



Farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling

Een verkennende studie

*Mirjam Harmsen
Linda Boerboom
Sanne Kusters
Mariëlle Ouwens*

IQ healthcare

Nijmegen, 20 december 2010

Farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling: Een verkennende studie

Leden projectgroep

Dr. Mirjam Harmsen, projectleider IQ healthcare, UMC St Radboud

Drs. Sanne Kusters, wetenschappelijk onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud

Drs. Ing. Linda Boerboom, wetenschappelijk onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud

Dr. Mariëlle Ouwens, sectiehoofd IQ healthcare, UMC St Radboud

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Platform PI. Platform PI (www.platform-pi.nl) is een structureel samenwerkingsverband tussen patiëntenorganisaties en de research georiënteerde farmaceutische industrie. Doel van Platform PI is verbetering van de farmacotherapeutische zorg en versterking van de positie van de patiënt.

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Onze ambities

- Uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Bij een internationale visitatie werd IQ healthcare neergezet als 'excellent' en 'world leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.
- Verzorgen van onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Ondersteunen van zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en patiëntenorganisaties, instellingen, zorgverzekeraar en overheden bij de implementatie van optimale patiëntenzorg.

IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Het instituut is actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, de intra- en transmurale zorg, paramedische wetenschappen, verplegingswetenschap en ethiek. In het instituut werken ruim 120 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling van artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers en ethici.

Belangrijke thema's

- Implementatie van richtlijnen en 'best practices'
- Meten en evalueren van innovaties in de zorg
- Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
- Professionele ontwikkeling van klinische professionals
- Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid
- Versterken van de rol van patiënten in de zorg
- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
- Integrale zorg, ketenzorg en 'disease management'
- Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
- Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg

Contact

IQ healthcare
UMC St Radboud
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
www.iqhealthcare.nl

Telefoon: 024 36 15 305
Fax: 024 35 40 166
Email: info@iq.umcn.nl

Bezoekadres: Geert Grootteplein 21, route 114 Nijmegen.

Inhoud

Definities	7
1 Inleiding	9
2 Methode	11
2.1 Desk research	11
2.2 Diepte-interviews	11
2.3 Discussiebijeenkomst	12
2.4 Rapportage	12
3 Resultaten	13
3.1 Farmaceutische zorg in bestaande zorgstandaarden	13
3.1.1 Zorgstandaard Diabetes	13
3.1.2 Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement	14
3.1.3 Zorgstandaard COPD	14
3.2 Initiatieven farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling	15
3.2.1 Initiatieven in relatie tot zorgstandaarden	15
3.2.2 Initiatieven in relatie tot normen en indicatoren	18
3.2.3 Overige gerelateerde initiatieven	21
3.3 Stakeholders	22
3.3.1 De apotheker	22
3.3.2 De patiënt	23
3.3.3 De zorgverzekeraar	24
3.3.4 De farmaceutische industrie	24
3.3.5 De overheid	25
3.3.6 Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden	25
3.3.7 De zorggroep, huisarts en specialist	26
3.4 Integrale bekostiging en de regierol	27
4 Ideale situatie	31
5 Kernbevindingen en aanbevelingen	33
Nawoord	37
Referenties	39
Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden diepte-interviews	41
Bijlage 2 Overzicht vragen diepte-interview	43
Bijlage 3 Overzicht panelleden groepsdiscussie	45

Definities

Ketenzorg

Ketenzorg is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren, met de patiënt als middelpunt. Het ketenzorgproces bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Het gaat over de zorg die, uit het perspectief van de patiënt, een continu karakter heeft door het afstemmen en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en instellingen [1].

Keten-DBC's

Per 1 januari 2010 wordt de beleidsregel *Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen* ingevoerd voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement. Zorgverzekeraar en zorggroep kunnen op grond van deze beleidsregel één, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale zorg ten aanzien van een bepaalde aandoening, de zogeheten *keten-DBC* [1].

Integrale bekostiging (voorheen: functionele bekostiging)

Integrale bekostiging is bekostiging op basis van de prestatie, en niet op basis van de zorgaanbieder die de prestatie levert. Het gaat niet om *wie* maar om *wat* wordt bekostigd [1].

Zorgstandaard

Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren. Het bevat zowel ziektespecifieke als generieke onderdelen [2].

Zorgmodule

Een zorgmodule beschrijft een generieke component in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Een generieke component onderscheidt zich van een ziektespecifieke component doordat hij op meer dan één chronische ziekte van toepassing kan zijn. Elke zorgmodule bevat tenminste twee hoofdstukken: een hoofdstuk over behandeling en begeleiding en een hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren [2].

Zorggroep

Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren [1].

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg is het geheel van zorgverleningsactiviteiten dat de patiënt nodig heeft om op het juiste moment over het juiste geneesmiddel in de juiste toedieningsvorm en dosering te beschikken, voorzien van de juiste begeleiding en informatie [3].

1 Inleiding

Complexe zorg

De demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking zorgt nu al, en de komende jaren nog meer, voor een forse groei van het aantal patiënten dat lijdt aan chronische aandoeningen. Op basis van demografische ontwikkelingen, medisch-technologische ontwikkelingen (meer mensen leven met aandoeningen die vroeger fataal waren), en ontwikkelingen in leefstijl (met name obesitas) wordt verwacht dat in Nederland 1,3 miljoen mensen in 2025 diabetes type 1 of type 2 hebben [4]. Dit is een toename van 35% in 15 jaar tijd. De kosten voor zorg nemen daardoor substantieel toe, alsook de risico's op suboptimale zorg.

Zorgstandaarden

Om de kwaliteit te kunnen waarborgen van de groeiende en steeds complexere zorgvraag van mensen met een chronische ziekte worden zorgstandaarden ontwikkeld. In 2003 is de eerste zorgstandaard ontwikkeld voor mensen met Diabetes Mellitus type 2 [5]. Op dit moment zijn er ook zorgstandaarden gereed voor vasculair risicomanagement [6,7,8] en chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [9]. Aan zorgstandaarden over verschillende andere aandoeningen wordt gewerkt, waaronder hartfalen en obesitas.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden

In het najaar van 2008 heeft ZonMw in overleg met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. De minister achtte het belangrijk dat de verschillende zorgstandaarden voldoen aan een gemeenschappelijk raamwerk, zowel wat betreft opbouw (zorginhoudelijk deel) als organisatieaspecten. Daarnaast moeten prestatie-indicatoren aan de zorgstandaarden worden gekoppeld en ook afspraken over implementatie. Het Ministerie streeft ernaar dat de bekostiging aansluit op de zorgstandaarden.

Integrale bekostiging

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de Minister van VWS geadviseerd integrale bekostiging in te voeren voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010. De NZa concludeerde namelijk op basis van eigen onderzoek dat de invoering van integrale bekostiging voor de vier chronische aandoeningen (diabetes, cardiovasculair risicomanagement, COPD en hartfalen) in potentie toegevoegde waarde heeft voor de consument, mits de risico's ten aanzien van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voldoende worden beheerst [1]. Zorgaanbieders kunnen vanaf 1 januari 2010 een integraal tarief declareren voor patiënten met diabetes en cardiovasculair risicomanagement en per 1 juli 2010 voor COPD. Het idee daarachter is dat het voor zorgaanbieders van verschillende disciplines eenvoudiger wordt om de zorg samen rondom de vraag van de patiënt te organiseren. De verwachting is dat een integrale benadering leidt tot betere afstemming en daardoor hogere kwaliteit van de zorg voor patiënten. Bovendien vermindert effectieve ketenzorg de druk op specialistische ziekenhuiszorg. Een belangrijke voorwaarde voor het succes van integrale bekostiging is dat de kwaliteit wordt geborgd door middel van zorgstandaarden, richtlijnen, normen en indicatoren.

Farmaceutische zorg

De NZa definieert farmaceutische zorg als *het geheel van zorgverleningactiviteiten dat de patiënt nodig heeft om op het juiste moment over het juiste geneesmiddel in de juiste toedieningsvorm en dosering te beschikken voorzien van de juiste begeleiding en informatie* [3]. Het gaat er dus om dat de patiënt het juiste geneesmiddel krijgt voor de juiste indicatie zoals beschreven in de richtlijnen (*juist geneesmiddelengebruik volgens de richtlijnen*). Daarnaast gaat het om de dienstverlening daaromheen (*farmaceutische dienstverlening*), zoals bijvoorbeeld medicatie-uitgifte, therapietrouw, informatievoorziening, polyfarmaciechecks en dergelijke. Farmaceutische zorg maakt nog geen onderdeel uit van integrale bekostiging, maar volgens de NZa zou dit per januari 2011 wel mogelijk moeten zijn; door kabinetsveranderingen in 2010 zal het hier echter nog niet van komen.

Vraagstelling

In deze verkennende studie is onderzocht of en in hoeverre farmaceutische zorg al onderdeel uitmaakt van zorgstandaarden en of er al normen en/of indicatoren beschikbaar zijn. Afhankelijk van de bevindingen worden aanbevelingen gedaan om het opnemen van farmaceutische zorg in zorgstandaarden te bevorderen ofwel te versnellen.

Leeswijzer

Na deze inleiding wordt de methode van onderzoek in hoofdstuk 2 uitgelegd. Hoofdstuk 3 beschrijft in vier grote paragrafen de resultaten van het onderzoek, waarna in hoofdstuk 4 gebrainstormd wordt over de ideale situatie. Het rapport sluit af in hoofdstuk 5 met de kernbevindingen en aanbevelingen.

2 Methode

De methode van onderzoek bestond uit drie verschillende onderdelen: desk research, diepte-interviews en een groepsdiscussie. In de resultatenbeschrijving zullen de resultaten van de diverse methoden van onderzoek echter niet afzonderlijk worden beschreven, maar geïntegreerd rondom een aantal thema's.

2.1 Desk research

Doel van het desk research was het verkrijgen van een overzicht van initiatieven op het gebied van farmaceutische zorg en zorgstandaarden en indicatoren. Uitgangspunt was een lijst met initiatieven bekend bij de opdrachtgever. Via internetsearches is informatie gezocht over deze initiatieven. Daarnaast is met behulp van trefwoorden als *farmaceutische zorg*, *apotheker*, *zorgstandaard* en *indicator* gezocht naar andere initiatieven. Tenslotte is tijdens de interviews (zie volgende paragraaf) gevraagd naar initiatieven waarvan de geïnterviewden op de hoogte waren. Per initiatief zijn de volgende gegevens opgenomen in een tabel:

- Naam initiatief,
- Opdrachtgever c.q. uitvoerder van het initiatief,
- Doel,
- Werkwijze,
- Planning,
- (Verwachte) output.

2.2 Diepte-interviews

Met twaalf stakeholders is een diepte-interview gehouden (zie **bijlage 1**). Het betrof mensen uit de apothekerswereld, zorgverzekeringswereld, de patiëntenvertegenwoordiging, zorgaanbieders en de industrie.

De interviews hadden tot doel het achterhalen van initiatieven op het gebied van het opnemen van farmaceutische zorg in zorgstandaarden en op het gebied van de ontwikkeling van indicatoren over de farmaceutische zorg. Daarnaast is ingegaan op de doelstellingen van deze initiatieven, samenwerking met andere organisaties, ideeën over hoe de farmaceutische zorg (nog meer) een rol zou kunnen krijgen en het verschil tussen juist geneesmiddelengebruik volgens richtlijnen en farmaceutische dienstverlening. Een overzicht van de interviewvragen is te vinden in **bijlage 2**. Deze vragen golden als leidraad voor het interview, wat niet wil betekenen dat het gesprek letterlijk op die manier is gelopen.

De interviews zijn opgenomen op band en vervolgens letterlijk uitgewerkt door een onderzoeker. Deze uitwerking, met een samenvatting van het gesprek gemaakt door de onderzoekers, is teruggestuurd naar de geïnterviewde voor correctie en aanvullingen.

2.3 Discussiebijeenkomst

De resultaten uit de eerste twee stappen, desk research en interviews, zijn op 18 november 2010 gepresenteerd op het symposium *Farmaceutische zorg in de zorgstandaarden – niet óf maar hoe?*. Zes kernbevindingen zijn gepresenteerd, waarna vervolgens zeven aanbevelingen werden gedaan. De presentatie eindigde met een stelling, waarop vervolgens verder werd gediscussieerd.

De discussie werd gevoerd door een panel van zes leden (zie bijlage 3) en de zaal. De discussie werd opgenomen op band en vervolgens uitgewerkt door een onderzoeker.

2.4 Rapportage

De resultaten van de drie methoden worden niet afzonderlijk van elkaar gepresenteerd in dit rapport. De resultaten worden uiteindelijk samengevat in een aantal kernbevindingen, waarna vervolgens een aantal aanbevelingen wordt gedaan.

Bij het weergeven van de quotes wordt alleen de professie van de respondent aangegeven. Er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen quotes uit de diepte-interviews, groepsdiscussie en eventuele mailcorrespondentie achteraf.

Het was in de interviews en tijdens de groepsdiscussie niet noodzakelijk dat de deelnemers namens een bepaalde achterban zouden spreken. Wel zullen ze in hun reacties het perspectief van hun organisatie in acht hebben genomen.
--

3 Resultaten

3.1 Farmaceutische zorg in bestaande zorgstandaarden

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft bepaald dat een zorgstandaard is opgebouwd uit tenminste vier hoofdstukken [2]:

1. Een hoofdstuk met elementen van preventie en zorg die specifiek van toepassing zijn op de betreffende ziekte, dus de ziektespecifieke component van het zorgproces voor die ziekte (het *ziektespecifieke hoofdstuk*). Het bevat vier subhoofdstukken: vroegtijdige onderkenning en preventie, diagnose, individueel zorgplan en behandeling, en begeleiding, revalidatie, re-integratie, sociaal-maatschappelijke participatie en relapspreventie;
2. Een hoofdstuk met de generieke elementen van preventie en zorg die van toepassing zijn bij de betreffende chronische ziekte, dus de generieke componenten van het zorgproces voor die ziekte (het *generieke hoofdstuk*). Het bevat tenminste twee onderdelen: *zorgmodules* en bijpassende ziektespecifieke addenda;
3. Een hoofdstuk over de organisatiestructuur van preventie en zorg voor de betreffende chronische ziekte; het betreft organisatie van de integrale zorg, dus de zorg zowel voor de ziektespecifieke component als die voor de generieke componenten;
4. Een hoofdstuk met de kwaliteitsindicatoren relevant voor de betreffende chronische ziekte; de indicatoren betreffen de integrale zorg, dus de zorg voor zowel de ziektespecifieke component als voor de generieke componenten.

De vraag die in paragraaf 3.1 wordt beantwoord is in hoeverre de farmaceutische zorg in de beschikbare zorgstandaarden zelf zit (dus niet specifiek als zorgmodule). Wat betreft de generieke zorgmodules is op dit moment namelijk nog maar één module beschikbaar, te weten *Stoppen met roken* [2]. Paragraaf 3.2 gaat over lopende (of verwachte) initiatieven en 3.3. over de betrokken stakeholders. Paragraaf 3.4 tenslotte gaat over de integrale bekostiging en de regierol.

3.1.1 Zorgstandaard Diabetes

De Zorgstandaard Diabetes uit 2007 gaat niet specifiek in op farmaceutische zorg. De Zorgstandaard geeft aan dat de volgende zogenaamde *kerndisciplines* vertegenwoordigd moeten zijn: (huis)arts, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, diabetesverpleegkundige, praktijkassistent en diëtist. Structurele samenwerkingsafspraken dienen te worden gemaakt met tweedelijns specialisten, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, (medisch) psycholoog en podotherapeut/pedicure. Ook de apotheker hoort daarbij [5].

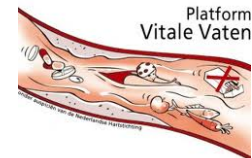


In de zorgstandaard Diabetes staat niet expliciet vermeld hoe de zorgverlening door de apotheker eruit moet zien. De meest recente Standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (*NHG*) Diabetes Mellitus type 2 [10] wordt specifiek genoemd in de Zorgstandaard en daarin wordt wel specifiek ingegaan op medicatiebeleid. Voor alle andere relevante richtlijnen wordt verwezen naar het overzicht op de website van de Nederlandse Diabetes Federatie (*NDF*), waardoor de informatie dus niet direct beschikbaar is.

Bij de zorgstandaard worden verschillende kwaliteitsparameters of indicatoren genoemd, waaronder streefwaarden voor HbA1c en nierfunctieklaring, maar niet specifiek over medicatie. Gemeld wordt dat specifieke kwaliteitsparameters voor medicatieveiligheid en therapietrouw nieuw zullen worden ontwikkeld [5]; dit ontwikkelproces is momenteel nog gaande.

3.1.2 Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement

De inhoudelijke uitvoering van de Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement voor zorgverleners, uit 2009, is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement [11] (deel IV van de Zorgstandaard). In deel I van de Zorgstandaard, voor *zorgverleners*, staan punten over medicatieveiligheid (zoals juiste medicijn, controle recept en bewaking) en therapietrouw [6].



Bij het opstellen van de multidisciplinaire richtlijn (deel IV van de Zorgstandaard) zijn geen apothekers betrokken geweest. Een aanzienlijk deel van de richtlijn gaat echter wel over de medicamenteuze behandeling (op geneesmiddelengroepniveau), die afhankelijk is van de patiëntengroep (met hart- en vaatziekten, met diabetes mellitus type 2, zonder hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2). Een ander hoofdstuk gaat in op de follow-up. Voor alle patiënten geldt dat er na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel moet plaatsvinden [11].

In deel II van de Zorgstandaard, voor *patiënten*, is een hele paragraaf gewijd aan zorgvuldig medicijngebruik. Daarbij wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de arts en de apotheker met elkaar samenwerken [7].

Deel III van de Zorgstandaard [8] bevat een conceptlijst met indicatoren. Voor de groep patiënten bekend met een hart- en/of vaatziekte heeft één daarvan betrekking op farmaceutische zorg en twee indicatoren hebben betrekking op juist geneesmiddelengebruik¹.

3.1.3 Zorgstandaard COPD

De Zorgstandaard COPD uit 2010 gaat het meest uitgebreid in op farmaceutische zorg. De huisarts maakt als hoofdbehandelaar deel uit van een multidisciplinair team dat onder andere uit een apotheker en een apothekersassistent kan bestaan. In het zorgplan is opgenomen welke apotheker farmaceutisch eindverantwoordelijk is voor de medicatiebewaking, herhaalmedicatie en instructie rondom medicatie. Aanbevolen wordt dat mensen met COPD gebruik maken van één apotheek zodat de apotheek zijn



¹ Indicatoren:

- Iedere patiënt met een cardiovasculaire risicofactor heeft een actueel overzicht beschikbaar over de huidige medicatie;
- % Patiënten bekend met hart- en vaatziekten en LDL-cholesterol $\geq 2,5$ die een lopidenverlagend medicament (bijv. statines) krijgen voorgeschreven;
- % Patiënten bekend met hart- en vaatziekten die antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers krijgen voorgeschreven.

medicatiebewakende taken kan waarmaken. Deze (dienst)apothek is gedurende 24 uur per dag bereikbaar [9].

Ruim 20 richtlijnen, afspraken, etc. zijn relevant met betrekking tot de Zorgstandaard COPD, zoals CBO-richtlijnen, NHG-Standaarden en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). Een aantal daarvan is specifiek gericht op de farmaceutische zorg [9]: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens [12], de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 [13], Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis [14] en Actueel medicatiedossier in de eerste lijn [15], en het FPZ-handboek Astma/COPD [16].

De LAN is bezig met de ontwikkeling van proces-, uitkomst- en structuurindicatoren die zullen worden toegevoegd aan de Zorgstandaard COPD zodra deze gereed zijn [9].

3.2 Initiatieven farmaceutische zorg in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling

Een aantal partijen ondernemen momenteel al activiteiten om de farmaceutische zorg te integreren in zorgstandaarden en indicatorontwikkeling. Deze worden hieronder besproken. Naast deze initiatieven die specifiek op de apotheker gericht zijn, zijn enkele daaraan gerelateerde initiatieven. Deze worden alleen kort besproken.

3.2.1 Initiatieven in relatie tot zorgstandaarden

Twee grote initiatieven zijn gevonden over farmaceutische zorg in relatie tot zorgstandaarden (zie box 1). Daarnaast lopen er diverse kleinere projecten, waarvan er enkele zullen worden genoemd.

Initiatieven in relatie tot zorgstandaarden

- Diabetes Dialoog (DVN, CZ, drie zorggroepen, 3 apothekersorganisaties): Verbeteren van de diabetes ketenzorg in de eerste lijn, met name wat betreft de (afstemming tussen huisarts en apotheker van de) farmaceutische zorg.
- KNMP: Diverse activiteiten, waaronder beschrijven van goede farmaceutische zorg, ondersteuning van zorggroepen (project: Koplopers integrale bekostiging) en implementatie van richtlijnen.
- Overig: Onder andere Ketenzorg diabetes in Zorggroep Almere en het ZonMw-programma 'Op één lijn'.

Box 1: Initiatieven in relatie tot zorgstandaarden

Diabetes Dialoog

Diabetesvereniging Nederland (DVN), zorgverzekeraar CZ, drie zorggroepen (HOZL, POZOB, Het Huisartsenteam) en drie apothekersorganisaties (LLOYDS Apotheken, Mediq Apotheken, Napco UA) zijn het project *Diabetes Dialoog* gestart met als doel de farmaceutische zorg in de eerstelijns diabeteszorg te verbeteren, in het bijzonder de adequate verstrekking van geneesmiddelen (farmaceutische zorg). Farmaceutische zorg maakte tot dusver nog geen vast onderdeel uit van de diabetesketenzorg. Dit is opmerkelijk,

omdat de totale farmaceutische hulp voor diabetes een kwart van de totale jaarlijkse zorgkosten bij diabetes bedraagt [17].

*“Farmaceutische zorg is een enorm belangrijk onderdeel van de integrale zorg van chronisch zieken. Maar het staat niet in de Zorgstandaard opgenomen. Het is dus ook nog geen onderdeel van die integrale zorg. Daar moeten we met alle partijen iets aan doen, met als doelstelling die farmaceutische zorg in eerste instantie te beschrijven, want die bestaat niet, en daar projecten van te maken en die projecten uit te gaan testen met als intentie om het binnen onze integrale zorginkoop mee te gaan nemen.”
(Zorgverzekeraar)*

De nauwere samenwerking tussen apothekers en zorggroepen is het resultaat van een aantal gesprekken over de toekomst van de farmaceutische dienstverlening bij diabeteszorg (de *Diabetes Dialoog*). Centrale thematiek was onderzoek naar zorginhoudelijke, organisatorische en financiële mogelijkheden om de diabeteszorg te verbeteren teneinde een kwaliteitsslag te maken en de zorg efficiënter te maken [18,19,20].

Met de samenwerkingsovereenkomst start een pilotproject dat relevante aspecten van informatieoverdracht, polyfarmacie, therapietrouw en organisatie van de farmaceutische zorg wil verbeteren. Delen uit het pilotproject die leiden tot betere diabeteszorg zullen worden opgenomen in de toekomstige afspraken tussen zorgaanbieders, zorgconsumenten en zorgverzekeraars. Het pilotproject staat gepland voor de periode 2008-2010 [18].

In het artikel van Stuit [17] zegt een patiënt en tevens vrijwilliger van de DVN hierover ook nog het volgende:

“Goede diabeteszorg berust op samenwerking van zorgverleners. Mensen met diabetes hebben bijna altijd een stukje maatwerk nodig. Apothekers zijn bij uitstek de expert op het gebied van nieuwe en bestaande medicijnen: het is hun vakgebied. Zij weten als specialist wat de bijwerkingen zijn van medicijnen en kunnen goed advies geven over mogelijk alternatieve medicatie.”

“Als patiënt wil je weten waar je aan toe bent. Een apotheker moet niet anders adviseren dan de huisarts, dan word je als patiënt aan het twijfelen gebracht. Ons doel is dat de afstemming over goede medicatie tussen arts en apotheker optimaal plaatsvindt. In dit project proberen we uit te dokteren hoe je dit het beste tot stand kan brengen.”

KNMP

Om te zorgen dat de openbare apotheken zo snel mogelijk klaar zijn voor het systeem van Integrale bekostiging, is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (*KNMP*) de initiatiefnemer van een aantal activiteiten [21]:

- Het beschrijven van kwalitatief goede farmaceutische zorg (als onderdeel van integrale zorg) en zorgen dat die wordt vastgelegd in zorgstandaarden en prestatiebeschrijvingen. Het is belangrijk dat apothekers als groep in gesprek komen met de andere zorgverleners in hun regio over de meerwaarde van farmaceutische zorg voor de patiënt en voor de andere zorgverleners. Ter ondersteuning van dit gesprek heeft de KNMP verschillende materialen ontwikkeld, te weten: *Productoverzicht farmaceutische zorg*,

Productaanbod Farmaceutische zorg, Beschrijving van farmaceutische zorg vanuit het standpunt van de patiënt zonder vermelding welke zorgverlener een bepaalde taak uitvoert en een Grafische weergave farmaceutische zorg.

- Onder de vlag van het project *Koplopers Integrale bekostiging* wordt actieve ondersteuning geleverd aan groepen apothekers die samenwerkingsrelaties opzetten in de zorgketen.
- Het ontwikkelen van praktische tools voor het organiseren van samenwerking tussen apothekers, voor het oprichten van een nieuwe zorggroep of het aansluiten bij een bestaande zorggroep. Het is belangrijk dat apothekers als groep in gesprek komen met de andere zorgverleners in hun regio over de zorg aan mensen met een van de grote aandoeningen. Bij dit contact is het belangrijk na te denken hoe de apothekers in de regio zich willen organiseren. Ter ondersteuning van de voorbereiding hierop heeft de KNMP verschillende materialen ontwikkeld, te weten: *Handreiking met betrekking tot zorggroepen, Informatie over de gewenste rechtsvormen voor zorggroepen, Model voor een BV, Model voor een coöperatie en Voorbeelddocumenten van een samenwerkingsverband van apotheken.*

In hun beleidsplan 2009-2012 geeft de KNMP ook nog het volgende aan [22]:

“Samenwerking geeft de zorgketen gestalte: Om de patiënt optimale zorg met medicijnen te verlenen, is intensieve samenwerking nodig met voorschrijvende artsen en met andere apothekers in eerste en tweede lijn. De patiënt verwacht dit ook. De implementatie van de richtlijn Transmurale Farmacie zal hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Die samenwerking wordt ook tot stand gebracht met een nieuwe groep voorschrijvers, de verpleegkundig specialisten. Thuiszorgorganisaties en mantelzorgers krijgen vanuit de apotheek steun bij het toedienen van door de apotheek klaargemaakte medicijnen.”

“De overheid zet in op het middel van functionele bekostiging om de zorg in de eerste lijn efficiënter te organiseren voor vier chronische aandoeningen. Dit biedt apothekers de kans om hun deskundigheid in te zetten daar waar de patiënt er om vraagt. Apothekers willen meewerken aan geprotocolleerde zorg om te garanderen dat de patiënt de juiste medicijnen en begeleiding krijgt voor een redelijke prijs. De KNMP ondersteunt apothekers om in te spelen op functionele bekostiging en te laten zien welke toegevoegde waarde ze hebben voor zorg die via zorggroepen of in andere verbanden wordt georganiseerd. Gekoppeld aan de Nederlandse Apotheek Norm worden aandoeningsspecifieke standaarden ontwikkeld, waarmee multidisciplinaire zorgstandaarden worden gevoed.”

Overig

Ketenzorg diabetes in Zorggroep Almere

Naast landelijke activiteiten bestaan er nog allerlei lokale initiatieven. Eén hiervan is het project *Ketenzorg diabetes in Zorggroep Almere*, winnaar van de KNMP-Innovatieprijs 2008. Doel van het project was het garanderen dat aan de individuele diabetespatiënt farmaceutische zorgactiviteiten worden aangeboden, die onderling samenhangen en een hoog kwaliteitsniveau hebben. Uiteindelijk bleek de samenwerking van de apothekers met voorschrijvers (huisartsen, internisten), praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen sterk te zijn verbeterd [23].

Op één lijn

Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn die de zorg dichtbij huis goed willen organiseren, konden in 2010 subsidie aanvragen binnen het ZonMw-programma *Op één lijn*. Het veld van de eerstelijnszorg bestaat op dit moment nog grotendeels uit relatief kleine werkeenheden met een inhoudelijke oriëntatie. Om de uitdagingen van de toekomst het hoofd te kunnen bieden is een gestructureerde bundeling van krachten dringend gewenst. VWS heeft daarom opdracht gegeven tot een stimuleringsprogramma dat de organisatiekracht en daarmee het innovatief vermogen van de zorg dicht bij huis moet vergroten. Via het programma wordt fors ingezet op het vergaren van praktische kennis over verschillende varianten en vormen van samenwerking, hun kosten en effecten, en de succes- en faalfactoren bij de totstandkoming en instandhouding [24].

3.2.2 Initiatieven in relatie tot normen en indicatoren

De initiatieven in relatie tot normen en indicatoren staan in box 2 en zijn verder uitgewerkt in de tekst daaronder. Naast de specifiek op de apotheker gerichte initiatieven worden enkele daaraan gerelateerde initiatieven kort besproken.

Initiatieven in relatie tot normen en indicatoren

- Nederlandse Apotheeknorm (en KNMP-richtlijnen)
- Functioneel omschreven prestaties voor farmaceutische zorg
- Zichtbare Zorg Farmacie (daarbij: IGZ/KNMP basisset, Etalage+ informatie, Apothekers door Cliënten Bekeken en CQ-index)
- Overig: Zichtbare Zorg Chronische Zorg en Kwaliteit in Zicht

Box 2: Initiatieven in relatie tot normen en indicatoren

Nederlandse Apotheek Norm (en KNMP-richtlijnen)

De Nederlandse Apotheek Norm (NAN) vormt samen met de KNMP-richtlijnen de basis voor een toetsbaar kwaliteitssysteem in de openbare apotheek. De normen in de NAN beschrijven het *wat* van de praktijk, waarbij de intentie of het beoogde resultaat vaak in de normtekst is opgenomen. Normen met een sterk uitvoerend karakter, het *hoe*, zijn niet meer opgenomen. Het *hoe* wordt wel beschreven in de KNMP-richtlijnen [25].

Volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen dient de openbare apotheek verantwoorde zorg te leveren. Verantwoorde zorg betekent zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. In de NAN geeft de beroepsgroep aan wat daar in de openbare apotheek onder wordt verstaan. De normen zijn in twee hoofdgroepen onderverdeeld:

1. Normen die betrekking hebben op de farmaceutische zorg- en dienstverlening (procesnormen), en
2. Normen die betrekking hebben op de randvoorwaarden om farmaceutische zorg- en dienstverlening te kunnen waarborgen (structuurnormen).

Functioneel omschreven prestaties voor farmaceutische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft veertien functioneel omschreven prestaties voor farmaceutische zorg vastgesteld [3]. Deze maken het mogelijk om apothekers te belonen

voor (extra) kwaliteit van zorg en innovatie. De prestaties dienen voor de onderhandeling tussen zorgverzekeraars en aanbieders van farmaceutische zorg en zouden ingaan per 1 januari 2011. Door de val van het kabinet is dit uitgesteld tot in ieder geval 2012.

De veertien nieuwe prestaties zijn opgesteld door veldpartijen, verschillende zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties, onder regie van de NZa. Ze sluiten beter aan bij de daadwerkelijk geleverde zorg en zorgen ervoor dat apothekers voor die zorg ook bekostigd kunnen worden. Op dit moment worden apothekers die extra kwaliteit leveren of veel aan innovatie doen daar niet altijd voor beloond, omdat er voor deze vormen van zorg geen declarabele prestaties bestaan [3].

Doordat de nieuwe prestaties een goed beeld geven van de farmaceutische zorg die zorgaanbieders kunnen leveren, kunnen consumenten en zorgverzekeraar in de toekomst beter kiezen uit het aanbod. Doordat de prestaties bovendien ondersteund zullen worden door een aantal kwaliteitsindicatoren, is het mogelijk die keuze niet alleen te baseren op de prijs, maar ook op de kwaliteit van de zorg (zie voor meer informatie de paragraaf over Zichtbare Zorg Farmacie) [3].

Om normen meetbaar te maken, zijn indicatoren nodig. De KNMP zegt in hun beleidsplan 2009-2012 daarover het volgende [22]:

“Transparante kwaliteit is niet vrijblijvend: De maatschappij verwacht dat zorgaanbieders transparant zijn over alles wat zij aanbieden: de bevoegdheid, de kwaliteit van de zorg, de service, de kosten. Dat past bij een collectief goed en geeft ook aan waar de grenzen van marktwerking liggen. Hieruit volgt ook dat een uniforme basiskwaliteit gegarandeerd moet zijn. De KNMP wil (samen met IGZ, NPCF, NVZA en anderen) de verrichtingen van de apothekers in beeld brengen door transparantie over farmaceutisch inhoudelijke kwaliteit en over ervaren kwaliteit tot op het niveau van individuele apotheken.”

Zichtbare Zorg Farmacie

De farmaceutische zorg draait om goed gebruik van geneesmiddelen. Zichtbare Zorg ondersteunt partijen in de farmacie om heldere informatie over de kwaliteit van hun zorg beschikbaar te hebben. Dat is belangrijk voor alle betrokkenen [26]:

- Zorgaanbieders krijgen meer mogelijkheden om de kwaliteit van de geleverde zorg te tonen, en hebben aanknopingspunten om hun zorg te verbeteren;
- Patiënten en consumenten zijn beter in staat om een zorgverlener te kiezen;
- Zorgverzekeraars zijn beter in staat om zorg in te kopen;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt de informatie voor haar toezichtstaak;
- Het Ministerie van VWS kan passend beleid maken voor de toekomst.

In het project Zichtbare Zorg Farmacie werken tien partijen² samen. Er komen indicatoren op zorginhoudelijk gebied, over veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid en doelmatigheid. Ook worden er indicatoren ontwikkeld die patiëntervaringen in kaart brengen. Het streven is om vanaf 2011 de indicatoren te implementeren [26].

² Consumentenbond, IGZ, KNMP, LHV-Apotheekhoudende Afdeling, NPCF, NVZA, Optima Farma, VAZ, ZN, VWS

Verschillende eerder ontwikkelde indicatorensets en andere gerelateerde informatieverstrekkers dienen als input voor de Zichtbare Zorg indicatoren:

- De KNMP/IGZ basisset kwaliteitsindicatoren apotheken 2009 bestaat uit 42 indicatoren, onderverdeeld in 10 domeinen: Patiëntendossier, Contra-indicaties, Intoleranties, Interacties, Afleveren van geneesmiddelen, Interne-foutenregistratie, Begeleiden patiënten, Patiëntervaringen betrekken bij zorgverlening, Apotheekbereiding en Farmacotherapiebeleid [27]. Voor het bepalen van de resultaten van 11 van de 42 indicatoren werd door apotheken gebruik gemaakt van de SFK-webrapportage KISS (KNMP Indicatoren SetS) [28].
- Apotheken door Cliënten Bekeken is het kwaliteitstraject voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van farmaceutische zorg vanuit cliëntperspectief. De methode is in 2004 ontwikkeld in opdracht van NPCF en KNMP. De aanpak is volledig ingericht op het stimuleren van kwaliteitsverbetering door de apotheek, doordat men in gesprek gaat met de cliënt/patiënt over de kwaliteit van zorg. Het vormt voor de NPCF een middel om de klantgerichtheid van zorgaanbieders te bevorderen. Dit drukt de NPCF uit in het kwaliteitslabel *Door Cliënten Bekeken* dat elke deelnemer aan het eind van het traject ontvangt. Zorgaanbieders met dit label worden vermeld op de NPCF-website www.consumentendezorg.nl. De instrumenten die worden toegepast, sluiten waar mogelijk aan op de CQ-index, de landelijke standaard voor het meten van patiëntervaringen [29]. Naar verwachting wordt eind 2010 een onderzoek afgerond waarin is gekeken of de CQ-index kan worden opgenomen in de vragenlijst van ACB [30].
- De CQ-index Farmacie is ontwikkeld om de ervaringen van patiënten met hun apotheek te meten. Momenteel is men in voorbereiding voor een pilot voor landelijke implementatie.

De KNMP/IGZ basisset geldt als basis voor de zorginhoudelijke indicatoren van Zichtbare Zorg Farmacie. Voor de zogenoemde etalage+ informatie (feitelijke informatie over het aanbod van zorg, aangevuld met gegevens over hoe die zorg is georganiseerd) wordt gebruik gemaakt van de andere bronnen.

Overig

Het project *Zichtbare Zorg Chronische Zorg* richt zich op de kwaliteitsinformatie omtrent drie aandoeningen: Diabetes type II, Vasculair Risico Management en COPD. In 2010 is begonnen met het ontwikkelen van een volledige indicatorset per aandoening. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de indicatoren die worden ontwikkeld bij de betreffende Zorgstandaarden (zie voor meer informatie paragraaf 3.1).

Het programma *Kwaliteit in Zicht* (een samenwerkingsverband van negen partijen³) realiseert een structurele en uniforme inbreng bij kwaliteitsverbeteringen in de zorg en bij het zorginkoopproces. Door diverse instrumenten te ontwikkelen dragen patiëntenorganisaties bij aan kwaliteitsverbeteringen in de zorg, maken deze inzichtelijk voor patiënten en brengen zij het patiëntenperspectief in bij zorginkoopprocessen. De *Basisset Kwaliteitscriteria voor de*

³ Astma Fonds, Longpatiëntenvereniging, Diabetesvereniging Nederland (DVN), De Hart&Vaatgroep, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Reumapatiëntenbond, Vereniging Spierziekten Nederland (VSN), Zorgbelang Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

zorg aan mensen met een chronische aandoening biedt een format (of blauwdruk) voor het ontwikkelen van aandoeningsspecifieke kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief [31].

3.2.3 Overige gerelateerde initiatieven

In 2008 vond de invitational conference *Publiek Gefinancierd Geneesmiddelen Onderzoek* plaats. De deelnemers maakten de balans op van geneesmiddelenonderzoek in Nederland. De uitkomsten van deze bespreking zijn verwerkt in het signalement *Goed Gebruik van Geneesmiddelen*. Op verzoek van het ministerie van VWS zijn de lacunes, samen met experts en betrokken partijen, verder uitgediept. Hierbij is, naast de actuele stand van de wetenschap, vooral aandacht besteed aan de bijdrage die geneesmiddelenonderzoek kan leveren aan het vergroten van patiëntveiligheid, het doelmatiger maken van gebruik van geneesmiddelen en het verminderen van de benodigde handen aan het bed [32].

In opdracht van het ministerie van VWS is ZonMw in 2006 het landelijk programma *Diabetes Ketenzorg* gestart. Met dit programma ondersteunde de overheid tien multidisciplinaire diabeteszorggroepen, om kwalitatief goede diabeteszorg te realiseren tegen een aanvaardbare prijs voor het toenemend aantal mensen met diabetes. Een evaluatie van CZ onder drie deelnemende zorggroepen leverde positieve resultaten op. Het model gaat verder uitgewerkt worden met onder andere het project Diabetes Dialoog (zie paragraaf 3.2.1 van dit rapport) [33].

De ambitie van het *ZonMw-programma Disease Management Chronische Ziekten* is om de toename van chronische ziekten af te vlakken, complicaties en comorbiditeit te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen en de kwaliteit van leven en de regie over de eigen gezondheid te bevorderen. Disease management lijkt daartoe een veelbelovende aanpak te zijn. Doel van het programma is kennis te verzamelen over disease management bij chronische aandoeningen en ervaring op te doen met de toepassing in de praktijk. Ruim 20 praktijkprojecten die de zorg voor mensen met chronische aandoeningen vorm geven op basis van de zorgstandaarden doen mee. Medicijngebruik is onderdeel van enkele praktijkprojecten. Deze projecten zijn echter voornamelijk gericht op het bevorderen van individueel medicijngebruik [34].

3.2.4 Afstemming initiatieven

Uit de inventarisatie hierboven blijkt dat er al diverse initiatieven lopen in relatie tot farmaceutische zorg in zorgstandaarden, normen en indicatoren. In sommige gevallen wordt door de verschillende belanghebbende partijen dan ook geprobeerd initiatieven samen te voegen. Tijdens de discussiebijeenkomst is daarover door het panel het volgende opgemerkt.

"Er zijn massa's indicatoren, maar we zijn het nog niet voldoende eens. Uit de bestaande selectie kunnen we een goede selectie maken. Er moet begonnen worden met bijvoorbeeld maar drie indicatoren." (Coördinatieplatform Zorgstandaarden)

"Het gaat vooral om de uitkomsten. Wordt de indicator niet gehaald, dan moeten er maatregelen worden getroffen." (Patiëntenvertegenwoordiger)

*"Ik denk dat de partij die daar het meest op toegerust is, de zorgverzekeraar is. Als je de uitkomsten niet haalt die je wilt halen, dan is de enige partij die daar echt dwang kan uitoefenen, de zorgverzekeraar. En dat gebeurt veel te weinig."
(Patiëntenvertegenwoordiger)*

De zorgverzekeraar was het hiermee eens, met de kanttekening dat alle zorgverzekeraars wel één lijn moeten trekken in transparantie en gelijksoortige eisen moeten stellen, zodat het bijvoorbeeld niet meer kan voorkomen dat een ziekenhuis goed scoort bij de ene verzekeraar en slecht bij de andere.

Het is daarnaast de rol van de professionele organisaties (zorgverleners) om te kijken of de richtlijnen worden toegepast, aangezien zij deze autoriseren en eigenaar zijn.

"De NHG is één van de beste verenigingen die zorgen dat richtlijnen/standaarden in het veld belanden. Als je kijkt naar de cijfers, de compliance aan de standaarden is de laatste tijd toegenomen." (Zorgverlener)

Volgens de zorgverzekeraar geldt ook het volgende:

"Die indicatoren worden gebruikt, daar maak je afspraken over. En als mensen er niet aan voldoen, dan moeten we ze niet uit de selectie halen, maar ze helpen een tandje bij te zetten."

3.3 Stakeholders

Zoals uit de vorige paragrafen blijkt, zijn veel partijen betrokken bij de uitvoering van optimale farmaceutische zorg en het ontwikkelen van zorgstandaarden, normen en indicatoren daarvoor. In deze paragraaf worden verschillende stakeholders besproken, specifiek in relatie tot de farmaceutische zorg.

3.3.1 De apotheker

De KNMP heeft als eerste zelf een duidelijke mening over het feit dat zorg alleen integraal is als farmaceutische zorg hierin een plaats heeft [35]:

- Bij alle chronische aandoeningen spelen geneesmiddelen een essentiële rol;
- Geneesmiddelen vereisen de inzet van de apotheker;
- Integrale zorg zonder apotheker, die voor de farmaceutische zorg garant staat, kan dus niet.

De vier B's van het farmaceutisch behandelaarschap geven nog eens aan op welke fronten de apotheker van dienst moet kunnen zijn [35]:

1. Beschikbaarheid: optimale beschikbaarheid van alle geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;
2. Bewaking: controle van ieder recept (juiste geneesmiddel, voorgeschreven aan de juiste patiënt, in de juiste dosering en met de juiste gebruiksaanwijzing). De apotheker is de logische beheerder van het medicatiedossier van de patiënt;
3. Begeleiding: informatie, gebruikinstructies, therapietrouw bevorderen;
4. Beleid: structureel overleg met huisartsen (FTO).

Naast de KNMP zelf hebben ook de andere geïnterviewden een duidelijke (kritische) mening over de rol die de KNMP moet oppakken.

"[...] Want dat roept iedereen: de apothekers nemen hun kans niet." (Zorgverzekeraar)

"De apotheker heeft in het verleden heel veel gedaan aan de verkoop, en veel apothekers hebben wat minder gedaan aan zorg en advisering. En dat vinden we zonde. We denken: 'Dat zou je zo fantastisch op kunnen pakken' Zij hebben die kennis." (Patiëntenvertegenwoordiger)

"Ik denk dat de apotheker wel wordt gezien als een toegankelijke, bereikbare plek die een spil is in het zorgveld waar de patiënt altijd bij uitkomt. De apotheker heeft dus het overzicht van wat er speelt. Daarnaast is de apotheker natuurlijk gewend om dingen te regelen of te organiseren. Hij kan die kern samenbrengen en de patiënt daarin begeleiden. Bovendien worden therapieën steeds specifiek. Een hoop artsen en specialisten zien wel in dat, willen zij op de juiste manier begeleid worden in hun keuzes, dat die apotheker een bron van kennis is." (Apotheker)

"Als een cardioloog tijdens een open-hart-operatie ziet dat de patiënt ook nog een aneurysma heeft en die ook nog even aanpakt, zegt hij achteraf: "Ik heb een leven gered". En daar heeft iedereen een beeld bij. Als wij als apotheker met methotrexaat – een middel dat heel snel dodelijke gevolgen heeft als het op de verkeerde manier wordt gecombineerd –... Als je dat ondervangt, dan zegt geen enkele apotheker dat hij die dag een leven heeft gered. Terwijl hij dat net zo goed heeft gedaan. Want het is net zo'n routinematige handeling voor die cardioloog om tijdens een operatie in te grijpen als het voor ons is om tijdens de receptgang in te grijpen. Ik wacht ook nog steeds tot Joop van den Ende een goede soap over apothekers begint, om een beeld te geven van wat de apotheker eigenlijk doet. Want ingrijpen op zo'n interactie, dat is jouw kennis, dat is waarom jij apotheker bent en daarmee simpelweg een leven redt." (Apotheker)

3.3.2 De patiënt

Alle geïnterviewden waren het er over eens dat ook de patiënten c.q. patiëntenverenigingen een zeer belangrijke rol hebben:

"De zorgstandaard is voor patiënten, zij zijn het uitgangspunt." (Patiëntenvertegenwoordiger)

"Er is maar één partij die regie kan hebben en dat zijn de patiënten. Patiënten niet centraal zetten, maar bovenaan. Als je zorg organiseert, moet je altijd bij de patiënt te rade gaan wat er zou moeten gebeuren." (Patiëntvertegenwoordiger)

"Wij willen goede zorg inkopen voor onze verzekerden. Wij moeten verzekerden betrekken, wij moeten ook heel duidelijke communiceren waarop wij keuzes maken en toetsen of dat goed bevalt." (Verzekeraar)

Dit betekent dat patiëntenverenigingen en koepels veel werk moeten verzetten. Het probleem is echter de capaciteit van patiëntenverenigingen:

"Wij hebben nog redelijk makkelijk praten. Wij zijn groot en hebben bureaus en medewerkers in dienst. De meesten hebben dat niet. Dat zijn vrijwilligersorganisaties [...]." (Patiëntenvertegenwoordiger)

3.3.3 De zorgverzekeraar

Door alle geïnterviewden worden de zorgverzekeraars een (grote) rol toegedicht. De verzekeraars zouden een rol kunnen spelen, doordat zij invloed hebben op de hoogte voor medicatievergoedingen en behandeltrajecten. Ook monitoren zij de kwaliteit van de geleverde zorg.

"Wat we zien is een kwaliteitsverzekeraar, wat je wilt doen is dat je goede kwaliteit gaat inkopen voor je verzekeren. Dus in die zin vertegenwoordigen we onze verzekeren. Ik zal me geen patiëntenorganisatie noemen, wel de vertegenwoordiger van onze verzekeren en verantwoordelijk voor het inkopen van goede zorg. En daarnaast hebben we de verantwoordelijkheid om daar een goede premie voor te gaan vragen. Als je ziek bent, wil je de best mogelijke zorg. Maar als je gezond bent, vind je het ook prettig als je niet heel veel hoeft te betalen, zo werkt het. En die mensen hebben we allemaal in ons verzekerenbestand zitten. Maar ons uitgangspunt is vooral dat slechte kwaliteit te duur is. Dus we steken in op kwaliteit in de verwachting dat je daar uiteindelijk de kostenbesparing mee gaat halen." (Zorgverzekeraar)

Toch bestaat de mening dat veel verzekeraars hun rol nog niet goed oppakken:

"[...] Het tweede punt is dat het onverminderd handig zou zijn dat verzekeraars zorggroepen in de eerste lijn, meestal door huisartsen geleid, ertoe dwingen om afspraken te maken met de apothekers over de inbreng van farmaceutische zorg, niet over de geneesmiddelen zelf, maar de farmaceutische dienstverlening. Dat wordt maar heel beperkt op dit moment nog in het werkveld door verzekeraars en zorggroepen opgepakt." (Patiëntenvertegenwoordiger)

De apotheker zelf zit echter niet te wachten op een zorgverzekeraar die bepaalt welk product exact moet worden gegeven.

"Die keus moet worden gemaakt door de apotheker die kennis heeft over het geneesmiddel, en die een juiste afweging kan maken van beschikbaarheid van producten, kwaliteit van de producten en de combinatie met de optimale therapie." (Apotheker)

3.3.4 De farmaceutische industrie

Farmaceuten willen niet meer alleen maar pillen verkopen en op prijzen letten. Steeds meer aandacht wordt besteed aan hoe die pillen zo goed mogelijk kunnen worden gebruikt en zo efficiënt mogelijk. De farmaceutische industrie is ook een partner voor de zorgverzekeraars. De farmaceuten zelf zien het belang van het toevoegen van de farmaceutische zorg aan zorgstandaarden en willen ook zeker graag deelnemen. Zij hebben echter een imago probleem:

"De patiëntenkant wordt echter te weinig gehoord, die moet ook goed begrepen worden. Het maakt voor een patiënt zeker wel uit of hij één keer op een dag een tablet

moet innemen of twee of drie keer. Daardoor worden soms ook nieuwe geneesmiddelen geïntroduceerd. Daar staat dan weer niet iedereen positief tegenover, gezien het imago van de industrie heeft. Maar de patiëntenverenigingen zouden in de lead moeten zijn!" (Industrie)

"De industrie maakt fraaie geneesmiddelen en heeft er (net als patiënt, verzekeraar en maatschappij) baat bij dat die middelen goed gebruikt worden. Enige afstand van de industrie tot het primaire proces blijft nodig. Je moet de 'kat niet op het spek binden'. Een verstandige structuur waarbij de expertise en power van de industrie wordt ingezet is wel nodig. Een Thrusted Third Party (TTP) die informatie ophaalt bij de industrie en eenduidig doorgeeft bijvoorbeeld. Wanneer de industrie echt 'gaat voor de patiënt', zouden ze hieraan mee moeten willen werken. De praktijk is dat die TTP er (nog) niet is en dat de industrie eigenlijk dichter op de patiënt wil zitten." (Apotheker)

"Ook voor de farmaceutische industrie zijn standaarden en indicatoren van groot belang. De producten die nu op de markt komen zijn in het algemeen producten die een meerwaarde hebben bij kleinere en specifiekere groepen patiënten en vaak passen ze in de tweede of derde stap binnen een richtlijn. Om te zorgen dat ook de juiste patiënten een tweede of derde stap product krijgen, is het van belang dat niet alleen de eerste stap van een richtlijn wordt geïmplementeerd, maar de volledige richtlijn. Via de juiste kwaliteitsindicatoren kan gemeten worden of inderdaad ook alle stappen (dus ook de tweede of derde stap) worden genomen om een zo groot mogelijke gezondheidswinst bij de juiste patiënt te halen." (Industrie)

"De richtlijnen en indicatoren dienen dan wel regelmatig herzien te worden, zodat innovaties voldoende snel, op de juiste plaats worden opgenomen." (Industrie)

3.3.5 De overheid

Alhoewel er al zorgstandaarden waren, heeft de Minister van VWS later aangegeven dat deze moeten voldoen aan een bepaald raamwerk (zie paragraaf 3.1) en daarvoor is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden in het leven geroepen. Ook heeft het Ministerie de NZa opdracht gegeven een visiedocument te schrijven over de functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen [1] en vervolgens een uitvoeringstoets te doen naar de uitbreiding van de integrale bekostiging van ketenzorg met onder andere farmaceutische zorg [36].

"De overheid zou ook iets kunnen betekenen, aangezien zij ervoor zijn de kosten laag te houden bij gelijkblijvende kwaliteit." (Industrie)

"En VWS is altijd voorwaardenscheppend, die kunnen daar zeker een belangrijke rol spelen." (Zorgverzekeraar)

3.3.6 Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden is een sterke voorstander van het integreren van farmaceutische zorg in zorgstandaarden.

"De zorgmodule 'farmacotherapeutische zorg' is tot op de dag van vandaag een virtueel begrip. Er is helemaal geen initiatief genomen. Er is alleen een gedachte dat er vermoedelijk veel waarde in kan zitten als die module er komt. Nou, als wij dit najaar

met het platform een doorstart maken, dan zullen wij daar ongetwijfeld over discussiëren en nagaan of daar een rol voor het platform is weggelegd. Als dat zo is, dan is die rol vooral te kijken of je ergens een initiatief kan doen nemen."

3.3.7 De zorggroep, huisarts en specialist

Het begrip farmaceutische zorg blijkt vooral voor de specialisten een andere betekenis te hebben:

"Wij specialisten denken bij farmaceutische zorg direct aan de zorg die primair geïnitieerd wordt door de farmaceutische industrie, zoals bijvoorbeeld het bereiden van de medicatie zelf maar ook het aanpassen van toedieningsvormen."

"De term medicamenteuze zorg past beter als overkoepelende term, waarbij zowel bedoeld wordt of de patiënt de juiste medicatie krijgt voor de juiste indicatie, als de manier waarop dat gebeurt en de informatie en dienstverlening daaromheen."

Zorgverleners, huisartsen en specialisten vinden dat zij primair verantwoordelijk zijn voor het opstellen van richtlijnen over goede zorg op basis van de *best evidence*.

"Zorgverleners zijn opgeleid om de beschikbare kennis over de beste en juiste behandeling te beoordelen en af te stemmen op de individuele behoeften van de patiënt." (Zorgverlener)

Hier is de zorgverzekeraar het mee eens:

"Ik denk dat je bij het ontwikkelen van richtlijnen als zorgverzekeraar terughoudend moet zijn. Bij het ontwikkelen van indicatoren denk ik juist dat je wel prominent aan tafel moet zitten. Die indicatorontwikkeling is in het belang van de beroepsgroep, maar is ook zeker in het belang van de verzekeraar. En dan niet zozeer voor ons, maar vooral voor onze verzekerden. De druk op kwaliteit wordt steeds groter, en onze verzekerden vragen ons ook naar de kwaliteit van behandelaars."

Wel geeft de zorgverzekeraar aan dat richtlijnen, indicatoren en zorgstandaarden actueel moeten zijn, willen ze kunnen dienen als instrument voor de zorginkoop. Desnoods willen zij daarin faciliteren.

Echter, uit de literatuur is bekend dat alleen het opstellen van richtlijnen en indicatoren niet automatisch leidt tot implementatie en naleving ervan. Richtlijnen worden voor ongeveer 70% opgevolgd. Het niet opvolgen van richtlijnen leidt met name tot onderconsumptie, maar ook wel overconsumptie. Er is sprake van grote variatie tussen artsen, praktijken en afdelingen [37].

"Het is niet altijd noodzakelijk of wenselijk dat een richtlijn 100% wordt opgevolgd; dit is namelijk afhankelijk van de patiënt zelf en zijn sociale en economische omgeving. 100% scores zijn juist verdacht." (Zorgverlener)

3.4 Integrale bekostiging en de regierol

Het opnemen van de farmaceutische zorg in zorgstandaarden, maar ook afspraken over de te leveren zorg door welke disciplines, zorgt voor domeindiscussies. Een onderzoek door het RIVM laat zien dat zowel in de nulmeting als in de daaropvolgende meting het merendeel van de zorggroepen (83%) monodisciplinair is en uitsluitend uit huisartsen bestaat [38]. Ook de NZa concludeert dat de positie van de huisarts in zorggroepen zeer sterk is en mogelijk tot een machtspositie kan leiden ten opzichte van verzekeraars en andere zorgaanbieders. Het risico dat deze machtspositie ontstaat kan toenemen naarmate de zorggroepen groter worden en er meer vormen van zorg via de zorggroep gaan verlopen [1]. De verklaring voor de dominantie van huisartsen(groepen) zoekt de NZa in de positie die huisartsen in de Nederlandse zorgsector innemen (zoals ook te lezen is in de *Position paper* van het LHV [39]). In de eerste plaats is de marktmacht van huisartsen op de inkoopmarkt van generalistische zorg een factor van betekenis. Daarbij zijn andere aanbieders van eerstelijnszorg en ziekenhuizen in belangrijke mate afhankelijk van verwijzingen door regionale huisartsen [1].

De onlangs verschenen *Position paper* van het LHV [39] heeft het niet direct over ketenzorg en farmaceutische zorg, maar geeft wel een aantal punten aan waarom zij vinden dat de huisartsenzorg één van de belangrijkste onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg is. Hun belangrijkste argumenten zijn hun laagdrempeligheid en regierol in de zorg. Eén van hun uitspraken is:

"Sta geen marktwerking toe in de huisartsenzorg. Concurrentie tussen huisartsen zal de patiënt slechts schaden. Bedacht dient te worden dat huisartsen de kwaliteit van hun zorg niet verhogen vanwege een concurrentieprikkel, maar juist door samenwerking. Intercollegiaal overleg, ontwikkeling en implementatie van (NHG-)Standaarden, spiegelinformatie, farmacotherapeutisch overleg, nascholingen, benchmarking, gemeenschappelijke projecten en vele andere collegiale aangrijpingspunten zijn het geheim van het succes van de Nederlandse huisarts."

Op voorhand ziet de NZa echter geen reden om aan te nemen dat andere aanbieders dan huisartsen, zoals de verpleegkundig specialist, zorgcentra, patiëntenplatforms en zorgverzekeraars, minder geschikt zijn als hoofdaannemer/regisseur [1]. Het RIVM geeft ook aan dat momenteel ook door andere zorgdisciplines (onder andere fysiotherapeuten en apothekers) wordt nagedacht over de vorming van monodisciplinaire zorggroepen die in de toekomst als hoofdcontractant kunnen gaan functioneren bij de eventuele invoering van nieuwe zorgprogramma's. Veel van deze disciplines functioneren nu al als 'onderaannemer' van de zorggroep en een aantal stelt zich proactief op om als hoofdcontractant te gaan functioneren bij de uitrol van nieuwe zorgprogramma's, zoals de beweegkuur en het zorgprogramma voor obesitas [38].

Over de regierol van de huisarts en over de integrale bekostiging zijn door de geïnterviewden de volgende opmerkingen gemaakt:

"Neem bijvoorbeeld bekostiging. Als je een zorggroep creëert waarin je een monopolie legt bij één partij die vervolgens mag bepalen hoe andere zorgverleners het geld gaan krijgen, dan ben je niet met ontschotting bezig. Dan ben je wel heel idealistisch in je denkpatroon als je denkt dat het geld dan op een eerlijke manier verdeeld gaat worden. Dat model helpt dus niet mee om de schotten naar beneden te halen. Ik denk ook dat

als je zegt: 'We heffen de schotten op', dit niet zo werkt, want je hebt nu eenmaal te maken met unieke kennisgebieden die toch ook wel proberen hun eigen unieke kennisgebied te verdedigen." (Apotheek)

"In onze contracteervisie kan ook iedere partij die het zorgprogramma zou kunnen draaien, kunnen we gaan contracteren als zijnde zorggroep. Ik zie wel bij veel zorggroepen dat naast huisartsen ook wel niet-medische mensen in het bestuur gaan komen, die echt de professionele-organisatorische kant op zich nemen [...]." (Zorgverzekeraar)

"Ik zie wel groepen die nu aan het zoeken zijn hoe ze de andere disciplines er in gaan vertegenwoordigen. Omdat ze ook wel de discussie voelen: hoeveel macht heb je als je heel sterk vertegenwoordigd bent in de zorggroep en je bent ook nog onderaannemer? Je hebt in ieder geval de schijn tegen je, laat ik zo zeggen." (Zorgverzekeraar)

"Integrale bekostiging is prima voor medicatie dienstverlening, maar de kosten van de medicijnen zijn teveel afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt en kunnen daardoor een onevenredig beslag leggen op de kosten." (Zorgverlener)

"Integrale bekostiging is idealistisch maar eigenlijk bedoelt als bezuinigingsmaatregel. Een specialist moet aantoonbaar toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de zorg geleverd door de huisarts." (Zorgverlener)

"Farmaceutische zorg gaat over zorg rond het inzetten van medicatie en daarvoor noodzakelijke hulpmiddelen. De geneesmiddelen zelf kunnen wel of niet opgenomen worden in integrale bekostiging. Gezien de budgettaire impact voor een zorggroep is zo'n groep huiverig. Dus wel de zorg, niet het doosje in integrale bekostiging. Ook verzekeraars steunen die richting, alleen dan om reden van de nu bestaande mogelijkheid een rol te spelen in de prijsvorming. En die willen ze (nog?) niet opgeven. De kosten van het doosje zouden er wel in kunnen, maar wat doet de verzekeraar dan nog? Alle risico's zijn immers afgekocht. Het gaat dus om de meer fundamentele vraag wie er zorg verleent en wie die zorg verzekert. We lopen het risico dat de zorgverzekeraar de inhoud van de zorg gaat bepalen en dat de zorgaanbieder de verzekeraarsrisico's op zich moet nemen." (Apotheker)

Sommigen vragen zich af of integrale zorg als middel voor betere samenwerking en als middel voor bekostiging wel samen kunnen gaan.

"Je kunt geen twee doelen tegelijk bereiken en marktwerking om te komen tot betere zorg en een gelijke of lagere prijs. In dat geval moet je goed regelen in hoeverre die samenwerking past in een model van markt. En daarover bestaat nog veel onduidelijkheid. De KNMP pleit er dan ook, vooruitlopend op opname van farmacie in de integrale bekostiging, voor dat zorggroepen gewoon afspraken maken met apothekers en dat de bekostiging noodgedwongen nog maar even buiten de zorggroep om gaat. Het gaat immers eigenlijk om de integrale zorg en niet om de integrale bekostiging. De eerste kan zonder de laatste, omgekeerd niet". (Apotheker)

"Als een apotheker wordt afgerekend in percentage van een bepaald product dat wordt voorgeschreven, dan moet de arts daar ook in mee. Want wij mogen wel weigeren af te leveren, maar wij mogen niet zelfstandig product X naar product Y omzetten. Als de arts niet meegaat, kun je alleen maar tegen die patiënt zeggen: 'Ik ben het niet eens met de keuze van de arts, daar laat ik het bij'. Meestal betekent dat op zo'n moment dat je kiest

voor goede begeleiding van de patiënt, dus dat je de medicatie niet aflevert [...] Maar als je niet aflevert, heb je én geen inkomen én de patiënt kijkt jou erop aan. Je hebt natuurlijk een hele moeilijke positie als partijen niet allemaal integraal worden aangesproken op naleving van afspraken." (Apotheker)

"Dat domein denken is iets waar wij als KNMP wel mee bezig zijn en de discussie loopt ook wereldwijd: wat is nu ieders unieke rol en zorgdomein en wat is nu de unieke kennis van de apotheker (kennis van het geneesmiddel in combinatie met het individu) en waar zit nu die overlap? En in die overlap moet je elkaar gewoon echt vinden. En daar kan de ene keer de arts de betere persoon in zijn, en de andere keer de apotheker. Maar dan moet je ook bereid zijn om elkaar in dat grijze gebied te benaderen." (Apotheker)

4 Ideale situatie

Alle partijen die geïnterviewd zijn, waren het er over eens dat farmaceutische zorg onderdeel moet zijn van de zorgstandaarden. Hieronder volgen een aantal suggesties voor de ideale situatie zoals de verschillende partijen die zien.

Zowel de KNMP als een zorgverzekeraar ziet graag dat de apotheker een grotere rol krijgt met betrekking tot de farmaceutische zorg voor patiënten. De KNMP ziet graag dat de diagnose op het recept komt te staan. De diagnose kan relevant zijn bij de uitleg van een middel en waar het voor wordt gebruikt. Zij vinden dat dit van belang is voor een goede begeleiding van de patiënt en een goede afweging of een medicijn interacteert met andere medicatie. Dit is echter al een jarenlang discussiepunt tussen artsen en apothekers. De zorgverzekeraar is ook voorstander van deze methode.

"Idealiter zou ik zien dat de huisarts een recept zou schrijven waarop stond 'Deze patiënt heeft een te hoog cholesterolgehalte'. De apotheker zou dan moeten bepalen welke medicatie hiervoor in aanmerking komt en het begeleiden van de patiënt hoort ook bij zijn takenpakket. Persoonlijk vind ik dat NHG-Standaarden merkonafhankelijk zouden moeten zijn, en richtlijnen zouden op werkzame stof moeten zijn. De apotheker zou een belangrijker rol moeten krijgen, in plaats van tweede viool naast de huisarts." (Apotheker)

"Wij zouden graag zien dat ook een apotheker bijvoorbeeld al eerder adviezen zou kunnen geven, zeker aan chronische patiënten. Dat hij met de patiënt gaat kijken wat voor die patiënt het beste geneesmiddel is. Dan kan die patiënt aan tafel bij de huisarts ook zich beter voorbereiden. Hij weet dan ook wat er kan. [...] Daar zijn we met een aantal partijen ook mee bezig, om een project te maken waar we de patiënt kunnen ondersteunen om de verschillende middelen die mogelijk zijn voor een bepaalde aandoening naast elkaar te zetten, zodat een patiënt beter kan vergelijken en dus in de spreekkamer ook een serieuzere partner is." (Patiëntenvertegenwoordiger)

Een andere zorgverzekeraar zegt dat het belangrijk is de farmaceutische zorg in eerste instantie eerst maar eens te beschrijven, want die bestaat niet, en daar projecten van te maken en die projecten uit te gaan testen met als intentie om het binnen onze integrale zorginkoop mee te gaan nemen. De KNMP is daar al op ingehaakt.

"Het is van belang dat je goed weet te omschrijven wat de toegevoegde waarde is van de apotheker." (Patiëntenvertegenwoordiger)

De farmaceutische zorgaanbieder moet in staat worden geacht een rol te spelen in de regie van de keten. De nieuw vast te stellen prestaties beogen meer duidelijkheid te bieden over de toegevoegde waarde van de farmaceutische dienstverlener. Die duidelijkheid draagt bij aan zijn positionering in de keten [1].

"Of dat juist medicatiegebruik door de apotheker moet worden gedaan, door de verpleegkundige, of door de trajectbegeleidende verpleegkundige, dat valt te bezien. De apotheker als zodanig is een apart competentiegebied, maar bijvoorbeeld bij oudere mensen kijken of de juiste medicijnen dagelijks worden ingenomen, therapietrouw, en dat bij in en uit het ziekenhuis niet al die ingewikkelde veranderingen in

medicatiegebruik tot rotzooi leiden, dat kun je ook door een thuisverpleegkundige laten doen. Dat hoeft niet perse door een apotheker te gebeuren. Als die thuisverpleegkundige maar kan bellen met de apotheker op het moment dat er iets niet loopt. Dat zijn we dus aan het uitzoeken in Nederland." (Patiëntenvertegenwoordiger)

Kortom, er zijn genoeg ideeën. Dat is een mooi uitgangspunt om vast te stellen wat men nu wil en wie het voortouw moet nemen.

5 Kernbevindingen en aanbevelingen

De resultaten uit het deskresearch, de diepte-interviews en de discussiebijeenkomst leiden tot een aantal kernbevindingen. De onderzoekers hebben op basis van deze bevindingen een aantal aanbevelingen gedaan.

Kernbevinding I: Farmaceutische zorg is geen eenduidige term

De definitie van farmaceutische zorg zoals deze is opgesteld door de NZa is uitgebreid en is verwoord in 14 prestaties. De gehanteerde definitie dekt de lading maar de overkoepelende term *farmaceutische zorg* blijkt met name door specialisten enger geïnterpreteerd te worden. Ook definities uit verschillende woordenboeken hanteren een engere definitie, namelijk *betrekking hebbende op geneesmiddelenbereiding*.

In het kader van de richtlijnen/zorgstandaarden gaat het erom dat de patiënt de juiste medicatie krijgt voor de juiste indicatie zoals beschreven in de richtlijnen (juist geneesmiddelengebruik volgens de standaard) en het gaat om de dienstverlening daaromheen, zoals uitgifte, medicatiechecks e.d. (farmaceutische dienstverlening).

Aanbeveling 1: *Niet spreken van farmaceutische zorg, maar liever van juist geneesmiddelengebruik volgens de standaard en van farmaceutische dienstverlening.*

Kernbevinding II: Unanimiteit farmaceutische zorg in richtlijnen/zorgstandaarden

Alle geïnterviewden waren het erover eens dat de farmaceutische zorg altijd een vast onderdeel moet zijn van de richtlijnen/zorgstandaarden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de twee onderdelen van farmaceutische zorg zoals hierboven benoemd. Het juist geneesmiddelengebruik volgens de richtlijnen moet onderdeel zijn van de zorgstandaard over de specifieke aandoening. De farmaceutische dienstverlening, die voor iedere aandoening hetzelfde kan zijn, kan worden verwoord in een generieke zorgmodule. Het één-op-één overnemen van de generieke zorgmodule moet echter vermeden worden, aangezien voor iedere aandoening specifieke zaken kunnen gelden.

Aanbeveling 2: *Farmaceutische zorg, te weten juist geneesmiddelengebruik volgens de standaard en farmaceutische dienstverlening, moet worden opgenomen in de zorgstandaarden.*

Aanbeveling 3: *Farmaceutische dienstverlening dient voor de zorgstandaarden te worden vormgegeven in een generieke module. Hierbij moet wel aandacht worden besteed aan de specifieke aandoening.*

Kernbevinding III: Rolverdeling bij ontwikkeling helder

De geïnterviewden hadden een duidelijke mening over wie welke rol zou kunnen spelen in het toevoegen van de farmaceutische zorg aan zorgstandaarden en indicatorontwikkeling. De zorgverleners en patiënten moeten de optimale zorg definiëren in richtlijnen, waarbij de apothekers zouden moeten aangeven welk middel waarvoor moet worden voorgeschreven. Bij de vertaling in zorgstandaarden en indicatoren moeten ook de verzekeraars en de overheid worden betrokken.

Aanbeveling 4: *Zorgaanbieders (huisartsen, specialisten, apothekers) en patiënten dienen een hoofdrol te spelen bij het opstellen van aanbevelingen over het juist geneesmiddelengebruik voor een specifieke groep patiënten.*

Aanbeveling 5: *Echter, discussies over farmaceutische dienstverlening en prestatie-indicatoren dienen met alle betrokken stakeholders (dus niet uitsluitend de zorgaanbieders) te worden gevoerd.*

Kernbevinding IV: Rol farmaceutische industrie wordt actiever

Verschillende geïnterviewden gaven aan dat de rol van de farmaceutische industrie actiever wordt; ook zij richten zich steeds meer op kwaliteit van de zorg. Ze kunnen echter nog niet als volwaardige partner worden gezien, als het imago niet verandert. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn het aanstellen van een trusted third party.

Aanbeveling 6: *Negeren van de industrie als belangrijke stakeholder ondermijnt optimale farmaceutische zorg voor de patiënten. Een trusted third party (conform NICE in Engeland) kan een oplossing bieden.*

Kernbevinding V: Integrale bekostiging kan samenwerking belemmeren

Zorgstandaarden moeten bijdragen aan betere samenwerking en zo aan betere integrale zorg. Doordat (integrale) bekostiging wordt gekoppeld aan integrale zorg gaan er domeindiscussies spelen. De huisarts heeft een regierol en is verantwoordelijke voor het verdelen van het budget, maar is ook zelf uitvoerder. De apotheker wil graag verantwoordelijk zijn voor de farmaceutische zorg, maar is thans nog niet of nauwelijks onderdeel van de zorgstandaard.

Als medicijnen in de integrale bekostiging worden opgenomen, dan verliest de zorgverzekeraar de mogelijkheid om tijdens de contractduur op marktontwikkelingen in te spelen.

Aanbeveling 7: *Farmaceutische dienstverlening kan in de integrale bekostiging, maar de daadwerkelijke kosten voor medicatie niet.*

Aanbeveling 8: *Er moet kritisch gekeken worden naar de regierol bij integrale bekostiging en de manier waarop die wordt ingevuld.*

Kernbevinding VI: Naleving aanbevelingen richtlijnen

Er wordt veel geld besteed aan de ontwikkeling van richtlijnen, normen, indicatoren en standaarden, maar er gaat te weinig geld naar de implementatie ervan. Er moet meer tijd en geld worden gestoken om belemmerende en bevorderende factoren voor naleving van aanbevelingen te identificeren. Feedback over de volledige naleving en benchmarken met anderen kan naleving verbeteren.

Aanbeveling 9: Meer tijd en geld moet worden besteed aan de volledige implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden.

Aanbeveling 10: Goede spiegelinformatie op zorgvuldig gekozen indicatoren is noodzakelijk voor gedragsverandering.

Nawoord

Het project beschreven in dit rapport is duidelijk een verkennende studie. Een beperkt aantal mensen is geïnterviewd en hun mening is niet direct die van de achterban. Wat betreft dit laatste wordt echter niet veel discrepantie verwacht.

Omdat dit een verkennende studie is, zijn een aantal gebieden aan te wijzen waar verdiepend onderzoek naar kan worden gedaan. We noemen de volgende:

- Implementatie van de zorgstandaarden;
- Evaluatie van het gebruik van zorgstandaarden in de praktijk;
- Invulling van de regierol;
- Effecten van integrale bekostiging op de samenwerking tussen zorgverleners en apothekers.

Referenties

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument. Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Utrecht: NZa, 2009.
2. Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model: Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, 2010.
3. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktmeester maakt belonen apotheker voor kwaliteit van zorg mogelijk. NZa stelt nieuwe prestaties farmaceutische zorg vast. Utrecht: NZa, 2010.
4. RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl>. [access date: 5-12-2010].
5. Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: NDF, 2007.
6. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel I (voor zorgverleners). Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2009.
7. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel II (voor patiënten). Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2009.
8. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel III. Conceptlijst indicatoren. Den Haag: Platform Vitale Vaten, 2009.
9. Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: LAN, 2010.
10. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht: NHG, 2006.
11. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht: CBO/NHG, 2006.
12. ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde van Medisch Specialisten, V&VN, ZN, op initiatief van IGZ en Ministerie van VWS. Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens. 2008.
13. Boomsma LJ, van Horssen N, Verduijn MM, Dijkers FW, Heijboer-Vinks IC, Brunninkhuis WJM, de Haan-Gouw PPT, Kwint HF, Grol MH, Lelie-van der Zande ACAM, Flikweert S. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2. Huisart Wet 2006;49:511-5.
14. Labots-Vogelenzang SM, Heijboer-Vinks IC, van Aarnhem AMS, Folmer H, Giesen AGM, de Leest K, Numans ME, Vinks P, Flikweert S, Lelie-van der Zande ACAM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. Huisart Wet 2009;52:S7-S12.
15. van Horssen N, Labots-Vogelenzang SM, Buur VAJ, Dommers JW, van Dijk PTM, Dijkers FW, Giesen AGM, Goedendorp ThA, de Leest K, Leurs LN, van der Meer FJM, Vinks PW, van Balen JAM, Lelie-van der Zande ACAM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn. Huisart Wet 2010;aug:S23-S30.
16. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. FPZ handboek astma en COPD. Den Haag: KNMP, 2006.
17. Stuit M. 'Goede diabeteszorg berust op samenwerking van zorgverleners'. Diabc 2009;januari:34-6.
18. Zorgverzekeraar CZ. Available from: http://www.cz.nl/%7B4cb8c9c3-9100-4822-b06a-287b59cd61ee%7D?s=CZ_overcz [access date: 9-8-2010].
19. Tent M. Vechten voor een plekje in de zorgketen. Leerzame ervaringen van een 'onderaannemer'. Pharmaceutisch Weekblad 2010;34-5.
20. van Wijck F. CZ initieert dialoog over diabeteszorg. Pharmaceutisch Weekblad 2007;12-3.
21. <http://www.knmp.nl/bedrijfsvoering/integrale-bekostiging>. [access date: 12-10-2010].
22. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Apotheker, onmisbare schakel in de zorgketen. Beleidsplan KNMP 2009-2012. Den Haag: KNMP, 2009.

23. Inzending KNMP-Innovatieprijs 2008: Diabetesproject Zorggroep Almere apotheken. 2007.
24. ZonMw. Op één lijn: Meer gezondheid en participatie door sterke organisatie van zorg dicht bij huis. Den Haag: ZonMw, 2010.
25. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Nederlandse Apotheeknorm 2006. Den Haag: KNMP, 2006.
26. Zichtbare Zorg Farmacie: Zicht op kwaliteit van de farmaceutische zorg [factsheet]. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2009.
27. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Kwaliteitsindicatoren apotheken. Basisset 2009. Utrecht: IGZ/KNMP, 2008.
28. Stichting Farmaceutische Kengetallen. Kwaliteitsindicatoren met (een) KISS. Pharmaceutisch Weekblad 2009;mei:11.
29. Argo. Available from: http://www.argo-rug.nl/html/dcb_door_clienten_bekeken.php [access date: 1-8-2010].
30. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor extramurale farmacie 2010. Een nulmeting van deze markt. Utrecht: NZa, 2010.
31. NPCF. NPCF. Available from: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=139&Itemid=149 [access date: 1-8-2010].
32. ZonMw. Signalement Goed gebruik van geneesmiddelen. Den Haag: ZonMw, 2009.
33. Gootzen T, Bonte A. Het rendement van ketenzorg. Betere diabeteszorg door anders organiseren. Med Contact 2010;65:180-2.
34. ZonMw. ZonMw. Available from: <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programmas/diseasemanagement-chronische-ziekten/actueel/22-praktijkprojecten-gaan-van-start/> [access date: 1-8-2010].
35. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Integrale bekostiging en zo... [presentatie]. Den Haag: KNMP, 2010.
36. Nederlandse Zorgautoriteit. Uitvoeringstoets: Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens. Utrecht: NZa, 2010.
37. Harmsen M, Braspenning J, Grol RPTM. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
38. van Til JT, de Wildt E, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2010. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM, 2010.
39. Landelijke Huisartsen Vereniging. Position paper huisartsenzorg 2010-2014. Utrecht: LHV, 2010.

Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden diepte-interviews

- Pauline Calkoen, beleidsmedewerker Zorg en Geneesmiddelenbeleid bij de CG-Raad
- Maayke Fluitman, apotheker en lid van het hoofdbestuur van de KNMP
- Reinout van Schilfgaarde, voorzitter Coördinatieplatform Zorgstandaarden
- Hans van Laarhoven, adviseur De Hart&Vaatgroep
- Rian Visser, manager Healthcare policies and education bij MSD (Merck Sharp & Dohme bv)
- Roland Eising, accountmanager Zorg en Farmacie bij Agis, en Gerrit-Jan Verbeek, senior-inkoper Farmacie bij Achmea
- Jan Coolen, lid van het managementteam van de NPCF, en Ele Visser, interim adviseur geneesmiddelenbeleid
- Angelique Bonte, programmamanager Integrale zorg bij CZ
- René Traksel, reumatoloog in het Maxima Medisch Centrum
- Jako Burgers, huisarts en senior-adviseur van het CBO

Bijlage 2 Overzicht vragen diepte-interview

1. Welke initiatieven vanuit uw eigen organisatie worden/zijn over dit onderwerp opgestart of worden in de toekomst uitgewerkt?
2. Heeft u ook enig inzicht in initiatieven op dit vlak van andere veldpartijen?
3. Wat is de doelstelling van de verschillende initiatieven?
4. Met wie wordt er samengewerkt en hoe kan het initiatief binnen de zorgstandaarden ingebed worden?
5. Wat is uw mening over hoe de farmaceutische zorg een plaats kan krijgen binnen de zorgstandaarden?
6. Welke veldpartij zou naar uw mening verantwoordelijk moeten zijn om zorg te dragen voor de structurele opname van de farmaceutische zorg in een zorgstandaard?
7. Wat vindt u van het verschil tussen *farmaceutische zorg* en *juist geneesmiddelengebruik*? Is er verschil?
8. Zijn er redenen voor dat er meer initiatieven liggen op *farmaceutische zorg* dan op *juist geneesmiddelengebruik*?
9. Hoe denkt u er over om wel aandacht te besteden aan goed geneesmiddelengebruik in zorgstandaarden en bij indicatorontwikkeling?
10. Aan welke initiatieven denkt u dan om dit binnen de zorgstandaarden te kunnen integreren?
11. Welke organisaties e.d. zouden hierin een rol van betekenis kunnen spelen?
12. En welke rol zouden ze dan kunnen spelen, gezien hun doelstellingen?

Bijlage 3 Overzicht panelleden groepsdiscussie

- Jako Burgers, huisarts en wetenschapper (CBO, IQ healthcare)
- Michel van Agthoven, associate director market access bij Janssen-Cilag
- Hans van Laarhoven, adviseur De Hart&Vaatgroep
- Roland Eising, accountmanager Zorg en Farmacie bij Agis
- Ruud Dassing, plaatsvervangend secretaris hoofdbestuur KNMP
- Reinout van Schilfgaarde, voorzitter Coördinatieplatform Zorgstandaarden