

Witboek Farmacie

Farmacie, apothekers en de apotheek Positie bepalen

Marcel Bouvy, Ruud Dessing, Fons Duchateau



 **KNMP**



Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
versie november 2010

Witboek Farmacie

Farmacie, apothekers
en de apotheek
Positie bepalen

Marcel Bouvy

Ruud Dessing

Fons Duchateau

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Leeswijzer	7
DEEL I	
Maatschappelijke context	11
Visie op de apotheker	12
Visie en werkelijkheid	13
Prioriteiten voor de komende jaren	15
1. Begeleiding van patiënten bij de eerste en tweede uitgifte	15
2. Medication review	16
3. Vergroten van medicatieveiligheid	16
4. Medicatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn	16
5. Doelmatig geneesmiddelengebruik	17
DEEL II	
De apotheker en de apotheek: strategische acties	21
1. Ontwikkeling van richtlijnen voor farmaceutische (patiënten)zorg	21
2. Opzet van het specialisme Openbare Farmacie met een vernieuwde opleiding	24
3. Versnelde aanpassing van apotheek informatiesystemen (AIS)	25
4. Bekostiging: van logistiek naar zorgvergoeding	26
5. Wet- en regelgeving ondersteunt de zorgverlenende rol van de apotheker	28
Farmacie en farmacotherapie	31
Farmaceutische zorg en farmaceutische patiëntenzorg	35
Preventie en vroegsignalering	37
Geraadpleegde literatuur	39
Lijst van gebruikte afkortingen	40

Voorwoord

Voor u ligt het eerste Witboek Farmacie dat in de geschiedenis van Nederland is verschenen. Dat feit op zichzelf geeft al aan dat er iets bijzonders aan de hand is met de farmacie in ons land.

Meer dan ooit staat de patiënt centraal voor apothekers. Medicatieveiligheid, medicatietrouw en medicatieoverdracht worden steeds belangrijker, evenals het doelmatig voorschrijven en verstrekken van medicijnen. Tegelijkertijd gaat de vergrijzing door, waardoor de behoefte aan een kwalitatief hoogstaande zorg voortdurend zal toenemen. Er komen steeds meer patiënten die meerdere medicijnen gebruiken, waardoor de begeleiding van en advisering aan deze patiënten steeds complexer wordt.

Binnen de politiek en overheid is het thema kwaliteit in de zorg dan ook dominant. Tevens is er een in de politiek en overheid gevoelde noodzaak om de zorgkosten te beheersen en waar dat kan te verminderen. De zorgverzekeraars hebben van de politiek en overheid de regie gekregen over het realiseren van deze kostenbeheersing en kostenvermindering.

In dit licht nemen de eerstelijns openbaar apothekers een bijzondere positie in. Als geen ander waren en zijn zij in staat patiënten te begeleiden in en te adviseren over een goed (effectief, veilig en doelmatig) medicijngebruik. Hierdoor zorgen de apothekers er jaar in jaar uit voor dat dure ziekenhuisopnames en operaties worden voorkómen. Maar in de beeldvorming was het vaak anders. De apothekers worden echter vaak als distributiekanaal voor medicijnen gezien en ook hun bekostiging is tot nog toe gebaseerd op deze functie als distributeur.

Het door zorgverzekeraars geïnitieerde preferentiebeleid is de afgelopen jaren zeer succesvol geweest in het bewerkstelligen van aanzienlijke bezuinigingen op de kosten van medicijnen. De zorgtaken van de apotheker die tot nog toe altijd bekostigd werden uit de distributie-

inkomsten (receptregelvergoeding + kortingen) komen hierdoor in het gedrang. Tussen zorgverzekeraars en apothekers is een sfeer van wantrouwen ontstaan over de invulling en bekostiging van de zorgtaken van de apotheker.

Eind 2009 is daarom op initiatief van de politiek onder leiding van Hans Alders een overlegronde gestart tussen apothekers en zorgverzekeraars om te komen tot een gelijk speelveld en een duidelijke positionering van de apothekers. In dit Alders-overleg hebben we op een open wijze elkaars standpunten en visies besproken. Deze openheid heeft zeker bijgedragen aan de gedachtevorming onder apothekers over het Witboek Farmacie. Ik wil dan ook een groot compliment maken aan alle deelnemers aan het Alders-overleg en uiteraard niet in de laatste plaats aan Hans Alders zelf.

Het Witboek Farmacie is een product van de gehele apothekersbranche en dat is een enorme winst. Het geeft een foto van datgene wat apothekers nu al doen en het werpt een blik op datgene wat we gáán doen. Het Witboek Farmacie is ván de branche en vóór de branche. Met het Witboek Farmacie in de hand gaan we draagvlak zoeken bij andere geledingen, zoals zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en uiteraard politiek en overheid.

Graag maak ik van dit voorwoord gebruik om alle apothekers en geledingen in de branche wijsheid en succes toe te wensen om het Witboek Farmacie tot uitvoering te brengen.

Jan Smits, apotheker, voorzitter KNMP

Leeswijzer

Het Witboek Farmacie bestaat uit twee delen. Het eerste deel voert de lezer in vogelvlucht door de materie. Vanuit de maatschappelijke context beschrijft het de visie het beroep van apotheker. En voert, via de strategische acties die de branche voorstaat, naar de prioriteiten die op korte termijn worden ingevuld.

Lezers die vervolgens verdieping zoeken, raden wij aan het tweede deel te lezen. Hierin vinden zij de achtergronden van de visie op de apotheker en de uitwerking van de strategische acties. Daarnaast biedt dit deel een beknopte weergave van de basis van het beroep, aan de hand van beschrijvingen van farmacotherapie, farmaceutische zorg, farmaceutische patiëntenzorg en preventie en vroegsignalering.

De nieuwe rol van de apotheker dus. Het Witboek Farmacie beschrijft op welke gebieden de rol van de apotheker binnen de zorg zich verder moet ontwikkelen en welke middelen nodig zijn om deze nieuwe rol te ondersteunen.

Apotheken en hun organisatie

Het begrip apotheek is inmiddels redelijk divers geworden. We kennen ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken, openbare apotheken, internet- en postorderapotheken. Bovendien kunnen apotheken deel uitmaken van een apotheekketen, solitair opereren, in groepen een maatschap vormen, binnen een formule (franchise) opereren of samen met andere disciplines georganiseerd zijn binnen een gezondheidscentrum, AHOED of ziekenhuis.

Deze notitie beperkt zich tot openbare en poliklinische apotheken. Deze worden immers gefinancierd binnen de systematiek die thans aan de orde is. Dat neemt niet weg dat farmaceutische zorg in de eerste lijn nauw moet aansluiten op de zorg in de tweede lijn. Openbaar apothekers werken hier intensief samen met ziekenhuisapothekers. Poliklinische apothekers spelen een belangrijke rol om deze overgang tussen eerste en tweede lijn te faciliteren. Ziekenhuisapotheken worden echter anders gefinancierd en vallen binnen de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisdirecties.

Witboek Farmacie

Deel 1

De apotheker en samenwerking

De beroepsgroep werkt samen met vele partijen in de zorgsector:

Ministerie van VWS: verantwoordelijk voor gezondheidsbeleid en de realisatie van daarmee samenhangende doelstellingen

Patiëntenorganisaties: verantwoordelijk voor inbreng van ervaringen uit de praktijk. Focus op kwaliteit van leven

Zorgverzekeraars: verantwoordelijk voor kwaliteit en bereikbaarheid van zorg

KNMP: verantwoordelijk voor inhoudelijke kwaliteit van farmaceutische zorg en de afstemming met maatschappelijke ontwikkelingen. Bovendien verantwoordelijk voor het formuleren van benodigde randvoorwaarden

ASKA en andere: vertegenwoordigers van ketens, formules en inkoopcombinaties zijn mede verantwoordelijk voor de kwaliteit en realisering van farmaceutische zorg

Artsenorganisaties: verantwoordelijk voor afstemming van geneeskundig handelen met andere betrokken disciplines, waaronder apothekers

Organisaties van professionals in de eerstelijns zorg: zoals fysiotherapeuten, klinisch chemici, verpleegkundigen en diëtisten

Organisaties van ondersteunend personeel: apothekersassistenten, SBA; verantwoordelijk voor kwaliteit en opleidingsniveau

Organisaties van aanbieders in de ketenzorg: ketenzorg is een politieke prioriteit en heeft als doel de patiënt centraal te stellen bij het multidisciplinaire handelen

Universiteiten en nascholingsinstituten: onderwijs- en nascholingsprogramma's moeten aansluiten bij de eisen die de moderne beroepspraktijk stelt

Maatschappelijke context

De afgelopen dertig jaar heeft het gebruik van geneesmiddelen zich sterk ontwikkeld. Er zijn zeer effectieve geneesmiddelen beschikbaar gekomen die, mits op de juiste wijze toegepast, sterke gezondheidswinst kunnen opleveren. In het ziekenhuis worden steeds geavanceerdere invasieve technieken toegepast, gevolgd door een kortere verblijfsduur in het ziekenhuis en een grotere rol voor onder meer farmacotherapie. In de eerstelijnszorg zien we in de afgelopen decennia een verveelvoudiging van het gebruik van geneesmiddelen. Als gevolg daarvan gebruiken grote groepen van de bevolking (vooral ouderen) complexe combinaties van geneesmiddelen. Demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing, toegenomen levensverwachting en een gewijzigde beleving van kwaliteit van leven, zorgen ook voor budgettaire druk en discussies over solidariteit. Verwachtingen van patiënten en mantelzorgers, hun behoeften, individualisering en informatisering veranderen de wijze waarop het publiek hulpverleners tegemoet treedt.

In het licht daarvan zijn apothekers er van overtuigd dat zij een belangrijke bijdrage leveren aan een bereikbare, laagdrempelige en veilige gezondheidszorg. Binnen dit speelveld hebben zij te maken met artsen, verpleegkundigen, thuiszorg, verloskundigen, ziekenhuizen, poliklinieken, patiëntenorganisaties, fysiotherapeuten, trombosediensten, GGD's, klinisch chemici, zorgverzekeraars en beleidsmakers.

Daarom is het belangrijk dat onze visie op de kwaliteit van de farmaceutische zorg en de daarbij behorende randvoorwaarden, wordt gedeeld met andere betrokken partijen.

Figuur 1 geeft de visie op de apotheker en de strategische terreinen waarop actie gewenst is weer.



Benodigde strategische acties:

- Richtlijnen
- Opleiding
- ICT
- Bekostiging
- Wetgeving en Regulering

Visie en werkelijkheid

Hoe wordt de visie op de apotheker werkelijkheid?

De rol van de apotheker, zoals deze is geschetst in figuur 1, is op sommige punten al volledig gerealiseerd. Op andere punten is de beroepsgroep al decennia lang voortdurend in ontwikkeling. Om deze ontwikkeling een versnelling te geven zijn strategische acties op vijf terreinen van groot belang. Alle genoemde aspecten staan ten dienst van één doel: het bevorderen van de effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid van het gebruik van geneesmiddelen.¹

Strategische acties

1. Ontwikkeling van richtlijnen voor farmaceutische (patiënten)zorg
2. Opzet van het specialisme openbare farmacie met een vernieuwde opleiding en herregistratie van zittende apothekers
3. Versnelde aanpassing van apotheek informatiesystemen (AIS) ter ondersteuning van de patiëntenzorg
4. Een bekostigingsstructuur die het verlenen van farmaceutische zorg stimuleert
5. Wet- en regelgeving ondersteunt de zorgverlenende rol van de apotheker

¹ Uitgebreide uitwerking van deze strategische acties in Deel II (pagina 19 e.v.)



Prioriteiten voor de komende jaren

Hiervoor zijn de gebieden benoemd waar strategische actie nodig is. Aangezien dit vaak zaken betreft waarbij de effecten niet direct zichtbaar en meetbaar zijn, is het van belang de prioriteiten te benoemen. We beschrijven hier vijf prioriteiten waarop de rol van de apotheker direct verder ontwikkeld kan worden. De rode draad in die prioriteiten bestaat uit drie aspecten:

- Veel randvoorwaarden zijn al aanwezig. Er is behoefte aan optimalisatie van wat er nu al kan
- Via landelijke innovatieve trajecten kunnen verschillende partijen verdere verbeteringen bewerkstelligen
- De activiteiten leiden direct tot kwaliteitsverbetering voor de patiënt. Indicatoren maken de inspanningen van de apothekers transparant

1. Begeleiding van patiënten bij eerste en tweede uitgifte

Apothekers hebben de afgelopen jaren protocollen ontwikkeld voor de begeleiding van patiënten bij eerste en tweede uitgifte van geneesmiddelen. Daarmee is de informatievoorziening aan patiënten sterk verbeterd.

Er zijn echter verschillende richtlijnen voor eerste en tweede uitgifte en er is weinig bekend over de mate waarin eerste en tweede uitgifte-gesprekken structureel worden uitgevoerd. Standaardisatie en verbetering is daarom een prioriteit. De komende jaren zullen de volgende activiteiten worden ontplooid om de begeleiding van patiënten te verbeteren.

- Standaardisatie van landelijke richtlijnen voor eerste en tweede uitgifte, zowel generiek als voor diverse aandoeningen en geneesmiddelgroepen
- Facilitering van eerste en tweede uitgifte door betere ondersteuning vanuit apothek informatiesystemen
- Ontwikkeling van een landelijke indicatorenset om cliëntervaringen met de voorlichting door de apotheek te meten
- Aandacht voor genoemde richtlijnen en voor communicatieve vaardigheden en motiverende gespreksvoering in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker specialist
- Ontwikkeling van nascholingsaanbod aan apothekers(-assistenten), dat met name gericht is op communicatieve vaardigheden en motiverende gespreksvoering

2. Medicatie review

Een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik vindt momenteel vooral projectmatig en in onderzoeksverband plaats. Standaardisatie en verdere uitrol van het Medicatie review (periodieke beoordeling van de farmacotherapie) is van belang om effectief en veilig geneesmiddelgebruik te bevorderen.

- Standaardisatie van richtlijnen waaraan medicatiebeoordeling moet voldoen (zoals beschikbaarheid van voldoende relevante informatie, samenwerking met arts en patiënt)
- Ontwikkeling van ICT-applicaties binnen huisarts en apotheek informatiesystemen die Medicatie review faciliteert
- Aandacht voor de gestandaardiseerde richtlijnen en uitvoering van het Medicatie review in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker specialist
- Beschikbaarheid en landelijke uitrol van gezamenlijke nascholing voor voorschrijvers en apothekers om Medicatie review op hoog niveau uit te voeren
- Ontwikkeling van indicatoren, waarmee zowel de omvang als de kwaliteit van Medicatie review gemeten kan worden

3. Vergroten van de medicatieveiligheid

De Nederlandse apotheek informatiesystemen behoren wereldwijd tot de meest geavanceerde medicatiebewakingssystemen. Patiënten halen meer dan 95% van hun receptgeneesmiddelen in dezelfde apotheek. Door regionale apotheekclusters en OZIS-koppeling is de afgelopen jaren een belangrijke slag gemaakt om het gedeelde overzicht van de, door de patiënt gebruikte,

medicatie nog completer te maken. Continue aandacht voor het veilig gebruik van geneesmiddelen blijft echter noodzakelijk om medicatiegerelateerde morbiditeit, onder andere leidend tot onnodige ziekenhuisopnamen, te beperken. Hiertoe is het van belang de bestaande medicatiebewaking verder uit te breiden.

- Door apothekers te laten beschikken over relevante klinische waarden (zoals nierfunctie, elektrolyten en bloeddruk) kunnen zij doseringen, interacties en contra-indicaties en ook effectiviteit beter beoordelen en afhandelen
- De verdere ontwikkeling en implementatie van Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB)
- Scholing van apothekers zowel tijdens als na de opleiding met betrekking tot de interpretatie van klinische waarden
- Implementatie van het centrale medicatiefouten registratiesysteem in de farmaceutische zorg (CMR)
- Ontwikkeling van indicatoren om inzicht te geven in de mate waarin apothekers bovenstaande activiteiten uitvoeren

4. Medicatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn

De richtlijn medicatieoverdracht is vanaf 2011 landelijk geïmplementeerd. Openbaar, poliklinische en ziekenhuisapothekers vervullen idealiter een spilfunctie bij het overdragen van informatie over geneesmiddelen bij opname en ontslag uit het ziekenhuis. Voor de effectieve implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht is de komende jaren een aantal belangrijke activiteiten noodzakelijk.

- Beoordeling van geneesmiddelgebruik na ontslag uit het ziekenhuis

- Overdracht van complete medicatie-informatie van eerste naar tweede lijn bij opname of bezoek aan de polikliniek
- Verbeteren van de registratie van UA-geneesmiddelen en andere zelfzorggeneesmiddelen die in de apotheek zijn aangeschaft
- Aandacht voor genoemde richtlijnen in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker specialist en bij herregistratie van specialisten openbaar apotheker
- Verdere aanpassing van ICT-systemen voor informatie-uitwisseling tussen apothekers en andere zorgverleners

5. Doelmatig geneesmiddelengebruik

Vrijwel alle hiervoor beschreven strategische acties hebben invloed op de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik. Nederland kenmerkt zich als een land waar kwaliteit en kosten van de zorg goed in balans zijn. Om dat zo te houden is het noodzakelijk de zorg zo doelmatig mogelijk te blijven organiseren. Doelmatigheid staat daarom ook hoog op de politieke agenda.

De apotheker is de deskundige op geneesmiddelengebied en dus adviseur voor artsen, andere zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars. Door met hen samen te werken, kan de apotheker sturen op doelmatig gebruik van medicijnen. Het structurele farmacotherapeutisch overleg met voorschrijvers (FTO en FTTO) stimuleert evidence based voorschrijven. In samenspraak kiezen de betrokken zorgverleners voor middelen die hun therapeutische waarde bij bepaalde indicaties bewezen hebben. Op basis van aflevergegevens van de apotheek vindt regelmatig evaluatie plaats van deze afspraken. Artsen en

apothekers maken afspraken met zorgverzekeraars betreffende kosten- en volumebeperking. Hierdoor worden minder medicijnen verspild en worden niet meer dure medicijnen verstrekt dan noodzakelijk.

Naast de keuze van een kosteneffectief geneesmiddel, speelt ook het goed gebruik van een geneesmiddel door de patiënt een belangrijke rol voor optimale doelmatigheid.

Motivatie en begeleiding van de patiënt bevorderen het therapeutische effect in sterke mate.

De apotheker en de kerncompetenties

- Interpretatie van productinformatie op basis van wetenschappelijke training
- Kennis van farmacologie en toedieningsvormen vormen de basis voor het oplossen van problemen die samenhangen met doseringen
- Kennis van chemie, farmacodynamica en farmacokinetiek speelt een rol bij het adviseren van patiënten
- Kennis van de relatie tussen transport door en verdeling in het lichaam bepaalt het advies over dosering en effecten
- Kennis van biochemie gekoppeld aan de kennis van eliminatiemechanismen maakt het mogelijk klinische adviezen te geven, bijvoorbeeld over de dosis van antistollingsmiddelen⁵

⁵ Een ander voorbeeld is dat aerosolen effectief zijn op basis van deeltjesgrootte, transport en depositie. Een goed persoonlijk advies houdt rekening met het type inhalator, longcapaciteit, manuele vaardigheden en inhalatiecoördinatie.

Apothekers hebben er samen met voorschrijvers voor gezorgd dat Nederland een van de Europese landen is waar een hoge kwaliteit van de farmacotherapie gepaard gaat met een relatief laag niveau van de totale kosten van geneesmiddelen. Dit wordt onder andere weerspiegeld door het hoge gebruik van generieke geneesmiddelen ten opzichte van specialités. Daarnaast is door het preferentiebeleid het prijsniveau van generieken aanzienlijk gedaald. De uitdaging voor de komende jaren is het hoog niveau van de farmacotherapie en dit lage prijsniveau vast te houden. Tevens moet voorkomen worden dat, door volumegroei en resubstitutie naar specialités of farmacotherapeutische groepen waar nog geen generieke varianten beschikbaar zijn, de totale kosten van de geneesmiddelenzorg wederom bovengemiddeld gaan stijgen. Apothekers zullen daartoe de komende jaren de aanzienlijke inspanningen leveren.

- Blijvend het hoge niveau van FTO waarborgen, samenwerking met (nieuwe) voorschrijvers versterken, blijvend hoge substitutiegraad waarborgen
- Nieuw geregistreerde geneesmiddelen kritisch volgen en beoordelen
- Stimuleren FTTO (overleg tussen openbare, poliklinische en ziekenhuisapotheek en de betrokken voorschrijvers)
- Doelmatigheid verhogen door het verbeteren van de therapietrouw. Uit onderzoek is ook gebleken dat het goed inzetten van de huidige geneesmiddelen en het verhogen van de therapietrouw, meer gezondheidswinst oplevert dan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen
- Indicatoren maken doelmatigheid en kwaliteit meetbaar

Witboek Farmacie

Deel 2



De apotheker en de apotheek: strategische acties

1. Ontwikkeling van richtlijnen voor farmaceutische (patiënten)zorg

De apotheker is door zijn opleiding bekend met de principes van Good Laboratory practice en Good Manufacturing Practice. Daarmee is het werken conform richtlijnen en protocollen als het ware een tweede natuur van de apotheker. De afgelopen jaren zijn vergelijkbare richtlijnen voor Good Pharmacy Practice geïmplementeerd voor bijvoorbeeld de afhandeling van interactie- en contra-indicatiesignalen, en voor zelfzorgvragen. Ook zijn apothekers bekend met medische richtlijnen, zoals de NHG-standaarden, CBO-richtlijnen, specifieke zorgstandaarden en het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze worden veelvuldig geraadpleegd in het dagelijks werk of in het kader van het structurele overleg met huisartsen tijdens het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO). Het, door de KNMP ontwikkelde, Informatorium Medicamentorum en de G-Standaard slaan de brug van farmacologie naar de klinische toepassing van geneesmiddelen.

Het aantal richtlijnen voor aandoeningsspecifieke farmaceutische (patiënten)zorg is echter nog beperkt. De rol van de apotheker is alleen in globale termen beschreven in de Nederlandse Apotheek Norm (NAN). De inzet is om de komende jaren te komen tot een alomvattend

geheel van zowel generieke- als aandoeningsspecifieke richtlijnen. Bij generieke richtlijnen kan men denken aan specifieke farmaceutische zorgactiviteiten, zoals eerste en tweede uitgiftegesprekken, Medicatie review, Ontslaggesprek, Weekdoseringen etc. Bij aandoeningsspecifieke richtlijnen komen de grote chronische aandoeningen als eerste aan bod. Inmiddels liggen de eerste richtlijnen voor diabetes en COPD in concept klaar.

Een belangrijke ontwikkeling hierin is de oprichting van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar Apothekers, afgekort WSO, in 2009. De WSO houdt zich uitsluitend bezig met beroepsinhoudelijke en wetenschappelijke aspecten van het apothekersvak. De Sectie zet zich op drie terreinen in: Onderwijs, Onderzoek en Ontwikkeling. De Sectie wil hiermee het beroep niet alleen vooruit helpen, maar het ook beter wetenschappelijk onderbouwen. Veel van de activiteiten van de Sectie worden uitgevoerd in zogenaamde Special Interest Groups (SIG's). In 2010 zijn zes SIG's van start gegaan: SIG Longaandoeningen, SIG Diabetes, SIG Hart- en Vaatziekten, SIG Medicatieveiligheid, SIG Ethiek & Filosofie en SIG Productzorg & Bereidingen.

Veiligheid

De toename van comorbiditeit, complexere medicijnen, andere verwachtingspatronen, mondigheid en polyfarmacie maakt het afstemmen van de medicatie op de persoonlijke situatie van de patiënt steeds belangrijker. Nieuwe ontwikkelingen en inzichten brengen de effectiviteit en veiligheid van farmacotherapie verder, maar dan moet het kader waarin de apotheker opereert op vitale punten worden herzien.

HARM

Tussen het voorschrijven van een recept en het toepassen van een geneesmiddel zitten heel wat stappen. De kans dat op deze weg wat mis gaat, is aanzienlijk. Dit blijkt uit het HARM-onderzoek: in 2006 is in twee studies onderzocht of er een verband bestaat tussen ziekenhuisopnames en geneesmiddelengebruik en welk deel potentieel vermijdbaar is. Het bleek dat jaarlijks circa 16.000 mensen met spoed worden opgenomen door de schade die zij hebben opgelopen als gevolg van vermijdbare medicatiegerelateerde incidenten. De studies hebben bevestigd dat geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames een onderschat en reëel probleem vormen. Bovendien kan een gerichte inspanning een belangrijk deel van de opnamen voorkómen. Naast leed veroorzaken deze opnames een schadepost, die volgens schattingen oploopt tot 100 miljoen euro per jaar.

Specifieke geneesmiddelgroepen

Naast algemene aanbevelingen, zoals het kiezen en vastleggen van één eindverantwoordelijke bij complexe farmacotherapie, en het snel en adequaat doorgeven van het staken van een genees-

middel vanwege een ernstige bijwerking, bevat het rapport aanwijzingen voor specifieke geneesmiddelgroepen. Deze laatsten moeten worden ingepast in de bestaande medicatiebewaking, dan wel een plek vinden in Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB). Bij de implementatie van de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport heeft op dit moment het terugdringen van geneesmiddelgerelateerde bloedingen de prioriteit.

Medicatieoverdracht: een belangrijke actie ter beperking van risico's

Ook bij het voorschrijven van medicatie worden nog te vaak vermijdbare fouten gemaakt. Deze fouten komen naar voren in het grote aantal adverse events (onbedoelde uitkomsten), dat in de ziekenhuizen wordt geregistreerd. Een belangrijk deel van de fouten is toe te schrijven aan de medicatieoverdracht tussen verschillende zorginstellingen, afdelingen en zorgprofessionals. Per 1 januari 2011 wordt de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens van kracht. De Inspectie zal vanaf die datum controleren op naleving ervan door het hele zorgveld.

De richtlijn geeft aan dat een medicatieoverzicht de medicatiegegevens, de reden van voorschrijven, wijzigen, of stoppen van een medicijn, de allergieën, de contra-indicaties en de benodigde labwaarden moet bevatten. En dat dit overzicht bij elke overdracht van een patiënt meeverhuist naar de volgende zorgverlener van die patiënt. De richtlijn biedt daarmee voor apothekers en ziekenhuisapothekers de gewenste basis voor het leveren van goede, continue farmaceutische zorg. De beschikbaarheid van dit medicatieoverzicht maakt ook de

implementatie van de aanbevelingen uit het HARM-Wrestling rapport mogelijk.

De KNMP en NVZA hebben er in 2009 voor gezorgd dat de richtlijn verankerd is in prestatiebeschrijvingen en indicatoren. Tevens is een flink aantal praktische hulpmiddelen ontwikkeld, die apothekers en ziekenhuisapothekers handvatten geven in de eigen praktijk. Alle informatie staat handzaam samengevat op www.medicatie-overdracht.nl.

2011 is het jaar van de implementatie. De KNMP en NVZA zullen apothekers en ziekenhuisapothekers het komend jaar gezamenlijk actief ondersteunen bij de implementatie in de dagelijkse praktijk.

Medicatie review (Periodieke beoordeling van individuele farmacotherapie)

Een groeiend aantal, vooral oudere mensen heeft meer dan één aandoening en gebruikt veel geneesmiddelen tegelijkertijd. Een groot aantal onderzoeken laat zien dat vooral bij oudere patiënten veel geneesmiddelengerelateerde problemen optreden. Het gaat daarbij om uiteenlopende zaken zoals over- en onderbehandeling, bijwerkingen, verkeerde doseringen en problemen met therapietrouw. Een van de aanbevelingen van de commissie, die de uitkomsten van de HARM studie heeft bestudeerd, is dat patiënten met meerdere aandoeningen en chronisch gebruik van diverse geneesmiddelen erbij gebaat zijn als apotheker en voorschrijver gezamenlijk hun geneesmiddelgebruik evalueren. Zo'n systematische beoordeling van het gebruik van geneesmiddelen vindt momenteel vooral projectmatig en in onderzoeksverband plaats.

Voor een landelijke uitrol van Medicatie review, moet zij aan een aantal belangrijke randvoorwaarden voldoen.

- Verdere ontwikkeling van richtlijnen voor een Medicatie review
- Ontwikkeling van ICT-applicaties binnen huisarts- en apotheek informatiesystemen, die de documentatie van relevante informatie en de beschrijving van een behandelplan mogelijk maken met het oog op de continuïteit van zorg
- Aandacht voor genoemde richtlijnen en uitvoering van Medicatie review in de vervolgopleiding tot openbaar apotheker specialist
- Beschikbaarheid en landelijke uitrol van gezamenlijke nascholing voor voorschrijvers en apothekers om Medicatie review op gewenst kwaliteitsniveau uit te voeren
- Ontwikkeling van indicatoren, waarmee zowel de omvang als de kwaliteit van Medicatie review meetbaar wordt

In reactie op een Kamermotie² over een Medication review zegt de minister van VWS in 2008 dat de initiatieven momenteel geïnventariseerd worden. De KNMP pleit voor uitbreiding van het basispakket farmaceutische zorg met een Medication review voor patiënten, die voldoen aan een wetenschappelijk vastgesteld risicoprofiel.

² Agnes Kant, Nr. 107. Gewijzigde motie van het lid Kant ter vervanging van die gedrukt staat onder nr. 43. Voorgesteld 18 december 2007.

2. Opzet van het specialisme Openbare Farmacie met een vernieuwde opleiding

De belangrijke bijdrage, die de openbaar apotheker levert aan het effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen, vraagt om specifieke vaardigheden. Basisapothekers dienen daarom na hun universitaire master-opleiding een specialisatie tot openbaar apotheker te doorlopen. De beroepsorganisatie verzorgt al 15 jaar de tweejarige vervolgopleiding of registratie-opleiding voor openbaar apothekers.

Stap voor stap worden inmiddels veranderingen in deze opleiding aangebracht. De vervolgopleiding wordt beschouwd als de start van een traject van 'life long learning'. Onderdeel daarvan is de verplichte herregistratie iedere 5 jaar op basis van voldoende geaccrediteerde nascholing. Het hart van de vervolgopleiding ligt in de apotheek. Zeker 95% van de opleiding vindt daar plaats. Voor deze vervolgopleiding is het beroep van de openbaar apotheker beschreven in de vorm van competenties. Hierbij zijn de zeven kerncompetentiegebieden, zoals beschreven in de wereldwijd bekende CanMeds systematiek gehanteerd. Centraal staat daarbij de kerncompetentie van het farmacotherapeutisch en farmaceutisch handelen. Maar voor een compleet competent openbaar apotheker is er meer nodig. Het beroep is ondertussen beschreven met behulp van zogenaamde taakgebieden, die herkenbare delen van de opleiding vormen.

Apothekers hebben enige jaren geleden geconcludeerd dat de openbaar apotheker net als de ziekenhuisapotheker een specialist is. Een gedegen rapport van de Vervolgcommissie Opleidingscontinuüm Farmacie lag daaraan ten grondslag. De ontwikkeling van het specialisme Openbare Farmacie, past in een moderne visie op professionele extramurale farmacie met een hoog wetenschappelijk ambitieniveau. Het stelt hoge eisen aan de openbaar apotheker. Twee belangrijke voorwaarden om het specialisme Openbare Farmacie op grond van de Wet BIG te realiseren, zijn een adequate en actuele vervolgopleiding eerstelijns farmacie en het opzetten en inrichten van een wetenschappelijk platform voor het 'schragen' van een wetenschappelijk gefundeerde beroepsuitoefening. Beide zijn nu actief. Omdat de Minister van VWS heeft ingestemd met de nieuwe 'Regeling Specialismen Farmacie', is voor de beroepsvereniging de mogelijkheid ontstaan om het specialisme Openbare Farmacie in te stellen. Dit is kortgeleden tijdens de Algemene Vergadering van de KNMP gebeurd. Wat nu nog rest is de erkenning van de titel Openbaar Apotheker krachtens de Wet BIG.

De vernieuwde specialisatie stelt hoge eisen aan de opleiders. Deze moeten immers zelf voor deze rol worden opgeleid. Er is een visitatieprogramma nodig, dat toetst of de opleider en de praktijkomstandigheden voldoende kwaliteit hebben voor accreditatie. Dit vereist een nauwe samenwerking met de universiteit, die haar programma's en de organisatie van de stage hierop moet afstemmen.

3. Versnelde aanpassing van apotheek informatiesystemen (AIS)

Om de farmaceutische zorg en de rol van de apotheker in de zorgketen en in de relatie met zijn patiënten optimaal te ondersteunen, is een robuuste, betrouwbare, integere en door de gehele keten heen functionerende ICT-ondersteuning noodzakelijk. Raadplegen, interpreteren, registreren, uitwisselen en overdragen van (een veelheid aan) informatie over de patiënt is een integraal en cruciaal onderdeel van de farmaceutische zorg. Bovendien moeten belangrijke delen van de informatie toegankelijk en begrijpelijk zijn voor diezelfde patiënt. Dit vanuit het motief om naast inzicht ook mogelijkheden te bieden voor een eigen regie.

Een goede informatieoverdracht tussen samenwerkende zorgverleners vermindert het risico op vermijdbare fouten en verhoogt de medicatieveiligheid. Een goedwerkend EPD gebaseerd op landelijke standaarden is een randvoorwaarde voor een goede informatieoverdracht. Apothekers hebben al jaren geïnvesteerd in ICT en informatie-uitwisseling en lopen als sector voorop in het inrichten, up-to-date houden en uitwisselen van het medicatiedossier en het uitvoeren van medicatiebewaking. Ook het automatiseren en optimaliseren van de logistieke en financiële processen is bij apotheken reeds decennialang een feit. Om deze ontwikkeling te stroomlijnen coördineert KNMP ICT-ontwikkelingen via ORIA.

De (door de patiënt gekozen) apotheker neemt de verantwoordelijkheid om de centrale beheerder van het medicatiedossier van de patiënt te zijn. Dit betekent dat een door de patiënt gekozen 'vaste apotheek' er voor zorgt dat de gegevens over het geneesmiddelgebruik van de patiënt

altijd actueel zijn. Dit betreft niet alleen de receptgeneesmiddelen, die op enig moment gebruikt worden, maar ook relevante zaken als het eventueel gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, redenen van voorschrijven, redenen voor dosisaanpassingen, relevante laboratoriumgegevens en mogelijke overgevoeligheden van de patiënt. De apotheker zorgt actief voor de overdracht van deze gegevens bij ziekenhuisopname en -ontslag naar relevante andere zorgverleners, zoals de trombosedienst, die direct bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken.

- Hiervoor is het noodzakelijk dat aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan.
- Regie over de innovatie en ontwikkeling van de informatiehuishouding en ICT in de sector. Eén aanspreekpunt namens de (diversiteit aan) apothekers voor overheid, zorgverzekeraars en ICT-leveranciers
- Automatisering van de overdracht van relevante klinische gegevens, zoals labwaarden, reden van voorschrijven, contra-indicaties, intoleranties en allergieën. Multidisciplinaire afspraken over de toegang tot en het beschikbaar stellen van relevante gegevens uit patiëntendossiers ten behoeve van het medicatieproces en de farmaceutische zorg
- Goede, uniforme informatieoverdracht binnen en tussen eerste en tweede lijn volgens landelijke standaarden
- Geïntegreerde kwaliteitsmeting ten behoeve van indicatoren in het kader van de transparantie

Incidenten goed voor kwaliteitsverbetering: CMR

Daarnaast heeft de KNMP zich, samen met de NVZA, ingezet voor het opzetten en opstellen van een landelijke database voor Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR). Dit hulpmiddel draagt bij aan het terugdringen van het aantal medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen. Bij de melding van een ernstig incident met grote kans op herhaling, krijgen zorgverleners snel een zogenaamde ‘alertmelding’. Deze berichten gaan vergezeld van aanbevelingen om herhaling van een dergelijk incident te voorkomen. Dit systeem biedt kansen voor kwaliteitsverbetering, omdat geleerd wordt van gemaakte fouten. Momenteel wordt de CMR uitgerold naar de openbare farmacie (project REMEDIE). Parallel aan dit traject zullen ook GGZ-instellingen aangesloten worden. Overige zorgsectoren zullen in een vervolgtraject de mogelijkheid krijgen deel te nemen aan de CMR. De landelijke CMR-database biedt enkele mogelijkheden:

- Het definiëren van risicovolle stappen in het medicatieproces
- Het opstellen van gerichte verbeteracties
- Het leveren van informatie en onderbouwing voor de ontwikkeling van landelijk beleid op het gebied van medicatieveiligheid
- Het verspreiden van alarmerende incidenten met grote kans op herhaling

4. Bekostiging: van logistiek naar zorgvergoeding

De Nederlandse apotheek heeft een hoog service-niveau in vergelijking met de ons omringende landen. De automatiseringssystemen in de

apotheek zijn geavanceerd en maken consistente medicatiebewaking mogelijk. Bovendien valt de hoge verantwoordelijkheid van de apotheek in de afwikkeling van vergoedingen op. Ook de zorgtaken, die de apotheek uitvoert, zijn uitgebreider dan in de meeste andere landen. Proactief overleg met andere zorgverleners is in de Nederlandse apotheek gebruikelijk, net als evaluatie van het geneesmiddelengebruik met de patiënt. Bij het vaststellen van een bekostigingsstructuur zullen de verschillende elementen basis moeten zijn voor het berekenen van een reële vergoeding.

Inkoop en opslag van geneesmiddelen

Er is een duidelijke relatie tussen het succes van een gericht advies en de fysieke beschikbaarheid van een geneesmiddel. Het ‘voordoen’, ‘laten zien’, of uitpakken van een middel in direct contact met de patiënt is verre te prefereren boven het contact via telefoon of internet. Apothekers waarborgen de kwaliteit van geneesmiddelen door deze te betrekken via betrouwbare inkoopkanalen, professioneel op te slaan onder de juiste condities en gecontroleerd te verstrekken.

De bekostiging van zorg

De bekostiging van de apotheek is nu nog uitsluitend gebaseerd op het volume van het aantal receptregels. Dit stimuleert de apotheker weliswaar om de distributie van geneesmiddelen zo efficiënt mogelijk te organiseren, maar niet om extra begeleiding en zorg te leveren. In de toekomst moet de apotheek betaald worden voor de zorgverrichtingen, die zij levert naast een vergoeding voor de distributie. Dat levert

een apotheker de financiële prikkel om de aandacht te verleggen naar het leveren van een zo goed mogelijke zorg en zich op dit punt te onderscheiden. Er is dan in feite sprake van vaste kosten die samenhangen met de structuur (gebouw, opslagfaciliteiten, personeel, ICT-systemen, eventuele bereidingsruimte, etc.) en een variabele zorgbeloning, gekoppeld aan zorgverrichtingen. De verschillende zorgverrichtingen, zoals die door NZa met partijen zijn gedefinieerd, vormen in het ideale geval een samenhangend geheel.

Zorgverlening en zorgprestaties kenmerken zich door direct patiënt contact en zijn als zodanig een tijdsinvestering. In de toekomst zullen dus vergoeding voor geïnvesteerde tijd en de beschikbaarheid van gekwalificeerde zorgverleners richtinggevend moeten zijn. Feitelijk betekent dit ook, dat er een maximum is aan het aantal patiënten dat door een apotheker van goede zorg kan worden voorzien. Uit bestaande rolmodellen (innovatieapotheken) kunnen we concluderen dat één apotheker per 5000 à 6000 patiënten een kengetal is dat in dit kader kan worden gehanteerd.

De apotheek is dus een maatschappelijke onderneming, die een ondernemersrisico draagt en tegelijkertijd gebonden is aan een veelheid aan regels, die het ondernemerschap beperken.

De infrastructuur is voor een belangrijk deel gekoppeld aan de mogelijkheid tot het leveren van verantwoorde farmaceutische (patiënten) zorg en zal daarom gefinancierd moeten worden als onderdeel van het basispakket. Medicatieveiligheid is niet iets wat aan de markt kan worden overgelaten. Grote verschillen tussen apotheken in de kwaliteit van medicatieveiligheid zijn maatschappelijk niet aanvaardbaar. Cliënten en patiënten zijn immers niet of moeilijk in staat de risico's van geneesmiddelengebruik zelf te beoordelen. Bovendien is dit domein eerder gebaat bij onderlinge samenwerking en het delen van kennis. Dit staat op gespannen voet met het begrip concurrentie. Veiligheid mag dus geen variabele zijn binnen prijscompetitie. De overheid (IGZ) is in deze verantwoordelijk voor het (in samenspraak met de beroepsvereniging en patiëntenorganisaties) definiëren van minimale veilige zorg en de daarbij behorende financiering.

Radicale systeemwijzigingen in de bekostiging kunnen leiden tot een sterke afname van de rentabiliteit van apotheken. De SER stelt dat het in dergelijke gevallen wenselijk kan zijn om private partijen voor publiekrechtelijke ingrepen in hun eigendomsrechten te compenseren. Vanuit deze optiek zal er een oplossing gevonden moeten worden voor de goodwillproblematiek van startende apothekers, om te voorkomen dat ingrepen in de bekostiging van apotheken een onneembare drempel gaan vormen voor de nieuwe generatie apothekers om hun vak te kunnen uitoefenen.

Apotheken moeten als onderneming een lange termijn visie hebben omtrent opleiding en investeringen. Frequente systeemwijzigingen en onzekere tariefvoorwaarden scheppen een klimaat, waarin het korte termijn denken overheerst. Het ontmoedigt innovatie en investeringen en ondermijnt inspanningen ter verhoging van de patiëntveiligheid. Het tariefsysteem, dat wordt gestuurd door kostenonderzoek, leidt in ondernemingen tot een negatieve prijsspiraal, waarbij kwaliteitsvermindering als parameter vooralsnog onzichtbaar blijft.

Het preferentiebeleid leidt ertoe dat de verzekeraar geneesmiddelen 'strategisch' inkoopt en daarmee een zo laag mogelijke prijs bedingt voor zijn verzekerden. De apotheek moet echter de ruimte hebben om in sommige gevallen – op beroepsinhoudelijk gronden – af te wijken van het preferentiebeleid om te kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van de individuele patiënt. Er zijn nadere afspraken nodig om deze ruimte voor apothekers nader af te bakenen.

Het preferentiebeleid leidt tot veel administratieve lasten en logistieke problemen in de apotheek. De wijze waarop preferente middelen worden aangewezen is niet transparant en houdt te weinig rekening met de zorgpraktijk. De verzekeraars hebben op dit moment de lusten van de inkoop van geneesmiddelen, apothekers hebben de lasten. Het in Nederland zeer goed functionerende naturastelsel, waarbij apothekers (gratis) zorg dragen voor de administratieve afwikkeling van de vergoeding voor de patiënt, komt hierdoor onder druk te staan. De apotheek zou hiervoor gecompenseerd moeten worden

bijvoorbeeld door de apotheek een vergoeding te betalen voor de administratieve afwikkeling, zodat dit niet ten koste gaat van de zorg voor de patiënt.

5. Wet- en regelgeving ondersteunt de zorgverlenende rol van de apotheker

Wet- en regelgeving moet de positie van de apotheker als zorgverlener verankeren, en de samenwerking met andere zorgverleners bevorderen. De apotheker is nu opgenomen in de WGBO. De wet erkent de apotheker hiermee dus als behandelaar. Er zijn echter nog altijd veel praktische barrières, die het niet altijd makkelijk maken invulling te geven aan de rol van behandelaar. Het is van belang om de komende jaren aandacht te besteden aan de rol van de openbaar apotheker in de zorgketen.

Operationalisering van de rol van de apotheker als behandelaar

Het veld, de technologie, de veranderde patiënt en de complexiteit van de huidige farmacotherapie vragen om herwaardering van het beschikbare instrumentarium. Feitelijk opereert de apotheker nog binnen een organisatorisch en wettelijk kader dat al een eeuw oud is. Dit moet op vitale punten worden herzien om optimaal te kunnen profiteren van de aanwezige mogelijkheden.

- Het vermelden van de indicatie op het recept maakt in een aantal gevallen de medicatiecontrole eenvoudiger en verkleint de kans op een foute dosering.³ Daardoor kunnen (fatale)

³ Methotrexaat wordt bijvoorbeeld voorgeschreven bij zowel reuma als bij kanker, echter in verschillende doseringen. Als de apotheker weet wat de reden van voorschrijven is, zal hij afwijkingen in de dosering eerder kunnen opmerken.

fouten worden voorkomen. In het ziekenhuis is dit voor de ziekenhuisapotheker op eenvoudige wijze mogelijk. In de eerstelijns zorg is deze informatie meestal niet of slechts met grote moeite beschikbaar

- Bij de start van het gebruik van een geneesmiddel, dat niet per definitie bestemd is voor chronisch gebruik, meldt de voorschrijver de beoogde therapieduur, zodat het ongewenst continueren van de medicatie wordt voorkomen
 - In het verlengde daarvan kan de apotheker een ondersteunende en meer zelfstandige rol spelen bij herhaalrecepten. Veel chronische aandoeningen hebben langdurige therapie tot gevolg. In afstemming met de voorschrijver kan de apotheker deze therapie voortzetten. Het is belangrijk dat de apotheker de nodige klinische vaardigheden bezit in verband met de evaluatie van langdurige therapie
 - Het toevoegen of vervangen van een geneesmiddel zonder tussenkomst van de arts, (maar wel ter kennisgeving aan en) in samenspraak met de patiënt met als doel verhoging van de veiligheid of verlaging van kosten ('additional prescribing', substitutie)
 - Wanneer het gebruik van een geneesmiddel vanwege een bijwerking wordt gestaakt, geeft de arts dit door aan de apotheker via een ontslagbericht of een stoprecept. Elke arts en elke apotheker verwerken dat zodanig in hun computersysteem, dat automatisch bewaakt of het betreffende geneesmiddel niet toch weer wordt voorgeschreven en afgeleverd
 - Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB) ondersteunen de apotheker bij de toenemende complexiteit van farmacotherapie (zie HARM).
- Deze praktijk is reeds geïmplementeerd in ziekenhuizen. Deze ontwikkeling moet worden uitgebreid naar de eerste lijn en in computersystemen worden geïntegreerd. Daarmee ontstaat een derde generatie van medicatiebewaking
- Gegevensuitwisseling wordt verbeterd door aansluiting van het Landelijk Schakelpunt (LSP) (ook voor de eerste naar de tweede lijn) voor het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en het verbeteren van de systemen voor regionale gegevensuitwisseling
 - De apotheker moet toegang krijgen tot de labwaarden van de patiënt. Bovendien is het wenselijk dat een apotheker zelf een labbepaling kan aanvragen. In het huidige systeem loopt dat via de huisarts. Dit is een bureaucratisch en achterhaald systeem dat ook de competenties van apothekers frustrereert. Klinische gegevens, zoals nierfunctie, INR, Na⁺, en K⁺ en andere bloedparameters, zijn essentieel voor de beoordeling in de farmacotherapie. Met die gegevens verhogen apothekers de veiligheid voor de patiënt, omdat zij op basis daarvan de dosering kunnen aanpassen of een therapie stoppen
 - Relevante klinische gegevens zoals labwaarden, reden van voorschrijven, contra-indicaties, intoleranties en allergieën moeten via een gestandaardiseerd en toegankelijk patiëntendossier worden gedeeld tussen de betrokken hulpverleners. Dit is vitaal voor ketenzorg en de daarbij behorende informatie-eisen
 - Toekomstige ontwikkelingen zijn in dit kader de bepaling van een genetisch profiel van een patiënt met het oog op de gevoeligheid voor een bepaald geneesmiddel. Ook hier kan het

aanvragen van een bepaling leiden tot aanpassing van dosis of tot een andere keuze van het middel. Zo zijn kosten en nodeloze overlast en risico's voor de patiënt te vermijden.

In ziekenhuizen is deze ontwikkeling gestart voor geneesmiddelen met potentieel ernstige bijwerkingen

- Afhankelijk van en in overleg met de patiënt of diens verzorgers moeten apothekers de mogelijkheid hebben om geneesmiddelen in dag- of weekverpakkingen aan te leveren, onafhankelijk van de verzekeraar

Farmacie en farmacotherapie

De toename van het gebruik van geneesmiddelen in de afgelopen jaren levert een belangrijke bijdrage aan een langer leven met een hogere kwaliteit. Het is meer kosteneffectief en minder invasief dan de meeste andere medische ingrepen. Het is de apotheker die vanuit het specialisme farmacie een belangrijke bijdrage kan leveren aan effectiviteit en veiligheid van farmacotherapie. Bovendien: Nederlandse apotheken behoren zowel op gebied van support systemen en logistieke diensten als zorgservices tot de beste van Europa.⁴

Europese landen proberen de geneesmiddelenkosten op verschillende manieren te beheersen. Nederland slaagt daar relatief goed in met een lage uitgave aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. In verhouding worden hier veel generieke (=merkloze) geneesmiddelen voorgeschreven. De apotheker heeft een belangrijke rol gespeeld bij de generieke substitutie van geneesmiddelen. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn hierdoor een stuk lager dan in omliggende landen.

Support systemen:

- Elektronisch patiëntendossier (EPD), Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) en Kennisinformatiesysteem

Logistieke diensten:

- Toegankelijkheid (reikwijdte en tijd)
- Sturen op goedkoopste middelen
- Risico/complexiteit van vergoedingen

Zorgservices:

- Controles op medicijninteracties
- Medicijn gebruikersoverzicht
- Farmacotherapeutische programma's

	Basis		Gemiddeld			Geavanceerd	
Support systemen:	DU	FR	BE	CH	EN	NL	
Logistieke diensten:							
• Toegankelijkheid (reikwijdte en tijd)	DU	BE	FR	EN	NL	CH	
• Sturen op goedkoopste middelen		BE	FR	CH	EN	DU	NL
• Risico/complexiteit van vergoedingen	EN	CH	DU	BE	FR	NL	
Zorgservices:							
• Controles op medicijninteracties	DU	FR	BE	CH	EN	NL	
• Medicijn gebruikersoverzicht	BE	DU	FR	CH	NL	EN	
• Farmacotherapeutische programma's	DU	CH	FR	BE	EN	NL	

Bron: IMS

⁴ Kostenpost of toegevoegde waarde?, IMS Health, 2008.

Farmacotherapie

Farmacotherapie, de therapie met geneesmiddelen, kent in de moderne tijd een viervoudige complexiteit. In de eerste plaats zijn geneesmiddelen, wat betreft werking en bijwerking, complexer geworden. Eenvoudige geneesmiddelen komen niet meer op de markt. Nieuwe medicijnen laten zich typeren door een op patiëntkenmerken gestuurde farmacotherapie. Medicijnen hebben ook bijwerkingen, die optreden afhankelijk van het type patiënt, onderliggende aandoeningen, dosering en mogelijke interactie met andere medicijnen.

In de tweede plaats is het effect van een middel, dat is toegelaten tot de markt, beperkt getest binnen een modelgroep patiënten. Dat betekent dat de zorgverlener, apotheker en voorschrijver -in overleg met de patiënt- steeds moeten nagaan of het gewenste effect bij een individuele patiënt inderdaad optreedt.

Op de derde plaats gebruiken patiënten veel vaker dan vroeger verschillende geneesmiddelen tegelijkertijd. Dit is mede een gevolg van het consequent toepassen van behandelrichtlijnen. Deze zijn echter vaak ontwikkeld voor één aandoening. Iemand met bijvoorbeeld drie aandoeningen wordt dus volgens drie richtlijnen behandeld met de daarbij behorende medicatieadviezen. Ook hier vraagt dat bijzondere alertheid, omdat geneesmiddelen nooit onder deze omstandigheden zijn getest.

In de vierde plaats is de patiënt zelf mondig en kritisch geworden. Dat betekent dat de voorschrijver en de apotheker (of assistent) een steeds beter gemotiveerd advies moeten geven aan patiënten. Therapietrouw (we bedoelen eigenlijk therapie-ontrouw) is een serieus probleem dat

heel complex is en zich niet met een simpel advies laat beïnvloeden. Het is al lang geen vanzelfsprekendheid meer dat een patiënt eenvoudigweg het doseringsadvies van de arts volgt. Tezamen bepalen de vier genoemde variabelen de effectiviteit en veiligheid van medicijnen.

Geneesmiddelen; effectiviteit en veiligheid

De intrinsieke effectiviteit en veiligheid van geneesmiddelen is de afgelopen decennia flink verbeterd. Indien deze geneesmiddelen op de juiste wijze worden voorgeschreven en gebruikt, kunnen zij flinke gezondheidswinst opleveren. Bij verkeerd voorschrijven en gebruik kan de balans tussen positieve en negatieve effecten van geneesmiddelen echter naar de verkeerde kant doorslaan (getuige de meer dan 5% van de acute ziekenhuisopnamen in Nederland als gevolg van verkeerd voorschrijven, monitoren, of gebruik van medicijnen). Het is bovendien slecht gesteld met de therapietrouw van patiënten. Afhankelijk van het type geneesmiddel stopt tot 80% van de mensen voortijdig met behandelingen voor chronische aandoeningen als hoge bloeddruk, glaucoom en osteoporose. De theoretische gezondheidswinst van deze geneesmiddelen wordt daardoor ernstig beperkt. Verbetering is slechts mogelijk onder bepaalde (rand-)voorwaarden.

Behalve effectiviteit en veiligheid is doelmatigheid een belangrijk issue binnen de gezondheidszorg. Geneesmiddelen zijn soms duur, maar kunnen -mits optimaal gebruikt en begeleid- ook leiden tot aanzienlijke gezondheidswinst en zelf kostenbesparing elders in de zorgketen. Het bestuderen van geneesmiddelgebonden

problemen bij ouderen laat zien dat voor iedere euro die wordt geïnvesteerd in farmaceutische patiëntenzorg er tenminste tien worden bespaard. Gezien de geschetste problemen ligt er een grote uitdaging om het effectief, veilig en doelmatig geneesmiddelgebruik te bevorderen. Dit vergt een optimale inzet van de zorgverleners (zowel afzonderlijk als in teamverband) binnen de gezondheidszorg. De verwachting is dat het de komende jaren moeilijk zal zijn om voldoende hoog gekwalificeerde zorgverleners te houden om te voorzien in een optimale begeleiding van geneesmiddelgebruikers. Het is dan ook van groot belang om de zorginhoudelijke rol van de apotheek optimaal te benutten.



Farmaceutische zorg en farmaceutische patiëntenzorg

Farmaceutische zorg is het geheel van farmaceutische zorgverleningactiviteiten, dat nodig is om op het juiste moment het juiste geneesmiddel in de juiste toedieningsvorm en dosering voor de juiste patiënt met diens specifieke karakteristieken (bijvoorbeeld comorbiditeit, leefstijl, orgaanfunctie, lab-parameters) beschikbaar te hebben, begeleid door de juiste communicatie.

Farmaceutische patiëntenzorg is een essentieel onderdeel van de Farmaceutische zorg en betreft de zorg voor de individuele patiënt. Farmaceutische patiëntenzorg heeft aandacht voor de behoeften, zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt, vooral met betrekking tot het geneesmiddelengebruik. Hierbij wordt gedacht en gewerkt vanuit een behandelrelatie tussen patiënt en zorgverlener.

Met het geheel van Farmaceutische zorgactiviteiten (inclusief de farmaceutische patiëntenzorg) leveren apothekers een belangrijke bijdrage aan het effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen. Dit leidt tot een optimaal resultaat van de behandeling met geneesmiddelen, oftewel gezondheidswinst in termen van verminderde morbiditeit en mortaliteit en/of betere kwaliteit van leven voor de patiënt.



Preventie en vroegsignalering

Het aantal patiënten met chronische aandoeningen zal in de komende decennia explosief stijgen. De daarmee gepaard gaande budgettaire en personele gevolgen zullen op onconventionele wijze moeten worden benaderd. Zo is het van belang dat chronische ziekten en risico's daarop vroeg worden herkend. Dat levert in de eerste plaats gezondheidswinst op voor de patiënt, maar helpt tevens om ziektekosten te voorkomen of uit te stellen. Als laagdrempelige buurtvoorziening kunnen apotheken een belangrijke rol spelen bij de vroegsignalering en preventie van ziekten. Patiënten kunnen bij de apotheek terecht voor testen, advies, vragen over hun gezondheid en hulp bij een gezonde leefstijl. Indien nodig kan de apotheek doorverwijzen naar de huisarts of een andere hulpverlener. Deze visie sluit aan bij het recent verschenen rapport van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)⁶ en bij het huidige regeringsbeleid. De RVZ ziet het komend decennium de vraag naar zorg sterk toenemen, terwijl het zorgsysteem daar maar ten dele klaar voor is. Veel zorg is te vermijden door preventie, maar burgers kunnen daarvoor bijna nergens terecht. Daarom pleit de RVZ voor inloopcentra

voor vragen over gezondheid, leefstijl en kleine klachten.

Preventie

Preventie moet ervoor zorgen dat mensen langer gezond blijven, volgens de RVZ. Zeker omdat het werk steeds meer eist van werknemers en mensen in de toekomst langer moeten werken. Ook ziet de raad dat het aantal gezondheidsklachten bij burgers zich opstapelt. Zij ziet meer mensen met 'multiproblematiek'. De RVZ vindt dat de zorgsector zich moet omvormen van organisaties die zich bezig houden met zorg en ziekte, naar instellingen die gezondheid en gedrag centraal stellen. Daar is volgens Meijerink, voorzitter van de RVZ, veel winst te behalen. Als burgers hun leefstijl veranderen worden ze gezonder en drukken ze de kosten in de zorg, aldus de RVZ. Apothekers ontplooiën al veel activiteiten op het gebied van preventie en vroegsignalering en die worden momenteel verder uitgebouwd.

Vroegsignalering en zelfmanagement

Verschillende apotheken hebben activiteiten in het kader van vroegsignalering en zelfmanagement geïntegreerd in hun praktijkvoering. Een aantal voorbeelden:

- Apothekers kunnen mensen identificeren met een verhoogd cardiovasculair risico,

⁶ Strategische Zorgagenda, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag, 10 oktober 2010

op basis van cholesterolgehalte, bloeddruk, glucose en body mass index (BMI). De resultaten worden besproken met de patiënt en deze krijgt advies over een gezonde leefstijl. Indien nodig verwijst de apotheek de patiënt door naar de huisarts. Bij een studie in het Verenigd Koninkrijk werd van de mensen die gebruik maakte van deze dienst 49% doorverwezen naar de huisarts (28% vanwege een verhoogd cardiovasculair risico)

- Apothekers leveren op dit moment al een bijdrage aan het identificeren van verborgen diabetes door het aanbieden van een bloedsuikertest
- Apothekers kunnen mensen identificeren met Astma/COPD door het aanbieden van longtesten. De resultaten worden besproken met de patiënt en zij kunnen ook hier advies krijgen over een gezonde leefstijl en stoppen met roken. Indien nodig wordt de patiënt doorverwezen naar de huisarts
- Er komt steeds meer informatie beschikbaar over hypovitaminosen (te laag vitamine gehalte) en de rol daarvan bij mogelijke gezondheidsproblemen. Apothekers kunnen hier effectief adviseren
- Apotheken zijn een laagdrempelige ingang voor vragen en maatregelen betreffende sexuele hygiëne
- Een gezonde zwangerschap vereist voorbereiding wat betreft voeding en de preventie van aangeboren afwijkingen. De promotie van het gebruik van foliumzuur is hiervan het bekendste voorbeeld. De apotheek is een laagdrempelige (buurt-) voorziening en dus het punt waar het publiek over deze zaken kan worden voorgelicht
- Dat geldt ook voor het voorkomen van zwangerschap. Gemakkelijke toegang tot de 'morning-after pil' is via de apotheek inmiddels gerealiseerd
- Veel mensen lijden aan lichte maag- en darmklachten. Deels een gevolg van wat men eet, deels van andere problemen zoals een zittend beroep of overgewicht. Advisering in de apotheek lost een deel van deze problemen op door het ter hand stellen van vrij verkrijgbare medicijnen en het daarbij behorende leefadvies
- Huidkanker is een toenemend probleem, deels door de blootstelling aan zon door toegenomen vrije tijd, reizen en deels ten gevolge van het ouder worden. De apotheek heeft adviezen en middelen in huis ter voorkoming van deze aandoening
- Datzelfde geldt voor tandhygiëne, tandvleesproblemen en het voorkomen van cariës. Met goede voorlichting en fysieke maatregelen kunnen veel problemen worden voorkomen
- Eenvoudige parasitaire aandoeningen kunnen direct in de apotheek worden herkend en in veel gevallen met adviezen en middelen worden opgelost

In al deze gevallen bespaart de apotheek in eerste instantie een gang naar de huisarts. Veel problemen worden zo ondervangen. Wanneer nodig adviseren apothekers en hun medewerkers de bezoeker contact op te nemen met de huisarts of met andere hulpverleners. De organisatiebasis ligt klaar: er is een fijnmazig netwerk van apotheken. In veel landen leveren apotheken dergelijke diensten en leveren zo een effectieve bijdrage aan de volksgezondheid.

Geraadpleegde literatuur

1. Apotheken: kostenpost of toegevoegde waarde? IMS Health, november 2008
2. HARM-rapport. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Universiteit Utrecht. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, november 2006
3. HARM-Wrestling. Een voorstel van de Expertgroep Medicatieveiligheid m.b.t. concrete interventies die de extramurale medicatieveiligheid op korte termijn kunnen verbeteren. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 2009
4. Conceptractlijn Overdracht van Medicatiegegevens. Opgesteld door ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nitiz, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN. IGZ en VWS zijn initiatiefnemers en aanjagers van de conceptractlijn. 25 april 2008
5. The CanMEDS Physician Competency Framework. Better standards, better physicians, better care. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1996
6. Strategische Zorgagenda, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag, 10 oktober 2010
7. De openbare apotheker: specialist. Rapport van de Vervolgcommissie Opleidingscontinuüm Farmacie. Prof. Dr. F.W.J. Gribnau. Den Haag, 2005
8. CMR. Centrale Medicatie-incidenten Registratie. www.MedicatieVeiligheid.info. 2010
9. Innovatieapotheken. www.knmp.nl/bedrijfsvoering/innovatieveapotheken. 2010
10. Medisch Farmaceutische Beslisregels. Voorstellen voor een landelijke structuur en ondersteuning. KNMP en Z-Index. Den Haag, 2010
11. Choosing health through pharmacy. A programme for pharmaceutical public health 2005-2015. Department of Health. London, 2005

Verklaring van gebruikte afkortingen

AHOED	Apotheek Huisarts onder een dak
 AIS	Apotheek Informatie Systeem
 ASKA	Associatie van Ketenapotheken
 CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
 CMR	Centrale Medicatie-incidenten Registratie
 COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
 FTO	Farmacotherapieoverleg
 FTTO	Farmacotherapeutisch transmuraal overleg
 GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
 HARM	Hospital Admissions Related to Medication
 IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
 INR	International Normalized Ratio
 KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
 LSP	Landelijk Schakelpunt
 MFB	Medisch Farmaceutische Beslisregels
 NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
 NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
 NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
 OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
 RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
 SIG	Special Interest Group
 UA-geneesmiddelen	Uitsluitend Apotheek- geneesmiddelen
 Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
 WSO	Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers

De KNMP is de beroeps- en
brancheorganisatie voor apothekers.
Wij behartigen de belangen van
leden, de branche en de farmacie
in het algemeen.

