

# “Stoppen met wisselen van longm

Longpatiënten krijgen van de apotheker te vaak een ander medicijn dan voorgeschreven. Bijna de helft van de patiënten ervaart dan klachten. Aldus het Longfonds, dat zorgverzekeraars oproept om te stoppen met financiële prikkels waardoor apothekers zouden kiezen voor aflevering van de goedkoopste variant. Directeur Hendrien Witte gaat met alle betrokkenen om tafel.

Schokkend en onacceptabel, zo reageert Hendrien Witte, directeur patiëntenvereniging bij het Longfonds op het onderzoek van het NIVEL naar de effecten van het wisselen van medicijnen voor mensen met een longziekte (astma/COPD). Eind september werd dit gepubliceerd.

Van de 1 miljoen longpatiënten gebruiken 800.000 dagelijks longmedicatie. Daarvan wisselt 28 procent van medicatie. In het merendeel van de gevallen, 21 procent, gebeurt dat door de apotheek. Bijna de helft daarvan, 1 op de 10 longpatiënten, ervaart hierdoor matige tot ernstige klachten die niet nodig waren geweest. Bovendien weet de meerderheid niet waarom ze een ander medicijn meekrijgt. Financiële motieven

als inkoopafspraken met apothekers en het preferentiebeleid zijn vaak de aanleiding van het switchen, stelt het Longfonds.

“Patiënten moeten de medicatie krijgen die het beste past. Als de voorschrijver bepaalde medicatie voorschrijft, moet de patiënt ervan uit kunnen gaan dat de apotheker die aflevert. Wisselen kan alleen in overleg met de arts en op medische gronden. Elke andere afweging is ontoelaatbaar”, vindt Witte.

## Grote gevolgen

Voor de patiënt kunnen de gevolgen groot zijn. “Inhaleren van longmedicijnen luistert nauw: met een andere inhalator is een fout snel gemaakt en dan krijg je je medicijn niet goed bin-

nen. Bijna de helft van de mensen ervaart klachten als de apotheker iets anders meegeeft. 17 procent ervaart bijwerkingen, praktische problemen met inhaleren en minder controle over de longziekte. Longpatiënten die wisselen snappen vaak niet hoe de nieuwe medicatie te gebruiken, zijn minder therapietrouw en ervaren minder vaak een goede gezondheid dan mensen die niet wisselen.”

“Ook het Longfonds wil doelmatige zorg. Maar als longpatiënten verkeerde medicatie krijgen, stijgt het aantal bijwerkingen, neemt de kans op een longaanval toe en gaan de kosten van de zorg omhoog. Dat is geen doelmatige zorg.”

## “Regionale formularia prima ontwikkeling”

Een slechte zaak als patiënten een ander medicijn krijgen dan voorgeschreven, stelt Regien Kievits voorzitter van de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG), een netwerkorganisatie van (kader-)huisartsen. “Generiek voorschrijven is prima bij orale toediening, maar longmedicatie luistert erg nauw. Onderling uitwisselen van het device kan niet. Prima voorstel van het Longfonds om de problematiek met betrokken partijen te bespreken. Ook goed als de patiënt controleert of hij de voorgeschreven medicatie krijgt. Natuurlijk kunnen huisartsen en apothekers afspraken maken over het afleveren van andere medicatie dan voorgeschreven, maar artsen moeten niet de apotheker willen controleren. Voor mij is niet duidelijk waarom apothekers switchen. Het vermoeden is dat financiële prikkels

een rol spelen, maar dat is niet uitgezocht. De CAHAG gaat over de inhoud van goede zorg en niet over geld, maar dit onderwerp moet wel ergens besproken worden. Ook het meldpunt voor switchers is prima. Zet dat open voor voorschrijvers. Ik ben structureel tegen medische noodzaak op longmedicatie: in principe is ieder recept medische noodzaak. De ontwikkeling in Maastricht volgen wij met interesse. Er komen steeds meer regionale formularia. Zo kunnen artsen ervaring opdoen met een beperkt aantal middelen dat de lading dekt. Er zijn inmiddels zoveel middelen dat het voor voorschrijvers onmogelijk is daaruit te kiezen. Ideaal is natuurlijk als er een algemene gebruiksvriendelijke inhalator zou zijn, maar dat zal wel een mooie droom blijven.”

# edicatie”



Hendrien Witte, directeur Longfonds patiëntenvereniging: “Een formularium om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren is prima, maar in Maastricht moeten fabrikanten bieden op dat formularium en bepaalt de prijs de kwaliteit.”

## Regionale formularia

Op verschillende plekken (Nijkerk, POZOB, Nijmegen, Maastricht) worden formularia opgesteld over de verstrekking van longmedicatie. In Maastricht koopt zorgverzekeraar VGZ longmedicijnen in op basis van het formularium Maastricht UMC+ en ZIO. Daarmee zetten ze de industrie onder druk om de prijzen te laten dalen. De patiënt is goedkoper uit, want deze longmedicijnen gaan niet ten koste van hun eigen risico, zo redeneren de initiatiefnemers. Bij succes wordt de proef landelijk uitgerold.

*“Wisselen kan alleen  
in overleg met de arts  
en op medische gronden,  
elke andere afweging  
is ontoelaatbaar”*

Een schijnsucces, reageert de directeur. “Deze patiënten zijn hun eigen risico al kwijt aan medicatie en andere zorg. Voor longpatiënten in Maastricht zijn de risico’s niet te overzien. Hun positie wordt nog kwetsbaarder nu ze door financiële prikkels worden verleid over te stappen op een medicijn en inhalator die vallen binnen de selectie. Een for-



*Eén op de tien longpatiënten ervaart matige tot ernstige klachten door het wisselen van medicatie.*

mularium om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren is prima, maar in Maastricht moeten fabrikanten bieden op dat formularium en bepaalt de prijs de kwaliteit. Bovendien is de selectie aan medicijnen beperkt. De gereedschapskist van de arts wordt daarmee leger: hij moet van goeden huize komen om af te wijken van de inkoopselectie.”

### Tal van vragen

“We hebben tal van vragen: Wat als de ernst van de longziekte andere medicijnen vereist dan de geselecteerde? Hoe vrij is de arts om deze voor te schrijven? En wat gebeurt er als een fabrikant na een jaar niet meer meedoet en er een andere fabrikant gaat leveren? Bepaalt dan de zorgverzekeraar op basis van de prijs van die nieuwe fabrikant de samenstelling van het formularium en krijgen patiënten andere medicatie? Of krijgen patiënten de garantie dat het formularium minimaal vijf jaar bestaat? Wat als de apotheker andere medicatie aflevert?”

### In gesprek

Het Longfonds neemt het initiatief voor een oplossing. “We willen dat patiënten meer weten over inhalatiemediatie. In een nieuw stappenplan staat duidelijk wat patiënten kunnen doen als ze worden geconfronteerd met andere medicatie. Patiënten moeten weten dat het volgens het Longfonds in principe niet is toegestaan om zonder overleg met de patiënt en arts een ander middel te leveren dan is voorgeschreven. Ook sporen we patiënten aan om met hun behandelaar in gesprek te gaan over de ongewenste wisseling. En er is een meldpunt voor klachten: [www.longfonds.nl/meldpunt-longzorg](http://www.longfonds.nl/meldpunt-longzorg).”

De problematiek is complex. “Daarom gaan we in gesprek met betrokkenen als apothekers, huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen en zorgverzekeraars om samen tot een oplossing te komen.”

Hoe ziet een mogelijke oplossing eruit? “Voorschrijvers in de eerste lijn kunnen met de patiënt meer aandacht besteden aan de medicatie en het juiste gebruik van het apparaat. Een verbetering is ook een meer uniforme instructie. Ze kunnen hen actief ondersteunen wanneer ze te maken krijgen met een ongewenste wisseling. Vertel de patiënt welke medicatie en device je voorschrijft en controleer vervolgens of de apotheker deze medicatie ook aflevert. Dat kan de POH ook doen. Maak ook afspraken tijdens het FTO. En apothekers kunnen zich beter houden aan de eigen Handleiding Geneesmiddelssubstitutie en aan de LAN-aanbevelingen Goed Gebruik Inhalatiemedicatie astma en COPD. Als de apotheker overweegt om toch andere medicatie te verstrekken, dan moet hij contact opnemen met de POH of huisarts: wat zijn de overwegingen om te switchen?”

## Overgangsjaar voorbij, nu volhouden en verbeteren



De gemeenten zijn inmiddels in jaar twee van de decentralisaties. Elders in deze Eerstelijns analyseert Marnix de Romph, directeur van Oog in oog management, de contractering en verantwoording van gemeenten in het voorgaande jaar. Dit jaar zou alles ingeregeld moeten zijn en soepel moeten gaan lopen. Lukt dat? De kans op een probleemloze start van 2016 lijkt mij niet groot. De afronding van 2015 zal zeker de nodige discussie geven. Wat is er precies ingekocht en afgerekend? De gemeenteraad zal hierover vragen stellen aan de verantwoordelijke wethouders. Is er voldoende zorg ingekocht? Is de zorgvraag of het beschikbare budget van de gemeente leidend geweest? Accountants en rekenkamers krijgen hun handen vol aan de jaarrekening.

Denemarken heeft het anders aangepakt. Daar zijn eerst de gemeenten vergroot, vervolgens is er in deskundigheid geïnvesteerd en pas daarna zijn de taken en verantwoordelijkheden voor de zorg overgeheveld. De Nederlandse regering moest vanwege de houdbaarheid van ons zorg- en welzijnssysteem wel ingrijpen. Vooral in de AWBZ. Maar het tempo was simpelweg te hoog. Daarom hebben de gemeenten nog niet alles op orde en zullen zij 2016 moeten gebruiken om de overgeheveldde zorg verder in te regelen.

### Samen of alleen?

Dat vereist beleidskeuzes op lokaal niveau. Ga je als gemeente in regionaal verband optreden, zodat je efficiëncywinst kunt boeken en voor eenduidigheid kunt zorgen naar eerstelijnszorgaanbieders? De keerzijde daarvan is dat je naar de eigen gemeenteraad geen specifieke verantwoordelijkheid kunt dragen. Kies je er als kleine gemeente juist voor om vast te houden aan eigen beleid en geen regionale afspraken te maken, dan ontbreekt het aan eenduidigheid naar eerstelijnszorgaanbieders. Daartegenover staat dat je wel het eigen beleid kunt verdedigen naar de gemeenteraad. Voor de eerstelijnszorg hoop ik dat gemeentes zullen kiezen voor samenwerking.

Nederland zucht en steunt onder alle veranderingen. Het moet, maar valt in de praktijk niet mee. Stug volhouden en het systeem verbeteren. Dat is wat u kunt verwachten van de centrale overheid. Op lokaal en regionaal niveau zal de diversiteit blijven tot er algemene beleidskaders ontstaan, waar beleidsmakers, gebruikers en toetsende instanties zich aan kunnen meten. Een mooi doel voor 2016.

Jan Erik de Wildt  
Directeur De Eerstelijns

Reageren? [Je.dewildt@de-eerstelijns.nl](mailto:Je.dewildt@de-eerstelijns.nl)

Ook tussen eerste en tweede lijn is meer consistentie in instructie, voorschrijven en afleveren welkom. Zo kunnen specialist en apotheker tijdens het FTTO afspraken maken en die vastleggen in regionale richtlijnen. Is het een oplossing om op ieder longrecept medische noodzaak te zetten? “Daarover denken voorschrijvers verschillend. Dat is een noodgreep, maar misschien is het een mogelijkheid.”

*“We gaan in gesprek met apothekers, huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen en zorgverzekeraars om samen tot een oplossing te komen”*

### Stoppen met financiële prikkels

De belangrijkste rol is er voor de zorgverzekeraars. “Die moeten stoppen met financiële prikkels waardoor apothekers kiezen voor aflevering van de goedkoopste variant. Haal inhalatiemedicatie uit het preferentiebeleid en de inkoopafspraken met apothekers. Maak in plaats daarvan afspraken die een beter gebruik van inhalatiemedicatie bevorderen.”

Wanneer is het Longfonds tevreden? “Als dit jaar in de regio’s verbeteringen zichtbaar zijn in het FTO en de POH en de longverpleegkundige meer aandacht hebben voor de belangen van de patiënt, dan is dat al een flinke stap voorwaarts. Is daarnaast vanaf 2017 longmedicatie uit het preferentiebeleid en de inkoopafspraken met apothekers, dan ben ik tevreden!” <<

Niels van Haarlem