

Vergaderjaar 2016–2017

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 409**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 januari 2017

Hierbij ontvangt u, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de reactie op het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over voorwaarden voor veilig voorschrijven (zie bijlage)<sup>1</sup>. Tevens ontvangt u het resultaat van de pilot meldingeninformatie Verpleging en Verzorging (V&V). De pilot meldingen V&V laat geaggregeerde informatie zien met betrekking tot meldingen over medicatieveiligheid in de V&V sector die door de IGZ in de eerste helft van 2016 zijn afgesloten. Het resultaat wordt in een interactieve vorm op de website van de IGZ gepubliceerd. Hiermee wordt, in aanvulling op de brief van 16 november 2016 waarin de resultaten van de meldingen medische specialistische zorg en boetebesluiten werden gepresenteerd, voldaan aan de toezegging om, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de nieuwe wettelijke bepalingen over actieve openbaarmaking, pilotsgewijs over te gaan tot openbaarmaking van geaggregeerde meldingen -en boetebesluit informatie.

Sinds 2014 heeft de IGZ de focus gelegd op het veilig voorschrijven van geneesmiddelen. Dat is niet voor niets. Jaarlijks worden 180 miljoen recepten uitgeschreven, geneesmiddelen worden door heel veel mensen gebruikt en de gezondheidswinst van geneesmiddelen is groot. Aan het gebruik ervan kleven ook risico's, zeker als sprake is van gebruik van meerdere geneesmiddelen (polyfarmacie) en behandeling door meerdere zorgverleners. Dat bleek al uit het onderzoek Hospital Admissions Related to Medication (HARM) naar het aantal geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Het onderzoek vermoedde 16.000 potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames per jaar, waarvan 72% gerelateerd was aan het voorschrijven van medicatie. Dit onderzoek leidde tot een rapport met aanbevelingen voor voorschrijvers en apothekhoudenden. Begin 2017 verwacht ik de resultaten van een nieuw onderzoek naar het aantal geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames en de mate waarin eerdere

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

aanbevelingen zijn opgevolgd. Ik zal uw Kamer begin 2017 informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.

Het onderhavige onderzoek van de IGZ focust zich op vier aspecten van veilig voorschrijven, te weten:

- elektronisch voorschrijven en medicatiebewaking;
- medicatieoverdracht;
- medicatiebeoordeling;
- verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

Na een algemene reactie op het rapport ga ik per sector kort in op de bevindingen van de IGZ ten aanzien van de vier bovenstaande gekozen aspecten van veilig voorschrijven.

### **Veilig voorschrijven moet nog beter en is een zorgbrede verantwoordelijkheid**

In haar rapport laat de IGZ een beeld zien van een veld waarin al heel veel goed gaat, maar waar ook nog steeds ruimte is voor verbetering. Alle zorgpartijen hebben een verantwoordelijkheid om deze verbetering te realiseren. Veilig voorschrijven is cruciaal voor goede farmaceutische patiëntenzorg en is een verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen. Die verantwoordelijkheid start wat mij betreft bij het gesprek met de patiënt. De patiënt of zijn vertegenwoordiger is immers een belangrijke bron van informatie bij veilig voorschrijven. Het betrekken van de patiënt bij veilig voorschrijven is een van de belangrijkste drijfveren voor de herziening van de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten die momenteel plaatsvindt.

### **Het elektronisch voorschrijfsysteem(EVS)**

Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen is het voorschrijven waarbij – ten behoeve van de patiëntveiligheid – gebruik wordt gemaakt van een elektronisch systeem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Het EVS werkt in de meeste onderzochte gevallen goed. Daardoor neemt de kans op medicatiefouten af en wordt geneesmiddelenbewaking eenvoudiger. Dat is een hele belangrijke positieve ontwikkeling, maar de IGZ wijst ook op een misplaatst gevoel van veiligheid. Ik vind dit een belangrijk signaal. De meerwaarde van het EVS kan verder worden vergroot als voorschrijvers het systeem op een juiste manier leren gebruiken, alert blijven op een juiste invoer van gegevens en openstaan voor signalen. Het systeem voorziet hier deels in.

### **Medicatieoverdracht**

Veilig voorschrijven begint met goede medicatieoverdracht en een actueel medicatieoverzicht. Ik vind het zorgelijk dat de IGZ heeft moeten constateren dat dat nog onvoldoende is gegarandeerd. Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat de overdracht van gegevens correct gebeurt, dat voorschrijvers van elkaar weten wat er is voorgescreven en dat er geen onnodige risico's kleven aan de interactie van de geneesmiddelen die de patiënt gebruikt. Partijen zijn zich bewust van het belang van goede medicatieoverdracht.

Er gaat volgens de IGZ veel tijd verloren door het niet volledig overdragen van informatie of niet op elkaar aansluitende systemen, wat zorgt voor veel extra administratieve lasten voor zorgverleners om de juiste informatie bij elkaar te krijgen. De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten wordt momenteel, met financiële steun van het Ministerie van VWS, herzien. Ik verwacht dat er op 1 maart 2017 een herziene richtlijn van kracht wordt die goed aansluit op de huidige praktijk, waarin de patiënt centraal staat en waarmee ook de noodzakelijke

verbetering van het verifiëren van informatie bij de patiënt wordt gerealiseerd.

De patiënt is een belangrijke bron van informatie voor een actueel medicatieoverzicht. Verificatie van de gegevens is niet mogelijk zonder de patiënt of zijn vertegenwoordiger te raadplegen. Ook de apotheker moet meer betrokken worden bij medicatieoverdracht en medicatieverificatie. De apotheker is bij uitstek de zorgverlener met kennis over geneesmiddelen. Het is daarom in het belang van de patiënt en van de verdere verbetering van het veilig voorschrijven dat elke voorschrijver openstaat voor feedback van apothekers.

Ter verbetering van de patiëntveiligheid is wettelijk vastgelegd dat bij 23 geneesmiddelen de reden van voorschrijven moet worden vermeld en dat afwijkende labwaarden moeten worden doorgegeven. Dat dit blijkens het IGZ rapport nog onvoldoende aandacht krijgt vind ik zorgelijk.

Ik zie graag versnelling in het verbeteren van de medicatieoverdracht. Ik financier daarom de totstandkoming van de informatiestandaard Medicatieproces vanuit het Informatieberaad. Dit project beoogt een verbetering van de digitale registratie en gegevensuitwisseling van medicatiegegevens in de gehele keten van zorgverleners en met de patiënt. Dit gebeurt door het maken van standaardisatieafspraken binnen de zorgketen over welke gegevens door wie vastgelegd en uitgewisseld worden en welke terminologie wordt gebruikt. Naar verwachting is de informatiestandaard medio 2017 definitief en beschikbaar voor brede implementatie. Het verder verbeteren van patiëntveiligheid lukt alleen als voorschrijvers bereid zijn om het belang van de patiënt voorop te stellen. Patiëntveiligheid is een verantwoordelijkheid die voorschrijvers delen met apothekers, het is belangrijk dat ze daarnaar handelen en hun expertise benutten.

### **Medicatiebeoordeling**

Rond de medicatiebeoordeling is het beeld hetzelfde: het is opgepakt maar nog niet in voldoende mate, de patiënt moet meer worden betrokken en er is een duidelijke rol voor de apotheker. IGZ adviseert om een versnelling aan te brengen in het aantal medicatiebeoordelingen per jaar en heeft ter stimulering een groeinorm opgesteld die zij handhaaft. Hierbij wordt ernaar gestreefd dat alle 220.000 patiënten uit de risicogroep (75 jaar en ouder/gebruikers van 7 geneesmiddelen of meer/verminderde nierfunctie) eind 2017 een jaarlijkse medicatiebeoordeling hebben gekregen.

#### *Motie Krol*

Dhr. Krol (50PLUS) heeft op 10 november jl. een motie ingediend om te onderzoeken wat de kosten en opbrengsten zijn wanneer alle ouderen in de risicogroep een medicatiebeoordeling krijgen (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 73). Hij heeft mij tevens gevraagd om per brief te reageren hoe ik dit ga aanpakken. Op basis van de gegevens van zorgverzekeraars over declaraties van ingekochte medicatiebeoordelingen door apothekers (bron: Vektis) verwacht ik dat in 2015 en 2016 reeds minimaal 130.000 medicatiebeoordelingen bij de gedefinieerde risicogroep zullen zijn uitgevoerd. Ik verwacht dat voor de hele risicogroep eind 2017 een medicatiebeoordeling zal zijn uitgevoerd.

#### *Vergoeding medicatiebeoordeling*

Zorgverzekeraars hanteren in 2016 een gemiddelde vergoeding van € 48,- per medicatiebeoordeling. Ik vind het belangrijk dat tegenover het uitvoeren van een medicatiebeoordeling een kostendekkend tarief staat.

Apothekers geven aan dat zij gemiddeld 90 minuten bezig zijn met een medicatiebeoordeling (bron: Rapport Significant «Generieke kosten medicatiebeoordeling» uit 2014). Een vergoeding van € 48 lijkt hierbij op het eerste gezicht wat mager. Ik roep zorgverzekeraars en apothekers op om in hun contractafspraken hier extra aandacht aan te besteden.

#### *Eigen risico*

De prestatie medicatiebeoordeling valt onder de farmaceutische zorg en daarmee onder het eigen risico. Zorgverzekeraars geven aan dat naar verwachting alle patiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling hun eigen risico «vol maken». Een aantal verzekeraars heeft de medicatiebeoordeling inmiddels buiten het eigen risico geplaatst. In 2017 zijn dit ONVZ, Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid, ASR en ENO en Menzis.

#### *Opbrengst medicatiebeoordeling*

Opbrengsten van medicatiebeoordelingen zijn lastig te kwantificeren. Een medicatiebeoordeling kan leiden tot het stoppen van geneesmiddelen bij overbehandeling en minder opnames in het ziekenhuis maar kan ook leiden tot toevoegen van een geneesmiddel bij onderbehandeling. Het netto effect valt lastig te meten vanwege de diversiteit aan interventies. Het belangrijkste doel van een medicatiebeoordeling vind ik echter verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt, ook met het oog op het langer thuis wonen van ouderen. Als onderdeel van een promotieonderzoek doen 35 apothekers mee aan de DREAMeR studie (Drug use Reconsidered in the Elderly using goal Attainment scales during Medication Review), waarin de kwaliteit van leven van mensen na een medicatiebeoordeling ten opzichte van een controlegroep zonder medicatiebeoordeling wordt onderzocht. Medio 2017 worden hiervan de resultaten gepubliceerd.

#### *Multidisciplinaire richtlijn*

De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen uit 2012 beschrijft een bredere doelgroep dan bovengenoemde risicogroep, namelijk alle patiënten die 65 jaar of ouder zijn, 5 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken en nog een additionele risicofactor hebben (zoals een verminderde nierfunctie). Het is belangrijk dat voorschrijvers en apothekhoudenden uiteindelijk ook bij deze groepen patiënten medicatiebeoordelingen uitvoeren. Beroepsgroepen uit de eerste lijn en patiëntenverenigingen onderzoeken of door het gebruik van beslisregels bepaalde risico's in het voorschrijven al zijn te ondervangen, waardoor voor een deel van de risicogroep geen medicatiebeoordeling meer nodig is. In 2017 wil ik bekijken welke andere groepen patiënten gebaat zouden zijn met een medicatiebeoordeling. De IGZ doet hiervoor al suggesties, die neem ik ter harte.

### **Verantwoordelijkheidsverdeling**

Voor patiënten moet duidelijk zijn bij wie zij binnen de instelling met vragen over de voorgeschreven medicatie terecht kunnen. De handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg geeft ook voor veilig voorschrijven handvatten, maar die ziet de IGZ nog te weinig terug in de instellingen. Ik roep zorgverleners en instellingen met klem op om werk te maken van de implementatie van de handreiking.

## Curatieve zorg

Uit de sectorhoofdstukken voor de curatieve zorg (huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en medisch specialistische zorg) komt een wisselend beeld naar voren. Deels wordt voldaan aan voorwaarden voor verantwoord voorschrijven maar voor elke sector geldt dat ook meer en minder ingrijpende verbeteringen noodzakelijk zijn om risico's op gezondheidsschade voor de patiënt te verminderen en te beperken. Die risico's ontstaan daar waar niet aan de normen wordt voldaan, bijvoorbeeld bij huisartsenpraktijken. Ik vind het goed dat de IGZ afspraken maakt over verbeteringen en passende maatregelen treft daar waar verbeteringen uitblijven.

Voor de sector ziekenhuizen ondersteun ik ziekenhuizen en de NVZ om veilige overdracht van medicatie-informatie te verbeteren. Dit is een onderdeel van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP), waar ik over 3 jaar 105 miljoen euro voor beschikbaar heb gesteld. Resultaat van het programma zal onder andere zijn dat de patiënt de beschikking krijgt over zijn medische gegevens, waaronder medicatiegegevens. Patiënten krijgen hiermee op een gestandaardiseerde wijze inzage in hun medische gegevens en kunnen deze gegevens zelf (laten) delen met andere zorgverleners. Dit beperkt het risico van niet beschikbare, onvolledige of gedateerde medicatie-informatie bij deelnemende ziekenhuizen en bij ontslag. Ten eerste doordat patiënten zelf hun gegevens beter kunnen (laten) controleren. Ten tweede doordat de gestandaardiseerde wijze waarop de informatie in de ziekenhuizen ontsloten wordt, ook bijdraagt aan betere informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling, zoals de apotheker en de medisch specialist.

Voor de bezochte instellingen voor GGZ geldt dat verbetering mogelijk is door te werken volgens de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie. Dat gebeurt op dit moment nog nauwelijks.

Het rapport van de IGZ maakt ook opnieuw duidelijk dat de verantwoordelijkheid van artsen, apothekhoudenden, verpleegkundigen, verzorgenden en de instellingen waar zij werken verder reikt dan de «muren» of de «drempel» van hun eigen zorginstelling. Een tijdige en adequate overdracht is onderdeel van gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de overdragende als van de ontvangende partij. Hier ligt een serieuze opgave voor alle betrokkenen om te communiceren en afspraken te maken en de regie in de (regionale) keten te beleggen.

Op dit moment wordt een onderzoek uitgevoerd waarbij een pilot in 8 ziekenhuizen wordt gehouden omtrent de effecten van het invoeren van de TIP (Transfer Intervention Procedure). Het betreft een werkinstructie voor een tijdige en volledige overdracht van informatie. Medicatie-overdracht, verantwoordelijkheid en het betrekken van en verifiëren bij de patiënt van het medicatiegebruik speelt hierin een belangrijke rol. Verwacht wordt dat de pilot in het voorjaar van 2017 wordt afgesloten en dat de onderzoeksresultaten zullen volgen in de zomer van 2017. Ik roep de sectoren op om onverminderd te blijven investeren in voorwaarden voor veilig voorschrijven en ik reken erop dat de inzet van de ziekenhuizen zich ondermeer zal weerspiegelen in de resultaten van de landelijke monitor vermijdbare schade die het NIVEL uitvoert en waarvan we de resultaten eind 2017 tegemoet kunnen zien. Vermijdbare schade ten gevolge van voorschrijven van medicatie maakt daar onderdeel van uit.

## **Verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg**

Sinds het thematische toezicht dat de IGZ in 2010 op gebied van medicatieveiligheid uitvoerde in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg en in de gehandicaptenzorg, waarbij een aantal risico's werd geconstateerd, heeft het onderwerp medicatieveiligheid deel uitgemaakt van vrijwel alle reguliere inspectiebezoeken in deze sectoren.

Wat betreft de sector verpleging en verzorging, gaat dit rapport over 48 instellingen die deel uitmaken van de groep van 150 verpleeginstellingen waarover de IGZ deze zomer de eindrapportage van haar toezicht stuurde en waarover in oktober een update is gestuurd. Deze 150 instellingen zijn in het kader van risico-inventarisatie gedurende 2015 en begin 2016 onderworpen aan een specifiek daarvoor ingericht toezichttraject. Dat betekent dat de selectie van instellingen waarover in bijgevoegd rapport wordt gerapporteerd, niet representatief is voor de hele sector. De IGZ constateert dat er nog steeds instellingen zijn die geen duidelijke procedure hebben rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg of een procedure die voldoet aan de zogenoemde veilige principes in de medicatieketen. Bij een deel van de onderzochte instellingen is niet voor alle cliënten een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. Ook op het gebied van elektronisch voorschrijven en jaarlijkse medicatiebeoordeling tussen arts en apotheker moet een aantal instellingen nog stappen maken. Het rapport maakt duidelijk dat er nog veel te verbeteren valt. Dat wil niet zeggen dat er in de onderzochte instellingen onverantwoorde zorg werd geboden, maar wel dat er risico's bestonden op gebied van de randvoorwaarden voor verantwoord voorschrijven en medicatieveiligheid. Partijen zullen zich dus onverminderd moeten inspannen om hier verbetering in aan te brengen. Op 31 oktober jl. heeft de Staatssecretaris van VWS u geïnformeerd over het toezicht van de IGZ op medicatieveiligheid bij de instellingen in «categorie 1» van de lijst van 150 instellingen naar aanleiding van de motie Potters. De conclusie van de IGZ was dat bij 8 aanbieders de medicatieveiligheid op orde was. Bij de 3 instellingen waarbij dat niet het geval was, heeft de IGZ maatregelen genomen. Voor de gehele verpleeghuissector loopt de periode van gericht toezicht op medicatieveiligheid tot 31 december 2016.

Wat betreft de gehandicaptenzorg gaat het rapport over een klein aantal zorgaanbieders. De 12 bezochte instellingen behoorden tot een groep van 90 zorgaanbieders met een verhoogd risico voor de cliëntveiligheid op verschillende terreinen. Ook hier betrof het dus instellingen die niet representatief zijn voor de hele sector. De IGZ constateert dat er ten opzichte van 2010 een aanmerkelijke verbetering is opgetreden in het bewustzijn over de risico's rondom het medicatieproces. De meeste bezochte zorgaanbieders (6 van de 8) beschikken over een procedure voor veilige en verantwoorde farmaceutische zorg en bij bijna alle onderzochte zorgaanbieders (6 van de 8) is voor alle cliënten een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. De IGZ constateert daarom dat de bezochte zorgaanbieders in belangrijke mate voldoen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven. Wat betreft het uitvoeren van medicatiebeoordeling blijft de gehandicaptenzorg achter. Hier is nog winst te behalen.

## **Forensische zorg**

De IGZ heeft 7 forensisch-psychiatrische centra (FPC) bezocht in het kader van haar onderzoek. Naar aanleiding hiervan heeft de IGZ de volgende bevindingen en aanbevelingen aan de FPC's gedaan:

- Het elektronisch voorschrijfsysteem: Op onderdelen zijn verbeteringen noodzakelijk. Zo blijkt uit de onderzoeken dat er binnen verschillende instellingen sprake is van gefragmenteerde dossiersystemen (elektro-

nisch patiëntendossier (EPD) en EVS) die niet allemaal even goed op elkaar zijn aangesloten. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid van de informatie-uitwisseling in negatieve zin. In dit onderzoek is niet nader ingegaan op het integreren van beide systemen, terwijl het niet communiceren van EVS met EPD mogelijk een risicofactor is;

- De FPC's dienen zowel aan de functionaliteit van ieder onderdeel op zich als aan de integratie van de verschillende ICT-, EPD- en EVS-systemen aandacht te besteden. Bij de implementatie is het verstandig een risicoanalyse te laten verrichten;
- Betrokkenheid apotheker: De proactieve rol van de (gecontracteerde) apotheker lijkt een belangrijke succesfactor voor het beheersen van de risico's en het slagen van een goede integratie van de verschillende EPD-en EVS-systemen. Ook het werken met het EVS en het opstellen van samenwerkingsafspraken maken daarbij deel uit van de taak van de apotheker. De IGZ beveelt de FPC's aan apothekers een actieve rol te geven in het farmaceutisch proces.

De FPC's hebben de aanbevelingen van de IGZ ter harte genomen en diverse verbeteracties uitgezet om daarmee een tot een beter verantwoord medicatiebeleid te komen. Zo hebben de klinieken over het medicatiebeleid samenwerkingsafspraken met ketenpartners, waaronder de apothekers, gemaakt. Daarnaast zijn de protocollen medicatiecyclus aangepast, waarbij onder meer is vastgelegd dat het beheer van de werkvoorraad en de controle op bewaarconditie, samenstelling en vervaldata maandelijks door de apotheker zullen worden uitgevoerd. Voorts is in deze protocollen de interne verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van medicatiebeleid beschreven en zijn er werkafspraken gemaakt met alle betrokken disciplines, zodat helder is wie, wat, hoe en op welk tijdstip doet ten aanzien van medicatie.

Het medicatiebeleid wordt jaarlijks geëvalueerd. De gesignaleerde risico's bij het EVS zijn geanalyseerd en er zijn hierop verbeteringen aangebracht door zowel de klinieken zelf als door de ICT-dienstverlener. De aan patiënten voorgeschreven medicatie wordt met het behandelteam besproken in de patiëntenvergaderingen, zodat alle betrokkenen hiervan op de hoogte zijn. Hierin kunnen direct instructies worden gegeven. In alle klinieken wordt een zo goed mogelijke integratie van medicatie in het EPD nagestreefd, waar mogelijk door koppeling, zodat te allen tijde eenduidigheid bestaat over het medicatiebeleid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers