

Samenvatting opbrengst knelpunteninventarisatie stakeholders voor module Medicatiebeoordeling Mei 2019

Conclusies uit de knelpunten:

Ervaringen met betrekking tot de in de richtlijn geadviseerde methode van medicatiebeoordeling

De huidige richtlijn is op dit moment nog niet goed geïmplementeerd, hij lijkt te ruim te zijn en daardoor niet haalbaar voor de eerste lijn. Tijdsplanning is een probleem.

Wie neemt het initiatief bij de medicatiebeoordeling (patiënt, huisarts, apotheker). NB: ouderen (de patiënten) zien vaak de noodzaak/belang niet in.

Bij welke populatie is het haalbaar en zinvol gezien de tijdinvestering die het vergt, dus enkel de hoog risico patiënten moeten geïmplementeerd worden.

De apotheker wordt vaak niet als zorgverlener gezien.

Communicatie tussen de huisartsen en de apotheker en andere voorschrijvers (2^e lijn)

Hoe participeert de medisch specialist? Huisartsen en apothekers zeggen dat ze de medicatie niet durven aan te passen als een specialist de eerste voorschrijver is.

Apothekers nodige mensen uit middels brieven en dat lijkt de MBO al te zijn (klacht patiënt) Hoe is dus geborgd dat er echt is samengewerkt aan een MBO door arts en patiënt?

De ICT die vaak niet klopt waarbij computers elkaar dus niet 'begrijpen' en er dus dingen niet bekend zijn.

Verslaglegging van de wijzigingen van het medicatie gebruik na een MBO (wat kan leiden tot het opnieuw voorschrijven van dezelfde oude medicijnen)

Labonderzoek kan nodig zijn in het kader van de medicatiebeoordeling en dat kan, i.v.m. eigen risico, een beperkende factor zijn.

Van apothekers horen we dat ze stoppen medicatie met name in weekdoseersystemen niet doen vanwege de financiële consequenties. Wij zijn voorstander dat deze polyfarmaciepatiënten met een weekstelsel een honorering krijgen waarbij de kosten van het weekstelsel onafhankelijk(er) dan nu zijn van het aantal geneesmiddelen in de weekzakjes.

Uitvoeren van activiteiten bij de medicatiebeoordeling die volgens de NZA beleidsregel onderdeel zijn van andere prestaties, bijvoorbeeld:

- a. het geven van relevante informatie ter bevordering van goed geneesmiddelengebruik is een onderdeel van de prestatie 'standaardterhandstelling' een geneesmiddel
- b. een onderdeel van de MBO zijn medisch farmaceutische beslisregels (MFB's). Hoe logisch het ook is (afhandeling van) de MFB's mee te nemen bij de MBO, het mag niet als tijd opgevoerd worden. De financiering van MFB's loopt niet via de prestatie 'MBO'.

Onduidelijk is wat het MBO de verzekerde oplevert in relatie tot tijdinvestering, kosten en vergoeding.

Vanuit VGZ: onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de MBO, dus ze zijn terughoudend met het breder inzetten/uitvoeren van de MBO

Vanuit IGJ: Het huidige kader is niet door Verenso ondertekend en dat kan voor de inspectie, als het op handhaving aankomt, betekenen dan we niet altijd kunnen terugvallen op deze richtlijn.

Vanuit: V&VN:

Negatief vind ik de grote rol die de apotheker krijgt in het stappenplan en dat de verpleegkundige rol hierin niet wordt gekend, terwijl juist de verpleegkundige in eerste en tweede lijn een steeds grotere rol krijgt in het behandelen van de patiënt (voorschrijfbevoegdheid etc.), zie citaat pagina 16 van MDR.

Bij een medicatiebeoordeling zijn naast de patiënt of diens (mantel)verzorgende in elk geval een apotheker en een arts betrokken en soms een verpleegkundige, POH-er of apotheekmedewerker.

Op zich een duidelijk stappenplan en toelichting hierop. Wat wel prettig zou zijn voor ouderen is een duidelijk medicatie paspoort, met een korte toelichting waar de medicatie voor dient. Nu wordt in principe alleen de naam en de stofnaam van de medicatie vermeld, en komt mi onduidelijk over; zeker ook de frequentie + dosering van de medicatie staat niet altijd goed zichtbaar vermeld, wat uiteraard tot fouten + therapie ontrouw kan leiden.

Huidige manier van uitvoering:

Apothekers doen een medicatiereview en nodigen de mensen uit en dan is er een overleg met de huisarts.

IVM: doet het zeer kort met of zonder patiënt tussen arts en apotheker (live of op papier).

NVKG: opgenomen patiënten middels START-STOPP, poliklinisch als onderdeel van het CGA Comprehensive geriatric assessment.

Ouderen worden geattendeerd op het bestaan van MBO middels een ledenmagazine/brochure en via voorlichting.

Verpleegkundigen hebben een signalerende functie bij labuitslagen/vallen/therapietrouw naar internisten. Ook bij de jaarlijkse DM controle komen alle medicijnen aan bod, maar niet via het stappenplan.

Zilveren Kruis heeft tarieven voor apothekers voor MBO en het is al uit het eigen risico voor patiënten.

Alternatieve vormen van medicatie beoordeling:

Jaarlijkse update doen bij patiënten en vragen naar specifieke problemen.

Papieren uitwerking van de apotheker gaat naar arts en die pakt het op en koppelt terug naar patiënt/apotheker.

Minder tijdsintensief overleg tussen arts/apotheker.

Ouderen: goede monitoring bij wisseling van medicatie, actiever vragen aan ouderen hoe het gaat met de medicatie. Papieren beoordeling door een gespecialiseerd apotheker.

Verpleegkundigen: het begint bij het voorschrijven en registreren. Medicatie beoordeling op basis van ziekte/aandoening en bij jaarcontroles van chronische ziekten structureel checken.

Zilveren Kruis: Automatiseren van onderdelen van de MBO, middels bv uitbreiding van de MFB's. Ook opname – en ontslaggesprekken en periodieke baxterevaluaties hebben overlappende kenmerken met de MBO.

Doelgroepen voor uitgebreide versie van de MBO en wie voor een alternatieve versie?

intensieve vorm

- Analfabeten en andere taalbarrières.
- Bij het starten van een baxter intensieve vorm.
- Patiënten met een doseringssysteem of die hulp/toezicht hebben bij medicatie inname.
- Cognitieve stoornis.
- >75 jaar na een opname in het ziekenhuis die te maken zou kunnen hebben met medicatiegebruik.
- Patiënten met > 7 medicijnen (laxantia en Vit D niet meegeteld).

- Kwetsbare ouderen, bv valproblematiek, onbegrepen achteruitgang en/of onduidelijke klachten en dementie (in verband met medicatie hanteringsproblemen).
- Jonge polyfarmacie patiënten bij wie meer gezondheidswinst en kwaliteit van leven valt te verwachten (evt. leeftijd loslaten en kijken in de GGZ populatie).
- Na een major life event (ziekenhuisopname, na overlijden naaste, opeens veel klachten).

Zilveren Kruis/Achmea: Het is tot op de dag van vandaag niet duidelijk welke opbrengst we voor de individuele patiënt (of de verzekeraar / maatschappij) kunnen toekennen aan medicatiebeoordelingen. De DREAMeR-studie biedt daar mogelijk toekomstig inzicht in voor wat betreft ouderen. Vanaf het moment dat de kosteneffectiviteit van een medicatiebeoordeling per patiëntgroep is bepaald, kan pas worden bepaald wie voor welke vorm van medicatiebeoordeling in aanmerking komt.

Selectie van de populatie:

- Casefinding: Op basis van kwetsbaarheid door huisarts/thuiszorg/mantelzorg/specialist ouderengeneeskunde/POH/diabetesverpleegkundige/iedereen met een 'niet pluis' gevoel.
- Op basis van polyfarmacie in combinatie met :
 - Kwetsbaarheid (middels GFI = Groninger Frailty indicator)
 - En/of leeftijd (>75 jaar)
 - En/of Multi morbiditeit
- Na een ontslag bij een acute opname of SEH bezoek.
- Bij start doseringssystemen.
- Vanuit het AIS.
- Op basis van diagnose/aandoening.

NVKG: Bij de huidige aanbevolen doelgroep zou een prioritering aangebracht kunnen worden, waarbij de laagst geprioriteerde doelgroep als alternatief een minder uitgebreide medicatie beoordeling zou kunnen ondergaan (bijvoorbeeld alleen beoordeling vanuit het dossier of tijdens het MDO, i.p.v. een uitgebreide consultvoering.) Een mogelijke tussenstap naar een uitgebreide medicatiebeoordeling kan ook een kort consult door de apotheker voorafgaand aan een periodieke controle bij de huisarts/ POH voor een chronische aandoening (bv diabetes mellitus, COPD, CVM) zijn. Ouderen met slechts enkele (2) chronische ziekten kunnen hier voor in aanmerking komen.

Zilveren Kruis/Achmea: Dit kan pas wanneer via wetenschappelijk onderzoek is bepaald welke opbrengst een bepaalde medicatiebeoordeling heeft voor een bepaalde selectie van patiënten. Het blijft anders het op gevoel toewijzen van medicatiebeoordelingen aan patiëntgroepen (leeftijd, aantal medicamenten etc.), terwijl het volstrekt onbekend is of er daarmee ook een meerwaarde is voor een beoordeling.

Suggesties voor verbetering van het gebruik van de richtlijn:

Betere onderlinge samenwerking.

Meerwaarde van de inzet VS, POH, (wijk-)verpleegkundige (voor signalering, voorwerk, afspraken maken, gegevens verzamelen, uitnodigen).

MDO gebruiken.

Verbeterde financiering (voor SO, bv zelfstandige betaaltitel voor de SO/ overlegtijd tussen disciplines).

Adequate gegevens uitwisseling:

- Verbetering compatibiliteit van de informatie systemen van de huisarts/apotheker.
- Betere aansluiting met informatie systemen (evt zorgmail oid) met de verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorg.
- LSP zou helpen om de documentatie van de specialisten te kunnen zien.

- bijv. OZO-verbindzorg.

Aanpassingen in de receptmodule van het HIS: waarschuwingen o.b.v. Beers criteria of bij verminderde nierfunctie.

Duidelijkheid over de regie functie van bepaalde medicatie (specialist of huisarts), dit ook in dossier vastleggen en bij wijzigingen in de medicatie moet de regie functionaris van dit medicijn op de hoogte worden gebracht.

Apotheker en huisarts zoveel mogelijk onder een dak zodat patiënten makkelijker individueel besproken kunnen worden.

Sterker nog door integrale zorgmodellen in het leven te roepen met aanpassing van bekostiging, organisatie, administratie en verlening van zorg om netwerkgzorg mogelijk te maken.

De eisen die IGJ neerlegt voor wat betreft het aantal medicatiebeoordelingen dat moet worden uitgevoerd — en die nu vrijwel uitsluitend wordt geprojecteerd op de apotheker — verplicht stellen voor alle disciplines die bij een medicatiebeoordeling betrokken horen te zijn. Eventueel kan de zorgverzekeraar in de contracten met de verschillende partijen ook gezamenlijke eisen m.b.t. het uitvoeren van een medicatiebeoordeling opnemen.