

Tweede Kamer der Staten Generaal  
Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

**Betalingsgegevens**  
ING Bank NL55INGB0677921845  
KvK Den Haag 27177094

**Pagina**  
1/3

**Datum** 5 april 2016  
**Ons kenmerk** GKN 20160114  
**Uw kenmerk** -  
**CC** -  
**Betreft** Algemeen overleg Ouderenzorg

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor VWS,

De KNMP vraagt voor het Algemeen Overleg Ouderenzorg van 14 april 2016 uw aandacht voor het volgende:

De invloed van de vergrijzing komt dagelijks tot uiting bij de openbare apotheek, waar 65-plussers op jaarbasis driemaal zo veel geneesmiddelen ophalen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen ouder dan 75 jaar loopt dat aantal zelfs op tot vijf keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Van de 75-plussers gebruikt 39% chronisch vijf of meer geneesmiddelen en 23% zelfs zeven of meer geneesmiddelen. Ouderen hebben zowel in de eerste als in de tweede lijn een toenemend aantal contacten met artsen. Dit leidt tot een verhoogd gebruik van diverse geneesmiddelen, waarbij iedere voorschrijver vanuit het eigen perspectief naar de patiënt kijkt. Die veelheid aan medicijnen (polyfarmacie) maakt de farmaceutische patiëntenzorg complexer. De apotheek in de wijk heeft het overzicht van het medicatiegebruik van zijn patiënten. Hierdoor is hij in staat om het medicijngebruik zo nodig aan te passen. Apothekers passen jaarlijks 10 miljoen recepten aan, in samenspraak met de (huis)arts. Hiermee garanderen zij de medicatieveiligheid en voorkomen zij complicaties en ziekenhuisopnames.

1.2 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2014 (in voorschriften)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

### **De apotheker in de geïntegreerde eerstelijnszorg.**

Ouderen, ook de kwetsbare polyfarmaciepatiënten, worden geacht steeds langer thuis te wonen. Deze verplaatsing van de ouderenzorg van de zorginstelling naar de wijk maakt dat de vraag naar geïntegreerde eerstelijnszorg sterk is toegenomen, en de komende jaren nog verder zal toenemen. Dat maakt een vergaande samenwerking binnen de driehoek in de wijk van huisarts, wijkverpleegkundige en apotheker noodzakelijk. De patiënt is niet iemand die alleen maar ziek is. De zorgverleners bezien de patiënt en zijn gebreken in een context. Hierdoor kan hij maatschappelijk blijven functioneren. Voor de continuïteit is het van belang dat er een relatie is tussen de patiënt en zijn zorgverleners. Hiervoor zouden mogelijkheden moeten worden geschapen in de bekostiging zoals bijvoorbeeld inschrijven of abonnementstarieven.

De apotheker heeft in deze geïntegreerde eerstelijnszorg een belangrijke functie. Een hoogwaardige farmaceutische patiëntenzorg draagt ertoe bij dat ouderen lang zelfstandig kunnen blijven, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. De apotheker levert als specialist deze farmaceutische patiëntenzorg:

- De apotheker voorkomt door medicatiebeoordelingen onnodig en verkeerd medicijngebruik.
- De apotheker checkt de nierfunctie, die verslechtert bij het ouder worden. Dit vraagt om aanpassing van de medicijndosering.
- De apotheker bewaakt en bevordert de therapietrouw. Zo bevordert hij effectief en veilig medicijngebruik.

### **Knelpunten en oplossingen voor geïntegreerde farmaceutische zorg aan ouderen in de eerste lijn**

De zorgverlenende rol van apothekers voor kwetsbare ouderen komt onvoldoende uit de verf. Hoe komt dat? Wat staat hun ambitie in de weg?

Om farmaceutische zorg te kunnen verlenen, moet de apotheker zijn patiënt kennen, en ook diens huisarts en wijkverpleegkundige. Samenwerking met huisarts en wijkverpleegkundige is dus een voorwaarde. Gedrieën moeten zij de basis vormen van de geïntegreerde zorg in de wijk. Die komt nu nog onvoldoende van de grond. Doordat veel wijkverpleegkundigen bij instellingen werken, is het moeilijk om rond de oudere patiënt een netwerk van zorgverleners te handhaven. De patiënt heeft één huisarts, maar telkens wisselende wijkverpleegkundigen. In de driehoek in de wijk is stabiliteit nodig, een duurzame relatie van de patiënt met zowel huisarts als apotheker en wijkverpleegkundige. Een stabiele bekostiging die zo'n duurzame relatie ondersteunt, helpt daarbij. Ook de vorming van gezondheidscentra zou helpen.

### **Aan randvoorwaarden medicatiebeoordelingen niet voldaan**

Een belangrijke ambitie van de overheid, die de KNMP geheel onderschrijft, is het verrichten van medicatiebeoordelingen bij ouderen boven de 75 jaar die meer dan zeven geneesmiddelen gebruiken. Dit voorkomt onnodig geneesmiddelgebruik; het verlaagt het valrisico door het gebruik van te veel kalmeringsmiddelen en slaapmedicatie; het voorkomt bijwerkingen en draagt zo bij aan de kwaliteit van leven en aan de zelfstandigheid van ouderen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is voornemens hierop te handhaven. Maar aan de randvoorwaarden voor het leveren van voldoende medicatiebeoordelingen wordt niet voldaan. Zorgverzekeraars kopen onvoldoende medicatiebeoordelingen in. En de medicatiebeoordeling valt bij sommige zorgverzekeraars wel, en bij andere niet onder het eigen risico. Tot nu toe hebben Zilveren Kruis, Zorg en Zekerheid, Menzis en Multizorg VRZ de medicatiebeoordeling uit het eigen risico gehaald. Bij hen is het aantal medicatiebeoordelingen vervolgens aantoonbaar hoger dan bij zorgverzekeraars die dat niet doen. Twee grote verzekeraars in Nederland, VGZ en CZ, blijven achter en halen de medicatiebeoordeling niet uit het eigen risico. Zoals de KNMP bij herhaling heeft aangegeven, leidt dit tot ongelijkheid: patiënten kunnen geen gelijke aanspraak maken op de basisverzekering. Dit is in strijd met de bedoeling van de basisverzekering: gelijke zorg binnen het basispakket voor alle verzekerden.

De financiële barrière van het eigen risico leidt ertoe dat ouderen de medicatiebeoordeling weigeren of uitstellen tot de tweede helft van het jaar, als ze hun eigen risico hebben opgemaakt. Het is echter voor apothekers onmogelijk om alle medicatiebeoordelingen in deze tijdspanne uit te voeren. Dit alles leidt tot suboptimale zorg voor kwetsbare ouderen, en dus tot een slechtere gezondheid en een lagere kwaliteit van leven.

*In het licht van het bovenstaande verzoekt de KNMP u bij de minister aan te dringen op het uit het eigen risico halen van de medicatiebeoordeling voor oudere polyfarmaciepatiënten, bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat **alle** zorgverzekeraars dit zullen doen.*

#### **Uitwisselen nierfunctiewaarden**

Artsen die nierfunctieonderzoek hebben laten verrichten bij een patiënt zijn wettelijk verplicht deze waarden te verstrekken aan de apotheek. De nierfunctie verslechtert bij het ouder worden. Een verminderde nierfunctie kan de medicatieveiligheid in gevaar brengen: de medicijnconcentratie in het bloed kan te hoog worden. Hoewel de wettelijke verplichting al meer dan twee jaar geldt, wordt de nierfunctiewaarde nog maar mondjesmaat aan de apotheker meegedeeld.

*In het licht van het bovenstaande verzoekt de KNMP u er bij de minister op aan te dringen dat de IGZ gaat handhaven op het nakomen van de wettelijke verplichting aan artsen om nierfunctiewaarden actief over te dragen aan de apotheek.*

Ik hoop u hiermee inzicht te hebben gegeven in de ontbrekende randvoorwaarden voor het leveren van goede farmaceutische patiëntenzorg aan kwetsbare ouderen, en wens u een constructief Algemeen Overleg.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G.J. Klein Nulent', is positioned above the printed name.

G.J. Klein Nulent  
Voorzitter