



> Versterking van de zorgfunctie van openbaar apothekers

Utrecht, 28 maart 2018
Edwin Velzel, Velzel en Partners
Jan Peter Heida, SiRM
Maarten Cozijnsen, SiRM

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Samenvatting	2
1 Inleiding	3
2 Ontwikkelingen in de farmaceutische patiëntenzorg	5
2.1 Toename chronische aandoeningen en medicatie	5
2.2 Toename geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames	6
2.3 Impact farmaceutische patiëntenzorg op vermijdbare ziekenhuisopnames	8
2.4 Voorwaarden voor adequate farmaceutische patiëntenzorg	9
3 Het zorgaanbod van apothekers	15
3.1 De kernwaarden van de openbaar apotheker	15
3.2 Soorten patiënten en hun voorkeuren	17
3.3 Het zorgaanbod van openbaar apothekers per patiëntengroep	20
3.4 Enkele ontwikkelingen in de farmaceutische patiëntenzorg	28
4 Recente ontwikkelingen in de bedrijfsvoering van apotheken	30
4.1 Ontwikkeling van prijzen en tarieven	30
4.2 Reactie van de sector op druk op de bedrijfsvoering	33
4.3 Behouden van goede farmaceutische patiëntenzorg	34
5 Passende bekostiging voor farmaceutische patiëntenzorg	36
5.1 Huidige bekostiging loopt uit de pas met praktijkvoering	36
5.2 Ons advies: stimuleer farmaceutische patiëntenzorg met deels patiëntgebonden bekostiging	38
Bijlagen	40
Definities	40
Afkortingen	42
Competenties (basis)apotheker en openbaar apotheker	43
Bronnen	46

Samenvatting

Door de vergrijzing stijgt het aantal inwoners met twee of meer chronische ziekten van een kwart nu naar een derde van de bevolking in 2035. Daarmee stijgt ook het aantal inwoners dat vijf of meer geneesmiddelen gebruikt; van 1,7 miljoen in 2016 naar 2,2 miljoen in 2035. Dit kan leiden tot meer geneesmiddelgerelateerde acute opnames onder 65-plussers; van 50 duizend per jaar in 2015 naar 75 duizend per jaar in 2035. Gerichtte inzet van farmaceutische patiëntenzorg is nodig om deze opnames te voorkomen en te werken aan verbetering van de patiëntbeleving, verhoging van de gezondheidsuitkomsten en verlaging van de integrale zorgkosten per patiënt. Hiervoor zijn een goede informatiepositie van de openbare apotheek, een goede relatie tussen patiënt en apotheker, en samenwerking in het zorgnetwerk rondom de patiënt nodig. Dat kan worden gerealiseerd door een expliciete keuze van een patiënt voor een huisapotheek.

De kernwaarden van de apotheker vormen het fundament voor farmaceutische zorgverlening. Nederlandse apotheken leveren betrouwbare zorg van hoge kwaliteit en zijn betrokken bij de patiënt. Hiervoor werken zij actief samen in het zorgnetwerk om de patiënt evenals met zorgverzekeraars. Patiënten van een apotheker zijn op basis van hun voorkeuren en zorgbehoeftes in drie groepen te verdelen; incidentele, chronische en zorgintensieve patiënten. Ongeveer de helft zijn incidentele patiënten, en één op de acht patiënten is zorgintensief. Iets meer dan de helft van de terhandstellingsomzet wordt gemaakt voor zorgintensieve patiënten. De behoefte aan farmaceutische patiëntenzorg neemt toe bij chronische patiënten en is het grootst bij zorgintensieve patiënten, waardoor de intensiteit van de zorgverlening aan de patiënt, en ook de samenwerking binnen het lokaal zorgnetwerk stijgen.

Druk op de bedrijfsvoering van apotheken heeft geresulteerd in schaalvergrotingen en ketenoptimalisatie. Bijna alle tweeduizend apotheken zijn aangesloten bij contracteerpartijen, en drie kwart is aangesloten bij een apotheekformule. Daarmee is het eind in zicht gekomen van schaalvergroting als antwoord op margedruk. Nederland is koploper in Europa: We hebben de laagste farmaceutische uitgaven als aandeel van de totale zorguitgaven en alleen Portugal heeft lagere farmaceutische uitgaven per persoon per jaar. Verhoging van de productiviteit per apotheek heeft zijn grenzen bereikt: er is hoge werkdruk, meer agressie aan de balie en toenemende uitstroom en uitval van apothekersassistenten. Verdere margedruk kan leiden tot versraling van farmaceutische patiëntenzorg, terwijl de behoefte hieraan juist sterk toeneemt.

Onder de “terhandstelling” door een apotheker vallen het uitreiken van geneesmiddelen en farmaceutische patiëntenzorg. De huidige bekostiging is gebaseerd op het aantal terhandstellingen. Extra tijd en aandacht van de apotheker voor farmaceutische patiëntenzorg worden niet gehonoreerd, terwijl dit juist steeds belangrijker wordt. De huidige bekostiging is niet congruent met de praktijkvoering. Patiëntgebonden bekostiging zou de zorgfunctie van apotheken kunnen versterken. Hierbij zouden patiënten zich inschrijven bij een huisapotheek, met een inschrijftarief ter dekking van de zorginhoudelijke taken voor deze patiënten. Hierdoor wordt de noodzakelijk patiëntgerichte zorg op maat gestimuleerd, evenals samenwerking in het lokale zorgnetwerk.

I Inleiding

Door vergrijzing stijgt in Nederland de vraag naar farmaceutische patiëntenzorg, met name voor chronische en zorgintensieve patiënten. De huidige bekostiging van deze zorg is verbonden aan het verstrekken van geneesmiddelen en niet aan de zorgbehoefte van patiënten. Alhoewel deze bekostiging heeft geleid tot een efficiënte sector, stimuleert deze de zorgfunctie van openbaar apotheken onvoldoende. Om de toekomstige bijdrage van openbare farmacie in het leveren van goede kwaliteit van zorg en het beheersbaar houden van de zorgkosten, te stimuleren, is verandering nodig.

De komende jaren zet de vergrijzing door wat grote gevolgen heeft voor de farmaceutische patiëntenzorg. Het aantal zorgintensieve patiënten dat meerdere geneesmiddelen gebruikt, zal sterk groeien, waardoor het risico op ziekenhuisopnames door medicatie-gerelateerde complicaties toeneemt.

Goede zorgverlening door openbare apothekers is een belangrijke voorwaarde voor goed geneesmiddelgebruik, waardoor onnodige complicaties en opnames verder kunnen worden voorkomen. Een duidelijke positionering van de apotheker¹ in de eerste lijn, een goede informatiepositie en een verdergaande focus van apotheken op hun zorgfunctie zijn hiervoor noodzakelijk.

De afgelopen jaren hebben openbare apothekers grote stappen gezet in de ontwikkeling van hun beroep. Nederlandse apothekers zijn wereldwijd voorloper in het aanpassen van doseringsadviezen aan de hand van patiëntkenmerken. Er zijn veel nieuwe initiatieven om de kwaliteit en beschikbaarheid van farmaceutische patiëntenzorg te verbeteren en zo bij te dragen aan de omslag van incident- en receptgebonden zorg naar continue farmaceutische patiëntgerichte zorg.

De huidige bekostiging van apotheken is niet optimaal om de zorgfunctie voldoende tot zijn recht te laten komen. De bekostiging is nu gerelateerd aan het aantal verstrekte geneesmiddelen, waardoor de zorgfunctie onvoldoende zichtbaar is en onvoldoende gestimuleerd wordt. Bovendien staat de bedrijfsvoering van apotheken steeds verder onder druk door tariefsverlagingen en toenemende werkzaamheden en verantwoordelijkheden. De druk van zorgverzekeraars op de kosten leidt tot een kaasschaaf over alle tarieven.

Deze methode is niet meer effectief: er is een fundamentele verandering nodig van de bekostiging van apotheken. Naar een bekostiging die de zorgfunctie erkent en stimuleert.

¹ Zie bijlage voor gehanteerde definities.

Dit rapport schetst de ontwikkelingen in de openbare farmacie en beschrijft de rol die bekostiging van apotheken hierin speelt. We raden de KNMP aan om, samen met de belangrijkste stakeholders, de mogelijkheden te verkennen om te komen tot een patiëntgebonden bekostiging van patiëntgerichte farmaceutische patiëntenzorg. Daarmee kunnen apothekers meetbaar bijdragen aan een significante verbetering van de patiëntbeleving, verhoging van de gezondheidsuitkomsten en verlaging van de integrale zorgkosten per patiënt.

Dit rapport is geschreven in opdracht van de KNMP door Edwin Velzel (Velzel en partners), Jan-Peter Heida en Maarten Cozijnsen (SiRM). Het rapport kan dienen als basis voor een open discussie tussen de belangrijkste stakeholders (KNMP, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, huisartsen, VWS en NZa). Dit document is geschreven als onderdeel van het “Dynamo” traject waarmee de KNMP de versterking van de zorgfunctie van de openbaar apothekers aandrijft.

Hoofdstuk 2 schetst een aantal ontwikkelingen dat de komende jaren op de gezondheidszorg afkomt en de wijze waarop apothekers een rol kunnen spelen in deze ontwikkelingen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de kernwaarden en de rol van apotheker, welke types patiënten gebruikmaken van de apotheek en het aanbod van de apotheek aan deze patiëntgroepen.

Hoofdstuk 4 staat stil bij de ontwikkelingen in de eerstelijnsfarmacie van de laatste jaren en geeft aan hoe de apotheekbranche op deze ontwikkelingen heeft ingespeeld.

Hoofdstuk 5 beschrijft dat de bekostiging niet goed aansluit bij de praktijkvoering. De bekostiging is nu gericht op de terhandstellingen en niet op de juist steeds belangrijker wordende farmaceutische patiëntenzorg. Patiëntgebonden bekostiging zou goede farmaceutische patiëntenzorg meer kunnen stimuleren.

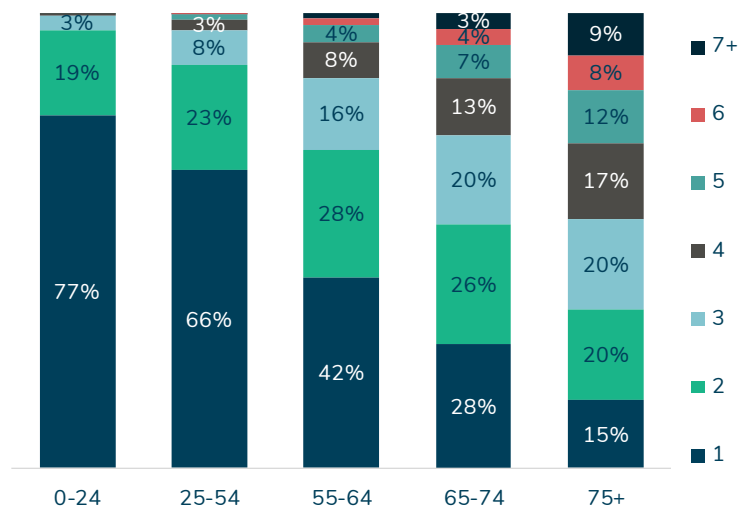
2 Ontwikkelingen in de farmaceutische patiëntenzorg

Door de vergrijzing stijgt het aantal inwoners met twee of meer chronische ziekten van een kwart nu naar een derde van de bevolking in 2035. Daarmee stijgt ook het aantal inwoners dat vijf of meer geneesmiddelen gebruikt, van 1,7 miljoen in 2016 naar 2,2 miljoen in 2035. Dit kan leiden tot meer geneesmiddelgerelateerde acute opnames onder 65-plussers; van 50 duizend per jaar in 2015 naar 75 duizend per jaar in 2035. Gerichte inzet van farmaceutische patiëntenzorg is nodig om de stijging in acute opnames te voorkomen. Dat resulteert bovendien in een kostenbesparing voor de Nederlandse samenleving. Om dit te kunnen verwezenlijken, moet de informatiepositie van de apotheker verbeteren, moet er een goede relatie zijn tussen patiënt en apotheker, en moet de samenwerking in het zorgnetwerk rondom de patiënt verbeteren. Door een expliciete keuze van een patiënt voor een “huisapotheek” kan dit worden gerealiseerd.

Het aantal Nederlanders met chronische medicatie neemt de komende jaren toe § 2.1. Daarmee neemt waarschijnlijk ook het aantal geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames toe § 2.2. Onderzoek heeft aangetoond dat apothekers nu al een belangrijke rol spelen om onnodige opnames te voorkomen §2.3. Die rol kan verder worden versterkt § 2.4. Dit kan als de apotheker zijn patiënten goed kent, over actuele correcte en volledige informatie beschikt, en goed is ingebed in de lokale zorgketen. Een expliciete relatie van een patiënt met zijn of haar “huisapotheek” faciliteert dat.

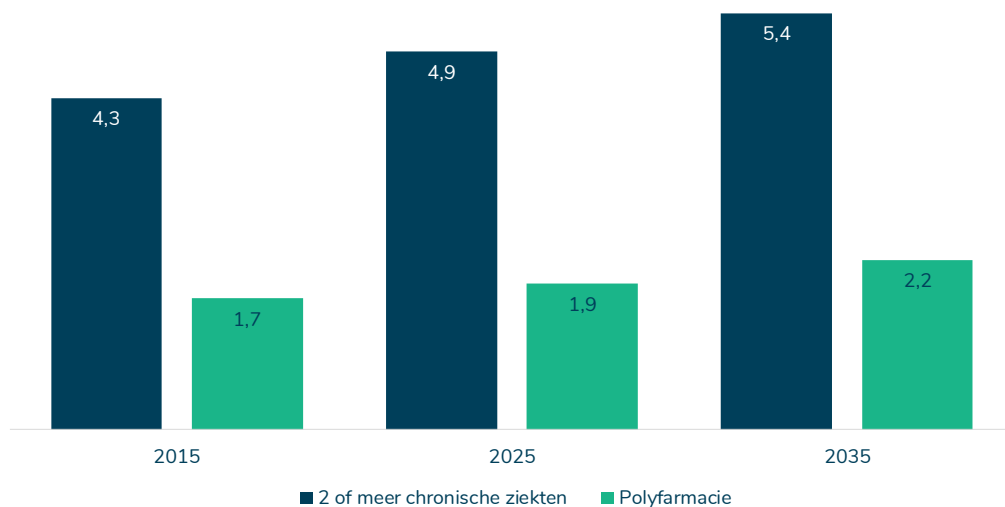
2.1 Toename chronische aandoeningen en medicatie

De komende jaren zullen steeds meer Nederlanders chronische aandoeningen krijgen en daarvoor medicatie ontvangen. Waar in 2015 4,3 miljoen Nederlanders (25% van Nederland) meer dan twee chronische aandoeningen hadden, zullen dat er in 2035 naar verwachting zo'n 5,4 miljoen zijn (30% van Nederland). En met het stijgen van de leeftijd neemt het aantal chronische ziekten per patiënt toe. Van de chronische patiënten van 75 jaar of ouder heeft bijna de helft vijf of meer chronische aandoeningen tegelijk.



Figuur 1. Aantal chronische ziekten per leeftijdscategorie (% van mensen met tenminste 1 chronische ziekte); Nivel – Zorgregistraties eerstelijns, 2016.

Hierdoor zal het aantal patiënten van een apotheek dat vijf of meer chronische geneesmiddelen gebruikt, zogenoemde polyfarmacie patiënten, de komende jaren flink stijgen: van 2016 tot 2035 stijgt het aandeel polyfarmacie patiënten van een apotheek bijna 30%.

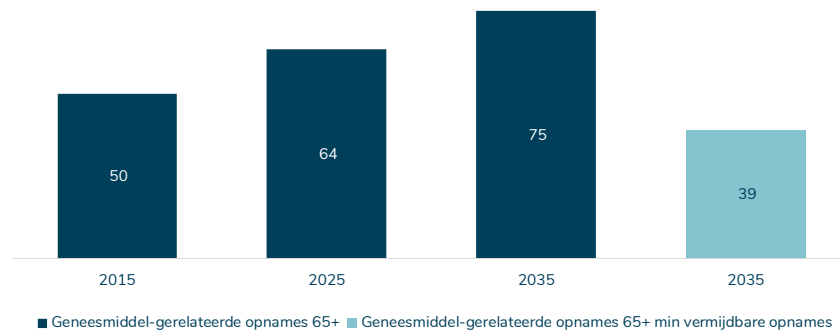


Figuur 2. Ontwikkeling van het aantal patiënten met twee of meer chronische ziekten en anderzijds het aantal polyfarmacie patiënten, 2015, 2025 en 2035 [aantal, miljoen]; analyse o.b.v. demografisch groei (CBS), ontwikkeling chronisch ziekten (RIVM VTV2018) en SFK-gegevens.

2.2 Toename geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames

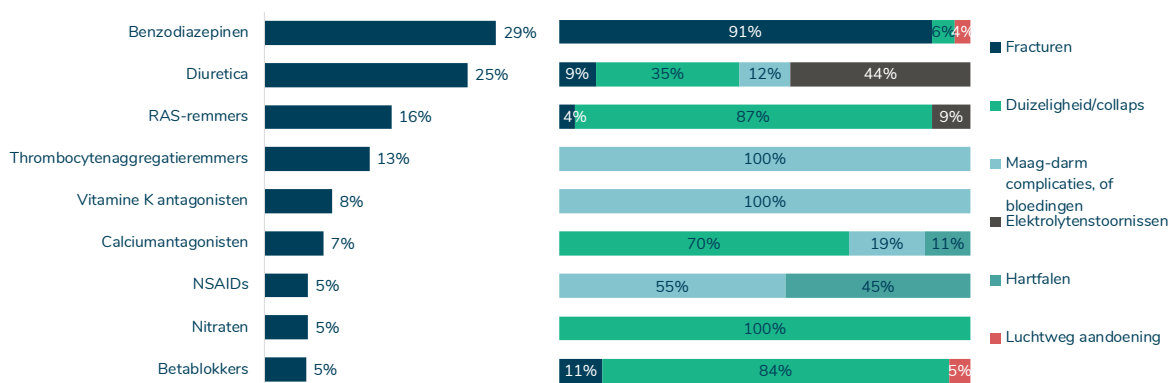
Het aantal geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames neemt al jaren toe en de verwachting is dat dit aantal ook de komende jaren zal blijven toenemen. In 2015 was het aantal geneesmiddel gerelateerde acute opnames onder 65-plussers zo'n 50.000 volgens het Eindrapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid van VWS (2017).ⁱ Als de ontwikkeling van de afgelopen jaren wordt geëxtrapoleerd op basis van vergrijzing zijn dat er in 2035 ongeveer 75.000. Onderzoek geeft aan dat van deze 75.000 opnames zo'n 36.000 potentieel vermijdbaar zijn. Deze

opnames leggen een groot beslag op het ziekenhuisbudget en het vermijden van onnodige opnames levert dus een forse bijdrage aan het beheersen van de zorgkosten.



Figuur 3. Verwachte toename van het aantal geneesmiddelen gerelateerde acute opnames van 65-plussers door vergrijzing [aantal opnames, duizenden]; analyse o.b.v. demografische groei (CBS) en Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid, 2017.

Uit onderzoek blijkt welke geneesmiddelen in welke mate leiden tot potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames en welk type incidenten daarbij optreedt.



Figuur 4. Links: Geneesmiddelen die het meest frequent leiden tot potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames [% van vermijdbare opnames, steekproef 2008-13]; Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid, 2017. Rechts: Type incidenten gerelateerd aan deze geneesmiddelen [%].

De onderzoekers hebben de reden voor de potentieel vermijdbare opnames geanalyseerd. Een groot deel van deze oorzaken kan worden weggenomen door de juiste inzet van farmaceutische patiëntenzorg.

Redenen voor potentieel vermijdbare acute ziekenhuisopnames	Percentage
Er is geen rekening gehouden met patiëntfactoren (leeftijd, gewicht of ziektestadium) bij dosering, toedieningsweg of frequentie	31%
Onvoldoende maatregelen	27%
Het geneesmiddel was ongeschikt voor de conditie van de patiënt	13%
Er was geneesmiddel of andere monitoring bij het geneesmiddel nodig en niet uitgevoerd	7%
Er was sprake van een dubbele bijwerking	7%
De allergische reactie of onacceptabele bijwerking had eerder plaatsgevonden	7%
Er was sprake van een onacceptabele interactie van geneesmiddelen	5%
Er heeft een toedienfout plaatsgevonden	2%
Er was sprake van slechte therapietrouw	1%
Er heeft een afleverfout plaatsgevonden	<1%
Totaal	100%

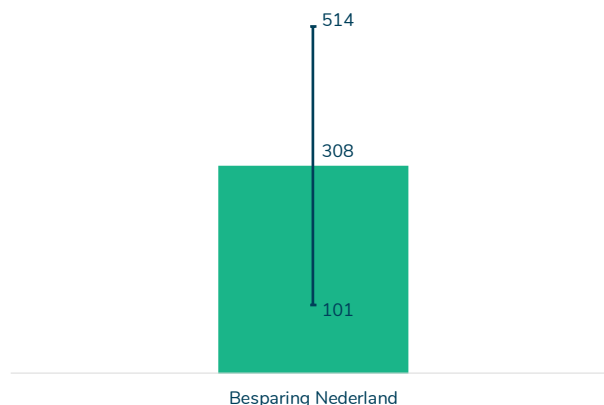
Tabel 1. Redenen voor potentieel vermijdbare acute ziekenhuisopnames onder 65-plussers; Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid, 2017.

2.3 Impact farmaceutische patiëntenzorg op vermijdbare ziekenhuisopnames

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de mate waarin de juiste inzet van farmaceutische patiëntenzorg kan leiden tot minder vermijdbare ziekenhuisopnames:

- Het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid schat dat 4,9% van alle acute ziekenhuisopnames onder 65-plussers kan worden voorkomen door farmaceutische interventies.
- Eén onderdeel uit een breder onderzoek van Kleynveld Peat Marwick Goerdeler (KPMG) Plexus uit 2014ⁱⁱ, naar farmaceutische interventies, namelijk doseringsoptimalisatie o.b.v. laboratoriumwaarden i.v.m. verminderde nierfunctie, geeft aan dat alleen al door deze interventie 1,7% van alle acute opnames kunnen worden voorkomen.
- Een onderzoek van Booz&co uit 2012ⁱⁱⁱ schat in dat 8% van alle acute ziekenhuisopnames vermeden kan worden door farmaceutische interventies.

Een recent onderzoek van Equalis in opdracht van BENU^{iv} gaat in op de mate waarin zorgvuldige controle van geneesmiddelgebruik kan leiden tot lagere zorgkosten. Dit onderzoek komt tot een schatting dat op de schaal van heel Nederland zo'n €308 miljoen per jaar kan worden bespaard door farmaceutische interventies. Zo'n 20% daarvan kan worden bespaard in de eerste lijn (farmacie, huisartsenzorg, fysiotherapie) en zo'n 80% op de tweede lijn, voornamelijk op de ziekenhuiszorg.



Figuur 5. Extrapolatie naar Nederland van gerealiseerde besparing door BENU Medicijnmonitor [EUR, miljoenen]; Equalis – BENU Medicijnmonitor voorkomt ziekenhuiskosten en farmaciekosten, 2017.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat goede farmaceutische patiëntenzorg een forse bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, de beleving van patiënten en de beheersing van de zorgkosten.

Het Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid geeft aan dat de apothekersbranche de afgelopen jaren de aanbevelingen uit het vorige rapport adequaat heeft ingevuld. Toch kampen we nog steeds met teveel potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames.

2.4 Voorwaarden voor adequate farmaceutische patiëntenzorg

Een apotheker heeft deskundigheid op de volgende terreinen:

- de chemische samenstelling van geneesmiddelen,
- de werking van geneesmiddelen in het lichaam, en
- het effect van het geneesmiddelgebruik en het gedrag van patiënten op de werking van het geneesmiddel.

Om deze kennis op de juiste manier te kunnen inzetten, moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Daarmee kan de apotheker bijdragen aan goede kwaliteit van zorg, optimale patiëntervaring en beheersing van de zorgkosten. Die voorwaarden zijn:

- 1 de apotheker kent zijn patiënten,
- 2 de apotheker heeft de juiste informatie tot zijn beschikking, en
- 3 de apotheker is goed ingebed in de lokale samenwerkingsverbanden in de zorg zowel met eerstelijns als tweedelijns zorgaanbieders.

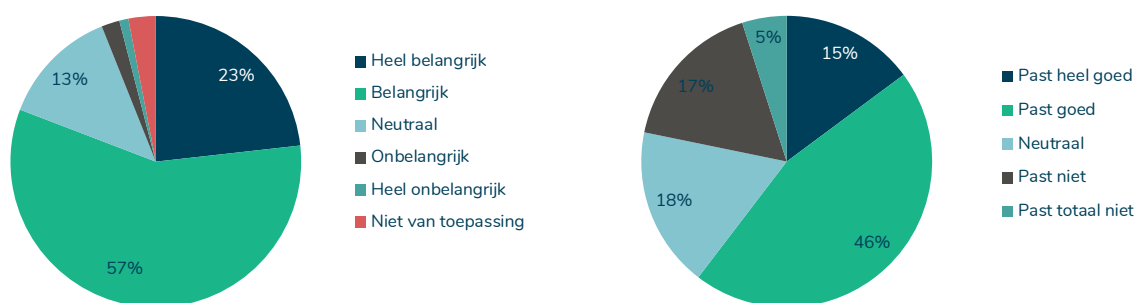
2.4.1 De relatie tussen openbaar apotheker en patiënt

De drie kennisgebieden van openbaar apothekers zijn bij alle verstrekkingen aan alle patiënten relevant. Naarmate patiënten meer intensieve zorg nodig hebben en meer verschillende geneesmiddelen gebruiken, worden de kennisgebieden 2 (werking van geneesmiddelen in het lichaam) en 3 (effect van gebruik en gedrag) belangrijker. Om het effect van het geneesmiddelgebruik en het gedrag van een patiënt op de effectiviteit van de medicatie goed te kunnen inschatten, moet een apotheker met name zijn zorgintensieve patiënten goed kennen.

Uit het “Landelijk onderzoek receptwijzigingen tijdens ter hand stellen in de apotheek” door SIR Institute for Pharma Practice and Policy (2016)^v blijkt dat dagelijks per apotheek ongeveer 20 recepten waarmee patiënten naar de apotheek komen, worden aangepast door de apotheker. Een derde van deze wijzigingen komt voort uit farmacotherapeutische problematiek, waarbij de dosering of de toedieningsvorm moet worden aangepast, het recept komt te vervallen of een vervangend geneesmiddel wordt verstrekt. De overige wijzigingen komen voort uit logistieke of administratieve afwegingen.

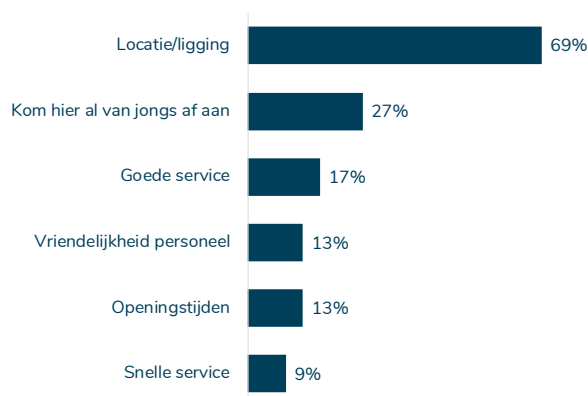
Voor goede farmaceutische patiëntenzorg is het noodzakelijk om de patiënt te kennen, vooral voor zorgintensieve patiënten. Ook de manier waarop de patiënt omgaat met zijn of haar geneesmiddelgebruik en de mate van therapietrouw is van groot belang. Een apotheker zal hiervoor voldoende contact met zijn patiënten moeten onderhouden. Dat kan op het moment van terhandstelling, maar het is ook zeer wel denkbaar bij een periodieke afspraak met de patiënt, denk hierbij aan een farmaceutisch consult of een medicatiebeoordeling. Op basis van dit contact kan de apotheker waar nodig samen met de voorschrijvers adviseren de medicatie aan te passen.

Uit een onderzoek van GfK, in opdracht van BENU^{vi} onder patiënten met meerdere geneesmiddelen, blijkt dat die het belang van periodieke controles onderschrijven en het ook passend vinden dat de apotheker deze uitvoert.



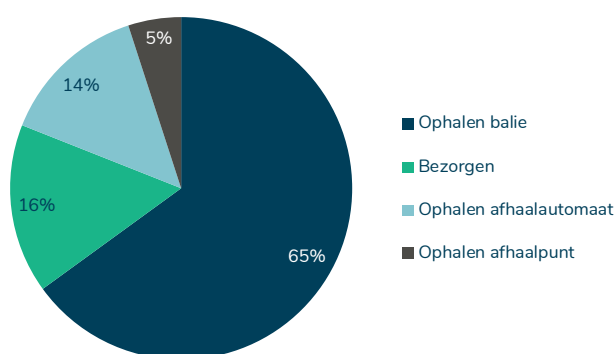
Figuur 6. Belang (links) en gepastheid (rechts) van periodieke controles (3-6mnd) wanneer klanten meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd gebruiken; GfK – Klantbehoeften zorgconsumenten, 2017.

Voor de zorgverlening aan zorgintensieve patiënten is persoonlijk contact van belang en daarmee ook de fysieke aanwezigheid van een apotheek in de buurt van de patiënt. De fysieke nabijheid van een apotheek is voor veel patiënten het belangrijkste keuzecriterium (NZa Marktscan 2014).^{vii}



Figuur 7. Overwegingen bij de keuze voor een apotheek [%; meerdere antwoorden mogelijk]; NZa – Marktscan: Extramurale farmaceutische zorg, 2014.

Tweederde van de patiënten geeft er de voorkeur aan hun geneesmiddelen aan de balie op te halen.^{vi} Hoewel patiënten wachttijden in de apotheek als vervelend ervaren, komen ze naar de apotheek als ze behoefte hebben vragen te stellen..



Figuur 8. Eerste voorkeur voor verkrijgen geneesmiddelen [%]; GfK – Klantbehoeften zorgconsumenten, 2017.

Ondanks de kennelijke voorkeur van patiënten voor “de balie” is er ook een groeiende behoefte waarneembaar aan andere distributievormen. Patiënten raken gewend hun boodschappen via Internet te doen en thuis te laten bezorgen. Veel apotheken hebben al jaren een eigen bezorgdienst. Aanvankelijk was deze bedoeld voor patiënten die zelf niet in staat waren naar de apotheek te komen, maar het thuis bezorgen van geneesmiddelen wordt in toenemende mate een service voor alle patiënten die dat wensen. Ook neemt het aantal apotheken dat via online media met hun patiënten communiceert elk jaar toe. Zo’n driekwart van de apothekers geeft aan positief te staan tegenover de toepassing van elektronische patiëntencontact (Nictiz 2016).^{ix} Tegelijkertijd ervaart zo’n kleine 40% van de apothekers nog wel belemmeringen in technologie, kennis, standaarden, tijd en financiële vergoeding om hier echt werk van te maken.

De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat zorgintensieve patiënten het persoonlijke contact belangrijk blijven vinden voor de kwaliteit van de zorgverlening. De patiënten die incidenteel een apotheek bezoeken of maar één chronische ziekte hebben, zullen wel steeds meer de nadruk gaan leggen op “gemak” en “lage kosten” en daardoor meer open staan voor elektronische communicatie.

Apothekers geven aan dat juist het persoonlijke contact belangrijk is voor goede farmaceutische patiëntenzorg, vooral voor zorgintensieve patiënt. Apothekers willen hun patiënten dan ook goed in beeld hebben. Een expliciete relatie van een patiënt met zijn of haar “huisapotheek” faciliteert dat.

Vooralsnog gebruiken we de term “huisapotheek”. Het is (nog) geen formele term. We duiden er mee op de relatie met de patiënt, verantwoordelijkheden op het gebied van farmaceutische zorg en implicaties op bekostiging. Het betreft dus geen nieuw specialisme. Wel stellen we voor (zie §5.2) dat het zijn van een “huisapotheek” alleen kan worden ingevuld door een openbare apotheek waarin een openbaar apotheker specialist werkzaam is.

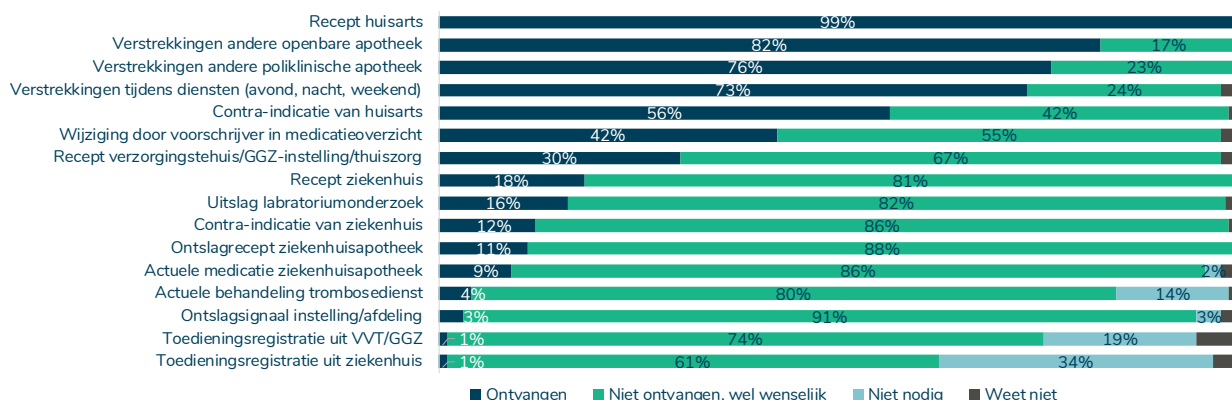
2.4.2 De informatievoorziening van apotheken

In het rapport “Veilig voorschrijven moet beter” (IGJ 2016)^{viii} geeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) aan dat er nog veel tijd verloren gaat door het niet volledig overdragen van informatie. Dat komt mede doordat systemen in verschillende delen van de zorgketen niet op elkaar aansluiten. “Dit is onacceptabel gezien de risico’s die hierdoor kunnen ontstaan. Zowel in het gebruik van technische oplossingen, als het verifiëren van informatie bij de patiënt is nog verbetering nodig”, aldus de IGJ.

Apotheken maken ook nu al veelvuldig gebruik van elektronische gegevensuitwisseling en de overgrote meerderheid (86%) van apothekers ervaart hiervan ook de voordelen. Tegelijkertijd blijkt uit een onderzoek van Nictiz (“eHealth, de apotheker is er klaar voor”, 2016)^{ix} dat 81% van de apothekers nog belemmeringen ervaart bij de elektronische gegevensuitwisseling, waaronder:

- systemen die slecht te koppelen zijn,
- een gebrek aan standaarden voor de gegevensuitwisseling,
- een gebrek aan technische support,
- weerstand bij andere zorgverleners voor elektronische samenwerking, en
- onvoldoende financiële vergoeding .

Hetzelfde Nictiz-onderzoek analyseert welke noodzakelijke informatie de apotheek ontvangt of niet ontvangt en wel nodig heeft.



Figuur 9. Percentage van ontvangen elektronische informatie over patiënten [% van 122 openbaar apotheken]; Nictiz, KNMP, NVZA – eHealth, de apotheker is er klaar voor, 2016.

Uit dit onderzoek blijkt dat de informatiepositie van apothekers nog verre van optimaal is, zeker als het gaat om informatie van ziekenhuizen, laboratoria, aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT).

Het vergt een forse inspanning in de verbetering van de elektronische informatie-uitwisseling om deze hiaten in te vullen. Zolang deze hiaten niet ingevuld zijn, kost het de apotheker veel extra werk om de juiste informatie over de medicatie van patiënten, het medicatiedossier, compleet te krijgen. Vervolgens is het aan de apotheker als professional om een afweging te maken of verstrekking van een geneesmiddel aan de betreffende patiënt op basis van – mogelijk – onvolledige of niet actuele informatie verantwoord is.

De IGJ komt in het rapport “Veilig voorschrijven moet beter” (2017)^{viii} met een aantal aanbevelingen op dit punt. De medicatieoverdracht moet zo georganiseerd worden, dat:

- zorgverleners, betrokken bij het medicatieproces (dit is breder dan voorschrijvers), zich vergewissen van de juistheid en het actueel zijn van het voorschrift en de uit te reiken medicatie,
- de overdracht van informatie voor goede patiëntenzorg gewaarborgd is, en
- de centrale rol van de patiënt bij de overdracht van informatie wordt ondersteund en versterkt.

Een patiënt kan bij verschillende apotheken zijn of haar medicatie halen. Daarmee zijn verschillende apothekers verantwoordelijk voor het realiseren van de hierboven beschreven aanbevelingen.

Vanwege de intensiteit en complexiteit van de zorgvraag bij zorgintensieve patiënten is het een risico als niet duidelijk is welke apotheker het totaaloverzicht heeft van de medicatie van de patiënt.

Het is onze overtuiging dat het in het belang van de patiënt is om de eindverantwoordelijkheid voor de medicatiebewaking- en begeleiding in de hand te leggen van één apotheek, de huisapotheek. Voor zorgintensieve en veel chronische patiënten is dit een randvoorwaarde om de gewenste kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Deze centrale verantwoordelijkheid, oftewel dossierhouderschap, betekent overigens niet dat de patiënt voor al zijn medicatie aan zijn huisapotheek gebonden is. Deze huisapotheek zal de medicatiegegevens uit verschillende bronnen, waaronder huisarts, ziekenhuis, VVT, GGZ en andere apotheken, bij elkaar moeten brengen tot één overzicht. De andere zorgverleners werken daar actief aan mee.

Het is onze overtuiging dat het in het belang van de patiënt is om de eindverantwoordelijkheid voor de medicatiebewaking- en begeleiding in de hand te leggen van één apotheker, in de gekozen huisapotheek.

2.4.3 De positie van de apotheker in het lokale zorgnetwerk

De zorg voor zorgintensieve patiënten vergt een goede samenwerking tussen de apotheker en de andere zorgverleners van de patiënt. Daarbij gaat het primair om de huisarts, de wijkverpleegkundige, de medisch specialisten in de tweede lijn, de ziekenhuisapotheeker, de

psychiater en de specialist ouderengeneeskunde. Deze lokale samenwerking gaat verder dan alleen gezamenlijk medicatiebeoordelingen uitvoeren. In het rapport “Veilig voorschrijven moet beter” (2017)^{viii} komt de IGJ met de volgende aanbevelingen om de lokale samenwerking beter in te vullen:

- Huisartsen en apothekers die medicatiebeoordelingen uitvoeren voor thuiswonende kwetsbare ouderen moeten:
 - samenwerkingsafspraken vastleggen,
 - het aantal medicatiebeoordelingen opvoeren en uitvoeren volgens de beschreven methode,
 - de resultaten van de beoordeling vastleggen in het behandelplan, en
 - de patiënt of diens vertegenwoordiger directer betrekken bij de medicatiebeoordeling.
- Apotheken en ziekenhuizen moeten over en weer communiceren bij opname of ontslag van patiënten.

Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten heeft inmiddels een Leidraad “Overdracht Medicatiegegevens in de keten” opgesteld.^x Daarin is voor alle partijen uitgewerkt hoe te handelen bij de overdracht van medicatiegegevens. Ook de verantwoordelijkheden voor zowel de voorschrijver, de apotheker, de patiënt en de zorgaanbieder zijn hierin beschreven.

Dit betekent dat de openbaar apotheker een actieve rol moet spelen in het lokale zorgnetwerk als partner van de huisarts, de wijkverpleegkundige, het ziekenhuis en de medisch specialisten. In periodieke besprekingen van individuele zorgintensieve polyfarmaciepatiënten met de huisarts, wijkverpleegkundige en andere betrokken zorgverleners kan de apotheker zijn deskundigheid inbrengen en voorschrijvers van advies dienen over de optimale medicatie en therapietrouw.

De communicatie tussen de partners in het lokale zorgnetwerk gaat in toenemende mate elektronisch, met bijv. het landelijk schakelpunt (LSP) als uitwisselingsinfrastructuur. Dit vereist wel dat alle partners in het netwerk deze infrastructuur in dezelfde mate gebruiken. Apothekers zijn vaak de initiatiefnemers om lokale gegevensuitwisseling tot stand te brengen.

Ook voor deze rol in het lokale zorgnetwerk is het belangrijk dat het duidelijk is wie de huisapotheek is van een chronische of zorgintensieve patiënt. De huisapotheek zorgt voor volledig actuele medicatiegegevens² en voor gerichte medicatieadviezen aan voorschrijvers. Als huisartsen, medisch specialisten en wijkverpleegkundigen weten wie de huisapotheek is van een patiënt, dan kunnen ze deze betrekken en raadplegen bij medicatie-gerelateerde vraagstukken.

Voor effectieve en doelmatige gegevensuitwisseling in het lokale netwerk is het behulpzaam en kwaliteitsverhogend als de samenwerkingspartners weten wie de huisapotheek is van een patiënt. Deze zorgt voor een volledig en actuele medicatiegegevens.

² Synchronisatie van verschillende standaarden op het gebied van actuele medicatiegegevens loopt nog.

3 Het zorgaanbod van apothekers

De kernwaarden van de openbaar apotheker vormen het fundament voor farmaceutische patiëntenzorg. Door betrokkenheid bij de patiënt, leveren apothekers betrouwbare en deskundige zorg van hoge kwaliteit. Hiervoor werken zij actief samen in het zorgnetwerk om de patiënt evenals met zorgverzekeraars. Patiënten van een apotheek zijn op basis van hun voorkeuren en zorgbehoeftes in drie groepen te verdelen; de incidentele, chronische en zorgintensieve patiënten. Ongeveer de helft zijn incidentele patiënten, en één op de acht patiënten is zorgintensief. Iets meer dan de helft van de terhandstellingsomzet wordt gemaakt voor zorgintensieve patiënten. De behoefte aan farmaceutische zorg neemt toe bij chronische patiënten en is het grootst bij zorgintensieve patiënten, waardoor de intensiteit van de zorgverlening aan de patiënt, en ook de samenwerking binnen het lokaal zorgnetwerk stijgen.

De openbaar apotheker handelt vanuit zijn professionele kernwaarden. Deze zijn vastgelegd in het Handvest van de apotheker^{xi} en nog eens kort herhaald in § 3.1. De KNMP heeft met haar achterban een aantal brainstormsessies gehad rondom de vraag “Wat is een openbaar apotheker”. Dit heeft geleid tot een beschrijving van wat apothekers willen betekenen voor patiënten, voor collega zorgaanbieders in de eerste en de tweede lijn en voor zorgverzekeraars. Dit aanbod hebben we opgenomen in §3.1. We onderkennen dat de apotheker te maken heeft met verschillende typen patiënten en ook moet inspelen op verschillende behoeften. De patiëntengroepen en hun kenmerken en voorkeuren zijn beschreven in §3.2. en in §3.3 is aangegeven hoe het zorgaanbod van apothekers specifiek gericht kan worden op deze patiëntengroepen.

3.1 De kernwaarden van de openbaar apotheker

De kernwaarden van de openbaar apotheker zoals ze zijn vastgelegd in het “Handvest van de apotheker”^{xi} zijn:

1 Betrokkenheid bij het welzijn van de patiënt

Iedere apotheker is direct of indirect betrokken bij het welzijn van de patiënt, zij het als directe zorgverlener dan wel als bereider of ontwikkelaar van geneesmiddelen of binnen het onderwijs of de regelgeving.

2 Farmaceutische deskundigheid

Zoals elke professional heeft ook de apotheker een specifieke deskundigheid en competenties waarmee hij de maatschappij optimaal van dienst kan zijn. De deskundigheid is gerelateerd

aan het specifieke kennisdomein van de apotheker. Die deskundigheid wordt systematisch en frequent onderhouden.

3 Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Deze kernwaarde benadrukt dat het handelen van de apotheker niet alleen voor de individuele patiënt, maar ook voor de maatschappij doelmatig en transparant is, en dat de apotheker zich verantwoordelijk voelt voor de maatschappelijke gevolgen van zijn handelen.

4 Betrouwbaarheid en zorgvuldigheid

Geneesmiddelen zijn over het algemeen sterk werkende substanties. Zij kunnen grote effectiviteit vertonen, maar tegelijkertijd onveilig zijn. De kwaliteitsborging van het handelen van de apotheker moet daarom boven alle twijfel verheven zijn. Hij geeft zich rekenschap van de consequenties van onzorgvuldigheid zowel bij het ontwikkelen en hanteren van geneesmiddelen als bij de betrouwbaarheid van alles wat bij zijn beroepsuitoefening hoort.

5 Professionele autonomie

De autonomie van de apotheker staat in een eigenstandige relatie tot die van andere zorgverleners, zorgverzekeraars en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. De apotheker draagt verantwoordelijkheid voor zijn beslissingen en geeft zich rekenschap van de door de maatschappij aangegeven kaders. In de balans tussen handelen vanuit de betrokkenheid met de patiënt en maatschappelijk verantwoord handelen borgt hij het farmaceutisch oordeel.

Deze kernwaarden bepalen de relatie van de openbaar apotheker met patiënten, collega zorgverleners en zorgverzekeraars. De paragrafen hieronder beschrijven wat dat voor apothekers betekent in hun functie als zorgverlener voor patiënten, in relatie tot collega zorgverleners en tot zorgverzekeraars.

3.1.1 De rol van openbaar apothekers voor patiënten

De belofte van openbaar apothekers aan patiënten is: Apothekers zijn de meest laagdrempelige zorgverleners. Er is altijd een apotheker in de apotheek die je te woord kan staan of waar je een afspraak mee kunt maken. Indien nodig komt de apotheker bij je thuis. De apotheker weet alles van geneesmiddelen. Hij helpt bij switchen van geneesmiddelen en bij uitleg over nieuwe (chronische) geneesmiddelen. Daarbij zorgt hij ervoor dat de geneesmiddelen die je gebruikt goed passen bij je dagelijkse bezigheden omdat hij je kent en weet hoe jij wil leven. Hij is jouw vraagbaak die eventuele problemen met geneesmiddelen samen met jou aanpakt. Daarom heeft hij ook direct contact met jouw huisarts en jouw wijkverpleegkundige en speelt gezondheidssignalen die hij oppikt aan hen door.

3.1.2 De rol van openbaar apothekers binnen de zorgketen

De belofte van openbaar apothekers aan collega eerstelijns zorgaanbieders is: De apotheker wil met jou en andere zorgverleners samenwerken om de zorg in de regio verder te optimaliseren. De apotheker beantwoordt je vragen over geneesmiddelen; je krijgt als collega zorgverlener altijd de apotheker aan de telefoon. De apotheker voert consulten met jullie gezamenlijke patiënten in de apotheek of bij patiënten thuis, bijvoorbeeld bij polyfarmacie en kwetsbare ouderen. Ook kent hij

zijn zorgintensieve patiënten, hun huisarts en mantelzorgers die hem ook kennen. Hij legt zijn zorgverlening goed vast en deelt dit met collega's. Mochten er relevante medische laboratoriumwaarden ontbreken in het dossier, dan verkrijgt hij die. Hij optimaliseert het geneesmiddelengebruik en maakt daarover met jou prestatieafspraken in het FTO.

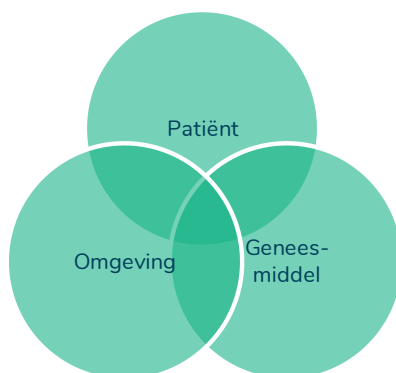
3.1.3 De samenwerking tussen openbaar apothekers en zorgverzekeraars

Openbaar apothekers voelen zich verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige, veilige, doelmatige, toegankelijke en transparante farmaceutische patiëntenzorg, volgens hun professionele standaard. Ze zijn integraal verantwoordelijk voor het aanleggen en bijhouden van actuele medicatiegegevens voor hun patiënten. Voor doelmatige zorg stemmen zij hun zorgverlening af op de zorgbehoeften van de patiëntgroepen. Apothekers maken met huisartsen en wijkverpleegkundigen deel uit van het lokaal zorgnetwerk rond de patiënt. Hierin zijn apothekers een waardevolle samenwerkingspartner voor zorgverzekeraars.

3.2 Soorten patiënten en hun voorkeuren

De verschillende elementen in het zorgaanbod van apotheken zijn niet voor alle patiënten even relevant. Een zorgintensieve, kwetsbare patiënt die bijvoorbeeld veel geneesmiddelen gebruikt, heeft andere zorg nodig dan een chronische patiënt die zijn aandoening onder controle heeft maar wel zijn leven lang geneesmiddelen gebruikt. De apotheker zal een zorgaanbod op maat moeten maken voor de verschillende groepen patiënten.

De intensiteit van de zorgvraag van patiënten is afhankelijk van drie factoren:



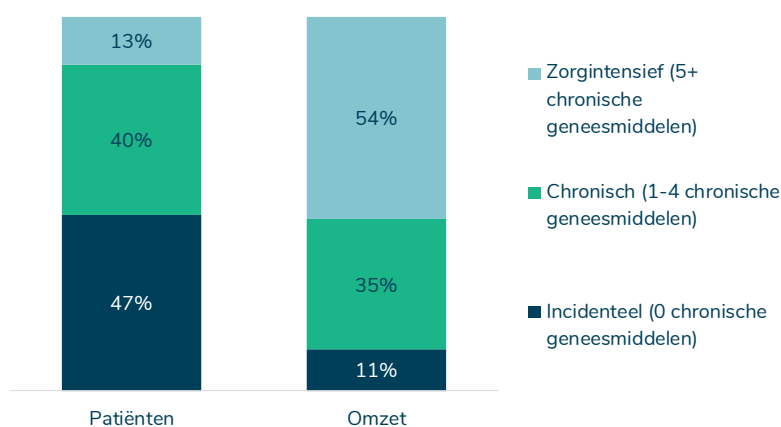
Figuur 10. Schematische weergave van de complexiteit van de zorgvraag van patiënten.

- **De patiënt:** ernst van de ziekte, comorbiditeiten, overgevoeligheden, allergieën, contra-indicaties, veranderde klinische parameters, verminderde cognitie, verwardheid, beperkte gezondheidsvaardigheden;
- **Zijn omgeving:** sociaal vangnet, thuissituatie, frequente opname en ontslag uit zorginstelling, (gespecialiseerde) thuiszorg, (kenmerken) mantelzorger;
- **Het geneesmiddel:** geregistreerde indicatie, off-label gebruik, therapeutische breedte, risicovolle geneesmiddelen (bijvoorbeeld risico geneesmiddelen tijdens zwangerschap), geneesmiddeleigenschappen (o.a. toedieningsvorm, farmacokinetiek), (ernstige) bijwerkingen, bijzondere bewaarcondities.

Op basis van de zorgvraag zijn de patiënten van een apotheker grofweg in te delen in drie categorieën:

- 1 Incidentele patiënten
- 2 Chronische patiënten
- 3 Zorgintensieve patiënten

De omvang van deze patiëntengroepen in termen van aantallen en uitgaven (omzet) blijkt uit de volgende grafiek (waarbij zorgintensieve patiënten gedefinieerd zijn als patiënten die vijf of meer geneesmiddelen (op ATC-3 niveau) chronisch gebruiken - polyfarmacie):



Figuur 11. Aandeel patiënten (links) en omzet (rechts) per patiëntsoort [percentage]; analyse o.b.v. SFK-gegevens.

De komende jaren zal een geleidelijke verschuiving plaatsvinden van incidenteel naar chronisch en van chronisch naar zorgintensief. Daarmee is meer inzet van de farmaceutische patiëntenzorg te verwachten en zal de focus in de behoefte steeds meer verschuiven naar de zorgverlening. De kenmerken en voorkeuren van de verschillende patiëntengroepen zijn in de volgende paragrafen uitgewerkt.

3.2.1 Incidentele patiënten

Incidentele patiënten zijn niet of slechts tijdelijk ziek en hebben incidenteel geneesmiddelen nodig. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten die een antibioticakuur nodig hebben en gelijktijdig anticonceptie gebruiken, of tijdelijke pijnstilling gebruiken en hiervoor gebruiksadvies willen of een maagzuurremmer nodig blijken hebben. Voor de apothekers is dit de grootste groep bezoekers uitgedrukt in aantallen (47% van de bezoekers), hoewel hun aandeel in de omzet van een apothekers beperkt is (11%).^{xii}

Deze patiënten zijn in het algemeen goed in staat zelf de regie te voeren over hun eigen gezondheid. Zij bezoeken de apothekers voor het verkrijgen van geneesmiddelen en voor hun vragen rondom geneesmiddelgebruik. In het algemeen voelen deze patiënten zich eerder zorgconsument dan patiënt, en hebben ten opzichte van chronische en zorgintensieve patiënten minder behoefte aan een intensieve behandelrelatie met een apothekers.^{vi} Zij verwachten in

toenemende mate van de apotheek dezelfde service als van een willekeurige winkel. Deze groep patiënten irriteert zich vooral aan wachttijden.

Het inspelen op de voorkeuren van deze patiëntengroep stelt eisen aan de apotheek op het gebied van online communicatie en bestellen, bezorging, openstelling, etc. Daarbij zal de patiënt het vanzelfsprekend vinden dat de apotheker verstand heeft van geneesmiddelen en waakt over de veiligheid en over verantwoord geneesmiddelgebruik. De apotheker mag de zorgfunctie niet uit het oog verliezen.

Deze patiënten hebben gemiddeld genomen een lage zorgconsumptie en maken het eigen risico vaak niet op. Hierdoor betalen zij veelal zelf voor de dienstverlening van de apotheker, en daardoor is het voor hen belangrijk dat de prijs van deze zorg niet te hoog is. Zij willen “waar voor hun geld”.

3.2.2 Chronische patiënten

Chronische patiënten hebben één of meerdere chronische aandoeningen en gebruiken hiervoor geneesmiddelen voor langere tijd. Patiënten die 1 tot en met 4 geneesmiddelen chronisch gebruiken, maken ongeveer 40% van de apotheekbezoekers uit en zijn goed voor 35% van de omzet van de apotheek.^{xii} Deze patiënt is veelal zelfredzaam, maar doet af en toe beroep op zijn omgeving of zorgverleners.

De intensiteit van de behandelrelatie tussen deze patiënten en apothekers kan veranderen. Bij aanvang van de behandeling is het voor deze patiënten van belang om goed op weg geholpen te worden met hun medicatie, door een goede instructie en ondersteuning bij het geneesmiddelengebruik. Zodra de behandeling eenmaal op gang is en de medicatie goed is ingesteld, zal de intensiteit van zorgverlening afnemen. Dan wordt een goed afgestemde distributiefrequentie belangrijker, evenals gemak rondom het verkrijgen van herhaalmedicatie. In het beloop van het ziekteproces van deze patiënten kan er echter opnieuw noodzaak zijn voor een meer intensieve behandeling en begeleiding door de apotheker. Bijvoorbeeld wanneer deze patiënten te maken krijgen met nieuwe situaties rondom hun gezondheid (bijv. veranderingen in klinische parameters) en zijn geneesmiddelgebruik (bijvoorbeeld bij starten, wijzigen of stoppen van een geneesmiddel).

De meeste patiënten in deze groep maken hun eigen risico op. Voor een deel door uitgaven aan geneesmiddelen en farmaceutische patiëntenzorg, maar daarnaast door kosten gemaakt bij andere zorgverleners.

3.2.3 Zorgintensieve patiënten

De zorgintensieve patiënt kenmerkt zich door een uitgebreide zorgvraag op tenminste één van de drie factoren: patiënt, omgeving of geneesmiddel. De zorgintensieve patiënt is vaker beperkt zelfredzaam, heeft mogelijk beperkte gezondheidsvaardigheden en doet een groot beroep op zijn omgeving. De zorgintensieve patiënt heeft op ten minste één van de drie factoren zeer intensieve begeleiding en vraagt daarom een uitgebreide behandelrelatie met zijn apotheker.

Tot de zorgintensieve patiënten behoren patiënten met meerdere chronische aandoeningen, zoals diabetes, chronische obstructieve longziekte (COPD) en hartfalen, die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Patiënten die vijf of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken, de

polyfarmaciepatiënten, vormen gemiddeld 13% van de patiëntenpopulatie, en 54% van de omzet van een apotheek.^{xii} De term 'zorgintensiteit' duidt hier op de situatie en zorgbehoefte van de patiënt en niet enkel op de complexiteit van het geneesmiddel. Zo horen bijvoorbeeld patiënten die kostbare geneesmiddelen zoals oncolytica of TNF-alfaremmers hier niet automatisch bij.

Het aantal geneesmiddelen is niet de enige indicatie voor zorgintensiteit. Ook de aard van de geneesmiddelen kan aanleiding geven tot een intensieve zorgvraag (bijvoorbeeld de zorgintensieve GGZ-patiënten door gebruik van relatief ingrijpende geneesmiddelen). Het betreft vooral oudere patiënten. Daarnaast zijn bij deze patiënten vaak meerdere zorgverleners, en ook meerdere voorschrijvers betrokken, die niet allemaal een integrale afweging kunnen maken van de totale medicatie. Hier wordt dus een extra beroep gedaan op de deskundigheid en de tijd van de apotheker. Een andere complicerende factor is dat de zelfredzaamheid van patiënten vaak afneemt naarmate het zorgpatroon intensiever wordt. Deze patiënten hebben daardoor extra begeleiding nodig.

Voor deze patiënten staat de kwaliteit van de zorg centraal. Zij hebben behoefte aan een goede en intensieve ondersteuning bij hun geneesmiddelgebruik. Veelal zien deze patiënten het nut in van een periodieke medicatiebeoordeling en evaluatie van hun geneesmiddelgebruik en staan ze open voor een periodiek gesprek met de apotheker over hun medicatie. Een goede samenwerking tussen hun apotheker en hun huisarts en eventueel hun wijkverpleegkundige is voor deze patiëntengroep cruciaal; zorgaanbieders moeten samenwerken en niet langs elkaar heen werken.

De kosten van geneesmiddelen en farmaceutische patiëntenzorg is voor deze patiënten vaak van ondergeschikt belang. Hun eigen risico is meestal al vroeg in het jaar op. Daarmee komen de kosten ten laste van hun zorgverzekering. De zorgverzekeraar zal dus wel aandacht hebben voor de kosten van deze patiënten. Overigens is veel van de gezondheidswinst die in hoofdstuk 2 is beschreven juist voor deze patiëntencategorie te behalen.

3.3 Het zorgaanbod van openbaar apothekers per patiëntengroep

Aangezien iedere patiënt anders is, dient het farmaceutische zorgaanbod te worden afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. De apotheker maakt over het zorgaanbod samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners in de keten. Apotheker en patiënt gaan een zorginhoudelijke behandelingsovereenkomst aan (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO).

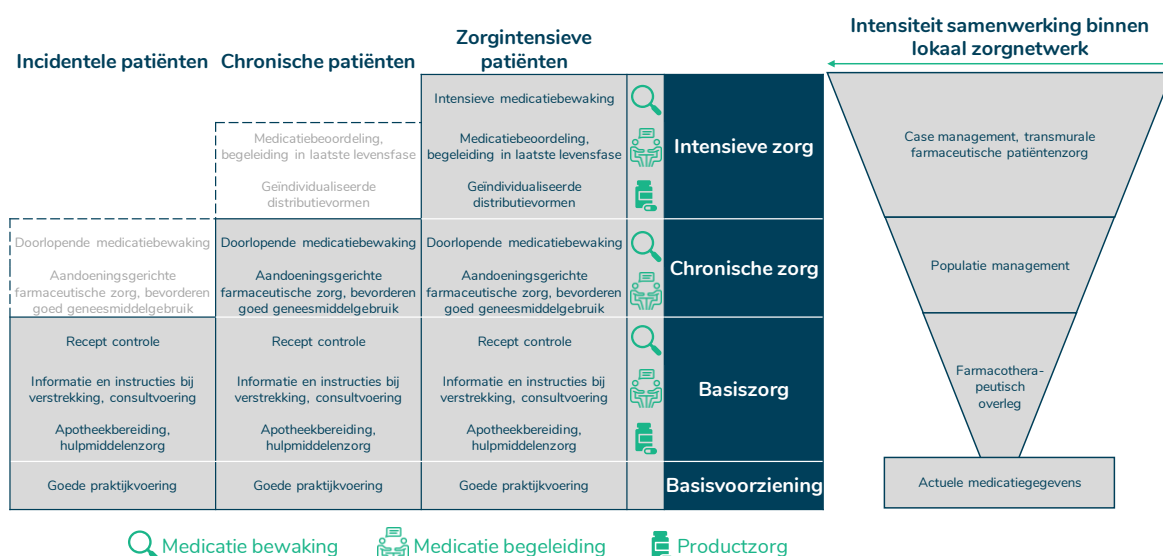
Het zorgaanbod van de openbaar apotheker voor de drie aangeduide patiëntengroepen wordt hieronder beschreven. Het zorgaanbod is ingedeeld in drie categorieën:

- Medicatiebewaking, de zorg rondom controle en monitoring voor veilig medicatiegebruik.
- Medicatiebegeleiding waarbij uitleg en begeleiding van de patiënt centraal staat.
- Productzorg waaronder apotheekbereidingen, hulpmiddelen zorg en geïndividualiseerde distributievormen worden geschaard.

Apothekers leveren deze drie categorieën farmaceutische patiëntenzorg aan alle patiënten; incidenteel, chronisch en zorgintensief. De mate waarin die zorg wordt ingezet, verschilt per

patiënt. Veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn kwetsbaarheid maken dat de zorgwaarde van de patiënt kan veranderen.

Onderstaande afbeelding geeft schematisch weer welke zorg aan de verschillende patiëntengroepen wordt geleverd en de daarmee samenhangende intensiteit van de samenwerking binnen het regionale zorgnetwerk. Onder basisvoorziening vallen activiteiten en voorzieningen die nodig zijn om goede farmaceutische patiëntenzorg te kunnen leveren (3.3.1). Basiszorg is zorg die geleverd wordt aan alle patiënten van een apotheker en betreft met name receptgebonden zorg (3.3.2), chronische zorg wordt alleen geleverd aan patiënten die chronische geneesmiddelen gebruiken (3.3.3) en intensieve zorg is aangewezen voor zorgintensieve patiënten (3.3.4). De scheiding in het zorgaanbod is niet strikt: Soms hebben die incidentele patiënten ook elementen van chronische en intensieve zorg nodig.



Figuur 12. Aanbod van farmaceutische patiëntenzorg per patiëntgroep met de activiteiten die plaatsvinden in samenwerkingsverband in het lokaal zorgnetwerk.

3.3.1 Basisvoorziening

Goede praktijkvoering

De apotheker draagt bij aan veilig, effectief en doelmatig geneesmiddelgebruik. Hij verleent zorg volgens zijn professionele standaard. Hij zorgt ervoor dat hij en zijn team bevoegd en bekwaam zijn en dat hij geregistreerd is in het specialistenregister van openbaar apothekers. Een openbaar apotheker is volledig zelfstandig in het naleven van de strenge eisen voor farmaceutische patiëntenzorg, waar een (basis)apotheker vaak nog begeleiding of supervisie behoeft (Bijlagen).

De apotheker levert zorg van hoge kwaliteit. De apotheker en zijn team stemmen hun communicatie en dienstverlening af op de behoefte en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Zij leveren veilige geneesmiddelen van goede kwaliteit (geen vervalste producten, voldoende lang houdbaar, op maat afgestemd), en zorgen voor een verantwoorde aflevertermijn van geneesmiddelen. Zij maken de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk (o.a. met behulp van indicatoren) en werken actief aan verdere kwaliteitsverbetering. Geneesmiddelbijwerkingen worden gemeld bij het Bijwerkingencentrum Lareb.

De apotheek is voorzien van goede en veilige ICT. De apotheker legt een patiëntendossier aan en past de vastgelegde gegevens toe bij verlenen van farmaceutische patiëntenzorg. Er wordt een patiëntendossier bijgehouden, en de apotheek is aangesloten op het LSP. De apotheker zorgt ervoor dat de privacy van patiënten en de informatieveiligheid gewaarborgd zijn. Het kwaliteitsmanagementsysteem van de apotheek voldoet aan de kwaliteitseisen zoals vastgesteld in het keurmerk van het Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.

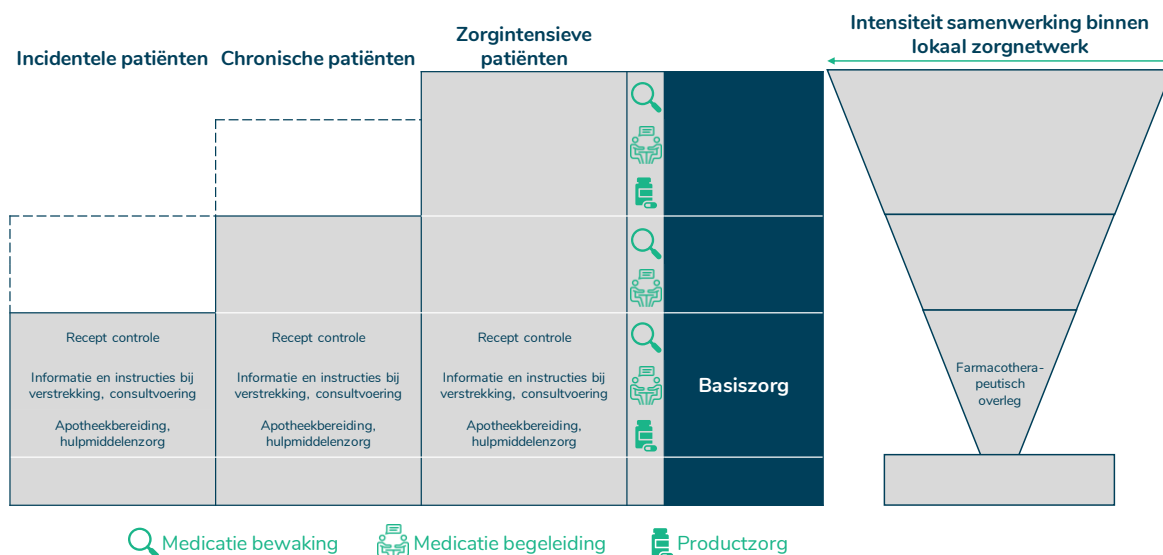
Tenslotte draagt de apotheker bij aan maatschappelijk verantwoorde zorg. Hij draagt bij aan een verantwoorde inzet van publieke middelen. Verspilling van genees- en hulpmiddelen wordt, waar mogelijk en in afstemming met de patiënt, tot een minimum beperkt, en de apotheek neemt geneesmiddelafval in en draagt zorg voor correcte afvoer.

Actuele medicatiegegevens

De farmaceutische patiëntenzorg van de apotheker en zijn verantwoordelijkheden worden afgestemd met andere, bij de patiënt betrokken, zorgverleners. De apotheker heeft kennis van de relevante beroepsrichtlijnen van andere zorgverleners en stemt zijn zorgverlening hierop af. De apotheker draagt zorg voor een goede overdracht van actuele medicatiegegevens van patiënten naar de arts, een andere apotheker of andere zorgverleners zoals bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis. De patiëntgegevens die nodig zijn voor goede farmaceutische patiëntenzorg, worden uitgewisseld met betrokken zorgverleners (conform de leidraad overdracht van medicatie).

3.3.2 Basiszorg

De basiszorg die wordt geleverd aan alle patiënten waaronder de incidentele patiënten kan als volgt worden geconcretiseerd.



Figuur 13. Detailweergave van farmaceutische basiszorg, welke geleverd wordt aan alle patiënten.

Medicatiebewaking

Recept controle - De apotheker signaleert tijdens de medicatiebewaking risico's (farmacotherapeutische problemen), zoals bijwerkingen of problemen met toedienen, en handelt daar naar. Bij risicovolle geneesmiddelen borgt hij veilig geneesmiddelgebruik, onder andere door

de inzet van veiligheidsmaatregelen (zoals een extra controle bij methotrexaat, en nierfunctiecontrole bij bepaalde geneesmiddelen) en toepassingsrestricties (zoals bij isotretinoïne bij vrouwen in vruchtbare leeftijd). Sommige incidentele patiënten hebben baat bij medicatiebewaking zoals die aan chronische patiënten gegeven wordt.

Medicatiebegeleiding

Informatie en instructie bij verstrekking - De apotheker onderzoekt de incidentele zorgvraag. De patiënt ontvangt van de apotheker advies welke afgestemd is op de behoefte, situatie en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. De apotheker informeert de patiënt over de werking, bijwerkingen, interacties en gebruik van geneesmiddelen. Hij verifieert of de patiënt deze informatie heeft begrepen. De apotheker levert het juiste geneesmiddel in de juiste dosering af (ter hand stellen). De meeste geneesmiddelen die de apotheker aan patiënten ter hand stelt, zijn handelsproducten die kant- en klaar zijn voor gebruik. Indien nodig maakt het apotheketeam het geneesmiddel gebruiksklaar voor de patiënt (voor toediening gereed maken). De apotheker levert bijbehorende hulpmiddelen af en geeft gebruiksinstructies. Indien een geneesmiddel (tijdelijk) niet leverbaar is, zoekt de apotheker naar een gepast alternatief.

Consultvoering - De apotheker gaat in gesprek met de incidentele patiënt over zijn medicatie bij ter hand stellen van het geneesmiddel (eerste begeleidingsgesprek). Dit geldt ook voor zorgvragen los van het ter hand stellen, zoals bij zelfzorgvragen of bij knelpunten in de farmacotherapeutische behandeling. De apotheker stimuleert therapietrouw.

Productzorg

Apotheekbereiding - De apotheker streeft naar een optimale match tussen patiënt en geneesmiddel. Wanneer er geen geschikt handelspreparaat beschikbaar is, gaat de apotheker na of een apotheekbereiding uitkomst kan bieden. Daarbij beoordeelt hij de sterkte, farmaceutische vorm, meerwaarde en rationaliteit voor de patiënt. Apotheken die niet zelf bereiden, realiseren via een apotheek die wel zelf bereidt toegang tot een geschikte apotheekbereiding voor de patiënt.

Hulpmiddelenzorg - De apotheker zorgt dat de patiënt toegang heeft tot hulpmiddelen waarmee knelpunten in geneesmiddelgebruik worden voorkomen of verholpen. Bijvoorbeeld door het leveren van geneesmiddelwekkers, oogdruppel hulpmiddelen en tablettensplitters. Ook toegang tot medische hulpmiddelen zoals diabetestestmateriaal, incontinentiemateriaal en verbandmiddelen kan via de apotheek worden gerealiseerd. De apotheker is op de hoogte van de hulpmiddelen die de patiënt gebruikt. Dit is een onderdeel van de gewenste kennis van een apotheker over zijn patiënt.

Overige dienstverlening

Gemak en services - Voor het optimaal bedienen van de groep incidentele patiënten wendt de apotheek diverse logistieke services aan. Zo biedt iedere apotheek een bezorgdienst aan. Daarnaast bieden steeds meer apotheken de mogelijkheid om geneesmiddelen via een afhaalautomaat of afhaalpunt op te halen. Zorgconsumenten kunnen online, telefonisch, per e-mail en aan de balie informatie inwinnen bij de apotheker. Het online aanvragen van (herhaal)recepten is in vrijwel alle apotheken mogelijk. Hiermee voldoet de apotheek aan de verwachtingen en eisen

van de incidentele patiënt. Er wordt continu gezocht naar manieren om de zorgconsument beter te bedienen.

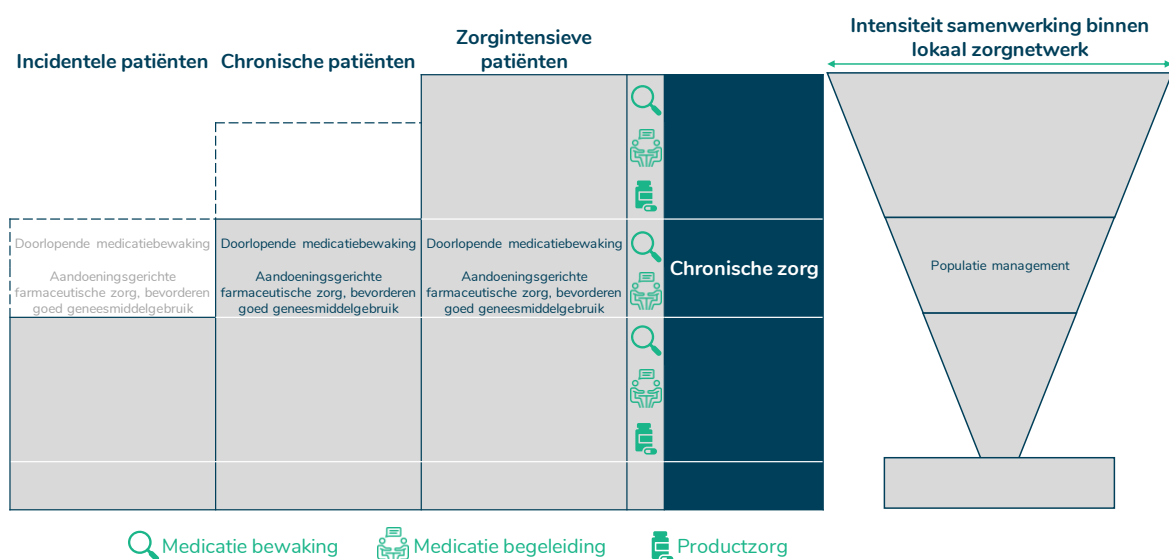
Zelfzorg en advies - De incidentele patiënt kan bij zijn apotheker terecht met een zelfzorgvraag, zoals een kleine kwaal. De apotheker geeft de incidentele patiënt advies op maat en stemt informatie af op de behoefte van de patiënt. Indien van toepassing voorziet de apotheker de patiënt van zelfzorgmiddelen. Daarnaast geeft de apotheker ook advies zonder farmacotherapie, zoals bij vragen over geneesmiddelen en hulpmiddelen, behandeling, reizigersmedicatie, leefstijladvies en vragen over zelftesten. De apotheker begeleidt de patiënt bij de toepassing van zelftesten, zoals testen om urineweginfecties, bloedglucose en cholesterol te bepalen, en helpt de patiënt bij de interpretatie van de uitslag. De apotheker verwijst patiënten door naar de huisarts bij vragen die niet door hem kunnen worden afgehandeld conform de zelfzorgstandaarden van de KNMP.

Samenwerking binnen lokaal zorgnetwerk

Farmacotherapeutische overleggen - De apotheker en het apotheketeam kennen de lokale zorgverleners en werken met hen samen. Om goede farmaceutische patiëntenzorg te kunnen leveren, maken apothekers en huisartsen afspraken over de organisatie en inhoud van de zorg. Tijdens farmacotherapeutische overleggen (FTO's) worden prestatieafspraken gemaakt over genees- en hulpmiddelen en wordt aan de hand van prescriptierugkoppeling de geleverde zorg geëvalueerd. De voorschrijver wisselt relevante gegevens uit met de apotheker zodat de medicatiebewaking en consultvoering geoptimaliseerd worden. De apotheker bespreekt potentiële risico's met de voorschrijver en adviseert eventueel een alternatieve behandelingsoptie.

3.3.3 Chronische zorg

De extra zorgverlening die, bovenop de zorg voor de incidentele patiëntengroep, wordt geleverd aan chronische patiënten, kan als volgt worden geconcretiseerd.



Figuur 14. Detailweergave van chronische farmaceutische zorg, welke met name geleverd wordt aan chronische en zorgintensieve patiënten.

Medicatiebewaking

Doorlopende medicatiebewaking - De chronische patiënt gebruikt meer geneesmiddelen en heeft één of meerdere aandoeningen. Dit geeft een verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen zoals ongunstige geneesmiddelcombinaties en contra-indicaties. Hierdoor is de medicatiebewaking intensiever. De apotheker interpreteert persoonskenmerken en diverse klinische parameters, zoals creatinine, natrium, kalium en prothrombinetijd – uitgedrukt in International Normalised Ratio (PT-INR) – en borgt hiermee goed geneesmiddelengebruik. Deze laboratoriumwaarden verkrijgt de apotheker via de voorschrijver of rechtstreeks van het laboratorium. Daarnaast kan de apotheker zogenaamde point-of-care testen uitvoeren, waarbij de nierfunctie wordt bepaald. Om risicosituaties en veranderingen in de tijd beter te identificeren, past de apotheker Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's) toe waarbij hij structureel meerdere patiëntkenmerken combineert. Doorlopende medicatiebewaking is vooral belangrijk voor, maar niet beperkt tot, chronische patiënten.

Variaties in het genetisch profiel van de patiënt kunnen van invloed zijn op de werkzaamheid en bijwerkingen van een geneesmiddel (farmacogenetica). Van ongeveer 30 geneesmiddelen die veelal gebruikt worden door de chronische patiëntengroep is bekend welke DNA-varianten invloed hebben op de werking van het geneesmiddel.

Medicatiebegeleiding

Aandoeningsgerichte farmaceutische zorg - De chronische patiënt ontvangt van de apotheker aandoeningsgerichte farmaceutische zorg. Deze zorg is toegespitst op de specifieke patiëntenpopulatie, zoals patiënten met astma, cardiovasculaire aandoeningen, COPD, diabetes of GGZ-problematiek. Door het verlenen van aandoeningsgerichte farmaceutische patiëntenzorg draagt de apotheker bij aan het behalen van algemene en specifiek farmaceutische behandeldoelen en neemt hij hierbij zijn (mede)verantwoordelijkheid voor het behandelresultaat. De apotheker begeleidt de chronische patiënt bij zijn geneesmiddelgebruik en evalueert de therapie regelmatig, veelal gekoppeld aan, maar ook onafhankelijk van het moment van afleveren van het geneesmiddel. Patiënten krijgen additionele begeleiding wanneer er veranderingen zijn in de medicatie, bijvoorbeeld bij het starten, wijzigen of stoppen van een geneesmiddel. De apotheker herkent en adresseert gezondheidsrisico's, gaat hierover in gesprek met de patiënt, geeft leefstijladviezen en adviseert preventieve medicatie waar mogelijk.

Consultvoering - Chronische patiënten zijn veelal ervaringsdeskundige op gebied van hun medicatiegebruik. De apotheker begeleidt de chronische patiënt bij zijn geneesmiddelgebruik en evalueert de therapie regelmatig, onafhankelijk van het moment van afleveren van het geneesmiddel. De apotheker levert geneesmiddelgerelateerde hulpmiddelen en bijbehorende instructies aan de patiënt, zoals inhalatoren, insulinepennen en oogdruppel hulpmiddelen. De patiënt krijgt naast het eerste begeleidingsgesprek in de regel ook een tweede begeleidingsgesprek met de apotheker, waarin onder meer wordt geëvalueerd hoe de patiënt de behandeling ervaart. De apotheker gaat bij vervolgift na of zaken veranderd zijn, de patiënt vragen heeft of knelpunten ervaart in het geneesmiddelgebruik. In samenspraak met de patiënt wordt een behandelplan vastgesteld of aangepast en worden vervolgfafspraken gemaakt. De

patiënt weet de apotheker te vinden bij tussentijdse vragen of problemen. De apotheker biedt de mogelijkheid tot een vervolgesprek en (inloop)sprek.

Bevorderen goed geneesmiddelgebruik - De apotheker signaleert suboptimaal geneesmiddelgebruik. Dit kan zijn het overslaan van innames, overgebruik of verkeerd gebruik (bijvoorbeeld verkeerde inhalatietechniek) welke leiden tot een onveilige situatie voor de patiënt, onvoldoende werkzaamheid en tot extra zorgkosten. Bij constatering van onjuist gebruik zal de apotheker achterhalen wat de onderliggende reden is. Met deze informatie zet hij doelgericht interventies in om samen met de patiënt goed geneesmiddelgebruik en goede therapietrouw te bereiken.

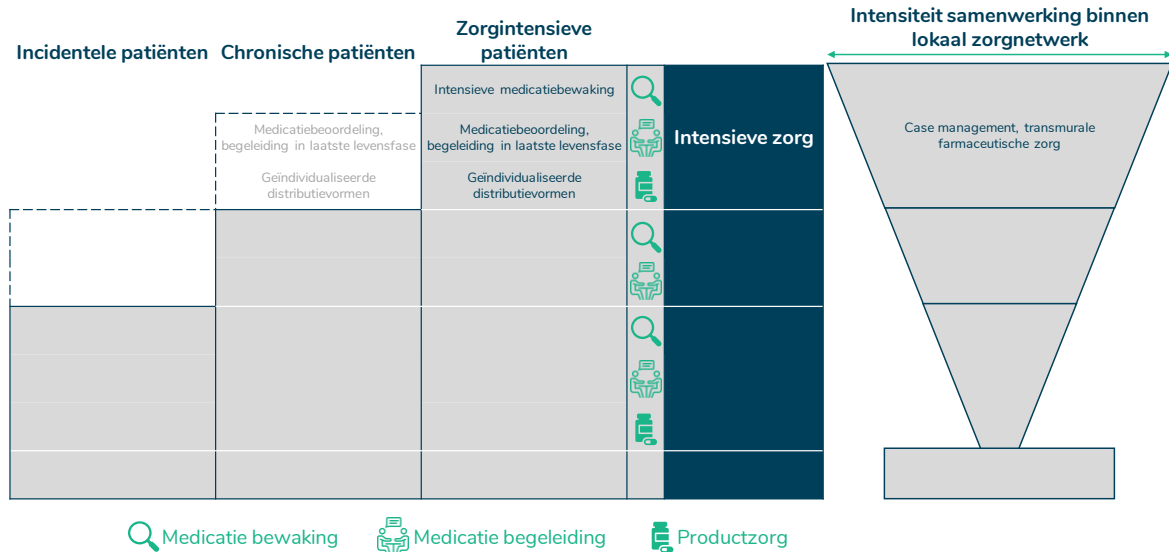
Ondersteuning bij zelfmanagement en eHealth - De apotheker adviseert en ondersteunt chronische patiënten bij zelfmanagement. Bijvoorbeeld bij het gebruik van e-health apps, systematische monitoring van symptomen en zelf meten van (klinische) waardes.

Samenwerking binnen lokaal zorgnetwerk

Populatiemanagement - Voor de chronische patiënt bestaat het zorgnetwerk voornamelijk uit de huisarts, praktijkondersteuner of gespecialiseerd verpleegkundige en de medisch specialist. De aandoeningsgerichte farmaceutische patiëntenzorg is onderdeel van multidisciplinaire eerstelijns ketenzorg. De ketenzorg rondom de chronische patiënt is intensief van aard. De apotheker maakt afspraken met lokale ketenpartners over de zorg, bijvoorbeeld over taken, verantwoordelijkheden en periodieke evaluatie van de kwaliteit van de ketenzorg (populatiemanagement). Tijdens farmacotherapeutisch overleggen (FTO's) tussen apotheker(s) en huisarts(en) worden op populatieniveau prestatieafspraken gemaakt over genees- en hulpmiddelen en wordt aan de hand van prescriptieterugkoppeling de geleverde aandoeningsgerichte zorg zowel groepsmatig als op individueel niveau geëvalueerd. De apotheker stelt andere betrokken zorgverleners op de hoogte en adviseert over farmacotherapie bij problemen, risico's of verbetermogelijkheden. De apotheker heeft inzicht in relevante patiëntgegevens voor de farmaceutische patiëntenzorg, zoals recente laboratoriumwaarden en behandelresultaten.

3.3.4 Intensieve zorg

De extra farmaceutische patiëntenzorg die bovenop de patiëntgerichte zorg voor incidentele en chronische patiënten wordt geleverd aan zorgintensieve patiënten, kan als volgt worden geconcretiseerd.



Figuur 15. Detailweergave van intensieve farmaceutische patiëntenzorg, welke met name geleverd wordt aan zorgintensieve patiënten.

Medicatiebewaking

Intensieve medicatiebewaking - Zorgintensieve patiënten hebben een grotere zorgvraag en meer risico's op geneesmiddelgerelateerde problemen. Dit vraagt om tijdige en intensieve monitoring, alertheid en betrokkenheid van de apotheker. De apotheker vervult zijn signaalfunctie door andere zorgverleners tijdig te betrekken bij het vermoeden van verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Medicatiebegeleiding

Medicatiebeoordeling - Door het uitvoeren van een medicatiebeoordeling optimaliseert de apotheker met de arts de farmacotherapie van de patiënt. Zo verminderen zij de mogelijke risico's van en problemen bij polyfarmacie patiënten. Hierbij zijn de behoeften van de patiënt ten aanzien van zijn behandeling uitgangspunt. In samenspraak met de patiënt en behandelend arts spoort de apotheker mogelijke verbeterpunten op. Een voorbeeld hiervan is therapietrouw. De betrokken arts is meestal de huisarts, maar kan ook een specialist ouderengeneeskunde, geriater of een andere medisch specialist zijn. De behoeften van de patiënt ten aanzien van zijn geneesmiddelgebruik zijn leidend voor het implementeren van de afgesproken veranderingen.

Begeleiding in laatste levensfase - In de palliatieve en terminale fase krijgen een patiënt en zijn mantelzorgers te maken met intensieve zorgvragen. Om deze effectief aan te pakken werkt de apotheker nauw samen met andere betrokken zorgverleners. De benodigde farmaceutische patiëntenzorg is 24/7 beschikbaar door intensieve, lokale samenwerking met andere apotheken.

Productzorg

Geïndividualiseerde distributievormen - Voor patiënten met orderingsproblemen kan de apotheker geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV), zoals medicatierollen of weekdozen ter hand stellen met de daarbij benodigde begeleiding. Bij de overstap op een GDV

volgt de apotheker een intakeprocedure, stelt hij een behandelplan op en wordt het gebruik periodiek geëvalueerd.

Samenwerking binnen lokaal zorgnetwerk

Case-management - Het zorgnetwerk van de zorgintensieve patiënt is zeer uitgebreid. De ketenzorg verdwijnt bij deze patiëntengroep naar de achtergrond en maakt plaats voor individuele afstemming tussen apotheker en de vaak vele betrokken zorgverleners en mantelzorgers. De apotheker heeft regelmatig en intensief contact met hen. Hij stemt frequent af met andere betrokken zorgverleners bij signalering van problemen, risico's of verbetermogelijkheden ten aanzien van de farmacotherapie, gezondheidstoestand of andere situaties van de patiënt.

De apotheker heeft inzicht in relevante patiëntgegevens en recente laboratoriumwaarden voor de medicatiebewaking en andere aspecten van farmaceutische patiëntenzorg. Andere zorgverleners stellen de apotheker op de hoogte van relevante veranderingen in de gezondheidstoestand of situatie van de patiënt. Bij patiënten die zeer afhankelijk zijn van hun omgeving, stemt de apotheker zijn zorg af met relevante actoren, zoals de thuiszorg, wijkverpleging, mantelzorgers en de gemeente. Bij zeer complexe medicatie en/of zeldzame aandoeningen doet de apotheker beroep op zijn regionale netwerk en werkt hij nauw samen met gespecialiseerde apothekers en voorschrijvers.

Transmurale farmaceutische patiëntenzorg - De zorgintensieve patiënt zal vaker worden opgenomen in het ziekenhuis of andere tweedelijns zorginstellingen en weer worden ontslagen. Ziekenhuisgeneesmiddelen worden thuis gebruikt en thuismedicatie kan ook in het ziekenhuis worden gebruikt. Deze ontwikkelingen maken dat goede samenwerking tussen apotheken in de verschillende domeinen nog meer dan anders noodzakelijk is om veilige, effectieve, doelmatige en continue farmaceutische patiëntenzorg te leveren, waarbij de patiënt centraal staat (farmaceutisch zorgcontinuüm). De patiënt zal vaker ziekenhuis-verplaatste zorg thuis ontvangen. De farmaceutische patiëntenzorg volgt de patiënt en de door de patiënt aangewezen medicatie begeleidende apotheker draagt hiervoor de verantwoordelijkheid.

Zorgintensieve patiënten hebben meer en grotere zorgvragen en meer risico's op geneesmiddel-gerelateerde problemen. Op basis van medicatiebewaking en consultvoering en de signalen van de medische-farmaceutische beslisregels zullen meer potentiële knelpunten gesignaleerd worden bij deze groep patiënten. Bij overdracht van actuele medicatiegegevens zoals bij opname en ontslag is begeleiding en een uitgebreide medicatieverificatie en –optimalisatie nodig. Bij patiënten die onder controle van de trombosedienst staan, informeert de apotheker proactief de trombosedienst over relevante veranderingen in het geneesmiddelgebruik.

3.4 Enkele ontwikkelingen in de farmaceutische patiëntenzorg

In voorgaande paragrafen hebben we de farmaceutische patiëntenzorg grofweg ingedeeld naar drie categorieën. Voor alle categorieën farmaceutische patiëntenzorg is een goede relatie met en kennis van de patiënt belangrijk. Dat wordt nog versterkt door nieuwe ontwikkelingen in de farmaceutische patiëntenzorgverlening. Voorbeelden daarvan beschrijven we hieronder.

Deprescribing

Chronische medicatie stapelt zich door de jaren heen op, voornamelijk bij de oudere patiënt. Deze medicatie is veelal gericht op preventie met een populatiebenadering. In de latere levensfasen is deze medicatie echter niet altijd meer relevant. Het blijkt vaak lastig medicatie te verminderen of te stoppen. De apotheker kan hier in afstemming met de arts een actievere rol in spelen.

Afbouwen van potentieel verslavende medicatie

Om onthoudingsverschijnselen zoveel mogelijk te voorkomen, moet potentieel verslavende medicatie worden afgebouwd. De apotheker begeleidt de patiënt bij het optimale afbouwschema en zet zo nodig medicatie om naar equivalenten. Begeleiding op maat is hierbij cruciaal.

Innovatieve geneesmiddelen

Het traditionele systeem van toelating tot de markt staat onder druk. Patiënten roepen om snellere beschikbaarheid tot nieuwe, baanbrekende behandelingen. Middels *adaptive licensing* komen nieuwe geneesmiddelen mogelijk sneller op de markt. De apotheker begeleidt patiënten die nieuwe geneesmiddelen gebruiken en past relevante veiligheidsmaatregelen toe. Hij monitort de veiligheid en effectiviteit, rapporteert bijwerkingen en legt gegevens vast in het patiëntendossier. Zo draagt de apotheker bij aan de opbouw van landelijke databases met *real world data*.

Personalized medicine

Er is steeds meer kennis over de invloed van eigenschappen van een individu op het ontstaan en verloop van ziekten, en op de werking van geneesmiddelen. Dit valt onder het domein "personalized medicine". De apotheker is met deze kennis steeds beter in staat te verifiëren of de patiënt het juiste gepersonaliseerde middel krijgt. Op gebied van farmacogenetica zijn voortdurend nieuwe ontwikkelingen en op basis van farmacogenetische profielen van patiënten kan steeds nauwkeuriger het juiste geneesmiddel worden gekozen en medicatiebewaking worden uitgevoerd. Met de opkomst van nieuwe technieken, zoals de 3D printer, zullen in de toekomst nieuwe vormen van apotheekbereidingen mogelijk zijn. Hiermee wordt maatwerk mogelijk.

4 Recente ontwikkelingen in de bedrijfsvoering van apotheken

Druk op de bedrijfsvoering van apotheken heeft geresulteerd in schaalvergrotingen en ketenoptimalisatie. Vrijwel alle bijna tweeduizend apotheken zijn aangesloten bij contracteerpartijen, en drie kwart is aangesloten bij een apotheekformule. Daarmee is het eind in zicht gekomen van de mogelijkheden die schaalvergroting biedt om de aanhoudende margedruk het hoofd te bieden. Nederland is koploper in Europa wat betreft efficiëntie: Nederland heeft de laagste farmaceutische uitgaven als percentage van de totale zorguitgaven, en alleen Portugal heeft lagere farmaceutische uitgaven per persoon per jaar. Maar de verhoging van de productiviteit per apotheek heeft zijn grenzen bereikt: de werkdruk is erg hoog, er is meer agressie aan de balie en de uitstroom en uitval van apothekersassistenten neemt toe. Verdere margedruk kan leiden tot verschraling van het zorgaanbod van farmaceutische patiëntenzorg, terwijl de behoefte hieraan in de komende jaren juist sterk zal toenemen.

4.1 Ontwikkeling van prijzen en tarieven

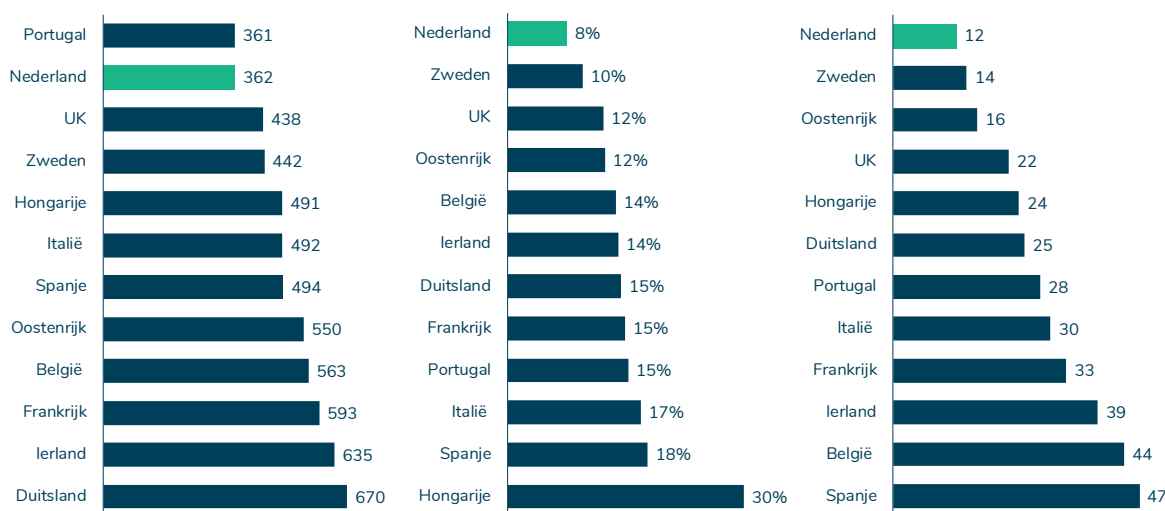
Door de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het preferentiebeleid zijn de kosten van extramurale geneesmiddelen sinds 2008 flink lager geworden. Geneesmiddelprijzen in Nederland behoren tot één van de laagste van Europa. Hiermee verdampte ook de handelsmarge voor apotheken. Het invoeren van vrije tarieven voor farmaceutische patiëntenzorg heeft de tarieven doen dalen, waardoor margeverlies niet gecompenseerd werd. Tegelijkertijd zijn de zorgvraag, wettelijke eisen, administratieve lasten toegenomen en heeft de beroepsgroep geïnvesteerd in professionele normen. Deze ontwikkelingen hebben de druk op de sector vergroot.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Clawback	177	194	123	190	181	150	144	133	129	130
Prijsdruk via WGP	256	493	819	1.172	1.541	1.787	1.827	2.068	2.247	2.415
Vrijwillige prijsverlagingen	411	334	280	233	159	190	353	323	357	425
Individueel Preferentiebeleid (vanaf juli 2008)			181	352	491	560	654	677	679	681
BTW (6%)	51	61	84	117	142	161	179	192	205	219
Totaal	894	1.083	1.487	2.064	2.514	2.849	3.156	3.393	3.617	3.870
Aandeel generieke geneesmiddelen	67%	66%	72%	72%	75%	77%	78%	78%	78%	76%

Tabel 2. Prijsdruk onder invloed van preferentiebeleid, clawback en WPG, 2006-2015 (EUR, miljoen); Zorginstituut Nederland, GIPeilingen, 2015.^{xiii}

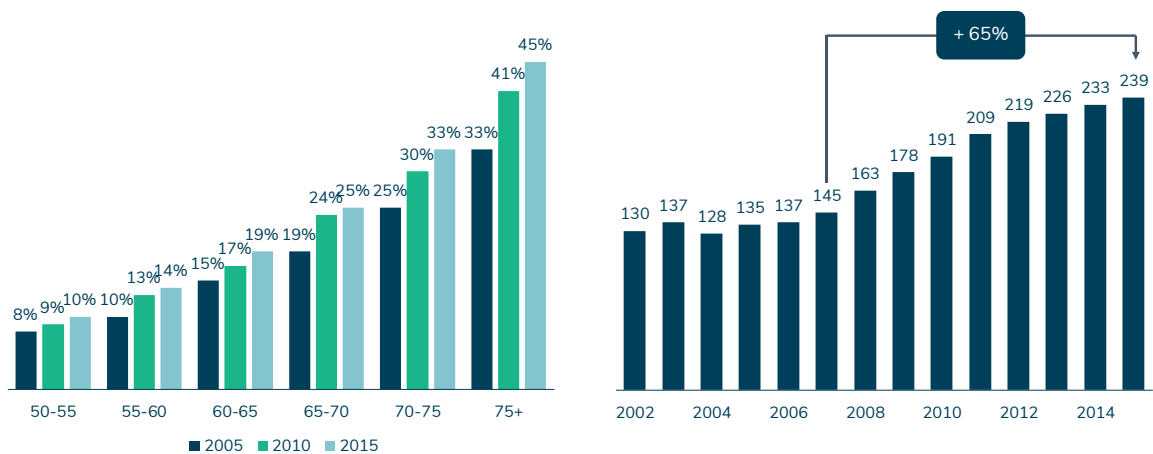
Voor 2009 kwamen er in Nederland elk jaar een aantal apotheken bij; van 2002 tot 2009 is het aantal apotheken gegroeid van 1.654 tot 1.976. Sindsdien staat de groei van het aantal apotheken vrijwel stil; eind 2016 waren er 1.994 apotheken in Nederland (SFK Data en feiten, jaarlijkse rapportages).^{xiv}

Daarmee ligt het aantal apotheken per 100.000 inwoners in Nederland op het laagste niveau van Europa (Eden McCallum, 2017).^{xv} Hetzelfde geldt voor het aandeel farmaceutische hulp in de totale zorgkosten, ook deze liggen in Nederland op het laagste niveau in Europa. En de farmaceutische uitgaven per persoon liggen in Nederland op vrijwel hetzelfde lage niveau als in Portugal.



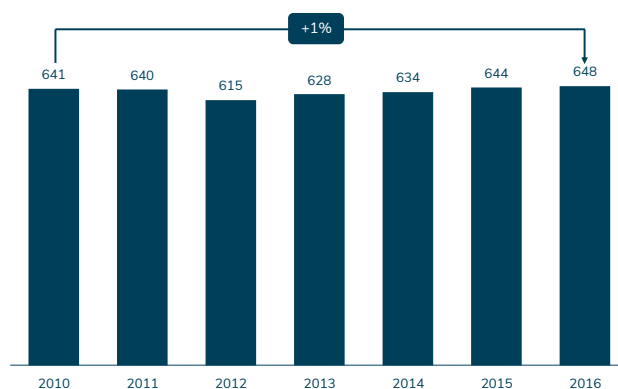
Figuur 16. Vergelijking uitgaven farmacie Nederland met andere Europese landen (2016; 2014). Links: Farmaceutische uitgaven per persoon per jaar (EUR). Midden: Uitgaven farmaceutische hulp als percentage van totale zorguitgaven (%). Rechts: Aantal apotheken per 100.000 inwoners; Analyse o.b.v. gegevens van Statista, OECD en ABDA, gerapporteerd door Eden McCallum – Kosten en omzetontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017.

In dezelfde periode, 2002 tot 2009, is er wel steeds meer medicatie en zorg geleverd aan patiënten. Het aantal patiënten dat vijf of meer geneesmiddelen gebruikt, is gestegen van 33% in 2005 tot 45% in 2015. Het aantal verstrekkingen door apotheken is sinds 2009 met 65% gestegen.



Figuur 17. Links: Aandeel polyfarmaciepatiënten per leeftijd per jaar (%). Rechts: Aantal verstrekkingen per jaar (aantal, miljoen); Analyse o.b.v. SFK-gegevens, gerapporteerd door Eden McCallum – Kosten en omzetontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017.

Een belangrijk deel van de groei in het aantal verstrekkingen komt weliswaar door de toename van weekleveringen, maar ook in absolute aantal geneesmiddelen (DDD's) is de toename in deze periode 26% geweest. De relatieve toename van het aantal weekleveringen geeft aan dat de patiëntenpopulatie intensiever wordt. Ouderen blijven langer zelfstandig thuis wonen, met relatief veel behoefte aan farmaceutische patiëntenzorg, die door de openbare apotheek geleverd wordt. Het zijn vaak de zorgintensieve patiënten met meer geneesmiddelen die op weeklevering worden gezet. De KNMP-richtlijn "Geïndividualiseerde Distributievorm"^{xvi} stelt dat weekleveringen aangewezen zijn voor patiënten met orderingsproblemen, nadat andere aanpak en maatregelen ter verbetering van deze orderingsproblemen onvoldoende zijn gebleken. De werkzaamheden voor een patiënt die gebruikmaakt van een weeklevering zijn intensiever dan voor een reguliere patiënt. Er wordt immers niet driemaandelijks verstrekt maar wekelijks. Daarbij zijn het ook in termen van farmacotherapie zorgintensieve patiënten, met meer wisselingen en meer interactie met patiënt en voorschrijver(s).



Figuur 18. Vergoeding per apotheek per jaar (EUR, duizenden); Analyse o.b.v. SFK-gegevens, gerapporteerd door Eden McCallum – Kosten en omzetontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017.

In dezelfde periode is de vergoeding voor Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)-regels en prestaties (excl. over-the-counter, medische hulpmiddelen en Wet langdurige zorg) vrijwel gelijk gebleven. In 2010 werd per apotheek gemiddeld €641.000 vergoed, in 2015 was de vergoeding €648.000, een stijging van ongeveer 1%.^{xv} De kosten die apotheken moeten maken zijn wel

toegenomen. De personeelskosten –verreweg de grootste kostenpost – zijn in dezelfde periode zo'n 5% gestegen.

Apotheken hebben sinds 2009 aanzienlijk meer verstrekkingen geleverd aan een steeds complexere groep patiënten tegen lagere kosten.

Apotheken in Nederland hebben dus sinds 2009 aanzienlijk meer verstrekkingen geleverd aan steeds meer zorgintensieve patiënten tegen lagere (relatieve) kosten.

Dit heeft geleid tot forse margedruk, waardoor de sector genoodzaakt werd tot een aantal maatregelen om de efficiëntie te verhogen.

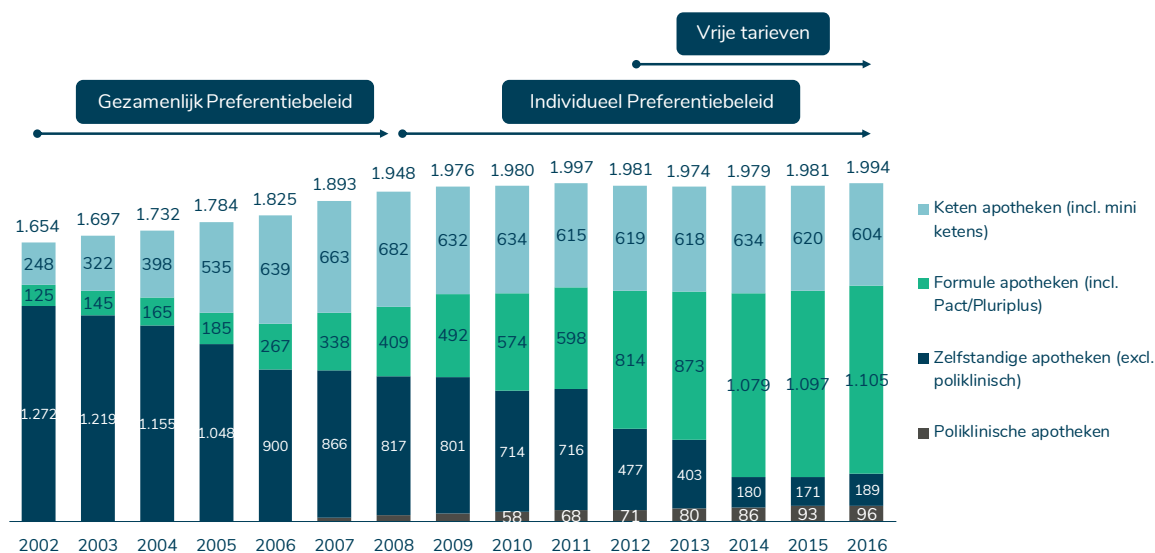
4.2 Reactie van de sector op druk op de bedrijfsvoering

De sector heeft op een aantal manieren gereageerd op deze druk op de bedrijfsvoering:

- Verhoging van de efficiëntie van de apotheek
- Schaalvergroting en ketenoptimalisatie

4.2.1 Verhoging van de efficiëntie van de apotheek

Terwijl de hoeveelheid verstrekkingen en de zorgintensiteit van patiënten fors is toegenomen, is in de periode van 2009 tot 2016 het aantal apotheken vrijwel gelijk gebleven.^{xv} Ook is het aantal medewerkers per apotheek vrijwel gelijk gebleven. De productiviteit per apotheek en per apotheekmedewerker is dus aanzienlijk gestegen.



Figuur 19. Aantal apotheken per type (keten-, formule-, zelfstandige- en poliklinische apotheek) per jaar, en de introductie van preferentie beleid en vrije tarieven; Analyse o.b.v. SFK-gegevens, gerapporteerd door Edén McCallum – Kosten en omzetzontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017.

4.2.2 Schaalvergroting en ketenoptimalisatie

Middels bijvoorbeeld central filling, zijn de kosten van het uitgifteproces aanzienlijk verlaagd. Deze activiteiten kunnen niet efficiënt worden uitgevoerd door een individuele apotheek, maar hebben een grotere schaal nodig. Apotheken en groothandel bedrijven hebben een aantal clusters gevormd, waarin deze activiteiten worden uitgevoerd. We zien dat deze clusters tevens

gerelateerd zijn aan contracteerpartijen, waardoor de onderhandelingen efficiënter kunnen worden gevoerd.



Figuur 20. Links: Contracteerpartijen met het aantal apotheken dat zij vertegenwoordigen. Midden: Apotheekformule en het aantal apotheken in eigendom (E) en franchise apotheken (F). Rechts: Groothandel bedrijven en hun relatie met formule apotheken; Eden McCallum – Kosten en omzetontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017.

Dit overzicht van de marktverhoudingen toont ook aan dat vrijwel alle apotheken (1.750 van de 1.994) in Nederland inmiddels zijn aangesloten bij een contracteerpartij. En dat 1.437 van de 1.994 apotheken zijn aangesloten bij een apotheekformule.^{xv} Daarmee is het eind in zicht gekomen van de mogelijkheden die schaalvergroting biedt om de aanhoudende margedruk het hoofd te bieden. Ook de verhoging van de productiviteit per apotheek heeft zijn grenzen bereikt: de werkdruk is erg hoog, er is meer agressie aan de balie en de uitstroom en uitval van apothekersassistenten neemt toe.^{xvii}

4.3 Behouden van goede farmaceutische patiëntenzorg

Verdere druk op de bedrijfsvoering kan leiden tot verschraving van het aanbod van farmaceutische patiëntenzorg, terwijl de komende jaren het aantal zorgintensieve patiënten en de behoefte aan goede farmaceutische patiëntenzorg juist sterk zal toenemen.

Het huidige bekostigingssysteem biedt zorgverzekeraars in essentie twee “knoppen waaraan gedraaid kan worden”: het volume en het tarief van de ter hand stellingen. Op de kosten sturen door aan deze twee knoppen te draaien kan ertoe leiden dat de patiëntenzorg in het gedrang komt met significante gezondheidsrisico's en toenemende kosten in de tweede lijn. Door meer te sturen op de toegevoegde waarde van de apotheek als zorgaanbieder en te focussen op de kwaliteitsverhoging van de farmaceutische patiëntenzorg kan de gezondheid van patiënten worden verbeterd en kunnen onnodige tweedelijns kosten worden vermeden.

Verder drukken op de kosten van apotheken door het volume of het ter handstellingstarief te verlagen kan leiden tot verschraving van de farmaceutische patiëntenzorg, met als gevolg gezondheidsrisico's voor patiënten en hogere kosten in de tweede lijn. De bekostiging zou juist de aandacht voor farmaceutische zorg moeten stimuleren.

5 Passende bekostiging voor farmaceutische patiëntenzorg

Apotheken leveren naast geneesmiddelen steeds meer zorg aan hun patiënten. De huidige bekostiging honoreert dat onvoldoende. Patiëntgebonden bekostiging zou de zorgfunctie van apotheken versterken. Hierbij schrijven patiënten zich in bij een huisapotheek, met een inschrijftarief ter dekking van zorginhoudelijke taken voor deze patiënten. Hierdoor wordt de noodzakelijk patiëntgerichte zorg op maat gestimuleerd, evenals samenwerking in het lokale zorgnetwerk.

Apothekers leveren farmaceutische patiëntenzorg aan al hun patiënten. Vooral voor zorgintensieve en chronische patiënten is dit een belangrijk onderdeel van hun werk. Voor hen levert de apotheker extra inzet naast de medicatiebewaking, medicatiebegeleiding en productzorg die de apotheker ook aan incidentele patiënten levert. Ook voor de samenwerking in de zorgketen met huisartsen en wijkverpleging, is voor de zorgintensieve en chronische patiënten extra aandacht van de apotheker nodig (hoofdstuk 3).

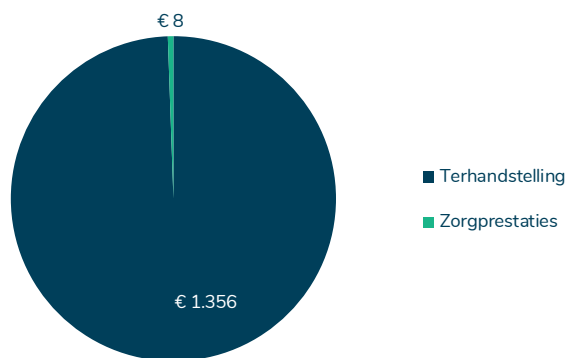
Gerichte inzet van farmaceutische patiëntenzorg is cruciaal om de kwaliteit van leven van patiënten te borgen. Het voorkomt bovendien (acute) opnames in ziekenhuizen en bespaart kosten. Hiervoor zijn een goede informatiepositie van de openbare apotheker, een goede relatie tussen patiënt en apotheker, en samenwerking in het zorgnetwerk nodig. De vraag naar deze patiëntgerichte zorg zal bovendien de komende jaren toenemen, onder andere door vergrijzing en door extramuralisering in de ggz en ouderenzorg (hoofdstuk 2).

Apotheken hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd in schaalvergroting en ketenoptimalisatie om efficiënter te werken. Daarmee hebben ze druk op de bedrijfsvoering opgevangen (hoofdstuk 4). Verdere margedruk kan leiden tot verschraling van het zorgaanbod van farmaceutische patiëntenzorg, terwijl de behoefte hieraan in de komende jaren juist sterk zal toenemen.

In dit hoofdstuk beschrijven we waarom de huidige bekostiging niet congruent is met de praktijkvoering (§5.1) en hoe patiëntgebonden bekostiging farmaceutische patiëntenzorg stimuleert (§5.2).

5.1 Huidige bekostiging loopt uit de pas met praktijkvoering

De huidige bekostiging van openbaar apotheken is voor het overgrote deel gekoppeld aan de uitgifte van geneesmiddelen: de terhandstelling. De apotheek ontvangt een bedrag per 'receptregel' voor iedere terhandstelling en meer dan 99% van de inkomsten van een apotheek is hieraan gekoppeld. Er zijn weliswaar aparte zorgprestaties gedefinieerd, maar deze worden nauwelijks apart ingekocht door zorgverzekeraars.



Figuur 16. Aandeel zorgprestaties in prestatieomzet, 2016 [EUR, miljoen]; Analyse o.b.v. SFK-gegevens.

Deze bekostiging op basis van terhandstellingen moet dus ook de kosten dekken die apotheken maken voor hun patiëntgerichte zorg. De zorgfunctie wordt dus gefinancierd via receptgebonden bekostiging, terwijl de benodigde inzet van zorg niet altijd direct is gekoppeld aan het aantal terhandstellingen voor een patiënt. Hierdoor ontstaat een aantal knelpunten:

- De apotheker is in toenemende mate een zorgverlener en wil zich de komende jaren ook sterker als zorgverlener profileren. Het imago van de apotheek wordt echter grotendeels bepaald door de distributiefunctie waar patiënten voor moeten betalen. Het publiek herkent de apotheek daardoor onvoldoende als zorgverlener.
- De distributiefunctie wordt steeds efficiënter door investeringen in technologie en procesverbeteringen. De patiëntgebonden zorg kost steeds meer tijd van de apotheker en medewerkers, vanwege de toegenomen vraag ernaar en het toenemende belang ervan. Daarmee groeit het aandeel van de zorgfunctie in de kosten van een apotheek, terwijl het aandeel van de distributiefunctie daalt. Zorgverzekeraars focussen vooral op de distributiefunctie waar zij voor betalen. Ze zien een apotheek vaak als een 'commodity' waarbij de bijbehorende dienstverlening niet wordt erkend.
- Soms is het in het belang van de patiënt om met bepaalde medicatie te stoppen en te werken met gepaste aflevertermijnen. Apothekers steken tijd in het verzamelen van de benodigde informatie, het formuleren van een verantwoord voorstel voor medicatiewijziging en het afstemmen met voorschrijvers. Deze extra inzet leveren zij, terwijl dat juist leidt tot lagere inkomsten vanwege minder terhandstellingen.

De bekostiging is nu dus niet congruent met de professionele invulling van patiëntgerichte farmaceutische patiëntenzorg. Deze onevenwichtigheid pleit voor een wijziging naar een bekostiging die meer recht doet aan de zorgtaken die een openbaar apotheker uitvoert, en die meer toekomstbestendig is gegeven de toenemende zorgvraag.

Grofweg worden drie manieren van bekostiging onderscheiden (zie bijvoorbeeld Clayton Christensen, *The innovators prescription*).^{xviii} Betaling per tijdseenheid ('fee for service') waarbij de tijd wordt vergoed die een professional besteedt, stukgoed waarbij voor eenheden van een product wordt betaald; en abonnementen waarbij voor een dienst aan een groep van mensen wordt betaald.

De huidige bekostiging van de apotheek heeft het karakter van stukgoed. Dat is logisch als de terhandstelling een afgebakende taak zou zijn die steeds hetzelfde is. De bijbehorende farmaceutische patiëntenzorg kan echter per patiënt sterk verschillen. De bekostigde werkzaamheden voldoen daarmee niet aan een belangrijke voorwaarde voor betaling als stukgoed, namelijk standaardisering. Stukgoed is dus geen volledig passende betaling. Dit blijkt ook uit de hiervoor beschreven knelpunten. De prikkels die uitgaan van betaling als stukgoed stimuleren terhandstellingen in plaats van farmaceutische patiëntenzorg. Bekostiging op basis van het aantal en kenmerken van de patiënten aan wie de zorg geleverd wordt, is passender.

Door bekostiging te koppelen aan de zorgfunctie, wordt de inzet van apotheken die daar al veel werk van maken gehonoreerd. Apotheken die hun zorginzet nog verder kunnen versterken, worden daartoe dan gestimuleerd. Het geeft bovendien een platform om de zorgfunctie meer onder de aandacht te brengen bij patiënten en betalers. Door de bekostiging te koppelen aan zorg voor specifieke patiënten, kan bovendien het dossierhouderschap van de apotheker geborgd worden.

5.2 Ons advies: stimuleer farmaceutische patiëntenzorg met deels patiëntgebonden bekostiging

In de volgende paragrafen schetsen wij een alternatieve bekostiging van farmaceutische patiëntenzorg gebaseerd op bekostiging van een groep patiënten die zijn ingeschreven bij een huisapotheek.

5.2.1 Bekostiging farmaceutische patiëntenzorg door in te schrijven bij een huisapotheek

Een patiëntgebonden bekostiging zou een meer gepaste bekostiging van farmaceutische patiëntenzorg zijn. Dat zou betekenen dat inwoners van Nederland zich zouden inschrijven bij een huisapotheek, zoals momenteel gebruikelijk is bij de huisarts. De huisapotheek ontvangt dan een inschrijftarief ter dekking van de farmaceutische patiëntenzorg voor de ingeschreven patiënten. Recent is een soortgelijk systeem ingevoerd in Schotland (Chronic Medication Service) en België voor inwoners die starten met chronische geneesmiddelen.

Idealiter is er geen drempel voor patiënten om zich in te schrijven bij een huisapotheek. Dat kan door het inschrijftarief buiten het eigen risico te houden. Dat kan als de inschrijving geldt voor patiënten die ten minste een geneesmiddel chronisch gebruiken. De budgettaire consequenties hiervan voor de overheid en de zorgverzekeraars zijn minimaal: verreweg de meeste patiënten die chronische geneesmiddelen gebruiken, maken hun eigen risico vol.

Het is denkbaar dat het inschrijftarief een gedifferentieerd tarief is dat rekening houdt met de zorgwaarde van de patiënt. Bij het inschrijftarief voor de huisarts is ook sprake van enige mate van differentiatie; bij het inschrijftarief voor de huisapotheek zou deze differentiatie nog wat gedetailleerder kunnen. Voor zorgintensieve patiënten zijn de zorgkosten hoger, waarbij een hoger inschrijftarief passend zou zijn. Belangrijk aandachtspunt voor de gedifferentieerde tarieven is de definitie van zorgintensieve patiënten; wanneer is een patiënt zorgintensief en wanneer niet (meer). Patiënten, zorgverzekeraars en apotheken hebben er belang bij dat dit goed en objectief wordt gedefinieerd, en eenvoudig kan worden gemeten. Hierbij kunnen verschillende criteria

worden ontwikkeld, zoals het aantal en het soort diagnoses van een patiënt of geneesmiddelen dat een patiënt gebruikt, of een patiënt wel of niet gebruikt maakt van weekleveringen, etc. Ook kan worden aangesloten bij de definitie voor polyfarmacie. Deze criteria voor gedifferentieerde tarieven moeten in overleg tussen patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en apotheken worden bepaald, en worden vastgelegd door de NZa.

5.2.2 Verantwoordelijkheden van de huisapotheek

De inschrijving van patiënten bij een huisapotheek brengt zorginhoudelijke verantwoordelijkheden met zich mee, waaronder het dossierhouderschap. Dit leidt tot eisen aan de kwalificatie van de zorgaanbieder die deze zorgtaken vervult. Daarmee zou de inschrijving, net als de terhandstelling, een voorbehouden handeling moeten zijn voor apotheken met een gekwalificeerd openbaar apotheker, die deskundig is en wiens positie als zorgverlener in het lokale netwerk met de overige zorgaanbieders in de eerste en de tweede lijn is verankerd. Er zijn voldoende apotheken nodig om de zorg lokaal in te bedden. Daarnaast zou de prestatiebeschrijving voor het inschrijftarief vastgesteld moeten worden door de NZa, zodat alle partijen met dezelfde definitie werken.

De inschrijving van een patiënt bij een huisapotheek betekent niet dat alleen de huisapotheek geneesmiddelen mag leveren aan de patiënt. Een patiënt kan nog steeds zijn of haar medicatie halen bij een apotheek naar keuze. De leverende apotheek is verplicht zorg te dragen voor een correcte medicatieoverdracht naar de huisapotheek.

Een patiënt kan nog steeds zijn of haar medicatie halen bij een apotheek naar keuze, maar de huisapotheek is zijn of haar dossierhouder, beheert de actuele medicatiegegevens en is verantwoordelijk voor begeleiding en monitoring. Hierdoor wordt het voor patiënten veiliger om hun medicatie bij meerdere apotheken te halen. Voor alle voorschrijvers en apothekers is immers duidelijk wat de huisapotheek van de patiënt is waar het overzicht wordt gehouden.

Naast het inschrijftarief blijft er een tarief voor terhandstellingen, waarmee de kosten voor het laagdrempelig en veilig verstrekken van geneesmiddelen worden gedekt. Dit tarief zal lager zijn dan de huidige tarieven voor terhandstelling, omdat een belangrijk deel van de dekking voor zorginhoudelijke taken verschoven wordt naar het inschrijftarief.

5.2.3 Positie van de huisapotheek

Een inschrijftarief op naam heeft een aantal voordelen. In de eerste plaats ontstaat er een expliciete behandelrelatie met ingeschreven patiënten, die daardoor beter begeleid kunnen worden. Het inschrijftarief kan in de toekomst meegroeien met de groei van het aantal zorgintensieve patiënten. Immers, de voor hen benodigde zorg groeit waarschijnlijk sneller dan de bijbehorende distributiekosten. Daarnaast wordt voor andere zorgverleners duidelijk wie de actuele medicatiegegevens beheert voor deze patiënten. Hierdoor wordt samenwerking vergemakkelijkt en kan noodzakelijke informatieoverdracht verbeterd worden. Dit kan de rol van de apotheker in het lokale netwerk versterken, ook als het gaat om zijn onafhankelijke positie in ketenzorg. De apotheker heeft een duidelijke verantwoordelijkheid voor de ingeschreven patiënten. Zij is daarmee de aangewezen partij om voor hen te innoveren, waaronder het realiseren van substitutie van tweede naar eerste lijn.

Bijlagen

Definities

Apotheek. In dit document wordt van apotheek gesproken, waarmee de openbare apotheek wordt bedoeld. Een gevestigd openbaar apotheker is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de door de apotheek geleverde zorg. De in dit document beschreven zorg kan in de apotheekorganisatie gedelegeerd zijn aan tweede apothekers, apothekersassistenten, farmaceutisch consultants en andere apotheekmedewerkers die werken onder verantwoordelijkheid van de gevestigd openbaar apotheker. Poliklinische apotheken vallen ook onder openbare apotheken.

Apotheker. In dit document spreken we zoveel mogelijk over ‘apotheker’ als het gaat om de zorgrelatie met een patiënt. Waar bedrijfsmatige of locatie aspecten worden besproken, gebruiken we de term ‘apotheek’. Poliklinische apothekers vallen ook onder openbaar apothekers.

Chronisch geneesmiddelen gebruik. Voor de indeling in patiëntgroepen is de volgende definitie gebruikt voor chronisch geneesmiddelgebruik: Meer dan drie voorschriften in 2016 of een voorschrift met een gebruiksduur ≥ 90 dagen. Dermatologische preparaten tellen niet mee, en er is alleen gekeken naar verzekerde geneesmiddelen.

Zorgintensieve patiënten. Dit zijn patiënten met een intensieve zorgvraag. Deze intensiteit en complexiteit is afhankelijk van drie factoren (patiënt, omgeving, geneesmiddel) zoals uiteengezet in onder sectie 4.2. Bij de indeling in patiëntgroepen, en berekening van omzet en patiëntaantallen bij deze groepen, zijn ‘zorgintensieve’ patiënten gedefinieerd als patiënten die vijf of meer geneesmiddelen (op ATC-3 niveau) chronisch gebruiken. De term ‘intensiviteit’ duidt op de situatie van de patiënt en niet enkel op de complexiteit van het geneesmiddel. Zo vallen bijvoorbeeld patiënten die kostbare geneesmiddelen zoals oncolytica of TNF-alfaremmers niet automatisch onder zorgintensieve patiënten.

Dossierhouderschap. Een goed dossierbeheer draagt bij aan kwaliteitsverbetering in de medicatieketen (van voorschrijver tot aan gebruiker). Iedere apotheker kan, op verzoek van de patiënt, een verantwoordelijke rol invullen m.b.t. actuele, betrouwbare en consistente medicatiegegevens. De mate en intensiteit van deze verantwoordelijkheid groeit mee met complexiteit van zorg of zorgbehoefte van de patiënt. We spreken dan ook niet meer van een dossierbeheerder maar van een goed beheerd medicatiedossier en de rol van de apotheker daarbij. Bij inschrijving op naam wordt de huisapotheek verantwoordelijk voor het dossierhouderschap van ingeschreven patiënten.

Farmacotherapeutisch overleg. In het farmacotherapeutisch overleg (FTO) bespreken apothekers en huisartsen het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen, en maken hier onderling afspraken over.

Medicatiebeoordeling. Medicatiebeoordeling is een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de

medische-, farmaceutische-, en gebruiksinformatie. Maatstaf bij de beoordeling zijn de individuele behoeften van een patiënt ten aanzien van zijn of haar geneesmiddelgebruik. In samenspraak met de patiënt en diens arts spoort de apotheker tijdens deze periodieke evaluatie van de farmacotherapie mogelijke verbeterpunten op. De behoeften van de patiënt ten aanzien van zijn geneesmiddelgebruik zijn leidend voor het implementeren van de afgesproken veranderingen. De patiënt wordt betrokken bij het verzamelen van de benodigde gegevens (farmacotherapeutische anamnese), bij het bespreken van de verbeteringen in de behandeling en bij het uitvoeren van het behandelplan. Een beoogd gevolg is dat het zelfmanagement van de patiënt van zijn eigen geneesmiddelengebruik wordt bevorderd. De betrokken arts is meestal de huisarts, maar kan ook een specialist ouderengeneeskunde, geriater en/of een andere medisch specialist zijn.^{xix}

Huisapotheker. Met deze term wordt de nieuwe rol aangeduid die een openbaar apotheker vervult voor de patiënten die bij zijn apotheek staan ingeschreven binnen het nieuwe bekostigingssysteem. In deze rol ligt er meer nadruk op een patiëntgerichte benadering voor ingeschreven patiënten, en meer nadruk op samenwerking binnen het zorgnetwerk rondom deze patiënten.

Terhandstelling. Ter hand stellen is het geheel van handelingen die de openbaar apotheker uitvoert opdat de patiënt niet alleen een farmaceutisch product ontvangt, maar ook de daarbij behorende farmaceutische patiëntenzorg, zodat hij het product veilig en effectief kan gebruiken. Voordat een geneesmiddel aan een patiënt wordt verstrekt, controleert het apotheekteam of het geneesmiddel bij de patiënt past, of de dosering klopt, of er geen wisselwerkingen optreden met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt. Bij de start van het gebruik van een geneesmiddel zijn risico's hoger en is er extra aandacht nodig voor de patiënt. De begeleiding bij een eerste terhandstelling omvat een gesprek met de patiënt waarin besproken wordt wat hij mag verwachten van het geneesmiddel.^{xx} De invulling van terhandstelling is vastgelegd in de prestatiebeschrijving farmaceutische patiëntenzorg van de NZa.

Weekleveringen oftewel geïndividualiseerde distributievorm. Een geïndividualiseerde distributievorm is een specifieke distributie- en verpakkingsvorm, waarmee de openbaar apotheker overzicht en ordening voor de patiënt aanbrengt in diens geneesmiddelen. In de geïndividualiseerde distributievorm zijn bij het op naam stellen van geneesmiddelen, de geneesmiddelen per dag en in de regel per tijdstip van inname geordend en gereed gemaakt in afzonderlijke compartimenteenheden. Een geïndividualiseerde distributievorm kan verschillend van uiterlijk en vorm zijn, zoals een medicatierol, een dag- of weekcassette of een tray.^{xxi}

Afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronische obstructieve longziekte
DDD	Defined Daily Dose
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KPMG	Kleynveld Peat Marwick Goerdeler
LSP	Landelijk Schakelpunt
MFB	Medisch Farmaceutische Beslisregel
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PT-INR	Prothrombinetijd – uitgedrukt in International Normalised Ratio
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVT	Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg

Competenties (basis)apotheker en openbaar apotheker

Competentie-niveau	Omschrijving
Niveau 0 (geen kennis)	heeft geen aantoonbare kennis van omdat het niet behandeld is
Niveau I	heeft kennis van
Niveau II	kan kennis toepassen in simulatie en handelen onder strenge supervisie binnen de beroepscontext
Niveau III	kan handelen in simulatie en met beperkte supervisie binnen de beroepscontext
Niveau IV	kan zelfstandig uitvoeren binnen de beroepscontext

Taakgebied	Niveau (basis) apotheker	Niveau openbaar apotheker
Kenmerkende Professionele Activiteit (EPA)		
Communicatie met en begeleiding van de patiënt		
Ter hand stellen van een farmaceutisch product	II	IV
Begeleiden van een patiënt en/of zijn mantelzorger in de palliatieve of terminale fase	0	IV
Zorgvragen van patiënten en leken		
Consult voeren naar aanleiding van een zelfzorgvraag van een patiënt met of zonder terhandstelling	II	IV
Consult voeren naar aanleiding van een zorgvraag van een patiënt zonder terhandstelling	II	IV
Medicatiebewaking		
Signaleren, analyseren, afhandelen, vastleggen en evalueren van farmacotherapie gerelateerde problemen bij een individuele patiënt als onderdeel van de medicatiebewaking	II	IV
Periodieke beoordeling van de farmacotherapie		
Uitvoeren van een medicatieanalyse bij een risicopatiënt als onderdeel van de medicatiebeoordeling	II	IV
Uitvoeren van een farmacotherapeutische anamnese bij een risicopatiënt als onderdeel van de medicatiebeoordeling	II	IV
Uitvoeren van een medicatiebeoordeling bij een risicopatiënt	II	IV
Consult voeren met patiënt over de farmacotherapie bij ontslag uit ziekenhuis of andere zorginstelling	0	IV
Het intercollegiaal overleg		
Overleggen met voorschrijver over een farmacotherapie gerelateerd probleem	II	IV
Vorbereiden van en deelnemen aan een FTO	II	IV
Vorbereiden van en deelnemen aan een ketenzorgoverleg	I	IV

Taakgebied		Niveau (basis) apotheker	Niveau openbaar apotheker
Kenmerkende Professionele Activiteit (EPA)			
Preventieve zorg en screening			
	Algemene mondelinge voorlichting geven aan een groep van patiënten en leken	II	IV
	Algemene schriftelijke voorlichting geven aan een groep van patiënten en leken	II	IV
	Screening op gezondheidsproblemen van een specifieke risicogroep in de apothekpopulatie en gepaste zorg leveren	I	IV
Verzameling en beheer van patiëntgegevens			
	Voeren van een intakegesprek met een nieuwe of incidentele patiënt	0	IV
Productzorg			
	Beschikbaar stellen van moeilijk verkrijgbare geneesmiddelen	II	IV
	Beoordelen van een aanvraag voor een apothekbereiding	II	IV
	Uitvoeren van een recall procedure	0	IV
Kwaliteitszorg in de apothek			
	Analyseren van een incident met medicatie in een geïndividualiseerde distributievorm	0	IV
	Opstellen of updaten van het kwaliteitshandboek ten behoeve van (her)certificering	II	IV
	Verzamelen en analyseren van kwaliteitsindicatoren	0	IV
	Verzamelen en analyseren van (bijna) fouten	0	IV
	Verzamelen, analyseren en melden van bijwerkingen	I	IV
	Analyseren van het voorraadstelsel, het distributiesysteem of de arbeidsomstandigheden	I	IV
	Overleg met toeleveranciers, industrie of softwareleveranciers	0	IV
	Opstellen of updaten van een functiebeschrijving voor een medewerker	0	IV
	Voeren van een (functionerings)gesprek of beoordelingsgesprek met een medewerker	0	IV
	Vorbereiden en voorzitten van een werkbijeenkomst of werkoverleg	II	IV
	Op de werkvloer een gewijzigde of nieuwe procedure of een nieuw werkvoorschrift implementeren	II	IV
	Relatie onderhouden met verzekeraars	0	IV
	Opstellen, uitvoeren en evalueren van een farmaceutisch patiëntenzorg project	0	IV

Taakgebied	Niveau (basis) apotheker	Niveau openbaar apotheker
Kenmerkende Professionele Activiteit (EPA)		
Analyseren van grootschalige externe invloeden (SWOT analyse)	0	IV
Kennis, opleiding en wetenschap		
Verwerken van nieuwe informatie over geneesmiddelen voor overdracht aan assistenten en overige zorgverleners	III	IV
Superviseren van een stagiair of coachen van een medewerker	II	IV
Initiëren, uitvoeren en/of participeren in praktijkonderzoek	III	IV

Bronnen

- ⁱ Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO - Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid, 2017
- ⁱⁱ KPMG - Samenwerking en professionaliteit in de geïntegreerde eerste lijn: Beschikbaarheid van de apotheker als zorgprofessional, 2014
- ⁱⁱⁱ Booz&co – KNMP, The potential for pharmaceutical quality services, 2012
- ^{iv} Equalis – BENU Medicijnmonitor voorkomt ziekenhuiskosten en farmaciekosten, 2017
- ^v SIR Institute for Pharma Practice and Policy – Landelijk onderzoek: Receptwijzigingen tijdens ter hand stellen in de openbare apotheek, 2016
- ^{vi} Gfk – Klantbehoeften zorgconsumenten: Kwantitatief onderzoek naar de behoeften rond de dienstverlening van de apotheek, 2017
- ^{vii} NZa – Marktscan: Extramurale Farmaceutische zorg, 2014
- ^{viii} IGJ – Veilig voorschrijven moet beter: Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid, 2016
- ^{ix} Nictiz, KNMP, NVZA – eHealth, de apotheker is er klaar voor, 2016
- ^x Kennisinstituut Medisch Specialisten – Overdracht medicatiegegevens in de keten, 2017
- ^{xi} KNMP – Handvest van de apotheker: Grondslag voor het professioneel en ethisch handelen, 2013
- ^{xii} Analyse SiRM gebaseerd op gegevens van Stichting Farmaceutische Kengetallen
- ^{xiii} Zorginstituut Nederland – GIPeilingen, 2015
- ^{xiv} Stichting Farmaceutische Kengetallen – Data en Feiten, jaarlijkse rapportages
- ^{xv} Eden McCallum – Kosten en omzetontwikkelingen Nederlandse apotheken, 2017
- ^{xvi} KNMP-richtlijn - Geïndividualiseerde Distributievorm, 2013
- ^{xvii} Sira Consulting - Minder regels, meer zorg: Businessanalyse regeldruk apothekhoudenden, 2015
- ^{xviii} Clayton Christensen - Innovator's Prescription; A Disruptive Solution for Health Care
- ^{xix} KNMP-richtlijn – Medicatiebeoordeling, 2013
- ^{xx} KNMP-richtlijn – Ter hand stellen, 2013
- ^{xxi} KNMP-richtlijn – Geïndividualiseerde distributievorm, 2013