



Gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Ervaringen van gebruikers van longmedicatie

H.E. Zwikker
M. Vervloet
E. Koster
D. Philbert
N. Damen
L. van Dijk

Colofon

ISBN: 978-94-6122-334-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Het Longfonds over dit onderzoek:



'Slechter af met iets anders'

Het Longfonds ontvangt steeds vaker meldingen van mensen met een longziekte, die een ander medicijn mee krijgen bij de apotheek dan de arts voorschreef. Het NIVEL onderzocht wat de ervaringen zijn van longpatiënten met het wisselen van medicijnen. En welke gevolgen zij ervaren.

Uit dit onderzoek blijkt dat ruim één op de vier mensen met een longziekte (28%), wordt geconfronteerd met iets anders dan was voorgeschreven: een andere inhalator, een ander merk of doosje. Een kwart van deze 'wisselaars' krijgt iets anders van hun behandelend arts. Drie kwart van de wisselaars wordt bij de balie van de apotheek geconfronteerd met iets anders dan de arts voorschreef.

Verlies van gezondheid

De mensen die een ander medicijn mee krijgen bij de apotheek, lopen aan tegen praktische problemen (23%): ze raken in de war over het gebruik van het nieuwe medicijn, twijfelen of ze nog goed inhaleren. Van de wisselaars geeft de helft (55%) aan de medicijnen goed te gebruiken. Daarmee groeit de kans enorm dat de behandeling van de longziekte niet meer effectief is. Het Longfonds is bezorgd over het feit dat een derde (31%) van de wisselaars aangeeft dat de longziekte slecht onder controle is. De gezondheid gaat achteruit, zo blijkt uit het onderzoek. En er zijn meer bijwerkingen, melden patiënten. De helft (54%) zegt een goede gezondheid te hebben. Al deze problemen komen minder voor onder mensen die niet wisselen, zo blijkt uit dit onderzoek.

Een longziekte die slechter onder controle is en een gezondheid die achteruit gaat – het heeft volgens het Longfonds allebei grote invloed op de kwaliteit van leven: mensen met een longziekte moeten volgens ons kunnen vertrouwen op een behandeling die past bij hun klachten en hun situatie. Is de longziekte minder goed onder controle, dan merken mensen dat in hun dagelijks leven, hun werk, op school, in de sociale omgang. De maatschappelijke impact is niet te onderschatten.

Financiële prikkel

Mensen met een longziekte bij de apotheek die van medicijn moeten wisselen, krijgen daar te horen dat hun vertrouwde medicijn niet voorradig is. Het Longfonds vindt het opmerkelijk dat wisselaars dit argument vaker horen (40%) dan mensen die niet wisselen (13%) of wisselen op initiatief van de voorschrijver (27%). We vragen ons af of dit is omdat wisselen voor de patiënt medisch niet nodig is, maar voor de verstrekker wel financieel aantrekkelijk?

Wisselen gebeurt niet alleen bij de apotheek, ook de arts kan de medicatie aanpassen. Bijna altijd zal dat gebeuren om medische redenen en in overleg met de patiënt. Hoewel ook hier het Longfonds signalen bereiken dat zorgverzekeraars afspraken maken met voorschrijvers over 'doelmatig voorschrijven'.

Het Longfonds vindt het zeer verontrustend dat één op de vijf mensen met een longziekte aan de balie van de apotheek te maken krijgt met iets anders dan de arts voorschreef. Dat is meer dan te verwachten was op basis van het preferentiebeleid dat slechts twee Nederlandse zorgverzekeraars hanteren. Bij geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof mag de zorgverzekeraar bepalen welke variant hij vergoedt. Een uitzondering geldt bij medische noodzaak – dan mag niet gewisseld worden. Het Longfonds constateert dat zelfs dan soms nog gewisseld wordt.

Het preferentiebeleid betekent dat zorgverzekeraars de kosten van medicatie kunnen verlagen door leveranciers te laten concurreren op prijs. De verzekerden worden daar in principe eenmaal per jaar over geïnformeerd.

Goede zorg

Mensen met een longziekte hebben recht op goede verzekerde zorg. Dat recht ontleen ze aan de wet en aan hun polis. Maar dat recht wordt aangetast, zo concludeert het Longfonds op basis van dit onderzoek, door het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, met daaruit voortvloeiende inkoopafspraken en -voordelen met apothekers of voorschrijvers.

De longpatiënt krijgt niet mee wat hij of zij gewend is. Met alle ongewenste effecten van dien. Mensen verlaten de apotheek niet alleen met iets anders dan ze gewend zijn, maar volgens het Longfonds ook met veel vragen. Uitleg over de reden van het wisselen ontbreekt: veel mensen krijgen die uitleg niet bij de apotheek. Dat is een schending van richtlijnen in de zorg en in de beroepsgroep. Bovendien zou de patiënt betrokken moeten worden bij die afweging. Het farmaceutisch inkoopbeleid van zorgverzekeraars, laat staan de daadwerkelijke afspraken met apothekers en voorschrijvers, is niet te raadplegen.

Onacceptabel

Het Longfonds vindt dat mensen met een longziekte alleen van medicijn kunnen wisselen in overleg met de arts en op medische gronden. Elke andere afweging – veelal om financiële prikkels als preferentiebeleid, inkoopafspraken of inkoopvoordelen – is ontoelaatbaar. Wisselen leidt nu tot onnodige problemen die onacceptabel zijn voor mensen met een longziekte: zij moeten erop kunnen vertrouwen dat zij die medicijnen krijgen die passen bij hun ziekte en hun mogelijkheden. Vooral bij inhalatiemedicatie is dat van belang: er moet een goede match zijn tussen de kenmerken van de patiënt (hand-long coördinatie, handfunctie, stroomsterkte van de ademhaling) en die van de inhalator (zoals uitstroomsnelheid, gebruiksgemak).

Voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars dragen daarvoor een grote verantwoordelijkheid, zij vervullen een hoofdrol in goede zorg voor mensen met een longziekte.

Het Longfonds daagt graag zichzelf, partners in de zorg en de politiek uit om te zorgen dat

- longpatiënten goed geïnformeerd zijn over hun rechten;
- er geen preferentiebeleid gevoerd wordt voor inhalatiemedicatie – als dat wel gebeurt, moeten mensen vooral goed geïnformeerd zijn over de preferente middelen;
- richtlijnen in apothekerszorg en longzorg worden gehandhaafd;

- longpatiënten goed geïnformeerd zijn over de reden van wisselen, zij moeten om instemming worden gevraagd en goed worden geïnstrueerd over het gebruik van de nieuwe medicatie;
- de notie ‘Medische Noodzaak’ van voorschrijvers wordt gerespecteerd en dat zulke medicijnen worden verstrekt zonder aanvullende eisen te stellen.

De handschoen opnemen

Een longziekte die slechter onder controle is en een gezondheid die achteruit gaat – dit rapport onderstreept volgens het Longfonds dat sturen op doelmatigheid van zorg ten koste kan gaan van de gezondheid van mensen. Inhalatiemedicatie is bij uitstek maatwerk. Is dat broze evenwicht zoek door het wisselen van medicijnen op niet-medische gronden, dan is de maatschappelijke impact groot.

Het Longfonds neemt de handschoen op: we gaan ervoor zorgen dat mensen met een longziekte hun rechten kennen en niet zondermeer de apotheek verlaten met iets anders dan wat ze gewend zijn.

Onze oproep aan zorgverleners is: houd vast aan de eigen medische richtlijnen *handleiding geneesmiddelen substitutie van de KNMP* en het rapport *Goed gebruik inhalatiemedicatie astma en COPD* van de Longalliantie Nederland. Geef uitleg en begeleiding bij de wisseling van het medicijn, wissel niet zonder instemming van de patiënt en de arts.

Ook de politiek kan de handschoen oppakken: schaf preferentiebeleid voor inhalatiemedicatie af - vergelijkbaar met behandelingen die zijn opgenomen in de ‘lijst Borst’ en dus worden vergoed. Ook over inhalatiemedicatie mag geen twijfel bestaan.

Pakt u met ons die handschoen op?

Directeur Longfonds patiëntenvereniging



Hendrien Witte

Samenvatting

Het komt geregeld voor dat geneesmiddelgebruikers aan de apotheekbalie een ander merk meekrijgen dan zij zijn gewend. De werkzame stof in het geneesmiddel is dan hetzelfde, maar het geneesmiddel is dan van een andere fabrikant. Daardoor kunnen de naam, verpakking, toedieningsvorm, inhalator of dosering van het medicijn anders zijn dan gebruikelijk voor *deze* patiënten. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de patiënt?

Preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Om kosten van extramuraal geneesmiddelgebruik terug te dringen, oefenen zorgverzekeraars op verschillende manieren invloed uit op de geneesmiddelen die patiënten voorgeschreven en geleverd krijgen. Eén van deze manieren is het 'preferentiebeleid'. Dit beleid kent een wettelijke basis en leidt op de *zorgverzekeringsmarkt* tot een beperking van de aanspraak van patiënten op vergoeding van geneesmiddelen. Dit werkt als volgt. Zodra het octrooi op een bepaald geneesmiddel verloopt, kunnen meerdere fabrikanten een geneesmiddel aanbieden met dezelfde werkzame stof. De zorgverzekeraar kan voor een bepaalde looptijd dan een variant van één fabrikant aanwijzen (meestal diegene die de laagste prijs biedt). De verzekerde heeft dan uitsluitend aanspraak op dat preferente geneesmiddel en krijgt dit middel (met dezelfde werkzame stof) mee van de apotheker. De verzekeraar publiceert zijn preferentiebeleid, zodat het voor de verzekerde duidelijk is op welke geneesmiddelen hij/zij aanspraak heeft.

Naast het preferentiebeleid kunnen zorgverzekeraars ook op de *zorginkoopmarkt* afspraken maken met zorgaanbieders, zoals artsen en apothekers. Zij kiezen dan een vorm van 'farmaceutische zorginkoop' om het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen. Een vorm van farmaceutische zorginkoop is bijvoorbeeld de 'laagste prijsgarantie'. Daarbij mag de apotheker bij de zorgverzekeraar alleen het middel met de laagste prijs declareren. Een ander voorbeeld van farmaceutische zorginkoop is het 'pakjesmodel'. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan de apotheker één gemiddelde, maandelijks bepaalde prijs per pakje, ongeacht het soort geneesmiddel, merk en inkoopprijs. Ook kan de zorgverzekeraar nog andere prikkels inbouwen die zorgverleners stimuleren om te kiezen voor een doelmatig en/of door de verzekeraar aangewezen geneesmiddel, zoals het financieel belonen van het behalen van minimum of juist maximum percentages in het voorschrijven van generieke middelen versus merkgeneesmiddelen.

Gevolgen

Het preferentie- en inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft geleid tot forse besparingen op de geneesmiddelenkosten. Door dit beleid krijgen patiënten wel regelmatig te maken met wisselingen in hun medicijnen. Dit kan, naast bedoelde, ook onbedoelde gevolgen hebben voor patiënten. Apothekers signaleren bijvoorbeeld dat patiënten in verwarring raken of boosheid ervaren door het preferentie- of inkoopbeleid. Ook blijkt uit onderzoeken van De Nederlandse Patiënten en

Consumenten Federatie en het Longfonds onder hun panelleden in 2014 dat een deel van de patiënten die van medicatie wisselt daar problemen mee heeft, bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen. Deze signalen zijn voor het Longfonds aanleiding voor verder onderzoek.

Verbanden tussen wisselen van longmedicatie en patiëntervaringen?

Het wisselen van medicatie wegens preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop heeft zowel bedoelde als onbedoelde gevolgen. Voor de maatschappij zijn dat bijvoorbeeld kostenbesparingen: voor verzekerden kan dit leiden tot een lagere premie. Maar er zijn ook onbedoelde gevolgen gerapporteerd. In samenwerking met het Longfonds kijken we in dit onderzoek naar mogelijke gevolgen van dit beleid op ervaringen van patiënten met longmedicatie, zorg en gezondheid. Tot op heden zijn **verbanden tussen het wisselen van medicatie (als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop) en patiëntervaringen** ten aanzien van longmedicatie, zorg en gezondheid zijn niet systematisch in kaart gebracht. Dat is het primaire doel van dit onderzoek.

We kijken hierbij naar eventuele verbanden tussen het wisselen van longmedicatie en praktisch gebruik van medicatie, werking en bijwerkingen, al of niet moeten (bij)betalen voor medicatie, aflevering, zelfvertrouwen in het nemen van medicatie, vertrouwen in zorgverleners, therapietrouw en ervaren gezondheid. Overigens worden patiënten niet alleen gewisseld van longmedicatie op *initiatief van de apotheek*, maar ook op *initiatief van de arts*. De redenen voor wisselen door de arts kunnen divers zijn. Zij kunnen zijn ingegeven door inkoopsturing van de zorgverzekeraar maar ook door medische redenen.

Verbanden tussen wisselen van medicatie en patiëntervaringen.

De patiënten zijn in 2014 geworven via apotheken van het UPPER-netwerk (Netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk). Vierentwintig apotheken door heel Nederland hebben meegedaan. In totaal hebben 518 patiënten een (online) vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met longmedicatie en eventuele wisselingen daarin. Hiervan hebben 502 patiënten aangegeven of zij in het afgelopen jaar al dan niet van longmedicatie zijn gewisseld. Ruim één op de vier van deze patiënten geeft aan gewisseld te zijn (28%). Van deze 138 patiënten is driekwart (76%) gewisseld op initiatief van de apotheek, de rest op initiatief van de arts (24%). Omdat van deze laatste groep de achterliggende redenen voor wisselen niet duidelijk zijn, gaan we in deze samenvatting uitsluitend in op de resultaten voor de 105 mensen die gewisseld zijn door de apotheek.

Er zijn verbanden tussen het wisselen van longmedicatie en patiëntervaringen ten aanzien van longmedicatie, zorg en gezondheid. De groep patiënten die het afgelopen jaar van longmedicatie is gewisseld *op initiatief van de apotheek* verschilt op de volgende punten van de groep patiënten die in het afgelopen jaar niet is gewisseld van longmedicatie:

- problemen met praktisch gebruik: van de patiënten die het afgelopen jaar wisselden van longmedicatie *op initiatief van de apotheek* ('apotheek-wisselaars'), rapporteert bijna een kwart (23%) problemen met praktisch gebruik van longmedicatie te hebben gehad, zoals

problemen met inhaleren. Voor de groep die niet gewisseld is van longmedicatie ('niet-wisselaars'), is dat één op de acht mensen (13%).

- Bijwerkingen: bijna een derde van de apothek-wisselaars (29%) rapporteert bijwerkingen tegenover één op de zes (16%) van de niet-wisselaars.
- Niet voorradig zijn van medicatie: vier op de tien apothek-wisselaars (40%) rapporteren dat de voorgeschreven longmedicatie wel eens niet voorradig was het afgelopen jaar tegenover één op de acht (13%) van de niet-wisselaars.
- Therapietrouw: iets meer dan de helft (55%) van de apothek-wisselaars is therapietrouw tegenover twee derde (68%) van de niet-wisselaars.
- Ervaren gezondheid: iets meer dan de helft (54%) van de apothek-wisselaars rapporteert een (zeer) goede gezondheid tegenover bijna drie kwart (71%) van de niet-wisselaars.
- Controle over de longziekte: zeven op de tien (69%) van de apothek-wisselaars rapporteert een goede controle te hebben over de longziekte met behulp van medicijnen tegenover ruim acht op de tien (83%) van de niet-wisselaars.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen wisselaars en niet-wisselaars ten aanzien van de ervaren werking van longmedicatie, het moeten (bij)betalen voor longmedicatie, zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over, en gebruik van longmedicatie, en ziekteverzuim.

Informatie aan patiënten

Patiënten moeten instemmen met een behandeling (informed consent). Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer twee derde van patiënten die zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apothek geen informatie vanuit zorgverleners hebben gekregen over veranderingen van medicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	6
Het wisselen van longmedicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop	10
DEEL A – RESULTATEN VRAGENLIJST PATIËNTEN VIA APOTHEKEN UPPER-NETWERK.....	20
1 Wisselen van longmedicatie	21
2 Wisselen en praktisch gebruik van longmedicatie.....	27
3 Wisselen en (bij)werkingen van longmedicatie	30
4 Wisselen, bijbetaling en levering	34
5 Wisselen en vertrouwen in eigen kunnen, medicatie en zorgverleners.....	37
6 Wisselen en zelfgerapporteerde therapietrouw.....	41
7 Wisselen, gezondheid en verzuim.....	44
8 Wisselen, informatievoorziening en afstemming van de zorg.....	47
DEEL B – VERGELIJKING VAN RESULTATEN MET DRIE ANDERE DATABRONNEN.....	49
9 Vergelijking resultaten met drie andere databronnen	50
Conclusie & beschouwing.....	58
Referenties	67
Appendix 1 Beschrijving van de deelnemers	69
Appendix 2 Methode onderzoek	71
Appendix 3 De uitnodigingsbrief voor de patiënten.....	75
Appendix 4 De vragenlijst	76
Appendix 5 Resultaten enquête onder apothekmedewerkers.....	92
Appendix 6 Beslisboom substitutie voor apothekers (uit: Handleiding Geneesmiddelsubstitutie, KNMP, 2013).....	94
Appendix 7 Begrippenlijst	95

Het wisselen van longmedicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop

Het voorschrijven en vergoeden van geneesmiddelen kent een dynamiek waarbij veel actoren zijn betrokken. Onderdeel van deze dynamiek zijn afspraken over geneesmiddelen tussen zorgverzekeraars en verzekerden en tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze afspraken vallen onder 'preferentiebeleid' of 'vormen van farmaceutische zorginkoop'. Als gevolg hiervan kunnen patiënten aan de apotheekbalie of in de spreekkamer te maken krijgen met een wisseling van hun medicijnen, zoals is geschetst in onderstaand voorbeeld:

Voorbeeld 'Meneer Janssen'

"Meneer Janssen gebruikt al heel wat jaren longmedicatie. Hij gebruikt nu al langere tijd hetzelfde medicijn. Hij is daar tevreden over en is gewend aan de inhalator. Op een dag komt meneer Janssen bij zijn apotheek om een nieuwe voorraad medicijnen op te halen. In plaats van dat hij zijn gebruikelijke medicijn krijgt, krijgt hij nu het medicijn van een ander merk mee. Ook is de inhalator anders dan diegene die hij al langere tijd gebruikt. De apotheker legt uit dat het nieuwe geneesmiddel middel dan wel anders is wat betreft merk/inhalator, maar dat de werkzame stof precies hetzelfde is".

Wisselingen in medicatie: beleid van zorgverzekeraars

Bovenstaand voorbeeld beschrijft een situatie die geregeld voorkomt. Veel patiënten krijgen wel eens een middel van een ander merk mee dan ze gewend zijn. Zorgverzekeraars hanteren soms namelijk een preferentiebeleid (daarbij wijst de zorgverzekeraar aan welke versie van een geneesmiddel wordt vergoed) en/of beleid op gebied van farmaceutische zorginkoop.

Preferentiebeleid beperkt de aanspraken van verzekerden op vergoeding van geneesmiddelen. Farmaceutische zorginkoop beperkt formeel de aanspraken niet, maar beoogt bij te dragen aan het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen: "goedkoop voorschrijven waar het kan, duur waar het moet" [1]. Het gevolg van preferentie- en inkoopbeleid kan voor de patiënt echter hetzelfde zijn, namelijk wisselingen in medicatie. Dit wordt verderop verhelderd.

Preferentie- en inkoopbeleid is ingevoerd om de kosten van extramuraal¹ geneesmiddelgebruik terug te dringen. Aangezien 30-45% van de 65-plussers minimaal vijf of meer geneesmiddelen per dag neemt [2] is mede op dit gebied een kostenbesparing te realiseren. Het achterliggende doel is om de stijgende zorguitgaven in Nederland in de hand te houden [3].

Preferentie- en inkoopbeleid heeft al geleid tot forse kostenbesparingen in de zorg [4], maar heeft ook het nodige stof doen opwaaien. Uit een uitzending van Tros RADAR op 22 oktober 2012 bleek bijvoorbeeld dat het krijgen van een ander medicijn soms kan leiden tot bijwerkingen of een

¹ Waar in dit rapport gesproken wordt over 'geneesmiddelen', doelen we op extramuraal geneesmiddelen

verkeerd gebruik van medicijnen. Patiënten kunnen ook in verwarring raken door het krijgen van een medicijn van een ander merk aan de apotheekbalie.

Ook hebben patiënten bij het Longfonds problemen met longmedicatie gemeld door wisselingen in medicijnen. Deze signalen zijn voor het Longfonds aanleiding geweest voor verder onderzoek. In dit onderzoek kijken we daarom naar eventuele verbanden tussen het wisselen van medicatie als gevolg van beleid van zorgverzekeraars en de ervaringen van patiënten met longmedicatie, zorg en gezondheid. Om te begrijpen wat er achter de hierboven geschetste situaties schuil gaat beschrijven we eerst de contouren van het preferentiebeleid en diverse vormen van farmaceutische zorginkoop.

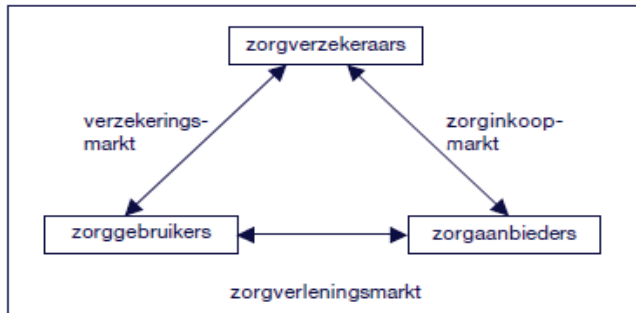
Het zorgstelsel

Farmaceutische zorg maakt onderdeel uit van het zorgstelsel. Dit zorgstelsel wordt veelal afgebeeld in de vorm van een driehoek, waarin drie soorten markten en drie partijen centraal staan (figuur 1.a). Zorgverzekeraars kopen op de **zorginkoopmarkt** farmaceutische zorg in bij zorgaanbieders zoals apothekers. Daarbij hanteren zij diverse vormen van inkoop, waarover zij afspraken met de apothekers maken. Volgens deze afspraken leveren apothekers vervolgens geneesmiddelen af aan patiënten zoals meneer Janssen in het bovenstaande voorbeeld. De apotheker declareert dan de kosten bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Indien de patiënt een restitutiepolis heeft (of een combinatie van een naturapolis en restitutiepolis), dan moet hij/zij de kosten van de zorg soms zelf declareren bij de zorgverzekeraar.

Ook maken zorgverzekeraars op de **zorginkoopmarkt** afspraken over het voorschrijven van geneesmiddelen met artsen, zorggroepen en instellingen zoals ziekenhuizen. Als een patiënt bij de arts een geneesmiddel van een ander merk krijgt voorgeschreven, dan is dit mogelijk een gevolg van deze afspraken.

Tot slot maakt de zorgverzekeraar op de **verzekeringsmarkt** afspraken met verzekerden. Deze afspraken worden opgenomen in de zorgverzekeringpolis. Daarin moet de zorgverzekeraar sowieso het wettelijk basispakket (de wettelijk bepaalde zorgkosten die worden vergoed) opnemen.

De overheid staat in het midden van de driehoek als ‘spelverdeler’ die de randvoorwaarden creëert waarbinnen interacties op de markt plaatsvinden [5].



Figuur 1.a – Deelmarkten in het zorgstelsel [5]

Om doelmatigheid te bevorderen, oefenen zorgverzekeraars invloed uit op de keuze voor de geneesmiddelen die patiënten voorgeschreven en geleverd krijgen. Dit doen zij via de afspraken die ze maken met verzekerden en zorgaanbieders op respectievelijk de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt.

Zorgverzekeringsmarkt: preferentiebeleid

Afspraken op de zorgverzekeringsmarkt kunnen vallen onder 'preferentiebeleid, ook wel 'labelpreferentie' genoemd. Dit beleid kent een wettelijke basis en leidt op de zorgverzekeringsmarkt tot een beperking van de aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. Een verzekeraar mag namelijk uit een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof één variant kiezen die – met uitsluiting van andere varianten – wordt vergoed. Dit werkt als volgt. Zodra op een bepaald geneesmiddel het octrooi verloopt, kunnen meerdere fabrikanten een geneesmiddel op de markt brengen met dezelfde werkzame stof. Deze middelen kunnen een ander uiterlijk hebben of, in geval van longmedicatie, samengaan met een andere inhaler. De zorgverzekeraar kiest dan vervolgens één fabrikant voor het betreffende geneesmiddel. Meestal is dat de fabrikant bij wie de zorgverzekeraar de laagste prijs heeft bedongen. De verzekeraar publiceert zijn preferentiebeleid, zodat het voor de verzekerde duidelijk is op welke geneesmiddelen hij/zij aanspraak heeft.

Bij de keuze van een preferent geneesmiddel kan de zorgverzekeraar zich baseren op openbare prijslijsten (bijvoorbeeld de G-standaard) [6]. Het bepalen van een preferent geneesmiddel kan echter ook 'onder couvert' geschieden. De zorgverzekeraar nodigt hierbij leveranciers uit om een aanbieding in een gesloten envelop (couvert) te doen: een blinde bieding. De zorgverzekeraar kiest een fabrikant en krijgt achteraf leverancierskorting op basis van de geneesmiddelen die de apotheker heeft afgeleverd en gedeclareerd. Het blijft tussen leverancier en zorgverzekeraar wat de uiteindelijke overeengekomen prijs is [6].

Door preferentiebeleid krijgen patiënten geregeld te maken met een wisseling in preferente middelen. Afspraken tussen zorgverzekeraars en fabrikanten gelden namelijk meestal voor een periode van een half jaar tot een jaar. Wanneer dan een andere fabrikant het goedkoopste aanbod doet, de zorgverzekeraar dat middel als preferent aanwijst en dat aan de verzekerde communiceert,

dan heeft de patiënt uitsluitend aanspraak op vergoeding van die variant. Hij/zij zal dan van de apotheker dat preferente geneesmiddel meekrijgen met dezelfde werkzame stof.

Bij longmedicatie is het vaak zo dat de verschillende geneesmiddelen weliswaar dezelfde werkzame stof bevatten, maar dat deze niet identiek zijn. Dit komt door verschillen tussen inhalatoren. Substitutie is daarom geen vanzelfsprekendheid. Dat blijkt ook uit de Handleiding Geneesmiddelen substitutie van de KNMP. Deze heeft als uitgangspunt dat de effectiviteit en veiligheid van de te substitueren middelen gelijkwaardig moet zijn (zie beslisboom appendix 6) [7]. Zo wordt gesteld dat gestreefd moet worden naar uniformiteit van inhalatortype bij patiënten die meer dan één inhalator gebruiken en dat het wisselen tussen diverse soorten inhalatoren niet zonder risico's is (bron: blz. 18). De patiënt krijgt van de verzekeraar geen (volledige) vergoeding voor geneesmiddelen van andere fabrikanten dan de preferente fabrikant, tenzij de arts of medisch specialist aangeeft dat een geneesmiddel van een bepaald merk voor een patiënt medisch noodzakelijk is.

Medische noodzaak

Als een zorgverzekeraar preferentiebeleid voert, dan heeft een verzekerde uitsluitend recht op vergoeding van het preferente geneesmiddel. Als de arts het echter medisch noodzakelijk vindt om een middel van een ander merk voor te schrijven, dan geeft hij/zij dat aan door vermelding van de term 'Medische Noodzaak' op het recept. De patiënt heeft dan ook aanspraak op dat middel en de apotheker moet het middel van dat merk afleveren. Er kan bijvoorbeeld medische noodzaak zijn vanwege interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt, omdat de patiënt het preferente middel slecht verdraagt of allergisch is voor een hulpstof in het preferente middel. Ook kan de arts een voorkeur voor een niet-preferent geneesmiddel hebben door een ervaren betere werking van het geneesmiddel van het andere merk of een verschil in bijwerkingenprofiel [1]. In geval van longmedicatie kan het ook zijn dat niet iedere patiënt de juiste motorische - of ademvaardigheden heeft voor elk type inhalator.

Het merendeel van de zorgverzekeraars (voor longmedicatie is er maar één) voert een preferentiebeleid (zie appendix 5). Om doelmatigheid te bevorderen kunnen zorgverzekeraars echter ook een vorm van farmaceutische zorginkoop kiezen. Via afspraken in zorginkoopcontracten willen zij apothekers stimuleren om bepaalde geneesmiddelen wel of juist niet ter hand te stellen. Voor de patient kan het effect daarvan hetzelfde zijn als van het preferentiebeleid, namelijk wisselen van geneesmiddel(en).

Zorginkoopmarkt: vormen van farmaceutische zorginkoop

Sturing in zorginkoopcontracten kan op diverse wijzen. Zo is er de vorm 'laagste prijsgarantie'. Voor een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof spreekt de zorgverzekeraar met de apotheker af dat de apotheker de variant met de laagste prijs bij hem mag declareren. Als de apotheker een andere variant ter hand stelt, dan heeft de apotheker verlies. Dit stimuleert de apotheker tot het kiezen van de goedkoopste variant. Op vergelijkbare wijze werkt het 'IDEA-model', ook wel 'pakjesmodel' genoemd. Dit door Achmea gehanteerde model betekent dat de apotheker,

ongeacht het soort geneesmiddel, merk, inkoopprijs of “Medische Noodzaak”, één gemiddelde prijs (per werkzame stof) per pakje vergoed krijgt. Deze wordt maandelijks bepaald [8].

Hiernaast bestaat ook het systeem van de ‘historische prijs’. Daarbij is de vergoeding die de apotheker van de zorgverzekeraar ontvangt gebaseerd op een prijs die in het verleden is vastgesteld. In 2014 kregen apothekers bijvoorbeeld de prijs vergoed die ze in oktober 2013 in rekening mochten brengen [9]. Tot slot kan de zorgverzekeraar nog andere prikkels inbouwen die zorgverleners stimuleren om te kiezen voor een doelmatig of door de verzekeraar aangewezen ‘voorkeursmiddel’, zoals het financieel belonen van het behalen van minimum of juist maximum percentages.

Als de verzekeraar geen preferentiebeleid voert maar wel een vorm van farmaceutische zorginkoop, dan heeft de patiënt aanspraak op vergoeding van alle varianten van het geneesmiddel. De apotheker moet dan het door de arts voorgeschreven geneesmiddel afleveren, tenzij arts en patiënt akkoord gaan met het afleveren van de door de apotheker voorgestelde variant. In geval van een vorm van farmaceutische zorginkoop is de vermelding van de term “Medische Noodzaak” uitsluitend relevant voor de hoogte van de vergoeding van de zorgverzekeraar aan de apotheker.

Wat merkt meneer Janssen?

De wisseling in medicijnen van meneer Janssen kan verschillende redenen hebben. Meneer Janssen zou aan de apotheekbalie gewisseld kunnen zijn van medicijn door preferentiebeleid. Dat zou hij dan terug moeten zien in zijn verzekeringspolis, omdat het gaat om een beperking van zijn aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. Meneer Janssen kan ook wegens farmaceutische zorginkoop zijn omgezet op een medicijn van een ander merk. Dan heeft hij wél aanspraak heeft op vergoeding van het ‘oude’ geneesmiddel. Omzetten kan in zo’n geval alleen als meneer Janssen en zijn voorschrijvend arts daarmee instemmen. Niet duidelijk is of apothekers deze instemming altijd vragen wanneer zij de patiënt een ander merk van het middel leveren. Overigens kan het ook nog zijn dat zorgverzekeraars afspraken maken met artsen, de voorschrijvers, over het voorschrijven van (preferente) geneesmiddelen.

Wat ook de reden is van de wisseling in longmedicatie bij meneer Janssen: de systemen achter preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop zijn complex en voor patiënten vaak lastig te doorgronden [4]. Zij merken vaak alleen iets van dit beleid zodra zij een ander merk meekrijgen dan zij gewend zijn. Preferentie- en inkoopbeleid kunnen daarbij onbedoelde gevolgen voor patiënten hebben.

Onbedoelde gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Onbedoelde gevolgen blijken bijvoorbeeld uit de meldactie van de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF) en een enquête van het Longfonds onder hun panelleden in 2014. Volgens beide peilingen ervaart minstens de helft van de respondenten, van wie medicijnen als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop zijn gewisseld, problemen, of men zegt ‘het maar niets te vinden’ om de andere medicijnen te krijgen. De problemen betreffen vaak ervaren bijwerkingen van het nieuwe medicijn. Daarnaast raken sommige deelnemers in de war van de

wisseling van het middel. In de meldactie valt verder op dat bijna 70% van de deelnemers zegt niet geïnformeerd te zijn over afspraken tussen hun zorgverzekeraar en apotheek over het verstrekken van (preferente) medicijnen, terwijl 85% van deze groep deelnemers wel informatie had willen ontvangen [10].

Andere onbedoelde gevolgen specifiek van preferentiebeleid zijn gemeld in een onderzoek onder 819 apotheekmedewerkers van SIR, Institute for Pharmacy Practice and Policy [11].

Apotheekmedewerkers meldden bijvoorbeeld dat:

- zij bij meer dan 30.000 geneesmiddelengebruikers in heel Nederland op één dag verwarring of boosheid ervaren;
- volgens de medewerkers verkeerde geneesmiddeleninnames plaatsvinden vanwege preferentiebeleid;
- volgens de medewerkers de risico's op het maken van (bijna) fouten in de apotheek groter is geworden door het preferentiebeleid, wat kosten met zich mee kan brengen;
- volgens de medewerkers het preferentiebeleid ten koste gaat van (tijd voor) farmaceutische patiëntenzorg.

Onbedoelde gevolgen van het wisselen van medicatie wegens het preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop zijn ook gesignaleerd door andere partijen. Zo geeft de Long Alliantie Nederland aan dat het wisselen van inhalatiemedicatie als gevolg van preferentie- of inkoopbeleid niet zonder risico's is voor patiënten [12]. Ook de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) signaleert risico's en knelpunten specifiek ten aanzien van het preferentiebeleid. Deze zijn samengevat in het Witboek Preferentiebeleid [4]. De Stichting EGV geeft bijvoorbeeld aan dat de (wettelijk) vastgestelde grenzen van het preferentiebeleid steeds verder worden opgerekt. Zorgverzekeraars hanteren "vaak andere of extra voorwaarden om te bepalen of voldaan is aan de (niet op de wet gebaseerde) term 'Medische Noodzaak'" [Witboek Preferentiebeleid, p.10]. Bij zorgverzekeraar 'A' moet bijvoorbeeld sprake zijn van een allergie bij de patiënt, terwijl bij zorgverzekeraar 'B' minstens twee andere, generieke geneesmiddelen moeten zijn geprobeerd. "Naast dat dit voor patiënten die in eenzelfde situatie verkeren voor verschillende uitkomsten zorgt, zorgt dit ook voor onduidelijkheid voor zowel patiënt als zorgaanbieder", aldus de Stichting EGV [Witboek Preferentiebeleid, p. 10]. Ook zijn er signalen dat de apotheek in geval van vermelding van 'Medische Noodzaak' op het recept dit geneesmiddel niet altijd verstrekt aan de patiënt [4, 12]. In recent onderzoek op gebied van Parkinsonmedicatie gaf 22% van de apothekers bijvoorbeeld aan 'Medische Noodzaak' niet altijd te honoreren [13]. Artsen vermelden ook niet altijd 'Medische Noodzaak' op het recept als zij een ander middel dan het preferente middel voorschrijven. In deze gevallen moeten patiënten (bij)betalen voor het middel dat is voorgeschreven door de arts, kunnen zij alsnog kiezen voor het preferente geneesmiddel of moeten zij terug naar de arts met het verzoek om alsnog 'Medische Noodzaak' op het recept te vermelden.

Een ander gesignaleerd knelpunt is dat zorgverzekeraars onvoldoende transparant zijn over prijzen van geneesmiddelen (zie couvertsysteem, pagina 9) en zorginkoopcontracten. De afspraken gemaakt

op de zorginkoopmarkt (figuur 1.a) onttrekken zich aan het zicht van de patiënt. De vraag is dan ook of afspraken op de verzekeringsmarkt - de rechten en aanspraken zoals die zijn vastgelegd in de polis en polisvoorwaarden - voor verzekerden voldoende helder zijn. In het Witboek Preferentiebeleid [4] legt de Stichting EGV uit dat het voor patiënten daarom lastig te begrijpen is waarom de apotheker een ander geneesmiddel aflevert of waarom niet het geneesmiddel wordt afgeleverd zoals op het recept staat aangegeven. Dat een zorgaanbieder gebonden is aan een overeenkomst die men is aangegaan met de zorgverzekeraar en de verplichtingen die daaruit voortvloeien, is niet bekend bij de patiënt. Door onvoldoende transparantie over het gekozen beleid zal het voor patiënten dus niet altijd duidelijk zijn waarop de handelwijze van zorgverleners is gebaseerd. Dit kan het vertrouwen van patiënten in zorgverleners schaden, aldus de Stichting EGV [4].

Wat is nog onbekend?

Het wisselen van medicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop kan zowel bedoelde als onbedoelde gevolgen hebben voor patiënten. In samenwerking met het longfonds kijken we in dit onderzoek naar mogelijke gevolgen van dit preferentie- en inkoopbeleid op ervaringen van patiënten met longmedicatie, zorg en gezondheid. Verbanden tussen het wisselen van medicatie (als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop) en patiëntervaringen ten aanzien van longmedicatie, zorg en gezondheid zijn tot op heden niet systematisch in kaart gebracht, zie onderzoeksvraag 4 voor uitleg. Dat is het **primaire doel** van dit onderzoek. We kijken hierbij naar eventuele verbanden tussen het wisselen van longmedicatie² en praktisch gebruik van medicatie, werking en bijwerkingen, al of niet moeten (bij)betalen voor medicatie, aflevering, (zelf)vertrouwen ten aanzien van het nemen van medicatie en ten aanzien van zorgverleners, therapietrouw en ervaren gezondheid. Het *beschrijven* van de aard/omvang van wisselen van longmedicatie en de patiëntervaringen is een secundair doel van het onderzoek.

Zoals aangegeven zijn de systemen achter preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop complex en voor patiënten lastig te doorgronden. Daarom richten we ons in dit rapport specifiek op 'het wisselen van medicatie' en de eventuele verbanden met de patiëntervaringen, los van de vraag of dat wisselen het gevolg is van preferentiebeleid of juist van farmaceutische zorginkoop. Het wisselen van medicatie is immers wat de patiënt concreet merkt van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop, zoals we aan het begin van dit hoofdstuk zagen bij meneer Janssen die een geneesmiddel van een ander merk meekreeg dan hij gewend was.

Patiënten kunnen ook op initiatief van hun arts wisselen van medicatie, bijvoorbeeld omdat een middel niet goed meer werkt of omdat de arts een ander middel beter vindt voor de patiënt. Daarom maken we in dit onderzoek een onderscheid tussen patiënten die aangeven gewisseld te zijn van medicatie *op initiatief van de apotheek* (ingegeven door preferentiebeleid of één van de vormen van farmaceutische zorginkoop) of *op initiatief van de arts*. Hierbij tekenen we aan dat een wisseling op initiatief van de arts vaak vanuit medisch oogpunt zal gebeuren, maar ook ingegeven kan zijn door

² Met 'wisselen van longmedicatie' wordt in dit rapport bedoeld: het omzetten naar een middel van een ander merk, maar met dezelfde werkzame stof. Voor de patiënt betekent dit tevens een mogelijke verandering in (bijvoorbeeld) de vorm of kleur van het geneesmiddel, een andere verpakking, een andere inhalator of een andere dosering.

afspraken met de zorgverzekeraar over voorschrijfbeleid. In dit onderzoek zullen we de patiënten die gewisseld zijn op initiatief van de arts als aparte groep opnemen. Echter, de nadruk in dit onderzoek ligt op de gevolgen van preferentiebeleid en de farmaceutische zorginkoop en daarmee bij mensen die wisselen op initiatief van de apotheek.

Gebruikers van alle typen longmedicatie

Dit rapport betreft gebruikers van alle typen longmedicatie. Soms betekent het wisselen van longmedicatie dat men andere (hulp)stoffen krijgt, maar vaak betekent het dat men (ook) een andere inhalator krijgt. Het krijgen van een andere inhalator betekent veelal het moeten aanleren van een andere inhalatietechniek. Enerzijds kan dit verwarrend zijn, zeker voor meer kwetsbare groepen zoals kinderen/jongeren, ouderen of lager opgeleide patiënten of mensen die meerdere geneesmiddelen gebruiken waarbij gewisseld wordt. Ook kan wisselen leiden tot inhalatiefouten [12]. Anderszijds zou het wisselen van longmedicatie juist kunnen leiden tot een beter gebruik van het nieuwe middel, indien die wisseling gepaard gaat met extra aandacht en instructies van apotheker of arts.

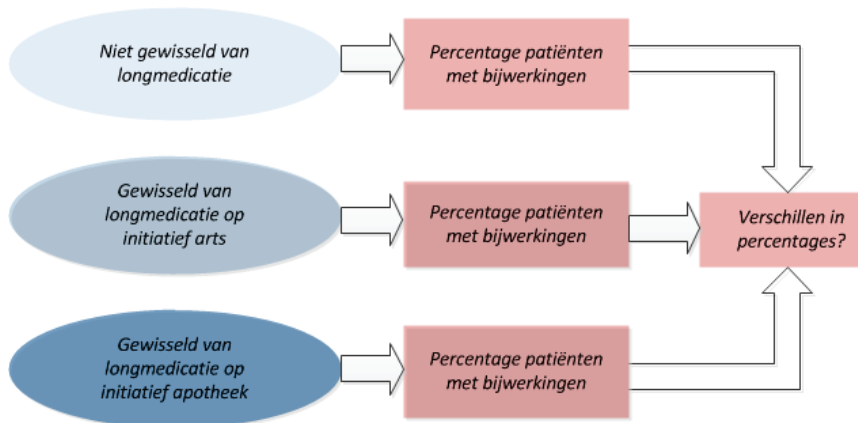
Vraagstellingen en opbouw rapport

De resultatensectie van dit rapport bestaat uit twee delen. In **deel A** worden de volgende vragen beantwoord voor gebruikers van longmedicatie:

1. Wat is de omvang en aard van het wisselen van longmedicatie? Hoeveel patiënten rapporteren geen of wel problemen te hebben ervaren met het wisselen van longmedicatie?
2. Hoe vaak wordt de term 'Medische Noodzaak' (MN) op het recept voor longmedicatie gebruikt? Komt het voor dat MN wel op het recept staat, maar dat het voorgeschreven medicijn toch niet wordt meegegeven aan de patiënt door de apotheek?
3. Wat zijn ervaringen van longpatiënten aangaande praktisch gebruik met medicatie, werking en bijwerkingen van longmedicatie, moeten (bij)betalen voor medicatie, levering, (zelf)vertrouwen in het nemen van medicatie en in zorgverleners, therapietrouw, gezondheid en informatievoorziening /afstemming van de zorg rond wisselen van medicatie?
4. Zijn er verbanden tussen het wisselen van medicatie (met onderscheid tussen wisselen op initiatief van de arts en wisselen op initiatief van de apotheek) en deze ervaringen?³
5. Zo ja, is dan de sterkte van het betreffende verband tussen het wisselen van longmedicatie en de patiëntervaring anders voor:
 - a. patiënten die een bepaald type verandering in hun geneesmiddel hebben gehad (zoals groepen die gewisseld zijn van inhalator)?
 - b. patiënten met bepaalde kenmerken, zoals type aandoening, geslacht en opleidingsniveau?
 - c. patiënten van verschillende zorgverzekeraars: Achmea, CZ, Menzis of VGZ?

³ Exclusief ervaringen met informatievoorziening/afstemming zorg, omdat dit alleen in kaart is gebracht voor patiënten die gewisseld zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek (dus vergelijking met niet-wisselaars onmogelijk)

Onderstaand voorbeeld (figuur 1.b) maakt duidelijk wat met de vragen 4 en 5 wordt bedoeld. Er zijn drie groepen te onderscheiden: de groep die niet is gewisseld van longmedicatie en de groepen die wel zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de arts of apotheek. Voor de drie groepen worden hun patiëntervaringen met, bijvoorbeeld, bijwerkingen in kaart gebracht, los van eventueel wisselen. Vervolgens wordt gekeken of het percentage patiënten met bijwerkingen hoger is in één of meerdere groepen.



Figuur 1.b – Verbanden wisselen en ervaringen met longmedicatie

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen zijn gebruikers van longmedicatie aangeschreven met een (online) vragenlijst vanuit apotheken die onderdeel zijn van het UPPER-netwerk. Dit gebeurde in de periode september 2014 tot januari 2015. Een samenvatting van de methode staat in de box hieronder. Een uitgebreide beschrijving van de methode staat in appendix 2 en de vragenlijst is te vinden in appendix 4.

Verder kent dit rapport een thematische opbouw. Ieder hoofdstuk in deel A behandelt een apart thema, zoals 'praktisch gebruik', of 'bijwerkingen'. Daarbij begint ieder hoofdstuk met een korte samenvatting. Dan volgt een algemene beschrijving van het thema voor de totale groep patiënten (dus patiënten die wel of die niet gewisseld zijn van longmedicatie samengenomen). Vervolgens wordt gekeken naar de verbanden tussen wisselen van longmedicatie en het betreffende thema. Tot slot wordt bestudeerd of de sterkte van eventuele verbanden verschilt voor bepaalde typen medicatie of groepen patiënten. De conclusies volgen in een apart hoofdstuk aan het eind van het rapport.

In **deel B** van dit rapport wordt een deel van de resultaten uit deel A vergeleken met resultaten uit drie andere databronnen: een peiling onder longpatiënten ten tijde van de beëindiging van hun deelname aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, de eerder genoemde enquête onder panelleden van het Longfonds en de meldactie van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie onder longpatiënten. Daarmee krijgen we beter idee van de

representativiteit van de gevonden resultaten in deel A. Deel B moet worden gezien als aanvullende informatie. Het rapport sluit af met een conclusie en beschouwing.

Een overzicht van de gebruikte begrippen in dit rapport is te vinden in appendix 7.

Box - Samenvatting methoden deel A rapport

- Gebruikers van longmedicatie zijn in 2014 geworven via apotheken van het UPPER-netwerk (Netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk). Vierentwintig apotheken door heel Nederland hebben meegedaan.
- Aan het onderzoek hebben totaal 518 gebruikers van longmedicatie deelgenomen. Zij hebben een (online) vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met longmedicatie, eventuele wisselingen daarin en hun ervaringen ten aanzien van medicatiegebruik, zorg, gezondheid en informatievoorziening.
- Verbanden tussen wisselen van longmedicatie en patiëntervaringen zijn statistisch getoetst.
- Voor deze verbanden is bekeken of de sterkte van het verband anders is voor:
 - patiënten die een bepaald type verandering in hun geneesmiddel hebben gehad. We kijken hier naar verbanden *binnen* de groep patiënten die wel is gewisseld van longmedicatie in het afgelopen jaar. Is het verband tussen gewisseld zijn van longmedicatie en ervaren werking bijvoorbeeld sterker voor patiënten die een andere inhalator kregen, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van medicijn, maar daarbij geen andere inhalator kregen?
 - patiënten met bepaalde kenmerken. We vergelijken hier de sterkte van verbanden tussen wel/niet gewisseld zijn van longmedicatie en patiëntervaringen tussen groepen die zijn ingedeeld op basis van zeven kenmerken: geslacht, opleidingsniveau, type longaandoening, aantal medicijnen op recept, leeftijd, het aantal jaar gebruik van longmedicatie en de visie op wie bepaalt welk medicijn de patiënt krijgt (de arts of de patiënt samen met de arts). Voorbeeld: als we een verband vinden tussen wisselen van medicatie en bijwerkingen, dan kijken we of mannen vaker bijwerkingen rapporteren door wisselen dan vrouwen, of oudere mensen vaker bijwerkingen door wisselen rapporteren dan jongere mensen, enzovoort.
 - patiënten van verschillende zorgverzekeraars: Achmea, CZ, Menzis of VGZ.

DEEL A – RESULTATEN VRAGENLIJST PATIËNTEN VIA APOTHEKEN UPPER-NETWERK

1 Wisselen van longmedicatie

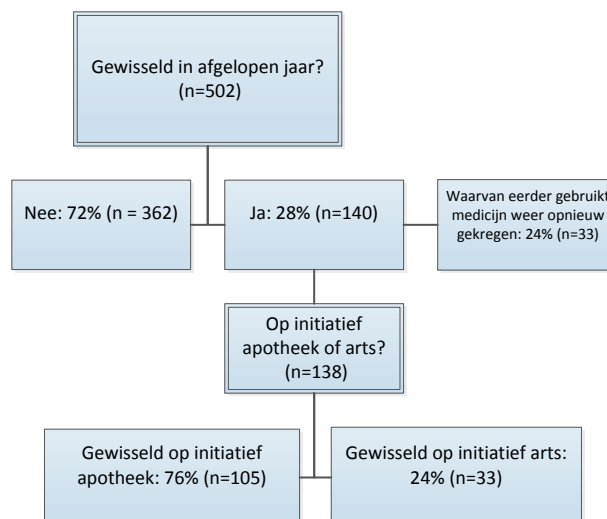
Ruim een kwart van 502 patiënten is het afgelopen jaar gewisseld van longmedicatie. In 76% van de gevallen komt dit door een wisseling op initiatief van de apotheek en in 24% van de gevallen door een wisseling op initiatief van de arts. Een meerderheid van de patiënten (53% van de groep ‘gewisseld door apotheek’ en 83% van de groep ‘gewisseld door arts’) geeft zelf aan het wisselen geen probleem te vinden. Echter, een aanzienlijk deel van de patiënten heeft het wisselen van longmedicatie wél als een probleem ervaren. Deze patiënten zeggen zelf dat dit vooral te maken heeft met bijwerkingen of een verminderde werking van het nieuwe medicijn, verwarring of wennen aan een andere manier van inhaleren.

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de aard en omvang van het wisselen van longmedicatie. Hierbij maken we onderscheid tussen patiënten die wisselen van longmedicatie op initiatief van de arts of op initiatief van de apotheek. We kijken ook naar directe uitspraken van patiënten zelf over hun ervaringen met het wisselen van longmedicatie en naar gebruik van de term ‘Medische Noodzaak’ op recept.

1.1 Omvang en aard wisselen

In totaal hebben 518 patiënten een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met (het eventuele wisselen van) longmedicatie. Hun achtergrondkenmerken zijn beschreven in appendix 1.

Vijfhonderdtwee patiënten hebben aangegeven of zij in het afgelopen jaar van longmedicatie zijn gewisseld (28%: ja). Van 138 patiënten is bekend door wie zij zijn gewisseld: 33 patiënten zijn gewisseld op initiatief van de arts en 105 patiënten zijn gewisseld op initiatief van de apotheek, zie figuur 2. Uit deze cijfers blijkt dus dat één op de vijf patiënten (105 van 502) een ander medicijn heeft gekregen van de apotheek als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. Voor een vertaalslag naar de landelijke situatie, zie pagina 63.



Figuur 2 – Stroomdiagram ‘wisselen van longmedicatie in het afgelopen jaar’

Van de totale groep mensen die is gewisseld (n=140) geeft 24% aan een eerder gebruikt medicijn weer terug te hebben gekregen van de apotheek. Meestal heeft men daar zelf om gevraagd of de apotheker heeft het initiatief genomen, gevolgd door de huisarts of medisch specialist. Op de vraag 'waarom men het eerdere medicijn weer had teruggekregen' weet men het antwoord vaak niet. Weet men dit wel, dan heeft dit vooral te maken met meer bijwerkingen of een verminderde werking van het nieuwe medicijn.

1.2 Aard van de wisselingen in longmedicatie

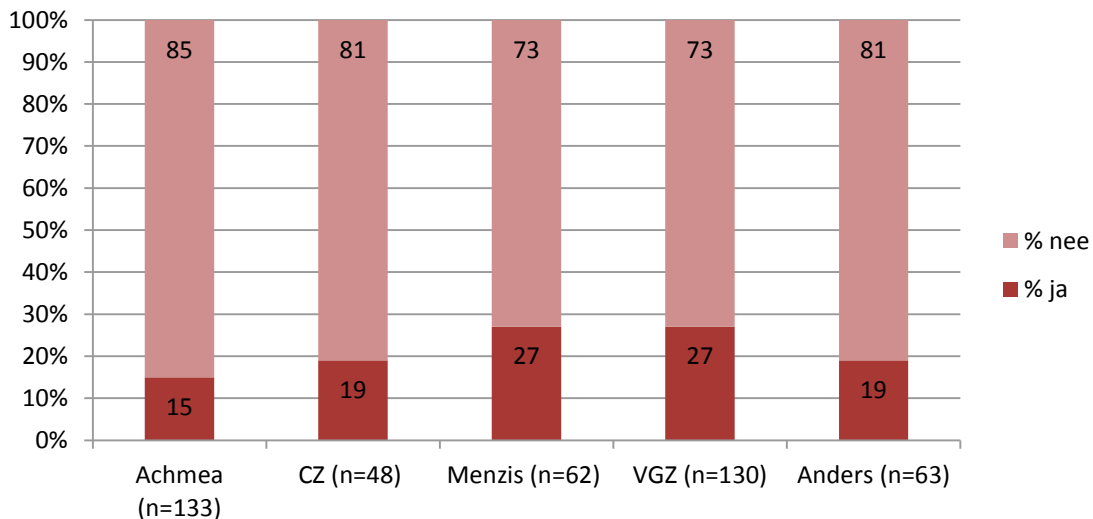
Van de totale groep patiënten die het afgelopen jaar is gewisseld van longmedicatie (n=140) hebben 135 patiënten aangegeven om wat voor soort verandering het is gegaan (tabel 1). Binnen de groep die is gewisseld op initiatief van de apotheek gaat het meestal om een verandering in naam of doosje. Binnen de groep 'gewisseld op initiatief apotheek' geeft 62% aan dat dit éénmalig was voor één medicijn; voor 16% was dit éénmalig voor meerdere medicijnen.

Bij patiënten die zijn gewisseld op initiatief van de arts gaat het meestal om een verandering in type inhalator. NB: van deze groep is onbekend hoe vaak het medicijn is veranderd.

Tabel 1 – Aard van wisselingen in longmedicatie: wat was anders? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Wisseling op initiatief apotheek (n=102)	Wisseling op initiatief arts (n=33)
Andere puffer (inhalator)	27%	82%
Andere vorm of kleur (tablet)	20%	9%
Andere naam	61%	15%
Ander doosje	59%	12%
Andere dosering	4%	3%
Anders	6%	15%

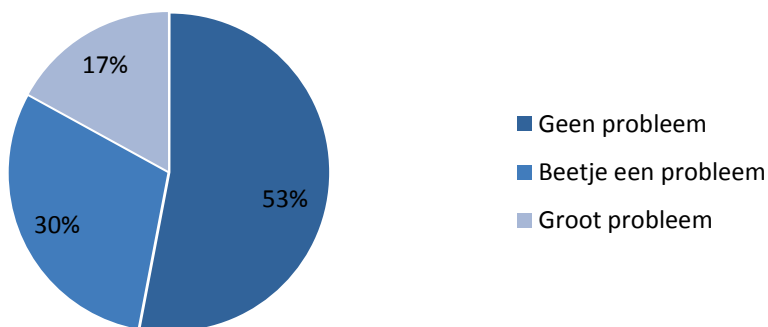
Voor de groep patiënten die is gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek is bestudeerd of het percentage wisselingen statistisch verschilt tussen zorgverzekeraars (figuur 3). Dit is niet het geval ($p > 0.05$). De groep patiënten die is gewisseld op initiatief van de arts is buiten beschouwing gelaten wegens te lage aantallen.



Figuur 3 – Percentage respondentent ‘gewisseld in afgelopen jaar op initiatief van de apotheek per zorgverzekeraar’

1.2.1 Ervaringen met wisselen van longmedicatie: directe uitspraken van patiënten

Van de patiënten die een ander medicijn kregen op initiatief van de apotheek geeft bijna de helft (47%) aan hier (enigszins) problemen mee te hebben, de andere helft geeft aan geen problemen te hebben (figuur 4).



Figuur 4 – Percentages geen of wel problemen met wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek (n=100)

De 47 patiënten die (enigszins) problemen hebben ervaren met het wisselen van longmedicatie hebben samen 58 verschillende opmerkingen hierover gemaakt. De meeste opmerkingen zijn gegeven over bijwerkingen (n=14), een verminderde werking (n=11) en over verwarring door het krijgen van andere medicijnen van de apotheek (n=11). Daarbij geven sommige patiënten aan de wisselingen in medicijnen vervelend te vinden, omdat men ‘nu eenmaal gewend is aan een bepaald medicijn’. De opmerkingen die hierna het vaakst zijn gegeven, gaan over problemen met het wennen aan een andere manier van inhaleren (n=8).

Van de patiënten die zijn gewisseld op initiatief van de arts geeft 83% aan dit *geen* probleem te vinden (van n=30). De overige vijf patiënten (17%) vinden het wisselen op initiatief van de arts

enigszins een probleem. Drie van hen vinden het wisselen vervelend omdat men 'nu eenmaal gewend is aan een bepaald medicijn'. De drie andere opmerkingen gaan over een verminderde werking, dat het nieuwe medicijn 'wordt opgelegd' en dat men moet wennen aan een andere manier van inhaleren.

Verdere, mondelinge toelichting op ervaringen met wisselen van longmedicatie

Tien patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek wilden hun ervaringen mondeling toelichten. Zes van deze patiënten hebben problemen ervaren met het wisselen en de andere vier hebben geen problemen ervaren.

Binnen de groep die problemen heeft ervaren, valt op dat men aangeeft het gevoel te hebben dat het wisselen van longmedicatie wordt opgedrongen. 'Men heeft het maar te accepteren'. Bij een enkele patiënt leidt dit tot minder vertrouwen in de apotheek en de medicatie. Men vindt de minimale communicatie en informatievoorziening over wisselen ook problematisch.

'Ik vind de volledige communicatie over het preferentie beleid slecht. De verzekering die verandert het en daarmee is het klaar. Ik vind dat hier verbetering in moet komen. Er moet worden aangegeven waarom het verandert, wat er verandert en wat de mogelijkheden zijn. Ze zeggen 'probeer het eerst maar uit', en als je bijwerkingen hebt dan wordt er gekeken naar een andere oplossing.'

'Ik vind dat er meer voorlichting moet komen over wisselende medicatie, misschien ook op een briefje/folder zodat je het thuis nog eens na kunt lezen wat er nu precies is veranderd. Ik had 4 jaar medicijn 'A' en dan krijg je in een keer medicijn 'B', en dan vind ik niet dat je het zo makkelijk er kan afbrengen met de melding dat het dezelfde werkende stof heeft.'

'Ik heb het idee dat het voor de apotheker maar gewoon heel de tijd goedkoper moet en dat dit dan maar geaccepteerd moet worden door de patiënt. Ik verlies daardoor een beetje het vertrouwen in de apotheek en in de medicatie die ik uiteindelijk krijg. De verpakking en het product zelf veranderen de hele tijd en je krijgt maar weinig informatie mee.'

Eén van de patiënten heeft een anafylactische shock overgehouden aan het moeten wisselen van medicatie op initiatief van de apotheek, omdat hij/zij allergisch bleek te zijn voor één van de hulpstoffen van het nieuwe middel. Deze patiënt pleit ervoor dat de apotheker nooit de finale beslissing zou mogen hebben om het middel te kiezen.

'... De kans was groot dat ik een reactie zou krijgen. ... Elke keer gaf ik dat aan bij de apotheker maar kreeg continue hetzelfde verhaal dat het dezelfde werkende stof heeft. Dus toen heb ik door die medicijnen een anafylactische shock gekregen. ... Er zijn nu eenmaal mensen met ernstige allergieën of aandoeningen; voor deze mensen moet er eigenlijk een carte blanche gegeven worden waarop het preferentiebeleid nooit van toepassing mag zijn. Want vaak wordt medische noodzaak genegeerd en daarbij ook niet eens teruggekoppeld naar de huisarts. Het kan zijn dat een apotheker meer verstand heeft van de medicijnen zelf maar de huisarts heeft meer inzicht in de situatie van de patiënt.'

Twee andere patiënten geven aan geschrokken te zijn van het ineens krijgen van een ander middel. Bij één van hen komt dat omdat hij/zij sinds de jeugd al een lange zoektocht achter de rug heeft om het meest geschikte middel te vinden. Tot slot geven de patiënten aan wantrouwen te hebben in de werking van het nieuwe medicijn.

'In het begin heb ik heel veel moeite gehad met het zoeken van het goede medicijn, dus heel veel bewerkingen/reacties die ik had op de medicatie. Dus mijn eerste gedachte was: 'weer daar naar toe'

'Die continue wisselingen zijn heel frustrerend. Zeker omdat ik het gevoel heb dat ze minder goed of anders werken. Maar misschien zit dat tussen mijn oren. Maar als iets goed werkt waarom ga je het dan veranderen? Het gaat wel om iemands gezondheid!'

Vier patiënten geven aan geen problemen te hebben ervaren met wisselen van medicatie op initiatief van de apotheek. Drie van hen hebben geen problemen gekregen door gebruik van het nieuwe medicijn.

'Ik kreeg een ander medicijn dan gewenst, maar ben er vanuit gegaan dat het dezelfde werking zou hebben aangezien het dezelfde werkende stof heeft. Ik had geen wantrouwen en heb ook geen negatieve ervaringen ondervonden met het nieuwe medicijn'

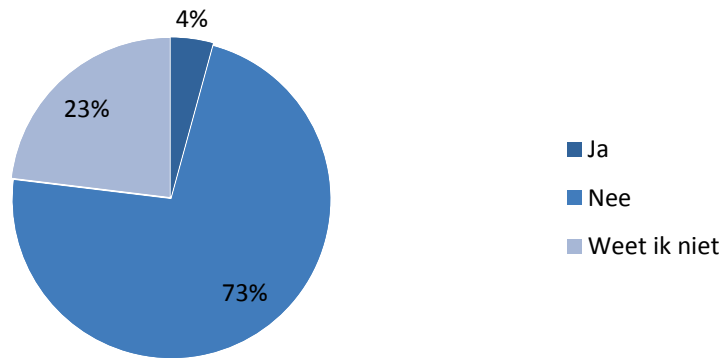
Eén patiënt heeft geen problemen met het wisselen omdat hij/zij het oude medicijn weer gemakkelijk terug kon krijgen na bijwerkingen te hebben ervaren van het nieuwe medicijn.

'Ik had eerst een medicijn wat in de vorm van capsules was, toen kreeg ik een goedkoper medicijn in de vorm van een puffer. Hiervoor moest je heel diep inhaleren. Maar dat kon ik helemaal niet. En toen heeft de arts geregeld dat ik weer mijn oude medicijn terugkreeg dus vandaar dat ik er geen echte problemen mee heb, aangezien ik gewoon weer mijn medicijn makkelijk terug kreeg.'

Een andere patiënt merkt nog op dat hij/zij de medicijnen duur vindt en daarom begrip heeft voor het preferentie- of inkoopbeleid. Echter, als mensen klachten krijgen van het nieuwe medicijn, dan moeten deze klachten wel serieus genomen, aldus deze patiënt. "De patiënt gaat wel voor vind ik".

1.3 Medische noodzaak op het recept

De term "Medische noodzaak" is relatief weinig voorgekomen op de recepten van longmedicatie binnen de totale groep patiënten (n=494) in het afgelopen jaar (figuur 5). Deze term lijkt ook, ondanks uitleg in de vragenlijst, niet bij iedereen bekend. Van alle patiënten (n=494) weet bijna een kwart niet of zij weleens de term "Medische Noodzaak" op het recept hebben gehad.



Figuur 5 – Percentage ‘Medische noodzaak op recept’ (n=494)

Van de 21 mensen die de term “Medische noodzaak” wel op het recept hebben gehad, geven tien mensen aan dat dit éénmalig was voor één medicijn en de rest meerdere malen (voor één of meerdere medicijnen).⁴

Vier mensen (19%) hebben niet (altijd) het middel gekregen dat op dat recept vermeld stond. Zij vinden dit een probleem; men heeft last van de hulpstoffen van de ‘nieuwe’ fabrikant, vinden het verwarrend, of vervelend dat de arts een middel voorschrijft maar de apotheker dan toch iets anders meegeeft. Twee patiënten geven aan hun probleem besproken te hebben met de huisarts of apotheker. Dat heeft geleid tot een goede oplossing. Een van deze patiënten geeft aan het probleem niet te hebben besproken, omdat hij/zij bij niemand terecht kon.

Eén patiënt met “Medische noodzaak” op het recept moest bijbetalen. Hij/zij vindt dit een groot probleem, niet alleen door de kosten maar ook omdat deze patiënt bijwerkingen van het medicijn kreeg. Bespreking met de apotheker heeft in dit geval niet geleid tot een goede oplossing.

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de aard en omvang van het wisselen van longmedicatie. Ook zijn directe uitspraken van patiënten weergegeven over hun ervaringen met het wisselen van longmedicatie en is gekeken naar gebruik van de term ‘Medische Noodzaak’ op het recept. In de volgende hoofdstukken kijken we naar ervaringen met praktisch gebruik van medicatie, werking en bijwerkingen, al of niet moeten (bij)betalen voor medicatie, aflevering, (zelf)vertrouwen ten aanzien van het nemen van medicatie en ten aanzien van zorgverleners, therapietrouw en ervaren gezondheid. Het verband tussen het wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheker of arts en deze ervaringen wordt daarbij ook bestudeerd.

⁴ Het is aannemelijk dat de patiënt het (ooit) door de arts voorgeschreven middel blijft krijgen, nadat hij/zij tenminste één keer MN op het recept heeft gehad. MN wordt namelijk (meestal) geregistreerd door de apotheker [informatie verkregen door apotheker, d.d. 12-2-2015]. In hoeverre dit daadwerkelijk gebeurt of dat de patiënt later toch een preferente middel krijgt is onbekend.

2 Wisselen en praktisch gebruik van longmedicatie

Van de totale groep patiënten (n=472) heeft 84% het afgelopen jaar geen problemen met praktisch gebruik ervaren met zijn/haar longmedicatie. De 16% die wel problemen met praktisch gebruik heeft ervaren, weet daarbij meestal niet hoe men de inhalator moet gebruiken. Zowel patiënten die gewisseld zijn van medicatie op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts ervaren vaker problemen met praktisch gebruik van longmedicatie dan patiënten die niet gewisseld zijn van longmedicatie (gemiddeld 25% tegenover 13%).

Patiënten kunnen eventuele problemen met praktisch gebruik van longmedicatie ondervinden. Denk bijvoorbeeld aan problemen met inhaleren of de verpakking. Ze leiden soms tot een minder goede medicatie-therapietrouw [14]. In dit hoofdstuk schetsen we eerst een beeld van ervaringen met praktisch gebruik van longmedicatie voor de totale groep patiënten. Ook laten we zien of wisselingen in longmedicatie verband houdt met deze ervaringen en of dit verband sterker is voor bepaalde groepen patiënten.

2.1 Praktisch gebruik: algemene informatie

De meeste patiënten hebben het afgelopen jaar geen problemen ervaren met praktisch gebruik van longmedicatie (84% van n=472). Tabel 2 laat zien welke problemen met praktisch gebruik wél zijn ervaren door 16% van de patiënten. Meestal is het niet duidelijk *hoe* men de inhalator moet gebruiken, wat kan leiden tot (onbewuste) therapieontrouw. Ook vindt men soms de verpakking onhandig. Een patiënt merkt daarbij bijvoorbeeld op: *‘Het merkloze salbutamol breekt vaak en dan krijg je plastic achter in je keel’*.

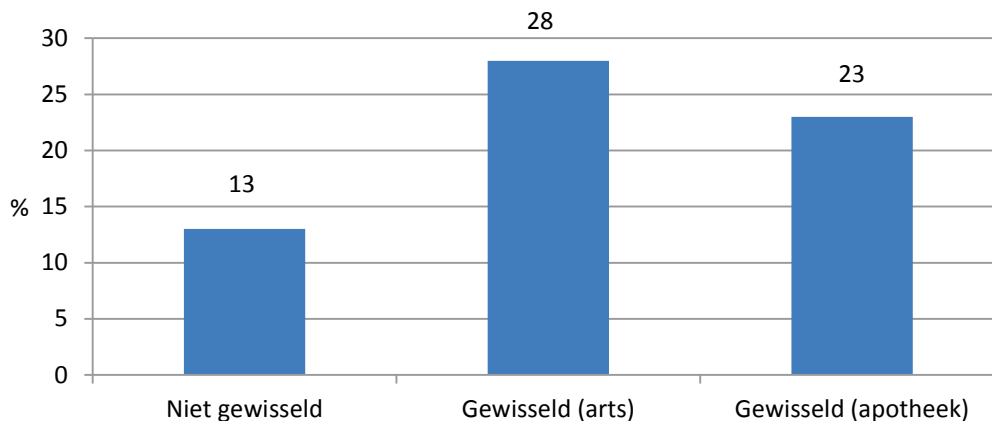
Bij de antwoordcategorie ‘anders’ zijn bijwerkingen regelmatig als praktisch probleem benoemd (n=10). Verder is vaker gezegd dat men niet weet wanneer de inhalator leeg is (n=8) of geeft men aan problemen te hebben met de inhalator (hapert, of een steeds wisselende druk, n=8). Een ervaren, verminderde werking van het medicijn wordt ook wat vaker genoemd (n=6).

Tabel 2 - Ervaren problemen met praktisch gebruik in het afgelopen jaar (*meerdere antwoorden mogelijk*)

	n=472
Problemen met praktisch gebruik ervaren (n=77)	16%
Specificatie van problemen met praktisch gebruik:	n=77
Onduidelijk <u>hoe</u> de inhalator te gebruiken	32%
Onduidelijk <u>hoe vaak</u> de inhalatiemedicatie te gebruiken	14%
Onduidelijk <u>wanneer</u> de inhalatiemedicatie te gebruiken	12%
De verpakking was onhandig	18%
Anders	48%

2.2 Verband tussen wisselen en problemen met praktisch gebruik?

Er is een verband tussen het krijgen van een ander medicijn en ervaren problemen met praktisch gebruik. Zowel patiënten die het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts gewisseld zijn van longmedicatie, ervaren vaker problemen met praktisch gebruik dan patiënten die niet gewisseld zijn van longmedicatie (figuur 6, $p = 0.01$). Mensen die op initiatief van de arts gewisseld zijn ervaren het vaakst problemen met praktisch gebruik.



Figuur 6 - Percentage problemen met praktisch gebruik naar type wisseling (n=471)

Patiënten die wisselen van longmedicatie (ongeacht door arts of apotheek) kunnen diverse typen veranderingen in hun medicijn hebben: een andere inhalator, andere vorm of kleur van tabletten, een andere medicijnnaam, een ander doosje of een andere dosering (zie hoofdstuk 1). Het blijkt dat mensen die een andere inhalator krijgen vaker problemen met praktisch gebruik rapporteren dan mensen die ook wisselen, maar daarbij geen andere inhalator krijgen (37% tegenover 16%, $p < 0.01$).

2.2.1 Problemen met praktisch gebruik door wisselen? Mening patiënt

Aan de patiënten die gewisseld zijn en die problemen met praktisch gebruik hebben ervaren, is gevraagd of deze problemen *-volgens henzelf-* door het wisselen zijn gekomen (26 patiënten hebben deze vraag beantwoord).⁵ Van de groep patiënten die daarbij een ander medicijn heeft gekregen via de arts (n=7), geven twee aan (29%) zelf te denken dat die problemen met praktisch gebruik zijn gekomen omdat ze een ander medicijn voor de longziekte hebben gekregen. Binnen de groep 'gewisseld op initiatief van de apotheek' (n=19) ligt het percentage mensen dat de problemen met praktisch gebruik toeschrijft aan het wisselen op 68% (dertien patiënten).

2.2.2 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er is bestudeerd of de sterkte van het verband tussen wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek en ervaren problemen met praktisch gebruik anders is voor bepaalde groepen patiënten,

⁵ Illustratie verschil paragraaf 2.2. en 2.2.1.: in de vragenlijst is in het begin gevraagd of men is gewisseld van longmedicatie. Verderop in de vragenlijst zijn diverse ervaringen met medicatie aan bod gekomen (los van de vraag over wisselen). In paragraaf 2.2 zijn statistische verbanden tussen antwoorden op de losse vraag over wisselen en de losse vragen over de ervaringen in kaart gebracht. In paragraaf 2.2.1 is vermeld wat patiënten *zelf* denken over of praktische problemen het gevolg zijn van wisselingen in longmedicatie.

zie pagina 17 of appendix 2 voor uitleg. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen.

Alleen patiënten die gewisseld zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek en die wat minder medicijnen op recept gebruiken, ervaren vaker problemen met praktisch gebruik. Dit verband geldt niet voor de groep mensen die wat meer medicijnen op recept gebruiken (tabel 3, $p < 0.01$).⁶ Ook mensen die gewisseld zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek en die hun longmedicatie al lang gebruiken, ervaren vaker problemen met praktisch gebruik. Dit verband geldt niet voor mensen die hun medicatie relatief korter gebruiken. We vinden geen verschillen tussen patiënten van verschillende zorgverzekeraars. In het hoofdstuk ‘Conclusie & Beschouwing’ staat een interpretatie van deze bevindingen.

Tabel 3 – Verschil in sterkte verbanden “wisselen en ervaren problemen met praktisch gebruik”

*Overname van deze gegevens is niet toegestaan zonder toestemming van de auteurs	% patiënten die problemen ervaren met praktisch gebruik van longmedicatie		
	in groep: niet gewisseld	in groep: gewisseld op initiatief van de apotheek	Verschil
Aantal medicijnen op recept**			
2 medicijnen of minder	6% (van n=149) [#]	40% (van n=20)	34%
3 medicijnen of meer	19% (van n=191)	19% (van n=78)	0%
Aantal jaar gebruik longmedicatie			
Minder dan 10 jaar	17% (van n=189)	17% (van n=35)	0%
10 jaar of langer	8% (van n=147)	26% (van n=61)	18%

* De afkappunten van deze categorieën (2 medicijnen of minder / 3 medicijnen of meer, minder dan 10 jaar / 10 jaar of langer) zijn arbitrair, zie appendix 2. Overnemen van gegevens uit deze tabel mag niet zonder toestemming van de auteurs.

** De resultaten van deze variabele moeten met enige voorzichtigheid benaderd worden wegens een laag aantal waarnemingen in sommige cellen.

In de steekproef zijn 149 patiënten die 2 of minder medicijnen op recept gebruiken EN die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie. Van deze 149 patiënten geeft 6% aan het afgelopen jaar problemen met praktisch gebruik met medicatie te hebben ervaren.

⁶ Let op: dit type resultaten betreft een groep als geheel. Op individuele patiënten binnen een groep kan wisselen op initiatief van de apotheek uiteraard wel invloed hebben.

3 Wisselen en (bij)werkingen van longmedicatie

De totale groep respondenten is overwegend positief over de werking van hun longmedicatie. Wel heeft 20% van hen in het afgelopen jaar bijwerkingen ervaren (van n=486). Soms resulteert dat in het op een andere manier gebruiken van longmedicatie. Respondenten die gewisseld zijn van longmedicatie (zowel op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts) rapporteren vaker bijwerkingen dan respondenten die niet gewisseld zijn van longmedicatie (gemiddeld 31% tegenover 16%).

Gebruikers van longmedicatie ervaren niet alleen een gunstige werking van de medicatie, maar hebben soms ook bijwerkingen. Net als ervaringen met praktisch gebruik kunnen ervaren (bij)werking(en) invloed hebben op medicatie-therapietrouw en de ervaren gezondheid [14]. In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de ervaren (bij)werking(en) van longmedicatie voor de totale groep patiënten. Ook laten we zien of wisselingen in longmedicatie verband houdt met deze ervaringen en of dit verband sterker is voor bepaalde groepen patiënten.

3.1 (Bij)werkingen medicatie: algemene informatie

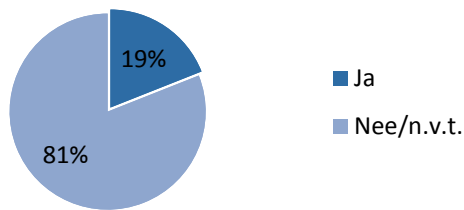
De totale groep patiënten is overwegend positief over de werking van hun longmedicatie (tabel 4). Bijna een kwart van de mensen twijfelt wel eens aan de werking van de medicijnen.

Tabel 4 - Stellingen over werkingen medicatie

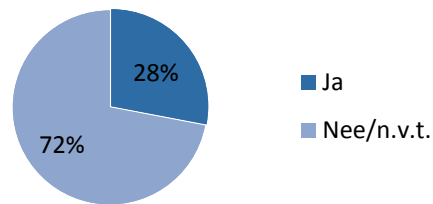
	(Ze er) e ens	Niet e ens/ one ens	(ze er) o ne ens
Ik voel me lichamelijk beter door gebruik van de medicijnen voor mijn longziekte (n=473)	81%	14%	6%
Ik twijfel wel eens aan de werking van de medicijnen voor mijn longziekte (n=471)	23%	20%	57%
De medicijnen voor mijn longziekte geven me energie voor mijn dagelijkse activiteiten (n=474)	66%	22%	12%

Aan alle patiënten is gevraagd of men de medicijnen voor de longziekte wel eens anders gebruikt als men zich heel goed voelt. Negentien procent antwoordt daar 'ja' op (figuur 7). In deze gevallen neemt men meestal minder medicatie dan is voorgeschreven, gevolgd door het bewust overslaan van een dosering en het wel eens vergeten van medicatie.

Als de patiënten zich niet goed voelen, dan gebruikt 28% de medicatie wel eens anders dan normaal (figuur 8). Heel vaak neemt men dan meer medicatie dan is voorgeschreven.

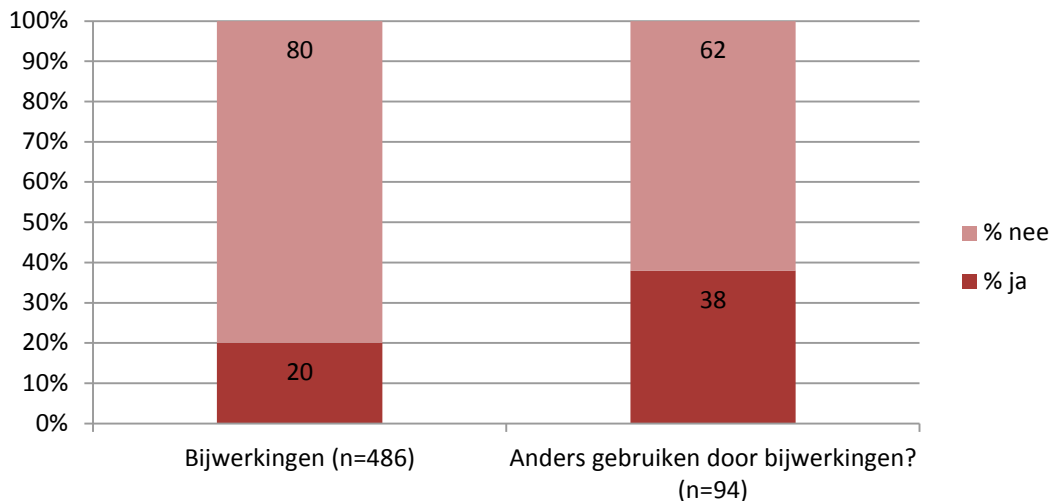


Figuur 7 – Percentage ‘Anders gebruik medicatie indien heel goed voelen’ (n=486)



Figuur 8 – Percentage ‘Anders gebruik medicatie indien niet goed voelen’

Van alle patiënten (n=486) heeft 20% aangegeven het afgelopen jaar last te hebben gehad van bijwerkingen van één of meerdere medicijnen voor de longziekte. Achtendertig procent van de mensen die bijwerkingen heeft ervaren is daardoor de medicijnen op een andere manier gaan gebruiken (figuur 9).



Figuur 9 - Percentage bijwerkingen en anders gebruiken van medicatie in geval van bijwerkingen

Van de mensen die aangeven hun longmedicatie op een andere manier te gebruiken door bijwerkingen, hebben 38 mensen aangegeven wat er dan precies anders is in het medicatiegebruik (tabel 5). Vaak is men helemaal gestopt (39%) of neemt men minder dan is voorgeschreven (16%). Bij de antwoordcategorie ‘Anders’ (n=16) geeft men aan over te stappen naar een ander merk of ander type medicijn, (n=10) of de longmedicatie op een andere manier te gebruiken (n=6, zoals meer gorgelen, gelijkmatiger inhaleren of de voorzetkamer gebruiken).

Tabel 5 - Wat is anders aan gebruik van longmedicatie indien men last heeft van bijwerkingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

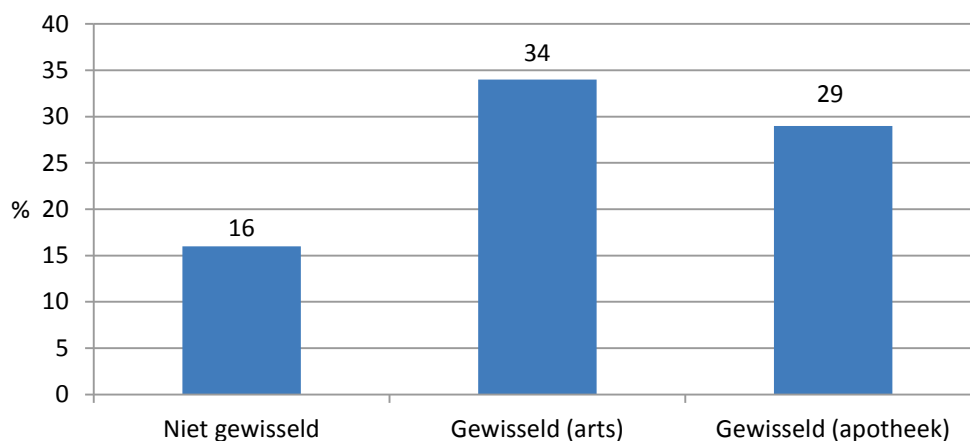
	n=38
Ik ben helemaal gestopt	39%
Ik neem minder dan mij is voorgeschreven	16%
Ik stop af en toe een tijdje	5%
Ik vergeet het dan wel eens in te nemen	5%
Ik neem meer dan mij is voorgeschreven	0%
Ik sla wel eens bewust een dosering over	0%
Anders	47%

De meest genoemde bijwerkingen zijn mond/keelklachten zoals een droge mond, heesheid en slijmvorming. Ook vaak genoemd zijn schimmelinfecties, hartkloppingen, (onderhuidse) bloedingen, hoofdpijn, kramp en benauwdheid. Honderdvierenveertig patiënten geven aan hoe vervelend ze deze bijwerkingen vinden: 81% zegt de bijwerkingen (erg) vervelend te vinden. Twaalf procent is hier neutraal over en 7% vindt de bijwerkingen (helemaal) niet vervelend.

3.2 Verband tussen wisselen en (bij)werkingen?

De ervaren werking van longmedicatie (stellingen tabel 4) is hetzelfde voor patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie en die wel gewisseld zijn van longmedicatie (zowel op initiatief van de arts als op initiatief van de apotheek). Wel is er een verband tussen het krijgen van een ander medicijn en het ervaren van bijwerkingen.

Zowel patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts ervaren vaker bijwerkingen dan patiënten die niet gewisseld zijn van longmedicatie (figuur 10, $p < 0.01$). Mensen die gewisseld zijn op initiatief van de arts ervaren het vaakst bijwerkingen (34%), maar deze bijwerkingen kunnen ook de aanleiding voor het wisselen zijn geweest binnen deze groep (zie conclusiehoofdstuk voor een verdere bespreking).



Figuur 10 - Percentage bijwerkingen naar type wisseling (n=484)

Er is geen verband tussen het type verandering (een andere inhalator, andere vorm of kleur van tabletten, enzovoort) en het optreden van bijwerkingen.

3.2.1 Bijwerkingen door wisselen? Mening patiënt

Aan de patiënten die gewisseld zijn en die bijwerkingen rapporteren, is gevraagd of deze bijwerkingen *-volgens henzelf* - door het wisselen zijn gekomen (37 patiënten hebben deze vraag beantwoord. Voor verdere uitleg, zie paragraaf 2.2.1). Van de acht patiënten die een ander medicijn hebben gekregen van de arts en die bijwerkingen rapporteren, geven er vier aan te denken dat die bijwerkingen zijn gekomen door dit nieuwe medicijn. Drie mensen denken dat de bijwerkingen komen van een medicijn dat ze al langer gebruiken en één patiënt weet dit niet meer.

Van de groep die een ander medicijn heeft gekregen op initiatief van de apotheek en die bijwerkingen rapporteren (n=29), geeft 55% aan te denken dat de bijwerkingen komen door een middel wat men al langer gebruikt. Eenendertig procent van de patiënten denkt dat de bijwerkingen komen van een nieuw middel dat men heeft gekregen van de apotheek (wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop); 14% weet dit niet meer.

3.2.2 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er is bestudeerd of de sterkte van het verband tussen wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek en ervaren bijwerkingen anders is voor bepaalde groepen patiënten, zie pagina 17 of appendix 2 voor uitleg. Hierin zijn geen verschillen geconstateerd. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen.

4 Wisselen, bijbetaling en levering

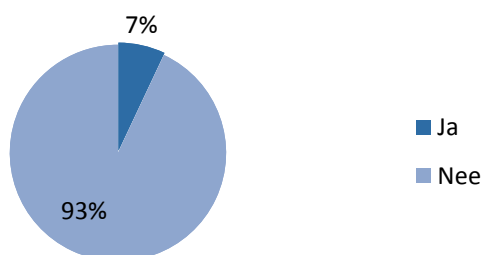
Van de totale groep patiënten geven enkelen aan het afgelopen jaar (bij)betaald te hebben voor hun longmedicatie (7% van n = 470). Er is geen verband tussen gewisseld zijn van medicijn op initiatief van de apotheek en moeten (bij)betalen.

Bijna één op de vijf van de totale groep patiënten (van n=484) heeft het afgelopen jaar meegemaakt dat één of meerdere medicijn(en) niet op voorraad was in de apotheek. Zowel patiënten die gewisseld zijn van medicatie op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts rapporteren vaker dat medicatie niet op voorraad was dan patiënten die niet gewisseld zijn van longmedicatie (gemiddeld 36% tegenover 13%).

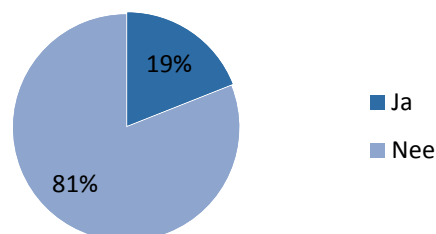
Uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat er een verband is tussen het wisselen van longmedicatie en ervaren, praktische problemen met, en ervaren bijwerkingen van longmedicatie. Het is onbekend of er een verband is tussen wisselen van longmedicatie en moeten (bij)betalen voor de medicatie en de voorradigheid daarvan. Daar gaan we in dit hoofdstuk dieper op in.

4.1 (Bij)betaling en levering: algemene informatie

Van alle patiënten (n=470) heeft 7% het afgelopen jaar wel eens moeten (bij)betalen voor één of meerdere medicijnen voor de longziekte (figuur 11). Moest men (bij)betalen, dan geeft men het vaakst aan dat men altijd al moest (bij)betalen voor dit middel (n=15) of dat men niet meer wist wat de reden was (n=14). Vier patiënten geven aan de medicijnen anders te gebruiken sinds zij moeten (bij)betalen. Drie nemen dan minder dan is voorgeschreven en één van de patiënten is helemaal gestopt.



Figuur 11 – Percentage (bij)betalen (n = 470)



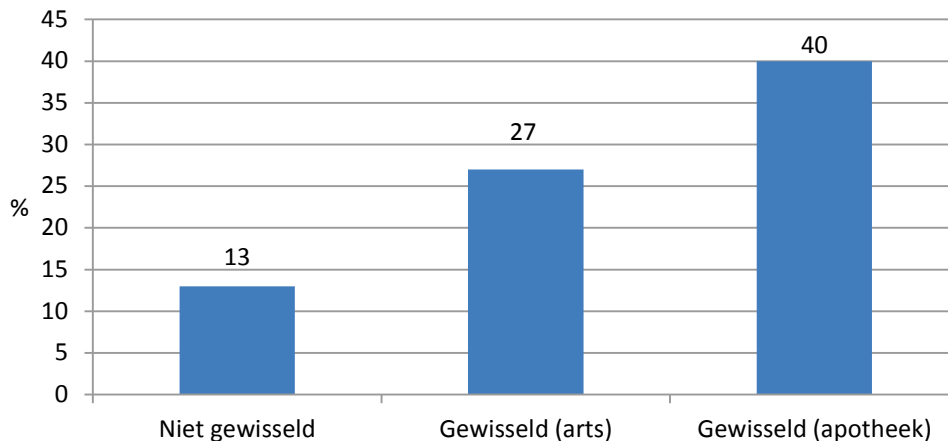
Figuur 12 – Percentage medicijn niet op voorraad (n = 484)

Bijna 20% van 484 patiënten heeft het afgelopen jaar meegemaakt dat een medicijn voor de longziekte niet op voorraad was in de apotheek, zie figuur 12. Eenennegentig patiënten hebben aangegeven om welk medicijn het ging. Salmeterol combinatie en Formoterol combinatie zijn daarbij wat vaker genoemd dan andere middelen, respectievelijk door 13% en 11% van de patiënten. Zeventig procent van de 91 mensen kreeg hun medicijn dezelfde of de volgende dag alsnog. Voor 25% van de mensen was dat binnen een week. Vier mensen (5%) geven aan dat zij de medicijnen na een week of langer kregen.

4.2 Verband tussen wisselen, (bij)betaling en levering?

Er is geen verband tussen het krijgen van een ander medicijn op initiatief van de apotheek en het moeten (bij)betalen voor medicatie. Dit verband is niet bestudeerd voor de groep patiënten die wisselden op initiatief van de arts wegens te lage aantallen.

Er zijn wel verbanden gevonden met het niet voorradig zijn van medicatie. Patiënten die het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek gewisseld zijn van longmedicatie hoorden vaker dat één of meerdere medicijnen niet op voorraad waren bij de apotheek dan patiënten die niet gewisseld zijn medicatie (40% versus 13%, figuur 13, $p < 0.01$).



Figuur 13 - Percentage 'Niet op voorraad' naar type wisseling (n=481)

Het blijkt dat patiënten die een verandering in de naam (ofwel het merk) van hun medicijn hadden, vaker aangeven dat hun medicijn wel eens niet op voorraad was in de apotheek in vergelijking met patiënten die ook wisselden, maar geen verandering in de naam van het medicijn hadden (45% tegenover 28%, $p < 0.05$).

4.2.1 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Gekeken is of bepaalde groepen patiënten die gewisseld zijn van medicatie vaker horen dat een middel niet op voorraad is (zie appendix 2 voor uitleg). Patiënten die gewisseld zijn op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen. Vooral vrouwelijke gebruikers van longmedicatie hebben een grotere kans op het niet voorradig zijn van longmedicatie (tabel 6, $p < 0.05$). In het hoofdstuk 'Conclusie & Beschouwing' staat een interpretatie van deze bevinding. Er zijn geen verschillen gevonden tussen zorgverzekeraars.

Tabel 6 – Verschil in sterkte verbanden “wisselen en niet op voorraad zijn van medicatie”

	% patiënten dat aangeeft dat medicatie wel eens niet op voorraad is		
	in groep: niet gewisseld	in groep: gewisseld op initiatief van de apotheek	Verschil
Geslacht*			
Man	13% (van n=157)*	24% (van n=41)	11%
Vrouw	12% (van n=192)	51% (van n=59)	39%

* Interpretatie van de cijfers: in de steekproef zijn 157 mannen die het afgelopen jaar niet zijn gewisseld van longmedicatie. Van deze 157 mannen geeft 13% aan dat hun longmedicatie wel eens niet op voorraad was in de apotheek.

5 Wisselen en vertrouwen in eigen kunnen, medicatie en zorgverleners

Vertrouwen in eigen kunnen ten aanzien van medicijn gebruik: Binnen de totale groep patiënten is het zelfvertrouwen relatief hoog ten aanzien van goed medicatiegebruik en het vermogen om informatie over medicatie te verwerven en te begrijpen. Daarin zijn geen verschillen tussen respondenten die niet wisselden of wel wisselden van longmedicatie, zowel op initiatief van de arts als op initiatief van de apotheek.

Vertrouwen in zorgverleners: Verder is er binnen de totale groep patiënten niet zonder meer vertrouwen dat de werking en veiligheid van nieuwe medicijnen even goed is (of zou zijn) als van oude/huidige medicijnen. De mate van vertrouwen in de apotheker, huisarts, medisch specialist en zorgverzekeraar is hetzelfde voor patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie en die wel gewisseld zijn van longmedicatie, zowel op initiatief van de arts als op initiatief van de apotheek.

Uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat het wisselen van longmedicatie samenhangt met patiëntervaringen ten aanzien van praktisch gebruik, bijwerkingen en het niet voorradig zijn van longmedicatie. Mogelijk hangt wisselen van longmedicatie ook samen met het vertrouwen in eigen kunnen of in zorgverleners ten aanzien van diverse aspecten rond de longmedicatie. Dit hoofdstuk brengt dat in kaart.

5.1 Zelfvertrouwen (self-efficacy): algemene informatie

Self-efficacy of eigen-effectiviteit is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om een bepaalde taak uit te voeren of een probleem op te lossen [15]. Self-efficacy is gemeten aan de hand van de MUSE-vragenlijst [16]. Deze schaal bestaat uit acht stellingen (tabel 7), waarvan de eerste vier gaan over het vermogen om het medicatiegebruik te reguleren en de laatste vier gaan over informatieverwerving en begrip.

Tabel 7 - Stellingen over self-efficacy (MUSE)

	(Helemaal) niet eens	(Helemaal) eens
<i>Vermogen om medicatiegebruik te reguleren</i>		
Het lukt mij om:		
Mijn medicijnen op tijd te gebruiken (n=472)	5%	95%
Te onthouden alle medicijnen in te nemen (n=462)	6%	94%
Een planning te maken om mijn medicijnen elke dag in te nemen (n=460)	12%	88%
Mijn medicijnen elke dag in te nemen (n=471)	7%	93%
<i>Vermogen tot informatie verwerven en begrip</i>		
Het lukt mij om:		
De apotheek of arts om informatie te vragen over mijn medicijnen (n=453)	14%	86%
De instructies van mijn apotheker of arts over mijn medicijnen te begrijpen (n=461)	5%	95%
De instructies op de verpakking van mijn medicijnen te begrijpen (n=462)	5%	95%
Alle mogelijke informatie over mijn medicijnen te krijgen (n=461)	9%	91%

De stellingen van de MUSE zijn allemaal positief geformuleerd, zoals 'Het lukt mij om mijn medicijnen op tijd te gebruiken'. Mogelijke antwoorden zijn 'Helemaal niet eens' (score 1), 'Niet eens' (score 2), 'Eens' (score 3) en 'Helemaal eens' (score 4). Hoe hoger de score, hoe groter dus het vertrouwen is van respondenten in hun eigen bekwaamheid ten aanzien van medicatiegebruik en informatieverwerving/begrip. Voor de totale groep patiënten is de mediaan 4.0 ten aanzien van de schaal 'medicatieregulering'. Voor de schaal 'informatieverwerving en begrip' is de mediaan 3.5. Op de meeste stellingen antwoordt minstens 90% van alle patiënten (helemaal) eens. Het maken van een planning om medicijnen elke dag in te nemen of de apotheek/arts om informatie vragen over medicijnen vindt men iets lastiger.

5.2 Verband tussen wisselen en self-efficacy?

De mate van self-efficacy is hetzelfde voor beide schalen voor patiënten die het afgelopen jaar niet zijn gewisseld van longmedicatie, die zijn gewisseld op initiatief van de apotheek en die zijn gewisseld op initiatief van de arts.

Patiënten die wisselen van longmedicatie (ongeacht of dit gebeurt door de arts of apotheek) kunnen met verschillende typen veranderingen in hun medicijnen te maken krijgen. Denk daarbij aan het krijgen van een andere inhalator, een andere naam, etcetera. Het type verandering in medicijn blijkt wél samen te hangen met de mate van self-efficacy. Patiënten die een andere inhalator hebben gekregen rapporteren een lagere self-efficacy score op de 'medicatieregulering' schaal dan mensen die ook zijn veranderd van longmedicatie, maar die geen andere inhalator kregen (medianen respectievelijk 3.75 versus 4.0, $p < 0.05$). Dit is in lijn met het feit dat mensen die een andere inhalator krijgen ook vaker problemen met praktisch gebruik rapporteren (zie paragraaf 2.2).

Patiënten die een medicijn krijgen met enkel een andere naam rapporteren juist een betere self-efficacy score op de ‘medicatieregulering’ schaal dan mensen die ook zijn veranderd van medicatie, maar waarbij de naam niet veranderd (medianen respectievelijk 4.0 versus 3.75, $p < 0.05$).

5.3 Vertrouwen in medicatie en zorgverleners: algemene informatie

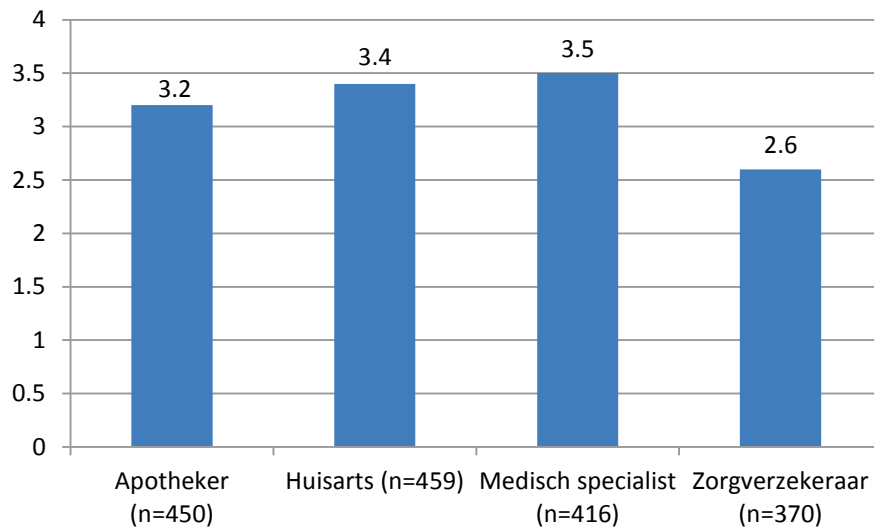
Aan alle patiënten zijn stellingen voorgelegd over het vertrouwen dat zij hebben in (eventueel) nieuwe medicatie en in zorgverleners (tabel 8). Patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie konden dus óók hun mening over deze stellingen geven.

De patiënten hebben er niet zonder meer vertrouwen in dat de werking en veiligheid van nieuwe medicijnen even goed is als van ‘oude’ medicijnen. Ook maakt 43% (van $n=237$) zich zorgen om (nieuwe) bijwerkingen als zij een nieuw medicijn (zouden) krijgen. Het vertrouwen in het voorschrijven, het op voorraad zijn en het meegeven van het juiste medicijn door de apotheek is hoog, evenals het vertrouwen in de eigen kunde om goed te inhaleren.

Tabel 8 - Stellingen over vertrouwen in medicatie en zorgverleners

	(Zeer) mee eens	Niet eens, niet oneens	(Zeer) mee oneens
Ik heb er vertrouwen in dat het nieuwe medicijn dezelfde werking heeft als het oude medicijn ($n=199$)	67%	18%	15%
Ik heb er vertrouwen in dat het nieuwe medicijn even veilig is als het oude medicijn ($n=204$)	74%	13%	13%
Ik vertrouw erop dat de apotheek mijn medicijn altijd op voorraad heeft ($n=413$)	91%	6%	3%
Ik vertrouw erop dat mijn arts mij het juiste medicijn voorschrijft ($n=421$)	97%	3%	0%
Ik vertrouw erop dat ik altijd het juiste medicijn meekrijg van de apotheek ($n=417$)	94%	3%	3%
Ik maak mij zorgen om (nieuwe) bijwerkingen als ik een nieuw medicijn krijg ($n=237$)	43%	28%	29%
Ik maak mij zorgen dat het nieuwe medicijn minder goed werkt dan het oude medicijn ($n=224$)	33%	31%	36%
Ik heb er vertrouwen in dat ik goed inhaleer ($n=425$)	96%	3%	1%

Volgens 54% van alle patiënten ($n=463$) bepaalt de arts welk medicijn zij voor hun longziekte krijgen; 41% zegt dat zij dit in samenspraak met de arts bepalen. De patiënten hebben ook de mate van vertrouwen aangegeven in de verschillende typen zorgverleners. Daarbij loopt de antwoordschaal van ‘1’ (heel weinig vertrouwen) tot ‘4’ (heel veel vertrouwen). Figuur 14 laat de gemiddelde scores zien. De mate van vertrouwen in de apotheker, huisarts, medisch specialist en zorgverzekeraar verschilt niet tussen patiënten van de verschillende zorgverzekeraars.



Figuur 14 – Gemiddelde score ‘Vertrouwen in zorgverlener’ (1 = heel weinig vertrouwen, 4 = heel veel vertrouwen)

5.4 Verband tussen wisselen en vertrouwen?

De mate van vertrouwen in de apotheker, huisarts, medisch specialist en zorgverzekeraar is hetzelfde voor patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie en die wel gewisseld zijn op initiatief van de apotheek en op initiatief van de arts.

6 Wisselen en zelfgerapporteerde therapietrouw

Ongeveer 65% van alle patiënten (n=419) neemt hun longmedicatie zoals overeengekomen met de arts (zij zijn 'therapietrouw'). Daarbij zijn patiënten die in het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van longmedicatie vaker therapietrouw (68%) dan patiënten die wel zijn gewisseld van longmedicatie, zowel op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts (gemiddeld 54% therapietrouw).

In de voorgaande hoofdstukken zijn onderwerpen behandeld die van invloed kunnen zijn op medicatie-therapietrouw. Hier kijken we naar de therapietrouw zelf en ook naar de samenhang tussen het wisselen van longmedicatie en de mate van therapietrouw. Daarbij grijpen we tevens terug op resultaten over medicatie-innamegedrag uit vorige hoofdstukken.

6.1 Therapietrouw: algemene informatie

Om therapietrouw te meten is de MARS-A vragenlijst gebruikt (Medication Adherence Report Scale for Asthma) [17, 18]. Deze vragenlijst bevat tien stellingen (zie tabel 9) over het gebruik van medicijnen. Deze stellingen betreffen – behalve de stelling over vergeten – allemaal bewuste therapieontrouw waarbij mensen actief besluiten hun medicatie anders in te nemen dan afgesproken met de voorschrijver. Therapieontrouw wegens niet goed inhaleren of niet goed begrijpen van de bijsluiter, wordt met deze vragenlijst niet gemeten.

Tabel 9 - Stellingen over het gebruik van medicijnen (MARS-A)

	(Heel) vaak (score: 1/2)	Soms (score:3)	Nooit tot zelden (score: 4/5)
Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik ze nodig heb (n=449)	20%	6%	74%
Ik besluit om een dosis over te slaan (n=449)	5%	13%	82%
Als het kan, gebruik ik mijn medicijnen niet (n=443)	8%	6%	86%
Ik vergeet mijn medicijnen te gebruiken (n=448)	1%	13%	86%
Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik mij benauwd voel (n=446)	11%	8%	81%
Ik verander de dosering van mijn medicijnen (n=448)	2%	18%	80%
Ik stop een tijdje met het gebruiken van mijn medicijnen (n=445)	4%	6%	90%
Ik gebruik minder van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven (n=448)	5%	10%	84%
Ik gebruik mijn medicijnen als een soort reserve wanneer mijn andere behandeling niet werkt (n=445)	1%	2%	97%
Ik neem mijn medicijnen voordat ik iets ga doen waarbij ik kortademig of benauwd kan worden (n=448)	13%	18%	69%
Ik gebruik meer van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven* (n=447)	1%	13%	86%
Ik gebruik mijn medicijnen iedere dag* (n=453)	83%	2%	15%

*Extra vragen die buiten de MARS-A vragenlijst vallen

De stellingen in de MARS-A zijn allemaal negatief geformuleerd, zoals: 'Ik besluit een dosis over te slaan': de antwoordschaal loopt van 'Nooit' (score 5) tot 'Heel vaak' (score 1). Een score van 5 wil zeggen dat de respondent rapporteert volledig therapietrouw te zijn. Naast de losse items kan ook gekeken worden naar de somscore. Ook deze loopt van 1 tot 5, waarbij 5 maximale therapietrouw weergeeft.⁷

Patiënten antwoorden op de losse stellingen het vaakst 'nooit' of 'zelden'. Als we de somscore van alle stellingen nemen, dan is de mediaan 4.7. Dat betekent dat de zelf-gerapporteerde mate van therapietrouw (gemiddeld genomen voor de hele groep) hoog is. Dat is in overeenstemming met het relatief hoge zelfvertrouwen van de patiënten ten aanzien van hun medicatiegebruik (zie paragraaf 5.1).

De somscore van de MARS-A kan echter ook worden gesplitst. Een respondent wordt in dit geval aangemerkt als 'therapietrouw' als hij/zij een somscore heeft van 4.5 of hoger [17]. In dat geval is 65% van alle patiënten (n=419) therapietrouw en ruim één derde is therapieontrouw. Dat is in lijn met bevindingen uit hoofdstuk 3:

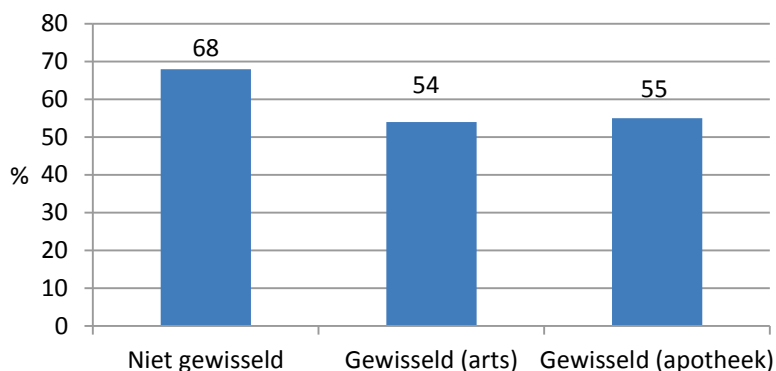
- negentien procent van alle patiënten geeft aan medicatie wel eens anders te gebruiken dan normaal als men zich heel goed voelt. Meestal neemt men dan minder medicatie dan is voorgeschreven;
- achtentwintig procent van de patiënten gebruikt medicatie wel eens anders dan normaal als men zich niet goed voelt. Meestal neemt men dan meer medicatie dan is voorgeschreven;
- van patiënten die bijwerkingen hebben ervaren, geeft 38% aan daardoor de medicijnen op een andere manier te gebruiken. Vaak stopt men dan helemaal met de medicatie of neemt men minder in dan is voorgeschreven.

6.2 Verband tussen wisselen en therapietrouw?

Er is een verband tussen het krijgen van een ander medicijn en de mate van therapietrouw.

Patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van medicatie zijn relatief vaker therapietrouw dan patiënten die een ander medicijn hebben gekregen op initiatief van de apotheek of arts (figuur 15, $p < 0.01$).

⁷ De scores op de losse stellingen worden opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal stellingen. Zo komen we wederom op een score van 1-5 voor de gehele schaal.



Figuur 15 - Percentage therapietrouw naar type wisseling (n = 419)

Uit hoofdstuk 5 is gebleken dat het wisselen van longmedicatie geen invloed heeft op het *zelfvertrouwen* van patiënten ten aanzien van hun medicatiegebruik. Uit het huidige hoofdstuk blijkt dat wisselen wél samenhangt met de daadwerkelijk gerapporteerde therapietrouw.

Voor bovenstaande verbanden zijn verschillen bekeken tussen de groep mensen die niet is gewisseld van longmedicatie en de groep mensen die wel is gewisseld van longmedicatie. *Binnen* de groep mensen die wel is gewisseld kan het echter ook nog uitmaken wat voor type verandering zij in hun medicijn hebben gehad (ongeacht of zij dit nieuwe medicijn kregen van de apotheek of arts). Uit hoofdstukken 2 en 5 is bijvoorbeeld gebleken dat patiënten die een andere inhalator kregen, vaker problemen met praktisch gebruik en een lager zelfvertrouwen ten aanzien van medicatiegebruik rapporteren dan patiënten die ook zijn gewisseld van longmedicatie, maar daarbij geen andere inhalator kregen. Het type verandering in medicijn maakt echter niet uit voor de mate van therapietrouw.

6.2.1 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er is bestudeerd of de sterkte van het verband tussen wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek en de mate van therapietrouw anders is voor bepaalde groepen patiënten, zie pagina 17 of appendix 2 voor uitleg. Hierin zijn geen verschillen geconstateerd. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen.

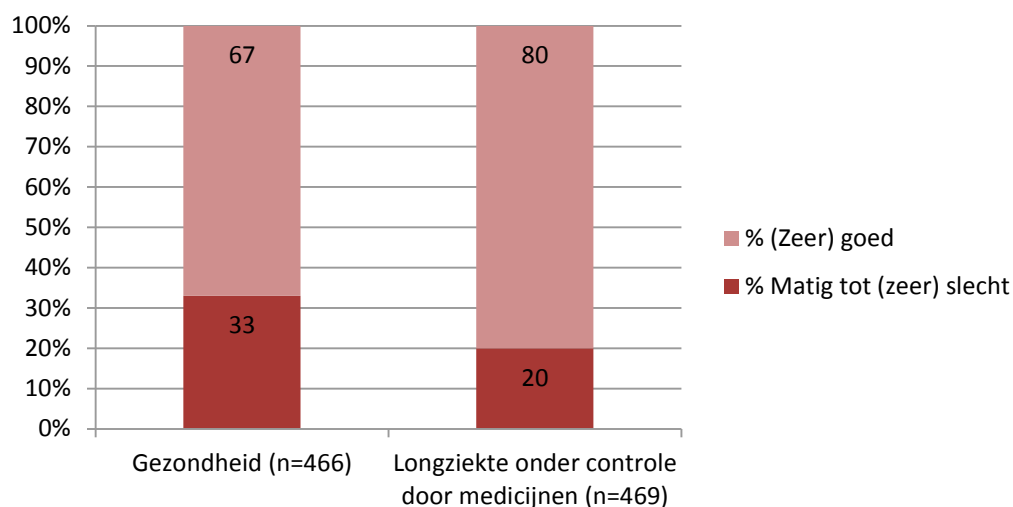
7 Wisselen, gezondheid en verzuim

Gemiddeld genomen geeft ruim een kwart van patiënten, die het afgelopen jaar zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek of arts, zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is als gevolg van dit andere medicijn (van n=122). De ervaren verandering van de gezondheid is meestal niet gunstig voor de mensen die wisselden op initiatief van de apotheek. In vergelijking met patiënten die niet gewisseld zijn of die op initiatief van de arts gewisseld zijn, heeft deze groep ook in het algemeen een minder goede ervaren gezondheid en de longziekte minder goed onder controle. Het ziekteverzuim is voor de verschillende groepen (wel/niet gewisseld) gelijk.

Ervaringen met longmedicatie in verband met wisselen van de medicijnen kan uiteindelijk leiden tot een goede of juist minder goede, ervaren gezondheid en/of tot ziekteverzuim. In dit hoofdstuk schetsen we eerst een beeld van de ervaren gezondheid en ziekteverzuim voor de totale groep patiënten. Ook laten we zien of wisselingen in longmedicatie verband houdt met deze ervaringen en of dit verband sterker is voor bepaalde groepen patiënten.

7.1 Gezondheid en verzuim: algemene informatie

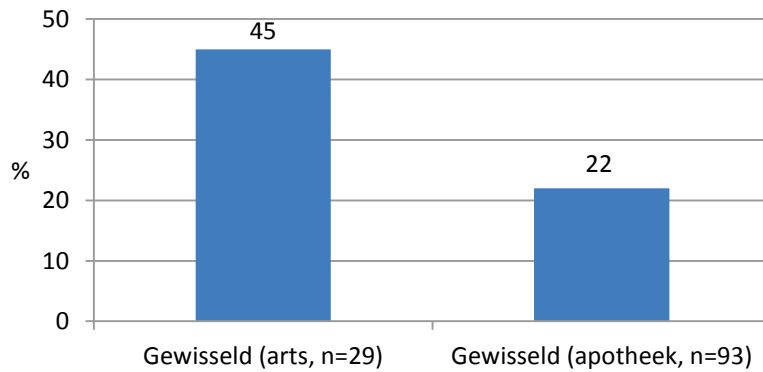
Van alle patiënten (n=466) beschrijven de meesten hun gezondheid momenteel als goed. Een grote meerderheid van de patiënten (van n=469) rapporteert ook dat zij hun longziekte met behulp van medicijnen onder controle konden houden, zie figuur 16.



Figuur 16 – Percentages 'ervaren gezondheid' en 'Hoe goed lukt het om de longziekte met behulp van medicijnen onder controle te houden'

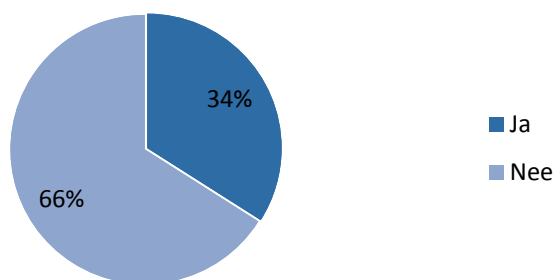
Van de patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de arts, geeft 45% zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is als gevolg van veranderingen in hun medicijnen voor de longziekte (figuur 17). Twaalf van hen hebben aangegeven wat voor veranderingen dit waren: 42% zegt zich in het algemeen beter te hebben gevoeld en 33% zegt zich in het algemeen juist slechter te hebben gevoeld.

Van de patiënten die een ander medicijn kregen op initiatief van de apotheek geeft 22% zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is door verandering in hun medicijnen (figuur 17). Twintig van hen hebben aangegeven wat voor veranderingen dit waren. Daarbij geeft de helft aan zich in het algemeen slechter te hebben gevoeld. Wederom de helft geeft aan de longziekte dan minder goed onder controle te hebben gehad. Vijf mensen geven aan dat zij meer zuurstof nodig hadden.



Figuur 17 – Percentage ‘gezondheid wel eens veranderd door verandering in longmedicatie’ naar type wisseling

Van de patiënten die werk hebben of naar school gaan (n=221), heeft 34% het afgelopen jaar wel eens verzuimd wegens ziekte, zie figuur 18. In 96% van de gevallen ging het om verzuim van werk. Zevenenvijftig patiënten hebben aangegeven hoeveel dagen zij in totaal hebben verzuimd van werk in het afgelopen jaar: de mediaan was zes dagen. Driekwart van deze mensen verzuimde 12 dagen of minder. Het is onbekend of het verzuim is veroorzaakt door problemen gerelateerd aan de longziekte of door andere zaken.



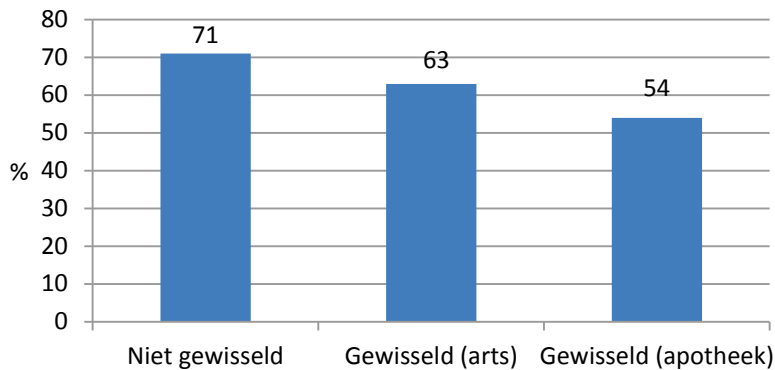
Figuur 18 – Percentage afgelopen jaar verzuimd wegens ziekte (n=221)

7.2 Verband tussen wisselen, gezondheid en verzuim?

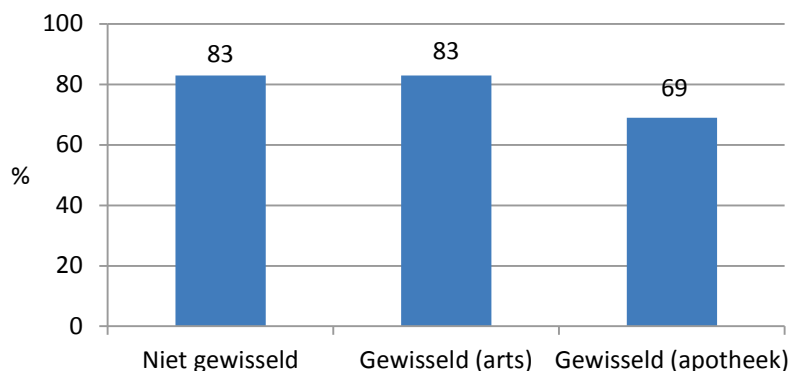
Er zijn verbanden tussen het krijgen van een ander medicijn, de ervaren gezondheid en het onder controle kunnen houden van de longziekte met behulp van medicijnen.

Vooral patiënten die het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek gewisseld zijn van longmedicatie beoordelen minder vaak hun gezondheid als (zeer) goed dan patiënten die gewisseld

zijn op initiatief van de arts of patiënten die niet gewisseld zijn van medicatie (figuur 19, $p < 0.01$). Ook voor het onder controle kunnen houden van de longziekte met de medicijnen rapporteren deze patiënten minder gunstige resultaten ten opzichte van de groep mensen die niet zijn gewisseld van medicatie, of die zijn gewisseld op initiatief van de arts (figuur 20, $p < 0.01$).



Figuur 19 – Percentage dat gezondheid in algemeen als (zeer) goed ervaart naar type wisseling (n=465)



Figuur 20 – Percentage 'Lukt (zeer) goed om de longziekte met behulp van medicijnen onder controle te houden' (n=466)

Er zijn geen verschillen in ziekteverzuim tussen de groep mensen die niet is gewisseld van medicatie en mensen die wel zijn gewisseld van medicatie in het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek of arts (deze groepen zijn in deze analyse samengenomen wegens de aantallen). Ook is een bepaald type verandering (een andere inhalator, andere vorm of kleur van tabletten, enzovoort) niet gerelateerd aan een andere ervaren gezondheid, de mate van de longziekte onder controle houden of ziekteverzuim.

7.2.1 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er is bestudeerd of de sterkte van de verbanden tussen wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek, de ervaren gezondheid en het onder controle kunnen houden van de longziekte anders is voor bepaalde groepen patiënten. Zie pagina 17 of appendix 2 voor uitleg. Er zijn geen verschillen geconstateerd. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen.

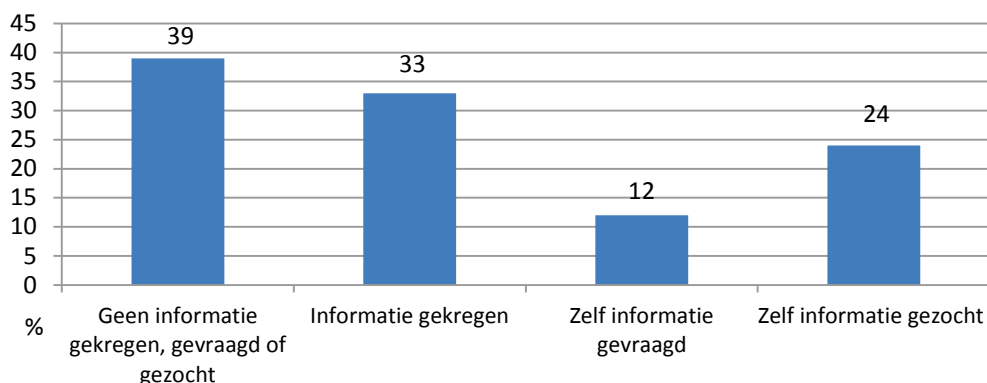
8 Wisselen, informatievoorziening en afstemming van de zorg

Twee derde van de patiënten (van n=67) die het afgelopen jaar zijn gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek, heeft geen informatie ontvangen over preferentie- of inkoopbeleid van een zorgverlener. Indien men wel informatie heeft ontvangen, dan kwam dit meestal vanuit de apotheek. Ruim een kwart van de patiënten (van n=45) die informatie over dit beleid heeft gekregen van zorgverleners geeft aan daar wel eens tegenstrijdige informatie over te hebben ontvangen.

Zoals is gebleken uit de vorige hoofdstukken heeft het wisselen van longmedicatie invloed op patiëntervaringen met (gebruik van) longmedicatie en ervaren gezondheid. Een goede informatievoorziening aan de patiënten over preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop, en wat dit voor hen betekent, is daarom essentieel. Dit hoofdstuk gaat over informatie die patiënten hebben gekregen, gevraagd of gezocht ten aanzien van veranderingen in medicatie wegens preferentie- of inkoopbeleid. We beperken ons tot de groep patiënten die het afgelopen jaar is gewisseld op initiatief van de apotheek.

8.1 Informatievoorziening en afstemming zorg: algemene informatie

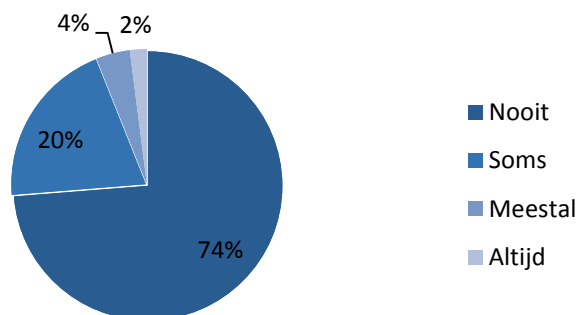
Van de patiënten die het afgelopen jaar een ander medicijn kregen voor hun longziekte op initiatief van de apotheek, zegt 33% informatie te hebben *ontvangen* van een zorgverlener over veranderingen van medicatie wegens preferentie- of inkoopbeleid (figuur 21, n=67; antwoorden tellen op boven de 100% omdat mensen meer dan één antwoord konden geven). Twaalf procent heeft zelf om deze informatie gevraagd en 24% heeft zelf naar deze informatie gezocht. Negenendertig procent heeft helemaal geen informatie gekregen, gevraagd of gezocht. Een derde van deze groep patiënten heeft geen antwoord gegeven op de vragen over informatievoorziening.



Figuur 21 – Percentages 'Informatie over preferentie- of inkoopbeleid krijgen of zoeken' (meerdere antwoorden mogelijk, n=67)

In totaal hebben 41 van de 67 patiënten antwoord gegeven op de vraag *van wie of waar* men informatie over preferentie- of inkoopbeleid heeft gekregen en *waarover* de informatie is gegaan. Binnen deze groep heeft men het vaakst van de apotheek informatie gekregen over preferentie- of inkoopbeleid (66%). Hierna zijn internet (32%) en de medische specialist (20%) het vaakst genoemd. De informatie gaat meestal over *waarom* de medicatie veranderd is (49%), wat de verandering voor de patiënt zou betekenen (bijvoorbeeld een andere manier van inhaleren, 37%) en over mogelijke bijwerkingen van het nieuwe medicijn (24%).

Ruim een kwart van de patiënten die het afgelopen jaar is gewisseld van medicatie op initiatief van de apotheek en die informatie daarover heeft gekregen van zorgverleners (n=45), geeft aan dat zij wel eens tegenstrijdige informatie van hun zorgverleners hebben ontvangen (figuur 22).



Figuur 22 – Percentage ‘Wel eens tegenstrijdige informatie ontvangen van zorgverleners over veranderingen in medicijnen voor longziekte’

Vier van deze patiënten geven aan dat zij van de apotheker wel eens het advies hebben gekregen om terug te gaan naar de voorschrijver (huisarts, longarts) in verband met veranderingen in de medicijnen. Eén patiënt heeft van de apotheker het advies gekregen om terug te gaan naar de zorgverzekeraar.

DEEL B – VERGELIJKING VAN RESULTATEN MET DRIE ANDERE DATABRONNEN

9 Vergelijking resultaten met drie andere databronnen

Een deel van de data uit dit onderzoeksrapport is vergeleken met drie andere databronnen: een peiling onder ex-leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (n=109), een enquête van het Longfonds (n=399) en een meldactie van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (n=2099) onder longpatiënten. De resultaten uit deel A die zijn vergeleken, lijken representatief te zijn voor de volwassen populatie longpatiënten in Nederland. De vergeleken data uit de meldactie wijken af van de andere databronnen.

In dit hoofdstuk wordt een gedeelte van de resultaten uit deel A in context geplaatst door ze te vergelijken met drie andere databronnen, zie figuur 23. Er is geen gouden standaard beschikbaar om de resultaten tegen af te zetten, maar door vergelijking met de drie andere databronnen hebben we wel een indicatie van de representativiteit van de resultaten voor de Nederlandse, volwassen populatie longpatiënten.

Databron “Uitstromers NPCG”

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL bestaat uit ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar of ouder met een chronische, somatische aandoening en/of zintuiglijke of motorische beperkingen [19]. De panelleden doen twee keer per jaar mee aan een reguliere enquête op gebied van gezondheid en zorg. Iedere vier jaar worden de deelnemers aan dit panel vervangen door nieuwe leden. Tweehonderdvierenzestig mensen met een longaandoening die zijn uitgestroomd uit dit panel (ex-panelleden, verder genoemd: ‘uitstromers’) hebben begin 2015 een identieke vragenlijst ontvangen zoals de patiënten uit deel A van dit rapport. Honderdnegen mensen namen deel. Voor meer informatie, zie appendix 2.

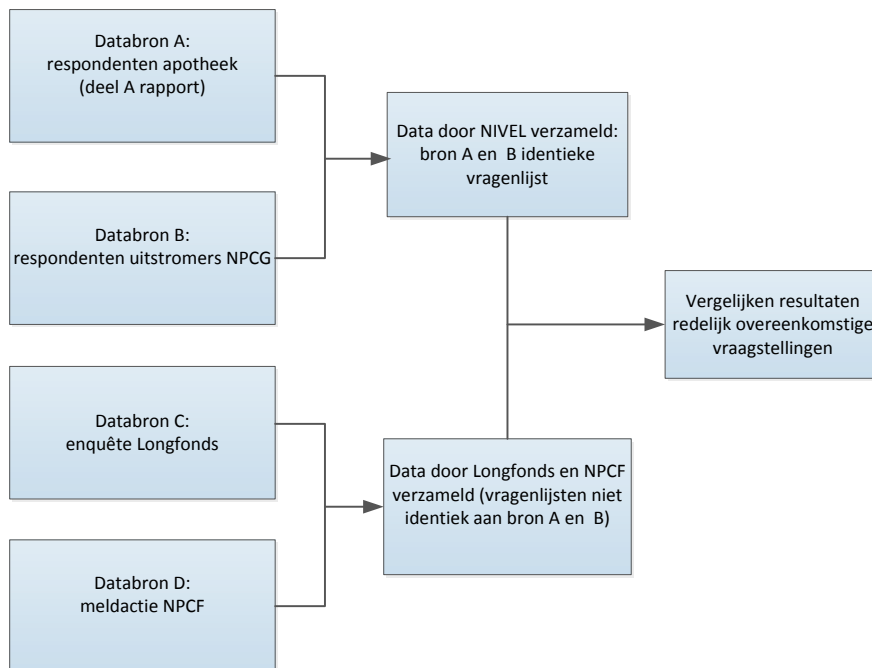
Databron “Enquête Longfonds”

Begin 2014 is door het Longfonds het “Longpanel” opgezet. Dit panel bestaat uit mensen met een chronische longziekte en heeft op dit moment ongeveer 450 deelnemers. In februari 2014 is onder leden van dit panel een enquête over preferentiebeleid uitgezet; 399 mensen hebben daaraan deelgenomen. Ook hier is aan de patiënt gevraagd of hij of zij veranderd is van medicatie en op wie zijn initiatief dat was.

Databron “Meldactie NPCF”

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft in 2013 een vragenlijst uitgezet onder leden van haar Zorgpanel met daarin, onder andere, vragen over ervaringen met preferentie- of inkoopbeleid [10]. Ook heeft een oproep voor deelname in de digitale versie van de Telegraaf gestaan. Mensen met een breed scala aan (chronische) ziektebeelden hebben meegedaan. Van 2099 patiënten met astma en/of COPD die aan deze meldactie hebben deelgenomen zijn data verkregen. Onder ander is gevraagd of men andere geneesmiddelen kreeg dan voorheen.

Figuur 23 vat de wijze samen waarop de databronnen zijn vergeleken.



Figuur 23 – Vergeleken databronnen

9.1 Preferentie- of inkoopbeleid, (gezondheids)problemen en informatievoorziening

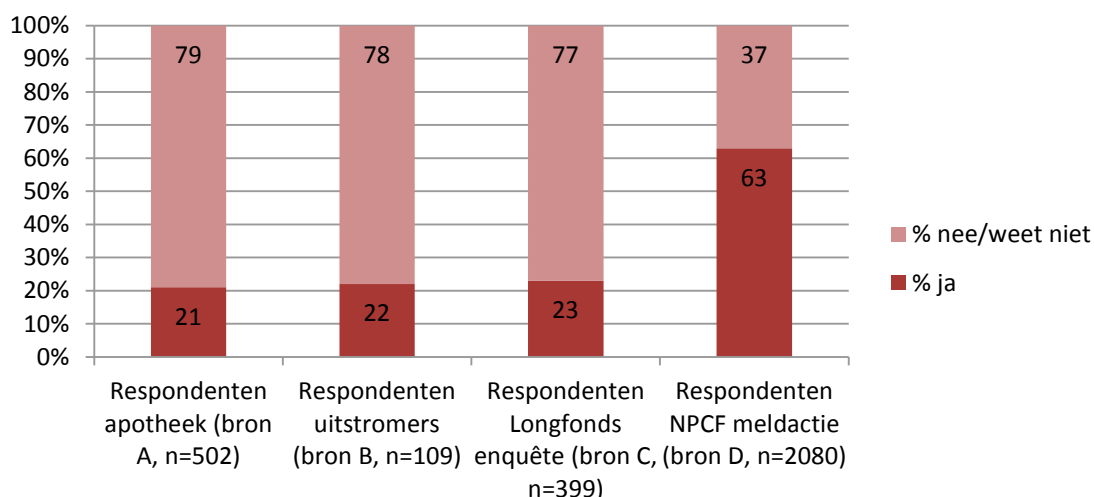
Qua beleidsvormen op gebied van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop wordt in de rapportage van de andere bronnen vooral gesproken over 'preferentiebeleid'. Daarom gebruiken we in dit hoofdstuk gebruiken de term 'preferentie- of inkoopbeleid'.

De resultaten van vraagstellingen over preferentie- of inkoopbeleid uit de databronnen die redelijkerwijs te vergelijken zijn met vraagstellingen uit onze eigen vragenlijst, zijn naast elkaar gelegd en op het oog vergeleken aangaande:

- het aandeel patiënten dat in aanraking is gekomen met over preferentie- of inkoopbeleid (9.1.1);
- ervaren problemen met preferentie- of inkoopbeleid (9.1.2);
- het aandeel patiënten dat informatie heeft ontvangen over preferentie- of inkoopbeleid (9.1.3).

9.1.1 In aanraking gekomen met preferentie- of inkoopbeleid

Aan de patiënten in de apotheekdata (zie deel A) en de uitstromersdata (B) die zijn gewisseld op initiatief van de apotheek is op exact dezelfde manier gevraagd of men in het afgelopen jaar wel eens een ander medicijn voor de longziekte heeft gekregen dan men gewend was. In de enquête van het Longfonds (C) is gevraagd of men sinds februari 2013 van medicijn is veranderd. In de meldactie NPCF (D) is direct aan de respondent gevraagd of men te maken heeft (gehad) met preferentiebeleid. In figuur 24 zijn de antwoorden op deze vragen gegeven onder de noemer 'percentages in aanraking geweest met preferentie- of inkoopbeleid'.

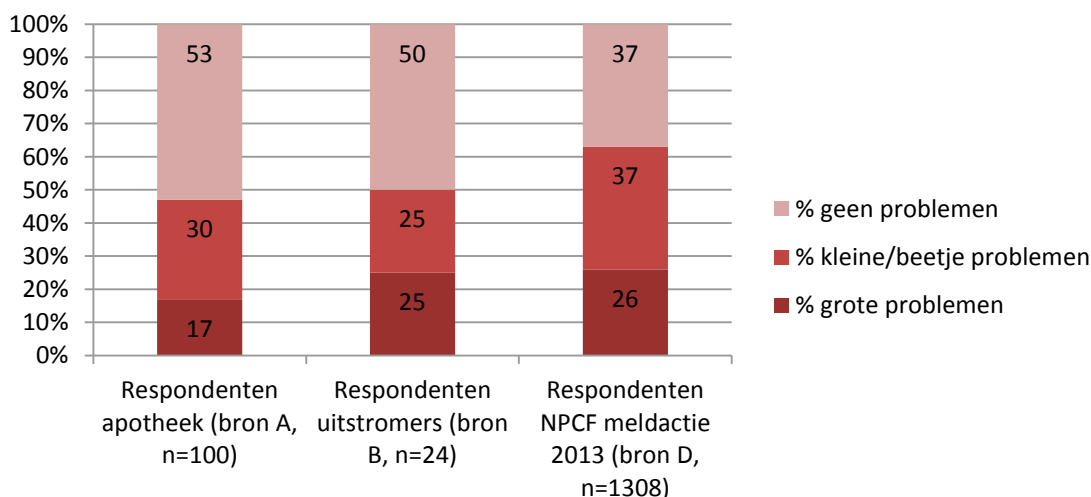


Figuur 24 – Percentages ‘In aanraking geweest met preferentie- of inkoopbeleid’

Het percentage respondenten dat veranderd is van medicatie, ligt het hoogst in de meldactie NPCF: 63% tegenover 21-23% in de andere databronnen. Op een meldactie zullen eerder patiënten afkomen die (negatieve) ervaringen hebben met wisselen. Men wil graag zijn/haar klacht kwijt. Op dit punt lijken de resultaten van de steekproef patiënten uit de apotheekdataset een betere afspiegeling te zijn van de Nederlandse populatie volwassen longpatiënten.

9.1.2 Ervaren problemen met preferentie- of inkoopbeleid

Aan de patiënten van de apotheekdata (A) en de uitstromersdata (B) die zijn gewisseld op initiatief van de apotheek is gevraagd wat men ervan vindt dat men een ander medicijn heeft meegekregen dan men was gewend. Antwoordcategorieën zijn ‘Ik vond het geen probleem’, ‘Ik vond het wel een beetje een probleem’ en ‘Ik vond het een groot probleem’. In de meldactie NPCF (D) is aan deelnemers die ervaring hebben met preferentiebeleid gevraagd of men daarmee problemen heeft (gehad), met als antwoordcategorieën ‘ja, grote problemen’, ‘ja, kleine problemen’ en ‘nee’. In figuur 25 zijn de antwoorden gegeven onder de noemer ‘mate van ervaren problemen door preferentie- of inkoopbeleid’.



Figuur 25 – Percentages ‘mate van ervaren problemen door preferentie- of inkoopbeleid’

Het percentage respondenten dat problemen heeft ervaren is het hoogste in de meldactie (63% tegenover 47-50% in de andere databronnen). De verklaring is hetzelfde als aangegeven bij paragraaf 9.1.1; patiënten die afkomen op een meldactie zijn niet representatief voor de Nederlandse populatie longpatiënten. Overigens wordt dit in het rapport over de meldactie ook duidelijk gezegd. NB: in de enquête van het Longfonds (C) is gevraagd wat men ervan vond dat men het nieuwe medicijn kreeg, met als antwoordcategorieën ‘Ik vond het prima’, ‘Ik vond het maar niks’, en ‘Geen mening’. Twaalf patiënten hebben deze vraag beantwoord, waarvan 75% ‘Ik vond het maar niks’ aan heeft gegeven. De rest heeft ‘Ik vond het prima’ aangekruist.

Aard van de problemen

In de vragenlijst die is uitgezet vanuit apotheken en onder de uitstromers kunnen patiënten hun ervaringen met het wisselen van longmedicatie wegens preferentie- of inkoopbeleid toelichten door middel van een open antwoordmogelijkheid). In deel A van het onderzoek (apothekedata) hebben 56 patiënten daar gebruik van gemaakt. De meeste opmerkingen geeft men over bijwerkingen (23%) en over verwarring door het krijgen van andere medicijnen van de apotheek (23%), gevolg door problemen met het wennen aan een andere manier van inhaleren (17%) en over een verminderde werking van het nieuwe medicijn (17%), zie paragraaf 1.2.1. Dit beeld is in grote lijn gelijk voor de 11 uitstromers die hun antwoord hebben toegelicht.

In de meldactie kunnen deelnemers voorgeformuleerde problemen aankruisen (tabel 10). Ook hier zijn de meeste opmerkingen gegeven over bijwerkingen en verwarring door het wisselen van medicatie.

Tabel 10 – Ervaren problemen met het wisselen van longmedicatie, NPCF meldactie (*meerdere antwoorden mogelijk*)

	n=1176
Vervelende bijwerkingen	55%
Raak in de war door wisselen van medicijnen	32%
Allergisch voor het voorkeursmedicijn	20%
Kan voorkeursmedicijn niet/moeilijk doorslikken	8%
Anders, namelijk	28%

Bij de categorie ‘Anders, namelijk’ kan men andere ervaringen beschrijven of licht men één van de antwoordopties toe. Van de 825 opmerkingen die deelnemers daar hebben gegeven is een steekproef van 10% genomen; iedere 10^e opmerking is geselecteerd voor analyse. Ook hieruit blijkt dat de meeste opmerkingen gaan over bijwerkingen (26%), gevolgd door opmerkingen over verwarring (21%) en een mindere (ervaren of aangenomen) werking van het nieuwe medicijn (21%). Tevens zijn opmerkingen gemaakt over ontevredenheid over de zorgverzekeraar of zorgverlener (19%) en soms ook over communicatieproblemen (8%).

9.1.3 Informatie ontvangen over preferentie- of inkoopbeleid

Van de patiënten uit de apotheekdataset (A) die zijn gewisseld op initiatief van de apotheek, had 33% informatie gekregen van een zorgverlener over preferentie- of inkoopbeleid. Binnen de uitstromers (databron B) is dit 31%. In de meldactie NPCF (D) is aan deelnemers die te maken hadden met preferentie- of inkoopbeleid gevraagd: “Vindt u dat u vooraf voldoende geïnformeerd bent over mogelijke gevolgen van het preferentiebeleid voor u?” Daarop antwoordt 31% ‘ja’, de rest antwoordt ‘nee’ of ‘weet ik niet’. Voor alle drie de databronnen geldt dus dat een minderheid van de respondenten (voldoende) informatie over preferentie- of inkoopbeleid heeft ontvangen van een zorgverlener.

9.2 Aanvullende vergelijkingen tussen data apotheek en data uitstromers

Omdat de patiënten uit de apotheekdata (A) en de uitstromers van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (B) een identieke vragenlijst hebben ontvangen, is het mogelijk om deze groepen op meerdere punten te vergelijken. Daarmee kunnen we nog iets meer zeggen over de representativiteit van de resultaten uit deel A.

9.2.1 Vergelijkbaarheid op achtergrondkenmerken

Allereerst zijn beide groepen patiënten vergeleken op achtergrondkenmerken (tabel 11). Daaruit blijkt dat de groep uitstromers een iets andere groep mensen is dan de patiënten die vanuit de openbare apotheek zijn aangeschreven. De uitstromers zijn, onder andere, iets ouder, rapporteren een hoger percentage co-morbiditeit, gebruiken vaker vier of meer medicijnen op recept en gebruiken een wat langere tijd hun longmedicatie. Allochtone mensen zijn in beide datasets ondervertegenwoordigd, maar dit is voor vragenlijstonderzoeken echter niet ongebruikelijk [20].

9.2.2 Vergelijkbaarheid op uitkomstmaten

De vergelijkbaarheid van beide groepen patiënten is op een aantal uitkomstmaten vergeleken. Het gaat om het percentage patiënten, dat:

- a) is gewisseld van longmedicatie in het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek;
- b) “Medische Noodzaak” op het recept heeft gehad;
- c) moest (bij)betalen voor één of meerdere medicijnen voor de longziekte;
- d) waarbij een medicijn voor de longziekte wel eens niet op voorraad is geweest in de apotheek;
- e) problemen met praktisch gebruik heeft ervaren met de longmedicatie;
- f) bijwerkingen heeft ervaren van longmedicatie;
- g) therapietrouw is aan de longmedicatie;
- h) een goede, ervaren gezondheid rapporteert;
- i) in het afgelopen jaar wel eens van werk of school is verzuimd wegens ziekte.

Tabel 11 – Achtergrondkenmerken patiënten databron A en databron B

	Databron A (apotheken)		Databron B(uitstromers)	
	Van aantal waarnemingen	% of gemiddelde/ mediaan	Van aantal waarnemingen	% of gemiddelde/mediaan
Geslacht vrouw	518	56%	107	62%
Gemiddelde leeftijd in jaren*#	517	61 (14)	106	67 (11)
Etniciteit autochtoon	457	92%	102	91%
Opleidingsniveau hoog	453	35%	102	35%
Type longziekte				
Astma	517	48%	109	45%
COPD	517	55%	109	61%
Andere longziekte †	517	12%	109	5%
Co-morbiditeit ja †	516	82%	109	91%
Op regelmatige basis medicijnen op recept?				
Nee	499	2%	109	1%
Ja, 1 medicijn op recept	499	13%	109	9%
Ja, 2 medicijnen op recept	499	22%	109	17%
Ja, 3 medicijnen op recept	499	18%	109	12%
Ja, 4 medicijnen op recept #	499	45%	109	61%
Aantal jaar gebruik van longmedicatie ‡ #	492	9 (4-18)	105	12 (9-20)
Type zorgverzekeraar				
Achmea	469	30%	104	36%
CZ #	469	11%	104	23%
Menzis	469	14%	104	20%
VGZ #	469	30%	104	15%
Anders #	469	15%	104	5%

* Gemiddelde met tussen haakjes de standaarddeviatie. #: Verschil tussen databron A en B is significant, $p < 0.01$

†: Verschil tussen databron A en B is significant, $p < 0.05$ ‡: Mediaan met tussen haakjes de interkwartiel-range

Beide groepen patiënten zijn vergelijkbaar op de uitkomstmaten die niet direct de gezondheid of het gedrag van de patiënten weerspiegelen ('a' tot en met 'd': percentages gewisseld op initiatief van de apotheek, Medische Noodzaak op recept, (bij)betalen en medicatie wel eens niet op voorraad).

Voor sommige uitkomstmaten die gezondheid of gedrag weerspiegelen, zijn de groepen tevens vergelijkbaar: op de mate van therapietrouw en ziekteverzuim. Er zijn echter ook verschillen. Zo rapporteert de groep uitstromers minder vaak problemen met praktisch gebruik met, en minder vaak bijwerkingen te hebben ervaren van hun longmedicatie (zie tabel 12). Dit zou wellicht kunnen komen omdat deze groep uitstromers ouder is en de medicatie al langer gebruikt, waardoor de kans groter is dat zij het voor hen meest passende geneesmiddel hebben gevonden.

Tabel 12 – Verschil in uitkomstmaten tussen patiënten van databron A en databron B

	Databron A (apotheken)		Databron B(uitstromers)	
	Van aantal waarnemingen	%	Van aantal waarnemingen	%
% patiënten dat problemen met praktisch gebruik* rapporteert	472	16%	108	8%
% patiënten dat bijwerkingen rapporteert#	486	20%	108	7%
% patiënten dat de gezondheid als (zeer) goed omschrijft*	466	67%	104	55%

*: Verschil tussen databron A en B is significant, $p < 0.05$ #: Verschil tussen databron A en B is significant, $p < 0.01$

De ervaren gezondheid is wel wat minder goed in de groep uitstromers (zie tabel 12). Dit kan samenhangen met de oudere leeftijd en met het feit dat men meer co-morbiditeit heeft. Binnen de groep uitstromers is het mogelijk om voor twee van de uitkomstmaten het verband met wisselen van medicatie op initiatief van de apotheek te bestuderen: zelf-gerapporteerde therapietrouw en de ervaren gezondheid. In tegenstelling tot in de groep patiënten die benaderd zijn vanuit de openbare apotheek, is hier geen verband tussen het krijgen van een ander medicijn op initiatief van de apotheek en de mate van therapietrouw. Mensen die deelnemen aan panels zijn vaak gemotiveerde mensen; wellicht lukt het hen beter om de medicatie goed in te nemen ondanks wisselingen van medicatie door preferentiebeleid.

Wel is er een verband tussen het krijgen van een ander medicijn op initiatief van de apotheek en de ervaren gezondheid. Uitstromers die zijn gewisseld van longmedicatie beoordelen minder vaak hun gezondheid als (zeer) goed dan uitstromers die niet gewisseld zijn van medicatie (respectievelijk $n=23$, 30% tegenover $n=73$, 62%). Dit is opvallend in het licht van de vorige bevinding dat de therapietrouw binnen de groep uitstromers even goed is tussen mensen die wel en niet gewisseld zijn van medicatie. Mogelijk is de werking van preferente medicatie voor een deel van de patiënten niet zo goed als het oude middel, maar dit is niet met gegevens uit ons onderzoek te onderbouwen.

Conclusie & beschouwing

Bevindingen

Het primaire doel van dit onderzoek is het systematisch in kaart brengen van eventuele verbanden tussen het wisselen van longmedicatie (als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop) en patiëntervaringen ten aanzien van longmedicatie, zorg en gezondheid. Daarbij is ook gekeken of de sterkte van de verbanden tussen wisselen op initiatief van de apotheek en de patiëntervaringen anders is voor bepaalde groepen patiënten. Verder is gekeken naar gebruik van de term 'Medische Noodzaak' op het recept, naar informatievoorziening over het wisselen van medicatie en naar de aard en omvang van het wisselen van longmedicatie. De groep "gewisseld op initiatief van de arts" is vanwege geringe aantallen respondenten niet in alle analyses meegenomen. Aan het einde van dit hoofdstuk worden de bevindingen voor deze groep kort weergegeven.

Ongeveer één op de vijf patiënten is het afgelopen jaar gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek en is daarmee gewisseld als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. Bijna de helft (47%) van deze groep patiënten geeft aan problemen met de wisseling(en) te hebben ervaren: 30% heeft dit 'een beetje' als een probleem ervaren en 17% heeft dit als 'een groot' probleem ervaren. Daarnaast geeft 53% aan het geen probleem te vinden dat zij een ander medicijn hebben meegekregen.

Er zijn verbanden tussen het wisselen van longmedicatie en patiëntervaringen met gebruik van longmedicatie, zorg en gezondheid. Longpatiënten die gewisseld zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek, rapporteren, in vergelijking met patiënten die niet gewisseld zijn van longmedicatie, vaker:

- problemen te hebben met praktisch gebruik van longmedicatie;
- bijwerkingen te hebben van de longmedicatie;
- dat longmedicatie wel eens niet op voorraad is in de apotheek;
- een minder goede therapietrouw;
- een minder goede ervaren gezondheid;
- en een minder goede controle over hun longziekte door middel van medicijnen.⁸

De bovengenoemde resultaten verschillen niet tussen patiënten van diverse zorgverzekeraars ongeacht het beleid dat deze zorgverzekeraar voert. Ook is de ervaren werking van longmedicatie, het moeten (bij)betalen voor longmedicatie, zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over longmedicatie en gebruik ervan en ziekteverzuim niet verschillend tussen patiënten die wel of niet gewisseld zijn van longmedicatie. Echter, binnen de groep mensen die van medicatie is gewisseld op initiatief van de apotheek, hebben patiënten een grotere kans op het ervaren van problemen met praktisch gebruik van longmedicatie indien men relatief wat minder medicijnen gebruikt of relatief lang medicijnen gebruikt. Ook hebben vooral vrouwelijke gebruikers van longmedicatie een grotere

⁸ Verbanden statistisch significant, $p \leq 0.05$

kans op het niet voorradig zijn. Tot slot heeft een ruime meerderheid van patiënten die is gewisseld op initiatief van de apotheek (66%) geen informatie vanuit zorgverleners gekregen over veranderingen van medicatie wegens (preferentiebeleid of inkoopbeleid van zorgverzekeraars). Weinig patiënten (4% van het totaal aantal deelnemers aan dit onderzoek) hebben de term 'Medische Noodzaak' op het recept gehad. Indien deze term op het recept stond, dan is het betreffende geneesmiddel niet altijd verstrekt.

Beschouwing

De onderzoeksresultaten sluiten aan op de conclusie van het rapport van de Long Alliantie Nederland (LAN) dat het voeren van preferentie- of inkoopbeleid niet zonder risico's is voor patiënten [12]. Onze resultaten zijn tevens in lijn met bevindingen van andere publicaties over onbedoelde gevolgen van preferentie- of inkoopbeleid van zorgverzekeraars voor patiënten en over het niet altijd verstrekken van geneesmiddelen die zijn aangemerkt als 'medisch noodzakelijk' [4, 10, 12]. Hieronder volgt eerst een nadere beschouwing van de onderzoeksresultaten, waarna het hoofdstuk afsluit met conclusies en aanbevelingen.

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars verschillen in hun farmaceutische zorginkoop en in het preferentiebeleid dat zij voeren. Zo is er slechts één zorgverzekeraar die een preferentiebeleid voert wat betreft inhalatoren en uitsluitend voor nieuwe patiënten. Toch verschilt het percentage patiënten dat gewisseld is van longmedicatie op initiatief van de apotheek niet significant tussen de zorgverzekeraars. Dit duidt erop dat ook andere factoren dan het preferentiebeleid een rol spelen bij het wisselen van medicatie. Ook de patiëntervaringen met gebruik van longmedicatie, zorg en gezondheid zijn niet anders voor verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. Dit betekent dat er geen verschillen zijn tussen zorgverzekeraars als het gaat om de onbedoelde gevolgen die hun verzekerden ervaren door het wisselen van longmedicatie.

Praktisch gebruik

Patiënten die het afgelopen jaar gewisseld zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek rapporteren vaker problemen met praktisch gebruik van longmedicatie dan patiënten die niet gewisseld zijn. Dit geldt het sterkst voor mensen die een andere inhalator hebben gekregen. Een verklaring kan zijn dat niet iedere patiënt de juiste motorische - of ademvaardigheden heeft voor elk type inhalator of dat de uitleg over gebruik niet voldoende gegeven is. Dit kan er toe leiden dat de patiënt de medicatie niet goed of onvoldoende tot zich neemt: de patiënt is dan onbewust therapieontrouw. Het is dus belangrijk dat een inhalator past bij de patiënt [12].

Verder heeft het wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek invloed op het ervaren van problemen met praktisch gebruik bij mensen die relatief weinig medicijnen op recept gebruiken en bij mensen die al langer longmedicatie gebruiken (zie appendix 2). Bij deze groep zien we dat diegenen die op initiatief van de apotheek gewisseld zijn meer problemen met praktisch gebruik rapporteren dan diegenen die niet gewisseld zijn. Dit verschil tussen wisselaars en niet-wisselaars

zien we niet terug bij mensen die de longmedicatie relatief korter gebruiken. Een mogelijke verklaring is dat mensen die al lang longmedicatie gebruiken mogelijk een lang traject van trial-error achter de rug hebben om het voor hen meest optimale medicijn te vinden, passend bij het verloop van hun ziekte of bij hun persoonlijke vaardigheden. Daardoor kan wisselen voor hen lastig zijn.

Werking, bijwerkingen, zelfvertrouwen, therapietrouw, ervaren gezondheid

De ervaren werking van longmedicatie verschilt niet tussen patiënten die zijn gewisseld van longmedicatie en die niet gewisseld zijn. Het wisselen blijkt ook geen invloed te hebben op het *zelfvertrouwen* van patiënten ten aanzien van informatieverwerving over en het gebruik van longmedicatie. Echter, patiënten die wisselen ervaren wel vaker bijwerkingen, zijn minder vaak therapietrouw aan de longmedicatie en ervaren hun gezondheid als minder goed in vergelijking met patiënten die niet gewisseld zijn. Deze problemen kunnen samenhangen. Allereerst kunnen patiënten allergisch zijn voor de hulpstoffen van het nieuwe medicijn [21], waardoor zij vaker bijwerkingen rapporteren. Net als problemen met praktisch gebruik kunnen bijwerkingen ten grondslag liggen aan een minder goede therapietrouw (ondanks het hoge zelfvertrouwen dat patiënten hebben wat betreft het goed innemen van medicatie) [14]. Van de patiënten die bijwerkingen hebben ervaren van hun medicijn geeft 38% aan hun medicijn daardoor anders te gebruiken. Vaak is men dan helemaal gestopt of neemt men minder medicatie dan is voorgeschreven. Het niet goed gebruiken van de medicatie kan dan uiteindelijk weer leiden tot een als minder goed ervaren gezondheid [22].

Ziekteverzuim

Hoewel het wisselen van longmedicatie verband houdt met een minder goede ervaren gezondheid is er geen samenhang tussen wisselen en ziekteverzuim. De problemen die patiënten ervaren door wisselingen in longmedicatie werken kennelijk niet door op ziekteverzuim. Echter, het is in dit onderzoek niet te achterhalen of het ziekteverzuim veroorzaakt is wegens de longziekte of om andere redenen. Een zuiver verband tussen het wisselen van longmedicatie en ziekteverzuim door *longziekte-gerelateerde* problemen is daarom niet te schatten. Een derde van de werkende of schoolgaande patiënten in dit onderzoek geeft aan het afgelopen jaar wel eens verzuimd te hebben. Dat is lager dan het *landelijke* verzuimcijfer. In 2013 was dit voor werknemers *in het algemeen* 47,7% [23] en voor mensen met een longziekte 57% [e-mailcorrespondentie dr. W.E. Hooftman, TNO, 13 april 2015] zoals is gebleken uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden⁹. De werkende groep patiënten uit dit onderzoek lijkt dus minder vaak te verzuimen dan de algemene populatie. Dit betekent dat de populatie in ons onderzoek – daar waar het de werkende populatie betreft – relatief gezond is of zich niet snel ziek meldt. Mogelijk vertekent dit het bestudeerde verband tussen wisselen en verzuim.

⁹ De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden is een groot, periodiek onderzoek naar de werksituatie van werknemers in Nederland. NEA wordt uitgevoerd door TNO en het CBS in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid [www.monitorarbeid.nl/NEA]

Niet voorradig zijn van longmedicatie

Een op de vijf (bijna 20%) van *alle* patiënten heeft wel eens te horen gekregen dat de medicatie niet op voorraad was. Dit percentage is overigens lager dan gevonden werd in een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL in 2014 [24]. Daarin gaf één op de drie mensen die het afgelopen jaar de apotheek bezocht aan dat geneesmiddelen wel eens niet op voorraad waren. Vooral patiënten die wisselen op initiatief van de apotheek horen vaker dat medicijnen niet op voorraad zijn. Mogelijke redenen daarvoor zijn het aanhouden van kleinere voorraden door apothekers in verband met mogelijke wisseling van preferente middelen of verwachte prijswisselingen van medicijnen in het kader van farmaceutische zorginkoop. Ook kunnen leveringsproblemen bij de fabrikant een oorzaak zijn.

Vrouwen krijgen vaker te maken met het feit dat de apotheker meldt dat een medicijn niet op voorraad is dan mannen. Mannen zijn mogelijk assertiever dan vrouwen en nemen mogelijk minder snel genoegen met de boodschap dat een preferent middel niet op voorraad is. Een andere verklaring is dat vrouwen misschien vaker medicatie ophalen in de apotheek dan mannen en dat zij daarmee een grotere kans hebben om mee te maken dat hen wordt gemeld dat medicatie niet op voorraad is.

Medische noodzaak op recept

De term 'Medische Noodzaak' (MN) is niet vaak op het recept vermeld. Van de 21 mensen (van de totale groep van 502 respondenten) bij wie deze term het afgelopen jaar wel op hun recept stond, geven vier aan dat ze het betreffende middel niet altijd hebben meegekregen van de apotheek. Dit is in lijn met recent onderzoek op gebied van Parkinsonmedicatie. Daarin geeft 22% van de apothekers aan de term 'Medische Noodzaak' niet altijd te honoreren [13]. Sommige zorgverzekeraars geven apothekers een rol in het beoordelen of MN terecht is; indien er geen medische reden aan ten grondslag ligt kan de apotheker, eventueel in samenspraak met de arts, afwijken van MN [13]. Ook hanteren zorgverzekeraars soms extra voorwaarden om te bepalen of is voldaan aan de term MN [4]. Hierdoor kan het knelpunt ontstaan dat 'medische noodzaak' volgens de arts niet overeenkomt met de door de zorgverzekeraar opgestelde criteria voor 'medische noodzaak'.

Informatievoorziening

Een meerderheid van de patiënten (66%; n=67) die is gewisseld van medicatie op initiatief van de apotheek en die de vraag over informatievoorziening hebben beantwoord, geeft aan geen informatie te hebben gekregen over preferentie- of inkoopbeleid en de daaraan gerelateerde veranderingen in medicatie. Kreeg men deze informatie wel, dan geeft 66% aan (van n=41) deze informatie te hebben ontvangen van de apotheek. Één patiënt geeft aan informatie van de zorgverzekeraar te hebben ontvangen over het preferentiebeleid. Onze resultaten bevestigen het door patiënten ervaren tekort aan informatievoorziening over preferentie- en inkoopbeleid door zorgverzekeraars en zorgverleners [10]. De tijd die apothekers steken in de uitleg over preferentie- beleid gaat, volgens de apotheekmedewerkers zelf, ten koste van de (beschikbare tijd voor) farmaceutische patiëntenzorg [11]

Wettelijk gezien kan alleen het preferentiebeleid en niet het inkoopbeleid de aanspraak van een patiënt op een geneesmiddel uit het GVS beperken [4]. Zorgverzekeraars publiceren hun eventuele preferentiebeleid, zodat het voor de verzekerde duidelijk is op welke geneesmiddelen hij/zij aanspraak heeft. Het farmaceutisch inkoopbeleid en de gevolgen daarvan voor de patiënt zijn voor patiënten echter niet inzichtelijk. Het is voor patiënten onduidelijk dat wisselingen van geneesmiddelen voortvloeien uit afspraken in het kader van dit inkoopbeleid. Uit onderzoek van de KNMP blijkt bijvoorbeeld dat patiënten vaak denken dat de apotheker gaat over het wel of niet vergoeden van geneesmiddelen.

Omvang wisselen en ervaringen

In ons onderzoek geven 105 van 502 (21%) patiënten aan het afgelopen jaar gewisseld te zijn van longmedicatie op initiatief van de apotheek. Wisselingen vinden vooral plaats tussen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Omdat dit percentage (21%) in lijn is met andere databronnen (zie paragraaf 9.1.1) en omdat de deelnemende apotheken aan ons onderzoek verspreid zijn over heel Nederland, nemen we aan dat deze 21% momenteel een redelijke schatting is van het werkelijke percentage patiënten dat is gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek. Dit betreft dan ongeveer 182.000 mensen met een longaandoening in Nederland [12]. Mogelijk is dit cijfer een onderschatting, omdat wisselingen in medicatie op initiatief van de arts uiteindelijk ook voortgekomen kunnen zijn uit preferentie- of inkoopbeleid. Door de stijging in het aantal generieke geneesmiddelen en inhalatoren [7] zal de druk op wisselen naar verwachting toenemen in de toekomst.

Kijken we naar de omvang van de ervaringen met wisselen op initiatief van de apotheek, dan rapporteert/rapportereren:

- bijna één op de vier (23%) van de patiënten die het afgelopen jaar wisselden van longmedicatie op initiatief van de apotheek ('apothek-wisselaars') problemen te hebben met het praktisch gebruik van longmedicatie, tegenover ruim één op acht (13%) van de patiënten die niet wisselden ('niet-wisselaars');
- bijna één op de drie (29%) van de apothek-wisselaars bijwerkingen, tegenover één op de zes (16%) niet-wisselaars;
- vier op de tien (40%) apothek-wisselaars dat longmedicatie wel eens niet voorradig is geweest in het afgelopen jaar, tegenover één op de acht (13%) van de niet-wisselaars;
- iets meer dan de helft (55%) van de apothek-wisselaars therapietrouw, tegenover ruim twee derde (68%) van de niet-wisselaars;
- iets meer dan de helft (54%) van de apothek-wisselaars een (zeer) goede gezondheid, tegenover bijna drie kwart (71%) van de niet-wisselaars;
- zeven op de tien (69%) van de apothek-wisselaars een goede controle te hebben over de longziekte met behulp van medicijnen tegenover ruim acht op de tien (83%) van de niet-wisselaars.

Op de vraag ‘Wat vond u ervan dat u een ander medicijn meekreeg dan u gewend was’ geeft bijna de helft (47%) van de patiënten aan dit (enigszins) een probleem te vinden. Dit percentage komt overeen met, of was lager in vergelijking met andere databronnen (paragraaf 9.1.2). Bijna 1 op de 10 longpatiënten in Nederland geven dus *zelf* aan problemen te ervaren met het krijgen door het wisselen van medicijnen. Als we dat getal extrapoleren naar Nederland zijn dat ongeveer 86.500 mensen [12].

De groep die gewisseld is op initiatief van de arts

De resultaten voor de groep patiënten die wisselt op initiatief van de arts zijn soms anders dan voor de groep die wisselt op initiatief van de apotheek. Zo is het percentage patiënten dat problemen met praktisch gebruik en bijwerkingen ervaart het hoogst in de groep die is gewisseld op initiatief van de arts. Misschien is men samen met de arts nog zoekende naar het meest passende middel. Het is echter ook mogelijk dat deze patiënten problemen met praktisch gebruik of bijwerkingen kregen van een eerder *preferent of door de apotheek afgeleverd ander* middel en daarom terug naar de arts zijn gegaan. Deze bijwerkingen zijn daarom mogelijk het gevolg van noodzakelijk medisch handelen en in die zin niet te voorkomen. Dit in tegenstelling tot het wisselen op initiatief van de apotheek.

Daarnaast stimuleren zorgverzekeraars artsen ook tot het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen via bijvoorbeeld een bonussysteem of andere (financiële) prikkels [25]; een andere mogelijkheid is dat artsen zelf al preferente of andere generieke middelen voorschrijven. Wat de beweegredenen van artsen zijn geweest om patiënten om te zetten op andere longmedicatie, medische redenen of doelmatigheidsafspraken met de zorgverzekeraars, is in dit onderzoek echter niet bestudeerd. Daarom is een vergelijking van deze twee verschillende groepen wisselaars voor wat betreft de onbedoelde gevolgen van preferentiebeleid of inkoopafspraken niet mogelijk.

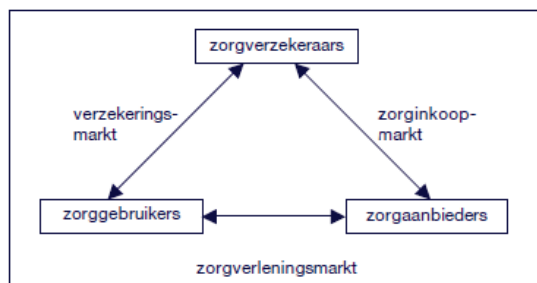
De groep patiënten die gewisseld is op initiatief van de arts maakt zich, in vergelijking met de groep die gewisseld is op initiatief van de apotheek, wel minder zorgen over de vraag of hun nieuwe medicijn minder goed zal werken dan het oude medicijn. Ook geven zij vaker aan hun longziekte onder controle te kunnen houden met behulp van de medicijnen. Dit beeld past bij de mogelijke verklaring dat patiënten naar de arts gaan omdat zij op zoek zijn naar het voor hem/haar meest passende middel. Het krijgen van een ander middel door de arts zal in dit soort situaties eerder vertrouwen dan wantrouwen wekken, ook omdat de keuze voor dit middel waarschijnlijk meer in overleg met de patiënt zal gaan (shared decision making). De patiënt kan hierdoor het gevoel krijgen meer ‘grip’ te hebben op de situatie. Dit soort grip en gevoel van inspraak ervaren patiënten die gewisseld zijn van medicatie op initiatief van de apotheek niet altijd (*“Ik heb het idee dat het voor de apotheker maar gewoon heel de tijd goedkoper moet en dat dit dan maar geaccepteerd moet worden door de patiënt”*) (citaat, pagina 22).

Conclusie

1. Er is een statistisch significant verband tussen het wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek (als gevolg van preferentie- of inkoopbeleid) en ervaringen van patiënten aangaande problemen met (praktisch) gebruik, bijwerkingen, beschikbaarheid van longmedicatie en gezondheid.
2. Mensen die relatief minder medicijnen gebruiken of die al lange tijd medicijnen gebruiken hebben daarbij een grotere kans op het ervaren van problemen met praktisch gebruik van longmedicatie.
3. Er is geen samenhang geconstateerd tussen wisselen van longmedicatie en de ervaren werking van longmedicatie, het moeten (bij)betalen voor longmedicatie, zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over, en gebruik van longmedicatie, en ziekteverzuim.
4. Het merendeel van de apotheekwisselaars ontvangt geen informatie vanuit de zorgverleners/zorgverzekeraars over wisselingen van longmedicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop.
5. Tot slot ontvangt de patiënt niet altijd het medicijn wat op recept is aangeduid als 'Medische Noodzaak'.

Aanbevelingen

In haar rapport "Goed gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD" van november 2014 heeft de Long Alliantie Nederland randvoorwaarden opgesteld en aanbevelingen gedaan voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers (zie figuur 26) aangaande het preferentie- en inkoopbeleid. Onze onderzoeksbevindingen sluiten deels aan bij deze aanbevelingen. Daar waar dit zo is, wordt dat hieronder vermeld.



Figuur 26 – Deelmarkten in het zorgstelsel [5]

Zorgverzekeraars

- Waarborg dat preferentie- en inkoopbeleid geen gezondheidsrisico's voor patiënten oplevert (randvoorwaarde LAN, p.35);
- Zorgverzekeraars publiceren hun preferentiebeleid vaak op hun website en in de polis. Het verdient aanbeveling deze informatie ook op andere manieren bekend te maken aan hun verzekerden.
- Informatie van zorgverzekeraars aan patiënten betreft vooral het preferentiebeleid. Het is gewenst dat afspraken in het kader van farmaceutische zorginkoop of het inkoopbeleid ook

inzichtelijk worden gemaakt. Uit een onderzoek van Van Haastert [10] blijkt dat patiënten hier graag informatie over willen ontvangen.

- Zorgverzekeraars en zorgverleners (vooral apothekers) zouden moeten afspreken wie welke informatie aan de patiënt verstrekt.

Zorgverleners

- Waarborg dat preferentie- en inkoopbeleid geen gezondheidsrisico's voor patiënten oplevert (randvoorwaarde LAN, p.35) onder andere door het volgen van de eigen medische richtlijnen, de aanbevelingen van de LAN evenals de Handleiding substitutie van de KNMP;
- Zorgverleners zouden verzekerden op de juiste wijze moeten informeren over de reden van mogelijke wisselingen: is deze wisseling om medische of om andere redenen ingezet?
- Indien de patiënt in de apotheek andere medicatie meekrijgt dan voorheen, dan moet de patiënt uitleg krijgen over de reden van de wisseling en de eventuele gevolgen daarvan. Wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek vergroot namelijk de kans op, onder andere, een minder goede therapietrouw. Bestaande apothekersrichtlijnen bieden handvatten voor om patiënten te begeleiden [7, 26].
- Vooral patiënten die een andere inhalator krijgen of die al langere tijd medicatie gebruiken, rapporteren vaker problemen met praktisch gebruik van longmedicatie. Pas daarom inhalatoren niet aan indien patiënten al instructie bij een specifieke inhalator hebben ontvangen van een zorgverlener, tenzij de behandelaar na overleg met de patiënt van mening is dat hij/zij prima in staat is te wisselen (randvoorwaarde LAN, p. 35).

Zorggebruiker (de patiënt)

- Patiënten moeten zich (laten) informeren over hun rechten en aanspraken op basis van de wetgeving en hun verzekeringspolis.
- Het verdient aanbeveling dat patiënten vaardigheden aanleren en/of hulpmiddelen aangeboden krijgen om kritisch te kunnen zijn ten aanzien van wisselingen in medicatie en het stellen van goede vragen mogelijk te maken.

Algemene aanbevelingen

De gevolgen van preferentie- en inkoopbeleid zouden breder geanalyseerd moeten worden, onder andere door het in kaart brengen van ervaringen van patiënten met andere ziektebeelden. Daarnaast kan voor longpatiënten en voor andere groepen patiënten onderzoek gedaan worden naar de doelmatigheid van het preferentiebeleid en de farmaceutische zorginkoop. Hierbij kan dan ook gekeken worden naar de (maatschappelijke) kosten van onbedoelde gevolgen voor (bepaalde groepen) patiënten en zorgverleners. Er is bijvoorbeeld verband tussen het wisselen van longmedicatie en een minder goede therapietrouw; therapieontrouw is op haar beurt een belangrijke risicofactor voor vermijdbare, geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen [27]. Tot slot verdient het aanbeveling te onderzoeken in hoeverre voorschrijvers en apothekers de richtlijnen van hun eigen beroepsgroep volgen en wanneer en waarom zij hiervan afwijken. Het is dan mogelijk

om tot een betere inschatting te komen van de gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop.

Met dank aan mw. dr. W.E. Hooftman van TNO en mw. Y. Weesie van het NIVEL voor hun bijdragen aan de cijfers in deze rapportage.

Referenties

- [1] Kerpershoeck E, Hermens J, Kroezen M, van Dijk L. Voorschrijven door internisten en cardiologen: een verkenning naar oorzaken van verschillen in voorschrijven van cholesterolverlagers en bloeddrukverlagers voor extramuraal gebruik. Utrecht: NIVEL; 2012.
- [2] Lemmens LC, Weda M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen. Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. Bilthoven: RIVM; 2013. RIVM briefrapport: 080027001/2013.
- [3] Orde van Medisch Specialisten. Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 2011.
- [4] Kien NUN, van den Boogert RM. Witboek Preferentiebeleid. Rotterdam: Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening; 2014.
- [5] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De patiënt als sturende kracht. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010. Raportnummer: 10/04.
- [6] KNMP. Bekostiging: preferentiebeleid [Internet]. Den Haag: KNMP; 2015 [geciteerd op 13 april 2015]. Beschikbaar via: <http://www.knmp.nl/praktijkvoering/bekostiging/preferentiebeleid>.
- [7] KNMP. Handleiding Geneesmiddelsubstitutie. Den Haag: KNMP; 2013.
- [8] Consumentenbond. Vergoeding van medicijnen [Internet]. Den Haag: Consumentenbond; 2015 [geciteerd op 13 april 2015]. Beschikbaar via: <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/soorten-zorgverzekering/soorten-zorgverzekering-overzicht/vergoeding-medicijnen>.
- [9] Sanofi-aventis Netherlands B.V. Inkoop zorgverzekeraars [Internet]. Gouda: Sanofi-aventis Netherlands B.V.; 2014 [updated 14 augustus 2014; geciteerd 14 april 2015]. Beschikbaar via: <http://www.geneesmiddelen debat.nl/toegang-tot-geneesmiddelen/huisartsgeneesmiddelen/inkoop-zorgverzekeraars>.
- [10] van Haastert C, Lekkerkerk T. Meldactie 'Ervaring met verstrekking medicijnen' juni / juli 2013. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF); 2013.
- [11] Amini S, Kruijtbosch M. PAM onderzoek Preferentiebeleid. Leiden: SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy; 2013.
- [12] Long Alliantie Nederland. Goed gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland; 2014.
- [13] Beekman R. Onderzoek Parkinson en preferentiebeleid [manuscript in preparatie]. Februari 2015. 50 pagina's. Vindbaar bij: Zorgbelang Gelderland.
- [14] ABC project team. Ascertaining barriers for compliance: policies for save, effective and cost-effective use of medicines in Europe. Final report of the ABC-Project [Internet]. Ascertaining Barriers for Compliance; 2012 [geciteerd op 13 april 2015]. Beschikbaar via: <http://abcproject.eu/img/abc%20final.pdf>.
- [15] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215.
- [16] Cameron KA, Ross EL, Clayman ML, Bergeron AR, Federman AD, Bailey SC, et al. Measuring patients' self-efficacy in understanding and using prescription medication. *Patient education and counseling* 2010;80(3):372-6.
- [17] Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabo TJ, et al. Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: the Medication Adherence Report Scale for Asthma. *Annals of allergy, asthma & immunology* 2009;103(4):325-31.
- [18] Mora PA, Berkowitz A, Contrada RJ, Wisnivesky J, Horne R, Leventhal H, et al. Factor structure and longitudinal invariance of the Medical Adherence Report Scale-Asthma. *Psychology & health* 2011;26(6):713-27.

- [19] NIVEL. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten [Internet]. Utrecht: NIVEL; 2015 [geciteerd 2 april 2015]. Beschikbaar via: <http://www.nivel.nl/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten-0>.
- [20] Zantinge EM, Devillé WLJM, Heijmans MJWM. Alloctonen met astma, COPD of hooikoorts in Nederland: wat is er bekend? Utrecht: NIVEL; 2006.
- [21] Nefarma. Preferentiebeleid [Internet]. Den Haag: Nefarma; 2015 [geciteerd 2 april 2015]. Beschikbaar via: <http://www.nefarma.nl/website/visiedocumenten/visiedocument/preferentiebeleid>.
- [22] Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organization; 2003.
- [23] van Zwieten MHJ, de Vroome EMM, Mol MEM, Mars GMJ, Koppes LLJ, van den Bossche SNJ. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2013: Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp/Heerlen: TNO, CBS; 2014.
- [24] Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, van Dijk L, de Jong JD. Bijna een derde van de patiënten die geneesmiddelen heeft opgehaald bij de apotheek ervaart dat deze niet op voorraad zijn [Internet]. Utrecht: NIVEL; 2014 [geciteerd 10 augustus 2015]. Beschikbaar via: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-tekorten-aan-geneesmiddelen.pdf>.
- [25] van Hien A. Ontwikkelingen rondom de rol van de Nederlandse huisarts. [Internet: CPB Memorandum]. Den Haag: Centraal Planbureau; 2008 [geciteerd 2 april 2015]. Beschikbaar via <http://www.cpb.nl/publicatie/ontwikkelingen-rondom-de-rol-van-de-nederlandse-huisarts>.
- [26] KNMP. KNMP-richtlijn "Ter hand stellen". Den Haag: KNMP; 2013.
- [27] Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. Hospital Admissions Related to Medication (HARM): een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy; 2006.
- [28] KNMP. ATC/DDD [Internet]. Den Haag: KNMP; 2015 [geciteerd 10 augustus 2015]. Beschikbaar via: <http://www.knmp.nl/producten-en-diensten/gebruiksrecht-g-standaard/farmaceutische-gegevens/atc-ddd>.

Appendix 1 Beschrijving van de deelnemers

A.1.1 Demografie, ziekte en longmedicatie

Tabel A.1.1 beschrijft de achtergrondkenmerken van alle patiënten uit deel A van dit onderzoek.

Tabel A.1.1 – Achtergrondkenmerken patiënten

Geslacht (n=518) vrouw	56%
Gemiddelde leeftijd in jaren (n=517)	61 (14)*
Etniciteit (n=457) autochtoon	92%
Opleidingsniveau (n=453) hoog	35%
Type longziekte (n=517)	
Astma	48%
COPD	55%
Andere longziekte	12%
Co-morbiditeit (n=516) ja	82%
Op regelmatige basis medicijnen op recept? (n=499)	
Nee	2%
Ja, 1 medicijn op recept	13%
Ja, 2 medicijnen op recept	22%
Ja, 3 medicijnen op recept	18%
Ja, 4 medicijnen op recept	45%
Toedieningsvorm longmedicatie (n=497)	
Inhalator	86%
Tabletten	0,4%
Combinatie inhalator en tabletten	9%
Anders (bijvoorbeeld: neusspray, of combinatie neusspray en inhalator of tabletten)	5%
Aantal jaar gebruik van longmedicatie† (n=492)	9 (4-18)

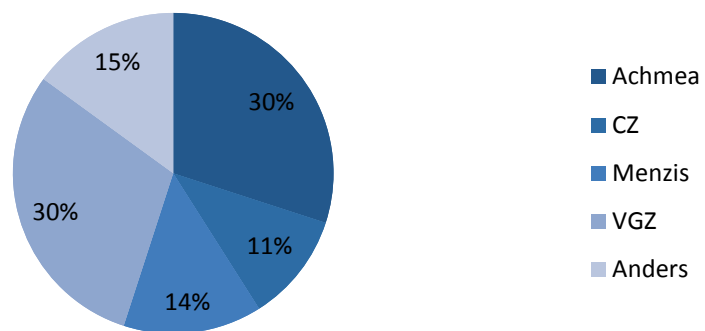
* Tussen haakjes: standaarddeviatie. † Mediaan met de interkwartiel-range

Salbutamol was het meest gebruikte medicijn (32%), gevolgd door Tiotropium (30%) en Salmeterol combinatie (20%). Patiënten die aangaven naast de longziekte ook andere chronische aandoeningen te hebben, rapporteerden het vaakst te leiden aan een hoge bloeddruk (28%), een vorm van allergie (27%), gewrichtsslijtage (21%) en/of een hoog cholesterolgehalte (19%).

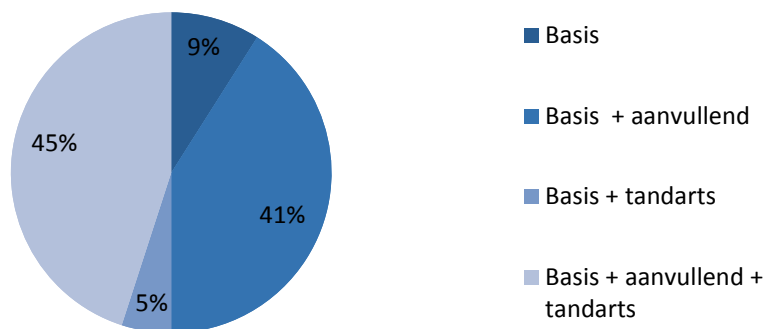
A.1.2 Zorgverzekering

De meeste patiënten (van n=469) waren verzekerd bij Achmea (30%) of VGZ (30%), zie figuur A1. Er is geen verband gevonden tussen het type zorgverzekeraar en de verhouding van het aantal mensen dat van longmedicatie is gewisseld in het afgelopen jaar (zie ook hoofdstuk 1).

Vijfenveertig procent had een basisverzekering met aanvullende verzekering én daarbij ook een tandartsverzekering. 9% had enkel een basisverzekering, zie figuur A2.



Figuur A1 – Type zorgverzekeraar (n=469)



Figuur A2 – Type zorgverzekering (n=463)

Appendix 2 Methode onderzoek

Design, patiënten en procedures

Dit onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL. Het onderzoek heeft een cross-sectioneel design: deelnemers hebben éénmalig een online vragenlijst ingevuld.

Dataverzameling via openbare apotheken

De dataverzameling is uitgevoerd in samenwerking met UPPER (Netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk). UPPER is onderdeel van het departement Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Utrecht, waarin 1300 openbare apotheken zijn aangesloten die mee willen doen met praktijkonderzoek. Deze apotheken hebben een representatieve spreiding over Nederland. In de zomer van 2014 is een oproep onder deze 1300 apotheken gedaan voor deelname aan dit onderzoek. 24 apotheken met in totaal 29 locaties door heel Nederland hebben aan het onderzoek meegedaan. Via deze apotheken zijn patiënten geworven voor het onderzoek.

Werkwijze inclusie patiënten

Volwassen gebruikers van luchtwegmedicatie zijn in de periode september 2014 tot januari 2015 vanuit de apotheken aangeschreven door hiertoe getrainde veldwerkers. In apotheken waar het preferentiebeleid voor longmedicatie vrijwel niet werd toegepast (op basis van een inschatting van de apothekers zelf) zijn 60 patiënten aangeschreven. In apotheken waar vanwege preferentiebeleid af en toe werd gewisseld (1 op de 10 patiënten) waren dat 120 patiënten en wanneer apotheken aangaven vaak te wisselen, zijn 180 patiënten aangeschreven. Dit is gedaan om voldoende mensen in de steekproef te krijgen die wisselden van medicatie. Deze keuze is gemaakt omdat tijdens het veldwerk in de eerste apotheken waar patiënten werden geselecteerd, al bleek dat er voor longmedicatie relatief weinig wordt gewisseld wegens preferentiebeleid (zie ook appendix 5). De verhouding is in een later stadium aangepast naar 100 patiënten in apotheken waar niet of nauwelijks gewisseld werd en 200 patiënten in apotheken waar af en toe of vaak gewisseld werd. Dit om meer mensen te benaderen. De aanpak resulteerde uiteindelijk in totaal 2460 aangeschreven patiënten, van wie 518 patiënten (21%) hebben meegedaan.

De patiënten zijn geselecteerd op basis van het ophalen van astmamedicatie met ATC-code "R03"¹⁰ in de apotheek. De veldwerker heeft hiervoor steeds een periode moeten opgeven waarbinnen deze patiënten werden geselecteerd. De veldwerker startte steeds met 'de laatste dag van de vorige maand' (dus als de veldwerker in de apotheek werkzaam was op 15-10-2014, dan selecteerde hij/zij als datum 30-9-2014). Vervolgens bekeek de veldwerker of op die datum voldoende patiënten hun longmedicatie hadden opgehaald en er dus voldoende patiënten aangeschreven konden worden. Zo niet, dan verlengde de veldwerker de periode naar eigen inzicht (bijvoorbeeld van 30-9-2014 tot en met 14-10-2014). De uiteindelijke lijst patiënten is steeds door de apotheker gecontroleerd. Hierbij

¹⁰ Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie Systeem. De ATC is een hiërarchische indeling van geneesmiddelen naar het orgaan of systeem waarop ze werkzaam zijn en/of hun therapeutische of chemische eigenschappen [28].

verwijderde de apotheker bijvoorbeeld patiënten die cognitief niet in staat zijn om vragenlijsten in te vullen en mensen met een foutief adres. De patiënten hebben het volgende per post ontvangen:

- een brief uit naam van de apotheek (appendix 3);
- een bijlage met achtergrondinformatie over het onderzoek. Hierin stond ook de link waar men de online vragenlijst kon invullen (met daarbij een verzoek om informed consent te geven). In deze bijlage is tevens aangegeven dat men, indien gewenst, ook een papieren vragenlijst kon ontvangen;
- een retourenvelop met antwoordnummer.
- Ter herinnering aan het onderzoek hebben de apothekers twee weken na de verzending een bedank/reminderkaart toegestuurd. Het invullen van de vragenlijst is anoniem gebeurd.

Vragenlijst

De (online) vragenlijst is in nauwe samenwerking met het Longfonds ontwikkeld en bevatte vragen over:

- achtergrondkenmerken van de patiënt;
- zorgverzekeraar en type verzekering van de patiënt;
- chronische aandoeningen en medicijngebruik;
- wisselen van medicatie;
- ervaringen met:
 - preferentiebeleid;
 - de term 'Medische Noodzaak';
 - praktisch gebruik van medicatie;
 - (bij)werkingen van medicatie;
 - (bij)betalen voor en levering van medicatie;
 - informatievoorziening en afstemming daarover tussen zorgverleners;
- medicatie-therapietrouw (gevalideerde vragenlijst: de MARS-A (Medication Adherence Report Scale for Asthma [17]), voor uitleg zie paragraaf 6.1);
- self-efficacy (gevalideerde vragenlijst: MUSE (Medication Understanding and Use Self-Efficacy scale [16]), voor uitleg zie paragraaf 5.1);
- stellingen over het vertrouwen in medicatie en voorschrijven van medicatie;
- ervaren gezondheid en ziekteverzuim.

Vragen zijn waar mogelijk gebaseerd op bestaande, gevalideerde vragen(lijsten) of op standaarden voor vragen vanuit het NIVEL die in de praktijk hun werking hebben bewezen. De vragenlijst is bijgevoegd in appendix 4.

Data-analyses

Alle data-analyses zijn uitgevoerd in STATA 13, zijn gebaseerd op complete cases en zijn gecontroleerd door een statisticus [Dhr. P. Spreeuwenberg].

Verbanden tussen variabelen zijn bivariaat getoetst. Daarbij is steeds een tweezijdige overschrijdingskans (p-waarde) gehanteerd van ≤ 0.05 . Waar nodig zijn uitkomstmaten gedichotomiseerd. De meeste verbanden zijn getoetst door middel van (logistische) regressieanalyse of Chi-kwadraat toetsen. Als variabelen zich daar niet voor leenden zijn de daarvoor geldende toetsen gebruikt (zoals de Wilcoxon rank sum test of Kruskal Wallis test).

Analyses: sterkte verbanden anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er is bestudeerd of verbanden tussen wisselen van longmedicatie op initiatief van de apotheek en patiëntervaringen sterker zijn voor bepaalde groepen patiënten en verzekerden. Zie ook de box in het inleidende hoofdstuk 'Het wisselen van longmedicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop'. Patiënten die gewisseld zijn op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te lage aantallen.

Ten eerste is bekeken of de sterkte van verbanden anders is voor patiënten die een bepaald *type* verandering in hun geneesmiddel hebben gehad. We kijken hier naar verbanden binnen de groep patiënten die wel is gewisseld van longmedicatie op initiatief van de apotheek. Is het verband tussen gewisseld zijn van longmedicatie en ervaren bijwerkingen bijvoorbeeld sterker voor patiënten die een andere inhalator kregen, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van medicijn, maar daarbij geen andere inhalator kregen? Op deze manier is dit ook vergeleken tussen wisselaars die wel of juist niet een andere vorm/kleur van longmedicatie kregen, die wel of geen andere naam van het longmedicijn kregen, die wel of geen andere verpakking kregen, en die wel of geen andere dosering kregen.

Ten tweede is bekeken of de sterkte van verbanden anders is voor patiënten met bepaalde kenmerken. We vergelijken hier de sterkte van verbanden tussen wel/niet gewisseld zijn van longmedicatie en patiëntervaringen tussen groepen die zijn ingedeeld op basis van zeven kenmerken:

- geslacht;
- opleidingsniveau: hoog versus niet-hoog opgeleid;
- type longaandoening: astma versus COPD. Categorie 'anders' buiten beschouwing gelaten;
- visie op wie bepaalt welk medicijn de patiënt krijgt (de arts of de patiënt samen met de arts);
- aantal medicijnen op recept;
- leeftijd;
- het aantal jaar gebruik van longmedicatie.

Zes van deze achtergrondkenmerken (behalve de 'visie') zijn op advies van de statisticus geselecteerd.

Van het aantal medicijnen op recept zijn twee groepen gemaakt: twee of minder medicijnen op recept versus drie of meer medicijnen op recept. Leeftijd en het aantal jaar gebruik van longmedicatie zijn gedichotomiseerd in verband met de aantallen. Daarbij is het afkappunt voor leeftijd gezet op 60 jaar en ouder en jonger dan 60 jaar. Het afkappunt voor het aantal jaar gebruik

van longmedicatie is gezet op 10 jaar en ouder versus jonger dan 10 jaar. Beide afkappunten liggen dicht in de buurt van hun mediaan. **Let op: deze afkappunten blijven arbitrair. Daarom mogen deze gegevens niet worden overgenomen zonder toestemming van de auteurs.**

Ten derde is bekeken of de sterkte van verbanden anders is voor patiënten van verschillende zorgverzekeraars: Achmea, CZ, Menzis of VGZ. Per zorgverzekeraar is hiervoor een dummy aangemaakt, dus 'Achmea versus de rest van de zorgverzekeraars', 'CZ versus de rest van de zorgverzekeraars', enzovoort.

De analyses zijn per ervaring uitgevoerd (bijvoorbeeld ervaringen met praktisch gebruik of bijwerkingen). Hiertoe zijn (logistische) regressiemodellen geschat waarin steeds één van de factoren (geslacht, leeftijd, etcetera) is geanalyseerd. Er zijn dus geen modellen geschat waar meer van deze factoren tegelijk waren meegenomen.

Dataverzameling en data-analyse deel B onderzoeksrapport

In deel B van het rapport is een gedeelte van de resultaten vergeleken met een aantal databronnen. Een van deze databronnen vormde de uitstromers van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), zie uitleg hoofdstuk 9. In totaal konden 473 uitstromers met een longaandoening (inclusiecriteria: ICD-10-CM diagnose R91, R95 Of R96) aangeschreven worden. Zesenvijftig van hen hebben voor dit panel ooit online vragenlijsten ingevuld: zij zijn allemaal aangeschreven voor online deelname aan dit onderzoek. Hiernaast waren er 417 uitstromers die voor dit panel papieren vragenlijsten invulden. Van deze groep zijn 208 patiënten at random aangeschreven met een papieren vragenlijst. Deze aanpak resulteerde in totaal 264 aangeschreven patiënten: 109 uitstromers (41%) hebben aan het onderzoek meegedaan. Deze patiënten hebben begin 2015 dezelfde materialen en vragenlijst gekregen als de patiënten die zijn aangeschreven vanuit de apotheek, met als enig verschil dat zij geen brief van de apotheker kregen maar een brief van de coördinator van het panel.

De meldactie van de NPCF was in principe gericht op een brede groep medicatiegebruikers. Zij hoefden niet per definitie een chronische aandoening te hebben. De specifieke resultaten voor de groep mensen met astma/COPD is in tabelvorm aan het Longfonds en NIVEL aangeleverd. De resultaten van de enquête van het Longfonds zijn gehaald uit de door het Longfonds aangeleverde rapportages. Verschillen tussen de diverse databronnen in paragraaf 9.1 zijn niet statistisch getoetst. In paragraaf 9.2 zijn verschillen tussen de data van de apotheek en de uitstromers wel statistisch getoetst. Voor deze analyses zijn dezelfde principes en testen gehanteerd zoals eerder beschreven.

Appendix 3 De uitnodigingsbrief voor de patiënten

<Datum>

Betreft: Onderzoek naar ervaringen met longmedicatie

Geachte heer/mevrouw,

In samenwerking met uw apotheek wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar ervaringen van patiënten met het gebruik van longmedicatie. Met de onderzoeksresultaten kan de zorg aan gebruikers van longmedicatie verbeterd worden.

Volgens de gegevens van mijn apotheek gebruikt u longmedicatie. Daarom zou ik u, als apotheker van apotheek <naam invullen> willen uitnodigen om mee te doen aan het onderzoek “Ervaringen met longmedicatie”. In de bijlage vindt u meer informatie over het onderzoek en wat deelname voor u betekent.

Wie doen mee?

Er zijn ruim 30 apotheken die meewerken aan dit onderzoek: in totaal zullen ongeveer 300 gebruikers van longmedicatie deelnemen. Het onderzoek wordt gecoördineerd door UPPER van de Universiteit Utrecht en het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Wat houdt deelname in?

Wanneer u besluit om mee te doen aan het onderzoek, willen wij u vragen om via het internet, anoniem, een vragenlijst in te vullen. Daarin wordt gevraagd naar uw ervaringen en mening met betrekking tot het gebruik van uw longmedicatie. In de bijlage staat waar u deze vragenlijst kunt vinden en ook hoe het invullen in zijn werk gaat. Indien gewenst kunt u ook een papieren vragenlijst aanvragen. Leest u hiervoor s.v.p. de bijlage. Ook leest u in de bijlage hoe uw privacy wordt gewaarborgd.

Tot slot

U beslist zelf of u meedoet aan dit onderzoek. Als u niet wilt deelnemen, hoeft u verder niets te doen. Daarnaast heeft afzien van deelname geen gevolgen voor uw behandeling of controles bij uw specialist in het ziekenhuis, huisarts of apotheker.

Uiteraard hoop ik dat u aan dit onderzoek wilt deelnemen. Mocht u naar aanleiding van deze brief of de bijlage nog vragen hebben, aarzel dan niet om contact op te nemen met mij of met de onderzoeker. Haar contactgegevens vindt u in de bijlage.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

<naam apotheker invullen>, <naam apotheek invullen>

Appendix 4 De vragenlijst

Deel A. Over uzelf en uw medicijngebruik

De volgende vragen gaan over uzelf en uw gezondheid.

1. Bent u een man of een vrouw?
 - Man
 - Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?
..... jaar

3. Welke longziekte heeft u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - Astma
 - COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)
 - Een andere longziekte, namelijk
 - Ik heb geen longziekte → deze vragenlijst is niet voor u van toepassing *(einde van de vragenlijst)*

4. Heeft u naast uw longziekte nog andere chronische ziekten of aandoeningen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - Nee
 - Hoge bloeddruk
 - Hoog cholesterolgehalte
 - Hartaandoening (zoals een hartinfarct)
 - Vaataandoening (zoals vernauwde vaten in hals of benen)
 - (Gevolgen van) een beroerte
 - Kwaadaardige aandoening of kanker
 - Rugaandoening van chronische aard (langer dan drie maanden) of hernia
 - Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen
 - Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten
 - Andere vorm van chronische reuma, langer dan drie maanden
 - Diabetes mellitus (suikerziekte)
 - Depressie
 - Gehoorstoornis
 - Staar
 - Spataderen
 - Allergie (zoals hooikoorts, voedselallergie, huisstofmijtallergie)
 - Eczeem
 - Ernstige huidziekte
 - Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm
 - Ernstige darmstoornis, langer dan drie maanden
 - Galstenen of galblaasontsteking
 - Leverziekte of levercirrose
 - Nierstenen

- Ernstige nierziekte
- Chronische blaasontsteking
- Schildklierafwijking
- Neurologische aandoening
- Epilepsie
- Duizeligheid met vallen
- Migraine
- Andere chronische aandoening of ziekte, namelijk:

Nu volgt een aantal vragen over de medicijnen die u gebruikt. Het gaat hier om medicijnen die door een arts of verpleegkundige zijn voorgeschreven. We noemen dit medicijnen op recept.

5. Gebruikt u op regelmatige basis (dagelijks of wekelijks) medicijnen op recept?

- Nee
- Ja, 1 medicijn op recept
- Ja, 2 medicijnen op recept
- Ja, 3 medicijnen op recept
- Ja, 4 of meerdere medicijnen op recept

6. Welk(e) medicijn(en) op recept gebruikt u voor uw longziekte? (Als u de naam niet weet, kunt u die vinden op de verpakking of uw inhalator) *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Salbutamol (Ventolin®)
- Salbutamol (anders dan merknaam Ventolin®)
- Salmeterol combinatie (Seretide®)
- Tiotropium (Spiriva®)
- Formoterol combinatie (Symbicort®)
- Fluticason (Flixotide®)
- Ipratropium (Atrovent®)
- Ipratropium (anders dan merknaam Atrovent®)
- Montelukast (Singulair®)
- Montelukast (anders dan merknaam Singulair®)
- Beclometason (Qvar®)
- Beclometason (anders dan merknaam Qvar®)
- Formoterol (Foradil®)
- Formoterol (anders dan merknaam Foradil®)
- Ciclesonide (Alvesco®)
- Budesonide (Pulmicort®)
- Budesonide (anders dan merknaam Pulmicort®)
- Salmeterol (Serevent®)
- Ander medicijn, namelijk

7. Hoe lang gebruikt u al medicijnen voor uw longziekte?

..... jaar

8. Gebruikt u op dit moment nog andere medicijnen op recept?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 10

9. Welke andere medicijnen op recept gebruikt u?

- Medicijnen voor het hart
- Medicijnen voor diabetes
- Medicijnen voor depressie
- Slaap- of kalmeringsmiddelen
- Pijn- of ontstekingswerende middelen
- Medicijnen voor maag- en darmklachten of problemen met de spijsvertering
- Antibiotica
- Medicijnen voor de huid
- Medicijnen voor allergieën
- Medicijnen voor de ogen (zalf, druppels)
- Andere medicijnen op recept, namelijk

Deel B. Medicijnen voor uw longziekte

Dit onderdeel gaat verder in op het gebruik van medicijnen voor uw longziekte die u op recept kreeg. Bij de volgende vragen wordt gesproken over mogelijke veranderingen in uw medicijnen. Hiermee wordt bedoeld dat u andere medicijnen van uw apotheek meekreeg dan u gewend was. *Het gaat hierbij om een medicijn waar dezelfde stof inzit, maar dat van een ander merk is.*

10. Heeft u van de apotheek in het afgelopen jaar wel eens een ander medicijn voor uw longziekte gekregen dan u gewend was (bijvoorbeeld in een andere verpakking of met een andere naam)?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 20

11. Was dat omdat de arts u een ander medicijn had voorgeschreven?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

12. Wat was er anders aan het nieuwe medicijn? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Andere puffer (inhalator)
- Andere vorm of kleur (tablet) → ga naar vraag 14
- Andere naam → ga naar vraag 14
- Ander doosje (verpakking) → ga naar vraag 14
- Andere dosering → ga naar vraag 14
- Anders, namelijk → ga naar vraag 14

13. Heeft u geoeftend hoe u de nieuwe inhalator moest gebruiken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee
- Ja, met de apotheker/apothekersassistente
- Ja, met de huisarts
- Ja, met de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH-er)
- Ja, met de verpleegkundige in het ziekenhuis
- Ja, met de wijkverpleegkundige
- Ja, met iemand van de thuiszorg
- Ja, met iemand anders, namelijk
- Ja, via een filmpje op internet (bijvoorbeeld op de website van de apotheek)
- Ja, met behulp van een bijgevoegde folder
- Ja, op een andere manier, namelijk.....

14. Hoe vaak is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat u andere medicijnen voor uw longziekte meekreeg van uw apotheek dan u gewend was?

- Eén keer voor één medicijn
- Eén keer voor meerdere medicijnen
- Meerdere keren voor één medicijn
- Meerdere keren voor meerdere medicijnen

Wat vond u ervan dat u een ander medicijn meekreeg dan u gewend was?

- Ik vond het geen probleem → ga naar vraag 17
- Ik vond het wel een beetje een probleem
- Ik vond het een groot probleem

15. Kunt u kort aangeven waarom u deze verandering een probleem vond?

16. Is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat u van de apotheek een medicijn dat u eerder gebruikte voor uw longziekte weer opnieuw kreeg?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 20
- Weet ik niet → ga naar vraag 20

17. Waarom kreeg u uw eerdere medicijn toen weer? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik kreeg last van bijwerkingen van het nieuwe medicijn
- Het nieuwe medicijn werkte bij mij minder goed dan het oude medicijn
- Ik had moeite met het gebruik van de nieuwe inhalator
- Het oude medicijn werd weer volledig vergoed
- Ik weet niet meer waarom dat was
- Anders, namelijk

18. Wie heeft ervoor gezorgd dat u uw eerdere medicijn weer terug kreeg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik heb er zelf om gevraagd
- De apotheker
- De huisarts
- De medisch specialist
- De verpleegkundige
- Iemand anders, namelijk

19. Is het in het afgelopen jaar wel eens voorgekomen dat er “Medische Noodzaak” op het recept voor het medicijn voor uw longziekte stond vermeld?

“Medische noodzaak” betekent dat uw arts op het recept aangeeft dat de apotheek u het medicijn mee moet geven dat op het recept vermeld staat en niet een medicijn van een ander merk.

- Ja
- Nee → ga naar vraag 32
- Weet ik niet → ga naar vraag 32

20. Hoe vaak is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat er “Medische Noodzaak” op het recept stond voor het medicijn voor uw longziekte?

- Eén keer voor één medicijn
- Eén keer voor meerdere medicijnen
- Meerdere keren voor één medicijn
- Meerdere keren voor meerdere medicijnen
- Altijd voor alle medicijnen

Kreeg u bij “Medische Noodzaak” altijd het medicijn dat op het recept vermeld stond?

- Ja → ga naar vraag 27
- Nee
- Weet ik niet → ga naar vraag 27

21. Wat vond u ervan dat u een ander medicijn kreeg dan op het recept vermeld stond?

- Ik vond het geen probleem → ga naar vraag 27
- Ik vond het wel een beetje een probleem
- Ik vond het een groot probleem

22. Kunt u kort aangeven waarom u dit een probleem vond?

23. Heeft u met een zorgverlener besproken dat u dit een probleem vond?

- Nee, dat vond ik niet nodig → ga naar vraag 27
- Nee, ik kon bij niemand terecht → ga naar vraag 27
- Ja, met de apotheker
- Ja, met de huisarts
- Ja, met de medisch specialist
- Ja, met de verpleegkundige
- Ja, met iemand anders, namelijk

24. Heeft het bespreken van het probleem geleid tot een goede oplossing?

- Ja
- Nee

25. Moest u wel eens bijbetalen voor een medicijn als er “Medische Noodzaak” op het recept stond?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 32
- Weet ik niet → ga naar vraag 32

26. Wat vond u ervan dat u moest bijbetalen?

- Ik vond het geen probleem → ga naar vraag 32
- Ik vond het wel een beetje een probleem
- Ik vond het een groot probleem

27. Kunt u kort aangeven waarom u dit een probleem vond?

28. Heeft u met een zorgverlener besproken dat u dit een probleem vond?

- Nee, dat vond ik niet nodig → ga naar vraag 32
- Nee, ik kon bij niemand terecht → ga naar vraag 32
- Ja, met de apotheker
- Ja, met de huisarts
- Ja, met de medisch specialist
- Ja, met de verpleegkundige
- Ja, met iemand anders, namelijk

29. Heeft het bespreken van het probleem geleid tot een goede oplossing?

- Ja
- Nee

De volgende vragen gaan over de informatie die u mogelijk heeft gehad of zelf heeft gezocht over veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte. Met veranderingen in uw medicijnen wordt bedoeld dat u andere medicijnen van uw apotheek meekreeg dan u gewend was. *Het gaat hierbij om een medicijn waar dezelfde stof inzit, maar dat van een ander merk is.*

30. Heeft u in het afgelopen jaar informatie gekregen, gevraagd of gezocht over de **veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte** die het gevolg waren van het beleid van uw zorgverzekeraar of apotheek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Mijn medicijnen zijn niet veranderd → ga naar vraag 37
 - Nee, ik heb geen informatie gekregen, gevraagd of gezocht → ga naar vraag 37
 - Ja, ik heb informatie gekregen van een zorgverlener
 - Ja, ik heb informatie gevraagd aan een zorgverlener
 - Ja, ik heb zelf informatie gezocht
31. Waarover ging deze informatie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Over waarom mijn medicijn veranderd was
 - Over wat de verandering voor mij betekende, bijvoorbeeld een andere manier van inhaleren
 - Over de mogelijke bijwerkingen van het nieuwe medicijn
 - Over mogelijke bijbetaling wanneer ik een ander medicijn wilde dan op het recept stond
 - Anders, namelijk
32. Van wie of waar heeft u informatie gekregen, gevraagd of gezocht over veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Apotheek
 - Huisarts
 - Praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH-er)
 - Medisch specialist
 - Verpleegkundige in het ziekenhuis
 - Patiëntenvereniging
 - Zorgverzekeraar
 - Internet
 - Familie, vrienden, burens
 - Anderen, namelijk

Afstemming tussen zorgverleners over uw medicijnen

33. Gaven uw zorgverleners (bijvoorbeeld uw huisarts, apotheker, medisch specialist, verpleegkundige) wel eens tegenstrijdige informatie over de veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
34. Gaf uw apotheker u wel eens het advies terug te gaan naar de voorschrijver (huisarts, longarts) of zorgverzekeraar in verband met de veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte?
- Ja, naar de voorschrijver
 - Ja, naar de zorgverzekeraar
 - Nee

Deel C. Ervaringen met de medicijnen voor uw longziekte

In dit deel van de vragenlijst wordt gevraagd naar uw ervaringen met het gebruik van medicijnen voor uw longziekte. Wij vragen u bijvoorbeeld naar het praktisch gebruik, de werking van de medicijnen en eventuele bijwerkingen.

Praktisch gebruik

35. Welke van de onderstaande problemen heeft u in het afgelopen jaar gehad met het gebruik van de inhalatiemedicijnen voor uw longziekte? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen enkele → ga naar vraag 39
- Het was onduidelijk hoe ik de inhalator moest gebruiken
- Het was onduidelijk hoe vaak ik het inhalatiemedicijn moest gebruiken
- Het was onduidelijk wanneer ik het inhalatiemedicijn moest gebruiken
- De verpakking (bijv. de doordrukstrip) van het inhalatiemedicijn was onhandig
- Anders namelijk

36. Was één of meerdere van deze problemen het gevolg van het feit dat u een ander medicijn voor uw longziekte hebt gekregen?

- Ja, namelijk:
 - Het was onduidelijk hoe ik de nieuwe inhalator moest gebruiken
 - Het was onduidelijk hoe vaak ik het nieuwe inhalatiemedicijn moest gebruiken
 - Het was onduidelijk wanneer ik het nieuwe inhalatiemedicijn moest gebruiken
 - De verpakking (bijv. de doordrukstrip) van het nieuwe inhalatiemedicijn was onhandig
 - Andere reden, namelijk
- Nee
- Ik heb geen verandering in mijn medicijnen gehad

Werking

37. Hieronder volgt een aantal uitspraken. Kunt u voor elke uitspraak aangeven of u het met die uitspraak eens of oneens bent? *Graag per regel één hokje aankruisen.*

	zeer mee eens	mee eens	niet eens, niet oneens	oneens	zeer mee oneens
a. Ik voel me lichamelijk beter door het gebruik van de medicijnen voor mijn longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik twijfel wel eens aan de werking van de medicijnen voor mijn longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De medicijnen voor mijn longziekte geven me energie voor mijn dagelijkse activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Gebruikt u de medicijnen voor uw longziekte wel eens anders omdat u zich heel goed voelt?
- Ja
 - Nee → ga naar vraag 42
 - Niet van toepassing (ik voel me nooit heel goed) → ga naar vraag 42

39. Wat is er anders aan uw gebruik van de medicijnen als u zich heel goed voelt? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Ik vergeet het dan wel eens in te nemen
 - Ik neem minder dan mij is voorgeschreven
 - Ik neem meer dan mij is voorgeschreven
 - Ik sla wel eens bewust een dosering over
 - Ik stop af en toe een tijdje
 - Ik ben helemaal gestopt
 - Anders, namelijk

40. Gebruikt u de medicijnen voor uw longziekte wel eens anders omdat u zich niet goed voelt?
- Ja
 - Nee → ga naar vraag 44
 - Niet van toepassing (ik voel me nooit minder goed) → ga naar vraag 44

41. Wat is er anders aan uw gebruik van de medicijnen als u zich niet goed voelt? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Ik vergeet het dan wel eens in te nemen
 - Ik neem minder dan mij is voorgeschreven
 - Ik neem meer dan mij is voorgeschreven
 - Ik sla wel eens bewust een dosering over
 - Ik stop af en toe een tijdje
 - Ik ben helemaal gestopt
 - Anders, namelijk

Bijwerkingen

42. Heeft u in het afgelopen jaar last gehad van bijwerkingen van één of meerdere medicijnen voor uw longziekte?
- Ja
 - Nee → ga naar vraag 50

43. Van wat voor medicijn(en) was dat? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Van een nieuw medicijn dat mijn arts me had voorgeschreven
 - Van een medicijn dat door mijn apotheek veranderd was (ander medicijn dan u gewend was)
 - Van een medicijn dat ik al langer gebruikte
 - Ik weet niet precies van wat voor medicijn(en) dat was → ga naar vraag 47

44. Van welk(e) medicijn(en) had u volgens u bijwerkingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Dat weet ik niet meer
- Salbutamol (Ventolin®)
- Salbutamol (anders dan merknaam Ventolin®)
- Salmeterol combinatie (Seretide®)
- Tiotropium (Spiriva®)
- Formoterol combinatie (Symbicort®)
- Fluticason (Flixotide®)
- Ipratropium (Atrovent®)
- Ipratropium (anders dan merknaam Atrovent®)
- Montelukast (Singulair®)
- Montelukast (anders dan merknaam Singulair®)
- Beclometason (Qvar®)
- Beclometason (anders dan merknaam Qvar®)
- Formoterol (Foradil®)
- Formoterol (anders dan merknaam Foradil®)
- Ciclesonide (Alvesco®)
- Budesonide (Pulmicort®)
- Budesonide (anders dan merknaam Pulmicort®)
- Salmeterol (Serevent®)
- Anders, namelijk

45. Wilt u hieronder aangeven van welke bijwerking(en) u last heeft of heeft gehad? Kunt u daarbij aangeven hoe vervelend u deze bijwerking(en) vindt? Wanneer u last heeft van meerdere bijwerkingen, kunt u de drie belangrijkste bijwerkingen aangeven.

	Erg vervelend				Niet vervelend
	1	2	3	4	5
Bijwerking 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijwerking 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijwerking 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Bent u de medicijnen voor uw longziekte anders gaan gebruiken omdat u last heeft of heeft gehad van bijwerkingen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 50

47. Wat is er anders aan uw gebruik van de medicijnen als u last heeft van bijwerkingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik vergeet het dan wel eens in te nemen
- Ik neem minder dan mij is voorgeschreven
- Ik neem meer dan mij is voorgeschreven
- Ik sla wel eens bewust een dosering over
- Ik stop af en toe een tijdje
- Ik ben helemaal gestopt
- Anders, namelijk

(Bij)betalen voor medicijnen

48. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens moeten (bij)betalen voor één of meerdere medicijnen voor uw longziekte? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Let op: het gaat hier niet om bijbetalen vanwege uw eigen risico!

- Ja, voor het medicijn dat ik al een tijd gebruikte
- Ja, voor het nieuwe medicijn dat ik kreeg
- Ja, om een andere reden, namelijk
- Nee → ga naar vraag 54

49. Waarom moest u (bij)betalen?

- Ik wilde zelf het duurdere medicijn
- De arts had mij het duurdere medicijn voorgeschreven
- Het goedkopere medicijn was niet op voorraad
- Voor dit medicijn moest ik altijd (bij)betalen
- Weet ik niet
- Anders, namelijk

50. Bent u de medicijnen voor uw longziekte anders gaan gebruiken sinds u moet (bij)betalen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 54

51. Wat is er anders aan het gebruik van uw medicijnen omdat u moet (bij)betalen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ik vergeet het dan wel eens in te nemen
- Ik neem minder dan mij is voorgeschreven
- Ik neem minder dan mij is voorgeschreven
- Ik sla wel eens bewust een dosering over
- Ik stop af en toe een tijdje
- Ik ben helemaal gestopt
- Anders, namelijk

Levering van medicijnen

52. Is het in het afgelopen jaar wel eens voorgekomen dat een medicijn voor uw longziekte niet op voorraad was bij de apotheek?

- Nee → ga naar vraag 57
- Ja, één keer
- Ja, meerdere keren

53. Om welk(e) medicijn(en) ging het? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Dat weet ik niet meer
- Salbutamol (Ventolin®)
- Salbutamol (anders dan merknaam Ventolin®)
- Salmeterol combinatie (Seretide®)
- Tiotropium (Spiriva®)
- Formoterol combinatie (Symbicort®)
- Fluticason (Flixotide®)

- Ipratropium (Atrovent®)
- Ipratropium (anders dan merknaam Atrovent®)
- Montelukast (Singulair®)
- Montelukast (anders dan merknaam Singulair®)
- Beclometason (Qvar®)
- Beclometason (anders dan merknaam Qvar®)
- Formoterol (Foradil®)
- Formoterol (anders dan merknaam Foradil®)
- Ciclesonide (Alvesco®)
- Budesonide (Pulmicort®)
- Budesonide (anders dan merknaam Pulmicort®)
- Salmeterol (Serevent®)
- Anders, namelijk

54. Hoeveel later kreeg u uw medicijnen? *Wanneer de medicijnen vaker niet op voorraad waren, vult u deze vraag dan in voor de laatste keer dat de medicijnen niet op voorraad waren.*

- Dezelfde dag
- De volgende dag
- Binnen een week
- Na een week of later

Deel D. Vertrouwen in uw medicijnen en het gebruik ervan

In dit deel van de vragenlijst volgen vragen over hoe makkelijk of moeilijk u het vindt om uw medicijnen in te nemen en in hoeverre u vertrouwen heeft in de werking van uw medicijnen.

55. Hieronder volgt een aantal uitspraken die mensen met een longziekte hebben gedaan over hoe zij hun medicijnen gebruiken. Wilt u voor iedere uitspraak aangeven in hoeverre deze ook voor u geldt? Het gaat hierbij om de medicijnen die u dagelijks gebruikt als onderhoudsmedicatie, dus niet uitsluitend op momenten dat u een aanval van kortademigheid heeft.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Heel vaak
a. Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik ze nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik besluit om een dosis over te slaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Als het kan, gebruik ik mijn medicijnen niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik vergeet mijn medicijnen te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik gebruik mijn medicijnen alleen als ik mij benauwd voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik verander de dosering van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ik stop een tijdje met het gebruiken van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik gebruik minder van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ik gebruik mijn medicijnen als een soort reserve wanneer mijn andere behandeling niet werkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ik neem mijn medicijnen voordat ik iets ga doen waarbij ik kortademig of benauwd kan worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- k. Ik gebruik meer van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven
- l. Ik gebruik mijn medicijnen iedere dag

56. Wilt u ook voor elk van onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent?

	Helemaal eens	Eens	Niet eens	Helemaal niet eens
Het lukt mij om:				
a. Mijn medicijnen op tijd te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Te onthouden alle medicijnen in te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Een planning te maken om mijn medicijnen elke dag in te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mijn medicijnen elke dag in te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De apotheek of arts om informatie te vragen over mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De instructies van mijn apotheker of arts over mijn medicijnen te begrijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. De instructies op de verpakking van mijn medicijnen te begrijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alle mogelijke informatie over mijn medicijnen te krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Hieronder volgt een aantal uitspraken over nieuwe medicijn(en) die u van uw apotheek heeft meegekregen. Wilt u voor iedere uitspraak aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent? *Als er geen verandering in uw medicijnen heeft plaatsgevonden, kunt u bij de uitspraken a, b, f en g "niet van toepassing (n.v.t.)" aankruisen.*

	zeer mee eens	mee eens	niet eens, niet oneens	oneens	zeer mee oneens	n.v.t.
a. Ik heb er vertrouwen in dat het nieuwe medicijn dezelfde werking heeft als het oude medicijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik heb er vertrouwen in dat het nieuwe medicijn even veilig is als het oude medicijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik vertrouw erop dat de apotheek mijn medicijn altijd op voorraad heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik vertrouw erop dat mijn arts mij het juiste medicijn voorschrijft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik vertrouw erop dat ik altijd het juiste medicijn meekrijg van de apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik maak mij zorgen om (nieuwe) bijwerkingen als ik een nieuw medicijn krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ik maak mij zorgen dat het nieuwe medicijn minder goed werkt dan het oude medicijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik heb er vertrouwen in dat ik goed inhaleer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie bepaalt uiteindelijk welk medicijn u voor uw longziekte krijgt?

- Ik zelf
- Ik samen met de arts
- De arts
- De apotheker
- De zorgverzekeraar
- Anders, namelijk

59. Wilt u aangeven hoe veel of hoe weinig vertrouwen u heeft in de onderstaande zorgverleners en in de zorgverzekeraar?

	Heel veel vertrouwen	Veel vertrouwen	Weinig vertrouwen	Heel weinig vertrouwen	Geen mening
a. De apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De medisch specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel E. Uw gezondheid

Dit deel van de vragenlijst bevat vragen over uw gezondheid en of u wel eens heeft moeten verzuimen van uw werk of school vanwege uw gezondheid.

60. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid op dit moment omschrijven?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

61. Hoe goed lukt het u om uw longziekte met behulp van medicijnen onder controle te houden?

- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Zeer slecht

62. Is uw gezondheid in het afgelopen jaar wel eens veranderd als gevolg van veranderingen in de medicijnen voor uw longziekte?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 66
- Niet van toepassing (geen veranderingen) → ga naar vraag 66

63. Welke verandering(en) trad(en) er op in uw gezondheid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik voelde mij in het algemeen beter
- Ik voelde mij in het algemeen slechter
- Ik had mijn longziekte beter onder controle
- Ik had mijn longziekte minder goed onder controle
- Ik had meer zuurstof nodig
- Ik had minder zuurstof nodig
- Anders, namelijk

64. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens van werk of school verzuimd vanwege ziekte?

- Ja, van school
- Ja, van werk → ga naar vraag 68
- Nee → ga naar vraag 70
- Niet van toepassing (geen werk/school) → ga naar vraag 70

65. Hoeveel dagen heeft u in het afgelopen jaar in totaal van school verzuimd vanwege ziekte?

- _____ dagen → ga naar vraag 70
- Weet ik niet → ga naar vraag 70

66. Hoeveel uren per week bent u werkzaam?

- _____ uur verdeeld over _____ dagen

67. Hoeveel dagen heeft u in het afgelopen jaar in totaal van werk verzuimd vanwege ziekte? *Telt u alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken.*

- _____ dagen
- Weet ik niet

Deel F. De zorgverzekeraar

68. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

- Achmea (ook Agis, Avero Achmea, De Friesland, FBTO, Interpolis, OZF Achmea en Zilveren Kruis Achmea)
- CZ (ook Delta Lloyd, OHRA)
- Menzis (ook AnderZorg, Azivo, Hema)
- VGZ (ook De Goudse, IZA, IZZ, Univé)
- Anders, namelijk

69. Hoe bent u verzekerd voor zorg?

- Alleen basisverzekering
- Basis met aanvullende verzekering
- Basis met tandartsverzekering
- Basis met zowel aanvullende verzekering als tandartsverzekering

Deel G. Overige achtergrondgegevens

70. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)
- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
 - Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
 - Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
 - Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
 - Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
 - Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
 - Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
 - Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
 - Anders, namelijk

71. Wilt u hieronder het geboorteland van uzelf, uw moeder en uw vader aangeven?

Geboorteland van:	uzelf	uw moeder	uw vader
Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indonesië/voormalig Nederlands-Indië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suriname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marokko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turkije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duitsland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nederlandse Antillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aruba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander land, namelijk:

Heeft u nog vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

Appendix 5 Resultaten enquête onder apothekmedewerkers

UPPER: D. Philbert & E. Koster, 2014

Achtergrond

UPPER heeft onder de apothekmedewerkers van het UPPER-netwerk een korte vragenlijst verspreid met vragen over preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop. De aanleiding hiervoor was dat tijdens de werving van apotheken voor het patiëntonderzoek naar voren kwam dat een deel van de apothekers aangaf longmedicatie niet te wisselen. In totaal hebben 186 apothekmedewerkers, voornamelijk apothekers (95.7%), deze vragenlijst ingevuld. De apothekers zijn over het gehele land gevestigd, alleen is er een ondervertegenwoordiging van apothekers uit het Noorden van het land. Bijna driekwart (73.1%) is aangesloten bij een keten.

Vragenlijst

De UPPER-vragenlijst biedt onder andere inzicht in de volgende zaken:¹¹

- met welke zorgverzekeraar apothekers een contract hebben;
- welk type afspraken apothekers maken met zorgverzekeraars betreffende de farmaceutische zorginkoop;
- of men preferente middelen aflevert.

Zorgverzekeraar

Tabel A4.1 laat zien dat een groot deel van apotheken afspraken heeft met de vier dominante zorgverzekeraars. Driekwart (75.8%) van de apothekmedewerkers heeft met alle vier deze zorgverzekeraars een contract. Daarnaast merkt men vaak op dat er afspraken zijn met nog andere zorgverzekeraars zoals De Friesland, DSW, Multizorg en Zorg en Zekerheid.

Tabel A4.1 - Zorgverzekeraars waar apotheker een contract mee heeft*

	Apothek-medewerkers: n=186
Achmea	160 (86.0%)
VGZ	153 (82.3%)
Menzis	151 (81.2%)
CZ	150 (80.6%)
Geen	9 (4.8%)

* Meerdere antwoorden mogelijk

¹¹ Daarnaast biedt het onderzoek nog inzicht in de problemen die de apotheek ziet voor patiënten aangaande preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop, maar dit ligt buiten de scope van het huidige onderzoek.

Afspraken preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Tabel A4.2 laat zien dat een 83.9% van de apothekers afspraken heeft met zorgverzekeraars in de vorm van labelpreferentie. Driekwart heeft het pakjesmodel en ook driekwart heeft een laagste prijsgarantie-afspraken. Van alle apothekers geeft 59.1% aan alle drie de soorten afspraken te hebben. 5.4% heeft geen enkele afspraak aangegeven.

Tabel A4.2 - Type afspraak farmaceutische zorginkoop*

	Apotheek-medewerkers: n=186
Labelpreferentie	156 (83.9%)
Pakjesmodel/IDEA contract	138 (74.2%)
Laagste prijsgarantie	138 (74.2%)

* Meerdere antwoorden mogelijk

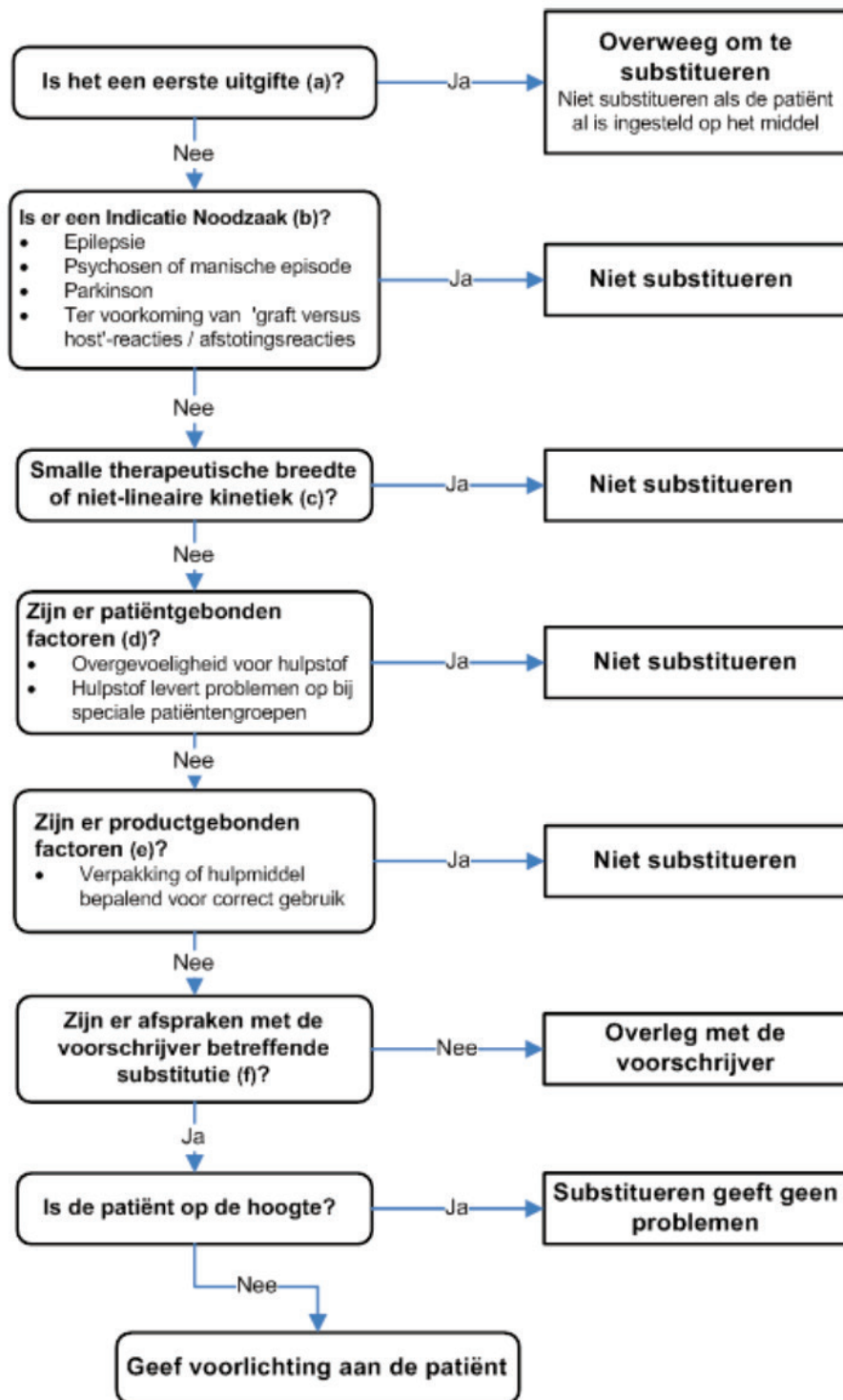
Afleveren van preferente geneesmiddelen

Tweederde (66.1%) van de medewerkers geeft aan de preferente inhalatiemedicatie af te leveren. Hierbij merken *de meeste* respondenten op dat zij dit alleen bij eerste uitgifte doen en dat, als er al een inhalator in gebruik is, er niet wordt omgezet. Verder wordt een aantal keer genoemd dat artsen het niet willen, dat het recept leidend is, of dat op medische gronden de inhalator die is voorgeschreven wordt afgeleverd. Een aantal apothekers noemt dat het afleveren van het preferente middel alleen bij Menzis hoeft bij de eerste uitgifte. Ter vergelijking: voor medicatie anders dan voor astma/COPD leveren 172 apothekers (92.5%) doorgaans het preferente middel af.

Conclusie

Een meerderheid van de apothekers heeft een contract met alle vier grote zorgverzekeraars. Ook geven zes op de tien apothekers aan dat ze alle drie genoemde vormen van preferentie- en inkoopbeleid hebben. Dit betekent dat het analyseren op apothekerniveau van de gevolgen van de zorginkoop lastig is, omdat men voor elke patiënt iets anders kan doen. Daarom zijn in dit rapport verschillen in wisselen en problemen per zorgverzekeraar op patiëntniveau in beeld gebracht.

Appendix 6 Beslisboom substitutie voor apothekers (uit: Handleiding Geneesmiddelsubstitutie, KNMP, 2013)



Appendix 7 Begrippenlijst

Zorgverzekeringsmarkt

Afspraken op de verzekeringsmarkt zijn de rechten en aanspraken van de verzekerde bij zijn zorgverzekeraar, zoals die zijn vastgelegd in de polis en polisvoorwaarden. Het preferentiebeleid valt hieronder.

Preferentiebeleid / labelpreferentie:

Dit beleid kent een wettelijke basis. Het betreft geneesmiddelen waarvan het octrooi verlopen is en er meer fabrikanten zijn die het middel met dezelfde werkzame stof op de markt mogen brengen. Deze middelen kunnen een ander uiterlijk hebben of, in geval van longmedicatie, samengaan met een andere inhalator. Een verzekeraar mag dan uit een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof één variant kiezen die – met uitsluiting van andere varianten – wordt vergoed. Preferentiebeleid leidt op de zorgverzekeringsmarkt tot een beperking van de aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. De patiënt heeft alleen aanspraak op het door de verzekeraar aangewezen middel. Door preferentiebeleid krijgen patiënten geregeld te maken met een wisseling in preferente middelen.

Zorginkoopmarkt

Het stimuleren van apothekers om bepaalde geneesmiddelen wel of juist niet ter hand te stellen via afspraken in zorginkoopcontracten. Als de verzekeraar geen preferentiebeleid voert maar wel een vorm van farmaceutische zorginkoop, dan heeft de patiënt aanspraak op vergoeding van alle varianten van het geneesmiddel.

Vormen van farmaceutische zorginkoop (voorbeelden)

Laagste prijsgarantie: voor een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof spreekt de zorgverzekeraar met de apotheker af dat de apotheker de variant met de laagste prijs bij hem mag declareren. Als de apotheker een andere variant ter hand stelt, dan heeft de apotheker verlies.

IDEA-model / pakjesmodel: een door Achmea gehanteerd model, wat betekent dat de apotheker, ongeacht het soort geneesmiddel, merk, inkoopprijs of “Medische Noodzaak”, één maandelijks vastgestelde gemiddelde prijs (per werkzame stof) per pakje vergoed krijgt.

Historische prijs systeem: systeem waarbij de vergoeding die de apotheker van de zorgverzekeraar ontvangt, gebaseerd is op een prijs die in het verleden is vastgesteld. In 2014 kregen apothekers bijvoorbeeld de prijs vergoed die ze in oktober 2013 in rekening mochten brengen.

Overige begrippen

Merk- versus generiek geneesmiddel:

Een merkgeneesmiddel is door de fabrikant gepatenteerd en heeft naast een stofnaam ook een merknaam. Een generiek geneesmiddel is een patentloos middel.

Wisselen van medicatie: onder wisselen van medicatie verstaan we in dit rapport generieke substitutie. Hierbij wordt een geneesmiddel vervangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Voor de patiënt betekent dit tevens een mogelijke verandering in (bijvoorbeeld) de vorm of kleur van het geneesmiddel, een andere verpakking, een andere inhalator of een andere dosering.

Medische noodzaak

Wanneer een arts het medisch noodzakelijk vindt om een middel van een ander dan het door de zorgverzekeraar aangewezen preferente merk voor te schrijven, dan geeft hij/zij dat aan door vermelding van de term 'Medische Noodzaak' op het recept. De patiënt heeft dan ook aanspraak op dat middel en de apotheker moet het middel van dat merk afleveren.