

Vergaderjaar 2012–2013

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 226

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 februari 2013

Hierbij treft u het rapport «Acute ziekenhuisopnames die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen» aan van het Erasmus MC, in samenwerking met Radboud Universiteit Nijmegen¹. Dit rapport is in opdracht van VWS tot stand gekomen. Kern van het rapport is het ontwikkelen van een doelmatige meetmethode om de voortgang op het terrein van verbetering van de medicatieveiligheid inzichtelijk te maken en een nulmeting naar de mate waarin geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnames zich voordoen die potentieel vermijdbaar zijn. Onderhavig rapport is op 1 november 2012 aangeboden aan VWS en geeft inzicht in de ontwikkeling van geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames over het tijdvak 2005–2008. Daarnaast laat het rapport zien in welke mate aanbevolen maatregelen om de medicatieveiligheid in Nederland te verbeteren zijn nagevolgd gedurende het tijdvak 2007 t/m 2010.

In 2010 heeft mijn ambtsvoorganger besloten een nieuwe studie te laten uitvoeren naar de mate waarin (verkeerd gebruik van) geneesmiddelen tot ziekenhuisopnames kunnen leiden die potentieel vermijdbaar zijn. Omdat de eerdere Harm-studie² arbeidsintensief en tijdrovend was en de IPCI-studie³ onvoldoende waarborg bood dat ook geneesmiddelen die door de tweede lijn waren voorgeschreven, werden meegenomen, is door de onderzoekers een nieuwe meetmethode ontwikkeld. Daardoor zijn de uitkomsten niet geheel vergelijkbaar met de eerdere Harm- en IPCI-studie. Daarnaast is op basis van de aanbevelingen in het Harmwrestling-rapport⁴ een set indicatoren ontwikkeld met als doel om een instrument beschikbaar te krijgen om doelmatig te kunnen monitoren of de aanbevelingen worden opgevolgd in de praktijk.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

² Hospital Admissions Related to Medication (2006)

³ Integrated Primary Care Information-studie (2004)

⁴ Kamerstukken 29 477, nr. 47

Uitkomst studie

Het aantal mogelijk vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames blijkt licht te zijn gedaald van 20% naar 18% (afgezet tegen alle acute geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames).

Het type mogelijk vermijdbare opnamen (bloedingen, elektrolytstoornissen), de oorzaken (dubbele medicatie, geen beschermende medicatie, doseringsfouten en contra-indicaties) zijn nog steeds onveranderd. De middelen die het vaakst een rol spelen bij potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames zijn grotendeels gelijk aan de middelen die uit eerdere studies naar voren zijn gekomen: NSAID's, diuretica, trombo-cytenaggregatieremmers, orale anticoagulantia, benzodiazepinen, opioïden, bètablokkers, calciumantagonisten, bloedglucoseverlagende middelen en RAS-remmers.

De reden van de mogelijke vermijdbaarheid is verreweg het meest te herleiden tot ongewenste geneesmiddelencombinaties (33%), het niet toevoegen van een beschermend middel, een verkeerde dosering en contra-indicaties.

De indicatoren die werden ontwikkeld om de navolging van de aanbevelingen uit het Harmwrestling-rapport te kunnen monitoren, laten een gemengd beeld zien. Voor een deel waren de uitkomsten in 2007 al positief te noemen.

Bij een beperkt aantal indicatoren is een duidelijke verbetering opgetreden; dit betreft met name de maagbescherming bij verhoogde kans op maagdarm-bloedingen en het meten van de nierfunctie bij bepaalde risicopatiënten. Voor een groot deel is verbetering mogelijk en gewenst.

Met het oog op het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames door geneesmiddelen, wordt in de onderhavige studie de aanbeveling gedaan om (verdere) verbeteringen vooral te richten op:

1. De toevoeging van een extra geneesmiddel om de patiënt te beschermen tegen een bijwerking van een ander geneesmiddel (zoals een verhoogd risico op maagdarmbloedingen bij gebruikers van NSAID's, coxibs en antistollingsmiddelen).
2. Het aanvragen van natrium-, kalium- en/of creatine- bepalingen bij patiënten met een verhoogd risico op een elektrolytstoornis en/of verminderde nierfunctie.
3. Het waarborgen van persoonlijke vervolgschorten bij patiënten met een verhoogd valrisico op moment van starten of langdurig doorgaan met een psychofarmacon.

Vooral op het eerste punt valt nog veel verdere veiligheidswinst te behalen, gezien het grote aantal gebruikers van deze middelen en de impact van verkeerd gebruik van het middel. Op dit terrein wordt een aantal aanbevelingen gedaan, waaronder de aanbeveling om bij patiënten uit bepaalde groepen deze middelen niet langer in combinatie voor te schrijven.

Standpunt

Hoewel er sprake is van een dalende trend met betrekking tot de geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnames, ben ik helaas nog niet overtuigd dat zorgverleners medicatieveiligheid voldoende urgentie toekennen in hun dagelijks handelen. Ik ben teleurgesteld over het feit dat niet door alle betrokken beroepsgroepen de aanbevelingen voldoende zijn opgepakt, terwijl zij voor een groot deel reeds deel uitmaken van de

vigerende NHG/CBO-richtlijnen. Ik roep de beroepsgroepen op om deze richtlijnen verder aan te scherpen en zorg te dragen voor naleving op dit punt.

Ik zie tegelijkertijd ook wel degelijk positieve ontwikkelingen. Het belang van een goede afstemming en samenwerking om de veiligheid van medicatie te verbeteren, wordt inmiddels gedeeld door een brede groep van zorgverleners. Indien dit goed wordt opgepakt en uitgevoerd, betekent dit een belangrijke bijdrage en mijlpaal voor de medicatieveiligheid. De inmiddels doorgevoerde aanpassing van de Geneesmiddelenwet waardoor de reden van voorschrijven bij bepaalde geneesmiddelen en de uitkomsten van labwaardes, kunnen worden uitgewisseld, kan een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het terugdringen van medicatieveiligheid. Daarnaast zijn er belangrijke stappen gezet om de medicatieveiligheid voor kwetsbare ouderen te verbeteren in de langdurige zorg, zoals de reeds ontwikkelde «Veilige principes voor de langdurige zorg» laten zien.

Met behulp van de ontwikkelde indicatoren kunnen de (zorginhoudelijke) consequenties van nieuwe beleidsmaatregelen worden getoetst. Hiermee heb ik een instrument in handen om ook in de toekomst te toetsen op (mogelijk nadelige) effecten voor de medicatieveiligheid. Dit instrument zal ik in overleg met onderzoekers inzetten waar ik dit relevant acht.

Achtergrond

In 2007 verscheen het eerste onderzoek dat in opdracht van de Orde van Medisch Specialist (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers (NVZA) in Nederland is uitgevoerd naar geneesmiddelenrelateerde ziekenhuisopnames die potentieel vermijdbaar waren. Uit de studie kwam aanvankelijk naar voren dat 19.000 ziekenhuisopnames plaatsvonden (meetjaar 2004) door verkeerd geneesmiddelengebruik. In deze studieopzet is uitgegaan van een ruim begrip «verkeerd gebruik»: zowel het niet volgens de richtlijnen voorschrijven, verkeerde combinaties voorschrijven, gebrek aan therapietrouw en verkeerde toediening zijn hierin meegenomen. Bij 72% was het probleem te herleiden tot het voorschrijfgedrag en bij 26% was het probleem terug te voeren op de toediening of het gebruik (therapieontrouw). Het getal is later aan de hand van de landelijke cijfers neerwaarts bijgesteld naar 16.000 potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames per jaar. Opvallend was dat de potentieel vermijdbare opnames voor meer dan de helft konden worden toegeschreven aan tien geneesmiddelengroepen (anticoagulantia, trombocytenuitstroomremmers, NSAID's, diuretica, RAS-remmers, bloedglucoseverlagende middelen, corticosteroiden, bepaalde psychofarmaca, opiaten en bepaalde hartmiddelen).

De inzichten uit het rapport met betrekking tot de risicopatiënt, risicoproces en risicovolle geneesmiddelen, vormden de aanknopingspunten om verbeteringen in gang te zetten. Hierover is de Kamer bij brief van 6 juli 2007 geïnformeerd.⁵

Met betrekking tot deze risicovolle geneesmiddelen is in opdracht van mijn ambtsvoorganger een breed samengestelde multidisciplinaire expertgroep aan de slag gegaan om concrete interventies (binnen de bestaande wet- en regelgeving) aan te geven om de medicatieveiligheid op korte termijn meetbaar te verbeteren.

Deze expertgroep heeft in 2008 haar rapport *Harmwrestling* afgerond. In dit rapport zijn rond de 40 aanbevelingen gedaan die zich vrijwel allemaal richten tot de voorschrijver en apotheker. Dit rapport is in 2008 aange-

⁵ Kamerstukken 28 439, nr 18.

boden aan de Tweede Kamer en breed verspreid onder alle betrokken partijen.

Een van de meest risicovolle geneesmiddelengroepen betreft de antistollingsmedicatie: van alle ziekenhuisopnames die worden veroorzaakt door medicijngebruik, had ruim een vijfde te maken met antistollingsmedicatie. Daarom heeft VWS de afgelopen jaren specifiek ingezet op verdere verbetering van ketensamenwerking in de trombosezorg. Vanuit VWS is de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken zorgverleners gestimuleerd en de totstandkoming van een landelijke standaard ketenzorg antistolling gefaciliteerd. Deze standaard is in december 2012 bestuurlijk bekrachtigd door de zestien betrokken (veld)partijen. De Inspectie voor de gezondheidszorg zal in 2013 de naleving van deze standaard toetsen.

Hoe verder?

Ik zal deze studie onder de betrokken beroepsgroepen verspreiden en verdere afspraken met hen maken om zorg te dragen dat zij dit zullen gaan oppakken. De nieuwe meetmethode is goed bruikbaar om de medicatieveiligheid te monitoren zodat inzicht wordt verkregen hoe de (on)veilige toepassing van geneesmiddelen zich ontwikkelt. De uitkomsten van deze monitor zullen als basis dienen voor de verdere afspraken met de beroepsgroepen.

Ik zal een vervolgmeting over het jaar 2014 in gang zetten. Over de uitkomsten daarvan zal ik u te zijner tijd uiteraard informeren.

Een afschrift van deze brief en de studie zal ik eveneens doen toekomen aan het Zorginstituut Nederland, met het oog op de verdere aanscherping van richtlijnen en inbedding daarvan in indicatoren.

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