

Vergaderjaar 2016–2017

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 413**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 januari 2017

Medicatieveiligheid is een belangrijk onderdeel van het geneesmiddelenbeleid.

Dit begint bij de verlening van een handelsvergunning waarbij veiligheid een belangrijk criterium is. Ook verderop in de keten bij het voorschrijven en het ter hand stellen van geneesmiddelen is het veilig gebruik van geneesmiddelen een belangrijk aandachtspunt. Geneesmiddelengebruik kent immers altijd risico's, zoals bijwerkingen of interactie met andere geneesmiddelen. De afgelopen tien jaar is continu aandacht geweest voor geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen. In 2009 zijn in het Harm Wrestling rapport<sup>1</sup> 6 algemene en 34 geneesmiddel-specifieke aanbevelingen geformuleerd die tot doel hadden om tot een reductie van geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen te komen. Het bijgevoegde rapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid van het Erasmus MC in een consortium met NIVEL, Radboud UMC en PHARMO geeft de huidige stand van zaken weer<sup>2</sup>.

*Geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen stijgen door vergrijzing*

Het aantal geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen is gestegen van 39 duizend in 2008 naar 49 duizend in 2013. Deze stijging is in lijn met de stijging van het aantal acute opnamen en is meest waarschijnlijk het gevolg van de veroudering van de patiëntenpopulatie.

*Vermijdbaarheid van geneesmiddel-gerelateerde opnamen is constant*

In het rapport wordt onderscheid gemaakt tussen geneesmiddel-gerelateerde opnamen en geneesmiddel-gerelateerde opnamen die potentieel vermijdbaar zijn. Met name die laatste opnamen dienen zo veel mogelijk te worden voorkomen. De potentiële vermijdbaarheid van de

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 47

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

geneesmiddel-gerelateerde opnamen lijkt de afgelopen jaren redelijk constant. Potentieel vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen doen zich vooral voor bij 65-plussers. Gemiddeld 48 procent van deze ziekenhuisopnamen is potentieel vermijdbaar bij 65-plussers tegenover ongeveer 25 procent bij patiënten jonger dan 65 jaar.

De oorzaken van potentieel vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen zijn in de loop der jaren ook niet erg veranderd. Deze ziekenhuisopnamen liggen vooral in de categorieën fracturen, nierfunctiestoornissen en hyper- of hypoglykemie. Dit hangt samen met geneesmiddelen zoals de benzodiazepinen, bloeddrukverlagende middelen en diabetesmiddelen. Dergelijke ziekenhuisopnamen zijn te vermijden door beter rekening te houden met de kenmerken, bijzonderheden en de conditie van de individuele patiënt en door het toepassen van beschermende maatregelen zoals het uitvoeren van bloedbepaling bij de start van de behandeling met een plaspil die kan leiden tot kaliumverlies.

*Oorspronkelijk aanbevelingen uit Harm Wrestling rapport zijn nog steeds relevant*

Het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid geeft aan dat de meest recente inzichten nog steeds aansluiten bij de geneesmiddel-specifieke aanbevelingen uit 2009. Voor het reduceren van de geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen zijn de oorspronkelijke aanbevelingen uit het Harm Wrestling rapport dus nog steeds zeer relevant. Een belangrijke conclusie uit het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid is dan ook dat het in de eerste plaats aankomt op blijvende aandacht voor de eerdere Harm Wrestling aanbevelingen. Uit het onderzoek volgen ook nog een aantal nieuwe aanbevelingen en suggesties op het terrein van het voorkomen van valincidenten, het gebruik van antistollingsmiddelen, de ontwikkeling en implementatie van medisch-farmaceutische beslisregels bij deze middelen en monitoring van risicopatiënten, in het bijzonder bij patiënten die behandeld worden met insuline.

*Verbeter navolging van de oorspronkelijk aanbevelingen*

Betere navolging van de geneesmiddel-specifieke aanbevelingen biedt nog ruimte om potentieel vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen te reduceren. De onderzoekers bevelen aan om de oorspronkelijke aanbevelingen nog nadrukkelijker onder de aandacht te brengen van (huis)artsen en apothekhoudenden. Zorggegevens die nodig zijn om te beoordelen of een patiënt een verhoogd risico loopt op een geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopname dienen systematischer te worden verzameld, vastgelegd, toegepast en gedeeld met andere zorgverleners die rechtstreeks bij de farmacotherapie zijn betrokken. Overigens geldt ook dat de oorspronkelijke algemene aanbevelingen nog steeds relevant zijn. In het bijzonder bevelen de onderzoekers aan om onderzoek te doen naar de implementatie en effectiviteit van de «Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg» die de KNMG in 2010 heeft uitgebracht.

*Investeer in informatie-uitwisseling, betere verantwoordelijkheidsverdeling en aansluiting bij dagelijkse praktijk*

Om de oorspronkelijke aanbevelingen nog effectiever in te zetten is in het onderzoek gezien waarom huisartsen bepaalde aanbevelingen wel of niet opvolgen. Er blijkt een grote verscheidenheid van redenen waarom huisartsen aanbevelingen niet opvolgen. Behandeling op maat speelt volgens de huisartsen een duidelijke rol. Huisartsen bepalen met de patiënt wat de beste behandeling is. Dit kan betekenen dat weloverwogen

door een patiënt wordt afgezien van een behandeling of wordt afgeweken van het volgen van de geneesmiddel-specifieke (voorschrijf)aanbevelingen. Goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt is daarom essentieel.

Een andere reden waarom de aanbevelingen niet altijd worden opgevolgd is onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van bepaalde taken. Dat geldt bijvoorbeeld voor het laten doen van een laboratoriumbepaling. Tevens geldt dat de aanbevelingen onvoldoende aansluiten op de dagelijkse praktijk van huisartsen. Bijvoorbeeld omdat de aanbevelingen niet in dezelfde vorm zijn teruggekomen in de door huisartsen gebruikte NHG-standaarden.

### *Conclusie*

De onderzoekers van het Erasmus MC, NIVEL, het Radboud UMC en PHARMO hebben een forse inspanning geleverd om vanuit hun bevindingen in de praktijk te komen tot een aantal suggesties om de medicatieveiligheid in Nederland te verbeteren en in het bijzonder het aantal vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen te reduceren. De geconstateerde stijging van het aantal vermijdbare geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen is aanleiding om iedereen te wijzen op de hardnekkigheid van deze omissies en de noodzaak om te veranderen. Temeer omdat de oorspronkelijke geneesmiddel-specifieke aanbevelingen uit de eerdere onderzoeken nog steeds relevant blijken te zijn. Ik zal daarom de landelijke organisaties van voorschrijvers en apothekhoudenden vragen om met een plan te komen hoe deze aanbevelingen in de praktijk zo snel mogelijk beter kunnen worden opgevolgd en hoe de nieuwe aanbevelingen nader kunnen worden uitgewerkt.

De uitkomsten van dit onderzoek heb ik gezien in samenhang met het recente IGZ-rapport »Veilig voorschrijven moet beter«<sup>3</sup>, de aankomende herziening van de richtlijn medicatieoverdracht, de tweede evaluatie van het VMS Veiligheidsprogramma (NIVEL, november 2016) en mijn voornemens uit de geneesmiddelenvisie<sup>4</sup> en het actieplan gepast gebruik<sup>5</sup>.

In grote lijnen passen de uitkomsten van het onderzoek binnen de reeds geformuleerde beleidsdoelstellingen en -maatregelen:

- Allereerst dient de aandacht uit te gaan naar hoogrisico patiënten. De huisarts dient voldoende gefaciliteerd te worden bij het identificeren van deze patiënten en bij het voorschrijven van geneesmiddelen opdat hij rekening kan houden met de oorspronkelijke geneesmiddel-specifieke aanbevelingen. Goed gebruik van een optimaal elektronisch voorschrijfsysteem, standaarden en medisch-farmaceutische beslissingen zijn behulpzaam; het gesprek met de patiënt is essentieel.
- De overdracht van het medicatiedossier, laboratoriumbepalingen en relevante informatie over de indicatie en de patiënt moeten worden verbeterd om het samenspel tussen voorschrijver en apothekhoudende te bevorderen. De apotheker is bij uitstek de zorgverlener die veilig gebruik van geneesmiddelen door de patiënt kan bevorderen. De apotheker is in staat om gebruik van het geneesmiddel in de praktijk en mogelijke wisselwerking met andere geneesmiddelen, goed te volgen. Indien nodig kan hij direct of periodiek corrigeren (bijvoor-

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 409

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 358

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 405

beeld door een medicatiebeoordeling uit te voeren bij patiënten met polyfarmacie), en daarover contact onderhouden met andere zorgverleners.

- Informatievoorziening richting voorschrijver en patiënt is essentieel. Op het terrein van de informatievoorziening richting de voorschrijver is de afgelopen jaren intensieve samenwerking tot stand gekomen tussen verschillende partijen. De basis is hier op orde en de vindbaarheid van informatie over het voorschrijven van geneesmiddelen is via het Farmacotherapeutisch Kompas (<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>) geborgd. Ik heb u recent mijn voornemens gestuurd op het terrein van de informatievoorziening richting patiënten<sup>6</sup>. Bij het leveren van farmaceutische zorg op maat en het samen beslissen over de beste behandeling is ook vanuit het perspectief van medicatieveiligheid goede informatievoorziening essentieel. In dit kader acht ik het ook wenselijk om vast te leggen waarom bij een bepaalde keuze van geneesmiddelen aanbevelingen niet zijn opgevolgd.
- Bij het bevorderen van medicatieveiligheid is samenwerking tussen verschillende zorgverleners zoals specialisten, huisartsen, apotheekhoudenden en de patiënt, noodzakelijk. Hierbij hoort een heldere, eenduidige verantwoordelijkheidsverdeling.
- Ik ben van mening dat vooral behandelingen met een of meer risicovolle geneesmiddelen voldoende moet worden afgestemd op de kenmerken en bijzonderheden van de individuele patiënt. Daarbij zijn onder meer van belang: leeftijd, gewicht, ziektestadium, conditie van de patiënt, eerdere reacties op het geneesmiddel, contra-indicties en interactie met andere geneesmiddelen.

Door vergrijzing, toenemende comorbiditeit aan de ene kant en meer mogelijkheden in farmaceutische zorg en polyfarmacie aan de andere kant vind ik een blijvende aandacht voor het veilig gebruik van geneesmiddelen belangrijk. Het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid geeft voldoende handvatten om het beleid samen met voorschrijvers en apotheekhoudenden verder vorm te geven en te implementeren. Met het implementeren van de concrete aanbevelingen door voorschrijvers en apotheekhoudenden kunnen snel belangrijke stappen gezet worden om de medicatieveiligheid te vergroten. Zoals gezegd spreek ik partijen aan om voortvarend werk te maken van het opvolgen van de aanbevelingen en vraag ik hen mij een plan aan te bieden hoe ze dat gaan doen.

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

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 404