

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1476

Vragen van de leden **Wolbert** en **Kuzu** (beiden PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de falende controle op medicijngebruik van ouderen* (ingezonden 14 februari 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 maart 2014).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Onvoldoende controle op medicijngebruik van ouderen»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2 en 3

Welke onderzoeken zijn u bekend over de prevalentie en gevolgen van schadelijk medicijngebruik? Welke trend kunt u daaruit opmaken, en in hoeverre heeft het onderwerp beleidsprioriteit?

In hoeverre draagt zelfmedicatie bij tot onveilig gebruik of interactie van geneesmiddelen?

Antwoord 2 en 3

De onderzoeken die op dit terrein zijn aangeboden aan de Tweede Kamer, het Harmonderzoek (2006), het Harmwrestlingonderzoek (2008) en het onderzoek Acute ziekenhuisopnames die mogelijk gerelateerd zijn aan geneesmiddelbijwerkingen (2013), hebben aangetoond dat er nog veel verbeterpotentieel is op het terrein van medicatieveiligheid.

Uit het eerstgenoemde onderzoek bleek dat jaarlijks in 16.000 gevallen patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen door verkeerd gebruik van geneesmiddelen die potentieel vermijdbaar zijn. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat er zogenaamde risicovolle geneesmiddelengroepen, risicovolle processen en risicopatiënten te identificeren zijn. Het verbeteren van de medicatieveiligheid beschouw ik als een belangrijk onderdeel van de patiëntveiligheid. Dit onderwerp maakt daarmee sinds het uitkomen van het rapport deel uit van de beleidsprioriteiten van het Ministerie van VWS.

¹ Onvoldoende controle op medicijngebruik van ouderen, ANP-nieuwsbericht, 13 februari 2014

Het rapport «Acute ziekenhuisopnames die mogelijk gerelateerd zijn aan geneesmiddelbijwerkingen» heb ik in februari 2013 aangeboden aan de Tweede Kamer. De uitkomst van deze studie was dat er sprake was van een lichte verbetering. Op het gebied van zelfmedicatie kwam vooral het onveilige gebruik van de ontstekingsremmende geneesmiddelen naar voren, de zogenaamde NSAID's (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs).

Vraag 4

In hoeverre maakt attendering op interactie met andere geneesmiddelen deel uit van de kassacheck bij drogisterijen?

Antwoord 4

Een aantal drogisterijketens hanteert de zogenaamde kassacheck. Dit is overigens niet verplicht.

De kassacheck houdt in dat bij het afrekenen aan mensen wordt gevraagd of zij nog behoefte hebben aan informatie of advies over het geneesmiddel. Dat advies mag dan alleen gegeven worden door een (assistent-) drogist. Daarbij kunnen ook de interacties met andere geneesmiddelen aan de orde komen.

Vraag 5

Deelt u de mening dat het zorgelijk is dat huisartsen en apothekers de jaarlijkse medicatiebeoordeling voor 65-plussers weinig uitvoeren, terwijl volgens de richtlijn polyfarmacie bij ouderen tenminste eenmaal per jaar een medicatiebeoordeling moet worden uitgevoerd? Bij wie ligt naar uw oordeel de eerste verantwoordelijkheid voor uitvoering van deze richtlijn? Zou de wijkverpleegkundige hierbij een signalerende rol kunnen spelen?

Antwoord 5

Het concreet implementeren van richtlijnen blijkt in de praktijk veelal weerbarstig. Dit geldt eens te meer waar sprake is van verschillende ketenpartners bij de uitvoering van de beschreven zorg. De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is daar bij uitstek een voorbeeld van. De richtlijn stelt dat het van belang is dat oudere patiënten die meer dan 5 geneesmiddelen slikken, jaarlijks een uitgebreide medicatiebeoordeling laten uitvoeren. Er is geen eerstverantwoordelijke aan te wijzen, zowel de huisarts als de openbare apotheker maar uiteraard ook de patiënt hebben hier een gezamenlijke rol en verantwoordelijkheid. Hoewel ik de signalerende rol van de (wijk)verpleegkundige zeker bij kwetsbare ouderen zeer waardevol acht, ben ik van mening dat op dit specifieke terrein het initiatief bij de apotheker c.q. huisarts ligt.

Ook de partijen in het Bestuurlijk Overleg Farmacie onderkennen dit. Daarom is de standaardisering van de medicatiebeoordeling opgenomen in de kwaliteitsagenda van het Bestuurlijk Overleg Farmacie en wordt gekeken naar een betere methode voor het selecteren van risicopatiënten dan nu is opgenomen in de richtlijn. Daarnaast heeft overleg plaatsgevonden met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over een betere implementatie van de richtlijn. Volledige nakoming van de richtlijn betekent echter dat 1,2 miljoen medicatiebeoordelingen per jaar zouden moeten worden uitgevoerd. Daarvoor ontbreekt op dit moment de capaciteit. Ook zullen veel apothekhoudenden zich de specifieke kennis voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen nog eigen moeten maken. Daarom zal sprake zijn van een ingroei-model. Medio 2013 heeft de IGZ de meest betrokken eerstelijns partijen bijeengebracht om een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen waarmee concrete stappen ter bevordering van de implementatie van deze richtlijn in de dagelijkse praktijk (met name het onderdeel periodieke medicatiebeoordeling) zouden worden gezet. Hierover zullen concrete en pragmatische afspraken worden gemaakt.

In het overleg met de IGZ hebben partijen verder aangegeven dat medicatiebeoordeling per 1 januari 2015 op een juiste wijze gecontracteerd kan zijn bij apothekers en huisartsen. De IGZ zal in ieder geval vanaf 1 januari 2015 het toezicht verscherpen. Dit ontslaat partijen er echter niet van ook in 2014 al meer conform de richtlijnen te handelen.

Vraag 6

Welke mogelijkheden heeft u om het gebruik van de jaarlijkse medicatiebeoordeling actief te stimuleren, en ouderen ervan op te hoogte te stellen dat medicatiebeoordeling van belang is? Welke van deze mogelijkheden gaat u daadwerkelijk inzetten? Hoe gaat u er voor zorgen dat andere partijen hun verantwoordelijkheid oppakken?

Antwoord 6

De resultaten van het Harmonderzoek waren destijds reden om aan de gang te gaan met de randvoorwaarden met betrekking tot de uitvoering van deze zorg (verzekeringaanspraken, tarifiering en financiering). Dit proces is met de inwerkingtreding van de vrije tarieven voor de farmaceutische zorg sinds 2012 afgerond. Het blijft evenwel aan de zorgverzekeraars om deze vorm van verantwoorde zorg in te kopen en aan huisartsen en apothekhoudenden om verantwoorde zorg te leveren. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet er op toe dat zorgverzekeraars voldoende verantwoorde zorg voor hun verzekerden inkopen en de IGZ ziet erop toe dat verantwoorde zorg wordt geleverd. Daarin speelt de richtlijn een belangrijke rol. De richtlijn moet wel uitvoerbaar zijn. Zie verder het antwoord op vraag 5, waar is aangegeven welke omstandigheden van invloed zijn op volledige implementatie van de betrokken richtlijn en op welke wijze wordt gewerkt aan verbetering hiervan.

Vraag 7

Wat is uw mening over het voorstel van Unie KBO om de jaarlijkse medicatiebeoordeling uit te sluiten van het eigen risico? Welke financiële gevolgen heeft dit voorstel?

Antwoord 7

Er zijn op dit moment al zorgverzekeraars, die het eigen risico niet belasten met de uitgaven van een periodieke medicatiebeoordeling. Het staat zorgverzekeraars vrij het eigen risico wel of niet te belasten hiermee. Daarnaast geldt dat het merendeel van de patiënten die in aanmerking komen voor een periodieke medicatiebeoordeling behoort tot de groep verzekerden die hun eigen risico ook zonder de uitgaven voor een medicatiecheck «volmaken». Hierdoor zal het uitzonderen van het eigen risico voor hen geen effect sorteren. Vooralnog is het niet mijn intentie om medicatiebeoordeling generiek uit te zonderen van het eigen risico.