



verslag

Omschrijving	Invitational Conference Rationele Farmacotherapie
Vergaderdatum en -tijd	30 oktober 2014, 16.30-18.30uur
Vergaderplaats	Utrecht, St. Jacobsstraat 16

Inleiding

Op 30 oktober 2014 organiseerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) een bijeenkomst over het toezicht op Rationele Farmacotherapie (hierna: RFT). Onder RFT wordt verstaan het 'evidence-based' voorschrijven op basis van de indicatie, het actuele patiëntdossier (inclusief patiëntkarakteristieken én het actuele medicatieoverzicht), de actuele farmacotherapeutische behandelrichtlijnen van de beroepsgroep of het aanwezige formularium. De inspectie gaf in haar introductie aan dat de term RFT eigenlijk te veelomvattend is, omdat RFT ook gaat over de zorginhoudelijke farmaceutische richtlijnen. De inspectie zal zich vanaf 2015 in alle domeinen van de gezondheidszorg in eerste instantie richten op de voorwaarden die nodig zijn om verantwoord voor te schrijven, te weten: duidelijkheid voor de patiënt over regie en verantwoordelijkheid; het actueel medicatieoverzicht; medicatiebeoordelingen; en elektronische medicatiebewaking. Deze voorwaarden zijn op basis van de door het veld uitgebrachte multidisciplinaire richtlijnen: 'overdracht van medicatiegegevens in de keten'; 'handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'; 'polyfarmacie bij ouderen'; 'veilige principes in de medicatieketen' en 'elektronisch voorschrijven'.

Tijdens het eerste deel van de invitational conference RFT gaf de inspectie een toelichting hoe in 2015 het toezicht op RFT eruit gaat zien. De inspectie focust hierbij zorgbreed op de vier hierboven genoemde voorwaarden. Bijgevoegd ter informatie de presentatie over dit gedeelte van de invitational conference.

Tijdens het tweede deel van de invitational conference RFT nodigde gespreksleider Tom van 't Hek de zorgkoepels uit om in gesprek te gaan met elkaar en met de inspectie n.a.v. het eerste gedeelte van de invitational conference. Op hoofdlijnen wordt hierna weergegeven wat besproken is tijdens dit interactieve deel.

Actueel medicatieoverzicht

Zorgkoepels kunnen zich op hoofdlijnen vinden in de inhoud van het actueel medicatieoverzicht (hierna: AMO), maar er zijn zorgen over de middelen om implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht goed te kunnen regelen. Het afwijzen van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is hier onder andere de oorzaak van. De inspectie benadrukte dat het Landelijk Schakel Punt (LSP) op dit moment beschikbaar is voor het uitwisselen van medicatiegegevens. Het aantal patiënten waarvan gegevens uitgewisseld kunnen worden blijft echter ver achter als gevolg van de noodzakelijke opt-in (patiënt moet expliciet toestemming geven).

Naar aanleiding van een opmerking dat de richtlijn medicatieoverdracht herzien wordt en dat er een nadere toelichting op de huidige richtlijn is gemaakt, gaf de inspectie aan dat in het toezicht wordt uitgegaan van de huidige richtlijn overdracht. Indien de toelichting van deze richtlijn door alle bij de oorspronkelijke richtlijn betrokken partijen bestuurlijk is vastgesteld, zal worden bekeken wat de impact van deze toelichting is op patiëntveiligheid en de handhaafbaarheid en zal de inspectie bepalen wat uit de toelichting relevant is voor het toezicht.

Medicatiebeoordelingen

Koepels uit de eerste lijn zijn in overleg om invulling te geven aan de aanscherping van de patiëntselectie criteria. In december zullen zij een plan van aanpak presenteren waarin staat welke groep risicopatiënten in aanmerking moet komen voor een medicatiebeoordeling. In dit plan staat ook een uitwerking voor het aantal medicatiebeoordelingen wat per praktijk/ zorgverlener te realiseren is vanaf 2015 (het groeimodel). Indien een voorstel voor het groeimodel uitblijft of bij een niet acceptabel voorstel zal de inspectie zelf een groeimodel vaststellen.

De vergoeding van medicatiebeoordelingen door zorgverzekeraars blijft een probleem in het veld. Financiële belangen lijken in de weg te staan om medicatiebeoordelingen uit te voeren. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat de declaraties van de medicatiebeoordelingen achterblijven op de verwachtingen. De inspectie verzoekt zorgverleners signalen over financieringsproblemen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) te melden, zodat NZa de zorgverzekeraars kan aanspreken op hun zorgplicht. IGZ ontvangt graag een kopie van een eventuele melding aan de NZA om de voortgang in het gehele dossier te kunnen bewaken.

Tenslotte komt aan de orde dat de tweede lijn op dit moment bezig is met ontwikkelen van een addendum op de MDR polyfarmacie. Doel is om dit goed aan te laten sluiten bij de MDR polyfarmacie zodat er een keten ontstaat.

Elektronische medicatiebewaking

Er worden zorgen geuit dat zelfzorg- en homeopathische middelen niet in het elektronisch voorschrijfsysteem (hierna: EVS) zijn opgenomen. De inspectie geeft als reactie dat een EVS alleen zinvol is indien het AMO elektronisch beschikbaar is. Wanneer dit niet het geval is, kan er namelijk geen elektronische medicatiebewaking plaatsvinden (hetgeen de essentie van EVS is).

Verder komt naar voren dat het mogelijk een knelpunt is om de reden van voorschrijven in te voeren en op recept mee te geven (dit naar aanleiding van de verplichting in de Geneesmiddelenwet om bij 23 werkzame stoffen de reden van voorschrijven mee te geven). De inspectie zal nagaan wat dit voor de handhaving betekent.

Tenslotte komt het aspect 'schijnveiligheid' van het EVS aan de orde. Zorgaanbieders moeten zich ervan bewust zijn dat het EVS onderdeel uitmaakt van de totale informatievoorziening en niet (als losstaand systeem) op zichzelf staat. Verder moeten medicatiebewakingsignalen zodanig worden ingesteld dat deze signalen de zorgprofessional op een gerichte manier bij het voorschrijven ondersteunen; het is niet wenselijk dat er signaalmoeheid ontstaat. De inspectie heeft als toetsnorm opgenomen dat bij inzet van een EVS een prospectieve risicoanalyse wordt gemaakt waarbij nagedacht wordt over mogelijke risico's en verbetermaatregelen.

Verantwoordelijkheidsverdeling

De gesprekleider nodigt zorgkoepels uit na te denken over wie nu eigenlijk verantwoordelijk is wanneer er geen onderlinge afspraken zijn gemaakt over verantwoordelijkheden. Als reactie hierop geven verschillende aanwezigen aan dat iedere zorgverlener verantwoordelijk is voor wat hij of zij zelf doet. De inspectie geeft aan dat een zorgverlener integraal verantwoordelijk wordt gehouden tenzij hierover expliciete afspraken gemaakt zijn met andere zorgverleners. Specifieker: als er meerdere voorschrijvers geneesmiddelen aan een patiënt voorschrijven, zal iedere voorschrijver integraal moeten bepalen wat de effecten van de voorgeschreven geneesmiddelen op de patiënt zijn en zal de voorschrijver niet alleen moeten kijken naar de effecten op één specifieke aandoening.

Eén van de aanwezigen geeft aan dat het AMO hier een oplossing voor zou kunnen zijn indien iedere zorgverlener deze gebruikt bij het doorvoeren van een verandering in de medicatie. Er zijn zorgen dat dit in theorie goed lijkt te werken maar dat dit in de praktijk niet het geval is. In richtlijnen kan alles weliswaar goed worden geregeld maar wanneer een patiënt -bijvoorbeeld op vrijdag om 17.00u- ontslagen wordt uit het ziekenhuis, is het vaak de verpleegkundige of verzorgende van de thuiszorg die het 'moet zien te regelen'. Het gaat er dan ook vaak om wie zich verantwoordelijk voelt en dit heeft o.a. te maken met cultuur. Ketenafspraken in regio's zijn hierbij van wezenlijk belang en degene die dit goed geregeld hebben moeten zich verplicht voelen dit uit te dragen ('best practices'). De vraag die gesteld zou moeten worden is hoe zorgverleners hun eigen professionele verantwoordelijkheid ervaren. Daarnaast gaat het om teamwork en problemen samen oplossen.

De inspectie raadt iedereen aan om de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg [2010] van de KNMG te bekijken. Deze handreiking bevat een checklist met 13 aandachtspunten over de verantwoordelijkheidsverdeling. Het blijkt dat deze handreiking nog niet breed bekend is, terwijl het essentiële uitgangspunten bevat voor samenwerking in de zorg.

De rol van de patiënt

De rol van de patiënt komt meerdere keren aan de orde. De patiënt kan een belangrijke rol spelen en moet hierin ondersteund worden. De vraag is of de patiënt wel een verantwoordelijkheid moet hebben op het gebied van de beschikbaarheid van het AMO. Dit is een zwakke schakel in de keten. We moeten rekening houden met verschillende soorten patiënten én er moet worden nagedacht welke verantwoordelijkheden bij de patiënt neergelegd kunnen worden.

Daarnaast wordt aangehaald dat rechten en plichten van patiënten te licht weggewuifd worden. Een patiënt kan niet én volledige privacy hebben én daarnaast verwachten om 17.00u 'alles te krijgen'. Voor het bieden van medisch- en farmaceutisch verantwoorde zorg hebben zorgverleners immers de complete en actuele gegevens van een patiënt nodig. Daarnaast worden zorgen geuit over de waarde van het AMO; er kan weliswaar een AMO beschikbaar zijn, maar dit hoeft niet te betekenen dat de patiënt de medicatie ook daadwerkelijk slikt. Reacties hierop zijn dat er moet worden ingezet op goede patiënteninformatie en dat investering in contact met de patiënt van essentieel belang is.

Afsluiting

De inspectie geeft aan dat interactie met de zorgkoepels zeer belangrijk is, omdat op deze manier de signalen uit het veld meegewogen kunnen worden in het toezicht. De inspectie waardeert de open en constructieve wijze waarop de bijeenkomst van 30 oktober heeft plaatsgevonden. Verder is de inspectie zich bewust van het spanningsveld tussen privacy van de patiënt en het veilig voorschrijven van medicatie, zoals dat naar voren werd gebracht. De inspectie voert hierover gesprekken met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), waarbij iedere toezichthouder haar eigen rol en verantwoordelijkheid heeft. De inspectie zal transparant zijn in de manier waarop het toezicht wordt uitgevoerd. Dit betekent dat het (gepresenteerde) generieke toetsingskader openbaar wordt gemaakt. Wanneer er domeinspecifieke accenten worden gelegd, zullen deze met de afzonderlijke koepels afgestemd worden.

Belangrijke elementen die veel zorgpartijen nog nader moeten invullen zijn de persoonlijke professionele verantwoordelijkheid, het toewijzen van de regie functie en het maken van netwerkbrede afspraken. Uiteindelijk draait het om de (kwetsbare) patiënt die moet kunnen vertrouwen op verantwoord voorgeschreven medicatie.