleegkundige en e-health waar nodig op te nemen in de samenwerkingsafspraken wordt verdere integratie gestimuleerd en de kwaliteit in de keten verbeterd. Daarnaast is een aaneengesloten adequaat ict-systeem een randvoorwaarde om de communicatie te garanderen. Tot slot is het vergroten van therapietrouw een cruciaal element om de medicatieveiligheid te vergroten. Hoewel er nu concrete stap-

Naar schatting krijgen ruim 220 duizend patiënten een medicatiebeoordeling in 2015

pen worden gezet, blijft het verbeteren van de medicatieveiligheid een uitdaging, waar multidisciplinaire transmurale samenwerking in regionale organisaties de tanden in kunnen zetten. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns