

## Verslag Invitational conference Medicatiebeoordeling

11 september 2018

De volgende personen nemen deel aan de werkgroep multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij  
5 ouderen, module medicatiebeoordeling (MBO):

- Rob van Marum, voorzitter
- Monique Verduijn, NHG
- Jaco Burgers, NHG (niet aanwezig)
- Suzanne van Putten, NHG
- 10 - Henk-Frans Kwint, KNMP
- Evelyn Schuil-Vlassak, KNMP
- Jan Benedictus, NPCF
- Froukje Boersma, Verenso
- John van der Stegen, Verenso (niet aanwezig)

15

De voorzitter heet iedereen welkom.

Na een voorstelronde wordt de achtergrond van deze module door de voorzitter uiteengezet:  
Er is in de huidige richtlijn een voorstel voor MBO en selectie van patiënten voor MBO voorgesteld  
20 op grond van expertise die toen in werkgroep en in dagelijkse praktijk aanwezig was. Goede  
wetenschappelijke onderbouwing ontbrak. Na 5 jaar evalueren blijkt dat MBO zoals in de huidige  
MDR voorgesteld wordt voor de dagelijks praktijk te tijdsintensief en daardoor niet haalbaar is. De  
minister heeft inmiddels aangegeven dat alle 65-plussers met vijf of meer medicijnen en een in de  
MDR genoemde risicofactor jaarlijks een medicatiebeoordeling zouden moeten krijgen (dat zouden  
25 ruim 350.000 mensen zijn).

Naast de te hoge belasting voor de praktijk kan getwijfeld worden over de doelmatigheid van een  
uitgebreide MBO bij de huidige brede doelgroep.

Er zijn sinds het verschijnen van de MDR in Nederland studies gedaan naar MBO in de eerste lijn (de  
30 DREAMEr-studie en de Opti-Med-studie). Deze studies hebben de richtlijn in aangepaste vorm  
toegepast.

De uitkomstmaten in de Opti-Med-studie zijn negatief gebleken (het heeft de kwaliteit van leven niet  
verbeterd en het heeft geen geriatrische problemen opgelost).

KNMP licht de DREAMEr-studie toe: hierbij sluit de werkwijze erg aan op de richtlijn, is nog meer  
35 patiëntgericht, er wordt gewerkt met behandeldoelen en er werd ook gevraagd naar  
gezondheidsklachten op een schaal van 0-10. De kwaliteit van leven is gemeten, waarbij er wel een  
verbetering van kwaliteit van leven lijkt te zijn, met name bij de patiënten die 10 of meer medicijnen  
gebruiken. Toegevoegd wordt dat de studies een korte follow-up hebben en dat er langere follow up  
nodig is als moet worden gekeken naar voorkomen van problemen, zoals ziekenhuisopnames of  
40 daling van sterfte.

Gezien de geschetste problemen is met financiering van VWS een traject voor een herziening van de  
richtlijn gestart en die is in 2 modules verdeeld:

- Medicatiebeoordeling (MBO) in de eerste lijn (oplevering zomer 2019) en
- 45 - Deprescribing (oplevering januari 2020).

De MBO herziening richt zich volledig op de uitvoering van de MBO in de eerste lijn. De voorzitter  
geeft aan dat in het Addendum Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn, dat recent is ontwikkeld,  
MBO erbuiten is gehouden. Er staat in dat MBO een taak is voor de eerste lijn. De tweede lijn is  
50 hierin dienend aan de eerste lijn. De basisgedachte van de tweedelijnsrichtlijn is: "hoe voorkomen  
we dat we extra schade krijgen en hoe herkennen we de patiënten?"

In de MBO-kerngroep zitten daarom huisartsen, openbare apothekers, een vertegenwoordiger van patiëntenvereniging en een specialist ouderengeneeskunde.

55 De artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's) voelen zich vergeten. De voorzitter geeft aan dat de huidige uitgebreide variant MBO volgens STRIP-methode hier goed voldoet. Deze richtlijn is voor de eerste lijn en er is een capaciteitsprobleem. AVG's hebben ook veel thuiswonende mensen, hetzelfde geldt voor de chronische psychiatrie. De richtlijn moet dan worden getransponeerd naar de eigen werksituatie/sector.

60 VWS heeft bij subsidie een aantal voorwaarden gesteld:

- Samenwerking arts/apotheker/patiënt moet blijven.
- De huidige uitgebreide MBO volgens STRIP-methode mag niet overboord, er moeten een beperkt aantal (minder tijdsintensieve) varianten bij komen.
- Duidelijke selectiecriteria voor patiënten.

65 - Iedere oudere zou jaarlijks een vorm van MBO moeten krijgen.

70 Inmiddels zijn er knelpunten beoordeeld en is er literatuuronderzoek gedaan (Nederlandse onderzoeken vanaf 2012). Door de werkgroep is een discussiestuk opgesteld voor deze invitational. Dit discussiestuk is deels gebaseerd op ervaringen in het UK. In het discussiestuk zijn verschillende levels van MBO voorgesteld in 3 vormen.

Belangrijke discussiepunten zijn:

- Hoeveel en welke vormen van medicatiebeoordeling zijn gewenst?
- Welke patiënten komen voor welke variant van medicatiebeoordeling in aanmerking?
- 75 • Hoe vindt selectie van patiënten voor varianten van medicatiebeoordeling plaats?
- Hoe wordt follow-up geregeld?
- Hoe is de ideale taakverdeling tussen huisarts, apotheker en patiënt?
- Is er een rol (en zo ja welke rol) voor specialist ouderengeneeskunde en ziekenhuisspecialist?

80 Er wordt uitgelegd dat er nu geen knoop doorgemaakt wordt over welke vormen van MBO er gaan komen. Deze invitational is bedoeld om discussie te voeren en alle knelpunten te zien en meningen en tegengeluiden te horen.

85 *Discussie: wat kunnen we zeggen over effecten van MBO in de praktijk?*

- Er wordt aangegeven dat DRP's (drug related problems) in studies wel worden opgelost, maar die vertalen zich niet naar klinische uitkomsten. Als je wilt kijken naar daling op sterfte of op (medicatie-gerelateerde) ziekenhuisopnames, dan moet je hele lange studies doen en daar is geen budget voor.
- 90 • AVG-arts geeft aan: Er is ook een onderzoek gedaan binnen de AVG-sector dat 4 jaar heeft gelopen en daar was wel een uitkomst over patiënt gerelateerde problemen.
- De uitkomsten van het vervolgonderzoek medicatieveiligheid zijn vorig jaar gepresenteerd. Daar wordt geconstateerd dat er niets veranderd is in het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge medicatiegebruik. Dit kan ook komen doordat de groep ouderen groter is geworden en ook de
- 95 • De uitkomsten van het vervolgonderzoek medicatieveiligheid zijn vorig jaar gepresenteerd. Daar wordt geconstateerd dat er niets veranderd is in het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge medicatiegebruik. Dit kan ook komen doordat de groep ouderen groter is geworden en ook de multimorbiditeit is toegenomen. Er is in ieder geval geen daling opgetreden.
- We kunnen nu nog niet wetenschappelijk onderbouwd zeggen dat MBO leidt tot minder klinische uitkomsten voor de patiënt. We zien wel een afname van DRP's.
- De apotheekketens (BeNu en Service Apotheek) geven aan dat zij gemiddeld 2 respect. 4 interventies hebben per patiënt na een MBO. Apothekers zien wel het nut van een MBO.

100

Vraag: Hoeveel patiënten zijn haalbaar voor de eerste lijn om een MBO bij te doen?

De voorzitter geeft aan dat dit afhangt van het model dat er gekozen wordt.

Service Apotheek geeft aan dat sturen op kwantiteit juist minder kwaliteit geeft.

Er zijn nu tussen de 750.000-900.000 65-plussers met 5 of meer medicijnen: dit is niet te doen.

105 VWS zegt dat op dit moment de huidige richtlijn nog van kracht is, dus nu moet officieel iedereen die voldoet aan de criteria uit de richtlijn een MBO krijgen.

*Er is discussie over wie welke rol moet nemen bij een MBO:*

110 • Bij het huidige MBO is het veelal de praktijk dat de apotheker het gesprek met de patiënt houdt. Hieruit volgt informatie op basis waarvan een voorstel naar de huisarts gaat. Daar blijken dan allerlei zaken uit naar voren te komen waar de huisarts soms wat mee kan doen, maar soms ook niet (mogelijk gaat het om een al bekend probleem en is dat niet op te lossen). Apothekers blijven soms tot ergernis van huisartsen komen met bekende problemen.

115 Het liefst komt er nu een model dat heel gericht is op bepaalde problemen die wel opgelost kunnen worden, met samenwerking tussen huisarts/apotheker/patiënt.

120 • Een huisarts mist de rol van de POH in de voorstellen. Een aanzienlijk deel van het werk samenhangend met MBO wordt gedaan door de POH in de huisartsenpraktijk. De voorzitter geeft aan dat bij het maken van de huidige richtlijn is besloten om de huisartsen en apothekers lokaal zelf de verschillende rollen te laten invullen. De voorzitter vraagt zich af of de POH de MBO in samenspraak doet met de apotheek. Een huisarts geeft aan dat ze als supervisor dan contact opneemt met de apotheek. Een apotheker geeft aan dat in zijn geval de POH bij het overleg van de MBO aanwezig is en dat de POH de follow up ook verder vervolgt. Een huisarts geeft aan dat de informatie over de patiënt vaak van de POH komt. Een apotheker geeft aan dat de POH niet alles kan wegvangen, vanwege de complexiteit van heel veel problematiek.

125 • Er wordt opgemerkt dat in sommige regio's de huisarts of de POH de eerste beoordeling doen in plaats van de apotheker. Hoe zit het dan met de samenwerking? Er kunnen natuurlijk ook zaken naast elkaar staan. In de ketenzorg worden jaarlijks controles gedaan en dan wordt als het goed is ook de medicatielijst bij de apotheek opgevraagd.

130 • Een apotheker geeft aan dat het enorm intensief is om een MBO te doen en dat er weinig effect is. Ze geeft aan dat het bij ingewikkelde patiënten mogelijk beter is om in het ziekenhuis een MBO te doen.

Als aanvulling wordt hierop gezegd dat alle medicatie die door specialisten wordt voorgeschreven, niet door de huisarts veranderd zal worden.

135 Bij patiënten waarbij het merendeel van de medicatie wordt voorgeschreven door de specialist zou volgens sommigen bijv. de geriater een rol kunnen spelen. Die kan dan contact opnemen met collega's/specialisten voor aanvullende informatie. Aandachtspunt hierbij is goede afstemming tussen de specialist die een MBO doet en de huisarts met afspraken wie wat wijzigt. Dit kan voorkomen dat patiënten weer terug bij de huisarts komen met bijwerkingen etc. ten gevolge van de wijzigingen die de geriater heeft doorgevoerd.

140 Een apotheker zegt dat de patiënten die in de eerste lijn kunnen worden beoordeeld met een MBO, ook in de eerste lijn gezien moeten worden. Alleen de complexe patiënten met medicatie die niet bekend is bij de huisarts door ervaring/kennis zouden verwezen moeten worden naar de specialist voor een MBO, maar dus alleen als het niet anders kan. Deze verwijzing wordt in het stroomschema toegevoegd in het discussiestuk.

145 • Er wordt door de specialist ouderengeneeskunde steeds meer samengewerkt met de huisarts. Samenwerkingsafspraken zijn vaak lokaal gekleurd, terreinen/speerpunten kunnen hierbij verschillen. Medicatiegebruik en beoordeling is een terrein waar in de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde vrijwel altijd aandacht voor is, dit geldt zeker ook voor de rol van de patiënt t.a.v. medicatie, c.q. patiëntperspectief bij MBO. Een apotheker meldt dat er een enorm kwaliteitsverschil is in samenwerking met huisarts en apotheker. Er lijkt hierbij wel een weg omhoog te gaan en er moet een stip aan de horizon komen om de kwaliteit

150

te verhogen. Dit is allemaal niet in één keer geregeld. Het is belangrijk om hiermee door te gaan, omdat dit proces nou eenmaal veel tijd kost.

155

*Discussiepunten m.b.t. voorwaarden voor MBO:*

- Een betere overdracht van patiëntgebonden informatie wordt belangrijk gevonden.
- Een apotheker geeft aan dat het heel handig zou zijn als hij in het HIS zou kunnen komen om patiëntinformatie te op te zoeken. Door de zorgverzekeraar wordt gemeld dat patiënten vaak geen actuele medicatielijst hebben. Er wordt op aangedrongen bij VWS dat de laboratoriumwaarden bij de apotheek beschikbaar moeten zijn. Zonder bijvoorbeeld een nierfunctie is een MBO niet te doen.

160

VWS geeft aan dat de laboratoriumwaarden in de belangstelling staan (uitwisseling medicatie gegevens). Een huisarts geeft aan dat het voor huisartsen fijn is om een actueel medicatieoverzicht te krijgen. De voorzitter geeft aan dat deze punten hier niet besproken worden maar bij de leidraad medicatieoverdracht in de keten die door ontwikkeld wordt tot richtlijn. Dit traject loopt parallel aan de doorontwikkeling van de MDR Polyfarmacie bij ouderen. De voorwaarden moeten zeker op orde zijn maar we kunnen in deze richtlijn niet alle problemen oplossen.

165

170

- Ontslagreceptuur wordt uitgevoerd door het ziekenhuis. Als een huisarts klaagt dat hij deze taak van de tweede lijn doorgeschoven krijgt, omdat het daar niet goed gebeurt, dan moeten ze dat melden bij de zorgverzekering, want zij betalen de tweede lijn daarvoor. Zorgverzekeraars hebben de keuze om ergens te contracteren en kunnen bij gebrekkige werkzaamheden in de tweede lijn besluiten om het in de eerste lijn te contracteren. Hiervoor is het addendum MBO voor de tweede lijn gemaakt, maar er niet gecontroleerd of dit in praktijk zo werkt. Daarbij is de medicatielijst die de apotheker en de huisarts krijgen regelmatig niet hetzelfde.

175

180 *Discussie over de 3 verschillende vormen van MBO:*

- Er is consensus over de wens tot MBO voor 65-plussers en dat de STRIP niet mogelijk is voor iedereen.
- Als aanvulling op de voorliggende 3 modellen wordt gevraagd of MFB's (medisch farmaceutische beslisregels) die continu op de achtergrond draaien in de apotheek niet al een eerste vorm van MBO zijn? Geantwoord wordt dat MFB een signaal is dat reageert op een nieuw recept. Dit is niet wat wordt verstaan onder MBO.
- Bij de eerste variant kijkt de apotheker naar wat hij afgeeft en spreekt niet de patiënt: dan kan het zo zijn dat de medicatielijst niet klopt.
- In het verpleeghuis lijkt variant 1 goed te werken. Bij het beoordelen van medicatielijsten in het verpleeghuis wordt er heel veel uitgehaald, zonder dat de apotheker precies weet wat er aan de hand is. De AVG heeft deze ervaring ook. De lichte variant gaat snel en kan in 10-15 minuten uitgevoerd worden, afhankelijk van ervaring.
- Een apotheker zegt dat ook de lichte variant laten uitvoeren door de apotheker al een klus is. Mogelijk zou dit in plaats van de dagelijkse receptcontrole moeten komen omdat het als veel zinvoller gezien wordt. Er wordt al een nieuwe methoden ontwikkeld door ICT. De voorzitter vraagt zich of dit over 2-3 jaar al haalbaar is. De reactie is dat er aan de lopende band medicijntekorten en leveringsproblemen zijn, dus dat MBO hoewel belangrijk maar niet urgent voor de dagelijkse continuïteit in de apotheek dan toch niet altijd prioriteit krijgt
- Er wordt gesuggereerd of het niet 2 varianten moeten worden in plaats van 3, waarbij variant 1 en 2 worden samengevoegd en dan blijft variant 3 voor wat hij is.
- Een huisarts zegt dat als je de lichte variant door de apotheker laat uitvoeren, alles wat daaruit komt aan de huisarts wordt gegeven. De huisarts kan dan zien voor welke patiënt een

185

190

195

200

uitgebreidere versie nodig is. Voor patiënten is het dan ook fijn dat zij weten dat er goed naar de volledige medicatie gekeken wordt.

205

#### *Discussie over selectie van patiënten en varianten*

- 210 • Een apotheker geeft aan dat er idealiter eerst een vragenlijst door de patiënten wordt ingevuld om te inventariseren. Indien er weinig problemen zijn dan krijgen ze de eerste variant, indien er veel problemen zijn, dan krijgen ze een uitgebreidere variant. Mensen kunnen ook aangeven dat ze geen consult willen. Uit een vragenlijst kun je, als die goed is opgesteld, wel zaken halen die je normaal ook niet ziet (bijvoorbeeld gebruiksproblemen waardoor therapietrouw beïnvloedt wordt). Er wordt als aanvulling op de vragenlijst gezegd dat er studies zijn gedaan waaruit blijkt dat minder dan de helft reageert op een vragenlijst. 1/3 kan het niet; 1/3 doet het niet; en maar 1/3 doet het zoals bedoeld is.
- 215 Gesuggereerd wordt dat de vragenlijst een praatpapier moet zijn.
- Een apotheker heeft in haar studie gekeken naar de criteria voor voorselectie. Er zijn 4 criteria naar voren gekomen die voor model 3 in aanmerking komen:
  - 220 ○ Aantal geneesmiddelen.
  - Aantal voorschrijvers.
  - Mobiliteit.
  - Of de patiënten het laatste jaar gevallen zijn.
- Er zijn vragenlijstjes met deze vragen verstuurd, maar ook daar werd niet heel veel op geantwoord. Je zou willen dat er in de apotheeksystemen aanvullende zaken komen, zoals dat 225 de patiënt is gevallen, maar dat is lastig, want dat is in een relatie tussen patiënt en apotheker niet gebruikelijk en de meeste apotheeksystemen zijn niet ingericht om valinformatie op een gestructureerde wijze vast te leggen.
- Bij het starten van een weekdoseersysteem, zou de uitgebreide MBO (3<sup>e</sup> variant) gedaan 230 moeten worden. Nadien hoeft de MBO mogelijk veel minder uitgebreid (maar meer in de vorm van een soort onderhoudssysteem). De eerste keer vind je vaak veel en nadien zal er minder nodig zijn. Vanuit de NZA is aangegeven dat de eerste MBO bij een weekdosering gefinancierd kan worden.
- Bij patiënten met een baxterrol wordt periodiek naar het hele lijstje gekeken, dan valt er van 235 alles op. Indien er geen weekdoseersysteem (bijv. baxterrol) is en er door diverse artsen medicatie is voorgeschreven, dan glipt er ook wat doorheen. Voor die situaties zou de 1e variant dus wel degelijk zinvol kunnen zijn. Dit is niet altijd met medicatiebewaking op te vangen, omdat je overzicht van alle gebruikte medicatie in combinatie met gezond farmacologisch verstand daarvoor nodig hebt.
- Hiernaast zijn bijvoorbeeld ontslag uit het ziekenhuis en starten met een weekdoseersysteem 240 duidelijke criteria voor de 3e variant.  
Er zouden wat varianten toegevoegd kunnen worden naast de triggers die uit de praktijk komen. Het moet niet in beton gegoten moeten worden welke patiënten welke vorm van MBO zouden moeten krijgen, behalve dus een kleine duidelijke groep (na ziekenhuisopname en bij start van een weekdoseersysteem).
- 245 • Voorzitter: de selectie voor een bepaalde vorm van MBO moet ook vrijheden kennen. Ook signalering door de thuiszorg (rode vlaggen) of baliemedewerkers of wie dan ook kan een start zijn voor een gesprek of een bepaalde vorm van MBO. Er zijn dus meerdere manieren om signalen voor indeling voor een vorm van MBO binnen te krijgen.
- De huisarts probeert kwetsbare ouderen al te detecteren. Zorgmijders worden niet gezien. Ook 250 patiënten die niet in de ketenzorg zitten, vallen eruit. Maar via het sociaal domein komen die toch weer binnen.
- Een apotheker geeft ook aan dat er onderzoek gedaan is naar een correlatie bij mensen met een bepaalde frailty score e.d., maar daar komt geen relatie uit.

- 255 • Een apotheker zegt dat in het systeem staat welke patiënten niet voor MBO in aanmerking komen (omdat ze het bijvoorbeeld niet willen).
- Er worden nu veel problemen geïdentificeerd. Slechts een deel van die problemen wordt opgelost. Zou het een idee zijn om het grootste probleem van de patiënt te nemen en de focus daarop te leggen?
- Moeten we de selectie niet baseren op ziektebeelden?
- 260 • De herhaalservice-patiënten is ook nog een categorie waarvoor MBO zinvol kan zijn. Daar zitten de specialisten medicijnen niet bij terwijl je die bij een MBO wel betreft. Daarom zou deze patiëntencategorie ook in aanmerking kunnen komen voor enige vorm van MBO.

265 *Vraag: Hoe zit het met het tarief van MBO?*

VGZ heeft in het begin pilots gedaan met MBO voordat er een prestatie voor was. Er kwam naar voren dat er een hoog tarief aan gehangen moet worden. Een paar jaar geleden waren er een paar onderhandelingspartijen voor apothekers die een lager tarief wilden voor MBO, maar een hoger tarief voor terhandstelling. Dit omdat patiënten dit niet willen betalen. Hoe gaan we hiermee om?

270 Mogelijk toch een lagere terhandstellingstarief en in ruil daarvoor een jaarlijkse MBO waarin een patiënt wordt gesproken.

Er wordt aangegeven dat dit alleen tarieven zijn voor apothekers. Er wordt ook gezegd dat de MBO wordt geëxcludeerd van het eigen risico, maar dan nog willen onderhandelingspartijen voor apothekers een hoger tarief voor terhandstelling.

275 Er wordt nog vermeld dat apothekers in het verleden alleen werden betaald voor het uitgeven van medicatie. Als goede zorgverlener kom je dus in een dilemma. Goede zorg bij polyfarmacie is ook stoppen met medicatie. Daarom is er een apart tarief gekomen voor MBO. Er is uitgerekend dat stoppen met medicatie meer geldt kost dan het tarief voor MBO. Dit blijft dus toch moeilijk.

280 Het KIMS geeft aan dat het financieringsprobleem een implementatieprobleem is. Misschien is het goed om na te denken over een model om voor te sorteren over wat er uit de richtlijn gaat komen. Het gaat om een tarief- en een capaciteitsprobleem. Dit traject kan gescheiden van de richtlijnontwikkeling plaatsvinden.

De voorzitter is blij met deze goede suggestie en zou graag zien dat dit parallel loopt aan de ontwikkeling van de richtlijn.

285

*Vraag: Hoe moet het met de follow up?*

- Een apotheker merkt op dat voorstellen die vanuit de apotheek komen, niet altijd worden opgevolgd. Er moet dus duidelijk worden afgesproken worden wie de follow up doet. Dit staat ook al in de huidige multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie uit 2012.
- 290 • Na een MBO kunnen vaak één tot twee acties snel worden gedaan en dan verwatert het weer. Binnen een combiconsult (een gesprek van de patiënt met de apotheker over de medicatie voorafgaand of volgend op de jaarcontrole van bijvoorbeeld diabetes bij POH of huisarts) als voorbeeld van variant 2 kan ook gefocust worden op 1 of 2 problemen. Wat opvalt is dat bijwerkingen door de apotheker eruit worden gehaald, die door de huisarts of de POH niet worden opgemerkt. Het is dus heel makkelijk om eenvoudige problemen op te lossen.
- 295 • Er wordt gezegd dat na een uitgebreide variant MBO de zaken een jaar later opgepakt moeten worden die na de 1<sup>e</sup> beoordeling geen prioriteit kregen en gedurende het 1<sup>e</sup> jaar nog niet uitgevoerd zijn.
- VGZ: We spreken hier over een ideale wereld en we vragen ons af in hoeverre de buitenwereld hier al mee bezig is. We zouden graag zien hoe de afspraken die met de patiënten worden gemaakt geborgd worden. Er wordt gezien dat gestopte medicatie vaak weer gestart wordt.
- 300

*Vraag: wat moet er door de richtlijncommissie opgeleverd worden?*

- 305 • Er is nog een opmerking dat apothekers zich nog te weinig als zorgverlener profileren, maar dat ze toch nog regelmatig als doosjesschuivers gezien worden. Het moet duidelijker worden voor patiënten wie welke rol heeft en wie welke expertise heeft en dat huisarts en apotheker inhoudelijk samen werken. Dit pleit dus voor goed informatiemateriaal. Patiëntenfederatie Nederland kan hier ook in meedenken.
- 310 • Apothekers zullen aan patiënten duidelijk maken dat zij samen met de huisartsen werken. Een apotheker vertelt dat zij een brief stuurt naar patiënten met deze informatie over samenwerking met de huisarts en daarin ook iets over de kosten vermeldt. Een week na het versturen van die brief wordt er een telefoontje gepleegd naar de patiënt en dan blijkt de opkomst hoog te zijn.
- 315 • De signalering moet duidelijk zijn in de richtlijn. Iedereen kan een signaal oppakken over een patiënt en dit moet dan naar de juiste persoon doorgespeeld moeten worden.
- Op Thuisarts.nl zal de tekst ook bijgewerkt moeten worden.
- Het is mooi dat het een multidisciplinaire richtlijn is en tegelijkertijd is er de vraag of ook de toetsing multidisciplinair moet zijn. Het zou zonde zijn als er een mooi gezamenlijke richtlijn is, waarbij alle individuele beroepsgroepen zich vervolgens weer terugtrekken.
- 320 • De richtlijn gaat geen gedetailleerde samenwerkingsafspraken opleveren. Contracten moeten gemaakt worden in het veld.

**Afsluiting:**

- 325 *Rondvraag:*
- Hoe fijn zou het zijn als e-health werkt.
  - Mooi om deze discussie te voeren.
  - POH farmacie is gemist in deze discussie.
  - Vraag: naar aanleiding van de suggestie van het KIMS over het parallelle traject, wie gaat daar het initiatief in nemen?
  - 330 → de voorzitter geeft aan dat dit in de richtlijncommissie moet blijven (KIMS, KNMP, etc), waarbij de verschillen goed duidelijk gemaakt moeten worden.
  - Blij met de 3 vormen, compliment daarvoor.
  - ICT, integratie tussen AIS en HIS. Er is al Ncare waarbij laboratoriumwaardes en episodes kunnen worden opgevraagd en er kunnen brieven in het HIS opgenomen worden over wat eruit een MBO is gekomen.
  - 335 • Patiëntenfederatie: Er is verbeterpotentieel tussen de huisarts en de apotheek en ook op het gebied van ICT.
  - 340 De voorzitter bedankt iedereen voor het komen en alle input, dit schept meer draagvlak.