

Vergaderjaar 2024–2025

33 578

Eerstelijnszorg

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 160

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 juni 2025

De apotheker speelt een belangrijke rol in de eerstelijnszorg. De apotheker is, samen met de huisarts, wijkverpleegkundige en het sociaal domein een herkenbaar punt in de wijk. Bovendien een waar patiënten zonder afspraak naar binnen kunnen lopen. Dit betekent dat apothekers een belangrijke rol hebben en deze rol moeten oppakken in de ontwikkeling van een toekomstbestendige, sterke eerstelijnszorg. Ik zet mij op verschillende manieren in om de farmaceutische zorg te versterken en om deze zorg toekomstbestendig te maken. Ik werk hierin samen met farmaceutische zorgpartijen zoals vertegenwoordigers van apothekers, voorschrijvers en patiënten.

In deze brief laat ik zien hoe ik mij inzet voor een beweging naar nog betere farmaceutische zorg in Nederland door een update te geven over belangrijke randvoorwaarden hiervoor. Dit zijn medicatieveiligheid, medicatieoverdracht, voldoende personeel en samenwerking tussen zorgverleners. Ook geef ik een update op een aantal acties voor het verbeteren van verantwoord en gepast gebruik van bepaalde geneesmiddelengroepen. Tenslotte bespreek ik de farmaceutische zorg die gegeven kan worden aan patiënten los van verstrekking van een medicijn, zoals bij het minderen en stoppen van medicijnen.

1. Voortgang veldtraject farmaceutische zorg

In twee brieven¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het veldtraject voor de farmaceutische zorg in de eerste lijn. Hier werkt VWS met betrokken koepels², naast de visie eerstelijnszorg aan een apart traject voor de eerstelijns apotheekzorg. Er zijn tafels georganiseerd waar ook zorgverleners uit de praktijk aansluiten. De input uit de praktijk is belangrijk,

¹ Kamerstukken II 2023–2024, 29 477, nr. 864, Kamerstukken II 2024–2025, 33 578, nr. 121

² ASKA, FMS, KNMP, LHV, NApCo, NHG, NVZA, Optima Farma, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN

omdat die helpt om de afspraken concreet toepasbaar te maken. De thematafels *Samenwerking binnen de eerste lijn*, *Samenwerking tussen eerste- en tweede lijn* en *Farmaceutische zorg voor kwetsbare groepen* hebben een werkplan opgeleverd met daarin meerdere concrete werkafspraken.

Veel van deze afspraken gaan over samenwerking en worden ondersteund door samen opgestelde documenten, zoals de Handreiking Samenwerking rondom herhaalmedicatie tussen huisarts en apotheker en de Praatplaat samenwerking huisarts en apotheker.³ De gemaakte werkafspraken worden gedeeld met het veld en daarna geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk van de zorgverleners. De komende maanden werken wij op dezelfde wijze verder op de twee thema's *Preventie en leefstijl* en *Meer impuls aan de farmaceutische zorg*.

De twee overige thema's richten zich op waar digitale farmaceutische zorg in te zetten en waar een andere verhouding tussen logistieke en zorgtaken kan leiden tot een betere farmaceutische zorg. Deze twee thema's worden op verzoek van de partijen met een onafhankelijke begeleider vormgegeven.

Naar verwachting ronden we het hele traject rond de zomer af.

2. Inzicht in de farmaceutische zorg door onderzoek

Ik heb drie onderzoeken laten uitvoeren om de stand van zaken van goede farmaceutische zorg in beeld te brengen. Het gaat hierbij om inzicht in arbeidsmarkt, het verbeteren van medicatieveiligheid en een zorgbrede nulmeting van medicatieoverdracht samen met een te ontwikkelen meetinstrument met bruikbare kwaliteitsindicatoren.

2a. Inzicht in arbeidsmarkt

Het personeelstekort is een groot probleem in de hele zorgsector. Het aanpakken hiervan is een belangrijke prioriteit. Dit personeelstekort zien we ook in de apotheksector. Dit baart mij zorgen omdat openbare apotheken een onmisbare schakel in de zorgketen zijn.

In de verzamelbrief eerstelijnszorg⁴ heb ik benoemd dat ik het belangrijk vind om te weten of wat we vragen van de eerstelijns apotheekeerzorg uitvoerbaar is met de mensen die deze zorg moeten leveren. Daarom heb ik het onderzoek «Knelpunten in de arbeidsmarkt openbare farmacie» laten uitvoeren om een beter beeld te krijgen van de huidige arbeidsmarkt van openbare apotheken. Apothekers zijn onder andere gevraagd naar de omvang van hun personeelstekort en de redenen waarom apothekerpersoneel de openbare apotheksector verlaat. Het rapport en de bijbehorende infographic vindt u als bijlagen bij deze brief.

Uit het onderzoek blijkt dat driekwart van de deelnemende apotheken in de afgelopen twaalf maanden te maken heeft gehad met uitstroom van apothekersassistenten.

Het gemiddelde tekort aan apothekersassistenten waar apotheken nu mee te maken hebben is 1,7 fte op in totaal 6 fte per apotheek. Naast de uitstroom van apothekersassistenten heeft 22% van de deelnemende apotheken te maken gehad met de uitstroom van een apotheker. Apothekers verwachten dat dit personeelstekort verder oploopt, zij

³ Praatplaat samenwerking huisarts en apotheker – NHG: <https://www.nhg.org/actueel/praatplaat-samenwerking-huisarts-en-apotheker/>

⁴ Kamerstukken II 2024–2025, 33 578, nr. 121

schatten dat het gemiddeld tekort aan apothekersassistenten van 1,5 fte in de afgelopen twaalf maanden oploopt tot 1,9 fte in het komende jaar. Dit zijn alarmerende cijfers. Er is werkgevers gevraagd wat de redenen zijn dat apotheekpersoneel uitstroomt. Uit het onderzoek blijkt dat dit bij apothekers voornamelijk gaat om de werkdruk, privéomstandigheden en het beleid rondom geneesmiddelen. Bij apothekersassistenten is het salaris de belangrijkste reden om de openbare apotheek te verlaten.

Apothekersassistenten hebben in 2024 acties gevoerd voor een beter salaris en een lagere werkdruk. Omdat de CAO-onderhandelingen waren vastgelopen, heb ik samen met de Minister van SZW Martin van Rijn gevraagd te bekijken hoe de CAO-onderhandelingen voor apothekersassistenten weer vlot getrokken konden worden. Ik ben blij dat recent bekend is geworden dat er een hoofdlijnenakkoord (bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 37) ligt dat getekend is door de CAO-partijen, en waardeer de inspanningen van de heer Van Rijn in dit traject.

Naast de afspraken die de CAO-partijen met elkaar hebben gemaakt over de arbeidsvoorwaarden van de apothekersassistenten, is ook gesproken over de toekomst van de apotheekzorg. Alle partijen delen de wens om met elkaar te werken aan een transitie naar meer zorgverlening in de apotheek. Ik onderschrijf die transitie van harte, en zie dat als een versterking van de weg die we al ingeslagen zijn, bijvoorbeeld door de extra aandacht voor polyfarmacie, medicatiebeoordelingen en het minderen en stoppen. VWS zal in samenwerking met alle betrokken veldpartijen deze transitie leiden en daarbij voortborduren op een aantal al lopende trajecten.

Ik hoop dat het onderhandelaarsakkoord snel wordt omgezet in een CAO voor alle apothekersassistenten, en dat de mensen in de apotheek daarna zich weer kunnen richten op dat waar ze goed in zijn: apotheekzorg bieden aan patiënten.

Naast het salaris worden in het onderzoek door apothekersassistenten ook de hoge werkdruk en de negatieve houding van patiënten vaak genoemd als reden om de openbare apotheeksector te verlaten. Ik heb in het regeerakkoord (bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 96) aangekondigd dat ik het personeelstekort wil aanpakken via drie lijnen: halveren van de administratietijd, de juiste inzet van medewerkers en het vergroten van vakmanschap en werkplezier. Deze drie lijnen dragen ook bij aan het verlagen van de werkdruk en het vergroten van het werkplezier voor apothekersassistenten. De beroepsgroep van apothekers (KNMP) is betrokken bij het project ZorgVeilig, een project dat zich richt op een veilige werkomgeving en is geïnitieerd door KNMG. Het project wordt gesubsidieerd door VWS. De campagne tegen agressie in de zorg zal zich ook richten op de patiënten van de apotheek. Naast aansluiting bij brede programma's ga ik ook in gesprek met het veld om ideeën op te halen uit de praktijk om het personeelstekort af te wenden.

Een andere belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat apothekersassistenten volgens de meeste apothekers onvoldoende worden gewaardeerd. Niet alleen qua salaris, maar ook qua sociale waardering. Redenen hiervoor zijn het onbegrip van patiënten en de onbekendheid van het vak. Om dit te verbeteren ga ik samen met de beroepsverenigingen en andere betrokkenen een plan van aanpak opstellen hoe we deze waardering kunnen verbeteren.

We zien dat juist het uitvoeren van zorgtaken apotheekmedewerkers werkplezier geeft en apothekers geven in het onderzoek aan dat ze graag willen dat apothekersassistenten meer tijd hebben voor deze zorgtaken.

Hierbij kan worden gedacht aan jaargesprekken met patiënten die chronische medicatie gebruiken en zorg voor specifieke doelgroepen. Uit het onderzoek blijkt dat er vanwege bovengenoemde redenen niet altijd voldoende tijd is voor deze taken.

Een belangrijke randvoorwaarde om het apothekerspersoneel een meer zorg verlenende rol te geven in de toekomst is voldoende personeel. Daarom neem ik dit mee in het plan van aanpak.

2b. Verbeteren zorgbrede medicatieveiligheid

Goed en veilig gebruik van geneesmiddelen is niet vanzelfsprekend. Onjuist gebruik kan tot schade leiden bij patiënten, zoals bijwerkingen, een ziekenhuisopname of een lagere kwaliteit van leven. In 2013 werden 49.000 mensen in het ziekenhuis opgenomen als gevolg van geneesmiddelengebruik. Van deze opnames waren er 27.000 potentieel te voorkomen. Aandacht voor het veilig gebruik van geneesmiddelen, met andere woorden medicatieveiligheid, is dus essentieel voor de gezondheid van patiënten. In opdracht van mijn ambtsvoorgangers is in eerdere onderzoeken⁵ een groot aantal aanbevelingen gedaan om de medicatieveiligheid voor patiënten te verbeteren. Het zorgveld is aan de slag gegaan met het implementeren van deze aanbevelingen. In 2023 heeft mijn ambtsvoorganger de opdracht gegeven te onderzoeken welke aanbevelingen goed geïmplementeerd zijn, welke aanbevelingen nog aandacht vragen en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Ook is gevraagd of er nieuwe aanbevelingen nodig zijn om de medicatieveiligheid te verbeteren.⁶

Uit het onderzoek «Samen werken aan medicatieveiligheid» dat u als bijlage bij deze brief ontvangt, blijkt dat de implementatie van de eerdere aanbevelingen beter moet om de medicatieveiligheid verder te verbeteren. De onderzoekers hebben de aanbevelingen gegroepeerd in elf clusters.⁷ Van de onderzochte elf clusters zijn vijf clusters goed en zes clusters matig tot slecht geïmplementeerd. Goed geïmplementeerd zijn bijvoorbeeld het voorschrijven van een laxerend middel bij patiënten die een sterke pijnstiller (opioïd) gebruiken, en het voorkomen van bloedingen ten gevolge van het gebruik van orale antistollingsmiddelen en ontstekingsremmers (acetylsalicylzuur en NSAID's). Matig tot slecht geïmplementeerd zijn bijvoorbeeld de aanbeveling om een laboratoriumbepaling uit te voeren voor het starten met plasmiddelen en bloeddrukverlagers (diuretica en RAAS-remmers) en de aanbeveling om de indicatie en de gebruiksduur van geneesmiddelen te delen met de apotheker.

⁵ Harm-Wrestling rapport (2008) <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29477-47.html>
Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid (2017) [file:///H:/Downloads/Eindrapport%20Vervolgonderzoek%20Medicatieveiligheid%20\(1\).pdf](file:///H:/Downloads/Eindrapport%20Vervolgonderzoek%20Medicatieveiligheid%20(1).pdf)

⁶ Aanbevelingen gericht op het geneesmiddelgebruik bij ouderen zijn apart onderzocht. Het onderzoeksrapport «Optimaliseren van geneesmiddelengebruik bij ouderen» door SIR is in 2024 naar uw Kamer gestuurd. Kamerstukken II 2023–2024, 29 477, nr. 864

⁷ Clusters:

1. Bloedingen t.g.v. antistollingsmiddelen;
2. Bloedingen t.g.v. acetylsalicylzuur/ carbasalaat en NSAIDs;
3. Verergering nierinsufficiëntie / hartfalen t.g.v. NSAID;
4. Labbepaling bij gebruik plasmiddelen/ RAAS remmers;
5. Fracturen t.g.v. val-incidenten;
6. Glibencamide bij ouderen;
7. Glucocorticoid geïnduceerde osteoporose;
8. Ernstige obstipatie t.g.v. opioïden;
9. Intercurrerende ziekten;
10. Indicatie en gebruiksduur;
11. Verantwoordelijkheid behandeling.

Voor elke onderzochte aanbeveling is een advies geformuleerd met bijbehorende acties om de implementatie te verbeteren. De acties zijn gericht op zorgverleners en bevatten tevens aandachtspunten voor patiënten. Een voorbeeld is het maken van concrete afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners bij laboratoriumbepalingen bij plasmiddelen en bloeddrukverlagers. De onderzoekers stellen voor dat zorgverleners op landelijk niveau afspraken maken over de prioritering, planning, verantwoordelijkheidsverdeling, monitoring en naleving van de aanbevolen acties.

De onderzoekers hebben vier randvoorwaarden geformuleerd die verdere implementatie van de aanbevelingen kunnen stimuleren: (1) betere samenwerking tussen zorgverleners op landelijk, regionaal en lokaal niveau, (2) betere gegevensuitwisseling en beslisondersteuning, (3) passende bekostiging en (4) een beter geïnformeerde patiënt.

Beleidsreactie

De onderzoekers hebben een waardevol rapport «Samen werken aan Medicatieveiligheid» opgeleverd. Ze tonen aan dat de implementatie van de eerdere aanbevelingen beter moet. Ik onderschrijf de conclusies van de onderzoekers dat de samenwerking tussen zorgverleners essentieel is voor de verbetering van de medicatieveiligheid. Het zorgveld is daarbij zelf als eerste aan zet om deze samenwerking goed in te richten en om aan de slag te gaan met het implementeren van de adviezen en acties die het Nivel en consortium partijen in het bijgesloten rapport hebben uitgewerkt. Ik ondersteun het zorgveld actief bij het invullen van de belangrijke randvoorwaarden die hiervoor nodig zijn. Daarnaast zal ik de aanbevelingen agenderen op de thematafel *Meer impuls aan de farmaceutische zorg* uit het veldtraject farmaceutische zorg. Zo probeer ik zicht te houden op de voortgang van de acties hierop van de partijen.

Ik faciliteer de samenwerking door met het landelijke Programma Medicatieoverdracht aan de tweede randvoorwaarde te werken: de zorgbrede uitwisseling van medicatiegegevens ter verbetering van de medicatieveiligheid. Daarnaast werk ik aan de uitwisseling van gegevens die nodig zijn voor goede medicatiebewaking. Het is aan de partijen die betrokken zijn bij het programma⁸ de ketenafspraken zo in te richten dat de gegevens ook gebruikt worden voor goede medicatieveilige zorg. Daarnaast ondersteun ik vanuit het stimuleringsprogramma VIPP Farmacie⁹ de medicatiebewaking op basis van goede beslisondersteuning in de openbare apotheken, zodat de medicatieveiligheid verder wordt verbeterd.

Ik ben het eens met de onderzoekers dat het goed informeren van patiënten bijdraagt aan medicatieveiligheid. Daarom ondersteun ik in den brede de totstandkoming van toegankelijke en begrijpelijke informatie voor patiënten. Een mooi voorbeeld voor geneesmiddelen is de landelijke pictogrammen set voor patiënten, die pas verschenen is. Daarnaast zijn de patiëntenorganisaties een belangrijke partij in het landelijk Programma Medicatieoverdracht en stimuleer ik de beschikbaarheid van medicatiegegevens voor de persoonlijke gezondheidsomgeving van patiënten.

⁸ <https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/partners/>

⁹ VIPP Farmacie: versnelling informatie-uitwisseling patiënt en professional in de openbare farmacie. Het programma, inclusief subsidieregeling, is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opgesteld voor openbare apotheken, poliklinische en dienstapotheken.

2c. Medicatieoverdracht: complete medicatiegegevens nodig voor goede zorg

Een belangrijke basis voor goede farmaceutische patiëntenzorg is de beschikbaarheid van complete en actuele medicatiegegevens voor zorgverleners en patiënten. Om dit te realiseren is het essentieel dat medicatiegegevens kunnen worden uitgewisseld tussen de zorginformatiesystemen van zorgverleners en de persoonlijke gezondheidsomgeving van de patiënt.

In het landelijk Programma Medicatieoverdracht werken partijen hieraan door het implementeren van de kwaliteitstandaard Medicatieoverdracht en bijbehorende afspraken. De doelen zijn het voorkomen van medicatieincidenten en daarmee het verbeteren van de medicatieveiligheid voor patiënten en het verminderen van de administratieve lasten voor zorgverleners. Vanwege het belang werk ik ook aan de wettelijke verplichting voor medicatieoverdracht onder de Wet op de elektronische gegevensuitwisseling (Wegiz).¹⁰ De eerste implementatie van de elektronische uitwisseling van medicatiegegevens vindt plaats in de Kickstartregio's Rijnmond en Friesland.

Om de effecten van de implementatie van de medicatieoverdracht op de verbetering van de medicatieveiligheid en het verminderen van administratieve lasten te kunnen toetsen heeft mijn ambtsvoorganger het Nivel en consortium partijen¹¹ gevraagd een zorgbrede «nulmeting medicatieoverdracht» uit te voeren en een meetinstrument te ontwikkelen met bruikbare kwaliteitsindicatoren.

Nulmeting

De nulmeting richt zich op de stand van zaken van medicatieoverdracht. De insteek hierbij is het zorgbreed¹² meten van Onbedoelde Medicatie Discrepanties (OMD). OMD's zijn onbedoelde afwijkingen tussen het medicatiegebruik van de patiënt en de medicatielijst die de zorgverlener gebruikt en verstrekt. De nulmeting brengt het percentage OMD's in beeld, de tijd en kosten die met het achterhalen van de medicatie-informatie zijn gemoeid en de ervaringen van patiënten en zorgverleners.

U treft het rapport «Medicatieoverdracht»¹³ aan als bijlage bij deze brief. Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners te maken hebben met incomplete medicatielijsten bij een groot deel van hun patiënten. Bij poliklinieken, huisartsen en openbare apotheken werd bij 44% tot 90% van de patiënten minstens één OMD gevonden. Bij opname en ontslag in ziekenhuizen is de situatie beter, 9% respectievelijk 14% van de patiënten had minstens één OMD. Dit komt door de medicatieverificatie die apothekersassistenten uitvoeren. Ze halen fouten uit de aangeleverde medicatielijsten door in gesprek te gaan met de patiënt en zo nodig te bellen met zorgverleners.

De OMD's betreffen vaak verkeerde doseringen, het onjuist toevoegen van medicatie of ontbrekende medicatie. Ook ontbreekt vaak de informatie over allergieën of overgevoeligheden voor medicatie op het medicatie-

¹⁰ Kamerstukken II 2024–2025, 27 529, nr. 327

¹¹ Nivel, Universitair Medisch Centrum Groningen, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Antonius Ziekenhuis Sneek, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Universiteit Utrecht en IVM

¹² Het onderzoek is uitgevoerd in de volgende sectoren: medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg, openbare farmacie, verpleeghuiszorg en wijkverpleging, gehandicaptenzorg, mondzorg, publieke gezondheidszorg en trombosezorg.

¹³ Medicatieoverdracht: Onderbouwing van de noodzaak voor een veiliger en efficiënter proces in de zorgketen.

overzicht. Bijvoorbeeld: het is niet bekend dat een patiënt een antibiotica allergie heeft, waardoor hij of zij schade oploopt doordat toch dit antibioticum wordt verstrekt.

De onderzoekers hebben een meetinstrument met concept kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. Een eerste toets met dit meetinstrument zal plaatsvinden na afronding van de implementatie in de kickstart regio's.

Beleidsreactie

De resultaten uit de nulmeting onderstrepen op heldere wijze de noodzaak voor het goed uitwisselen van medicatiegegevens tussen zorgverleners voor een compleet en actueel medicatieoverzicht. Hierdoor worden medicatie-incidenten voorkomen. Dit laat zien hoe belangrijk het is om de implementatie van de medicatieoverdracht te realiseren. De weg naar het in de praktijk uitwisselen van medicatiegegevens is complex en vraagt inzet van alle betrokken partijen. Het is van het grootste belang dat op basis van de ervaringen uit de Kickstartregio's de implementatie verder stapsgewijs wordt opgeschaald. Met als doel een betere medicatieveiligheid voor patiënten, en minder administratieve lasten voor zorgverleners. Na afronding van de Kickstart vraag ik de onderzoekers in 2027 de effecten van de implementatie te onderzoeken in een vervolgmeting. Ik zie ernaar uit om de eerste effecten in de praktijk te zien van alle inspanningen door alle betrokken partijen en zorgverleners.

3. Gepast gebruik bepaalde geneesmiddelgroepen

Verantwoord en gepast gebruik van geneesmiddelen is belangrijk voor goede farmaceutische zorg. Een belangrijk aspect hiervan is het tegengaan van oneigenlijk gebruik, waarbij mensen geneesmiddelen gebruiken zonder voorschrift van een arts. Zonder medische indicatie en zonder tussenkomst van een arts en apotheker kan dit ernstige gezondheidsrisico's met zich mee brengen voor de patiënt. In het kader van gepast gebruik koppel ik de resultaten van de door uw Kamer verzochte gesprekken met het veld terug over de grote groep mensen die cholesterolverlagende middelen gebruiken en hoe het staat met de voorschrijfdruk van onder andere ADHD medicatie.

3a. Oneigenlijk gebruik ADHD medicatie

In december 2023 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de aanpak oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie onder studenten. Ik heb toen de voortgang van het meerjarig programma «Gezonde Focus» gedeeld. Dit programma is een samenwerking tussen het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en het Trimbos-instituut, gericht op het terugdringen van oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie onder studenten. Het programma liep van mei 2022 tot en met december 2024 en is nu afgerond. Hierbij informeer ik u zoals toegezegd over de eindresultaten van dit project.

Bij de start van het programma lag de nadruk op het vergroten van kennis en bewustzijn over de risico's van oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie bij zorgverleners, onderwijs- en preventieprofessionals en studenten. Hiervoor werd een literatuurstudie uitgevoerd. In 2023 en 2024 verschoof de focus naar het ontwikkelen en implementeren van allerlei materialen en activiteiten.

Er werd een Toolbox Gezonde Focus¹⁴ ontwikkeld om zorgverleners en onderwijs- en preventieprofessionals handvatten te bieden voor het signaleren en aanpakken van oneigenlijk gebruik. Deze bevat allerlei materialen, zoals materiaal gericht op zorgvuldig diagnosticeren, voorschrijven en begeleiden van ADHD-patiënten in de eerste lijn. Denk hierbij aan onder meer een E-learning «ADHD in de eerste lijn» voor zorgverleners en een infographic met aandachtspunten over het zorgvuldig voorschrijven en ter hand stellen van ADHD-medicatie. Ook is er bijvoorbeeld een balietraining voor apothekersassistenten ontwikkeld die gericht is op het herkennen van eigenlijk en oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie en het oefenen van gesprekstechnieken om hierover in gesprek te gaan.

Tijdens de implementatiefase in 2023 en 2024 werden verschillende activiteiten uitgevoerd. Deze waren gericht op de toepassing van alle ontwikkelde materialen en het verbinden van initiatieven en partijen op het gebied van oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. Daarnaast heeft een klankbordgroep¹⁵ bijgedragen aan waardevolle contacten bij andere organisaties zoals de «alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg» en helderopvoeden.nl. Dit heeft onder meer geleid tot een aanpassing van de tekst op Thuisarts.nl over oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie en betrokkenheid van het programma «Gezonde Focus» bij de herziening van de Zorgstandaard ADHD. Voor een overzicht van alle ontwikkelde materialen, activiteiten en behaalde resultaten verwijs ik u graag naar de eindrapportage «Vervolgtraject gezonde focus» in de bijlage bij deze brief.

Ik ben blij met de behaalde resultaten van het programma. Het project vroeg om een multidisciplinaire aanpak en dat is ook gelukt dankzij de inzet van het IVM, het Trimbos-instituut en de klankbordgroep. Dit heeft praktijkgerichte materialen opgeleverd en contacten bij andere organisaties waardoor het onderwerp multidisciplinair onder de aandacht blijft. Het programma heeft hiermee een stevige basis gelegd voor toekomstige samenwerking en het terugdringen van oneigenlijk gebruik van ADHD-medicatie. Hoewel het programma nu is afgerond, blijf ik geïnteresseerd in de verdere ontwikkelingen en vertrouw ik erop dat de opgedane kennis en ervaringen zullen worden gebruikt door het veld en dat alle betrokken partijen deze samenwerking voortzetten en gezamenlijk blijven werken aan het bevorderen van verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

3b. Beknopt onderzoek (on)eigenlijk gebruik (il)legale opioïden

In mijn eerdere brief over extramurale farmaceutische zorg¹⁶ heb ik u geïnformeerd over een overleg tussen VWS en de Nationaal Rapporteur Verslaving (NRV). Dit overleg vond plaats in oktober 2023 en over het (on)eigenlijke gebruik van opioïden (sterke pijnstillers) en of er reden tot zorg is. Oneigenlijk gebruik betekent het gebruik van geneesmiddelen door personen die middelen niet krijgen voorgeschreven door een arts. Naar aanleiding van dit gesprek heeft VWS het Trimbos-instituut vorig jaar de opdracht gegeven om te komen tot een preparedness-scan gericht op het voorkomen van schadelijke effecten van nieuwe synthetische

¹⁴ Toolbox «Gezonde Focus», zie <https://www.medicijngebruik.nl/projecten/informatiepagina/5159/toolbox-gezonde-focus>

¹⁵ Het IVM en het Trimbos-instituut hebben bij het begin van het programma een klankbordgroep gevormd, die bestond uit experts en relevante stakeholders (zoals een psychiater, huisarts, studentenhuissarts, apotheker, onderwijsprofessional, preventieprofessional en studentenvertegenwoordiger)

¹⁶ Kamerstukken II, 2022–2023, 29 477, nr. 864

opioïden, zoals fentanyl (-achtigen) en nitazenen die nog vele malen potenter zijn dan fentanyl. Het onderzoek richt zich op de vraag of de Nederlandse gezondheidszorg en hulpverlening voldoende voorbereid zijn op de (mogelijke) opkomst van nieuwe synthetische opioïden. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het voorjaar van 2025.

In aanvulling op dit onderzoek speelt het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), een belangrijke rol bij het monitoren en beoordelen van nieuwe synthetische opioïden en hun risico's. De risicobeoordelingscommissie van het CAM besteedt regelmatig nadrukkelijk aandacht aan het risico van synthetische opioïden, waarbij (internationale) ontwikkelingen worden gevolgd en signalen worden gedeeld over zowel de gebruikersmarkt als de illegale productie en handel.

3c. Grootschalig gebruik van cholesterolverlagers in Nederland

In Nederland worden tabletten om het cholesterol te verlagen (statines) veel voorgeschreven ter preventie van hart- en vaatziekten. In 2023 gebruikten ongeveer 2,15 miljoen mensen een cholesterolverlager, ten opzichte van 892.000 in 2003.¹⁷ Conform mijn toezegging aan uw Kamer ben ik in gesprek gegaan met de wetenschappelijke vereniging van huisartsen (NHG) over het grootschalige gebruik van cholesterolverlagers.

Voor het gebruik van een cholesterolverlager komen volgens de richtlijn CVRM¹⁸ twee groepen patiënten in aanmerking. Patiënten die al bekend zijn met hart- en vaatziekten (HVZ), zoals een hartinfarct, en patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van HVZ. Voor de laatste groep is behandeling van het cholesterolgehalte alleen geïndiceerd als het 10-jaarsrisico op HVZ (dat wil zeggen ziekte of sterfte aan HVZ) als hoog of zeer hoog wordt ingeschat.¹⁹ Bij het bepalen van dit risico worden verschillende risicofactoren meegenomen, zoals leeftijd, bloeddruk en roken. De toename in het aantal gebruikers van deze cholesterolverlagers is dus mede te verklaren door de vergrijzing.

Ik heb aan het NHG gevraagd hoe het aandacht besteedt aan het langdurig voorschrijven van cholesterolverlagers door huisartsen. Zij geven aan dat een eenmaal gestelde indicatie voor hart- en vaatziekten vaak niet meer zal verdwijnen en dat het effect van cholesterolverlagers aanhoudt zolang ze worden gebruikt. Tegelijkertijd erkennen zij dat er een moment komt waarop de voordelen van de behandeling niet meer opwegen tegen de nadelen. Het is daarom belangrijk dat er aandacht is voor het heroverwegen van het gebruik van cholesterolverlagers bij patiënten boven de 70 jaar. Veldpartijen hebben met subsidie van VWS een kennisdocument over het minderen en stoppen van een cholesterolverlager ontwikkeld.²⁰

Dit document biedt zorgverleners handvatten om het gesprek aan te gaan met patiënten over het al dan niet voortzetten van het gebruik van een cholesterolverlager. Zo kunnen zij de zorg beter laten aansluiten bij de persoonlijke situatie van patiënten en onnodig langdurig gebruik zonder medische noodzaak voorkomen.

¹⁷ https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel_g_00-totaal=R_85_cho&geg=gebr&spec=&item=bijlage

¹⁸ <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>

¹⁹ Volgens risicotabel SCORE2 of op basis van een combinatie van comorbiditeiten, zie https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmsamenvatting_richtlijn_cardiovasculair_risicomanagement.html

²⁰ https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-11/Eindversie%20Kennisdocument%20Statines_0.pdf

Tot slot heb ik, zoals toegezegd²¹, onderzocht waarom de cholesterolstreefwaarde in 2019 is verlaagd. Het NHG geeft aan dat deze verlaging specifiek geldt voor patiënten die doorgemaakte hart- en vaatziekten hebben om de kans op een (nieuw) hart- en vaatincident te voorkomen. Dit is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek waar de voordelen van cholesterolverlagers zijn aangetoond en sluit aan bij internationale richtlijnen.

3d. Diagnose- en voorschrijfdruk onder huisartsen en andere zorgprofessionals

Op verzoek van uw Kamer²² ben ik met verschillende partijen in de zorg in gesprek gegaan om diagnose- en voorschrijfdruk onder huisartsen en andere voorschrijvers breder te onderzoeken, en te zien hoe mogelijk het proces van «samen beslissen» in de spreekkamer kan verbeteren. Dit naar aanleiding van eerder gepubliceerd promotieonderzoek waaruit blijkt dat huisartsen regelmatig druk ervaren om ADHD-medicatie voor te schrijven of door te verwijzen voor een ADHD-diagnose.²³

Uit de gesprekken met de koepelorganisaties van huisartsen, specialisten blijkt dat zij de resultaten uit het promotieonderzoek herkennen. Huisartsen en andere zorgverleners ervaren regelmatig druk bij het voorschrijven van ADHD-medicatie, en bij doorverwijzen voor een ADHD-diagnose. Partijen benadrukken dat dit niet alleen bij ADHD speelt, maar ook breder, zoals bij andere medicatie waaronder afslankmiddelen, slaappillen, sterke pijnstillers en antibiotica.

Zorgverleners zien diverse factoren die bijdragen aan de ervaren diagnose- en voorschrijfdruk bij zorgverleners. Zo geven partijen aan dat de maatschappij veranderd is: patiënten wensen regie en willen meebe-slissen over de zorg die zij ontvangen. Dit is op zich een goede ontwik-keling, maar het kan soms voorkomen dat er spanning ontstaat tussen de wensen van de patiënt en de professionele richtlijnen en kwaliteitsstan-daarden, waarop zorgverleners hun zorg baseren. Anderzijds ervaren patiënten zelf soms ook druk vanuit de maatschappij.

In de gesprekken met de betrokken partijen is verkend of zorgverleners iets extra's nodig hebben om hiermee om te gaan. Koepelorganisaties geven aan dat de professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden voldoende handvatten bieden voor zorgverleners om het gesprek met de patiënt aan te gaan als er sprake is van diagnose- en/of voorschrijfdruk. Zo adviseert het NHG in haar richtlijn huisartsen hoe om te gaan met specialistische medicatie en besteedt daarbij specifieke aandacht aan ADHD medicatie.²⁴ Ook geven koepelorganisaties en de Patiëntenfederatie Nederland aan dat het belangrijk is dat patiënten op een laagdrempelige manier toegang hebben tot betrouwbare informatie over zorg en gezondheid, zoals op Thuisarts.nl en Apotheek.nl. Dit ondersteunt patiënten bij het voorbereiden op het consult bij de zorgverlener, en bij gezamenlijk beslissen over de zorg die bij de patiënt past. Mede om deze reden zet ik ook in op de doorontwikkeling van Thuisarts.nl.

²¹ TZ202407-014

²² Kamerstukken II 2023–2024, 25 424, nr. 694

²³ Zie <https://www.rug.nl/about-ug/latest-news/news/archief2024/nieuwsberichten/0515-persbericht-umcg-ritalin#:~:text=Een%20deel%20van%20de%20kinderen,van%208%20tot%2018%20jaar.>

²⁴ <https://richtlijnen.nhg.org/medisch-inhoudelijke-nhg-standpunten/herhalen-specialistische-medicatie>

Ik vind het belangrijk dat (huis)artsen en andere voorschrijvers de tijd en ruimte krijgen om samen met hun patiënten tot de juiste behandeling en het daarbij horende medicatiegebruik te komen. De landelijke invoering van het programma «Meer Tijd voor de Patiënt» helpt huisartsenpraktijken bij het creëren van die ruimte en tijd om het proces van samen beslissen te verbeteren. Binnen de visie op de eerstelijnszorg en de farmaceutische zorg is er ook aandacht voor passend medicijngebruik.²⁵

Op basis van de gesprekken concludeer ik dat de koepelorganisaties van huisartsen, specialisten, apothekers en de Patiëntenfederatie Nederland zicht hebben op de ervaren diagnose- en voorschrijfdruk onder huisartsen en andere voorschrijvers en dat in hun kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voldoende aandacht voor dit onderwerp is. Ik doe hiermee de motie van het lid Van Eijk over diagnose- en voorschrijfdruk onder huisartsen en andere voorschrijvers (Kamerstuk 25 424, nr. 694) af.

4. Farmaceutische zorg niet gebonden aan verstrekking geneesmiddel

De farmaceutische zorg die apothekers leveren bestaat voor het overgrote deel uit zorg bij de terhandstelling van medicijnen. Deze zorg is belangrijk omdat de apotheker dan verschillende taken uitvoert waaronder medicatiebewaking, het verstrekken van relevante informatie aan de patiënt ter bevordering van goed geneesmiddelgebruik en het uitvoeren van verschillende controles voordat het geneesmiddel ter hand wordt gesteld aan de patiënt.²⁶

Daarnaast zijn er verschillende mogelijkheden om farmaceutische zorg los van de verstrekking van een geneesmiddel te leveren, zoals het uitvoeren van een medicatiebeoordeling. Een medicatiebeoordeling is een systematische beoordeling van alle geneesmiddelen die (veelal oudere) patiënten gebruiken waarbij de arts, apotheker en patiënt betrokken zijn. Het doel hiervan is het optimaliseren van de effectiviteit van de gebruikte geneesmiddelen en het verminderen van de kans op problemen bij de behandeling met geneesmiddelen. Ook kan er farmaceutische zorg gegeven worden bij opname of ontslag uit het ziekenhuis.

Ik zie dat farmaceutische zorg die gegeven kan worden aan patiënten naast het terhandstellen van medicijnen weinig wordt geleverd. Hier liggen mogelijkheden om de farmaceutische zorg nog beter te maken en ook mogelijkheden om patiënten nog beter te kunnen helpen bij het minderen en stoppen van medicijnen.

4a. Stand van zaken van medicatie-evaluaties

In de brief bij het Eindrapport medicatiegebruik bij ouderen²⁷ is toegezegd dat ik zou spreken met veldpartijen over het vergroten van de bekendheid van medicatie-evaluaties. Daarnaast ben ik in gesprek gegaan met het Zorginstituut Nederland om te kijken hoeveel ruimte er is in de aanspraak farmaceutische zorg om medicatie-evaluaties mogelijk te maken. Medicatie-evaluaties, zoals in dit onderzoek beschreven, zijn in de meest intensieve vorm een medicatiebeoordeling. Overige vormen van medicatie-evaluaties omvatten niet alle aspecten of componenten van een medicatiebeoordeling. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een gerichte farmacotherapieanalyse waarbij een korte screening van de totale medicatielijst van een patiënt plaatsvindt.

²⁵ Kamerstukken II, 2023–2024, 33 578, nr. 111

²⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692421_22/

²⁷ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 477, nr. 888

Op de thematafels in het veldtraject farmaceutische zorg komen nieuwe initiatieven met verschillende medicatie-evaluaties zoals jaargesprekken ter sprake. Daarnaast is in een recente werkconferentie door patiënten, apothekers, artsen en zorgverzekeraars besproken wat onder een consult niet gebonden aan uitgifte van medicatie in de apotheek wordt verstaan²⁸. Dit kan ook een medicatie-evaluatie zijn. Het gezamenlijk tot een definitie komen van medicatie-evaluaties door het veld kan houvast geven in de verschillende gesprekken over de zorginhoud en de bekostiging hiervan. In de gesprekken die ik met het veld voer, zal ik bespreken hoe zij hier invulling aan gaan geven.

Als het gaat om het mogelijk maken van meer medicatie-evaluaties, ben ik nagegaan of er belemmeringen zijn in de manier waarop we de aanspraak omschrijven van farmaceutische zorg of in de bekostiging van apotheekzorg. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geven aan dat er geen belemmeringen zijn. Op basis van Besluit zorgverzekering is *advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden* ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van verzekerde geneesmiddelen al onderdeel van het vergoede pakket. Volgens ZIN is een nadere duiding dan ook niet nodig.

Vervolgens heb ik overlegd met de NZa over de mogelijkheden van medicatie-evaluaties in de bekostiging. De NZa komt tot de conclusie dat de huidige regelgeving rondom de bekostiging²⁹ voldoet voor het inzetten van medicatie-evaluaties. Er liggen mogelijkheden in de bekostiging binnen de prestaties terhandstelling van een geneesmiddel, terhandstelling door middel van een Geïndividualiseerde Distributievorm (GDV, ook wel bekend als medicatie op rol), terhandstelling van een nieuw geneesmiddel met begeleidingsgesprek en de prestatie medicatiebeoordeling. Tenslotte is het ook mogelijk om hiervoor facultatieve prestaties in te zetten. Facultatieve prestaties bieden – kort samengevat – apotheker en zorgverzekeraar de mogelijkheid om lokaal knelpunten in de bekostiging van farmaceutische zorg aan te pakken.

Bovendien is voor andere mogelijkheden in de bekostiging een definitie wenselijk van wat met een medicatie-evaluatie wordt bedoeld. Op basis van beroepsrichtlijnen bestaat hier nu geen duidelijke definitie voor. Alleen voor de medicatiebeoordeling is een definitie opgesteld in de KNMP-richtlijn medicatiebeoordeling, waar nu ook een prestatie voor is beschreven. Op basis van de huidige informatie ziet de NZa nu geen aanleiding om een nieuwe prestatie aan te maken voor medicatie-evaluaties.

De NZa blijft uiteraard in gesprek met de veldpartijen over hoe de bekostiging van farmaceutische zorg zo optimaal mogelijk kan worden vormgegeven. Zo is het mogelijk om nadere onderbouwing aan te leveren bij de NZa waarom de huidige prestaties niet voldoen voor de inzet van medicatie-evaluaties. Deze onderbouwing kan worden ingediend als wijzigingsverzoek tijdens de reguliere beleidscyclus extramurale farmacie van de NZa.

²⁸ <https://sirstevenshof.nl/wp-content/uploads/2025/02/Verslag-werkconferentie-medicatieconsulten-20250221.pdf>

²⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692425_22/https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692421_22/ Prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg – TB/REG-23600-01 – Nederlandse Zorgautoriteit.

4b. Motie onderzoeken bekostiging bevorderen ontpillen

Goede apotheekzorg leidt tot passend geneesmiddelgebruik en dus ook tot minderen en stoppen, ofwel ontpillen, bij patiënten bij wie dat mogelijk en nodig is. Ik ben het met de Kamer eens dat de bekostiging van de farmaceutische zorg ontpillen niet mag ontmoedigen. Daarom wordt de motie-Inge van Dijk (Kamerstuk 36 343, nr. 6) al op verschillende manieren opgepakt. In het kader van het veldtraject Farmaceutische Zorg worden afspraken gemaakt over het verbeteren van apotheekzorg. Die gaan bijvoorbeeld over kwetsbare ouderen, een groep waarbij ontpillen veel waarde kan hebben.

Zorgverzekeraars en apothekers maken afspraken over farmaceutisch zorg in hun onderhandelingen. Dat kan ook via prestaties die gericht zijn op zorg *los van een verstrekking van een geneesmiddel*, zoals bijvoorbeeld medicatiebeoordelingen en facultatieve prestaties. In dit soort zorgprestaties wordt grondiger naar het (complete) medicijngebruik van een patiënt gekeken, al dan niet samen met de voorschrijver.

Wat ik zie in de praktijk is dat zorgprestaties zonder verstrekken van een geneesmiddel weinig worden gedeclareerd. Daarom ben ik in gesprek met de koepels van apothekers en zorgverzekeraars en andere relevante partijen over het passend inzetten van deze prestaties en medicatiebeoordelingen. Ook de motie-Inge van Dijk is daar onderwerp van gesprek, omdat ik met deze partijen wil verkennen welke ideeën en mogelijkheden zij zien om ontpillen niet te ontmoedigen. We weten namelijk ook uit het Eindrapport Medicatiegebruik bij ouderen dat er ruimte is om de (inzet van) interventies zoals medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluaties te optimaliseren. Ik verwacht dat het verkennen van de ideeën en mogelijkheden wel enige tijd in beslag zal nemen en zal de Kamer hiervan op de hoogte houden.

Afsluiting

In deze brief heb ik een overzicht gegeven van verschillende facetten en onderzoeken die de farmaceutische zorg raken. Ik blijf werken aan de beweging naar een nog betere farmaceutische zorg samen met zorgverleners, patiënten en andere veldpartijen. Bij belangrijke stappen zal ik uw Kamer uiteraard informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema