



Orde van Medisch Specialisten

Leidraad doelmatig voorschrijven
van geneesmiddelen
door medisch specialisten



LEIDRAAD DOELMATIG VOORSCHRIJVEN VAN GENEESMIDDELEN DOOR MEDISCH SPECIALISTEN

Deze leidraad is opgesteld door de Orde van Medisch Specialisten (OMS). Alle wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen hebben met de leidraad ingestemd. Doel van de leidraad is het bevorderen van een doelmatig en veilig geneesmiddelgebruik. Uitgangspunt is de visie van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen dat elke patiënt goede zorg dient te krijgen, afgestemd op de reële zorgbehoefte, verleend door die professional en in die setting die daar geschikt voor is. De leidraad biedt medisch specialisten en de organisaties waarin zij werken handvatten om dit te realiseren. Primair heeft de leidraad betrekking op de keuze binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde en/of een vergelijkbare farmacotherapeutische werking. Deze leidraad zet het onderwerp doelmatig voorschrijven nadrukkelijk op de medisch-specialistische agenda. In vervolotrajecten wordt aandacht geschonken aan de implementatie van de leidraad. Periodiek zal worden bezien of er aanleiding is om de leidraad aan te passen.



INHOUD

Inleiding	4
Drempels bij het voorschrijven op generieke naam	6
Leidraad voor doelmatig voorschrijven	10
1. Kosten	10
2. Voorschrijven op stofnaam	11
3. Medicatie bij ziekenhuisopname en - ontslag	13
4. Berichtgeving aan de huisarts	15
5. Farmacotherapieoverleg op maatschap- respectievelijk vakgroepniveau	15
6. Regionale afspraken met de eerste lijn	16
7. Regionale afspraken tussen specialisten en ziekenhuizen	20
8. Richtlijnen	20
Bijlage 1: Begrippen	22



INLEIDING



Door de vergrijzing en de toegenomen mogelijkheden van de medische technologie zullen de zorgkosten de komende jaren blijven stijgen. Om de zorg betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden moet binnen de zorg zo doelmatig mogelijk worden gewerkt.

Geneesmiddelen zijn in het algemeen een relatieve goedkope en effectieve manier van behandeling, maar ook bij het voorschrijven van geneesmiddelen is nog veel doelmatigheidswinst te behalen. Doelmatig zowel in de zin van adequaat voorschrijven bij de mensen die dat nodig hebben, als in de zin van terughoudend voorschrijven als de te verwachten winst beperkt is. Doelmatigheid dient dus het gezondheidsbelang van de patiënt én diens veiligheid. Het kan samengevat worden als ‘appropriate’ gebruik van medicijnen. In die zin raakt het aan een goede implementatie van bestaande richtlijnen. Doelmatig is ook kostenbewust handelen: het volgen van richtlijnen, het afwijken daarvan waar nodig én door het voorschrijven van de goedkoopste variant van medicijnen daar waar dat mogelijk is. Meestal betekent dat laatste het gebruik van multi-source geneesmiddelen (generieke middelen) in plaats van geneesmiddelen waarvan het patent nog niet verlopen is. Dit wordt bereikt door het voorschrijven op stofnaam in plaats van op merknaam: de apotheek kan dan waar mogelijk een generieke variant afleveren (generieke substitutie). Ook kan de arts binnen een geneesmiddelengroep met een vergelijkbare farmacotherapeutische werking kiezen voor de goedkoopste variant.





De Orde van Medisch Specialisten (OMS) vindt het zo doelmatig mogelijk gebruik van geneesmiddelen een vanzelfsprekendheid, óók voor de medisch specialist. Tezamen met de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten is daartoe deze ‘Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten’ opgesteld. De leidraad verkent de drempels die het voorschrijven op stofnaam hinderen en geeft adviezen over hoe doelmatigheidswinst ten aanzien van medicatie in de tweede lijn kan worden verkregen. Op punten worden reeds ingezette acties benoemd of voorgenomen acties aangekondigd. ◀

*“Doelmatigheid dient zowel
het gezondheidsbelang als
de patientveiligheid”*

1. Zie bijlage voor nadere toelichting op de begrippen generieke en therapeutische substitutie.



DREMPELS BIJ HET VOORSCHRIJVEN OP GENERIEKE NAAM

Ruim de helft van de extramurale afleveringen (56%) van door medisch specialisten voorgeschreven geneesmiddelen in 2009, betroffen merkgeneesmiddelen (Vektis-rapport *Inventarisatie voorschrijfgedrag van geneesmiddelen door medisch specialisten voor extramuraal gebruik*, 2011). Dit is meer dan in de eerste lijn. Hier kunnen een aantal oorzaken aan ten grondslag liggen.

BESCHIKBAARHEID

Niet alle middelen hebben een generieke variant. Het afleveren van 100% generieke medicijnen is dan ook zeker niet haalbaar.

PATIËNTENPOPULATIE

De patiëntenpopulatie die de medisch specialist ziet, wijkt af van die van de huisarts. Het betreft vaak een populatie met een meer complexe problematiek. De medisch specialist moet daarom over een breder therapeutisch palet kunnen beschikken dan een huisarts, soms met geneesmiddelengroepen waarin geen generieke opties bestaan. Bovendien zal hij² vaker kiezen voor een andere representant van een geneesmiddelengroep dan in de eerste lijn, omdat de kleine verschillen tussen de verschillende representanten juist het verschil maken. De ene representant is bijvoorbeeld wel geschikt bij lever- of nierfunctiestoornissen en de andere niet.

Ook zal de medisch specialist eerder dan de huisarts ervaring willen opdoen met nieuwe geneesmiddelen. Nieuwe geneesmiddelen zijn echter vaak relatief duur. Een nog niet opgeloste vraag is op welk punt het gerechtvaardigd

2. Waar "hij" staat is ook bedoeld "zij".





is om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven, zolang oudere, goedkopere geneesmiddelen goed voldoen. Van de specialist die een nieuw geneesmiddel voorschrijft mag in elk geval verwacht worden dat hij deze afweging maakt en evalueert of het nieuwe middel aan de verwachtingen voldoet.

INTRAMURALE SUBSTITUTIE

Ontslagmedicatie na een opname, en het continueren daarvan bij poliklinische follow-up, wordt deels beïnvloed door het substitutiebeleid in het ziekenhuis. De medisch specialist heeft hier niet altijd invloed op. Ziekenhuizen kunnen gezien de relatief grote volumina soms gunstige intramurale prijzen bedingen bij de farmaceutische industrie. Ook kan de industrie zelf bepaalde geneesmiddelen (met name specialités) tegen zeer lage prijzen aanbieden. Als gevolg hiervan kunnen ziekenhuizen – om kosten te besparen – bij opname zelfs relatief goedkope extramurale medicatie omzetten naar de voor de instelling geldende formulariumgeneesmiddelen die intramuraal goedkoop maar extramuraal duurder kunnen zijn. Dit kan een omzetting van een generiek middel naar een specialité zijn met dezelfde werkzame stof, maar ook een omzetting van het ene middel van een therapeutische klasse naar een ander middel uit die klasse (therapeutische substitutie). Als bij ontslag de patiënt niet wordt teruggezet op zijn oude vertrouwde middel, blijft de patiënt het relatief dure middel gebruiken. Omdat patiënten zeer veel vertrouwen hebben in de door de medisch specialist voorgeschreven geneesmiddelen is het voor de huisarts en/of openbare apotheek geen eenvoudige taak de patiënt terug te zetten op het oude middel. Overigens is het voorstelbaar dat medisch specialisten drempels voelen om de intramuraal stabiel ingestelde medicatie bij ontslag weer te ‘veranderen’.



VOORSCHRIJVEN OP STOFNAAM

Om kosten te besparen wordt sinds ruim 15 jaar actief gestimuleerd dat huisartsen voorschrijven op stofnaam zodat apothekers generieke geneesmiddelen kunnen afleveren. Overigens kan het preferentiebeleid van zorgverzekeraars hier ook een rol in hebben gespeeld.

In de tweede lijn is het generiek voorschrijven veel minder gestimuleerd. Om dit te bevorderen proberen ziekenhuizen in toenemende mate het elektronisch voorschrijfsysteem zo in te stellen dat op de recepten/medicatieopdrachten de generieke naam wordt afgedrukt. Soms wordt ook in het geneesmiddelformularium en de geneesmiddelenoverzichten consequent de generieke naam gehanteerd.

Een drempel tot voorschrijven op stofnaam ligt met name (nog) bij de middelen met een geringe therapeutische breedte waar kleine verschillen in biologische beschikbaarheid of variaties in bio-equivalentie grote gevolgen kunnen hebben. Hetzelfde geldt voor aandoeningen waarbij men weinig variatie kan accepteren in de werkzaamheid van medicijnen, terwijl dat voor hetzelfde medicijn bij andere aandoeningen niet het geval hoeft te zijn. Duidelijkheid op het recept zorgt ook voor duidelijkheid in de apotheek. Hoewel door de apotheek vaak een goedkopere generieke variant wordt afgeleverd als een merkgeneesmiddel wordt voorgeschreven, is het op juridische gronden juist als dit geschiedt op basis van een voorschrift op stofnaam. Op merknaam voorschrijven betekent formeel dat het merkmiddel moet worden afgeleverd; hier kunnen overigens bij individuele patiënten goede gronden voor bestaan.

Een drempel van een heel andere orde bij het voorschrijven op stofnaam is gelegen in de patiëntpreferentie. Hier heeft zowel de eerste als de tweede lijn mee te maken: niet iedereen accepteert een als 'goedkoop' ervaren





medicijn en de druk op de arts om een specialité voor te schrijven is soms groot. Als reden om te kiezen voor specialité's wordt soms aangevoerd dat dit verwarring bij de patiënt kan voorkomen (waarbij een dergelijke verwarring gezien kan worden als een veiligheidsrisico). Immers, wanneer een op stofnaam voorgeschreven middel vervangen wordt door een ander generieke variant, wat een consequentie kan zijn van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar of het inkoopbeleid van de apotheker, betekent dit vaak ook een ander uiterlijk van de verpakking en het middel zelf.

Andere factoren die het voorschrijven op stofnaam in de weg kunnen staan zijn de reclame van de farmaceutische industrie, gericht op merkmiddelen, de gemakkelijker in het gehoor en in de mond liggen van merknamen in de dagelijkse communicatie op de werkvloer, en een eventueel niet up-to-date kennis van geneesmiddelprijzen bij de voorschrijvers. ◀



LEIDRAAD VOOR DOELMATIG VOORSCHRIJVEN



Op basis van de visie dat de medisch specialist bij het voorschrijven van geneesmiddelen zowel een medisch inhoudelijke als een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft, en rekening houdend met de bovengenoemde 'drempels', zullen de wetenschappelijke verenigingen en de OMS de volgende stappen actief betrekken in hun beleid. Dit moet uiteindelijk resulteren in een voorschrijfbeleid waarvoor geldt "goedkoop als het kan, duur als het moet".

Meer doelmatigheid in het voorschrijven wordt gerealiseerd door aandacht voor:

1. Kosten
2. Voorschrijven op stofnaam
3. Medicatie bij ziekenhuisopname en -ontslag
4. Berichtgeving aan de huisarts
5. Farmacotherapieoverleg op maatschap- respectievelijk vakgroepniveau
6. Regionale afspraken met de eerste lijn
7. Regionale afspraken tussen specialisten en ziekenhuizen
8. Richtlijnen

1. KOSTEN

Om een (beter) kostenbewustzijn te creëren kan in elektronische voorschrijfsystemen de prijs van een medicament met alternatieven aangeboden worden (zowel voor de intra- als extramurale zorg). In de opleiding tot arts en medisch specialist dient (meer) aandacht te komen voor de verschillen in kosten van diverse medicijnen en medicijn groepen. Intramuraal kan het geneesmiddelenformularium belangrijk richting geven, waarbij ook bij alternatieve keuzes de prijzen vermeld kunnen worden. Prijzen van geneesmiddelen zijn beschikbaar via www.medicijnkosten.nl en zijn opgenomen





in het Farmacotherapeutisch Kompas. Het regelmatig gebruik van deze site kan zinvol zijn bij scholingen en tijdens opleidingsmomenten. Als een middel wordt voorgeschreven uit een klasse waar geen generieke variant voor beschikbaar is, kies dan in principe voor het goedkoopste middel uit die klasse, mits 'appropriate' (niet alle middelen hebben een goedkeuring voor de te behandelen aandoening).

2. VOORSCHRIJVEN OP STOFNAAM

In principe wordt voorgeschreven op stofnaam. De bedoeling hiervan is dat de apotheker zonder problemen generieke varianten van het middel kan afleveren indien deze beschikbaar zijn. Hierbij dienen wel de adviezen gevolgd te worden zoals vastgelegd in de door de KNMP in januari 2010 opgestelde handleiding geneesmiddelen substitutie (zie kader). Bij middelen met een geringe therapeutische breedte en bij aandoeningen waarbij zelfs geringe wisselingen in biologische beschikbaarheid of -equivalentie niet kunnen worden geaccepteerd kan op merknaam worden voorgeschreven. Een korte toelichting op het recept kan dan de bedoeling van de voorschrijvend arts laten zien.

Om voorschrijven op stofnaam te bevorderen kunnen de volgende acties worden genoemd:

- a) hanteer stofnamen in geneesmiddelenformularia, richtlijnen, scholingsbijeenkomsten, etc.
- b) bied in elektronische voorschrijfsystemen de stofnaam aan, met de mogelijkheid om via een 'extra klik' (dus drempel) het merkmiddel te kiezen.
- c) gebruik in de opleiding tot arts en medisch specialist de stofnamen.



In lijn hiermee kunnen ook drempels bij patiënten worden weggenomen door:

- a) educatie van patiënten en het publiek ten aanzien van gepast geneesmiddelengebruik en het verschil tussen generiek en merkmiddel
- b) bevorderen van eenduidig uiterlijk van afgeleverde verpakking en medicament bij wisselingen van generieke producenten (dit heeft ook een belangrijk veiligheidsaspect) en/of het zo min mogelijk wisselen van preferente middelen door zorgverzekeraars.

► **Nadere toelichting bij substitutie**

In de KNMP Handleiding Geneesmiddelsubstitutie 2010 wordt duidelijk omschreven waarom en wanneer er wel en niet gesubstitueerd kan worden van specialité naar generiek en andersom.

Voor het bepalen van de geneesmiddelen die om kwaliteits- en/of veiligheidsredenen al dan niet gesubstitueerd kunnen worden, geeft de handleiding duidelijk richting. De KNMP stelt dat men bij middelen met een smalle therapeutische breedte en/of een specifiek afgifteprofiel terughoudend moet zijn met het omzetten van een specialité naar een generiek of andersom. Het brengt het risico met zich mee van bijwerkingen of een verminderde werking. Bij het starten van een therapie met deze categorieën geneesmiddelen speelt deze problematiek niet. Er kan gestart worden met de goedkoopste variant. Dit zal meestal de generieke variant zijn. ◀

De handleiding is te downloaden van www.knmp.nl.



3. MEDICATIE BIJ ZIEKENHUISOPNAME EN -ONTSLAG

Substitueer bij opname zo min mogelijk de vertrouwde medicatie van de patiënt. Hiermee worden verschillen in stabiele patiëntkarakteristieken vermeden en kan de patiënt eventueel mede zicht houden op de eigen medicatie. Wordt er tijdens opname wel gesubstitueerd (omdat middelen intramuraal niet beschikbaar zijn, of om financiële redenen), zet dan bij ontslag de patiënt weer terug op de oude medicatie. Dit om te voorkomen dat de patiënt het oude en nieuwe (ziekenhuis)middel naast elkaar gaat gebruiken (dubbelmedicatie). Belangrijk is om in geval van substitutie bij opname en/of ontslag met de patiënt te bespreken wat de reden er van is. Gebeurt dit niet dan kan dit het vertrouwen van de patiënt in zijn oude vertrouwde (en in de extramuraal zorg goedkopere) middel in nadelige zin beïnvloeden. Verder moet bij het voorschrijven van een nieuw geneesmiddel een tijdige evaluatie van het farmacotherapeutisch effect en de bijwerkingen plaatsvinden.


Sluit hierbij zoveel mogelijk aan bij de activiteiten rond de implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht³ en gerelateerd hieraan aan het VMS-thema medicatieverificatie bij opname en ontslag.⁴

► NB: het huidige intramurale bekostigingssysteem van medicatie werkt intramurale substitutie in de hand; de OMS en wetenschappelijke verenigingen zullen hiervoor aandacht vragen om zo min mogelijk wisselingen in stabiele achtergrondmedicatie te verkrijgen en de herkenbaarheid van de eigen medicatie voor de patiënt te vergroten (waarmee een signaalfunctie kan ontstaan met de mogelijkheid medicatiefouten terug te dringen). ◀

3. Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2008. (www.medicatieoverdracht.nl)

4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag, 2008. VMS zorg. (www.vmszorg.nl)





“Informeer de huisarts over wijzigingen, redenen daarvoor en het moment waarop eventueel gekozen kan worden voor een (goedkoper) alternatief”

4. BERICHTGEVING AAN DE HUISARTS

Vermeld in de berichtgeving aan de huisarts of er bewust gekozen is voor een wijziging van de eerdere medicatie, of voor een duurder variant uit een geneesmiddelen-groep, en de redenen daarvoor. Dit is met name van belang als de huisarts de verdere behandeling overneemt.

Geef de huisarts duidelijke aanwijzingen over hoe lang een geneesmiddel gebruikt moet worden en of er mogelijkheden zijn om na verloop van tijd te kiezen voor een alternatief en eventueel goedkoper middel.

5. FARMACOTHERAPIE-OVERLEG OP MAATSCHAP- RESPECTIEVELIJK VAKGROEPNIVEAU

Organiseer als maatschap of vakgroep, naar analogie van het farmacotherapie-overleg (FTO) in de eerste lijn, een structureel FTO met de ziekenhuis-apotheker. Bespreek in dit overleg volgens de methodiek van de kwaliteits-cirkel de medicamenteuze behandeling van aandoeningen en prescripties rondom ingrepen. Deze methodiek houdt een terugkoppeling van prescriptie-cijfers op groeps- en individueel arts-niveau in, spiegeling aan richtlijnen, het maken van bindende afspraken en evaluatie van het realiseren van de afspraken. De methodiek kan zowel gebruikt worden voor de intramurale als extramurale setting.



“Doelmatig voorschrijven betekent ook het maken van regionale afspraken over voorkeursmiddelen”

► NB: Om het gebruik van spiegelinformatie voor extramuraal prescripties te bevorderen zal de OMS in overleg treden met de ziektekostenverzekeraars en Vektis over het beschikbaar stellen van deze gegevens. Praktijkvariatiecijfers kunnen helpen inzicht te krijgen in het 'eigen' handelen. Het standpunt van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen is dat onnodige praktijkvariatie terug gedrongen moet worden. Daarbij moet er wel voor worden gezorgd dat studies betreffende praktijkvariates adequaat zijn uitgevoerd en rekening houden met factoren als demografie en aandachtsgebieden binnen een regio. ◀

6. REGIONALE AFSPRAKEN MET DE EERSTE LIJN

Probeer te komen tot regionale afspraken over de voorkeursmiddelen binnen een geneesmiddelgroep met een vergelijkbare farmacotherapeutische werking en indicaties. Afspraken die zowel voor het intra- als extramuraal voorschrijven moeten gelden. Deze afspraken kunnen het best worden gemaakt tussen de geneesmiddelencommissie van het ziekenhuis, vertegenwoordigers van de medisch specialisten, en vertegenwoordigers van huisartsen en (openbare) apothekers. Overigens zal het kunnen maken van deze afspraken mede afhangen van de grootte van het verzorgingsgebied van het desbetreffende centrum en de functie van dat centrum (voor een landelijk referral centrum zal het maken van afspraken met verwijzers vrijwel onmogelijk worden). Neem bij het bepalen van de voorkeursmiddelen de volgende aspecten mee:

- **Werkzaamheid.** Werkzaamheid (effectiveness) wordt aangetoond in het (klinisch) onderzoek, gedaan voor de toelating tot de markt (registratie).
- **Effectiviteit.** Een geneesmiddel is effectief (doeltreffend) als het werkzaam is en uit onderzoek blijkt, dat – gemeten aan de hand van een harde parameter – de toepassing in de dagelijkse praktijk resulteert in het beoogde doel.



- **Bijwerkingen.** Elk geneesmiddel heeft bijwerkingen. Bij de vergelijking van de bijwerkingen ligt de nadruk op ernstige en frequent voorkomende bijwerkingen. Tevens moet rekening gehouden worden met de reversibiliteit (of niet) van bijwerkingen, het optreden van bijwerkingen op de korte en de lange termijn, en met zeldzame (en dus niet snel herkende) bijwerkingen.
- **Interacties.** Sommige geneesmiddelen hebben veel interacties met andere geneesmiddelen. Dit soort geneesmiddelen kunnen beter niet als voorkeursgeneesmiddel worden benoemd.
- **Ervaring.** Ervaring met het gebruik van een geneesmiddel is van belang, omdat dit meer duidelijkheid kan bieden over de effectiviteit en de kans op onverwachte (bij)werkingen. Dit betekent voor de voorschrijver meer zekerheid over de therapeutische waarde van een middel. Voor het verkrijgen van ervaring is het aan te raden te werken met een beperkt arsenaal aan middelen.
- **Toepasbaarheid.** Niet ieder geneesmiddel voor een bepaalde aandoening is geschikt voor alle patiënten met deze aandoening. Geneesmiddelen die breed kunnen worden toegepast hebben duidelijk een voorkeur. Onbeargumenteed off-label (dat wil zeggen: niet conform de geregistreerde indicatie) voorschrijven moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Bij kinderen is off-label voorschrijven bijna onvermijdelijk.
- **Specifieke patiëntengroepen.** Bij sommige patiëntengroepen, bijvoorbeeld kinderen, is het belangrijk om bij het bepalen van de voorkeursmiddelen rekening te houden met de beschikbaarheid van geschikte toedieningsvormen en afwezigheid van bepaalde hulpstoffen.
- **Omzettingen.** Het is belangrijk dat intra- en extramuraal dezelfde middelen de voorkeur genieten. Dit voorkomt omzettingen bij opname en ontslag die kunnen leiden tot mogelijke veiligheidsrisico's. Bij elke omzetting kan er namelijk een verstoring optreden van een zorgvuldig opgebouwd evenwicht.



- **Gebruiksgemak.** Gebruiksgemak (toediengemak) speelt een rol bij de therapietrouw en is daarmee van invloed op het uiteindelijke effect van de behandeling. Dit kan van belang zijn bij de keuze tussen geneesmiddelen. Ook het gegeven of een patiënt een bepaalde toedieningsvorm beter kan gebruiken speelt een rol bij de keuze.
- **Kosten.** Dit zijn de extramurale geneesmiddelenprijzen, maar ook de kosten verbonden aan eventueel gerelateerde lab-controles en kosten van eventueel in te zetten zorgsupport.

Transmurale en regionale afspraken moeten periodiek – bij voorkeur jaarlijks – geëvalueerd en zo nodig bijgesteld worden.

► *Geneesmiddelgroepen die gezien de hoogte van de extramurale geneesmiddelkosten als eerste in aanmerking komen voor het maken van regionale afspraken met de eerste lijn:*

- | | |
|--|--|
| 1. protonpompremmers | 8. insulines (met bijbehorende subcategorieën) |
| 2. cholesterolsyntheseremmers (statines) | 9. selectieve serotonine-agonisten (triptanen) |
| 3. ACE-remmers | 10. corticosteroiden voor nasaal gebruik |
| 4. angiotensine-II (AT ₁)-antagonisten | 11. langwerkende selectieve beta-2-sympathomimetica voor inhalatie |
| 5. selectieve serotonine heropnameremmers (SSRIs) | 12. glucocorticosteroiden voor inhalatie |
| 6. bisfosfonaten | 13. selectieve bètablokkers |
| 7. selectieve calciumantagonisten met vnl. vasculaire werking (dihydropyridines) | 14. antipsychotica |
| | 15. antidepressiva |

Bron: www.gipdatabank.nl ◀





*“Doelmatigheid en veiligheid
gaan hand in hand”*





7. REGIONALE AFSPRAKEN TUSSEN SPECIALISTEN EN ZIEKENHUIZEN

Bij sommige aandoeningen is een regionale samenwerking tussen centra gebruikelijk. Als dat het geval is, zorg dan voor afstemming in het gebruik van medicijnen. Dit voorkomt onwenselijke wisselingen in medicatie bij overplaatsingen voor een ingreep en zorgt voor duidelijkheid in de extramurale setting.

8. RICHTLIJNEN

De wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen zijn verantwoordelijk voor het opstellen van de medisch-inhoudelijke richtlijnen. Richtlijnen kunnen worden voorzien van adviezen over (doelmatige) keuzes van medicijnen of medicijn groepen. ◀



► NB: de wetenschappelijke verenigingen en OMS komen in 2011 met een adviesrapport voor modernisering van richtlijnen. Koppeling van doelmatigheid en richtlijnen wordt hierin belangrijk geacht. Kostenaspecten krijgen systematisch een rol bij richtlijnontwikkeling.

Ook adviezen ten aanzien van implementatie zijn opgenomen in dit adviesrapport. Komende jaren moet veel aandacht gericht worden op implementatie van richtlijnen. ◀

► NB: Het kan voorkomen dat nieuwe medicamenten nog geen vaste plaats hebben in medisch-inhoudelijke richtlijnen en nog niet vergoed worden. Teneinde innovatie in de toepassing van nieuwe middelen niet onnodig te belemmeren zal de OMS met betrokken partijen in overleg treden om te komen tot afspraken op dit gebied. ◀

Medicatieveiligheid

Doelmatig ('appropriate') geneesmiddelengebruik is onderdeel van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van medisch specialisten. Ondoelmatig geneesmiddelengebruik kan de medicatieveiligheid negatief beïnvloeden. Doelmatig geneesmiddelengebruik bevordert de medicatieveiligheid. De OMS en de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen zijn actief betrokken bij de uitvoering van actieprogramma's om de medicatieveiligheid te bevorderen zoals de implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht en het thema 'medicatieverificatie bij opname en ontslag' van het VMS Veiligheidsprogramma. ◀



BIJLAGE 1: BEGRIPPEN



GENERIEKE SUBSTITUTIE

Bij generieke substitutie wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Bij de registratie van geneesmiddelen moet door middel van een bio-equivalentie-onderzoek worden aangetoond dat de werkzame stof op dezelfde wijze en gedurende dezelfde periode op de plaats van werking komt als een reeds geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Generieke middelen die na 1985 zijn geregistreerd zijn beoordeeld volgens de huidige criteria voor bio-equivalentie. Bij middelen met een smalle therapeutische breedte die voor 1986 zijn geregistreerd kan het mogelijk wel verschil maken of men het ene preparaat door een ander preparaat vervangt (zie KNMP Handleiding Geneesmiddelsubstitutie 2010).

In het algemeen geven de hulpstoffen bij volwassenen geen probleem. Bij kinderen kan dit wel het geval zijn. Zeer zelden wordt allergie op een hulpstof gezien.

THERAPEUTISCHE SUBSTITUTIE

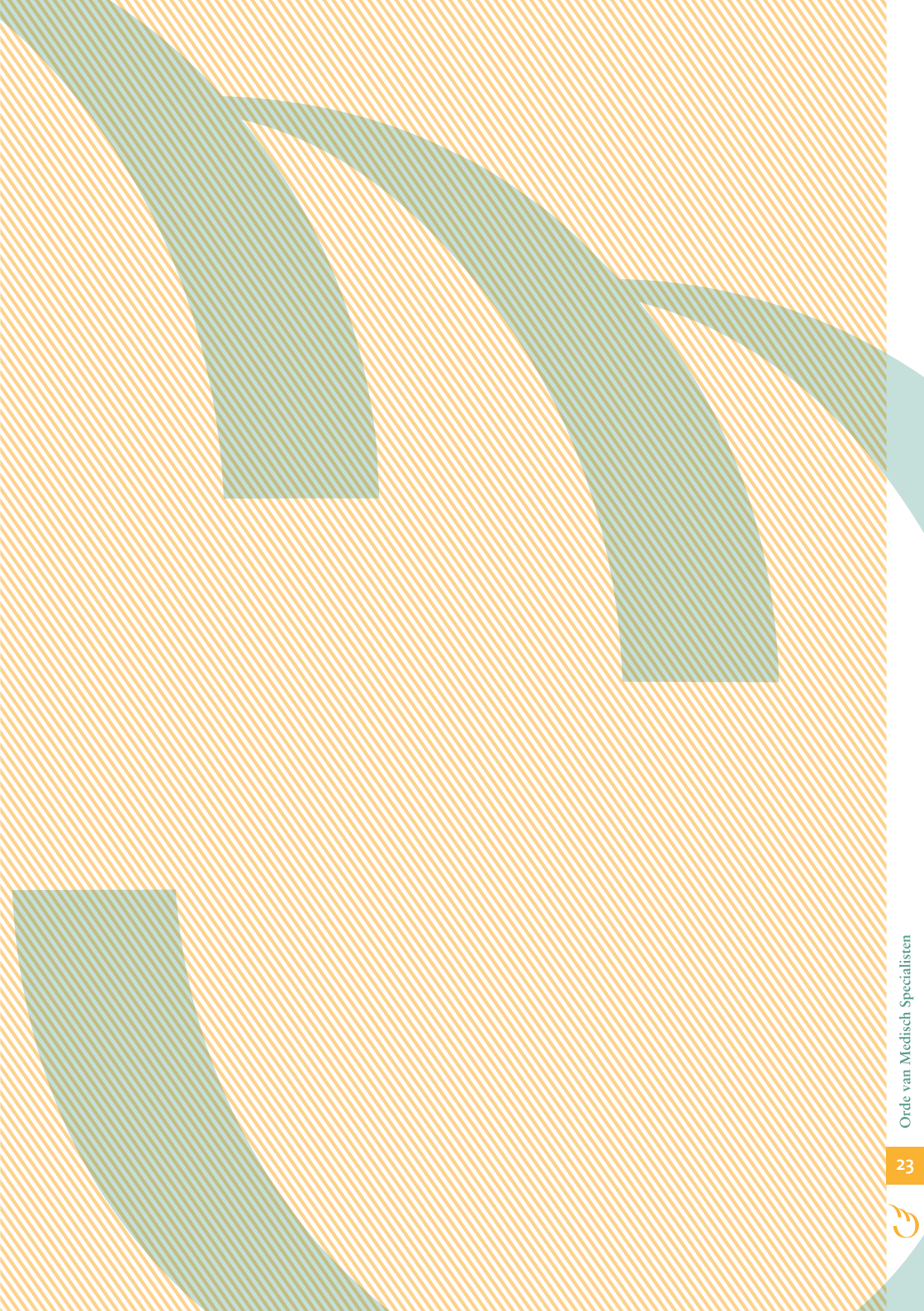
Onder therapeutische substitutie wordt in Nederland verstaan het vervangen van een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof door een werkzame stof met een gelijksoortig werkingsmechanisme en gelijksoortige indicaties. In de praktijk betekent dit werkzame stoffen uit een zelfde geneesmiddelklasse. Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem van het ministerie van VWS is gebaseerd op een indeling van geneesmiddelen in clusters die bestaan uit geneesmiddelen uit een zelfde geneesmiddelklasse.

Therapeutische substitutie komt vaak voor bij patiënten die worden opgenomen in een ziekenhuis.

BRON

Geneesmiddelenbulletin 2004; 38: 61-63
Handleiding geneesmiddelsubstitutie KNMP 2010







Orde van Medisch Specialisten

Domus Medica • Mercatorlaan 1200 • 3528 BL Utrecht • Postbus 20057 • 3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650 • Infodesk (030) 28 23 666 • www.orde.nl

© maart, 2011