

Vergaderjaar 2023–2024

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 888

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 mei 2024

Er zijn ruim 3,6 miljoen 65-plussers in Nederland. Een groot deel van deze ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen en gebruikt daarvoor één of meer geneesmiddelen. Ongeveer 34% van alle 65-plussers is polyfarmacie patiënt, wat betekent dat zij vijf of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken, oftewel 1,2 miljoen ouderen. Bij een polyfarmacie patiënt is het risico op een incident door onjuist geneesmiddelgebruik groter dan bij een niet-polyfarmacie patiënt. Het incident kan dusdanig ernstig zijn dat het leidt tot een geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopname, met alle gevolgen van dien.

Mede om deze reden zet ik mij in om het medicijngebruik te optimaliseren. Het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy heeft hiertoe samen met het NIVEL en de Universiteit Utrecht een uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar het medicijngebruik bij ouderen in de periode van 2017 tot en met 2022. Dit onderzoek heeft als doel om vast te stellen hoe de interventies medicatiebeoordeling¹, minderen en stoppen² en valpreventie³ bijdragen aan het optimaliseren van het medicijngebruik bij ouderen. Zij hebben ook gekeken naar andere vormen van medicatie-evaluaties.⁴ Zoals toegezegd deel ik hierbij het eindrapport met de Kamer.⁵

In deze brief geef ik onder 1. een samenvatting van de resultaten van het onderzoek. Vervolgens licht ik onder 2. de aanbevelingen toe en geef ik een reactie hoe ik, met het veld, aan de slag ga met de aanbevelingen uit

¹ Zie bijlage voor toelichting kernbegrippen medicatiebeoordeling, minderen en stoppen, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluatie.

² Zie bijlage voor toelichting kernbegrippen medicatiebeoordeling, minderen en stoppen, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluatie.

³ Zie bijlage voor toelichting kernbegrippen medicatiebeoordeling, minderen en stoppen, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluatie.

⁴ Zie bijlage voor toelichting kernbegrippen medicatiebeoordeling, minderen en stoppen, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluatie.

⁵ Tweede Kamer 2023–2024, 28 477, nr. 864

het onderzoek. Tenslotte licht ik onder 3. toe hoe dit aansluit bij de stappen die ik met het veld zet om de extramurale farmaceutische zorg (EFZ) verder te verbeteren.

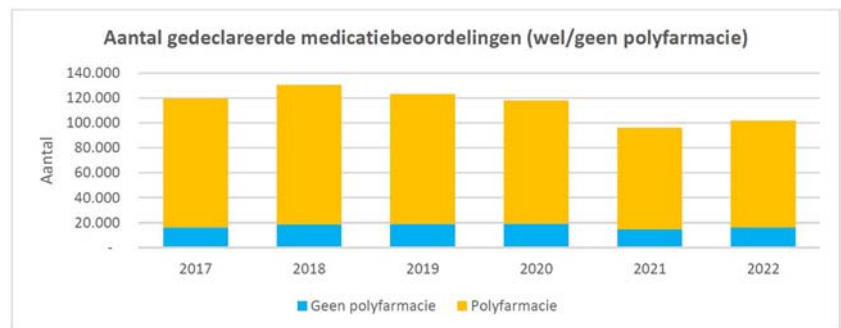
1. Onderzoeksresultaten

Hieronder beschrijf ik de voornaamste resultaten die uit het onderzoek naar voren komen. Deze hebben betrekking op de aantallen, de ervaringen van patiënten en zorgverleners, en de praktischeffecten.

Dalende trend in het aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen

Het aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen schommelt in de periode 2017 tot 2022 en vertoont een dalende trend (zie figuur 1). In 2022 zijn er ruim 100.000 medicatiebeoordelingen gedeclareerd. Van de patiënten waar het om ging was 65% 75 jaar of ouder en 85% een polyfarmacie patiënt.

Figuur 1: Overzicht van het totaal gedeclareerde medicatiebeoordelingen per jaar, uitgesplitst naar wel of geen polyfarmacie

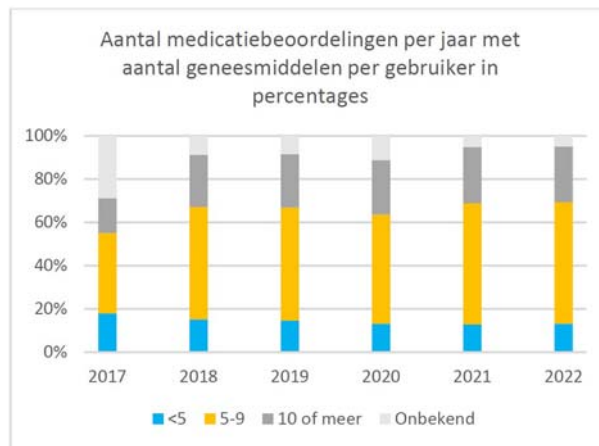


Bij ongeveer een kwart van de patiënten die een medicatiebeoordeling heeft gehad, was sprake van chronisch gebruik van tien of meer geneesmiddelen (hyperpolyfarmacie), waarvan 70% 75 jaar of ouder (zie figuur 2).

De Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen⁶ adviseert een medicatiebeoordeling bij patiënten van 75 jaar of ouder met hyperpolyfarmacie en/of met vastgestelde kwetsbaarheid. Daarnaast geldt voor de overige patiënten dat indien de huisarts en apotheker een uitgebreidere analyse van het medicatiegebruik noodzakelijk achten, zij een medicatiebeoordeling kunnen uitvoeren. Dus patiënten hoeven geen polyfarmacie patiënt te zijn.

⁶ <https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>

Figuur 2: Overzicht van het gemiddeld aantal medicatiebeoordelingen per jaar met het aantal geneesmiddelen per gebruiker in percentages.



In Nederland waren er in 2022 725.000 ouderen boven de 75 jaar die 5 of meer geneesmiddelen gebruikten. Van deze groep patiënten hebben in 2022 ruim 57.000 mensen een medicatiebeoordeling gekregen.

Door wisselingen in contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners in combinatie met de COVID-19 pandemie is eenduidige interpretatie van de dalende trend lastig. Mogelijke verklaringen kunnen zijn:

- Een deel van deze patiënten heeft mogelijk in voorgaande jaren een medicatiebeoordeling gehad. In Nederland zijn in de periode 2017–2022 in totaal ruim 689.000 medicatiebeoordelingen uitgevoerd;
- Een ander deel viel niet binnen de doelgroep van een medicatiebeoordeling;
- Veel patiënten met vijf of meer geneesmiddelen gebruiken medicatie op rol. Bij deze patiënten vindt een medicatie-evaluatie plaats, maar deze wordt niet gedeclareerd als een medicatiebeoordeling.

Uit de vragenlijsten en groepsinterviews met zorgverleners kwamen als redenen voor het minder uitvoeren van medicatiebeoordelingen dat huisartsen en apothekers tijdsgebrek ervaren (door personeelsgebrek, administratieve lasten en geneesmiddeltekorten), en van mening zijn dat er geen kostendekkende vergoeding is voor een medicatiebeoordeling. De vergoedingscondities verschillen per zorgverzekeraar en de medicatiebeoordeling valt bij een aantal zorgverzekeraars binnen het eigen risico. Het rekening houden met deze factoren maakt het selecteren en uitnodigen van patiënten in de dagelijkse praktijk complex.

Ook worden inefficiëntie in de samenwerking, in communicatie en in elektronische gegevensuitwisseling binnen de eerste lijn en met de tweede lijn als belemmerende factoren ervaren. De geïnterviewde apothekers gaven aan dat een van de mogelijke redenen van de daling vanaf 2018 zou kunnen zijn dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in haar toezicht niet langer vroeg naar de uitvoering van het aantal medicatiebeoordelingen. De IGJ heeft besloten om vanaf 2018 niet meer systematisch te toetsen op de aantallen uitgevoerde medicatiebeoordelingen maar wel, tijdens inspectiebezoeken, op de kwaliteit en effectiviteit ervan. In 2019 is dit onderdeel van de richtlijn herzien in de vorm van de nieuwe module medicatiebeoordeling (MBO).

Zorgverleners willen zich blijven inzetten voor deze interventie. Resultaten van het onderzoek laten zien dat 90% van de deelnemende openbaar apothekers en 72% van de deelnemende huisartsen meer medicatiebeoordelingen willen uitvoeren.

De ervaringen en wensen van ouderen

Van de in het onderzoek bevroegde ouderen die geneesmiddelen gebruiken is 50% bekend met een medicatiebeoordeling, of een ander soort gesprek over hun medicijnen met hun zorgverlener. Patiënten die hier ervaring mee hebben geven aan dat dit leidt tot meer begrip van en vertrouwen in de medicatie. Een derde gaf aan dat er sprake was van minder gezondheidsklachten. Daarnaast worden bij medicatiebeoordelingen ook aanpassingen in de medicatie gedaan die gericht zijn op verlaging van risico's op langere termijn.

Dezelfde groep ouderen geeft aan dat ze interventies, zoals medicatiebeoordelingen, aandacht voor valpreventie en het minderen en stoppen van medicatie belangrijk vinden. Ze geven aan dat wat hen betreft deze interventies meer bekendheid bij patiënten zouden moeten krijgen, zodat patiënten met vragen over hun medicijnen weten welke zorgverleners ze daarvoor kunnen benaderen.

Medicatie minderen en stoppen bij één op de drie medicatiebeoordelingen

De interventie minderen en stoppen van medicatie vindt met name plaats tijdens medicatiebeoordelingen, of via gerichte screening door huisartsen en apothekers. Huisartsen en apothekers ervaren het minderen en stoppen van medicatie als complex, door de energie die nodig is om patiënten te motiveren en door de benodigde afstemming met andere zorgverleners, bijvoorbeeld specialisten in het ziekenhuis. Tussen 2017 en 2022 registreerden apothekers bij een op de drie medicatiebeoordelingen dat een medicijn was geminderd of gestopt.

66% van de huisartsen heeft aandacht voor valpreventie; apothekers met name tijdens medicatiebeoordelingen

Twee derde van de huisartsen besteedt structureel aandacht aan valpreventie, waarbij de medicatie in wisselende mate aandacht krijgt. Apothekers besteden met name tijdens medicatiebeoordelingen aandacht aan valpreventie. Een minderheid van de apothekers doet dit ook op andere manieren, bijvoorbeeld door patiënt-avonden of werkgroepen met andere zorgverleners.

Zeer beperkt aantal gedeclareerde facultatieve zorgprestaties

Wanneer een apotheker wil afwijken van de reguliere zorg, bijvoorbeeld om meer zorg op maat te leveren aan de patiënt, dan zijn er mogelijkheden om facultatieve prestaties in te zetten. Facultatieve prestaties kunnen alleen worden ingezet als ze vooraf gecontracteerd zijn tussen apotheker en zorgverzekeraar. In de praktijk treden zorgmakelaars in dit proces veelal op als tussenpersoon voor meerdere apothekers. Voorbeeld van een facultatieve prestatie is een farmaceutisch consult bij een zorgvraag van de patiënt. Doel is het bieden van ruimte in de bekostiging voor consultvoering bij patiënten met een farmaceutische inhoudelijke zorgvraag die niet via één van de andere zorgprestaties gedeclareerd kan worden. Een ander voorbeeld is een begeleidingsgesprek bij astma- en/of COPD-geneesmiddelen. Doel hiervan is het verbeteren van de therapie-

trouw door middel van een geprotocolleerd begeleidingsgesprek⁷. Voor meer uitleg over de facultatieve prestaties verwijs ik u naar de Kamerbrief van mijn ambtsvoorganger.⁸

Het onderzoek laat zien dat de aantallen declaraties van facultatieve zorgprestaties op het gebied van medicatie-evaluaties zeer beperkt zijn: enkele duizenden per jaar. Een belangrijke reden hiervoor is dat facultatieve prestaties beperkt worden gecontracteerd, terwijl uit het onderzoek blijkt dat apothekers wel graag meer van dergelijke medicatie-evaluaties zouden willen uitvoeren.

Een voorbeeld van een incident met medicatie:

Een 70-jarige man krijgt op een dag hartklachten. Hij gaat naar het ziekenhuis waar de cardioloog drie extra chronische geneesmiddelen voorschrijft naast zijn andere twee geneesmiddelen. Deze 70-jarige wordt daarmee een polyfarmacie patiënt, een van de velen in Nederland. Een medicijn dat hij dagelijks moet gebruiken dient ervoor om het hartritme te verlagen, metoprolol. Eenmaal thuisgekomen na ontslag uit het ziekenhuis heeft hij moeite met slapen. Hij gaat naar de huisarts die kortdurend een slaapmiddel, temazepam, voorschrijft. Een week later valt hij in zijn woning. De val is zo hard dat hij zijn heup breekt. De ambulance wordt gebeld en de meneer moet worden opgenomen in het ziekenhuis. De arts van de spoedeisende hulp concludeert dat het gebruik van metoprolol samen met temazepam een mogelijke reden is dat hij zijn balans heeft verloren en is gevallen. Vooral bij oudere patiënten is het gewenst om een combinatie van dit soort geneesmiddelen die het valrisico verhogen, te vermijden.

Er is veel personeel nodig om hem te behandelen: chirurg, verpleegkundigen en geriater voor de operatie, nazorg en overige behandelingen. De kosten in het ziekenhuis lopen hoog op. Eenmaal thuis moet hij maandenlang revalideren. De fysiotherapeut komt langs en meneer krijgt een rollator als medisch hulpmiddel. Hij blijft nog lange tijd hulpbehoevend waarvoor de thuiszorg hulp komt bieden. Hij krijgt medicijnen van de apotheker tegen de pijn en consulten bij de huisarts en praktijkondersteuner (POH'er).

Conclusie

Medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en medicatie gerelateerde valpreventie bevorderen de kwaliteit van farmacotherapie bij ouderen in de eerstelijns die chronisch meerdere geneesmiddelen gebruiken. Dit blijkt uit de daling van het aantal farmacotherapeutisch gerelateerde problemen (FTP's)⁹ en medicatiefouten. Het is niet vast te stellen in welke mate ziekenhuisopnames en overlijdens hierdoor afnemen. Zorgverleners en patiënten vinden de interventies belangrijk voor de medicatieveiligheid.

2. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn in het onderzoek geclusterd binnen vijf thema's: I) medicatiebeoordelingen en andere interventies; II) patiënt centraal & samen beslissen; III) samenwerking, organisatie en communicatie;

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692439_22/

⁸ TK 2023–2024, 29 477, nr. 829

⁹ Zie bijlage met kernbegrippen voor definitie farmacotherapeutisch gerelateerd probleem.

IV) gegevensuitwisseling en -vastlegging en V) vergoeding. Ik ga in op de aanbevelingen onder de thema's en sluit af met mijn reactie daarop.

2.1 Aanbevelingen medicatiebeoordelingen en andere interventies (I), patiënt centraal & samen beslissen (II) en samenwerking, organisatie en communicatie (III)

In de aanbevelingen staat dat oudere patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken periodiek een vorm van medicatie-evaluatie zouden moeten krijgen. Daarnaast moet er ruimte komen om de patiënt meer te betrekken bij het medicijngebruik. De patiënt moet bij de start van de geneesmiddelbehandeling op de hoogte worden gesteld hoe lang de medicijnen moeten worden gebruikt en wanneer een medicatie-evaluatie plaatsvindt. Het is van belang dat patiënten tijdens deze medicatie-evaluaties een rol spelen in de besluitvorming en de mogelijkheid hebben om problemen en incidenten met de medicijnen te melden. Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk dat de huisarts, openbaar apotheker en, indien betrokken, de wijkverpleging in de wijk hierover duidelijke afspraken maken en de uitvoering hiervan periodiek evalueren.

In de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) «Organisatie van zorg bij chronische medicatie»¹⁰ zijn reeds afspraken gemaakt tussen huisartsen, apothekers en wijkverpleging over de organisatie van zorg rondom chronische medicatie. Dit document bevat onder andere afspraken rondom het optimaliseren van de therapietrouw, herhaling van chronische medicatie en medicatiebeoordelingen. Goede implementatie van deze LESA kan de aanbevelingen handen en voeten geven. Ook is het belangrijk dat ouderen weten dat zij aan hun zorgverleners om een medicatie-evaluatie kunnen vragen.

In het onderzoek wordt verder aanbevolen om afspraken te maken op regionaal niveau over de farmaceutische zorg bij ouderen. Zorgverleners in de eerste lijn, zeker apothekers, ervaren barrières bij het voorstellen tot het aanpassen van door specialisten voorgeschreven geneesmiddeltherapie.

Reactie op aanbevelingen medicatiebeoordelingen en andere interventies (I), patiënt centraal & samen beslissen (II) en samenwerking, organisatie en communicatie (III)

Ik vraag de Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Pharmacie (KNMP), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) om implementatie van de afspraken in de bovengenoemde LESA bij hun leden te stimuleren en te ondersteunen.

Ik zal in gesprek gaan met de KNMP, NHG, LHV, V&VN en de Patiëntenfederatie over het vergroten van de bekendheid van medicatie-evaluaties. Daar waar communicatie uitingen van mijn ministerie hierin helpend zijn, wil ik hier een bijdrage aan te leveren.

Op dit moment zet ik mij in voor het versterken van de multidisciplinaire regionale organisatie, zoals ook in de visie Eerstelijnszorg 2030 benoemd staat.¹¹ Deze regionale organisaties hebben meerdere taken, waaronder het maken van zorginhoudelijke afspraken. Daarnaast heeft het versterken van de gegevensuitwisseling tussen de eerste en tweede lijn mijn

¹⁰ <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken/organisatie-van-zorg-bij-chronische-medicatie>

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/13/visie-eerstelijnszorg-2030>

aandacht en zet ik hier al stevig op in, zie hieronder de reactie op aanbevelingen gegevensuitwisseling en -vastlegging.

Aanbevelingen thema gegevensuitwisseling en -vastlegging (IV)

De onderzoekers bevelen aan om de gegevensuitwisseling en vastlegging van medicatiebeoordelingen en medicatie-evaluaties beter te stroomlijnen. Om het effect hiervan op lange termijn te monitoren is gestructureerde vastlegging van uitkomsten, gekoppeld aan interventies, noodzakelijk. Hierbij hoort de uitwerking van een behandelplan, taakverdeling, afspraken en follow-up. Alle behandelaren in de eerste en tweede lijn dienen hieraan bij te dragen. Ook staat in het onderzoek vermeld dat het mogelijk zou moeten zijn dat alle zorgverleners inzage hebben in de uitkomsten van de interventies.

Reactie op aanbevelingen gegevensuitwisseling en -vastlegging (IV)

In het landelijke programma Medicatieoverdracht wordt hard gewerkt aan het beschikbaar stellen en uitwisselen van de medicatiegegevens tussen zorgverleners en patiënt. Dit heeft als doel een compleet en actueel medicatieoverzicht, waarin uitkomsten van bovengenoemde interventies kunnen worden vastgelegd. Ik faciliteer deze ontwikkelingen met financiële middelen die ik ter beschikking stel en met wetgeving.

De opgave is complex en uitdagend en vergt naast middelen vooral ook tijd. Het Programma Medicatieoverdracht loopt vanaf 2020. Alle partijen erkennen het belang van verbetering van de uitwisseling van medicatiegegevens en dragen bij aan de implementatie van de kwaliteitsstandaard en bijbehorende informatiestandaarden voor medicatieoverdracht. Met de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) die sinds 1 juli 2023 van kracht is, worden aan de zorgsectoren stapsgewijs verplichtingen opgelegd voor het uitwisselen van medicatiegegevens. Dit vormt daarmee een stimulans voor partijen om gezamenlijk werk te maken van medicatieoverdracht. Over de voortgang wordt u periodiek geïnformeerd via de jaarlijkse Kamerbrief over de voortgang van de Wegiz¹².

Aanbevelingen thema vergoeding (V)

De aanbevelingen vragen van zorgverzekeraars en zorgverleners om langdurige en kostendekkende afspraken te maken voor medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie. Een onderdeel van deze onderzoeksaanbeveling is om te komen tot een generieke, goed gedefinieerde, niet-facultatieve NZa prestatie in het basispakket, gezien de huidige veelheid van facultatieve prestaties. Het zou volgens de onderzoekers wenselijk zijn dat zorgverzekeraars medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie buiten het eigen risico laten vallen.

Reactie op aanbevelingen thema vergoeding (V)

Mijn ambtsvoorganger heeft in de Kamerbrief van 8 mei 2023¹³ gevraagd aan apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars om met elkaar om tafel te gaan over een passend tarief en voldoende tijd voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen. Daarnaast is ook in de brief de oproep gedaan aan apothekers, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om facultatieve prestaties makkelijker in te laten zetten ten behoeve van goede en passende farmaceutische zorg. Dit onderzoek betreft de eerdere periode

¹² TK 2023–2024, 27 529 nr. 303

¹³ Zie bijlage met kernbegrippen voor definitie farmacotherapeutisch gerelateerd probleem.

van 2017 tot en met 2022 en geeft daarom geen inzicht in de effecten van deze recentere oproep aan het veld. Ik zal in gesprek gaan met het veld over de door hen gezette en te zetten stappen. Ook zal ik de ontwikkelingen monitoren van de aantallen gedeclareerde medicatiebeoordelingen en facultatieve prestaties.

Ik ga in overleg met het Zorginstituut Nederland om te bekijken of er nog iets nodig is in de duiding voor de aanspraak op medicatie-evaluaties. Ook ga ik met de Nederlandse Zorgautoriteit in overleg over de mogelijkheden van medicatie-evaluaties in de bekostiging.

3. Overige stappen extramurale farmaceutische zorg

Het optimaliseren van medicatie-gebruik bij ouderen sluit aan bij mijn wens om meer aandacht te besteden aan de extramurale of eerstelijns farmaceutische zorg (EFZ). In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zijn hierover afspraken gemaakt. In het IZA is deze opdracht gericht op het ontlasten van de huisarts en in het programma WOZO is deze gericht op het optimaliseren van de farmaceutische zorg voor ouderen. Mijn ambtsvoorganger heeft samen met betrokken veldpartijen¹⁴ zeven thema's vastgesteld om de EFZ te verbeteren. Deze worden nu via werkafspraken met het veld geconcretiseerd.

Eerder is met financiering van het Ministerie van VWS de module minderen en stoppen ontwikkeld als onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Deze module is in 2020 gepubliceerd. Apothekers- en artsorganisaties hebben daarna scholing ontwikkeld voor zorgverleners en communicatiematerialen voor patiënten, om de implementatie van deze module te stimuleren.

Tevens zijn kennisdocumenten gefinancierd die zorgverleners praktische handvatten bieden om ouderen te begeleiden in het minderen en stoppen van medicatie.

Tot slot

Ik vind het belangrijk dat ouderen die onder de doelgroep vallen voor een medicatiebeoordeling, volgens de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, deze ook periodiek krijgen. Ouderen met polyfarmacie zouden periodiek een andere, passende, vorm van medicatie-evaluatie moeten krijgen. Dit allereerst voor de patiënt zelf, om medicatie gerelateerde gezondheidsschade te voorkomen en bij te dragen aan gepast medicijngebruik in tijden van schaarste van zorg en medicijnen.

De resultaten uit het onderzoek laten zien dat er ruimte is om de (inzet van) interventies medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie, valpreventie en andere vormen van medicatie-evaluaties te optimaliseren.

De aanbevelingen uit het onderzoek leiden tot de bovengenoemde acties, die ik uit zal voeren. Ook geven de aanbevelingen mij handvatten om de extramurale farmaceutische zorg verder te optimaliseren samen met het veld. Voor het einde van 2024 zal ik u informeren over de voortgang.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra

¹⁴ ASKA, FMS, KNMP, LHV, NApCo, NHG, Optima Farma, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN

Ouderen	70 jaar en ouder
Polyfarmacie ¹	Chronisch gebruik van 5 of meer geneesmiddelen
Hyperpolyfarmacie ¹	Chronisch gebruik van 10 of meer geneesmiddelen
Medicatiebeoordeling (MBO) ¹	Een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt of mantelzorg, arts en apotheker. Het doel hiervan is het optimaliseren van de effectiviteit van de farmacotherapie en het verminderen van de kans op farmacotherapiegerelateerde problemen. Een medicatiebeoordeling is de meest intensieve vorm van medicatie-evaluatie. Het is mogelijk dat een uitgevoerde medicatiebeoordeling niet gedeclareerd is bij de zorgverzekeraar. Ik spreek daarom in deze Brief alleen over het aantal <i>gedeclareerde</i> medicatiebeoordelingen.
Doelgroep voor een MBO volgens de MDR polyfarmacie bij ouderen (sinds 2019) ¹	75 jaar en ouder met 10 of meer geneesmiddelen en/of vastgestelde kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt ingeschat door de behandelende zorgverlener.
Andere vormen van medicatie-evaluatie	Omvatten niet alle aspecten of componenten van een MBO. <i>Voorbeeld 1, gerichte farmacotherapieanalyse:</i> een korte screening van de totale medicatielijst, zo mogelijk in combinatie met laboratoriumgegevens en indicaties door openbaar apotheker en/of huisarts zonder consult met de patiënt (veel voorkomend bij patiënten met medicatie op rol en/of patiënten wonend in een zorginstelling) <i>Voorbeeld 2, gerichte medicatieconsult:</i> niet de integrale farmacotherapie maar een deelaspect geëvalueerd wordt in een consult met de patiënt, bijvoorbeeld gericht op een specifiek geneesmiddel, een specifieke aandoening of een specifieke zorgvraag.
Minderen en stoppen van medicatie	Het proces van onder toezicht van een zorgverlener minderen en/of stoppen van medicatie waarvoor naar de mening van patiënt (of diens vertegenwoordiger) en/of behandelaar onvoldoende reden voor het gebruik (meer) bestaat of waarvan de balans tussen effectiviteit en veiligheid negatief is geworden.
Valpreventie	Zorgactiviteiten gericht op het verminderen van valincidenten bij ouderen. Bij valpreventie kan aandacht besteed worden aan valgevaarlijke medicatie: medicatie waarvan bekend is dat deze de kans op vallen verhoogt, bijvoorbeeld doordat deze sufheid of duizeligheid veroorzaakt. Naast deze medicatiegerelateerde valpreventie kunnen ook fysieke training en aanpassing van de leefomgeving bijdragen aan vermindering van het valrisico.
Medicatie op rol	Een geïndividualiseerde distributievorm waarbij de medicijnen voor een patiënt per dag per inname-moment in een zakje worden geleverd (waarbij de zakjes gezamenlijk een rol vormen voor 1 of 2 weken) om de ordening en inname voor de patiënt te vereenvoudigen.
Farmacotherapiegerelateerd probleem (FTP)	(risico op) een gebeurtenis of omstandigheid met betrekking tot de farmacotherapie die mogelijk leidt tot een suboptimale behandeluitkomst zoals een bijwerking, een probleem bij het gebruik, overbehandeling (geneesmiddelen in gebruik waarvoor geen indicatie meer is) en onderbehandeling (niet alle aandoeningen/ klachten worden afdoende behandeld). Een deel van de FTP's betreft medicatiefouten: fouten in het proces van voorschrijven, afleveren, of toedienen/gebruiken van geneesmiddelen.

¹ Definities sluiten aan bij de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen inclusief de onderliggende richtlijnmodules (2012–2020).